

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

SKUPINSKO MAGISTRSKO DELO

**PRIMERJAVA STALIŠČ DO OGLAŠEVANJA ZDRAVIL BREZ
RECEPTA MED RAZLIČNIMI STAROSTNIMI SKUPINAMI**

Ljubljana, november 2016

MANCA ZALETELJ KOVAČIČ
ŠPELA VIDMAR

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Manca Zaletelj Kovačič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Primerjava stališč do oglaševanja zdravil brez recepta med različnimi starostnimi skupinami, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko red. prof. dr. Ireno Vida

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal/-a v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Špela Vidmar, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Primerjava stališč do oglaševanja zdravil brez recepta med različnimi starostnimi skupinami, pripravljene v sodelovanju s svetovalko red. prof. dr. Ireno Vida

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnal/-a v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVILA BREZ RECEPTA	5
1.1 Opredelitev zdravila brez recepta	6
1.2 Samozdravljenje v svetu in v Sloveniji ter zdravstvena ozaveščenost	11
1.3 Nevarnosti in prednosti samozdravljenja.....	15
2 TRG ZDRAVIL BREZ RECEPTA	17
2.1 Evropski trg zdravil brez recepta	18
2.2 Slovenski trg zdravil brez recepta.....	27
3 TRŽENJE IN OGLAŠEVANJE ZDRAVIL BREZ RECEPTA	28
3.1 Trženje zdravil brez recepta.....	29
3.2 Trženjski splet zdravil brez recepta	30
3.2.1 Izdelek.....	30
3.2.2 Tržne poti.....	31
3.2.2.1 Tržne poti pri zdravilih brez recepta v Sloveniji.....	31
3.2.2.2 Vloga farmacevta v lekarni pri prodaji zdravil brez recepta	32
3.2.3 Cena	33
3.2.4 Trženjsko komuniciranje	35
3.2.4.1 Oglaševanje	36
3.2.4.2 Pospeševanje prodaje	37
3.2.4.3 Odnosi z javnostmi.....	37
3.2.4.4 Osebna prodaja	38
3.2.4.5 Neposredno trženje.....	39
3.3 Oglaševanje zdravil brez recepta	40
3.3.1 Vpliv oglaševanja zdravil brez recepta na porabnike	41
3.3.2 Oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji.....	42
3.3.3 Oglaševanje zdravil na recept (angl. Direct-to-consumer oglaševanje)	46
3.4 Proces nakupnega vedenja pri zdravilih brez recepta	47
3.4.1 Prepoznavanje potrebe.....	48
3.4.2 Iskanje podatkov	49
3.4.3 Presojanje možnosti in nakupna odločitev	50
3.4.4 Ponakupno vedenje.....	51
4 STALIŠČA POTROŠNIKOV DO OGLAŠEVANJA	52
4.1 Opredelitev stališč.....	52
4.2 Stališča do oglaševanja	59
4.2.1 Pomen obravnavanja stališč do oglaševanja in oglasov	60

4.2.2	Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje stališč do oglaševanja	64
4.3	Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta	69
4.3.1	Obstoječe raziskave s področja stališč do oglaševanja zdravil brez recepta	70
5	EMPIRIČNA RAZISKAVA STALIŠČ DO OGLAŠEVANJA ZDRAVIL BREZ RECEPTA	75
5.1	Namen in cilj raziskave	75
5.2	Oblikovanje hipotez.....	76
5.3	Metodologija raziskave.....	82
5.3.1	Oblikovanje vprašalnika in metode merjenja	82
5.3.2	Testiranje vprašalnika in zbiranje podatkov.....	84
5.3.3	Zanesljivost in veljavnost merjenja	85
5.4	Analiza podatkov	86
5.4.1	Značilnosti vzorca	86
5.4.2	Uporaba zdravil brez recepta in zdravstvena ozaveščenost	88
5.4.3	Iskanje informacij, povezanih z zdravjem in zdravili brez recepta in viri tovrstnih informacij	91
5.4.4	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta.....	94
5.4.5	Skepticism do oglaševanja na splošno in do oglaševanja zdravil brez recepta, stališča do oglaševanja zdravil brez recepta in vedenjski odzivi.....	95
5.5	Ugotovitve raziskave in primerjava ugotovitev iz obstoječe literature	104
	SKLEP.....	108
	LITERATURA IN VIRI.....	111
	PRILOGE	
	KAZALO TABEL	
Tabela 1:	Prodaja zdravil brez recepta v izbranih državah EU in delež prodaje zdravil brez recepta (Brp) glede na celotni farmacevtski trg v 2013 in 2014	23
Tabela 2:	Izračun točkovne vrednosti za zdravila brez recepta.....	35
Tabela 3:	Najpogostejša orodja za trženjsko komuniciranje.....	36
Tabela 4:	Pet največjih farmacevtskih oglaševalcev v letu 2010 (v tisoč EUR).....	46
Tabela 5:	Cronbachove alfe spremenljivk.....	86
Tabela 6:	Socio-demografske značilnosti anketirancev	87

KAZALO SLIK

Slika 1:	Rast trga zdravil brez recepta v primerjavi s trgom zdravil na recept, izražena z vrednostjo in delež celotnega farmacevtskega trga, ki ga zavzema trg zdravil brez recepta do 3Q 2014	19
Slika 2:	Delež prodaje in rast trga zdravil brez recepta po regijah v letu 2010	20
Slika 3:	Rast trga zdravil brez recepta po obsegu in vrednosti ključnih regij sveta v letu 2013	20
Slika 4:	Vrednost in rast evropskega trga zdravil brez recepta med leti 2011 in 2014..	22
Slika 5:	Delež trga novih proizvodov s skupine zdravil brez recepta v določenih evropskih državah v letu 2013	24
Slika 6:	Potrošnja zdravil brez recepta na prebivalca v izbranih evropskih državah v EUR v letu 2012	24
Slika 7:	Segmentacija trga zdravil brez recepta glede na terapevtske kategorije	25
Slika 8:	Vodilna podjetja na trgu zdravil brez recepta.....	25
Slika 9:	Napoved rasti in vrednosti Evropskega trga zdravil brez recepta za obdobje med leti 2014 in 2019	26
Slika 10:	Tržna pot zdravil brez recepta v Sloveniji	32
Slika 11:	Rast oglaševanja farmacevtske dejavnosti v milijon EUR za obdobje od januarja do oktobra leta 2007 – 2010	43
Slika 12:	Oglaševanje farmacevtov po medijih v obdobju od januarja do oktobra 2010 (v EUR).....	43
Slika 13:	Oglaševanje farmacevtov po TV od januarja do oktobra 2010 (v %)	44
Slika 14:	Oglaševanje farmacevtov v revijah od januarja do oktobra 2010 (v %)	45
Slika 15:	Delež oglaševalcev v farmacevtskem oglaševalskem kolaču leta 2010 (v %).	45
Slika 16:	Komponente stališč in njihovi znaki.....	54
Slika 17:	Povezava med komponentami stališč	55
Slika 18:	Mehanizem izbora blagovne znamke	62
Slika 19:	Povezava med stališčem do oglasa, stališčem do blagovne znamke (BZ) in nakupno namero.....	63
Slika 20:	Model dvojnega vpliva	63
Slika 21:	Strukturni model dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanja stališč do oglasov ...	66
Slika 22:	Model strukture dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje stališč do oglaševanja	68
Slika 23:	Model odzivnosti na oglaševanje zdravil brez recepta	74
Slika 24:	Število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta (v %).....	88
Slika 25:	Strinjanje s trditvami o zdravstveni ozaveščenosti (v %).....	90
Slika 26:	Pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta (v %)	91
Slika 27:	Viri informacij o zdravilih brez recepta.....	93
Slika 28:	Pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starostne skupine.....	93
Slika 29:	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta (v %)	94
Slika 30:	Skepticizem do oglaševanja na splošno (v %).....	96

Slika 31: Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (v %)	96
Slika 32: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (v %)	99

UVOD

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot, kar vedno znova potrjujejo številne raziskave, čeprav pri precejšnjem delu družb še vedno velja, da se njegovega pomena zavedamo šele, ko ga izgubimo. Ne glede na to pa je v sodobnih in razvitih družbah v zadnjem času opaziti vse večji porast uspešnih akcij osveščanja javnosti o pomembnosti skrbi za lastno zdravje. Vse večja stopnja samozavedanja pomembnosti lastnega zdravja pa je odlično izhodišče za načrtovanje trženjskih aktivnosti povezanih z zdravili. Višja kot je namreč neka potreba na lestvici prioritet posameznika ali neke družbene skupine, bolj primerna je za razvoj kompleksnega trženja izdelkov, ki to potrebo zadovoljujejo (Urlep, 2005).

V skrbi za dobro počutje skušamo vsak na svoj način živeti zdravo, a nam današnji čas pogosto narekuje hiter in stresen način življenja. Zdravje oz. bolezen sta področji, na katerih smo ljudje še posebej ranljivi. Zdravila in medicinski pripomočki so blago posebnega pomena in se zaradi neposrednega vpliva na zdravje ljudi razlikujejo od drugega blaga. Iz tega razloga je potrebno preskrbo z zdravili (na recept in brez recepta) in medicinskimi pripomočki zagotoviti na temeljih visoko strokovno usposobljenih lekarniških delavcev ter njihovega etičnega dela pri svetovanju pacientom glede varne, pravilne in smiselne uporabe zdravil (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, b.l.).

Samozdravljenje se je v zadnjem času močno razširilo in ima vedno večji pomen v odnosu posameznikov do lastnega zdravja. Ljudje se vedno bolj zavedajo, da je skrb za zdravje izrednega pomena, poleg tega pa se kažejo večje potrebe po samozdravljenju zaradi ukrepov države, ki teži k racionalizaciji izdatkov za zdravila. Na posameznikov odnos do samozdravljenja ključno vpliva njegov odnos do zdravja in zavedanje o možnostih, ki so na voljo za povrnitev ali izboljšanje zdravja (Hughes, McElnay, & Gleming, 2001).

Samozdravljenje ima poleg primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene oskrbe velik pomen za zdravje in je del vsakdanjega življenja marsikaterega posameznika. Pogosto se posamezniki, v primeru, ko gre za relativno neresen oz. nenevaren zdravstveni problem in tudi preventivno zdravljenje, poslužujejo samozdravljenja, namesto da bi poiskali zdravniško pomoč. Zdravila brez recepta pa so eden izmed najpomembnejših elementov samozdravljenja. Ta so porabnikom na voljo v lekarnah, specializiranih trgovinah in tudi preko spleta. Proces nakupa teh zdravil je pogosto podprt s strani farmacevta, zato je vloga farmacevta ključna tako za porabnika zdravila, kot tudi za podjetje, ki to zdravilo trži. Ljudje tovrstna zdravila uporabljajo za zdravljenje in blaženje vsakodnevnih zdravstvenih problemov, kot so glavoboli, bolečine, prehladi, prebavne težave idr. (Ya-Ning, 2006). Ne smemo zanemariti dejstva, da se ljudje odločajo za samozdravljenje z zdravili, dostopnimi brez recepta, ker jim to omogoča pravo odločitev in je velikokrat tudi bolj dostopno in časovno manj zamudno kot ga predstavlja obisk pri zdravniku (Akçura, Gönül, & Petrova, 2004).

Farmacevtski trg lahko razdelimo na trg zdravil, ki so dostopna le preko recepta in trg zdravil brez recepta. Trženje zdravil na recept je pogosto povezano z oglasi v zdravstvenih revijah, namenjenih strokovni javnosti, obiski farmacevtskih tržnikov pri zdravnikih, pogodbami s plačniki zdravstvenih storitev (v Sloveniji je to Zavod za zdravstveno zavarovanje) (v nadaljevanju ZZZS) in raznimi regulacijami s strani države. Za razliko od zdravil na recept pa trženje zdravil brez recepta poteka tako kot trženje drugih proizvodov široke potrošnje (Huber, Dippold, & Forsthofer, 2012).

Po Pravilniku o oglaševanju zdravil (Ur.l. RS, št. 105/08, 105/10), ki določa pogoje in način oglaševanja zdravil za uporabo v humani in veterinarski medicini, je širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta in za katera v dovoljenju za promet z zdravilom tako odloči organ, pristojen za zdravila. Oglaševanje ne sme biti zavajajoče in mora vzpodbujati varno in smotrno uporabo zdravila, tako da je predstavljeno objektivno in brez pretiravanja o njegovih lastnostih.

Trg zdravil brez recepta je zato za farmacevtska podjetja še posebej zanimiv, saj lahko z oglaševanjem dosežejo končne potrošnike. Tako zdravila brez recepta predstavljajo pomemben vir dobičkov, ki jih ustvarijo farmacevtska podjetja. Poleg tega vsako leto veliko zdravil, ki so na voljo le na recept, razvrstijo med zdravila brez recepta. Posledično se trg zdravil brez recepta iz leta v leto veča in konkurenca zaostre. Tržniki zdravil brez recepta uporabljajo za komuniciranje s ciljno skupino in tako doseg potencialnih potrošnikov različne tržne poti in instrumente, kot so osebna prodaja, brezplačni vzorci, direktna pošta in oglaševanje (Kevanoor, Grewal, & Blodgett, 1997).

Pri nakupu zdravil brez recepta se potrošniki pogosto soočijo s široko paleto zdravil, ki so na voljo za različne indikacije. Kot omenjeno, se zaradi novih razporeditev zdravil na recept v zdravila brez recepta, izbira med slednjimi iz leta v leto veča in pomeni vedno večje opolnomočenje potrošnikov pri izbiri. Združenje proizvajalcev zdravil brez recepta (angl. *Nonprescription Drug Manufacturers Association*) trdi, da se ljudje pri nakupu zdravil brez recepta oprejo na štiri vire informacij; družino in prijatelje, oglaševanje, deklaracije zdravil in zdravstvene delavce (Nonprescription Drug Manufacturers Association, 1992).

Vsako podjetje si želi s pomočjo oglaševanja pritegniti čim več kupcev, pridobiti njihovo naklonjenost in pozitiven odziv ter s tem vplivati na njihove nakupne odločitve. V ta namen vedno več pozornosti namenjajo trženjskemu komuniciranju. Smith (1983) trdi, da je zaradi ostre konkurence na trgu zdravil brez recepta, oglaševanje teh zdravil končnim potrošnikom ključno za uspeh na omenjenem trgu. Poznavanje potreb uporabnikov, njihovih stališč in nakupnega vedenja ter na splošno odzivov na trženjske pristope, je zato izrednega pomena. Za kakšno vrsto oglaševanja so najbolj dovzetni in ga najbolj sprejmejo ter kaj so ključni faktorji, ki vplivajo na pozitiven odnos in naklonjenost, so tako lahko neprecenljive informacije.

Seveda so starejši pomembna tarča za oglaševanje zdravil brez recepta zaradi dovzetnosti za različna bolezenska stanja in drugačnega odnosa do zdravja, vendar pa se pogosto pozablja na mlajšo populacijo, katere vloga v zdravstvenem sistemu je drugačna, a vseeno zelo pomembna. Ti so vedno pomembnejši segment za prodajo zdravil brez recepta. Tudi mlajši namreč iščejo in potrebujejo vedno več zdravstvenih informacij, čeprav so njihovi motivi in zdravstvene potrebe drugačne od potreb starejše populacije. Starostne skupine se razlikujejo tudi glede stika z mediji, razlikujejo se v stališčih in vedenjskih odzivih, ki so poleg razlik v zdravstveni ozaveščenosti, predmet raziskovanja najine magistrske naloge (Ball, Manika, & Stout, 2011).

Glavni **namen** magistrske naloge preučiti stališča do oglaševanja zdravil brez recepta in odkriti odkriti pomembne razlike treh starostnih skupin znotraj slovenskega okolja v zdravstveni ozaveščenosti, primerjati stališča porabnikov različnih starostnih skupin do oglaševanja zdravil brez recepta, preučiti dejavnike, ki vplivajo nanje in ugotoviti, kako le-ti vplivajo na njihovo nakupno vedenje in namere. Namen tega je preveriti predvsem vlogo starosti pri oblikovanju stališč, skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta in zdravstveni ozaveščenosti, saj se starostne skupine razlikujejo tako po potrebah kot motivih.

Cilj magistrskega dela je, na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature s področja oglaševanja zdravil brez recepta, preučiti dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje stališč porabnikov do oglaševanja teh zdravil. Poleg tega je najin cilj uspešno izvesti raziskavo s pomočjo anketnega vprašalnika in preko tega odkriti razlike v zdravstveni ozaveščenosti med tremi starostnimi skupinami, stališča, ki jih skupine zavzemajo do oglaševanja zdravil brez recepta, vedenjske odzive in namere. Odkriti želiva predvsem elemente, ki igrajo pomembno vlogo pri oblikovanju pozitivne ocene in občutkov, kot tudi tiste, ki v posamezniku vzpodbudijo negativne občutke in ocene, ki ga odvrnejo od nakupa.

Osnova najinemu empiričnemu delu magistrske naloge so hipoteze, ki sva jih oblikovali na podlagi tuje strokovne literature in raziskav. Tu naj poudariva, da je le-ta za področje oglaševanja zdravil brez recepta, kljub njegovi vse večji pomembnosti in rastočem trgu teh zdravil, zelo skopa in omejena ter se v večini navezuje na oglaševanje zdravil na recept, ki pa v Sloveniji ni dovoljeno. Ob pregledu literature sva tako postavili skupno 10 hipotez, ki sva jih v raziskovalnem delu naloge, s pomočjo rezultatov spletne ankete, poskušali potrditi oz. zavrniti. Hipoteze, ki jih tekom magistrskega dela še utemeljiva in obrazloživa, so naslednje:

Hipoteza 1: Med različnimi starostnimi skupinami potrošnikov obstajajo statistično pomembne razlike v zdravstveni ozaveščenosti.

Hipoteza 2: Med zdravstveno ozaveščenostjo in stališči do oglaševanja zdravil brez recepta obstaja pozitivna povezanost.

Hipoteza 3: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta se razlikuje glede na starost.

Hipoteza 4: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta je pozitivno povezana s pozitivnimi stališči do oglaševanja zdravil brez recepta.

Hipoteza 5a: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravju kot mlajši odrasli in zreli odrasli.

Hipoteza 5b: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravilih brez recepta kot mlajši odrasli in zreli odrasli.

Hipoteza 6: Oglaševanje zdravil brez recepta za mlajše odrasle predstavlja pomembnejši vir informacij kot za zrele in starejše odrasle.

Hipoteza 7: Potrošniki so manj skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta kot do oglaševanja na splošno.

Hipoteza 8: Večji kot je skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, bolj negativna stališča imajo porabniki do oglaševanja teh zdravil.

Hipoteza 9: Zreli odrasli in starejši odrasli v večji meri izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta kot mlajši odrasli.

Hipoteza 10: Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na oglaševanje le-teh, so v pozitivni povezavi.

Metode dela, ki sva jih uporabili pri pisanju magistrskega dela, temeljijo na preučevanju teoretičnih izhodišč, ki so potrebna za nadaljnjo empirično analizo stališč slovenskih potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovih nakupnih vedenj. Do ustreznih ugotovitev sva v teoretičnem delu prišli s pomočjo deduktivnega sklepanja in metodami deskripcije, kompilacije in komparacije.

Magistrsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. Teoretični del vsebuje pregled domače in tuje strokovne literature, vezane na temo najinega magistrskega dela in je sestavljen iz štirih poglavij. Ta del začneva z natančno opredelitvijo zdravil brez recepta, predstaviva pojem samozdravljenja v svetu in Sloveniji ter podava prednosti in slabosti samozdravljenja. Drugo poglavje je namenjeno predstavitvi trga zdravil brez recepta. Tu definirava evropski in slovenski trg zdravil brez recepta. V tretjem poglavju predstaviva trženje in oglaševanje zdravil brez recepta. Najprej opiševa trženje in trženjski splet zdravil brez recepta. Nadaljujeva z vplivi oglaševanja zdravil brez recepta na porabnike, oglaševanjem teh zdravil v Sloveniji in predstaviva proces nakupnega vedenja omenjenih zdravil. Znotraj tega poglavja se dotakneva tudi pojma oglaševanja zdravil na recept (angl.

Direct to consumer advertising) (v nadaljevanju DTC). V zadnjem, četrtem poglavju teoretičnega sklopa naloge, opiševa stališča porabnikov do oglaševanja zdravil brez recepta. V tem poglavju opiševa pojem stališč, stališča do oglaševanja, pomen obravnavanja stališč do oglaševanja in oglasov ter dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje stališč. Nadaljujeva s predstavitevijo stališč porabnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in v okviru te točke predstaviva obstoječe raziskave s tega področja.

V empiričnem delu magistrske naloge najprej podava namen in cilje raziskave ter natančneje predstaviva postavljene hipoteze. V tem delu sva, za potrebe najine raziskave, statistično analizirali primarne podatke, pridobljene s pomočjo ankete. Anketa je bila izvedena preko spleta, izpolnjevali pa so jo prebivalci Republike Slovenije (v nadaljevanju RS) različnih starostnih skupin, ki kupujejo in uporabljajo zdravila brez recepta. Vključevala je zaprta vprašanja izbirnega tipa. Osredotočili sva se na časovno obdobje preteklih šestih mesecev in analizirali stališča do oglaševanja zdravil brez recepta v tem časovnem obdobju. Poleg tega je anketa za boljšo analizo in njeno večjo dodano vrednost zajemala tudi vprašanja o zdravstveni ozaveščenosti, skepticizmu do oglaševanja na splošno in skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta ter o nakupnem vedenju in namerah porabnikov. Pridobljene podatke sva nato obdelali s programom SPSS ter na podlagi opravljene analize, z ustrezno utemeljitvijo, zastavljene hipoteze potrdili oz. zavrnil. Magistrsko nalogo končava s sklepom, temu sledi literatura in viri ter priloge.

1 ZDRAVILA BREZ RECEPTA

Zdravila igrajo vedno pomembnejšo vlogo tako za posameznika, kot tudi za državo. Povečujejo se potrebe, temu pa sledi tudi ponudba, ki je iz dneva v dan večja. Ker so namenjena preprečevanju, zdravljenju ali diagnosticiranju bolezni ter zadevajo zdravje, ki velja za najvišjo vrednoto, poleg koristi pa lahko predstavljajo tudi veliko tveganje, so povsod po svetu eno najstrožje urejenih področij (Vilfan Gobec & Razinger, 2011). Preskrba z varnimi, kakovostnimi in učinkovitimi zdravili je namreč ključna za varovanje zdravja, ki je eno temeljnih načel Evropske unije (v nadaljevanju EU) in tudi RS. Pravna ureditev zdravil se neprestano spreminja in dopolnjuje. Na eni strani dopolnitve narekujejo najnovejši izsledki biomedicinskih znanosti s področja zdravil, na drugi strani pa izkušnje iz spremljanja ter nadzora proizvodnje in prometa ter uporabe zdravil v EU in tretjih državah. Načelo o prostem pretoku, ki je eno izmed temeljnih načel evropskega pravnega reda in velja za večino ostalih izdelkov, v primeru zdravil zaradi stroge regulacije izgubi na pomenu (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

Zdravljenje s pomočjo zdravil je ena najpomembnejših metod zdravljenja bolezni v razvitem svetu. Zato je zelo pomembno, da je področje zdravil ustrezno urejeno in tako zagotavlja kakovostna, varna in učinkovita zdravila, ki so pravočasno na voljo (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2009).

Farmacevtski trg lahko razdelimo na trg zdravil, ki so dostopna le preko recepta in trg zdravil brez recepta. Trženje zdravil na recept je pogosto povezano z oglasi v znanstvenih revijah, namenjenih strokovni javnosti, z obiski farmacevtskih tržnikov pri zdravnikih, pogodbami s plačniki zdravstvenih storitev (v Sloveniji je to ZZZS) in raznimi regulacijami s strani države. Za razliko od zdravil na recept pa trženje zdravil brez recepta poteka tako kot trženje drugih proizvodov široke potrošnje (Huber et al., 2012).

1.1 Opredelitev zdravila brez recepta

Evropska direktiva (2001/83/ES) in Zakon o zdravilih (Ur.l. RS, št.17/14, v nadaljevanju ZZdr-2), ki se dotikata področja zdravil, pravita, da je zdravilo vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo se šteje tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih, ali se daje ljudem ali živalim z namenom, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije preko farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza. Zdravilo vsebuje eno ali več aktivnih sestavin in pa vrsto pomožnih snovi, kar je skupaj oblikovano v različne farmacevtske oblike.

Prvi del definicije se nanaša na predstavitev izdelkov in razvrstitev med zdravila na tej osnovi. Če je izdelek na embalaži, v navodilu za uporabo, promocijskih materialih, spletnih straneh, ustno ali kakorkoli predstavljen s sposobnostjo zdravljenja ali preprečevanja bolezni in bolezenskih stanj, tako da potrošnik dobi vtis, da gre za zdravilo, se razvrsti med zdravila. V drugem delu pa je zdravilo definirano na osnovi njegove funkcije. Ta je odvisna od njegove sestave. Izdelek se v skladu s tem razvrsti med zdravila, če ima izdelek pomembno farmakološko, imunološko ali presnovno delovanje. Navadno se pri razvrščanju zdravila upoštevata obe osnovi za razvrstitev (Vilfan Gobec & Razinger, 2011).

Področje zdravil za uporabo v humani in veterinarski medicini v Sloveniji ureja ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14). Urejenost omenjenega področja je pomemben del prizadevanj družbe za varovanje javnega zdravja (Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke, b.l.). ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14) med drugim določa pogoje in ukrepe za zagotavljanje ustrezne kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravil, pogoje in postopke za njihovo preiskovanje, proizvodnjo, promet in porabo zdravil, cene zdravil ter uradno kontrolo.

Izdelki, ki so opredeljeni kot zdravila, morajo pridobiti dovoljenje za promet, ne glede na režim in mesto izdajanja. To je dokument, ki dovoljuje, da je zdravilo prisotno na trgu in je izdano s strani pristojnega organa za zdravila, in sicer temelji na ustrezni dokumentaciji, ki dokazuje učinkovitost, varnost in kakovost zadevnega zdravila (Abazović, 2011). Vloga za pridobitev dovoljenja za promet mora biti v obliki skupnega tehničnega dokumenta (angl. *Common technical document* oz. *CTD*), ki je sestavljen iz petih modulov. Skladno z evropsko zakonodajo morajo zdravila pred prihodom na trg pridobiti dovoljenje za promet z zdravilom. Postopek se prične z vlogo predlagatelja (pravna ali fizična oseba s sedežem v

Evropskem gospodarskem prostoru). Obstajajo štiri postopki pridobitve dovoljenja za promet (Vilfan Gobec & Razinger, 2011):

- **nacionalni postopek** je postopek pridobitve dovoljenja za promet za zdravila, za katera ni potreben centralizirani postopek in bodo dovoljenje za promet pridobila le za referenčni državo, npr. le za RS;
- **centralizirani postopek** omogoča, da po pridobitvi dovoljenja za promet podjetje dobi enotno dovoljenje za promet, ki velja v vseh državah članicah EU. Poteka pri Evropski agenciji za zdravila, po koncu postopka pa Evropska komisija izda dovoljenje za promet za vse države članice;
- **postopek z medsebojnim priznavanjem** je obvezen za zdravila, ki niso obravnavana v skladu s centraliziranim ali nacionalnim postopkom in je postopek pridobitve dovoljenja, ki po odobritvi v referenčni državi, prične veljati v vseh državah članicah EU;
- **decentralizirani postopek** je primerljiv postopku z medsebojnim priznavanjem, le da dovoljenje začne veljati hkrati v referenčni državi, kot tudi v ostalih državah članicah EU.

Skladno z ZZdr-2 (Ur.l. RS, št 17/14) je za zdravila v Sloveniji pristojno Ministrstvo za zdravje. Poleg njega imata pomembno vlogo še Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (v nadaljevanju JAZMP) in ZZZS. ZZZS prevzema vlogo upravljalca sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, JAZMP pa ima predvsem regulatorno vlogo (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2009). Ustanovljena je bila s sprejetim sklepom o ustanovitvi JAZMP, dne 26. oktobra 2006 (Ur.l. RS, št. 115/06). Nastala je z združitvijo Agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke in Zavoda za farmacijo in za preskušanje zdravil – Ljubljana. JAZMP je organ, pristojen za regulacijo zdravil in medicinskih pripomočkov za uporabo v humani in veterinarski medicini, krvi, tkiv in celic. V njeni pristojnosti je tudi področje farmakoekonomike, področje farmacevtskega nadzorstva ter opravlja nalogo uradnega kontrolnega laboratorija, s čimer stremi predvsem k varovanju javnega zdravja. Na področju regulative zdravil JAZMP vodi postopke pridobitve, podaljšanja in sprememb dovoljenja za promet z zdravilom, in sicer tako nacionalni kot evropski postopek, poleg tega vodi postopek razvrstitve zdravil na liste, odobri in presoja postopke kliničnih preskušanj, izvaja in vodi postopke farmakovigilance (Cvelbar, 2013).

Da je zdravilo lahko v prometu, morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji (Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke, b.l.):

- če je pridobilo dovoljenje za promet v skladu z omenjenim zakonom ali po centraliziranem postopku v skladu s predpisi EU;
- če na podlagi zahteve klinike oz. inštituta na osebno odgovornost lečečega zdravnika JAZMP izjemoma to dovoli za potrebe posameznega bolnika;

- če JAZMP začasno, v izrednih primerih, kot so infekcije, zastrupitve, sevanja ipd. ali drugi razlogi, ki so v interesu varovanja javnega zdravja, dovoli promet zdravila, ki sicer nima dovoljenja za promet;
- če je zdravilo uvrščeno na seznam esencialnih ali nujno potrebnih zdravil z 17. člena ZZdr-2, ki nimajo dovoljenja za promet;
- če je zagotovljeno iz proračunskih sredstev RS v skladu s 141. členom tega zakona, v primeru, da v prometu ni zdravila z enako sestavo z dovoljenjem za promet v RS.

JAZMP tekom postopka pridobivanja dovoljenja za promet preveri varnost, kakovost in učinkovitost zdravila. Hkrati preveri razmerje med tveganjem in učinkovitostjo zdravila ter določi način in mesto izdajanja zdravila (Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke, b.l.).

Glede na predpisovanje in izdajanje se zdravila ločijo na zdravila, za katera je potreben zdravniški recept in zdravila, za katera zdravniški recept ni potreben. To določa Pravilnik o razvrščanju, izdajanju in predpisovanju zdravil za uporabo v humani medicini (Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2, v nadaljevanju Pravilnik o razvrščanju). Tovrstna razvrstitev temelji na varnosti in ne učinkovitosti zdravil. Zdravila, ki se izdajajo le na recept, se glede na mesto izdaje izdajajo le v lekarnah, zdravila, za katera recept ni potreben pa se glede na mesto izdaje razvrščajo na zdravila brez recepta, ki se izdajajo le v lekarnah in zdravila brez recepta, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah (Pravilnik o razvrščanju, Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2). Tista, ki se izdajajo v lekarnah, vsebujejo učinkovine, ki so lahko sinteznega, polysinteznega in/ali naravnega izvora ter anorganske zdravilne učinkovine, pri katerih je za zagotovitev varnega zdravljenja potreben nadzor in svetovanje v lekarnah. Izdajanje v lekarnah in specializiranih prodajalnah pa je omejeno na zdravila, ki vsebujejo zdravilne učinkovine predvsem naravnega izvora in redkeje sinteznega, polysinteznega ali biosinteznega. Slednja imajo omejeno jakost farmakodinamičnega učinka in so relativno neškodljiva (Vilfan Gobec & Razinger, 2011).

Vedno bolj razširjena pa je tudi prodaja zdravil brez recepta preko spletnih lekarn. Zagovorniki prodaje izven lekarn izpostavljajo cenejši in lažji dostop do tovrstnih zdravil, nasprotniki pa opozarjajo na večje tveganje za njihovo nepravilno in prekomerno uporabo (Zdravila brez recepta izven lekarn – da ali ne?, 2015).

Delitev zdravil na zdravila brez recepta in zdravila na recept pa v bistvu ni tako ostra. Razvoj obeh vrst zdravil se namreč bistveno ne razlikuje. Pri proizvodnji je potrebno upoštevati iste predpise, tako kot to velja za vse medicinske izdelke. Pravila in standardi so določeni v evropskih direktivah o pridobitvi dovoljenja za promet z zdravilom. Vsak izdelek mora imeti zahtevano farmacevtsko kakovost, da je varen in učinkovit, saj se merila zdravstvenih organov za pridobitev dovoljenja za promet s takšnimi zdravili nanašajo ravno na kakovost, varnost in učinkovitost zdravila (Žnidaršič, 2008).

Dejstvo je, da se sčasoma uvajajo spremembe, ki lahko pomenijo spremembo statusa zdravila na trgu. Nekatera zdravila, ki so danes na trgu v prosti prodaji, je bilo včasih možno dobiti le na recept, predpisan s strani zdravnika. Poleg tega pa zdravniki na recept pogosto predpišejo tudi zdravilo, ki ga je sicer mogoče dobiti brez njega. Recept je potreben za zdravila, ki bi brez zdravniškega nadzora tudi ob pravilni uporabi lahko pomenila tveganje za bolnika, so povezana z veliko verjetnostjo nepravilne uporabe ali zlorabe, vsebujejo učinkovine katere učinki ali neželeni učinki še niso dovolj znani ali pa so v parenteralni farmacevtski obliki (Lajovic, b.l.).

Terminološki slovar zdravilo brez recepta opredeljuje kot zdravilo, ki ne izpolnjuje meril za razvrstitev med zdravila na recept in zanj ni potreben zdravniški recept oz. kot zdravilo, ki se sme izdajati brez recepta. Za zdravilo brez recepta se uporabljata tudi izraza »zdravilo v prosti prodaji«, saj je na voljo brez recepta in tako dostopno vsakomur, »zdravila za samozdravljenje«, ker so namenjena samostojni uporabi s strani bolnika in kratica BRp, kar pomeni »brez recepta«. Pogosto pa se med strokovnjaki na področju farmacije uporablja kar tujka »*Over the counter medicine – OTC*«, kar v prevodu pomeni »zdravila preko pulta« (Zdravila brez recepta, b.l.).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravila brez recepta kot farmacevtske izdelke, izdelane, distribuirane in prodane z namenom, da bi jih porabniki uporabili na lastno odgovornost, pri čemer jim predvsem pomagajo in svetujejo farmacevti ter drugi zdravstveni delavci (Kogovšek Vidmar, Jermol, & Debeljak, 1997). Gre torej za zdravila, ki so na voljo brez recepta, zaradi česar so praktično dostopna vsakomur in katerih aplikacijo izvedejo posamezniki samostojno z namenom blaženja simptomov ali lastno diagnosticiranih bolezni.

Da je zdravilo razvrščeno med zdravila brez recepta mora po Pravilniku o razvrščanju (Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2) v prvi vrsti imeti majhno splošno toksičnost, zanemarljiv vpliv na sposobnost razmnoževanja in ne sme imeti pomembnejših genotoksičnih in kancerogenih lastnosti. Poleg tega mora predstavljati majhno tveganje za resne neželene učinke, zelo majhno tveganje za pojav nepričakovanih resnih neželenih učinkov in ne sme imeti interakcij s splošno uporabljanimi zdravili, zaradi katerih bi lahko prišlo do resnih neželenih učinkov. Zelo pomemben vidik, kateremu mora ustrezati zdravilo brez recepta je, da je tveganje za resne neželene učinke sprejemljivo le, če je možno preventivno, brez zdravniškega nadzora, izključiti rizične skupine ljudi. Pri zdravilih, ki se izdajajo brez recepta, mora biti nevarnost za zdravje ljudi majhna tudi, če se uporabljajo kadar niso indicirana, če se uporabljajo daljše obdobje od priporočenega ali, če se prekoračijo priporočeni odmerki in, če se pri uporabi ne upoštevata navedenih opozoril in kontraindikacij.

Za razliko od zdravil na recept, ki imajo v splošnem močne učinke in je njihova nepravilna in nenadzorovana uporaba povezana z večjimi tveganji, za zdravila brez recepta velja splošno pravilo, da se le-ta v prvi vrsti uporabljata za zdravljenje in preprečevanje blažjih, splošno prepoznavnih stanj, ki ne zahtevajo zdravniškega nadzora, posvetovanja z

zdravnikom in jih lahko posameznik sam ustrezno oceni. Namenjena so predvsem krajšim obdobjem zdravljenja. Ob upoštevanju informacij na etiketi, navodil za uporabo in nasvetov s strani farmacevta, veljajo tudi za relativno varna in dobro sprejeta s strani pacienta (U.S. Food and Drug Administration, (b.l.a)). Prav tako ne smejo predstavljati tveganja za razvoj odvisnosti. Zdravila, o katerih nimamo dovolj informacij in izkušenj glede varne uporabe pri splošni populaciji, ne smejo biti razvrščena med zdravila, ki so na voljo v prosti prodaji (Pravilnik o razvrščanju, izdajanju in predpisovanju zdravil za uporabo v humani medicini, Ur.l. RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2).

Bolnik sprejme odločitve glede zdravila sam in na lastno odgovornost. Pri tem se opira na svoje splošno znanje, osebne izkušnje z zdravilom, predvsem pa so mu v pomoč informacije na etiketi (Smith, 1983). Združenje proizvajalcev zdravil brez recepta trdi, da se ljudje pri nakupu zdravil brez recepta oprejo na štiri vire informacij, kot so družina in prijatelji, oglaševanje, deklaracije zdravil in zdravstveni delavci (Nonprescription Drug Manufacturers Association, 1992).

V Sloveniji so v lekarnah dostopne naslednje skupine zdravil v prosti prodaji (Samozdravljenje z zdravili brez recepta, 2011 v Zaletelj, 2011):

- zdravila proti bolečinam in vročini: uporabljamo jih pri zvišani telesni temperaturi in lažjih bolečinah (glavobolu, zobobolu, bolečinah v mišicah in sklepih, bolečih menstruacijah);
- zdravila, ki pomagajo pri težavah z dihali: kapljice za nos, zdravila za boleče grlo in lažje izkašljevanje;
- zdravila za lažje prebavne motnje: zgaga, bolečina v želodcu, driska, zaprtje;
- zdravila za lažje psihične motnje: napetost, nespečnost, potrto, razdražljivost;
- zdravila proti alergijam: pri alergiji na hrano ali sonce, pri senenem nahodu;
- zdravila za boljše splošno počutje: vitamini, minerali, zdravila za krepitev splošne odpornosti organizma, zdravila za boljše počutje.

Pomembno je, da razlikujemo med zdravili v prosti prodaji in prehranskimi dopolnili, kot so minerali in vitamini. Ta po svoji obliki, ovojnini in načinu uporabe pogosto lahko spominjajo na zdravila, vendar pa se od njih razlikujejo tako po namenu uporabe, oglaševanju, kot tudi po definiciji in dokazani učinkovitosti za zdravljenje bolezni in bolezenskih stanj (Poznate razlike med zdravili in prehranskimi dopolnili?, 2015). Zelo pomembno dejstvo je, da prehranskih dopolnil ni potrebno registrirati. To pomeni, da za razliko od zdravil, njihova kakovost, varnost in učinkovitost niso dokazane. Za razliko od zdravila se prehranska dopolnila lahko kupi tudi v prodajalnah z živili.

Pravilnik o prehranskih dopolnilih (Ur.l. RS, št. 66/13), ki je v skladu z Direktivo 2002/46/ES o približevanju zakonodaj držav članic o prehranskih dopolnilih, v 2. členu opredeljuje prehranska dopolnila kot živila, katerih namen je dopolnjevati običajno

prehrano, a ne zdraviti ali preprečevati bolezni in bolezenskih stanj, kakršen je osnovni namen zdravil. Prehranska dopolnila so koncentrirani viri posameznih ali kombiniranih hranil ali drugih snovi s hranilnim ali fiziološkim učinkom, ki se dajejo v promet v farmacevtskih oblikah, kot so tablete, kapsule, pastile, praški, ampule s tekočino ipd., tako da se jih lahko uživa v odmerjenih majhnih količinskih enotah. Vsebujejo lahko minerale, vitamine, aminokisliline, vlaknine, maščobne kisline, rastline in rastlinske izvlečke, a le pod pogojem, da je njihova varnost v prehrani ljudi znanstveno utemeljena.

1.2 Samozdravljenje v svetu in v Sloveniji ter zdravstvena ozaveščenost

Zdravje je eno ključnih vrednot človeka, česar pa se pogosto ne zavedamo, vse dokler ne pride do situacije, ko je le-to prizadeto. Dandanes zdravje ni odvisno le od zdravstvenega sistema in kakovosti ter dostopnosti storitev, ki jih le-ta nudi, temveč tudi od našega lastnega zavedanja in našega odnosa do zdravja. Skrb za zdravje lahko razdelimo na štiri ravni, in sicer na samooskrbo, primarno profesionalno oskrbo, splošno specialistično in terciarno specialistično pomoč (Ya-Ning, 2006).

Korenine samozdravljenja segajo že v čas jamskega človeka. Že takrat si je človek sam utrgal zdravilno zelišče in poskušal zdraviti različne zdravstvene težave. Tekom razvoja človeštva je napredovalo tudi zdravljenje. Pojavili so se zdravilci, ki so bili hkrati zdravniki in farmacevti. Kljub temu pa je človeška želja po samostojnosti in samopomoči silila k temu, da si je vedno sprva želel pomagati sam in se za pomoč obrnil na koga drugega šele, ko je bil sam nemočen (Abazović, 2011).

V 13. stoletju je farmacija postala samostojna veda in tako je danes na policah v lekarnah in specializiranih trgovinah na voljo široka paleta zdravil. Lekarniški farmacevt je s tem postal zelo pomemben svetovalec za bolnika. To je pripomoglo k temu, da je v 20. stoletju samozdravljenje začelo upadati, saj so bila mnoga zdravila dostopna preko recepta. V zadnjem času pa je spet opaziti trend naraščanja samozdravljenja. Kljub vsemu se ljudje namreč še vedno najbolj opiramo sami nase, kar pa predstavlja veliko odgovornost in hkrati nevarnost, ki se je niti ne zavedamo. Oceniti resnost svoje zdravstvene težave, si postaviti diagnozo za zdravstveno stanje in izbrati primerno zdravilo namreč za laika ni vedno enostavna naloga (Abazović, 2011).

Medicinski terminološki slovar samozdravljenje oz. avtoterapijo definira kot zdravljenje samega sebe, World self medication industry (WSMI¹) pa kot zdravljenje pogostih zdravstvenih težav z zdravili, ki so primerno oblikovana in označena za uporabo brez zdravniškega nadzora in veljajo za varna in učinkovita (Avtoterapija, b.l.; What is Self-Medication?, 2015).

¹World self-medication industry (WSMI) je zveza več kot 50 organizacij z vseh celin, ki zastopajo proizvajalce in distributerje zdravil brez recepta in drugih proizvodov namenjenih splošni skrbi za zdravje. Njihov namen je podpirati razvoj industrije, povezane s samozdravljenjem, za pomoč pri razumevanju in razvoju odgovornega samozdravljenja.

Samozdravljenje lahko dojemamo kot del skrbi za zdravje. V širšem pomenu samozdravljenje namreč zajema dejavnosti posameznika, ki zase in/ali za svoje družinske člane skrbi za odpravljanje zdravstvenih težav in ohranjanje zdravja. Sem uvrščamo splošno skrb za zdravje (angl. *self-care*), samozdravljenje z različnimi zdravilskimi metodami (angl. *self-treatment*) in samozdravljenje z zdravilnimi pripravki (angl. *self-medication*). V ožjem pomenu besede pomeni uporabo različnih zdravilskih metod brez nadzora zdravnika. V najožjem pomenu pa samozdravljenje pomeni uporabo zdravil brez recepta brez posveta z zdravnikom, z možno pomočjo oz. nasveti zdravstvenih delavcev (Pisk, Pal, & Pavšar, 2011). Skrb za zdravje vključuje aktivnosti in ukrepe, ki jih ljudje izvajajo za izboljšanje splošnega zdravja, za preprečevanje bolezni in za povrnitev zdravja po bolezni ali poškodbi. Kot omenjeno vključuje tudi samozdravljenje, s čimer se zmanjša potencial za razvoj resnejših bolezni in potreba po iskanju zdravstvene pomoči (Association of the European Self-Medication Industry, 2012). Tovrstno zdravljenje izvajajo bolniki za lajšanje zdravstvenih težav samostojno, na lastno pobudo in odgovornost, z ali brez pomoči oz. nasveta lekarniškega farmacevta ali drugega zdravstvenega delavca (Abazović, 2011). Skrb za zdravje prinaša koristi tako za posameznike, družbo, kot tudi državo, in sicer preko izboljšanja splošnega zdravja in kvalitete življenja, preprečevanja bolezni, boljšega upravljanja in kontrole obstoječih bolezenskih stanj in bolezni, zadovoljnejših in posledično produktivnejših državljanov ter boljše izkoriščenosti zdravstvenih resursov in bolnišničnih storitev (Epposi, 2013). Opolnomočeni in izobraženi posamezniki z zdravim življenjskim slogom in aktivno skrbjo za zdravje, imajo namreč močno pozitiven socio-ekonomski vpliv (Association of the European Self-Medication Industry, 2012).

Abazović (2011) meni, da samozdravljenje zajema naslednje elemente:

- prepoznavanje simptomov,
- odločitev za posvet z lekarniškim farmacevtom,
- odločitev za posvet z zdravnikom v primeru resnejših težav,
- odločitev za uporabo zdravila brez recepta, ko je to primerno,
- odgovornost za uporabo zdravila v skladu z navodili za uporabo,
- spremljanje poteka samozdravljenja,
- ohranjanje zdravja z namenom preprečevanja in lajšanja zdravstvene težave.

Samozdravljenje se je v zadnjem času močno razširilo in pridobiva na pomenu v odnosu posameznikov do lastnega zdravja. Ljudje se vedno bolj zavedajo, da je skrb za zdravje izrednega pomena, so vedno bolj ozaveščeni in proaktivni. Poleg tega pa je tempo življenja vedno hitrejši in pomanjkanje časa vse večje, zaradi česar se ljudje vse pogosteje poslužujejo samozdravljenja, ki predstavlja eno prvih oblik zdravljenja zgodnjih simptomov bolezni in časovno manj zamudno alternativo obisku zdravnika. Večje potrebe po samozdravljenju pa se kažejo tudi zaradi ukrepov države, ki teži k racionalizaciji izdatkov tako za zdravila, kot celotno zdravstvo. Samozdravljenje namreč omogoča lažji dostop do zdravil brez recepta,

boljši izkoristek zdravstvenih storitev in zniža stroške za zdravila z režimom izdaje na recept na račun izboljšanja splošnega javnega zdravja (Hughes et al., 2001).

Tudi Smogavec in Softić (2009) ugotavljata, da samozdravljenje v zadnjih desetletjih spet pridobiva na pomenu. To povezujeta predvsem z dvema razlogoma, in sicer prvi izhaja iz dejstva, da človeško telo ni le objekt, zato je zdravljenje lahko uspešno le s sodelovanjem bolnika. Drugi razlog vidita v potrebi po vedno večjih finančnih sredstvih zaradi razvoja novih diagnostičnih metod, metod zdravljenja in podaljševanju življenjske dobe, ki jih vsaka država težko obvladuje. Poleg tega kaže, da solidarnostno naravnani sistemi zdravstvenega varstva odvrtaajo ljudi od skrbi za lastno zdravje.

Samozdravljenje je najbolj razširjeno v razvitem svetu, in sicer najbolj v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA), na Japonskem, Švedskem, v Švici, Nemčiji in Kanadi (Pohorec v Smogavc & Softić, 2009). Porast v potrošnji zdravil brez recepta je najverjetneje povezana z naraščajočimi stroški zdravljenja, ki jih sistemi zdravstvenega zavarovanja pri nas in v tujini vedno težje obvladujejo, posledično večjo dostopnostjo tovrstnih zdravil, saj je vsako leto več zdravil razvrščenih med zdravila, ki se lahko izdajajo brez recepta in vse večjega zavedanja ljudi o nujnosti skrbi za lastno zdravje (Pisk, Pal, & Pavšar, 2011). Glede sprememb v statusu zdravil lahko omeniva podatek, da je v svetovnem merilu namreč že v letu 2001 več kot 700 zdravil, ki so bila 30 let na nazaj dostopna le na recept, bilo na voljo brez recepta. Poleg tega pa večja izbira daje posameznikom tudi večjo moč pri odločitvah glede lastnega zdravja. Kot primer naj navedeva Američane, ki skupno letno za zdravila brez recepta zapravijo 18 milijonov dolarjev. Povprečno ameriško gospodinjstvo letno zapravi cca. 340 dolarjev za zdravila brez recepta. Enainosemdeset odstotkov odraslih uporabi zdravilo za samozdravljenje ob manjših zdravstvenih težavah in obišče lekarno z namenom nakupa zdravila brez recepta 26-krat letno, medtem ko zdravnika obiščejo le 3-krat letno (National Council on Patient Information and Education, 2003; Statistics on OTC use, 2015; Hart & Ksir, 2011).

Zdravila brez recepta predstavljajo relativno cenovno dostopno vrsto zdravljenja za potrošnike, prav tako pa predstavljajo tudi prihranek za zdravstveni sistem. Temu je tako, saj stroške zdravil na recept v odvisnosti od liste na katero je razvrščeno, krije zavarovalnica, stroški zdravil v prosti prodaji pa so v celoti breme končnega potrošnika. Predpostavljajo, da za vsak dolar, ki ga posameznik nameni nakupu zdravil brez recepta, ameriško gospodarstvo prihrani šest do sedem dolarjev, kar predstavlja 102 milijardi dolarjev na leto (National Council on Patient Information and Education, 2003).

Na nivoju EU pa je Association of the European self medication Industry (v nadaljevanju AESGP)² v študiji o pomenu samozdravljenja za zniževanje zdravstvenih stroškov leta 2004

² AESGP – Association of the European Self-Medication Industry je združenje evropskih proizvajalcev zdravil v prosti prodaji, prehranskih dopolnil in medicinskih pripomočkov za samopomoč. Ustanovljeno je bilo z namenom prispevati k izboljšanju odgovornega samozdravljenja in predstavljati stališča proizvajalcev izdelkov za samopomoč.

ugotovila, da bi v primeru, da bi 5 % zdravil, izdanih na recept, prešlo na izdajo brez recepta, prišlo v EU do pomembnih prihrankov, in sicer v višini kar 16 milijonov EUR (Association of the European Self-Medication Industry, 2004). Po mnenju Mencej (1999) spodbujanje bolnikov, da s samozdravljenjem prevzamejo čim večji del odgovornosti za lastno zdravje, torej predstavlja ukrep, ki lahko zmanjša finančni pritisk v zdravstvenem zavarovanju in s tem zniža vladne stroške za zdravila.

V svetovnem merilu slaba četrtnina ljudi z zdravstvenimi problemi išče pomoč pri zdravniku, četrtnina pa jih poseže po uporabi zdravil brez recepta. Preostali bolniki ne zdravijo ali posežejo po domačih pristopih zdravljenja. Izkazalo se je, da sta po nezdravljenih bolezenskih stanjih na vrhu ZDA in Velika Britanija, kar pa povezujejo z visoko televizijsko gledanostjo in obširnimi oglaševanjem zdravil brez recepta (World Self-Medication Industry, 2007). Bolj ko so ljudem dostopne informacije, bolj aktivno vlogo zavzemajo ljudje pri skrbi za svoje zdravje. Raziskave kažejo na to, da je zdravje eno najbolj raziskanih pojmov na spletu (Doonar, 2004). Ena izmed raziskav celo nakazuje, da je 65 % uporabnikov spleta, vključenih v raziskavo, v zadnjem letu obiskalo z zdravjem povezano spletno stran (What is Self-Medication?, 2015).

Tudi v Sloveniji lahko porast v samozdravljenju povežemo z vedno večjo dostopnostjo zdravil na recept, miselnostjo, ki ljudi usmerja k uporabi čim bolj naravnih snovi, splošnim pomanjkanjem časa za obisk zdravnika in večjo prisotnostjo homeopatskih izdelkov na trgu. Na pomenu pridobiva seveda tudi zaradi naraščajočih stroškov zdravljenja, ki jih zdravstvene zavarovalnice vse težje obvladujejo, kot tudi zaradi vse večjega zavedanja ljudi o nujnosti skrbi za lastno zdravje (Pisk et al., 2011). Glede razširjenosti samozdravljenja v Sloveniji pa Smogavec, Softič, Klemenc-Ketiš in Kersnik (2010) v okviru izvedene ankete ugotavljajo, da samozdravljenje v Sloveniji sledi naraščajočemu trendu v svetu. Ugotavljajo, da je 51 % anketirancev v preteklem letu uporabilo vsaj eno izmed oblik samozdravljenja, pri tem jih je največ (74,4 %) uporabilo zdravilne rastline in čaje, nekaj manj (69,3 %) jih je uporabilo zdravilo v prosti prodaji in vitamine ter minerale (69 %). Prišli so do ugotovitve, da so ženske pogostejše uporabnice zdravil brez recepta ter mineralov in vitaminov in jih tudi pogosteje kupijo v lekarnah. Najpogostejši vir informacij, po rezultatih raziskave Pisk et al. (2011), so zdravnik, magister farmacije in farmacevtski tehnik v lekarni, sledijo jim prijatelji in znanci, knjige in priročniki, internet ter medicinska sestra. Uporaba interneta, kot vira informacij, se je izkazala pomembnejša pri mlajši populaciji. Na končno izbiro zdravila brez recepta pa najpogosteje vplivajo osebne izkušnje in nasvet zdravstvenega osebja.

Abazovič (2011) ugotavlja, da je odločitev za samozdravljenje v Sloveniji pogosto posledica pomanjkanja časa in dolge čakalne dobe v ambulantah ter zaupanje lekarniškem farmacevtu. Hkrati ugotavlja, da se vse več posameznikov aktivno ukvarja s svojim zdravjem ter zdravljenjem, kar povezuje z večjo dostopnostjo informacij.

1.3 Nevarnosti in prednosti samozdravljenja

Tako kot vsaka stvar ima tudi samozdravljenje lahko tako prednosti kot tudi slabosti. Večinoma gre za stanja, ki niso potrebna zdravniške obravnave in jih posameznik lahko sam prepozna. To pa seveda lahko povzroči nevednosti in predstavlja nevarnost, če samodiagnoza ni ustrezna ali pa uporaba zdravila ni primerna ali ustrezno prilagojena.

Varno in odgovorno samozdravljenje zahteva obsežno znanje o človeku, boleznih, zdravju in zdravilih, namenjenih samozdravljenju. Pomembno je, da se zavedamo katera stanja so potrebna strokovne obravnave s strani zdravnika in katera lahko zdravimo sami. Vedeti moramo tudi, kje lahko dobimo primeren nasvet ter učinkovito in varno zdravilo (Hladnik v Smogavec & Softić, 2009). Obdobje, za katerega je samozdravljenje primerno, je spremenljivo glede na okoliščine, vendar načeloma ne sme biti daljše od treh do sedmih dni (Pisk et al., 2011).

