

Viðhorf Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar

Hlíf Vilhelmsdóttir^{1,2} lyfjafræðingur, Magnús Jóhannsson² læknir

ÁGRIP

Tilgangur: Að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja.

Aðferðir: Spurningalistinn *The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* var þýddur, gildaður og notaður til að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja. Einnig var spurt um heilsufar og sjúkdóma þátttakenda. Úrtakið var 1500 Íslendingar á aldrinum 18–75 ára sem fengið var úr nethópi Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands.

Niðurstöður: Svarhlutfallið var 61,6%. Flestir Íslendingar eru jákvæðir gagnvart lyfjum og treysta þeim yfirleitt. Sjúklingar með langvinna sjúkdóma eru jákvæðari en aðrir þátttakendur og taka síður undir fullyrðingar

um skaðsemi og ofnotkun lyfja. Menntun hefur mikil áhrif á viðhorfin með þeim hætti að fólk með minni menntun ber minna traust til lyfja. Kyn eða aldur hafa ekki teljandi áhrif á viðhorfin.

Umræður: Niðurstöðurnar gefa góða mynd af viðhorfum Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar. Þær gætu skapað grundvöll umbótastarfs fyrir klíniska vinnu og til hagræðingar fyrir heilbrigðiskerfið. Slík vinna gæti stuðlað að málefnalegri umræðu um þátt lyfja í meðferð sjúkdóma, vanda tengdan meðferðarfylgni og betri samskiptum lækna við sjúklinga og lyfjafyrirtæki.

Inngangur

Viðhorf fólks til lyfja ræður talsvert miklu um meðferðarfylgni í ýmsum langvinnum sjúkdómum og er talið vega þyngra en klínískir, félagslegir og lýðfræðilegir þættir.^{1,2} Þrátt fyrir að réttum lyfjum sé ávísad réttum sjúklingi má vera að árangur verði síðri, samrýmist meðferðin ekki viðhorfum sjúklingsins. Viðhorf sjúklings gagnvart lyfjum, lyfjaávisunum og jafnvel lyfjafyrirtækjum getur haft mikil áhrif á hvort sjúklingar gangist undir lyfjameðferð samkvæmt ábendingum og hvort meðferðarfylgni aukist.^{3,4} Þeir sem hafa sterkastar skoðanir í þessum efnum geta mögulega haft áhrif á vini og vandamenn sem taka lyf og þeirra meðferðarfylgni. Neikvæð viðhorf til lyfja, til dæmis áhyggjur af aukaverkunum, geta valdið slakri meðferðarfylgni.¹ Með því að kortleggja og auka skilning á viðhorfum sjúklings til lyfja geta fundist leiðir til að bæta meðferðarfylgni og klíniska útkomu. Ef hægt væri að átta sig á áhrifaþáttum viðhorfa til lyfja mætti finna leiðir til að gera þau jákvæðari. Það yrði gagnlegt í þróun á inngripum til að bæta meðferðarfylgni.⁵

The Beliefs about Medicines Questionnaire spurningalistinn (BMQ)

BMQ-spurningalistinn var þróaður í Bretlandi árið 1999 og er notaður til að kanna viðhorf sjúklings til lyfja í tengslum við meðferð langvinnra sjúkdóma.⁴ Ákveðnir þættir virðast hafa áhrif á viðhorfin, til að mynda uppruni fólks, menning^{6,7} og menntun.

Betur menntað fólk hefur jafnan betri þekkingu á sjúkdómi sínum og meðferðinni og er viðhorf þess til lyfja jákvæðara.⁸ Fólk með litla þekkingu á lyfjum sínum lítur oftast á lyf sem hættuleg heldur en þeir sem hafa góða þekkingu.⁹ Gæði sambands lækna og sjúklings með langvinnan sjúkdóm virðast ráða miklu um viðhorf sjúklings til lyfjameðferðar. Mikið getur unnist fyrir árangur meðferðar með því að bæta slík tengsl.^{3,10,11} Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja geta einnig haft áhrif á viðhorfin. Sjúklingar líta svo á að gjafir til lækna frá lyfjafyrirtækjum séu algengar og þetta veldur þeim áhyggjum. Sumir sjúklingar telja að samskiptin hafi áhrif á ákvarðanir lækna í lyfjameðferðinni. Þetta ógnar því trausti sem þeir bera til lækna sinna og heilbrigðiskerfisins.^{3,12,13}

BMQ hefur verið notaður til að meta viðhorf ýmissa sjúklingshópa með langvinna sjúkdóma, svo sem astma,^{1,14} hjarta- og æðasjúkdóma,^{15–18} geðsjúkdóma,^{19,20} krabbamein,^{21,22} gigtarsjúkdóma^{23,24} og fleiri.²⁵

Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar sem hefur lítið verið kannað á Íslandi og aldrei áður með BMQ. Viðhorf fólks með ákveðna langvinna sjúkdóma (hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma) sem notar lyf mikið voru skoðuð sérstaklega. Einnig voru könnuð viðhorf þeirra sem voru frískir og nota lyf sjaldan.

