

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Maja Golf

**Remodeliranje odziva ciljne javnosti na  
marketinško komuniciranje OTC zdravil**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Maja Golf

Mentor:izr. prof. dr. Zlatko Jančič

Somentorica: doc. dr. Bojana Lobe

**Remodeliranje odziva ciljne javnosti na  
marketinško komuniciranje OTC zdravil**

Diplomsko delo

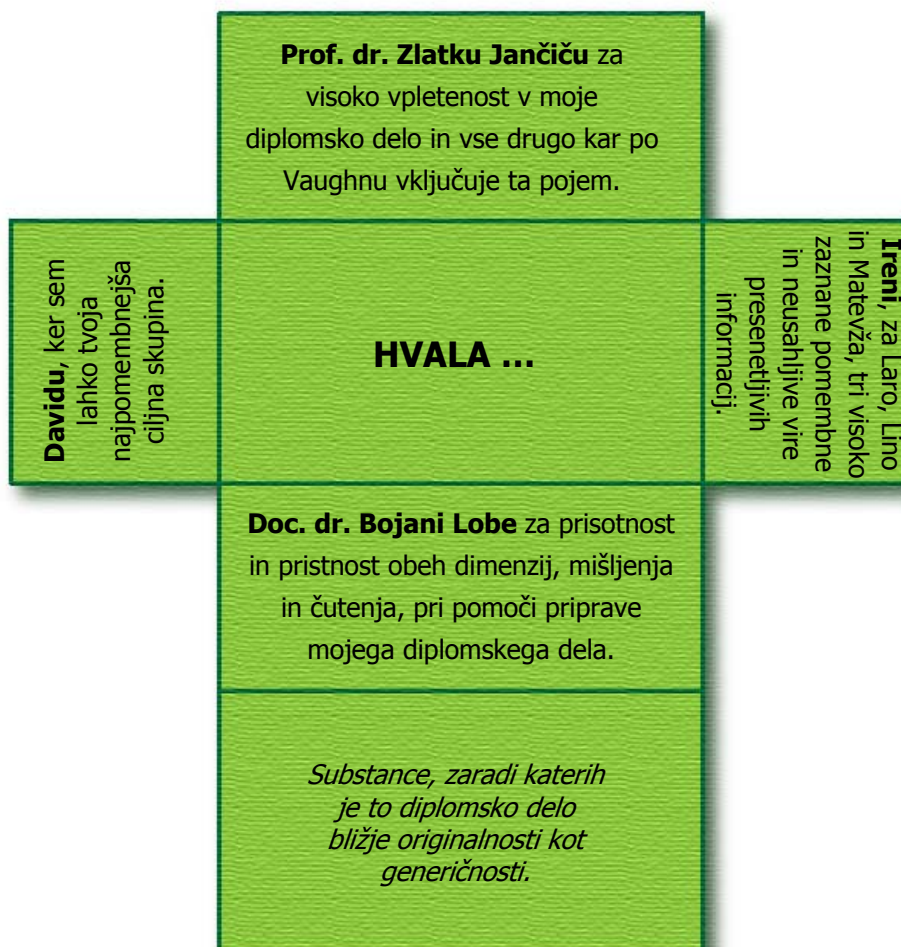
Ljubljana, 2009

### **Zate, oči!**

Ker si imel prav.  
Kdor se učenju posveča,  
se res vsak dan veča!

### **Zate, mami!**

Ker ne poznaš hierarhije.  
Z mano v isti sapi čutiš, se učiš in narediš.



## **REMODELIRANJE ODZIVA CILJNE JAVNOSTI NA MARKETINŠKO KOMUNICIRANJE OTC ZDRAVIL**

Marketinški raziskovalci in praktiki že več kot stoletje iščejo manjkajoči del oglaševalskega mozaika, del, ki bi pojasnil, kako oglaševanje deluje, oziroma kako se potrošniki odzivajo nanj. Hierarhija učinkov in modeli osnovani na njej s predvidevanjem, da se potrošniki odzivajo na marketinško komuniciranje s prehajanjem med spoznavno, čustveno in vedenjsko fazo, so najpogostejši odgovor pojasnjevanja oglaševalskih učinkov. Kritike veljavnosti te teorije so v diplomskem delu zamejene z dodajanjem hierarhiji učinkov tisto specifičnost, ki jo naredi praktično. Specifičnost v tem diplomskem delu predstavljajo značilnosti posamezne ciljne skupine, nakupna vpletenost, prevladujoče mišljenje oziroma čutenje v nakupni situaciji ter zaznan vpliv posameznih informacijskih virov na sprejete odločitve. Ugotovitve raziskave opravljena na vzorcu 556 sodelujočih nakazujejo, da potrošnike OTC zdravil ne moremo enoznačno uvrstiti v FCB matriko, temveč je smiselna segmentacija na štiri navznoter podobne ter navzven različne skupine. Vsak izmed segmentov se ne le različno odziva na marketinško komuniciranje, temveč za doseganje postavljenih komunikacijskih ciljev predvideva prilagojene strategije, sporočila in informacijske vire. Zaznan vpliv slednjih na posameznikov nakup zdravila variira z nakupno vpletenostjo, učinkom kategorije izdelkov, zdravstvenim stanjem in starostjo. Prilagojena FCB matrika se tako osvobodi tradicionalno vakuumske zaprte ideje hierarhije učinkov ter ponudi farmacevtski in oglaševalski industriji po meri oblikovan okvir za uspešnejše in učinkovitejše strateško načrtovanje in pozicioniranje OTC zdravil.

**Ključne besede:** hierarhija učinkov, modeli, marketinško komuniciranje, OTC zdravila

## **REMODELLING RESPONSE OF TARGET PUBLIC TO OTC MEDICINES MARKETING COMMUNICATIONS**

Marketing researchers and practitioners have been searching, for more than a century now, for the missing part in the advertising mosaic. A part which would clarify how advertising actually works and how consumers respond to it. The hierarchy of effects and models based on it with the supposition, that consumers respond to marketing communications by crossing between the cognition, affect and conation, are the most common explanations of the effects of advertising. In this diploma thesis, critics of the validity of this theory are inhibited by the addition of hierarchy of the effects of this specificity, which makes it more practical. Specificity in this diploma thesis represents the characteristics of individual target groups, their purchase involvement, prevailing thinking and feeling in purchase situations, and the perceived impact of individual information sources on decisions made. The findings of research conducted on a sample of 556 participants suggest that consumers of OTC medicines cannot be uniformly placed in the established FCB matrix, but that it is sensible to segment them into four similar inner and outer differing groups. Each of the segments not only differ in their responses to marketing communications, but in the manner of achieving the set communication objectives, needed with tailored strategies, messages and information sources. The perceived impact of the latter on individuals' purchase of medication varies between purchase involvements, the product category effects, consumers own state of health and their age. The adjusted FCB matrix in itself liberates the traditionally vacuum-sealed hierarchy of effects and offers the pharmaceutical and advertising industry a custom-designed framework for a more effective and more efficient strategic design and positioning of OTC medicines.

**Key words:** hierarchy of effects, models, marketing communications, OTC medicines

## KAZALO VSEBINE

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>PO SLEDEH RAZVOJA MODELOV HIERARHIJE UČINKOV</b> .....	<b>10</b>
2.1	TRADICIONALNA HIERARHIJA UČINKOV .....	11
2.2	ALTERNATIVNE HIERARHIJE UČINKOV .....	13
2.3	HIERARHIJA UČINKOV BREZ HIERARHIJE .....	14
<b>3</b>	<b>HIERARHIČNI MODELI ODZIVA V LUČI OTC ZDRAVIL</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>KONCEPTUALIZACIJA KLJUČNIH POJMOV OZIROMA NAPOVEDOVALCI UČINKOV OTC MARKETINŠKEGA KOMUNICIRANJA</b> .....	<b>21</b>
4.1	UČINEK KATEGORIJE PRODUKTA .....	21
4.2	DEMOGRAFSKE IN ZDRAVSTVENE ZNAČILNOSTI CILJNE SKUPINE .....	22
4.3	VPLETENOST CILJNE SKUPINE .....	22
4.4	MARKETINŠKO KOMUNICIRANJE OTC ZDRAVIL.....	23
<b>5</b>	<b>TEORETSKI MODEL IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA</b> .....	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIJA IN IZVEDBE EMPIRIČNE RAZISKAVE</b> .....	<b>27</b>
6.1	RAZISKOVALNI INŠTRUMENT, OPERACIONALIZACIJA SPREMENLJIVK IN ZANESLJIVOST MERSKIH LESTVIC .....	27
6.2	ZNAČILNOSTI VZORCA.....	29
<b>7</b>	<b>PREDSTAVITEV REZULTATOV EMPIRIČNE PREVERBE TEORETSKEGA MODELA</b> .	<b>31</b>
7.1	SEGMENTIRANO UMEŠČANJE OTC ZDRAVIL V FCB MATRIKO .....	31
7.1.1	OPIS CILJNIH SKUPIN PO OSNOVNIH IN DODATNIH SPREMENLJIVKAH.....	32
7.2	REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV NA INFORMACIJSKE VIRE .....	35
7.2.1	VPLIVANJE MNENJA ZDRAVNIKA NA NAKUPNO ODLOČITEV .....	36
7.2.2	VPLIVANJE MNENJA FARMACEVTA NA NAKUPNO ODLOČITEV.....	36
7.2.3	VPLIVANJE BROŠUR FARMACEVTSKIH PODJETIJ.....	37
7.2.4	VPLIVANJE OGLASOV .....	37
7.2.5	VPLIVANJE PLAKATOV, STOJAL, LETAKOV V LEKARNI .....	38
7.2.6	VPLIVANJE PRIPOROČIL, MNENJ SORODNIKOV IN PRIJATELJEV .....	38
7.2.7	VPLIVANJE INFORMACIJ NA EMBALAŽI ZDRAVIL.....	39
7.2.8	VPLIVANJE SPLETNIH STRANI POVEZANIH Z ZDRAVJEM .....	39
7.2.9	VPLIVANJE LASTNIH PREDHODNIH IZKUŠENJ Z ZDRAVILOM.....	40
<b>8</b>	<b>PREDSTAVITEV UGOTOVITEV Z DISKUSIJO</b> .....	<b>41</b>
<b>9</b>	<b>SKLEP, OMEJITVE IN NADALJNJE RAZISKOVANJE</b> .....	<b>44</b>
<b>10</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>46</b>
<b>11</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>51</b>

## KAZALO PRILOG

PRILOGA A: TEORETIČNO IZHODIŠČE O ZDRAVILIH BREZ RECEPTA .....	52
PRILOGA B: ANKETNI VPRAŠALNIK .....	56
PRILOGA C: TABELE ZA SEGMENTIRANO UMEŠČANJE ZDRAVIL V FCB MATRIKO.....	59
PRILOGA D: TABELE ZA REGRESIJSKO ANALIZO.....	62
PRILOGA E: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV MNENJA ZDRAVNIKA .....	65

PRILOGA F: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV MNENJA FARMACEVTA.....	66
PRILOGA G: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV BROŠUR FARMACEVTSKIH PODJETIJ .....	67
PRILOGA H: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV OGLASOV .....	68
PRILOGA I: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV PLAKATOV, STOJAL, LETAKOV V LEKARNI.....	69
PRILOGA J: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV PRIPOROČIL SORODNIKOV IN PRIJATELJEV .....	70
PRILOGA K: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV INFORMACIJ NA EMBALAŽI ZDRAVILA.....	71
PRILOGA L: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV SPLETNIH STRANI POVEZANIH Z ZDRAVJEM .....	72
PRILOGA M: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV LASTNIH IZKUŠENJ Z ZDRAVILOM.....	73

## KAZALO TABEL

Tabela 7.1: Aritmetične sredine izbranih spremenljivk po posameznih skupinah.....	33
Tabela A.1: Vrednost prodaje (v mio EUR) na evropskem farmacevtskem trgu 2006–2008.....	55
Tabela C.1: Število enot v posamezni skupini .....	59
Tabela C.2: Vpletenost v nakup in zdravila kot "misleči" oz. "čuteči" izdelek glede na skupine.	59
Tabela C.3: Pregled neodvisnih spremenljivk po skupinah .....	60
Tabela D.1: Opisne statistike spremenljivk iz vseh regresijskih modelov.....	62
Tabela D.2: Pearsonov korelacijski koeficient med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami regresijskih modelov.....	63
Tabela E.1: Povzetek modela vplivanja mnenja zdravnika.....	65
Tabela E.2: Statistična značilnost modela vplivanja mnenja zdravnika.....	65
Tabela E.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja mnenja zdravnika .....	65
Tabela F.1: Povzetek modela vplivanja mnenja farmacevta .....	66
Tabela F.2: Statistična značilnost modela vplivanja mnenja farmacevta .....	66
Tabela F.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja mnenja farmacevta .....	66
Tabela G.1: Povzetek modela vplivanja brošur farmacevtskih podjetij.....	67
Tabela G.2: Statistična značilnost modela vplivanja brošur farmacevtskih podjetij.....	67
Tabela G.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja brošur farmacevtskih podjetij .....	67
Tabela H.1: Povzetek modela vplivanja oglasov .....	68
Tabela H.2: Statistična značilnost modela vplivanja oglasov.....	68
Tabela H.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja oglasov .....	68
Tabela I.1: Povzetek modela vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni .....	69
Tabela I.2: Statistična značilnost modela vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni .....	69
Tabela I.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni.....	69
Tabela J.1: Povzetek modela vplivanja priporočil, mnenj sorodnikov in prijateljev .....	70
Tabela J.2: Statistična značilnost modela vplivanja priporočil, mnenj sorodnikov in prijateljev.	70
Tabela J.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja priporočil sorodnikov in prijateljev .....	70
Tabela K.1: Povzetek modela vplivanja informacij na embalaži zdravila.....	71
Tabela K.2: Statistična značilnost modela vplivanja informacij na embalaži zdravila .....	71
Tabela K.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja informacij na embalaži zdravila .....	71
Tabela L.1: Povzetek modela vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem.....	72
Tabela L.2: Statistična značilnost modela vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem.....	72
Tabela L.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem ...	72
Tabela M.1: Povzetek modela vplivanja lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom.....	73
Tabela M.2: Statistična značilnost modela vplivanja lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom...	73
Tabela M.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja lastnih izkušenj z zdravilom.....	73

## KAZALO SLIK

Slika 2.1.: Ključne sestavine hierarhičnih modelov učinkov .....	10
Slika 3.1: Tradicionalni indikatorji oglaševalske učinkovitosti in OTC oglaševalska učinkovitost	17
Slika 3.2: Prilagojena piramida učinkov OTC zdravila - PGM model .....	18
Slika 3.3.: FCB matrika in kategorizacija izdelkov .....	19
Slika 3.4: Rossiter-Percy matrika in tipične kategorije izdelkov .....	20
Slika 5.1: Teoretsko raziskovalni model.....	26
Slika 7.1: Dendrogram .....	31
Slika 7.2: Umestitev ciljnih skupin v FCB matriko .....	32
Slika 7.3: Značilnosti vpliva mnenja zdravnika – standardizirani koeficienti .....	36
Slika 7.4: Značilnosti vpliva mnenja farmacevta – standardizirani koeficienti .....	37
Slika 7.5: Značilnosti vpliva brošur farmacevtskih podjetij – standardizirani koeficienti .....	37
Slika 7.6: Značilnosti vpliva oglasov – standardizirani koeficienti .....	38
Slika 7.7: Značilnosti vpliva plakatov, stojal v lekarni – standardizirani koeficienti .....	38
Slika 7.8: Značilnosti vpliva priporočil bližnjih – standardizirani koeficienti .....	39
Slika 7.9: Značilnosti vpliva informacij na embalaži zdravila – standardizirani koeficienti .....	39
Slika 7.10: Značilnosti vpliva zdravstvenih spletnih strani – standardizirani koeficienti .....	40
Slika 7.11: Značilnosti vpliva lastnih izkušenj – standardizirani koeficienti.....	40
Slika A.1: Poenostavljen prikaz klasifikacije zdravil .....	53
Slika A.2: Model poslovnega omrežja na farmacevtskem trgu .....	54

## KAZALO GRAFOV

Graf 6.1: Struktura anketirancev po spolu .....	29
Graf 6.2: Starostna struktura anketirancev .....	29
Graf 6.3: Izobrazbena struktura anketirancev .....	30
Graf 6.4: Povprečni znesek za zdravila .....	30

# 1 UVOD

Oglaševanje deluje.

Oglaševanje ima določene učinke.

Oglaševalska učinkovitost je merljiva.

Vendar, kako oglaševanje deluje, oziroma kako se posamezniki odzivajo nanj, sta vprašanji, na katere strokovnjaki z različnih področij – od oglaševalcev, tržnih raziskovalcev pa do sociologov in psihologov – odgovarjajo netransparentno, nekonsistentno in premalo celostno. Spopadanje oglaševalske industrije, akademikov in raziskovalcev z izzivom, kako pojasniti delovanje oglaševanja, se kaže v nastanku številnih modelov, ki prikazujejo možen odziv potrošnikov na oglaševanje. Večina modelov, če ne že neposredno, pa vsaj na implicitni ravni, prebuja in znova oživlja 111-letno orjakinjo, hierarhijo učinkov, ki predpostavlja, da se potrošniki na oglaševanje odzivajo s prehajanjem med t. i. stopnjami nauči, občuti, naredi oziroma spoznavno, čustveno in vedenjsko fazo. Potencial tega modela za napovedovanje vedenja potrošnika in natančnejše načrtovanje komunikacijskih strategij (Barry in Howard 1990) je spodbudil razvoj številnih dopolnilnih modelov, ki so se s spremenjenim zaporedjem stopenj nauči, občuti, naredi ali z dodajanjem psihografskih in demografskih značilnosti potrošnikov na videz nekoliko odmaknili od tradicionalne hierarhije učinkov, a se vsebinsko nanjo vseskozi nanašali, navkljub številnim kritikam slednje (npr. Weilbacher (2001) tako meni, da hierarhija učinkov zmotno predpostavlja, da naj bi vsi oglasi na potrošnika imeli enak učinek, pri tem se osredotoči le na oglaševanje ter sloni zgolj na intuiciji in nepreverjenih dejstvih). V mojem diplomskem delu se odmikam od klasičnih kritik modela hierarhije odziva, saj menim, da ni problem v veljavnosti teorije hierarhije učinkov, temveč v pomanjkanju specifičnosti, ki bi jo naredile praktično (Vaughn 1980). Specifičnosti, ki bi nam pomagala bolje razumeti odziv potrošnikov ne le na oglaševanje, temveč na celotno marketinško komuniciranje v posamezni kategoriji. Za namen pričujočega dela je to kategorija zdravil brez recepta (v nadaljevanju tudi OTC<sup>1</sup> zdravila), ki skupaj s trendom zdravega življenja in vzponom farmacevtskih podjetjih pridobiva čedalje več pozornosti tudi v marketinški industriji. Tu se brišejo meje med potrošniki kot kupci dobrin in storitev, pacienti kot prejemniki izdelkov in storitev zdravstvene oskrbe ter

---

<sup>1</sup> OTC je kratica angleške besede "Over-the-counter" oziroma v dobesednem prevodu pomeni "preko pulta".



tradicionalnimi kupci. Čeprav so pacienti, zgodovinsko gledano, vedno bili kupci, so potrošniki postali šele v zadnjem času (Donohue 2006). Če želimo tako pojasniti, kako se ti potrošniki odzivajo na marketinško komuniciranje zdravil brez recepta imamo le dve možnosti. Bodisi iščemo odgovore s pomočjo splošnih, univerzalnih modelov (npr. Dagmar, model Lavidge & Stainerja, FCB matrika ...) bodisi vlečemo vzporednice z modeli osnovanimi neposredno za oglaševanje zdravil na recept (npr. Peyrot in drugi 1998; Menon in drugi 2004), ki je zakonsko dovoljeno le v Združenih državah Amerike ter v Novi Zelandiji. Vendar, ker je "posamezni model uporaben v določenih situacijah za določen tip ljudi in za določene kategorije izdelkov in storitev" (De Pelsmacker in drugi 2005, 23), oziroma je delovanje marketinškega komuniciranja odvisno od vrste izdelka, narave ciljne skupine ter komunikacijske situacije (Rossiter in drugi 1991, 11), je namen tega diplomskega dela znotraj teorije hierarhije učinka poiskati najprimernejši model za pojasnjevanje odziva potrošnikov na marketinško komuniciranje OTC zdravil ter nanj pogledati z vidika štirih ključnih napovedovalcev odziva – ciljne skupine, učinka kategorije produkta, vpletenosti in vpliva posameznih informacijskih virov na odločitve za nakup zdravila.

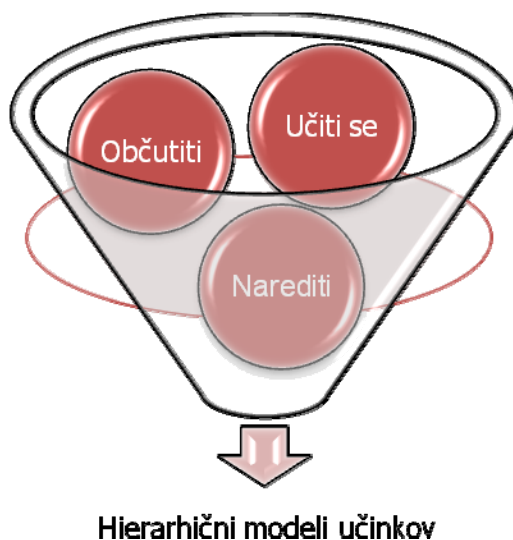
Kljub pomembnosti tematike je v primerjavi z oglaševanjem zdravil na recept opaziti pomanjkanje raziskav komuniciranja zdravil brez recepta; še več v marketinški teoriji ni zaslediti prispevkov o odzivu potrošnikov na komuniciranje zdravil, sploh pa ne v povezavi s hierarhijo učinkov. Moje remodeliranje odziva ciljnih javnosti na marketinško komuniciranje zdravil bo tako ne le doprinos teoriji hierarhije učinkov, temveč celotni farmacevtski industriji. Strategom v farmacevtskih podjetjih bodo ugotovitve raziskave ponudile relevanten okvir za natančnejše postavljanje komunikacijskih ciljev in strategij, raziskovalcem marketinškega komuniciranja pa osnovo za nadaljnje raziskovanje.