Raziskave kažejo, da je 70–90 % zdravstvenih težav samozdravljenih in tako niso deležne zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenega delavca. Samozdravljenje z zdravili brez recepta je osrednji del tovrstne strategije zdravljenja in prinaša številne koristi tako z vidika pacientov kot tudi zdravstvenih delavcev in proizvajalcev zdravil brez recepta (Hughes et al., 2001).

Pomembno je, da se v družbi ustvari t.i. »kultura samozdravljenja«. Ta vključuje zavedanja o tem, da samozdravljenje v določenih primerih ni primerno (npr. nosečnice, dojenčki, doječe matere, osebe s kroničnimi obolenji, starostniki), kdaj je potreben obisk pri zdravniku ter kje dobiti ustrezen nasvet in učinkovito zdravilo. Največja tveganja pri samozdravljenju izhajajo ravno iz neustrezne ocene bolnika o resnosti zdravstvene težave, napačne izbire in uporabe zdravil (Pisk et al., 2011).

Samozdravljenje s pomočjo zdravil brez recepta prinaša številne prednosti (What is Self-Medication?, 2015; Association of the European Self-Medication Industry, b.l.):

- pomaga pri preprečevanju in zdravljenju zdravstvenih težav in bolezni, ki ne zahtevajo posvetovanja z zdravnikom;
- zmanjšuje potrebo po zdravstvenih storitvah pri blažjih obolenjih in omogoča izogib nepotrebnim posvetom z zdravniki;
- povečuje vlogo lekarniških farmacevtov in njihovega strokovnega svetovanja;
- omogoča dostopnost do zdravil in zdravljenja prebivalcem ne-urbanih in oddaljenih območij;
- bolnikom omogoča kontrolo nad kroničnimi obolenji;
- je uporabno kot preventivno zdravljenje;

- zmanjšuje izdatke za zdravstvo na račun manjše porabe zdravil na recept, kar omogoči, da se omejeni finančni viri za zdravstvo usmerijo v zdravljenje kompleksnejših in resnejših zdravstvenih stanj;
- izboljšuje javno zdravje in posledično povečuje produktivnost prebivalstva, zmanjšuje odsotnosti z dela in znižuje stroške za zdravstvo.

Kljub pomembnim prednostim samozdravljenja pa lahko le-to predstavlja tudi številne nevarnosti in tveganja, kot so (Hughes et al., 2001; Association of the European Self-Medication Industry, b.l.; Smogavec & Softić, 2009):

- napačna diagnoza;
- nepravilna in neprimerna uporaba zdravila;
- neprimerno hranjenje zdravila;
- predolgo obdobje samozdravljenja;
- zakasnjeno primerno zdravljenje resnejšega obolenja;
- lažno utišanje simptomov z zdravili brez recepta;
- interakcije z drugimi zdravili;
- zloraba ali razvoj odvisnosti;
- nenamerno zaužitje (npr. pri otrocih);
- namerno predoziranje;
- poslabšanje stanja zaradi neprimerne samooskrbe oz. samozdravljenja;
- poslabšanje odnosa med zdravnikom in pacientov;
- marketinška manipulacija zaradi finančnih interesov proizvajalcev zdravil brez recepta.

Tako prednost kot tudi nevarnost pa lahko predstavlja dostopnost informacij na spletu, ki niso vedno najbolj zanesljive in verodostojne. V Veliki Britaniji so izvedli raziskavo o samozdravljenju, pri kateri so prišli do ugotovitev, da si je polovica, v raziskavo vključenih žensk, postavilo samodiagnozo in si priskrbelo zdravila brez recepta s pomočjo spleta, brez posvetovanja z zdravnikom ali farmacevtom. Izkazalo se je, da si je kar četrtina teh postavila napačno diagnozo. Strokovnjaki v ta namen opozarjajo, da splet v nobenem primeru ne sme biti nadomestilo za posvetovanje z zdravnikom. Problem, ki lahko sledi napačni samodiagnozi ali neprimernemu zdravljenju je to, da ljudje uživajo zdravila, ki pri dejanski bolezni niso učinkovita in so po nepotrebnem podvrženi njihovim stranskim učinkom. V najslabšem primeru pa je tako lahko spregledana bolezen, ki bi potrebovala zgodnje in ustrezno zdravljenje (Nikar si prek spleta ne postavljajte diagnoze, 2015).

Pogosto pride ob hkratni uporabi zdravil brez recepta in drugih zdravil do interakcij, včasih povzročijo neučinkovitost drugih zdravil ali vplivajo na rezultate laboratorijskih testov. To je še posebej prisotno pri starostnikih, saj je pri njih pogostejša polifarmacija³, poleg tega pa so pri njih škodljivi učinki tovrstnih zdravil pogostejši, saj se večinoma ne posvetujejo z

³ Polifarmacijo opredelimo kot sočasno jemanje 5 ali več zdravil.

osebnim zdravnikom glede uporabe zdravil brez recepta (Gore, Madhavan, McClung, & Riley, 1994).

Pri izboljšanju učinkovitosti samozdravljenja in zmanjšanju tveganj, ki jih lahko samozdravljenje prinese, igrajo pomembno vlogo zdravniki in farmacevti. Ti morajo proaktivno spremljati samozdravljenje pacientov, ugotoviti ali je pacientova samodiagnoza pravilna in nuditi ustrezno svetovanje. V primeru, da farmacevt opazi, da gre za resnejše stanje, potrebno zdravniške obravnave, lahko bolnika napoti k zdravniku. Prav tako je odgovornost na strani pacientov, ki morajo upoštevati navodila za uporabo zdravila in se zavedati, da za zdravljenje nekaterih blažjih obolenj zdravila niti niso potrebna. Hkrati morajo spremljati svoje zdravstveno stanje in v primeru hujših obolenj, ki zahtevajo strokovno pomoč, čimprej obiskati zdravnika. Najpomembneje pa je ustvariti močno vez med pacienti, zdravniki in farmacevti, saj le na ta način lahko maksimiramo prednosti in zmanjšamo pomanjkljivosti in tveganja samozdravljenja (Hughes et al., 2001).

V ta namen se je v lekarniški praksi uveljavil koncept t.i. farmacevtske skrbi (angl. *pharmaceutical care*). To je lekarniška storitev, ki se je v ZDA uveljavila že v 80. letih prejšnjega stoletja, v evropskih lekarnah pa se pojavlja v zadnjih dvajsetih letih. Razvoj in izvajanje farmacevtske skrbi je spodbujeno tudi s strani Svetovne zdravstvene organizacije (angl. *World Health Organization*) in Evropske skupnosti, ki v svojih deklaracijah prepoznavata pomen farmacevta pri zagotavljanju varne in učinkovite uporabe zdravil (Milovanovič, 2008). Lekarniška zbornica Slovenije je kot članica EuroPharm Forum-a leta 1996 pristopila k uvajanju farmacevtske skrbi. Aktivno se farmacevtska skrb v Sloveniji izvaja od leta 2006, ko je bila tudi prvič omenjena v Pravilniku o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti. Farmacevtska skrb je definirana kot odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili za doseg pozitivnih kliničnih izidov, katerih namen je optimizirati bolnikovo kakovost življenja, povezano z zdravjem. Je strokovna storitev, ki jo izvaja magister farmacije v sodelovanju s pacientom, zdravnikom in ostalimi zdravstvenimi delavci. Gre za individualni pristop, ki vključuje spodbujanje k zdravju in zdravemu načinu življenja, svetovanje in informiranje o zdravilih, svetovanje glede optimalnega načina vključevanja samokontrole v potek bolezni, identifikacijo, preprečevanje in reševanje z zdravili povezanih težav, ki pa zaradi številnih ovir še ni zaživel v polni meri (Martinc, 2014; Kos, 2011).

2 TRG ZDRAVIL BREZ RECEPTA

Trg zdravil je zelo poseben, specifičen trg. Zdravilom namreč pripisujemo poseben pomen, saj so ta nujno potrebna tako za posameznika kot za državo (Smogavec & Softič, 2009). Okolje, v katerem deluje farmacevtska industrija, je zato iz dneva v dan bolj globalno, zahtevno, visoko konkurenčno, negotovo in uravnvano. Vedno večji je vpliv ekonomskih in političnih dejavnikov ter zakonskih predpisov. Jasno je, da so ti ravno za farmacevtsko industrijo zelo strogo določeni.

Farmacevtski trg lahko razdelimo glede na več delitvenih kriterijev. Najpogostejša delitev je na generike in originatorje, vendar pa se bova v nalogi osredotočili na trg zdravil brez recepta, zato je smiselna delitev na trg zdravil, ki so dostopna le preko recepta in trg zdravil brez recepta.

Trženje zdravil na recept je pogosto povezano z oglasi v znanstvenih revijah, namenjenih strokovni javnosti, obiski farmacevtskih tržnikov pri zdravnikih, pogodbami s plačniki zdravstvenih storitev (v Sloveniji –ZZZS) in raznimi regulacijami s strani države. Za razliko od zdravil na recept pa trženje zdravil brez recepta poteka tako kot trženje drugih proizvodov široke potrošnje (Huber et al., 2012).

Samozdravljenje s pomočjo zdravil brez recepta, kot že omenjeno, prinaša številne družbene, kot tudi ekonomske koristi. Ekonomski pomen zdravil brez recepta so potrdile številne študije. Trg zdravil brez recepta lahko definiramo kot celotni obseg prodaje zdravil s statusom izdaje brez recepta (Market data, 2015).

V nadaljevanju je najprej predstavljen evropski trg zdravil brez recepta, v okviru česar je za prikaz nekakšne celotne slike na kratko predstavljen tudi globalni trg zdravil brez recepta in nato še slovenski trg zdravil brez recepta. Slovenija kot del EU sledi zakonodaji EU. Kot za vse države članice tudi za Slovenijo tako velja, da so vse evropske direktive vključene v slovensko zakonodajo. Cilj EU je namreč čim bolj harmonizirati regulativo na področju zdravil. Zato kot osnovo za umestitev Slovenije in primerjavo o razvitosti ter trenutnem stanju slovenskega trga zdravil najprej pozornost posvečava evropskemu trgu.

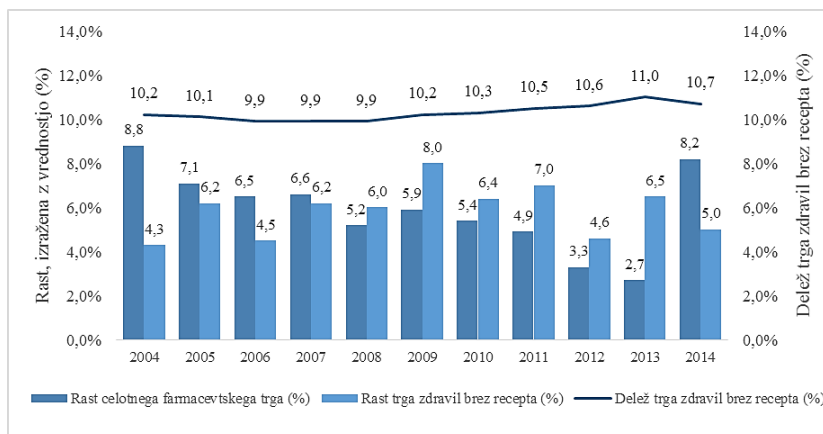
2.1 Evropski trg zdravil brez recepta

Globalna ekonomska kriza je, tako kot večino podjetij, prizadela tudi farmacevtska podjetja. V zadnjih letih je bil v svetu opazen predvsem trend odpuščanja v podjetjih, ki se ukvarjajo s proizvodnjo originatorskih zdravil, medtem ko generična podjetja doživljajo pozitiven preobrat. Kljub globalni finančni krizi pa prodaja zdravil brez recepta narašča. Proizvajalcem zdravil je vedno bolj v interesu tudi sprememba statusa zdravil iz zdravil na recept, v zdravila brez recepta. Trg zdravil brez recepta je tako vedno pomembnejši vir širjenja poslovanja in konkurenčne prednosti evropskih farmacevtskih podjetij (Tisman, 2010).

Prodaja zdravil brez recepta glede na podatke za leto 2014 predstavlja 10,7 % celotnega globalnega farmacevtskega trga, kar pomeni približno 110 milijard dolarjev (Morton-Small, 2015). 70 % celotnega trga pokrivajo predvsem tri regije. To so Zahodna Evropa, ki predstavlja največji delež (33 %), Severna Amerika (20 %) in jugovzhodna Azija (17 %), kjer prevladuje pomen Kitajske. Stopnja rasti prodaje zdravil brez recepta je bila v letu 2008 prvič višja od stopnje rasti prodaje zdravil na recept. Ta trend se je nadaljeval v naslednjih letih (Slika 1). Med leti 2012 in 2013, ko je rast prodaje zdravil na recept znašala le 3,3 %, se je prodaja zdravil brez recepta povečala kar za 4,6% (Young, 2014).

Upad rasti na trgu zdravil na recept v zadnjih letih je posledica številnih dejavnikov. Med te lahko štejemo dejstva, da številni cenejši proizvajalci obvladujejo široka terapevtska področja (npr. statini, namenjeni zdravljenju hiperholesterolemij), potrošniki želijo čim večjo vrednost za svoj denar, manjši doprinosi raziskav in razvoja ter nižja rast trgov v razvoju (Young, 2014).

Slika 1: Rast trga zdravil brez recepta v primerjavi s trgom zdravil na recept, izražena z vrednostjo in delež celotnega farmacevtskega trga, ki ga zavzema trg zdravil brez recepta do 3Q 2014



Povzeto in prirejeno po A. Morton-Small, OTC: Global, Regional & Local trends and Key Imperatives, 2015, str. 5.

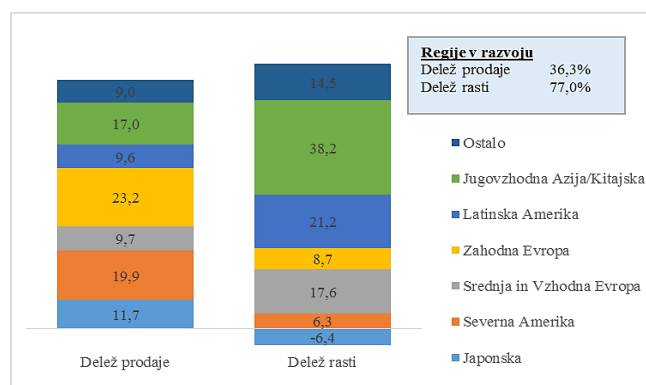
Za razliko od zdravil na recept pa trg zdravil brez recepta, kot že omenjeno, doživlja iz leta v leto višjo rast. Young (2014) meni, da je temu tako, ker:

- plačniki prenesejo stroškovno breme določenih bolezni na paciente s spodbujanjem samozdravljenja in tako uporabo zdravil brez recepta;
- farmacevtska podjetja iščejo priložnosti za spremembo statusa njihovih zdravil v zdravila brez recepta, saj s tem lahko na nek način zavarujejo prihodke od originatorskih zdravil, ki so pred potekom patentne zaščite;
- pojavile so se nove prodajne poti, ki omogočajo lažji dostop do zdravil brez recepta;
- prebivalci trgov v razvoju doprinesejo h kritični masi potencialnih porabnikov zdravil brez recepta.

Segment zdravil brez recepta, ki je bil nekdan drugorazrednega pomena za multinacionalke, je v zadnjih letih tako postal zelo pomemben. To še posebej velja za azijsko-pacifiško regijo (izključujoč Japonsko), ki po rasti trga zdravil brez recepta močno prehitava globalno rast trga, kar lahko vidimo tudi iz podatkov, ki sledijo v nadaljevanju. Vsak dan bolj izobraženi posamezniki so namreč visoko motivirani za iskanje odgovorov in pristopov samozdravljenja, poleg tega pa se zavedajo prednosti, ki jih prinaša lažja dostopnost do zdravil (Te, b.l.).

V svetovnem merilu s približno 43 % celotne prodaje sektorja imata, kot že omenjeno, še vedno največji pomen regiji Zahodna Evropa in ZDA. Vendar pa resnično gonilo rasti sektorja v zadnjem času predstavljajo predvsem JV Azija, Latinska Amerika ter Srednja in Vzhodna Evropa, v okviru katerih sta najpomembnejši Kitajska in Rusija. Na Sliki 2 lahko opazimo, da kljub temu, da so k celotni prodaji doprinesli le 36,2 %, so ti trgi v letu 2010 predstavljali kar 77 % rasti trga zdravil brez recepta (Tisman, 2010). To dejstvo seveda lahko predstavlja pomemben izziv za farmacevtske multinacionalke razvitega sveta v naslednjih letih (Young, 2014).

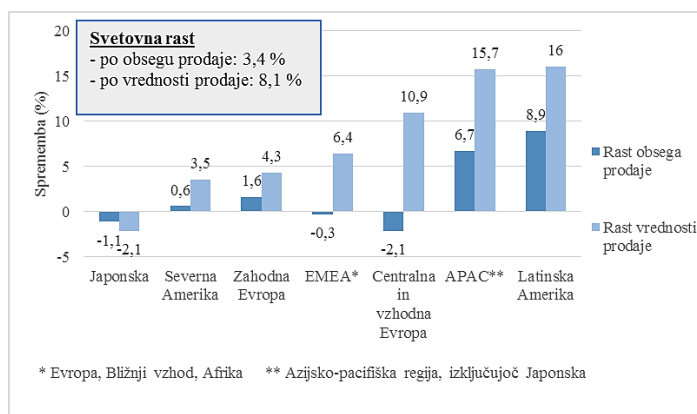
Slika 2: Delež prodaje in rast trga zdravil brez recepta po regijah v letu 2010



Povzeto in prirejeno po A. Tisman, *The rising tide of OTC in Europe. Trends, challenges and new potential in s rapidly evolving market, 2010, str. 2.*

Tudi v letu 2013 se situacija ni bistveno spremenila. Rast je tudi v tem letu ostala najvišja v Latinski Ameriki (16 %) in Azijsko-pacifiški regiji (z izključeno Japonsko) (15,7 %). Svetovna rast po obsegu prodaje je za isto obdobje znašala 3,4 %, po vrednosti prodaje pa 8,1 %. Omenjeno prikazujeva na Sliki 3.

Slika 3: Rast trga zdravil brez recepta po obsegu in vrednosti ključnih regij sveta v letu 2013



Povzeto in prirejeno po IMS, *OTC Global Analysis, b.l. v M. Stewart, Innovation Key to driving OTC market, 2014, str. 20.*

Gonilo rasti globalnega trga zdravil brez recepta bodo tudi v prihodnje predvsem vzhodni trgi. Tam so potrebe po zdravljenju s tovrstnimi zdravili še velike, saj je poraba zdravil brez recepta v teh državah veliko manjša kot v zahodnem delu sveta. Eden izmed spodbujevalcev rasti bo tudi večja dostopnost zdravil brez recepta. Te bo vedno pogosteje možno kupovati tudi v specializiranih trgovinah, na spletu in drugih prodajnih mestih. S tem je tesno povezano tudi naraščajoče gibanje rasti samozdravljenja, zaradi zavedanja in ozaveščanja ljudi o zdravju in boleznih (Žnidaršič, 2008).

V zadnjih letih farmacevtska podjetja ponovno vstopajo na trg zdravil brez recepta, že uveljavljena podjetja skrbijo za razširitev te dejavnosti z novimi investicijami, prav tako pa na trg vstopajo novi »igralci« preko številnih prevzemov. Tako trg zdravil brez recepta postaja vedno bolj konkurenčen (Tisman, 2010).

V zadnjih 60-ih letih je Evropa močno napredovala glede zdravstvenega stanja državljanov. Pričakovana življenjska doba se je povečala za skoraj desetletje in učinkovite metode zdravljenja za mnoge kronične in infekcijske bolezni so postale dostopnejše. Poleg tega, da ima farmacevtski sektor velik pomen pri zagotavljanju boljšega zdravstvenega stanja državljanov, zaradi visokih vložkov v raziskave in razvoj predstavlja tudi enega izmed glavnih faktorjev rasti in hkrati zaposluje tudi precejšnje število ljudi (EFPIA, 2014).

Med evropskimi državami obstajajo velike razlike glede izdatkov za zdravstvo. Izdatki namenjeni zdravstvu so odraz širokega nabora tako ekonomskih in družbenih faktorjev, kot tudi finančnih in organizacijskih struktur zdravstvenega sistema. V veliki meri so povezani s celotnimi prihodki države. Zdravstvu, glede na podatke iz leta 2010, največ namenita Norveška in Švica, kjer izdatki na prebivalca presežejo tudi 4.500 evrov (v nadaljevanju EUR) (prilagojeno razliki držav po kupni moči). Evropsko povprečje je v letu 2010 znašalo 2.193 EUR. Najmanj pa za zdravstvo namenita Makedonija in Turčija. Rast izdatkov za zdravstvo se je v letu 2010 upočasnila v skoraj vseh državah članicah EU. Trend padanja izdatkov se je v nekaterih državah, ki jih je huje prizadela ekonomska kriza (npr. Estonija), začel že v letu 2009, vendar pa so sledili večji padci v letih 2011 in 2012, ki so povezani predvsem s fiskalnimi pritiski. V povprečju so izdatki za zdravstvo v državah članicah rasli 4,6 % letno med leti 2000 in 2009, sledilo je zmanjšanje za 0,6 % v 2010. Z letom 2012 so številne države ponovno občutile rast v izdatkih za zdravstvo, vendar nižje stopnje rasti v primerjavi z obdobjem pred krizo. Kljub temu so izdatki, namenjeni zdravstvu, še naprej padali v Grčiji, Italiji, Portugalski, Španiji, na Češkem in Madžarskem (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014).

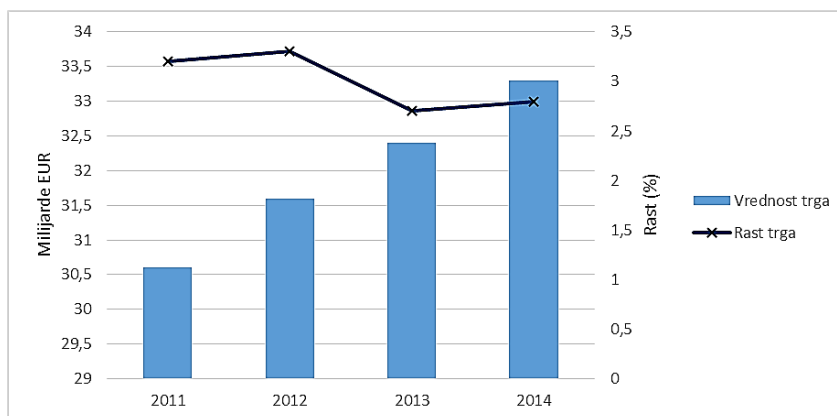
Na evropskem nivoju je za zdravila odgovorna Evropska agencija za zdravila (angl. *European Medicines Agency*, v nadaljevanju EMA), ki je decentralizirano telo EU s sedežem v Londonu. Glavna naloga EMA-e je varovanje in promocija zdravja ljudi in živali na podlagi nadzora in vrednotenja zdravil za humano in veterinarsko rabo. Agencija skrbi predvsem za znanstveno vrednotenje prijav za dovoljenje za promet z zdravili v Evropi po centraliziranem postopku, v sklopu katerega podjetja pri agenciji vložijo prošnjo za

pridobitev enotnega dovoljenja za promet z zdravilom. Poleg tega je odgovorna za nadzorovanje varnosti zdravil s pomočjo farmakovigilance, v okviru katere preverjajo razmerje med koristmi in tveganji za določeno zdravilo ter za spodbujanje raziskav in inovacij na področju farmacije (Evropska agencija za zdravila, 2015).

Evropski trg zdravil brez recepta je v zadnjih letih doživel zmerno rast, kar je z manjšim izboljšanjem pričakovano tudi v naslednjih letih. Celotni prihodki evropskega trga⁴ zdravil brez recepta so, po podatkih MarketLine-a, v letu 2013 znašali 32,4 milijard EUR, v letu 2014 pa 33,3 milijard EUR, kar predstavlja skupno letno stopnjo rasti okoli 3 % med leti 2011 in 2014 (MarketLine, 2015) (Slika 4).

Prodaja zdravil je rasla na račun širokega spektra nedavnih inovacij, spodbujanja samozdravljenja in povečane dostopnosti zdravil brez recepta preko novih distribucijskih poti (MarketLine, 2015).

Slika 4: Vrednost in rast evropskega trga zdravil brez recepta med leti 2011 in 2014



Vir podatkov: MarketLine, OTC pharmaceuticals industry profile: Europe, 2015, str. 8; lastni izračuni.

V petletnem obdobju med leti 2014 in 2019 je predvidena skupna stopnja rasti v višini 2,7 % (MarketLine, 2015). Za zahodno-evropski trg zdravil brez recepta, ki je trenutno eden izmed globalno najpomembnejših regij, je pričakovana stopnja rasti okoli 1,6 % za naslednjih 5 let, medtem ko za Srednjo in Vzhodno Evropo napovedujejo 8,8 % rast za isto obdobje (Young, 2014).

V Zahodni Evropi, po podatkih iz leta 2013, najvišjo rast dosega Francija, medtem ko v Vzhodni Evropi vlada precejšnja razpršenost, vendar je Rusija glavno gonilo rasti v vzhodno-evropski regiji. Če se osredotočimo le na EU pa največji pomen lahko pripišemo Poljski, kar potrjujejo tudi podatki v nadaljevanju (Tisman, 2013).

⁴ Za potrebe poročila Evropa vključuje Avstrijo, Belgijo, Češko, Dansko, Finsko, Francijo, Nemčijo, Grčijo, Irsko, Italijo, Nizozemsko, Norveško, Poljsko, Portugalsko, Rusijo, Španijo, Švedsko, Švico, Turčijo in Veliko Britanijo.

V Tabeli 1 lahko vidimo prodajo zdravil brez recepta v izbranih državah EU in delež prodaje teh zdravil na celotnem farmacevtskem trgu za leti 2013 in 2014. Opazimo lahko, da je, glede na celotni farmacevtski trg, delež prodaje zdravil brez recepta največji na Poljskem, kjer ta predstavlja približno 41 % prodaje vseh zdravil, najmanjši pa v Španiji, kjer ta delež znaša okoli 6 %. V sam vrh po vrednosti prodaje spada Nemčija s skoraj 6 milijardami EUR, sledi ji Poljska z okoli 2,6 milijardami EUR prodaje. Vrednost prodaje zdravil brez recepta v Sloveniji je leta 2013 znašala 49 milijonov EUR, kar predstavlja skoraj 10 % prodaje celotnega slovenskega farmacevtskega trga. Te velike razlike v deležu prodaje zdravil brez recepta med državami so v določeni meri verjetno tudi posledica različnih ureditev zdravstvenih sistemov v državah oz. različnih odločitev držav glede stopnje, do katere bodo iz zdravstvene blagajne financirale potrebe prebivalstva po uporabi zdravil na recept (Žnidaršič, 2008).

Tabela 1: Prodaja zdravil brez recepta v izbranih državah EU in delež prodaje zdravil brez recepta (Brp) glede na celotni farmacevtski trg v 2013 in 2014

	Prodaja BRp zdravil 2013 (v milijonih EUR)	Delež prodaje BRp zdravil na celotnem farmacevtskem trgu države 2013 (v %)	Prodaja BRp zdravil 2014 (v milijonih EUR)	Delež prodaje BRp zdravil na celotnem farmacevtskem trgu 2014 (v %)
Avstrija	741,25	15,18	774,40	14,63
Belgija	624,34	13,97	623,18	13,96
Danska	152,82	7,22	166,20	7,62
Hrvaška	52,25	8,29	53,84	9,07
Italija	2.418,00	13,59	2.428,70	13,91
Estonija	42,70	20,20	45,60	20,44
Finska	248,80	12,00	261,00	12,05
Nemčija	5.974,00	14,18	6.502,00	14,67
Nizozemska	762,90	15,21	740,64	n.p.
Poljska	2.593,43	40,58	2.734,34	41,76
Portugalska	227,30	9,00	211,60	8,68
Slovenija	49,00	9,35	n.p.	n.p.
Španija	982,00	5,43	997,00	5,45
Švedska	582,43	16,96	574,60	16,85
Velika Britanija	1.241,46	11,21	1.344,44	11,10

Vir podatkov: Market data, 2015; lastni izračuni.

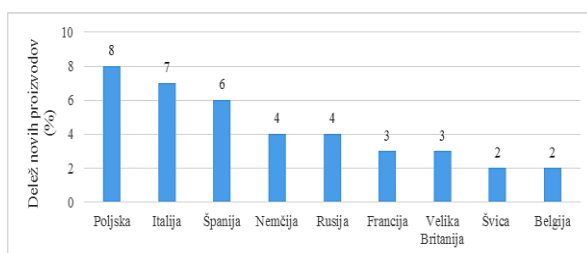
Geografska segmentacija je predstavljena tudi v poročilu MarketLine-a (2015), ki navaja, da Nemčija zavzema 17 % evropskega trga zdravil brez recepta, Velika Britanija 11,7 %, Italija 8,7 %, Francija 8,5% in Španija 5,1 %. Preostanek (48,9 %) pripisujejo ostalim evropskim državam. Sklepamo lahko, da velik del slednjega odpade na Poljsko.

Opazimo lahko tudi, da je na splošno v večini držav v letu 2014 (v primerjavi z letom 2013) prišlo do povečanja prodaje zdravil brez recepta, medtem ko so deleži prodaje ostali

približno na isti ravni. Temu je najverjetneje tako zaradi ponovne rasti celotnega farmacevtskega trga v letu 2014, kar prikazuje Slika 1. Skupno za članice EU (izključujoč Ciper, Češko, Francijo, Luksemburg, Madžarsko in Malto, za katere ni bilo dostopnih podatkov) v letu 2013, po podatkih AESGP, pa delež prodaje zdravil brez recepta glede na celotno prodajo zdravil znaša okoli 13,7 % (Market data, 2015).

Da je ravno na Poljskem najvišji delež trga zdravil brez recepta glede na celoten farmacevtski trg, ki se sicer nanaša na nove proizvode v letu 2013, potrjuje tudi Slika 5. Skoraj četrtino rasti evropskega trga zdravil brez recepta v zadnjih petih letih izhaja iz inovacij, od tega 17 % iz razširitve linij in 7 % iz naslova novih proizvodov (Tisman v Stewart, 2014).

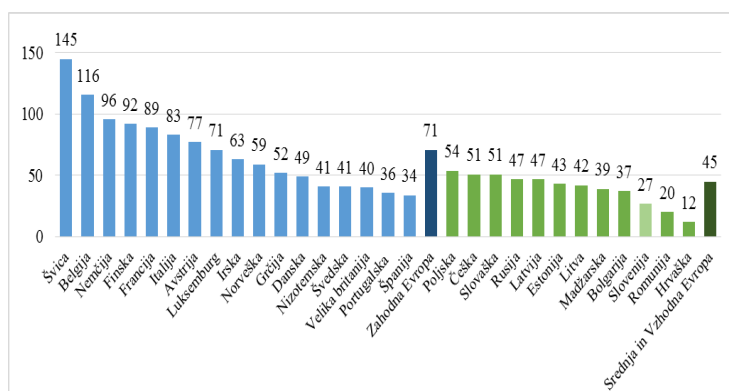
Slika 5: Delež trga novih proizvodov s skupine zdravil brez recepta v določenih evropskih državah v letu 2013



Povzeto in prirejeno po M. Stewart, Innovation Key to driving OTC market, 2014, str. 20.

Na Sliki 6 je podana potrošnja za zdravila brez recepta na prebivalca v evropskih državah v EUR. Največja potrošnja na prebivalca v letu 2012 je bila v Švici (145 EUR), Belgiji (116 EUR) in Nemčiji (96 EUR).

Slika 6: Potrošnja zdravil brez recepta na prebivalca v izbranih evropskih državah v EUR v letu 2012



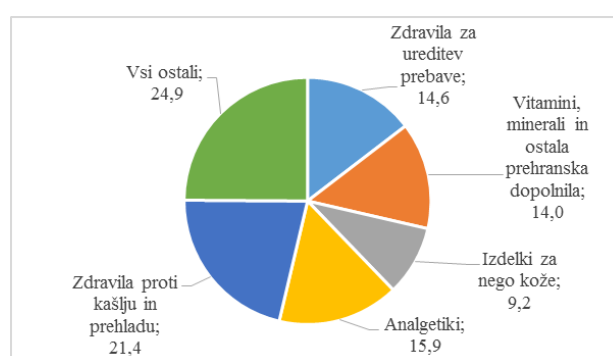
Povzeto in prirejeno po A. Tisman, The rising tide of OTC in Europe. Presentation at OTC conference: »The Enlightened and Well-informed consumer«, 2013, str. 17.

Opazimo lahko, da nekatere države iz Srednje in Vzhodne Evrope (CEE regije) po potrošnji na prebivalca za zdravila brez recepta dohitevajo države Zahodne Evrope, vendar pa

povprečna potrošnja ostaja še vedno precej nižja, saj znaša 45 EUR, medtem ko v zahodno-evropskih državah ta znaša 71 EUR. Najnižja potrošnja na prebivalca pa je bila v letu 2013 na Hrvaškem (12 EUR), sledita ji Romunija (20 EUR) in Slovenija (27 EUR). V državah Zahodne Evrope pa je najnižja potrošnja v Španiji (34 EUR) in na Portugalskem (36 EUR).

V Evropi je, v okviru sektorja zdravil brez recepta, vodilnih pet ključnih terapevtskih kategorij (Slika 7), in sicer zdravila proti kašlju in prehladu, analgetiki, izdelki za nego kože, zdravila namenjena ureditvi prebave ter vitamini, minerali in ostala prehranska dopolnila. Najpomembnejši segment predstavljajo zdravila proti kašlju in prehladu z 21,4 % deleža prodaje. Najvišjo rast je bilo v letu 2013 zabeležiti pri izdelkih za nego kože in izdelkih, namenjenih ureditvi prebave (Tisman, 2013).

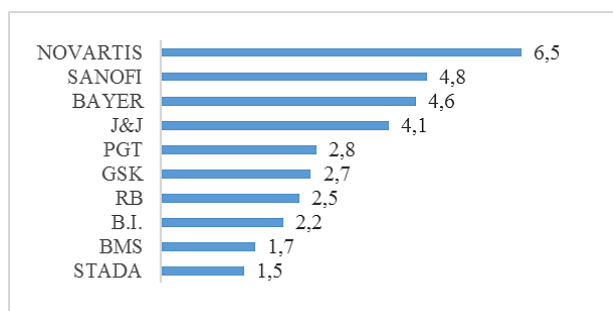
Slika 7: Segmentacija trga zdravil brez recepta glede na terapevtske kategorije



Povzeto in prirejeno po A. Tisman, The rising tide of OTC in Europe. Presentation at OTC conference: »The Enlightened and Well-informed consumer«, 2013, str. 18.

Naslednji grafikon (Slika 8) prikazuje deset vodilnih podjetij na evropskem trgu zdravil brez recepta. Največji del trga (6,5%) pripada švicarskemu Novartisu. Temu sledijo Sanofi, Bayer, Johnson&Johnson. Omenjena podjetja so multinacionalke. Tem segment zdravil brez recepta predstavlja dodatno dejavnost, ki jim omogoča razširitev dejavnosti, vir dodatnega zaslužka in tudi neke vrste zasilni izhod po izteku patentne zaščite.

Slika 8: Vodilna podjetja na trgu zdravil brez recepta in njihovi tržni deleži (v %)



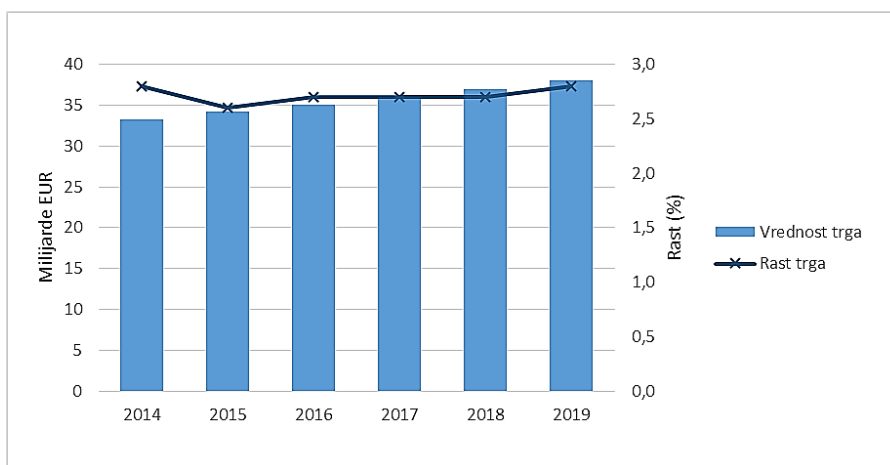
Povzeto in prirejeno po A. Tisman, The rising tide of OTC in Europe. Presentation at OTC conference: »The Enlightened and Well-informed consumer«, 2013, str. 20.

Že od poznih 80-ih let prejšnjega stoletja je v Evropi in drugih razvitih delih sveta vidna težnja po spremembi statusa zdravil iz zdravil na recept v zdravila, ki so dostopna brez recepta. Razlog za tovrstne težnje seveda izhaja iz večih dejavnikov. Kot že večkrat omenjeno, so izdatki za zdravila v večini držav naraščali. To je spodbudilo k interesu držav, da namesto državnega proračuna, stroške za zdravila prevzamejo posamezniki. Prav tako naj bi to opolnomočilo posameznike, omogočilo lažji dostop do zdravil in pomenilo tudi dodaten finančni doprinos za farmacevtsko industrijo, še posebno za zdravila, katerih patentna zaščita se bliža koncu (Bond, 2008). Tudi v Evropi je ta težnja vedno bolj izražena in sledi trendu sprememb statusov v ZDA. Proizvodi s spremembo režima prodaje v zdravila brez recepta so v letu 2013 namreč predstavljali kar 8 od top 20 blagovnih znamk zdravil brez recepta in 6% celotne prodaje zdravil brez recepta (Tisman v Stewart, 2014).

Med pomembnejšimi trendi, ki trenutno zaznamujejo in pomembno vplivajo na trg zdravil brez recepta, je tudi razvoj novih prodajnih poti, s čimer je porabnikom zdravil brez recepta omogočen lažji dostop do zelenega zdravila (Tisman, 2010). Mnoge evropske države so namreč že uvedle prodajo zdravil brez recepta izven lekarn, in sicer v specializiranih prodajalnah, supermarketih, nekatere so uvedle celo prodajo na bencinskih črpalkah in omogočile tudi naročilo preko pošte. Glavni distribucijski kanal zdravil brez recepta v Evropi so kljub novim trendom še vedno lekarne, ki predstavljajo kar 72,8 % celotne vrednosti trga. Sledijo jim supermarketi s 15,3 %, katerih prednost pa je predvsem večja pogajalska moč (MarketLine, 2015).

V prihodnosti naj bi predstavljen trg še naprej rasel s skupno stopnjo rasti okoli 2,7 % za petletno obdobje 2014–2019 in naj bi do leta 2019 pripeljal trg do vrednosti 38 milijard EUR (Slika 9), kar pomeni 14,2 % povečanje v primerjavi z letom 2014 (MarketLine, 2015).

Slika 9: Napoved rasti in vrednosti Evropskega trga zdravil brez recepta za obdobje med leti 2014 in 2019



Vir podatkov: MarketLine, OTC pharmaceuticals industry profile: Europe, 2015, str. 13; lastni izračuni.

2.2 Slovenski trg zdravil brez recepta

Kot po celem svetu, tudi v Sloveniji, zaradi naraščajočega pomena samozdravljenja, na pomembnosti pridobiva trg zdravil brez recepta. Kot omenjeno je samozdravljenje lahko učinkovita metoda za zniževanje stroškov, povezanih z zdravstvom, vendar pa mora biti le to varno in učinkovito (Pisk et al., 2011).

Tudi Smogavec in Softič (2009) menita, da bo samozdravljenje še naprej pridobivalo na pomenu, in sicer zaradi sledečih dejavnikov:

- spremembe sistema zdravstvenega zavarovanja v smeri večje udeležbe bolnika pri plačilu stroškov in izključitev določenih storitev iz bremena zdravstvenega zavarovanja;
- lahke dostopnosti do številne laične zdravstvene literature;
- krepitev zasebne iniciative (zeliščne lekarne, specializirane prodajalne, zasebna medicinska praksa);
- pomanjkanja časa za obisk zdravnika in večja odgovornost za lastno zdravje.

V primerjavi z ostalimi srednje in vzhodno-evropskimi državami, je slovenski trg zdravil brez recepta majhen. Med leti 2007 do 2009 se je trg povečal iz 8,2 % na 10,7 % celotne prodaje zdravil, brez porabe v bolnišnicah (Pisk et al., 2011). V letu 2013 pa je prodaja zdravil brez recepta dosegla 49 milijonov EUR, kar predstavljala nekaj manj kot 10 % celotnega slovenskega trga zdravil (glej Tabelo 1).

Potrošnja le-teh (glej Sliko 6) je znašala v letu 2012 le okoli 27 EUR na prebivalca, kar je za približno 3 % nižje kot leta 2011. Poraba v Sloveniji tako spada bolj v rep lestvice porabe evropskih držav, saj je ta za 18 EUR na prebivalca nižja, kot povprečna poraba za Srednjo in Vzhodno Evropo in kar za 44 EUR na prebivalca nižja od povprečne vrednosti porabe Zahodne Evrope (Tisman, 2013).

Rast slovenskega trga zdravil brez recepta v letu 2013 je znašala 2,3 %, v 2014 pa je bila negativna, in sicer -2,4% glede na vrednost in -5,5 % glede na količino prodaje (Lek d.d., 2013; Lek d.d., 2014).

Manjšo porabo in rast v letu 2013 lahko povežemo tudi s tem, da je bilo morda manj sezonskih prehladnih obolenj. Zdravila za zdravljenje kašlja in prehlada namreč predstavljajo največji delež prodaje zdravil brez recepta. Velja torej poudariti, da ne smemo zanemariti sezonskega vpliva na prodajo zdravil brez recepta.

Vzrok za majhnost trga je najverjetneje še vedno premajhno zavedanje pomena samozdravljenja in hkrati relativno majhno število zdravil s statusom brez recepta (Žnidaršič, 2008). V Sloveniji je zaenkrat namreč le okoli 10 % vseh zdravil z režimom izdaje brez recepta, kar je kar petkrat manj kot v ZDA. Iz tega lahko sklepamo, da bo

samozdravljenje z zdravili brez recepta v prihodnje doseglo še večjo rast, če bo Slovenija sledila trendom zahodnega sveta (Pisk et al., 2011).

Najmočnejši igralci na domačem trgu zdravil brez recepta so Lek, Bayer in Krka. Po podatkih iz leta 2008 je vodilni na trgu Lek, s skoraj 23-odstotnim deležem. Sledijo mu Bayer z 18-odstotnim in Krka s 16-odstotnim deležem (Žnidaršič, 2008). Po podatkih IMS Health iz leta 2009 pa je vodilni na trgu Bayer z 19,38-odstotnim deležem, sledi mu Lek s 17,88-odstotnim (izključen je Lekadol 500, ki se izdaja na recept) in Krka s 14,54-odstotnim deležem (Bayer d.o.o., 2010).

Segmentacija slovenskega trga zdravil brez recepta je primerljiva s trendi v ostalih evropskih državah (Slika 7). Največji delež prodaje predstavljajo zdravila proti kašlju in prehladu, protibolečinska zdravila in zdravila za ureditev prebave (Žnidaršič, 2008).

3 TRŽENJE IN OGLAŠEVANJE ZDRAVIL BREZ RECEPTA

Trženje je zadovoljevanje potreb porabnikov in pomeni vodenje dobičkonosnih odnosov s porabniki. Je družbeni in vodstveni proces, s katerim posamezniki in skupine preko ustvarjanja in izmenjave mnenj ter produktov, dobijo kar potrebujejo in želijo. Glavna cilja trženja sta privabljanje novih kupcev z zagotavljanjem prave vrednosti izdelka ter ohranjanje zadovoljstva obstoječih (Kotler & Armstrong, 2004).

Ko govorimo o trženju zdravil, lahko rečemo da gre za **potrošno trženje** (trženje zdravil brez recepta direktno uporabnikom in trženje zdravil na recept zdravnikom, veterinarjem in zobozdravnikom) in **institucionalno trženje** (trženje zdravil različnim ustanovam; bolnicam, zdravstvenim zavarovalnicam, zdravstvenim skladom ...). Okolje je tisto, ki določa, kako bo potekalo trženje zdravil, prav tako pa iz okolja izhajajo tudi pomembne razlike med trženjem zdravil in trženjem ostalih izdelkov široke potrošnje (Urlep, 2005). S trženjem zdravil se posega v intimo vsakega posameznika, saj je v trenutku, ko je še posebej ranljiv zaradi zdravstvenih težav, cilja po čimprejšnji ozdravitvi in izjemnega pomena zdravja, tudi bolj dovzeten za trženjska sporočila. Iz tega razloga je potrebno pri tovrstnem trženju upoštevati visoke moralno etične standarde, kar praviloma sicer ne velja za trženje ostalih izdelkov široke potrošnje (Urlep, 2005).

Zdravila so ena izmed skupin izdelkov, ki se v največji meri oglašujejo preko televizije, zato TV oglaševanje za farmacevtska podjetja predstavlja največji del marketinških stroškov. Trenutno le ZDA in Nova Zelandija dovoljujeta večino oblik oz. orodij za oglaševanje zdravil končnim kupcem, medtem ko je farmacevtskim podjetjem v Kanadi, Veliki Britaniji, Avstraliji in nekaterih državah Evropske unije dovoljeno zgolj oglaševanje v smislu osveščanja tistih bolezni, ki jih je možno zdraviti z njihovimi zdravili. Določene države, kamor spada tudi Slovenija, imajo celo prepoved oz. omejitve oglaševanja zdravil brez recepta. Povečano oglaševanje zdravil sovпада s spremembami v zdravstvenem sistemu, ki se kažejo v vedno večji dostopnosti zdravstvenih informacij porabnikom ter njihovo vedno

večjo vlogo v zdravstvu, saj gre dejansko za skupne odločitve med zdravniki in bolniki. Včasih je namreč bolnik potrebne zdravstvene informacije pridobil z obiskom svojega zdravnika, danes pa je potrošnikov dostop do zdravstvenih informacij vse večji, saj te lahko pridobiva preko različnih formalnih pa tudi neformalnih kanalov; forumov, internetnih strani in televizijskih (v nadaljevanju TV) oglasov. Vse to pripomore k razumevanju potrošnikovih odločitev in vplivov oglaševanja (Faerber & Kreling, 2012).

3.1 Trženje zdravil brez recepta

Ko govorimo o trženju zdravil brez recepta, govorimo o več milijard dolarjev vrednem poslu, ki ga spremlja močna konkurenca. Tržniki zdravil brez recepta se poslužujejo najrazličnejših trženjsko komunikacijskih orodij (neposredna prodaja, oglaševanje, brezplačni vzorci, itd.) za doseg ključnih porabnikov; zdravnikov, farmacevtov in končnih kupcev. Za doseg slednjih se v veliki meri poslužujejo tiskanih in TV oglasov. Učinkovite oglaševalske strategije igrajo pomembno vlogo pri odločitvi o nakupu zdravila brez recepta, saj kupci običajno nimajo dovolj znanja o zdravilnih učinkovinah in pomožnih snoveh v zdravilu, da bi na njihovi podlagi lahko realno ocenili blagovno znamko in kakovost zdravila brez recepta. Iz tega razloga kupci pogosto sprejemajo svojo nakupno odločitev glede na poudarjene lastnosti, ki so predstavljene v oglasih ali opisane na embalaži (Kevanoor et al., 1997).

Glavni strategiji, ki jih farmacevtska podjetja uporabljajo pri trženju zdravil brez recepta, sta »pull« in »push« strategija. Obe imata svoje prednosti in slabosti, pomembna je le njuna ustrezna prilagoditev glede na izdelek, zdravilo brez recepta. »Push« strategija pomeni uporabo prodajne mreže podjetja in promocijskih aktivnosti z namenom ustvarjanja potrebe po določenem izdelku. Pri tej strategiji proizvajalec trži zdravilo brez recepta trgovcem na debelo, ti jih tržijo trgovcem na drobno in končno, trgovci tržijo zdravilo končnim uporabnikom. »Push« strategija zajema tudi promocijo zdravil brez recepta pri zdravnikih, saj so tudi oni tisti, ki lahko svojim pacientom priporočajo ustrezno zdravilo brez recepta. Omenjena strategija je primerna za zdravila, pri katerih obstaja nizko zavedanje blagovne znamke. Na drugi strani je »pull« strategija močno razširjena pri tistih proizvajalcih zdravil brez recepta, ki intenzivno tržijo svoje izdelke in pri katerih je porabnik tisti, ki zahteva izdelek in ga »povleče« skozi prodajni kanal. Ta strategija zahteva visoka vlaganja v oglaševanje in promocijo. V kolikor je strategija uspešna, bo uporabnik (bolnik) po zdravilu brez recepta vprašal svojega farmacevta, ta bo naprej vprašal trgovca na debelo, .. (Stefanczyk, 2007).

Uspeh zdravila brez recepta je v veliki meri odvisen od učinkovitega trženja in njegove promocije. Ker danes farmacevtska podjetja v ta namen vlagajo veliko denarja je pomembno, da izvajajo učinkovito trženje in uspešno uporabljajo orodja trženjskega komuniciranja. Trženje zdravil brez recepta naj svojim porabnikom tako sporoča pomembnost in cilje podjetja, v glavah porabnikov pa naj ustvarja dolgoročne pozitivne misli o izdelku (Dwivedi & Lodha, 2015).

3.2 Trženjski splet zdravil brez recepta

Za trženje zdravil brez recepta dandanes, ko je trg zelo konkurenčen, igrajo strategije trženja zelo pomembno vlogo pri povečevanju prodaje izdelkov ali storitev. Ogromno farmacevtskih podjetij je vključenih v igro prevlade. Ta zato vedno znova spreminjajo svoje strategije, saj jim to omogoča soočanje z novimi izzivi v poslovnem okolju (Dwivedi & Lodha, 2015).

Kotler (2004) definira trženjski splet kot niz trženjskih orodij, ki jih podjetja uporabljajo za doseganje lastnih trženjskih ciljev na zelenem trgu. Najpogosteje trženjski splet ponazorimo z modelom 4P, ki vključuje izdelek (angl. *product*), tržne poti (angl. *placement*), ceno (angl. *price*) in trženjsko komuniciranje (angl. *promotion*).

Trženjski splet je osrednji del vsakega trženjskega procesa. Njegovo bistvo je opredelitev značilnosti izdelka, ki morajo biti čim bolj skladne s potrebami in pričakovanji potrošnikov na ciljnem trgu, poti, po katerih bomo spravili izdelek do končnega potrošnika, pogojev pod katerimi želimo proizvod tržiti in kako bomo to sporočali potencialnim potrošnikom. Trženjski splet zdravil brez recepta je v večji meri primerljiv s trženjskim spletom kateregakoli drugega proizvoda splošne potrošnje. Temu je tako zaradi narave zdravila brez recepta, ki ga zakonodaja ne omejuje v tolikšni meri, kot to velja za zdravila na recept (Urlep, 2015).

3.2.1 Izdelek

Kotler (1996) izdelek definira kot karkoli, kar je mogoče ponuditi trgu z namenom zadovoljitve želje ali potrebe. Nadaljuje, da je izdelek vsaka stvar, ki na trgu vzpodbudi pozornost, željo za nakup, uporabo ali porabo. Izdelki, ki jih tržimo, poleg fizičnih izdelkov, vključujejo tudi storitve, dogodke, doživetja, kraje, osebe, organizacije, premoženje, informacije in ideje.

Pri izdelku razlikujemo njegovih pet ravni (Kotler, 1996):

- **jedro izdelka**, ki predstavlja osnovno korist ali storitev, ki jo porabnik kupi (odpravi bolečino, lajša kašelj, simptome prehlada, itd.);
- **osnovni oz. generični izdelek** predstavlja temeljno različico izdelka (tablete, kapljice, mazilo, itd.);
- **pričakovani izdelek** zajema lastnosti in pogoje, ki jih kupec pri nakupu pričakuje in z njimi soglaša (učinkovito zdravilo brez recepta brez stranskih učinkov);
- **razširjeni izdelek** vsebuje neke dodatne koristi in storitve, zaradi katerih se loči od konkurence (spletna lekarna);
- **potencialni izdelek** s svojimi razširitvami in spremembami nakazuje možen razvoj (tablete v obliki srca, brez laktoze, zdravilo brez recepta z določenim okusom).

V točki 1.1 sva natančno opisali zdravilo brez recepta in njegove lastnosti, zato na tem mestu povzemava le ključne poudarke (Abazović, 2011):

- Zdravilo brez recepta je namenjeno samozdravljenju; preprečevanju, lažšanju in odpravljanju simptomov ali zdravstvenih težav, ki praviloma ne zahtevajo posveta z zdravnikom.
- Zdravilo brez recepta ne sme imeti veliko kontraindikacij in interakcij, opozoril ter varnostnih ukrepov. Vse naštetu mora biti zapisano jasno in razumljivo za uporabnika.
- Navodila za uporabo morajo biti napisana razumljivo in jasno, tako da omogočajo varno uporabo zdravila brez recepta.
- Nevarnost za zdravje more biti majhna, četudi se zdravilo brez recepta ne jemlje skladno z navodili za uporabo, če se prekorači priporočene odmerke, če se uporablja daljše časovno obdobje od priporočenega ali če se ne upošteva navodil in kontraindikacij.
- V Sloveniji zdravilo brez recepta dovoljenje za promet, ne glede na način in mesto izdajanja, dodeli JAZMP. Pooblaščen osebe, ki smejo izdajati zdravila brez recepta, so magistri farmacije, inženirji farmacije z opravljenim strokovnim izpitom ali farmacevtski tehniki z opravljenim strokovni izpitom in pod nadzorom pooblaščen osebe.

3.2.2 Tržne poti

Tržna pot opredeljuje trg oz. tržno okolje (prodajne kanale), v katerem se bo izdelek prodajal (Urlep, 2005). Kotler (1996) tržno pot poimenuje tudi prodajna ali distribucijska pot, na kateri se blago giblje od proizvajalca do porabnika ter predstavlja skupek medsebojno odvisnih organizacij, ki so vpletene v postopek dajanja izdelka ali storitve v uporabo ali porabo.

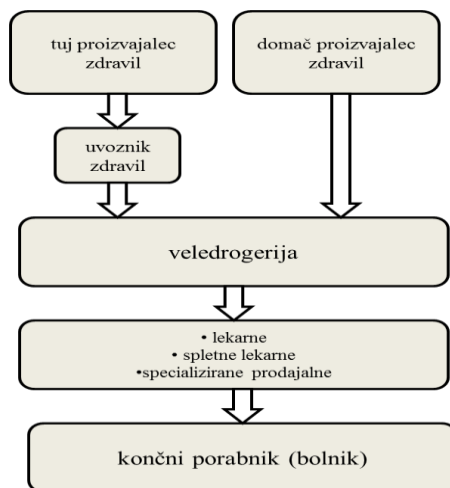
3.2.2.1 Tržne poti pri zdravilih brez recepta v Sloveniji

Zdravila brez recepta je v Sloveniji mogoče kupiti v lekarnah, spletnih lekarnah ter specializiranih trgovinah. Tržna pot zdravil brez recepta je precej enostavna, saj gre za prodajo preko proizvajalcev zdravil do trgovcev na debelo ter nato do trgovcev na drobno. V prodajno pot so vključene veledrogerije, ki od proizvajalcev zdravil odkupijo zdravila, jih naprej prodajo lekarnam, tu pa svoje nakupe opravijo končni potrošniki (bolniki). V Sloveniji so v tržno pot zdravila brez recepta vpleteni proizvajalci zdravil, uvozniki zdravil, veledrogerije, lekarne (tudi spletne), specializirane trgovine in končni uporabniki (Slika 10).