Efniviður og aðferðir

The Beliefs about Medicines Questionnaire

BMQ er í tveimur hlutum, sértækur (BMQ-S) og almennur hluti (BMQ-G). Hvor hluti hefur tvo undirhluta (tafla I). BMQ-S eru 10 spurningar. Fyrri undirhluti BMQ-S, *specific-necessity* (BMQ-SN), metur hversu mikla þörf fólk hefur fyrir lyfin sín og hversu mikilvæg þeim þykir þau vera til að stuðla að betri heilsu núna

¹Lyfjafræðideild, ²rannsóknastofu í lyfja- og eiturefnafræði við Háskóla Íslands. Fyrirspurnum svarar Hlíf Vilhelmsdóttir hliif84@gmail.com

<https://doi.org/10.17992/ibl.2017.02.120>

Greinin barst 7. september 2016, samþykkt til birtingar 2. janúar 2017.

Tafla I. *The Beliefs about Medicines Questionnaire* spurningalistinn.

BMQ-Specific (BMQ-S)

Specific-Necessity (BMQ-SN)

Núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek.
Líf mitt væri óbærilegt án lyfjanna sem ég tek.
Ég yrði mjög veik/ur án lyfjanna sem ég tek.
Heilsa mín í framtíðinni veltur á lyfjunum sem ég tek.
Lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni.

Specific-Concern (BMQ-SC)

Mér finnst áhyggjuefni að þurfa taka lyf.
Ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek.
Ég veit lítið eða ekkert um lyfin sem ég tek.
Lyfin sem ég tek raska lífi mínu.
Ég hef stundum áhyggjur af því að verða of háð/ur lyfjunum sem ég tek.

BMQ-General (BMQ-G)

General-Overuse (BMQ-GO)

Læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli.
Náttúruvörur (náttúruylf, náttúruæfni t.d. lýsi, vítamín, sólhattur, remedíur eða grasalyf) eru öruggari en lyf.
Læknar treysta um of á lyf.
Læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum.

General-Harm (BMQ-GH)

Þeir sem taka lyf að staðaldri ættu að gera hlé á lyfjatöku af og til.
Flest lyf eru ávanabindandi.
Lyf gera meiri skaða en gagn.
Öll lyf eru eitur.

og í framtíðinni. Síðari undirhlutinn, *specific-concerns* (BMQ-SC), er notaður til að meta viðhorf fólks til mögulegra neikvæðra afleiðinga lyfjainntöku og hann mælir áhyggjur tengdar langtímanotkun lyfja, svo sem vegna ávana og annarra truflandi áhrifa. BMQ-G eru 8 spurningar og er ætlaður öllum, hvort sem viðkomandi er á lyfjum eða ekki, og fjallar um viðhorf til lyfja almennt. Undirhlutar almenna hlutans eru *general-harm* (BMQ-GH) og *general-overuse* (BMQ-GO). Sá fyrri beinist að skoðunum á mögulegri skaðsemi lyfja. Til að mynda að lyf séu hættuleg, ávanabindandi og að gera skuli hlé á lyfjatöku öðru hverju. Síðari undirhlutinn metur viðhorf til mögulegrar ofnotkunar lyfja og oftrúar á þau af hálfu lækna.

Úrtakið og spurningar

Úrtakið var fengið úr nethópi Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands og sá hún einnig um framkvæmd netkönnunarinnar. Nethópurinn samanstóð af 5305 einstaklingum á aldrinum 18-75 ára. Upphaflegt úrtak var 1500 Íslendingar á aldrinum 18-75 ára af öllu landinu. Spurningalistinn var sendur út í formi netkönnunar og var slóðin að henni send með tölvupósti á úrtakið. Gögnum var safnað í október-nóvember 2011. Gætt er að því að nethópurinn endurspegli þjóðina sem allra best. Hópurinn er reglulega uppfærður þannig að hann samsvari dreifingu í þýði með tilliti til kyns, aldurs, búsetu, menntunar og tekna. Með því að tryggja gæði nethópsins með framangreindum hætti er mögulegt að alhæfa um niðurstöður rannsókna sem byggjast á svörum nethóps Félagsvísindastofnunar.