Diplomsko delo sestoji iz devetih delov; in sicer zgodovinskemu pregledu razvoja hierarhičnih modelov odziva, tako v splošnem smislu kot z vidika zdravil brez recepta, sledi konceptualizacija ključnih pojmov kot podlaga za teoretski model in razvoj raziskovalnih vprašanj. Opisana metodologija vodi do predstavitve rezultatov empirične preverbe teoretskega modela, ki so v poglavju Predstavitev ugotovitev in diskusija vpleteni v širši teoretski okvir. Na koncu so podane omejitve raziskave ter orisane smernice za nadaljnje raziskovanje.

## 2 PO SLEDEH RAZVOJA MODELOV HIERARHIJE UČINKOV

Hierarhični modeli učinkov v splošnem predvidevajo logično sosledje posameznih faz odzivov, pri čemer so zgodnejši učinki obvezen pogoj za nastanek kasnejših učinkov (Tellis 2004; De Pelsmacker 2005; Yeshin 2006). V takih modelih se potrošniki odzivajo na marketinško komuniciranje preko prehajanja skozi tri različne stopnje – spoznavno, čustveno in vedenjsko, oziroma kot pravi Solomon in drugi (2006, 140) skozi naučiti–čutiti–narediti sosledje. V spoznavni stopnji je poudarek na mentalnih procesih, ki vodijo do potrošnikovega zavedanja in poznavanja komunicirane blagovne znamke. Čustveni odzivi in oblikovanje stališč povezanih s komunicirano blagovno znamko so značilnost čustvene stopnje medtem ko so konkretna dejanja, vezana na oglaševano blagovno znamko (npr. nakup), že tretja vedenjska stopnja (De Pelsmacker 2005, 23). V več kot stoletnem iskanju odgovora na vprašanje, kako oglaševanje deluje, so teoretiki in raziskovalci zelo skladni v potrjevanju veljavnosti obstoja spoznavne, čustvene in vedenjske stopnje. Do raznolikosti mnenj prihaja pri oblikovanju teh stopenj v logična sosledja (slika 2.1). Skladno s tem lahko pregled obstoječih modelov razdelimo na tradicionalno in alternativno hierarhijo učinkov ter hierarhijo učinkov brez hierarhije.

Slika 2.1.: Ključne sestavine hierarhičnih modelov učinkov



Vir: Prirejeno po De Pelsmacker (2005, 23)

## 2.1 TRADICIONALNA HIERARHIJA UČINKOV

Večina hierarhičnih modelov sloni na stalnem sosledju spoznavne–čustvene–vedenjske stopnje. V skladu s tem se mora potrošnik najprej naučiti in zavedati, da obstaja določena blagovna znamka, nato se nanjo čustveno odzvati ali o njej oblikovati stališče ter nazadnje, če je marketinško komuniciranje učinkovito, se proces zaključi z nakupom (De Pelsmacker 2005, 23).

Doba hierarhičnih modelov se je pričela v začetku prejšnjega stoletja (1898), ko je St. Elmo Lewis oblikoval AIDA model, sprva namenjen prodajnemu osebju kasneje pa prilagojen oglaševanju. Enostavna hierarhična struktura: Pozornost (*Attention*) – Zanimanje (*Interest*) – Želja (*Desire*) – Aktivnost (*Action*) (Strong 1925, 76) je kot okvir za razlago oglaševalskih učinkov<sup>2</sup> služila kar nekaj desetletij, pri čemer se kasneje nastali modeli razlikujejo predvsem v terminološkem poimenovanju posameznih faz ter v dodajanju ali odzemanju učinkov. Mlajši modeli (npr. AIDAS<sup>3</sup>, AICCA<sup>4</sup>, AIDCA<sup>5</sup>), večinoma nastali v času nastanka množičnega komuniciranja, imajo poleg hierarhične zasnove dve skupni predpostavki. V tistem času aktualno teorijo podkožne igle, po kateri naj bi množični mediji vbrizgavali sporočila nemočnim, pasivnim prejemnikom, ki se odzovejo takoj in na enak način, ter tezo, da so potrošniki racionalni odločevalci, ki aktivno iščejo informacije o izdelkih in storitvah (Reed in Ewing 2004, 93). Omenjene modele Barry (1987, 261) opisuje kot "opisne predstavitve temelječe na intuiciji in logiki" empirično nepreverjene, vendar so obenem bili dobra osnova za razvoj hierarhičnih modelov v nadaljnjih desetletjih.

Pojav televizije in hitra gospodarska rast po drugi svetovni vojni sta sprožila nov val postavljanja modelov (Reed in Ewing 2004, 93), katerih namen ni bil več odgovarjati na vprašanje, kako napisati učinkovit oglas, temveč pojasniti, kako oglaševanje deluje

---

<sup>2</sup> Raziskovalci in teoretiki hierarhije učinkov (Lavidge in Stainer 1961; Colley 1961; McGuire 1985; Preston 1982; Vaughn 1980) so z modeli večinoma pojasnjevali učinke oglaševanja. Šele v zadnjih dvajsetih letih se avtorji (Barry in Howard 1990; Reed in Ewing 2004 ) pri obravnavi modelov nanašajo na proces celotnega marketinškega komuniciranja.

<sup>3</sup> Pozornost (*Attention*) – Zanimanje (*Interest*) – Želja (*Desire*) – Aktivnost (*Action*) – Zadovoljstvo (*Satisfaction*) (Sheldon 1911, 28).

<sup>4</sup> Pozornost (*Attention*) – Zanimanje (*Interest*) – Zaupanje (*Confidence*) – Prepričanje (*Conviction*) – Aktivnost (*Action*) (Hall 1915, 45).

<sup>5</sup> Pozornost (*Attention*) – Zanimanje (*Interest*) – Želja (*Desire*) – Prepričanje (*Conviction*) – Aktivnost (*Action*) (Kitson 1929).

(Weilbacher 2001, 93). V literaturi je pogosto omenjen model Lavidge-a in Steiner-ja<sup>6</sup>, kjer avtorja za razliko od prejšnjih teoretikov in raziskovalcev predvidevata, da so oglaševalski učinki večinoma dolgoročni, poudarita vpliv vpletenosti ter zagovarjata različno oddaljenost med posameznimi hierarhičnimi stopnjami (npr. "razdalja" od zavedanja do ustvarjene preference je lahko zelo majhna, medtem ko "razdalja" od preference do opravljenega nakupa zelo velika) (Lavidge in Steiner 1961, 59–60). Drugi pogosto uporabljen model je Colley-ev (1961) t.i. DAGMAR<sup>7</sup> pristop (»*Defining Advertising Goals for Measured Advertising Results*«), kjer avtor predlaga hierarhijo oglaševalskih ciljev kot podlago za merjenje oglaševalskih učinkov. Omenjena modela sta prepoznana tudi po tem, da sta prvič v povezavi s hierarhijo učinkov uporabila naslednja terminološka poimenovanja: spoznavna, čustvena in vedenjska stopnja (Barry 1987, 263).

V sedemdesetih in osemdesetih letih se je zanimanje za komunikacijske učinke odražalo v velikem številu novonastalih modelov, ki so se neposredno osredotočili na oglaševanje (npr. Model procesiranja informacij<sup>8</sup> – McGuire 1969; The Ayer New Product Model v Claycamp in Liddy 1969), razširitev prejšnjih modelov (npr. CAPP – Maloney v Reed in Ewing 2004), vedenje potrošnika (npr. Howard and Sheth 1969; Engel in drugi 1978) ali usmerili na druga področja (npr. Model sprejemanja inovacij<sup>9</sup> – Rogers 2003). Vsi ti modeli so ne le izhajali iz predpostavke, da »lahko en sam univerzalen model pojasni vse tipe nakupov in komunikacijskih situacij« (Reed in Ewing 2004, 93), temveč so tudi predvidevali stalno sosledje spoznavne, čustvene, vedenjske komponente kot odziv potrošnikov na marketinško komuniciranje (za podrobnejši zgodovinski pregled hierarhičnih modelov glej Barry 1987, 253–258; Vakratsas in Ambler 1999).

---

<sup>6</sup> Zavedanje (*Awareness*) – Poznavanje (*Knowledge*) – Všečnost (*Liking*) – Preferenca (*Preference*) – Prepričanje (*Conviction*) – Nakup (*Purchase*) (Lavidge in Steiner 1961, 61).

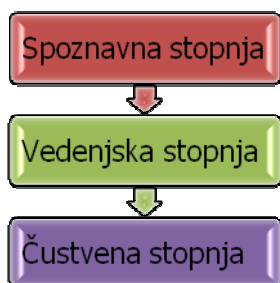
<sup>7</sup> Zavedanje (*Awareness*) – Razumevanje (*Comprehension*) – Prepričanje (*Conviction*) – Aktivnost (*Action*) (Colley 1961).

<sup>8</sup> Izpostavljenost (*Presentation*) – Pozornost (*Attention*) – Razumevanje (*Comprehension*) – Sprejemanje (*Yielding*) – Zapomnjenje (*Retention*) – Vedenje (*Behavior*) (McGuire v Barry 1987, 266).

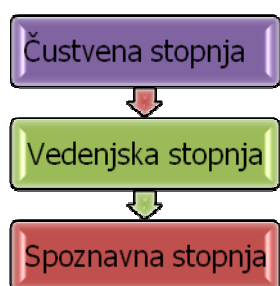
<sup>9</sup> Zavedanje (*Awareness*) – Zanimanje (*Interest*) – Ovrednotenje (*Evaluation*) – Preizkus (*Trail*) – Sprejemanje (*Adoption*) (Rogers 2003, 168–183).

## 2.2 ALTERNATIVNE HIERARHIJE UČINKOV

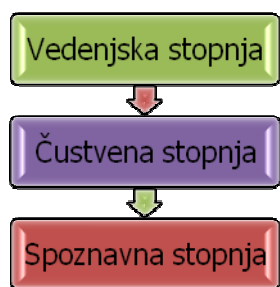
Kritike obstoja enotnega hierarhičnega modela z univerzalnim zaporedjem uči se – občuti – naredi (Weilbacher 2001) so spodbudile razvoj novih, alternativnih modelov, osnovanih na naslednjih sosledjih.



spremenjene miselne strukture. Ko se takšen potrošnik znajde v nakupni situaciji, bodo informacije z oglasa zadosten razlog za določeno vedenje. Šele po slednjem se oblikujejo občutki oz. stališča do izdelka.



imela primarni vpliv na razvoj preferenc<sup>10</sup>. Občutki se razvijejo po vedenjski stopnji.



sprejeto odločitev. Sosledje naredi – občuti – nauči se Vaughn (1980, 31–32) v matriki oglaševalske agencije "Foote, Cone and Belding" (v nadaljevanju FCB) uvrsti v četrti kvadrant poimenovan samopotrditev. Območje nizke vpletenosti in pomembnost občutenja v nakupni situaciji je značilno za produkte, ki zadovoljujejo osebne okuse

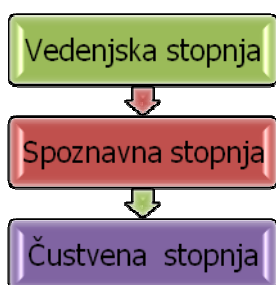
Krugmanov (1965, 355) hierarhični model nizke vpletenosti predvideva, da so potrošniki pasivni in nezainteresirani za oglaševalska sporočila. Pogosto ponavljanje oglasov lahko posledično vodi v

Zajonc in Markus (1982) čustva opisujeta kot neizogibna, nepreklicna, težko ubesedena in neodvisna od znanja. Kot taka naj bi se v določenih okoliščinah lahko pojavila pred kognitivno zaznavo in

Kelly (1973) in Ray (v Barry 1987) predlagata model, v psihologiji poimenovan model disonance oz. pripisovanja, kjer potrošnik najprej nekaj naredi, nato občuti in se ob tem selektivno uči, da tako podpre

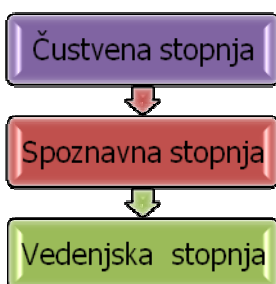
<sup>10</sup> Avtorja se na preference nanašata kot na »vedenjsko tendenco, ki ni izražena v tem kaj posameznik meni ali reče, temveč kaj naredi« (Zajonc in Markus 1982: 128).

(cigareti, pijača, sladkarije ...). Potrošniki so označeni kot impulzivni (*"Reactors"*), oglaševanje pa mora biti v tem primeru predvsem konsistentno (Vaughn 1980, 31–32).



nato razvijejo v skladu s tem mišljenjem in vedenjem. Vaughn (1980, 31) v FCB matriki to hierarhijo uvrsti v tretji kvadrant (oblikovanje navad) med nakupne odločitve, za katere je bolj značilno mišljenje kot pa občutenje, kjer prevladuje nizka vpletenost potrošnikov. Oglaševanje ima pri t. i. izvršiteljih (*"Doers"*), ki »zaradi svoje lenobe želijo nakupovati z najmanjšim naporom« predvsem vlogo spodbujati preizkus in jih spominjati na izdelek (Vaughn 1980, 28–31).

Kiesler-jev (v Barry 1987, 103) alternativni model predpostavlja, da nakup izdelka omogoča posamezniku, da o tem razmisli na način, ki podpira njegovo odločitev. Občutki in stališča se



čuteče potrošnike (*"Feelers"*) najučinkoviteje dosežemo z ustvarjanjem močnega imidiža blagovnih znamk.

Vaughn (1980, 31) v FCB matriki predstavi še eno alternativno hierarhijo učinkov, značilno za visoko vpletene potrošnike, ki se v nakupni situaciji bolj kot na mišljenje odzivajo na čustva. T. i.

Omenjeni alternativni modeli ne ponudijo univerzalne razlage, kako oglaševanje deluje, vendar so pomembno prispevali k razumevanje procesov oglaševanja in komuniciranja ter spodbujali k nujni postavljanja komunikacijskih ciljev (Reed in Ewing 2004, 93). Še več na implicitni ravni so spodbujali k postavljanju modelov, ki od sedaj naprej niso bili več splošni in univerzalni, temveč postajali čedalje bolj specifični in s tem učinkovitejši.

### 2.3 HIERARHIJA UČINKOV BREZ HIERARHIJE

Poleg tradicionalnih in alternativnih hierarhičnih modelov odziva lahko govorimo tudi o t. i. hierarhiji učinkov brez hierarhije. Tako poimenujem sodobne modele, katerih avtorji ne zagovarjajo teorije hierarhije učinkov, vendar se ji v svojih modelih vsebinsko ne morejo izogniti. Četudi v komunikacijske procese vključujejo različne dimenzije (kot

npr. vpletenost, izkušnje, zaznano diferenciacijo izdelkov idr.) in se izogibajo klasičnim poimenovanjem spoznavne, čustvene in vedenjske stopnje, ne morem trditi, da modeli na kakršen koli način ne vsebujejo hierarhije učinkov v najširšem smislu. V to kategorijo lahko uvrstimo vseh sedem modelov Reeda in Ewinga (2004), ki sta jih avtorja oblikovala na osnovi visoke, nizke, srednje vpletenosti, prve ali ponovne nakupne situacije, možnosti ali odsotnosti poizkusa ter razlike med konceptualnimi in izkustvenimi stališči. Čeprav avtorja vpeljeta v sam komunikacijski proces številne nove in relevantne dejavnike, lahko v njunih modelih implicitno najdemo podporo bodisi za tradicionalno ali alternativno hierarhijo učinkov.

V kategorijo hierarhije učinkov brez hierarhije lahko uvrstimo tudi Zaznavanje/Izkušnje/Spomin model (t. i. P/E/M<sup>11</sup> model), kjer Hall (2002) dokazuje, da so kognitivni procesi le rezultat kompleksnih procesov zaznavanja, izkušenj in spomina oziroma procesa, ki temelji večinoma na čustvih in občutkih. Kljub temu Hall že sam trdi, da omenjeni model kombinira elemente t. i. dopolnilih modelov (Vakratsas in Ambler 2001, 34) z obratno hierarhijo učinkov, torej s sosledjem čustvene – vedenjske – spoznavne stopnje (Hall 2002, 24).

---

<sup>11</sup> Perception/Experience/Memory Model (Hall 2002).

### 3 HIERARHIČNI MODELI ODZIVA V LUČI OTC ZDRAVIL<sup>12</sup>

Če lahko na eni strani govorimo o poplavi univerzalnih hierarhičnih modelov, ki želijo pojasniti, kako marketinško komuniciranje deluje ne glede na kategorijo komuniciranega izdelka ali storitve, potem lahko za bolj redke označimo teoretike in raziskovalce, ki se ukvarjajo z vplivom marketinškega komuniciranja OTC zdravil na potrošnike in njihovo vedenje. Raziskave z vidika kupca zdravil so večinoma osredotočene na neposredno oglaševanje zdravil na recept (v nadaljevanju DTC<sup>13</sup> oglaševanje), ki je zakonsko dovoljeno le v ZDA in na Novi Zelandiji (Diehl in drugi 2008, 100). Po Friedmanovi in Gouldevi taksonomiji (2007, 101) so se raziskovalci in teoretiki DTC oglaševanja večinoma ukvarjali z vplivom slednjega na zavedanje, znanje, razumevanje, stališča in vedenje potrošnika. Tako npr. sta Perri in Dickson (1988) predlagala paradigmo potrošnikovega procesiranja informacij kot okvir za dokazovanje, kako DTC oglasi vplivajo na vedenje, Peyrot in drugi (1998) dokazali vpliv demografskih spremenljivk, izpostavljenosti mediju, stališč do DTC oglasov in zavedanja na potrošnikovo znanje in vedenje, Kavadas in drugi (2007) pa vpletenost potrošnikov povezali z njihovim procesiranjem sporočil, ki vsebujejo apele strahu.

Veliko manj raziskanega je na področju oglaševanja OTC zdravil (Ward in Tully 1998). Dosedanje raziskave so se primarno osredotočile na različne vidike embalaže, vsebine oglaševanja in potrošnikovega odločanja za nakup zdravil (Akcura in drugi 2004), medtem ko hierarhija učinkov v povezavi z zdravili brez recepta ni sprožila večjega zanimanja (Kim in King 2009). V literaturi se tako še vedno kot najprimernejša modela za razumevanje potrošnikovih odzivov na komuniciranje OTC zdravil omenjata model Lavidga in Steinerja ter Dagmar model, saj naj bi omogočala konstruktivni konceptualni okvir, znotraj katerega lahko hitro ocenimo učinkovitost oglaševanja; slednjo lahko ugotovljamo s klasičnimi oglaševalskimi koncepti kot npr. zavedanjem, priklicem, pozornostjo, poznavanjem, razumevanjem, stališči, nakupno intenco in nakupom določene blagovne znamke (slika 3.1) (za podrobnejšo razlago glej Menon in drugi 2004; Friedman in Gould 2007).

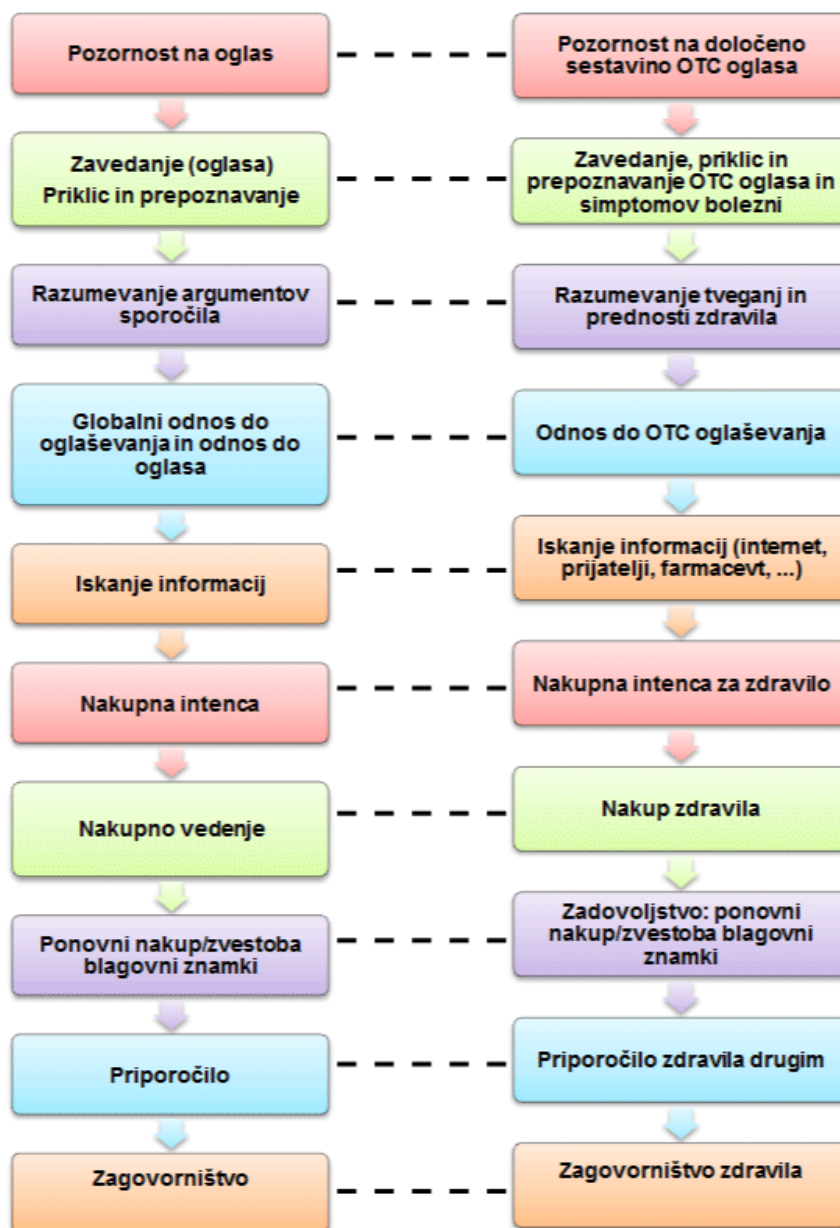
---

<sup>12</sup> Teoretsko izhodišče za zdravila brez recepta oziroma OTC zdravila je podano v prilogi A. Zaradi ozko zastavljene teme in predvidevanja, da je diplomsko delo namenjeno bralcu poznavalcu značilnosti OTC zdravil, slednje ni uvrščeno v glavni del besedila.