Veletrgovec z zdravili je v 104. členu ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14) definiran kot poslovni subjekt, kateremu JAZMP odobri opravljanje dejavnosti nakupa zdravil na debelo. Kupljena zdravila lahko veletrgovec naprej prodaja tistim poslovnim subjektom, ki se ukvarjajo s prodajo zdravil na debelo ali na drobno. Veledrogerije v Sloveniji, registriranih je okoli 60, z zdravili in medicinskimi pripomočki oskrbujejo pravne in ne fizične osebe. So pomemben člen v distribuciji, ko gre za oskrbovanje lekarn, bolnišnic, veterinarskih ambulant in

zdravstvenih domov, ne pa končnih porabnikov. Tržišče poskušajo čim bolj oskrbovati z zdravili in za vsaj nekaj tednov ohranjati zadostno količino zaloge zdravil. Kot vstopna vrata za večino zdravil na slovenski trg skrbijo za dodaten nadzor nad ponarejenimi zdravili (funkcijo inšpekcijskega organa sicer v Sloveniji opravlja JAZMP) ter izvajajo dodatno kontrolo ustreznosti dokumentacije za vstop zdravil na slovenski trg (Đokić, 2010).

Slika 10: Tržna pot zdravil brez recepta v Sloveniji



Povzeto in prirejeno po G. Kos, Svetovni splet kot tržna pot za prodajo zdravil brez recepta v Sloveniji (magistrsko delo), 2008, str. 17.

V **lekarnah** ali **specializiranih trgovinah** se, skladno s 126. členom ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14), izvaja promet z zdravili za uporabo v humani medicini na drobno (za veterinarska zdravila se promet na drobno izvaja v veterinarskih organizacijah). Lekarne so lahko samostojne ali bolnišnične, specializirane trgovine pa so tiste prodajalne, ki izpolnjujejo pogoje 127. člena ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14). **Spletne lekarna** v Sloveniji prodajajo zgolj zdravila brez recepta, saj je prodaja zdravil na recept preko spleta zakonsko prepovedana. Če želi lekarna zdravila brez recepta prodajati preko spleta, mora zadovoljiti pogoje, navedene v 126. členu ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14).

3.2.2.2 Vloga farmacevta v lekarni pri prodaji zdravil brez recepta

Ker so torej v tržno pot zdravila brez recepta vpeti tudi farmacevti v lekarnah, v nadaljevanju opisujeva njihovo vlogo in naloge pri prodaji in izdaji zdravil brez recepta.

Najpomembnejši cilj lekarniških farmacevtov kot glavnih strokovnjakov za področje zdravil, njihovega učinkovanja in morebitnih nezaželenih učinkov je, da s svojim znanjem in izkušnjami o zdravilih prispevajo k boljšemu zdravju in bolj kakovostnemu življenju ljudi. Iz tega razloga Lekarniška zbornica Slovenije, stanovsko združenje vseh farmacevtov, skrbi za redna strokovna usposabljanja lekarniških farmacevtov, z različnimi strokovnimi institucijami s področja zdravstva sodeluje pri projektih uvajanja izboljšav in novosti, del

njihovih aktivnosti pa se nanaša tudi na akcije s področja osveščanja učinkovite in pravilne rabe zdravil pri različnih starostnih skupinah bolnikov. Glavna naloga farmacevta v lekarni je podajanje jasnih navodil glede jemanja zdravil (brez recepta in na recept), seznanitev z morebitnimi zdravili ali dodatki, ki jih bolnik že jemlje ter spodbujanje k poznavanju svojih zdravil, njihovi učinkovitosti in morebitnih stranskih učinkih (Poljanc, 2010).

Za farmacevta v lekarni lahko rečemo, da ima štiri ključne vloge (World Health Organization, 1998):

- **Vloga komunikatorja.** Farmacevt v lekarni mora začeti pogovor z bolnikom (v določenih primerih tudi z zdravnikom), da pridobi vpogled v njegovo zgodovino jemanja zdravil. Za ustrezno obravnavanje bolnika mora zagotoviti ustrezne in objektivne informacije o zdravilih (npr. kako jemati zdravilo, kakšni so možni stranski učinki), biti more sposoben nuditi strokovno pomoč pri samozdravljenju, ali kadar je to potrebno, bolnika napotiti do osebnega zdravnika, znati mora interpretirati morebitne dodatne informacije o zdravilu, ki jih bolnik potrebuje in ustvariti zaupanja vreden odnos glede bolnikovega zdravstvenega stanja.
- **Vloga dobavitelja kakovostnih zdravil.** Zagotoviti mora prodajo kakovostnih zdravil ter poskrbeti za njihovo ustrezno skladiščenje.
- **Vloga sodelavca.** Nujno je, da farmacevt sodeluje z ostalimi strokovnimi sodelavci, združenji, farmacevtsko industrijo, vlado ter bolniki in širšo javnostjo. S tem pridobiva strokovno znanje in izkušnje, ki jih deli z bolniki in tako krepi razumevanje in pomembnost samozdravljenja.
- **Vloga promotorja zdravja.** Farmacevt mora sodelovati pri promocijskih kampanjah za dvig osveščanja zdravja in preprečevanja bolezni, sodelovati pri zdravstvenih pregledih za identifikacijo zdravstvenih težav ter posameznikom svetovati in pomagati pri pravilni izbiri zdravila.

Lekarniški farmacevt bolniku pomaga pri oceni resnosti zdravstvene težave in s tem pri odločanju za samozdravljenje, pri izbiri primernega zdravila brez recepta ali pri spremembi življenjskega sloga. S tem sicer ne prevzema odgovornosti za potek zdravljenja, za to je odgovoren bolnik sam, pomembno pa zmanjša tveganje odgovornosti, ki ga nosi bolnik. Farmacevt v lekarni pri pogovoru z bolnikom s postavljanjem vprašanj pridobi zanesljive informacije ter se na njihovi podlagi, podlagi svojega znanja in ocene zdravstvenega stanja bolnika, odloči in bolniku svetuje samozdravljenje brez uporabe zdravil, samozdravljenje z uporabo zdravil ali obisk zdravnika. Zato je pomembno, da bolnik farmacevtu preda čim več informacij o zdravstvenem stanju in zdravilih, ki jih redno jemlje, saj farmacevt tako lahko svetuje, kako si pomagati in ohraniti zdravje tudi brez uporabe zdravil (Abazović, 2011).

3.2.3 Cena

Pogoji poslovanja na trgu so vsi tisti dejavniki, ki vplivajo na položaj podjetja na trgu in so tudi neposredno namenjeni urejanju tržnega položaja enega ali več podjetij. Bistven pogoj

poslovanja podjetja na trgu pa je cena, ki predstavlja glavni in najpomembnejši element konkurence (Javna agencija Republike Slovenije za varstvo konkurence, 2005).

V Sloveniji je področje cen zdravil urejeno z ZZdr-2 in s Pravilnikom o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini in je v pristojnosti JAZMP. Iz javnih sredstev, to je iz sredstev zdravstvenega zavarovanja, se v celoti financirajo vsa bolnišnična zdravila, v celoti ali delno (odvisno od razvrstitve zdravil na listo) se financirajo tudi zdravila izdana v lekarnah na zeleni recept, zdravila na beli recept ali zdravila brez recepta pa se v celoti financirajo samoplačniško (Kako se oblikuje cena zdravil?, 2016).

Cene zdravil, ki niso financirana iz javnih sredstev, kamor sodijo tudi zdravila brez recepta, se skladno z direktivo EU oblikujejo prosto po zakonitostih trga. Oblikujejo se na vseh treh ravneh glavnih elementov cene zdravila; proizvajalčeva cena, veletrgovska marža in lekarniška marža. Končno ceno zdravila tako določajo vsi ti trije subjekti. Na (visoke) cene zdravil brez recepta v Sloveniji pa vplivajo tudi drugi dejavniki (Zemljarič, 2014):

- Ekonomije obsega proizvajalcem zdravil na velikih trgih omogočajo prodajo zdravil po nižjih cenah, kar v nadaljevanju vpliva na nižje prodajne cene zdravil. A to za slovenski trg zdravil ne velja, saj ta sodi med manjše nacionalne trge v EU.
- Na velikih trgih, ki so za proizvajalce zdravil vedno bolj zanimivi, je prisotna večja konkurenca med proizvajalci zdravil z enakimi učinkovinami, kar prav tako vpliva na (nižjo) končno ceno zdravila.
- Dejstvo, da zdravila brez recepta predstavljajo majhen del trga (manj kot 15 %) in da je njihovo število precej nizko (manj kot 10 % vseh zdravil, ki so na trgu).
- Vpliv razmeroma restriktivno reguliranih distribucijskih poti za zdravila v primerjavi z nekaterimi drugimi rešitvami EU (v Sloveniji so zdravila brez recepta v večji meri dostopna le v lekarnah, majhen delež pa tudi preko specializiranih prodajalnih zdravil).
- Tudi mehanizem javnega financiranja lekarniških dejavnosti ima svoj vpliv. Če primerjamo lekarne v Sloveniji, kjer gre za storitveni sistem (pomeni, da je cena storitve lekarne za zdravilo enaka ne glede na ceno zdravila), z drugimi rešitvami v EU, ko govorimo o maržnem sistemu (zanj velja, da je najnižja marža za lekarniške storitve okoli 15 %, praviloma pa se giblje med 20 % in 30 % nabavne cene), lahko rečemo, da je tudi ta mehanizem zelo omejevalen.
- Javna lekarniška mreža v Sloveniji je organizirana tako, da v glavnih demografskih centrih prevladujejo lekarniški javni zavodi. Ustanovitelji teh zavodov so lokalne skupnosti, ki si lastijo prevladujoči del lekarniških enot in zato imajo lekarne v zasebni lasti na istem območju manjši tržni delež in tako omejene možnosti za ustvarjanje konkurenčnega okolja, ki lahko znatno pripomore k nižanju cene zdravila.
- Lekarniška zbornica Slovenije, v katero so združene vse lekarne v Sloveniji, v okviru svojega delovanja izvaja programe oblikovanja lekarniških marž za zdravila s prosto oblikovanimi cenami na nacionalni ravni. S tem dosežejo, da imajo vse lekarne v Sloveniji za zdravila v prosti prodaji enake marže, dogovorjene na ravni zbornice.

Kot že omenjeno, se v Sloveniji zdravila brez recepta izdajajo skladno s storitvenim sistemom, kar pomeni, da lekarne nabavni vrednosti zdravila prištejejo vrednost opravljenih storitev, ki je izražena s številom točk. Lekarniška zbornica Slovenije je odgovorna za ovrednotenje dela pri izdaji zdravila brez recepta in določitvi višine točke. Formula za izračun cene zdravila brez recepta je zato sledeča: nabavna cena zdravila + vrednost storitve (0,35 x vrednost točke) + davek na dodano vrednost (8,5 %). Vrednosti 0,35 je izračunana kot prikazuje Tabela 2 (Javna agencija Republike Slovenije za varstvo konkurence, 2005).

Tabela 2: Izračun točkovne vrednosti za zdravila brez recepta

Opredelitev	Točkovna vrednost
Vročitev zdravila	0,16
Svetovanje in dajanje navodil	0,10
Farmacevtsko posredovanje	0,09
Skupaj	0,35

Povzeto in prirejeno po Javna agencija Republike Slovenije za varstvo konkurence, 2005, str.4, tabela 1.

Ker se torej cene zdravil brez recepta oblikujejo prosto in jih določajo proizvajalci, veletrgovci in lekarne, se pogosto zgodi, da je cena določenega zdravila brez recepta v Sloveniji neprimerno višja kot v drugih državah EU (Oštrbenk, 2013).

3.2.4 Trženjsko komuniciranje

Danes ni več dovolj dober izdelek, privlačna cena in dostopnost izdelka ciljnim odjemalcem vendar sodobno trženje od podjetji zahteva uspešno komuniciranje z obstoječimi pa tudi z možnimi kupci. Za učinkovito komuniciranje s svojimi odjemalci podjetja najemajo agencije, ki jim pomagajo pri izdelavi oglasov, strokovnjake za pospeševanje prodaje in neposredno trženje ter različne javne agencije, ki poskrbijo za publiciteto izdelkov in javno podobo podjetja. Za podjetja ni več pomembno vprašanje komunicirati ali ne komunicirati, pač pa kaj, komu in kako pogosto sporočiti (Kotler, 1996).

Trženjsko komuniciranje je osrednji del trženjskega spleta. Po ugotovitvi potreb in pričakovanj izbrane ciljne skupine ter uspešnem razvoju izdelka, ki naj bi tem ustrezal, je potrebno ustrezno komuniciranje s ciljno javnostjo. S pomočjo komuniciranja se predstavi izdelek, njegove konkurenčne prednosti in vzbudi se ustrezno zanimanje (vzbudi se interes za povpraševanje, preizkus, nakup, uporabo in ponavljajoči nakup) in nakup. To so različni načini trženjskega komuniciranja, ki mu pravimo komunikacijski oz. promocijski splet (Urlep, 2005).

Kotler (1996) trženjsko komuniciranje opisuje kot splet petih glavnih dejavnosti: oglaševanje, pospeševanje prodaje, odnosi z javnostmi, osebna prodaja in neposredno trženje. Vsaka izmed naštetih vsebuje različna orodja za njihovo uspešno izvajanje. Ker so

vsa ta orodja med seboj povezana, je za podjetje pomembno, da upošteva vse in o njih razmišlja v celokupnem smislu.

V Tabeli 3 so naštetja najpogostejša orodja za trženjsko komuniciranje, a se morajo podjetja še vedno zavedati, da komunikacija pomeni precej več kot le uporabo spodaj naštetih orodij. Za kupca imajo namreč pomembno sporočilno vlogo tudi oblikovanje izdelka, cena izdelka, oblika in barve embalaže, vedenje in obleka prodajalca, prostor prodaje in tako naprej (Kotler, 1996).

Tabela 3: Najpogostejša orodja za trženjsko komuniciranje

OGLAŠEVANJE	POSPEŠVANJE PRODAJE	ODNOSI Z JAVNOSTMI	OSEBNA PRODAJA	NEPOSREDNO TRŽENJE
Tiskani in radiotelevizijski oglasi	Nagradna tekmovanja, igre, žrebanja	Tiskovna sporočila	Prodajne predstavitve	Katalogi
Zunanja stran embalaže in priloge v embalaži	Darila in vzorci	Govori	Prodajna srečanja	Neposredna pošta
Filmi	Sejmi in prodajne razstave	Seminarji	Spodbujevalni programi	Trženje po telefonu
Brošure in knjižice	Kuponi	Letna poročila	Vzorci	Elektronska prodaja
Letaki in zgibanke	Predstavitve	Dobrodelna darila	Sejmi in prodajne razstave	Televizijska prodaja
Oglasne deske	Znižanja	Sponzorstva		Elektronska pošta
Prikazovalniki na prodajnih mestih	Nizko-obrestni krediti	Objave		
Avdiovizualni materiali	Zabave	Odnosi s krajevnim okoljem		
Simboli in logotipi	Prodaja "staro za novo"	Lobiranje		
Imeniki	Vezana prodaja	Predstavitvena občila		
	Programi zvestobe	Revije podjetij		
		Dogodki		

Povzeto in prirejeno po P. Kotler, Marketing management – Trženjsko upravljanje analiza, načrtovanje, izvajanje in kontrola, 1996, str. 597, tabela 22-1.

3.2.4.1 Oglaševanje

Oglaševanje je vsaka plačana oblika neosebne predstavitve in promocije zamisli, dobrin ali storitev, ki jo plača znani naročnik in je eno od petih glavnih orodij, ki jih podjetja uporabljajo za prenos sporočil, s katerimi prepričujejo kupce oz. ciljno občinstvo (Kotler, 1996). Guerard (1985) pravi, da oglaševanje predstavlja glavni vir odločanja pri potrošniku, ko sprejema odločitve glede nakupa izdelka ali storitve. Zaupanja vredni oglasi pomagajo potrošniku pri izbiri izdelka ali storitve, spodbujajo konkurenco in ustvarjajo spodbude za razvoj in izboljšanje izdelkov ali storitev.

V točki 3.3 se bova poglobljeno posvetili pojmu oglaševanja in več pozornosti namenili oglaševanju zdravil brez recepta, saj je slednje osrednja tema najinega magistrskega dela, v katerem bi želeli opredeliti stališča porabnikov v odzivu na oglaševanje zdravil brez recepta.

3.2.4.2 Pospeševanje prodaje

Pospeševanje prodaje lahko opišemo kot zbirko orodij za spodbujanje, zlasti kratkoročno, hitrih in/ali večjih nakupov določenega izdelka oz. storitve. Orodja pospeševanja prodaje vključujejo vzorce, kupone, nagrade, darila, brezplačne pokušine, nižje cene... Medtem ko oglaševanje ponudi razlog za nakup, pospeševanje prodaje ponudbi spodbudo za nakup (Kotler, 1996).

V okviru pospeševanja prodaje pri zdravilih brez recepta govorimo o načinu komuniciranja preko organizacijskih oblik, kot so sejmi, razstave, kongresi, strokovna srečanja in posebne akcije (Urlep, 2005). ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14) v svojem 149. členu pravi, da mora biti organizacija, izvedba in gostoljubnost promocijskih srečanj omejena na strokovni namen srečanja, ki je v pridobivanju dodatnih znanj o novih zdravilih, udeležene pa smejo biti le osebe, pooblašene za izdajanje in predpisovanje zdravil.

Prodajne aktivnosti v okviru pospeševanje prodaje, ki lahko vključujejo kupone s popusti in posebne akcije in so v zadnjem času v vse večjem porastu, so pri zdravilih brez recepta v tujini pogosto uporabljene za povečanje prodaje na kratek rok (Dwivedi & Lodha, 2015).

Tudi v Sloveniji se farmacevtska podjetja poslužujejo uporabe orodij za pospeševanje prodaje zdravil brez recepta. V lekarnah preko brošur, informativnih knjižic, posebnih stojal za zdravila, predstavitev zdravil in brezplačnih meritev (sladkorja, tlaka) predstavljajo svoje izdelke ter s tem povečujejo njihovo prepoznavnost. Pri Lekarni Ljubljana so uvedli tudi program zvestobe, ki temelji na zbiranju jabolk zvestobe, unovčljivih za ugodnejše izdelke in storitve iz njihovega kataloga zvestobe. Neposredno razdeljevanje zdravil v promocijske namene končnim uporabnikom zdravil, zdravstvenim delavcem in izvajalcem zdravstvene dejavnosti pa je v Sloveniji, skladno z ZZdr-2 (Ur.l. RS, št. 17/14), prepovedano.

3.2.4.3 Odnosi z javnostmi

Vrsta aktivnosti, preko katerih komuniciramo z najrazličnejšimi javnosti, predstavljajo odnose z javnostjo. Javnosti so lahko strokovne, laične, politične, zunanje, notranje, lahko so mediji. Komuniciranje z javnostmi lahko poteka preko tiskovnih konferenc, sporočil za javnost, srečanj. Ta oblika komuniciranja poteka na vseh nivojih poslovnega sistema, še posebno teže pa ima na vrhu, na korporativni ravni podjetja. Tukaj se praviloma odvijajo odnosi z najzahtevnejšimi javnostmi, kot so npr. državni organi, vodstva drugih podjetij, vladni organi, mnenjski voditelji itd. (Urlep, 2005).

Če želimo opisati, kako se na slovenskem trgu farmacevtska podjetja lotevajo odnosov z javnostmi, lahko opišemo aktivnosti, ki jih izvajata slovenski farmacevtski podjetji Krka in Lek. Obe podjetji se, kot družbeno odgovorni podjetji, v veliki meri poslužujeta orodij za učinkovito komuniciranje z javnostmi. V letu 2013 je družba Krka za sponzorstva in donacije namenila kar 0,32 % od celotne prodaje. S sponzoriranci ustvarjajo partnerske odnose in od leta 2007 z njimi organizirajo srečanja, kjer jim podrobno predstavijo strategijo podjetja in možnosti sodelovanja. Vsako leto štipendirajo številne študente in dijake, kot pomemben del razvojne strategije podjetja pa podeljujejo tudi Krkine nagrade. Veliko sredstev namenjajo za posodobitev in boljšo opremljenost zdravstvenih ustanov, podpirajo kulturne in športne dogodke, organizirajo teden humanosti in prostovoljstva ter se vsesplošno humanitarno udeležujejo (Krka d.d., b.l.). Tudi Lek, član skupine Sandoz, obiskuje in obdaruje različne zdravstvene ustanove, kot partnerji so dejavno vključeni v številne zveze (Rdeči noski, Zveza prijateljev mladine Slovenije, Hiša eksperimentov, Gorsko reševalna zveza Slovenije,...) ter so kot pokrovitelji prisotni na različnih kulturnih in umetniških projektih. V skrbi za zagotavljanje zdravju prijaznega delovnega okolja ter dobrega počutja zaposlenih na delovnem mestu so v Ljubljani ustanovili vrtec za otroke zaposlenih (Lek d.d., b.l.). Obe podjetji izdajata svoj interni časopis in organizirata dneve odprtih vrat.

3.2.4.4 Osebna prodaja

Medtem ko oglaševanje temelji na enosmerni, neosebni komunikaciji s ciljnim občinstvom, vključuje osebna prodaja dvostransko, osebno komunikacijo med prodajnim osebjem in porabnikom. Ker se z osebno prodajo lahko ponudba individualno prilagodi potrebam porabnika in dopušča možnost pogajanja glede končne cene izdelka, je ta lahko veliko bolj učinkovita od oglaševanja (Kotler & Armstrong, 2004). Urlep (2005) opisuje osebno prodajo kot način komuniciranja preko posebej usposobljenih predstavnikov, ki osebno prenašajo trženjska sporočila do potencialnih novih odjemalcev.

Osebna prodaja je najbolje uporabljena oblika v farmacevtski industriji. V primerjavi z oglaševanjem, osebni stik omogoča veliko bolj poglobljeno predstavitev izdelka, a je doseg populacije bistveno manjši. Pri največjih farmacevtskih družbah je v osebni prodaji zaposlenih več deset tisoč usposobljenih sodelavcev (angl. *sales representatives, medical representatives, field force*) in njihovo število samo še narašča. Slednje že povzroča težave pri usklajevanju in upravljanju tako velikega števila timov, kot tudi probleme pri dostopnosti zdravnikov. Večje število obiskov namreč povečuje čas, ki ga nimajo na razpolago za opravljanje svojega osnovnega dela, na drugi strani pa znižuje zdravnikovo pripravljenost sprejemanja novih obiskov. Dostop sodelavcev farmacevtske industrije do zdravnikov se ponekod (tudi v Sloveniji) s strani zdravstvenih ustanov že omejuje (Urlep, 2005).

Strokovni sodelavci določenega farmacevtskega podjetja izvajajo osebno prodajo, ko z obiski farmacevtov v lekarnah in zdravnikov v ordinacijah predstavljajo svoje izdelke. V Sloveniji Pravilnik o oglaševanju zdravil (Ur.l. RS, št. 105/08, 98/09 – ZMedPri, 105/10 in

17/14 – ZZdr-2) ureja tudi to področje, saj v 19. členu navaja, da morajo imeti strokovne osebe univerzitetno izobrazbo farmacevtske ali medicinske smeri oz. univerzitetno izobrazbo naravoslovne ali biomedicinske smeri ter dodatna znanja s področja zdravil. Biti morajo ustrezno usposobljeni za posredovanje točnih in popolnih strokovnih informacij o zdravilu. Strokovni sodelavci morajo ob informiranju obiskanim farmacevtom in zdravnikom posredovati tudi povzetek predstavljenega zdravila z njegovimi glavnimi značilnostmi in ključnimi podatki. Omenjen povzetek morejo predstaviti v pisni obliki oz. ga morajo imeti na voljo.

Ko govorimo o osebni prodaji pri zdravilih brez recepta, lahko rečemo, da ta zajema prodajo direktno porabnikom pa tudi prodajo direktno zdravnikom. Še posebej pomembna pri svetovanju za nakup zdravila brez recepta je vloga farmacevta v lekarnah. Le ta morajo vzpostaviti zaupanja vreden odnos s kupcem in s svojo strokovnostjo informacije o zdravilu posredovati jasno in natančno.

3.2.4.5 Neposredno trženje

Neposredno trženje predstavlja direktno povezavo s ciljnim individualnimi porabniki, z glavnim namenom takojšnjega pridobivanja njihovega odziva in vzpostavitve dolgotrajnega odnosa. Gre za neposredno komuniciranje z obstoječimi in bodočimi porabniki, bodisi preko telefona, pošte ali drugega neosebne načina komunikacije. Učinkovito neposredno trženje se začne z dobro bazo podatkov, katera omogoča individualno prilagajanje ponudbe in izbor tistih kupcev, katere lahko podjetje kar najbolje oskrbuje s svojimi izdelki oz. storitvami. Neposredno trženje zajema osebno prodajo, prodajo po pošti, kataloško in telefonsko prodajo, prodajo v kioskih, TV prodajo z neposrednim odzivom in elektronsko trženje (Kotler & Armstrong, 2004). Med orodja neposrednega trženja, med drugim spada tudi elektronska prodaja, ki na področju zdravil brez recepta pomeni prodajo le-teh preko spletnih lekarn.

Lekarne v Sloveniji se zavedajo pomena interneta, zato so številne med njimi že razvile svoje spletne lekarne (lekarnar.com, lekarna24ur.com, moja-lekarna.com, e-apoteka.si, spletnalekarna.net, 24ur.mb-lekarne.si) in e-naslove za posredovanje informacij, a le o zdravilih brez recepta, saj slovenska zakonodaja prepoveduje oglaševanje, prodajo in informiranje o zdravilih, ki se izdajajo na recept. Preko spleta lahko v Sloveniji torej nakupujemo samo zdravila brez recepta (prodaja zdravil na recept je prepovedana), pri čemer morajo spletne lekarne poskrbeti za strokovno pomoč in svetovanja na enaki ravni kot v klasični lekarni (Krapež & Kronegger, 2007). Med prednosti spletnih lekarn sodijo zasebnost in udobnost naročanja zdravil direktno iz svojega doma 24 ur na dan, enostavna primerjava zdravil in cen med različnimi spletnimi ponudniki, raznolikost ponudbe, dostopnost zdravil tudi za ljudi, ki so od klasičnih lekarn bolj oddaljeni, enostavnejši dostop do informacij o zdravilu in nasvetih o drugih izdelkih, ki jih sicer v klasični lekarni ni moč dobiti (Henkel, 2011). Skrb zaradi varnosti pri plačevanju preko spleta, dvom o kvaliteti in ustreznosti informacij o zdravilu, odsotnost farmacevta za morebitna vprašanja in nasvete

glede zdravila, izguba osebnega odnosa farmacevt-bolnik pa so slabosti, ki jih prinese nakupovanje zdravil brez recepta preko spleta (Crawford, 2003).

3.3 Oglaševanje zdravil brez recepta

Oglaševanje zdravil brez recepta ustvarja njihovo prepoznavnost, pomaga uporabnikom pri izbiri ustreznega zdravila brez recepta in jih usmerja k pravilni in varni uporabi zdravila brez recepta preko jasnih informacij in navodil, zabeleženih na etiketi zdravila. Ker pri nakupu zdravila brez recepta zdravstveni delavci niso nujno vključeni v nakupni proces, je oglaševanje zdravil brez recepta širši javnosti še toliko bolj pomembno, saj veliko prispeva tudi k javnemu zdravju (World Self-Medication Industry, 2008).

Lahko torej rečemo, da oglaševanje zdravil brez recepta podpira samozdravljenje, saj porabnike informira o naravi, sestavi in indikacijah zdravil brez recepta. Porabnikom pomaga pri izbiri ustreznega zdravila brez recepta za lajšanje določenih simptomov, saj jih z oglaševanjem opominja na zavedanje njihovega zdravja, prepoznavanja lažjih simptomov bolezni in jim pomaga pri odločitvi, ali je zdravilo brez recepta zadostno za lajšanje prepoznanih simptomov, ali bi bilo za omenjeno potreben obisk zdravnika. Poleg omenjene funkcije informiranja pa ima oglaševanje zdravil brez recepta tudi pomembno ekonomsko vlogo. Slednje izhaja iz splošno poznane teze, ki pravi, da bolj učinkovito kot prodajalci med sabo tekmujejo, več kvalitetnejših izdelkov lahko ponudijo za določeno ceno. Učinkovitost konkurence na trgu je torej tesno povezana z učinkovitostjo oglaševanja (Smith, 1983).

Oglaševanje igra ključno vlogo pri trženju zdravil brez recepta in služi tudi kot pomemben vir informacij o zdravilih za končne potrošnike. Farmacevtska podjetja se poslužujejo oglaševanja za namene informiranja, prepričevanja in ozaveščanja potrošnikov glede določenih karakteristik, funkcij in koristi zdravil brez recepta. Zdravila brez recepta se oglašujejo z namenom promocije samozdravljenja, povečanja zavedanja zdravstvenega stanja in bolezenskih simptomov, sporočanja prednosti zdravila brez recepta pred ostalimi možnostmi samozdravljenja, prikazovanja prednosti pred drugo blagovno znamko zdravila brez recepta in spodbujanja v nakup oglaševane blagovne znamke zdravila brez recepta. Oglaševanje zdravil brez recepta vpliva na potrošnikovo nakupno vedenje v dveh kontekstih (Thompson, 2014):

- **pred nakupom blagovne znamke;** pred nakupom oglasi o zdravilih brez recepta ciljajo na tiste, ki niso uporabniki tovrstnih zdravil ali na tiste, ki so uporabniki druge blagovne znamke;
- **po nakupu blagovne znamke;** cilj tovrstnih oglasov je opomniti in okrepiti naučeno vedenje uporabnikov blagovne znamke ter tako doseči nadaljnjo uporabo zdravila, preprečiti menjavo blagovne znamke in okrepiti lojalnost blagovni znamki.

Glavni namen oglaševanja zdravil brez recepta je konstantno opozarjanje porabnikov o dostopnosti zdravil brez recepta za samozdravljenje. Za dosego tega mora oglaševanje

pritegniti pozornost, vzpodbuditi interes pri porabnikih ter priskrbeti informacije za širšo javnost o tem, kako in pri čem lahko določeno zdravilo brez recepta pomaga. Gledano širše pa ima oglaševanje zdravil brez recepta različne namene (World Self-Medication Industry, 2008):

- povečati zavedanje porabnikov o splošnem zdravstvenem stanju in povečati prepoznavanje dostopnosti zdravil za samozdravljenje;
- opozarjati porabnike na nova zdravila brez recepta in njihove nove indikacije;
- razvijati prepoznavnost blagovne znamke zdravil brez recepta z namenom razvoja zaupanja v blagovno znamko in podjetje;
- lajšati postopek iskanja ustreznega zdravila brez recepta in pomagati porabnikom pri pravi izbiri zdravila brez recepta;
- spodbujati konkurenco v smislu kvalitete, razvoja in izboljšanja zdravila brez recepta ter ustvarjanja konkurenčne cene;
- okrepiti pravilno uporabo zdravil z napisi v smislu: »Pred uporabo natančno preberite navodilo in se v primeru poslabšanja stanja posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom«.

3.3.1 Vpliv oglaševanja zdravil brez recepta na porabnike

Oglaševanje zdravil brez recepta lahko na uporabnike deluje neposredno ali posredno. Neposredni vpliv pomeni izpostavljenost oglasu, ki pri uporabniku (ali ne-uporabniku) povzroči vedenjski odziv. Posredni vpliv pa je dvostopenjski proces, ki vključuje dodatno osebo, to je medosebni moderator, na katerega ima oglas vpliv. Medosebni moderator pa v nadaljevanju vpliva na vedenje uporabnika ali ne-uporabnika. Številni verjamejo, da ima neposredno oglaševanje zdravil brez recepta velik vpliv na nakupno vedenja porabnika, a je moč tega oglaševanja omejena. Večji vpliv se kaže pri posrednem oglaševanju, saj naj bi bil oglas tisti, ki sproži medosebno interakcijo med strokovno zdravstveno osebo in kupcem (Thompson, 2014).

Vpliv na zaznavanje zdravila brez recepta imajo tudi informacije v oglasih, ki so seveda omejene. Splošno znano je dejstvo, da si porabniki ob večji količini informacij v oglasih težje zapomnijo dotičen izdelek. Ob poznavanju teh omejitev je zato pomembno, da se podjetja osredotočajo na bistvo oglaševanja, ki je pritegniti pozornosti gledalca, bralca ali poslušalca. Rezultati ene izmed študij o oglaševanju zdravil brez recepta v Veliki Britaniji so pokazali, da si ljudje ob gledanju TV oglasa za zdravila brez recepta, v katerem so bile v celoti predstavljene informacije iz etikete zdravila brez recepta, niso uspeli zapomniti podrobnosti oglasa. Poleg tega se je izkazalo, da so podrobni podatki o zdravilu brez recepta pri gledalcih zameglili glavno sporočilo oglasa ter ime in osnovni namen zdravila brez recepta. Tudi študija v Nemčiji je pokazala, da je učinkovitost informacij v tiskanih medijih obratno sorazmerna s količino predstavljenih informacij. Prav tako posredovanje podrobnih informacij o kontraindikacijah in stranskih učinkih zdravila brez recepta v oglasih nimajo

bistvenega vpliva na potrošnikovo poznavanje zdravila brez recepta, pa četudi so te informacije v oglasih predstavljene večkrat (World Self-Medication Industry, 2008).

Poleg osnovnega namena oglaševanja zdravil brez recepta, je potrebno omeniti tudi morebitne stranke učinke oglaševanja zdravil brez recepta, ki se kažejo v napačni uporabi ali zlorabi teh zdravil. Kar nekaj študij je bilo izvedenih na temo raziskovanja odnosa med izpostavljenostjo oglasu zdravil brez recepta in uporabo zaščitene ali prepovedane zdravila, še posebej med mlajšimi odraslimi, najstniki in otroci. Rezultati so pokazali majhno ali celo ničelno povezavo med izpostavljenostjo oglasu zdravila brez recepta ter porabnikovemu namenu ali vedenju za zlorabo zdravil. Nekatere študije so celo pokazale negativno povezavo med omenjenima spremenljivkama. Tudi raziskave narejene na otrocih so pokazale, da otroci izpostavljeni oglasom do zdravil in njihove uporabe ne razvijejo nekega pozitivnega odnosa. Izkazalo se je celo, da so jim oglasi za ostale produkte bolj všeč, kot oglasi za zdravila brez recepta. Tudi pri večji izpostavljenosti otrok oglasom za zdravila brez recepta ni bilo ugotovljeno, da bi otroci ta zdravila zaznavali kot primernejša od ostalih alternativnih metod samozdravljenja (Thompson, 2014).

Vpliv oglaševanja zdravil brez recepta na nakupno namero in iskanje informacij o zdravilu brez recepta je preučevala študija, izvedena na različnih starostnih skupinah. Potrošniki se pri iskanju informacij o zdravilu brez recepta poslužujejo različnih virov informacij; medosebnih, komercialnih in nekomercialnih. Izbira vira informacije, ki pomaga pri odločitvi, je odvisna od vrste zdravila. Izkazalo se je, da so zdravniki in farmacevti najbolj točen in zanesljiv vir informacij, ko dodatne informacije o zdravilu brez recepta iščejo študentje. TV oglasi so dobili najnižjo oceno, a so bili skupaj z družino in prijatelji ocenjeni kot priročen, poceni in časovno nezamuden vir informacij. Na drugi strani so rezultati raziskovanja nakupnega vedenja zdravil brez recepta pri starejši populaciji pokazali, da oglaševanje nima pomembnejše vloge za dodatno pridobivanje informacij o zdravilih brez recepta in kot tako za odrasle predstavlja nepomemben vir informacij. Prav tako so si odrasli iz omenjene raziskave zapomnili manj informacij in blagovnih znamk zdravil brez recepta, predstavljenih v TV oglasu. Če se naslonimo na omenjeno raziskavo, lahko povzamemo, da oglaševanje zdravil brez recepta le nima tako močnega vpliva na končno nakupno odločitev mlajših pa tudi starejših porabnikov. Raziskovalna literatura na tem področju zato navaja, da oglasi zdravil brez recepta sicer imajo vlogo dodatnega pridobivanja informacij, a je njihov vpliv na končno nakupno namero posameznika omejen (Thompson, 2014).

3.3.2 Oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji

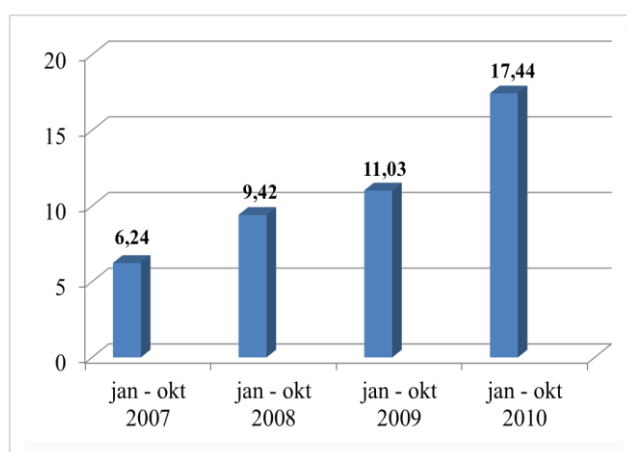
V Pravilniku o oglaševanju zdravil (Ur.l. RS, št. 105/08, 98/09 – ZMedPri, 105/10 in 17/14 – ZZdr-2), ki v Sloveniji določa pogoje in način oglaševanja zdravil za uporabo v humani in veterinarski medicini, se oglaševanje glede na ciljne skupine deli na oglaševanje v strokovni javnosti ter oglaševanje v širši javnosti.

Strokovna javnost so osebe, pooblašene za predpisovanje in izdajanje zdravil (Ur.l. RS, št. 105/08, 98/09 – ZMedPri, 105/10 in 17/14 – ZZdr-2). V prvi vrsti so to zdravniki, poleg njih pa kot strokovno javnost razumemo tudi farmacevte v lekarnah, medicinske sestre in medicinske tehnike, patronažne sestre pa tudi ostalo strokovno osebje. Gre za javnost, ki je dobro seznanjena s tem področjem in zato sposobna sama presojsati in ugotavljati varnost, primernost in ustrezno uporabo zdravila.

Širša javnost zajema laične skupine in posameznike (Ur.l. RS, št. 105/08, 98/09 – ZMedPri, 105/10 in 17/14 – ZZdr-2). Gre za osebe, ki ne pripadajo strokovni javnosti in kot take nimajo znanja o zdravilih, njihovih učinkovinah, stranskih učinkih, njihovi varni uporabi, itd. Za širšo javnost je poznavanje zdravil omejeno na informacije, ki jih pridobi na poenostavljen, laičen način. Lahko rečemo, da je znanje o zdravilih za širšo javnost omejeno in se ga lahko pridobi le na podlagi informacij s strani zdravnikov, farmacevtov oz. ostale strokovne javnosti ter preko oglaševanja zdravil, kateremu je širša javnost izpostavljena v različnih medijih.

V Sloveniji je zdravila na recept prepovedno oglaševati, dovoljeno je le oglaševanje zdravil brez recepta, ki v celotnem oglaševalskem kolaču predstavljajo 4-odstotni delež. Višjo bruto vrednost oglaševanja je mogoče zaslediti samo še pri osebnih avtomobilih, trgovinah, mobilni telefoniji, financah in internetu. V obdobju od januarja do oktobra leta 2010 je slovenska farmacevtska industrija za oglase namenila 17 milijonov EUR bruto. Omenjeni znesek je, v primerjavi z letom 2009, povečan za več kot polovico (Slika 11). S tem je farmacevtska industrija postavljena na šesto mesto med panogami, ki največ oglašujejo (Simonič, 2010).

Slika 11: Rast oglaševanja farmacevtske dejavnosti v milijon EUR za obdobje od januarja do oktobra leta 2007 – 2010

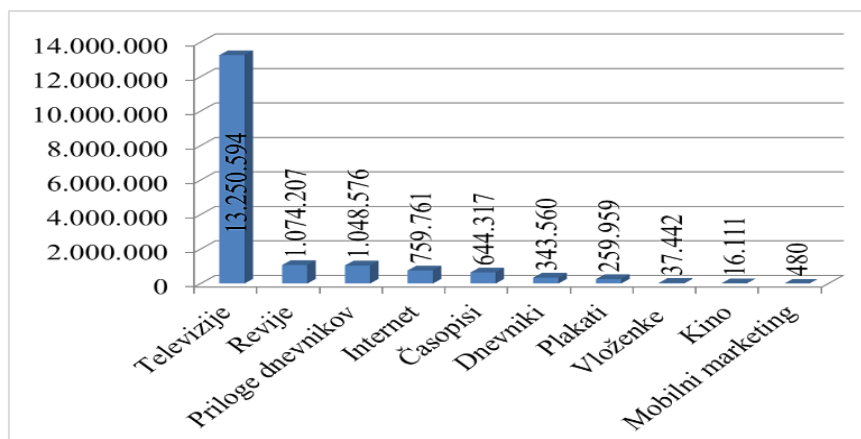


Vir: Mediana v J. Simonič, Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, b.s., 2010.

Največ sredstev so farmacevtska podjetja namenila oglaševanju na televiziji (Slika 12), ki je tudi sicer v Sloveniji prevladujoč oglaševalski medij (nekoliko drugače je v tujini, predvsem

v razvitih državah, kjer prevladujejo oglasi v tiskanih medijih ter v zadnjem času oglasi na spletu). Drugi najpopularnejši medij oglaševanja zdravil brez recepta pri slovenskih farmacevtskih so revije, predvsem tiste za ženske in edicije, namenjene zdravemu načinu življenja. Internet je na visokem četrtem mestu in je tako pred časopisi, dnevniki in plakati. Najmanj sredstev je bilo vloženi za oglaševanje v vloženkah, oglaševanje v kinu in mobilnemu marketingu (Simonič, 2010).

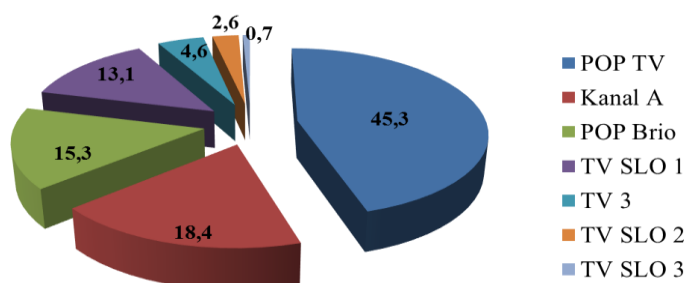
Slika 12: Oglaševanje farmacevtov po medijih v obdobju od januarja do oktobra 2010 (v EUR)



Vir: Mediana v J. Simonič, Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, b.s., 2010.

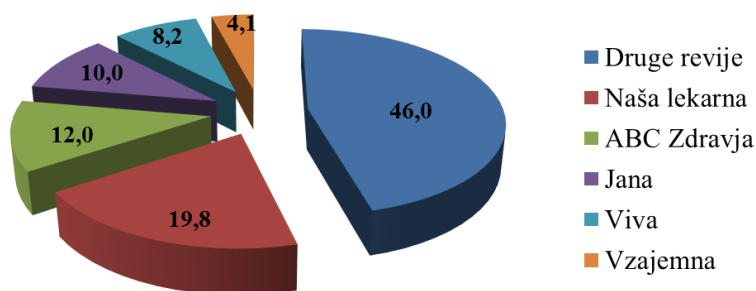
Po podatkih Mediane so POP TV, A Kanal in Pop Brio kanali, ki so med slovenskimi farmacevtski najbolj priljubljeni, saj je bilo pri slednjih izmerjenega kar 79 % oglaševanja zdravil brez recepta (Sliki 13 in 14) (Simonič, 2010). V revijah je bilo največ oglasov za zdravila brez recepta v skupini »druge revije«, sledi revija Naša lekarna z 19,8 %, na tretjem mestu revija ABC Zdravja z 12 %, revija Jana z 10% , Viva z 8,2 % ter na zadnjem mestu revija Vzajemna z 4,1%.

Slika 13: Oglaševanje farmacevtov po TV od januarja do oktobra 2010 (v %)



Vir: Mediana v J. Simonič, Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, b.s., 2010.

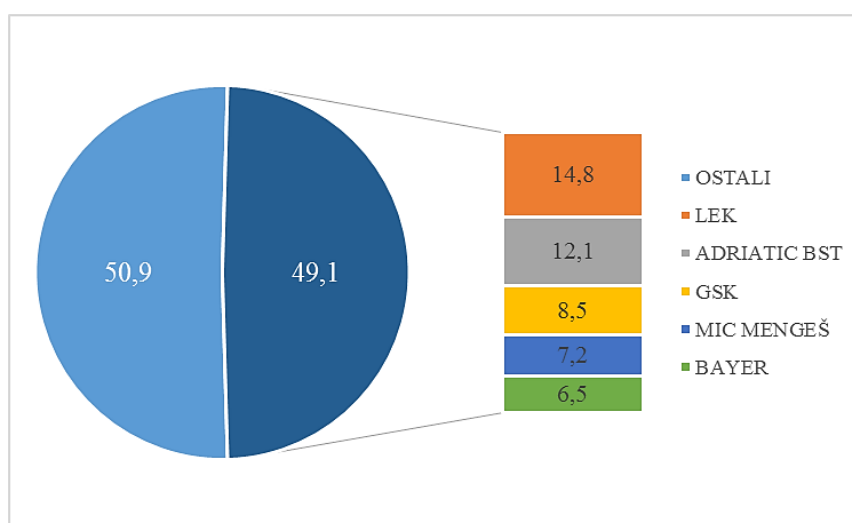
Slika 14: Oglaševanje farmacevtov v revijah od januarja do oktobra 2010 (v %)



Vir: Mediana v J. Simonič, Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, b.s., 2010.

Znotraj farmacevtske panoge je največji oglaševalec Lek (Slika 15 in Tabela 4), ki je z bruto vrednostjo 2,6 milijona EUR (v letu 2010) med vsemi oglaševalci na 32. mestu, v oglaševalskem kolaču pa ima s svojimi izdelki 15-odstotni delež. Omenjeno podjetje je iz leta 2009 na 2010 svoje oglaševanje povečalo za kar 187 %. Z 12-odstotnim deležem je na drugem mestu Adriatic BST, sledi mu podjetje GlaxoSmithKline z 8,5-odstotnim deležem, MIC Mengeš z 7,2-odstotnim deležem ter Bayer z 6,5-odstotnim deležem. Največji preskok, kot je razvidno tudi iz Tabele 4, je opaziti pri podjetju MIC Mengeš, ki je v primerjavi z leti 2009 in 2010 svoje oglaševanje povečalo za kar 901 %. Slednje gre pripisati uvozu novih izdelkov proizvajalca Pharma Nord, predvsem zdravila brez recepta Glukozamin Pharma Nord. Podatki v Tabeli 4 kažejo, da sta podjetji GlaxoSmithKline in Bayer edini zmanjšali sredstva za oglaševanje, medtem ko so ostali sredstva povišali (Simonič, 2010).

Slika 15: Delež oglaševalcev v farmacevtskem oglaševalskem kolaču leta 2010 (v %)



Vir: Mediana v J. Simonič, Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, b.s., 2010.

Tabela 4: Pet največjih farmacevtskih oglaševalcev v letu 2010 (v tisoč EUR)

Bruto vrednost oglaševanja: januar – oktober 2007 (v tisoč EUR)										
Oglaševalci	Dnevnik	Časopisi	Priloge dnevnikov	Revije	Televizije	Plakati	Internet	Vloženske	Skupaj	Primerjava z 2009 (v %)
Lek	36,8	53,8	59,4	94,4	2.162,0	84,4	79,8	5,1	2.576,7	+186,7
Adriatic BST		0,9	63,6	26,3	2.012,6	0,0	7,8	0,0	2.111,2	+53,5
GSK	6,0	1,1	36,5	27,7	1.233,0	0,0	171,2	0,0	1.475,5	-8,6
MIC Mengeš	2,1	22,3	6,6	11,7	1.203,8	0,0	0,0	0,0	1.246,4	+901,2
Bayer	22,4	28,1	44,6	51,8	816,1	0,0	171,8	0,0	1.134,8	-31,2
Skupaj	67,3	106,2	210,7	212,8	7.427,5	84,4	430,7	5,1	8.544,6	+50,9

Povzeto in prirejeno po Mediana v J. Simonič, *Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi, 2010, b.s., tabela 1.*

3.3.3 Oglaševanje zdravil na recept (angl. Direct-to-consumer oglaševanje)

Čeprav je oglaševanje zdravil brez recepta vse bolj pomembno in farmacevtska podjetja zanj namenjajo velike vsote denarja, je raziskovalna literatura glede omenjenega precej omejena. Večja pozornost je namenjena vse bolj razširjenemu oglaševanju zdravil na recept oz. DTC oglaševanju (angl. *direct to consumer*) (Thompson, 2014). Iz tega razloga v nadaljevanju podajava nekaj ključnih ugotovitev za omenjeni pojem.

Skladno z ZZdr-2 ter Pravilnikom o oglaševanju zdravil je v Sloveniji, kot že omenjeno, širši javnosti dovoljeno zgolj oglaševanje zdravil brez recepta. Nekoliko drugače je področje oglaševanja zdravil urejeno v ZDA in na Novi Zelandiji, kjer je močno razširjen pojem DTC oglaševanja. Medtem ko je v Sloveniji oglaševanje zdravil na recept širši javnosti prepovedano (dovoljeno je le oglaševanje strokovni javnosti), je v omenjenih dveh državah tako oglaševanje dovoljeno.

DTC oglaševanje pomeni oglaševanje zdravil na recept preko farmacevtskega podjetja direktno do pacienta. ZDA in Nova Zelandija sta edini državi, ki dovoljujeta takšno oglaševanje. Kanada sicer dovoljuje oglase, ki omenjajo bodisi zdravilo bodisi indikacije, ne pa obojega, medtem ko ostale države sveta tega oglaševanje ne odobravajo. V ZDA je za omenjeno oglaševanje odgovorna Food and drug administration (v nadaljevanju FDA), oddelek za Trženje, oglaševanje in komuniciranje zdravil (Lee Ventola, 2011).

Razprave o dopustitvi DTC oglaševanja potekajo tudi znotraj EU, a je trenutna naklonjenost bolj na strani prepovedi. Ravno prepoved oglaševanja postavlja osebno prodajo kot najpomembnejši način komuniciranja s ciljnim skupinami v farmacevtski industriji (Urlep, 2005).

Trenutno obstaja več vrst DTC oglasov. Eden od tipov so oglasi, ki le opišejo bolezen ali zdravstveno stanje, pri katerem zdravilo lahko pomaga, spodbuja paciente, da se obrnejo na svojega osebnega zdravnika, neposredno pa imena zdravila ne omenja. V drugi kategoriji oglasov je že mogoče zaslediti ime zdravila, v teh oglasih so predstavljene informacije o jakosti, farmacevtski obliki in ceni zdravila, ni pa podanih indikacij ali kakršnih koli dejstev o zdravilu. Tretja in najbolj pogosta vrsta oglasov pa omenja zdravilo in njegove indikacije ter vključuje podatke o učinkovitosti in varnosti zdravila. Vsaka omenjena kategorija oglasov je predmet različnih regulatornih omejitev s strani FDA (Lee Ventola, 2011).

Kanali, preko katerih se v največji meri izvaja DTC oglaševanje vključujejo televizijo, tiskane medije, radio, internet in jumbo plakate. Tudi promocijske brošure, ki so posredovane zdravstvenim delavcem, se smatrajo kot del DTC oglaševanja, čeprav niso predane neposredno v roke pacientom. V zadnjem času je opaziti velik porast in potencial pri spletnem DTC oglaševanju, saj z njim podjetja lahko dosežejo ogromno število potencialnih kupcev po vsem svetu. Čeprav je večinski del proračuna za DTC oglaševanje porabljenega za tradicionalne medije oglaševanja (televizija, radio, časopisi), se vse več denarja namenja za tako imenovano digitalno promocijo (Lee Ventola, 2011). Pomembnost DTC oglaševanja v ZDA, na največjem farmacevtskem trgu na svetu, se kaže tudi v dejstvu, da so se izdatki za omenjeno oglaševanje med leti 1996 in 2005 povečali za kar 300 % (Lo, 2013).

Rezultati raziskave v ZDA, izvedene s strani FDA leta 2004 kažejo, da DTC oglaševanje zdravniki ocenjujejo kot enega izmed dejavnikov, ki vpliva na njihovo delo in interakcijo z bolniki. Menijo, da ima DTC oglaševanje zdravil na recept tako pozitivne (premišljena vprašanja pacienta pri obisku zdravnika, pacientovo večje zavedanje o možnem poteku zdravljenja, večja vključenost pacienta v njegovo zdravljenje,..) kot negativne učinke (pritisk s strani bolnika za predpisovanje dotične blagovne znamke zdravila, videnega v oglasu, neenakovredno posredovanje informacij o tveganjih in koristih zdravila v oglasih,..) (U.S. Food and Drug Administration, b.l.).

3.4 Proces nakupnega vedenja pri zdravilih brez recepta

Proces nakupnega vedenja je proces, skozi katerega gre porabnik pri nakupu določenega izdelka. Poznavanje tega procesa je pomembno tako za prodajno osebje, kot tudi za prilagoditev tržnih in prodajnih strategij podjetja. Sestavljen je iz štirih stopenj (prepoznavanje potrebe, iskanja podatkov, presojanje možnosti in ponakupno vedenje), ki jih detajlno predstavlja v naslednjih točkah (Johnston, 2013).

Ko se kupci odločijo za nakup zdravila brez recepta, so pogosto zmedeni, saj je danes na trgu ogromno število zdravil brez recepta med katerimi lahko izbirajo. Kot primer, pred desetimi leti je bilo na voljo okoli 800 zdravil brez recepta za lajšanje navadnega prehlada, danes jih je nedvomno še veliko več. Iz tega razloga je pomembno, da proizvajalci dobro poznajo dejavnike, ki vplivajo na nakupno odločitev zdravila brez recepta (Stephens & Johanson, 2000).

Nakup zdravil brez recepta, ki so med ljudmi popularna, dobro sprejeta (saj so splošno dostopna), relativno poceni v primerjavi z zdravili na recept in učinkovita pri lajšanju in zdravljenju številnih blažjih zdravstvenih težav, je nakup z majhnim finančnim vložkom in predstavlja nakup iz navade, ko gre za ponovljiv nakup (Nichol, McCombs, Johnson, Spacapan, & Sclar, 1992).

