

BUDAPESTI CORVINUS EGYETEM
GAZDÁLKODÁSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA
MARKETING SPECIALIZÁCIÓ

TÉZISGYŰJTEMÉNY

“KIZÁRT”-tól “NAPONTA”-ig

**A liminális fázis hatása a gyógyszeres kezeléssel való
együtműködésre krónikus betegségek esetén**

Írta: Kun Zsuzsanna

Témavezető: Dr. Simon Judit

2024. május

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK.....	2
1. RELEVANCIA	3
2. A DISSZERTÁCIÓ SZERKEZETE	6
3. ELMÉLETI KERETRENDSZER	7
4. MÓDSZERTAN.....	9
5. ELEMZÉS ÉS EREDMÉNYEK.....	12
5.1 ELŐKUTATÁS	12
5.2 PRIMER KVANLITATÍV KUTATÁS	14
5.3 PRIMER KVANTIATÁÍV KUTATÁS	16
6. ÉRTELMEZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK	22
6.1 ELMÉLETI HOZZÁJÁRULÁSOK.....	22
6.2 GYAKORLATI HASZNOSULÁS	24
6.3 KORLÁTOK	25
6.4 TOVÁBBI KUTATÁSI IRÁNYOK	25
7. FONTOSABB REFERENCIÁK	26
8. KAPCSOLÓDÓ PUBLIKÁCIÓK	29

1. Relevancia

A krónikus betegségek jelentős globális egészségügyi kihívást jelentenek, amelyet ráadásul hosszan tartó és állandó állapotok jellemeznek, melyek hatással vannak az egyén életminőségére. Ezeket a betegségeket számos tényező okozhatja, beleértve a genetikai hajlamot (pl. Down-szindróma), életeseményeket (pl. születési traumák), baleseteket (pl. végtagvesztés), életmódbeli döntéseket (pl. dohányzás, fizikai aktivitás hiánya), mindemellett az élet bármely szakaszában megjelenhetnek. Az olyan krónikus állapotok, mint az asztma, a cukorbetegség és a szív- és érrendszeri betegségek egyre szélesebb körben elterjedtek. Ez hangsúlyozza a hatékony kezelés és menedzsment stratégiák szükségét. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a krónikus betegségeket nem fertőző betegségekként definiálja, hangsúlyozva a metabolikus és életmódbeli tényezők szerepét a kialakulásukban, emellett kiemeli a hosszú távú menedzsment és megelőzési stratégiák fontosságát (Brencsán et al., 2002; Pavia & Mason, 2012; World Health Organization, 2005).

A krónikus betegségek felelnek globálisan a halálozások 71 százalékáért. A leggyakoribb okok között találjuk a szív- és érrendszeri betegségeket, a rákot, a légzőszervi betegségeket és a cukorbetegséget. Ezen betegségek terhe nem egyenletesen oszlik el, a kevésbé fejlett régiókban élő emberek magasabb kockázatnak vannak kitéve a korai halálozás szempontjából. Az Európai Unió egészségügyi költségvetésének jelentős részét teszik ki a krónikus betegségek, ami ösztönzi a megoldási stratégiák keresését. Magyarországon különösen is növekszik a krónikus betegségek előfordulása. Nem csoda, hogy ez a terület az egészségpolitika és a kutatási erőfeszítések fókuszpontja (Eurostat, 2018; Kotzeva, 2022; OECD & European Union, 2016; World Health Organization, 2022).

A liminalitás fogalma és az egészségügyi alkalmazásai

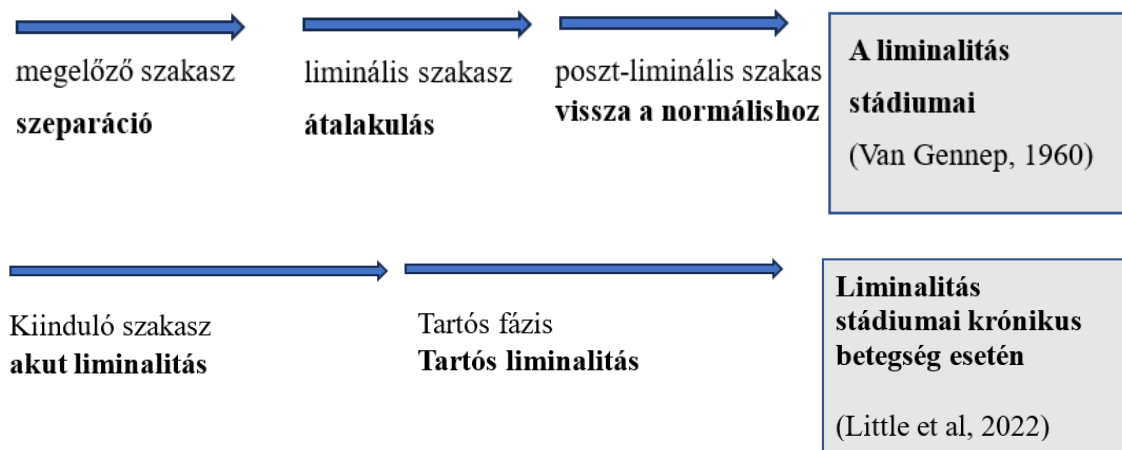
Van Gennep (1960) és Turner (1967) alapján a liminalitás kifejezés antropológiai gyökerekkel bír, azt az átmeneti fázist vagy "küszöböt" (limen) jelöli, amelyet az emberek jelentős élet események során élnek át. Ez az állapot a kétértelműség és az átmenet időszakát jelenti meghatározott szerepek vagy státuszok között. Ilyenkor az egyének egy "már nem, de még nem" fázisban vannak. A liminalitás lehet átmeneti vagy hosszabb ideig tartó, kulturális, társadalmi és személyes tényezők által befolyásolt, és nem feltétlenül jár együtt identitásváltozással. Turner koncepciója kiemeli az

interstrukturális helyzetet, ahol a régi szerepeket már elhagyták, de az újakat még nem alakították ki, így az egyének akár láthatatlanokká válhatnak a társadalmi struktúrákban.

A liminalitás fogalma az egészségügyben is jelentős alkalmazásokkal bír. Segít megérteni azok tapasztalatait akik krónikus betegségekkel vagy fogyatékossgal élnek (Barrett, 1998; Murphy et al., 1988). Ezek az állapotok az egyént egy liminális térbe terelik, amelyet a társadalmi kirekesztettség és a “se nem teljesen beteg, se nem egészséges” állapot jellemez. Ezáltal könnyebben érthető a krónikus betegségek mélyreható hatása az egyén identitására és annak társadalmi interakcióira. Az alkalmazkodás és az elfogadás összetett útja kiemelkedő fontosságú ezen az úton.

A krónikus betegségek során a liminális állapot folyamatos, mivel állandóan egyensúlyozni kell a múltbeli egészség és a jelenlegi betegség között. Bruce et al. (2014) és Little et al. (2022) arról írnak, hogy a krónikus állapotok, tartós liminális állapotot teremtenek, így befolyásolva az egyének identitását és mindennapi életét. Ez az élmény eltér a hagyományos liminalitás fázisaitól, mivel egy dinamikus, tartós állapotként jelenik meg, egyértelmű lezárás nélkül (lásd az 1. ábrát). Ez a folyamatos liminalitás hatással lehet az egészségügyi döntésekre, a megküzdési mechanizmusokra és az életminőségre, a krónikus betegségek esetében.

1. Ábra: A liminalitás periodicitása az eredeti és a krónikus beteg koncepció szerint



Forrás: a szerző által szerkesztve Van Gennep (1960) és Little et al. (2022) alapján

Liminalitás fogyasztási szempontból

Nakata et al. (2019) terjesztette ki a liminalitás fogalmát a vásárlói útra (customer journey), melynek során a krónikus betegségek gyógyszeres adherenciáját helyezte a

középpontba. Ez a nézőpont a vásárlói út nem lineáris jellegét hangsúlyozza, kiemelve a liminalitás és a fogyasztás közötti összetett és dinamikus kölcsönhatást a krónikus betegség kezelése során.

Darveau és Cheikh-Ammar (2021) három típusba sorolja a liminalitással kapcsolatos fogyasztást: (1) liminális fogyasztás, (2) fogyasztás által okozott liminalitás, és a (3) liminalitás által okozott fogyasztás. Ezek a kategóriák azt rögzítik, hogy hogyan befolyásolják az átmeneti helyzetek a fogyasztási mintákat és viszont. Jelen kutatás a harmadik típusra koncentrál, azon belül is két altípusra a liminalitás megünneplésére és a liminalitás elodázására. Az elodázott liminalitás szerint a fogyasztók a fogyasztáson keresztül késleltethetik az átmeneteket, hogy ne veszítsék el kapcsolatukat a kezdeti identitásukkal (Cody & Lawlor, 2011), ami szintén utal a krónikus betegségekkel kapcsolatos állapotra.