Spurningalistinn innihélt BMQ í íslensku þýðingu. Auk þess voru þátttakendur spurðir um notkun lyfja, heilsufar og fleira. Einnig var spurt um kyn, aldur, búsetu og menntun (hæstu prófgráðu sem hefur verið lokið). Þátttakendur sem tóku lyf sjaldnar

Tafla II. *Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.*

Breytur	n	%
Fjöldi	921	-
Aldur (meðalaldur 45,4 ± 14,8)*		
18-24	237	26
25-34	234	25
35-50	226	25
51-75	221	24
Kyn		
Konur	479	52
Karlar	442	48
Menntun (hæsta prófgráða sem hefur verið lokið)		
Grunnskólapróf	186	20
Framhaldsskólapróf	374	41
Háskólapróf	308	33

*Aldursdreifing þátttakenda vikur frá aldursamsetningu Íslendinga samkvæmt Hagstofu Íslands.

en mánaðarlega svöruðu ekki BMQ-S því talið var ólíklegt að þeir hefðu langvinna sjúkdóma og voru því álitnir frískir. Allir áttu að svara BMQ-G. Þátttakendur gáfu til kynna hversu sammála eða ósammála þeir væru hverri fullyrðingu BMQ. Fyrir hverja fullyrðingu BMQ stóðu til boða 5 svarmöguleikar og voru þannig gefin stig frá 1 (mjög ósammála) til 5 (mjög sammála). Fyrir hvorn undirhluta BMQ-S var hægt að fá 5-25 stig og 4-20 stig fyrir BMQ-G. Hátt stigaskor fyrir BMQ-SN gefur þannig til kynna jákvætt viðhorf gagnvart því hversu mikilvæg lyfin séu en hátt stigaskor BMQ-SC bendir aftur til þess að fólk hafi áhyggjur af því að taka inn lyf sín, meðal annars vegna hættu á aukaverkunum og vana-bindingu. Hátt stigaskor fyrir BMQ-G gefur til kynna að svarendur taki undir fullyrðingar um skaðsemi og ofnotkun lyfja.

Þar sem BMQ-S er ætlaður fólki með langvinna sjúkdóma sem notar lyf talsvert, þurfti að greina þennan hóp frá öðrum. Gert var ráð fyrir því að þeir sem höfðu langvinna sjúkdóma tækju lyf að minnsta kosti einu sinni í mánuði. Þeir þátttakendur sem sögðust taka lyf, hvort sem þau voru lyfseðilsskyld eða ekki, daglega, vikulega eða mánaðarlega, fengu spurningar BMQ-S. Fyrst var spurt við hvaða sjúkdómi lyfin væru tekin. Hægt var að merkja við fleiri en einn sjúkdóm. Hóparnir voru hjarta- og æðasjúkdómar, lungnasjúkdómar, sykursýki, geðsjúkdómar, meltingarsjúkdómar, illkynja sjúkdómar, ofnæmi og beinþynning. Dæmi um algengustu sjúkdómanna í hverjum flokki voru tíunduð fyrir hvern sjúkdómaflokk. Ef viðkomandi þátttakandi hafði langvinnan sjúkdóm sem ekki heyrði til neins af áður nefndum flokkum, mátti merkja við ótilgreindan sjúkdóm. Leyfi fékkst fyrir rannsókninni frá vísindasiðanefnd (nr. VSN 11-102) og tilkynnt var um hana til Persónuverndar (nr. S5314/2011).

Þýðing BMQ listans

BMQ var þýddur úr ensku yfir á íslensku. Aðferðin sem notuð var við þýðinguna byggist á þremur sjálfstæðum þýðingum og síðan er nákvæmni þýðingarinnar athuguð af óháðum aðila.²⁶ Lítið sem

Tafla III. Allir þátttakendur og meðaltal stiga BMQ. Fjöldi þeirra sem svöruðu öllum fullyrðingum í hverjum hluta BMQ.

	Allir þátttakendur		Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma		Frískir þátttakendur	
	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi
BMQ-GO	13,2 (± 2,98)	883	12,6 (± 3,04)	331	13,9 (± 2,82)	232
BMQ-GH	9,29 (± 3,10)	876	8,70 (± 2,94)	329	10,4 (± 3,26)	232
BMQ-SN	-	-	20,4 (4,15)	398	-	-
BMQ-SC	-	-	13,0 (4,34)	398	-	-

SD=Staðalfrávik

ekkert ósamræmi var milli þýðinganna þriggja og þótti nægilegt að leggja listann fyrir 15 háskólastúdenta til prófunar og ekki var talin þörf á tölfraeðiþrófum. Að þessu loknu hittust þýðendurnir og fóru yfir þær athugasemdir á BMQ sem bárust frá þátttakendum og komu sér saman um lagfæringar. Aðeins var talin þörf á að breyta lítilliga þýðingu á tveimur spurningum listans. Því næst fóru tveir sérfræðingar á sviði próffræði við Háskóla Íslands, með töluverða reynslu af gildun mælitækja og spurningalistum, yfir BMQ og viðbótarspurningarnar og gerðu athugasemdir.