3.4.1 Prepoznavanje potrebe

Prepoznavanje potrebe ali problema je prvi in najpomembnejši korak v procesu nakupnega vedenja, saj nakup brez prepoznane potrebe ne more biti opravljen. Potrebo lahko sprožijo notranji (npr. lakota, žeja) ali zunanji dražljaji (npr. oglaševanje, oglaševanje od ust do ust) (Johnston, 2013). Thompson in Yeong (v Leal, Lindh, & Paciorek, 2011) navajata, da mora biti potreba dovolj velika, da sproži proces iskanja podatkov in informacij, kar predstavlja drugi korak v procesu nakupnega vedenja.

Maslow potrebe razporeja hierarhično, od najbolj do najmanj pomembnih. Na dnu piramide so najpomembnejše, fiziološke potrebe, sledijo potrebe po varnosti, potrebe po pripadnosti in ljubezni, potrebe po spoštovanju, na vrhu pa so samouresničitvene potrebe. Šele ko kolikor toliko zadovoljimo nižje potrebe, se v človeku prebudi želja po zadovoljevanju višjih potreb (Varga, 2003). Bolnikova potreba po zdravju tako sodi med osnovno fiziološko potrebo (potrebo po preživetju), v nadaljevanju pa tudi v potrebo po varnosti, kamor poleg zdravja sodi še osebna varnost, družina, finance, morala in lastnina.

Bolnik svoj nakupni proces prične s prepoznavanjem bolezni oz. bolezenskih znakov, ki se kažejo kot odstopanja od normalnega stanja. Lahko se zgodi, da določenih bolezenskih stanj bolnik sam ne prepozna (npr. povišan krvni tlak) in jih odkrije šele zdravnik pri pregledu, lahko pa so v proces prepoznavanja bolezenskega stanja vključeni tudi prijatelji ali družinski člani.

Raziskava procesa nakupnega vedenja za zdravila brez recepta, izvedena na Švedskem, je pokazala, da različne starostne skupine različno prepoznavajo svoje potrebe po nakupu zdravila brez recepta. Mlajše generacije si ne delajo zalog zdravil brez recepta pač pa jih kupijo, ko se zanje pokaže potreba. Na drugi strani generacija srednjih let skrbi za to, da ima zdravila brez recepta (npr. tablete za lajšanje bolečin) doma na zalogi. Starejša populacija (65 let in več) v domači lekarni vedno hrani zdravila brez recepta, četudi potreba ni takojšnja in jih običajno kupi skupaj z zdravili na recept. Intervjuvanci v raziskavi so povedali, da

potrebo po nakupu zdravila brez recepta običajno sprožijo zunanji dejavniki: sorodniki, prijatelji, farmacevti v lekarni, včasih pa na nakup vplivajo tudi akcije in promocije zdravil brez recepta. Potrebo sprožijo tudi TV oglasi, ki vsebujejo izobraževalno noto in omogočajo primerjavo zdravil brez recepta znotraj iste skupine (Leal et al., 2011).

3.4.2 Iskanje podatkov

Iskanje podatkov je drugi korak v procesu nakupnega vedenja. Informacije, ki jih porabniki začnejo iskati, izvirajo bodisi iz spomina (notranje iskanje) bodisi iz zunanjega okolja, trga (zunanje iskanje). Na podlagi tako pridobljenih informacij si porabniki ustvarijo seznam kriterijev, pomembnih za nakupno odločitev (Leal et al., 2011). Blackwell in Blackwell (v Leal et al., 2011) navajata, da je proces iskanja informacij odvisen od demografskih dejavnikov, dohodka, stopnje izobrazbe in porabnikovega zadovoljstva glede najdenih informacij.

Ljudje se po večini zanašajo na štiri vire informacij, ko kupujejo zdravila brez recepta (Stephens & Johanson, 2000):

- prijatelji in družina (lahko so nezanesljivi, saj nimajo dovolj strokovnega znanja o zdravilu brez recepta);
- oglasi (zaznavanje oglasov kot pristranskih in nezanesljivih, saj kupci velikokrat menijo da je glavni namen oglaševanja prodaja zdravil brez recepta in ne posredovanje ustreznih informacij za pravo nakupno odločitev);
- informacije na etiketi zdravila (včasih so slabo vidne in nerazumljive, še posebej za mlade in starejše kupce, katerim lahko njihova interpretacija predstavlja težave);
- strokovni zdravstveni delavci (niso nujno vedno prisotni, ko se kupci odločajo za nakup zdravila brez recepta).

Informacije o zdravilih brez recepta, kot že omenjeno, lahko porabniki pridobivajo preko različnih kanalov, kateri tudi različno prispevajo k kupčevemu poznavanju in razumevanju zdravila brez recepta (The World Self-Medication Industry, 2008). Nasvete za reševanje bolezenskih stanj lahko bolnik seveda poišče tudi na spletu, v strokovnih ali laičnih člankih, zdravstveni literaturi ali pa pridobi ustrezen nasvet glede zdravila brez recepta pri svojem osebnem zdravniku.

Večina porabnikov ne pozna dovolj informacij o zdravilih brez recepta, zato običajno nakupuje tista, katera so v preteklosti že uporabljali. Kupci najraje ostanejo zvesti določeni blagovni znamki zdravila brez recepta, saj se zavedajo njegovih učinkov in lastnosti, v kolikor pa se pojavi potreba po nakupu novega zdravila brez recepta, zanj vprašajo farmacevta v lekarni, ki ima ustrezno strokovno znanje, je kompetenten in vreden zaupanja (Leal et al., 2011). Tudi številne študije, izvedene na temo iskanja informacij in nakupne odločitve za zdravilo brez recepta, so pokazale, da je farmacevt ali zdravnik najpomembnejši

vir informacij, a so tudi oglaševanje, množični mediji in informacije na embalaži pomembni viri za pridobivanje dodatnih informacij o zdravilu brez recepta (Thompson, 2014).

3.4.3 Presojanje možnosti in nakupna odločitve

Porabniki v tem koraku presojajo in ocenijo različne alternative z namenom sprejetja prave nakupne odločitve. Pri tem si pomagajo z vprašanji, kot so npr. »Katere so moje možnosti?« in »Kateri izdelek je najboljši?«. Presojanje alternativ in njihovo ocenjevanje se lahko močno razlikuje glede na to, kaj je porabniku pri nakupu najpomembnejše. Za nekoga je to cena, za druge blagovna znamka, tretjim je pomembno poreklo izdelka. Kakorkoli, cena je močan odločitveni faktor v večini situacij, a ne v vseh (Leal et al., 2011).

Dejavnika, ki imata v tem koraku močan vpliv, sta porabnikov odnos do zdravila brez recepta in njegova vključenost v nakup tega zdravila. Če je porabnikov odnos do zdravila brez recepta pozitiven in je njegova vključenost v nakup visoka, potem bo ocenjeval večje število možnosti; pozanimal se bo o več blagovnih znamkah in o več podjetjih, če pa sta odnos do zdravila brez recepta in udeležba v nakup takega zdravila nizka, bo ocenjeval zgolj eno opcijo (Johnston, 2013).

Med pomembnejše faktorje odločitve za nakup zdravila brez recepta sodijo (Leal et al., 2011):

- pomoč farmacevta pri nakupu novega, nepoznanega zdravila brez recepta;
- dostopnost, lokacija in odpiralni čas lekarne;
- poznavanje lekarne, saj to pomeni hitrejši nakupni proces;
- pretekle izkušnje z uporabo določenega zdravila brez recepta, v primeru nepoznavanja simptomov pa obisk lekarne in strokovni nasvet farmacevta;
- podajanje ustreznih informacij farmacevta v primeru alternativnih zdravil brez recepta.

Dandanes je ponudba zdravil brez recepta zelo velika, še posebej zaradi prehajanja zdravil na recept v zdravila brez recepta. Prav tako se povečuje moč potrošnikov in trend samozdravljenja. Vse to pri kupcih povzroča dilemo glede pravilne izbire zdravila brez recepta, zato je vloga farmacevta pri podajanju ustreznih strokovnih nasvetov glede zdravila brez recepta zelo poudarjena. Farmacevti v lekarni imajo pri prodaji in svetovanju glede zdravila brez recepta ključno vlogo, saj so pogosto prvi kontakt s kupcem zdravila. Njihova dolžnost je prodaja ustreznega zdravila brez recepta in podajanje nasvetov glede njihovega pravilnega in učinkovitega jemanja in so kot taki najbolj dostopni in ustrezno izobraženi zdravstveni delavci za omenjeno področje (Emmerton & Shaw, 2002).

Vloge farmacevtov pri nakupu zdravil brez recepta so preučevali v raziskavi v Novi Zelandiji, ki je vključevala 122 lekarn je pokazala, da so farmacevti s svojimi nasveti in priporočili v nakupno odločitev veliko bolj vključeni, ko kupci predhodno nimajo izbrane točno določene blagovne znamke zdravila brez recepta. Kar dve tretjini nakupov zdravil brez

recepta je sicer opravljenih na podlagi preteklih izkušenj, pri katerih farmacevti nimajo velikega vpliva na nakupno odločitev, je pa vloga farmacevta prevladujoča pri prvih nakupih zdravila brez recepta, ko le-ta odtehta vplive družine, prijateljev, oglaševanja in osebnega zdravnika (Emmerton & Shaw, 2002).

3.4.4 Ponakupno vedenje

Porabnik bo po nakupu izdelka občutil neko raven zadovoljstva ali nezadovoljstva, kar je rezultat ujemanja kupčevih pričakovanj in zaznane kakovosti izdelka. Delo tržnikov se ne konča, ko je izdelek kupljen, saj morajo tržniki spremljati tudi ponakupno zadovoljstvo (razočaran, zadovoljen ali navdušen kupec), ponakupna dejanja (ponovni nakup, ovržen ali vrnjen izdelek) in uporabo izdelka (uporaba, opustitev, prodaja ali zamenjava izdelka) (Kotler, 2004). Zadovoljen oz. nezadovoljen kupec z ostalimi kupci deli svoje pozitivne oz. negativne izkušnje z izdelkom, zato morajo biti podjetja pozorna, da ustvarijo pozitivno ponakupno komunikacijo z namenom doseganja zvestih kupcev (Johnston, 2013).

V teoriji se pojavljajo različni modeli nakupnega odločanja. Tržnike s področja zdravstva zanima, kako se porabniki odločajo za bolj zdrav način življenja, zato v ta namen uporabljajo tako imenovani zdravstveni model, ki sestoji iz petih stopenj (Kotler, 2004):

- **nezavedanje**; ker se problema ne zavedamo, ne čutimo potrebe po spremembi;
- **zavedanje**; o problemu in morebitnih spremembah resno razmišljamo;
- **priprava**; odločimo se za spremembo in se nanjo pripravimo;
- **dejanje**; sprememba vedenja je uspešna in traja od enega dneva do šestih mesecev;
- **vztrajanje**; spremenjeno vedenje nadaljujejo več kot šest mesecev.

Bolton in Lemon (v Leal et al., 2011) navajata, da je nakupna izkušnja bistvenega pomena, ko govorimo o nakupu zdravil, saj gre za izdelke, ki zadevajo porabnikovo zdravje. Bolnikovo ponakupno vedenje je odvisno od zadovoljstva oz. nezadovoljstva z jemanjem zdravila, kar pa je posledica učinkovitosti oz. neučinkovitosti zdravila ter morebitnega pojava nezaželenih stranskih učinkov.

Raziskave kažejo, da so ljudje po večini zadovoljni z zdravil brez recepta, ki jih kupujejo in uporabljajo. Skupno jim je tudi mnenje, da je učinkovitost zdravil brez recepta, za določena bolezenska stanja, enakovredna učinkovitosti zdravil na recept (Responsible self-care and self-medication, 2015). Zadovoljstvo izhaja iz visokih pričakovanj vezanih na učinkovitost zdravila brez recepta, kar so pokazali tudi rezultati študije, kjer se je 95,9 % anketiranih »močno strinjalo« ali »strinjalo«, da poznavanje učinkovitosti zdravila brez recepta res vpliva na njihov nakup. Četudi ne bi bilo znanstveno dokazano, da zdravilo brez recepta učinkuje, porabniku pa ne bi škodovalo, bi bilo 68,1% anketiranih pripravljenih poskusiti zdravilo brez recepta, saj je odločitev o nakupu le-tega popolnoma na strani porabnika (Hanna & Hughes, 2011).

4 STALIŠČA POTROŠNIKOV DO OGLAŠEVANJA

Potrošniki so vodilo ekonomije. Vse trženjske odločitve in aktivnosti zato temeljijo na podlagi domnev o vedenju porabnikov. Z namenom ustvarjanja vrednosti za potrošnike in posledično dobička za podjetja, je zato zelo pomembno, da tržniki razumejo vedenje potrošnikov v odnosu do raznovrstne palete izdelkov in storitev, ki so na voljo (Rutenberg, 2003).

Eden največjih izzivov, s katerimi se soočajo podjetja danes, je izoblikovati pozitivno podobo, ki jo njihov proizvod dosega v očeh javnosti. Vsako podjetje si seveda želi pritegniti čim več kupcev, pridobiti njihovo naklonjenost in pozitiven odziv. Stališča potrošnikov namreč pomembno vplivajo na njihovo vedenje, njihove nakupne odločitve. Zato podjetja previdno načrtujejo in izvajajo številne trženjske aktivnosti, s katerimi želijo čim bolj vplivati na oblikovanje njihovih stališč do izdelka, blagovnih znamk, storitev idr. in tako spodbuditi za podjetje donosno nakupno vedenje (Blank, 2015).

Vedenje porabnikov postaja vedno pomembnejše in zato tudi vedno bolj raziskano področje. Andreasen (1995) v Oancea (2015) izpostavlja pomen informiranja in stališč kot dva izmed najpomembnejših vplivov na vedenje porabnikov. Stališča so zato izrednega pomena za tržnike, saj teoretično povzamejo ovrednotenje objekta (podjetja ali blagovne znamke) s strani potrošnika in predstavljajo njegovo naklonjenost ali nenaklonjenost objektu ter vedenjska nagnjenja. Interes tržnikov za stališča se skriva za domnevo, da obstaja povezava stališč s potrošnikovimi nakupnimi namerami. To seveda vedno ne velja, saj obstaja še veliko drugih dejavnikov, ki lahko vplivajo na vedenje, vendar pa je pomen stališč kljub vsemu izredno velik (G. E. Belch & M. A. Belch, 2001).

Merjenje stališč ima osrednjo vlogo v preučevanju vedenja porabnikov, saj poznavanje teh lahko poda odgovor na množico strateških vprašanj (Schiffman & Kanuk, 2004).

4.1 Opredelitev stališč

Stališča srečamo na vsakem koraku in do več ali manj vsega imamo ali razvijemo določeno stališče, vključujoč s stališči do posameznikov, blagovnih znamk, podjetij, skupin proizvodov in tudi oglasov (G. E. Belch & M. A. Belch, 2001). Skoraj vsak dan smo v položaju, ko moramo izraziti svoje stališče, saj nas kot potrošnike pogosto zasipavajo z vprašanji kaj nam je všeč, kaj ne in zakaj. Še posebno veliko izraženih stališč lahko opazimo na številnih spletnih straneh, s poudarkom na različnih forumih, kjer tečejo razprave o raznih aktualnostih. V določeni meri vplivajo na naša življenja, saj odražajo našo presojo in vedenje do določenih oseb, predmetov, storitev, idr.

So temelj prepričevanja, so označbe, ki nas opredeljujejo, konstrukt, katerega tržniki želijo meriti, nanj vplivati in ga spremeniti v svojo korist. Konec koncev pa gre pri stališčih za

bogato strukturo naše osebnosti, za katero pogosto pravimo, da našemu življenju vliva pomen in globino (Perloff, 2010).

Stališča, kot tudi z njimi močno povezane vrednote in prepričanja, so šla skozi leta preko številnih raziskav. Pojem stališča se je najprej pojavil v psihologiji. Vpeljala sta ga Thomas in Znaniecki z namenom pojasnjevanja problematike vključevanja poljskih imigrantov v ameriško družbo (Ule & Kline, 1996). Kljub zanimanju in številnim raziskavam tematike stališč v socialni psihologiji pa še vedno ni univerzalne definicije stališč.

V kontekstu vedenja potrošnikov Fishbein in Ajzen (1975) definirata stališče kot naučeno nagnjenje posameznika, da pozitivno ali negativno ovrednoti določen predmet, medtem ko Petty in Cacioppo (1981) menita, da je stališče splošen in trajen pozitiven ali negativen občutek glede neke osebe, predmeta. Bolj strnjeno definicijo sta podala Eagly in Chaiken (1993), saj sta upoštevala tri ključne komponente stališč, to so nagnjenje, subjekt in ovrednotenje. Te pojme sta strnila v definicijo, in sicer stališče opisujeta kot psihološko nagnjenje, ki se izraža z ovrednotenjem nekega subjekta z določeno stopnjo naklonjenosti oz. nenaklonjenosti. Fill (2005) je mnenja, da so stališča naučena preko preteklih izkušenj in da so neke vrste vez med mislimi in vedenjem. Kotler (2004) uporablja izraz stališča za opis posameznikovih relativno doslednih ocen, tj. trajno pozitivne ali negativne ocene, občutkov in vedenjskih nagnjenj glede določenega objekta ali ideje. Perloff (2010) je številne definicije stališč združil v naslednje besede: stališče je naučeno, celovito ovrednotenje določenega objekta, ki ga lahko predstavlja oseba, ideja, kraj, predmet ipd. in vpliva na misli ter dejanja osebe.

Ne glede na vse pa stališča opredeljujejo določene značilnosti oz. karakteristike, ki jih lahko izpostavimo. Kot prvo, stališča izražajo odnos do objekta, ki je lahko nek abstraktni pojem, izdelek, blagovna znamka, storitev, uporaba izdelka, človek, oglas, cena ipd. (Vida, Koklič, Bajde, Kolar, Čater, & Damjan, 2010). So relativno skladna z vedenjem in ga usmerjajo, kar pa ne pomeni, da ga tudi povsem določajo. Druga pomembna karakteristika stališč je, da so le-ta naučena, tako rekoč pridobljena tekom socializacije v otroštvu in mladosti. Temu v prid govori npr. dejstvo, da se nihče ne rodi rasno nestrpen, vendar negativna stališča do druge rase pridobi tekom socializacije. Tretja karakteristika opredeljuje stališča kot celovito, strukturirano, stabilno, v osnovi čustveno oceno. Ko razvijemo neko stališče, to pomeni, da do objekta nismo več nevtralni. Pomeni, da smo okarakterizirali in ovrednotili nek objekt. Stališča izražajo strast in sovraštvo, privlačnost in odpor, naklonjenost ali nenaklonjenost. Poleg tega stališča vplivajo na mišljenje in dejanja. Določena situacija lahko izzove povezavo med stališči in vedenjem. Imajo tako direktni dinamični vpliv na obnašanje ter vplivajo na konsistentnost posameznikovega obnašanja. Dejstvo pa je, da so stališča kompleksna, dinamična entiteta, sestavljena iz treh osnovnih duševnih funkcij; spoznavne, čustvene in vedenjske (Perloff, 2010; Ule & Kline, 1996; Vida et al., 2010). Zavedati se moramo tudi, da so stališča relativno stabilna in konsistentna, zato le stežka dosežemo njihovo spreminjanje (Churchill, 1996).

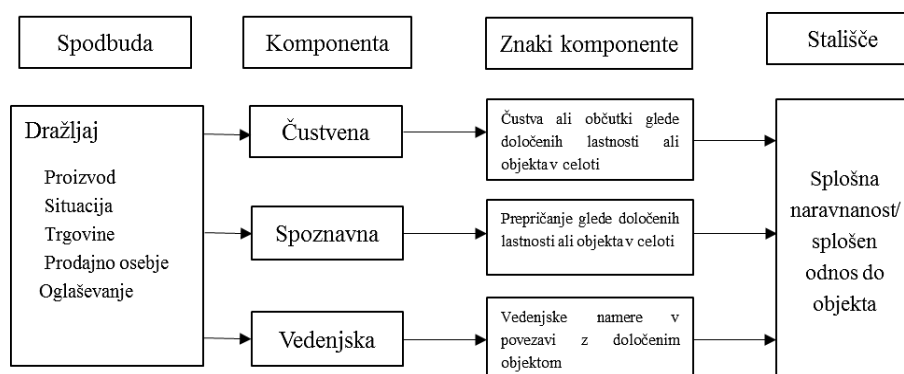
Večina teoretikov povezuje stališča tako s čustvenimi, vedenjskimi in spoznavnimi procesi. Strinjajo se, da vrednotenje predstavlja osrednji aspekt stališč, da so ta zakoreninjena v spominu in da afektivne, spoznavne in vedenjske predispozicije lahko vplivajo na oblikovanje stališč, kot tudi na njihove posledice (Olson & Zanna, 1993).

Kot vidimo, gre pri stališčih za osebno oceno neke ideje, osebe ali predmeta, ki je lahko tako pozitivna, kot negativna. Lahko jih opredelimo tudi kot naučeno navado za odziv na družbene dražljaje. Psihologi so mnenja, da obstajajo zavedna oz. eksplicitna in nezavedna oz. implicitna stališča, kar lahko otežuje njihovo merjenje. Nastanek stališč in njihovo oblikovanje je pod vplivom učenja, osebnih izkušenj in opazovanja (Attitudes, b.l.).

Stališča so pogosto obravnavana kot ena temeljnih spremenljivk, ki vodijo oz. vplivajo na vedenje (Fishbein & Ajzen, 1975). Odnos med stališči in vedenjem ni linearen. Stališča se razvijejo iz preteklih informacij, argumentov in izkustev in na tej osnovi se najprej razvijejo določena mnenja. Tem se nato pridružijo afekti in emocije, od koder naprej izvirajo namere posameznika, ki privedejo do vedenja (Ule & Kline, 1996).

Rutenberg (2003) ugotavlja, da se večina teoretikov strinja, da imajo stališča tri komponente – čustveno, spoznavno in vedenjsko, s pomočjo katerih jih tudi mnogi definirajo, model pa se imenuje »tri-komponentni model stališč«. Vse tri komponente in njihove znake prikazuje Slika 16. **Spoznava komponenta** predstavlja posameznikovo znanje in prepričanja o subjektu. **Čustvena komponenta** seveda predstavlja posameznikove občutke, čustva v odnosu do subjekta. **Vedenjska komponenta** pa se nanaša na posameznikovo pripravljenost na dejanja ali vedenjska nagnjenja, ki izhajajo iz odnosa do nekega subjekta.

Slika 16: Komponente stališč in njihovi znaki

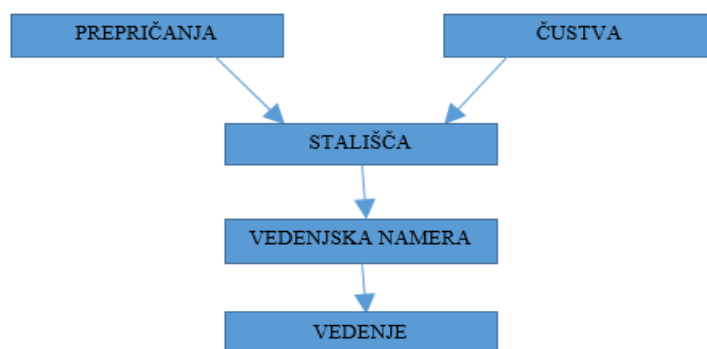


Povzeto in prirejeno po D. I. Hawkins, R. J. Best, & K. A. Coney, Consumer behavior: Building marketing strategy, 2001, str. 395.

Prvi dve komponenti, to sta čustvena in spoznavna, sta tisti, ki ju pojmuje kot determinanti stališč. Na splošno naravnost potrošnika do subjekta namreč vplivajo ravno njegova čustva in prepričanja. Za nekatere proizvode idr. velja, da so bolj odvisni od prepričanj (npr. kupovanje zobne ščetke), za druge pa, da so bolj pogojeni s čustvi ali občutki

(npr. obisk koncerta). Pri vedenjski komponenti pa ne gre za determinanto stališč, vendar za njihovo manifestacijo. Lahko rečemo, da so potrošnikove vedenjske namere v veliki meri odvisne od ostalih dveh komponent in mere njune spremenljivosti (Rutenberg, 2003). Z ozirom na to, lahko rečemo, da so stališča skupek potrošnikovih prepričanj in čustev, ki jih goji do določenega subjekta in njegovih vedenjskih namer (Attitudes, 2015). Trikomponentni model torej poudarja, da vse tri dimenzije pomembno vplivajo druga na drugo ter tako tvorijo splošno stališče (Vida et al., 2010). To pomeni, da če se spremeni ena od komponent, to lahko povzroči tudi spremembe v drugih komponentah. Povezavo med omenjenimi tremi komponentami stališč prikazuje tudi Slika 17.

Slika 17: Povezava med komponentami stališč



Povzeto in prirejeno po J. F. Engel, R. D. Blackwell, & P. W. Miniard, Consumer behavior (8th ed.), 1995, str. 365.

Čustveno komponento sestavljajo pozitivna ali negativna občutja ter ocenjevanja objektov, s katerimi izrazimo naklonjenost ali nenaklonjenost. Če nam je nekaj všeč ali ne, ni v povezavi s spoznavno informacijo ali prepričanji o objektu, vendar gre za ovrednotenje na podlagi splošnih občutkov. Dejstvo je, da nekomu nekaj lahko ni všeč, brez kakršnekoli spoznavne podlage za to. Seveda pa so občutki pogosto rezultat ovrednotenja določenih značilnosti ali karakteristik proizvoda in lahko vplivajo na oblikovanje spoznanj. Pri spoznavni komponenti gre za vedenja, znanja, izkušnje, informacije, vrednostne sodbe in argumente v povezavi s subjektom, v odnosu do katerega oblikujemo stališče. Sestavljena je iz potrošnikovih prepričanj o objektu. Vključuje znanje in percepcije, ki so rezultat neposredne izkušnje z objektom in sprejetih informacij s strani različnih virov. Znanje in percepcije oblikujejo prepričanja in skupek vseh prepričanj o objektu tvori spoznavno komponento stališč. V okviru te komponente govorimo tudi o stereotipih in predsodkih. Če je subjekt stališč oseba, je spoznavna komponenta pogosto nek stereotip, v primeru, ko so stališča zasnovana na nepreverjenih dejstvih, pa govorimo o predsodkih. Čustvena oz. evaluativna komponenta stališč izkazuje pozitivna ali negativna občutja ter ocenjevanja subjektov. Običajno sta spoznavna in čustvena komponenta usklajeni. Razlike med njima bodo najverjetneje vodile v spremembe stališč, in sicer z dodajanjem novih informacij ali z apelom na naša čustva. Vedenjska komponenta pa predstavlja težnjo posameznika, da deluje

na določen način v odnosu do nekega subjekta. Navadno podpre subjekte oz. situacije, do katerih goji pozitivna stališča in prepreči oz. zavrne tiste, do katerih ima negativna stališča. V kontekstu trženja to povezujemo s potrošnikovo nakupno namero (Ule & Kline, 1996). Potrošniki naj bi pri nakupnih odločitvah prešli preko določenih korakov: nevednost o obstoju izdelka ali storitve → zavedanje o obstoju izdelka ali storitve → poznavanje kaj proizvod ali storitev nudi → oblikovanje pozitivnih stališč do proizvoda ali storitve → izražanje večje naklonjenosti enemu proizvodu ali storitvi nad drugim → prepričanje, da bi bil nakup izdelka, storitve pametna odločitev → dejanski nakup izdelka ali storitve. Te korake so uvrstili v tri kategorije, in sicer v spoznavno (zavedanje in poznavanje), čustveno (všečnost in naklonjenost) ter vedenjsko (nakup) (Lee, King, & Reid, 2015). Vidna je skladnost s komponentami stališč in njihov pomen pri nakupnih odločitvah potrošnikov.

Po mnenju Fill-a (2005) je čustvena komponenta edina relevantna za trženje. Seveda so druge komponente za samo oblikovanje stališč tudi pomembne, vendar pa tržniki želijo vplivati predvsem na čustveno komponento in tako doseči pozitivno naklonjenost v odnosu do njihove blagovne znamke.

Kot omenjeno, se nihče ne rodi s stališči in zanje torej velja, da so naučena in izoblikovana tekom življenja. Obstaja veliko notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje stališč. Prvi način oblikovanja stališč je preko opazovanja drugih ljudi, ki jih spoštujemo in jim zaupamo (angl. *modelling*). Ljudje se naučijo stališč tudi preko večkratne izpostavljenosti, večkratnega stika s subjektom (angl. *conditioning*). Verjetneje je namreč, da bomo razvili pozitivna stališča, če bo to vedenje v odnosu do subjekta kakorkoli nagrajeno. Kot primer naj navedeva zvestobo določeni blagovni znamki. Če smo zadovoljni npr. z zobno pasto določene blagovne znamke, bomo nakup ponavljali. Tudi v primeru, da se na tržišču pojavi nov proizvod iste blagovne znamke, bomo nakupu tega bolj naklonjeni, kakor primerljivemu proizvodu druge blagovne znamke, saj imamo s to blagovno znamko dobre izkušnje. Tretji način oblikovanja stališč izhaja iz spoznavnega učenja (angl. *cognitive learning*). Ta vključuje reševanje problemov ali logično sklepanje, ki temelji na razpoložljivih informacijah. To pomeni, da če smo npr. omejeni pri izbiri zobne paste, ki jo nujno potrebujemo in je na voljo v trgovini le ena sama blagovna znamka, se bomo odločili za njen nakup. V primeru, da smo po uporabi z njo zadovoljni, logično razvijemo pozitivna stališča do le-te (Consumer Behaviour-Attitude, 2016).

Tudi Katz (1960) opredeljuje štiri funkcije stališč. Razvil je namreč funkcionalno teorijo stališč, katere namen je razložiti vpliv stališč na družbeno vedenje. Po tej teoriji stališča obstajajo, ker služijo porabnikovemu namenu in so določena preko porabnikovih motivov. Funkcije, ki jih omenja, so prilagoditvena, obrambna, spoznavna in vrednostno-ekspresivna. **Prilagoditveno funkcijo** povezuje s principom nagrade in kazni. V okviru te funkcije posameznik oblikuje stališča glede na to, kakšno zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo mu določen izdelek prinaša. Oglasi, ki ciljajo na omenjeno funkcijo, poudarjajo specifično značilnost, korist izdelka. Stališča se včasih lahko oblikujejo z namenom obrambe, tj. **obrambna funkcija** stališč, da zaščitijo posameznika pred zunanjimi grožnjami ali

notranjimi občutki. Oglasi, ki ciljajo to funkcijo, npr. obljublajo, da bodo z izdelkom postali pravi moški. Tretja funkcija, ki jo omenja, je **spoznavna funkcija**. Nekatera stališča izhajajo iz potrebe po redu, strukturi ali pomenu. Navadno se to pojavi v dvoumni situaciji ali v stiku z novim izdelkom. **Vrednostno-ekspresivno funkcijo** pa izpolnjujejo stališča, ki izražajo posameznikove temeljne vrednote ali samopodobo. To so tista, ki so izoblikovana, ker nekaj povedo o njem, o njegovih vrednotah, življenjskem slogu. Primer je stališče »Berem časnik Finance, torej... «.

Za trženje je izrednega pomena spreminjanje stališč. Od tega je namreč odvisno porabnikovo nakupno vedenje. Vpliv na stališča lahko poteka preko razumskega, čustvenega ali vedenjskega vzvoda. Do razumske spremembe lahko pride preko asociacije o izdelku/storitvi, ki jo poda tržnik. Porabnik to asociacijo sprejme ali ne. Če jo sprejme, mu ta sooblikuje stališče. Tržnik lahko poskuša ustvariti tudi čustveno povezavo med porabnikom in vsebino oglaševanega izdelka/storitve (npr. poudarek oglasov na prijateljstvu, odnosih). Pogost način je z uporabo klasičnega pogojevanja. Na porabnikovo nakupno namero pa lahko tržnik vpliva tudi z deljenjem brezplačnih vzorcev, kuponov, posebnimi akcijami, vladnimi zapovedmi (npr. obvezno podaljšanje registracije avtomobila), poslovniki postopki (npr. uradne ure). Pri tem gre večinoma za uporabo instrumentalnega pogojevanja (Vida et al., 2010).

Za razumevanje stališč in njihove povezave z vedenjem so raziskovalci na tem področju razvili več modelov. Najbolj razširjeni in relevantni za oglaševanje so več-razsežnostni (multiatributivni) modeli, ki temeljijo na tem, da je izdelek ali storitev skupek različnih značilnosti ali kvalitet in da se stopnje pomembnosti teh med ljudmi zelo razlikujejo. Te značilnosti predstavljajo osnovo, na kateri temeljijo potrošnikova stališča. Modeli pomagajo razjasniti posameznikova čustva do izdelka, storitve ali blagovne znamke, hkrati pa so v pomoč tudi pri spreminjanju in merjenju stališč. Z ozirom na te modele je porabnikovo stališče odvisno od prepričanj, ki jih ima o določenem objektu in katerim pripisujejo različne uteži pomembnosti (Vida et al., 2010; G. E. Belch & M. A. Belch, 2001). Stališče do objekta (A) je torej odvisno od treh dejavnikov, in sicer (Vida et al., 2010):

- od pomembnosti prepričanj (B) glede posameznih značilnosti (i) objekta;
- od intenzivnosti posameznega prepričanja (velikost B-ja) (nanašajoč se na stopnjo, do katere posameznik zaznava, da ima objekt določeno značilnost);
- od teže pomembnosti/evalvacija (I_i), ki jo porabnik pripisuje značilnosti B_i ; evalvacija odseva relativno pomembnost značilnosti za porabnika, zato jim pripisujemo različne uteži.

V okviru teh modelov je najbolj razširjen t.i. Fishbeinov model, ki meri tri komponente stališč: pomembna prepričanja, povezanost objekta z značilnostjo in evalvacijo vsake značilnosti. Kot vsak model, tudi ta temelji na dveh predpostavkah, in sicer, da je moč pravilno opredeliti pomembne značilnosti za porabnika in da je prisotna velika vpletenost

porabnika, saj mora ta določiti pomembne značilnosti, jih pripisati uteži in sešteti. Omenjene komponente stališč so združene v oceno stališča v naslednji enačbi (1) (Vida et al., 2010):

$$A_{ij} = \sum B_{ij}I_i \quad (1)$$

i = značilnost

j = blagovna znamka

B = pomembnost prepričanj glede posameznih značilnosti objekta

I = pomembnost značilnosti

Celotno oceno stališča (A_{ij}) pridobimo s seštevanjem zmnožkov prepričanj in uteži za posamezne značilnosti (Vida et al., 2010). G. E. Belch & M. A. Belch (2001) kot primer navajata zobno pasto. Potrošnik ima določena prepričanja glede različnih blagovnih znamk zobnih past. Za eno izmed past naprimer velja, da vsebuje fluorid in zato preprečuje karies, ima osvežilen okus in preprečuje nalaganje zobnega kamna, medtem ko za drugo blagovno znamko zobne paste velja, da omenjenih karakteristik nima, vendar pa osvežuje dah in ima moč beljenja zob. Potrošniki omenjenim karakteristikam pripisujejo različno težo oz. pomembnost, zato je za predvidevanje stališč pomembno poznavanje razpona teh pomembnosti.

Potrošniki imajo lahko številna prepričanja o blagovnih znamkah različnih skupin proizvodov, vendar se vsa ta prepričanja ne bodo izrazila v stališčih. Tista, ki se bodo, imenujemo poglobljena stališča (angl. *salient beliefs*). Tržniki težijo k prepoznavanju in razumevanju le-teh, ključno pa je tudi prepoznati, kako se poglobljena stališča razlikujejo med različnimi tržnimi segmenti in v okviru raznolikih potrošniških situacij (G. E. Belch & M. A. Belch, 2001).

Merjenje stališč igra pomembno vlogo pri preučevanju in izvajanju prepričevanja. Določene raziskovalne tehnike omogočajo preverjanje hipotez in sledenje spremembam v stališčih in prepričanjih. Brez kakršnekoli znanstveno zanesljive metode namreč ne bi vedeli, kako ljudje ocenjujejo politična in družbena vprašanja, kako prepričljiva komunikacija (angl. *Persuasive communications*) vpliva na občutke in mnenja ljudi ipd. (Perloff, 2010). Merjenje stališč lahko zagotovi razumevanje nakupnih preferenc glede določene blagovne znamke ali storitve. Stališča so neke vrste predhodnik vedenja in jih lahko uporabimo za predvidevanje vedenja posameznika. Če so posameznikova nagnjenja do določenega subjekta ali storitve pozitivna, to verjetneje vodi do, za podjetje oz. blagovno znamko, želenega odziva (Hatzios, 1996). Težava merjenja stališč pa je v tem, da so hipotetičen konstrukt in jih je zato nemogoče neposredno ocenjevati (Vida et al., 2010).

Zametek vprašalnikov za preverjanje stališč sega že v leto 1928, ko je Louis Thurstone objavil članek z naslovom »Attitudes can be measured«. S tem se je začel razvoj metodologij za merjenje stališč. Danes imamo zato že uveljavljene metodologije za ocenjevanje stališč, poleg tega je bilo oblikovanih mnogo vprašalnikov, ki so namenjeni merjenju prepričanj in

stališč glede številnih tematik. Določene metode merijo splošna stališča do objektov, medtem ko druge metode merijo posamezne komponente (Vida et al., 2010). Fishben in Ajzen (1975) sta našla več kot 500 načinov za merjenje stališč. Ti vključujejo klasične, samo-opisne lestvice za merjenje stališč, kot so Likertova, Guttmanova, Thurstonova idr.; ostali indeksi pa izhajajo bolj iz besednih opisov, npr. opis čustev, mnenj, namenov, opazk z enim stavkom, asociacij, pripovedovanja stavkov, opazovanja vedenja ter psiholoških meritev.

Tržniki se z namenom spreminjanja ali krepiteve stališč potrošnikov poslužujejo različnih strategij. Najpogosteje uporabljena strategija je preko opominjanja potrošnika na uspešnost ali učinkovitost njihove blagovne znamke v okviru določene karakteristike proizvoda. Pogosto poskušajo spremeniti potrošnikova stališča tudi tako, da spreminjajo relativno pomembnost določene karakteristike. To pomeni, da spremenijo potrošnikove percepcije glede pomembnosti določene karakteristike. Ena izmed strategij je tudi vplivati na to, da potrošniki vzamejo v obzir novo karakteristiko, ki jo dodajo k formaciji stališč. Lahko pa vplivajo tudi na spreminjanje potrošnikovih percepcij oz. prepričanj o konkurenčni blagovni znamki. To je še posebno opazno pri primerjalnem oglaševanju (G. E. Belch & M. A. Belch, 2001).

Pomembno pa je omeniti tudi dejstvo, da se potrošniki pogosto ne vedejo v skladu s svojimi stališči. Na vedenje potrošnikov namreč vpliva še kar nekaj dejavnikov. To lahko povežemo z naslednjimi razlogi (Attitudes, 2015):

- nezmožnost;
- konkurenca/tekmovanje za resurse;
- družbeni vpliv;
- omejitve pri merjenju stališč (potrošniki pogosto težko številčno ovrednotijo svoja pozitivne oz. negativne občutke in prepričanja in zato njihove ocene ne dajo zanesljivih rezultatov, ki bi bili resnični odraz njihovih stališč, poleg tega so možne tudi napačne, neprimerne meritve in posledično neodkrita ali napačno interpretirana stališča).

4.2 Stališča do oglaševanja

Že od majhnih nog smo vsi izpostavljeni množičnim medijem in tako vsakodnevno prepričevanju. Prepričevanje je uporaba komunikacije, katere cilj je vplivati na prepričanja, vrednote in stališča prejemnikov ter tako spremeniti njihovo vedenje (Ule & Kline, 1996). V tem primeru informacije do ljudi prihajajo od zunaj (Fishben & Ajzen, 1975). Ljudje se stališč namreč lahko naučijo preko direktnega stika s subjektom ali preko informacij, ki jih o subjektu pridobijo od zunaj. Prepričevanje temelji na argumentih in govornih učinkih. Gre torej za obliko vplivanja, ki temelji na predispozicijah in ne na vsiljevanju (Ule & Kline, 1996).

Ule & Kline (1996) povzemata in dodajata, da je obstoječa stališča lažje okrepiti, kot pa jih spremeniti, kar pomeni, da je prepričljiva komunikacija kompleksen in negotov proces. Spremembo stališč je najlažje spremeniti s tem, če se spremeni mnenja ali prepričanja. Ta namreč sestavljajo spoznavno dimenzijo stališč in prepričanje se najlažje in najbolj neposredno izrazi v jeziku.

Prepričevalci si prizadevajo spreminjati stališča na različne načine. Eden izmed pogosto uporabljenih načinov je t.i. »bombardiranje« ljudi s številnimi pravimi ali izmišljenimi dejstvi. Pogosto je namen prepričevalcev doseganje določenega dejanja pri prejemnikih, kot je npr. nakup določenega blaga, glasovanje za določenega kandidata na volitvah ... (Ule & Kline, 1996).

Podjetja, kot eno izmed najučinkovitejših orodij prepričljive komunikacije, uporabljajo oglaševanje. Oglaševanje je pomemben družbeni fenomen, ki stimulira potrošnjo in ekonomsko aktivnost. Potrošniki so vsak dan izpostavljeni številnim oglasom v različnih množičnih medijih. Zyman in Brot (2002) poudarjata, da se morajo podjetja ravno zaradi številne izbire, ki jo imajo potrošniki na trgu, zavedati vedno večjega pomena oglaševanja in vanj vlagati vedno več truda. Vsak posameznik poseduje določeno mnenje o različnih vidikih oglaševanja, ki se razteza od občudovanja, razvedrila, do cinizma in obsojanja. Nezaupanje in dvom v oglaševanje je izrednega pomena, saj ogrozi kredibilnost oglaševanja in zmanjšuje njegovo učinkovitost, kar posledično privede do potrebe po večjih vložkih in kreativnosti za doseg istega učinka. Pozitivna ali negativna stališča do določenega oglasa ali oglaševanja nasploh, namreč pomembno vplivajo na učinkovitost oglaševanja (Polay & Mittal, 1993).

Lutz (1985 v Mehta & Purvis, 1995) definira stališče do oglasa, kot naučeno nagnjenje porabnika, da se pozitivno ali negativno opredeli v odnosu do določenega oglaševalskega stimulusa, ki mu je izpostavljen. Ta definicija konstrukta je skladna s splošno definicijo stališč, avtorjev Fishbein in Ajzen (1975). Lutz in MacKenzie (1989) poudarjata, da se definicija stališča do oglasa nanaša na izpostavljenost porabnika točno določenemu oglasu in ne definira splošnega porabnikovega stališča do oglaševanja. Stališče do oglaševanja je namreč definirano kot odziv posameznika do oglaševanja v splošnem, ki mu je posameznik lahko naklonjen ali ne, pri stališču do oglasa pa gre za situacijski konstrukt, ki zajema odziv v času izpostavljenosti oglasu. Stališča do oglaševanja v splošnem so postala središče raziskav, ko so raziskovalci ugotovili, da so le-ta pomembna determinanta stališč do oglasov in posledično učinkovitosti oglasov (Mehta & Purvis, 1995), saj se potrošnikove zaznave do oglaševanja izrazijo v njegovih mislih in občutkih ter tako posledično vplivajo na njegova stališča do oglaševanja (Lutz & MacKenzie, 1989).

4.2.1 Pomen obravnavanja stališč do oglaševanja in oglasov

Stališča do oglaševanja so bila predmet zanimanja številnih raziskovalcev že od druge svetovne vojne, katerih cilj je bil razumeti učinkovitost oglaševanja. Prve študije, ki

vključujejo ameriške potrošnike iz časa druge svetovne vojne, poročajo o relativno pozitivnemu pogledu javnosti na oglaševanje. Ta trend se je nadaljeval tudi v petdesetih letih prejšnjega stoletja. Kot primer lahko navedemo raziskavo iz leta 1951, ko je 84 % anketiranih družin v oglaševanju videlo spodbudo za izboljšanje življenjskega standarda in raziskavo iz leta 1951, ko je 80 % anketiranih oglaševanje povezovalo z izboljšanjem blaginje. V šestdesetih in sedemdesetih letih pa se je stanje obrnilo in število Američanov, ki so pozitivno dojemali oglaševanje, je do leta 1974 padlo kar na 37 % (iz 80 % v vojnih časih) (Mittal, 1994). Zanet (1981 v Polay & Mittal, 1993) je po pregledu različnih študij prišel do ugotovitve, da so stališča Američanov do oglaševanja skozi leta postala bolj negativna.

Kljub negativnemu trendu pa ne moremo zanemariti ugotovitve, da so potrošniki navkljub temu večinoma pozitivno naklonjeni določenim aspektom oglaševanja. Raziskava Bauer-ja in Greyser-ja iz leta 1968 je bila prva sistematična študija, ki je prepričanja in stališča do oglaševanja obravnavala kot institucijo. V njej sta raziskovala pomembnost vpliva oglaševanja na druge aspekte življenja Američanov, misli in občutke do oglaševanja na splošno, stališča o družbenih in ekonomskih vidiki oglaševanja in odnos do nekaterih tiskanih oglasov ter prišla do zaključka, da večina potrošnikov pozitivno dojema ekonomske vidike oglaševanja (kot npr. dvig življenjskega standarda, spodbuda ekonomskega razvoja, znižanje/povišanje cen), vendar se negativno opredeli do družbenih vidikov oglaševanja (kot npr. spodbuda oglaševanja k nepotrebnim nakupom) (Polay & Mittal, 1993; Mittal, 1994.; Shawit, Lowrey, & Haefner, 1998). V raziskavi iz leta 1989 je 80 % anketirancev, kar je za 54 % več kot v letu 1964, menilo, da oglaševanje spodbudi ljudi k nakupu stvari, ki jih sicer ne bi kupili (Calfee & Ringold, 1994). Mittal je s študijo iz leta 1994 prišel do ugotovitve, da je zaradi negativnih stališč do oglaševanja oglaševanje v krizi. Kljub temu pa redke študije iz zadnjega desetletja kažejo na to, da stališča do oglaševanja le niso tako negativna. Shawit, Lowrey in Haefner (1998) ugotavljajo, da je ameriška javnost oglaševanju delno naklonjena, saj kljub nezaupanju vanj, uživajo v oglasih, ki jih vidijo, sprejemajo njihovo informativno naravo in jih dojemajo kot uporabno vodilo pri njihovih nakupnih odločitvah.

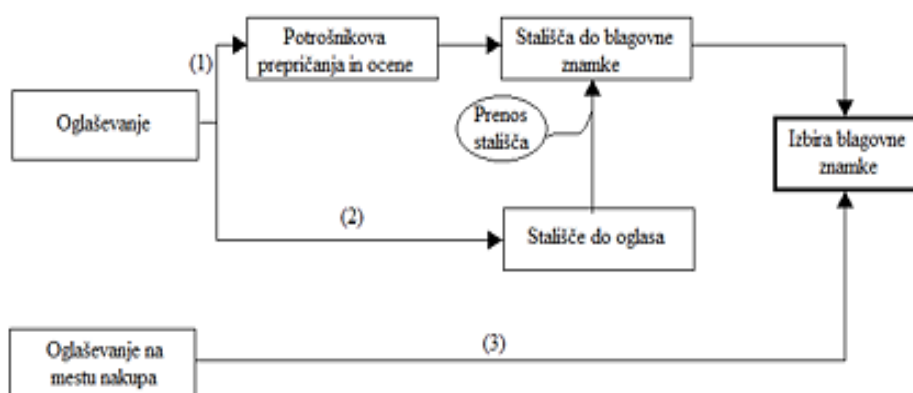
Za stališča velja prepričanje, da so relativno stabilna in predstavljajo neko predispozicijo, nagnjenost k ravnanju v določeni smeri. Posledično so lahko uporabna za napoved porabnikovega ravnanja v odnosu do nekega izdelka ali storitve. Z drugimi besedami lahko rečemo, da so relevanten konstrukt, ki omogoča raziskovanje učinka oglaševanja (Mitchell & Olson, 1981). Ravno zato je njihovo obravnavanje izrednega pomena, saj so lahko v veliko pomoč podjetjem pri pripravi in izvedbi njihovih tržnih pristopov. Številne študije so prišle do zaključka, da so stališča do oglaševanja na splošno ključen in utemeljen kazalec rezultatov oglaševanja. Kot omenjeno v nadaljevanju, so stališča do oglaševanja na splošno dejavnik, ki pomembno vpliva na stališča do določenega oglasa (Lutz v Muehling, 1987), ta pa vplivajo na razvoj stališč do blagovne znamke in nakupne namere (Jin & Lutz, 2013).

Ni presenetljivo, da so se številni raziskovalci v nadaljevanju osredotočili na raziskovanje povezave med stališči do oglasov, stališči do blagovne znamke in nakupno namero.

Holbrook je že leta 1978 izpostavil pomembnost razumevanja ovrednotenja oglasov s strani gledalcev. Mitchell in Olson (1981) ter Shimp (1981) so nato vpeljali pomembnost stališča do oglasa kot konstrukta, Haley in Baldinger (1991) ter Franzen (1997) pa so izpostavili, da je všečnost oglasa eden najpomembnejših kazalcev njegove učinkovitosti (Brown & Stayman, 1992). Učinkovito oglaševanje naj bi povečalo zavedanje potrošnikov o proizvodu oz. blagovni znamki, pozitivno vplivalo na njihova stališča in povečalo verjetnost za nakup oglaševanega proizvoda (Uribe, 2015). Shimp (1981) ter Mitchel in Olson (1981) so prvi izpostavili, da je izbira blagovne znamke s strani potrošnika pod vplivom stališč do oglaševanja oz. oglasov in ovrgli Fishbeinovo stališčno teorijo, ki pravi, da so prepričanja edini dejavnik, ki vpliva na oblikovanje in spremembo stališč (Muehling & McCann, 1993). Shimp (1981) opisuje tri mehanizme, prikazane na Sliki 18, ki vplivajo na izbiro blagovne znamke.

Prva pot odraža visoko vpletenost, kar pomeni, da so potrošnikova prepričanja in ocene odraz oglaševanja, na podlagi česar se oblikuje stališče do blagovne znamke in nakupna namera je v tem primeru odvisna od naklonjenosti potrošnikovih stališč. Tretja pot prikazuje odvisnost izbire blagovne znamke od oglaševanja na mestu nakupa. Druga pot, ki je za našo tematiko najpomembnejša, pa prikazuje vpliv stališč do oglasa, ki se prenese na stališče do blagovne znamke in posledično vpliva na izbiro blagovne znake (Shimp, 1981).

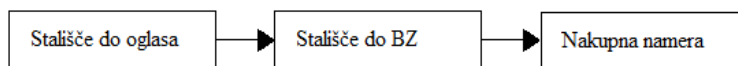
Slika 18: Mehanizem izbora blagovne znamke



Povzeto in prirejeno po T. A. Shimp, Attitude toward the ad as a mediator of consumer brand choice. Journal of Advertising, 1981, str. 12.

Kljub vsemu pa določene študije niso dokazale direktne povezave med stališči do oglasa in stališči do blagovne znamke, medtem ko so drugi odkrili močno indirektno povezavo (npr. Homer, 1990) (Brown & Stayman, 1992). V ta namen sta Brown in Stayman (1992) izvedla meta-analizo. V njej sta ugotovila, da je ena od najpogostejših povezav ravno ta, da se stališča do oglasa prenesejo na proizvode oz. blagovne znake in so zato pomemben moderator stališč do blagovne znamke, ta pa imajo močno pozitiven vpliv na nakupno namero (Slika 19) in tako potrdila ugotovitve, prikazane na prejšnji Sliki 18 (Poh & Adam, 2002).

Slika 19: Povezava med stališčem do oglasa, stališčem do blagovne znamke (BZ) in nakupno namero



Povzeto in prirejeno po D. M. H. Poh & S. Adam, *An exploratory investigation of attitude toward the website and the advertising hierarchy of effects*, 1981, str. 35.

Seveda v tej hierarhiji povezav obstajajo tudi druge potencialne, a nekoliko manj preučene komponente, kot je zaznavanje blagovne znamke (Bruner & Kumar, 2000). V okviru tega je smiselno omeniti dobro empirično podkrepjen model, ki predpostavlja dvojno posredovanje (angl. *dual mediation hypothesis*), ki ga prikazuje Slika 20. Ta poleg direktnega vpliva zaznavanja oglasa na stališče do blagovne znamke, poudarja še pomen indirektni poti, in sicer preko zaznavanja blagovne znamke (Brown & Stayman, 1992)

Slika 20: Model dvojnega vpliva



Povzeto in prirejeno po S. B. MacKenzie, R. J. Lutz, & G. E. Belch. *The Role of Attitude toward the Ad as a Mediator of Advertising Effectiveness*, 1983, str. 131.

Obstaja še nekaj drugih modelov stališč, katerih empirična veljavnost ni tako močna in jim zato ne bova posvečali posebne pozornosti.

Pri stališčih gre za koncept čutne zaznave do trženja in oglaševanja. Tako, kot se čutne zaznave nanašajo na to, kako ljudje dojemajo in obdelajo čutne dražljaje preko svojih petih čutov, se stališča potrošnikov nanašajo na to, kako posamezniki oblikujejo mnenja o podjetjih in izdelkih preko nakupov, ki jih opravijo (Blank, 2015). Stališča namreč usmerjajo pozornost, kar pomeni, da delujejo na selektivnost percepcije. Zaradi stališč v množici vtisov in dražljajev vidimo in posledično izberemo le tisto, kar je v skladu z našimi stališči (Ule & Kline, 1996). Všečnost oglasa ima zato pozitiven vpliv na pozornost in obdelavo informacij (Pelsmacker, Geuens, & Van der Bergh, 2005). Številne študije so potrdile, da je oglaševanje bolj učinkovito pri tistih, pri katerih oglaševanje vzbudi pozitivna čustva in ima pozitiven vpliv na stališča do blagovne znamke. Brown, Homer in Inman (1998 v Pham, Geuens, & Pelsmacker, 2013) so izvedli meta-analizo, ki je pokazala, da povprečna korelacija med čustvi, vzbujenimi z oglasom in stališči do blagovne znamke znaša okoli 0,35 do 0,40, kar predstavlja »srednjo do veliko« povezanost.

Podjetja oz. prodajalci zato stremijo k ustvarjanju pozitivnih stališč. V ta namen uporabljajo zaznavno teorijo potrošnikov, da ugotovijo, kako jih potrošniki dojemajo in da oblikujejo primerne trženjske in še posebej oglaševalske aktivnosti, s ciljem obdržati obstoječe stranke, utrditi njihovo naklonjenost blagovni znamki in privabiti nove (Blank, 2015).

Cilj podjetij je torej spreminjanje porabnikovih stališč in tako v njegovih očeh ustvarjati določene prednosti, ki jih ima proizvod neke blagovne znamke pred konkurenčnimi proizvodi in s tem vplivati na njegovo nakupno odločitev. Baker (2001) povzema, da je poglavitni namen oglaševanja vplivati na percepcije, ki vplivajo na izbiro blagovne znamke. Na splošno velja, da bo izpostavljenost določenemu oglasu vodila do tega. To bi seveda veljalo le, če bi nakupni odziv bil takojšen, vendar pa obstajajo določene omejitve, kot so čas med izpostavljenostjo oglasu in možnostjo nakupa, priporočila, izpostavljenost drugim oglasom, razpoložljivost in cena (Cramphorn, 2014).