Adherencia

Jelentős fejlődésen ment keresztül, a páciensek együttműködése a kezelési előírásokkal, amelyet hagyományosan "compliance"-nek neveztek a szakirodalomban. Ez a hagyományos, "compliance" megközelítése, egy egyirányú modellt jelképezett, amely az orvosok tekintélyét helyezte előtérbe a páciensek visszajelzéseikhez képest (Vermeire et al., 2001). Később, ez a nézőpont az "adherence" megközelítés felé mozdult el. Ezt a fogalmat a WHO karolta fel, hogy hangsúlyozza, a páciensek és az egészségügyi szolgáltatók között egy együttműködő, partnerségen alapuló megközelítésre van szükség, amely a közös döntéshozatalra összpontosít és elismeri a beteg aktív szerepét az ellátásában (Chakrabarti, 2014; Sabate & WHO, 2003). Európában a gyógyszerekkel kapcsolatos szabályok be nem tartása, azaz az adherence hiánya súlyos következményekkel jár, jelentős halálozási terhet és pénzügyi költségeket jelent (van Boven et al., 2021).

Az adherence hiánya többdimenziós jelenség, amely a nem szándékos eltérések mellett a szándékos döntéseket is magában foglalja. A szándékos (intentional) döntések során a páciensek tudatosan nem működnek együtt a kezelési előírásokkal. A nem szándékos esetekben (non-intentiona) nem akaratlagos akadályok miatt nem valósul meg az előírások betartása, melynek oka lehet akár valamilyen gazdasági státusz, vagy akár az egészségügyi rendszer korlátai (Cameron, 1996; Sabaté & World Health Organization,

2003). Ezen a tényezők rávilágítanak a páciensek viselkedésének összetettségére és annak szükségességére, hogy a kezelések betartását befolyásoló egyéni körülményeket mélyebben megértsük.

Az egészségügyi marketing szemléletében a gyógyszeres adherence három tényezőt is magában foglal úgymint, a a terápia kialakítását, bevezetését és népszerűsítését. Ebben a szemléletben különös hangsúlyt fektetnek a páciensek lojalítására valamint kezelési tervek betartására (Stremersch & Van Dyck, 2009). Ez a megközelítés vezető a betegközpontú kezelési stratégiák kialakításában, hiszen figyelembe veszi mind a szándékos, mind a nem szándékos non-adherens jelenségét. A szándékos non-adherencia gyakran tükrözi a egyén autonómiára és kezelése feletti kontrolljára irányuló vágyát. A normalitás érzetének fenntartásáért akár a kezelési előírásokat is megkérdőjelezzik (Huyard et al., 2016). Ezt a viselkedést a liminalitás kontextusa segíthet megérteni, hiszen a páciensek ebben az állapotban az egészség és a betegség közötti átmenetben navigálnak, keresik az identitásukat, és próbálják megakadályozni, hogy az állapotuk eluralkodjon az életük felett.

2. A disszertáció szerkezete

A disszertáció hat fő részre tagolódik (1. táblázat). Az empirikus kutatás egy kvantitatív előkutatás és egy primer kutatás részre tagolódik. A primer kutatás során kvalitatív és kvantitatív kutatás is megvalósult.

1. Táblázat: A disszertáció szerkezete

Fejezetek	LEÍRÁS		
Bevezetés és relevancia	Relevancia statisztikai adatokkal alátámasztva		
Szakirodalmi áttekintés	A liminalitás fogalmának megjelenése a krónikus betegségek és fogyasztói magatartás kutatások irodalmában + mérési skálák		
Módszertan	ELŐKUTATÁS kvantitatív fázis	PRIMER kvalitatív szakasz	PRIMER kvantitatív szakasz
	PLS-SEM - INAS Resisting Illness a moderáló változó Korreláció elemzés	Mélyinterjúk	PLS-SEM – a diagnózis óta eltelt idő a moderáló változó + EFA, CFA, moderáció-elemzés
Eredmények	Resisting Illness moderátorként működik bizonyos korlátok mellett -> Szükség van egy másik liminalitás megragadására alkalmas mérőeszközre -> A betegség elfogadást mérő (AADQ) skálát lehetséges moderátorként alkalmazni	- Időbeli eltérés fordul elő a diagnózis és a tényleges gyógyszeresedés között. - A diagnózis óta eltelt időt moderátorként érdemes vizsgálni	Mind az AADQ, mind az idő moderátorként szerepet kapott - AADQ nem elég stabil - Time az időnek van moderáló szerepe
Következtetések és korlátok			
Elméleti hozzájárulás és gyakorlati hasznosulás			

Forrás: a szerző szerkesztése

3. Elméleti keretrendszer

A krónikus betegségek összetett dinamikát teremtenek a páciensek számára, hiszen kihívás számukra, hogy megtalálják az egyensúlyt a jelenlegi életminőségük és a bizonytalan jövő között (Allen és mtsai., 2015). Ezt az állapotot egy olyan liminális élményként lehet értelmezni, melyet a normális állapot hiánya jellemez (Honkasalo, 2001). Idővel a páciensek gyakran vágnak vissza a régi, mindennapi élethez, amikor még nem a betegség határozta meg őket, arra vágnak, hogy a saját egyéniségük, egyediségük megmaradjon és ne oldódjon fel a betegségben (Bruce és mtsai., 2014).

Ez a disszertáció a krónikus betegségeket jellemző liminális átmenetre összpontosít a Little és mtsai. (2022) által bemutatott keretrendszert alkalmazva. A liminalitás megértése a krónikus betegség keretében abban segít bennünket, hogy az egyének átmenetiség során szerzett tapasztalatai hogyan hatnak a hosszú távú egészségügyi kihívásokhoz való alkalmazkodásukra.

A krónikus betegségek során a liminalitás két fázisban bontakozik ki. Az első az akut liminalitás, amely egy rövid átmenet, amikor a páciensek szembesülnek a diagnózissal és a rájuk váró kezeléssel. Ezután következik a tartós liminalitás fázisa, ami egy folyamatosan fennálló bizonytalan állapot, ezáltal befolyásolja döntéseiket és viselkedésüket (Little és mtsai., 2022).

A fogyasztói magatartás kutatások területén definiáltak egy jelenséget, amelyet "Fogyasztás a liminalitás elodázására" néven ismerünk. Ez a stratégia akkor lép életbe, amikor a "liminális fogyasztók" igyekeznek újra a múltbeli életük vagy identitásuk egyes aspektusaihoz kapcsolódni (Darveau & Cheikh-Ammar, 2021). A "titkos szenvedélyek" ilyenkor azonosíthatóak, amikor az egyének olyan tevékenységekben vagy viselkedésformákban vesznek részt, amelyek emlékeztetnek korábbi életszakaszukra, ezzel gyakorlatilag ellenállnak, és a teljes átmenet az új állapotukba nem következik be (Min & Peñaloza, 2019).

A krónikus betegséggel élő egyén hasonló a "liminális fogyasztó" fogalmához (Nakata és mtsai., 2019). Az ő liminális állapotuk folyamatos és potenciálisan élethosszig tartó utazásként értelmezhető, a betegség teljes ideje alatt (Bruce és mtsai., 2014).

Azok az egyének, akik egészségi állapotuk miatt korlátozásokat élnek meg, megtapasztalhatják a "titkos szenvedélyeket". Ez a kifejezés esetükben olyan momentumokat ír le, amikor szándékosan eltérnek a megszokott korlátozásaiktól, előírásaiktól, például nem tartják be a gyógyszeres kezelési előírásaikat, hogy átélhessék normálisnak vélt életérzést.

Az első, akut szakasz a diagnózist követő időszak jelenti. A hosszú távú, tartós szakaszban a páciensek hosszú távon tanulnak meg együtt élni ezzel az állapotukkal. Ebben a szakaszban a liminalitás állapota tartós, az alkalmazkodás szükségszerűsége folyamatos, az egyének a mindennapi életbe és identitásukba való integrálást teljes komplexitásában navigálják (Little és mtsai., 2022).

Jelen disszertáció elsődleges célja az, akut liminális szakasz mélyreható megismerése és megértése. Ez a liminalitás az ellenállás szintjével jellemezhető, amely idő előrehaladtával változik, megszűnik.

Ezen elméleti keretek mentén a jelent kutatás az alábbi kutatási kérdésre keresi a választ:

Hogyan befolyásolják a páciensek diagnózisra adott kezdeti reakciói a liminális szakaszban a hosszú távú gyógyszeres adherencia kialakulását?

4. Módszertan

Jelen disszertáció módszertana egy három részből álló szerkezetet (1+2) (lásd a 2. táblázatot) keretiben valósult meg. Az első szakasz egy *elő kutatás*. Ebben a szakaszban egy korábban létező adatbázist használtam fel, amely emiatt bizonyos korlátozásokkal bírt, különös tekintettel, hogy nem tartalmazta a diagnózis óta eltelt időre vonatkozó adatokat. A *primer szakaszban* a már közvetlenül erre a célra gyűjtött adatokat használtam fel annak vizsgálatára és modellezésére, hogy milyen szerepet játszik a liminalitás a gyógyszeres adherenciában. Ez a primer szakasz egy *kvalitatív*, feltáró szakasszal indul, amelynek célja az elméleti keretek bővítése a mélyinterjúk segítségével. Az primer *kvantitatív* szakasz a szakirodalmon, az előkutatáson, valamint a kvalitatív szakaszok eredményein alapul.