<sup>13</sup> V angleščini se uporablja izraz "*Direct-to-consumer*", kar pomeni v prevodu Neposredno namenjeno potrošniku.



Slika 3.1: Tradicionalni indikatorji oglaševalske učinkovitosti in OTC oglaševalska učinkovitost

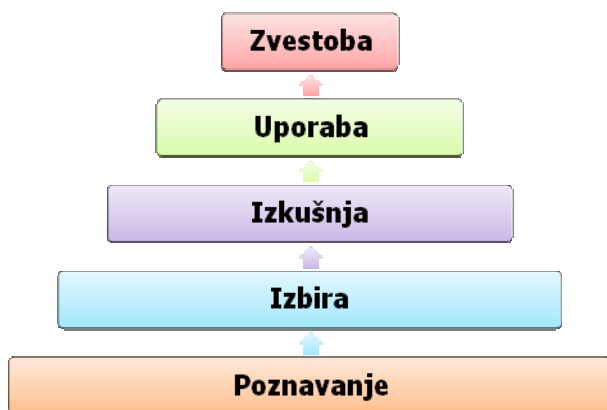


Vir: Prirejeno po Menon in drugi (2004, 93). Stopnji priporočilo in zagovornišтво sta dodani po lastnem preudarku.

Klasična modela Lavidga & Steinerja ter DAGMAR sicer ponudita uporaben vpogled v verjetno sosledje odzivov pri potrošnikih izpostavljenih oglaševanju, vendar zanemarita, da je človeško mišljenje mnogo bolj kompleksno, kot ga predpostavlja enostavna večstopenjska hierarhija v modelu (Huh in Becker 2002, 4). Vprašanje je tudi, ali v farmacevtskih podjetjih res uporabljajo fiksno sosledje učinkov za razumevanje in načrtovanje odziva potrošnikov, kot to predvidevajo avtorji zgoraj

omenjenih modelov. Delni odgovor nam ponudi piramida hierarhije učinkov, ki jo uporablja slovenska trženjsko svetovalna družba Valicon, za pojasnjevanje moči posamezne blagovne znamke v kategoriji OTC zdravil (slika 3.2).

Slika 3.2: **Prilagojena piramida učinkov OTC zdravila - PGM model**



Vir: Valicon (2007)

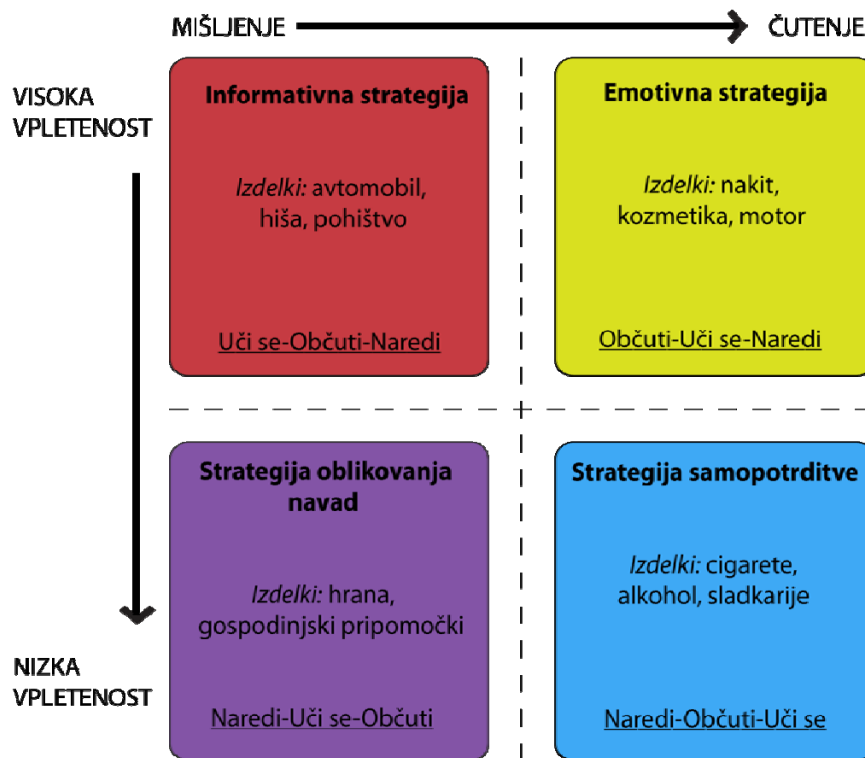
Valiconov PGM model se po sami opredelitvi ne odmakne od tradicionalnih hierarhičnih modelov, temveč koncept še razširi, saj ni namenjen le raziskovanju vpliva marketinškega komuniciranja na potrošnike, ampak tudi pojasnjevanju razvoja blagovnih znamk oziroma razvoja odnosa potrošnika do znamke. Pet osnovnih nivojev piramide znamke v naslednjem vrstnem redu:

- poznavanje ("*recognition*") daje informacijo o stopnji poznavanja znamke
- izbira ("*consideration*") pove v kakšni stopnji znamka predstavlja alternativo izbire za zadovoljevanje potrebe potrošnika
- izkušnja ("*experience*") daje informacijo o stopnji izkušnje potrošnika s to znamko
- uporaba ("*usage*") je stopnja, ki predstavlja uspešnost znamke v procesu transformacije potencialnih kupcev v realne potrošnike in
- zvestoba ("*primary usage*") je stopnja zvestobe oziroma indikator primarne uporabe določene znamke (Product Group Manager)

nam pokaže, da kljub nekoliko spremenjenem sosledju (izbira pred izkušnjo) in drugačnem poimenovanju posameznih faz, model prilagojen kategoriji OTC zdravil še vedno sledi tradicionalni hierarhiji odziva s sosledjem spoznavne – čustvene – vedenjske stopnje. Četudi sprejmemo to hierarhijo kot resnično relevantno za trg OTC zdravil, zanemarimo dejstvo, da lahko vpletenost in potrošnikovo procesiranje informacij vpliva na različno sosledje stopenj v hierarhijah odziva. Zato moramo poiskati modele, ki v središče preučevanja postavijo tudi psihološko-motivacijske konstrukte: motivacijo, vpletenost in znanje (Kim in King 2009, 6). Tipični predstavnici

tega pristopa sta FCB ter Rossiterjeva in Percyeva matrika, ki pojasnjujeta vpliv izdelčne kategorije na iskanje informacij. Matriko oglaševalske agencije Foote, Cone & Belding sem z vidika hierarhije učinkov že predstavila pri tradicionalnih in alternativnih modelih. Sedaj se vračam k njej še z vidika učinka kategorije produkta. Vaughn (1980) FCB matriko osnuje na osnovi dveh dimenzij – vpletenosti ter t. i. desne/leve specializacije možganov. V modelu pojasni, da v nekaterih nakupnih situacijah prevlada mišljenje, medtem ko v drugih čutenje, da nekatere situacije potrebujejo več vpletenosti in druge manj. Kombinacije teh različnih možnosti oziroma vplivi kategorije izdelka in stopnje vpletenosti na zaporedje stopenj učinkov (Vakratsas in Ambler 1999, 34) so prikazani v 2x2 strateški matriki (slika 3.3).

Slika 3.3.: **FCB matrika in kategorizacija izdelkov**



Vir: Vaughn (1980, 31)

Vaughn (1980) v svoji ponazoritvi FCB matrike OTC zdravila eksplicitno ne uvrsti v nobenega izmed kvadrantov, empirično pa na primeru zdravila proti glavobolu dokaže, da potrošniki lahko različne blagovne znamke znotraj iste kategorije zaznavajo različno (so bolj ali manj vpleteni, se zanašajo bolj na mišljenje ali čutenje) (Vaughn 1986, 60–61). Bolj jasno pozicijo zasedajo OTC zdravila v Rossiter-Percy matriki, kjer avtorji potrošnikovo ocenjevanje izdelkov ali blagovnih znamk pojasnjujejo z dimenzijo vpletenosti in motivacije (slika 3.4)

Slika 3.4: **Rossiter-Percy matrika in tipične kategorije izdelkov**



Vir: Rossiter in drugi (1991, 13)

Rossiter in drugi (1991) s svojo matriko razširijo FCB model, saj postavijo zavedanje blagovne znamke (bodisi prepoznavanje ali priklic) kot obvezni komunikacijski cilj za oblikovanje stališč do blagovne znamke. Vpletenost potrošnikov ne konceptualizirajo kot kontinuum, kot je to pri FCB matriki, temveč glede na vključeno tveganje razlikujejo med nizko vpletenost, kjer potrošnik enostavno "poizkusi izdelek in vidi" ter na visoko vpletenost, ko potrošnik pred opravljenim nakupom potrebuje natančnejše informacije. Dimenziji učenje/mišljenje zamenjata v Rossiter-Percyevi matriki informativna in transformacijska strategija. Pod informativno strategijo so uvrščeni motivi, ki spodbujajo potrošnika k pridobivanju informacij o proizvodu in blagovni znamki, medtem ko transformacijski motivi vplivajo na potrošnikovo čustveno, mentalno in socialno stanje (Rossiter in drugi 1991).

OTC zdravila v omenjeni matriki predpostavljajo nizko vpletenost potrošnikov (za nakup je torej dovolj že poizkus) ter informativne motive – najverjetneje nakup z namenom izogiba ali vnaprejšnjo odstranitvijo problema. Nasprotno meni Roth (2003, 182) ki predlaga, da lahko s transformacijskimi motivi, ki se osredotočijo na pozitivna končna stanja in želeno občutja znotraj določene ciljne skupine, bolj učinkovito komuniciramo kot bi z informativno strategijo. Če je za OTC zdravila bolj značilna slednja, potem Rossiter in drugi (1991, 18) predlagajo, da naj taki oglasi vključujejo le eno ali dve koristi, ki naj bodo hitro zapomnljive (npr. že po eni ali dveh izpostavljenostih), medtem ko ni nujno potrebno, da je potrošnikom oglas všeč sam po sebi.

## **4 KONCEPTUALIZACIJA KLJUČNIH POJMOV OZIROMA NAPOVEDOVALCI UČINKOV OTC MARKETINŠKEGA KOMUNICIRANJA**

Raznolik set spremenljivk vpliva na komunikacijski proces oziroma kot pravi McGuire (1985, 172) učinkovitost komunikacije je odvisna od razumevanja »kdo pravi kaj komu, kako in z kakšnim učinkom«. V tem diplomskem delu tako predvidevam, da na odziv na marketinško komuniciranje OTC zdravil vpliva kategorija produkta, značilnosti ciljne skupine in vpletenost, omenjeno pa se preliva s samim marketinškim komuniciranjem, natančneje z vplivom informacijskih virov na nakupno odločitev in odnosom do OTC oglaševanja<sup>14</sup>.

### **4.1 UČINEK KATEGORIJE PRODUKTA**

Z umeščanjem tipičnih izdelkov v vsak kvadrant matrike Vaughn (1980; 1986) implicitno dokaže vpliv izdelčnih kategorij ne le na procesiranje informacij temveč tudi na celoten odziv potrošnikov na marketinško komuniciranje. Ta vpliv na potrošnikovo vpletenost in njegovo mišljenje/čutenje v nakupni situaciji kot posledico značilnosti udeležene izdelčne kategorije poimenujem kot "učinek kategorije produkta".

Kategorijo OTC zdravil lahko v skladu z Nelsonovo (v Kim in King 2009, 7) delitvijo na izdelke iskanja ("*search products*"), izkustvene izdelke ("*experience products*") in izdelke zaupanja ("*credence products*") uvrstimo med izkustvene izdelke, saj potrošnik lahko oceni kvaliteto in značilnost zdravil brez recepta šele po opravljenem nakupu. Torej potrošnik ne ve, kakšne farmakološke učinke bo imelo določeno zdravilo, dokler ga ne poizkusi. Po drugi strani lahko vsak izdelek, tudi zdravila brez recepta, uvrstimo na dimenzijo mišljenje/čutenje, ki se v literaturi uporablja za pojasnjevanje kategorij motivov ali kot način procesiranja informacij. Ratchford (1987, 25) kategorijo mišljenje povezuje s potrebo po utilitarnih proizvodih ter kognitivnim procesiranjem informacij, medtem ko Rossiter in drugi (1991, 16) mišljenje zamenjajo z informativnimi motivi (odstranitev in izogib problema, nepopolno zadovoljstvo, mešani pristop izogiba in izčrpanost zalog). Bolj enovito je v literaturi opredeljena čustvena/transformacijska komponenta (Rossiter in drugi 1991), ki sestoji iz motivov nagrajevanja, družbenega sprejemanja ali pa je povezana z motivi ugodja čutil (Ratchford 1987, 26; Rossiter in drugi 1991, 16; Rossiter in drugi 2000). V tem diplomskem delu ohranjamo poimenovanje dimenzije mišljenje/čutenje, pri čemer v komponento mišljenje

---

<sup>14</sup> Z pojmom OTC oglaševanje se nanašam na celotno marketinško komuniciranje zdravil brez recepta in ne le na oglaševanje v ožjem smislu.

uvrščamo zdravila, kupljena predvsem zaradi informativnih motivov ter v komponento čutenje zdravila kupljena na podlagi transformacijskih motivov.

## **4.2 DEMOGRAFSKE IN ZDRAVSTVENE ZNAČILNOSTI CILJNE SKUPINE**

Razlike v demografskih in zdravstvenih značilnostih pri potrošnikih lahko močno vplivajo na njihov odziv na marketinško komuniciranje. Iz navedenega izhaja ključna kritika številnih modelov, med njimi tudi FCB matrike, češ da avtorji ne upoštevajo vpliva raznolikosti ciljnih skupin. Na učinkovitost komuniciranja naj bi med drugim lahko vplivala izkušnost/neizkušnost potrošnikov (Rossiter in drugi 1991, 14), starost in zdravstveno stanje (Baca in drugi 2005), spol in izobrazba (Menon in drugi 2004).

## **4.3 VPLETENOST CILJNE SKUPINE**

V literaturi je vpletenost kot pomemben osebni dejavnik v preučevanju učinkovitosti oglaševanja večinoma obravnavana s treh zornih kotov. Ločimo lahko med vpletenostjo v oglase, produktno kategorijo ali nakupni proces (Zaichkowsky 1985; Zaichkowsky 1986). Vaughn (1980, 29–30) jo opredeli kot kontinuum potrošnikovega zanimanja za izdelke in storitve. Visoka vpletenost je tako povezana z denarnimi stroški, podporo egu, družbenimi vrednotami, novostmi, višjim rizikom, večjo pozornostjo v odločitvenem procesu in večjo potrebo po informacijah oziroma z drugimi besedami v visoko vpletenem odločitvenem procesu potrošnik prehaja skozi stopnje razširjenega reševanja problemov – zavedanje ali prepoznavanje potrebe, iskanje informacij, ovrednotenje alternativ, nakupna odločitev in ponakupno vedenje (Engel in Blackwell 1982). Na drugi strani je za nizko vpletenost značilno manjše zanimanje potrošnikov za informacije in ovrednotenje alternativ, potrošniki v procesu nakupa nimajo občutka, da veliko tvegajo ali da je nakup zelo pomemben (Gore in drugi 1994).

Vpletenost v nakupni proces OTC zdravil<sup>15</sup>, na katero se bom v tej diplomski nalogi vseskozi nanašala, je ključnega pomena, saj oblikovana pod raznolikimi pogoji osebne primernosti lahko vpliva na to, v kakšni meri bodo potrošniki iskali informacije, kako jih bodo procesirali (Perri in Dickson 1988, 66) in kako dovtetni bodo za oglaševanje (Vaughn 1980, 30).

---

<sup>15</sup> Vpletenost v nakupni proces definiramo kot spremembo v vedenju, strategiji odločitve in končni izbiri, ki se pojavi takrat, ko potrošnik vidi nakupno situacijo kot osebno relevantno ali pomembno (Zaichkowsky 1986, 9) oziroma kot stopnjo osebne pomembnosti pripisane določenemu izdelku ali situaciji glede na vključeno tveganje v nakupni odločitvi (Reed in Ewing 2004, 94).

#### **4.4 MARKETINŠKO KOMUNICIRANJE OTC ZDRAVIL**

Pri nakupu OTC zdravil potrošnikove informacije izvirajo iz obstoječega znanja oziroma izkušenj (interni viri) ali iz ostalih eksternih virov: farmacevtov, osebne komunikacije, oglaševanja, embalaže, medijskih sporočil ipd. Poleg potrošnikov ki se večinoma zanašajo le na lastne izkušnje z zdravilom, so tudi taki, na katere ima večji vpliv marketinško komuniciranje. Slednjega lahko v farmacevtskem smislu opredelimo kot sporočila, ki jih marketinški strokovnjaki ustvarijo z namenom informiranja, prepričevanja ali celo zabavanja ciljnih javnosti, da bi tako vplivali na njihova stališča in v končni fazi tudi spodbudili želeno vedenje (Diehl in drugi 2008, 100). Primeri farmacevtskega marketinškega komuniciranja vključujejo TV, spletne in tiskane oglase, brošure proizvajalcev zdravil, zdravstvene revije, spletne strani kot tudi osebno prodajo farmacevtov in zastopnikov ter embalažo zdravila. Pri tem vsako orodje komuniciranja v kombinaciji z osebnostnimi značilnostmi potrošnika (vpletenost v nakup, motivacija, nakupna situacija ...) vpliva na odločitveni nakupni proces. Npr. farmacevti igrajo ključno vlogo pri potrošnikovi odločitvi na samem prodajnem mestu, medtem ko lahko na drugega kupca močno vpliva medosebna komunikacija z družino, med prijatelji, kolegi, ki priporočijo ali odsvetujejo nakup določenega OTC zdravila. Embalaža oziroma informacije dobavitelja lahko vplivajo na izbiro specifične blagovne znamke, oglaševanje zdravila pa na zavedanje o simptomih bolezni. V zadnjem času je opaziti tudi porast v spletnem oglaševanju OTC zdravil, ne le v klasičnem smislu, temveč tudi v obliki sponzoriranih spletnih strani ter dialoga z zdravstvenimi strokovnjaki (Paddison in Olsen 2008: 288–289). Potrošniki vsa ta sporočila v raznolikih medijih ovrednotijo, zaznane prednosti in slabosti farmacevtskega marketinškega komuniciranja pa se izrazijo v bolj ali manj negativnem odnosu do slednjega. Razumevanje tega odnosa je zelo pomembno, saj lahko neposredno vpliva na potrošnikovo odziv na sporočila in v končni fazi tudi na njihovo vedenje na trgu (nakup, zadovoljstvo, priporočila, ipd.). Po eni strani naj bi farmacevtsko marketinško komuniciranje bilo pomemben vir informacij povezanih z zdravjem, po drugi strani pa je cilj takega komuniciranja bolj kot informirati potrošnike, vplivati na njihove blagovne preference (Diehl in drugi 2008). Marketinško komuniciranje zdravil se tudi močno razlikuje od komuniciranja drugih izdelkov po samem namenu, saj potrošnik ne more kupiti zdravila brez sodelovanja z drugimi; najmanj farmacevtom, lahko tudi zdravnikom, zavarovalnico ipd. (Huh in Becker 2002).

## 5 TEORETSKI MODEL IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Osnovni namen diplomskega dela je poiskati učinkovit in primeren model za pojasnjevanje odziva različnih skupin ciljnih potrošnikov na marketinško komuniciranje OTC zdravil. FCB matrika in zgoraj opredeljeni temeljni koncepti tvorijo relevantno podstat mojemu teoretsko raziskovalnemu modelu (slika 5.1), prilagojenemu kategoriji zdravil brez recepta preverjenemu na osnovi štirih raziskovalnih vprašanj.

Dinamični farmacevtski trg in posledične spremembe<sup>16</sup> v nakupovanju zdravil brez recepta vplivajo na spremembe vpletenosti potrošnikov v samo izdelčno kategorijo in nakupni proces. Že opredelitev OTC zdravil kot zdravil brez recepta, »ki lahko pogosto začasno ublažijo enostavna neugodja in so zaznana kot dovolj varna, da jih lahko potrošniki kupijo na osnovi lastnega preudarka« (Barrett in drugi v Kim in King 2009, 5), implicira na njihovo uvrstitev v kategorijo nizke vpletenosti. Tu jih lahko uvrstimo tudi zaradi njihove nizke denarne vrednosti in pogostosti nakupa (Reisenwitz in Wimbish 1997, 51; Martin 1998; Handlin in drugi 2003; Paddison in Olsen 2008, 287). Kljub manjšemu finančnemu tveganju, ki ga prinese nakup zdravila, njegovi potencialni stranski učinki lahko povzročijo višji psihološki riziko in posledično višjo vpletenost potrošnikov v samo nakupno situacijo. Prav tako kategoriziranje OTC zdravil v področje nizke vpletenosti ne upošteva celotnega spektra čustev, ki jih njihova uporaba lahko povzroči. Razvoj OTC pozicioniranja od zdravila do z lahkoto dostopne blagovne znamke ter dejstvo, da vpletenost ni samo funkcija sporočila oz. izdelka, temveč je odvisna od vsakega posameznika posebej, zahteva njihovo ponovno umestitev na kontinuumu nizke/visoke vpletenosti (Paddison in Olsen 2008, 285; Menon in drugi 2004, 96). Po drugi strani lahko učinek kategorije OTC zdravil vpliva na posameznikovo procesiranje informacij oziroma na zaznavanje zdravil brez recepta kot izdelek, pri nakupu katerega se potrošniki odločajo predvsem na podlagi mišljenja, ali kot izdelek, kjer je za nakup odločilno čutenje. Vaughn (1986) ugotovi, da so lahko zdravila tudi bolj "čuten" izdelek, medtem ko jih Rossiter in drugi (1991) klasično uvrščajo med informativne oz. "misleče" izdelke. Na podlagi navedenega postavljam prvo raziskovalno vprašanje:

---

<sup>16</sup> Paddison in Olsen (2008) omenjata tri ključne spremembe: (1) Regulatorji in ponudniki v čedalje večji meri prerazporejajo stroške na kupce. (2) Visoka raznolikost ponudbe vpliva na intenziteto konkurence; OTC zdravila pa pomembno prispevajo k rasti farmacevtskega trga. (3) Potrošnikove koristi (npr. nižji stroški in priročnost) povečujejo koristnost samozdravljenja (glej Janoff 1999).



**R1:** *Kako odziv posameznih ciljnih javnosti na marketinško komuniciranje zdravil brez recepta variira glede na nakupno vpletenost in učinek kategorije OTC zdravil (misleči ali čuteči izdelek)?*

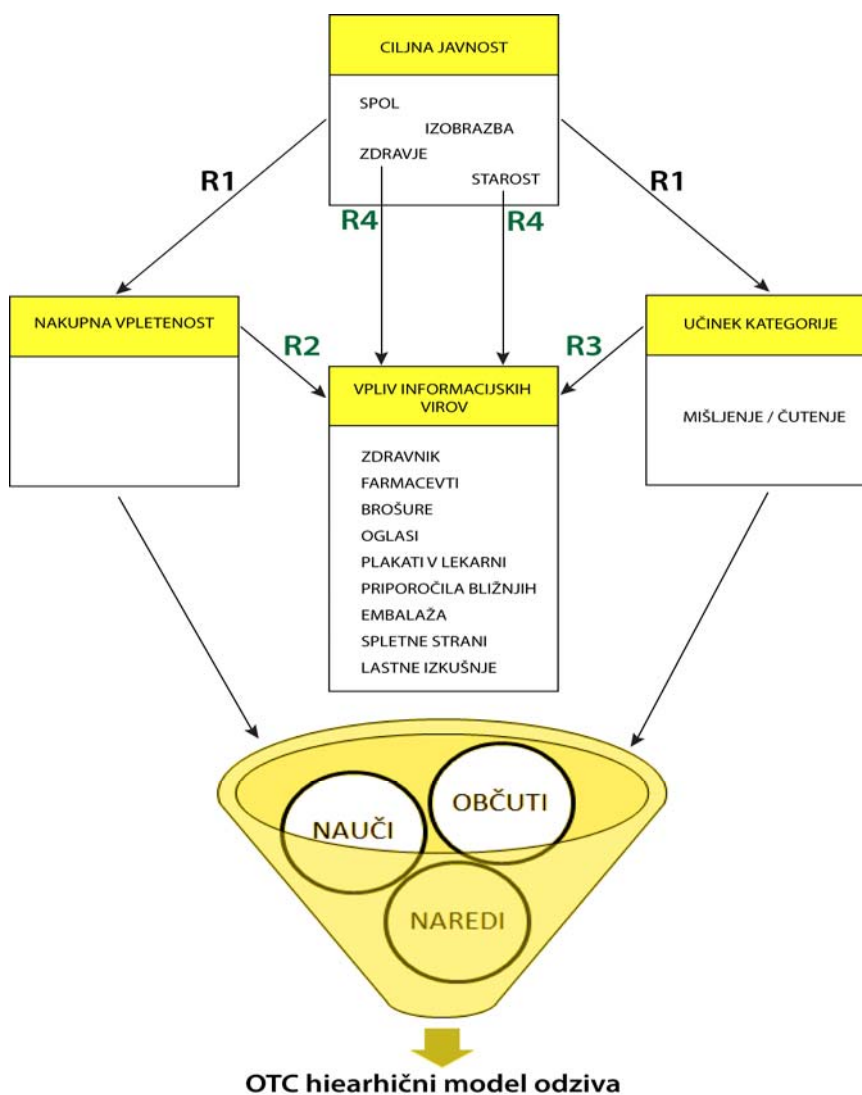
Vpletenost v nakupni proces pozitivno vpliva na količino iskanja in zaznano pomembnost zunanjih informacijskih virov v odločitvenem procesu (Beatty in Smith 1987; Lee in drugi 1999), pri čemer pod zunanje informacijske vire Kim in Kongova (2009) uvrstita vse, razen spomina. Ugotovitve raziskave (Gore in drugi 1994) kažejo, da čim večja je vpletenost, tem večja je verjetnost, da bodo potrošniki v nakupnem procesu iskali informacije pri zdravstvenih strokovnjakih in ne pri laičnih osebah. Po drugi strani je glede na Nelsonovo (v Kim in King 2009, 7) tipologijo proizvodov zdravilo brez recepta izkustveni izdelek. Zanj je značilno, da se potrošniki pri iskanju informacij v največji meri zanašajo na ustne govorice in oglaševanje. Zadnje je lahko pomemben informacijski vir o zdravilih, vendar ker lahko potrošnik oceni učinkovitost izdelka šele ko ga kupi, igrajo relevantno vlogo priporočila sorodnikov in prijateljev, ki so že poizkusili posamezno zdravilo. V primeru da se posamezniki pri odločanju zanašajo predvsem na čustvene apele, je najučinkovitejša metoda marketinškega komuniciranja osebna komunikacija (Paddison in Olsen 2008, 288). Creyer in drugi (2001) so tako dokazali, da na potrošnikovo odločitev za nakup OTC zdravila vplivajo predhodne osebne izkušnje, priporočila družine in prijateljev ter marketinške spodbude (npr. oglaševanje). Hughes (2002) in drugi dodajo še kot pomemben dejavnik vpliva embalažo zdravila, zdravstvene strokovnjake in internet. Poleg vpletenosti in bolj mislečega oziroma čutečega dožemanja zdravil, lahko na zaznano pomembnost informacijskih virov vplivajo tudi demografske, psihografske ter zdravstvene značilnosti ciljnih javnosti. Tako na primer je bilo ugotovljeno, da so potrošniki s slabim zdravstvenim stanjem bolj naklonjeni oglasom kot tisti, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro (Baca in drugi 2005, 382; Menon in drugi 2004, 104). Na podlagi napisanega zastavljam drugo, tretje in četrto raziskovalno vprašanje:

**R2:** *Kako vpletenost v nakup zdravil brez recepta vpliva na zaznano pomembnost informacijskih virov (mnenje zdravnika, farmacevta, sorodnika oziroma prijatelja, brošure, oglasi, plakati v lekarni, embalaža zdravila, zdravstvene spletne strani in predhodne izkušnje) pri odločanju za nakup OTC zdravila?*

**R3:** *Kako prevladujoče nanašanje na OTC zdravila kot misleč oziroma čuteč izdelek vpliva na zaznano pomembnost informacijskih virov (mnenje zdravnika, farmacevta, sorodnika oziroma prijatelja, brošure, oglasi, plakati v lekarni, embalaža zdravila, zdravstvene spletne strani in predhodne izkušnje) pri odločanju za nakup OTC zdravila?*

**R4:** *Kako vpliva zdravstveno stanje in starost anketiranih na zaznano pomembnost informacijskih virov (mnenje zdravnika, farmacevta, sorodnika oziroma prijatelja, brošure, oglasi, plakati v lekarni, embalaža zdravila, zdravstvene spletne strani in predhodne izkušnje) pri odločanju za nakup OTC zdravila?*

Slika 5.1: **Teoretsko raziskovalni model**



## 6 METODOLOGIJA IN IZVEDBE EMPIRIČNE RAZISKAVE

Empirično preverjanje zastavljenega teoretskega modela je zasnovano na anketnem vprašalniku, namenjenem članom splošne ciljne javnosti, ki so v zadnjem letu najmanj enkrat bili udeleženi v nakup zdravil brez recepta. Priložnostni, neverjetnostni vzorec (N= 556), sicer ne omogoča posploševanja rezultatov na celotno populacijo, kar pa tudi ni namen te empirične raziskave. Podatki so analizirani s pomočjo programa SPSS 17.0.

### 6.1 RAZISKOVALNI INŠTRUMENT, OPERACIONALIZACIJA SPREMENLJIVK IN ZANESLJIVOST MERSKIH LESTVIC

Ugotovitve v diplomski nalogi temeljijo na podatkih zbranih s spletnim nestrukturiranim anketnim vprašalnikom zaprtega tipa, delno podprtim tudi z osebnim anketiranjem. Vprašalnik sem najprej testno preizkusila na vzorcu 15-ih oseb (glej opombe o pilotski študiji, ki so dodane med opisi vprašanj), odpravila pomanjkljivosti in pričela z zbiranjem podatkov (od 29. 4. 2009 do 5. 5. 2009). Glede na izbrano populacijo (širša splošna javnost), sem osebno anketirala 45 ljudi starejših od 50 let, saj sem predvidevala, da to starostno skupino ne bo mogoče učinkovito zajeti v vzorec s spletnim anketiranjem. Na anketni vprašalnik distribuiran preko spleta mi je odgovorilo 511 članov izbrane populacije, kar pomeni, da je bilo v vzorec vse skupaj vključenih 556 respondentov.

Vprašalnik je sestavljen iz osmih vprašanj, pri čemer so zadnja štiri demografska. Prvo vprašanje, povzeto po avtorjih FCB matrike (Vaughn 1986; Ratchford 1987), spremenjeno iz semantičnega diferenciala v Likertovo petstopenjsko lestvico in prilagojeno kategoriji OTC zdravil, je namenjeno merjenju treh že operacionaliziranih spremenljivk, s pomočjo katerih sem zdravila brez recepta umestila v FCB matriko.

1. *Vpletenost v nakupno odločitev* so merile trditve:

Nakup zdravila brez recepta je **zelo pomembna** odločitev.

**Veliko lahko izgubim**, če izberem napačno zdravilo brez recepta.

Odločitev za nakup zdravila brez recepta od mene zahteva **veliko premisleka**.

Merska lestvica je v sprejemljivi meri zanesljiva, saj Cronbach's Alpha z vsemi tremi vključenimi indikatorji znaša 0,782.

2. *Dimenzijo mišljenje* so merile trditve:

Preden kupim zdravilo brez recepta želim **dobiti** o njem kar se da **največ informacij**.

Odločitev za zdravilo brez recepta **je logična/objektivna**.

Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem **temelji na informaciji o učinkovitosti zdravila.**<sup>17</sup>

Merska lestvica nakazuje zmerno notranjo konsistentnost, saj Cronbach's Alpha znaša 0,677.

### 3. Dimenzijo čutenje so merile trditve:

Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem **temelji na občutkih.**

Odločitev za zdravilo brez recepta **izraža mojo osebnost.**

Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem **temelji na izgledu, otipu, okusu ali vonju.**

Zgoraj navedeni indikatorji tvorijo zmerno zanesljivo mersko lestvico, kar nakazuje rezultat koeficienta Cronbach's alfe v višini 0,603.

Odnos potrošnikov do marketinškega komuniciranja zdravil brez recepta in znan namen slednjega meri drugo vprašanje. Respondenti so na lestvici od 1 (popolnoma se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) izražali strinjanje s trditvami, operacionaliziranimi za odnos do oglaševanja zdravil (Diehl in Mueller 2008):

V splošnem se mi zdi oglaševanje zdravil brez recepta **dobra stvar.**

V splošnem sem oglaševanju zdravil brez recepta **naklonjen/-a.**

V splošnem **mi je všeč** oglaševanje zdravil brez recepta.

Merska lestvica spremenljivke odnos do oglaševanja zdravil je z odličnim Cronbach's alfo koeficientom 0,909 visoko zanesljiva.

Tem indikatorjem sem dodala še tri lastne, namenjene ugotavljanju kako anketirani zaznavajo namen marketinškega komuniciranja zdravil.

Oglaševanje zdravil brez recepta me predvsem **obvešča/informira** o zdravilih, njihovih stranskih učinkih, uporabi, ipd.

Ko kupim določeno zdravilo in nato vidim oglaševanje zanj, me to **navdahne z občutkom, da sem se pravilno odločil/-a.**

Oglaševanje zdravil me **spodbuja k nakupu zdravil**, ki jih sploh **ne potrebujem.**

Poleg klasičnih navodil je v drugem vprašanju dodana tudi opomba, naj se respondenti pri odgovarjanju nanašajo na pojem oglaševanje zdravil<sup>18</sup> v najširšem smislu, torej upoštevajo naj komuniciranje v vseh medijih, osebno prodajo farmacevtov, spletne

<sup>17</sup> Trditev je dodana in ni del originalne Vaughnove (1986) in Ratchfordove (1987) operacionalizirane spremenljivke dimenzije mišljenja.

<sup>18</sup> Prvotni vprašalnik se je nanašal na pojem marketinško komuniciranje zdravil, za katerega sem v pilotski študiji ugotovila, da je preveč strokoven in nejasen anketiranim. Zato ga je v končnem vprašalniku zamenjal pojem oglaševanje zdravil.

strani povezane z zdravjem ipd. S tem sem želela izločiti pogosto kritiko hierarhije učinkov o izoliranem preučevanju odziva potrošnikov zgolj na oglaševanje (Weilbacher 2001).

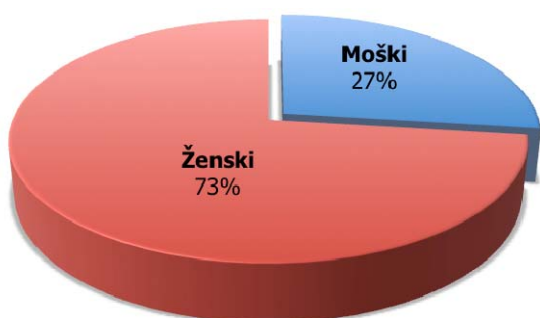
Četrto vprašanje, kjer so anketirani na Likertovi lestvici od 1 do 5 ocenjevali, kako močno posamezen vir informacij (zdravnik, farmacevt, brošure, oglasi, priporočila prijateljev, embalaža zdravila, spletne strani, lastne predhodne izkušnje) vpliva na njihovo nakupno odločitev zdravil, je bilo oblikovano s pomočjo lestvic Reisenwitza (1997) ter Kim in Kingove (2009).

Zadnji sklop vprašanj je vključeval osnovne demografske spremenljivke anketiranih: starost, spol, dokončano izobrazbo z dodanima spremenljivkama o oceni lastnega zdravja (na lestvici od 1 – odlično do 5 – slabo) ter povprečnem mesečnem znesku za nakup zdravil brez recepta.

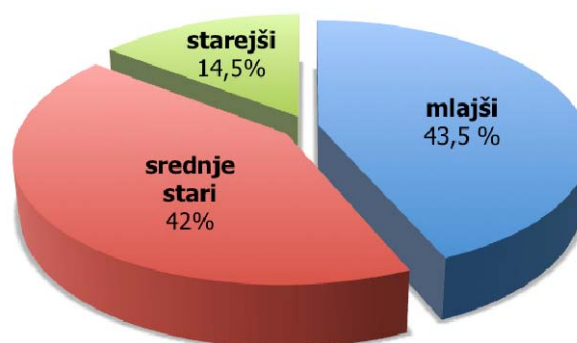
## 6.2 ZNAČILNOSTI VZORCA

V raziskavi je sodelovalo 556 članov širše splošne javnosti, ki so v zadnjem letu vsaj enkrat bili udeleženi pri nakupu zdravila brez recepta. Spolna struktura vzorca je relativno neuravnotežena, saj je med anketiranimi 73 % žensk in 27 % moških (graf 6.1). Glede na starost sem anketirane razdelila v tri skupine, pri čemer jih 43,5 % spada v prvi starostni razred (12–29 let) poimenovan z besedo mlajši, 42 % v drugo skupino (30–55 let) t. i. srednje starih in 14,5 % anketiranih lahko uvrstimo med t.i. starejše (56–85 let) anketirane (graf 6.2). Povprečna starost anketirancev je 32 let.

Graf 6.1: **Struktura anketirancev po spolu**



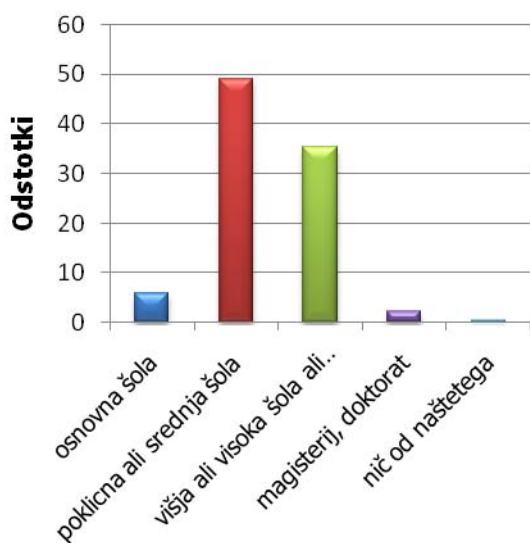
Graf 6.2: **Starostna struktura anketirancev**



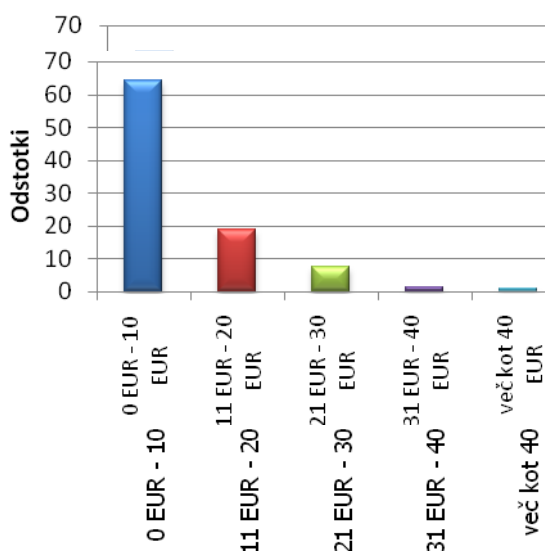
Po izobrazbeni strukturi ima skoraj polovica anketiranih (49,1 %) dokončano poklicno ali srednjo šolo, približno ena tretjina (35,4 %) pa dokončano višjo, visoko šolo ali univerzitetni študij. Najmanj anketiranih ima opravljen magisterij ali doktorat (2,3 %)

(graf 6.3). Več kot polovica udeležencev raziskave (64,2 %) v enem mesecu za zdravila brez recepta povprečno zapravi največ do 10 EUR, približno ena petina anketiranih (18,9 %) od 11 EUR do 20 EUR, manj kot ena desetina (7,7 %) pa od 21 EUR do 30 EUR. Skoraj zanemarljiv odstotek (0,9 %) je v preteklem mesecu za OTC zdravila plačalo več kot 40 EUR (graf 6.4). Anketirani so v povprečju svoje zdravje ocenili kot zelo dobro (aritmetična sredina znaša 3,69).

Graf 6.3: **Izobrazbena struktura anketirancev**



Graf 6.4: **Povprečni znesek za zdravila brez recepta**



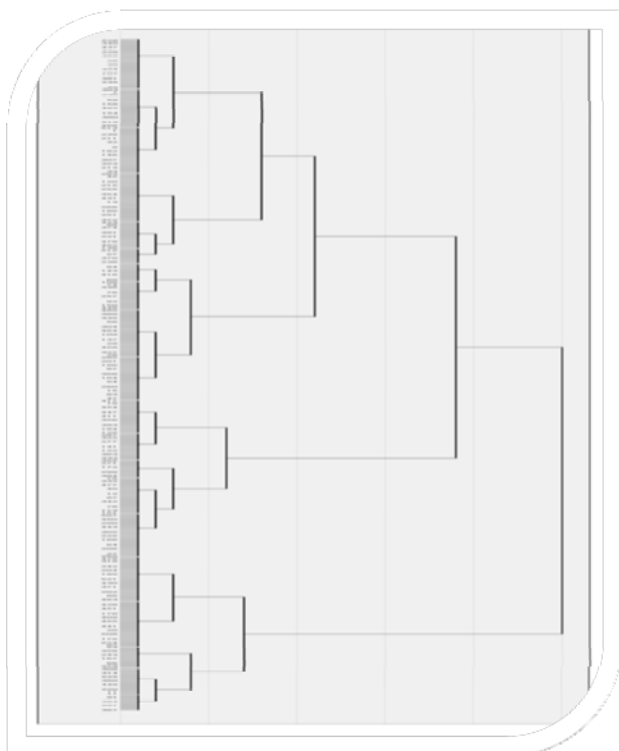
## 7 PREDSTAVITEV REZULTATOV EMPIRIČNE PREVERBE TEORETSKEGA MODELA

Empirično preverjanje postavljenega teoretskega modela (slika 5.1) sestoji iz dveh delov. Najprej kot odgovor na raziskovalno vprašanje (R1) predstavim ugotovitve segmentiranja vzorca anketiranih glede na spremenljivki nakupna vpletenost in mišljenje/čutenje (po zgledu FCB matrike). Sledijo rezultati regresijskih analiz namenjeni pojasnjevanju drugega, tretjega in četrtega raziskovalnega vprašanja. V tem poglavju so pri predstavitvi rezultatov predstavljene le ključne tabele in grafi, ostale tabele so uvrščene v prilogo C.

### 7.1 SEGMENTIRANO UMEŠČANJE OTC ZDRAVIL V FCB MATRIKO

Izhajajoč iz teoretske zasnove FCB matrike sem vse anketirane glede na operacionalizirani spremenljivki vpletenost v nakup in mišljenje/čutenje razvrstila v skupine tako, da so si enote znotraj skupin po vrednostih spremenljivk čim bolj podobne, skupine med sabo pa čim bolj različne. Pri hierarhičnem razvrščanju v skupine sem uporabilo evklidsko razdaljo kot mero različnosti, združevanje v skupine pa je potekalo po Wardovi metodi. Na osnovi pregleda dendrograma (slika 7.1) in

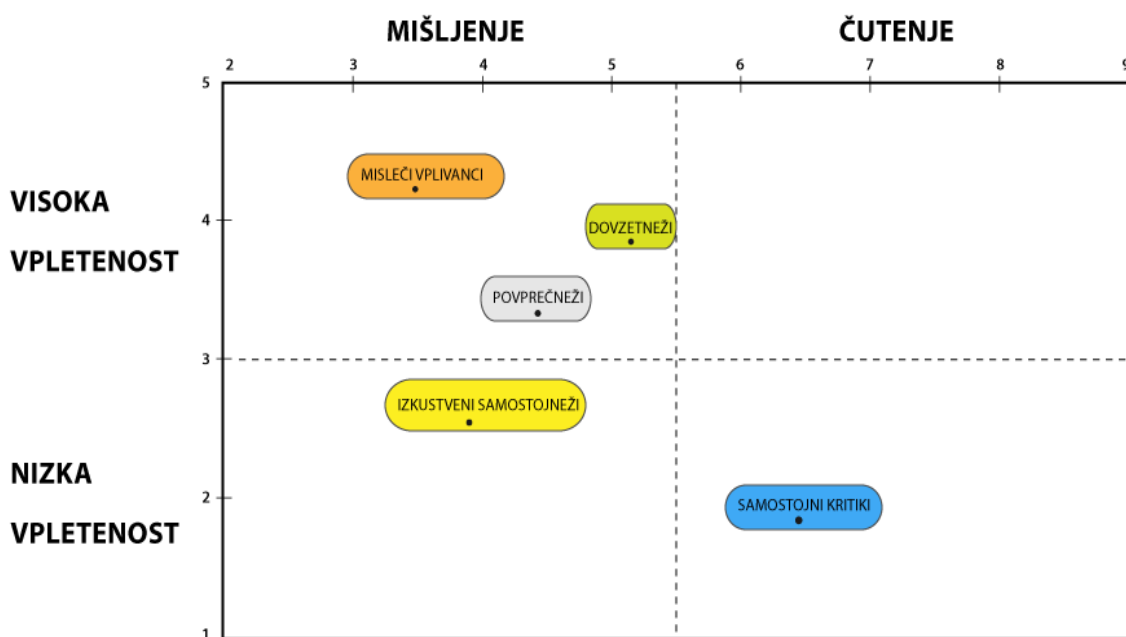
Slika 7.1: **Dendrogram**



primerjave povprečnih vrednosti izbranih dveh spremenljivk se je kot najprimernejša izkazala razvrstitev v štiri skupine in ne v tri ali sedem, saj je razdelitev v štiri skupine v najvišji meri zadovoljila kriterijema homogenosti znotraj skupin in raznolikosti navzven, hkrati pa je razvrščanje v segmente potekalo zgolj na osnovi dveh spremenljivk, pri čemer večje število segmentov ne bi doprineslo k uporabnosti moje raziskave. Tako je v prvo skupino uvrščenih 166, v drugo 148, v tretjo 57 in v četrto 157 anketiranih (glej prilogo C).

Na podlagi aritmetičnih sredin vrednosti operacionaliziranih spremenljivk vpletenost v nakup zdravil brez recepta in mišljenje/čutenje (priloga C) lahko odziv na marketinško komuniciranje OTC zdravil v skladu s štirimi segmenti umestimo na štiri različna mesta (slika 7.2). Pri tem sta stranici matrice označeni z absolutnimi naravnimi zgornjimi in spodnjimi mejami<sup>19</sup> merskih lestvic v vprašalniku, črti znotraj matrice pa predstavljata sredini teh dveh razponov.

Slika 7.2: **Umestitev ciljnih skupin v FCB matriko**



### 7.1.1 OPIS CILJNIH SKUPIN PO IZBRANIH OSNOVNIH IN DODATNIH SPREMENLJIVKAH

Skupine uvrščene v prilagojeno FCB matriko (slika 7.2) je potrebno za natančnejše pozicioniranje OTC zdravil in profiliranje ciljnih skupin opisati še po njihovem odnosu do oglaševanja zdravil, vplivu informacijskih virov na nakupno odločitev, demografskih ter zdravstvenih značilnostih. V tabeli 7.1 so skupna povprečja odgovorov na posamezno trditev primerjana s povprečji iste trditve znotraj posameznih skupin ter odstopanja označena z -, + in O znaki, pri čemer je odstopanje v pozitivno smer do 0,30 označeno z +, do 0,50 z ++, do 0,70 z +++ in nad 0,70 z +++, odstopanje v negativno smer pa do 0,30 z -, do 0,50 z --, do 0,70 z --- in nad 0,70 z ----. Odstopanja manjša od 0,05 so označena z O (povprečno).

<sup>19</sup> Stranica mišljenje/čutenje je zarisana glede na najnižjo in najvišjo vrednost po Ratchfordovi (1987, 30) enačbi: (komponenta čutenje – komponenta mišljenje) + 6.



Pri opisu skupin s pomočjo neodvisnih spremenljivk sem upoštevala le zdravstveno stanje, spol in starost anketiranih, saj se zgolj tu na podlagi vrednosti signifikance (manjše od 0,05) nakazuje povezanost med posamezno spremenljivko in ločitvijo na štiri izbrane segmente. Kljub temu posploševanje na populacijo zaradi nereprezentativnosti vzorca ni primerno. Pregled skupin po neodvisnih spremenljivkah je prikazan v Prilogi C.

Tabela 7.1: **Aritmetične sredine izbranih spremenljivk po posameznih skupinah**

	<b>Misleči vplivanci</b>	<b>Izkustveni samostojneži</b>	<b>Samosvoji kritiki</b>	<b>Dovzetneži</b>	<b>skupaj</b>
Odnos do oglaševanja	<b>0</b> 3,20	<b>+</b> 3,39	<b>--</b> 2,81	<b>0</b> 3,24	3,23
Oglaševanje zdravil brez recepta me predvsem obvešča/informira o zdravilih, njihovih stranskih učinkih, uporabi, ipd.	<b>+</b> 3,43	<b>+</b> 3,35	<b>---</b> 2,72	<b>-</b> 3,23	3,28
Ko kupim določeno zdravilo in nato vidim oglaševanje zanj, me to navdahne z občutkom, da sem se pravilno odločil.	<b>-</b> 2,47	<b>-</b> 2,47	<b>0</b> 2,60	<b>++</b> 2,95	2,62
Oglaševanje zdravil me spodbuja k nakupu zdravil, ki jih sploh ne potrebujem.	<b>-</b> 1,64	<b>--</b> 1,52	<b>++++</b> 2,56	<b>+</b> 2,03	1,81
Mnenje zdravnika	<b>+</b> 4,34	<b>0</b> 4,15	<b>----</b> 3,41	<b>+</b> 4,22	4,16
Mnenje farmacevta v lekarni	<b>+</b> 4,28	<b>-</b> 4,07	<b>---</b> 3,61	<b>0</b> 4,16	4,12
Brošure farmacevtskih podjetij	<b>+</b> 3,35	<b>-</b> 2,85	<b>---</b> 2,61	<b>+</b> 3,18	3,09
Oglasi (TV, radijski, tiskani, spletni)	<b>0</b> 2,67	<b>-</b> 2,55	<b>-</b> 2,60	<b>+</b> 2,80	2,67
Plakati, stojala, letaki v lekarni	<b>0</b> 2,65	<b>-</b> 2,50	<b>+</b> 2,69	<b>+</b> 2,75	2,64
Priporočila, mnenja sorodnikov in prijateljev	<b>0</b> 3,64	<b>+</b> 3,78	<b>-</b> 3,55	<b>0</b> 3,68	3,68
Informacije na embalaži zdravila	<b>+</b> 3,67	<b>-</b> 3,45	<b>---</b> 3,02	<b>+</b> 3,61	3,53
Spletne strani povezane z zdravjem	<b>+</b> 3,39	<b>-</b> 2,89	<b>-</b> 2,90	<b>+</b> 3,20	3,14
Lastne predhodne izkušnje z zdravilom	<b>+</b> 4,70	<b>0</b> 4,57	<b>-</b> 4,31	<b>-</b> 4,48	4,56
Število anketiranih	<b>166</b>	<b>148</b>	<b>57</b>	<b>157</b>	<b>528</b>

## **1. SKUPINA (MISLEČI VPLIVANCI)**

---

Oglaševanje zdravil brez recepta člane te skupine večinoma obvešča/informira o zdravilih, njihovih stranskih učinkih in uporabi. Ko kupijo določeno zdravilo in nato vidijo oglaševanje zanj, jih to manj navdahne z občutkom, da so se pravilno odločili, kot druge skupine. Oglaševanje zdravil jih pretežno ne spodbuja k nakupu zdravil, ki jih ne potrebujejo. Mnenje zdravnika, farmacevta, priporočila sorodnikov in prijateljev ter informacije na embalaži zdravila večinoma nadpovprečno vplivajo na odločitev za nakup zdravila, nadpovprečno deloma vplivajo, deloma ne brošure farmacevtskih podjetij in spletne strani povezane z zdravjem. Na njihovo nakupno odločitev zelo močno vplivajo lastne predhodne izkušnje z zdravilom. Ker so člani te skupine ocenili, da naštetih viri informacij bolj ali manj vplivajo na njihovo nakupno odločitev ter oglaševanju pripisujejo večinoma informativno vlogo, jih poimenujem kot Misleči vplivanci.

Skupino sestavljajo večinoma ženske (86 %), ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot zelo dobro (3,66). Skoraj polovica članov skupine (46,6 %) je starih od 30 do 55 let, malo več kot tretjina (34,8 %) je mlajših od 30 let, najmanj (18,6 %) pa je starejših (56–85 let).

## **2. SKUPINA (IZKUSTVENI SAMOSTOJNEŽI)**

---

Oglaševanju zdravil brez recepta so bolj naklonjeni kot ostale skupine. Čeprav jih oglaševanje deloma obvešča o zdravilih, njihovih stranskih učinkih in uporabi podpovprečno menijo, da jih to po nakupu navdahne z občutkom o pravilni odločitvi. Popolnoma se ne strinjajo, da bi jih oglaševanje zdravil spodbujalo k nepotrebnim nakupom slednjih. Podpovprečno, a še vedno večinoma na njihovo nakupno odločitev vpliva mnenje farmacevta, medtem ko nadpovprečno večinoma vplivajo priporočila prijateljev in sorodnikov. Brošure, oglasi, plakati, informacije na embalaži in zdravstvene spletne strani manj kot pri drugih skupinah vplivajo na odločitev za nakup zdravila brez recepta. Zaradi pomembnosti vpliva lastnih ali izkušenj bližnjih ter zavračanju kakršnega koli vpliva oglaševanja so člani drugega segmenta poimenovani kot Izkustveni samostojneži.

V skupini so večinoma ženske (78,6 %) z zelo dobrim zdravstvenim stanjem (3,71). Več kot polovica (51,1 %) je mlajših (12–29 let), približno 38 % je v segmentu srednje starih, najmanj (10,6 %) pa starejših od 56 let.

### **3. SKUPINA (SAMOSVOJI KRITIKI)**

---

Člani te skupine so oglaševanju zdravil brez recepta manj naklonjeni, prav tako podpovprečno menijo, da jih oglaševanje informira o zdravilih, njihovih stranskih učinkih ali uporabi. Nadpovprečno se strinjajo, da jih oglaševanje spodbuja k nakupu zdravil, ki jih sploh ne potrebujejo. Mnenju zdravnika, farmacevta, brošuram, oglasom, priporočilom prijateljev in sorodnikov, embalaži, zdravstvenim spletnim stranem in lastni izkušnji pripisujejo manjši vpliv na nakupno odločitev kot člani drugih skupin. Nadpovprečno pa na njihovo odločitev vplivajo plakati, stojala in letaki v lekarni. Zaradi raznolike zaznane pomembnosti posameznih informacijskih virov ter nenaklonjenega odnosa do oglaševanja so anketirani uvrščeni v tretji segment poimenovani kot Samosvoji kritiki.

Skupino sestavljajo večinoma ženske (67,3 %), čeprav je v primerjavi z ostali skupinami tu največ moških (32,7 %). Približno enak odstotek (okoli 40 %) predstavljajo mlajši in srednje stari, medtem ko je v primerjavi z drugimi segmenti tu največ starejših (21,3 %).

### **4. SKUPINA (DOVZETNEŽI)**

---

Anketirani, ki jih lahko uvrstimo v četrto skupino, podpovprečno menijo, da jih oglaševanje obvešča o zdravilih, medtem ko se bolj kot ostale skupine strinjajo, da oglaševanje podpira njihovo nakupno odločitev in jih spodbuja k nepotrebni nakupu zdravil. Zanje je značilno, da za večino orodij komuniciranja (zdravniki, brošure, oglasi, plakati, embalaža, spletne strani) menijo, da nadpovprečno vplivajo na njihovo nakupno odločitev, medtem ko v manjši meri kot ostale skupine pripisujejo pomen predhodnim izkušnjam z zdravilom. Relativno gledano so večinoma dovzetni za vpliv vseh informacijskih virov, zato jih poimenujem Dovzetneži.

V skupini so večinoma ženske (77,9 %). Najmočneje sta zastopani starostni kategoriji mlajših (47,7 %) in srednje starih (40,3 %), najmanj pa je starejših (12,1 %). Anketirani so v povprečju svoje zdravstveno stanje ocenili kot zelo dobro (ocena 3,70).

#### **7.2 REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV NA INFORMACIJSKE VIRE**

Kot odgovor na drugo, tretje in četrto raziskovalno vprašanje sem opravila enajst regresijskih analiz po metodi "enter" pri čemer so neodvisne spremenljivke vedno bile vpletenost v nakup, mišljenje/čutenje, starost in zdravstveno stanje. Odvisno spremenljivko so predstavljali posamezni informacijski viri oziroma njihova moč

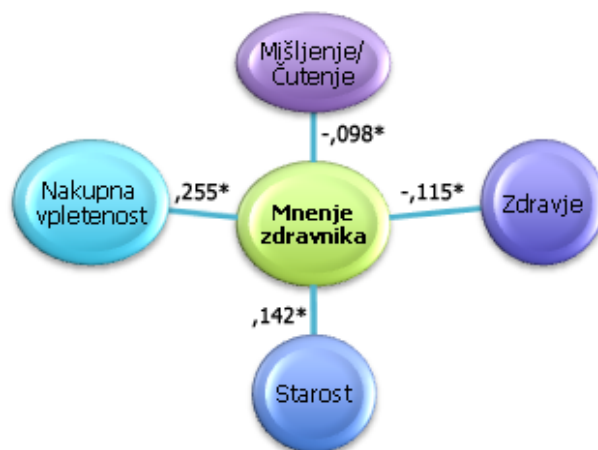
vplivanja na odločitev za nakup zdravila brez recepta. Vključene so bile naslednje spremenljivke: mnenje zdravnika, farmacevta v lekarni, brošure, oglasi, plakati v lekarni, priporočila sorodnikov in prijateljev, informacije na embalaži zdravila, spletne strani povezane z zdravjem in lastne predhodne izkušnje. V tem delu so predstavljene le ključne ugotovitve. Vse tabele povzetkov modela, statističnih značilnosti in stopenj značilnosti so uvrščene v priloge od D do M. Prav tako so predstavljeni le modeli, ki so zadostili pogoju uspešnosti; torej posamezna vrednost standardnega odklona je nižja od standardnega odklona posamezne odvisne spremenljivke, pogoju statistične značilnosti; torej zavrnjena je ničelna hipoteza, da je populacijska vrednost multiplega korelacijskega koeficienta (R) enaka nič ter pogoju čim nižje multikolinearnosti.

### 7.2.1 VPLIVANJE MNENJA ZDRAVNIKA NA NAKUPNO ODLOČITEV

Regresijski model (v prilogi E) kaže, da lahko 12,2 % variabilnosti odvisne spremenljivke zaznanega vpliva mnenja zdravnika pripišemo razlikam v nakupni vpletenosti, nanašanju na zdravila kot misleči/čuteči izdelek, starosti in zdravstvenem stanju. Vse našteje spremenljivke statistično značilno (pri signifikanci manjši od 0,05) vplivajo na zaznano pomembnost vpliva mnenja zdravnika na samo nakupno odločitev (slika 7.3).

Slika 7.3: **Značilnosti vpliva mnenja zdravnika – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

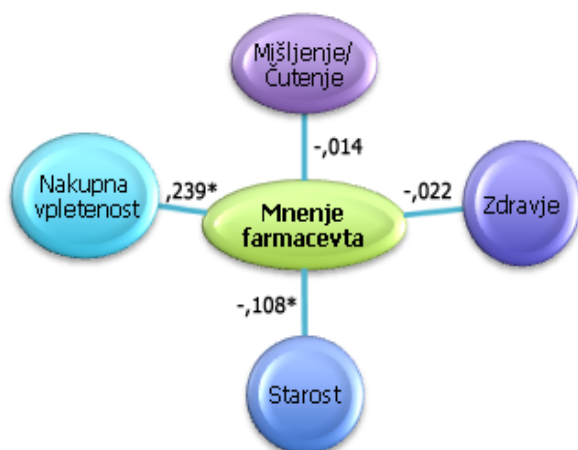


### 7.2.2 VPLIVANJE MNENJA FARMACEVTA NA NAKUPNO ODLOČITEV

Približno 6,7 % variabilnosti zaznanega pomena vpliva mnenja farmacevta na nakupno odločitev lahko pojasnimo z razlikami v nakupni vpletenosti, mišljenju/čutenju zdravil, starosti in zdravstvenem stanju. Statistično značilno vplivata le spremenljivki vpletenost in starost (priloga F in slika 7.4).

Slika 7.4: **Značilnosti vpliva mnenja farmacevta – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

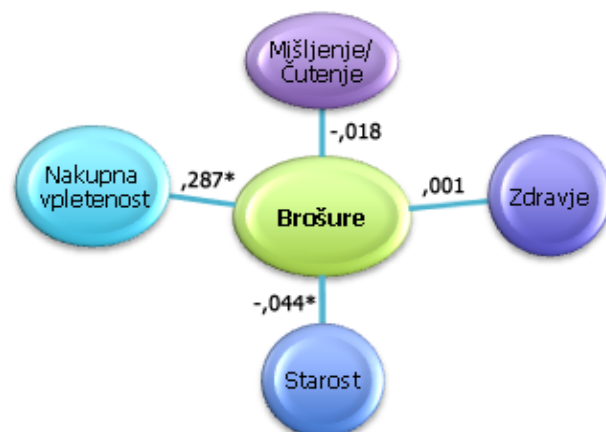


### 7.2.3 VPLIVANJE BROŠUR FARMACEVTSKIH PODJETIJ

Približno 8,5 % odvisne spremenljivke (zazan pomen vpliva brošur farmacevtskih podjetij) lahko pojasnimo z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami (nakupna vpletenost, mišljenje/čutenje, starost, zdravje); 91,5 % variance ostane nepojasnjene. Na zaznan pomen vplivanja brošur na nakupno odločitev zdravil statistično značilno vplivata vpletenost v nakup in starost. Mišljene/čutenje ter zdravje zaradi znatno višje signifikance od 0,05 ne prispevata veliko k modelu (priloga G in slika 7.5).

Slika 7.5: **Značilnosti vpliva brošur farmacevtskih podjetij – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

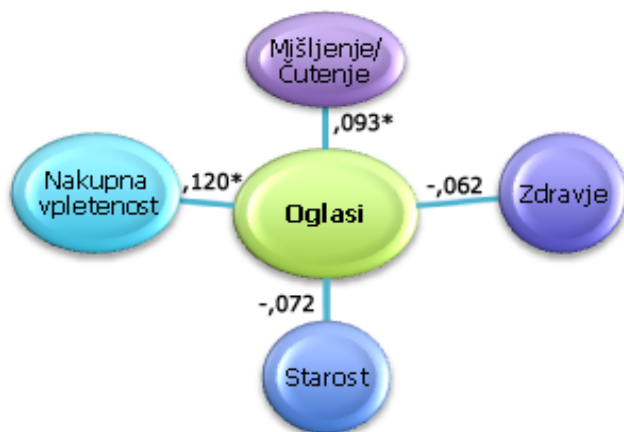


### 7.2.4 VPLIVANJE OGLASOV

Le 2,3 % variance zaznanega pomena vplivanja oglasov na odločitev za nakup zdravila brez recepta lahko pojasnimo z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami. Pri tem obstaja statistično značilna linearna povezava med mišljenjem/čutenjem, vpletenostjo v nakup in poročanem vplivu oglasov na sprejete nakupne odločitve (priloga H in slika 7.6).

Slika 7.6: **Značilnosti vpliva oglasov – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

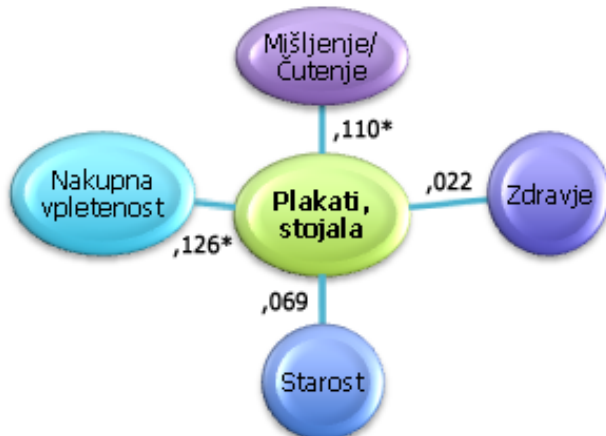


### 7.2.5 VPLIVANJE PLAKATOV, STOJAL, LETAKOV V LEKARNI

Vpletenost v nakup zdravil brez recepta, mišljenje/čutenje zdravil, starost in zdravstveno stanje pojasnijo le 2,6 % variabilnosti zaznanega vpliva plakatov, stojal, letakov v lekarni na posameznikovo nakupno odločitev. Pri tem lahko o statistično značilnem vplivu govorimo le pri spremenljivki mišljenje/čutenje ter vpletenosti, ostali dve pa ne prispevata veliko k modelu (Priloga I in slika 7.7).

Slika 7.7: **Značilnosti vpliva plakatov, stojal v lekarni – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

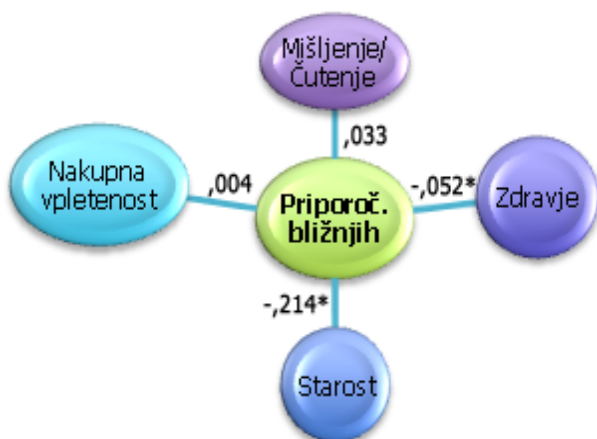


### 7.2.6 VPLIVANJE PRIPOROČIL, MNENJ SORODNIKOV IN PRIJATELJEV

Zgolj 4,3 % variabilnosti odvisne spremenljivke, natančneje vpliva priporočil bližnjih na posameznikovo nakupno odločitev, lahko pripišemo razlikam v vpletenosti, mišljenju/čutenju zdravil, starosti in zdravstvenemu stanju. Pri tem sta statistično značilna le vpliva starosti in zdravstvenega stanja (priloga J in slika 7.8).

Slika 7.8: **Značilnosti vpliva priporočil bližnjih – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

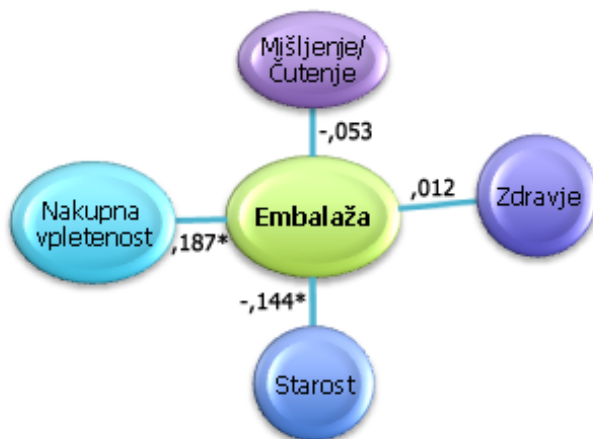


### 7.2.7 VPLIVANJE INFORMACIJ NA EMBALAŽI ZDRAVIL

Neodvisne spremenljivke (vpletenost, mišljenje/čutenje, starost, zdravstveno stanje) pojasnijo le 6 % variance odvisne spremenljivke. 94 % variance zaznanega vpliva informacij na embalaži zdravil na posamezno nakupno odločitev ostane nepojasnjene, pri čemer imata statistično značilen vpliv zgolj vpletenost v nakup in starost (Priloga K in slika 7.9).

Slika 7.9: **Značilnosti vpliva informacij na embalaži zdravila – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

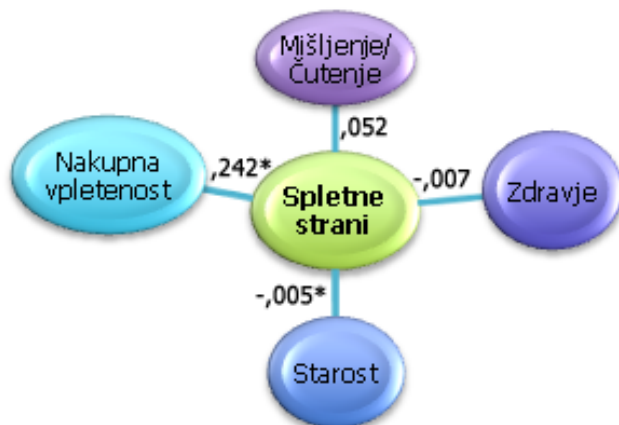


### 7.2.8 VPLIVANJE SPLETNIH STRANI POVEZANIH Z ZDRAVJEM

Približno 5,5 % odvisne spremenljivke (zazan vpliv zdravstvenih spletnih strani na odločitev za nakup zdravila) lahko pojasnimo z vpletenostjo v nakup, mišljenjem/čutenjem, starostjo in zdravstvenim stanjem. Pri tem statistično značilno na odvisno spremenljivko vplivata le vpletenost in starost (Priloga L in slika 7.10).

Slika 7.10: **Značilnosti vpliva zdravstvenih spletnih strani – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05

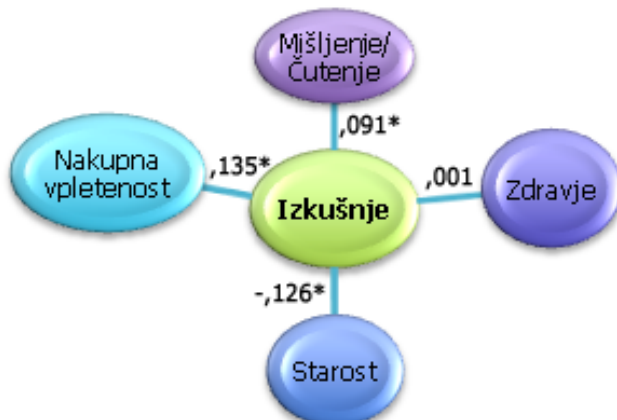


### 7.2.9 VPLIVANJE LASTNIH PREDHODNIH IZKUŠENJ Z ZDRAVILOM

Približno 4,5 % variabilnosti odvisne spremenljivke (zazan vpliv lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom na odločitev za nakup zdravila) lahko pripišemo razlikam v nakupni vpletenosti, mišljenju/čutenju zdravil, starosti in zdravstvenemu stanju. Ničelno hipotezo, da je v populaciji vrednost koeficienta 0, lahko zavrnem pri spremenljivkah mišljenje/čutenje, vpletenost v nakup in starost. Pri zdravstvenem stanju je signifikanca koeficientov znatno višja od 0,05. To pomeni, da ne prispeva veliko k modelu (Priloga M in slika 7.11).

Slika 7.11: **Značilnosti vpliva lastnih izkušenj – standardizirani koeficienti**

\* statistična značilnost ob 0,05





## 8 PREDSTAVITEV UGOTOVITEV Z DISKUSIJO

Vaughn (1986, 60–61) je dokazal, da lahko potrošniki različne blagovne znamke znotraj iste kategorije zaznavajo različno. Moja raziskava kaže, da se potrošniki med sabo lahko razlikujejo tudi v percepciji same kategorije. Tako so lahko v nakup zdravil brez recepta bolj ali manj vpleteni oziroma se nanašajo na OTC zdravila na bolj kot "misleče" ali bolj kot "čuteče" izdelke. Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, kako odziv posameznih ciljnih javnosti na marketinško komuniciranje variira glede na nakupno vpletenost in učinek kategorije OTC zdravil, poda segmentacija anketiranih, ki vsaj delno pojasni neenakosti v nanašanju akademikov in raziskovalcev na zdravila brez recepta kot izdelek visoke (Menon in drugi 2004) oziroma nizke (Rossiter in drugi 1991) vpletenosti. Slednja skupaj z razumevanjem zdravil kot mislečih oziroma čutečih izdelkov tvori okvir za pojasnjevanje odziva posameznega segmenta na marketinško komuniciranje zdravil. Skupina t. i. Mislečih vplivancev, ki je visoko vpletena v nakup OTC zdravil in se za nakup odloča predvsem na podlagi mišljenja, se na oglaševanje odziva v skladu s tradicionalno hierarhijo učinkov. Misleči vplivanci se najprej zavedajo in naučijo, da obstaja določena blagovna znamka zdravil, nato se nanjo čustveno odzovejo oziroma o njej oblikujejo stališče ter se šele odločijo za nakup. Ker dopuščajo vpliv vseh virov informacij (od zdravnika do plakatov v lekarni) na njihovo nakupno odločitev, imajo do oglaševanja naklonjen odnos ter so pod zelo močnim vplivom predhodnih izkušenj, je v skladu z Vaughnovo (1980, 31) informativno strategijo najbolj učinkovito preko komuniciranja uporabnih in koristnih informacij graditi potrošnikovo zvestobo in jih tako spodbujati k ponovnim nakupom. Mislečim vplivancem je potrebno pri komuniciranju (tako v samih sporočilih kot z izbiro medijev) vseskozi zagotavljati relevantne in uporabne informacije ter jih spodbujati k stopnji "naredi", saj bodo lastne (pozitivne) izkušnje generator ponovnih nakupov. Nekoliko manj a še vedno relativno visoko vpleteni, so t. i. Dovzetneži, ki se manj kot Misleči vplivanci v nakupnem procesu nanašajo na mišljenje. V FCB matriki so tudi Dovzetneži uvrščeni v prvi kvadrant, zato je pri komuniciranju še vedno najbolj smiselna informativna strategija skladna z nauči – občuti – naredi sosledjem. Pri tem lahko spodbujevalno delujejo sporočila kot opomniki pravilne izbire blagovne znamke zdravila, saj v skupini nadpovprečno velja, da oglaševanje podpira nakupne odločitve. T. i. Izkustveni samostojneži, ki so manj in predvsem z mišljenjem vpleteni v nakup zdravil, se na marketinško komuniciranje zdravil brez recepta odzivajo tako, da najprej nekaj naredijo, ob tem se učijo in nazadnje občutijo (sosledje vedenjske – spoznavne –

čustvene stopnje). Vaughn (1980, 31) v tem primeru predlaga strategijo oblikovanja navad, torej predvsem spodbujanja prvega (ponovnega) preizkusa, komuniciranje na samem prodajnem mestu ter s poudarkom, da sporočila opomnijo potrošnika na obstoj določene blagovne znamke oziroma zdravila. Nadpovprečen vpliv izkušenj (lastnih ali bližnjih) in naklonjenost oglaševanju zdravil sta dobri iztočnici za oblikovanje bolj učinkovitih sporočil za to ciljno skupino (npr. uporaba t. i. pričevalcev v oglasih, osredotočenje na opremljenost lekarn, spodbujanje "marketinške naravnosti" farmacevtov v lekarnah). Za najbolj nepričakovano skupino (nizko vpleteni, čutenje zdravil) so se izkazali t. i. Samosvoji kritiki. Na marketinško komuniciranje zdravil se odzivajo preko prehajanja med fazami naredi – občuti – nauči. Za strategijo samopotrditve (Vaughn 1980, 32), ki ustreza tej hierarhiji učinkov, je značilno predvsem pridobivanje pozornosti s konsistentnimi sporočili. Samosvoji kritiki so oglaševanju manj naklonjeni, na zdravila pa gledajo kot na izdelke, ki hitro zadovoljujejo njihove osebne okuse in potrebe. Mnenje zdravnika, farmacevta ter ostalih virov je manj pomembno, nadpovprečno izstopajo le plakati, stojala v lekarni. Sporočila morajo biti tako popolnoma osredotočena na posredovanje ključnega občutka (npr. zdravilo proti prhljaju lahko omogoči višjo samozavest), ki bo hitro zadovoljilo potrebe Samosvojih kritikov, obenem pa naj bo izbira medijev zaradi manj naklonjenega odnosa do oglaševanja čim bolj unikatna in nepredvidljiva. Presenetljivo se vsi štiri potencialne ciljne skupine bistveno ne razlikujejo glede na demografske podatke. Če zanemarim neverjetnostno priložnostno vzorčenje kot potencialen razlog za to ugotovitev, je mogoče v obdobju razcveta farmacevtske industrije in trenda zdravega življenja boljši kriterij segmentiranja sama vpletenost v nakup zdravil in mišljenje/čutenje kot pa klasično razlikovanje potrošnikov glede na starost, izobrazbo, spol, dohodek ipd. Vendar še tako natančni kriteriji segmentiranja in poznavanja sosledja faz pri potrošnikovem odzivanju na marketinško komuniciranje so relativno nepomembni, če ne vemo, kakšne povezave obstajajo med potrošnikovo nakupno vpletenostjo, mišljenjem/čutenjem zdravil ter učinkovitostjo informacijskih virov v odločitvenem procesu. Razumevanje, na katere vire informacij se potrošniki v nakupnem procesu zdravil brez recepta zanašajo, je pomembno tako za farmacevtsko industrijo kot tržno komunikacijske agencije. Regresijske analize so pokazale naslednje statistično značilne povezave. Bolj ko so posamezniki vpleteni v nakupno situacijo, tem bolj menijo, da na njihovo odločitev za nakup zdravila brez recepta vpliva mnenje zdravnika, farmacevta, brošur, oglasi, plakati v lekarni, embalaža zdravila, spletne strani povezane z zdravjem in predhodne izkušnje z zdravilom. Napisano se sklada z

ugotovitvami Gora in drugih (1994), da večja kot je vpletenost, večja je verjetnost, da bodo potrošniki v nakupovalnem procesu iskali informacije pri zdravstvenih strokovnjakih in ne pri laičnih osebah. Prav tako se je z velikim številom virov informacij, ki si bili ocenjeni kot vplivni na nakupno odločitev zdravil, potrdila Vaughnova (1980) predpostavka, da je višja vpletenost povezana z večjo potrebo po informacijah.

Na pomembnost posameznih virov informacij v nakupnem procesu vpliva tudi prevladujoč položaj mišljenja ali čutenja pri razmišljanju o kategoriji OTC zdravil. Tako npr. bolj ko potrošniki dojemajo zdravila kot "čuteč" izdelek, manjšo pomembnost pripisujejo mnenju farmacevta ter večjo lastnim predhodnim izkušnjam z zdravilom. Medtem ko bolj pri posamezniku v nakupni situaciji prevladuje mišljenje, večji pomen nakupni odločitvi bo pripisoval vplivu oglasov in plakatov v lekarni. Ugotovitve so pričakovane in v skladu z Paddisonovo in Olsenovo (2008, 288) tezo, da tiste, ki se pri odločanju zanašajo predvsem na čustvene apele najlažje dosežemo z osebno komunikacijo, medtem ko je pri "mislečih" tipih potrošnikov bolj pomembno klasično oglaševanje (Hughes 2002).

Predstavitev ugotovitev zaključujem z odgovorom na zadnje raziskovalno vprašanje o vplivu starosti in zdravstvenega stanja na zaznano vplivno moč posameznih informacijskih virov v nakupnem procesu. Potrdim lahko, da slabše kot je potrošnikovo zdravstveno stanje, večji vpliv na nakupno odločitev ima mnenje zdravnika ter priporočila sorodnikov in prijateljev. Pri starosti sem ugotovila naslednje statistično značilne povezave. Starejši kot so potrošniki, večji pomen pripisujejo mnenju zdravnika, medtem ko z upadanjem starosti narašča vpliv mnenja farmacevta, brošur, priporočil bližnjih, embalaže, zdravstvenih spletnih strani ter lastnih predhodnih izkušenj. Menim, da tudi starost in zdravstveno stanje lahko diktirata izbiro tako medijev kot sporočil marketinškega komuniciranja. Kljub temu predlagam, da se za razumevanje odziva potrošnikov na oglaševanje specifične blagovne znamke zdravil uporablja okvir vpletenost in mišljenje/čutenje, umestitev posamezne ciljne skupine pa se še dodatno podpre z demografskimi, psihografskimi ter zdravstvenimi značilnostmi.

## 9 SKLEP, OMEJITVE IN NADALJNJE RAZISKOVANJE

Teoretično izhodišče, da so modeli hierarhije učinkov uporabni le če so modificirani ter prilagojeni posamezni industriji, panogi, kategoriji ali celo blagovni znamki, je kot podstat celotnega diplomskega dela vodilo do naslednjih relevantnih zaključkov. Združenost različnih hierarhij odziva na enem mestu ter vključevanje psihološko-motivacijskih konstruktov nakazujeta velik potencial FCB matrike za pojasnjevanje odzivov ciljne javnosti na marketinško komuniciranje zdravil brez recepta ter planiranje, ustvarjanje, udejanjenje in testiranje komunikacijskih strategij. Kategorijo OTC zdravil ni moč enostavno in enoznačno umestiti v FCB matriko, saj se glede na nakupno vpletenost in zaznavanje zdravila kot misleči oziroma čuteči izdelek člani ciljne javnosti pomembno razlikujejo v odzivanju na marketinško komuniciranje. Segmentacija na Misleče vplivance, Dovzetneže, Izkustvene samostojneže in Samosvoje kritike že z natančnejšo zavzeto pozicijo v FCB matriki implicira na uporabo določenih strategij, ki so neposredno specifično vezane na značilnosti izbrane ciljne skupine in kot take bolj učinkovite. Farmacevtska podjetja lahko posledično s segmentiranjem javnosti ne le maksimizirajo povratek na vlaganja (Menon in drugi 2004, 96), temveč z boljšim razumevanjem odziva ciljnih skupin na marketinško komuniciranje učinkoviteje oblikujejo sporočila, izbirajo medije in informacijske vire. Zaznan vpliv slednjih na posameznikove odločitve v procesu nakupa zdravila variira z nakupno vpletenostjo, zaznavanjem zdravil kot izdelkov, kjer v nakupu prevladuje mišljenje oziroma čutenje, zdravstvenim stanjem in starostjo. Segmentacija in poznavanje vpliva posameznih informacijskih virov na odločitveni nakupni proces zdravil (npr. na bolj vpletene posameznike bolj vpliva mnenje zdravstvenih strokovnjakov, na "misleče" tipe potrošnikov pa bolj konvencionalno oglaševanje) tvorita idealen par pri postavljanju relevantnih, konkretnih ter učinkovitih komunikacijskih strategij.

Čeprav zgornje ugotovitve večinoma potrjujejo postavljen raziskovalni model, moram omeniti tudi nekatere omejitve pričujočega dela. Vsebinsko so z raziskovanjem najpogostejše kritike FCB matrike vsaj zamejene, če ne že odpravljene. Produktno kategorijo sem tako ločila od izbire blagovne znamke (Rossiter in drugi 1991, 15), se osredotočila le na nakupno vpletenost ter z anketiranjem zgolj tistih, ki so že kadarkoli kupili zdravilo brez recepta, upoštevala razlike med zaznanim tveganjem glede na posameznikovo izkušnjo z obravnavano kategorijo (Rossiter in drugi 1991, 13–14). Pomanjkljivost tradicionalne FCB matrike, da izdelki uvrščeni v komponento mišljenje lahko vsebujejo tudi čutenje (Claeys in drugi 1995, 207), sem zamejila s

komponentama mišljenja in čutenja združenima v skupno dimenzijo/lestvico (Ratchford 1987). Ostale vsebinske omejitve se tako nanašajo predvsem na splošno merjenje vpletenosti v celotno produktno kategorijo zdravil brez recepta. Slednja vsebuje veliko število izdelkov – od sredstev proti bolečini, zdravil proti prehladu, vitaminov do izdelkov prve pomoči, ki so potrošnikom lahko bolj ali manj pomembni in vplivajo na nakupno vpletenost v celotno kategorijo. Upoštevati je potrebno tudi morebitno neločevanje anketiranih med vpletenostjo v nakup zdravil in njihovo uporabo (Paddison in Olsen 2008, 299). Pri zaznavi pomembnosti posameznih informacijskih virov na nakupne odločitve je na ugotovitve lahko vplival t. i. učinek tretje osebe – anketirani so pri reševanju morda menili, da imajo promocijska orodja večji učinek na druge kot pa na njih same (Huh in Becker 2004). Omejitve raziskovanja se kažejo tudi v samem neverjetnostnem, priložnostnem vzorčenju, ki ne omogoča posploševanja rezultatov na populacijo in je lahko vplivalo tako na zanesljivost in veljavnost procesa segmentacije kot tudi na regresijske analize. Subjektivna izbira najprimernejšega števila segmentov zaradi narave raziskovalnega vprašanja ni problematična, bolj vprašljiva je približno normalna porazdeljenost spremenljivk vključenih v modele regresijskih analiz in relativno majhna velikost vzorca.

Kljub omejitvam lahko diplomsko delo zaneti iskro v natančnejšem in učinkovitejšem pojasnjevanju odziva na marketinško komuniciranje zdravil s pomočjo prilagojene in specifične FCB matrike. Podan okvir umeščanja zdravil brez recepta ter segmentiranja potrošnikov bi bilo smiselno preučiti na podlagi večjega, reprezentativnega vzorca ter na konkretnih blagovnih znamkah zdravil. Nadaljnje raziskave bi se morale osredotočiti tudi na razumevanje kako upravljati z dimenzijama nakupne vpletenosti ter mišljenjem/čutenjem. Za proučevanje slednjega je potrebno pričujoče kvantitativne podatke dopolniti s kvalitativnimi metodami. Celotno raziskavo bi bilo smiselno uporabiti in prilagoditi tudi na medorganizacijskih farmacevtskih trgih, torej za proučevanje odziva strokovne javnosti na marketinško komuniciranje podjetij.

Moje diplomsko delo označujem kot poskus remodeliranja odziva ciljne javnosti na marketinško komuniciranje OTC zdravil, ki je obudil 111-letno orjakinjo, hierarhijo učinkov ter ji dodal tisto specifičnost, ki jo naredi praktično.

## 10 LITERATURA

- Akçura, Tolga M., Füsün F. Gönül in Elina Petrova. 2004. Consumer Learning and Brand Valuation: An Application on Over-the-Counter Drugs. *Marketing Science* 23 (1): 156–169.
- Baca, Erin E., Juan Houlgin in Andreas W. Stratemeyer. 2005. Direct-to-consumer advertising and young consumers: building brand value. *Journal of Consumer Marketing* 22 (7): 379–387.
- Barry, Thomas E. 1987. The development of the Hierarchy of Effects: An Historical Perspective. *Current Issues & Research in Advertising* 10 (2): 251–295.
- Barry, Thomas E. in Daniel J. Howard. 1990. A review and critique of the hierarchy of effects in advertising. *International Journal of Advertising* 9 (2): 121–135.
- Beatty, Sharon E. in Scott M. Smith. 1987. External Search Effort: An Investigation Across Several Product Categories. *Journal of Consumer Research* 14 (June): 83–95.
- Božičević, Urša Šmid. 2006. Farmaceutvska industrija. *VIP* 16 (4): 34–36.
- Claeys C., A. Swinnen in P. Vanden Abeele. 1995. Consumers' means-end chains for "think" and "feel" products. *International Journal of Research in Marketing* 12 (3): 193–208.
- Claycamp, Henry J. in Lucien E. Liddy. 1969. Prediction of New Product Performance: An Analytical Approach. *Journal of Marketing Research* 6 (4): 414–420.
- Colley, Russell H. 1961. *Defining Advertising Goals for Measured Advertising Results*. New York: Association of National Advertisers.
- Creyer, Elizabeth H., Illias Hrsistodoulakis in Catherine A. Cole. 2001. Changing a Drug from Rx to OTC Status: The Consumer Behavior and Public Policy Implications of Switch Drugs. *Journal of Product and Brand Management* 10 (1): 52–64.
- De Pelsmacker, Patrick, Maggie Geuens in Joeri Van den Bergh. 2005. *Foundations of Marketing Communications: A European Perspective*. Harlow: FT Prentice Hall.
- Diehl, Sandra, Barbara Mueller in Ralf Terlutter. 2008. Consumer response towards non-prescription and prescription drug advertising in the US and Germany: They don't really like it, but they do believe it. *International Journal of Advertising* 27 (1): 99–131.
- Donohue Julie. 2006. A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection. *The Milbank Quarterly* 84 (4): 659–699.

- Engel, James F., Roger D. Blackwell in David T. Kollat. 1978. *Consumer behavior*. Hinsdale: Dryden Press.
- Engel, James F. in Roger Blackwell. 1982. *Consumer Behavior*. New York: Dryden Press.
- European Self-Medication Industry. 2009. *Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines*. Bruselj: AESGP.
- Friedman, Michael in James Gould. 2007. Consumer attitudes and behaviors associated with direct-to-consumer prescription drug marketing. *Journal of Consumer Marketing* 24 (2): 100–109.
- Gore, Prasanna, Suresh Madhavan, Gordon McClung in David Riley. 1994. Consumer Involvement in Nonprescription Medicine Purchase Decisions. *Journal of Health Care Marketing* 14 (2): 16–23.
- Hall, Bruce F. 2002. A New Model for Measuring Advertising Effectiveness. *Journal of Advertising Research* (March-April): 23–31.
- Hall, Roland S. 1915. *Writing an Advertisement: An Analysis of the Methods and the Mental Processes that Play a Part in the Writing of Successful Advertising*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Handlin, Amy, Joseph B. Mosca, Dana A. Forgione in Dennis Pitta. 2003. DTC Pharmaceutical advertising: the debate's not over. *Journal of Consumer Marketing* 20 (3): 227–237.
- Howard, John A. in Jagdish N. Sheth. 1969. *The Theory of Buyer Behavior*. New York: Wiley.
- Hughes, L., C. Whittlesea in D. Luscombe. 2002. Patients Knowledge and Perceptions of the Side-Effects of OTC Medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 27 (4): 243–248.
- Huh, Jisu in Lee B. Becker. 2002. *Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Understanding Its Consequences*. Chicago: Midwest Association for Public Opinion Research.
- Janoff Barry. 1999. Making the switch. *Progressive Grocer* (Maj): 135–140.
- Kavadas Constantina, Lea Prevel Katsanis in Jordan LeBel. 2007. The effects of risk disclosure ad involvement on consumers in DTC advertising. *Journal of Consumer Marketing* 24 (3): 171–179.
- Kelly, Harold H. 1973. The processes of causal attribution. *American Psychologist* 28: 107–128.

- Kesič, Dragan. 2005. Farmaceutski trg postaja vedno bolj globaliziran in konkurenčen. *Delo* XLVII 257: 27.
- Kim Wonsuk J. in Karen W. King. 2009. Product Category Effects on External Search for Prescription and Nonprescription drugs. *Journal of Advertising* 38 (1): 5–19.
- Kitson, Harry Dexter. 1929. *The mind of the buyer: a psychology of selling*. New York: The Macmillan Company.
- Krugman, Herbert E. 1965. The impact of television advertising: learning without involvement. *Public Opinion Quarterly* 29: 349–356.
- Lavidge, Robert J. in Gary A. Steiner. 1961. A Model For Predictive Measurements of Advertising Effectiveness. *Journal of Marketing* 25 (October): 59–62.
- Lee, Hanjoon, Paul M. Herr, Frank R. Kardes in Chankon Kim. 1999. Motivated Search: Effects of Choice Accountability, Issue involvement and Prior Knowledge on Information Acquisition and Use. *Journal of Business Research* 45 (1): 75–88.
- Martin, Charles L. 1998. Relationship marketing: a high-involvement product attribute approach. *Journal of Product & Brand Management* 7 (1): 6–26.
- McGuire, William. J. 1985. Attitudes and attitudes change. V *Handbook of Social Psychology*, ur. G. Lindzey in E. Aranson, 233–346. New York: Random House.
- Menon, Ajit M., Aparna D. Deshpande, George M. Zinkhan in Matthew Perri. 2004. A model assessing the effectiveness of direct-to-consumer advertising: integration of concepts and measures from marketing and healthcare. *International Journal of Advertising* 23: 91–118.
- Molan, Petra. 2005. *Vpliv korporativne blagovne znamke na blagovno znamko izdelka: primer blagovne znamke zdravil*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Paddison Andrew in Kine Olsen. 2008. Painkiller purchasing in the UK: An exploratory study of information search and product evaluation. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 2 (4): 284–306.
- Perri, Matthew in Michael W. Dickson. 1988. Consumer Reaction to a Direct-to-Consumer Prescription drug advertising campaign. *Journal of Health Care Marketing* 8 (2): 66–69.
- Peyrot, M., N.M. Alperstein, D.V. Doren in L.G. Poli. 1998. Direct-to-Consumer Ads Can Influence Behavior. *Marketing Health Services* 18 (2): 26–32.
- Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov*. Ur. l. RS 76/2001 (28. september 2001).



- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izvajanju zdravil za uporabo v humani medicini*. Ur. l. RS 59/2003 (20. junij 2003).
- Product Group Manager*. Dostopno prek: <http://www.pgmconsult.net/sl/domov/> (18. april 2009).
- Ratchford, Brian T. 1987. New insights about the FCB grid. *Journal of Advertising Research* 27 (4): 24–38.
- Razinger, Mihovec Barbara. 2002. *Zakonodaja o zdravilih*. Ljubljana: Urad Republike Slovenija za zdravila.
- Reed, Peter W. in Michael T. Ewing. 2004. How Advertising works: Alternative situational and attitudinal explanations. *Marketing Theory* 4 (1/2): 91–112.
- Reisenwitz, Timothy H. in Joseph G. Wimbish. 1997. The Purchase Decision Process and Involvement of the Elderly Regarding Nonprescription Products. *Health Marketing Quarterly* 15 (1): 49–67.
- Rogers, Everett M. 2003. *Difussion of innovations. Fifth Edition*. New York: Free Press.
- Rossiter, John R., Larry Percy in Robert J. Donovan. 1991. A Better Advertising Planning Grid. *Journal of Advertising Research* 31 (5): 11–21.
- Rossiter, John R., Robert J. Donovan in Sandra C. Jones. 2000. Applying the Rossiter-Percy Model to Social Marketing Communications. V *Proceedings of ANZMAC 2000: Visionary Marketing for the 21st Century: Facing the Challenge*, 1073-1078. Melbourne: The University of Melbourne.
- Roth, Martin S. 2003. Media and Message Effects on DTC Prescription Drug Print Advertising Awareness. *Journal of Advertising Research* 43 (2): 180–193.
- Sheldon, Arthur Frederic. 1911. *The Art of Selling for Business Colleges, High Sch. Of Commerce, Y.M.C.A. Classes & Private Students*. Charleston: BiblioLife.
- Slovenski medicinski e-slovar*. Dostopno prek: <http://www.lek.si/medicinski-slovar/> (16. maj 2009).
- Solomon, Michael, Gary Bamossy, Søren Askegaard in Margaret K. Hogg. 2006. *Consumer Behaviour: A European Perspective*. Harlow: FT Prentice Hall.
- Strong, Edward K. 1925. Theories of Selling. *Journal of Applied Psychology* 9 (Februar): 75–86.
- Tellis, Gerard J. 2004. *Effective Advertising: Understanding When, How and Why Advertising works*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Vakratsas Demetrios in Tim Ambler. 1999. How Advertising Works: What Do We Really Know? *Journal of Marketing* 63 (Januar): 26–43.
- Valicon. 2007. *Programsko orodje OmniView 4*. Product Group Manager.

- Vaughn, Richard. 1980. How Advertising works: A Planning Model. *Journal of Advertising Research* 20 (5): 27–33.
- 1986. How Advertising Works: A Planning Model Revisited. *Journal of Advertising Research* 26 (1): 57–66.
- Ward, Paul R. in Mary Tully P. 1998. *Self-care and pharmacy: setting the research agenda*. London: Royal Pharmaceutical Society.
- Weilbacher, William M. 2001. Point of view: Does advertising cause a "Hierarchy of Effects"? *Journal of Advertising Research* 41 (6): 19–26.
- Yeshin, Tony. 2006. *Advertising*. London: Thomson Learning.
- Zaichkowsky, Judith L. 1985. Measuring the Involvement Construct. *Journal of Consumer Research* 12 (3): 341–352.
- 1986. Conceptualizing Involvement. *Journal of Advertising* 15 (2): 4–14.
- Zajonc, Robert B. in Hazel Markus. 1982. Affective and Cognitive Factors in Preferences. *Journal of Consumer Research* 9 (September): 123–131.
- Zakon o zdravilih* (ZZdr-1). Ur. l. RS 31/2006 (24. marec 2006).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.zzvs.si/> (15. maj 2009).
- Zveza potrošnikov Slovenije (ZPS). 2007a. *Generična zdravila*. Dostopno prek: <http://www.zps.si/zdravje/zdravila-in-zdravje/genericna-zdravila.html?Itemid=300> (15. maj 2009).
- 2007b. *Farmacevtska industrija: Več denarja za oglaševanje kot za raziskave in razvoj*. Dostopno prek: <http://www.zps.si/zdravje/zdravila-in-zdravje/farmacevtska-industrija-vec-denarja-za-oglasovanje-kot-za-raziskave-in-razvoj.html?Itemid=300> (15. maj 2009).

## **11 PRILOGE**

## **PRILOGA A: TEORETIČNO IZHODIŠČE O ZDRAVILIH BREZ RECEPTA**

### **OPREDELITEV POJMA ZDRAVILO**

Slovenski medicinski e-slovar (2009) zdravilo opredeljuje kot »snov, ki se uporablja v primerni farmacevtski obliki za zdravljenje, preprečevanje ali diagnozo bolezni«. Zakon o zdravilih (ZZdr-1, 5. člen) še natančneje definira zdravilo kot

*»vsako snov ali kombinacijo snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo velja 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 prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza«.*

### **VRSTE ZDRAVIL (slika A.1)**

Glede na **stopnje originalnosti** lahko zdravila ločimo na:

#### *a.) Originalna zdravila*

Ta predstavljajo popolno novost v zdravljenju bolezni v določeni terapevtski skupini, saj je inovativno zdravilo tisto, ki prvo pride na trg. Večinoma so razvita pod zaščito patenta (20 let) in zahtevajo drage, obsežne klinične raziskave s katerimi preverjajo njihovo kakovost, varnost in učinkovitost (ZPS 2007a). V Sloveniji nimamo farmacevtske družbe, ki bi razvijala originalna zdravila.

#### *b.) Generična zdravila*

ZZdr-1 (6. člen) jih opredeljuje kot »zdravila, ki imajo enako kakovostno in količinsko sestavo, učinkovine in farmacevtsko obliko kakor referenčno zdravilo in čigar bioekvivalenca z referenčnim izdelkom je dokazana z ustreznimi študijami biološke uporabnosti«.

Glede na **način predpisovanja** (ZZdr-1, 11. člen) ločimo:

#### *a.) Zdravila, za katera je potreben zdravniški recept*

Imenujemo jih tudi Rp zdravila in se v evropskih državah ne smejo oglaševati širši javnosti, lahko pa se oglašujejo strokovni javnosti s pomočjo specializiranega tiska (npr. prospekti, zloženke), organiziranih strokovnih srečanj ali osebne predstavitve zdravnikom (Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov, 14.–22. člen). Med Rp zdravila uvrščamo tudi bolnišnična zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje v bolnišnicah.

*b.) Zdravila za katera ni potreben zdravniški recept*

To vrsto zdravil imenujemo tudi BRp zdravila oziroma bolj uveljavljen termin je OTC («*over the counter*»), ki v dobesednem prevodu pomeni »preko pulta«. Zdravila so na voljo v lekarnah in specializiranih trgovinah (lahko tudi na svetovnem spletu v t. i. spletnih lekarnah), zanje mora kupec plačati in jih imenujemo tudi zdravila za samozdravljenje (Razinger 2002). Zanje veljajo specifična pravila marketinškega komuniciranja. Moja diplomska naloga je v celoti posvečena OTC zdravilom.

Zdravila, ki se izdajajo brez zdravniškega recepta, lahko delimo na (Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini, 3. člen):

*a.) Zdravila, ki se izdajajo zgolj v lekarnah*

*b.) Zdravila, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.*

Slika A.1: **Poenostavljen prikaz klasifikacije zdravil**



Vir: ZZdr – 1 (2006); Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (2003). Lasten način prikaza.

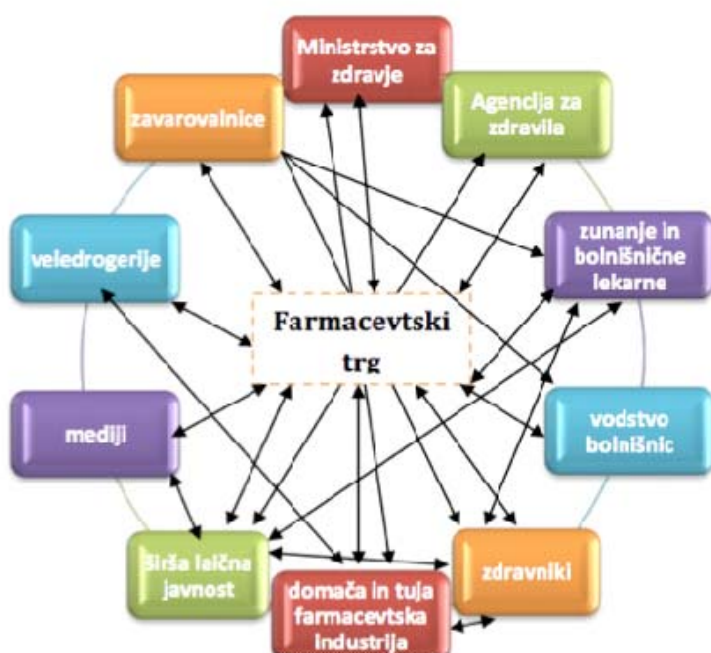
## **FARMACEVTSKI TRG IN RELEVANTNI DELEŽNIKI**

Molan (2005, 16) opredeli tri vrste javnosti, s katerimi podjetja poslujejo in tvorijo poslovno omrežje slovenskega farmacevtskega trga (slika A.2):

- 1. primarna javnost**, ki jo zastopajo zdravniki, zunanje in bolnišnične lekarne, vodstva bolnišnic, veleddrogerije ipd.
- 2. sekundarna javnost** ki je sestavljena iz bolnikov in akterjev na zakonodajni ravni; državna uprava z Ministrstvom za zdravje, Agencija za zdravila, zavarovalnice ter na ravni informiranja širše javnosti tudi mediji (TV, tisk, radio ...).
- 3. terciarna javnosti**, ki jo predstavljajo domača in tuja konkurenčna podjetja.

Če omenjene javnosti oziroma t. i. deležnike (v smislu posameznikov, podjetij in organizacij, ki imajo kakršenkoli interes v farmacevtski industriji) razumemo kot nekakšne satelite, ki krožijo okrog središča imenovanega farmacevtsko predstavništvo, lahko celoten proces prikažemo z modelom na sliki A.2. To je model interakcij, graditve, razvoja in obvladovanja poslovnih odnosov, diadnih in mrežnih povezav (Molan 2005, 16), ki ga moramo razumeti situacijsko specifično in ne kot univerzalen sistem delovanja.

Slika A.2: **Model poslovnega omrežja na farmacevtskem trgu**



Vir: Prirejeno po Molan (2005, 16).

## STANJE IN TRENDI SLOVENSKE FARMACEVTSKE INDUSTRIJE

Farmacevtski trg v Sloveniji je bil do osamosvojitve še precej preprost; zastopala so ga domača farmacevtska podjetja (Krka, Lek, Pliva, Galenika), ki so proizvajala lastna in generična zdravila. Po letu 1991 se je s prihodom tujih podjetij, ki so vsako leto odpirala nova predstavništva, poslovno omrežje zelo razvejalo (Molan 2005, 14). Tako imamo po podatkih ZZZS (2008) v Sloveniji okoli 3500 registriranih zdravil, od tega jih je 2009 vključenih v seznam zdravil, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Natančne številke o velikosti trga zdravil v Sloveniji sicer niso znane, a glede na ocene AESPG (European Self-Medication Industry) je Slovenija v letu 2008 dosegla 671 milijonov EUR prodaje na farmacevtskem trgu, kar je v primerjavi z Nemčijo (37,4 milijard EUR) in Francijo (30 milijard EUR) veliko manj (tabela A.1).

Tabela A.1: **Vrednost prodaje (v mio EUR) na evropskem farmacevtskem trgu 2006–2008.**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Avstrija</b>	3744	3995	4292
<b>Belgija</b>	4053	4261	4484
<b>Bolgarija</b>	527	596	680
<b>Hrvaška</b>	1406	1516	1666
<b>Češka</b>	1488	1695	1968
<b>Danska</b>	2441	2706	2921
<b>Finska</b>	2361	2509	2653
<b>Francija</b>	29950	31000	30000
<b>Nemčija</b>	35100	36600	37370
<b>Grčija</b>	4502	5208	5685
<b>Madžarska</b>	2131	2072	2200
<b>Irska</b>	1883	2068	2248
<b>Italija</b>	19185	19056	18872
<b>Nizozemska</b>	5347	5758	5775
<b>Norveška</b>	2038	2108	2092
<b>Poljska</b>	5601	6321	7439
<b>Portugalska</b>	3839	3122	3441
<b>Romunija</b>	1543	1974	2135
<b>Rusija</b>	8690	9190	11570
<b>Slovaška</b>	1336	1372	1524
<b>Slovenija</b>	601	626	671
<b>Španija</b>	13454	14032	20064
<b>Švedska</b>	3712	3968	4012
<b>Švica</b>	3449	3467	3727
<b>Velika Britanija</b>	25944	26617	23653
<b>EU 25</b>	167198	173581	179951

Vir: European Self-Medication Industry (2009).

Glede na strukturo prodaje, ugotovimo, da največji delež (92,9 %) predstavljajo zdravila na recept, zdravila brez recepta zavzemajo le 7,1 % celotne prodaje. Najmočnejša izdelovalca zdravil na slovenskem trgu sta Krka in Lek, pri čemer slednji na trgu OTC zdravil dosega 24,5 % delež, Krka pa 19,8 %. Sledijo jima Bayer Pharma (15,6 %), Novartis (7 %) in Roche (4,8 %) (ZPS 2007b).

Na slovenske razmere nedvomno vplivajo dogajanja na svetovnem farmacevtskem trgu. Stabilna rast naj bi se pri slednjih po napovedih nadaljevala tudi v prihodnje in naj bi po ocenah v letu 2010 vrednost prodaje znašala že 810 milijard dolarjev. Kot najpomembnejši svetovni farmacevtski trgi se omenjajo ZDA, Kitajski, Ruski, Mehikški, Japonski in Indijski. Predvidevamo lahko, da se bo farmacevtska industrija skušala čedalje bolj pospešeno globalizirati, konsolidirati in povezovati, da bi dosegla večjo stopnjo inventivnosti, tržne uspešnosti in vzpostavila dolgoročno kakovostno sodelovanje s končnimi potrošniki (Kesič 2005, 27).

## PRILOGA B: ANKETNI VPRAŠALNIK

**Pozdravljeni!**

**Sem Maja Golf, študentka Fakultete za družbene vede in za mojo diplomsko nalogo raziskujem odziv potrošnikov na oglaševanje zdravil brez recepta.**

**Vljudno vas vabim, da si vzamete nekaj časa in izpolnite ta anketni vprašalnik, čigar analiza bo predstavljala temelj moje diplomske naloge. Vaši odgovori so popolnoma anonimni.**

**Hvala za sodelovanje!**

**1.)** V spodnji tabeli je naštetih nekaj trditev v povezavi z **NAKUPOM ZDRAVIL BREZ RECEPTA**.

Prosim vas, da pri vsaki trditvi ocenite, v kolikšni meri se z njo strinjate oziroma ne strinjate.

	Popolnoma se ne strinjam	Pretežno se ne strinjam	Deloma se ne strinjam, deloma se strinjam	Pretežno se strinjam	Popolnoma se strinjam
Nakup zdravila brez recepta je <b>zelo pomembna</b> odločitev.	1	2	3	4	5
<b>Veliko lahko izgubim</b> , če izberem napačno zdravilo brez recepta.	1	2	3	4	5
Odločitev za nakup zdravila brez recepta od mene zahteva <b>veliko premisleka</b> .	1	2	3	4	5
Preden kupim zdravilo brez recepta želim <b>dobiti</b> o njem kar se da <b>največ informacij</b> .	1	2	3	4	5
Odločitev za zdravilo brez recepta <b>je logična/objektivna</b> .	1	2	3	4	5
Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem <b>temelji na informaciji o učinkovitosti zdravila</b> .	1	2	3	4	5
Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem <b>temelji na občutkih</b> .	1	2	3	4	5
Odločitev za zdravilo brez recepta <b>izraža mojo osebnost</b> .	1	2	3	4	5
Odločitev za zdravilo brez recepta v glavnem <b>temelji na izgledu, otipu, okusu ali vonju</b> .	1	2	3	4	5



2.) V spodnji tabeli je naštetih nekaj trditev v povezavi z vašim odnosom do **OGLAŠEVANJA ZDRAVIL BREZ RECEPTA**. Prosim vas, da pri vsaki trditvi ocenite v kolikšni meri se z njo strinjate oziroma ne strinjate.

Pri odgovarjanju se na oglaševanje zdravil brez recepta nanašajte v najširšem smislu; to pomeni da pod oglaševanje zdravil štejte tudi osebno prodajo farmacevtov v lekarni, članke v časopisih in na internetu, komuniciranje preko embalaže zdravil, spletne strani povezane z zdravjem ipd.

	Popolnoma se ne strinjam	Pretežno se ne strinjam	Deloma se ne strinjam, deloma se strinjam	Pretežno se strinjam	Popolnoma se strinjam
V splošnem se mi zdi oglaševanje zdravil brez recepta <b>dobra stvar</b> .	1	2	3	4	5
V splošnem sem oglaševanju zdravil brez recepta <b>naklonjen/-a</b> .	1	2	3	4	5
V splošnem <b>mi je všeč</b> oglaševanje zdravil brez recepta.	1	2	3	4	5
Oglaševanje zdravil brez recepta me predvsem <b>obvešča/informira</b> o zdravilih, njihovih stranskih učinkih, uporabi, ipd.	1	2	3	4	5
Ko kupim določeno zdravilo in nato vidim oglaševanje zanj, me to <b>navdahne z občutkom, da sem se pravilno odločil/-a</b> .	1	2	3	4	5
Oglaševanje zdravil me <b>spodbuja k nakupu zdravil</b> , ki jih sploh <b>ne potrebujem</b> .	1	2	3	4	5

3.) V spodnji tabeli prosim ocenite našete vire informacij glede na to, kako močno lahko vplivajo na vašo **ODLOČITEV ZA NAKUP ZDRAVILA BREZ RECEPTA**. Odgovore označite tako, da obkrožite ustrezno številko v vrstici, kjer 1 pomeni, da našeti vir informacij sploh ne vpliva na odločitev za nakup zdravila brez recepta, 5 pa da zelo močno vpliva.

	Sploh ne vpliva	Večinoma ne vpliva	Deloma ne vpliva, deloma vpliva	Večinoma vpliva	Zelo močno vpliva
mnenje zdravnika	1	2	3	4	5
mnenje farmacevta v lekarni	1	2	3	4	5
brošure farmacevtskih podjetij	1	2	3	4	5
oglasil (TV, radijski, tiskani, spletni)	1	2	3	4	5

	Sploh ne vpliva	Večinoma ne vpliva	Deloma ne vpliva, deloma vpliva	Večinoma vpliva	Zelo močno vpliva
plakati, stojala, letaki v lekarni	1	2	3	4	5
priporočila, mnenja sorodnikov in prijateljev	1	2	3	4	5
informacije na embalaži zdravila	1	2	3	4	5
spletne strani povezane z zdravjem	1	2	3	4	5
lastne predhodne izkušnje z zdravilom	1	2	3	4	5

**Prosimo vas, da nam zaupate še nekaj podatkov o vas samih:**

#### 4.) Zdravje

	odlično	zelo dobro	dobro	zadovoljivo	slabo
<b>V splošnem bi vaše zdravje ocenili kot</b> (obkrožite):	1	2	3	4	5

5.) Letnica rojstva: **19**\_\_\_\_\_ (vpišite)

6.) Spol (obkrožite): **Moški**      **Ženski**

7.) **Dokončana izobrazba** (obkrožite):

- a.) osnovna šola
- b.) poklicna ali srednja šola
- c.) višja ali visoka šola ali univerzitetni študij
- d.) magisterij, doktorat
- e.) nič od naštetega

8.) **Znesek, ki ga povprečno zapravite za zdravila brez recepta, v enem mesecu** (obkrožite):

- a.) 0 EUR–10 EUR
- b.) 11 EUR–20 EUR
- c.) 21 EUR–30 EUR
- d.) 31 EUR–40 EUR
- e.) več kot 40 EUR

**HVALA ZA SODELOVANJE!**

## PRILOGA C: TABELE ZA SEGMENTIRANO UMEŠČANJE ZDRAVIL V FCB MATRIKO

Tabela C.1: Število enot v posamezni skupini

Skupina	Število enot	Število enot v %
<b>Misleči vplivanci</b>	166	31,44
<b>Izkustveni samostojneži</b>	148	28,03
<b>Samosvoji kritiki</b>	57	10,80
<b>Dovzetneži</b>	157	29,73
Skupaj veljavnih odgovorov	528	100
Manjkajočih odgovorov	28	

V prvo, drugo in četrto skupino je razporejeno približno enako število anketiranih (v prvi jih je 166, v drugi 148, v četrti 157), medtem ko je v tretji skupini najmanj enot (57). 28 anketiranih je bilo zaradi manjkajočih odgovorov izločenih iz analize.

Tabela C.2: Vpletenost v nakup in zdravila kot "misleči" oz. "čuteči" izdelek glede na skupine

Skupina		Vpletenost v nakup	Mišljenje/Čutenje
<b>Misleči vplivanci</b>	Aritmetična sredina	4,23	3,49
	N	166	166
	Standardni odklon	,532	,575
<b>Izkustveni samostojneži</b>	Aritmetična sredina	2,55	3,91
	N	148	148
	Standardni odklon	,573	,665
<b>Samosvoji kritiki</b>	Aritmetična sredina	1,85	6,46
	N	57	57
	Standardni odklon	,655	1,063
<b>Dovzetneži</b>	Aritmetična sredina	3,85	5,16
	N	157	157
	Standardni odklon	,608	,578
Skupaj	Aritmetična sredina	3,39	4,43
	N	528	528
	Standardni odklon	1,037	1,185

V nakup zdravil brez recepta so najmočneje vpleteni člani prve skupine (Misleči vplivanci), ki so se v povprečju pretežno strinjali, da je nakup zdravil brez recepta zelo pomembna odločitev, da lahko ob napačni izbiri slednjega veliko izgubijo ter, da odločitev za zdravilo brez recepta od njih zahteva veliko premisleka. Nekoliko manj, a še vedno visoko, so vpleteni člani četrte skupine (Dovzetneži), medtem ko so v tretji skupini (Samosvoji kritiki) anketirani nizko vpleteni. Člani druge skupine (Izkustveni samostojneži) so srednje vpleteni v nakup OTC zdravil. V primerjavi s skupnim povprečjem se anketirani tretje in četrte skupine (Samosvoji kritiki in Dovzetneži) bolj strinjajo, da njihova odločitev za zdravilo temelji na občutkih, izgledu, otipu, okusu ali

vonju in izraža njihovo osebnost. Misleči vplivanci in Izkustveni samostojneži se v večji meri strinjajo, da je odločitev za zdravilo logična, temelji na informaciji o učinkovitosti zdravila, pred nakupom pa želijo o njem izbrati čim več informacij.

Tabela C.3: Pregled neodvisnih spremenljivk po skupinah

		1. skupina	2. skupina	3. skupina	4. skupina	skupaj
<b>Zdravje</b>		3,66	3,71	3,72	3,70	3,69
<b>Spol<sup>20</sup></b>	Moški					
	N	22	30	16	33	101
	N v %	14	21,4	32,7	22,1	20,4
	Ženski					
	N	135	110	33	116	394
	N v %	86	78,6	67,3	77,9	79,6
	Skupaj					
	N	157	140	49	149	495
	N v %	100	100	100	100	100
<b>Starost<sup>21</sup></b>	Mlajši					
	N	56	72	19	71	218
	N v %	34,8	51,1	40,4	47,7	43,8
	Srednje stari					
	N	75	54	18	60	207
	N v %	46,6	38,3	38,3	40,3	41,6
	Starejši					
	N	30	15	10	18	73
	N v %	18,6	10,6	21,3	12,1	14,7
		Skupaj				
	N	161	141	47	149	498
	N v %	100	100	100	100	100
<b>Dokončana izobrazba<sup>22</sup></b>	Osnovna šola					
	N	9	8	3	11	31
	N v %	5,6	5,7	6,1	7,4	6,2
	Poklicna ali srednja šola					
	N	81	75	22	85	263
	N v %	50,3	53,2	44,9	57	52,6
	Višja šola ali univ. študij					
	N	68	55	19	49	191
	N v %	42,2	39	38,8	32,9	38,2
	magisterij, doktorat					
N	3	3	4	3	13	
N v %	1,9	2,1	8,2	2	2,6	
nič od naštetega						
N	0	0	1	1	2	
N v %	0	0	2	0,7	0,4	
	skupaj					
	N	161	141	49	149	500

<sup>20</sup> Cramerjev koeficient = 0,134, Phi = 0,134. Sig. = 0,031.

<sup>21</sup> Cramerjev koeficient = 0,111, Phi = 0,157. Sig. = 0,048.

<sup>22</sup> Cramerjev koeficient = 0,100, Phi = 0,172. Sig. = 0,249.

	N v %	100	100	100	100	100
<b>Povprečni mesečni znesek za zdravila<sup>23</sup></b>	0–10 EUR					
	N	114	97	31	102	344
	N v %	70,8	68,8	63,3	68,9	68,9
	11–20 EUR					
	N	29	31	10	30	100
	N v %	18	22	20,4	20,3	20
	21–30 EUR					
	N	13	11	5	14	43
	N v %	8,1	7,8	10,2	9,5	8,6
	31–40 EUR					
	N	4	0	2	1	7
	N v %	2,5	0	4,1	0,7	1,4
> 40 EUR						
N	1	2	1	1	5	
N v %	0,6	1,4	2	0,7	1	
Skupaj						
N	161	141	49	148	499	
N v %	100	100	100	100	100	

Anketirani so ne glede na razvrščeno skupino svoje zdravje v povprečju ocenili kot zelo dobro. Izmed anketiranih je največ moških uveščenih v tretjo skupino (Samosvoji kritiki), največ žensk v prvo (Misleči vplivanci). Največ mlajših anketiranih (12–29 let) je v drugi skupini (Izkustveni samostojneži), srednje starih (30–55 let) v prvi skupini (Misleči vplivanci), starejših (56–85 let) v tretji (Samosvoji kritiki). Čeprav spremenljivki izobrazba in povprečni mesečni znesek nakupa nista statistično značilni, lahko rečemo, da ima večina anketiranih vsaj poklicno ali srednjo šolo, za zdravila brez recepta pa mesečno zapravijo do 10 EUR.

<sup>23</sup> Cramerjev koeficient = 0,077, Phi= 0,133. Sig. = 0,712.

## PRILOGA D: TABELE ZA REGRESIJSKO ANALIZO

Tabela D.1: Opisne statistike spremenljivk iz vseh regresijskih modelov

	<b>Povprečna vrednost</b>	<b>Standardni odklon</b>	<b>N</b>
<b>Vpletenost v nakup</b>	3,41	1,019	488
<b>Mnenje zdravnika</b>	4,17	,984	488
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	4,37	1,131	488
<b>Zdravstveno stanje</b>	3,70	,956	488
<b>Starost</b>	31,09	12,197	488
<b>Mnenje farmacevta</b>	4,14	,829	488
<b>Brošure farmacevtskih podjetij</b>	3,10	,986	484
<b>Oglasi</b>	2,68	,976	486
<b>Priporočila, mnenja sorodnikov in prijateljev</b>	3,70	,955	486
<b>Plakati, stojala, letaki v lekarni</b>	2,65	,997	485
<b>Informacije na embalaži zdravila</b>	3,54	1,080	487
<b>Spletne strani povezane z zdravjem</b>	3,14	1,133	488
<b>Lastne predhodne izkušnje z zdravilom</b>	4,57	,708	487

Tabela D.2: Pearsonov korelacijski koeficient med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami regresijskih modelov

		Zdravnik	Farmacevt	Brošure	Oglasi	V lekarni	Pripor. bližnjih	Embalaža	Spletne strani	Izkušnje	Vpletenost	Starost	Zdravje	Mišljenje/čutenje
<b>Zdravnik</b>	Pearsonov koeficient	1	,570**	,283**	,022	,021	,096*	,106*	,094*	,201**	,258**	-,180**	,139**	-,162**
	Signifikanca (dvostranska)		,000	,000	,614	,628	,030	,016	,033	,000	,000	,000	,002	,000
	N	516	516	512	514	513	514	515	516	515	514	513	506	501
<b>Farmacevt</b>	Pearsonov koeficient	,570**	1	,452**	,201**	,231**	,220**	,261**	,161**	,277**	,243**	-,128**	,042	-,080
	Signifikanca (dvostranska)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,349	,072
	N	516	516	512	514	513	514	515	516	515	514	513	506	501
<b>Brošure</b>	Pearsonov koeficient	,283**	,452**	1	,458**	,486**	,194**	,380**	,334**	,212**	,285**	-,036	,007	-,100*
	Signifikanca (dvostranska)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,423	,878	,026
	N	512	512	512	510	509	510	511	512	511	510	509	502	497
<b>Oglasi</b>	Pearsonov koeficient	,022	,201**	,458**	1	,641**	,395**	,255**	,224**	,185**	,085	-,055	-,050	,062
	Signifikanca (dvostranska)	,614	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,055	,215	,260	,167
	N	514	514	510	514	511	512	513	514	513	512	511	504	499
<b>V lekarni</b>	Pearsonov koeficient	,021	,231**	,486**	,641**	1	,346**	,328**	,353**	,104*	,103*	,046	-,008	,074
	Signifikanca (dvostranska)	,628	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,019	,019	,302	,853	,098
	N	513	513	509	511	513	512	512	513	512	511	510	503	498
<b>Priporočila bližnjih</b>	Pearsonov koeficient	,096*	,220**	,194**	,395**	,346**	1	,297**	,293**	,339**	-,010	-,192**	,004	,023
	Signifikanca (dvostranska)	,030	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,825	,000	,936	,611
	N	514	514	510	512	512	514	513	514	513	512	511	504	499
<b>Embalaža</b>	Pearsonov koeficient	,106*	,261**	,380**	,255**	,328**	,297**	1	,442**	,254**	,200**	-,141**	,058	-,109*

		Zdravnik	Farmacevt	Brošure	Oglasi	V lekarni	Pripor. bližnjih	Embalaža	Spletne strani	Izkušnje	Vpletenost	Starost	Zdravje	Mišljenje/čutenje
<b>Embalaža</b>	Signifikanca (dvostranska)	,016	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,191	,015
	N	515	515	511	513	512	513	515	515	514	513	512	505	500
<b>Spletne strani</b>	Pearsonov koeficient	,094*	,161**	,334**	,224**	,353**	,293**	,442**	1	,258**	,227**	,027	-,028	-,016
	Signifikanca (dvostranska)	,033	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,541	,531	,728
	N	516	516	512	514	513	514	515	516	515	514	513	506	501
<b>Izkušnje</b>	Pearsonov koeficient	,201**	,277**	,212**	,185**	,104*	,339**	,254**	,258**	1	,146**	-,130**	,038	-,140**
	Signifikanca (dvostranska)	,000	,000	,000	,000	,019	,000	,000	,000		,001	,003	,396	,002
	N	515	515	511	513	512	513	514	515	515	513	512	505	500
<b>Vpletenost</b>	Pearsonov koeficient	,258**	,243**	,285**	,085	,103*	-,010	,200**	,227**	,146**	1	,099*	-,047	-,299**
	Signifikanca (dvostranska)	,000	,000	,000	,055	,019	,825	,000	,000	,001		,025	,289	,000
	N	514	514	510	512	511	512	513	514	513	549	514	506	528
<b>Starost</b>	Pearsonov koeficient	-,180**	-,128**	-,036	-,055	,046	-,192**	-,141**	,027	-,130**	,099*	1	-,298**	,007
	Signifikanca (dvostranska)	,000	,004	,423	,215	,302	,000	,001	,541	,003	,025		,000	,874
	N	513	513	509	511	510	511	512	513	512	514	517	508	500
<b>Zdravje</b>	Pearsonov koeficient	,139**	,042	,007	-,050	-,008	,004	,058	-,028	,038	-,047	-,298**	1	-,024
	Signifikanca (dvostranska)	,002	,349	,878	,260	,853	,936	,191	,531	,396	,289	,000		,600
	N	506	506	502	504	503	504	505	506	505	506	508	509	493
<b>Mišljenje/čutenje</b>	Pearsonov koeficient	-,162**	-,080	-,100*	,062	,074	,023	-,109*	-,016	-,140**	-,299**	,007	-,024	1
	Signifikanca (dvostranska)	,000	,072	,026	,167	,098	,611	,015	,728	,002	,000	,874	,600	
	N	501	501	497	499	498	499	500	501	500	528	500	493	531

\*\*Korelacija značilna ob 0,01; \* Korelacija značilna ob 0,05



## PRILOGA E: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV MNENJA ZDRAVNIKA

Tabela E.1: Povzetek modela vplivanja mnenja zdravnika

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,349 <sup>a</sup>	,122	,115	,926

Tabela E.2: Statistična značilnost modela vplivanja mnenja zdravnika

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	57,531	4	14,383	16,780	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostanek</b>	414,010	483	,857		
<b>Skupaj</b>	471,541	487			

Tabela E.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja mnenja zdravnika

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	3,624	,341		10,617	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	-,086	,038	-,098	-2,234	,026	,935
<b>Vpletenost v nakup</b>	,246	,043	,255	5,757	,000	,927
<b>Zdravje</b>	-,119	,046	-,115	-2,567	,011	,903
<b>Starost</b>	,011	,004	,142	3,146	,002	,897

## PRILOGA F: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV MNENJA FARMACEVTA

Tabela F.1: Povzetek modela vplivanja mnenja farmacevta

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,260 <sup>a</sup>	,067	,060	,804

Tabela F.2: Statistična značilnost modela vplivanja mnenja farmacevta

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	22,604	4	5,651	8,735	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostane</b>	312,470	483	,647		
<b>Skupaj</b>	335,074	487			

Tabela F.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja mnenja farmacevta

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	3,673	,297		12,386	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	-,010	,033	-,014	-,305	,760	,935
<b>Vpletenost v nakup</b>	,195	,037	,239	5,247	,000	,927
<b>Zdravje</b>	-,019	,040	-,022	-,478	,633	,903
<b>Starost</b>	-,007	,003	-,108	-2,332	,020	,897

## PRILOGA G: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV BROŠUR FARMACEVTSKIH PODJETIJ

Tabela G.1: Povzetek modela vplivanja brošur farmacevtskih podjetij

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,291 <sup>a</sup>	,085	,077	,947

Tabela G.2: Statistična značilnost modela vplivanja brošur farmacevtskih podjetij

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	39,691	4	9,923	11,055	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostanek</b>	429,937	479	,898		
<b>Skupaj</b>	469,628	483			

Tabela G.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja brošur farmacevtskih podjetij

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	2,328	,351		6,638	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	-,016	,039	-,018	-,399	,690	,935
<b>Vpletenost v nakup</b>	,277	,044	,287	6,308	,000	,926
<b>Zdravje</b>	,001	,047	,001	,021	,983	,903
<b>Starost</b>	-,004	,004	-,044	-,959	,038	,896

## PRILOGA H: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV OGLASOV

Tabela H.1: Povzetek modela vplivanja oglasov

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,152 <sup>a</sup>	,023	,015	,969

Tabela H.2: Statistična značilnost modela vplivanja oglasov

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	10,709	4	2,677	2,852	,023 <sup>a</sup>
<b>Ostane</b>	451,573	481	,939		
<b>Skupaj</b>	462,282	485			

Tabela H.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja oglasov

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	2,347	,357		6,567	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	,081	,040	,093	1,997	,046	,938
<b>Vpletenost v nakup</b>	,115	,045	,120	2,575	,010	,928
<b>Zdravje</b>	-,064	,049	-,062	-1,309	,191	,910
<b>Starost</b>	-,006	,004	-,072	-1,516	,130	,902

## PRILOGA I: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV PLAKATOV, STOJAL, LETAKOV V LEKARNI

Tabela I.1: Povzetek modela vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,163 <sup>a</sup>	,026	,018	,987

Tabela I.2: Statistična značilnost modela vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	12,731	4	3,183	3,264	,012 <sup>a</sup>
<b>Ostanek</b>	467,979	480	,975		
<b>Skupaj</b>	480,709	484			

Tabela I.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja plakatov, stojal, letakov v lekarni

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	1,545	,366		4,220	,000	1,545
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	,097	,041	,110	2,354	,019	,097
<b>Vpletenost v nakup</b>	,123	,046	,126	2,698	,007	,123
<b>Zdravje</b>	,023	,050	,022	,458	,647	,023
<b>Starost</b>	,006	,004	,069	1,460	,145	,006

## PRILOGA J: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV PRIPOROČIL, MNENJ SORODNIKOV IN PRIJATELJEV

Tabela J.1: Povzetek modela vplivanja priporočil, mnenj sorodnikov in prijateljev

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,206 <sup>a</sup>	,043	,035	,939

Tabela J.2: Statistična značilnost modela vplivanja priporočil, mnenj sorodnikov in prijateljev

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	18,824	4	4,706	5,342	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostanek</b>	423,713	481	,881		
<b>Skupaj</b>	442,537	485			

Tabela J.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja priporočil, mnenj sorodnikov in prijateljev

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	4,274	,347		12,310	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	,028	,039	,033	,714	,476	,934
<b>Vpletenost v nakup</b>	,004	,043	,004	,091	,928	,926
<b>Zdravje</b>	-,052	,047	-,052	-1,102	,049	,904
<b>Starost</b>	-,017	,004	-,214	-4,537	,000	,898

## PRILOGA K: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV INFORMACIJ NA EMBALAŽI ZDRAVILA

Tabela K.1: Povzetek modela vplivanja informacij na embalaži zdravila

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,244 <sup>a</sup>	,060	,052	1,052

Tabela K.2: Statistična značilnost modela vplivanja informacij na embalaži zdravila

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	33,797	4	8,449	7,637	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostane</b>	533,250	482	1,106		
<b>Skupaj</b>	567,047	486			

Tabela K.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja informacij na embalaži zdravila

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	3,427	,390		8,796	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	-,050	,044	-,053	-1,151	,250	,934
<b>Vpletenost v nakup</b>	,198	,049	,187	4,078	,000	,927
<b>Zdravje</b>	,014	,053	,012	,266	,790	,900
<b>Starost</b>	-,013	,004	-,144	-3,094	,002	,895

## PRILOGA L: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV SPLETNIH STRANI POVEZANIH Z ZDRAVJEM

Tabela L.1: Povzetek modela vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,235 <sup>a</sup>	,055	,048	1,106

Tabela L.2: Statistična značilnost modela vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	34,589	4	8,647	7,073	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostanek</b>	590,485	483	1,223		
<b>Skupaj</b>	625,074	487			

Tabela L.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja spletnih strani povezanih z zdravjem

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti
	B	Standardna napaka				Toleranca
<b>(konstanta)</b>	2,004	,408		4,916	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	,053	,046	,052	1,147	,252	,935
<b>Vpletenost v nakup</b>	,269	,051	,242	5,266	,000	,927
<b>Zdravje</b>	-,008	,055	-,007	-,141	,888	,903
<b>Starost</b>	-,027	,004	-,005	-,101	,019	,897



## PRILOGA M: REGRESIJSKA ANALIZA: VPLIV LASTNIH PREDHODNIH IZKUŠENJ Z ZDRAVILOM

Tabela M.1: Povzetek modela vplivanja lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom

Model	R	R <sup>2</sup>	Prilagojeni R <sup>2</sup>	Standardna napaka ocen (napovedi)
1	,213 <sup>a</sup>	,045	,037	,695

Tabela M.2: Statistična značilnost modela vplivanja lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sign.
<b>Regresija</b>	11,004	4	2,751	5,701	,000 <sup>a</sup>
<b>Ostane</b>	232,577	482	,483		
<b>Skupaj</b>	243,581	486			

Tabela M.3: Koeficienti modela in značilnosti vplivanja lastnih predhodnih izkušenj z zdravilom

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sign.	Statistike o kolinearnosti Toleranca
	B	Standardna napaka				
<b>(konstanta)</b>	4,720	,256		18,428	,000	
<b>Mišljenje/Čutenje</b>	,057	,029	,091	1,967	,050	,935
<b>Vpletenost v nakup</b>	,093	,032	,135	2,910	,004	,927
<b>Zdravje</b>	,001	,035	,001	,030	,976	,903
<b>Starost</b>	-,007	,003	-,126	-2,687	,007	,897