Tudi Chris Fill (2005) pravi, da je oglaševanje neosebna oblika množičnega komuniciranja, ki omogoča osebam, odgovornim za oblikovanje in dostavo reklamnih sporočil, visoko stopnjo kontrole. Ni pomembno le, da ta obstaja, pač pa je še posebej pomembno, da je tovrstna komunikacija kar se da učinkovita. Ta pa je lahko seveda bolj učinkovita, če podjetja poznajo stališča potrošnikov, saj ta usmerjajo njihova vedenja in pomembno vplivajo na njihova nakupna vedenja. V tem primeru lahko svoje trženjske pristope bolj prilagodijo njihovim stališčem, jih lažje pritegnejo in prepričajo. Stališča do oglaševanja in oglasov so zato za potrebe podjetja zelo uporabna in imajo prav poseben pomen na področju trženja. Tržniki morajo jasno razumeti vzročne determinante oblikovanja stališč in njihove spremembe. Ti vzročni vplivi so kritičnega pomena za trženjske odločitve, saj so v pomoč trženjskim raziskovalcem pri merjenju vedenjskih odzivov na trženjske pristope, hkrati pa pomagajo tržnikom pri razvoju učinkovitejše strategije trženja (Mitchell & Olson, 1981)

Dandanes je zelo pomembno, da se podjetja zavedajo pomena trženjskega komuniciranja. Tradicionalne komponente modela 4P namreč niso več tako učinkovite, kot so bile v preteklosti. Konkurenca je vedno močnejša in podjetja zlahka prevzemajo ideje med sabo. Trženjsko komuniciranje zato pridobiva na pomenu, saj omogoča določeno mero diferenciacije med konkurenti. Omogoči lahko vzdržno konkurenčno prednost ter oblikovanje in vzdrževanje dolgoročnih odnosov z obstoječimi in potencialnimi strankami (Oancea, 2015).

4.2.2 Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje stališč do oglaševanja

Oglaševanje lahko vpliva na potrošnike na različne načine. Primarni cilj oglaševalskih kampanj je vplivati na potrošnikovo razmišljanje, stališča in vedenje, ki se bo z večjo verjetnostjo izrazilo v nakupnem vedenju, usmerjenemu k nakupu oglaševane blagovne znamke. Zato je zelo pomembno, da je komunikacija podjetja s potrošnikom kar se da učinkovita, kar pa je v veliki meri povezano s stališči potrošnika do oglasa dotičnega proizvoda, na katero vplivajo različni dejavniki. Če podjetja torej želijo doseči učinkovito

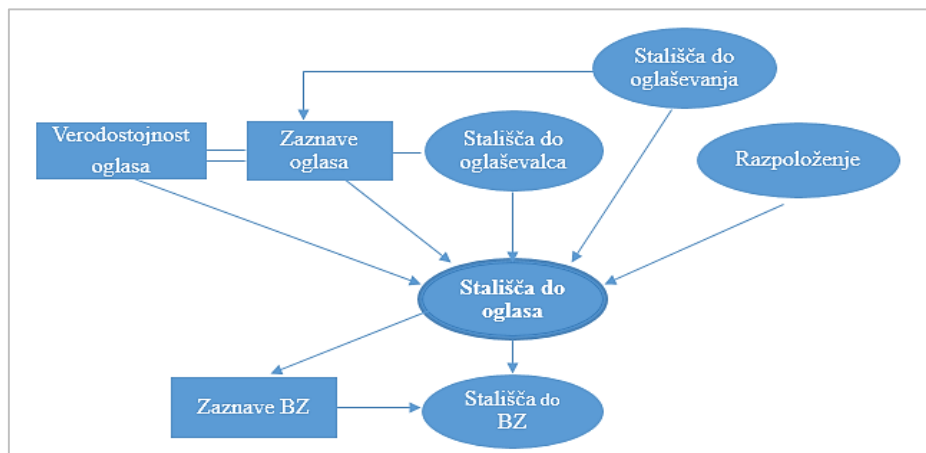
komunikacijo s potrošniki, vplivati in spreminjati njihova stališča, morajo te dejavnike dobro poznati in preučiti.

Model stališč do oglaševanja, ki sta ga oblikovala Lutz in MacKenzie (1989) na temeljih njunega sodelovanja z Belch-om iz leta 1983, ki pojasnjuje kar 70 % variance stališč do oglasa, nakazuje, da na stališča do določenega oglasa vpliva pet dejavnikov. Med te uvršča kredibilnost oglasa, zaznavanje oglasa, obstoječa stališča do naročnika oglasa, razpoloženje in stališča do oglaševanja na splošno. To izhaja iz perspektive, ki jo je izpostavil Shimp (1981), kateri obravnava stališča do oglasa kot odraz potrošnikovih spoznavnih in čustvenih odzivov na oglas in prav tako temelji na teoretičnih izhodiščih t.i. modela verjetnosti obdelovanja sporočila oz. ELM modela (angl. *Elaboration likelihood model*), avtorjev Petty in Cacioppo (1981). Ta namreč predpostavlja dve ključni poti, preko katerih prepričljiva komunikacija lahko vpliva na ciljno publiko ter oblikovanje njihovih stališč, in sicer centralno procesiranje in periferno procesiranje.

V okviru **centralnega procesiranja** ima ključen vpliv sporočilo oglasa, medtem ko je pri **perifernem procesiranju** publika bolj pod vplivom vira sporočila ali okoliških dejavnikov oz. ostalih elementov oglasa, kot pa pod vplivom dejanskega sporočila. Kredibilnost oglasa in zaznave oglasa naj bi tako vplivale na stališča do oglasa preko centralnega procesiranja, vsi ostali dejavniki pa vplivajo preko periferne poti. S tem sta povezala tudi vpletenost potrošnika v oglas, za kar sta ugotovila, da višja kot je vpletenost osebe, večja je verjetnost centralnega procesiranja. Lahko rečemo, da je mera vpletenosti tista, ki določa, po kateri poti bomo uspeli prepričati posameznika. V primeru visoke vpletenosti, kot že rečeno, bo posameznik z večjo verjetnostjo ubral pot centralnega procesiranja. Tak posameznik, ki je aktivno vpleten in motiviran, bo informacije oglasa skrbno preučil in ovrednotil, zato morajo biti te skrbno oblikovane, kakovostne in podprte z argumenti. S tem lahko dolgotrajno spremenimo potrošnikova stališča. Manj vpleteni posamezniki, ki oglas zato le bežno spremljajo, ne procesirajo informacije aktivno in niso motivirani za prevzem in preučitev sporočil tega oglasa, so torej bolj podvrženi perifernemu procesiranju. Pozitivna stališča se lahko v primeru teh potrošnikov oblikujejo, če so jim vseč spremljajoči elementi oglasa, kar lahko poimenujemo kar periferni namigi ali neke vrste periferne bližnjice (angl. *peripheral cues*); to so lahko barve, prikazi, glasba, osebe, ki se pojavljajo v oglasih, humor ipd. V primeru manj vpletenega posameznika so zato bolj pomembni drugi dejavniki oz. elementi oglasa, kot pa samo sporočilo in argumenti oglasa, saj na podlagi njih oblikuje stališča, ki pa so bolj kratkotrajne narave. Za oglaševalce je sicer v večjem interesu doseči dolgotrajno spremenjenost stališč v prid njegovemu izdelku, vendar pa se zavedajo, da je stopnja vpletenosti za njihovo kategorijo proizvodov pogosto nizka in da potrošniki niso motivirani za miselno procesiranje oglasa. Iz tega razloga je centralno procesiranje težko doseči, zato se pogosteje osredotočijo na ostale elemente oglasa, ki dosežejo periferno procesiranje (G. E. Belch & M. A. Belch, 2001; Lutz & Mackenzie, 1989). Pri modelu Lutz-a in MacKenzie-a gre za osebne dejavnike, z drugimi besedami dejavnike, ki so specifični za vsakega posameznika.

Na Sliki 21 prikazujeva poenostavljeno različico modela brez pod-determinant, ki pa jih izpostaviva v okviru razlage vsakega od petih dejavnikov. Dejavniki, prikazani v kvadratih predstavljajo konstrukte zaznavne komponente, elipse pa konstrukte čustvene komponente.

Slika 21: Strukturni model dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanja stališč do oglasov



Povzeto in prirejeno po R. J. Lutz & S. B. MacKenzie, An Empirical Examination of the Structural Antecedents of Attitude toward the Ad in an Advertising Pretesting Context, 1989, str. 53.

Verodostojnost oglasa se nanaša na stopnjo, do katere potrošnik sprejema trditve o blagovni znamki v oglasu kot resnične in verodostojne. Predstavlja enega izmed mnogih odzivov na oglasni stimulus. Verodostojnost oglasa je torej poseben vidik zaznav oglasa, kar je na Sliki 21 predstavljeno z vzporednicama, ki ju povezujejo. Na verodostojnost oglasa vplivajo tri determinante, in sicer neskladje trditev oglasa, verodostojnost oglaševalca in verodostojnost oglaševanja. Slednja predstavlja potrošnikove zaznave o verodostojnosti in resničnosti oglaševanja na splošno, in ne posameznega oglasa. Pri verodostojnosti oglaševalca pa gre za zaznavanje verodostojnosti in odkritosti naročnika oglasa (Lutz & MacKenzie, 1989).

Zaznave oglasa Lutz in MacKenzie (1989) definirata kot večdimenzionalno zbirko potrošnikovih zaznav oglasnega dražljaja. Karakteristike izvedbe oglasnega dražljaja, stališča do oglaševanja na splošno in stališča do oglaševalcev so determinante, ki vplivajo na zaznave oglasa. Tukaj gre za razlikovanje med zaznavami blagovne znamke (npr. prepričanja o blagovni znamki) in zaznavami oglasa (npr. prepričanja o oglasu kot takem).

Stališča do oglaševalca oz. naročnika oglasa predstavljajo odziv do naročnika oglasa, ki mu je posameznik lahko naklonjen ali nenaklonjen. Za razliko od stališča do oglasa, stališče do naročnika oglasa predstavlja skupek, skozi čas pridobljenih informacij in izkušenj, zato so ta stališča nekoliko manj spremenljiva. Lutz, MacKenzie in Belch (1983) menijo, da na zaznavo oglaševalca s strani potrošnika najbolj vplivajo atraktivnost, ugled in podobnost.

Naslednji konstrukt čustvene komponente, ki vpliva na stališča do oglasa, je **razpoloženje**. Lutz in MacKenzie (1989) menita, da gre za čustveno stanje potrošnika v času

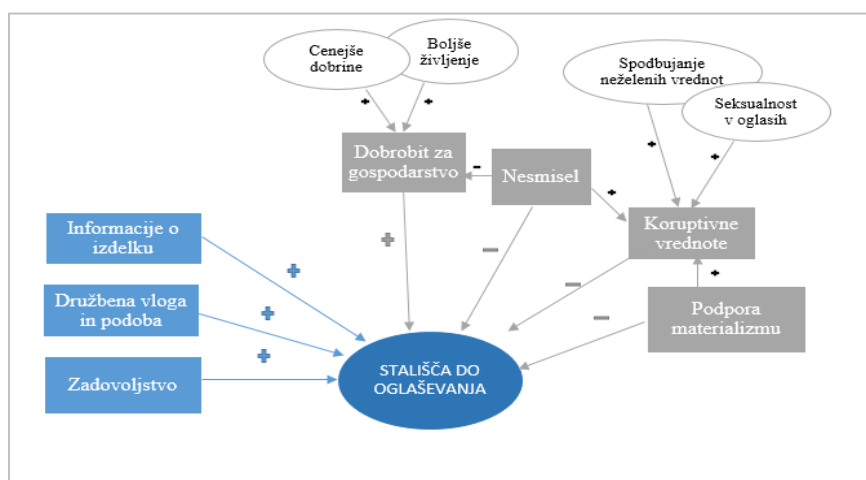
izpostavljenosti oglasu. Razpoloženje je lahko neposredno povezano z oglasnim dražljajem, ali je rezultat spoznavne obdelave informacij, na kar vpliva razpoloženje. Na razpoloženje vplivajo le zunanji dejavniki, med katere spadajo značilnosti izvajanja oglasa, značilnosti posameznika in okoliščine, v katerih je potrošnik soočen z oglasom (Lutz & MacKenzie, 1989). Lahko rečemo, da gre za spreminjajočo se spremenljivko, ki se razlikuje od posameznika do posameznika in je pod vplivom okoliščin. V okviru tega je smiselno omeniti tudi dejavnike, kot so izvedba oglasa, razpoloženje, ki ga oglas povzroči, stopnja do katere oglas vzbudi pozornost v očeh gledalca in okoliščine, v katerih mu je oglas predan. Ti namreč lahko vplivajo na porabnikova mišljenja o oglasu, kar lahko vodi do mišljenja o proizvodu ali blagovni znamki (Poh & Adam, 2002). Številni avtorji, katerih mnenja povzemata Muehling in McCann (1993), poleg tega izpostavljajo, da so pomembne tudi posameznikove čustvene in druge, z oglasom nepovezane reakcije v času izpostavitve oglasu.

Kot zadnja naj omeniva še **stališča do oglaševanja na splošno**, ki sva se jih dotaknili že v okviru definicije stališč do oglasa in v okviru raziskav s tega področja v poglavju pomen obravnavanja stališč do oglaševanja in oglasov. Kot omenjeno, stališča do oglaševanja definiramo kot naučene predispozicije posameznika za odziv na oglaševanje v splošnem, ki mu je lahko naklonjen ali nenaklonjen (Mehta & Purvis, 1995). Sandage in Leckenby (v Muehling, 1987) menita, da so stališča do oglaševanja sestavljena iz instrumentalne in institucionalne komponente. Institucionalno komponento opredeljujejo namen in učinki oglaševanja in zavzema vlogo, ki jo ima oglaševanje za celotno družbo, medtem ko instrumentalna komponenta predstavlja implementacijske učinke oglaševanja. Oglaševanje kot institucijo sta prva sistematično preučevala Bauer in Greyser leta 1968. Osredotočila sta se na relacijo med potrošnikovimi stališči do oglaševanja na splošno in njihovimi ocenami različnih specifičnih oglasov. Ugotovila sta, da med zaznavanjem oglasov kot nadležnih, zabavnih, informativnih ali žaljivih, in stališči do oglaševanja obstaja močna povezava. Izkazalo se je, da potrošniki kritično gledajo na oglaševanje zaradi njegove nadležnosti, kar lahko vodi do padca učinkovitosti oglaševanja. Kot je razvidno iz Slike 21, ima stališče do oglaševanja tako indirektno, preko zaznav oglasa, kot tudi direktno vpliv na oblikovanje stališč do oglasa. Do slednjega vodi posploševanje, saj lahko posameznikovi čustveni odzivi na oglaševanje vplivajo na njegova stališča do posameznega specifičnega oglasa (Lutz & MacKenzie, 1989).

Enega izmed najbolj relevantnih modelov, ki se dotika stališč do oglaševanja na splošno, sta razvila Polay in Mittal leta 1993. Gre za sedem faktorski model dejavnikov, ki vplivajo na posameznikova stališča do oglaševanja (Slika 22). Omenjeni model vključuje tri osebne dejavnike in štiri družbene dejavnike. Med osebne dejavnike sta uvrstila informacijo o izdelku, njegovo družbeno podobo in vlogo ter zadovoljstvo (na Sliki 22 prikazani v modrih okvirjih), ki ga izdelek prinaša; med družbene pa pozitiven vpliv na gospodarstvo, podporo materializmu, koruptivne vrednote in nesmisel (na Sliki 22 prikazani v sivih okvirjih) (Polay & Mittal, 1993). Prikazani so tudi sekundarni dejavniki (na Sliki 22 prikazani z elipsami), ki posredno vplivajo na stališča do oglaševanja. Izkazalo se je, da ima pet od sedmih vključenih

dejavnikov pomemben, statistično značilen vpliv in pojasnjuje 64 % variance stališč do oglaševanja. Med osebnimi dejavniki se je kot najpomembnejša izkazala informacijska vloga oglaševanja, nekoliko manj zadovoljstvo, medtem ko družbena vloga in podoba naj ne bi imeli bistvenega vpliva. Bistveni družbeni dejavniki za stališča do oglaševanja pa so pozitivna vloga, ki jo ima oglaševanje na gospodarstvo, nesmisel in podpiranje materializma (Polay & Mittal, 1993).

Slika 22: Model strukture dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje stališč do oglaševanja



Povzeto in prirejeno po R. W. Polay & B. Mittal, *Here's the beef: factors, determinants, and segments in consumer criticism of advertising*, 1993, str. 104.

Robert H. Ducoffe (1995) omenja kot pomemben koncept in dejavnik vpliva na stališča do oglasa tudi vrednost oglaševanja (angl. *advertising value*) za potrošnike. To definira kot subjektivno ovrednotenje relativne vrednosti ali uporabnosti oglaševanja za potrošnika. Poudarja uporabnost tega koncepta pri razumevanju, kaj je razlog za pojav stališč, ki so oglaševanju naklonjena ali nenaklonjena. Smiselno namreč sklepa, da bodo potrošnikova stališča bolj naklonjena oglaševanju, kateremu pripisuje višjo vrednost. Prišel je do ugotovitve, da obstaja vpliv informativne in razvedrilne vloge oglasa ter njegove nadležnosti na vrednost oglaševanja (Ducoffe, 1995).

Tudi starost in izobrazba sta dva osebna, specifična dejavnika, ki imata lahko omembe vreden vpliv na stališča do oglasa. Muehling in McCann (1993) povzemata, da študentje pogosto vrednotijo oglase bolj pozitivno kot starejša populacija, in da posamezniki z nižjo izobrazbo oglase sprejemajo manj pozitivno.

Poleg, za posameznika specifičnih dejavnikov pa so raziskovali tudi dejavnike vpliva na stališča do oglasov, ki so povezani izključno z oglasom. Gre predvsem za uporabo določenih elementov, kot so npr. humor, pojavnost znanih osebnosti v oglasih. Tudi sama vsebina oglasa in kompleksnost igrata pomembno vlogo. Oglas z manjšim številom predstavljenih dejstev in večjo kompleksnostjo tako rezultira v bolj pozitivnih stališčih do oglasa (Muehling

& McCann, 1993). Izkazalo se je, da humor pritegne pozornost potrošnikov in tako omogoči izstopanje oglasa iz množice vsakodnevnih oglasov. Poleg tega pa obstaja pozitivna korelacija med humornimi oglasi in pomnjenjem oglaševane blagovne znamke. Tudi nostalgčni oglasi naj bi pozitivno vplivali na čustveno komponento, saj so oblikovani tako, da se potrošniki poistovetijo s prikazanim v oglasu (Main, Argo, & Huhmann, 2004).

4.3 Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta

Oglaševanje zdravil brez recepta ustvarja zavest potrošnikov o obstoječih zdravilih, ki so na voljo, jim pomaga pri iskanju teh izdelkov in jih ozavešča z informacijami, ki so nujno potrebne za varno in pravilno uporabo zdravila. Vendar pa samo oglaševanje ne more zagotoviti varne in pravilne uporabe, temu v prid govorijo tudi rezultati raziskave Taylor Nelson Research iz Velike Britanije, ki je pokazala, da si potrošniki v spomin vtisnejo manj kot tri sporočila iz oglasa. Podrobnosti v oglasu namreč povzročijo manjše pomnjenje glavnega sporočila oglasa, kot so ime zdravila in namen uporabe (World Self-medication Industry, 2008).

Omenjene značilnosti, ki opredeljujejo zdravilo brez recepta, so tiste, ki ohranjajo trg zdravil brez recepta zanimiv za farmacevtska podjetja. Z oglaševanjem tovrstnih zdravil namreč lahko dosežejo končne potrošnike. To je ključna distinkcija od zdravil na recept z vidika farmacevtskih podjetij, saj slednjih v Sloveniji ni dovoljeno oglaševati. Trg zdravil je iz leta v leto, na račun razmaha samozdravljenja, dostopnosti informacij in spremembe statusa zdravil, večji in zato pomembnejši za podjetja, saj zdravila brez recepta predstavljajo precejšen vir ustvarjenih dobičkov farmacevtskih podjetij. Zato je njihovo oglaševanje zelo pomembno za uspeh na tem trgu in ustvarjanje konkurenčne prednosti. Poznavanje potreb uporabnikov, njihovih stališč, nakupnega vedenja in nasploh odzivov na trženjske pristope, predstavljajo za farmacevtska podjetja neprecenljive informacije (Smith, 1983).

Odločitev o nakupu s strani potrošnikov velikokrat temelji na informacijah, ki jih imajo o izdelku in pogosto izhajajo iz atributov izdelka, predstavljenih v oglasu ali na pakiranju. Številni potrošniki pogosto nimajo dovolj znanja, potrebnega za relevantno ovrednotenje blagovne znamke. To je še posebno izrazito pri zdravilih, saj nimajo ustreznega znanja o zdravilnih učinkovinah in pomožnih snoveh, ki se nahajajo v zdravilu (Kevanoor et al., 1997). Zato je pri ovrednotenju trditev o zdravilih brez recepta pogosto prisotno periferno procesiranje, katerega sva se dotaknili že v prejšnjem poglavju. Ravno zaradi perifernega procesiranja so učinkovite oglaševalske strategije bistvenega pomena (Petty & Cacciopo, 1981a).

Farmacevtsko oglaševanje oz. oglaševanje farmacevtskih izdelkov definiramo kot sporočila, oblikovana s strani tržnikov, katerih namen je informirati, prepričati in celo razvedriti ciljno publiko, s ciljem vplivati na njihova stališča in nenazadnje na njihovo vedenje v smeri nakupa oglaševanega proizvoda (Diehl, Mueller, & Terlutter, 2008). Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta predstavljajo torej afektivno oceno tovrstnih oglasnih sporočil.

Potrošniki so vsakodnevno izpostavljeni precejšnemu številu farmacevtskih oglasov preko različnih medijev. Razumevanje potrošnikovih stališč do farmacevtskega oglaševanja je v izrednem interesu podjetij, saj potencialno vpliva na njihove reakcije in vedenje na trgu (Diehl et al., 2008). Farmaceutvska industrija zagovarja pomen oglaševanja za informiranje potrošnikov o novih zdravilih in alternativnih načinih zdravljenja, hkrati pa potrošniku omogoči večjo vpletenost v skrb za lastno zdravje (Diehl et al., 2008).

Nasprotniki oglaševanja zdravil brez recepta pa postavljajo pod vprašaj kvaliteto informacij v farmacevtskih oglasih in potrošnikovo sposobnost njihovega razumevanja, še posebej koristi in tveganj, kar ima lahko za posledico napačno uporabo zdravil. Hkrati obstajajo namigovanja na to, da namen farmacevtskih podjetij ni informirati, pač pa vplivati na njihov izbor blagovne znamke (Diehl et al., 2008).

Pomembnost zdravil brez recepta izhaja iz dejstva, da je trg zdravil brez recepta velik, globalen, konkurenčen in vztrajno raste (Huh, DeLorme, & Reid, 2016). Hkrati je uporaba zdravil brez recepta v interesu plačnikov javnih zdravstvenih storitev, saj stroške zdravljenja z zdravili brez recepta nosijo porabniki zdravil sami in na ta način znižujejo izdatke zdravstvene blagajne (DeLorme, Huh, Reid, & An, 2010). V ta namen je tudi vedno več zdravil na voljo v prosti prodaji, saj prihaja do številnih sprememb statusov zdravil na recept v zdravila brez recepta (Huh et al., 2016). Prav tako je pomembno omeniti, da podjetja vsako leto vložijo ogromne vsote v oglaševanje tovrstnih zdravil in da so potrošniki izpostavljeni skoraj dvakrat več oglasom, ki oglašujejo zdravila brez recepta, kot pa oglaševanju zdravil na recept (seveda, kjer je DTC oglaševanje dovoljeno) (DeLorme et al., 2010; Huh et al., 2016).

4.3.1 Obstoječe raziskave s področja stališč do oglaševanja zdravil brez recepta

Kljub pomembnosti oglaševanja zdravil brez recepta, njegovih izidov, dejstva, da so v njihovo oglaševanje vložene ogromne vsote denarja in da je to pomemben vir uspeha farmacevtskih podjetij ter način ozaveščanja potrošnikov, pa je ta tematika dobila relativno malo empirične pozornosti. Izvedenih je bilo zelo malo študij (od srede sedemdesetih let le nekaj več kot 20), hkrati pa so te razdrobljene, zastarele in pomanjkljive (DeLorme et al., 2010; Thompson, 2014). Več raziskav se bolj osredotoča na oglaševanje zdravil na recept. V zadnjem času je še posebno v ospredju DTC oglaševanje, na račun katerega so bile raziskave s področja zdravil brez recepta odrinjene nekoliko na stran (Thompson, 2014). Za namen raziskovanja učinkov DTC oglaševanja zdravil na recept so bili oblikovani tudi številni modeli, vendar pa ti niso bili uporabljeni za raziskavo učinkov oglaševanja zdravil brez recepta (Lee et al., 2015).

Raziskovalci so preučevali stališča z različnih vidikov. Ključne raziskave (npr. Diehl et al., 2008) iz tega področja se dotikajo predvsem primerjave med stališči potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in oglaševanja na splošno. Njihove ugotovitve kažejo, da so stališča ameriških potrošnikov manj naklonjena oglaševanju farmacevtskih proizvodov,

kot pa oglaševanju na splošno oz. oglaševanju drugih izdelkov. V primerjavi z DTC oglaševanjem pa so bolj naklonjeni oglaševanju zdravil brez recepta.

Drugi so se dotaknili povezave med skepticizmom do oglaševanja in stališči, v okviru česar so prišli do zaključka, da so potrošniki manj skeptični do oglaševanja farmacevtskih proizvodov kot oglaševanja na splošno. Natančneje lahko rečemo, da so manj skeptični do informacijske vloge tovrstnega oglaševanja in mu bolj zaupajo. To najverjetneje vodi do večje prepričevalne moči tovrstnega oglaševanja. Gre namreč za negativno povezavo, kar pomeni, da so skeptični potrošniki bolj nagnjeni k dvomu o kredibilnosti oglaševanja farmacevtskih proizvodov, zaradi česar so manj pozitivna tudi njihova stališča do oglaševanja teh proizvodov. Negativna povezava se je pokazala tudi med skepticizmom ter vpletenostjo, zadovoljstvom z informacijsko vsebino, razumljivostjo oglasov in pomembnostjo tovrstnega oglaševanja kot vira informacij (DeLorme et al., 2010). Končne ugotovitve kažejo na to, da kljub temu, da potrošniki oglaševanju zdravil brez recepta niso najbolj naklonjeni, še vedno dojemajo tovrstne oglase kot vir informacij in delno sprejmejo njihovo sporočilo (Thompson, 2014; Diehl et al., 2008). Poleg tega se je izkazalo, da farmacevtski strokovnjaki in študentje farmacije prav tako negativno gledajo na oglaševanje zdravil brez recepta, saj v njih opazajo predstavljena neresnična dejstva in izpuščanja pomembnih informacij (Mackowiak, O'Connor, Geller, Nguyen, & Wilkes, 1997).

Med ameriški potrošniki se je z raziskavo, v katero je bilo vključenih 1.200 potrošnikov, izkazalo, da 74 % potrošnikov verjame, da jim oglasi zdravil pomagajo pri večji vključitvi v lastno zdravje, 67 % jih meni, da tovrstni oglasi poučujejo o tveganjih in koristih oglaševanih zdravil. Rezultati raziskave revije Prevention iz leta 2003 pa so pokazali, da 84% vprašanih meni, da oglasi ozaveščajo o novih zdravilih, 83 % verjame, da jih oglasi spodbudijo k poizvedovanju glede bolezenskih stanj, ki jim je zdravilo namenjeno in 80 % je dejalo, da opomnijo ljudi na simptome bolezenskega stanja, ki so mu morda sami podvrženi (Diehl et al., 2008).

Rossano in Butter (1987) sta se za razliko od drugih osredotočila na otroke in njihova stališča do TV oglaševanja patentiranih zdravil. Otroci, izpostavljeni tovrstnemu oglaševanju, niso izkazovali pozitivnih stališč do omenjenih zdravil in prav tako ne pripravljenosti za njihovo uporabo. Oglasi, ki so vključevali zdravila brez recepta, so jim bili manj všeč kot drug TV program in ostali predvajani oglasi. Raziskovala sta tudi kratkoročne učinke oglasov zdravil brez recepta na otrokovo izbiro, kjer so prišli do ugotovitve, da TV oglaševanje ne vpliva na njihovo izbiro ali uporabo oglaševanega zdravila brez recepta.

Seveda pa so za občutke, ki jih oglaševalci želijo vzbuditi pri potrošnikih in s katerimi želijo vplivati na njihova stališča ter vedenje, izrednega pomena tudi elementi in značilnosti oglasov. Ti so še manj raziskani kot samo oglaševanje zdravil brez recepta. Hoog (1994) je preučeval prepričevalno in informativno vlogo oglasov za zdravila brez recepta. Najpogosteje so se v oglasih pojavljale informacije o načinu aplikacij in kje je zdravilo na voljo, oblike prepričevanja pa so vključevale predvsem humor, novosti o proizvodu in

estetski prikaz. Ena izmed raziskav (Kevanoor et al., 1997), ki se je dotaknila učinkov elementov in značilnosti oglasov, ki zadevajo zdravila brez recepta, na potrošnike, je raziskovala vpliv verodostojnosti in oblike oglasa (primerjalno/nepriemerjalno) na prepričanja, stališča in vedenjske namere. Prišli so do spoznanja, da primerjalni oglasi za zdravila brez recepta in oglasi z višjo verodostojnosti vzbudijo bolj naklonjena prepričanja, stališča in nakupne namere v odnosu do oglaševanega zdravila. Druga študija je preučila učinke različnih oblik predstavitve navodil za uporabo v TV oglasih, katerih namen je spodbuditi potrošnike k branju opozoril o zdravilih brez recepta. Sporočilom, ki združujejo govorni in vizualni prikaz, so z rezultati raziskave pripisali kratkoročne vedenjske učinke, kot je npr. natančnejši pregled pakiranja zdravila in pozornost na opozorila.

Kot omenjeno, je tudi vpletenost eden izmed tistih dejavnikov, ki pomembno vpliva na stališča potrošnikov in njihova nakupna vedenja. Petty in Cacioppo sta leta 1981 (1981a) ugotovila povezavo med vpletenostjo v nakup in zaznavanjem ter verjetnostjo za sprejem podanih informacij s strani določenega informacijskega vira. Poznavanje vpletenosti potrošnika v nakup je lahko zato v določeni meri v pomoč pri izbiri primernih virov informacij, katerih odraz bodo zaželeni stališča in vedenjski odzivi potrošnikov. Tega so se zavedali tudi Gore et al. (1994), ki so preučevali pomen vpletenosti potrošnika v nakup pri zdravilih brez recepta. Prišli so do ugotovitev, da je vpletenost v nakup zdravil brez recepta zmerna in nepovezana s starostjo ali z zakonskim statusom, da je vpletenost žensk v nakupne odločitve glede zdravil brez recepta večja kot vpletenost moških in da se vpletenost zmanjšuje z višjo stopnjo izobrazbe. Menijo, da je tak rezultat odraz tega, da ženske pogosto kupujejo zdravila tudi za ostale družinske člane in so zato previdnejše pri nakupih, medtem ko izobraženi menijo, da je njihovo poznavanje tovrstnih zdravil zadostno ali pa so bolj samozavestni glede razumevanja navodil za uporabo. Iz tega razloga ne posegajo po dodatnih informacijah, kar se odraža v manjši vpletenosti. Z vidika prihodka pa sklepajo tudi, da tisti z manjšim prihodkom nakupujejo bolj preudarno in zato dobro razmislijo o vsakem nakupu. Nekateri avtorji jih zaradi njihove pomembnosti za potrošnike, neposrednega vpliva na njihovo zdravje in počutje ter določenih varnostnih tveganj, vključujejo med proizvode z visoko vpletenostjo (Huh et al., 2016).

Huh, DeLorme in Reid (2016) so na primeru analgetikov razvili neke vrste model odzivnosti na oglaševanje zdravil brez recepta (angl. *consumer OTCA⁵ response model*). Zastavili so ga na temeljih modela hierarhičnih učinkov (angl. *hierarchy-of-effects*) (v nadaljevanju HOE model), glede na katerega oglaševanje vzbudi spoznavne, čustvene in vedenjske odzive. HOE model je bil uporabljen že v namene raziskav usmerjenih v DTC oglaševanje zdravil (npr. Lee, 2015). Model odzivnosti na oglaševanje zdravil brez recepta vključuje ključne predhodnike odzivov na oglaševanje zdravil brez recepta ter povezave med ključnimi konstrukti odziva (pozornost, stališče, zaupanje, skepticizem in percepcija uporabnosti informacij) in vedenjskimi odgovori. Model ne vključuje vseh možnih vplivov in izidov, vendar odraža pomembnejše dejavnike, povezane z oglaševanjem zdravil brez recepta.

⁵ OTCA – over-the-counter advertising

Vključuje tudi skupek predhodnikov (demografijo, dojetje uporabnosti zdravila, vpletenost), ki delujejo kot strukturni vplivi na vpletenost in pozornost in pa psihološke (dojetje uporabnosti oglasa, skepticizem, zaupanje, stališče) ter vedenjske odzive. Primarni cilj oglaševanja zdravil brez recepta je vplivati preko vrste komunikacijskih dogodkov, poznanih kot hierarhija učinkov. Model temelji na sledečih predpostavkah (Huh et al., 2016):

- osnovne potrošnikove značilnosti vplivajo na vpletenost potrošnika v oglaševanje zdravil brez recepta;
- vpletenost potrošnika vodi v večjo pozornost do oglaševanja zdravil brez recepta;
- pozornost do oglaševanja zdravil brez recepta ustvari spoznavne odzive, kot so zaznave uporabnosti oglasa in skepticizma do oglasa;
- ti spoznavni odzivi vplivajo na čustven odziv potrošnika v obliki zaupanja v oglas in oblikovanju stališč;
- vmesni psihološki odgovori vplivajo na končni rezultat z oglaševanjem spodbujenih aktivnosti.

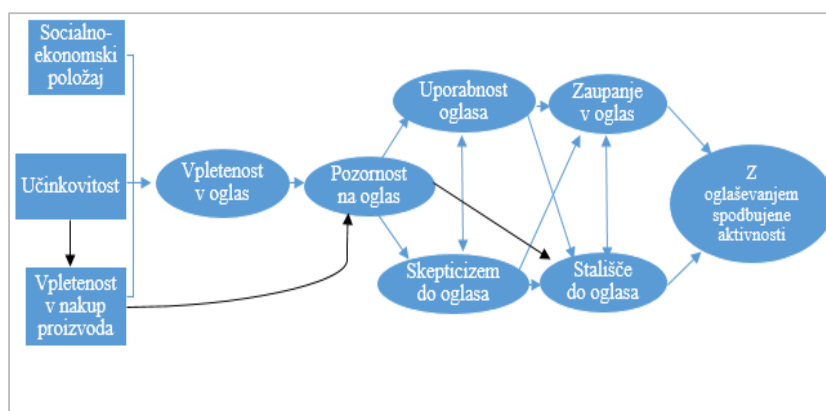
Glede na pomen stopnje vpletenosti potrošnika za pozornost, razumevanje in iskanje informacij, tudi model odzivnosti na oglaševanje zdravil brez recepta izpostavlja njen pomen in jo označuje kot prvi korak za obdelavo informacij oglaševanja zdravil brez recepta, ki v posamezniku vzbudi zanimanje in pozornost za oglas. Vpletenost potrošnika v oglaševanje zdravil brez recepta lahko definiramo kot potrošnikovo sprejemanje oglaševanja zdravil brez recepta, ki je v odvisnosti od njegovih interesov in potreb. Na njo lahko vpliva kar nekaj dejavnikov, kot so demografske značilnosti, prihodek, izobrazba, uporaba zdravil brez recepta, vpletenost v nakup proizvoda in prepričanja o učinkovitosti zdravil (Huh et al., 2016).

Na Sliki 23 lahko opazimo, da so v model vključeni tako spoznavni (uporabnost oglasa in skepticizem do oglasa) in čustveni (zaupanje v oglas in stališča do oglasa) odgovori na oglaševanje. Različne študije potrjujejo pomen teh dejavnikov za učinkovitost oglaševanja in jih opredeljujejo kot kritične.

Najina osredotočenost je predvsem na stališčih do oglasa, pri katerih gre za čustveni konstrukt, ki je v veliki meri povezan tako s spoznavnima konstruktoma in še bolj z zaupanjem v oglas. Ugotovitve na tem področju temeljijo predvsem na podlagi raziskovanja elementov, ki vplivajo na DTC oglaševanje. Lee, Salamon in Paek (2007) menijo, da bolj ko potrošniki zaupajo množičnim medijem in drugim osebam, kot so prijatelji, družina, zdravnik ali farmacevt, glede informacij povezanih z zdravjem, bolj pozitivna stališča oblikujejo do DTC oglaševanju in večja je verjetnost, da se bodo o oglaševanih zdravilih posvetovali z zdravnikom. Kot lahko povzamemo iz prejšnjih poglavij, za stališča velja, da imajo lahko pomemben vpliv na učinkovitost oglaševanja, saj je od njih odvisno zaznavanje blagovne znamke in posledično nakupno vedenje. V okviru DTC oglaševanja so ugotovili

posredne in neposredne vplive stališč na izide omenjenega oglaševanja (Deshpande et al., 2004; Lee et al., 2007).

Slika 23: Model odzivnosti na oglaševanje zdravil brez recepta



Povzeto in prirejeno po J. Huh, D. E. DeLorme, & L. N. Reid, *A Model of Consumer Response to Over-the-Counter Drug Advertising: Antecedents and Influencing Factors*, 2016, str. 110 in 114.

Prikazani model (Slika 23) so testirali in ugotovili, da direktne povezave med pozornostjo na oglas in stališčem do oglasa, zaznana učinkovitostjo zdravila in vpletenostjo v nakup ter pozornostjo na oglas (prikazano s črnimi puščicami) omogočijo večje prilagajanje modela. Vse prikazane povezave so se izkazale kot statistično značilne in analize so konsistentno podprle veljavnost modela (Huh et al., 2016).

Ključne ugotovitve modela so naslednje (Huh et al., 2016):

- socialno-ekonomski položaj negativno vpliva na splošno vpletenost v oglaševanje analgetikov v prosti prodaji, medtem ko ima zaznana učinkovitost zdravil pozitiven vpliv;
- vpletenost v oglas in vpletenost v nakup proizvoda oba pozitivno vplivata na pozornost na oglas, ki oglašuje analgetike v prosti prodaji;
- pozornost na oglas vpliva na vmesne učinke oglasa, v okviru katerih je povezava med pozornostjo na oglas in zaznano uporabnostjo oglasa ter stališči do oglasa pozitivna, med pozornostjo in skepticizmom pa negativna;
- spoznavni odgovori so pozitivno povezani z zaupanjem v oglas in stališči do oglasa;
- sčasoma vsi ti odzivi na oglaševanje vodijo v takšne ali drugačne vedenjske odzive.

Kot vidimo, torej področje stališč potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta ostaja bolj ali manj neraziskano. Dosedanji izsledki raziskav načeloma nakazujejo na to, da potrošniki oglaševanju zdravil s statusom prodaje brez recepta niso najbolj naklonjeni, a kljub vsemu lahko izluščimo, da tovrstno oglaševanje ni ne zavrnjeno ne sprejeto. Za oglaševalce lahko pozitivno novico predstavlja dejstvo, da v dosedanjih raziskavah ni bilo zaznati visoke

stopnje skepticizma, kar pomeni, da potrošniki oglaševanja zdravil brez recepta ne zavrnejo avtomatično, vendar ga sprejmejo kot vir informacij, kar odpira določene možnosti za vpliv s strani oglaševalcev.

5 EMPIRIČNA RAZISKAVA STALIŠČ DO OGLAŠEVANJA ZDRAVIL BREZ RECEPTA

Sledeče poglavje opisuje načrtovanje, pripravo in izvedbo empiričnega dela najine magistrske naloge. Predstavljena je raziskava, narejena s pomočjo kvantitativnega načina raziskovanja, in sicer s pomočjo spletne ankete. Z njeno pomočjo želiva ugotoviti razlike v stališčih različnih starostnih skupin do oglaševanja zdravil brez recepta, razlike v skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta in oglaševanja na splošno ter vpliv slednjega na stališča do oglaševanja teh zdravil.

5.1 Namen in cilj raziskave

Vse od konca leta 1990 se je velika večina raziskav na temo farmacevtskega oglaševanja osredotočala na preučevanje oglaševanja zdravil na recept (DTC oglaševanja), vendar je zaradi povečanega trenda samozdravljenja in vse pogostejšega prehajanja zdravil na recept v zdravila brez recepta, postalo vse pomembnejše tudi poznavanje dejavnikov oglaševanja zdravil (DeLorme et al., 2010). Thompson (2014) ugotavlja, da je raziskovalna literatura glede omenjenega precej omejena, čeprav je oglaševanje zdravil brez recepta vse bolj pomembno in farmacevtska podjetja zanj namenjajo velike vsote denarja. Kljub znatnim dokazom o tem, kako se potrošniki odzivajo na DTC oglaševanje, je malo znanega o tem, kako oglaševanje zdravil brez recepta vpliva na potrošnikove procese odločanja (Lee et al., 2015). Medtem ko za sektor zdravil na recept obstaja ogromno člankov, literature ter empiričnih študij, so dejavniki nakupa ter še posebno oglaševanje zdravil brez recepta, področji, ki sta le redko raziskani (DeLorme et al., 2010). Poleg tega se v večini dotikajo faktorjev, ki vplivajo na oblikovanje stališč, in ne razlik med starostnimi skupinami, kar je predmet raziskave najine magistrske naloge.

Pomembnost oglaševanja zdravil brez recepta pa izvira predvsem iz dejstva, da je potrošnik tisti, ki sprejme nakupno odločitev pogosto tudi brez morebitnega vmesnega posvetovanja z zdravstvenim delavcem. Potrošniki se zato zanašajo na to, da oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta podajo primerne informacije o zdravilu (Sansgiry, Sharp, & Sansgiry, 1999). V raziskavi Major in Vintze (2010) se je izkazalo, da 65 % potrošnikov, ki redno jemljejo zdravila brez recepta, večkrat na dan opazijo oglase povezane z zdravili brez recepta, 40 % od teh pa se jih pred nakupom tovrstnih zdravil posvetuje z zdravstvenim delavcem. V neki drugi študiji se je izkazalo, da so nakupne odločitve povezane z videnimi oglasi, saj je 42 % anketirancev odgovorilo, da bo njihova naslednja nakupna odločitev temeljila na videnem oglasu zdravila.

Glede na to, da je področje oglaševanja zdravil brez recepta empirično slabo raziskano, a kljub temu izrednega pomena tako za zdravstveni sistem kot za farmacevtska podjetja, se najina empirična raziskava dotika ravno tega področja. Namen najine raziskave je preučiti vlogo starosti pri oblikovanju stališč slovenskih potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in ugotoviti ali prihaja do razlik med starostnimi skupinami. Kot potencialno pomembne faktorje, ki vplivajo na oblikovanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta, bova raziskali tudi vlogo zdravstvene ozaveščenosti, izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta in skepticizma do tovrstnega oglaševanja. Pri tem sva si postavili naslednja raziskovalna vprašanja, na katera želiva odgovoriti v empiričnem delu magistrskega dela:

- Kakšna je razlika v zdravstveni ozaveščenosti med različnimi starostnimi skupinami in kakšen je vpliv te na stališča do oglaševanja zdravil brez recepta?
- Kako se starostne skupine razlikujejo glede iskanja informacij o zdravilih in izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta?
- Kako se razlikujejo stališča in skepticizem različnih starostnih skupin do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na tovrstno oglaševanje?

Glavni cilj empiričnega dela, ki se mu bova poskušali približati, je predvsem odkriti in izpostaviti razlike treh starostnih skupin znotraj slovenskega okolja v zdravstveni ozaveščenosti, skepticizmu in glede stališč do oglaševanja zdravil brez recepta.

Raziskavo sva zasnovali na podlagi pregleda skromne svetovne literature s področja najinega raziskovanja, tj. oglaševanje zdravil brez recepta, iz česar sva oblikovali hipoteze, ki jih predstavljava v naslednjem poglavju. Na tem mestu velja opozoriti tudi na dejstvo, da najine hipoteze izhajajo v veliki meri iz literature, ki temelji na oglaševanju zdravil na recept, saj se zaradi omejene razpoložljivosti druge literature, to zdi najbolj smiselna rešitev.

5.2 Oblikovanje hipotez

S pomočjo zastavljenih hipotez sva želeli odgovoriti na raziskovalna vprašanja, ki sva si jih zastavili.

Z namenom pridobiti odgovor na prvo zastavljeno raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na razlike potrošnikov v zdravstveni ozaveščenosti in pogostosti uporabe zdravil brez recepta, sva preučili predvsem literaturo s področja zdravstvene ozaveščenosti.

Zdravstvene navade se namreč oblikujejo in razvijajo že od samega otroštva in pomembno vplivajo na zdravstveno stanje v kasnejših obdobjih. Na oblikovanje zdravstvenih navad vpliva veliko dejavnikov, med drugim tudi družina, prijatelji, učitelji, stik z mediji, zdravstveni sistem idr., katerih vloga pa se skozi življenjska obdobja spreminja (Brcar-Štrukelj, Polič, & Stergar, 1995). Zdravstvene navade se odražajo v odnosu do zdravja in pripravljenosti skrbeti za lastno zdravje. Dutta-Bergman (2004) povzema, da pripravljenost

skrbeti za lastno zdravje lahko definiramo tudi kot ciljno usmerjenost za uporabo preventivnih zdravstvenih ukrepov, kar so raziskovalci povezali z motivacijo za ohranjanje dobrega zdravstvenega stanja. V okviru tega lahko govorimo o zdravstveni ozaveščenosti, ki se navezuje na stopnjo vpletenosti skrbi za zdravje v posameznikove dnevne aktivnosti. Hong (2009) definira zdravstveno ozaveščenost kot celovito usmerjenost k zdravju, ki jo sestavlja zavedanje lastnega zdravja, odgovornost do zdravja in motivacija za njegovo ohranjanje. Ozaveščeni posamezniki so v večji meri usmerjeni k zdravemu načinu življenja, ki vključuje zdravo prehranjevanje in gibanje. Zdravstvena ozaveščenost je torej pomemben dejavnik napovedi odnosa do zdravja in z zdravjem povezanim vedenjem (Hong, 2009). Dutta-Bergman (2004) ugotavlja tudi, da je zdravstvena ozaveščenost povezana z iskanjem informacij o zdravju. Poznavanje zdravstvene ozaveščenosti porabnikov je zato pomembno tudi za tržnike, saj v določeni meri vpliva na oblikovanje odgovorov na informacije, povezane z zdravjem in vire teh informacij. Zato predstavlja tudi podlago za segmentacijo. Posamezniki z visoko stopnjo zdravstvene zavesti predstavljajo t.i. »tarče največje priložnosti«, saj najbolj verjetno izvajajo preventivne zdravstvene ukrepe, hkrati pa ozavestijo druge (Hong, 2009).

Številne raziskave so se ukvarjale z zdravim življenjskim slogom in povezavo tega z demografskimi značilnostmi, med drugim tudi v povezavi s starostjo kot neodvisno spremenljivko. Povezava med starostjo in aktivnostmi, ki naj bi pozitivno vplivale na zdravje, je po pričevanju teh raziskav pozitivna. To pomeni, da starejši bolj stremijo k bolj zdravemu življenjskemu stilu in da se število izvajanja preventivnih aktivnosti povečuje s starostjo (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988). Hkrati Guadagnoli in Ward (1998) menita, da imajo demografske značilnosti in zdravstveno stanje lahko vpliv na vpletenost porabnika pri sprejemanju odločitev. Poleg starosti pa so tekom študij ugotovili, da na izvajanje aktivnosti zdravega življenjskega sloga vpliva spol, socialno-ekonomski status in zakonski stan. Walker et al. (1988) po pregledu številnih raziskav ugotavljajo, da so ženske tiste, ki se bolj posvečajo zdravemu načinu življenja, med moškimi pa so zdravemu načinu življenja bolj naklonjeni poročeni moški.

Glede na navedeno sva oblikovali naslednjo hipotezo:

H1: Med različnimi starostnimi skupinami potrošnikov obstajajo statistično pomembne razlike v zdravstveni ozaveščenosti.

Nekatere raziskave, ki jih povzemajo Lee, King & Reid (2015) so prišle do zaključkov, da tisti, ki so bolj zdravstveno zavedni, z večjo verjetnostjo posegajo po preventivnih ukrepih oz. vedenjih. Diehl, Muellet in Terlutter (2007) izpostavljajo tudi pozitivno povezavo med usmerjenostjo k zdravju, uporabo zdravil na in brez recepta in stališči do oglaševanja zdravil na recept in brez recepta. To pomeni, da tisti, ki so bolj zdravstveno zavedni in tudi tisti, ki so bolj vpleteni tudi v zdravljenje z zdravili, se verjetneje pozitivno odzivajo na oglase, povezane z zdravili. To se lahko odrazi tudi v vedenjskih odzivih potrošnikov. Omenjeni izsledki raziskav predstavljajo osnovo za sledečo hipotezo:

H2: Med zdravstveno ozaveščenostjo in stališči do oglaševanja zdravil brez recepta obstaja pozitivna povezanost.

V okviru drugega raziskovalnega vprašanja naju je zanimala pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta in posledično povezava te s stališči do oglaševanja.

Množični mediji imajo velik pomen pri socializaciji in izkazalo se je, da pomembno vplivajo tudi na pridobivanje znanj in spretnosti potrošnikov (Lee, Salmon, & Paek, 2007). Pretekle raziskave so pokazale, da ima količina izpostavljenosti DTC oglaševanju kar pomembno napovedno moč glede stališč in vedenjskih odzivov (Lee et al., 2015) in da med stališči do oglaševanja in količino časa, namenjenega gledanju televizije oz. TV programa kot enega najbolj vplivnih medijev, obstaja pozitivna povezava (Lee et al., 2007). Iz te povezave med socializacijsko vlogo množičnih medijev in stališči do oglaševanja so Lee et al. (2007) sklepali, da bodo tisti, ki pridobivajo informacije o zdravju preko množičnih medijev verjetneje sprejemali DTC oglaševanje kot uporabno. Sklepamo lahko, da podobno velja tudi za oglaševanje zdravil brez recepta, v okviru katerega pa sta Huh in Becker (2005) ugotovila, da so mlajši potrošniki in tisti z boljšim zdravjem, širšo uporabo zdravil ter višjo izobrazbo izpostavljeni večjemu številu oglasov zdravil brez recepta s strani različnih medijev. Za področje zdravil brez recepta bova to preverili s pomočjo tretje in četrte hipoteze.

H3: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta se razlikuje glede na starost.

H4: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta je pozitivno povezana s pozitivnimi stališči do oglaševanja zdravil brez recepta.

Eden izmed razlogov za rast trga zdravil brez recepta, je tudi staranje generacije »baby-boom«; odrasli v srednjih letih tako predstavljajo zelo dobičkonosen segment za izdelke namenjene samozdravljenju na splošno, pri čemer so še zlasti pomembna zdravila brez recepta (Huber, Dippold, & Forsthofer, 2012).

Oglaševanje zdravil se pogosto osredotoča na populacijo starejših ljudi, ki za proizvajalce zdravil predstavljajo pomemben segment, saj je to segment z večjo dovzetnostjo za zdravstvene težave (Ball et al., 2011). Rezultati raziskave v ZDA, ki je sicer preučevala vplive oglaševanja zdravil na recept pri različnih starostnih skupinah (vključeni so bili študentje ene izmed večjih univerz v ZDA ter rezidenti ZDA), so pokazali, da tako mlajša kot tudi starejša populacije išče informacije o zdravju zase in tudi za ostale, a je frekvenca iskanja informacij o zdravju pri starejših veliko večja kot pri mlajših. Starejši odrasli (v omenjeni raziskavi so spadali v starostno skupino 50–70 let) so informacije za svoje zdravstveno stanje iskali zelo pogosto, v povprečju več kot 1x mesečno. To je občutno več v primerjavi s študenti (starostna skupina 18–22 let), ki so omenjene informacije iskali enkrat na vsakih nekaj mesecev ali celo manj (Ball et al., 2011).

H5a: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravju kot mlajši odrasli in zreli odrasli.
H5b: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravilih brez recepta kot mlajši odrasli in zreli odrasli.

Porabniki se pri kupovanju zdravil brez recepta v največji meri zanašajo na štiri vire informacij; podatke o zdravilu iščejo pri prijateljih in družini, v oglasih, na etiketi zdravila ter pri strokovnih zdravstvenih delavcih (Stephens & Johanson, 2000). Medtem ko je bilo za Američane ugotovljeno, da oglaševanje zanje predstavlja glavni vir informacij za zdravila brez recepta, izsledki drugih raziskav kažejo, da ima oglaševanje takih zdravil omejen vpliv na nakupno odločitev zdravila brez recepta (Delorme et al., 2010). Kim in King (2009) sta preučevala postopke iskanja informacij za zdravila obeh statusov. Ugotovila sta, da se potrošniki zanašajo na podobne vire informacij tako za nakup zdravil na recept kot tudi zdravila brez recepta, a se pomembnost vira informacij za nakupno odločitev razlikuje glede na tip zdravila. Thompson (2014) poleg tega ugotavlja, da so za izbiro zdravila, tako na recept, kot brez recepta, za potrošnike najpomembnejši in najbolj zanesljiv vir informacij zdravniki in farmacevti, sledijo pa jim družinski člani in prijatelji. To velja tako za mlajšo kot tudi za starejšo populacijo. Vendar pa je oglaševanje zdravil brez recepta mlajša populacija označila kot relativno uporaben, poceni in manj časovno zamuden vir informacij, ki ima poleg informacij, ki izhajajo iz medosebnih stikov, določeno vlogo pri njihovem procesu izbire zdravila brez recepta. Tudi študije, ki so preučevale nakupne procese zdravil brez recepta pri starejših porabnikih, so pokazale, da je medijsko oglaševanje (TV, radio, časopisi, jumbo plakati) zanje redke ali celo nikoli uporabljen vir informacij in kot tak v njihovi nakupni odločitvi ne igra pomembnejše vloge (Delorme et al., 2010). Stephens in Johanson (2000) sta ugotovila, da TV oglasi za zdravila brez recepta, tako pri mlajših kot tudi starejših porabnikih, ne predstavljajo najboljšega vira za iskanje dodatnih informacij o zdravilu brez recepta, prav tako bistveno ne pripomorejo pri lažšanju nakupne odločitve. Omenjeno torej kaže na to, da oglaševanje zdravil brez recepta le nima tako močnega vpliva na nakupne odločitve glede teh zdravil, vendar pa, kot vidimo, si študije niso ravno enotne glede tega in lahko obstajajo razlike v pomembnosti oglaševanja zdravil brez recepta kot vira informacij. Zato je smiselno preveriti tudi sledečo hipotezo:

H6: Oglaševanje zdravil brez recepta za mlajše odrasle predstavlja pomembnejši vir informacij kot za zrele in starejše odrasle.