Úrvinnsla gagna

Tölfræðiforritið SPSS, 19. útgáfa, var notað við úrvinnslu og greiningu gagna. Stig undirhluta BMQ voru reiknuð með því að nota heildarstigafjölda. Reiknað var meðaltal og staðalfrávik stiga fyrir alla hluta BMQ. Ef einni eða fleiri fullyrðingum í tilteknum hluta BMQ var ekki svarað, voru ekki reiknuð heildarstig fyrir þann hluta. Próf óháð dreifingu (*non-parametric test*) voru notuð til að athuga mun á viðhorfi til lyfja milli kyns og aldurs. Mann-Whitney-próf og Kruskal Wallis-próf voru notuð til að athuga hvort tengsl væru milli aldurs, kyns og menntunar og viðhorfs. Þetta var bæði kannað fyrir almenn og sértæk viðhorf. Einnig voru borin saman stig BMQ fyrir mismunandi hópa. Hrifstærð (*effect size*) var reiknuð fyrir þær niðurstöður sem voru tölfraeðilega marktækar. Útreikningur á hrifstærð byggðist á SPSS þar sem 0,1 = lítil, 0,3 = miðlungs og 0,5 = veruleg áhrif. Innri áreiðanleiki BMQ var metinn með alfastuðli (*Cronbach's alpha*) og hann var 0,673-0,869 sem er ásætlanlegt. Marktæknimörk voru sett við alfa=0,05.

Niðurstöður

Þátttakendur

Svarhlutfallið var 61,4%; 921 manns af 1500 manna úrtaki svöruðu spurningalistanum. Meðalaldur var 45,4 ár. Fjörutíu og sjö manns (5,1%) höfðu legið í 1-10 nætur á sjúkrahúsi síðastliðna 12 mánuði og 9 (0,9%) í fleiri en 10 nætur. Frekari lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur má sjá í töflu II.

Niðurstöður BMQ

Stig BMQ-S voru einungis reiknuð fyrir þátttakendur sem heyrðu til eftirtalinnna sjúkdómahópa: hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma. Langstærsti hluti þessara þátttakenda, eða 90%, tók lyf daglega. Stærsti hópurinn var með hjarta- og æðasjúkdóma. Sjúklingahópurinn með ofnæmi (n=64) var ekki talinn með við tölfraeðiútreikninga vegna þess að nokkrir þátttakenda með þann sjúkdóm sögðust ekki hafa langvinnan sjúkdóm og vegna þess hve lyfjanotkun hópsins var miklu minni en annarra hópa með langvinna sjúkdóma. Stig voru ekki heldur reiknuð fyrir þá þátttakendur sem sögðust hafa beinþynningu (n=11) eða illkynja sjúkdóm (n=5) því hóparnir voru fámennir og marktækra niðurstaðna því ekki að vænta við tölfraeðilegan samanburð við aðra hópa. Ennfremur var fólki með aðra langvinna sjúkdóma (n=92) sleppt við útreikning stiga því ekki var vitað um hvaða sjúkdóma var að ræða og þannig hvorki hægt að setja niðurstöðurnar í innbyrðis samhengi né bera þær saman við aðrar sambærilegar rannsóknir, sem allar skilgreina sína sjúklingahópa vel.

Tafla IV. Fullyrðingar BMQ-G og svörun.

Fullyrðingar BMQ-G**	Þátttakendur sem voru sammála fullyrðingunum*, %		
	Allir þátttakendur	Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma (n=330)	Frískir þátttakendur (n=232)
Læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli. (O)	54,8	45,3	66,1
Þeir sem taka lyf að staðalri ættu að gera hlé á lyfjatöku af og til. (H)	21,9	14,3	36,7
Flest lyf eru ávanabindandi. (H)	19,6	12,4	25,9
Náttúruvörur (náttúruulyf, náttúruæfni, til dæmis lýsi, vítamín, sólhattur, remedíur eða grasalyf) eru öruggari en lyf. (O)	30,4	23,2	36,5
Lyf gera meiri skaða en gagn. (H)	5,6	4,6	8,8
Öll lyf eru eitru. (H)	7,2	6,7	9,7
Læknar treysta um of á lyf. (O)	36,2	32,4	44,9
Læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum. (O)	49,2	42,9	55,0

*Samanlagt hlutfall þátttakenda sem voru frekar eða mjög sammála fullyrðingunum.