2. táblázat: A kutatási szakaszok módszertani összefoglalója

		Elő kutatás	Primer szakasz	
			kvalitatív fázis	kvantitatív fázis
Cél		A liminalitás szerepének megerősítése a gyógyszeres adherencia során	Az elő kutatás eredményeire építve megismerni a páciensek tapasztalatait modell építés céljából.	Validálni és kvantifikálni a liminális szakasz hatását a gyógyszeres adherenciára, mérni ezen hatásokat.
Adatfelvétel	Dátum	2020. január	2024. január-március	2024. március
	Field	Piackutató ügynökség	PhD kutató	Piackutató ügynökség
	Eszköz	Online kérdőív	Interjú vezérfonal	Online kérdőív
Minta	Mintavétel	1000 reprezentatív mintából, szűkítve a bekerülési kritériumoknak megfelelően	A résztvevőket a személyes kapcsolati hálóm segítségével toboroztam, különös figyelemmel a sokszínűsége	Krónikus betegekből álló online panel
	Bekerülési kritériumok	- 30 évnél idősebb - rendszeres gyógyszereszedő - bármilyen krónikus betegséggel diagnosztizáltak	- 18 évesnél idősebb - napi szinten gyógyszert szed - az alábbiak közül legalább egy diagnózisa van: cukorbetegség / magas vérnyomás / mozgásszervi megbetegedés / magas koleszterin szint / szív és érrendszeri megbetegedés - legalább egy év eltelt a diagnózis óta	- 18 évesnél idősebb - napi szinten gyógyszert szed - az alábbiak közül legalább egy diagnózisa van: cukorbetegség / magas vérnyomás / mozgásszervi megbetegedés / magas koleszterin szint / szív és érrendszeri megbetegedés
	Minta mérete	482 (1000 fős reprezentatív mintából) páciens	16 páciens	5000 páciens
Adatok		adatbázis	Hangfelvétel és leiratok	adatbázis

Forrás: a szerző szerkesztése

Az alábbi mérési skálákat alkalmaztam (ld. 3. táblázat). A MARS, INAS, BMQ és AFF skálákat az ABC projektből vettem át. Az eredetileg cukorbetegek számára fejlesztett AADQ kérdőívet jelen kutatásban általános, krónikus beteg megközelítésre adaptáltam. A “cukorbetegség” kifejezést “betegség” kifejezésre cseréltem a tételek szövegezésében. Az AADQ skálát eredetileg egydimenziós kérdőívként publikálták (Gregg et al., 2007).

3. Táblázat: Skálák a kvantitatív kutatások során

Mért jelenség	Kérdőív	Dimenzók	Rövid név	Itemek száma	Likert	Forrás
GYÓGYSZERES ADHERENCIA	Medication Adherence Report Scale	Egydimenziós	MARS5	5	1-5	Horne, 2003
	Beliefs About Medicines Questionnaire	Szükségesség (Necessity)	BMQ_N	5	1-5	Horne et al., 2013
		Kétségek (Concerns)	BMQ_C	6		
LIMINALITÁS	Intentional Non-Adherence Scale	Kezelés tesztelése (Testing Treatment)	INAS_RI	5	1-5	Weinman et al., 2018
		Betegség elutasítás (Resisting Illness)	INAS_RI	8		
	Acceptance and Action Diabetes Questionnaire	Egydimenziós	AADQ	11	1-7	Gregg et al., 2007
ANYAGI LEHETŐSÉGEK	Financial affordability	Egydimenziós	AFF	6	1-5	Schafheutle et al., 2010

Forrás: a szerző szerkesztése

Etikai megfontolások

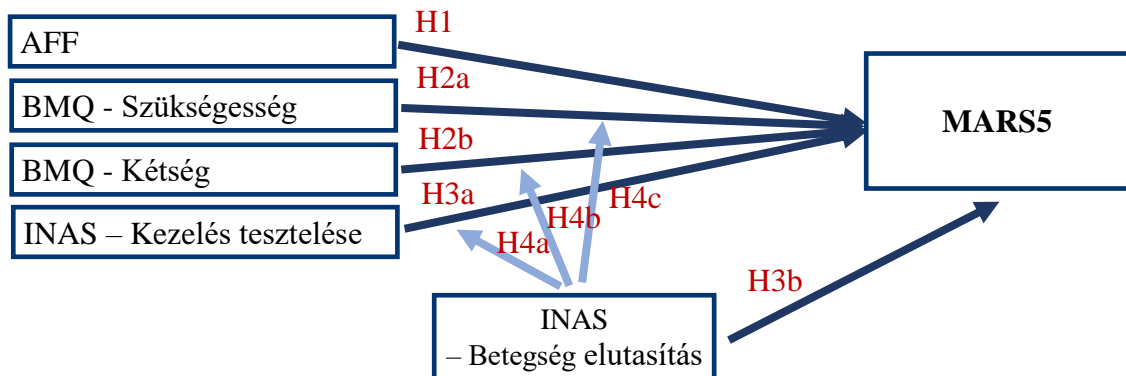
Az etikai szempontok nélkülözhetetlenek, különösen a kvalitatív kutatások során, és különösképpen olyan érzékeny témák kapcsán, mint az emberek egészsége és anyagi ráfordításai (Bailey, 2018). Jelen primer kutatás etikai megfelelésének biztosítása egy független entitás által történt, a Budapesti Corvinus Egyetem Kutatásetikai Bizottsága által. A Bizottság kiadta az etikai jóváhagyást a disszertáció primer kutatási szakaszára (szám: KRH/118/202).

5. Elemzés és eredmények

5.1 Elő kutatás

A kvantitatív elő kutatás során az INAS Betegség Elutasítás (Resisting Illness) skáláját alkalmaztam moderátorként a modellben (2. ábra).

2. ábra: Az elő kutatás kutatási modellje



Forrás: a szerző szerkesztése

Minden konstrukciót megbízható volt az adott jelenség mérésének tekintetében. A modell jó hasonlósági érvényességet (convergent validity) mutatott. A HTMT mutatók alapján a konstrukciók önállóan tekinthetők.

Hipotézisek és az eredmények:

H1: Rosszabb anyagi helyzet (megfizethetőség) pozitív hatással van a gyógyszeres adherenciára

A hipotézis igazolódott ($t=6.500$, $p<0.001$), azok az egyének, akik pénzügyi nehézségekkel küzdenek a gyógyszereik kapcsán, kevésbé lesznek adherensek a gyógyszereikkel kapcsolatban. Egyúttal ez a legerősebb hatás a modellben ($f^2=0.2783$)

H2a: A felírt gyógyszerek szükségességébe vetett erősebb hit csökkenti a gyógyszeres non-adherenciát

A hipotézis igazolódott ($t=-2.2921$, $p=0.0221$), azok, akik erősebben hisznek a gyógyszereik szükségességében kevésbé viselkednek nem-adherensen a kezelési előírásokkal. A hatás a modellben gyenge ($f^2=0.0222$).

H2b: Növekvő aggodalmak a felírt gyógyszerekkel kapcsolatban magasabb szintű a gyógyszeres non-adherenciához vezetnek.

A hipotézis igazolódott ($t=3.1393$, $p=0.0017$), azok az egyének, akik jobban aggódnak a gyógyszereikkel kapcsolatban kevésbé fognak adherensen viselkedni. Ez a hatás gyenge a modell szerint ($f^2=0.0419$).

H3a: A kezelés megkérdőjelezésének növekedése magasabb szintű a gyógyszeres non-adherens viselkedéshez vezet.

A hipotézis igazolódott ($t=4.3392$, $p<0.0000$), azok, akik erősebben kérdőjelezik meg a kezelésüket nagyobb mértékben fognak nem-adherensen viselkedni. Gyenge a hatás a modellben ($f^2=0.1376$).

H3b: A betegség elutasításának nagyobb mértéke magasabb non-adherens viselkedéshez vezet.

Ez a hipotézis nem igazolódott. Habár a hatás szignifikáns ($t=-2,2081$ $p=0.0275$), éppen ellentétes irányú az irodalom alapján feltételezethez képest. A hatás nagysága gyenge ($f^2=0.0273$).

H4a: A betegség elutasításának nagyobb mértéke negatívan moderálja a kezelés szükségességébe vetett hit és a nem adherens viselkedés közötti kapcsolatot

Ez a hipotézis nem igazolódott. Nincs szignifikáns moderáló hatás ($t=0.2716$, $p=0.7860$).

H4b: A betegség elutasításának nagyobb mértéke pozitívan moderálja az kezeléssel kapcsolatos aggodalmak és a nem-adherens viselkedés közötti kapcsolatot.

Ezt a hipotézist 10%-os alfa szinten tekinthetjük igazoltnak ($t=1.8385$, $p=0.0663$), azaz azon egyének esetében, akik számára erősebb a liminalitás (a betegség elutasítása) a gyógyszerekkel kapcsolatos kétségek hatása erősebb a nem-adherens viselkedésre. A hatás mértéke gyenge ($f^2=0.0164$).

H4c: A betegség elutasításának nagyobb mértéke pozitívan moderálja a kezelés tesztelése és a nem-adherens viselkedés közötti kapcsolatot.

A hipotézist elutasítottam annak ellenére, hogy az út-együttható szignifikáns ($t=-2.1298$, $p=0.0334$). Azonban ellentétes hatást jelez, mivel negatív moderáló hatás

igazolódik. Ez azt jelenti, hogy azok esetében, akik erősebben utasítják el a betegséget kevésbé érvényesül a kezelés tesztelésének nem-adherenciát növelő hatása. A hatásnagyság mértéke gyenge ($f^2=0.0262$).

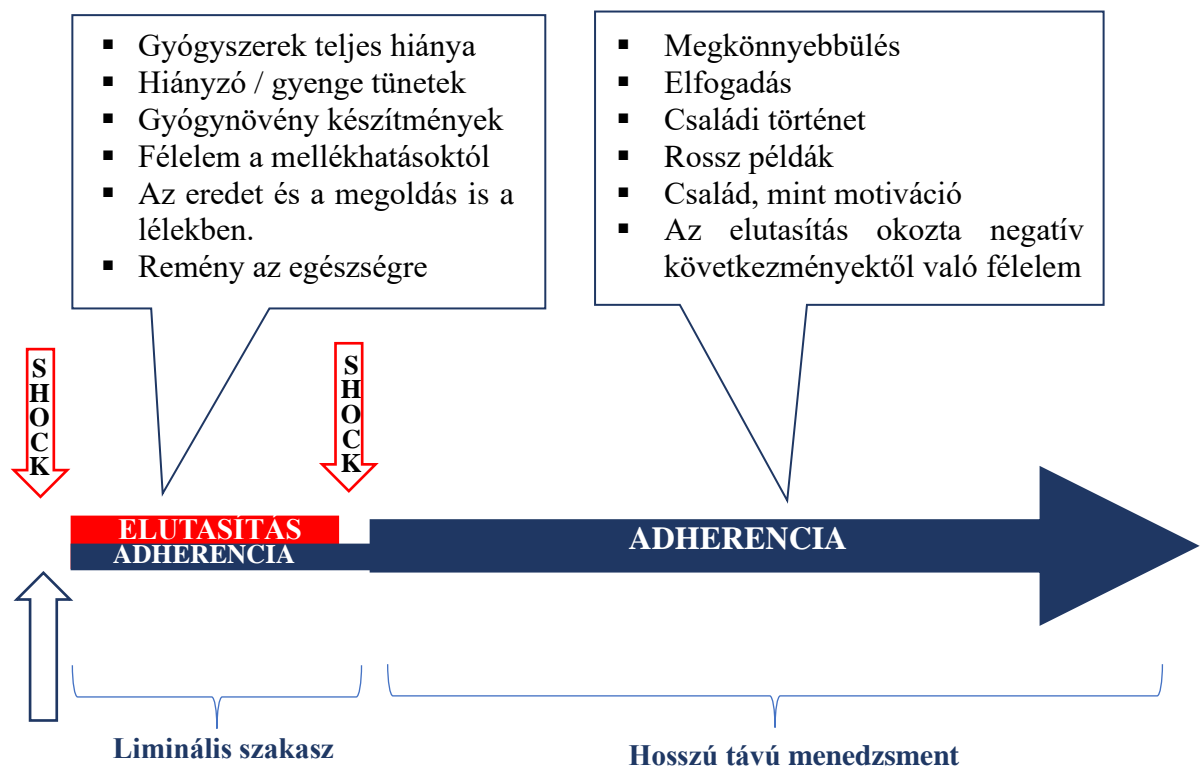
Összefoglalva, bár ez az előzetes kutatás rávilágított a liminalitás (a betegség elutasításának mérése segítségével) és a gyógyszereszedési magatartás közötti kapcsolatra, további kutatásokra van szükség célzottabb populációk és más liminalitási mértékek bevonásával, segítve egy mélyebb és árnyaltabb megértést a gyógyszereszedési magatartások dinamikájából.

5.2 Primer kvalitatív kutatás

A kvalitatív kutatási interjúk alapján a 3. ábra szemlélteti a gyógyszeres adherencia időbeli összefüggéseit. A gyógyszerekkel szembeni ellenállástól a gyógyszeres adherenciáig terjedő folyamat egyfajta folytonosságként szemléltethető, amelyen a diagnózistól a hosszú-távú menedzsmentig tartó szakaszok és tényezők azonosíthatóak be.

A kezdeti, liminális szakasz kétféleképpen jelentkezhet. Amennyiben a diagnózis váratlan, akkor egyfajta sokként élhetik meg, és előfordul, hogy a páciensek elutasítóak a gyógyszeres kezeléssel szemben. Esetükben gyakran egy második sokk, jellemzően valamilyen egészségügyi esemény, vagy a tünetek fokozódása szükséges ahhoz, hogy végül rávehetőek legyenek a gyógyszeres kezelés elfogadására és betartására. Ugyanakkor néhány páciens eredendően adherens így ez a tagadási szakasz kimarad náluk. Amennyiben az egyre súlyosbodó tünetek miatt a diagnózis szinte megkönnyebbülést hoz, vagy a diagnózis várható volt, akkor a páciensek hajlamosabbak betartani az előírásokat.

31. ábra: A gyógyszeres adherencia idővonala a kvalitatív kutatás eredményei alapján



Forrás: a szerző szerkesztése

A kvalitatív kutatás a gyógyszeres adherencia változó természetét vizsgálja a krónikus beteg paciensek körében, a kezdeti, liminális szakasz és a hosszú-távú menedzsment szakasz közötti szignifikáns különbségek megvilágításával.

A kezdeti, liminális szakaszban a pácienseket sokként is érheti a diagnózis, így reagálhatnak elutasítással, részben azért, mert nincsenek, vagy csak gyengék a tüneteik, illetve nem volt korábban semmilyen egészségügyi problémájuk. Ezt a szakaszt leginkább a tagadás és a gyógyszerzedés elkezdésének való ellenállás jellemzi. A páciensek egy része nem érti azonnal az állapotának súlyosságát, ha a tünetek gyengék, vagy nem is észlelhetők. A kezelés szükségessége ebben az állapotban egyáltalán nem nyilvánvaló a számukra. Épp ezért, a hosszú távú menedzsment szakaszhoz képest a kezdeti szakaszt sokkal inkább jellemzi a nem-adherens viselkedés, a tudatosan gyógyszerkerülő döntések, még akkor is, ha a páciens elfogadó már a betegség történetének elején is.

A nem adherens módon indító kezdők számára egy második sokk jelenti gyakorta az átjárást a gyógyszeres adherencia felé. Egy-egy erőteljes egészségügyi történés vészcsengőként funkcionál, ami a gyógyszeres adherencia felé tolja a pácienseket.

Hosszabb távon a páciensek megismerik és megértik a helyzetüket és ráébrednek a gyógyszerek szükségességére. Olyan rutinokat alakítanak ki, melyek segítik a gyógyszereszedést beépíteni a hétköznapi életbe. A páciensek elköteleződétebbé válnak a kezelési tervük betartásában, és egyeztetnek a doktorral, ha úgy érzik, hogy módosításra van szükség.

Ez a kezdeti, liminális szakasz és a hosszú távú gyógyszereszedési menedzsment közötti különbségek hívták fel a figyelmet arra, hogy a diagnózis óta eltelt időt érdemes bevonni a gyógyszeres adherencia szintjének megértésébe. Ezen időbeli dinamikák vizsgálata segítheti az egészségügyi szolgáltatóknak abban, hogy jobban támogatni tudják a pácienseket, hogy az esetleges kezdeti ellenállásból a hosszú távú gyógyszereszedési hűség felé tudjanak elmozdulni.

5.3 Primer kvantitatív kutatás

Az elsődleges kvantitatív modell megalkotása során az AADQ skála került a liminalitás mérésének szerepébe, hiszen méri a betegség elfogadásának szintjét. Az irodalmi áttekintés alapján az AADQ skála egydimenziósként került a kezdeti modellezésbe az előkutatás során bemutatott modellt továbbfejlesztve. Azonban az AVE alacsony értéke és a töltések alacsony pontszáma miatt az AADQ skála több dimenziós természete valószínűsíthetővé vált, ami a modellben betöltött hiányos szerepére is magyarázattal szolgált (Hair et al., 2010). Ezért egy feltáró, majd egy megerősítő faktorelemzés során egy három faktoros struktúrát tártam fel (4. táblázat).

4. táblázat: Az AADQ skála faktorstruktúrája

FAKTOR	Tétel	Töltés
Betegségtagadás	10. Igyekszem nem gondolni arra, hogy milyen hatással lehet rám a betegség.	0,784
	8. Igyekszem nem gondolni arra, hogy milyen hatással lehet a betegség a testemre.	0,696
	11. Igyekszem nem gondolni a betegségemre, mert ismertem valakit, aki ebben a betegségben hunyt el.	0,677
	3. Nem foglalkozom a betegségemmel, mert az csak emlékeztet arra, hogy beteg vagyok.	0,635
Az elkötelezettség liminális hiánya	7. Olyan ételeket fogyasztok, amelyeket nem volna szabad, azért, hogy elkerüljem, vagy csökkentsem a stresszt.	0,828
	2. Nyugtalanító gondolataim és érzéseim vannak a betegségemmel kapcsolatban.	0,720
	4. Van, hogy annyira megkívánok egy ételt, hogy megeszem, annak ellenére, hogy nem volna szabad.	0,622
	6. Kihagyom a gyógyszereim szedését vagy elfelejtem bevenni, mert arra emlékeztetnek, hogy beteg vagyok.	0,531
	9. Nem végzek rendszeres testmozgást, mert arra emlékeztet, hogy beteg vagyok.	0,459
Kontrollált Betegségtudatosság	5. Amikor nyugtalanító érzésem vagy gondolatom támad a betegségemmel kapcsolatban, igyekszem úrrá lenni rajta.	0,791
	1. Próbálok kerülni azokat a dolgokat, melyek a betegségemre emlékeztetnek.	0,523

Forrás: a szerző szerkesztése

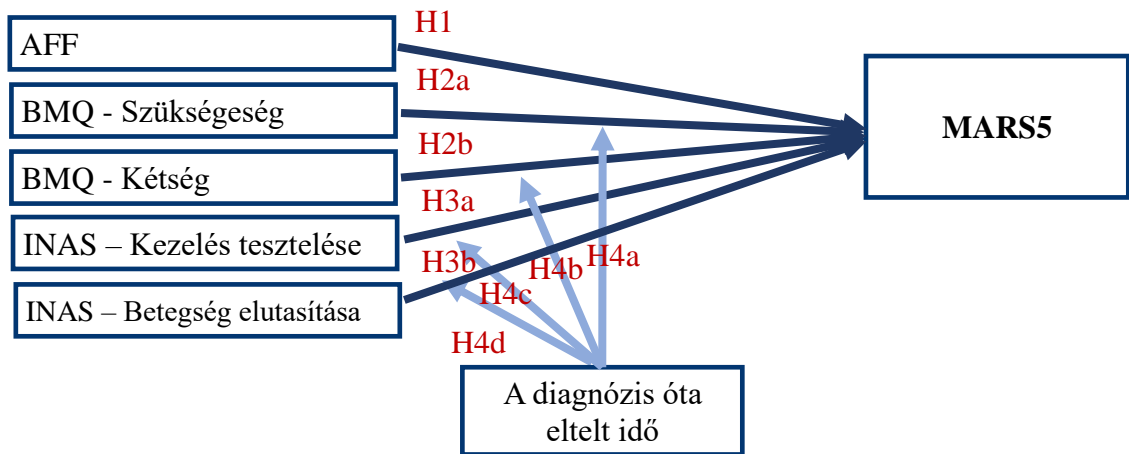
A háromfaktoros AADQ struktúrát egy újabb PLS-SEM modellbe építtem be a „betegségtagadás” és az „elkötelezettség liminális hiánya” faktorok beépítésével. Az INAS „betegség elutasítás” tartalmához hasonló tartalmi elemek miatt a „Betegségtagadás” dimenzió került a liminalitás szerepébe moderátorként. A rossz illeszkedés, a gyenge hasonlósági érvényesség és a szintén gyenge megbízhatóság miatt egy másik moderátor bevezetését javasoltam a végső modellbe.

Az AADQ skála nem bizonyult kellően megbízhatónak a modellezés során. Az eredeti kiindulópontnál, az Intentional Non-Adherence Scale (INAS), betegségefogadási mérőeszközként került alkalmazásra a modellben. Bár több publikáció hivatkozik az INAS skálára különböző faktorstruktúrákkal, egyik sem alkalmaz validálási módszert. Ezért következő lépésként az INAS skálát megerősítő faktorelemzéssel erősítettem meg a végső primer modellezés megkezdése előtt. A CFA modell illeszkedése megfelelő volt

a legfontosabb illeszkedési mutatók mentén, ezért a skála két dimenzióját alkalmaztam a végső modellben is (ld.: 4. ábra).

A kvalitatív eredményekre alapozva új változóként a diagnózis óta eltelt idő jelent meg a modellben moderátorként, mely megragadja a liminalitást a krónikus betegségek esetében.

4. ábra: A pimer kutatás modellje



Forrás: a szerző szerkesztése

Minden konstrukció megfelelően megbízhatóan méri az adott jelenséget: nem adherens viselkedés (MARS5), pénzügyi nehézségek (AFF), kétségek (BMQ_C), szükségesség érzése (BMQ_N), kezelés tesztelése (INAS_TT) és a betegség elutasítása (INAS_RI). A hasonlósági érvényesség mértéke megfelelő. Az egyes konstrukciók jellemzően különállóak, azonban a két INAS skála eredményei korlátok között értelmezhetőek a magas HTMT érték miatt.

Hipotézisek és az eredmények:

H1: Rosszabb anyagi helyzet (megfizethetőség) pozitív hatással van a gyógyszeres adherenciára

A hipotézis igazolódott ($t=4.582$, $p<0.001$), azok az egyének, akik pénzügyi nehézségekkel küzdenek a gyógyszereik kapcsán, kevésbé lesznek adherensek a gyógyszereikkel kapcsolatban. Egyúttal ez a legerősebb hatás a modellben ($f^2=0.123$)

H2a: A felírt gyógyszerek szükségességébe vetett erősebb hit csökkenti a gyógyszeres non-adherenciát

A hipotézis nem igazolódott be ($t=-0.439$, $p=0.661$); a betegség szükségességébe vetett hit nincs hatással a nem adharens viselkedés mértékére.

H2b: Növekvő aggodalmak a felírt gyógyszerekkel kapcsolatban magasabb szintű a gyógyszeres non-adherenciához vezetnek.

A hipotézis nem igazolódott ($t=-0.194$, $p=0.846$); a gyógyszerekkel kapcsolatos kétségek nincsenek hatással az nem-adherens viselkedés mértékére.

H3a: A kezelés megkérdőjelezésének növekedése magasabb szintű a gyógyszeres non-adherens viselkedéshez vezet.

Ezt a hipotézis 10%-os alfa mellett igazolódott ($t=1.898$, $p=0.058$), azok, akik erősebben kérdőjelezik meg a kezelésüket nagyobb mértékben fognak nem-adherensen viselkedni. Gyenge a hatás a modellben ($f^2=0.020$)

H3b: A betegség elutasításának nagyobb mértéke magasabb non-adherens viselkedéshez vezet.

Ez a hipotézis nem igazolódott. A betegség elutasításának mértéke nincs hatással a non-adherenciára ($t=-0,569$, $p=0.569$).

H4a: A diagnózis óta eltelt idő pozitívan moderálja a szükségességbe vetett hit hatását a non-adherens viselkedésre

A hipotézis igazolódott. Szignifikáns, pozitív moderáció hatás van jelen a modellben ($t=3.1206$, $p=0.002$), azonban maga a hatás gyenge ($f^2=0.036$). Tehát idővel felerősödik a kezelés szükségességébe vetett hit non-adherenciát csökkentő hatása.

H4b: A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a gyógyszerekkel kapcsolatos kétségek hatását a non-adherens viselkedésre

A hipotézis nem igazolódott ($t=-0.307$, $p=0.759$), nincs moderáló hatás.

H4c: A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a kezelés tesztelésének hatását a nem adherens viselkedésre.

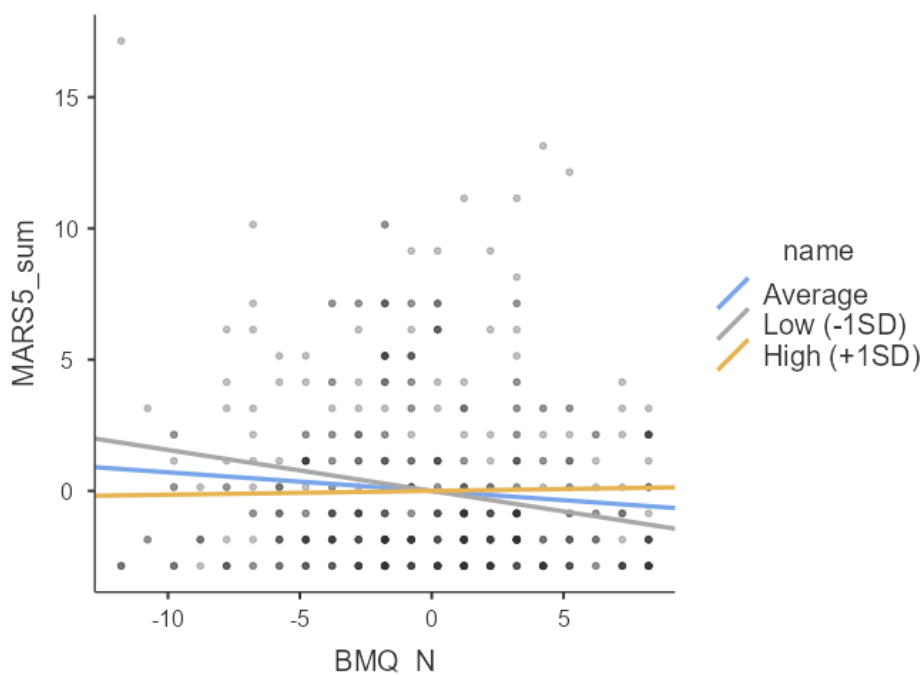
A hipotézis igazolódott ($t=-1.772$, $p=0.0334$) szignifikáns, gyenge negatív moderáló hatás van a modellben ($f^2=0,011$). Azoknál a pácienseknél, akik régebb óta vannak már a betegségük tudatában kevésbé erősíti már a kezelés tesztelése a nem adherens viselkedést.

H4d: A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a betegség elutasításának hatását a nem adherens viselkedésre

A hipotézis nem igazolódott ($t=0,768$, $p=0.443$), nincs moderáló hatás a modellben.

A szükségességi hiedelmek hatásának mélyebb megértéséhez figyelembe kell venni, hogy a diagnózis óta eltelt idő szignifikáns, pozitív módon moderálja ezt a kapcsolatot. A diagnózishoz időben közelebb a szükségességi hiedelmek jelentősebb védő funkciót töltenek be a nem adherens viselkedés ellen. Következésképpen, a diagnózishoz közelebb a szükségességi hiedelmek hatása a non-adherenciára súlyosabb, azonban ez a hatás idővel eltűnik (lásd 5. ábra).

52. ábra: Meredekség elemzés – az idő moderáló szerepe a szükségesség non-adherenciára gyakorolt hatásában



Forrás: JAMOVİ output

53. Táblázat: Az előkutatás és a primer kutatási modell eredményeinek összefoglalása

H		UTAK		HIPOTÉZISEK		DÖNTÉS	
		ELŐKUTATÁS (mod: INAS Betegség elutasítás)	PRIMER (mod: Diagnózis óta eltelt idő)	ELŐKUTATÁS	PRIMER	ELŐKUTATÁS	PRIMER
DIREKT HATÁSOK	H1	AFF-> MARS5		Rosszabb anyagi helyzet (megfizethetőség) pozitív hatással van a gyógyszeres adherenciára		ELFOGADVA	ELFOGADVA
	H2a	BMQ_N-> MARS5		A felírt gyógyszerek szükségességébe vetett erősebb hit csökkenti a gyógyszeres non-adherenciát		ELFOGADVA	ELUTASÍTVÁ
	H2b	BMQ_C -> MARS5		Növekvő aggodalmak a felírt gyógyszerekkel kapcsolatban magasabb szintű a gyógyszeres non-adherenciához vezetnek.		ELFOGADVA	ELUTASÍTVÁ
	H3a	INAS_TT -> MARS5		A kezelés megkérdőjelezésének növekedése magasabb szintű a gyógyszeres non-adherens viselkedéshez vezet.		ELFOGADVA	ELFOGADVA
	H3b	INAS_RI-> MARS5		A betegség elutasításának nagyobb mértéke magasabb non-adherens viselkedéshez vezet.		ELUTASÍTVÁ (szig, de ellentétes irány)	ELUTASÍTVÁ
MODERÁLÓ HATÁSOK	H4a	BMQ_NxINAS_RI -> MARS5	BMQ_N_Xyears -> MARS	A betegség elutasításának nagyobb mértéke negatívan moderálja a kezelés szükségességébe vetett hit és a nem adherens viselkedés közötti kapcsolatot	A diagnózis óta eltelt idő pozitívan moderálja a szükségességbe vetett hit hatását a non-adherens viselkedésre	ELFOGADVA	ELFOGADVA
	H4b	BMQ_CxINAS_RI -> MARS5	BMQ_C_Xyears -> MARS	A betegség elutasításának nagyobb mértéke pozitívan moderálja az kezeléssel kapcsolatos aggodalmak és a nem-adherens viselkedés közötti kapcsolatot	A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a gyógyszerekkel kapcsolatos kétségek hatását a non-adherens viselkedésre	ELUTASÍTVÁ	ELUTASÍTVÁ
	H4c	INAS_TTxINAS_RI -> MARS5	INAS_TT_Xyears -> MARS	A betegség elutasításának nagyobb mértéke pozitívan moderálja a kezelés tesztelése és a nem-adherens viselkedés közötti kapcsolatot.	A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a kezelés tesztelésének hatását a nem adherens viselkedésre.	ELUTASÍTVÁ (szig, de ellentétes irány)	ELFOGADVA
	H4d	-	INAS_RI_Xyears -> MARS	-	A diagnózis óta eltelt idő negatívan moderálja a betegség elutasításának hatását nem adherens viselkedésre	-	ELUTASÍTVÁ

Forrás: a szerző szerkesztése

6. Értelmezés és következtetések

6.1 Elméleti hozzájárulások

Mérőeszközökkel kapcsolatos eredmények

Jelen kutatás egy összetettebb, háromdimenziós szerkezetet tárt fel az irodalom szerint eddig egydimenziósként kezelt AADQ kérdőív (Gregg et al., 2007) kapcsán. Az AADQ skálát általánosan, krónikus betegségekre vonatkozó szövegezéssel alkalmaztam az eddigi diabétesz fókusz helyett. Háromdimenziós faktorszerkezetet állapítottam meg feltáró és megerősítő faktorelemzés segítségével. A struktúra feltárása javítja a páciensek gyógyszereszedési magatartásának és a betegség elfogadását megalapozó pszichológiai folyamatok megértését. Az azonosított három dimenzió: „Betegségtagadás”, „Az elkötelezettség liminális hiánya” és „Kontrollált Betegségtudatosság”.

Az Intentional Non Adherence Scale (INAS) validálása megerősítő faktoranalízis (CFA) segítségével az eredeti struktúra (Weinman et al., 2018) alapján nemcsak megerősíti az INAS megbízhatóságát és szerkezeti integritását, hanem támogatja annak alkalmazhatóságát is a krónikus betegséggel élő egyének közötti szándékos nem adherens viselkedés mérésében.

Direkt hatások a nem adherens viselkedésre

A pénzügyi korlátok jelentős hatással vannak a krónikus betegséggel élő egyének nem adherens viselkedésére (ABC Projektcsapat, 2012). A jelentős pénzügyi terhek korlátozhatják a páciensek képességét a szükséges gyógyszerek megvásárlására, a rendszeres kontrollvizsgálatokon való részvételre vagy egy következetes kezelési rendszer fenntartására, melyek közvetlenül nem adherens viselkedéshez vezetnek (Ganguli & Thakore, 2021; ABC Projektcsapat, 2012; McHorney & Spain, 2011). Ez az eredmény felhívja a figyelmet a kizárólag orvosi vagy pszichológiai adherencia modellezések során a szocioökonómiai tényezők bevonására.

A szándékos non-adherencia (INAS) és a hiedelmek (BMQ) eltérő hatással vannak a nem adherens viselkedésekre, mivel az INAS erősebb prediktora a nem adherens viselkedésnek, mint a BMQ. Az INAS a nem betartás szándékos aspektusaira összpontosít, ezáltal az eredmény azt sugallja, hogy a nem betartás gyakran tudatos döntés, nem csupán passzív, hiedelmek által befolyásolt válaszreakció. Ez az eredmény kiemeli a páciens szándékainak fontosságát a gyógyszeres adherenciát javító intervenciók során. Ez az eredmény a hit-

központú keretrendszereket elmozdítja a szándékos döntések modellezése felé a nem adherens viselkedések vizsgálata során.

Moderáló hatások a liminalitás operacionalizálásával

A „Betegség elutasítása” (Resisting Illness) bonyolult szerepet tölt be a gyógyszeres adherencia kontextusában. Habár a betegségelutasítás közvetlen hatása a nem adherens viselkedésre a két modellben nem azonos, moderáló hatása jelentős az előkutatási modellben. Csökkenti a „Kezelés Tesztelése” (Testing Treatment) hatását a nem adherens viselkedésre és erősíti a „Kétség” (Concern) hatását a nem adherens viselkedésre. Ez azt jelzi, hogy azok az egyének, akik tagadják betegségüket, kevésbé valószínű, hogy nem fognak adherensen viselkedni a kezelésükkel kapcsolatos kétségeik miatt. Ellenkezőleg, a betegség elutasítása fokozza a gyógyszerrel kapcsolatos aggodalmak hatását a nem adherens viselkedésre. Ez bizonyítékul szolgál arra, hogy a páciens betegség elutasítása nem önállóan működik, hanem más pszichológiai tényezőkkel kölcsönhatásban befolyásolja a viselkedést.

A diagnózis óta eltelt idő moderáló hatás elsősorban a „Kezelés Tesztelésének” (Testing Treatment) és a kezelés „szükségességének” (Necessity) nem adherens viselkedésre gyakorolt hatását befolyásolja. Az eredmények kiemelik a páciensek gyógyszereszedési magatartásának dinamikus jellegét. Ahogy több idő telik el a diagnózis óta, annál kisebb hatása van a kezelés tesztelésének a nem adherens viselkedésre. Ez arra enged következtetni, hogy az idő múlásával a betegek mélyebb megértést fejlesztenek ki kezelésük fontosságáról, ami jobb gyógyszereszedési fegyelemhez vezet. A gyógyszereszedés szükségességének csökkenő hatása a nem adherens viselkedésre a diagnózishoz közelebb jelentős; ahogy az idő halad előre, ez a hatás megszűnik. Ez részben összhangban van Schüz és mtsai., (2011) állításával mivel az idő közvetlenül befolyásolja a gyógyszereszedési fegyelmet a páciensek hiedelmeinek és hozzáállásának megváltozásán keresztül, ugyanakkor a kétségekkel (Concern) kapcsolatos hiedelmeket esetében ezt a primer kutatás nem igazolta.

A gyógyszeres adherencia felé vezető út

A disszertáció két útvonalat tár fel a gyógyszeres adherencia felé. Az első útvonal azokra az egyénekre jellemző, akik kezdettől fogva adherensek, akár természetükből adódóan, akár állapotukra és a kezelés szükségességének mély megértése miatt. A második útvonal azokra az egyénekre jellemző, akik kezdetben ellenállnak a kezelésnek (Huyard és mtsai.,

2016), de egy jelentős egészségügyi válság vagy erősödő tünetek következtében elfogadják a gyógyszeres kezelést, hiszen a negatív tapasztalat átformálja a betegségükről és a kezelés szükségességéről alkotott hiedelmeiket. Ez a sokk-hatás segít jobban megérteni a betegpszichológiát.

Van egy "küszöb" a gyógyszerelutasítás kapcsán, amelyet az első ellenállás során át kell lépni. Ennek a küszöbnek az átlépése ugyanakkor egy fordulópont, ezt követően a páciensek már hajlandóbbak további gyógyszereket elfogadni; ezért az elsődleges gyógyszerellenállás egy döntő akadály, azonban jellemzően csak egyszer kell átlépni.

6.2 Gyakorlati hasznosulás

Fontos, hogy a páciensek gyógyszerekkel kapcsolatos hiedelmeit kezelésük legkorábbi szakaszában kezeljük, a magasabb fokú gyógyszeres adherencia érdekében (Unni és mtsai., 2015). A célzott programoknak a terápia kezdetén el kell indulniuk. Ez a korai beavatkozás segít erősíteni a gyógyszereszedés szükségességébe vetett hitet (Petrilla és mtsai., 2005). A páciensekkel való egyértelmű, de empátikus kommunikáció az állapotukról és a szükséges kezelésekről segíthetik az előírások betartását. Emellett elengedhetetlen, ebben az időszakban a pácienseket felvilágosítsuk az előírások be nem tartásának negatív, betartásának pedig pozitív következményeiről (White és mtsai., 2013).

Az eredmények alapján a páciensek racionális döntéseire kell hatni. A felvilágosító, ismeretterjesztő programok elmagyarázzák a gyógyszerek működését. Ezeket a programokat marketing kommunikációs eszközök is támogathatják, egyének történeteinek keresztül, ezzel életszerűbbé, könnyebben azonosulhatóvá téve a gyógyszereszedési fegyelem és az előírások be nem tartásának következményeit (Hackley és mtsai., 2021).

Elengedhetetlen azoknak a pácienseknek a támogatása, akik anyagi nehézségekkel küzdenek, hogy a pénzügyi akadályok ne akadályozzák a gyógyszereszedési fegyelmüket. Szakpolitikai döntések szükségesek az egyén anyagi terheinek csökkentésére.

6.3 Korlátok

Habár a disszertációban, mélyebb betekintést nyerünk a gyógyszeres adherenciába, mégis figyelembe kell venni több korlátot is.

A kutatás keresztmetszeti adatfelvétellel történt, amely korlátozza az ok-okozati összefüggések megállapításának képességét. A kitöltés önbevalláson alapult, ami során jellemzően túlbecsült a gyógyszeres adherencia mértéke. A résztvevők magasabb adherenciát jelenthettek az emlékezet torzítása vagy a társadalmi elvárások torzító hatása miatt. A megkérdezettek többsége nem a liminális szakaszban volt az adatgyűjtés idején, ezért fennáll a visszatekintő torzítás esélye is.

A liminalitás fogalmának mérésére használt skálák, különösen az INAS Betegség elutasítás, valamint az AADQ, módszertani aggályokat vetettek fel, amelyek befolyásolhatják az eredmények megbízhatóságát és érvényességét.

Bár a minta multimorbid jellege segít általánosítani az eredményeket, figyelmen kívül hagyja az egyes betegségcsoportok specifikus jellemzőit. A minta kizárólag magyar résztvevőkből állt. Az adatokat online gyűjtötték a kvantitatív kutatási szakaszok során, ami korlátozta a részvételt.

6.4 További kutatási irányok

A jövőbeli kutatásoknak longitudinális megközelítést érdemes alkalmazniuk, hogy nyomon lehessen követni a gyógyszeres adherencia változásait az idő során. A betegek által kezdetben érzékelt betegség súlyosság szintje, valamint a tünetek észlelt erősségének mérése további kontextust biztosíthatna a gyógyszeres adherencia megértéséhez. A különféle betegségcsoportok külön vizsgálata segítene azonosítani az egyedi gyógyszeres adherencia mintákat és kihívásokat a különböző betegségek között. Szükség van egy stabil betegségelfogadási és/vagy tagadási skála kifejlesztésére. Ezt a skálát úgy kell megtervezni, hogy pontosan mérje az elfogadást különböző krónikus betegségek esetében.

7. Fontosabb referenciák

- ABC Project Team. (2012). *Ascertaining barriers for compliance: Policies for safe, effective, cost-effective use of medicines in Europe—Final report of the ABC Project*.
- Allen, D., Badro, V., Denyer-Willis, L., Ellen Macdonald, M., Paré, A., Hutchinson, T., Barré, P., Beauchemin, R., Bocti, H., Broadbent, A., & Cohen, S. R. (2015). Fragmented care and whole-person illness: Decision-making for people with chronic end-stage kidney disease. *Chronic Illness*, 11(1), 44–55. <https://doi.org/10.1177/1742395314562974>
- Bailey, C. A. (2018). *A Guide to Qualitative Field Research*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071909614>
- Barrett, L. J. (1998). The ‘schizophrenic’ and the liminal persona in modern society. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 465–494.
- Brencsán, J., Dr Krúdy, E., Dr Gergely, J., & Dr Magasi, P. (2002). *Orvosi szótár*. Medicina Könyvkiadó.
- Bruce, A., Sheilds, L., Molzahn, A., Beuthin, R., Schick-Makaroff, K., & Shermak, S. (2014). Stories of Liminality: Living With Life-Threatening Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 32(1), 35–43. <https://doi.org/10.1177/0898010113498823>
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.01993.x>
- Chakrabarti, S. (2014). What’s in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World Journal of Psychiatry*, 4(2), 30–36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>
- Cody, K., & Lawlor, K. (2011). On the borderline: Exploring liminal consumption and the negotiation of threshold selves. *Marketing Theory*, 11(2), 207–228. <https://doi.org/10.1177/1470593111403220>
- Darveau, J., & Cheikh-Ammar, M. (2021). The interplay between liminality and consumption: A systematic literature review with a future research agenda. *International Journal of Consumer Studies*, 45(4), 867–888. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12678>
- Eurostat. (2018). *Eurostat regional yearbook 2018 edition*. European Union.
- Ganguli, I., & Thakore, N. (2021). Cost Conversations About Atrial Fibrillation Care—Who Is Talking the Talk? *JAMA Network Open*, 4(7), e2116670. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16670>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Hackley, C., Hackley, R. A., & Bassiouni, D. H. (2021). Imaginary futures: Liminoid advertising and consumer identity. *Journal of Marketing Communications*, 27(3), 269–283. <https://doi.org/10.1080/13527266.2019.1694564>
- Hair, J. F., Black, W. C., & Babin, B. J. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. Pearson Education.
- Honkasalo, M. (2001). Vicissitudes of pain and suffering: Chronic pain and liminality. *Medical Anthropology*, 19(4), 319–353. <https://doi.org/10.1080/01459740.2001.9966181>

- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 138–153). Routledge.
- 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), e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
- Huyard, C., Derijks, L., Haak, H., & Lieveerse, L. (2016). Intentional Nonadherence as a Means to Exert Control. *Qualitative Health Research*, 27(8), 1215–1224. <https://doi.org/10.1177/1049732316688882>
- Kotzeva, M. (2022). Eurostat regional yearbook 2022. Eurostat.
- Little, M., Jordens, C. F. C., Paul, K., Montgomery, K., & Philipson, B. (2022). Liminality: A major category of the experience of cancer illness. *Journal of Bioethical Inquiry*, 19(1), 37–48. <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10175-x>
- McHorney, C. A., & Spain, C. V. (2011). Frequency of and reasons for medication non-fulfillment and non-persistence among American adults with chronic disease in 2008. *Health Expectations*, 14(3), 307–320. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00619.x>
- Min, H. J., & Peñaloza, L. (2019). The agentic body in immigrant maternal identity reconstruction: Embodiment, consumption, acculturation. *Consumption Markets & Culture*, 22(3), 272–296. <https://doi.org/10.1080/10253866.2018.1494590>
- Murphy, R. F., Scheer, J., Murphy, Y., & Mack, R. (1988). Physical disability and social liminality: A study in the rituals of adversity. *Social Science & Medicine*, 26(2), 235–242. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90244-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90244-4)
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11747-018-0618-1>
- OECD & European Union. (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. OECD. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pavia, T. M., & Mason, M. J. (2012). Inclusion, exclusion and identity in the consumption of families living with childhood disability. *Consumption Markets & Culture*, 15(1), 87–115. <https://doi.org/10.1080/10253866.2011.637753>
- Petrilla, A. A., Benner, J. S., Battleman, D. S., Tierce, J. C., & Hazard, E. H. (2005). Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid-lowering medications: EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS TO IMPROVE PATIENT COMPLIANCE. *International Journal of Clinical Practice*, 59(12), 1441–1451. <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2005.00704.x>
- Rajaeiramsheh, F., Rezaie, Z., Davoudi, M., Ahmadi, S. M., & Qorbani-Vanajemi, M. (2021). Psychometric properties of the Persian versions of acceptance and action diabetes questionnaire (AADQ) and the diabetes acceptance and action scale (DAAS), in Iranian youth with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 20(1), 655–663. <https://doi.org/10.1007/s40200-021-00796-1>
- Schafheutle, E. I., Hassell, K., & Noyce, P. R. (2010). Coping with prescription charges in the UK. *International Journal of Pharmacy Practice*, 12(4), 239–246. <https://doi.org/10.1211/0022357044995>

- Schüz, B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L., Ziegelmann, J., Schwarzer, R., & Tesch-Roemer, C. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.014>
- Stremersch, S., & Van Dyck, W. (2009). Marketing of the Life Sciences: A New Framework and Research Agenda for a Nascent Field. *Journal of Marketing*, 73(4), 4–30. <https://doi.org/10.1509/jmkg.73.4.004>
- Tonner, A. (2016). Liminal mothers' negotiation of conflicting service consumption. *Journal of Marketing Management*, 32(1–2), 100–120. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2015.1089306>
- Turner, V. (1967). *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Cornell University Press.
- Unni, E., Shiyabola, O., & Farris, K. (2015). Change in Medication Adherence and Beliefs in Medicines Over Time in Older Adults. *Global Journal of Health Science*, 8(5), Article 5. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p39>
- van Boven, J. F., Tsiligianni, I., Potočnjak, I., Mihajlović, J., Dima, A. L., Nabergoj Makovec, U., Ágh, T., Kardas, P., Ghiciuc, C. M., Petrova, G., Bitterman, N., Kamberi, F., Culig, J., & Wettermark, B. (2021). European Network to Advance Best Practices and Technology on Medication Adherence: Mission Statement. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 748702. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.748702>
- Van Gennep, A. (1960). *The rites of passage*. (University of Chicago Press.).
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
- Weinman, J., Graham, S., Canfield, M., Kleinstäuber, M., Perera, A. I., Dalbeth, N., & Petrie, K. J. (2018). The Intentional Non-Adherence Scale (INAS): Initial development and validation. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.010>
- White, S., Clyne, W., & Mshelia, C. (2013). An educational framework for managing and supporting medication adherence in Europe. *Pharmacy Education*, 13. <https://pharmacyeducation.fip.org/pharmacyeducation/article/view/254>
- World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment : WHO global report. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43314>
- World Health Organization. (2022). World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization.

8. Kapcsolódó publikációk

Kemény, Ildikó; Kun, Zsuzsanna; Simon, Judit; Kulhavi, Nikoletta; Henseler, Jörg: Új lendület a PLS-SEM alkalmazásában az üzleti kutatások terén : Avagy hazai helyzetkép, szöszedet és a módszertani korlátok feloldása VEZETÉSTUDOMÁNY 54 : 1 pp. 2-13. , 12 p. (2023)

Kemény, Ildikó; Kulhavi, Nikoletta Márta; Kun, Zsuzsanna: A távorvoslás igénybevételét befolyásoló tényezők a COVID-19 járvány miatti félelem tükrében STATISZTIKAI SZEMLE 100 : 1 pp. 7-43. , 37 p. (2022)

Kun, Zsuzsanna; Simon, Judit; Kemény, Ildikó; Rojkovich, Ádám Konstantin; Pusztai, Tamás: The difference in the level of adherence along medication preferences In ESPACOMP 2023: Medication Adherence from Drug Development to Patient Care Budapest, Magyarország: International Society for Medication Adherence (ESPACOMP) (2023) 95 p. pp. 90-90. , 1 p.

Simon, J.; Kemény, I.; Kun, Zs. ; Weinman, J.: Intentional non-adherence in chronic illness before and during the COVID-19 pandemic INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL PHARMACY 45: 1 pp. 278-279. , 2 p. (2023)

Kemény, Ildikó; Székely, Alíz; Rojkovich, Ádám Konstantin; Kun, Zsuzsanna; Simon, Judit Factors influencing the adaption implementation of telehealth during the COVID-19 pandemic In EMCB 2022 Conference Proceedings (2022) pp. 61-62. , 2 p.

Kemény, Ildikó; Kun, Zsuzsanna; Kulhavi, Nikoletta Márta; Rojkovich, Ádám Konstantin; Simon, Judit: The role of COVID anxiety in case of intention to use e-health services In: EMAC 2022 Annual: Proceedings of the European Marketing Academy (2022) Paper: A2022-107635

Kun, Zsuzsanna; Pusztai, Tamás; Kemény, Ildikó; Kovács, Bence; Simon, Judit: Clustering Patients According to their Medication Preference based on Conjoint Analysis In: EMAC 2022 Annual: Proceedings of the European Marketing Academy (2022) Paper: A2022-107659

Simon, Judit; Kemény, Ildikó; Kun, Zsuzsanna; Weinman, John: Intentional non-adherence in chronic illness before and during the COVID-19 pandemic In: Espacomp 2022 Abstract book (2022) p. 91, 1 p.

Kemény, Ildikó ; Simon, Judit ; Berezvai, Zombor ; Kun, Zsuzsanna: Marketingkutatás kvantitatív módszerei: Segédanyag SPSS program használatához Budapest, Magyarország : Budapesti Corvinus Egyetem (2021) , 80 p.

Kun, Zsuzsanna: Az egészségügyi szolgáltatás elfeledett tényezője: a pénzügyi lehetőségek: avagy a páciens anyagi lehetőségeinek hatása a gyógyszeres adherenciára - a szolgáltatásmarketing nézőpontja In: Molnár, Dániel; Molnár, Dóra (szerk.) Tavasz Szél 2021 / Spring Wind 2021. Tanulmánykötet I.

Kun, Zsuzsanna ; Kulhavi, Nikoletta ; Kemény, Ildikó Helyzetkép a SEM módszertan alkalmazásáról a hazai tudományos üzleti folyóiratokban In: Mitev, Ariel; Csordás, Tamás; Horváth, Dóra; Boros, Kitti (szerk.) "Post-traumatic marketing: virtuality and reality" – Proceedings of the EMOK 2021 International Conference Budapest, Magyarország : Corvinus University of Budapest (2021) 558 p. p. 87 , 1 p.

Kun, Zsuzsanna; Kemény, Ildikó; Simon, Judit: The relationship between financial affordability and patient behaviour in medication adherence In: Proceedings of the 50th

Annual Conference of the European Marketing Academy (2021) pp. 1-11. Paper: A2021-94739 , 11 p.

Simon, Judit; Kemény, Ildikó; Kun, Zsuzsanna; Weinman, John: Investigating the Intentional Non-adherence Scale - modelling and scale validation INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL PHARMACY 43: 1 p. 302 (2021)

Zsuzsanna, Kun; Kulhavi, Nikoletta Márta; Ildikó, Kemény Status report on application of SEM methodology in Hungarian management journals In: 12th EMAC Regional Conference (2021) Paper: online

Kun, Zsuzsanna ; Simon, Judit: BMQ - az egészségügyi szolgáltatás sikerének egyik indikátora In: Ercey, Ida (szerk.) Marketing a digitalizáció korában : Az Egyesület a Marketing Oktatásért és Kutatásért XXVI. Országos konferenciájának előadásai Győr, Magyarország : Széchenyi István Egyetem (2020) pp. 545-555. , 11 p.

Simon, Judit; Kun, Zsuzsanna: How marketing can handle chronic diseases as an effect on the household as a consumption community In Malhotra, Naresh K; Čater, Barbara; Marinov, Marin Alexander; Bodlaj, Mateja; Zečević, Mila (szerk.) Growing Business in Emerging Markets: Challenges and Drivers for Success: EMCB 2020 Conference Proceedings Ljubljana, Szlovénia: University of Ljubljana, School of Economics and Business (2020) 107 p. pp. 56-58. , 3 p.

Kun, Zsuzsanna: Szakterületi nézőpontok háromszöge a krónikus betegségek háztartási fogyasztásra gyakorolt hatása kapcsán In: Veres, Zoltán; Sasné, Grósz Annamária; Liska, Fanny (szerk.) Ismerjük a vevőt? : A vásárlás pszichológiája : Az Egyesület a Marketingoktatásért és Kutatásért XXV. Országos konferenciájának előadásai Veszprém, Magyarország : Pannon Egyetem (2019) 795 p. pp. 767-779. , 13 p.