Tretje raziskovalno vprašanje se dotika predvsem razlik v stališčih med starostnimi skupinami, skepticizma in njegovega vpliva na stališča do oglaševanja zdravil brez recepta ter vpliv stališč na vedenjske odzive porabnikov.

Skepticizem do oglaševanja na splošno je nagnjenost k nezaupanju v oglaševane informacije. Za skeptičnega porabnika je bolj verjetno, da ne bo verjel oglaševanim informacijam, medtem ko manj skeptičen porabnik oglaševanim informacijam verjame v večji meri (Obermiller & Spangenberg, 1998).

Številne ameriške javno mnenjske raziskave so pokazale, da je skepticizem do oglaševanja med ameriški potrošniki zelo razširjen. Diehl, Terlutter, Chan in Mueller (2010) povzemajo in dodajajo, da kar dve tretjini Američanov dvomi v resničnost oglaševanih informacij, saj ima oglaševanje za njih sloves nakupovanja stvari, ki jih niti ne potrebujejo niti ne želijo. Analiziran je bil tudi skepticizem do TV oglaševanja med Američani, do katerega so zabeležili visoko stopnjo skeптиčnosti. Percepcija do oglaševanja je podobna tudi v Nemčiji. Študija narejena s strani IMAS International je pokazala, da skoraj dve tretjini vseh potrošnikov meni, da je oglaševanja preveč, raziskava, ki jo je v enaindvajsetih evropskih državah izdelala GfK in je vključevala preko 21.000 respondentov, pa da v Nemčiji kar 78 % vprašanih oglaševanje dojema kot nadležno. Ugotovljeno pa še ne pomeni, da oglaševanju ne verjamejo.

Glede na to, da je oglaševanje farmacevtskih izdelkov usmerjeno na zdravje posameznika in njegovega dobrega počutja, bi lahko pričakovali, da so potrošniki do tega oglaševanja še posebej previdni in do oglaševanih farmacevtskih izdelkov nezaupljivi, a so rezultati večih raziskav med ameriški potrošniki pokazali, da odzivi na farmacevtska sporočila v večini sploh niso negativni. V anketi, ki je zajemala kar 1.200 respondentov, je bilo ugotovljeno, da 74 % respondentov oglase farmacevtskih izdelkov doživlja kot spodbudo za ozaveščenost glede lastnega zdravja, 67 % vprašanih je povedalo, da jih oglasi podučijo o tveganjih in koristih zdravil. Visok odstotek, kar 84 % vprašanih, v eni izmed študij, ki je preučevala potrošniške odzive na tako oglaševanje, pravi, da jih oglaševanje zdravil podučijo o novih boleznih, 83 % je odgovorilo, da jih oglaševanje spodbudi k iskanju novih informacij glede bolezenskih stanj, ki jih oglaševano zdravilo lahko blaži/zdravi, 80 % pa jih meni, da jih tako oglaševanje opozori na morebitne simptome, ki jih imajo. Nedavne raziskave v Ameriki so celo pokazale, da potrošniki bistveno manj verjamejo v trditve oglaševalcev za izdelke z nizko vpletenostjo (kot npr. šampon), kot za izdelke z visoko vpletenostjo in predvsem za izdelke povezane z zdravjem (Diehl et al., 2010).

Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta je nagnjenost k nezaupanju oglaševanih dejstev o zdravlilu brez recepta (Huh et al., 2016). Ko so raziskovalci ugotavljali razlike in primerjali DTC oglaševanje ter oglaševanje zdravil brez recepta, so ugotovili, da je raven skepticizma do DTC oglaševanja, kot tudi do oglaševanja zdravil brez recepta, nevtralna. Prav tako ni bistvene razlike med skepticizmom do oglaševanja zdravil na in brez recepta (Lee et al., 2015). Raziskano je bilo tudi, da so bolj skeptičnim potrošnikom oglasi manj všeč kot tistim manj skeptičnim. Ker so študije pokazale, da skepticizem vpliva na oglaševanje in zmanjšuje njegove učinke, se domneva, da je skepticizem pomemben moderator prepričljivih učinkov oglaševanja zdravil brez recepta (Huh et al., 2016). Obermiller in Spangenberg (1998) sta ugotovila, da je potrošnik lahko skeptičen, vendar mu je oglaševanje zdravil brez recepta všeč, ima o njem pozitivno mnenje, medtem ko ima lahko potrošnik slabo mnenje o oglaševanju teh zdravil, a do omenjenega tipa oglaševanja ne kaže skepticizma. Bolj skeptični potrošniki imajo do oglaševanja bolj negativna stališča, prav tako taki potrošniki oglase zaznavajo kot manj informativne. Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta je tako negativno povezan z zadovoljstvom vsebine oglasa in pomenom

oglaševanja kot vira informacij (Huh et al., 2016). Vezano na skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta je zato mogoče domnevati naslednje:

H7: Potrošniki so manj skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta kot do oglaševanja na splošno.

H8: Večji kot je skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, bolj negativna stališča imajo porabniki do oglaševanja teh zdravil.

Raziskave kažejo, da se starejši odrasli razlikujejo od ostalih segmentov glede doživljanja svojega zdravja, iskanja zdravstvenih informacij in v povezavi s tem, odzivanju na oglaševanje zdravil. Starejša in mlajša populacija se razlikujeta v obdelovanju informacij in spoznavnih odzivih na oglaševanje. V primerjavi z mlajšimi so starejši manj učinkoviti pri procesiranju informacij, težje razumejo marketinške in trženjske dražljaje, se manj poglobijo v oglaševana dejstva kot mlajši in imajo več težav pri pomnjenju oglaševanega izdelka, blagovne znamke ali drugih elementov oglasa (DeLorme et al., 2009).

Res je, da starejši bolj pogosto gledajo televizijo kot mlajši, preferirajo množične medije za pridobitev splošnih informacij in, zaradi njihove nadpovprečne odvisnosti od zdravil, kažejo večje zanimajo za pridobivanje informacij, vezanih na njihovo zdravje, a so študije na temo DTC oglaševanja, ki so primerjale starejšo in mlajšo populacijo, dokazale, da starejši bolj zaupajo nasvetom zdravstvenih delavcev kot pa informacijam v množičnih medijih. V primerjavi z mlajšimi si starejši v manjšem obsegu zapomnijo vsebino DTC oglasa, manj verjetno pridobivajo dodatne informacije preko DTC oglasov, prav tako se manj pogovarjajo o zdravljenju s svojim zdravnikom in farmacevtom (DeLorme et al., 2009).

Ko govorimo na splošno o stališčih do oglaševanja, sta starost in izobrazba dva osebna dejavnika, ki pomembno vplivata na oblikovanje stališč. Muehling & McCann (1993) povzemata, da posamezniki z nižjo stopnjo izobrazbe oglase sprejemajo manj pozitivno, in da študentje pogosto vrednotijo oglase bolj pozitivno kot starejša populacija. Gönül, Carter in Wind (2000) so ugotovili, da imajo mlajši posamezniki bolj pozitiven odnos do DTC oglaševanja kot starejši in oblikujejo tudi bolj pozitivna stališča do farmacevtskega oglaševanja.

Na podlagi zgoraj zapisanih izsledkov iz literature, ki se sicer po večini navezujejo na DTC oglaševanje in nakazujejo specifičnost starejše populacije v odnosu do oglaševanja zdravil (brez recepta in na recept) ter njihovih stališč do teh oglasov, podajava sledečo raziskovalno hipotezo, prilagojeno na oglaševanje zdravil brez recepta:

H9: Zreli odrasli in starejši odrasli v večji meri izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta kot mlajši odrasli.

Stališča do oglaševanja zdravil na recept in brez recepta so po mnenju različnih avtorjev dober in pomemben kazalec potrošniških vedenjskih izidov. Vedenjski odgovori, ki nas zanimajo so: pogovor o oglaševanih zdravilih brez recepta z zdravniki, farmacevti, prijatelji, sorodniki in drugimi ljudmi iz socialne mreže, intenzivnost iskanja informacij o zdravilih preko različnih medijev, spodbujena preko stika z oglaševanjem in končno, nakupno vedenje v odnosu do zdravila (Lee et al., 2015). Povezavo med stališči in dejanskim potrošniškim vedenjem vključuje naslednja hipoteza, ki jo bova poskusili preveriti tekom najinega empiričnega dela magistrske naloge:

H10: Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na oglaševanje le-teh so v pozitivni povezavi.

5.3 Metodologija raziskave

Izhodišča raziskave izhajajo iz teoretičnih in empiričnih ugotovitev različnih avtorjev, s katerimi sva se seznanili ob pregledu predvsem tuje literature iz tega oz. sorodnega področja, tj. oglaševanje zdravil na recept. Z raziskavo sva želeli ugotoviti ali dosedanje ugotovitve veljajo tudi za slovenski prostor in slovenske porabnike.

5.3.1 Oblikovanje vprašalnika in metode merjenja

Podatke sva zbirali s pomočjo vprašalnika, priloženega v Prilogi 1, sestavljenega iz trinajstih vprašanj, namenjenih preverjanju zastavljenih raziskovalnih vprašanj ter hipotez in petih vprašanj, ki se nanašajo na demografske značilnosti. Vključeval je zaprta vprašanja izbirnega tipa.

Prvi del vprašalnika sestavljajo vprašanja, ki se dotikajo uporabe zdravil brez recepta, zdravstvenega stanja in zdravstvene ozaveščenosti. Zdravstveno ozaveščenost sva merili s pomočjo trditve, delno povzetih po študiji avtorice Hong (2011), katera v raziskavi uporabi 11 trditve, ki izhajajo iz merskih lestvic predhodnih študij. Za potrebe najine raziskave sva se odločili za štiri trditve in za 5-stopenjsko Likertovo lestvico, saj je z vidika anketiranca izbira med petimi stopnjami enostavnejša. Trditve (vprašanje št. 4), s katerimi sva preverjali zdravstveno ozaveščenost, so:

- dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb;
- moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase;
- živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno;
- sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.

V drugem delu sva spraševali po iskanju informacij o zdravju in zdravilih brez recepta, pogostosti izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta in pomembnosti oglaševanja kot vira informacij. Pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta sva merili s

pomočjo dveh ločenih vprašanj, in sicer »Kako pogosto zase ali za druge iščete informacije povezane z zdravjem?« (vprašanje št. 5) in »Kako pogosto zase ali za druge iščete informacije povezane z zdravili brez recepta?« (vprašanje št. 6). Vprašanja sva zasnovali na 7-stopenjski lestvici v razponu od »Nikoli« do »Vsak dan«. Glede pogostosti izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta, so se anketiranci opredelili do vprašanja »Kako pogosto ste v zadnjih šestih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?« (vprašanje št. 8). Pri virih informacij o zdravilih brez recepta pa so anketiranci odgovarjali na vprašanje »Kako pogosto dobite informacije o zdravilih brez recepta preko naslednjih virov: oglaševanje v množičnih medijih, strokovna literatura, družina in prijatelji, zdravnik, farmacevt?« (vprašanje št. 7), in sicer na lestvici od »Nikoli« do »Pogosto«.

V tretjem delu pa sva se dotaknili stališč do oglaševanja zdravil brez recepta, skepticizma do oglaševanja na splošno in skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta ter vedenjskih odzivov na njihovo oglaševanje.

Tako stališča kot tudi skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil na recept sva preverjali na 5-stopenjski Likertovi lestvici, v razponu od »Sploh se ne strinjam« do »Popolnoma se strinjam«. Stališča sva preverjali s pomočjo naslednjih sedmih trditve (vprašanje št. 9), združenih iz raziskave avtorjev Ball, Manika in Stout (2011) ter Lee (2012) ter prevedenih in prilagojenih za slovensko okolje:

- oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom;
- rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta;
- menim, da je oglaševanje zdravil brez recepta neprimerno;
- oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnika koristne/uporabne informacije;
- oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna;
- oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta;
- oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.

Merjenje skepticizma sva zasnovali na osnovi t.i. »SKEP scale«, razviti in validirani s strani Obermiller in Spangenberg (1998), pri kateri gre za sklop devetih trditve, ki merijo isto dimenzijo. V vprašalniku sva tako skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta merili s trditvami v sklopu vprašanj številka 10 in 11. Vprašanje 10, s katerim sva preverjali skepticizem do oglaševanja na splošno, so sestavljale naslednje trditve:

- oglaševanje je zaupanja vredno;
- lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih;
- cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov;

- s pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a;
- oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij;
- večina oglaševanja prinaša za potrošnika pomembne informacije.

Vprašanje 11, s katerim sva preverjali skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, pa je vključevalo sledeče trditve:

- oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno;
- lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta;
- cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov;
- s pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a;
- oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij;
- večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije.

Vedenjski odzivi (vprašanje 12) so vključevali pogovor o oglaševanem zdravilu brez recepta z zdravnikom, farmacevtom ali znanci, sorodniki in prijatelji, iskanje dodatnih informacij o oglaševanem zdravilu, nakup in uporabo oglaševanega zdravila v zadnjih šestih mesecih. Na voljo je bil tudi odgovor »Nič od navedenega«. Pri tem so anketiranci lahko izbrali več odgovorov, večje število izbranih odgovorov pa predstavlja večjo verjetnost za vedenjski odziv na oglaševanje zdravil brez recepta. Vprašalnik sva zaključili s socio-demografskimi vprašanji.

5.3.2 Testiranje vprašalnika in zbiranje podatkov

Vprašalnik sva najprej testirali na testnem vzorcu, v katerega sva vključili 30 respondentov. S tem sva želeli preveriti razumljivost vprašalnika in morebitne druge zadrege. Testiranje je pokazalo, da morava določena vprašanja prilagoditi, dopolniti z nekaterimi izbirami in ponekod prilagoditi navodila.

Primarne podatke sva za namene raziskave zbirali s pomočjo anonimne spletne ankete. Spletna anketa je bila izvedena s pomočjo orodja za spletno anketiranje 1KA, in sicer v maju in juniju 2016. Izbrali sva metodo progresivnega podvajanja oz. t.i. metodo snežne kepe. Ker ljudje na ankete velikokrat niso pripravljeni odgovarjati in tovrstno pošto dojemajo kot neželjeno, sva najprej k sodelovanju povabili znance in sorodnike. Te sva tudi prosili, da k sodelovanju povabijo ljudi iz svojih krogov. Tako sva dosegli progresivno podvajanje vzorca in zagotovili vključitev širšega kroga ljudi. Anketirance sva midve oz. drugi sodelujoči v anketi povabili k sodelovanju preko e-pošte, Facebooka, nekaj anket pa sva v reševanje določenim osebam predložili v fizični obliki. K sodelovanju se je odzvalo 433 respondentov, vendar pa jih 40 ni odgovorilo na vsa vprašanja ankete. Dobljene podatke sva analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS 17.0. Pri tem sva uporabili opisno statistiko, ANOVO, t-test, parni t-test, hi-kvadrat in koeficient korelacije.

5.3.3 Zanesljivost in veljavnost merjenja

Kvaliteto merjenja obsega več razsežnosti, vendar pa sta osnovna kazalca kakovosti raziskovalne analize zanesljivost in veljavnost (Ferligoj, Leskovšek, & Kogovšek, 1995). Veljavnost merjenja preverjamo z vsebinskim ujemanjem rezultatov raziskave z obstoječimi teoretičnimi spoznanji s področja raziskovanja (Ferligoj et al., 1995). Ta kazalec kvalitete merjenja sva želeli zagotoviti tako, da sva vprašalnik zasnovali na podlagi drugih raziskav iz sorodnega področja, tj. oglaševanje zdravil na recept in na koncu preverili skladnost ugotovitev z ugotovitvami obstoječih raziskav.

Zanesljivost merjenja pa povezujemo s ponovljivostjo rezultatov, saj je definirana kot zmožnost pridobitve enakih rezultatov ob ponovnem merjenju na istih enotah. Z njo torej ocenjujemo le prisotnost slučajnih napak. To pomeni, da bomo z enakim ali podobnim vprašalnikom pri istem respondentu ob merjenju v različnih časovnih obdobjih dobili enak ali vsaj podoben rezultat. Prav tako lahko trdimo, da je vprašalnik zanesljiv, ko je zagotovljena njegova notranja konsistentnost (Ferligoj et al., 1995).

Indikatorje za vse štiri spremenljivke, ki so bile merjene z večimi indikatorji, sva najprej preverili s pomočjo faktorске analize, tj. metoda namenjena predvsem redukciji. S tem sva preverili, če so bili najini indikatorji ustrezno zastavljeni, ali merijo isto dimenzijo, in torej, če so primerni za nadaljnjo analizo. Pove nam, v koliko faktorjev se združujejo indikatorji in kateri pripadajo določenemu faktorju (Faktorska analiza, 2016). V okviru tega naju je zanimalo predvsem, če indikatorji znotraj določenih sklopov preverjajo isto dimenzijo, torej, če pripadajo enemu faktorju. Predhodno sva to skušali zagotoviti z oblikovanjem vprašalnika na podlagi obstoječih raziskav in merskih pristopov, ki so jih uporabili. Izkazalo se je, da izbrani indikatorji merijo eno dimenzijo. Le pri stališčih do oglaševanja zdravil brez recepta sva se odločili za izključitev trditve »Menim, da je oglaševanje zdravil brez recepta neprimerno«, saj sta bili korelacija te z ostalimi indikatorji in faktorška utež nizki in zato ni bila primerna kot indikator za omenjeno spremenljivko.

Za merjenje zanesljivosti trditve z enako mersko lestvico sva v nadaljevanju uporabili metodo notranje konsistentnosti, ki jo merimo s pomočjo Cronbachove alfe. Notranja konsistentnost opisuje, koliko so v poprečju povezane vse trditve v določenem sklopu in v kolikšni meri merijo isto spremenljivko. Vrednosti Cronbach alfe se gibljejo na intervalu med 0 in 1. Na splošno velja, da je meja sprejemljive zanesljivosti med 0,7 in 0,8 za vrednost Cronbach alfe. Nižje vrednosti kažejo na nezanesljivost merske lestvice. Če je Cronbach alfa nad 0,81, govorimo o odlični zanesljivosti, o dobri, če je med 0,7 in 0,8, o sprejemljivi, v primeru, da se giblje med 0,7 in 0,6 ter o slabi, v primeru, da je pod 0,60 (Koefficient Cronbach alfa, 2016).

Cronbachove alfe za vse spremenljivke, merjene z večimi indikatorji, prikazujeva v Tabeli 5. Za vse štiri koeficienti znašajo več kot 0,7, kar pomeni, da je notranja stopnja konsistentnosti zadovoljiva. Spremenljivka »Zdravstvena ozaveščenost« je bila merjena s

pomočjo štirih indikatorjev, ostale tri spremenljivke pa s pomočjo šestih indikatorjev (po izključitvi enega indikatorja pri spremenljivki »Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta«) (Priloga 2).

Tabela 5: Cronbachove alfe spremenljivk

	Cronbachova alfa
Zdravstvena ozaveščenost	0,722
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	0,881
Skepticizem do oglaševanja na splošno	0,925
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	0,925

5.4 Analiza podatkov

Da bi odgovorili na raziskovalna vprašanja magistrske naloge, v tem poglavju prikazujeva rezultate raziskave in analizo podatkov. V njem opredeliva značilnosti vzorca in statistično primerjava različne starostne skupine respondentov glede zdravstvene ozaveščenosti, iskanja informacij o zdravju, pomembnosti oglaševanja kot vira informacij, izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta ter njihova stališča in skepticizem do tovrstnega oglaševanja in nenazadnje tudi vedenjske odzive. Poleg tega analizirava povezave med stališči in določenimi drugimi spremenljivkami.

5.4.1 Značilnosti vzorca

Rezultati v nadaljevanju prikazujejo socio-demografske značilnosti anketirancev ter njihove odgovore glede zdravstvenega stanja in pogostosti uporabe zdravil brez recepta. Kot lahko vidimo v Tabeli 6, vzorec šteje 279 žensk, kar predstavlja 71,0 % in 114 moških, tj. 29,0 %. Največ anketirancev je starih med 23 in 49 let (60,6 %), sledijo jim starejši od 50 let (23,9 %) in stari do 22 let (15,5 %). Za potrebe analize v nadaljevanju sva starostno skupino do 22 let poimenovali »mlajši odrasli«, skupino 23 do 49 let »zreli odrasli« in skupino starih 50 let ali več »starejši odrasli«.

Največji odstotek predstavljajo anketiranci, ki imajo končano štiriletno srednjo šolo (34,9 %), sledijo jim tisti, ki imajo dokončano univerzitetno izobrazbo oz. bolonjsko drugo stopnjo (32,3 %). Manj je takih, z dokončano visoko šolo oz. bolonjsko prvo stopnjo (11,7 %), višjo šolo (8,1 %), poklicno šolo (6,9 %), znanstvenim magisterijem ali doktoratom (3,6 %) in najmanj s končano le osnovno šolo ali manj (2,5 %).

Vidimo lahko, da je več kot polovica (61,3 %) respondentov zaposlenih ali samozaposlenih, 27,0 % je šolajočih, 7,1 % upokojenih in 4,6 % brezposelnih. Največ respondentov ima mesečni dohodek med 500 EUR in 1.100 EUR (35,9 %), s 27,5 % jim sledijo tisti z dohodkom, manjšim od 500 EUR, in z 21,6 % tisti, z mesečnim neto dohodkom od 1.100 EUR do 1.500 EUR. Okoli 15 % jih ima mesečni neto dohodek višji od 1.501 EUR, od tega ima 5,3 % anketiranih dohodek, ki je višji od 2.001 EUR.

V ta del sva vključili tudi zdravstveno stanje anketiranih in uporabo zdravil brez recepta. Skoraj polovica (43,4 %) jih meni, da je njihovo zdravstveno stanje zelo dobro, nekaj manj (37,4 %) pa da je dobro oz. povprečno. Okoli 16 % je svoje zdravstveno stanje opredelilo kot odlično (15,7 %), skupno 3,5 % pa jih meni, da je njihovo zdravstveno stanje slabo (3 %) ali celo zelo slabo (0,5 %). 64,9 % anketiranih je rednih ali pogostih uporabnikov zdravil (pri čemer je pogosta uporaba definirana kot 2x na mesec ali več), 85,0 % pa je v zadnje pol leta uporabilo zdravilo brez recepta.

Tabela 6: Socio-demografske značilnosti anketirancev

	Frekvenca	Odstotek (%)
SPOL		
ženski	279	71,0
moški	114	29,0
STAROST		
do 22 let (mlajši odrasli)	61	15,5
23-49 let (zreli odrasli)	238	60,6
50 let in več (starejši odrasli)	94	23,9
KONČANA IZOBRAZBA		
osnovna šola ali manj	10	2,5
poklicna šola	27	6,9
štiriletna srednja šola	137	34,9
višja šola	32	8,1
visoka šola/bolonjska prva stopnja	46	11,7
univerzitetna izobrazba/bolonjska druga stopnja	127	32,3
znanstveni magisterij ali doktorat	14	3,6
ZAPOSLOTVENI STATUS		
šolajoč/a	106	27,0
zaposlen/a, samozaposlen/a	241	61,3
upokojen/a	28	7,1
brezposeln/a	18	4,6
MESEČNI NETO DOHODEK (EUR)		
manj kot 500 EUR	108	27,5
od 500 EUR do 1.100 EUR	141	35,9
od 1.100 EUR do 1.500 EUR	85	21,6
od 1.501 EUR do 2.000 EUR	38	9,7
nad 2.001 EUR	21	5,3
ZDRAVSTVENO STANJE		
zelo slabo	2	0,5
slabo	13	3,0
dobro/povprečno	162	37,4
zelo dobro	188	43,4
odlično	68	15,7

se nadaljuje

Tabela 6: Socio-demografske značilnosti anketirancev (nad.)

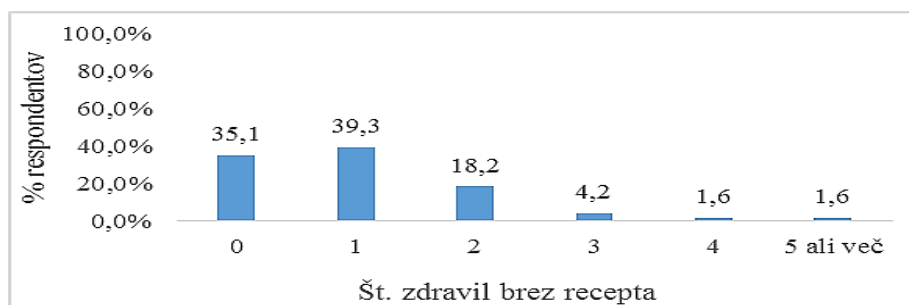
	Frekvenca	Odstotek (%)
REDNA ali POGOSTA UPORABA ZDRAVIL BREZ RECEPTA (2x na mesec ali več)		
da	281	64,9
ne	152	35,1
UPORABA ZDRAVILA BREZ RECEPTA V ZADNJE POL LETA		
da	386	85,0
ne	65	15,0

5.4.2 Uporaba zdravil brez recepta in zdravstvena ozaveščenost

Že iz podatkov o značilnostih vzorca lahko opazimo, da je 386 anketiranih, kar predstavlja 85 %, v zadnje pol leta uporabilo zdravilo brez recepta, 64,9 % pa jih ta zdravila uporablja redno ali pogosto, kjer je pogostost definirana kot dvakrat na mesec ali več.

Z vprašanjem, koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. pogosto, s katerim sva preverjali pogostost uporabe zdravil brez recepta, sva ugotovili, da več kot tretjina respondentov, tj. 39,3 %, najmanj dvakrat na mesec uporablja eno zdravilo brez recepta. Sledijo jim respondenti, ki zdravil brez recepta ne uporabljajo redno oz. pogosto s 35,1 % in pa tisti, ki redno oz. pogosto uporabljajo dve zdravili brez recepta (18,2 %). Le 3,2 % pa je skupno tistih, ki pogosto uporabljajo štiri zdravila brez recepta ali več. Skoraj 65 % (64,9 %) respondentov je torej pogostih ali celo rednih uporabnikov najmanj enega zdravila brez recepta (Slika 24).

Slika 24: Število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta (v %)



Deleži respondentov, ki so vzeli zdravilo brez recepta v zadnje pol leta, so se izkazali za primerljive med starostnimi skupinami ($\chi^2 = 5,3$, $p > 0,05$). Uporaba zdravila brez recepta torej ni povezana s starostjo. ANOVA je medtem pokazala, da se število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta močno razlikuje med starostnimi skupinami ($F=17,288$, $p=0,000$), in sicer je post hoc test potrdil, da skupina starejših odraslih (starejši od 50 let) pogosto oz. redno uporablja več zdravil brez recepta kot ostali dve skupini, saj povprečje (v nadaljevanju M) znaša 2,56; standardni odklon (v nadaljevanju SD) pa 1,308 (v primerjavi

z $M=1,74$ in $SD=0,814$ za skupino mlajših odraslih ter $M=1,91$ in $SD=0,923$ za skupino zrelih odraslih) (Priloga 4).

V anketo sva vključili tudi zdravstveno ozaveščenost, ki sva jo merili s pomočjo štirih indikatorjev. Faktorska analiza, rezultati katere so bili predhodno že predstavljeni, je pokazala, da vse trditve merijo isto dimenzijo, hkrati pa je Cronbachova alfa, z vrednostjo 0,722, potrdila zanesljivo notranjo konsistentnost (Tabela 5). Tabela 7, ki sledi v nadaljevanju, prikazuje indikatorje in povprečne vrednosti odgovorov pri teh indikatorjih. Spremenljivka zdravstvena ozaveščenost je bila, kot omenjeno, merjena s pomočjo štirih indikatorjev, in sicer na Likertovi lestvici, kjer 5 pomeni popolno strinjanje in 1 popolno nestrinjanje s trditvijo oz. indikatorjem. Povprečje vseh štirih indikatorjev je 4,32 ($SD=0,757$) in kaže na to, da se respondenti v večji meri strinjajo z danimi trditvami. Največje strinjanje ($M=4,38$; $SD=0,718$) so izrazili s trditvijo »Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno, najmanjše ($M=4,26$; $SD=0,735$) pa s trditvijo »Moje zdravje je odvisno od tega, kako skrbim zase«.

Tabela 7: Indikatorji za preverjanje zdravstvene ozaveščenosti (povprečne vrednosti)

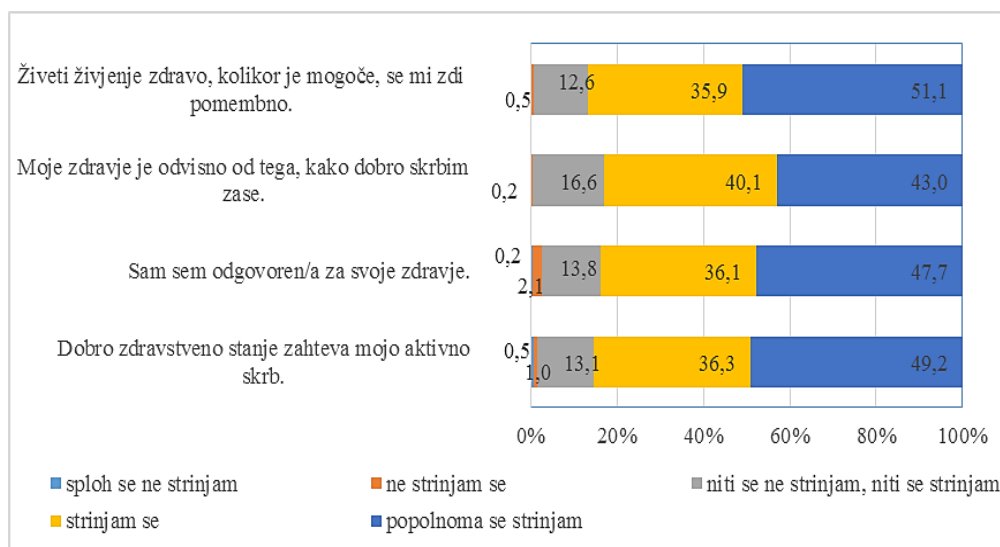
Indikator	M	SD
Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb.	4,33	0,773
Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase.	4,26	0,735
Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno.	4,38	0,718
Sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.	4,29	0,800
Zdravstvena ozaveščenost	4,32	0,559

Tudi prikaz odgovorov, ki jih vidimo na Sliki 25, kaže na to, da se več kot 80 % anketiranih najmanj strinja z vsemi trditvami. S trditvijo »Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno« se najmanj strinja 87 % anketiranih, s trditvijo »Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb« 85,5 %, nekoliko manj pa se jih strinja s trditvijo »Sam sem odgovoren za lastno zdravje« (83,8 %).

Anketirani se v povprečju torej najmanj strinjajo s trditvijo »Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase«, a se z njo še vedno strinja pretežen del anketiranih (83,1 %). Preostanek anketiranih je v večini neodločenih glede danih trditev, le malo je takih, ki se z njimi ne strinjajo. Iz tega lahko zaključimo, da je zdravstvena ozaveščenost med respondenti visoka. Zdravstveno ozaveščenost preverjava z najino prvo hipotezo, ki se glasi:

H1: Med različnimi starostnimi skupinami potrošnikov obstajajo statistično pomembne razlike v zdravstveni ozaveščenosti.

Slika 25: Strinjanje s trditvami o zdravstveni ozaveščenosti (v %)



Deskriptivna statistika (Tabela 8) je pokazala, da med različnimi starostnimi skupinami v resnici obstajajo razlike v zdravstveni ozaveščenosti. Povprečna vrednost za zdravstveno ozaveščenost starostne skupine mlajših odraslih (do 22 let) je namreč 3,97 (SD=0,574), za ostali starostni skupini pa nekoliko višja, in sicer za skupino zrelih odraslih (od 23-49 let) 4,34 (SD=0,524) ter 4,42 (0,509) za starejše odrasle (50 let ali več) na petstopenjski lestvici.

Tabela 8: Zdravstvena ozaveščenost glede na starost (povprečne vrednosti)

	M	SD
Mlajši odrasli (do 22 let)	3,97	0,574
Zreli odrasli (23-49 let)	4,34	0,524
Starejši odrasli (50 let in več)	4,42	0,509

Rezultati ANOVE pa so pokazali, da ničelno domnevo o enakosti zdravstvene ozaveščenosti med starostnimi skupinami lahko zavrnilo, kar pomeni da med starostni skupinami obstajajo statistično pomembne razlike ($F=15,104$; $p=0,000$). Pri post hoc analizi sva uporabili Hochberg's GT2 test, saj so velikosti skupin precej različne. Ta je pokazal, da do statistično pomembnih razlik v zdravstveni ozaveščenosti prihaja med starostno skupino do 22 let (t.i. mlajši odrasli) in ostalima starostnima skupinama (skupino zrelih odraslih in starejših odraslih).

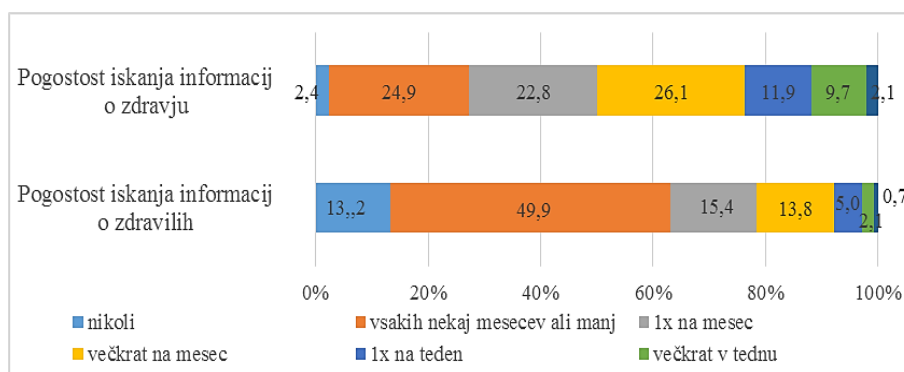
Na podlagi napisanega lahko potrdimo hipotezo H1, ki pravi, da med starostnimi skupinami potrošnikov prihaja do statistično pomembnih razlik v zdravstveni ozaveščenosti. Porabniki znotraj starostne skupine do 22 let so namreč manj zdravstveno ozaveščeni kot porabniki, ki so starejši od 22 let.

5.4.3 Iskanje informacij, povezanih z zdravjem in zdravili brez recepta in viri tovrstnih informacij

Pri pogostosti iskanja informacij, povezanih z zdravjem in zdravili brez recepta, so anketiranci pri omenjenih spremenljivkah izbirali med sedmimi stopnjami pogostosti, kjer 1 pomeni »Nikoli« in 7 »Vsak dan«. Večja vrednost povprečja spremenljivke, prikazanega v nadaljevanju, torej pomeni pogostejše iskanje informacij. Izkazalo se je, kot je razvidno iz Slike 26, da največ anketiranih išče informacije, povezane z zdravjem vsakih nekaj mesecev ali manj (24,9 %) ali večkrat na mesec (26,1 %). Povprečno enkrat na teden išče informacije o zdravju 11,9 % anketiranih, večkrat v tednu 9,7 % in vsak dan 2,1 % anketiranih. Tovrstnih informacij nikoli ne išče le 2,4 % anketiranih.

Podobno lahko opazimo pri iskanju informacij o zdravilih brez recepta (Slika 26). Ravno tako namreč največ anketiranih, in sicer skoraj polovica (49,9 %), išče informacije, povezane z zdravili brez recepta, vsakih nekaj mesecev ali manj. Sledijo jim tisti, ki iščejo informacije enkrat na mesec, ki predstavljajo 15,4 % vseh anketiranih in tisti, ki jih iščejo večkrat na mesec (13,8 %). Večkrat v tednu išče tovrstne informacije le 2,1 %, vsak dan pa le 0,7 % anketiranih. Medtem ko informacij o zdravilih brez recepta nikoli ne išče kar 13,2 % anketiranih.

Slika 26: Pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta (v %)



Deskriptivna statistika je za pogostost iskanja informacij o zdravju podala povprečno vrednost 3,58 (SD=1,403), za pogostost iskanja informacij o zdravilih brez recepta pa 2,57 (SD=1,218) (Priloga 6). To nam pove, da informacije obeh vrst anketiranci v povprečju iščejo manj kot večkrat v mesecu, saj 1 pomeni »Nikoli« in 7 »Vsak dan« (večja vrednost torej pomeni pogostejše iskanje informacij o zdravilih) ter, kot pričakovano, da informacije o zdravju iščejo v povprečju pogosteje kot informacije o zdravilih brez recepta.

Želeli sva preveriti tudi ali obstajajo pomembne razlike med starostnimi skupinami v iskanju informacij o zdravju in zdravilih brez recepta. Te razlike so naju zanimale predvsem zaradi tega, ker oglaševanje zdravil brez recepta lahko predstavlja tudi dokaj pomemben vir informacij, na katerega ob iskanju lahko naletijo in ker so nekatere predhodne raziskave na

področju DTC oglaševanja ugotovile povezavo med izpostavljenostjo tovrstnemu oglaševanju ter stališči in vedenjskimi odzivi (Lee et al., 2015). Poleg tega pa določene raziskave kažejo na to, da so mlajši potrošniki izpostavljeni večjemu številu oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta. V ta namen sva si postavili in preverili naslednji hipotezi:

H5a: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravju kot zreli odrasli in mlajši odrasli.

H5b: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravilih brez recepta kot zreli odrasli in mlajši odrasli.

Pri preverbi omenjenih hipotez sva anketirane združili v dve skupini glede na starost, in sicer prva skupina predstavlja mlajše od 50 let, druga skupina pa starejše od 50 let. Opisna statistika teh dveh skupin glede iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta (Tabela 9) nakazuje na razlike v iskanju informacij o zdravju in o zdravilih brez recepta, in sicer tako pri iskanju informacij o zdravju kot tudi iskanju informacij o zdravilih lahko opazimo, da starejši (50 let in več) pogosteje iščejo informacije obeh vrst, saj povprečna vrednost za iskanje informacij o zdravju znaša 3,82 (SD=1,209), za iskanje informacij o zdravilih brez recepta pa 2,91 (SD=1,123), medtem ko sta povprečni vrednosti za mlajše od 50 let 3,48 (SD=1,434) za iskanje informacij o zdravju in 2,43 (SD=1,206) za iskanje informacij o zdravilih brez recepta. Dodatno pa lahko omenimo tudi, da porabniki v povprečju pogosteje iščejo informacije o zdravju, kot o zdravilih brez recepta.

Tabela 9: Rezultati t-testa za hipoteze H5a, H5b

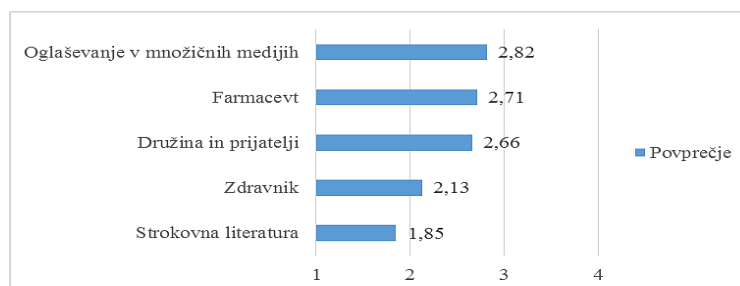
Hipoteza	Spremenljivka	Vzorec	Število enot	M	SD	T-test za enakost varianc (p)	T-test za primerjavo povprečij (p)
H5a	Iskanje informacij o zdravju	<50 let	299	3,48	1,434	0,007	0,027
		50 let in več	94	3,82	1,209		
H5b	Iskanje informacij o zdravilih brez recepta	<50 let	299	2,43	1,206	0,991	0,001
		50 let in več	94	2,91	1,123		

Kot je razvidno iz Tabele 9, je t-test pokazal, da obstajajo statistično značilne razlike tako v iskanju informacij o zdravju ($p=0,027$), kot tudi v iskanju informacij o zdravilih brez recepta ($p=0,001$) glede na starost. Glede na omenjeno, lahko potrdiva predhodno navedeni hipotezi H5a in H5b in povzameva, da starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravju in zdravilih brez recepta.

Preverili sva tudi pomembnost različnih virov informacij, saj se porabniki pri kupovanju zdravil brez recepta v največji meri zanesejo na štiri vire informacij, in sicer na prijatelje in družino, oglase ter strokovne zdravstvene delavce (Stephens & Johanson, 2000).

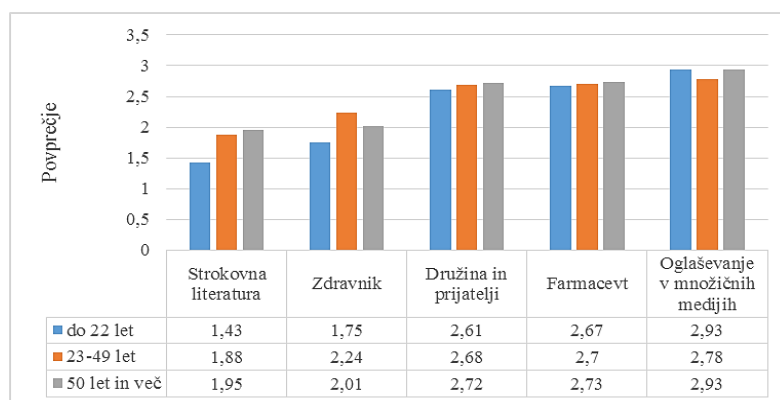
Na vprašanje glede pogostosti pridobivanja informacij preko različnih virov informacij so, kot lahko vidimo (Slika 27), anketiranci odgovarjali na 4-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni »Nikoli« in 4 »Pogosto«. Večja povprečna vrednost torej predstavlja večjo pomembnost oglaševanja kot vira informacij. Če primerjamo povprečja, lahko opazimo, da je oglaševanje v množičnih medijih v povprečju najpomembnejši vir informacij, čemur sledijo farmacevt in družina ter prijatelji kot viri informacij. Najmanj pomemben vir informacij predstavlja strokovna literatura.

Slika 27: Viri informacij o zdravilih brez recepta



Slika 28 pa prikazuje omenjena povprečja tudi glede na različne starostne skupine. Kot lahko vidimo, med skupinami do večjih razlik prihaja le pri strokovni literaturi in zdravniku kot viru informacij. Strokovno literaturo kot vir informacij pogosteje uporabi skupina starejših odraslih (50 let in več), najmanj pogosto pa mlajši odrasli. Na zdravnika pa se najpogosteje obrne skupina zrelih odraslih (23-49 let), najmanj pogosto pa skupina mlajših odraslih.

Slika 28: Pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starostne skupine



Te razlike je potrdila tudi ANOVA, katere rezultati so pokazali, da do statistično značilnih razlik med skupinami prihaja pri strokovni literaturi ($F=7,559$; $p=0,001$) in zdravniku ($F=10,273$; $p=0,000$) kot virih informacij. Tudi post hoc test (Hochberg's GT 2 test) je pokazal, da prihaja do statistično značilnih razlik pri uporabi strokovne literature kot vira informacij med mlajšimi odraslimi in ostalima dvema skupinama. Glede pomembnosti zdravnika kot vira informacij, pa se je razlika izkazala kot statistično značilna le med

skupinama mlajših in zrelih odraslih, medtem ko razlika med skupino starejših odraslih v primerjavi z ostalima dvema ni statistično značilna (Priloga 6).

Glede na to sva preverili tudi, če med starostnimi skupinami obstaja statistično značilna razlika v pomembnosti oglaševanja kot vira informacij, in tako preverili hipotezo:

H6: Oglaševanje zdravil brez recepta za mlajše predstavlja pomembnejši vir informacij kot za zrele in starejše odrasle.

Pomembnost oglaševanja se je merila z vprašanjem »Kako pogosto dobite informacije o zdravilih brez recepta preko oglaševanja v množičnih medijih?«, in sicer na 4-stopenjski lestvici. V obeh starostnih skupinah lahko opazimo primerljivo pomembnost oglaševanja kot vira informacij, in sicer pri skupini do vključno 22 let povprečna vrednost znaša 2,93 (SD=0,998), pri skupini starih 23-49 let 2,78 (SD=1,005), pri najstarejših, starih 50 let in več pa 2,93 (SD=0,871). To je potrdila tudi ANOVA (Priloga 6), ki je pokazala, da razlike med starostnimi skupinami niso statistično značilne ($F=1,142$; $p=0,320$) in zato ne moremo trditi, da se pomembnost oglaševanja kot vira informacij razlikuje med starostnimi skupinami.

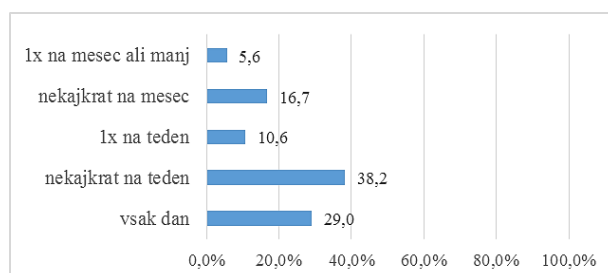
Hipotezo H6 na podlagi podatkov testa torej zavračava in zaključiva, da oglaševanje za mlajše ne predstavlja pomembnejši vir informacij kot za zrele in starejše odrasle, tj. starejše od 22 let.

5.4.4 Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta

Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta sva merili s tem, kako pogosto so anketiranci v zadnjih šestih mesecih opazili, videli ali slišali oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta. To sva preverili z vprašanjem »Kako pogosto ste v zadnjih šestih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?«, kjer so anketiranci, kot lahko vidimo na Sliki 29, izbirali med odgovori »vsak dan«, »nekajkrat na teden«, »1x na teden«, »nekajkrat na mesec« in »1x na mesec ali manj«.

Izkazalo se je (Slika 29), da je 77,8 % anketirancev tak oglas zaznalo najmanj 1x na teden, od tega 29,0 % vsak dan, 38,2 % nekajkrat na teden in 10,6 % 1x na teden. 16,7 % jih je tak oglas zaznalo nekajkrat na mesec, 5,6 % pa 1x na mesec ali manj.

Slika 29: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta (v %)



Pogostost izpostavljenosti oglaševanju sva, kot omenjeno, merili na lestvici, kjer 1 pomeni »vsak dan«, 2 »nekajkrat na teden«, 3 »1x na teden«, 4 »nekajkrat na mesec« in 5 »1x na mesec ali manj«. Manjša povprečna vrednost v tabeli opisne statistike (Tabela 10) zato v tem primeru, pomeni pogostejšo izpostavljenost oglaševanju zdravil brez recepta. Iz omejene tabele, ki prikazuje opisno statistiko, lahko opazimo, da je povprečna vrednost pri skupini mlajših odraslih (do 22 let) ($M=2,10$; $SD=1,076$) nekoliko nižja od povprečne vrednosti ostalih dveh starostnih skupin. Najmanjša izpostavljenost oglaševanju zdravil brez recepta se kaže pri srednji starostni skupini zrelih odraslih, ki vključuje respondente stare med 23 in 49 let ($M=2,37$, $SD=1,239$).

Tabela 10: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta glede na starost (povprečne vrednosti)

	M	SD
Mlajši odrasli (do 22 let)	2,10	1,076
Zreli odrasli (23-49 let)	2,37	1,239
Starejši odrasli (50 let in več)	2,27	1,184

Razlike med starostnimi skupinami glede pogostosti izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta preverjava s tretjo hipotezo:

H3: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta se razlikuje glede na starost.

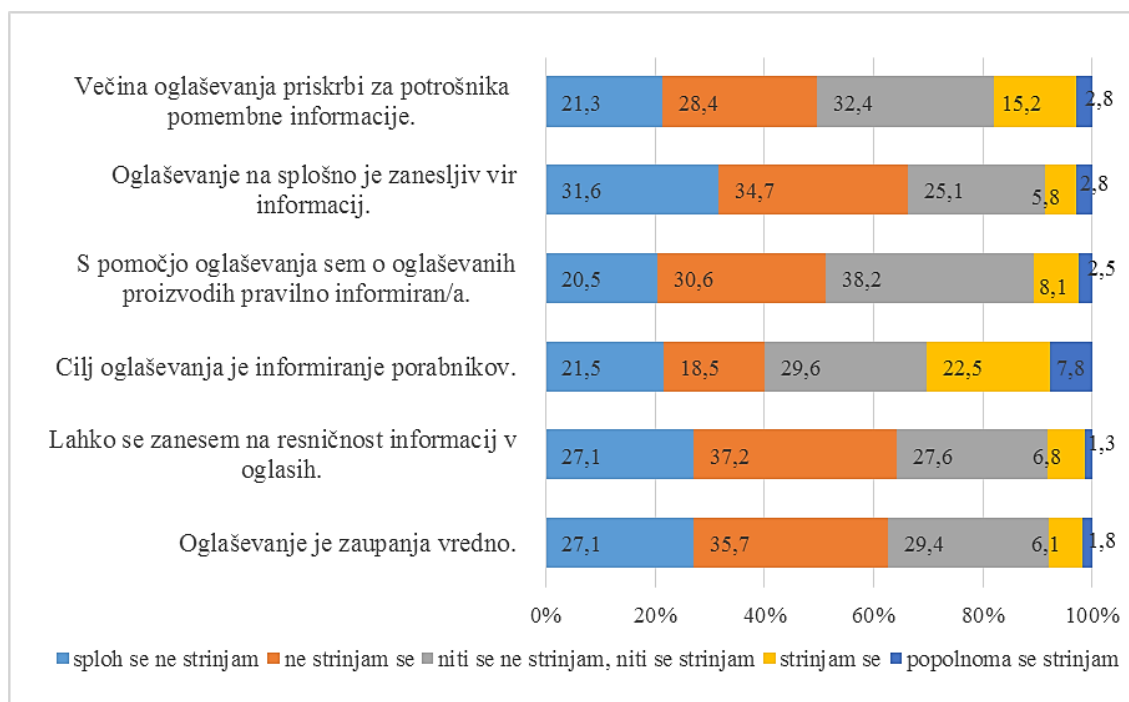
V ta namen sva izvedli analizo varianc (ANOVO) (Priloga 7), pri čemer se je izkazalo, da ne moremo zavrnila ničelne domneve o enakosti varianc in zato vpliva starosti na izpostavljenost oglaševanju zdravil brez recepta ne moremo potrditi. Hipotezo H3 morava iz tega razloga zavrniti.

5.4.5 Skepticizem do oglaševanja na splošno in do oglaševanja zdravil brez recepta, stališča do oglaševanja zdravil brez recepta in vedenjski odzivi

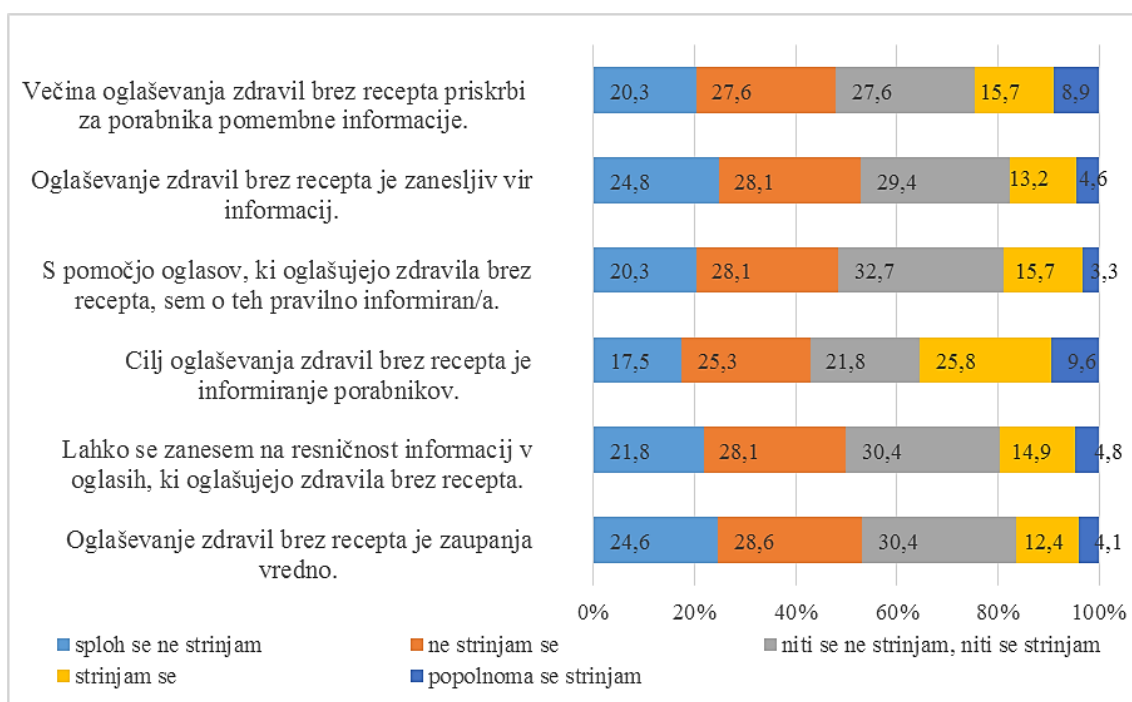
Sliki 30 in 31 prikazujeta skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta. Skepticizem sva preverjali preko šestih vprašanj, ki izvirajo iz t.i. »SKEP scale«, avtorjev Diehl, Mueller in Terlutter (2008). Opazimo lahko, da se anketirani v veliki meri ne strinjajo z danimi trditvami. Več kot dve tretjini (66,3 %) anketiranih meni, da oglaševanje ni zanesljiv vir informacij, v zanesljivost oglaševanih informacij pa zaupa le 8,6 % anketiranih. Ravno tako se jih več kot polovica (64,3 %) ne strinja s trditvijo, da se lahko zanesejo na resničnost informacij v oglasih. Primerljiv odstotek anketiranih (62,8 %) jih je mnenja, da oglaševanje ni zaupanja vredno, hkrati se več kot polovica (51,1 %) ne strinja s trditvijo, da so s pomočjo oglaševanja pravilno informirani. Še največje strinjanje so anketiranci izkazali s trditvijo, da je cilj oglaševanja informiranje porabnikov, kjer se jih 30,3 % najmanj strinja s to trditvijo, medtem ko je odstotek tistih, ki se s to trditvijo ne strinjajo, še vedno prevladujoč, saj predstavlja 40 %. S trditvijo, da večina

oglaševanja priskrbi za potrošnika pomembne informacije pa se strinja 18,0 % anketiranih, ne strinja ali popolnoma ne strinja pa 49,7 % .

Slika 30: Skepticizem do oglaševanja na splošno (v %)



Slika 31: Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (v %)



Pri skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta lahko opazimo le rahlo manj negativno usmerjene odgovore. Tudi tu lahko opazimo, da se jih več kot polovica ne strinja z nobeno

od vključenih trditvev, ki se nanašajo na skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta. Največje strinjanje so tudi tu izkazali s trditvijo »Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje porabnikov«, kjer je strinjanje 35,4 %, kar je za 5,1 % več kot pri oglaševanju na splošno. Večje strinjanje je opazno tudi pri ostalih trditvah. Največja razlika je pri trditvi glede resničnosti informacij o oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta, kjer se najmanj strinja 19,7 % in trditvi »Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij«, s katero se najmanj strinja 17,8 % anketiranih. Največje nestrinjanje anketirani izkazujejo s trditvijo, da je oglaševanje zdravil brez recepta zaupanja vredno, saj se 28,6 % anketiranih s to trditvijo ne strinja, 24,6 % pa celo popolnoma ne strinja (Slika 31).