**O og H í sviga stendur fyrir fullyrðingar sem tilheyra BMQ-GO og BMQ-GH.

Hlutfall þeirra sem vildu ekki svara fullyrðingum BMQ-G var hvergi yfir 3% af heildarfjölda þátttakenda.

Tafla V. Samanburður á stigum BMQ-GO og BMQ-GH miðað við menntun hjá þátttakendum sem voru með ákveðna langvinna sjúkdóma og þeim sem voru frískir. Taflan sýnir p-gildi og hrifstærð (aðeins reiknuð þar sem marktækur munur fannst).

Hópur	Menntun			
	BMQ-GO	Hrifstærð	BMQ-GH	Hrifstærð
L	0,006*	0,21	0,080	
F	≤0,0001*	0,42	≤0,0001*	0,32
allir	0,009*	0,12	≤0,0001*	0,24

*Marktækur munur
L: Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma og F: frískir þátttakendur

Stig undirhluta BMQ-G; BMQ-GH og BMQ-GO, voru reiknuð fyrir alla þátttakendur. Síðan voru viðhorf fólks með hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma skoðuð sérstaklega og flokkuð í sérhóp sem gekk undir nafninu „þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma“. Einnig voru stig frískra þátttakenda (sem tóku lyf sjaldnar en mánaðarlega) skoðuð nánar (sjá töflu III). Samanlagður fjöldi þátttakenda í þessum tveimur hópum, það er þátttakenda með ákveðna langvinna sjúkdóma og frískra þátttakenda, er því nokkru minni en heildarfjöldi þátttakenda, eins og fram kemur í töflu III. Milli þessara tveggja hópa mátti finna marktækan mun á stigum BMQ-GH og BMQ-GO ($p \leq 0,0001$ og $p \leq 0,0001$).

Í töflu IV má sjá að stór hluti þátttakenda, bæði samanlagt og í hverjum hópi fyrir sig, var sammála eftirfarandi fullyrðingum BMQ-GO: „læknar ávísar lyfjum í of miklum mæli“, „læknar mundu ávísar minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum“ og „læknar treysta um of á lyf“. Þátttakendur sem voru frískir voru meira sammála þessum fullyrðingum en þeir sem voru með langvinna sjúkdóma. Minnihluti þátttakenda var sammála fullyrðingum BMQ-GH, en flestir sem tóku undir þær voru frískir. Af öllum þátttakendum voru 5,6% og 7,2% sammála fullyrðingunum „lyf gera meiri skaða en gagn“ og „öll lyf eru eit-ur“.

Ef viðhorf allra þátttakenda eru tekin saman, má sjá að fólk með minni menntun hafði neikvæðara viðhorf til lyfja. Þannig tóku þátttakendur með grunnskólapróf frekar undir fullyrðingar um skaðsemi lyfja og ofnotkun þeirra en fólk sem lokið hafði háskólaprófi (tafla V). Ekki fannst marktækur munur á viðhorfum almennt eftir aldri og kyni þátttakenda.

Ef lítið var á heildarsvörum BMQ-S fyrir sjúkdómahópna 5 (sjá töflu VI) má sjá að flestir þátttakendur voru sammála eftirfarandi fullyrðingunum sem sneru að mikilvægi lyfja þeirra: „núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek“ (84%) og „lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni“ (81%). Stór hluti þátttakenda hafði áhyggjur af því að taka lyf (52,6%) og langtímaáhrifum þeirra (40,3%).

Umræður

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að þorri Íslendinga er jákvæður gagnvart lyfjum og treystir þeim yfirleitt. Fólk með ákveðna langvinna sjúkdóma var jákvæðara en aðrir þátttakendur og tók síður undir fullyrðingar um skaðsemi og ofnotkun lyfja en ekki var marktækur munur á milli mismunandi sjúklingahópa. Menntun hafði mikil áhrif á viðhorfin með þeim hætti að fólk með minni menntun bar minna traust til lyfja. Fyrri rannsóknir hafa gefið svipaðar niðurstöður.^{9,27} Hvorki kyn né aldur hafði áhrif á viðhorfin.

Fólk tók mun frekar undir fullyrðingar sem sneru að ofnotkun lyfja heldur en skaðsemi af völdum þeirra. Það kom ekki á óvart því undanfarið hefur verið mikið talað í þjóðfélaginu um ofnotkun lyfja. Efasemdir um að metýlfenídíati sé ávallt ávísað viturlega og áhyggjur af óhóflegri notkun sýklalyfja eru dæmi þar um. Þrátt fyrir að minnihluti hafi tekið undir að lyf væru skaðleg, þykir áhyggjuefni að 5,6% þátttakenda telji lyf gera meiri skaða en gagn og að 7,2% telji öll lyf vera eitru. Fólk með langvinna sjúkdóma hafði mun jákvæðara viðhorf til lyfja en frískir. Ástæðurnar fyrir því gætu verið þær að veikt fólk hefur upplifað hversu mikið lyfin

Tafla VI. Fullyrðingar BMQ-S og svörum þátttakenda með ákveðna langvinna sjúkdóma (L).

Fullyrðingar BMQ-S**	Hlutfall þátttakenda sem voru sammála í hópum*, %					
	L***	Hjarta- og æðasjúkdómar	Lungna-sjúkdómar	Sykursýki	Geð-sjúkdómar	Meltingar-sjúkdómar
Núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek. (N)	84,3	89	72,2	93,1	83,6	83,1
Mér finnst áhyggjuefni að þurfa að taka lyf. (C)	52,6	53,8	41,7	42,8	51,6	61,8
Líf mitt væri óbærilegt án lyfjanna sem ég tek. (N)	60,8	57,1	80,0	85,2	66,1	68,0
Ég yrði mjög veik/ur án lyfjanna sem ég tek. (N)	56,5	57,2	68,5	92,6	60,0	57,4
Ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek. (C)	40,3	41,2	27,0	39,3	44,2	52,0
Ég veit lítið eða ekkert um lyfin sem ég tek. (C)	25,6	25,2	22,8	29,6	18,4	28,4
Heilsa mín í framtíðinni veltur á lyfjunum sem ég tek. (N)	69,2	76,6	55,6	92,9	55,8	66,3
Lyfin sem ég tek raska lífi mínu. (C)	9,2	7,2	13,9	7,6	15,0	10,9
Ég hef stundum áhyggjur af því að verða of háð/ur lyfjunum sem ég tek. (C)	18,5	17,1	25,0	14,8	21,7	27,1
Lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni. (N)	81,2	82,5	86,1	88,5	85,0	80,0

*Samanlagt hlutfall þátttakenda sem voru frekar eða mjög sammála fullyrðingunum.

**N og C í sviga stendur fyrir fullyrðingar sem tilheyra BMQ-SN og BMQ-SC.

***Hlutfall sem vildu ekki svara fullyrðingum BMQ-S var hvergi yfir 4%.

geta raunverulega hjálpað og hefur því öðlast skilning á því hvað það hefði slæmar afleiðingar að taka þau ekki. Fólki með langvinna sjúkdóma hefur auk þess mikil samskipti við lækna og það getur haft áhrif á viðhorfin því gott samband læknis og sjúklings getur aukið traust og trú á lyfjameðferðinni.^{3,10} Svo eru líklega sumir sem forðast eftir fremsta megni að taka lyf nema í mestu neyð vegna tortryggni í garð þeirra. Skortur á þekkingu vegur hér þungt og er einn af þeim þáttum sem geta valdið vantrú og efasemdum gagnvart lyfjum. Mikið hefur verið fjallað um samband lækna og lyfjafyrirtækja og áhrif þess á viðhorf fólks til lyfja. Því hefur verið haldið fram að lyfjafyrirtæki hafi áhrif á dómgreind lækna og hegðun þeirra, jafnvel ásamt því að lyfjaávisanir verði óskynsamlegar.²⁸ Fólki gerir sér grein fyrir þessum tengslum og getur það orðið til þess að skerða traust á ráðum lækna varðandi lyf og kveikja efasemdir um hversu mikilvægt sé að taka þau.³ Viðhorf frískra einstaklinga til lyfja hafa lítið verið könnuð með BMQ-spurningalistanum erlendis. Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar hafa beinst að mismunandi heilbrigðisstéttum^{29,30} og viðskiptavinum apóteka.²⁷ Einnig hafa viðhorf sænsks almennings til lyfja verið könnuð þar sem almenni hluti BMQ-listans var notaður. Viðhorf Svía, líkt og Íslendinga, voru einnig jákvæðari meðal fólks sem notaði lyfseðilsskyld lyf.³¹

Heildarviðhorf fólks með langvinna sjúkdóma var svipað milli allra hópa, bæði hvað varðar mikilvægi lyfja og áhyggjur vegna lyfjameðferðar. Viðhorf íslensku þátttakendanna með vissa langvinna sjúkdóma voru borin saman við niðurstöður svipaðrar rannsóknar frá Þýskalandi þar sem einnig var notast við BMQ.²⁵ Viðhorf til lyfja almennt voru frekar svipuð milli rannsókna en munur var á viðhorfi til eigin lyfja, til dæmis var meira ríkjandi viðhorf meðal Þjóðverja að þeim þættu lyf sín mikilvæg. Viðhorf Íslendinga með geðsjúkdóma voru borin saman við viðhorf bandarískra þunglyndissjúklinga þar sem einnig var notast við BMQ.³² Þátttakendur bandarísku rannsóknarinnar virtust hafa áhyggjur af mögulegri ofnotkun lyfja líkt og Íslendingar. Í báðum rannsóknum tóku flestir þátttakendur undir fullyrðingarnar: „læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli“, „læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum“ og „læknar treysta um of á lyf“. Íslendingar og Bandaríkjamenn tóku síður undir fullyrðingar um skaðsemi lyfja. Íslendingar með langvinna sjúkdóma voru flestir sammála þessum tveimur fullyrðingum um eigin lyf: „lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni“ og „núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek“. Í bandarísku rannsókninni voru flestir sammála fyrrnefndu fullyrðingunni en

álíka margir sammála þeirri síðarnefndu og fullyrðingunni: „ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek.“ Þessar niðurstöður gefa góða hugmynd af viðhorfi fólks með geðsjúkdóma sem er á heildina lítið frekar jákvætt.

Fleiri rannsókna er þörf á viðhorfum fólks til lyfja hérlendis. Áhugavert væri að taka fyrir betur skilgreinda sjúklingahópa, til dæmis fólk með astma og háþrýsting. Þá væri líka hægt að gera samanburð við erlendar rannsóknir af svipuðum toga. Einnig væri áhugavert að kanna viðhorf ákveðinna heilbrigðisstétta, svo sem lækna, hjúkrunarfræðinga og lyfjafræðinga. Aldursdreifing þátttakenda vék nokkuð frá aldursmáttakningu þjóðarinnar en það ætti þó ekki að trufla meginniðurstöður rannsóknarinnar. Notast var við eigin frásagnir og mat þátttakenda á sjúkdómsástandi sínu. Aðferðin er þægileg en ekki mjög nákvæm. Best hefði verið að fá upplýsingar um sjúkdómsgreiningar úr sjúkraskrá. Sjúkdómaflokkarnir voru skilgreindir mjög gróflega og sumpart háðir túlkun hvers og eins þátttakanda, sem er vissulega veikleiki í aðferð rannsóknarinnar. Ef þeir hefðu verið tilgreindir nánar hefði það getað vafist fyrir þátttakendum ásamt því að of fáir þátttakendur yrðu í hverjum flokki, eins og raunin varð með til dæmis beinþynningu og illkynja sjúkdóma. Helstu styrkleikar þessarar rannsóknar eru þeir að úrtakið er stórt og því dreift um alla landshluta og svarhlutfallið gott. Niðurstöðurnar gefa því góða mynd af viðhorfum Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar.

Að kortleggja viðhorf fólks til lyfja getur verið gagnlegt til að bæta meðferð við langvinnum sjúkdómum.¹ Með aukinni fræðslu um lyf væri mögulega hægt að draga úr misskilningi meðal almennings og bæta viðhorf fólks til lyfja enn frekar. Niðurstöður þessarar rannsóknar gætu skapað grundvöll umbótastarfs fyrir klíniska vinnu og til hagræðingar fyrir heilbrigðiskerfið. Slík vinna gæti stuðlað að málefnalegri umræðu um þátt lyfja í meðferð sjúkdóma, vanda tengdan meðferðarfylgni og bætt samskipti lækna við sjúklinga og lyfjafyrirtæki.

Þakkir

Lundbeck Export A/S fær þakkir fyrir veittan fjárstyrk. Jóhann Axel Andersen þýðandi og Pétur Guðmann Guðmannsson læknir fá þakkir fyrir íslenska þýðingu á BMQ. Daníel Þór Ólason prófessor og Þorbjörn Broddason prófessor fá þakkir fyrir ráðgjöf við gerð spurningalistans í heild sinni. Halldóru Jónsdóttur lækni er þakkað fyrir ráðgjöf. Sesselja Sigurborg Ómarsdóttir prófessor og Þórdís Kristmundsdóttir prófessor fá þakkir fyrir ráðleggingar.

Heimildir

- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47: 555-67.
- George J. Factors Associated With Medication Nonadherence in Patients With COPD. *Chest* 2005; 128: 3198.
- Goff SL, Mazor KM, Meterko V, Dodd K, Sabin J. Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 236-41.
- Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999; 14: 1-24.
- Allen LaPointe NM, Ou FS, Calvert SB, Melloni C, Stafford JA, Harding T, et al. Changes in beliefs about medications during long-term care for ischemic heart disease. *Am Heart J* 2010; 159: 561-9.
- Horne R, Graupner Ld, Frost S, Weinman J, Wright SM, Hankins M. Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1307-13.
- Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *N Z Med J* 2004; 117: U743.
- Magadza C, Radloff SE, Srinivas SC. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. *Res Soc Admin Pharm* 2009; 5: 363-75.
- Isacson D, Bingeors K. Attitudes towards drugs—a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002; 24: 104-10.
- Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 717-24.
- Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 2002; 325: 873.
- Grande D, Shea JA, Armstrong K. Pharmaceutical industry gifts to physicians: patient beliefs and trust in physicians and the health care system. *J Gen Intern Med* 2011; 27: 274-9.
- Green MJ, Masters R, James B, Simmons B, Lehman E. Do gifts from the pharmaceutical industry affect trust in physicians? *Fam Med* 2012; 44: 325.
- Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychol Health* 2002; 17: 17.
- Shiri C, Srinivas SC, Futter WT, Radloff SE. The role of insight into and beliefs about medicines of hypertensive patients. *Cardiovasc J Afr* 2007; 18: 353-7.
- Ruppar TM, Dobbels F, De Geest S. Medication Beliefs and Antihypertensive Adherence Among Older Adults: A Pilot Study. *Geriatr Nurs* 2012;33:89-95.
- Maguire LK, Hughes CM, McElnay JC. Exploring the impact of depressive symptoms and medication beliefs on medication adherence in hypertension—a primary care study. *Patient Educ Couns* 2008; 73: 371-6.
- Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res* 2005; 58: 403-15.
- Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. *Ann Fam Med* 2005; 3: 23-30.
- Beck E-M, Cavelti M, Kvirgic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophr Res* 2011; 132: 42-9.
- Grunfeld. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. *Patient Educ Couns* 2005; 59: 97.
- Bhattacharya D, Easthall C, Willoughby KA, Small M, Watson S. Capecitabine non-adherence: Exploration of magnitude, nature and contributing factors. *J Oncol Pharm Pract* 2012; 18: 333-42.
- Kumar K, Gordon C, Toescu V, Buckley CD, Horne R, Nightingale PG, et al. Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a comparison between patients of South Asian and White British origin. *Rheumatology* 2008; 47: 690-7.
- Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2005; 44: 762-7.
- Mahler C, Hermann K, Horne R, Jank S, Haefeli WE, Szecsenyi J. Patients' Beliefs about Medicines in a primary care setting in Germany. *J Eval Clin Pract* 2010; 18: 409-13.
- Guðmundsson E. Þýðing og staðfærsla sálfræðilegra prófa. *Sálfræðiritið* 2006; 10: 23-40.
- Mårdby A-C, Åkerlind I, Jørgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 158-64.
- Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. *JAMA* 2000; 283: 373-80.
- Mårdby AC, Åkerlind I, Hedenrud T. General beliefs about medicines among doctors and nurses in out-patient care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 35.
- Jørgensen TM, Andersson KA, Mårdby AC. Beliefs about medicines among Swedish pharmacy employees. *Pharm World Sci* 2006; 28: 233-8.
- Andersson Sundell K, Jönsson AK. Beliefs about medicines are strongly associated with medicine-use patterns among the general population. *Int J Clin Pract* 2016; 70: 277-85.
- Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care* 2005; 43: 1203-7.

ENGLISH SUMMARY

Icelanders' beliefs about medicines. Use of BMQ

Hlíf Vilhelmsdóttir^{1,2}, Magnús Jóhannsson²

Objective: To study beliefs held by the general public in Iceland about medicines.

Methods: *The Beliefs about Medicines Questionnaire* was used to explore Icelanders' beliefs about medicines. A sample of 1500 Icelandic citizens, aged 18-75, obtained from the Social Science Research Institute was given *The Beliefs about Medicines Questionnaire*.

Results: The response rate was 61.6%. Most Icelanders have positive beliefs about their medication as well as general trust. Those who suffer from chronic diseases are more positive towards medicines than others and less inclined to view them as excessively used and harmful. Higher

level of education predicts more positive beliefs towards medication - and vice versa. Gender and age do not seem to affect such beliefs.

Conclusion: Gaining a better understanding of people's beliefs about medicines and what determines these beliefs can be of considerable value in the search for ways to improve therapy and adherence, especially for those suffering from chronic diseases. Promoting education for the general public about medicines might result in less misunderstanding among patients and subsequently better grounded beliefs and more adequate therapeutic adherence.

¹Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Iceland, Reykjavik, Iceland. ²Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland.

Key words: beliefs, medicines, Icelanders, BMQ, survey.

Correspondence: Hlíf Vilhelmsdóttir, hlf84@gmail.com