Skepticizem do oglaševanja na splošno in do oglaševanja zdravil brez recepta sta bila načeloma, kot je razvidno iz prikazov (Slika 30 in Slika 31), merjena z istimi šestimi indikatorji, ki sva jih prilagodili za namene merjenja skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta. Tudi tu sva uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico. Kot vidimo, so vse trditve obrnjene in načeloma merijo zaupanje, vendar so rezultati temu prilagojeni, saj sva v programu SPSS uporabili reverzno kodiranje podatkov in zato prikazana povprečja dejansko prikazujejo skepticizem - večja vrednost povprečja tako predstavlja večji skepticizem.

Iz povprečij za obe spremenljivki, ki se dotikata skepticizma, lahko vidimo (Tabela 11 in 12), da je povprečje pri trditvi »Skepticizem do oglaševanja na splošno« ($M=3,63$; $SD=0,8889$) višje, kot pri spremenljivki »Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta«, kjer znaša povprečna vrednost 3,43 ($SD=1,041$). Sklepamo lahko, da je skepticizem porabnikov do oglaševanja na splošno večji kot do oglaševanja zdravil brez recepta, vendar pa bova statistično značilnost tega preverili v nadaljevanju. V splošnem lahko trdimo, da so porabniki skeptični tako do oglaševanja na splošno kot tudi do oglaševanja zdravil brez recepta.

Tabela 11 prikazuje indikatorje za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno in njihove povprečne vrednosti. Na tem mestu se nama zdi smiselno še enkrat poudariti, da večja vrednost povprečja posameznega indikatorja predstavlja večji skepticizem. Trditve za potrebe vprašalnika so bile zasnovane tako, da merijo zaupanje. Ker pa je bil najin cilj izmeriti skepticizem, sva v programu SPSS uporabili reverzno kodiranje. Večje vrednosti povprečij zato izražajo manjše strinjanje z navedenimi trditvami oz. manjše vrednosti izražajo večje strinjanje s trditvami. Iz tega sledi, da so največje nestrinjanje porabniki pri skepticizmu do oglaševanja na splošno izkazali s trditvijo, da je oglaševanje na splošno zanesljiv vir informacij, kjer povprečna vrednost znaša 3,87, trditvijo »Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih« ($M=3,82$; $SD=0,951$) in »Oglaševanje je zaupanja vredno« ($M=3,80$; $SD=0,965$). Največje strinjanje pa so izkazali s trditvama, da je cilj oglaševanja informiranje potrošnikov, saj tu povprečna vrednost znaša 3,23 ($SD=1,239$) in trditvijo, da večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije ($M=3,50$; $SD=1,072$).

Tabela 11: Indikatorji za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (povprečne vrednosti)

Indikator	M	SD
Oglaševanje je zaupanja vredno. ^R	3,80	0,965
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglaših. ^R	3,82	0,951
Cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov. ^R	3,23	1,239
S pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a. ^R	3,58	0,985
Oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij. ^R	3,87	1,017
Večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije. ^R	3,50	1,072
Skepticizem do oglaševanja na splošno^R	3,63	0,889

Legenda: Večja vrednost povprečja predstavlja manjše strinjanje s trditvijo in torej večji skepticizem.

Tudi pri skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta se je izkazalo podobno (Tabela 12). Največje nestrinjanje so anketirani ravno tako izkazali s trditvami »Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno« (M=3,57; SD=1,109), »Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij« (M=3,55; SD=1,133) in »Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglaših, ki oglašujejo zdravila brez recepta« (M=3,47; SD=1,129). V največji meri pa so se strinjali s trditvama »Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov« in »Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije« (M=3,35; SD=1,217).

Tabela 12: Indikatorji za preverjanje skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta (povprečne vrednosti)

Indikator	M	SD
Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno. ^R	3,57	1,109
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglaših, ki oglašujejo zdravila brez recepta. ^R	3,47	1,129
Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov. ^R	3,15	1,255
S pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a. ^R	3,46	1,081
Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij. ^R	3,55	1,133
Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije. ^R	3,35	1,217
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta^R	3,43	1,041

Legenda: Večja vrednost povprečja predstavlja manjše strinjanje s trditvijo in torej večji skepticizem.

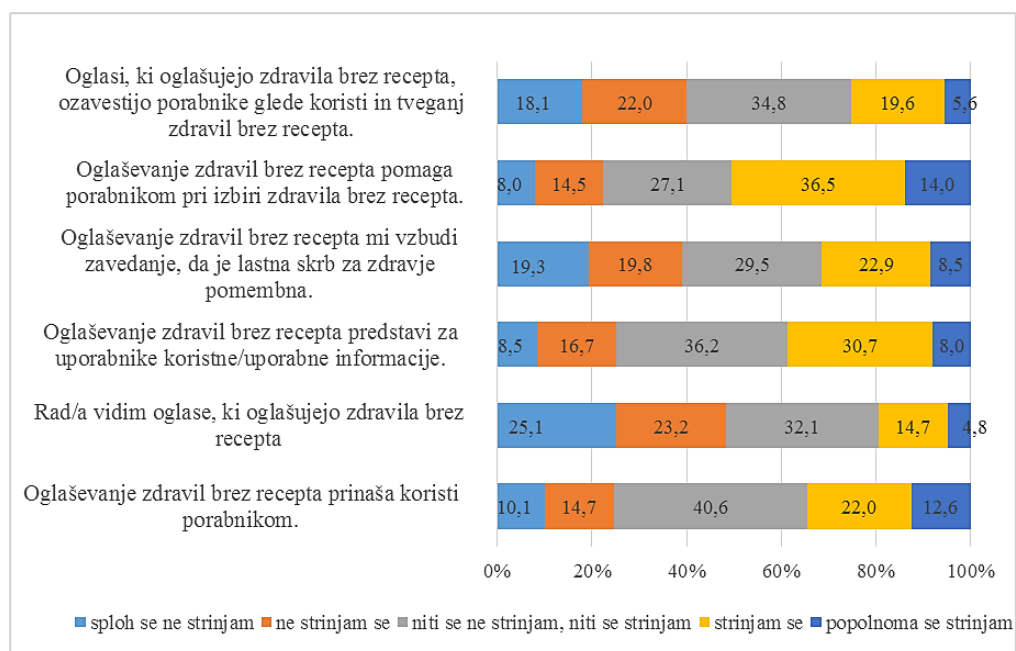
V okviru skepticizma sva preverili sedmo hipotezo:

H7: Potrošniki so manj skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta kot do oglaševanja na splošno.

V namene preverjanja omenjene hipoteze sva preverili aritmetični sredini skepticizma do oglaševanja na splošno in skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta. Že osnovna statistika nakazuje na razlike med obema spremenljivkama, saj povprečna vrednost za skepticizem do oglaševanja na splošno znaša 3,63 (SD=0,889), za skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta pa 3,43 (SD=1,041). Za preverjanje statistične značilnosti te razlike sva izvedli parni t-test oz. test dvojic (Priloga 8), ki je potrdil statistično pomembno razliko v skepticizmu do oglaševanja na splošno in skepticizmu do oglaševanja zdravil brez recepta ($p=0,000$). Hipotezo H7 torej lahko potrdimo in iz tega povzameva, da so slovenski porabniki bolj skeptični do oglaševanja na splošno kot do oglaševanja zdravil brez recepta.

V nadaljevanju, na Sliki 32, prikazujeva stališča anketirancev do oglaševanja zdravil brez recepta. Največ anketiranih (46,5 %) meni, da oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta, vendar pa je pri tej trditvi 27,10 % takih, ki se s trditvijo niti ne strinjajo niti strinjajo. Skoraj 40 % (38,7 %) je mnenja, da tovrstno oglaševanje predstavi za uporabnike koristne oz. uporabne informacije, 34,6 % pa da to prinaša koristi porabnikom. Tudi pri slednjem je neodločenih 40,6 %. Le 19,5 % anketiranih oglase zdravil brez recepta rado vidi. Opazimo lahko visoko stopnjo izbire nevtralnega odgovora »niti se strinjam niti se ne strinjam«.

Slika 32: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (v %)



Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta so bila merjena s pomočjo šestih indikatorjev, ki so bili ravno tako merjeni na petstopenjski Likertovi lestvici. Kot prikazuje Tabela 13, lahko opazimo, da se respondenti v večji meri ne strinjajo s trditvami, vendar pa je vrednost

zelo blizu srednji vrednosti, ki izraža neodločenost glede danih trditev. Največje strinjanje je razvidno pri trditvi »Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta« (3,34), nekoliko manjše pri trditvama »Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/porabne informacije« (3,13) in »Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom« (3,12). Z ostalimi tremi trditvami pa se anketirani v povprečju ne strinjajo, in sicer je njihovo nestrinjanje največje pri trditvi »Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta« (2,51), sledita trditvi »Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozavešajo porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta« s povprečno vrednostjo 2,72 in »Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna« s povprečno vrednostjo 2,81.

Tabela 13: Indikatorji za preverjanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta

Indikator	M	SD
Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom.	3,12	1,124
Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	2,51	1,158
Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije.	3,13	1,056
Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna.	2,81	1,228
Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta.	3,34	1,130
Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozavešajo porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.	2,72	1,136
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	2,94	0,903

Stališča do oglaševanja in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta in do oglaševanja na splošno sva želeli preveriti še glede na starost, zato sva za vse tri spremenljivke izvedli ANOVO (Priloga 10). V splošnem so bile vse skupine relativno nevtralne tako do stališč kot do skepticizma. Pri stališčih do oglaševanja zdravil brez recepta se je izkazalo, da se skupina, ki jo sestavljajo respondenti stari med 23 in 49 let (t.i. zreli odrasli) signifikantno razlikuje od ostalih dveh starostnih skupin. Ta skupina namreč izraža dosti manjšo naklonjenost oglaševanju zdravil brez recepta ($M=2,75$, $SD=0,845$) kot ostali dve ($M=3,30$; $SD=0,573$ za mlajše odrasle in $M=3,27$; $SD=1,066$ za skupino starejših odraslih). Ravno tako je bila ta skupina bolj skeptična do oglaševanja na splošno ($M=3,80$; $SD=0,848$) v primerjavi s skupino mlajših odraslih ($M=3,28$; $SD=0,650$) in skupino starih 50 let ali več ($M=3,40$; $SD=1,012$).

V okviru skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta pa so se pokazale statistično značilne razlike med vsemi starostnimi skupinami. Najmanj skeptična skupina je skupina najmlajših (do 22 let) ($M=2,83$; $SD=0,939$), sledi ji skupina starih 50 let ali več ($M=3,22$;

SD=1,137), najbolj pa je ponovno skeptična skupina zrelih odraslih, starih med 23 in 49 let (M=3,66; SD=0,947).

Za preverjanje razlik v stališčih do oglaševanja zdravil brez recepta med starostnimi skupinami sva preverili deveto hipotezo:

H9: Zreli odrasli in starejši odrasli v večji meri izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta kot mlajši odrasli.

Za preverjanje H9 sva poleg že opisanih rezultatov ANOVE, ki to potrjujejo, izvedli še t-test (Priloga 10), pri katerem sva respondente razporedili v dve skupini, in sicer sva oblikovali skupino starih do 22 let in skupino starejšo od 22 let. Ta je pokazal, da obstaja med starostnima skupinama statistično značilna razlika ($p < 0,05$). Hipotezo H9 lahko torej potrdimo in zaključimo, da starejši od 22 let (zreli in starejši odrasli) v večji meri izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta kot mlajši odrasli (do 22 let).

Pri vedenjskih odzivih so anketiranci lahko izbrali več odgovorov glede na to, kaj so v zadnjih šestih mesecih naredili po stiku z oglasom, ki je oglaševal zdravilo brez recepta. Vedenjski odzivi so vključevali pogovor o oglaševanem zdravilu brez recepta z zdravnikom, farmacevtom ali znanci, sorodniki in prijatelji, iskanje dodatnih informacij o oglaševanem zdravilu, nakup in uporabo oglaševanega zdravila v zadnjih šestih mesecih. Na voljo je bil tudi odgovor »Nič od navedenega«. Število izbranih odzivov je tako lahko zavzelo vrednosti od 0 do 6. Večjo vrednost sva tako povezali z večjo verjetnostjo za vedenjski odziv na oglaševanje zdravil brez recepta (Priloga 11).

Povprečna vrednost vsote vedenjskih odzivov znaša 2,17 (SD=1,201), kar pomeni, da se anketiranci na oglaševano zdravilo brez recepta v povprečju odzovejo z več kot dvema vključenima vedenjskima odzivoma. Največ anketiranih je izbralo odziv, da so po stiku z oglasom, ki je oglaševal zdravilo brez recepta skušali poiskati kaj več informacij o oglaševanem zdravilu brez recepta (55,7 %) in da so se po stiku z oglasom o oglaševanem zdravilu brez recepta pogovorili s farmacevtom (50,6 %). Kar nekaj (42,0 %) jih je izbralo tudi odgovor, da so se po stiku z oglasom o oglaševanem zdravilu pogovorili z znanci, prijatelji ali sorodniki. Nakup oglaševanega zdravila je kot odgovor izbralo 27,1 % anketiranih in uporabo tovrstnega zdravila 36,5 %. Pogovor z zdravnikom o oglaševanem zdravilu brez recepta je bil izbran najmanjkrat (5,5 %). Razlike v vedenjskih odzivih sva preverili tudi glede na starost, kjer pa analiza variance (ANOVA) ni pokazala statistično značilnih razlik med starostnimi skupinami (Priloga 11).

Na koncu sva preverili še vse hipoteze, navedene spodaj, ki preverjajo povezavo stališč do oglaševanja zdravil brez recepta z drugimi spremenljivkami.

H2: Med zdravstveno ozaveščenostjo in stališči do oglaševanja zdravil brez recepta obstaja pozitivna povezanost.

H4: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta je pozitivno povezana s pozitivnimi stališči do oglaševanja zdravil brez recepta.

H8: Večji kot je skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, bolj negativna stališča imajo porabniki do oglaševanja teh zdravil.

H10: Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na oglaševanje le-teh so v pozitivni povezavi.

Povezavo sva preverili s pomočjo korelacijske analize (Priloga 12), njene rezultate pa predstavljamo v spodnji tabeli (Tabela 14). Rezultati predstavljajo Pearsonove koeficiente korelacije, stopnja tveganja pa je označena z zvezdicami (* za stopnjo tveganja 0,05 oz. ** za stopnjo tveganja 0,01).

Tabela 14: Korelacijska matrika za preverjanje hipotez H2, H4, H8 in H10

	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta	Zdravstvena ozaveščenost	Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Vedenjski odzivi
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	1,000	0,125*	-0,028	-0,753**	0,194**
Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta	0,125*	1,000	-0,036	-0,119*	0,084
Zdravstvena ozaveščenost	-0,028	-0,036	1,000	0,064	-0,029
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	-0,735**	-0,119*	0,064	1,000	-0,201**
Vedenjski odzivi	0,194**	0,084	-0,029	-0,201**	1,000

Legenda: * Koeficient korelacije je statistično značilen pri stopnji tveganja 0,05.

** Koeficient korelacije je statistično značilen pri stopnji tveganja 0,01.

Opazimo lahko, da je med spremenljivkama »Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta« in »Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta« povezanost statistično značilna pri 5% tveganju. Koeficient korelacije znaša 0,125, kar izraža neznatno povezanost med spremenljivkama (H4). Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta šibko korelirajo (koeficient korelacije je 0,194) tudi z vedenjskimi odzivi na tovrstno oglaševanja (H10), kar lahko trdimo z 1% tveganjem (Tabela 14).

Statistično značilna (1 % tveganje) močna negativna povezanost pa obstaja med spremenljivko »Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta« in spremenljivko »Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta«, kjer koeficient korelacije znaša $-0,735$ (H8). Tudi med spremenljivko »Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta« in spremenljivko »Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta« obstaja statistično značilna, neznatna povezava (koeficient korelacije $-0,119$), medtem ko je povezanost s spremenljivko »Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta« šibka (koeficient korelacije je $0,201$). Pri obeh korelacijah stopnji značilnosti izražata 1 % tveganje (Tabela 14).

Glede na navedeno lahko potrdimo vse prej navedene hipoteze, razen hipoteze H2, ki govori o povezanosti med zdravstveno ozaveščenostjo in stališči do oglaševanja zdravil brez recepta, saj Pearsonov koeficient korelacije med njima znaša $-0,028$ (H2) (Tabela 14), kar pomeni, da sprememba ene spremenljivke obratno vpliva na drugo, kar v tem primeru pomeni, da se večja zdravstvena ozaveščenost odrazi v bolj negativnih stališčih do oglaševanja zdravil brez recepta. Poleg tega pa je tudi stopnja značilnosti večja od $0,05$, zato hipoteze H2 ne moremo potrditi.

Potrdimo pa lahko torej hipoteze, ki se nanašajo na spremenljivke, med katerimi je odnos statistično značilen, in sicer:

H4: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta je pozitivno povezana s pozitivnimi stališči do oglaševanja zdravil brez recepta.

Večja pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta se bo odrazila v bolj pozitivnih stališčih do oglaševanja teh zdravil. To pomeni, da večkrat bodo porabniki opazili oglas, ki oglašuje zdravil brez recepta, bolj pozitivna stališča bodo imeli do oglaševanja teh proizvodov.

H8: Večji kot je skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, bolj negativna stališča imajo porabniki do oglaševanja teh zdravil.

Manjša stopnja skepticizma do oglaševanja bo oblikovala bolj pozitivna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta, medtem ko bolj bodo porabniki skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta, v večji meri bodo takemu oglaševanju nenaklonjeni.

H10: Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na oglaševanje le-teh so v pozitivni povezavi.

Vedenjski odzivi bodo bolj verjetni v primeru bolj pozitivnih stališč porabnika do oglaševanja zdravil brez recepta oz. bolj bodo porabniki mnenja, da oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi, pomembne informacije in pomaga pri izbiri zdravila, bolj verjetno bodo na to reagirali z določenim vedenjem. Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta veljajo za dober kazalec vedenjskih odzivov porabnikov, ki pa se lahko odrazijo tudi v

nakupnem vedenju v odnosu do zdravila brez recepta, kar pa je primarni cilj oglaševanja s strani farmacevtskih podjetij.

5.5 Ugotovitve raziskave in primerjava ugotovitev iz obstoječe literature

V raziskavi, ki sva jo za namen najinega magistrskega dela opravili, sva poskušali zajeti predvsem področje stališč porabnikov do nakupa zdravil brez recepta, skepticizma do tovrstnega oglaševanja, prav tako pa sva poskušali pridobiti vpogled v zdravstveno ozaveščenost porabnikov ter oba pojma (stališča in zdravstveno ozaveščenost) primerjati med različnimi starostnimi skupinami. Kljub temu, da so starejši potrošniki načeloma primernejša tarča za oglaševanje zdravil na splošno, razlog lahko pripišemo predvsem njihovim pogostejšim zdravstvenim težavam, pa dosedanje raziskave (npr. Gönül, Carter, & Wind, 2000) kažejo, da se mlajši bolj pozitivno odzivajo na oglaševanje zdravil. Iz tega razloga se nama zdi pomembno razumevanje razlik med potrošniki v različnih življenjskih obdobjih glede stališč do oglaševanja zdravil brez recepta ter njihovih odzivov na tovrstno oglaševanje.

V Tabeli 15 (na koncu poglavja) prikazujeva povzetek rezultatov preverjanja v nalogi zastavljenih hipotez, preko katerih sva prišli do ključnih ugotovitev, ki jih povzemava v nadaljevanju. Iz tabele je razvidno, da so bile nepotrjene tri hipoteze (H2, H3 in H6).

Največji odstotek anektiranih je bilo starih med 23 in 49 let (skupina zrelih odraslih), bistveno več je bilo žensk, sodelujočih respondentov je bilo največ z dokončano srednješolsko izobrazbo, zaposlenih oz. samozaposlenih. Največji delež sodelujočih je imel neto mesečni dohodek med 500 EUR in 1.100 EUR.

Ugotovitve najine raziskave so pokazale, da je večina anketiranih v obdobju zadnjega pol leta uporabila zdravilo brez recepta, pri čemer med starostnimi skupinami ni bilo statistično značilnih razlik. Prav tako je vzorec respondentov v raziskavi pokazal visok delež tistih, ki zdravila brez recepta jemljejo redno oz. pogosto (redno/pogosto sva definirali kot jemanje zdravila brez recepta 2x na mesec ali več). Izkazalo se je, da starejši odrasli pogosto oz. redno uporabljajo večje število zdravil brez recepta v primerjavi z ostalima dvema starostnima skupinama.

Rezultati vprašanj iz ankete, ki so se navezovali na zdravstveno ozaveščenost, so pokazali, da so porabniki visoko zdravstveno ozaveščeni, prav tako sva za to spremenljivko (zdravstvena ozaveščenost) zabeležili obstoj statistično značilnih razlik med različnimi starostnimi skupinami. Starejši od 23 let izkazujejo večjo zdravstveno ozaveščenost kot mlajši. Ta skupina porabnikov zato lahko predstavlja pomembno tarčo farmacevtskih oglaševalcev, saj mnogi raziskovalci povezujejo zdravstveno ozaveščanje s pogostejšim izvajanjem preventivnih zdravstvenih ukrepov, katerih del je tudi uporaba zdravil brez recepta (Hong, 2009). Walker, Volkan, Sechrist in Pender (1988) povzemajo in ugotavljajo,

da se s starostjo povečuje izvajanje aktivnosti zdravega življenjskega sloga. Tudi v najini raziskavi se je izkazalo, da je zdravstvena ozaveščenost odvisna od starosti.

Glede iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta so rezultati ankete pokazali, da porabniki iščejo informacije o zdravju pogosteje kot informacije o zdravilih brez recepta. Tako za iskanje informacij o zdravju, kot tudi o zdravilih brez recepta rezultati nakazujejo na to, da starejši pogosteje iščejo informacije obeh vrst. Preverili sva tudi pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta in ugotovili, da oglaševanje v množičnih medijih predstavlja najpomembnejši vir informacij o zdravilih brez recepta. Porabniki se za pridobivanje tovrstnih informacij pogosto obrnejo tudi na farmacevte ter sorodnike, družino ali prijatelje. Med starostnimi skupinami do statistično značilnih razlik glede virov informacij prihaja le pri dveh virih informacij: strokovni literaturi in zdravniku. Tu se je izkazalo, da je strokovna literatura kot vir informacij najmanj pomembna za mlajše odrasle, na zdravnika pa se, v primerjavi z mlajšimi odraslimi, zreli odrasli obrnejo pogosteje. Študije (med drugimi tudi Pisk et al., 2011) si glede pomembnosti različnih virov informacij o zdravilih brez recepta niso ravno enotne. Kljub temu, oglaševanju, kot viru informacij o zdravilu katerekoli vrste, v večini ne pripisujejo posebnega pomena. V primeru slovenskih porabnikov pa se je ta izkazal za najpomembnejši vir.

Porabniki so pogosto izpostavljeni oglaševanju zdravil brez recepta, saj je oglase za te izdelke v obdobju zadnjega pol leta večina anketirancev zaznala najmanj enkrat na teden. Za razliko od obstoječih raziskav (Huh & Becker, 2005) med starostnimi skupinami ni bilo zaznati statistično pomembnih razlik glede pogostosti izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta. Oglaševanje zdravil brez recepta se je izkazalo kot primerljivo pomemben vir informacij za vse starostne skupine, saj se niso pokazale statistično značilne razlike.

Porabniki so skeptični tako do oglaševanja na splošno, kot tudi do oglaševanja zdravil brez recepta, a je skepticizem do slednjega manjši. Najbolj skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta so porabniki v skupini zrelih odraslih (23 do 49 let).

V okviru stališč do oglaševanja zdravil brez recepta se je izkazalo, da so porabniki do oglaševanja zdravil brez recepta dokaj nevtralni in da so zreli odrasli (23 do 49 let) tovrstnemu oglaševanju najmanj naklonjeni. Rezultati ankete kažejo, da skupina zrelih in starejših odraslih (zajeta starost 23 let in več) izoblikuje bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta. Tudi v okviru DTC oglaševanja, iz katerega sva izhajali, raziskave nakazujejo na bolj pozitiven odnos mlajših porabnikov in oblikovanje bolj pozitivnih stališč v primerjavi s starejšo populacijo (Gönül, Carter, & Wind, 2000).

Najpogosteje izbran odgovor v okviru vedenjskih odzivov na oglas za zdravilo brez recepta, je bilo iskanje dodatnih informacij o oglaševanem zdravilu ter pogovor s farmacevtom. Tudi pogovor z znanci, prijatelji ali sorodniki so kot vedenjski odziv respondenti pogosto izbrali. V številu izbranih vedenjskih odzivov na oglas za zdravilo brez recepta ni bilo pomembnejših razlik.

Ugotovili sva, da na oblikovanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta vpliva več spremenljivk. Najmočnejši vpliv na stališča do oglaševanja zdravil brez recepta ima skepticizem, kjer se je izkazalo, da večji kot je skepticizem, manj so porabniki naklonjeni oglaševanju zdravil brez recepta. Z ostalimi spremenljivkami, pri katerih so se povezave izkazale za statistično značilne, so stališča do oglaševanja zdravil brez recepta le šibko povezana. Vseeno pa lahko rečemo, da se večja pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta izrazi v rahlo bolj pozitivnih stališčih. Zdravstvena ozaveščenost se ni izkazala kot pomembna spremenljivka za oblikovanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta. Stališča po mnenju številnih avtorjev lahko v določeni meri napovedo vedenjske odzive. Slednje je potrdila tudi najina raziskava, a je pomembno poudariti, da je povezava med stališči in vedenjskimi odzivi šibka.

Povzamemo lahko, da se stališča slovenskih potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta oblikujejo v odvisnosti od starosti. Najmanj naklonjeni takemu oglaševanju so zreli odrasli, tj. stari med 23 in 49 let. Kljub temu je oglaševanje teh zdravil kot vir informacij tudi zanje relativno pomemben vir, hkrati pa lahko sklepamo, da se z leti povečuje tudi zdravstvena ozaveščenost in zato večje posvečanje preventivnim aktivnostim, ki vključujejo tudi uporabo zdravil brez recepta. Najmanj skeptična in najbolj naklonjena oglaševanju zdravil brez recepta je najmlajša populacija. Verjetno je to smiselno povezati z dejstvom, da se mlajša, vitalna populacija v splošnem srečuje z manjšim številom zdravstvenih težav kot starejša in zato iskanju informacij o zdravju in zdravilih brez recepta posveča manj pozornosti in hkrati manj kritično ocenjuje oglaševalske akcije za ta zdravila. Omenjene značilnosti slovenskih porabnikov predstavljajo okvir za oblikovanje oglaševalskih akcij farmacevtskih proizvajalcev in morebitno segmentacijo.

Tabela 15: Povzetek rezultatov preverjanja vseh hipotez

Hipoteza	Odvisna spremenljivka	Neodvisna spremenljivka	Rezultat	Hipoteza potrjena (DA/NE)
H1: Med različnimi starostnimi skupinami potrošnikov obstajajo statistično pomembne razlike v zdravstveni ozaveščenosti.	Zdravstvena ozaveščenost	Starost	p=0,000	DA
H2: Med zdravstveno ozaveščenostjo in stališči do oglaševanja zdravil brez recepta obstaja pozitivna povezanost.	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Zdravstvena ozaveščenost	Koef. kor. =-0,028 (p=0,577=)	NE
H3: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta se razlikuje glede na starost.	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta	Starost	p=0,173	NE
H4: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta je pozitivno povezana s pozitivnimi stališči do oglaševanja zdravil brez recepta.	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta	Koef.kor=0,125 (p=0,011)	DA
H5a: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravju kot mlajši odrasli in zreli odrasli.	Pogostost iskanja informacij o zdravju	Starost	p=0,027	DA
H5b: Starejši odrasli pogosteje iščejo informacije o zdravilih brez recepta kot mlajši odrasli in zreli odrasli.	Pogostost iskanja informacij o zdravilih	Starost	p=0,000	DA
H6: Oglaševanje zdravil brez recepta za mlajše odrasle predstavlja pomembnejši vir informacij kot za zrele in starejše odrasle.	Oglaševanje zdravil brez recepta kot vir informacij	Starost	p=0,849	NE
H7: Potrošniki so manj skeptični do oglaševanja zdravil brez recepta kot do oglaševanja na splošno.	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta Stališča do oglaševanja na splošno		p=0,000	DA
H8: Večji kot je skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta, bolj negativna stališča imajo porabniki do oglaševanja teh zdravil.	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Koef. kor.=-0,753 (p=0,000)	DA
H9: Zreli odrasli in starejši odrasli v večji meri izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta kot mlajši odrasli.	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Starost	p=0,000	DA
H10: Stališča potrošnikov do oglaševanja zdravil brez recepta in njihovi vedenjski odzivi na oglaševanje le-teh so v pozitivni povezavi.	Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	Koef. kor.=0,194 (p=0,002)	DA

SKLEP

V magistrskem delu sva se osredotočili na odkrivanje razlik med tremi starostnimi skupinami slovenskih porabnikov glede zdravstvene ozaveščenosti, stališč, ki jih oblikujejo do oglaševanja zdravil brez recepta ter njihovih nakupnih namer in vedenj. Pregled domače in tuje strokovne literature je bil osnova za teoretični del magistrskega dela, katerega glavni namen je bil preučitev in razumevanje porabnikovih stališč do oglaševanja zdravil brez recepta. V empiričnem delu sva prikazali rezultate najine raziskave, izvedene s pomočjo spletne ankete in obdelane s programom SPSS. Želeli sva odkriti bistvene razlike, ki se pojavljajo med starostnimi skupinami in tako farmacevtskim oglaševalcem v slovenskem prostoru pomagati oz. jim podati osnovne usmeritve in iztočnice, ki jih velja upoštevati pri pripravi oglaševalski akcij za zdravila brez recepta.

Omejitve, s katerimi sva se srečali pri pisanju magistrskega dela, so vezane na geografsko področje in vzorec. Ker je najina raziskava vključevala zgolj slovenske porabnike zdravil brez recepta, nama je področje Republike Slovenije predstavljajo geografsko omejitev. Druga omejitev najine raziskave se veže na vzorec oz. njegovo velikost; vključenost večjega števila anketiranih bi seveda pripeljala do drugačnega vzorca, ki bi bolj transparentno zastopal populacijo slovenskih porabnikov zdravil brez recepta. Seveda bi to pomenilo obširnejšo raziskavo, ki pa bi zahtevala tako več časa, kot tudi več finančnih sredstev. Najina raziskava sicer res nakazuje na razlike starostnih skupin v stališčih do oglaševanja zdravil brez recepta, a ne moremo zanemariti dejstev, ki omejujejo njeno posploševanje na širšo populacijo. Obširnejša raziskava s tega področja bi zahtevala, kot že omenjeno zgoraj, več časa in denarja. Za potrditev najinih ugotovitev bi bila potrebna širše zasnovana raziskava, ki bi vključevala večje število respondentov na večjem demografsko reprezentativnem vzorcu. Starostne skupine bi bilo smiselno bolj razdrobiti in raziskavo, zaradi velikega vpliva sezonske komponente zdravil brez recepta, izvesti v različnih letnih obdobjih.

Dosedanja videnja in raziskave na temo stališč do oglaševanja zdravil brez recepta sva opisali s pretežno tujo strokovno literaturo, s spletno anketo pa sva poskušali pridobiti vpogled v stališča slovenskih porabnikov do oglaševanja teh zdravil. Dodatno sva raziskali še njihovo zdravstveno ozaveščenost, iskanje informacij o zdravju in zdravilih brez recepta, skepticizem do oglaševanja na splošno in oglaševanja zdravil brez recepta ter vedenjske odzive na oglaševanje teh proizvodov.

Rezultati ankete so pokazali, da porabniki v starostni skupini 23–49 let izražajo bistveno manjšo naklonjenost oglaševanju zdravil brez recepta, kot ostali dve skupini porabnikov (skupina porabnikov do 22 let ter skupina porabnikov 50 let in več). Zreli in starejši porabniki (upoštevana starost 23 let in več) izoblikujejo bolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta, najmlajši uporabniki, to so mlajši od 23 let, so torej oglaševanju zdravil brez recepta bolj naklonjeni. Na splošno so se respondenti najbolj strinjali z vlogo, ki jo ima oglaševanje pri izbiri zdravila brez recepta in njegovo informativno vlogo.

Ugotovitve najine raziskave kažejo, da so porabniki skeptični tako do oglaševanja na splošno, kot do oglaševanja zdravil brez recepta, a je skepticizem do oglaševanja na splošno večji, kot skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta. Več kot polovica porabnikov namreč oglaševanje zdravil brez recepta zaznava kot nezanesljiv vir informacij, hkrati pa so mnenja, da oglaševanje ni zaupanja vredno. Menijo, da je cilj oglaševanja informiranje porabnikov, torej predstavitev koristnih informacij. Kot najbolj skeptični so se izkazali porabniki stari med 23 in 49 let (zreli odrasli). Tudi v okviru stališč se kaže, da slednja starostna skupina oblikuje najbolj negativna stališča do oglaševanja zdravil brez recepta. Lahko zaključiva, da je ta skupina najmanj naklonjena oglaševanju, skupina najmlajših pa najbolj.

Največ porabnikov poskuša po stiku z oglasom za zdravila brez recepta poiskati dodatne informacije o oglaševanem zdravilu in/ali se pogovoriti s farmacevtom. Izkazalo se je, da je manj kot 30 % porabnikov takih, ki dejansko opravijo nakup oglaševanega zdravila brez recepta. Med starostnimi skupinami ni bilo zabeležiti statistično značilnih razlik, zato lahko povzameva, da se vedenjski odzivi med starostnimi skupinami ne razlikujejo. Ugotovili sva, da so vedenjski odzivi in stališča do oglaševanja zdravil brez recepta v šibki povezavi, zato je za tržnike pomembno, da poskušajo vplivati na oblikovanje pozitivnih stališč do oglaševanja zdravil brez recepta, saj je od slednjega odvisno nakupno vedenje porabnikov.

V analizi naju je zanimala tudi splošna zdravstvena ozaveščenost porabnikov in rezultati so pokazali, da je ta med porabniki visoka. V raziskavi sva prišli do ugotovitve, da je zdravstvena ozaveščenost odvisna od starosti. Porabniki, stari manj kot 22 let so namreč manj zdravstveno ozaveščeni kot porabniki, starejši od 22 let. Starejši porabniki tako za farmacevte predstavljajo pomembno ciljno skupino, saj se v starosti povečujejo aktivnosti zdravega načina življenja in preventivni zdravstveni ukrepi, kamor pa lahko uvrščamo tudi zdravila brez recepta.

Porabniki v povprečju pogosteje iščejo informacije o zdravju kot informacije o zdravilih brez recepta. Starejši odrasli informacije obeh vrst (tako o zdravju kot tudi o zdravilih brez recepta) iščejo pogosteje. Oglaševanje v množičnih medijih je v povprečju za porabnike najpomembnejši vir informacij, najmanj pomemben vir pa jim predstavlja strokovna literatura. Do razlik med skupinami prihaja le pri dveh virih informacij: strokovni literaturi in zdravniku. Zdravnik je relativno najpomembnejši vir informacij za zrele odrasle, v primerjavi z mlajšimi in starejšimi odraslimi. Na strokovno literaturo pa se najmanj zanašajo mlajši odrasli. Oglaševanje predstavlja za porabnike vseh treh starostnih skupin primerljivo pomemben vir informacij.

Kljub določenim omejitvam pa ugotovitve najine raziskave lahko predstavljajo osnovo za oglaševalske aktivnosti in nadaljnje raziskave s tega področja. Zdravila brez recepta so v večini namenjena predvsem lažšanju in preprečevanju blažjih bolezenskih stanj in simptomov, ki prizadenejo tako mlajšo kot tudi starejšo populacijo in so tako relativno nepovezana s starostjo porabnikov. Iz tega razloga je pomembno, da se pri oblikovanju

oglaševalskih akcij generacije mlajših ne spregleda. Ta segment se namreč pogosto, zaradi prepričanja, da so potrebe po zdravilih brez recepta pri tej populaciji zanemarljive, zanemarja. A ugotovitve najine raziskave kažejo na to, da ravno ti porabniki, stari do 23 let, oblikujejo bolj pozitivna stališča do oglaševanja in so do njega tudi najmanj kritični. Kot taki lahko zato predstavljajo pomembno ciljno skupino, saj lahko z oglaševanjem pomembneje vplivamo na njihove nakupne odločitve oz. vedenje. S prilagoditvijo oglaševalskih akcij temu segmentu, izborom najprimernejših komunikacijskih kanalov in oblikovanjem ustreznih pristopov, lahko farmacevtska podjetja dosežejo povečanje prodaje in zvestobo blagovni znamki. Smiselno je poudariti, da tudi mlajši odrasli predstavljajo pomemben segment za oglaševanje zdravil brez recepta in so zato pomembni za nadaljnje študije glede uporabe zdravil brez recepta, iskanja informacij o zdravju in zdravilih ter stališč do oglaševanja zdravil brez recepta. Ker tudi skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta pri mlajših ni tako velik in zato ne predstavlja pomembnejše ovire, se kaže osredotočiti predvsem na oblikovanje takih oglasnih sporočil, ki bodo pritegnili njihovo pozornost in bodo izpostavili njim pomembne prednosti. Za uresničitev tega namena so potrebne dodatne, obširnejše raziskave, ki bodo razkrile, kakšen tip informacij je zanje najprimernejši ter na podlagi česa se odločajo, ko kupujejo tovrstna zdravila.

V Sloveniji se trenutno lahko oglašuje le zdravila brez recepta, vendar pa se moramo zavedati, da lahko prihodnost prinese določene spremembe. Prehajanje zdravil iz statusa na recept, v zdravila v prosti prodaji, vse večji trend samozdravljenja in zavedanja pomena lastnega zdravja, pripomore k vse večji rasti trga zdravil brez recepta. S tem se povečuje ponudba zdravil brez recepta, farmacevtska podjetja pa v želji po predstavitvi novih zdravil, pridobitvi zvestih porabnikov ter seveda večji prodaji, vse več sredstev in pozornosti namenjajo ravno oglaševanje teh zdravil. Porabniki smo zato vedno bolj izpostavljeni oglasom za zdravila v prosti prodaji in tako do slednjega, kot do vsega ostalega, razvijamo oz. oblikujemo stališča. Pri oblikovanju oglasnih sporočil za ta zdravila je zato potrebno najti pravi pristop, s katerim pritegnemo pozornost porabnika in ne razvijemo skepticizma do tovrstnega oglaševanja, saj skeptični porabnik ne bo opravil nakupa in kot tak za podjetja ne bo imel prave vrednosti. Poudariti je pomembno tudi razumevanje vedenja porabnikov zdravil brez recepta v različnih starostnih skupinah in njihovega odziva na oglaševanje teh zdravil. Na tem mestu farmacevtskim podjetjem priporočava natančno preučitev ciljnih skupin z ozirom na mlajše porabnike, ki na prvi pogled sicer ne delujejo kot primerna ciljna skupina, a se kaže, da so le-ti vse bolj zdravstveno ozaveščeni in prav tako posegajo po zdravilih brez recepta. Oblikovanje takih oglaševalskih akcij za zdravila brez recepta, ki bodo spodbujala k oblikovanju pozitivnih stališč porabnikov do tovrstnega oglaševanja ter prilagajanje trženjskih strategij za različne starostne skupine, predstavlja izziv za farmacevtska podjetja, s katerim se bodo mogla spopasti, če bodo želela pripraviti uspešne oglaševalske akcije za svoja zdravila.

LITERATURA IN VIRI

1. Abazović, M. (2011). *Zdravila in samozdravljenje: o pravilni in varni uporabi zdravil*. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn.
2. Akçura, M. T., Gönül, F. F., & Petrova, E. (2004). Consumer Learning and Brand Valuation: An Application on Over-the-Counter Drugs. *Marketing Science*, 23(1), 156–169.
3. Association of the European Self-Medication Industry. (2004, junij). *The economic and public health value of self-medication*. Bruselj: Association of the European Self-Medication Industry.
4. Association of the European Self-Medication Industry. (2012, junij). *Self-Care: A Winning Solution*. Bruselj: Association of the European Self-Medication Industry.
5. Association of the European Self-Medication Industry. (b.l.). *Improving the decision-making process for non-prescription medicines*. Najdeno 18. maja 2015 na spletnem naslovu <http://www.aesgp.eu/self-care/benefit-risk-assessment/>
6. Attitudes. (b.l.). V *Boundless Psychology*. Najdeno 16. novembra 2015 na spletni strani <https://www.boundless.com/psychology/textbooks/boundless-psychology-textbook/social-psychology-20/social-cognition-103/attitudes-391-12926/>
7. *Attitudes*. Najdeno 25. novembra 2015 na spletnem naslovu http://www.consumerpsychologist.com/cb_Attitudes.html
8. Avtoterapija. (b.l.) V *Slovenski medicinski slovar*. Najdeno 5. avgusta 2015 na spletni strani <http://www.termania.net/iskanje?query=avtoterapija&SearchIn=All>
9. Baker, W. E. (2001). The diagnosticity of advertising brand attitudes in brand choice context. *Journal of Consumer Psychology*, 11(2), 129–139.
10. Ball, J. G., Manika, D., & Stout, P. (2011). Consumers Young and Old: Segmenting the Target Markets for Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising. *Health Marketing Quarterly*, 28(4), 337–353.
11. Bangura, A. S. (2011). *Changing attitude of consumer with marketing communication* (diplomsko delo). Savonia: Univeristy of applied sciences.
12. Bayer d.o.o. (2010). *Letno poročilo podjetja Bayer d.o.o. za leto 2009*. Ljubljana: Bayer d.o.o.
13. Belch, G. E., & Belch, M. A. (2001). *Advertising and promotion: integrated marketing communications perspective* (5th ed.). Boston: McGraw-Hill.
14. Blank, C. (b.l.). Consumer perception theory. Najdeno 11. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://smallbusiness.chron.com/consumer-perception-theory-40176.html>
15. Bond, C. (2008). The Over-the-Counter pharmaceutical market – policy and practice. *Eurohealth*, 14(3), 19–24.
16. Bracar-Štrukelj, P., Polič, M., & Stergar, E. (1995). Odnos mladih do zdravja in dejavniki, ki ga določajo. *Psihološka obzorja*, 4(1/2), 9–23.
17. Brown, S. P., & Stayman, D. M. (1992). Antecedents and consequences of attitude toward the ad: a meta-analysis. *Journal of Consumer Research*, 19(1), 34–51.
18. Bruner, G. C., & Kumar, A. (2000). Web commercial and advertising. Hierarchy-of-effects. *Journal of Advertising Research*, 40(1/2), 35–42.

19. Calfee, J. E., & Ringold, D. J. (1994). The 70 % majority: enduring custom beliefs about advertising. *Journal of Public Policy and Marketing*, 13, 228–238.
20. Churchill, G. A. (1996). *Basic Marketing Research*. Fort Worth, TX: The Dryden Press.
21. *Consumer behaviour – Attitude*. Najdeno 17. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.slideshare.net/princessstong/consumer-behaviourattitude>
22. Cramphorn, S. (2014). The quest for persuasive advertising. *International Journal of Market Research*, 56(1), 571–590.
23. Crawford, S. Y. (2003). Internet Pharmacy: Issues of Access, Quality, Costs and Regulation. *Journal of medical systems*, 27(1), 57–65.
24. Cvelbar, M. (2013). *Predstavitev Javne agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke; vloga v slovenskem zdravstvenem sistemu ter vpetost v regulatorne strategije EU* [predavanja]. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
25. DeLorme, D. E., Huh, J., & Reid, L. N. (2009). Age Differences in How Consumers Behave Following Exposure to DTC Advertising. *Health Communication*, 20(3), 255–265.
26. DeLorme, D. E., Huh, J., Reid, L. N., & An, S. (2010). The state of public research on over-the-counter drug advertising. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 209–231.
27. Deshpande, A., Menon, A., Perri III, M., & Zinkhan, G. (2004). Direct-to-Consumer Advertising and its Utility in Health Care Decision Making: A Consumer Perspective. *Journal of Health Communication*, 9(6), 499–513.
28. Diehl, S., Mueller, B., & Terlutter, R. (2007). Skepticism Toward Pharmaceutical Advertising in the U.S. and Germany. *Advances in International Marketing*, 7(18), 31–60.
29. Diehl, S., Mueller, B., & Terlutter, R. (2008). Consumer responses towards non-prescription and prescription drug advertising in the US and Germany: They don't really like it, but they do believe it. *Journal of Advertising: The Review of Marketing Communications*, 27(1), 99–131.
30. Diehl, S., Terlutter, R., Chan, K., & Mueller, B. (2010). *Advances in Advertising Research* (1st ed.), Weisbaden: Springer Gabler.
31. Doonar, J. (2004). Design for self diagnosis. *Brand Strategy*, (183), 24-27.
32. Ducoffe, R. E. (1995). How consumers assess the value of advertising. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 17(1), 1–18.
33. Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors. *Health Communication*, 16(3), 3–288.
34. Dwivedi, A., & Lodha, G. (2015). A study on various marketing strategies used for promotion of OTC Drugs. *International multidisciplinary research journal*, 2(2), 1–4.
35. Đokić, Z. (2010, 15. julij). Veleadrogerije – most med proizvajalci in lekarnami. *Dnevnik*. Najdeno 19. januarja 2016 na spletnem naslovu <https://www.dnevnik.si/1042374064>

36. Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
37. Emmerton, L., & Shaw, J. (2002). The influence of pharmacy staff in non-prescription medicine sales. *The international journal of pharmacy practice*, 10(2), 101–106.
38. Engel, J. F., Blackwell, R. D., & Miniard, P. W. (1995). *Consumer behavior* (8th ed.). Fort Worth, TX: Dryden Press.
39. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2014). *Annual report 2014*. Bruselj: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
40. European Platform for Patient Organisations, Science and Industry. (2013). *The Epposi Barometer: Consumer Perceptions of Self Care in Europe* (quantitative study 2013). Bruselj: European Platform for Patient Organisations, Science and Industry.
41. *Evropska agencija za zdravila*. Najdeno 18. avgust 2015 na spletnem naslovu http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/ema/index_sl.htm
42. Faerber, A. E., & Kreling, D. H. (2012). Content Analysis of Television Advertising for Drugs That Switch From Prescription to Over-the-Counter: Balancing Information and Appeals. *Drug Information Journal*, 46(2), 226–234.
43. *Faktorska analiza*. Najdeno 27. junija na spletnem naslovu <http://www.statistik.si/storitve/statisticne-analize-testi/faktorska-analiza/>
44. Ferligoj, A., Leskovšek, K., & Kogovšek, T. (1995). *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
45. Fill, C. (2005). *Marketing communications engagement, strategies and practice* (4th ed.). Harlow: Pearson education.
46. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.
47. Gönül, F., Carter, F., & Wind, J. (2000). What kind of patients and physicians value direct-to-consumer advertising of prescription drugs. *Health Care Management*, 3(3), 215–226.
48. Gore, P., Madhavan, S., McClung, G., & Riley, D. (1994). Consumer involvement in nonprescription medicine purchase decisions. *Journal of Healthcare Marketing*, 14(2), 16–23.
49. Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science Medicine*, 47(3), 329–339.
50. Guerard, C. (1985). The Impact of Advertising and its Regulation. A Federal Trade Commission Perspective. *Drug information journal*, 19(2), 163–172.
51. Hanna, L. A., & Hughes, C. M. (2011). Public's views on making decisions about over-the-counter medication and their attitudes towards evidence of effectiveness: A cross-sectional questionnaire study. *Patient education and counseling*, 83(3), 345–351.
52. Hart, C. L., & Ksir, C. (2011). *Drugs, society & human behavior* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

53. Hatzios, M. K. (1996). Effective models for measuring students' attitudes toward the marketing education program. *Journal of Vocational and Technical Education*, 13(1), 69–78.
54. Hawkins, D. I., Best, R. J., & Coney, K. A. (2001). *Consumer behavior: Building marketing strategy*. Boston: Irwin/McGraw Hill
55. Henkel, J. (2011, 11. oktober). Buying Drugs Online: It's Convenient and Private, but Beware of 'Rogue Sites'. *Publication No. (FDA) 01-3235*. Najdeno 27. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/Drugs/EmergencyPreparedness/BioterrorismandDrugPreparedness/ucm137269.html>
56. Hong, H. (2009). Scale development for measuring health consciousness: Reconceptualization. V *12th Annual International Public Relations Research Conference* (str. 1–767). Miami: University of Miami.
57. Hong, H. (2011). An Extension of the Extended Parallel Process Model (EPPM) in Television Health News: The Influence of Health Consciousness on Individual Message Processing and Acceptance. *Health Communication*, 26(4), 343–353.
58. Hoog, S. (1994), Over-the-counter drug advertising: argumentation or persuasion?. *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 9(2), 69–91.
59. Huber, M., Dippold, K., & Forsthofer, R. (2012). Which factors drive product sales in OTC markets?. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Management*, 6(4), 291–309.
60. Hughes, C. M., McElnay, J.E., & Gleming, F. G. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug safety*, 24(14), 1027–1037.
61. Huh, J., & Becker, L. B. (2005). Direct-to-consumer prescription drug advertising: Understanding its consequences. *International Journal of Advertising*, 24(4), 441–466.
62. Huh, J., DeLorme, D. E., & Reid, L. N. (2016). A Model of Consumer Response to Over-the-Counter Drug Advertising: Antecedents and Influencing Factors. *Journal of Health communication*, 21(1), 109–117.
63. Javna agencija Republike Slovenije za varstvo konkurence. (2005, 1. februar). *Urad RS za varstvo konkurence*. Najdeno 6. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.varstvo-konkurence.si/fileadmin/varstvo-konkurence.si/pageuploads/ijz042.pdf>
64. Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke. (b.l.). *Zdravila za uporabo v humani medicini*. Najdeno 18. julija 2015 na spletnem naslovu http://www.jazmp.si/zdravila_za_uporabov_humani_medicini/
65. Jin, H. S., & Lutz, R. J. (2013). The Typicality and Accessibility of Consumer Attitudes Toward Television Advertising: Implications for the Measurement of Attitudes Toward Advertising in General. *Journal of Advertising*, 42(4), 343–357.
66. Johnston, E. (24. junij, 2013). Five Steps to Understanding your Customer's Buying Process. *B2B Marketing*. Najdeno 28. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.b2bmarketing.net/blog/posts/2013/06/24/5-steps-understanding-your-customer%E2%80%99s-buying-process>

67. *Kako se oblikujejo cene zdravil?* Najdeno 8. januarja 2016 na spletnem naslovu <https://www.kemofarmacija.si/wps/wcm/connect/SL/Domov/Za+medije/Aktualno/Landing/Kako+se+oblikujejo+cene+zdravil>
68. Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163–204.
69. Kevanoor, S., Grewal, D., & Blodgett, J. (1997). Ads promoting OTC Medications: The effect of Ad Format and Credibility on Beliefs, Attitudes and Purchase intentions. *Journal of business research*, 40(3), 219–227.
70. Kim, J. W., & King, K. W. (2009). Product category effects on external search for prescription and nonprescription drugs. *Journal of Advertising*, 38(1), 5–19.
71. *Koeficient Cronbach alfa*. Najdeno 27. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.benstat.si/blog/koeficient-cronbach-alfa>
72. Kogovšek Vidmar, T., Jermol, A., & Debeljak, B. (1997). Aktualna lekarniška problematika zdravil brez recepta. *Farmacevtski vestnik*, 48(posebna št.), 55–62.
73. Kos, G. (2008). *Svetovni splet kot tržna pot za prodajo zdravil brez recepta v Sloveniji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
74. Kos, M. (2011). Mnenje laične javnosti glede izvajanja ter plačevanja storitev farmacevtske skrbi v Sloveniji. *Farmacevtski vestnik*, 4(62), 207–210.
75. Kotler, P. (1996). *Marketing management – Trženjsko upravljanje: analiza, načrtovanje, izvajanje in kontrola*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
76. Kotler, P. (2004). *Management trženja*. Ljubljana: GV založba.
77. Kotler, P., & Armstrong, G. (2004). *Principles of marketing* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
78. Krapež, K., & Kronegger, L. (2007). *The Development of eServices in an Enlarged EU: eGovernment and eHealth in Slovenia*. European commission: Joint research center, Institute of prospective technological studies.
79. Krka d.d. (b.l.). *Družbena odgovornost*. Najdeno 23. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.krka.si/sl/o-krki/druzbena-odgovornost/>
80. Lajovic, J. (b.l.). *Priročnik o zdravilih*. Ljubljana: Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih družb, GIZ.
81. Leal, F., Lindh, J., & Paciorek, O. (2011). *Buyer purchase behavior in the reregulated market for OTC drugs in Sweden*. Jönköping University: Jönköping international business school.
82. Lee Ventola, C. (2011, oktober). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising. Najdeno 20. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278148/>
83. Lee, B., Salmon, C. T., Paek, H. (2007). The effects of information sources on consumer reactions to direct-to-consumer (DTC) prescription drug advertising: a consumer socialization approach. *Journal of Advertising*, 36(1), 107–119.
84. Lee, M. (2012). *Consumer responses to prescription and non-prescription drug advertising: an application of the consumer socialization framework* (doktorska disertacija). Athens: The University of Georgia.

85. Lee, M., King, L. N., & Reid, K. (2015). Factors Influencing Consumers' Attitudinal and Behavioral Responses to Direct-To-Consumer and Over-the-Counter Drug Advertising. *Journal of Health Communications, 20*(4), 431–444.
86. Lek d.d. (2013). *Sustainability Report 2013*. Ljubljana: Lek d.d.
87. Lek d.d. (2014). *Sustainability Report 2014*. Ljubljana: Lek d.d.
88. Lek d.d. (b.l.). *Družbena odgovornost*. Najdeno 23. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.lek.si/si/o-nas/druzbena-odgovornost/>
89. Lo, C. (2013, 28. november). Big pharma and the ethics of TV advertising. Najdeno 3. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.pharmaceutical-technology.com/features/feature-big-pharma-ethics-of-tv-advertising/>
90. Lutz, R. J., & MacKenzie, S. B. (1989). An Empirical Examination of the Structural Antecedents of Attitude toward the Ad in an Advertising Pretesting Context. *Journal of Marketing, 53*(2), 48–65.
91. MacKenzie, S. B., Lutz, R. J., & Belch, G. (1983). Attitude Toward the Ad As a Mediator of Advertising Effectiveness: Determinants and Consequences. *Advances in Consumer Research, 10*(1), 532–539.
92. Mackowiak, E. D., O'Connor, T. W., Geller, H., Nguyen, J., & Wilkes, W. (1997), "A survey of pharmacists' and pharmacy students' attitudes toward OTC advertising". *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management, 12*(1), 33-49.
93. Maclean, H., Glynn, K., Cao, Z., & Ansara, D. (2004). Personal health practices. *BMC Women's Health, 4*(4), 1–15.
94. Main, K., Argo, J., & Huhmann, B. A. (2004). Pharmaceutical advertising in the USA: information or influence?. *International Journal of Advertising, 23*(1), 119–142.
95. Major, C., & Vincze, Z. (2010). Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary. *Family Practice, 27*(3), 333–338.
96. *Market data*. Najdeno 22. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/>
97. MarketLine. (2015). *OTC Pharmaceuticals Industry Profile: Europe*. London: MarketLine.
98. Martinc, B. (2014). *Farmacevtska skrb za bolnike v lekarnah*. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
99. Mehta, A., & Purvis, S. C. (1995). *When attitudes towards advertising in general influence advertising success*. Norfolk: Conference of The American Academy of Advertising.
100. Mencej, M. (1999). *Uporaba zdravil v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
101. Milovanovič, M. (2008, september). Farmacevtska skrb – lekarniška storitev. *Dnevnik*. Najdeno 18. julija 2015 na spletnem naslovu <https://www.dnevnik.si/1042207439>
102. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (b.l.). *Predlog zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
103. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2011). *Predlog zakona o zdravilih*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

104. Mitchell, A. A., & Olson, J. C. (1981). Are product attribute beliefs the only mediator of advertising effects on brand attitude?. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 318–332.
105. Mittal, B. (1994). Public assessment of TV advertising: Faint praise and harsh criticism. *Journal of Advertising Research*, 34(1), 35–53.
106. Morton-Small, A. (2015, maj). *OTC: Global, Regional & Local trends and Key Imperatives* [prezentacija na seminarju]. Bangkok: IMS Health.
107. Muehling, D. D. (1987). An Investigation of Factors Underlying Attitude-Toward-Advertising-in-General. *Journal of Advertising*, 16(1), 32–40.
108. Muehling, D. D., & McCann, M. (1993). Attitude toward the Ad: A Review. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 15(2), 25–58.
109. National Council on Patient Information and Education. (2003). *Fact Sheet: The use of Over the Counter medicine*. Rockville: National Council on Patient Information and Education.
110. Nichol, M. B., McCombs, J. S., Johnson, K. A., Spacapan, S., & Sclar, D. A. (1992). The effects of consultation on over-the-counter medication purchasing decisions. *Medical care*, 30(11), 989–1003.
111. *Nikar si prek spleta ne postavljajte diagnoze*. Najdeno 20. julija 2015 na spletnem naslovu <http://vizita.si/clanek/bolezni/postavljanje-diagnoze-preko-spleta-je-lahko-nevarno.html>
112. Nonprescription Drug Manufacturers Association. (1992). *Self-medication in the 90's: Practices and perceptions*. Washington, DC: Nonprescription Drug Manufacturers Association.
113. Oancea, O. E. M. (2015). The influence of the Integrated Marketing Communication on the Consumer Buying Behaviour. *Procedia Economics and Finance*, 23(1), 1446–1450.
114. Obermiller, C., & Spangenberg, E. (1998). Development of a scale to measure consumer skepticism toward advertising. *Journal of Consumer Psychology*, 7(2), 159–186.
115. Olson, J. M., & Zanna, M. P. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 117–154.
116. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Health at a glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing.
117. Oštrbenk, N. (2013, 25. maj). Na Hrvaškem za 38% cenejši. *Žurnal24*. Najdeno 12. januarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.zurnal24.si/na-hrvaskem-za-38-cenejsi-clanek-194587>
118. Pelsmacker, P. D., Geuens, M., & Van der Bergh, J. (2005). *Foundations of marketing communications: a European perspective*. Harlow: Financial Times Prentice Hall.
119. Perloff, R. (2010). *The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the 21st* (4th ed.). NY: Taylor & Francis.
120. Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981a). *Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.

121. Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981b). Issue involvement as a moderator of the effects on attitude of advertising content and context. *Advances in Consumer Research*, 8(1), 20–24.
122. Pham, M. T., Geuens, M., & Pelsmacker, P. D. (2013). The influence of ad-evoked feelings on brand evaluations: Empirical generalizations from consumer responses to more than 1000 TV commercials. *International Journal of Research in Marketing*, 30(4), 383–394.
123. Pisk, N., Pal, M., & Pavšar, H. (2011). Raziskava javnega mnenja prebivalcev Slovenije o izdelkih za samozdravljenje in načinu informiranja glede njihove uporabe. *Farmaceutski vestnik*, 4(62), 184–190.
124. Poh D. M. H., & Adam S. (2002) *An Exploratory Investigation of Attitude Toward the Website and the Advertising Hierarchy of Effects*. Treloar A., Ellis A.: Proceedings of AUSWEB 02, The Eighth Australian World Wide Web Conference. Najdeno 12. decembra 2015 na spletnem naslovu <http://ausweb.scu.edu.au/aw02/papers/refereed/poh/paper.html>.
125. Poljanc, A. (2010, oktober). Lekarniški farmacevt je del zdravstvenega tima. *Naša lekarna*, str. 14–19.
126. Pollay, R. W., & Mittal, B. (1993). Here's the beef: factors, determinants, and segments in consumer criticism of advertising. *Journal of Marketing*, 57(3), 99–114.
127. *Poznate razlike med zdravili in prehranskimi dopolnili?*. Najdeno 4. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.gorenjske-lekarne.si/si/svetovanje/farmaceutov-nasvet/zdravila/poznate-razlike-med-zdravili-in-prehranskimi-dopolnili>
128. Pravilnik o oglaševanju zdravil. *Uradni list RS* št. 105/08, 98/09 – ZMedPri, 105/10 in 17/14 – ZZdr-2.
129. Pravilnik o prehranskih dopolnilih. *Uradni list RS* št. 66/13.
130. Pravilnik o razvrščanju, izdajanju in predpisovanju zdravil za uporabo v humani medicini. *Uradni list RS* št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2.
131. Računsko sodišče Republike Slovenije. (2009). *Revizijsko poročilo. Urejenost področja zdravil*. Ljubljana: Računsko sodišče Republike Slovenije.
132. Rossano, M. J., & Butter, E. J. (1987). Television advertising and childrens' attitudes toward proprietary medicine. *Psychology & Marketing*, 4(3), 213–224.
133. Rutenberg, H. (2003). *Factors Influencing the Preferences of the Millennial Generation Regarding Convenience Store Choice* (magistrsko delo). Johannesburg: University of Johannesburg.
134. Sansgiry, S., Sharp, W. T., & Sansgiry, S. S. (1991). Accuracy of information on printed over-the-counter drug advertisements. *Health Mark Q*, 17(2), 7–18.
135. Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2004). *Consumer behavior*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
136. Shawitt, S., Lowrey, P., & Haefner, J. (1998). Public attitudes toward advertising: More favorable than you might think. *Journal of Advertising Research*, 38(4), 7–22.
137. Shimp, T. A. (1981). Attitude toward the ad as a mediator of consumer brand choice. *Journal of Advertising*, 10(2), 9–48.

138. Simonič, J. (2010, 21. oktober). Kljub krizi bombardiranje s farmacevtskimi oglasi. *Finance*. Najdeno 13. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/292804/Kljub-krizi-bombardiranje-s-farmacevtskimi-oglasim?metered=yes&sid=456343302>
139. Smith, M. (1983). *Principles of pharmaceutical marketing* (3rd ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.
140. Smogavec, M., & Softić, N. (2009). *Razširjenost samozdravljenja v slovenski populaciji* (raziskovalna naloga). Maribor: Medicinska fakulteta.
141. Smogavec, M., Softić, N., Klemenc-Ketiš, Z., & Kersnik, J. (2010). Razširjenost samozdravljenja in uporaba zdravstvene službe med prebivalci Slovenije. *Zbornik 6. mariborskega kongresa družinske medicine* (str. 123–128). Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, Univerza v Ljubljani, Univerza v Mariboru in Zavod za razvoj družinske medicine.
142. *Statistics on OTC Use*. Najdeno 12. maja 2015 na spletnem naslovu <http://www.chpa.org/marketstats.aspx>
143. Stefanczyk, M. (2007, 5. april). "Push" and "pull" strategies in OTC drug promotion. *PMR*. Najdeno 14. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.ceepharma.com/news/48371/push-8221-and-8220-pull-8221-strategies-in-otc-drug-promotion>
144. Stephens, E. C., & Johanson, M. M. S. (2000). Dr. Mom and Other Influences on Younger and Older Adults' OTC Medication Purchases. *The journal of applied gerontology*, 19(4), 441–459.
145. Stewart, M. (2014). Innovation Key to driving OTC market. *OTC bulletin*, 20–22.
146. Te, K. (b.l.). *Consumer Health: Keeping pace with the burgeoning Asia-Pacific OTC Market*. Norwalk: IMS Health.
147. Thompson, T. L. (2014). *Encyclopedia of Health Communication*. Thousand Oaks: SAGE publications Inc.
148. Tisman, A. (2010). *The rising tide of OTC in Europe. Trends, challenges and new potential in a rapidly evolving market*. Norwalk: IMS Health.
149. Tisman, A. (2013). *The rising tide of OTC in Europe. Presentation at OTC conference: »The Enlightened and Well-informed consumer«*. Oslo: IMS health.
150. U.S. Food and Drug Administration. (b.l.). *Impact of Direct-to-Consumer Advertising*. Najdeno 23. septembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm143562.htm>
151. U.S. Food and Drug Administration. (b.l.a). *Understanding Over-the-Counter Medicines*. Najdeno 24. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/BuyingUsingMedicineSafely/UnderstandingOver-the-CounterMedicines/>
152. Ule, M., & Kline, M. (1996). *Psihologija tržnega komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
153. Uribe, R. (2015). Separate and joint effects of advertising and placement. *Journal of Business Research*, 69(2), 459–465.

154. Urlep, V. (2005). *Trženje v farmacevtski industriji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.
155. Varga, R. (2003). Teorija motivacije Abrahama Maslowa v humanistični psihologiji. *Socialna pedagogika*, 7(3), 339–360.
156. Vida, I., Kos Koklič, M., Bajde, D., Kolar, T., Čater, B., & Damjan, J. (2010). *Vedenje porabnikov*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
157. Vilfan Gobec, A., & Razinger, B. (2011). Dovoljenje za promet z zdravili brez recepta. *Farmaceutski vestnik*, 4(62), 191–194.
158. Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in nursing science* 11(1), 76–90.
159. *What is Self-Medication?*. Najdeno 5. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/>
160. World Health Organization. (1998). *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Najdeno 30. avgusta 2015 na spletnem naslovu <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>
161. World Self-Medication Industry. (2007). *Responsible self-care and self-medication. A world-wide review on consumer surveys*. Ferney-Voltaire: World Self-Medication Industry.
162. World Self-Medication Industry. (2008). *Advertising of nonprescription medicines to public*. Ferney-Voltaire: World Self-Medication Industry.
163. Ya-Ning, H. (2006). *Consumers' expectations of over-the-counter (otc) medicines: location of sale* (magistrsko delo). Saskatoon: University of Saskatchewan.
164. Young, K. (2014, 9. junij). Over the Counter Medicine - Will Pharma Exploit the Potential in Emerging Markets?. *Mondaq Business Briefing*. Najdeno 3. septembra 2015 na spletnem naslovu <https://www.highbeam.com/doc/1G1-370661440.html>
165. Zakon o zdravilih (ZZdr-2). *Uradni list RS* št. 17/14.
166. Zaletelj, M. (2011). *Vloga blagovne znamke pri zdravilih v prosti prodaji* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
167. *Zdravila brez recepta izven lekarn – da ali ne?* Najdeno 19. julija 2015 na spletnem naslovu http://arhiv.gfkorange.si/?option=com_gfkorange&Itemid=57&id=235
168. Zdravila brez recepta. (b.l.) V *Farmaceutski terminološki slovar*. Najdeno 19. julija 2015 na spletni strani <http://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/slovarji/farmaceutski/iskalnik?iztocnica=%20zdrav%C3%A4Dlo%20brez%20rec%C3%A9pta#v>
169. Zemljarič, M. (2014, 27. marec). Zakaj so zdravila pri nas dražja kot v tujini. *Štajerski tednik*. Najdeno 10. januarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.tednik.si/zakaj-so-zdravila-pri-nas-drazja-kot-v-tujini>
170. Zyman, S., & Brott, A. (2002). *The end of advertising as we know it*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
171. Žnidaršič, B. (2008, 16. december). Prihodnost se ne zgodi, prihodnost se ustvari. *Finance plus (oglasna priloga časnika Finance)*, str. 33–36.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik.....	1
Priloga 2: Zanesljivost izbranih indikatorjev	6
Priloga 3: Značilnost vzorca.....	12
Priloga 4: Uporaba zdravil brez recepta	15
Priloga 5: Zdravstvena ozaveščenost	18
Priloga 6: Iskanje informacij, povezanih z zdravjem in zdravili brez recepta in viri tovrstnih informacij	21
Priloga 7: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta	26
Priloga 8: Skepticizem do oglaševanja na splošno in oglaševanja zdravil brez recepta ...	27
Priloga 9: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta	32
Priloga 10: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta, skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta glede na starost...	35
Priloga 11: Vedenjski odzivi	38
Priloga 12: Korelacijska matrika	40
Priloga 13: Seznam kratic in okrajšav	41

PRILOGA 1: Anketni vprašalnik

Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta

Q1 - Ali ste v zadnjih 6ih mesecih uporabili zdravila kupljena brez recepta?

- DA
- NE

Q2 - Približno koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. zelo pogosto?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ali več

Q3 - Kako bi na splošno opredelili svoje zdravstveno stanje?

- zelo slabo
- slabo
- dobro/povprečno
- zelo dobro
- odlično

Q4 - Izrazite svoje strinjanje oz. nestrinjanje z naslednjimi trditvami:

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q5 - Kako pogosto zase ali za druge iščete informacije povezane z zdravjem?

- vsak dan
- večkrat v tednu
- 1x na teden
- večkrat na mesec
- 1x na mesec
- vsakih nekaj mesecev ali manj
- nikoli

Q6 - Kako pogosto zase ali za druge iščete informacije povezane z zdravili brez recepta?

- vsak dan
- večkrat v tednu
- 1x na teden
- večkrat na mesec
- 1x na mesec
- vsakih nekaj mesecev ali manj
- nikoli

Q7 - Kako pogosto dobite informacije o zdravilih brez recepta preko naslednjih virov informacij?

	nikoli	včasih	večkrat	pogosto
oglaševanje v množičnih medijih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
strokovna literatura (npr. enciklopedije)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
družina in prijatelji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zdravnik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
farmacevt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8 - Kako pogosto ste v zadnjih šestih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?

- vsak dan
- nekajkrat na teden
- 1x na teden
- nekajkrat na mesec
- 1x na mesec ali manj

Q9 - Izrazite svoje strinjanje oz. nestrinjanje z naslednjimi trditvami, ki se navezujejo na stališča do oglaševanja zdravil brez recepta:

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menim, da je oglaševanje zdravil brez recepta neprimerno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10 - Izrazite svoje strinjanje oz. nestrinjanje z naslednjimi trditvami, ki se navezujejo na oglaševanje na splošno (do vseh vrst oglaševanja različnih izdelkov in storitev, s katerimi se dnevno srečujete):

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Oglaševanje je zaupanja vredno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q11 - Izrazite svoje strinjanje oz. nestrinjanje z naslednjimi trditvami, ki se nanašajo samo na oglaševanje zdravil brez recepta:

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
S pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnike pomembne informacije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q12 - Označite, katere od spodnjih trditev veljajo za vas. V zadnjih šestih mesecih sem po stiku z oglasom, ki je oglaševal zdravilo brez recepta, naredil/a sledeče:

Možnih je več odgovorov

- Se pogovoril/a o oglaševanem zdravilu brez recepta z zdravnikom.
- Se pogovoril/a o oglaševanem zdravilu brez recepta s farmacevtom.
- Se pogovoril/a z znanci, sorodniki ali prijatelji o oglaševanem zdravilu brez recepta.
- Skušal/a poiskati kaj več informacij o oglaševanem zdravilu brez recepta (npr. na spletu).
- Kupil/a zdravilo brez recepta, s katerim so me seznanili oglasi.
- Uporabil/a oglaševano zdravilo brez recepta.
- Nič od navedenega.

XSPOL - Spol:

- Moški
- Ženski

XSTAR2b3 - V katero starostno kategorijo spadate?

- do vključno 22 let
- 23 do 49 let
- 50 let ali več

XIZ5a7 - Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?

- osnovna šola ali manj
- poklicna šola (2 ali 3 letna strokovna šola)
- štiriletna srednja šola
- višja šola
- visoka šola - prva stopnja
- univerzitetna izobrazba ali bolonjska druga stopnja (bolonjski magisterij)
- znanstveni magisterij ali doktorat

XDS2a4 - Kakšen je vaš trenutni status?

- šolajoč/a
- zaposlen/a, samozaposlen/a
- upokojen/a

brezposeln/a

Q13 - Koliko približno znaša vaš osebni mesečni neto dohodek (neto plača/štipendija/morebitni drugi redni mesečni prihodki)?

- manj kot 500€ neto mesečno
- od 501 € do 1.100€ neto mesečno
- od 1.101€ do 1.500€ neto mesečno
- od 1.501€ do 2.000€ neto mesečno
- nad 2.001€ neto mesečno

PRILOGA 2: Zanesljivost izbranih indikatorjev

Tabela 1: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje zdravstvene ozaveščenosti (opisna statistika)

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb.	4,33	,773	421
Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase.	4,26	,735	421
Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno.	4,38	,718	421
Sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.	4,29	,800	421

Tabela 2: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje zdravstvene ozaveščenosti (variance merjenih spremenljivk)

Total Variance Explained						
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,190	54,756	54,756	1,603	40,069	40,069
2	,708	17,694	72,450			
3	,598	14,946	87,396			
4	,504	12,604	100,000			

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Tabela 3: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje zdravstvene ozaveščenosti (faktorska analiza – število faktorjev)

Factor Matrix ^a	
	Factor
	1
Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb.	,615
Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase.	,733
Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno.	,603
Sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.	,569

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. 1 factors extracted. 9 iterations required.

Tabela 4: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje zdravstvene ozaveščenosti (Cronbach alfa)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,722	4

Tabela 5: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta (opisna statistika)

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom.	3,12	1,124	414
Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	2,51	1,158	414
Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije.	3,13	1,056	414
Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna.	2,81	1,228	414
Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta.	3,34	1,130	414
Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.	2,72	1,136	414

Tabela 6: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta (variance merjenih spremenljivk)

Total Variance Explained						
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,803	63,387	63,387	3,382	56,362	56,362
2	,631	10,523	73,910			
3	,524	8,740	82,650			
4	,413	6,887	89,537			
5	,342	5,706	95,243			
6	,285	4,757	100,000			

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Tabela 7: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta (faktorska matrika – število faktorjev)

Factor Matrix^a

	Factor
	1
Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom.	,785
Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	,796
Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije.	,818
Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna.	,606
Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta	,749
Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.	,731

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. 1 factors extracted. 5 iterations required.

Tabela 8: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje stališč do oglaševanja zdravil brez recepta (Cronbach alfa)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,881	6

Tabela 9: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (opisna statistika)

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Oglaševanje je zaupanja vredno.	3,80	,965	395
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih.	3,82	,951	395
Cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov.	3,23	1,239	395
S pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a.	3,58	,985	395
Oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij.	3,87	1,017	395
Večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije.	3,50	1,072	395

Tabela 10: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (variance merjenih spremenljivk)

Total Variance Explained						
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,429	73,822	73,822	4,127	68,786	68,786
2	,516	8,608	82,430			
3	,318	5,307	87,736			
4	,281	4,679	92,415			
5	,251	4,182	96,598			
6	,204	3,402	100,000			

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Tabela 11: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (faktorska matrika – število faktorjev)

Factor Matrix ^a	
	Factor
	1
Oglaševanje je zaupanja vredno.	,839
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglaših.	,813
Cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov.	,711
S pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a.	,883
Oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij.	,875
Večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije.	,844

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. 1 factors extracted. 4 iterations required.

Tabela 12: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (Cronbach alfa)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,925	6

Tabela 13: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta (opisna statistika)

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	Analysis N
Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno.	3,57	1,109	395
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	3,47	1,129	395
Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov.	3,15	1,255	395
S pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a.	3,46	1,081	395
Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij.	3,55	1,133	395
Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije.	3,35	1,217	395

Tabela 14: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta (variance merjenih spremenljivk)

Total Variance Explained						
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,894	81,568	81,568	4,679	77,986	77,986
2	,391	6,511	88,079			
3	,219	3,658	91,736			
4	,196	3,275	95,011			
5	,170	2,837	97,849			
6	,129	2,151	100,000			

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Tabela 15: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja zdravil brez recepta (faktorska analiza – število faktorjev)

Factor Matrix ^a	
	Factor
	1
Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno.	,896
Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta.	,890
Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov.	,791
S pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a.	,905
Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij.	,904
Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije.	,907

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. 1 factors extracted. 4 iterations required.

Tabela 16: Računalniški izpis indikatorjev za preverjanje skepticizma do oglaševanja na splošno (Cronbach alfa)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,925	6

PRILOGA 3: Značilnost vzorca

Tabela 17: Računalniški izpis demografskih značilnosti vzorca – spol

		Spol			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moški	114	26,3	29,0	29,0
	ženski	279	64,4	71,0	100,0
	Total	393	90,8	100,0	
Missing	Prekinjeno	40	9,2		
Total		433	100,0		

Tabela 18: Računalniški izpis demografskih značilnosti vzorca – starost

		V katero starostno kategorijo spadate?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Do 22 let	61	14,1	15,5	15,5
	23-49 let	238	55,0	60,6	76,1
	50 let ali več	94	21,7	23,9	100,0
	Total	393	90,8	100,0	
Missing	Prekinjeno	40	9,2		
Total		433	100,0		

Tabela 19: Računalniški izpis demografskih značilnosti vzorca – izobrazba

		Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	osnovna šola ali manj	10	2,3	2,5	2,5
	poklicna šola	27	6,2	6,9	9,4
	štiriletna srednja šola	137	31,6	34,9	44,3
	višja šola	32	7,4	8,1	52,4
	visoka šola	46	10,6	11,7	64,1
	univerzitetna izobrazba/bolonjska druga stopnja	127	29,3	32,3	96,4
	znanstveni magisterij ali doktorat	14	3,2	3,6	100,0
	Total	393	90,8	100,0	
Missing	Prekinjeno	40	9,2		
Total		433	100,0		

Tabela 20: Računalniški izpis demografskih značilnosti vzorca – status

Kakšen je vaš trenutni status?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid šolajoč/a	106	24,5	27,0	27,0
zaposlen/a, samozaposlen/a	241	55,7	61,3	88,3
upokojen/a	28	6,5	7,1	95,4
brezposeln/a	18	4,2	4,6	100,0
Total	393	90,8	100,0	
Missing Prekinjeno	40	9,2		
Total	433	100,0		

Tabela 21: Računalniški izpis demografskih značilnosti vzorca – dohodek

Koliko približno znaša vaš osebni mesečni neto dohodek (neto plača/štipendija/morebitni drugi redni mesečni prihodki)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid manj kot 500€ neto mesečno	108	24,9	27,5	27,5
od 501€ do 1.100€ neto mesečno	141	32,6	35,9	63,4
od 1.101€ do 1.500€ neto mesečno	85	19,6	21,6	85,0
od 1.501€ do 2.000€ neto mesečno	38	8,8	9,7	94,7
nad 2.001€ neto mesečno	21	4,8	5,3	100,0
Total	393	90,8	100,0	
Missing Prekinjeno	40	9,2		
Total	433	100,0		

Tabela 22: Računalniški izpis – zdravstveno stanje respondentov

Kako bi na splošno opredelili svoje zdravstveno stanje?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid zelo slabo	2	,5	,5	,5
slabo	13	3,0	3,0	3,5
dobro/povprečno	162	37,4	37,4	40,9
zelo dobro	188	43,4	43,4	84,3
odlično	68	15,7	15,7	100,0
Total	433	100,0	100,0	

Tabela 23: Računalniški izpis – jemanje zdravil brez recepta

Redna oz. pogosta uporaba zdravil brez recepta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ne	152	35,1	35,1	35,1
Da	281	64,9	64,9	100,0
Total	433	100,0	100,0	

Tabela 24: Računalniški izpis – uporaba zdravila brez recepta v zadnje pol leta

Ali ste v zadnjih 6ih mesecih uporabili zdravila kupljena brez recepta?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Da	368	85,0	85,0	85,0
Ne	65	15,0	15,0	100,0
Total	433	100,0	100,0	

PRILOGA 4: Uporaba zdravil brez recepta

Tabela 25: Računalniški izpis – število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta (frekvenčna porazdelitev)

Približno koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. pogosto (2x na mesec ali več)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	152	35,1	35,1	35,1
	1	170	39,3	39,3	74,4
	2	79	18,2	18,2	92,6
	3	18	4,2	4,2	96,8
	4	7	1,6	1,6	98,4
	5 ali več	7	1,6	1,6	100,0
	Total	433	100,0	100,0	

Tabela 26: Računalniški izpis – uporaba zdravil brez recepta v zadnje pol leta glede na starost

Ali ste v zadnjih 6ih mesecih uporabili zdravila kupljena brez recepta? * V katero starostno kategorijo spadate? Crosstabulation

		V katero starostno kategorijo spadate?			Total	
		Do 22 let	23-49 let	50 let ali več		
Ali ste v zadnjih 6ih mesecih uporabili zdravila kupljena brez recepta?	D	Count	47	203	85	335
	A	Expected Count	52,0	202,9	80,1	335,0
		% within V katero starostno kategorijo spadate?	77,0%	85,3%	90,4%	85,2%
Total	N	Count	14	35	9	58
	E	Expected Count	9,0	35,1	13,9	58,0
		% within V katero starostno kategorijo spadate?	23,0%	14,7%	9,6%	14,8%
Total		Count	61	238	94	393
		Expected Count	61,0	238,0	94,0	393,0
		% within V katero starostno kategorijo spadate?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 27: Računalniški izpis – uporaba zdravil brez recepta v zadnje pol leta glede na starost (hi-kvadrat test)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,263 ^a	2	,072
Likelihood Ratio	5,113	2	,078
Linear-by-Linear Association	5,074	1	,024
N of Valid Cases	393		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

Tabela 28: Računalniški izpis – število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta glede na starost (osnovne statistike)

Descriptives

Približno koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. pogosto (2x na mesec ali več)?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Do 22 let	61	1,74	,814	,104	1,53	1,95	1	4
23-49 let	238	1,91	,923	,060	1,79	2,03	1	6
50 let ali več	94	2,56	1,308	,135	2,30	2,83	1	6
Total	393	2,04	1,055	,053	1,93	2,14	1	6

Tabela 29: Računalniški izpis – število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta glede na starost (ANOVA)

ANOVA

Približno koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. pogosto (2x na mesec ali več)?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	35,541	2	17,770	17,288	,000
Within Groups	400,887	390	1,028		
Total	436,427	392			

Tabela 30: Računalniški izpis – število pogosto oz. redno uporabljenih zdravil brez recepta glede na starost (Post Hoc test)

Multiple Comparisons

Približno koliko zdravil brez recepta jemljete/uporabljate redno oz. pogosto (2x na mesec ali več)?

Hochberg

(I) V katero starostno kategorijo spadate?	(J) V katero starostno kategorijo spadate?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Do 22 let	23-49 let	-,170	,145	,567	-,52	,18
	50 let ali več	-,826*	,167	,000	-1,23	-,43
23-49 let	Do 22 let	,170	,145	,567	-,18	,52
	50 let ali več	-,656*	,124	,000	-,95	-,36
50 let ali več	Do 22 let	,826*	,167	,000	,43	1,23
	23-49 let	,656*	,124	,000	,36	,95

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

PRILOGA 5: Zdravstvena ozaveščenost

Tabela 31: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost (dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb)

Dobro zdravstveno stanje zahteva mojo aktivno skrb.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	2	,5	,5	,5
	ne strinjam se	4	,9	1,0	1,4
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	55	12,7	13,1	14,5
	strinjam se	153	35,3	36,3	50,8
	popolnoma se strinjam	207	47,8	49,2	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 32: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost (sam sem odgovoren za svoje zdravje)

Sam sem odgovoren/a za svoje zdravje.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	1	,2	,2	,2
	ne strinjam se	9	2,1	2,1	2,4
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	58	13,4	13,8	16,2
	strinjam se	152	35,1	36,1	52,3
	popolnoma se strinjam	201	46,4	47,7	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 33: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost (moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase)

Moje zdravje je odvisno od tega, kako dobro skrbim zase.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne strinjam se	1	,2	,2	,2
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	70	16,2	16,6	16,9
	strinjam se	169	39,0	40,1	57,0
	popolnoma se strinjam	181	41,8	43,0	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 34: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost (živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno)

Živeti življenje, kolikor zdravo je mogoče, se mi zdi zelo pomembno.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne strinjam se	2	,5	,5	,5
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	53	12,2	12,6	13,1
	strinjam se	151	34,9	35,9	48,9
	popolnoma se strinjam	215	49,7	51,1	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 35: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost glede na starost (osnovne statistike)

Descriptives

Zdravstvena ozaveščenost

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Do 22 let	61	3,9713	,57391	,07348	3,8243	4,1183	3,00	5,00
23-49 let	238	4,3424	,52356	,03394	4,2756	4,4093	2,75	5,00
50 let ali več	94	4,4229	,50936	,05254	4,3185	4,5272	3,25	5,00
Total	393	4,3041	,54700	,02759	4,2498	4,3583	2,75	5,00

Tabela 36: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost glede na starost (ANOVA)

ANOVA

Zdravstvena ozaveščenost

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8,431	2	4,216	15,104	,000
Within Groups	108,857	390	,279		
Total	117,288	392			

Tabela 37: Računalniški izpis – zdravstvena ozaveščenost glede na starost (Post Hoc test)

Multiple Comparisons

Zdravstvena ozaveščenost

Hochberg

(I) V katero starostno kategorijo spadate?	(J) V katero starostno kategorijo spadate?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Do 22 let	23-49 let	-,37113 [*]	,07582	,000	-,5529	-,1893
	50 let ali več	-,45156 [*]	,08686	,000	-,6598	-,2433
23-49 let	Do 22 let	,37113 [*]	,07582	,000	,1893	,5529
	50 let ali več	-,08044	,06436	,510	-,2347	,0739
50 let ali več	Do 22 let	,45156 [*]	,08686	,000	,2433	,6598
	23-49 let	,08044	,06436	,510	-,0739	,2347

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

PRILOGA 6: Iskanje informacij, povezanih z zdravjem in zdravili brez recepta in viri tovrstnih informacij

Tabela 38: Računalniški izpis – pogostost iskanja informacij o zdravju (frekvenčna porazdelitev)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vsak dan	9	2,1	2,1	2,1
	večkrat v tednu	41	9,5	9,7	11,9
	1x na teden	50	11,5	11,9	23,8
	večkrat na mesec	110	25,4	26,1	49,9
	1x na mesec	96	22,2	22,8	72,7
	vsakih nekaj mesec ali manj	105	24,2	24,9	97,6
	nikoli	10	2,3	2,4	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 39: Računalniški izpis – pogostost iskanja informacij o zdravilih brez recepta (frekvenčna porazdelitev)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vsak dan	3	,7	,7	,7
	večkrat v tednu	9	2,1	2,1	2,9
	1x na teden	21	4,8	5,0	7,8
	večkrat na mesec	58	13,4	13,8	21,6
	1x na mesec	65	15,0	15,4	37,1
	vsakih nekaj mesec ali manj	210	48,5	49,9	86,9
	nikoli	55	12,7	13,1	100,0
	Total	421	97,2	100,0	
Missing	Prekinjeno	12	2,8		
Total		433	100,0		

Tabela 40: Računalniški izpis – pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih brez recepta (osnovne statistike)

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pogostost iskanja informacij o zdravju.	421	1	7	3,58	1,403
Pogostost iskanja informacij o zdravilih brez recepta.	421	1	7	2,57	1,218
Valid N (listwise)	421				

Tabela 41: Računalniški izpis – pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih glede na starost (osnovne statistike)

Group Statistics					
	Starejši odrasli vs. zreli in mlajši odrasli	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pogostost iskanja informacij o zdravju.	Do 50 let	299	3,48	1,434	,083
	50 let ali več	94	3,82	1,209	,125
Pogostost iskanja informacij o zdravilih brez recepta.	Do 50 let	299	2,43	1,206	,070
	50 let ali več	94	2,91	1,123	,116

Tabela 42: Računalniški izpis – pogostost iskanja informacij o zdravju in zdravilih glede na starost (t-test)

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Pogostost iskanja informacij o zdravju.	Equal variances assumed	7,304	,007	-2,043	391	,042	-,334	,164	-,656	-,013	
	Equal variances not assumed			-2,232	182,317	,027	-,334	,150	-,630	-,039	
Pogostost iskanja zdravil brez recepta.	Equal variances assumed	,000	,991	-3,445	391	,001	-,483	,140	-,759	-,208	
	Equal variances not assumed			-3,575	165,824	,000	-,483	,135	-,750	-,216	

Tabela 43: Računalniški izpis – viri informacij o zdravilih brez recepta (osnovne statistike)

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kako pogosto dobite informacij: oglaševanje v množičnih medijih	414	1	4	2,82	,982
Kako pogosto dobite informacij: strokovna literatura (npr. enciklopedije)	414	1	4	1,85	,913
Kako pogosto dobite informacij: družina in prijatelji	414	1	4	2,66	,756
Kako pogosto dobite informacij: zdravnik	414	1	4	2,13	,808
Kako pogosto dobite informacij: farmacevt	414	1	4	2,71	,885
Valid N (listwise)	414				

Tabela 44: Računalniški izpis – pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starost (osnovne statistike)

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Kako pogosto dobite informacij: oglaševanje v množičnih medijih	Do 22 let	61	2,93	,998	,128	2,68	3,19	1	4
	23-49 let	238	2,78	1,005	,065	2,65	2,91	1	4
	50 let ali več	94	2,93	,871	,090	2,75	3,10	1	4
	Total	393	2,84	,974	,049	2,74	2,93	1	4
Kako pogosto dobite informacij: strokovna literatura (npr. enciklopedije)	Do 22 let	61	1,43	,644	,083	1,26	1,59	1	4
	23-49 let	238	1,88	,947	,061	1,76	2,00	1	4
	50 let ali več	94	1,95	,860	,089	1,77	2,12	1	4
	Total	393	1,83	,901	,045	1,74	1,92	1	4
Kako pogosto dobite informacij: družina in prijatelji	Do 22 let	61	2,61	,781	,100	2,41	2,81	1	4
	23-49 let	238	2,68	,752	,049	2,58	2,77	1	4
	50 let ali več	94	2,72	,739	,076	2,57	2,87	1	4
	Total	393	2,68	,752	,038	2,60	2,75	1	4
Kako pogosto dobite informacij: zdravnik	Do 22 let	61	1,75	,767	,098	1,56	1,95	1	4
	23-49 let	238	2,24	,792	,051	2,13	2,34	1	4
	50 let ali več	94	2,01	,740	,076	1,86	2,16	1	4
	Total	393	2,11	,795	,040	2,03	2,19	1	4
Kako pogosto dobite informacij: farmacevt	Do 22 let	61	2,67	,790	,101	2,47	2,87	1	4
	23-49 let	238	2,70	,882	,057	2,58	2,81	1	4
	50 let ali več	94	2,73	,964	,099	2,54	2,93	1	4
	Total	393	2,70	,887	,045	2,61	2,79	1	4

Tabela 45: Računalniški izpis – pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starost (ANOVA)

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kako pogosto dobite informacij: oglaševanje v množičnih medijih	Between Groups	2,164	2	1,082	1,142	,320
	Within Groups	369,414	390	,947		
	Total	371,578	392			
Kako pogosto dobite informacij: strokovna literatura (npr. enciklopedije)	Between Groups	11,876	2	5,938	7,559	,001
	Within Groups	306,358	390	,786		
	Total	318,234	392			
Kako pogosto dobite informacij: družina in prijatelji	Between Groups	,505	2	,253	,445	,641
	Within Groups	221,454	390	,568		
	Total	221,959	392			
Kako pogosto dobite informacij: zdravnik	Between Groups	12,387	2	6,194	10,273	,000
	Within Groups	235,124	390	,603		
	Total	247,511	392			
Kako pogosto dobite informacij: farmacevt	Between Groups	,156	2	,078	,099	,906
	Within Groups	308,012	390	,790		
	Total	308,168	392			

Tabela 46: Računalniški izpis – pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starost (Post Hoc test)

Multiple Comparisons							
Hochberg							
Dependent Variable	(I) V katero starostno kategorijo spadate?	(J) V katero starostno kategorijo spadate?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Kako pogosto dobite informacij: oglaševanje v množičnih medijih	Do 22 let	23-49 let	,157	,140	,596	-,18	,49
		50 let ali več	,009	,160	1,000	-,37	,39
	23-49 let	Do 22 let	-,157	,140	,596	-,49	,18
		50 let ali več	-,148	,119	,510	-,43	,14
	50 let ali več	Do 22 let	-,009	,160	1,000	-,39	,37
		23-49 let	,148	,119	,510	-,14	,43
Kako pogosto dobite informacij: strokovna literatura (npr. enciklopedije)	Do 22 let	23-49 let	-,456	,127	,001	-,76	-,15
		50 let ali več	-,521	,146	,001	-,87	-,17
	23-49 let	Do 22 let	,456	,127	,001	,15	,76
		50 let ali več	-,064	,108	,909	-,32	,19
	50 let ali več	Do 22 let	,521	,146	,001	,17	,87
		23-49 let	,064	,108	,909	-,19	,32

se nadaljuje

Tabela 46: Računalniški izpis – pomembnost različnih virov informacij o zdravilih brez recepta glede na starost (Post Hoc test) (nad.)

Kako pogosto dobite informacij: družina in prijatelji	Do 22 let	23-49 let	-,070	,108	,888	-,33	,19
		50 let ali več	-,117	,124	,720	-,41	,18
	23-49 let	Do 22 let	,070	,108	,888	-,19	,33
		50 let ali več	-,047	,092	,940	-,27	,17
Kako pogosto dobite informacij: zdravnik	Do 22 let	23-49 let	-,481*	,111	,000	-,75	-,21
		50 let ali več	-,257	,128	,129	-,56	,05
	23-49 let	Do 22 let	,481*	,111	,000	,21	,75
		50 let ali več	,225	,095	,053	,00	,45
Kako pogosto dobite informacij: farmacevt	Do 22 let	23-49 let	-,025	,128	,996	-,33	,28
		50 let ali več	-,062	,146	,965	-,41	,29
	23-49 let	Do 22 let	,025	,128	,996	-,28	,33
		50 let ali več	-,037	,108	,981	-,30	,22
Kako pogosto dobite informacij: družina in prijatelji	Do 22 let	23-49 let	,062	,146	,965	-,29	,41
		50 let ali več	,037	,108	,981	-,22	,30

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

PRILOGA 7: Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta

Tabela 47: Računalniški izpis – pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta (frekvenčna porazdelitev)

Kako pogosto ste v zadnjih 6ih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vsak dan	120	27,7	29,0	29,0
	nekajkrat na teden	158	36,5	38,2	67,1
	1x na teden	44	10,2	10,6	77,8
	nekajkrat na mesec	69	15,9	16,7	94,4
	1x na mesec	23	5,3	5,6	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 48: Računalniški izpis – pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta glede na starost (osnovne statistike)

Descriptives

Kako pogosto ste v zadnjih 6ih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Do 22 let	61	2,10	1,076	,138	1,82	2,37	1	5
23-49 let	238	2,37	1,239	,080	2,22	2,53	1	5
50 let ali več	94	2,27	1,184	,122	2,02	2,51	1	5
Total	393	2,31	1,203	,061	2,19	2,42	1	5

Tabela 49: Računalniški izpis – pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta glede na starost (ANOVA)

ANOVA

Kako pogosto ste v zadnjih 6ih mesecih opazili, videli ali slišali kakšen oglas, ki je oglaševal zdravila brez recepta?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,879	2	1,940	1,343	,262
Within Groups	563,479	390	1,445		
Total	567,359	392			

PRILOGA 8: Skepticizem do oglaševanja na splošno in oglaševanja zdravil brez recepta

Tabela 50: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (oglaševanje je zaupanja vredno)

Oglaševanje je zaupanja vredno.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	1,6	1,8	1,8
	2	24	5,5	6,1	7,8
	3	116	26,8	29,4	37,2
	4	141	32,6	35,7	72,9
	5	107	24,7	27,1	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 51: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (lahko se zanesem na resničnosti informacij v oglasih)

Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	1,2	1,3	1,3
	2	27	6,2	6,8	8,1
	3	109	25,2	27,6	35,7
	4	147	33,9	37,2	72,9
	5	107	24,7	27,1	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 52: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov)

Cilj oglaševanja je informiranje potrošnikov.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	31	7,2	7,8	7,8
	2	89	20,6	22,5	30,4
	3	117	27,0	29,6	60,0
	4	73	16,9	18,5	78,5
	5	85	19,6	21,5	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 53: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (s pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran)

S pomočjo oglaševanja sem o oglaševanih proizvodih pravilno informiran/a.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	2,3	2,5	2,5
	2	32	7,4	8,1	10,6
	3	151	34,9	38,2	48,9
	4	121	27,9	30,6	79,5
	5	81	18,7	20,5	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 54: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij)

Oglaševanje na splošno je zanesljiv vir informacij.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	11	2,5	2,8	2,8
	2	23	5,3	5,8	8,6
	3	99	22,9	25,1	33,7
	4	137	31,6	34,7	68,4
	5	125	28,9	31,6	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 55: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno (večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije)

Večina oglaševanja prinaša potrošnikom pomembne informacije.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	11	2,5	2,8	2,8
	2	60	13,9	15,2	18,0
	3	128	29,6	32,4	50,4
	4	112	25,9	28,4	78,7
	5	84	19,4	21,3	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 56: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno)

Oglaševanje zdravil brez recepta je zaupanja vredno.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	3,7	4,1	4,1
	2	49	11,3	12,4	16,5
	3	120	27,7	30,4	46,8
	4	113	26,1	28,6	75,4
	5	97	22,4	24,6	100,0
	Total		395	91,2	100,0
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 57: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta)

Lahko se zanesem na resničnost informacij v oglasih, ki oglašujejo zdravila brez recepta.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	19	4,4	4,8	4,8
	2	59	13,6	14,9	19,7
	3	120	27,7	30,4	50,1
	4	111	25,6	28,1	78,2
	5	86	19,9	21,8	100,0
	Total		395	91,2	100,0
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 58: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov)

Cilj oglaševanja zdravil brez recepta je informiranje potrošnikov.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	38	8,8	9,6	9,6
	2	102	23,6	25,8	35,4
	3	86	19,9	21,8	57,2
	4	100	23,1	25,3	82,5
	5	69	15,9	17,5	100,0
	Total		395	91,2	100,0
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 59: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (s pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o tem pravilno informiran)

S pomočjo oglasov, ki oglašujejo zdravila brez recepta, sem o teh pravilno informiran/a.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	13	3,0	3,3	3,3
	2	62	14,3	15,7	19,0
	3	129	29,8	32,7	51,6
	4	111	25,6	28,1	79,7
	5	80	18,5	20,3	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 60: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij)

Oglaševanje zdravil brez recepta je zanesljiv vir informacij.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	18	4,2	4,6	4,6
	2	52	12,0	13,2	17,7
	3	116	26,8	29,4	47,1
	4	111	25,6	28,1	75,2
	5	98	22,6	24,8	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 61: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije)

Večina oglaševanja zdravil brez recepta priskrbi za potrošnika pomembne informacije.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	35	8,1	8,9	8,9
	2	62	14,3	15,7	24,6
	3	109	25,2	27,6	52,2
	4	109	25,2	27,6	79,7
	5	80	18,5	20,3	100,0
	Total	395	91,2	100,0	
Missing	System	38	8,8		
Total		433	100,0		

Tabela 62: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (osnovna statistika)

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skepticizem do oglaševanja na splošno	3,6346	395	,88850	,04471
	Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	3,4266	395	1,04068	,05236

Tabela 63: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta (test dvojic)

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Skepticizem do oglaševanja na splošno - Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	,20802	,55083	,02772	,15353	,26251	7,505	394	,000

PRILOGA 9: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta

Tabela 64: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom)

Oglaševanje zdravil brez recepta prinaša koristi porabnikom.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	42	9,7	10,1	10,1
	ne strinjam se	61	14,1	14,7	24,9
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	168	38,8	40,6	65,5
	strinjam se	91	21,0	22,0	87,4
	popolnoma se strinjam	52	12,0	12,6	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 65: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta)

Rad/a vidim oglase, ki oglašujejo zdravila brez recepta.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	104	24,0	25,1	25,1
	ne strinjam se	96	22,2	23,2	48,3
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	133	30,7	32,1	80,4
	strinjam se	61	14,1	14,7	95,2
	popolnoma se strinjam	20	4,6	4,8	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 66: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije)

Oglaševanje zdravil brez recepta predstavi za uporabnike koristne/uporabne informacije.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	35	8,1	8,5	8,5
	ne strinjam se	69	15,9	16,7	25,1
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	150	34,6	36,2	61,4
	strinjam se	127	29,3	30,7	92,0
	popolnoma se strinjam	33	7,6	8,0	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 67: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna)

Oglaševanje zdravil brez recepta mi vzbudi zavedanje, da je lastna skrb za zdravje pomembna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	80	18,5	19,3	19,3
	ne strinjam se	82	18,9	19,8	39,1
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	122	28,2	29,5	68,6
	strinjam se	95	21,9	22,9	91,5
	popolnoma se strinjam	35	8,1	8,5	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 68: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta)

Oglaševanje zdravil brez recepta pomaga porabnikom pri izbiri zdravila brez recepta.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	33	7,6	8,0	8,0
	ne strinjam se	60	13,9	14,5	22,5
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	112	25,9	27,1	49,5
	strinjam se	151	34,9	36,5	86,0
	popolnoma se strinjam	58	13,4	14,0	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

Tabela 69: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta (oglas, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta)

Oglasi, ki oglašujejo zdravila brez recepta, ozaveštuje porabnike glede koristi in tveganj zdravil brez recepta.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sploh se ne strinjam	75	17,3	18,1	18,1
	ne strinjam se	91	21,0	22,0	40,1
	niti se ne strinjam, niti se strinjam	144	33,3	34,8	74,9
	strinjam se	81	18,7	19,6	94,4
	popolnoma se strinjam	23	5,3	5,6	100,0
	Total	414	95,6	100,0	
Missing	Prekinjeno	19	4,4		
Total		433	100,0		

PRILOGA 10: Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta, skepticizem do oglaševanja na splošno in skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta glede na starost

Tabela 70: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno, oglaševanja zdravil brez recepta in stališča do oglaševanja teh zdravil glede na starost (osnovne statistike)

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Do 22 let	61	3,3033	,57374	,07346	3,1563	3,4502	2,17	4,17
	23-49 let	238	2,7500	,84538	,05480	2,6420	2,8580	1,00	4,83
	50 let ali več	94	3,2660	1,06574	,10992	3,0477	3,4842	1,00	5,00
	Total	393	2,9593	,90525	,04566	2,8695	3,0491	1,00	5,00
Skepticizem do oglaševanja na splošno	Do 22 let	61	3,2760	,64970	,08319	3,1096	3,4424	1,00	4,67
	23-49 let	238	3,7990	,84797	,05497	3,6907	3,9073	1,33	5,00
	50 let ali več	94	3,4574	1,01156	,10433	3,2503	3,6646	1,00	5,00
	Total	393	3,6361	,88660	,04472	3,5482	3,7241	1,00	5,00
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Do 22 let	61	2,8333	,93937	,12027	2,5928	3,0739	1,00	4,67
	23-49 let	238	3,6625	,94702	,06139	3,5415	3,7834	1,17	5,00
	50 let ali več	94	3,2234	1,13712	,11729	2,9905	3,4563	1,00	5,00
	Total	393	3,4288	1,04043	,05248	3,3256	3,5319	1,00	5,00

Tabela 71: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno, oglaševanja zdravil brez recepta in stališča do oglaševanja teh zdravil glede na starost (ANOVA)

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Between Groups	26,483	2	13,242	17,520	,000
	Within Groups	294,754	390	,756		
	Total	321,237	392			
Skepticizem do oglaševanja na splošno	Between Groups	17,229	2	8,615	11,549	,000
	Within Groups	290,904	390	,746		
	Total	308,134	392			
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Between Groups	38,590	2	19,295	19,507	,000
	Within Groups	385,749	390	,989		
	Total	424,338	392			

Tabela 72: Računalniški izpis – skepticizem do oglaševanja na splošno, oglaševanja zdravil brez recepta in stališča do oglaševanja teh zdravil glede na starost (Post Hoc test)

Multiple Comparisons

Hochberg

Dependent Variable	(I) V katero starostno kategorijo spadate?	(J) V katero starostno kategorijo spadate?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Do 22 let	23-49 let	,55328*	,12476	,000	,2541	,8524
		50 let ali več	,03732	,14293	,991	-,3054	,3800
	23-49 let	Do 22 let	-,55328*	,12476	,000	-,8524	-,2541
		50 let ali več	-,51596*	,10590	,000	-,7699	-,2620
	50 let ali več	Do 22 let	-,03732	,14293	,991	-,3800	,3054
		23-49 let	,51596*	,10590	,000	,2620	,7699
Skepticizem do oglaševanja na splošno	Do 22 let	23-49 let	-,52306*	,12394	,000	-,8202	-,2259
		50 let ali več	-,18149	,14200	,491	-,5220	,1590
	23-49 let	Do 22 let	,52306*	,12394	,000	,2259	,8202
		50 let ali več	,34157*	,10521	,004	,0893	,5938
	50 let ali več	Do 22 let	,18149	,14200	,491	-,1590	,5220
		23-49 let	-,34157*	,10521	,004	-,5938	-,0893
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Do 22 let	23-49 let	-,82913*	,14273	,000	-1,1713	-,4869
		50 let ali več	-,39007	,16351	,052	-,7821	,0020
	23-49 let	Do 22 let	,82913*	,14273	,000	,4869	1,1713
		50 let ali več	,43906*	,12115	,001	,1486	,7295
	50 let ali več	Do 22 let	,39007	,16351	,052	-,0020	,7821
		23-49 let	-,43906*	,12115	,001	-,7295	-,1486

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tabela 73: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta glede na starost (osnovne statistike)

Group Statistics

	Mlajši odrasli vs. zreli in starejši odrasli	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	23 let in več	332	2,8961	,94076	,05163

Tabela 74: Računalniški izpis – stališča do oglaševanja zdravil brez recepta glede na starost (t-test)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Equal variances assumed	16,871	,000	3,269	391	,001	,40719	,12458	,16227	,65212
	Equal variances not assumed			4,535	128,248	,000	,40719	,08979	,22954	,58485

PRILOGA 11: Vedenjski odzivi

Tabela 75: Računalniški izpis – vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta (osnovne statistike)

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta.	255	1,00	6,00	2,1725	1,20106
Valid N (listwise)	255				

Tabela 76: Računalniški izpis – vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta (frekvence v primeru več možnih odgovorov)

\$Vedenjski_odziv Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Vedenjski odziv_skupaj ^a	Se pogovoril/a o oglaševanem zdravilu brez recepta z zdravnikom.	14	2,5%	5,5%
	Se pogovoril/a o oglaševanem zdravilu brez recepta s farmacevtom.	129	23,3%	50,6%
	Se pogovoril/a z znanci, sorodniki ali prijatelji o oglaševanem zdravilu brez recepta.	107	19,3%	42,0%
	Skušal/a poiskati kaj več informacij o oglaševanem zdravilu brez recepta (npr. na spletu).	142	25,6%	55,7%
	Kupil/a zdravilo brez recepta, s katerim so me seznanili oglasi.	69	12,5%	27,1%
	Uporabil/a oglaševano zdravilo brez recepta.	93	16,8%	36,5%
Total		554	100,0%	217,3%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 77: Računalniški izpis – vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta glede na starost (osnovne statistike)

Descriptives									
Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta.									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Do 22 let	37	2,5135	1,14556	,18833	2,1316	2,8955	1,00	5,00	
23-49 let	152	2,1382	1,21824	,09881	1,9429	2,3334	1,00	6,00	
50 let ali več	65	2,0769	1,17670	,14595	1,7854	2,3685	1,00	5,00	
Total	254	2,1772	1,20116	,07537	2,0287	2,3256	1,00	6,00	

Tabela 78: Računalniški izpis – vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta glede na starost (ANOVA)

ANOVA

Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5,070	2	2,535	1,768	,173
Within Groups	359,957	251	1,434		
Total	365,028	253			

PRILOGA 12: Korelacijska matrika

Tabela 79: Računalniški izpis – korelacijska matrika

		Correlations				
		Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Odnos do zdravja	Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta.	Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta.
Skepticizem do oglaševanja zdravil brez recepta	Pearson Correlation	1	-,753**	,064	-,201**	-,119*
	Sig. (2-tailed)		,000	,205	,001	,018
	N	395	395	395	255	395
Stališča do oglaševanja zdravil brez recepta.	Pearson Correlation	-,753**	1	-,028	,194**	,125*
	Sig. (2-tailed)	,000		,577	,002	,011
	N	395	414	414	255	414
Zdravstvena ozaveščenost	Pearson Correlation	,064	-,028	1	-,029	-,036
	Sig. (2-tailed)	,205	,577		,640	,461
	N	395	414	421	255	414
Vedenjski odzivi na oglaševanje zdravil brez recepta.	Pearson Correlation	-,201**	,194**	-,029	1	,084
	Sig. (2-tailed)	,001	,002	,640		,181
	N	255	255	255	255	255
Pogostost izpostavljenosti oglaševanju zdravil brez recepta.	Pearson Correlation	-,119*	,125*	-,036	,084	1
	Sig. (2-tailed)	,018	,011	,461	,181	
	N	395	414	414	255	414

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

PRILOGA 13: Seznam kratic in okrajšav

AESGP	Združenje evropskih proizvajalcev zdravil v prosti prodaji, prehranskih dopolnil in medicinskih pripomočkov za samopomoč (angl. <i>Association of the European Self-Medication Industry</i>)
BRp	Zdravilo brez recepta
DTC	Trženje zdravil na recept (angl. <i>Direct to consumer advertising</i>)
EMA	Evropska agencija za zdravila (angl. <i>European Medicines Agency</i>)
EU	Evropska unija (angl. <i>European Union</i>)
EUR	Evro
FDA	Zvezna agencija za hrano in zdravila (angl. <i>Food and drug administration</i>)
HOE model	Model hierarhičnih učinkov (angl. <i>Hierarchy-of-effects</i>)
JAZMP	Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke
M	Povprečje (angl. <i>Mean</i>)
OTC	Zdravila brez recepta (angl. <i>Over the counter medicine</i>)
RS	Republika Slovenija
SD	Standardni odklon (angl. <i>Standard deviation</i>)
ZDA	Združene države Amerike
ZZdr-2	Zakon o zdravilih
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije