

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Karin Kasesnik

**Vpliv družbeno odgovornega promocijskega sporočanja o zdravju in
zdravilih na strokovno in splošno javnost**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Karin Kasesnik

Mentor: doc. dr. Mihael Kline

**Vpliv družbeno odgovornega promocijskega sporočanja o zdravju in
zdravilih na strokovno in splošno javnost**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju doc. dr. Mihaelu Klineju in mojim bližnjim, ki so verjeli vame.

*Univerza v Ljubljani 1000
Kardeljeva ploščad 5
Ljubljana, Slovenija
Fakulteta za družbene vede
telefon 01 58 05 120*

IZJAVA O AVTORSTVU

doktorske disertacije

Podpisana Karin Kasesnik, z vpisno številko 21081313, sem avtorica doktorske disertacije z naslovom:

Vpliv družbeno odgovornega promocijskega sporočanja o zdravju in zdravilih na strokovno in splošno javnost

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbela, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo, in sem to tudi jasno zapisala v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim se tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki "Dela FDV".

V Ljubljani, dne

Podpis avtorice: _____

POVZETEK

Vpliv družbeno odgovornega promocijskega sporočanja o zdravju in zdravilih na strokovno in splošno javnost

Promocija zdravja in zdravil je področje, ki je raziskovalno zanimivo, z izsledki, ki imajo lahko pozitivne učinke na javno zdravje. Po eni strani se promovirajo zdravila na recept, ki jih predpisujejo zdravniki in se bolnikom izdajajo v lekarni. Poleg tega pa v lekarnah in specializiranih prodajalnah poteka izdaja zdravil brez recepta, ki je večkrat manj strokovno podprta in je odločitev bolnikov v večji meri odvisna od drugih virov informacij, tudi pisnih. Odločitev o izbiri in jemanju zdravila pa je pomembna ter vpliva na učinkovitost, neželene učinke zdravila in morebitne interakcije z drugimi zdravili.

Osnove za raziskave so bile študije neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom, ki je uveljavljeno le v dveh državah. Pregled strokovne literature je pokazal, da primanjkuje komunikoloških raziskav o zdravilih brez recepta. Načrtovano raziskovanje je interdisciplinarno ter združuje področje farmacije, komunikologije in psihologije.

V raziskavi smo za določanje berljivosti uporabili raznolik izbor gradiv o zdravju in zdravilih, ki ga uporabljajo predstavniki strokovne in splošne javnosti. Kot izbor gradiv za strokovnjake smo uporabili povzetke glavnih značilnosti zdravila in promocijska gradiva z zdravili na recept, za bolnike pa navodila za uporabo, gradiva za ustvarjanje zavedanja o bolezni ter promocijska gradiva z zdravili brez recepta, zadnji dve skupini z ozirom na tri terapevtske skupine: za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni, alergij in osteoporoze.

Druge raziskave so temeljile na izboru pisnih gradiv iz večjega, reprezentativnega izbora gradiv iz slovenskih lekarn. Nato smo izbrali gradiva z opisom zdravil brez recepta, ki pripadajo trem terapevtskih skupinam: za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni, alergij in osteoporoze. Medtem ko prvi terapevtski skupini sodita k akutnemu zdravljenju, pa je zdravljenje osteoporoze z zdravili brez recepta pretežno preventivno. Te tri terapevtske skupine so bile izbrane glede na incidenco in prevalenco bolezni ter posledično raznolika promocijska gradiva, z ozirom na razlike med terapevtskimi področji; tudi rezultati so primerljivi z rezultati objavljenih študij. Izbrana gradiva, po deset iz vsake terapevtske skupine, so bila med seboj različna in so izhajala iz različnih slovenskih regij.

Izvedli smo pet raziskav: berljivost besedil, strategije prepričevanja, vključno z določitvijo racionalnih in emocionalnih apelov, trditev o koristnostih in tveganjih, vizualnih ključev in raziskavo razumevanja. Raziskava berljivosti je na osnovi našega, slovenskega algoritma berljivosti pokazala, da besedila, namenjena strokovni in celo splošni javnosti, ne ustrezajo postavljenim merilom. Rezultati analize racionalnih in emocionalnih apelov so pokazali nov model apelov, ki velja za zdravila brez recepta. V tej raziskavi smo določili tudi raven prepričljivosti; ena izmed ravni so tudi manipulativni apeli, ki so pretirani, neetični in lahko vodijo v nepravilno rabo zdravila. Rezultati raziskave za določitev koristnosti in tveganj v gradivih z zdravili brez recepta so pokazali, z razlikami med obravnavanimi terapevtskimi skupinami, da je večina analiziranih promocijskih gradiv dvostranskih, a z izjemo enega gradiva je število trditev o koristnostih presegalo število trditev o tveganjih. Zato smo le odgovarjajočemu farmacevtskemu podjetju pripisali družbeno odgovornost. Kljub relativno nizkim nacionalnim zakonskim zahtevam pri promociji zdravil brez recepta je informacijsko ravnotežje med koristnostmi in tveganji predvidoma pomembno za boljše razumevanje in vodi k ustrezni uporabi zdravil. Z raziskavo vizualnih ključev smo določili prisotnost

vizualnih upodobitev, ki spremljajo besedila v gradivih z zdravili brez recepta in razlike med terapevtskimi skupinami. Rezultati kažejo, da so v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze razvidni bolj pozitivni vizualni ključi, kar se povezuje s preventivno naravo zdravljenja osteoporoze in navajanjem ukrepov za izboljšanje življenjskega sloga, ki upočasnijo razvoj bolezni. Raziskava razumljivosti je pokazala, da so respondenti iz splošne javnosti manj odločeni glede nakupa zdravila brez recepta, če jih primerjamo z odločitvami o svetovanju respondentov iz strokovne javnosti. Del splošne javnosti se pri končni odločitvi predvidoma zanaša tudi na nasvet strokovnjaka. Splošna javnost v manjši meri sprejema tveganja kot strokovna javnost. Opazno je povezovanje dobre učinkovitosti zdravila z dobro razumljivostjo besedila.

Lahko zaključimo, da pisni viri o zdravju in zdravilih večinoma ne ustrezajo potrebam splošne in strokovne javnosti niti ne izpolnjujejo družbeno odgovorne vloge. S pobudami za izobraževanje in nadzor ustvarjalcev pisnih virov in izobraževanjem uporabnikov zdravil bi lahko naredili pozitiven premik. Koristno bi bilo tudi nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: zdravila, berljivost, prepričljivost, apeli, razumljivost, družbena odgovornost

ABSTRACT

Impact of socially responsible promotional messaging regarding health and medicines on the scientific and the general public

Health and medicine promotion is an interesting area for research, and findings in this area can positively affect public health. Prescription medicines are promoted which are prescribed by physicians and issued to patients in pharmacies. Also, Over-the-Counter (OTC) issuing of medicines takes place within pharmacies and specialized stores, often with less support offered. Therefore patients' decisions are dependent on other information sources, including written ones. However, decisions on choosing and taking medicines are very important and can affect the medicine's effectiveness, as can adverse events and possible interactions with other medicines.

Research using Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) for prescription medicine studies has, however, only been carried out in two countries. A literature review has demonstrated that OTC medicine communicology research is lacking. The planned research is interdisciplinary and combines the areas of pharmacy, communicology and psychology.

In the research into determining readability, a selection of materials on health and medicines was used, which was explored by experts and representatives of the general public. Summaries of Product Characteristics and promotional materials for prescription medicines were used by the experts, and Patient Information Leaflets, materials for creating an awareness of disease and promotional materials for OTC medicines were used by the patients. The latter two were related to three therapeutic groups; those with infectious (viral) diseases, those with allergies and those receiving osteoporosis treatment.

Other research studies were based on a selection of written materials from a larger, representative material selection derived from Slovene pharmacies. The materials were then selected and were accompanied by descriptions of OTC medicines belonging to three therapeutic groups: those with infectious (viral) diseases, those with allergies and those under treatment for osteoporosis. While the first two therapeutic groups were undergoing acute treatment, osteoporosis treatment with OTC medicines is predominantly preventive. These three therapeutic groups were selected according to disease incidence and prevalence and consequently various promotional materials, which took into account the differences between therapeutic areas. The results were comparable with previously published studies. The chosen materials, comprising ten for each therapeutic group, were different and were derived from different Slovene regions.

Five research studies were performed into the readability of texts and persuasiveness strategies, including a determination of rational and emotional appeals, benefit and risk claims, visual cues, and comprehension research. Readability research has demonstrated, on the basis of our Slovene algorithm, that the texts intended for the experts, and even those intended for the general public, did not comply with the set criteria. The results of a rational and emotional appeals analysis produced a new appeal model which was valid for OTC medicines. Also persuasiveness levels were set in this research. One of the levels assessed manipulative appeals, which were exaggerated, not ethical and which could lead to improper medicine usage. The results of the research for determining benefits and risks in materials with OTC medicines showed, with differences between the presented therapeutic groups, that a majority of the promotional materials being analyzed were two-sided, and with the exception of one example of the material, the number of benefit claims exceeded the number

of risk claims. Therefore the social responsibility was attributed only to the corresponding pharmaceutical company. Despite there being relatively low national regulatory requirements for OTC medicine promotion, an informational balance between benefits and risks is presumably important for better comprehension in order to establish appropriate medicine usage. Using visual cues research, the presence of visual representations was determined, and accompanying texts were provided for the materials with OTC medicines and for the different therapeutic groups. The results showed that in the materials with OTC medicines for osteoporosis treatment, more positive visual cues were apparent, and were related to the preventive nature of the osteoporosis treatment and to listing the measures for life-style improvement which can delay disease progression. The comprehension research showed that respondents from the general public were less decisive regarding OTC medicine purchases, as compared to accepting decisions being made by experts. It is therefore clear that many members of the general public thus rely heavily on expert advice when a final decision is made. The general public accepts risks to a lesser extent than the experts. A link between the effectiveness of the medicine with a good comprehension of the text was observed.

It can be concluded that written sources about health and medicines mostly do not correspond to the needs of the general public or those of the experts, nor do they fulfil a socially responsible role. By providing incentives for educating and controlling written sources and educating medicine users, a positive shift could be achieved. Also, further research would be useful.

Keywords: medicines, readability, persuasiveness, appeals, comprehension, social responsibility

KAZALO

1	Uvod.....	15
2	Pregled teoretičnih spoznanj.....	18
2.1	Opredelelitev pojmov : marketing, prodaja, oglaševanje in apeli.....	18
2.2	Marketinško komuniciranje, promocija in oglaševanje zdravil.....	19
2.2.1	Marketinško komuniciranje.....	19
2.2.2	Promocija in oglaševanje.....	20
2.3	Psihologija odločanja, stališča in vedenje.....	21
2.3.1	Stališča in prepričevanje.....	21
2.3.2	Povezava med stališči in vedenjem.....	24
2.3.3	Čustva.....	25
2.4	Promocijsko sporočanje farmacevtskih podjetij.....	26
2.4.1	Marketing in promocija zdravil ter osnovne ekonomske značilnosti farmacevtske industrije.....	26
2.4.2	Tržišče zdravil v Sloveniji.....	27
2.4.3	Promocijska sporočila o zdravju in zdravilih ter njihov vpliv.....	28
2.4.4	Neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom.....	28
2.4.4.1	Komercialni in izobraževalni namen sporočil v oglasih z zdravili na recept neposredno porabnikom.....	28
2.4.4.2	Vpliv oglaševanja zdravil na recept.....	30
2.4.4.3	Racionalni apeli, emocionalni apeli in njihova kombinacija.....	32
2.4.4.4	Koristnosti in tveganja v oglasih z zdravili na recept.....	35
2.4.5	Promocija zdravil brez recepta.....	36
2.4.5.1	Regulativa zdravil v Sloveniji.....	37
2.4.6	Ustvarjanje zavedanja o bolezni.....	40
2.4.6.1	Vzbujanje strahu v sporočilih za ustvarjanje zavedanja o bolezni.....	41
2.4.7	Vedenje porabnikov v povezavi z zdravili.....	42
2.5	Viri informacij o zdravilih.....	43
2.5.1	Informiranje bolnikov o zdravju in zdravilih.....	43
2.5.1.1	Pomen farmacevta kot vira informacij o zdravilih.....	45
2.5.2	Informiranje zdravstvenih delavcev o zdravilih.....	46
2.5.2.1	Informiranje zdravnikov o zdravilih.....	46
2.6	Tri terapevtska področja ter zdravljenje bolezni z zdravili na recept in zdravili brez recepta.....	51
2.6.1	Zdravljenje infekcijskih bolezni in promocija zdravljenja.....	51
2.6.2	Zdravljenje alergij in promocija zdravljenja.....	52
2.6.3	Zdravljenje osteoporoze in promocija zdravljenja.....	53
2.7	Socialni marketing in njegovo poslanstvo.....	55
2.7.1	Psihološke teorije in modeli.....	56
2.7.2	Kampanje in sporočila socialnega marketinga, povezana z zdravjem.....	59
2.7.2.1	Strah in grožnja v učinkovitih sporočilih.....	61
2.7.2.2	Uporaba pozitivnega afekta pri oblikovanju sporočil o zdravju.....	62
2.8	Societalni marketing, modeli in njegovo poslanstvo.....	63
2.8.1	Družbeno odgovorno komuniciranje in sporočilo.....	64
2.8.1.1	Družbeno odgovorno komuniciranje farmacevtskih podjetij.....	65
2.9	Značilnosti sporočil.....	66
2.9.1	Berljivost.....	66
2.9.2	Strategije prepričevanja.....	68
2.9.2.1	Racionalni in emocionalni apeli.....	68
2.9.2.2	Koristnosti in tveganja.....	71

2.9.2.3 Vizualni ključi.....	73
2.9.3 Razumevanje.....	77
2.10 Problem in hipoteze.....	80
2.10.1 Raziskovalni problem.....	80
2.10.1.1 Raziskovalni problem pri berljivosti.....	80
2.10.1.2 Raziskovalni problem pri strategijah prepričevanja.....	81
2.10.1.3 Raziskovalni problem pri razumevanju.....	82
2.10.2 Raziskovalne hipoteze.....	82
2.10.2.1 Glavni hipotezi.....	83
2.10.2.2 Hipoteze, povezane z berljivostjo.....	85
2.10.2.3 Hipoteze, povezane s strategijami prepričevanja.....	86
2.10.2.4 Hipoteze, povezane z razumevanjem.....	88
3 Empirični del: rezultati raziskovanja.....	90
3.1 Obravnavani zdravstveni problemi.....	90
3.2 Raziskovalni model.....	91
3.3 Izbor gradiv in vzorec respondentov.....	93
3.3.1 Večji izbor pisnih gradiv kot del predhodne raziskave.....	94
3.3.2 Izbrana gradiva za nadaljnje raziskave.....	95
3.3.2.1 Izbor gradiv za raziskovanje berljivosti.....	95
3.3.2.2 Izbor gradiv za raziskovanje strategij prepričevanja.....	95
3.4 Metode.....	96
3.4.1 Metode pri raziskovanju berljivosti in strategij prepričevanja.....	98
3.4.2 Metoda pri raziskovanju razumljivosti.....	99
3.5 Berljivost.....	100
3.5.1 Raziskovanje berljivosti.....	100
3.5.1.1 Metode pri raziskovanju berljivosti.....	101
3.5.1.2 Rezultati in razprava.....	103
3.5.1.3 Zaključek.....	111
3.6 Strategije prepričevanja.....	111
3.6.1 Racionalni in emocionalni apeli.....	111
3.6.1.1 Metode pri raziskovanju racionalnih in emocionalnih apelo.....	112
3.6.1.2 Rezultati in razprava.....	113
3.6.1.3 Zaključek.....	122
3.6.2 Koristnosti in tveganja.....	122
3.6.2.1 Metode pri raziskovanju koristnosti in tveganj.....	123
3.6.2.2 Rezultati in razprava.....	125
3.6.2.3 Zaključek.....	132
3.6.3 Vizualno komuniciranje.....	133
3.6.3.1 Metode pri raziskovanju vizualnega komuniciranja.....	134
3.6.3.2 Rezultati in razprava.....	135
3.6.3.3 Zaključek.....	140
3.7 Razumevanje.....	141
3.7.1 Raziskovanje razumevanja.....	141
3.7.1.1 Metode pri raziskovanju razumevanja.....	141
3.7.1.2 Rezultati in razprava.....	146
3.7.1.3 Zaključek.....	157
3.8 Zaključki empiričnega dela.....	159
4 Sklep.....	164
5 Literatura.....	166

Priloga A: Apeli »učinkovitost« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b.....	197
Priloga B: Apeli »socialno-psihološkega izboljšanja« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2, H3a in H3b.....	198
Priloga C: Apeli »enostavnost uporabe« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b.....	199
Priloga D: Apeli »varnost« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b.....	200
Priloga E: Vprašalnik za splošno javnost.....	201
Priloga F: Imena zdravil, ki so jih predstavniki splošne javnosti, ki so prebrali Besedilo 1, za lajšanje simptomov pri infekcijskih (virusnih) boleznih že uporabili: frekvence; ustreza odgovoru III. v vprašalniku.....	203
Priloga G: Imena zdravil, ki so jih predstavniki splošne javnosti, ki so prebrali Besedilo 2, za lajšanje simptomov pri infekcijskih (virusnih) boleznih že uporabili: frekvence; ustreza odgovoru III. v vprašalniku.....	203
Priloga H: Delež respondentov iz splošne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje z enim ali obema zdraviloma.....	203
Priloga I: Povezava dobre učinkovitosti zdravljenja z dobro razumljivostjo besedila ter zmerne učinkovitosti zdravljenja s povprečno razumljivostjo besedila po posameznih respondentih iz splošne javnosti.....	204
Priloga J: Vprašalnik za strokovno javnost.....	205
Priloga K: Delež respondentov iz strokovne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje s svetovanjem enega ali obeh zdravil.....	207
Priloga L: Povezava dobre učinkovitosti zdravljenja z dobro razumljivostjo besedila ter zmerne učinkovitosti zdravljenja s povprečno razumljivostjo besedila po posameznih respondentih iz strokovne javnosti.....	208

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Glavni hipotezi.....	85
Tabela 3.1: Izvirni izbor gradiv kot vir analiziranih gradiv.....	94
Tabela 3.2: Izvirni izbor gradiv in izbrana gradiva, ki ustrezajo opazovanim terapevtskim skupinam.....	96
Tabela 3.3: Slovenski in angleški algoritem berljivosti (vrednosti so zaokrožene na cela števila), s srednjimi in vmesnimi vrednostmi (slovenski algoritem smo validirali z dvema časopisoma).....	103
Tabela 3.4: Vrednosti berljivosti primerljivih slovenskih/angleških besedil : navodil za uporabo zdravil, povzetkov glavnih značilnosti zdravila in gradiv za ustvarjanje zavedanja o boleznih.....	107
Tabela 3.5: Vrednosti berljivosti besedil s tveganji in koristnostmi zdravil brez recepta.....	110
Tabela 3.6: Apeli »učinkovitost« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b.....	115
Tabela 3.7: Apeli »socialno-psihološko izboljšanje« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2, H3a in H3b.....	116
Tabela 3.8: Apeli »enostavnost uporabe« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b.....	117
Tabela 3.9: Apeli »varnost« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b.....	118
Tabela 3.10: Testne vrednosti za t-test.....	118
Tabela 3.11: (Pod)kategorije apelov v treh terapevtskih skupinah : t-test, za testiranje H1, H3a, H3b.....	119
Tabela 3.12: Racionalni in emocionalni apeli v treh terapevtskih skupinah: Pearsonov test hi-kvadrat; za testiranje H1 in H2.....	120
Tabela 3.13: Trditve o koristnostih in tveganjih v gradivih z zdravili brez recepta, povezanih z infekcijskimi boleznimi, alergijami in osteoporozo: frekvence trditev in -stranskost sporočil; testiranje H1, H2 in H3.....	129
Tabela 3.14: Koristnosti in tveganja v gradivih z zdravili brez recepta, povezanih z infekcijskimi boleznimi, alergijami in osteoporozo; testiranje H1, H3 s t-testom.....	130
Tabela 3.15: Koristnosti in tveganja: statistična razlika v celotnem izboru gradiv in znotraj treh terapevtskih skupin, za zdravljenje infekcijskih bolezni, alergij in osteoporoze; testiranje H1, H3 s Pearsonovim testom hi-kvadrat.....	131
Tabela 3.16: Vizualni ključi v gradivih z zdravili brez recepta v treh terapevtskih skupinah: frekvence in t-test, za testiranje H1, H2 in H3.....	138
Tabela 3.17 : Osnovni podatki o splošni javnosti po starosti, spolu in stopnji izobrazbe (N=15), Besedilo 1; ustrezajo odgovorom I.A–I.C v vprašalniku.....	145
Tabela 3.18 : Osnovni podatki o splošni javnosti po starosti, spolu in stopnji izobrazbe (N=15), Besedilo 2; ustrezajo odgovorom I.A–I.C v vprašalniku.....	145
Tabela 3.19: Osnovni podatki o strokovni javnosti po starosti, spolu, stopnji izobrazbe in lastništvu lekarne (N=15), Besedilo 1; ustrezajo odgovorom I.A–I.D v vprašalniku.....	146

Tabela 3.20: Osnovni podatki o strokovni javnosti po starosti, spolu, stopnji izobrazbe in lastništvu lekarne (N=15), Besedilo 2; ustrezajo odgovorom I.A–I.D v vprašalniku.....	146
Tabela 3.21: Ocena splošne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku.....	147
Tabela 3.22: Ocena splošne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku.....	147
Tabela 3.23: Ocena splošne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku.....	148
Tabela 3.24: Ocena splošne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku.....	148
Tabela 3.25: Frekvenca zaznavanja tveganj v povezavi z odločitvami za nakup pri splošni javnosti.....	150
Tabela 3.26: ANOVA analiza rezultatov odgovorov splošne javnosti med dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila ter med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila, križno med odgovori na osnovi Besedila 1 in odgovori na osnovi Besedila 2.....	151
Tabela 3.27: Ocena strokovne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku.....	152
Tabela 3.28: Ocena strokovne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku.....	153
Tabela 3.29: Ocena strokovne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku.....	153
Tabela 3.30: Ocena strokovne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku.....	154
Tabela 3.31: Frekvenca zaznavanja tveganj v povezavi z odločitvami za svetovanje strokovne javnosti.....	156
Tabela 3.32: ANOVA analiza rezultatov odgovorov strokovne javnosti med dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila ter med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila, križno med odgovori na osnovi Besedila 1 in odgovori na osnovi Besedila 2.....	157
Tabela 3.33 : Povzetek empiričnega dela z ugotovitvami raziskav.....	163

KAZALO SLIK

Slika 2.1 : Možganski centri za vizualno komuniciranje.....	73
Slika 2.2 : Analiza slike pomeni, da oseba preko analitičnega procesa pregleda, prečisti in obnovi svojo osebno reakcijo na sliko.....	74
Slika 3.1: Shema raziskovalnega modela.....	92

1 Uvod

Promocijo zdravja in zdravil izvajajo tako farmacevtska podjetja kot javnozdravstvene institucije. Promocija zdravja in medikamentoznega zdravljenja z javnozdravstvenim poslanstvom ima cilj izboljšanja zavedanja in skrbi prebivalcev za lastno zdravje. Končni namen na nacionalni ravni je izboljšanje javnega zdravja, s sočasnimi ekonomskimi koristnostmi. K nadaljnjemu doseganju ciljev lahko bistveno prispevajo preventivno ukrepanje za ohranjanje in izboljševanje zdravja ter izobraževanje o zdravljenju z zdravili.

Farmacevtska podjetja intenzivno izvajajo aktivnosti promocije zdravil kot pomembnega dela svojih marketinških aktivnosti. Promocija je usmerjena k strokovnjakom, zdravnikom, ki predpisujejo zdravila, in drugim zdravstvenim delavcem. Velika, inovativna farmacevtska podjetja v primerjavi z drugimi industrijskimi vejami ustvarjajo velike dobičke in znatna finančna sredstva vlagajo v marketing, tudi v oglaševanje. V praksi in tudi v raziskovalnih študijah ugotavljajo učinke neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom, ki postaja v državah, kjer je tovrstno oglaševanje zakonsko dovoljeno, že skoraj neobvladljivo. Prodajni rezultati kažejo, da so farmacevtska podjetja s svojimi promocijskimi pristopi uspešna.

Na socialnem marketingu osnovana promocija zdravja in zdravil, ki jo izvajajo javnozdravstvene organizacije in drugi izvajalci, je novejša in pogosto premalo učinkovita dejavnost. Te organizacije uspešno uveljavljajo svoje promocijske programe, če temeljijo na uspešnih marketinških aktivnostih, saj etično poslanstvo ne zadostuje. Kot bolj učinkovita kombinacija se lahko izkaže kombinacija različnih marketinških strategij. Uspešne marketinške metode farmacevtskih podjetij so lahko uporabne tudi za javnozdravstvene organizacije. Zaradi pomembnosti promocije organizacij z javnozdravstvenim delovanjem in znatnega vpliva tega delovanja na različne javnosti pa je nujno, da se učinkovitost teh organizacij razvija in povečuje.

Predstavniki strokovne in splošne javnosti imajo na razpolago veliko virov informacij o zdravju in zdravilih. Za predstavnike splošne javnosti obstaja večje tveganje, da ne bodo izbrali ustreznega vira informacij o zdravju in/ali zdravilih oziroma da vir informacij ne bo dovolj razumljiv. Ko bolnik potrebuje zdravilo na recept, se to predpiše na osnovi

zdravnikove strokovne presoje, ki temelji na poznavanju bolnikove anamneze, statusa in medikamentoznega zdravljenja. Izdajo zdravil poleg zdravnikovega nasveta spremlja tudi nasvet farmacevta ob izdaji zdravila. Opozorila na ovojnini zdravila opominjajo bolnika, da mora podrobno prebrati tudi priloženo navodilo za uporabo. Promocija zdravil na recept ne sme biti usmerjena k bolniku, ker ni zakonsko dovoljena; izjemi sta dve državi, ZDA in Nova Zelandija, kjer je tovrstna promocija dovoljena.

Izdajo zdravil brez recepta spremlja nasvet strokovnjaka, največkrat farmacevta ali farmacevtskega tehnika. Vendar pa lahko porabnik predhodno pridobi informacije iz promocijskih gradiv in že natančno ve, katero zdravilo želi. Nacionalna regulativa je na področju promocije zdravil brez recepta sicer stroga, zaenkrat pa ni zagotovljen reden nadzor vseh promocijskih gradiv, iz katerih porabnik črpa informacije; pomembnejši viri so pisni, vključno s tiskanimi in internetnimi.

V doktorski disertaciji smo izhajali iz osnovnega problema, da zlasti pisna gradiva o zdravju in zdravilih brez recepta tudi v globalnem merilu še niso podrobno raziskana, imajo pa potencialni vpliv na razumevanje splošne in strokovne javnosti. Razumevanje pisnih virov vodi v odločitve, namere in vedenje, ki so pomembni za zdravstvene izide. Predstavljene so raziskave s podrobno analizo pisnih gradiv – tako besedil kot vizualnih upodobitev – o zdravju in zdravilih z več terapevtskih področij. Na koncu smo ugotavljali razumevanje določenih pisnih gradiv, ki vodi v odločitve in nakupne namere ter je povezano z vedenjem strokovnjakov in porabnikov. Postavili smo dve glavni hipotezi, ki smo ju v sklepnih fazah preverjali z raziskavami, ki obravnavajo razumevanje, povezano z odločitvami oziroma nakupnimi namerami predstavnikov splošne oziroma strokovne javnosti. V raziskavi o berljivosti smo postavili hipoteze, na osnovi katerih smo preverjali predvidene neustrezne stopnje berljivosti različnih gradiv za splošno in strokovno javnost. Nadalje smo izvedli raziskave v okviru teorij prepričevanja. Pri raziskavi o racionalnih in emocionalnih apelih smo postavili hipoteze o predvidenem večjem deležu racionalnih apelov glede na emocionalne ter manj prepričljivih apelov glede na bolj prepričevalne oziroma manipulativne. Večje prisotnosti družbeno odgovornih apelov nismo pričakovali. Raziskava o trditvah, ki opisujejo koristnosti in tveganja, je temeljila na hipotezah o večjem številu trditev o koristnostih v primerjavi s trditvami o tveganjih ter o predvideni večji prisotnosti dvostranskih sporočil pri akutnem zdravljenju, z ozirom na profilaktično zdravljenje. Pri raziskovanju vizualnega

komuniciranja smo postavili hipoteze o upodobitvah oseb in ovojnine zdravil, pa tudi o specifičnosti vizualnih ključev v gradivih o zdravilih brez recepta.

Namen dela je napredek pri raziskovanju področja informacij o zdravju in zdravilih, posebej zdravilih brez recepta, kjer nismo zasledili veliko objavljenih znanstvenih del. Rezultati raziskav z analizo pisnih virov bodo predvidoma pomenili raziskovalni prispevek, saj je posebej v slovenskem prostoru to področje pomanjkljivo raziskano, predvsem glede berljivosti. Rezultati določenih raziskav bodo tudi širše uporabni, ne le za področje zdravja in zdravil. Izsledki raziskav, njihova interpretacija, ki je osnovana na objavljenih znanstvenih dognanjih, pa bodo imeli tudi aplikativno vrednost. Izboljšanje pisnih virov o zdravju in zdravilih lahko vodi v boljše razumevanje splošne in strokovne javnosti ter posredno k boljšim zdravstvenim izidom.

V strukturi doktorskega dela uvodnemu delu sledi pregled teoretičnih spoznanj, ki se nadaljuje v empirični del. V pregledu teoretičnih spoznanj po opisu marketinškega komuniciranja, promocije in oglaševanja zdravil naslednje poglavje obravnava psihologijo odločanja, stališč in vedenja. Pri promocijskem sporočanju farmacevtskih podjetij je poudarjeno oglaševanje zdravil na recept in zdravil brez recepta, ki se nadaljuje s poglavjem o virih informacij o zdravilih ter poglavjem o obravnavanih terapevtskih področjih in zdravljenju bolezni. Pomen socialnega in societalnega marketinga ter značilnosti sporočil so opisani v nadaljevanju doktorskega dela. Teoretični sklop zaključujejo raziskovalni problemi in hipoteze, skladno z izvedenimi raziskavami. V empiričnem delu po navedbi zdravstvenega problema, raziskovalnega modela, izbora gradiv in metod sledi opis raziskav o berljivosti, strategijah prepričevanja, to je racionalnih in emocionalnih apelov, o koristnostih in tveganjih, vizualnih ključih ter raziskava o razumevanju. Zaključki empiričnega dela vodijo v sklep s ključnimi dosežki doktorskega dela.

2 Pregled teoretičnih spoznanj

2.1 Opredelitev pojmov: marketing, prodaja, oglaševanje in apeli

Iz začetne opredelitve marketinga kot dejanja nakupa na trgu so marketing kasneje v ZDA opisali kot proces učinkovite množične prodaje (Jančič v Jančič in Žabkar 2013, 22–23). Proizvodnja je kasneje postala naravnana tako, da sledi potrošnji. V marketinški teoriji so opredelili še danes znane koncepte: življenjski cikel izdelka, segmentacijo trga, pozicioniranje, marketinški splet in podobno. V okviru marketinškega menedžmenta organizacija najprej prepozna želje in zahteve uporabnikov ter nato pristopi k oblikovanju izdelka ali storitve. Pri prodajnem konceptu pa je izdelek ali storitev že vnaprej dana. Naloga marketinških strokovnjakov je, da uporabijo del marketinških znanj, da si utrejo pot do boljše prodaje. Ameriška marketinška zveza (AMA) je leta 2007 sprejela opredelitev, da je marketing aktivnost, splet institucij in postopkov za ustvarjanje, komuniciranje, dobavljanje in menjavo ponudb, ki imajo vrednost za porabnike, stranke, partnerje in družbo kot celoto (Jančič v Jančič in Žabkar 2013, 25–26).

Oglaševanje je del marketinškega menedžmenta (Jančič v Jančič in Žabkar 2013, 22–23). Opredeljeno je kot plačana, skozi medij posredovana oblika komunikacije prepoznavnega izvora, oblikovana, da prepriča prejemnika, da nekaj stori, bodisi takoj bodisi v prihodnosti. Oglaševanje mora prodajati (Jančič v Jančič in Žabkar 2013, 22–24). Model 4P obsega izdelek, prodajno ceno, prodajne poti in promocijo in v sklop slednjega sodi tudi oglaševanje. Za storitev se uporablja razširjeni marketinški splet 7P. Model 4C pa je bližje zadovoljevanju želja druge strani (porabnika). Sestavine tega modela so porabnikove želje in potrebe, strošek porabnika, priročnost nakupa in komunikacija. Percy in Elliot (2009) menita, da ima oglaševanje cilj dolgoročne gradnje pozitivnega odnosa do znamke in porabnika usmerja k znamki. Cilj promocije pa je bolj kratkoročen in taktičen ter pomeni spodbujanje sedanje prodaje znamke (Percy in Elliot 2009).

Integrirano marketinško komuniciranje pomeni načrtovanje in izvajanje vseh vrst marketinškega komuniciranja, ki se potrebuje za znamko, storitev ali podjetje, da bi zadostili komunikacijskim ciljem; torej integrirano marketinško komuniciranje podpira posamezno pozicioniranje (Percy in Elliot 2009, 377).

Percy in Elliot (2009) razlikujeta med logičnimi apeli, kjer se uporabljajo logični argumenti, patetičnimi apeli, ki naslavljajo naše strasti, in etičnimi apeli, ki se nanašajo na kredibilnost ali privlačnost osebe, ki prinaša sporočilo. Pri logičnih apelih je potrebna privlačnost. Skladno s Aristotelovimi stališči se z logičnimi apeli prejemnika sporočila sprašuje o sklepu ali zaključku, ki temelji na argumentih. Logični apeli so v ospredju pri odločitvah z veliko mero vključenosti, ob negativni motivaciji. Patetični apel po Aristotelu pomeni prepričljivo sporočilo, ki vodi v ustvarjanje ustreznega občutja pri prejemniku sporočila. Skladno z Aristotelom je tretji apel etos, to je prepričljivo sporočilo, ki temelji bolj na viru sporočila kot na sporočilu samem: o etičnih apelih je Aristotel govoril v smislu vgradnje v moralna načela.

2.2 Marketinško komuniciranje, promocija in oglaševanje zdravil

2.2.1 Marketinško komuniciranje

Marketinško komuniciranje se opredeljuje kot proces, s katerim tržnik razvija in predstavlja ustrezen niz dražljajev določeni ciljni javnosti, z namenom, da sproži želeni niz odzivov (Yeshin 1996). Marketinškokomunikacijski splet sestavlja pet glavnih načinov komunikacije (Kotler 1997): oglaševanje kot oblika neosebne predstavitve in promocije idej, blaga ali storitev; prodajna promocija, raznolike kratkotrajne spodbude za nabavo blaga ali storitve; odnosi z javnostmi, različni programi za promocijo ali zaščito imidža podjetja ali posameznih izdelkov; osebna prodaja, s pomočjo neposredne komunikacije in direktni marketing; zaposleni, ki izdelke prodajajo. Opisani elementi se na enoten in povezan način uporabljajo za doseganje specifično opredeljenih in merljivih ciljev (Yeshin 1996).

V komunikacijskem procesu so ključni trije elementi: pošiljatelj, sporočilo in prejemnik; sporočilo se kodira v simbolne predstave, v obliki besed, slike ali oboje (Yeshin 1996). Odločanje porabnika se deli v pet faz: razpoznanje problema, iskanje informacij, ovrednotenje nadomestil, nakupne odločitve in ponakupno ovrednotenje. Vpliv na proces odločanja imajo porabnikov socialni razred, starost in spol, družinsko okolje, rasa in religija, prihodek, vloga porabnika in referenčne skupine. Pomemben vpliv na nakupne odločitve imajo tudi osebnostne lastnosti, odnos do določenih izdelkov in storitev ter življenjski slog porabnikov, pa tudi različne faze družinskega življenja. Yeshin (1996) zaključuje, da sodobno marketinško komuniciranje teži k integrirani aktivnosti, pošiljatelj sporočila želi doseči občutek povezave

med posredovanimi sporočili. Poleg opisanih treh elementov je pomemben komunikacijski kanal, preko katerega se sporočilo prenaša.

Različne skupine porabnikov zahtevajo različne marketinške strategije, kar je posebej pomembno pri marketingu v farmacevtski industriji, kjer je cena promocije visoka. Razlog je predvsem velik obseg osebne komunikacije, to je obiskovanje zdravnikov, ki predpisujejo oziroma naročajo zdravila, in drugih odločevalcev. Zato se uporablja marketinška segmentacija, ki je proces delitve porabnikov v različne skupine ali segmente, znotraj katerih imajo porabniki s podobnimi značilnostmi podobne potrebe. Na ta način se lahko vsakega izmed njih doseže z različnim marketinškim spletom (McDonald in Dunbar 1995). Poleg razpoznavanja razlik med porabniki se s segmentacijo ugotavljajo tržne niše, koncentracija virov, pridobivanje konkurenčne prednosti in marketing podjetja kot specialista v izbranem tržnem segmentu.

2.2.2 Promocija in oglaševanje

Marketinški splet določajo distribucija, cena, izdelek in promocija. Pri oblikovanju marketinškega spleta je treba upoštevati nakupno vedenje porabnikov, vedenje veletrgovcev in trgovcev na drobno, pozicijo in vedenje konkurentov ter vedenje vladnih organizacij (Borden 1964). Nakupno vedenje določajo motivacija porabnikov za nakup, nakupne navade, življenjske navade, okolje, nakupna moč in drugi dejavniki. Promocija je usklajevanje vseh na prodaji temelječih aktivnosti za pripravo informacijskih kanalov in prepričevanje, z namenom prodaje blaga in storitev ali promocijo ideje (Belch in Belch 2000).

Belch in Belch (2000) oglaševanje opredeljujeta kot plačljivo obliko neosebne komunikacije o organizaciji, izdelku, storitvi ali ideji. Oglaševanje je najbolj znana in razširjena oblika promocije, ki je zaradi velikega dosega lahko stroškovno učinkovita; z oglaševanjem se z diferenciranjem ustvarjajo podobe znamke in simbolnih apelov za podjetje ali znamko (Belch in Belch 2000). Načrt oglaševanja kot del marketinškega načrta naj vsebuje pregled tržne situacije in znamk, analizo konkurence in porabnikov, marketinške cilje, oglaševalska priporočila, proračun in evalvacijski postopek (Yeshin 1996). Yeshin svetuje ugotavljanje vedenjskih vzorcev porabnikov in razvojne strategije za razvoj različnih faz oglaševalske kampanje. Porabniki iščejo informacije v notranjem in zunanjem okolju. A ker so

preobremenjeni z informacijami, naj bodo vsa oglaševalska sporočila zelo podobna in naj se razlikujejo le v zanimivih podrobnostih (Kline v Jančič in Žabkar 2013, 125–150).

Oglaševanju se pripisuje več značilnosti (Kotler 1997): veliko oseb prejme isto sporočilo; prepričljivost, ki se uresničuje s pomočjo ponovitev sporočila; umetniška izraznost; ne pričakuje se odgovora na sporočilo. Čeprav je cilj oglaševalcev porabnike privedi do nakupa, pa je oglaševanje učinkovito le, če so učinki dolgoročni (Kline v Jančič in Žabkar 2013, 125–150). To pomeni, da je porabnik z nakupom zadovoljen in ponovno nakupuje. Chen s sodelavci (2005) je pokazal, da je vsečnost posameznih elementov v prikazanih oglasih znatno prispevala k učinkovitosti oglaševanja, to je k nakupni nameri.

Z oglaševalskim apelom se želi pritegniti pozornost porabnikov oziroma vplivati na njihova čustva do izdelka ali storitve (Belch in Belch 2000). Oglaševalci z apelom naslavlajo želje ali potrebe porabnikov ter vzbudijo njihovo zanimanje; s pomočjo ustvarjalnosti se apel pretvori v oglaševalsko sporočilo, ki se predstavi porabniku. Apeli se delijo na racionalne, ki imajo vlogo informiranja, in emocionalne. Racionalni in emocionalni apeli so širše razloženi v Poglavlju 2.4.4.3. Pri raziskovanju strategij prepričevanja so racionalni in emocionalni apeli tudi del naše raziskave, opisane v Poglavlju 3.6.1.

2.3 Psihologija odločanja, stališča in vedenje

2.3.1 Stališča in prepričevanje

Nadvse pomembno je ujeti pozornost in zanimanje porabnikov, ki jim običajno manjka motivacije, sposobnosti ali priložnosti za analiziranje posledic ocene pomembnih informacij (Bagozzi in Ruvio 2011). Avtorja navajata, da pomnjenje porabnikov zajema kodiranje, skladiščenje in pridobivanje informacij, povezanih z izdelki in storitvami.

V strokovni literaturi obstaja veliko različnih opredelitev pojma stališče, z nekaterimi skupnimi značilnostmi (McGuire 1985). McGuire trdi, da stališč ne moremo neposredno opazovati, ampak lahko nanje sklepamo le posredno, na osnovi zunanjega delovanja ljudi. Stališča opredeljuje kot vzročne dejavnike vedenja in delovanja, ki ne prenehajo s tem, ko se kažejo v določeni obliki vedenja. Katz (1960) pripisuje stališčem štiri funkcije. Prva je prilagoditvena funkcija, pri kateri posameznik oceni koristnost predmetov za doseganje ciljev;

druga je funkcija branjenja ega, pri kateri posameznik uporablja stališča za branjenje svoje samopodobe; sledita funkcija izražanja vrednosti, s katero posameznik izraža svoje osrednje vrednote in sebe do drugih, ter funkcija znanja, s katero posameznik gradi pomen ali razlaga. Če na stališča vpliva preteklo vedenje, je razmerje bolj zapleteno in običajno predstavljeno kot dvosmerni proces (Foxall in drugi 1998). Ti avtorji predstavljajo model, pri katerem razmislek vpliva na prepričanja, nato na afekt, namere in končno na vedenje, na ta proces pa učinkujejo tudi izkušnje.

Stališča delujejo v duševnosti človeka, posredujejo med zunanjimi dražljaji in odzivi ljudi nanje (Ule 2005). Sprememba stališč pa vodi do spremembe vedenja. Zaradi tesne povezave z vedenjem so stališča ključna za izoblikovanje predstav o nas samih in drugih osebah ter za naše motivacijske strukture. Stališča so kompleksna, saj združujejo kognitivno, čustveno in aktivnostno duševno funkcijo. Kognitivna sestavina stališč so vedenja, znanja, izkušnje, informacije, vrednostne sodbe in argumenti. Čustvena oziroma ocenjevalna sestavina stališč so pozitivna ali negativna občutja in ocenjevanja. Aktivnostna, dinamična sestavina je težnja človeka, da deluje na določen način glede na objekt stališč, torej da podpre objekte in situacije, do katerih ima pozitivna stališča, oziroma prepreči pojave ali situacije, do katerih ima negativna stališča. Prepričanje pa je za razliko od stališča zasnovano samo na intelektualni komponenti (Ule 2005).

Stališča usmerjajo pozornost, delujejo na selektivnost zaznavanja ter tudi na učenje in pomnjenje; uporabo komunikacijskega procesa za spreminjanje stališč imenujemo prepričevanje (Ule 2005). Prepričevanje je motiviranje neke osebe s pomočjo komunikacije, da bi spremenila svoja prepričanja, stališča, vedenje. S prepričevanjem je mogoče vplivati na druge ljudi, da živijo kvalitetnejše, bogatejše, bolj zdravo življenje.

Povezavo med stališči in vedenjem vsebujejo različne psihološke teorije. Model zdravstvenih prepričanj (*Health Belief Model*, HBM) predvideva določeno z zdravjem povezano vedenje, na osnovi določenih predhodnih pričakovanj in prepričanj (Glanz in Rimer 1997). V teoriji upravičene akcije (*Theory of Reasoned Action*, TRA) prepričanja in vrednotenja vplivajo na odnos do vedenja in do dejanskega vedenja (Fishbein in Ajzen 1975). Socialna kognitivna teorija (*Social Cognitive Theory*, SCT) navaja, da posamezna oseba opazuje druge ljudi in se uči iz njihovega vedenja (Bloom in Gundlach 2000). Transteoretični model spreminjanja (zdravstvenega) vedenja (*Transtheoretical Model of Behavioral Change*, TTM) obravnava

specifične stopnje sprememb in z njimi povezana vplivanja (Bloom in Gundlach 2000). Z modelom verjetnosti predelave (*Elaboration Likelihood Model*, ELM) se poskušajo razumeti vzroki in posledice sprememb vedenja (Petty in Cacioppo 1981; 1986a). Model hierarhije učinkov (*The Hierarchy of Effects Model*, HEM) upošteva obe poti prepričevalnosti, centralno in periferno (Petty in Cacioppo 1979).

V kontekstu marketinga Foxall in sodelavci (1998) navajajo, da imajo porabniki stališča do znamk, izdelkov, podjetij, trgovin oziroma oglasov. Stališča in subjektivne norme se spreminjajo s povezovanjem znamke s ključnimi cilji porabnika. Cilj prepričevanja je predvsem spreminjanje prepričanj in stališč, da bi to privedlo tudi do spremembe vedenja. Ljudje ne spreminjajo stališč le na osnovi racionalnih dejavnikov; pogosto želijo spremeniti svoja stališča tudi na osnovi simpatičnosti ali podobnosti osebe oziroma se želijo približati zelenemu socialnemu položaju (Gergen in Gergen 1986). Skladno s središčno razlago stališč ljudje aktivno razmišljajo o stvareh, o katerih skušajo izoblikovati stališča, in je stališče rezultat racionalnega premisleka; skladno s stransko (periferno) smerjo pa ljudje spreminjajo stališča, ker je to enostavneje, kot da bi premišljeno oblikovali lastno stališče (Ule 2005). Torej je izbira središčne ali stranske smeri odvisna od ocene pomembnosti predmeta stališč. Ule (2005) omenja pomen števila informacij; človek bo bolj spremenil že izoblikovano stališče, če mu bo komunikator ponudil več informacij, a le do doseženega praga informacij, ko nove informacije stališča ne morejo več bistveno spremeniti. Pomemben je tudi spomin; v primeru negativnega odnosa do neke tematike bo človek iz spomina črpal same negativne dogodke, v primeru pozitivnega odnosa pa pozitivne dogodke. Iz te ugotovitve izhaja, da bo komunikator v večji meri spremenil stališča prejemnikov, če jih bo spominjal na prijetne vtise in izkušnje s predmetom svojih sporočil. Če povzamemo, avtorji poudarjajo racionalne dejavnike pri spreminjanju stališč, le v manjši meri, ali sploh ne, pa omenjajo čustvene dejavnike.

Pri prepričevanju je treba upoštevati lastnosti komunikatorjev, sporočil, medija, prejemnika, na katerega se želi vplivati s spremembo stališč oziroma vedenja, pa tudi interakcijo med temi elementi. Hovland s sodelavci (1953) in Ule (2005) so ugotovili pomen verodostojnosti kot komunikacijske značilnosti komunikatorja; verodostojnost temelji na strokovnosti oziroma dobri informiranosti, resnicoljubnosti komunikatorja in zanesljivosti njegovih virov informacij (Ule 2005). Hovland s sodelavci (1953) omenja tudi pomen privlačnosti in socialne moči. Odločitve porabnikov so dolgo veljale za racionalne, a jih pogosto omaje afekt oziroma

predvidevanja prihodnjih potrošnih izkušenj, ki so pogosto nenatančna (Bagozzi in Ruvio 2011). Na sodbo in odločanje porabnikov vpliva veliko spremenljivk za pritegnitev pozornosti porabnikov.

Pomembna je organizacija argumentov promocijskega sporočila (Ule 2005); dvostranska sporočila so bolj učinkovita kot enostranska. V sporočilu naj se upošteva učinek prvega vtisa, da si zainteresirana javnost že takoj ustvari mnenje in sodbe, ter učinek zadnjega vtisa in potrditev zaključkov. Nizko vpletena javnost pa si mnenje ustvari na osnovi zaključnih argumentov, kar pomeni učinek zadnjega vtisa. Najuspešnejše so tiste oblike prepričevanja, kjer so prejemniki sporočil dejavno vključeni v komuniciranje, pomemben je tudi vpliv ponovljenih sporočil na prejemnike sporočila.

2.3.2 Povezava med stališči in vedenjem

Razmerje med stališči in vedenjem ni enosmerno. Ne le da se ljudje največkrat vedejo v skladu s svojimi stališči, ampak pogosto tudi stališča sledijo določenim vedenjskim vzorcem. Stališča se razvijajo iz prejšnjih informacij, argumentov in človekovih izkušenj, in sicer se na tej osnovi najprej razvijejo določena mnenja, tem se pridružijo čustva, od tod izhajajo namere človeka, ki privedejo do dejanj, to je vedenja (Ule 2005). Avtorica nadalje ugotavlja, da se le pri osebah, ki se konsistentno vedejo v različnih situacijah, pričakuje skladnost stališč in vedenja, stopnja pripravljenosti za spremembo stališč oziroma vedenja pa je odvisna od vpletenosti posameznika v komunikacijski proces in pomembnosti sporočila za prejemnika.

McGuire (v Stroebe in drugi 1990, 180) predlaga dvofaktorski model spreminjanja vedenja pod vplivom prepričevanja. Model opisuje pet stopenj za ustrezno spremembo vedenja. Prejemnik mora izkusiti vse korake procesa prepričevanja, vsak naslednji korak pa sledi šele potem, ko je uspešno končan predhodni. Po vzbujanju pozornosti sledi razumevanje vsebine sporočila; ti dve stopnji pomenita sprejem sporočila. Sledi sprejemanje argumentov ter spreminjanje oziroma ohranitev stališč; te stopnje tvorijo učinek sporočila na spreminjanje stališč. McGuire je ugotovil, da inteligentnost pozitivno vpliva na razumevanje stališč v sporočilu, negativno pa na njihovo dejansko sprejemanje in ohranjanje. Postavil je poenostavljeno hipotezo, da je verjetnost, da prepričevanje pripelje do spremembe vedenja, enaka produktu verjetnosti razumevanja sporočil in verjetnosti za sprejemanje in ohranjanje sporočila.

Foxall s sodelavci (1998) navaja, da na vedenje ne vplivajo le stališča, ampak tudi osebne značilnosti, samopodobe, motivi, preteklo vedenje ter družbena in fizična ureditev, v kateri se aktivnost dogaja. Pri večini človekovega vedenja prevladuje stereotipno vedenje, saj je to v večini primerov najbolj učinkovita oblika vedenja (Cialdini 1993). Cialdini tudi ugotavlja, da ljudje želimo obdržati svojo miselnost in prepričanja skladna s tem, kar smo že storili ali se odločili. Vztrajanje pri obstoječih stališčih se ceni, visoka stopnja vztrajanja pa se običajno povezuje z osebnostno in intelektualno močjo.

2.3.3 Čustva

Kljub predhodni miselnosti, da razum in čustva delujejo po ločenih nevrlnih poteh, Damasio (2005) trdi, da čustva vplivajo na racionalne odločitve. Do teh ugotovitev je prišel na osnovi opazovanja bolnikov s poškodovanim frontalnim režnjem v možganih, ki se niso bili zmožni pravilno odločati, posebej ko je odločitev vključevala osebne in socialne zadeve. Pri teh osebah Damasio ni opazil pomanjkljive inteligence ali motenj razumskega delovanja, pač pa ni bilo mogoče zaznati čustvenih odzivov. Iz ugotovitev je izhajal sklep, da je zmanjšanje delovanja čustev pomemben vir iracionalnega vedenja. Pristop Damasia je inovativen in fiziološko potrjen ter izpodbija prejšnje teorije, ki so večinoma upoštevale le racionalne odločitve.

Subjektivno občutenje, kot je ljubezen, ponos, razburjenost, anksioznost, strah, krivda ali jeza, je povezano s sistematičnimi vzorci ovrednotenja dogodka (Bagozzi in Ruvio 2011). Ta avtorja navajata, da imajo čustva poleg ovrednotenja izkustveno sestavino, ki jo spremljajo fiziološki procesi; fizično komuniciranje poteka s pomočjo kretenj ali obrazne mimike, s čimer se čustvom omogoča, da se širijo na druge. Skladno s psihološkimi pristopi in na osnovi raziskav porabnikov Bagozzi in Ruvio razlikujeta med čustvi in sorodnimi pojmi, kot sta afekt in razpoloženje. Frank (1988) opisuje, da strasti pogosto služijo našim interesom, ko se srečujemo s pomembnimi problemi, ki jih enostavno ni mogoče rešiti z racionalno aktivnostjo. Richins (1997) je čustva, ki jih porabniki lahko razvijejo, povezovala s pridobivanjem, posedovanjem in uporabo različnih izdelkov ter pri tem opredelil 16 različnih čustev.

Čustva igrajo pomembne vloge na mnogih področjih porabnikove aktivnosti (Bagozzi in Ruvio 2011). Avtorja ugotavljata, da se lahko sočasno pojavljajo pozitivni in negativni čustveni odzivi na oglase ter da obenem s kognitivnimi odzivi vplivajo na tvorbo stališč do oglasa in posredno do znamke. Pri tem so čustveni odzivi pomembnejše determinante odnosa do oglasa pri manjši vpletenosti porabnikov, pri večji vpletenosti porabnikov pa so pomembni tako kognitivni kot čustveni odzivi. Oglasi s čustvenimi apeli z dovolj visoko ravno čustev vplivajo na večjo pozornost in spodbujajo procesiranje sporočila ter tako prepričujejo in vplivajo na vedenjske namere; tudi negativni čustveni apeli lahko spodbudijo pozitivne izide, ko na primer pri osebah povzročijo empatijo. Rezultati tega dela (Bagozzi in Ruvio 2011) kažejo tudi razlike v vsečnosti in priklicu emocionalnih oglasov glede na starost oseb, pa tudi vpliv interakcije med prodajalcem in porabnikom na porabnikova čustva.

2.4 Promocijsko sporočanje farmacevtskih podjetij

Promocija zdravja in zdravil je obsežno področje z več vidiki. Opisu osnovnih značilnosti marketinga in promocije zdravil ter farmacevtske industrije bo sledil kratek opis tržišča v Sloveniji ter nadzora zdravil in dokumentacije o njih. Promocijska sporočila o zdravilih imajo različen vpliv na osebe iz različnih segmentov, glede na to, kakšne informacije najbolj sprejemajo. Neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom je, kjer je dovoljeno, povzročilo tudi negativne učinke na javno zdravje. Rezultati analiz teh oglasov so pomembno študijsko gradivo pred izvedbo naše raziskave. Opisani bodo tudi promocija zdravil brez recepta, vključno z regulatorno ureditvijo, ustvarjanje zavedanja o bolezni in vpliv na vedenje.

2.4.1 Marketing in promocija zdravil ter osnovne ekonomske značilnosti farmacevtske industrije

Zdravila so neobhodni izdelki za uspešen nadzor bolezni in zmanjšanje umrljivosti. Predvidoma se bo pomen zdravil še povečal, zaradi napredka na področjih nevrobiologije, imunologije, molekularne biologije, znanja o celicah in genetike (Smith 1983).

Oglaševalci zdravil opredelijo specialiste, za katere je najbolj verjetno, da bodo predpisovali določeno zdravilo, in velikost tega segmenta (Smith 1983). Promocijske aktivnosti se pogosto ne usmerjajo na zdravnike, starejše od 65 let, čeprav posebej starejši bolniki pogosto raje obiskujejo prav te zdravnike. Kot poglavitni merili za opredelitev tržišča Smith (1983) navaja

zbolevnost in umrljivost. Ti dve merili bi morala dopolniti tudi dodatna merila, kot je nacionalna doktrina zdravljenja; pomembno je, kje so na primer meje pričetka zdravljenja kroničnih bolezni.

Farmacevtska podjetja proizvajajo inovativna in generična zdravila (Cocks v Smith 1983, 343–368). V inovativnih farmacevtskih podjetjih se razvijajo nova zdravila in izboljšujejo terapevtske značilnosti obstoječih. Vendar pa je razmeroma malo razvojno in raziskovalno intenzivnih farmacevtskih podjetij. Kljub pozitivnemu prispevku farmacevtske industrije k medicinskemu in farmacevtskemu napredku so farmacevtska podjetja zlasti zelo dobičkonosna, cene pa visoke. Velik delež cene zdravil Cocks pripisuje stroškom razvoja in raziskav. Ugotavlja, da je promocija v farmacevtski industriji bolj prepričevalna kot informativna; zdravnike prepričuje, naj izmed terapevtsko primerljivih predpisujejo določeno zdravilo.

Šele po poteku patentne zaščite se lahko na tržišče uvedejo bioekvivalentna generična zdravila z vsebnostjo iste zdravilne učinkovine. Na tržišču pa je premalo resnično inovativnih zdravil, mnoga inovativna zdravila pa pripadajo isti ožji terapevtski skupini in se med seboj razlikujejo le v nekaj prednostih za določene skupine bolnikov. Pomembno je vključevanje znanja v razvoj novih zdravil.

2.4.2 Tržišče zdravil v Sloveniji

Poleg inovativnih farmacevtskih podjetij so na slovenskem tržišču prisotni tudi proizvajalci generičnih zdravil. Porazdelitev stroškov za zdravila med obveznim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem je odvisna od razvrstitve na pozitivno oziroma vmesno listo zdravil; bolniki morajo v celoti kriti stroške za zdravila, ki niso razvrščena na nobeno listo. V letu 2013 je zdravstvena zavarovalnica pričela uvajati sistem terapevtskih skupin zdravil, z določitvijo najvišje cene, ki jo krije zdravstvena blagajna.

Slovensko farmacevtsko tržišče postaja vse bolj konkurenčno. V preteklih letih je naraščalo število podjetij, ki so prisotna na slovenskem tržišču, in število registriranih zdravil, sočasno pa je na nacionalni ravni čedalje težje zagotavljati sredstva za zdravstveni proračun. Postopki registracije zdravil so znatno olajšani s pogosto poenotenimi postopki Evropske unije. Področja odgovornosti Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske

pripomočke zajemajo zaščito javnega zdravja, s pomočjo regulative in nadzora zdravil in medicinskih pripomočkov, krvi, tkiv in celičnih kultur ter sorodnih aktivnosti, v zasebnem in javnem sektorju. Niti poraba bolnišničnih zdravil niti poraba zdravil, ki se izdajajo brez recepta, se sistematično še ne spremlja. Grobe ocene vrednosti celotnega tržišča v Sloveniji presegajo 400 milijonov evrov. Natančnejši nadzor prodaje zdravil in sorodnih aktivnosti podpirajo uradna določila, a promocijske aktivnosti se ne nadzorujejo dovolj. Oglaševalsko razsodišče posreduje in razsoja v določenih primerih domnevno neustreznega oglaševanja zdravil brez recepta. Oglaševanje kot specifičen del promocije preko množičnih medijev se v Sloveniji regulira. Skladno s Pravilnikom o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (2001) je oglaševanje zdravil brez recepta v Sloveniji dovoljeno, ne pa tudi oglaševanje zdravil na recept splošni javnosti.

2.4.3 Promocijska sporočila o zdravju in zdravilih ter njihov vpliv

Pri določanju vpliva, ki ga imajo informacije o zdravilih na ljudi, se mora upoštevati razlike med ljudmi pri sprejemanju teh informacij. S segmentacijo ljudi glede na to, katerim informacijam o zdravilih zaupajo, so Morris in sodelavci (1987) določili štiri skupine. Ljudje iz prve skupine so se v največji meri zanesli na zdravnike. Pripadniki druge skupine so upoštevali nasvete farmacevtov, niso pa so se zanesli na pisne vire kot dodatne vire informacij o zdravilih. V tretjo skupino so raziskovalci uvrstili ljudi, ki so iskali informacije iz neprofesionalnih virov, pri pridobivanju informacij s strani profesionalcev pa so opazali številne ovire. Četrta, neinformirana skupina je zajemala ljudi, ki so prejeli malo informacij in so bili prepričani, da je zaupanje v zdravnika dovolj in da vprašanja niso potrebna. Glede na razlike med skupinami so za različne skupine predlagali različne izobraževalne programe in usmerjanje motivacijskih sporočil v največji meri na neinformirani segment.

2.4.4 Neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom

2.4.4.1 Komercialni in izobraževalni namen sporočil v oglasih z zdravili na recept neposredno porabnikom

Promocijo zdravil večinoma izvajajo predstavniki farmacevtskih podjetij. Zdravila predstavljajo strokovni javnosti, predvsem zdravnikom in farmacevtom. V ZDA in na Novi

Zelandiji je dovoljeno tudi neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom, t. i. DTCA, *Direct-to-Consumer-Advertising*. Porabnike skušajo prepričati o pomembnosti oglaševanega zdravila za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja. Neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom pogosto vodi v pogovor bolnika z zdravnikom o oglaševanem zdravilu. Problemi neposrednega oglaševanja porabnikom zajemajo vprašanja javnega zdravja, korporativne odgovornosti, oglaševalske etike in porabnikove sposobnosti za razumevanje kompleksnih medicinskih in farmacevtskih informacij (The National Institute for Health Care Management 2000). Oglasi lahko spodbujajo gledalce televizijskih oglasov, da vsakodneвне izkušnje razumejo kot medicinske vzroke, cilj javnega zdravja pa je promoviranje zdravja populacije, ne pa vzbujanje strahu ali anksioznosti glede običajnih znakov (Stange 2007).

Mnogi vprašani zdravniki so poročali o nejasnih informacijah, ki so jih predhodno prejeli bolniki, nekateri izmed zdravnikov pa o pritiskih zaradi zahtev bolnikov po točno določenem zdravilu, ki kljub pomislekom zdravnika pogosto vodi v predpisovanje tega zdravila (Kessler in Levy 2007; Mintzes in drugi 2003). Oglaševanju zdravil na recept lahko sledijo čezmerno diagnosticiranje, neprimerna uporaba zdravil in povečanje stroškov zdravstvenega varstva, pogosto brez sočasnega izboljšanja zdravstvenega stanja bolnikov (Hoffman in Wilkes 1999).

Zaradi ugotovljenih neustreznih informacij v oglasih o zdravilih so Frosch in sodelavci (2007) zavrnil trditve o izobraževalnem namenu teh oglasov. Predstavniki farmacevtske industrije se namreč pogosto sklicujejo na izobraževalno poslanstvo neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom, predvsem pri zdravljenju pomanjkljivo diagnosticiranih bolezni, kot sta depresija in osteoporoza. Zagovorniki se sklicujejo na zmanjševanje asimetrije informacij in izboljševanje komunikacije med zdravnikom in bolnikom (Education and debate: For and against 2002). Sklicujejo se tudi na načelo Svetovne zdravstvene organizacije, da imajo ljudje pravico in dolžnost individualno in skupno sodelovati pri načrtovanju in izvajanju svojega zdravstvenega varstva; na očitke o pomanjkanju informacij o tveganjih pa odgovarjajo, da je bolnikom znano, da poleg pozitivnih učinkov zdravil obstajajo tudi tveganja (University of the Sunshine Coast 2008). Vendar so se vzporedno s povečanim obsegom in rastjo oglaševanja zdravil povečevala finančna vlaganja farmacevtskih podjetij, z intenzivnejšim oglaševanjem zelo dragih zdravil in bistvenim povečanjem povprečnega števila izdanih receptov na prebivalca oziroma porabe zdravil z višjo ceno (The Henry J. Kaiser Family Foundation 2001; Abramson 2004; Fillon 2004). Komercialno oglaševanje izdelkov in storitev za zdravstveno varstvo je posebej sporno, ker je usmerjeno k porabnikom in ne k

izvajalcem ali plačnikom in ker so učinki za zdravstveno dobrobit porabnikov vprašljivi (Donohue 2006).

V vseh oglasih je bila opažena navedba simptomov bolezni, za katero je oglaševano zdravilo indicirano (Bell in drugi 2000b). Le redko pa so v oglasih opazili podrobnosti o predhodnih stopnjah ali pogostnosti bolezni ali razlage, ki bi pojasnile zmotna prepričanja o bolezni. Prav tako so bile v oglasih redko prisotne informacije o mehanizmu delovanja zdravila, uspešnosti zdravljenja, trajanju zdravljenja, o drugih možnostih zdravljenja in spremembah vedenja, ki bi lahko izboljšale zdravje prizadetih bolnikov. Wolfe (2002) odobrava dostop bolnikov do natančnih, objektivnih informacij o diagnostičnem testiranju in zdravilih, ki pa jih lahko motijo komercialne informacije, predstavljene kot izobraževalne. Bolniki sedaj iščejo več medicinskih informacij in aktivno sodelujejo pri odločanju o svojem zdravju. Wolfe zaključuje, da je izobraževanje bolnikov in zdravnikov pomembno področje, ki se ga ne sme prepustiti farmacevtski industriji, ampak poudarja vlogo javnozdravstvenih ustanov, kot so nacionalni inštituti za zdravje ter ameriški Urad za hrano in zdravila. Izvajalci zdravstvenega izobraževanja pri uvajanju na znanstvenih spoznanjih temelječih uporabnih informacij spodbujajo sporazumevanje med zdravniki in bolniki.

2.4.4.2 Vpliv oglaševanja zdravil na recept

Vpliv oglaševanja zdravil na recept na porabnike

Z linearnim verjetnostnim modelom sta Andreasen in Kotler (2003) ugotovila pozitivno zvezo med neposrednim oglaševanjem zdravil porabnikom in verjetnostjo, da bo posameznik z visokim tveganjem za pojav obolenja prejel zdravljenje. Oglaševanje z opozorili o tveganjih lahko spodbudi asimptomatične bolnike, da se posvetujejo s svojim zdravnikom o profilaktičnem zdravljenju. To je pozitiven vpliv za preprečevanje bolezni, vendar pa se lahko dejavniki tveganja neutemeljeno razumejo kot simptomi. Zachry in sodelavci (2003) so ugotovili, da zdravniki sprejemajo sodelovanje bolnikov v procesu predpisovanja zdravila, a imajo pri tem pomisleke o kakovosti in vsebini sporočil pri neposrednem oglaševanju porabnikom.

V modelu hierarhije učinkov sta Harker in Harker (2007) predvidela, da oglasna sporočila vplivajo na vedenje porabnikov na hierarhičen način. Porabnike vodijo od stanja nezavedanja

o bolezenskem stanju ali zdravilu preko zavedanja do pozornosti. Zavedanju o oglaševanju zdravila in indikaciji zdravila, pomnjenju in prepoznanju oglasa in zdravila sledi razumevanje tveganj in koristnosti jemanja zdravila. Ustvari se odnos do oglasa, povpraševanje po zdravilu in iskanje informacij iz ustreznih virov. Sledi namera o povpraševanju po zdravilu, ki vodi v sprejemanje režima zdravljenja. Armantier in Namoro (2006) sta ugotovila, da oglaševanje določenega zdravila, usmerjeno tako k zdravnikom kot tudi k bolnikom, poveča možnost njegovega predpisovanja. Zdravniki pa pri predpisovanju zdravila upoštevajo tudi cene in pričakovano bolnikovo nesprejemanje zdravila. Dokazala sta, da se je povprečna stopnja nesprejemanja zdravila v opazovanem obdobju oglaševanja določenega zdravila znatno zmanjšala. Z izobraževanjem se lahko vpliva na ljudi, ki so še vedno na stopnji odločanja o svojem zdravljenju, saj na tej stopnji iščejo informacije, s pomočjo katerih bi se lahko pametno odločali (Consumer Health Information Corporation 1998).

Raziskovalce (The Henry J. Kaiser Family Foundation 2001) je zanimalo, kaj so si ljudje po ogledu oglasa zapomnili o možnih neželenih učinkih zdravila. Oglasi z zdravili na recept, usmerjeni neposredno na porabnike, morajo skladno s smernicami Urada za hrano in zdravila vključevati neželene učinke, a to še ne pomeni, da je bila komunikacija o njih učinkovita. Približno polovica ljudi se ni mogla spomniti vseh navedenih neželenih učinkov zdravila, z izjemo enega ali dveh. Respondenti pred ogledom oglasa niso zaznavali resnosti možnih neželenih učinkov, zaznavanje pa se je spremenilo po ogledu oglasa. Nekaj manj kot polovica respondentov se je spomnila, da je bil v oglasih kot drug vir informacij naveden zdravnik ali farmacevt, le malo respondentov pa je te druge vire tudi imenovalo. Preiskovani oglasi so dobro informirali veliko večino (84 %) ljudi o bolezni, za katero je zdravilo indicirano, o morebitnih koristnostih zdravila (72 %) in o skupinah bolnikov, ki jim je zdravilo namenjeno (66 %). Manjši delež respondentov pa so prepričale informacije o skupinah ljudi, za katere je zdravilo kontraindicirano, o vprašanih za zdravnika in o morebitnih neželenih učinkih.

Vpliv neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom na zaznave in vedenje zdravnikov

Huh in Langteau (2007) sta raziskovala tudi zaznavo zdravnikov o učinkih oglaševanja zdravil na recept neposredno porabnikom ter vpliv zdravnikovih zaznav na njihovo vedenje pri interakciji z bolniki. Pri tem so uporabili predvideni model vplivanja (*Presumed influence model*) Guntherja in Storeyja, ne pa modela učinka tretje osebe (*Third-person effect*). Skladno

s slednjim ljudje zaznavajo večji učinek medijskega sporočila na druge ljudi kot na njih same, ti predvideni učinki pa vplivajo na njihovo vedenje. Model predvidenega vplivanja pa ne temelji na zaznanih različnih učinkih na sebe in druge. Potrdili so znaten posredni vpliv nekaterih kampanj na vedenje, preko vpliva na ciljno skupino zdravstvenih delavcev.

Pri raziskovanju, kako se zdravniki odločajo glede predpisovanja zdravil, sta Stern in Trajtenberg (1998) prišla do dveh ugotovitev. Obstaja razlika glede stopnje koncentracije predpisovanja zdravil, saj nekateri zdravniki predpisujejo bolj raznolik portfelj zdravil kot drugi. Druga ugotovitev je, da je koncentracija predpisovanja zdravil povezana z opazovanimi značilnostmi zdravila. Pri zdravnikih z večjo koncentracijo predpisovanja so opazili težnjo k predpisovanju zdravil, ki se v veliki meri promovirajo, imajo nizke cene in zavzemajo visoke tržne deleže. Pri zdravnikih, ki bolje diferencirajo svoje bolnike, je bolj verjetno, da bodo njihovi portfelji predpisanih zdravil manj koncentrirani, in bolj verjetno, da bodo manj dovzetni za promocijo zdravil. Raziskovali so tudi razlike v starosti in specializaciji zdravnikov; starejši zdravniki in internisti v manjši meri podpirajo oglaševanje zdravil kot drugi zdravniki (Drug Promotion Database). Oglaševanje ima močan vpliv (The Henry J. Kaiser Family Foundation 2001): 30 % vprašanih Američanov se je o oglaševanem zdravilu pogovorilo s svojim zdravnikom po ogledu oglasa in 44 % od teh oseb je zdravnik to zdravilo predpisal. Po ogledu oglasa je približno tretjina oseb ocenila, da je zelo verjetno oziroma do neke mere verjetno, da bodo poiskali več informacij o zdravilu oziroma o bolezni. 70 % oseb je ocenilo, da po ogledu oglasa vedo le nekoliko ali nič več o bolezni, več kot polovica (59 %) oseb pa, da po ogledu oglasa vedo le nekoliko ali nič več o oglaševanem zdravilu.

Na vprašljivost pozitivnih vplivov neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom na predpisovalno vedenje zdravnikov je opozorila tudi J. Donohue (2006). Za depresijo je opisala, da neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom ublaži problem premajhnega obsega zdravljenja te bolezni in naslavlja nerazpoznane potrebe, a se kaže tudi v večjem obsegu vprašljivega in morda celo neustreznega zdravljenja.

2.4.4.3 Racionalni apeli, emocionalni apeli in njihova kombinacija

Informacijski oziroma racionalni apeli se osredotočajo na porabnikove praktične potrebe po izdelku ali storitvi ter poudarjajo lastnosti izdelka ali storitve in koristnosti uporabe določene znamke (Belch in Belch 2000). Racionalni apeli se uporabljajo za prepričevanje porabnikov,

da ima določen izdelek ali storitev eno ali več posebnih lastnosti ali specifično koristnost za zadovoljevanje potreb. Med uporabljene racionalne motive avtorja uvrščata udobje, prikladnost, zdravje, kakovost, trajnost, učinkovitost, uspešnost in novosti o izdelku ter senzorne koristnosti, kot so dotik, okus in vonj. Med racionalne apele se uvrščajo tudi lastnosti, konkurenčna prednost, ugodna cena, novosti in apeli, povezani s priljubljenostjo izdelka ali storitve.

Emocionalni apeli se nanašajo na porabnikove socialne in/ali psihološke potrebe za nabavo izdelka ali storitve (Belch in Belch 2000). Veliko porabnikovih motivov za njegove nakupne odločitve je emocionalnih, v ospredju pa so porabnikova čustva do znamke. Apeliranje na čustva porabnikov bolje deluje pri prodaji znamk, ki se od konkurenčnih ne razlikujejo izrazito, ker jih je težko racionalno diferencirati. Apeli se nanašajo na osebna stanja ali čustva, kot so varnost, strah, ljubezen, privrženost, sreča, veselje, nostalgija, pričakovanje, razburjenje, budnost/stimulacija, žalost, dosežki, samozavest, samouresničitev, užitek, ambicija, udobje. Lahko pa apeli temeljijo na socialnih čustvih, kot so priznanje, status, spoštovanje, sodelovanje, zadrega, pripadnost, zavrnitev, sprejemanje, odobritev. Z emocionalnimi apeli oglaševalci prikažejo emocionalno korist po uporabi izdelka ali storitve, emocionalna sporočila pa se tudi bolje pomnijo kot racionalna (Belch in Belch 2000).

Pogosto se racionalni in emocionalni apeli v oglaševalskih sporočilih kombinirajo, saj tudi odločitve porabnikov pogosto temeljijo na emocionalnih in racionalnih elementih (Belch in Belch 2000). Ta avtorja opredeljujeta tri faze razmerij; v fazi racionalnega procesa učenja porabniki niso v veliki meri lojalni znamki, ki jo pogosto menjajo. V naslednji fazi porabniki znamki pripišejo osebnost. Najmočnejše razmerje, ki se razvije med znamko in porabnikom, temelji na emocionalni navezavi na znamko in cilj tržnika je razvijati to navezavo. Kot močan oglaševalski medij avtorja označujeta televizijo, saj vsebuje vidne, slušne in gibalne elemente, ki ustvarjajo raznolike oglaševalske apele, a za razliko od tiskanih gradiv gledalec predstavitve ne more nadzorovati.

Racionalni in emocionalni elementi pri oglaševanju zdravil na recept

Oglasi lahko spodbujajo gledalce televizijskih oglasov, da vsakodnevne izkušnje razumejo kot medicinske vzroke, cilj javnega zdravja pa je promoviranje zdravja populacije, ne pa vzbujanje strahu ali anksioznosti glede običajnih znakov. Poleg vzpostavitve ravnotežja med

trditvami o koristnostih in tveganjih se mora zagotoviti ravnotežje med racionalnimi in emocionalnimi pristopi, naloga raziskovalcev pa je, da ugotovijo, kako kompleksna mešanica racionalnih in emocionalnih pristopov vpliva na različne skupine porabnikov (Stange 2007).

V raziskavah so večinoma pokazali pogostnost racionalnih apelov, a tudi prisotnost emocionalnih apelov, ki podpirajo racionalne. Hoffman in Wilkes (1999) sta ugotovila, da so bile v večini oglasov o zdravilih podane racionalne razlage. Opazila sta tudi pojav čustveno obarvanih informacij ter navedbe o pozitivnem vplivu jemanja zdravil na kakovost življenja ali socialno sprejemanje. Nista pa zasledila spremembe načina življenja kot alternative farmakoterapiji. Iz druge raziskave (Stange 2007) je razvidno, da so v oglasih o zdravilih uporabili racionalni pristop, kot je opis indikacij, za pridobitev pozornosti. Poleg tega pa je bil skoraj v vseh primerih prisoten tudi pozitiven emocionalni pristop, na primer prikaz srečne osebe po tem, ko je vzela zdravilo. V nekaj manj kot 70 % oglasov je bil prisoten tudi negativen emocionalni vidik, prikaz prestrašene osebe, preden je uporabila oglaševani izdelek. V nekaj manj kot tretjini oglasov so uporabili humor, da bi pritegnili gledalce. Woloshin s sodelavci (2001) je pokazal, da je 67 % preučevanih tiskanih oglasov vsebovalo emocionalne elemente oziroma da so v 39 % oglasov spodbujali porabnike, naj v svojih izkušnjah iščejo medicinske vzroke. Liebmann (2001) je pokazal, da imajo farmacevtska podjetja težave s prilagajanjem na neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom predvsem zaradi preobsežnega osredotočenja na podajanje racionalnih lastnosti, porabniki pa pogosto izberejo izdelek na osnovi emocionalnih lastnosti. Uporaba emocionalnih dražljajev bi se morala ujemati s pravim informacijskim ravnotežjem (angl. *fair balance*), ki ga za neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom predpisuje Urad za hrano in zdravila (*Food and Drug Administration*, FDA). Na zaslišanju v ameriškem kongresu so negativno ocenili oglaševane neutemeljene trditve o izboljšani kakovosti življenja po jemanju določenih kemoterapevtikov (Stupak 2008). Vendar emocionalni apeli sami po sebi niso negativna sestavina oglasov oziroma promocije, kljub temu da ima večina avtorjev v objavljenih raziskavah negativen odnos do njih. Seveda pa emocionalni apeli ne smejo biti zavajajoči in ne smejo spodbujati nepravilne uporabe zdravil.

V objavljenem razgovoru (Medical Marketing and Media 1999) je odgovorni zaposleni v agenciji, ki se ukvarja tudi z neposrednim oglaševanjem zdravil na recept porabnikom, pojasnil, da mora biti tovrstno oglaševanje bolj prepričljivo, porabnika pa mora pritegniti emocionalno in racionalno. Ponuditi mora prednost, ki jo porabnik razpozna, ne le lastnost

izdelka. Učinkovit oglas motivira porabnika, da pokliče zdravnika, se dogovori in pride na pregled, si zapomni ime zdravila in povpraša po njem. Zdravnik naj bi nato predpisal oglaševano zdravilo. Ovire za dolgoročno jemanje tega zdravila so lahko liste zdravil in slabo prenašanje tega zdravila. Bolnik bo predvidoma čedalje bolj aktivno posegal v odločanje o svojem zdravljenju. Intervjuvanec meni, da bolniki reagirajo predvsem emocionalno, tako da je potrebno izvedeti, kakšne občutke jim vzbuja posamezno sporočilo in kateri emocionalni dražljaji jih bodo navedli k dejavnosti. Zdravniki naj bi v prvi vrsti upoštevali dejstva; hočejo vedeti, ali zdravilo učinkuje in na kakšen način, ter poznati njegovo varnost. Razmišljanje ljudi, njihove potrebe, občutenja in čustva v agenciji poskušajo ugotoviti s pomočjo fokusnih skupin. Treba je najti najprimernejši segment oseb za specifično zdravilo. Učinkovitost kampanje ocenijo s primerjanjem zavedanja pred in po izvedbi kampanje, predhodno pa oglas testirajo pri zdravnikih in bolnikih. Uspešno strategijo vidijo v ustvarjanju zavedanja o bolezni, ki ji sledi promocija zdravila z imenom. Utrditev znanja o določenem zdravilu predvidoma vodi v bolj kakovosten razgovor z zdravnikom in pomeni večjo verjetnost predpisovanja tega zdravila.

2.4.4.4 Koristnosti in tveganja v oglasih z zdravili na recept

B. Mintzes s sodelavci (2009) ne odobrava oglasov, ki vsebujejo tudi ime zdravila, saj v teh oglasih ni opazila informacij o tveganjih, kar ne podpira varnega jemanja zdravil. V Kanadi neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom ni dovoljeno, čeprav raziskovalci ugotavljajo vpliv tovrstnega oglaševanja iz ZDA. Je pa v Kanadi dovoljeno oglaševanje z omembo imena zdravila, brez zdravstvenih navedb. To oglaševanje se imenuje »*reminder advertising*«, to je oglaševanje s kratkimi sporočili, oblikovanimi s ciljem, da jih porabnik pomni potem, ko je z izdelkom seznanjen. Kljub zakonskim zahtevam po vključitvi informacij o tveganjih v oglase se pogosto opaža manjši obseg ali izogibanje navedbam o tveganjih (US Government Accountability Office 2006). Woloshin s sodelavci (2001) je pokazal, da več oglasov opisuje koristnosti zdravljenja z nejasnimi, kvalitativnimi izrazi (87 %) kot s podatki (13 %). V polovici oglasov so bili neželeni učinki prisotni, vendar večinoma z manjšo pojavnostjo. V oglasnih sporočilih so vsebovane tudi zavajajoče informacije (Kessler in Levy 2007). Preveč se poudarja koristnosti, premalo pa možne neželenih učinke.

Neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom je poskus proizvajalcev, da dajejo vse bolj opolnomočenim porabnikom informacije o zdravilih (Donohue 2006). Prisotnih je

razmeroma malo medicinsko pomembnih informacij, poleg tega se zmanjšuje pomen tveganj. Čeprav pregled strokovne literature kaže, da prepričevalno oglaševanje nima le negativnih lastnosti, določen del neposrednega oglaševanja zdravil porabnikom za družbo ni koristen, obravnavana zdravila pa so namenjena zdravljenju istih bolezni.

2.4.5 Promocija zdravil brez recepta

Kennedy (1996) poroča, da so za razliko od ZDA v mnogih evropskih državah zdravila brez recepta na voljo le v lekarnah, farmacevti pa v določenih državah, na primer v Avstraliji, tudi osebno svetujejo. Delež prodaje zdravil brez recepta je glede na celotno prodajo zdravil različen in je odvisen od financiranja zdravstvenega sistema, prepričanja glede zdravja in nabora razpoložljivih zdravil. Postopki deregulacije zdravil s spremembo statusa zdravil na recept v zdravila brez recepta lahko povzroči, da splošni zdravniki napotujejo bolnike k farmacevtom, da kupijo zdravila brez recepta (Bond in Bradley 1996). Potrebno je učinkovito timsko delo strokovnjakov, na primer v obliki sodelovanja med splošnimi zdravniki, farmacevti in drugimi strokovnjaki, pri razvoju smernic zdravljenja.

Mnogo zdravnikov ni prepričanih v vrednost in varnost zdravil, ki se izdajajo brez recepta (Kennedy 1996). Povečan obseg samozdravljenja lahko po eni strani razbremeni zdravstvene proračune in zmanjša obremenitev zdravnikov, a lahko tudi zmanjša možnosti spremljanja bolnikovega zdravstvenega stanja ter poveča neustrezno uporabo zdravil. Zagotoviti je treba varnost in beležiti neželene učinke. Varnost kateregakoli zdravila določata dve lastnosti: njegovo intrinzično povzročanje neželenih učinkov ter kakovost informacij o njegovi uporabi. Z dobrim izobraževanjem bolnikov in informacijami o zdravilih se lahko promovira varnejša uporaba. Čeprav tudi splošni zdravniki priporočajo zdravila brez recepta svojim bolnikom, njihovo poznavanje razpoložljivih zdravil pogosto ne zadošča.

Oglasi z zdravili brez recepta se pojavljajo v različnih medijih, na televiziji, v časopisih, revijah, prospektih in drugje (Blenkinsopp in Bradley 1996). Potrebno je tesnejše sodelovanje med farmacevtskimi podjetji in strokovnjaki s področja zdravja; pomen oglasov kot vira informacij se mora sčasoma zmanjšati, vpliv farmacevtov pa povečati. Prospekti z informacijami o zdravilih brez recepta so pomemben informacijski vir, čeprav je berljivost nekaterih slaba. Z bolj inovativnimi pristopi bodo informacije o zdravilih brez recepta bolj razumljive splošni javnosti. Za etnične skupine so potrebni materiali v različnih jezikih.

Farmacevti pogosto ustno svetujejo o zdravilih brez recepta, a priklic bolnikov o tem nasvetu je majhen. Dobre pisne informacije so pomemben način za utrjevanje ustnega nasveta. Blenkinsopp in Bradley pripisujeta pomen izobraževanju strokovnjakov, saj dobijo zdravniki le malo ali nič formalne izobrazbe o zdravilih brez recepta. V nekaterih državah obstajajo nacionalne publikacije z zdravili brez recepta.

V zdravstvenem sistemu v Sloveniji imajo zdravila lahko režim izdajanja na recept ali brez recepta. Zdravila na recept predpišejo zdravniki, izdajajo pa se v lekarnah. Registrirana so po nacionalnem postopku ali s postopkom medsebojnega priznavanja. Tudi za zdravila brez recepta veljajo strogi regulatorni mehanizmi, opremljena pa morajo biti z ustreznimi navodili za uporabo in ovojnino. Oglaševanje zdravil v Sloveniji ureja Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (2001) in zadeva tako strokovno kot splošno javnost.

2.4.5.1 Regulatorna zdravil v Sloveniji

Za zdravila na recept in brez recepta formalno ne obstajajo razlike v regulatornih zahtevah (JAZMP 2013). V obeh primerih je treba predložiti navodilo za uporabo zdravil (*Patient Information Leaflet*, PIL) in povzetek glavnih značilnosti zdravila (*Summary of Product Characteristics*, SmPC). Tako zdravila z režimom izdaje na recept kot brez recepta morajo ustrezati glede učinkovitosti, varnosti, kakovosti in farmakovigilance, to je spremljanja varnosti zdravil. Upošteva se tudi QRD, dokument o kakovosti berljivosti (*Quality Readability Document*, QDR), ki ga je objavila Evropska agencija za zdravila (*European Medicine Agency*, EMA). Predlagatelj registracije zdravila mora predložiti testiranje berljivosti na osebah. Problem nastopi pri promocijskih gradivih, saj njihovih osnutkov ni treba prijavljati uradnim ustanovam. Nadzor promocijskih gradiv sodi k pristojnostim inšpekcijskih služb. Zaradi velikega števila promocijskih gradiv in premalo inšpektorjev ta nadzor ni zadovoljivo urejen.

Evropske smernice o berljivosti

Določila evropske direktive (Directive 2001/83/EC) zahtevajo, da primarna in sekundarna ovojnina ter navodila za uporabo zdravil na tržišču EU vsebujejo razumljive informacije, ki zagotavljajo uporabo zdravil na varen in ustrezen način (Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use 2009). V direktivi je tudi

predpisano, da morajo biti posebnosti na ovojnini lahko čitljive, jasno razumljive in se ne dajo izbrisati. Navodilo za uporabo zdravila se mora predhodno testirati na ciljnih skupinah bolnikov. Označevanje in navodilo za uporabo mora biti v uradnem jeziku ali jezikih držav članic, kjer je zdravilo uvedeno na tržišče.

Smernice (Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use 2009) opredeljujejo, da je navodilo za uporabo namenjeno bolniku oziroma uporabniku. Svetuje se izbor fonta, ki je zlahka čitljiv, razlike v velikosti besedila za poudarjanje ključnih informacij, jasni razmiki med vrsticami in primerni kontrasti. Upoštevajo se tudi dejavniki, kot so teža papirja, barva papirja in drugi. Povezane informacije bi se morale razporediti skupaj. Pomembna je uporaba primernih terminov in zagotavljanje doslednosti. Uporabljeni jezik mora bralcu prenesti bistvene informacije, da bo razpoznal možne neželene učinke in razumel ukrepanje. V primeru večjezikovnega prospekta se predlaga jasna razmejitev med različnimi uporabljenimi jeziki. Pri pisanju se mora uporabljati aktivni, ne pasivni način. Lahko se uporabljajo jasne grafične upodobitve, ki pripomorejo k razumevanju informacij, a niso promocijske. Ukrepi naj se navajajo v povezavi z razlogi, navodilom naj sledi utemeljevanje.

Smernice (Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use 2009) obravnavajo tudi besedje in skladnjo. Ker imajo nekatere osebe slabše sposobnosti branja, nekateri so slabše zdravstveno pismeni, naj se uporabljajo preproste besede z malo zlogi. Dolgi stavki se ne bi smeli uporabljati; bolje je uporabiti nekaj stavkov kot eden dolg stavek, posebej za nove informacije. Tudi dolgi odstavki lahko bralce zmedejo. Pri navajanju na primer neželenih učinkov se zato svetuje uporaba alinej. Upošteva se tudi vrstni red pisanja dejstev. Pogostejši oziroma resnejši neželeni učinki naj bi se na primer navajali pred drugimi. Uporabljajo naj se bolnikom razumljivi izrazi.

Testiranje navodil za uporabo

Testiranje navodil za uporabo je osnovano na posameznih osebnih strukturiranih intervjujih. Cilj je doseganje varne in učinkovite uporabe zdravila ter compliance (sodelovanja bolnika). Izvede ga predlagatelj registracije ali drugo podjetje, vodi pa izkušen izpraševalec. Za testiranje se mora uporabiti prav taka zasnova navodila za uporabo, kot bo prisotna na tržišču. Izbrane osebe bi morali biti predstavniki zdravljenе populacije. Vključiti bi morali tudi mlajše

in starejše osebe, nove uporabnike zdravil in osebe, ki pisnih dokumentov ne uporabljajo pri delu oziroma so ti zanje težki. Ne smejo sodelovati zdravniki, medicinske sestre in farmacevti. Pred testiranjem na 20 udeležencih se svetuje izvedba pilotske raziskave. Vprašanja naj odražajo pomembna področja, posebej taka, ki naslavlja bolnikove strahove, na primer neželene učinke. Pri ocenjevanju veljajo stroga merila. Izpraševalec naj udeležencem omogoči, da preberejo celotno navodilo, če želijo. Udeleženci naj odgovore povedo s svojimi besedami. Kopije protokola, vprašanja, odgovori, pisna opazovanja izpraševalca in različne verzije testiranega navodila za uporabo se predložijo pooblaščenim ustanovi v pregled. Zadovoljiv izid testa je, ko je 16 od 20 udeležencev sposobnih najti informacije ter pravilno odgovoriti na vsako vprašanje in ustrezno delovati.

Lahko povzamemo, da se smernice (Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use 2009) poleg velikosti besedila in fonta, oblike in razporeditev, naslovov, barve, stila, papirja in uporabe grafičnih simbolov osredotočajo tudi na besedje in skladnjo, niso pa določene vrednosti berljivosti. Torej je v tem dokumentu postavljena osnova, vendar je berljivost premalo natančno opredeljena. Dopolnjeno z izračuni berljivosti slovenskih besedil, ki smo jih raziskovali, bi lahko določili stopnje berljivosti navodil za uporabo ter drugih besedil o zdravju in zdravilih. Ustrezne stopnje berljivosti so namreč povezane z razumljivostjo besedil, ki je pri zdravilih zelo pomembna za učinkovito in varno zdravljenje.

Evropska komisija je Smernice o berljivosti ovojnine in navodila za uporabo zdravila za humano uporabo ustvarila septembra 1998 (Detmer in drugi 2003). Cilj je izboljšanje navodil za uporabo zdravila (*Patient Information Leaflets*, PILs). Še vedno pa ne obstajajo različne verzije, na primer za različne ravni pismenosti.

Pomembne so zakonodajne spremembe na ravni EU, posebej direktive (Detmer in drugi 2003). Iz zakonov izhajajo predpisi. Samoregulacija je model, ki ga farmacevtska industrija uporablja že več desetletij v posameznih državah EU. Bolj verjetna kot zakonodajna ali nadzorna vloga na evropski ravni je ureditev s standardi. Lahko se uporabljajo tudi spodbude, sodelovanje med nacionalnimi agencijami, izobraževanje strokovnjakov in javno-zasebno partnerstvo ter organizacije za podporo ali popolno financiranje aktivnosti »informiranega bolnika«.

2.4.6 Ustvarjanje zavedanja o boleznih

Informiranje ljudi o boleznih pozitivno vpliva na javno zdravje, če ima izobraževalno vsebino. To pomeni obveščanje o posameznih boleznih na strokoven, a obenem dovolj poljuden način, da je besedilo razumljivo tudi ljudem, ki niso strokovnjaki s področja medicine ali sorodnih zdravstvenih področij. Besedilo bi moralo splošno javnost izobraževati tudi o načinih zdravljenja bolezni. Preventivni ukrepi, to je zdrav način življenja z ustrežno prehrano in gibanjem, ki lahko upočasnijo nastop določenih bolezni ali jih celo preprečijo, se ne omenjajo dovolj. Promocijske aktivnosti, ki opozarjajo na preventivne ukrepe, ne dosegajo želenega vpliva. Razlogov za to je lahko več, od premajhnega števila sporočil z izobraževalno vsebino do premalo učinkovitih sporočil. Kasesnik in Omerzu (2009) sva v tiskanih gradivih iz slovenskih lekarn določili večji delež izobraževalnih gradiv kot gradiv za ustvarjanje zavedanja o boleznih (9,1 % oz. 2,6 %), a še vedno malo glede na celoten analizirani vzorec gradiv. Medtem ko izobraževalna sporočila spodbujajo pravilno uporabo in ravnanje z zdravili in jim lahko pripišemo javnozdravstveni pomen, se v sporočilih za ustvarjanje zavedanja o boleznih kaže opis simptomov bolezni in njihovih možnih posledic ter navajanje na zdravljenje z zdravili določenega proizvajalca. Hall in drugi (2009) ugotavljajo, da oglase o zavedanju o boleznih največkrat financirajo farmacevtska podjetja.

B. Mintzes (2006) ugotavlja, da se povečuje število bolnikov za zdravljenje z zdravili, čeprav niso dokazali koristnosti glede zmanjšane zbolewnosti. Trdi, da se lahko »ustvarjajo« nove bolezni ali pa se obstoječa zdravstvena stanja drugače predstavijo. Te aktivnosti bi morali nadzorovati s pomočjo nacionalne zakonodaje za preprečevanje zavajajočega oglaševanja zdravil, a v letu 2004 je imela to področje dobro urejeno manj kot šestina držav. Kampanje za zavedanje o boleznih so upravičene, če se javnost v večji meri zaveda nezdravljenih zdravstvenih težav in išče učinkovito oskrbo v zgodnejši fazi, kar vodi v boljše zdravje (Berndt 2005). Da bi to dosegli, je treba opozarjati na pomembne zdravstvene probleme in se osredotočati na bolnike, za katere obstaja verjetnost, da bodo pridobili koristi od diagnosticiranja in zdravljenja, ter jih pravilno usmerjati (Mintzes 2006). Zdravljenje z zdravili je upravičeno, če morebitne koristnosti pretehtajo morebitno tveganje; toda če postajajo ciljna skupina kampanj vse bolj zdravi ljudje, je dodatna koristnost zdravljenja z zdravili vprašljiva.

Zaključki raziskave B. Mintzes (2006) so pomembni in se skladajo z zagotavljanjem dobrega zdravja prebivalstva. V praksi pa se pretežno izvaja promocija terapevtskih področij, ki so zanimiva za farmacevtsko industrijo, opisovanje bolezni pa se povezuje z zdravili določenih proizvajalcev, z namenom, da bi ljudje povprašali po zdravilu določenega proizvajalca. Pogosto se te bolezni navezujejo na zdravila za povečanje kakovosti življenja (angl. *life-style drugs*). Pri vzbujanju zavedanja o bolezni se pogosto povzroča pretirano zaskrbljenost, tudi pri asimptomatskih osebah. Po drugi strani pa obstajajo bolezni, o katerih bi ljudje morali pridobiti več znanja in so obenem pomanjkljivo diagnosticirane in zdravljene. Javnozdravstveno bi bilo pomembno obveščati ljudi o boleznih in terapevtskih področjih, ki so razširjene in obenem slabo razpoznane, ob sočasnem razvoju zdravil za njihovo zdravljenje. Taki terapevtski področji sta na primer onkologija in nevrologija.

2.4.6.1 Vzbujanje strahu v sporočilih za ustvarjanje zavedanja o bolezni

Oglaševalska sporočila farmacevtskih podjetij lahko vzbuja strah. Strah je tudi pogost promocijski element nacionalnih zdravstvenih kampanj. Vendar so raziskave pokazale, da v primeru neprimerne uporabe ali intenzivnosti strahu sporočilo ne doseže želenega namena.

Kent (2000) omenja, da je vzbujanje strahu eden od načinov oglaševalcev, da pri bralcu ali poslušalcu dosežejo zanimanje. Avtor dvomi v upravičenosti širjenja strahu, če se v kampanji predstavlja slabša prognoza bolezni od dejanske, posebej če bolezen postane osrednji problem v življenju bolnikov. Celotno v nacionalnih kampanjah za povečanje zavedanja o boleznih so opazili primere (neprimerne) zastraševanja ljudi, saj uporabljajo statistične podatke (HealthFacts 2004), ki niso vedno natančno prikazani oziroma so poenostavljeni. B. Mintzes (2006) je kritično ocenila vizualno predstavitev, ki javnost ustrašuje s slabim zdravstvenim izidom in z oglaševalskimi sporočili zdrave ljudi navaja k testiranju in zdravljenju. Vendar ta sporočila pogosto ne temeljijo na znanstvenih izsledkih, če se na primer po preventivnem jemanju zdravil in jemanju placeba ne določijo razlike v umrljivosti (Therapeutic Initiative 2006). Hall in sodelavci (2009) so vzbujanje čustev ugotovili v 73,3 % sporočil za ustvarjanje zavedanja o bolezni, od tega pozitivna čustva, povezana s srečo, zdravjem in dobrim počutjem, v polovici sporočil. Hastings in MacFadyen (2002) potrjujeta pomen obveščanja ljudi o vedenju, ki je za zdravje tvegano, in uporabo strahu, a obenem poudarjata, da je ponavljanje znanih sporočil vprašljivo. Predlagata razvijanje učinkovitih sporočil in ustvarjanje dolgoročnega odnosa s ciljno javnostjo.

Učinkovito komuniciranje ima velik pomen, ko na primer obstaja nevarnost pojava razširjanja infekcijskih bolezni, z možnimi resnimi posledicami za zdravje. Malešič in sodelavci (2006) so učinkovitost komuniciranja strokovnjakov s področja zdravja preko množičnih medijev ugotavljali na primeru virusa SARS, ki povzroča netipično pljučnico. Javnost so obveščali predvsem predstavniki slovenskih zdravstvenih organizacij. Strokovnjaki so zagotavljali, da delujejo skladno s smernicami mednarodnih organizacij, kljub ugotovljenim pomanjkljivostim. Izražali so se v težko razumljivi terminologiji. Informacije prek množičnih medijev niso bile sistematične niti jasno predstavljene, opazili so tudi prikrivanje ter neustrezno komuniciranje z javnostjo in novinarji. Malešič in sodelavci (2006) so potrdili različno uporabno vrednost množičnih medijev v procesu kriznega komuniciranja, pri čemer so tiskani mediji ponudili več informacij, v bolj sprejemljivi in pregledni obliki. Potencialni krizni dogodek je pokazal tudi pomanjkljivosti slovenskega zdravstvenega sistema. Kljub bojazni, da bi povečano medijsko poročanje lahko spodbujalo paniko v javnosti, so že predhodne analize pokazale, da pomanjkanje informacij o morebitnih tveganjih lahko vodi v negotovost, strah in celo paniko. Pogoj za učinkovito krizno upravljanje in vodenje je ustrezno krizno komuniciranje med oblastmi in javnostjo, z izmenjavo pomembnih informacij (Malešič in drugi 2006).

2.4.7 Vedenje porabnikov v povezavi z zdravili

Vedenje porabnikov se pri nabavi storitev ne razlikuje bistveno od vedenja pri nabavi blaga, a je nakup storitev bolj zapleten (Bagozzi in Ruvio 2011). Za tradicionalno psihološke determinante vedenja, kot so stališča, motivi, čustva, vrednote, družbeni pritisk, vedenjski nadzor in nekatere druge, velja, da preko namer delujejo in vplivajo na vedenje; želje pa so opredeljene kot učinki več psiholoških determinant. Psihološke teorije razlagajo, kako spremenljivke, povezane z virom sporočila (strokovnim znanjem), samim sporočilom (številom trditev v sporočilu), prejemnikom (inteligenco) ali prepričevalnim kontekstom (prisotnostjo motenj) vplivajo na spremembe odnosov (Backer in drugi 1995). Odnosi imajo pogosto neposreden vpliv na vedenje ljudi, spremembe odnosov velikega števila posameznikov pa domnevno spreminjajo tudi družbene norme. Backer s sodelavci (1995) zatrjuje, da med najpomembnejše dejavnike pri spremembi vedenja uporabnikov zdravil in strokovnjakov s področja zdravljenja z zdravili sodijo odnos in cilji, norme, občutenja samoocenjene in dejanske sposobnosti ter predhodno vedenje in navade.

2.5 Viri informacij o zdravilih

Komuniciranje o zdravilih je dinamičen in zapleten proces; odprta komunikacija je pomembna za uresničevanje načrta zdravljenja (Manias 2010). Bistvenega pomena so komuniciranje o zdravilih za zagotavljanje varnosti bolnika, kakovost zdravljenja ter sodelovanje med bolnikom in njegovo družino.

O zdravilih se skladno z razvojem novih zdravil informirajo zdravstveni delavci, predvsem zdravniki, ki predpisujejo zdravila na recept, pa tudi farmacevti, ki jih izdajajo. Informiranje o zdravilih brez recepta je usmerjeno bolj k farmacevtom in farmacevtskim tehnikom, pa tudi neposredno k porabnikom oziroma bolnikom. Informiranje v veliki meri izvajajo farmacevtska podjetja. Delno so tudi javnozdravstvene organizacije usmerjene k uravnoteženemu in etičnemu informiranju zdravstvenih delavcev in bolnikov. Zdravstveni delavci, v čedalje večji meri pa tudi porabniki oziroma bolniki, tudi sami iščejo informacije o zdravju in zdravilih v različnih virih. V naših raziskavah smo obravnavali pisne, večinoma tiskane vire o zdravju in zdravilih za splošno in strokovno javnost, v eksperimentu pa tudi odločitve o svetovanju strokovne javnosti, to je farmacevtov in farmacevtskih tehnikov v lekarni.

2.5.1 Informiranje bolnikov o zdravju in zdravilih

Bolniki prejemajo informacije o zdravju in zdravilih na različne načine (Detmer in drugi 2003) :

- Z osebno interakcijo: preko družin in prijateljev (neformalne mreže), zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih strokovnjakov, farmacevtov in skupin bolnikov.
- Kar vidijo, slišijo in berejo: z informacijami v okviru zdravstvenega sistema, s pomočjo literature o izdelkih, vključno z navodili za uporabo zdravil in gradivi za bolnike, preko medijev z velikim dosegom, preko pisnih virov (tiskanih virov, to je revij in zdravstvenih revij) in z izobraževanjem.
- Z aktivnim iskanjem informacij: na internetu, iz knjig ali revij in preko skupin bolnikov.

Meredith (1996) kot poglavitne vire informacij o zdravilih brez recepta omenja oglase, farmacevte, zdravnike in druge farmacevtske strokovnjake ter informacije, ki izvirajo iz neprofitnih ali komercialnih podatkov. Na dokazih temelječe informacije o zdravilih se težko najdejo. Zdravniki pogosto malo vedo o zdravilih brez recepta, vprašljivo je tudi, ali je komunikacija med farmacevti in porabniki učinkovita in natančna (Meredith 1996). Pogoj za učinkovito komuniciranje o zdravilih je seznanjenje z bolnikovimi zaznavami (Asscher in drugi 1995). Javnost se mora izobraziti o tveganjih in koristnostih zdravstvenih posegov, izobraževanje se mora pričeti že v šolah. Zdravniki se morajo bolje usposobiti za komuniciranje z bolniki o koristnostih in tveganjih zdravljenja.

Berry (2006) poudarja pomen načina predstavitve informacij. Osebe bolj verjetno izberejo zdravljenje, če so informacije pozitivno uokvirjene. Gradiva je treba prilagoditi posameznikom ali posebnim podskupinam prebivalcev. Zaporedje predstavljenih informacij lahko vpliva na predelavo in pomnjenje informacij. Zagotoviti se mora ustrezna jezikovna raven in primerno oblikovanje tiskanih informacij. Nove informacije se morajo sistematično ovrednotiti, tiskana gradiva pa predhodno testirati. Da bi bolniki zdravila uporabljali na varen in učinkovit način, morajo prejeti ustrezne informacije o tveganjih in koristnostih zdravil, v obliki, ki jo lahko razumejo in aplicirajo na lastni primer (Berry 2006). Vsebina informacij mora zajemati podrobnosti o tem, čemu je namenjeno zdravilo, kako naj se jemlje, o pomembnih kontraindikacijah, opozorilih in možnih neželenih učinkih. Informacije morajo temeljiti na sodobnih znanstvenih dokazih, biti morajo nepristranske in uravnotežene, prihajati iz zanesljivega vira ter upoštevati bolnikove potrebe in cilje izvajalca zdravstvenega varstva. Informacije o tveganjih se morajo uravnotežiti z informacijami o koristnostih zdravil.

Detmer in sodelavci (2003) so predlagali, da bi morda le bolnik lahko dejansko določil, koliko informacij zadostuje, da je »popolnoma informiran«. Nekateri bolniki lahko izberejo, da niso »popolnoma informirani«. Bolniki bodo v vedno večji meri zahtevali posrednika, osebo ali programsko opremo, ki bi jim pomagala poiskati potrebne informacije (Detmer in drugi 2003). Posrednik bo moral razumeti bolnikove potrebe in razpoložljive informacije ter jih učinkovito filtrirati in jih zagotoviti v primerni, za bolnika dostopni obliki. Bolje informirani bolniki ne bodo le dosegli boljšega zdravstvenega stanja, ampak bodo tudi bolj učinkovito uporabili vire zdravstvenega varstva, ker se bodo ustrezneje odločali in upoštevali zdravljenje ter razumeli posledice kliničnih odločitev. Boljši zdravstveni status lahko vodi v večjo produktivnost in boljšo ekonomsko zmogljivost posameznikov, podjetij in držav.

2.5.1.1 Pomen farmacevta kot vira informacij o zdravilih

Farmacevti pogosto živijo in delajo v isti skupnosti kot bolniki ter so po socioekonomskem statusu bližje bolnikom, kot so zdravniki (Schulz in Brushwood 1991). Bolniki lahko zatorej vidijo farmacevte kot bolj dostopne glede zdravstvenih zadev. K bolniku usmerjen farmacevt ima vlogo zagovornika, upošteva vse vidike zdravljenja ter zagotavlja, da bolnik oblikuje odločitve na osnovi jasnega razumevanja o tveganjih, ob spoštovanju bolnikovih lastnih vrednot, življenjskega stila, okolja in osebnega odnosa do tveganja (Schulz in Brushwood 1991). Bolnikove odločitve naj se ne dojemajo kot »pravilne« z objektivnega vidika izvajalca zdravstvenega varstva, ampak raje kot »ustrezne« z bolnikovega subjektivnega vidika. To ne pomeni, da imajo bolniki vedno pravico biti popolnoma informirani o koristnostih in tveganjih zdravljenja z zdravili. Farmacevt ni dolžan razkriti informacij, ki bi lahko posegale v racionalne terapevtske odločitve.

Naraščajoča težnja po deregulaciji zdravil, ki se predpisujejo na recept, v status zdravil brez recepta, vpliva na tim primarnega zdravstvenega varstva, kot tudi na porabnike in bolnike (Bradley in Blenkinsopp 1996). Boljše informacije za bolnike lahko izboljšajo varnost jemanja zdravil brez recepta, ob sočasnih izboljšanih sistemih za poročanje o neželenih učinkih. Izboljšano komuniciranje je osnova za boljše medsebojno sodelovanje med zdravstvenimi delavci, to je zdravniki, farmacevti in medicinskimi sestrami, ter bolniki. Deregulacija v zdravila brez recepta več teže svetovanja nalaga farmacevtom v lekarnah (Asscher in drugi 2005), sočasno pa imajo nalogo informiranja o zdravilih tudi vladne organizacije in mediji. Farmacevti lahko izboljšajo predpisovanje, zmanjšajo uporabo zdravstvenih storitev in stroškov zdravljenja ter prispevajo h kliničnemu izboljšanju mnogih kroničnih bolezni s sodelovanjem pri zdravljenju, promociji zdravja in preventivi, pri optimiziranju predpisovanja in uporabe zdravil (Dolovich in drugi 2008).

Pazljivo in dobro načrtovano ustno izobraževanje bolnikov, ki ga izvajajo farmacevti, izboljša zmožnost bolnikov, da prikličejo informacije o svojem zdravljenju (McMahon in drugi 1987). Pisne informacije o zdravljenju z zdravili so koristne, najbolj učinkovita je kombinacija ustnih in pisnih informacij. Farmacevt je večinoma zadnji strokovnjak, s katerim ima bolnik stik, ter je lahko vpliven vir informacij (McMahon in drugi 1987); farmacevt lahko podpre in dopolnjuje navodila predpisovalcev zdravil, bolnika pa spodbudi k postavljanju vprašanj.

Bolnik istočasno zdravila tudi vidi. Puumalainen in sodelavci (2005) ugotavljajo, da strokovnjaki v lekarni nimajo jasnega razumevanja o svoji vlogi pri podpori bolnikov pri dolgotrajnem zdravljenju in pri prevzemanju dela odgovornosti za doseganje izidov zdravljenja. Te ovire bi se morale upoštevati pri usposabljanju študentov farmacije.

Na osnovi pregleda strokovne literature so Blenkinsopp in sodelavci (2003) ugotovili, da farmacevti iz javnih lekarn menijo, da so zloženke pomembna sestavina orodij za izboljšanje zdravja; vendar pa lahko zloženke, ki so pasivno prikazane, zgreši polovica obiskovalcev lekarne. Zavedanje uporabnikov o lekarniškem farmacevtu kot viru splošnih informacij o zdravju je nizko. A obiskovalci lekarn sledijo nasvetom farmacevta, prav tako večina zaznava zadostno stopnjo zasebnosti v lekarni, da lahko razpravljajo celo o občutljivih temah. Blom in Rens (1989) sta pokazala, da je navodilo za uporabo pomemben vir informacij za bolnike v trenutku uporabe zdravil brez recepta. Njegov pomen še povečuje dejstvo, da so bolniki redko spraševali po informacijah o zdravilu v lekarni.

Lahko sklenemo, da vloga farmacevta pri dajanju informacij postaja vedno pomembnejša, informacijska tehnologija pa bi lahko pri tem igrala vedno vidnejšo vlogo.

2.5.2 Informiranje zdravstvenih delavcev o zdravilih

Predvsem predstavniki farmacevtskih podjetij o zdravilih informirajo različne profile strokovne javnosti: zdravnike, farmacevte, farmacevtske tehnike, medicinske sestre in druge strokovnjake. Izbor ciljne strokovne javnosti je odvisen od režima izdaje zdravil, uporabe zdravil, regulatornih zahtev, tržnih ciljev podjetij in drugih dejavnikov. V nadaljevanju navedene raziskave so obravnavale to področje glede na zapleten splet dejavnikov pri odločanju zdravnikov, ki zdravila predpisujejo.

2.5.2.1 Informiranje zdravnikov o zdravilih

Chren in Landerfeld (1994) sta zaključila, da velja močna in specifična povezava med sodelovanjem zdravnikov s farmacevtskimi podjetji in zahtevami po uvrstitvi na listo zdravil, ki jih ta podjetja proizvajajo. Na osnovi raziskovanja natančnosti, doslednosti in veljavnosti informacij v promocijskih brošurah farmacevtskih podjetij je Cardarelli s sodelavci (2006) zdravnikom svetoval previdnost in pregled izvirnih raziskav, preden bi spremenili

predpisovanje zdravil le na osnovi promocijskih brošur. Zdravniki naj veljavnost objavljenih raziskav določijo z uporabo načel na dokazih temelječe medicine. Villanueva s sodelavci (2008) zdravnikom svetuje previdnost pri oceni oglasov v medicinskih publikacijah, ki navajajo dobro učinkovitost, varnost ali prikladnost jemanja zdravil, kljub bibliografskim referencam, objavam člankov v uglednih medicinskih revijah ter na dokazih temelječim rezultatom. Montgomery s sodelavci (2008) je ugotovil, da so v oglasih v medicinskih publikacijah statistični podatki v večji meri izraženi relativno, ne absolutno. Kot pomanjkljiv ali neustrezen so ocenili tudi prikaz cen primerljivih zdravil, oceno specifičnega tveganja in opis neželenih učinkov, sprememba življenjskega sloga pa se sploh ni omenjala. Bradford s sodelavci (2006) je opisal, da marketing neposredno zdravnikom dopolnjuje marketing neposredno porabnikom, kjer je to zakonsko dovoljeno.

Dejavniki, ki vplivajo na predpisovalne navade zdravnikov

Gagnon (1977), ki je proučeval odločanje porabnikov, je razvrstil vedenje odločevalcev v dva tipa, racionalnega in emocionalnega. Racionalni kupec popolnoma ovrednoti vse alternative, ugotavlja, ali značilnosti izdelka lahko izpolnijo njegove potrebe, in ima jasne cilje. Emocionalnega kupca pa lahko pritegnejo lastnosti izdelka oziroma se odloči na osnovi oglaševanja, odločitve pa niso povezane z zadovoljevanjem trenutnih potreb. Racionalnosti ne gre enačiti z inteligentnostjo, saj je kupec lahko racionalen, a ne dovolj sposoben (Smith 1983). Racionalni in emocionalni motivi se lahko kombinirajo. Zdravnik se pri odločitvi za ustrezno zdravilno učinkovino lahko odloča v najbolj racionalni meri, a uporabi emocionalna merila pri izbiri imena zdravila. Osnovna motivacija za zdravnikovo izbiro zdravila bi morala biti racionalna. Od zdravnika se pričakuje, da izbere zdravilo, ki najbolj koristi bolniku, ima najmanj neželenih učinkov in povzroča najmanj stroškov. V večini primerov izbire zdravil se zdravniki skušajo racionalno odločiti v pogojih negotovosti. Čeprav se lahko Gagnonu (1977) pritrdi v tem, da je pomembno racionalno odločanje zdravnikov, pa avtor pri tem ne upošteva dejstva, da so čustva povezana z racionalnim delovanjem.

Pomemben je proces odločanja pri predpisovanju zdravil. Knapp in Oeltjen (1972) ter Lilja (1976) so ugotavljali, da zdravniki pri odločitvah za predpisovanje zdravila predvsem ocenjujejo razmerja med učinkovitostjo in neželenimi učinki. Odločitve o predpisovanju zdravil so po mnenju Alberta (1978) ustvarjene na osnovi tveganj. Miller (1974) je ustvaril teorijo o procesu sprejetja zdravila. Fazi zavedanja sledi zanimanje, ovrednotenje, preskušanje

in končno sprejetje. V fazi zavedanja zdravnik bere ali sliši o novem zdravilu, a ima o njem nepopolne informacije. Zaradi zanimanja aktivno išče informacije. V fazi ovrednotenja zdravnik povezuje novo zdravilo s svojo prakso in se odloči, ali ga bo preizkusil ali ne. V fazi preskušanja se določi vrednost zdravila. V fazi sprejetja pa zdravnik prične zdravilo predpisovati. Ta model se poleg zdravil nanaša tudi na druge vrste inovacij (Miller 1974).

E. Hemminki (1975b) je poročala, da sta glavna vpliva na predpisovanje zdravil raziskovanje in pritisk farmacevtskih podjetij. Farmacevtska podjetja lahko vplivajo na zdravnike preko izobraževanj, znanstvenih revij in oglaševanja, skladno z zdravnikovimi osebnostnimi značilnostmi, njegovim delom in terapevtskimi priložnostmi. V drugi raziskavi je E. Hemminki (1975a) med vplive na predpisovanje zdravil zajela še nadzor in regulativo, stopnjo izobrazbe strokovnjakov, delovne pogoje in možnosti zdravnikov za zdravljenje ter povpraševanje in pričakovanja skupin bolnikov in celotne družbe. Predpisovanje zdravil vpliva tudi na druge oblike zdravljenja, ki povratno učinkujejo na predpisovanje zdravil.

Worthen (1973) je opisal šest spremenljivk, ki vplivajo na zdravnikovo predpisovanje zdravil: bolniki, farmacevti, (znanstvene) revije, oglaševanje, predstavniki farmacevtskih podjetij in skupine udeležencev. Vendar je njihov vpliv na predpisovanje zdravil različen. Bolniki imajo le majhen vpliv na zdravnikovo predpisovanje zdravil. Vpliv farmacevta je znaten v nekaterih skupnostih, a incidenca je majhna. Medicinske revije so pomemben vir informacij za predpisovalce, ker poleg komercialnih sporočil s članki izobražujejo zdravnike o zadnjih dosežkih. Tiskani oglasi lahko v večji meri informirajo kot prepričujejo, a so visoko uvrščeni glede pomembnosti obveščanja o razpoložljivosti izdelka in drugih podatkov o zdravilu, kot so odmerne oblike in režimi odmerjanja. Na predpisovalne navade vplivajo tudi skupine strokovnjakov. Že omenjeni Miller (1973) je poročal, da zdravniki uporabljajo bolj profesionalne vire, posebej kolege, ko zdravijo zapletena zdravstvena stanja, pri katerih so učinki zdravljenja z zdravili manj jasno določeni. Ugotovil je tudi tendenco zdravljenja premožnejših bolnikov z novjšimi in dražjimi zdravili. Liste zdravil imajo predvidoma pomemben učinek na predpisovanje. Miller je opazil določene razlike med dejavniki sprejemanja novega in predpisovanja uveljavljenih zdravil; skupni dejavniki pa so družbeno priznanje, stalnost terapevtskega odgovora, privlačnost zdravila in drugi. V literaturi je opisan tudi vpliv izobrazbe, starosti in strokovne usmerjenosti na predpisovanje zdravil. Specialisti in mlajši, znanstveno usmerjeni zdravniki s kritičnimi stališči do predpisovanja zdravil uporabljajo nova zdravila zgodaj v poteku zdravljenja in so lahko boljši predpisovalci zdravil

(Miller 1973). Tudi udeležba na strokovnih srečanjih, študij medicinskih revij in integracija v socialne mreže so povezani z zgodnjim sprejemom novega zdravila. Shearer (1977) je poročal, da so zdravniki v univerzitetnih bolnišnicah v primerjavi z drugimi zdravniki iskali več informacij, razlika je bila tudi v zanesljivosti informacij. Iz študij pa ni bilo mogoče narediti splošnih zaključkov glede vpliva zdravnikovih značilnosti na predpisovanje zdravil. Mapes (1977) je opisal, da se s povečanjem delovne obremenitve pojavi težnja po predpisovanju starejših zdravil. Cristensen in Wertheimer (1979) sta ugotovila, da zdravniki uporabljajo predvsem pisne strokovne vire za splošne informacije in kolege za informacije o novih zdravilih. Melville (1980) je postavil hipotezo, da je majhno zadovoljstvo z delom pri zdravnikih splošne prakse povezano z nizko kakovostjo predpisovanja zdravil.

Dejavniki, ki vplivajo na odločitve porabnikov

Kljub pomembnosti zdravnika, ki predpisuje zdravila na recept, ima porabnik več možnosti ravnanja, ki zadeva zdravje: porabnik izbira zdravnika, farmacevta in, čeprav je njegov vpliv lahko posreden, določa sestavine celotnega zdravstvenega varstva. Čeprav naj bi zdravila zadovoljila le fiziološke potrebe, obljublja tudi zadovoljevanje drugih potreb (Smith 1983).

Odločitev o zdravljenju temelji na zaznavanju bolezni. Twaddlov model (1979) temelji na predpostavki, da je bolezen spremenjeno stanje dobrega počutja, in opisuje več stopenj, od sprememb glede na običajno zdravje oziroma zdravstveno stanje preko potrebe po pomoči do določitve in ugotavljanja ustreznosti sodelovanja z izvajalci zdravstvenega varstva z namenom zdravljenja. Spremembe od normalnega zdravstvenega stanja se najpogosteje označujejo kot simptomi (Smith 1983). Vendar nekateri ljudje vstopijo v sistem zdravstvenega varstva, čeprav so asimptomatični, na primer hipertoniki ali osebe, ki so jih vključili v presejalne programe. Zaznana resnost simptomov je neposredno povezana z dolžino njihovega trajanja, s stopnjo pričakovane nezmožnosti za delo in s stopnjo, pri kateri se kot verjetni izid pričakuje smrt.

Predstavniki javnega zdravja in proizvajalci zdravil prav tako spodbujajo ljudi, da se odločajo glede spremembe svojega zdravstvenega stanja (Smith 1983). Prav tako se v oglasih za zdravila, ki se ne izdajajo na recept, opisujejo fizične spremembe, ki bi se morale ali se ne bi smele pojaviti v normalnem zdravstvenem stanju posameznika. Odločitve o zdravju so kompleksne, subjektivne, često emocionalne in nanje vplivajo drugi. Med dejavnike, ki

vplivajo na bolnikove odločitve glede simptomov, se uvrščajo (Twaddle in Hessler 1977): obseg motnje glede na običajno stanje, jasnost simptomov, prag prenašanja simptomatičnega bolnika, dobro poznavanje in resnost simptomov, predvidevanja o vzroku in o prognozi, medosebni vpliv, druge življenjske krize simptomatične osebe, predvidevanja o zdravljenju, fizične manifestacije in drugo. Številni povezani dejavniki so vključeni v ugotovitev, ali je simptom signifikanten. Kljub tej ugotovitvi ni nujno, da bo bolnik iskal pomoč, lahko se bo sam zdravil ali se bo celo vdal bolezni.

Bush in Osterweis (1978) sta prišla do pomembnih ugotovitev glede predpisovanja in uporabe zdravil na recept in brez recepta:

- Zaznana zbolewnost je glavni napovedovalec uporabe zdravil, predvsem vpliva na zdravnikovo predpisovanje zdravil.
- Anksioznost učinkuje na uporabo predpisanih zdravil.
- Če zdravstvene storitve zaznavajo kot bolj prikladne in razpoložljive, je bolj verjetno, da osebe uporabljajo zdravila, ki se ne predpišejo na recept.
- Starost, spol in rasa so pomemben dejavnik pri uporabi zdravil; moški, osebe vseh ras razen bele in mladi ljudje uporabljajo manj zdravil.
- Niti sistemi socialno-zdravstvenega zavarovanja niti ekonomski razred nimajo signifikantnih učinkov na uporabo zdravil.

Čeprav so dejavniki odločitve o zdravljenju v navedenih raziskavah natančno razdelani, pa se v večji meri osredotočajo na notranje dejavnike, ne pa na zunanje vplive, to je vpliv drugih oseb, pisnih in drugih informacijskih virov in podobno.

Tudi ko se bolnik odloči za pomoč, zdravnik ni edina možnost; del bolnikov se odloči za jemanje zdravil, ki se ne izdajajo na recept (Smith 1983). Izbira vrste pomoči je funkcija socialnih, kulturnih, ekonomskih, izobraževalnih, emocionalnih, geografskih in pravnih dejavnikov. Velja, da ljudje dejansko ne kupujejo zdravil na recept, ampak kupujejo pravico do tega, da nadalje ostajajo zdravi. Zaradi tega je lekarna v osnovi nepopularna ustanova.

Komplianca (sodelovanje) bolnikov je bistvena za uspešno zdravljenje (Smith 1983). Pogoji za komplianco bolnikov je, da se bolnik napoti v lekarno in prejme predpisano zdravilo; vendar vsi bolniki tega koraka ne storijo. S komplianco je povezanih več stroškov, poleg začetnih stroškov recepta in drugih ekonomskih stroškov obstajajo tudi neekonomski stroški, povezani

s porabljenim časom, in psihološki stroški, ki se nanašajo na enačenje recepta z nemočjo zaradi bolezni. Smith (1983) poudarja, da imajo lahko razlike med podobnimi zdravili, ki se zdijo majhne, velik vpliv na complianco.

Becker in Maiman (1975) opisujeta proces od začetne bolnikove motivacije in ocene, kako bo complianca zmanjšala tveganje, do sodelovalnega vedenja, ko se bolnik drži predpisanega režima zdravljenja. Uporabljeni teoretični okvir je bila McGuirova matrica za komuniciranje/prepričevanje. Izhodni dejavniki matrice obsegajo dvanajst zaporednih korakov obdelave informacij, ki se dogajajo pri porabniku, pri tem je razumevanje četrti korak. Skladno s tem modelom lahko vsak vhodni dejavnik vpliva na razumevanje prepričevalne komunikacije. Vhodni del McGuirovega modela obsega pet dejavnikov, to so dejavniki vira, sporočila, komunikacijskega kanala, prejemnika in dejavniki cilja.

2.6 Tri terapevtska področja ter zdravljenje bolezni z zdravili na recept in zdravili brez recepta

V nadaljevanju so opisana tri terapevtska področja, ki so predmet raziskav tega doktorskega dela. Terapevtska področja oziroma odgovarjajoča zdravila so izbrana na osnovi pogostnosti bolezni, njihovega zdravljenja z zdravili na recept in brez recepta ter predvidenega raznolikega komuniciranja. Infekcijske bolezni virusnega izvora, posebej na področju dihal, se pogosto zdravijo z zdravili brez recepta. Zdravila na recept in brez recepta blažijo tudi simptome alergijskih bolezni. Osteoporoza s staranjem prebivalstva postaja vedno pomembnejši zdravstveni problem. Sprva se preprečuje razvoj bolezni, kasnejši pojav simptomov pa je lahko zelo resen zdravstveni problem.

2.6.1 Zdravljenje infekcijskih bolezni in promocija zdravljenja

Infekcijske bolezni povzročajo bakterije, virusi, glivice ali paraziti; ti organizmi so običajno neškodljivi, a pod določenimi pogoji povzročajo bolezni (Mayo Clinic Staff, *Infectious diseases*). Povzročitelji infekcijskih bolezni se lahko prenašajo z neposrednim stikom ali posredno, preko predmetov, ali preko insektov, vektorjev. Onesnažena hrana in voda je enoten vir povzročiteljev, ki lahko okuži veliko oseb. Vsaka infekcijska bolezen ima svoje specifične znake in simptome (prav tam). Splošni znaki in simptomi so vročina, izguba apetita, utrujenost in bolečine v mišicah. Obisk zdravnika se priporoča v primeru pikov

žuželk, težav pri dihanju, dolgotrajnega kašlja, hudega glavobola z vročino ali napadov z vročino, pri pojavu izpuščaja ali otekanja in vročine nerazložljivega izvora. Pri večini infekcijskih bolezni se pojavlja malo zapletov, nekateri pa lahko ogrožajo življenje. Nekaj vrst infekcij povezujejo z dolgotrajnim povečanim tveganjem za nastanek rakavih bolezni. Bolj verjetno je, da zaradi infekcijskih bolezni zbolijo osebe z oslabljenim imunskim sistemom, na primer po jemanju določenih zdravil, kot so imunosupresivi, pri boleznih, ki oslabijo imunski sistem, pri določenih vrstah raka in pri slabi prehranjenosti.

Ustrezno zdravljenje je lažje izbrati, če je znan povzročitelj infekcijske bolezni (prav tam). Za zdravljenje bakterijski infekcij so primerni antibiotiki. Na osnovi znakov in simptomov bolezni ni mogoče vedno predvideti, za katere povzročitelje gre. Prekomerna uporaba antibiotikov se odraža v razvoju odpornih bakterij, ki jih je težje premagati, bolezni pa se težje zdravijo. Razvili so zdravila za zdravljenje nekaterih, a ne vseh virusnih obolenj. Antimikotiki so zdravila izbire za zdravljenje glivičnih infekcij. Za zdravljenje bolezni, ki jih povzročajo paraziti, kamor sodi tudi malarija, se uporabljajo antiparazitiki. Pri nastopu določenih infekcijskih bolezni zadošča pitje veliko tekočine, počitek in vzdrževanje higiene. Na nacionalni in individualni ravni se izvaja cepljenje. Za samozdravljenje niso primerne infekcijske bolezni bakterijskega izvora, ki se učinkovito zdravijo le z antibiotiki. Tudi resnejših bolezni, ki jih povzročajo virusi, ne smejo zdraviti bolniki sami.

Pri promoviranju zdravljenja infekcijskih bolezni se skladno z opažanji poudarja hitro olajšanje simptomov, ki omogoča ponovno uspešno opravljanje vsakodnevnih nalog. Pri infekcijskih boleznih sezonskega značaja lahko v teh obdobjih v kratkem času zbolijo veliko oseb. Tržišče zdravil brez recepta za to terapevtsko področje je po oceni veliko, kar se kaže tudi v velikem deležu ustreznih promocijskih gradiv.

2.6.2 Zdravljenje alergij in promocija zdravljenja

Imunski sistem proizvaja protitelesa; nekatera protitelesa ščitijo pred povzročitelji bolezni, pri alergijah pa imunski sistem ustvarja protitelesa, ki zaznavajo alergen kot nekaj škodljivega, čeprav ni (Mayo Clinic Staff, *Allergies*). Pri stiku z alergenom lahko reakcija imunskega sistema povzroči sproščanje snovi, kot je histamin, in pojavijo se alergijski simptomi, kot so vnetje kože, sinusov, dihalnih poti ali prebavnega sistema. Resnost alergij sega od manjšega draženja do anafilakse, ki je potencialno življenjsko ogrožajoče stanje in lahko vodi do tako

resnih simptomov, kot je izguba zavesti in otekanje dihalnih poti z zaviranjem dihanja (prav tam). Večine alergij se ne da zdraviti, več vrst zdravljenja pa pripomore k olajšanju simptomov alergije. Simptomi alergije se pojavljajo v dihalnih poteh, na koži in v prebavnem sistemu. Alergeni so prisotni v zraku, na primer cvetni prah, lahko je to določena hrana, strup po piku žuželk, zdravila, posebej penicilin in penicilinu podobni antibiotiki, ter druge snovi. Pojavi se lahko seneni nahod oziroma alergijski rinitis, atopijski dermatitis oziroma ekcem, alergija na hrano, alergija po piku žuželk in alergija na zdravila. Alergijska stanja povečajo tveganja za zaplete po nastopu določenih drugih bolezni.

Zdravljenje alergij sprva zajema njihovo preprečevanje, z izogibanjem alergenom. Zdravila proti alergiji pomagajo zmanjšati reakcijo imunskega sistema in olajšajo simptome. Indicirana zdravila so odvisna od vrste alergije. Lahko se predpisujejo na recept ali se izdajajo brez recepta. Nahajajo se v farmacevtski obliki za peroralno uporabo, v obliki nosnih pršil in kapljic za oči. Zdravilne učinkovine proti alergijam sodijo h kortikosteroidom, antihistaminikom, dekongestivom, levkotrienskim antagonistom in drugim. Pri resnih alergijah lahko zdravnik svetuje imunoterapijo. Zdravilna učinkovina za resne alergijske reakcije je epinefrin (adrenalin) v obliki injekcije, ki jo bolnik nosi s seboj in si zdravilo v nujnih primerih injicira, dokler ne prejme zdravniške pomoči. Nekateri simptomi alergij se izboljšajo ob upoštevanju preventivnih ukrepov za zmanjšanje stika z alergenom. Simptome, ki se kažejo na nosni sluznici in v sinusih, se lahko olajša s spiranjem s slano raztopino.

Promocija zdravljenja alergij temelji predvsem na lajšanju blažjih do zmernih simptomov. Zdravila omogočajo, da osebe z alergijami čim lažje vsakodnevno premagujejo simptome, saj ne obstaja učinkovito vzročno zdravljenje alergij.

2.6.3 Zdravljenje osteoporoze in promocija zdravljenja

Zaradi osteoporoze lahko bolnik utрпи zlome kosti po padcu ali celo samo po upogibanju telesa ali pri kašljanju (Mayo Clinic Staff, *Osteoporosis*). Osteoporozo pogosto povezujejo z nizkimi ravnmi kalcija in drugih mineralov v kosteh. Preventivno ukrepanje lahko pripomore k ohranjanju primerne gostote kosti. V zgodnjih fazah zmanjšanja gostote kosti ljudje običajno ne občutijo bolečine ali drugih simptomov. Simptomi nastopijo šele, ko kosti zaradi osteoporoze oslabijo, in zajemajo bolečino v hrbtu, sčasoma se izgubi višina, drža pa je sklonjena. Posledice so lahko tudi prelomi vretenc, zapestja, kolkov ali drugih kosti, z

močnimi bolečinami in dolgotrajnim okrevanjem. Strokovnjaki svetujejo testiranje gostote kosti starejšim osebam, osebam s povečanim tveganjem za razvoj osteoporoze in osebam, ki jemljejo določena zdravila. Osteopenija pa pomeni nizko kostno gostoto (Cummings 2006) in nakazuje tveganje zloma. Kostno gostoto se izmeri s kostno denzitometrijo; če se ugotovi odstopanje od normalnih vrednosti, lahko spremembe življenjskega sloga pripomorejo k upočasnitvi izgubljanja kostne mase in zmanjšajo pojavnost zlomov. Marshall in sodelavci (1996) so pokazali, da se z merjenji mineralne gostote kosti lahko predvideva tveganje zloma, ne more pa se določiti oseb, ki jih bo zlom prizadel.

Natančnih vzrokov osteoporoze še niso odkrili, znano pa je, da je z leti proces obnove kosti oslavljen, zato je izguba kostne mase večja kot nastanek nove (Mayo Clinic Staff, *Osteoporosis*). Gostota kosti je delno odvisna od količine kalcija, fosforja in drugih mineralov, ki jih kosti vsebujejo, pa tudi od ravni hormonov, predvsem estrogena. Dejavniki tveganja so tudi spol, staranje, zdravstvena anamneza, sočasna obolenja in drugi. Vplivamo lahko na določene dejavnike, predvsem življenjski slog glede prehrane in gibanja. K preventivnim ukrepom za ohranjanje zdravih kosti sodi primeren vnos kalcija in vitamina D ter redna telesna vadba. Programi telesne vadbe krepijo kostno moč ter izboljšujejo držo, ravnotežje in mišično moč, zaradi česar so padci manj verjetni. Za preprečevanje izgube kostne mase se svetuje tudi izogibanje prevelikim količinam alkohola in kajenju.

Zdravilne učinkovine, ki sodijo k bifosfonatom, pripomorejo k ohranjanju kostne mase in zmanjšujejo tveganje zlomov (prav tam). Neželeni učinki v prebavnem traktu so lahko resni. Jemanje teh zdravil enkrat tedensko ali mesečno povzroča manj težav z želodcem. Peroralno jemanje zdravil se lahko nadomesti z intravenskim jemanjem. Pomembno je dobro sodelovanje bolnika z zdravnikom, ki bolniku predstavi tveganja in koristnosti jemanja zdravil. Za zdravljenje osteoporoze se uporablja tudi raloksifen, ki deluje kot estrogenski agonist. Kalcitonin je hormon, ki ga proizvaja ščitnica in zmanjšuje resorpcijo kosti ter lahko upočasni izgubo kostne mase. Ta zdravilna učinkovina lahko tudi prepreči zlome hrbtenice in olajša bolečine. Običajno se jemlje v farmacevtski obliki nosnega pršila ali pa se injicira. Zdravila z vsebnostjo teriparatida, analoga paratiroidnega hormona, zdravijo osteoporozo pri osebah z velikim tveganjem za zlome kosti. Učinkujejo s stimuliranjem rasti kosti, medtem ko druga zdravila preprečujejo nadaljnjo izgubo kostne mase. Ta zdravila se dajejo podkožno, enkrat dnevno. Zdravljenje z estrogenom sicer pripomore pri ohranjanju kostne gostote, a lahko poveča tveganje za resne zdravstvene zaplete.

Alonso-Coello in drugi (2008) ugotavljajo, da predstavniki farmacevtske industrije usmerjajo marketing zdravil za zdravljenje osteoporoze na veliko skupino žensk z osteopenijo. Vprašanje je, ali bo v zdravstveni praksi to pomenilo preprečevanje zlomov kosti ali pa nepotrebno zdravljenje številnih zdravih žensk. Alonso-Coello in sodelavci (2008) zaključujejo, da zdravljenje z zdravili zmanjša tveganje zlomov žensk z osteoporozo, a pri tem opazajo nezadostno navajanje neželenih učinkov in precenjevanje možnih koristnosti. Ocenjujejo, da bi morale odločitve o zdravljenju temeljiti na oceni absolutnega tveganja zlomov. Raziskovalci v objavljeni študiji (Patients Fear Osteoporosis Quality of Life Impact 2009) trdijo, da se bolniki precej bolj bojijo emocionalnega in fizičnega vpliva osteoporoze na kakovost življenja, kot si zdravniki mislijo; bojijo se zmanjšane aktivnosti in resnih posledic, kot je zlom. Bolniki nimajo dovolj informacij in zato predlagajo izboljšanje komuniciranja med bolniki in zdravniki.

2.7 Socialni marketing in njegovo poslanstvo

Mnoge javnozdravstvene ustanove izvajajo svoje aktivnosti s pomočjo socialnega marketinga. Socialni marketing ima določene skupne značilnosti s komercialnim marketingom, a se razlikuje pri vplivu na vedenje porabnikov, povezano z njihovim zdravjem (Kotler in drugi 2002). To pa za porabnika često pomeni odpovedovanje oziroma druge napore, ki jih je potrebno vložiti, da se neko ustaljeno vedenje spremeni. Promocijsko sporočilo v socialnem marketingu mora biti učinkovito, a ne zavajajoče.

S socialnim marketingom želijo izvajalci s programi in akcijami vplivati na stališča in vrednote ciljnih skupin ljudi z namenom, da spremenijo določene vedenjske vzorce. Ta cilj se doseže z določitvijo ciljne javnosti, z izborom ustrezne strategije in aktivnosti, ki so za ciljno javnost prepričljive. Andreasen in Kotler (2003) navajata, da je socialni marketing zasnovan na informacijskem pristopu socialnega oglaševanja. A take oglaševalske kampanje niso bile uspešne, ker so ustvarjalci zanemarjali pomen selektivnega zaznavanja, izkrivljanja informacij in pozabljanja (Demšar Pečak 2004). Pri celostnem pristopu k marketingu se ustvarjajo razmerja z notranjim in zunanjim okoljem ter s socialnim in naravnim okoljem (Jančič 1993).

Sporočilo, ki temelji na socialnem marketingu, naj bo konkurenčno drugim sporočilom na tržišču. Aaker (1996) predlaga, da se navede koristnosti, ki izhajajo iz vedenja, ki ga želimo

doseči, na primer boljše socialno sprejemanje. Poudarja pomen različnih procesov socialnega marketinga, ki prispevajo k vrednosti znamke; z znamkami se tvorijo vezi med znamko in ciljno skupino. Ustvarjanje zavedanja o znamki je običajno odvisno od ponavljajočih se sporočil, ki pa jih socialni tržniki v okviru svojih omejenih proračunov ne morejo zagotoviti. Zato se zgolj z ustvarjanjem zavedanja ne more doseči prevlade lastne znamke. Socialni tržniki naj upoštevajo pomen zaznavanja kakovosti v povezavi z znamko. Aaker (1996) poudarja, da se lahko z vzdrževanjem pripadnosti znamki doseže dolgotrajno spremembo vedenja v želeni smeri. Znamko se navezuje na ciljno skupino z ustvarjanjem emocionalnih vezi.

2.7.1 Psihološke teorije in modeli

V strokovnih člankih se pri programih socialnega marketinga najpogosteje omenjajo naslednje teorije in modeli: model zdravstvenih prepričanj (*Health Belief Model*, HBM), teorija upravičene akcije (*Theory of Reasoned Action*, TRA), socialna kognitivna teorija (*Social Cognitive Theory*, SCT), transteoretični model spreminjanja vedenja ter drugi modeli in teorije (Bloom in Gundlach 2000).

Model zdravstvenih prepričanj je psihološki model, s katerim poskušamo razložiti in predvideti vedenje glede zdravja. Temelji na domnevi, da bo oseba izvedla dejavnost, povezano z zdravjem, če pričakuje, da se bo izognila negativnemu zdravstvenemu stanju, in je prepričana, da bo priporočeno zdravstveno aktivnost uspešno izvedla (Glanz in Rimer 1997). Glavne sestavine modela zdravstvenih prepričanj so: subjektivna zaznava tveganja razvoja določenega zdravstvenega stanja; občutja glede resnosti posledic razvoja specifičnega zdravstvenega problema; prepričanja glede učinkovitosti raznih aktivnosti, ki lahko zmanjšajo ti dve tveganji; potencialno negativni vidiki sprejemanja specifičnih aktivnosti; telesni ali okoljski dogodki, ki sprožijo aktivnost. Pojem lastne učinkovitosti je nadaljnja napoved zdravstvenega vedenja, predvsem spremembe življenjskega sloga. Na zaznave in posredno na posameznikovo vedenje, povezano z zdravjem, lahko vplivajo tudi različne demografske, psihološke in strukturne spremenljivke. Model zdravstvenih prepričanj se kot teoretični model uporablja, ko naslavljamo populacijo s tveganim vedenjem, ki ga sama ne čuti kot takega. V kontekstu povečanja zaznane nevarnosti se za to populacijo ustvarjajo sporočila, ki temeljijo na strahu ali tesnobi. Potencialno negativni vidiki pri sprejemanju specifičnih aktivnosti in

prepričanja o učinkovitosti različnih aktivnosti lahko spremenijo subjektivno zaznavo tveganj (Bloom in Gundlach 2000).

Model teorije upravičene akcije predvideva vpliv prepričanj in vrednotenj na odnos do vedenja ter nato preko vedenjskih namer do dejanskega vedenja. Vzporedno na dejansko vedenje preko vedenjskih namer vplivajo normativna prepričanja in motivacija za sodelovanje, ki vodi v subjektivne norme (Fishbein in Ajzen 1975). Teorija upravičene akcije se v kombinaciji s teorijo načrtovanega vedenja (*Theory of Planned Behaviour*, TPB) pogosto uporablja v programih socialnega marketinga, na primer pri preprečevanju uporabe tobaka (Bloom in Gundlach 2000).

Skladno s socialno kognitivno teorijo vedenja ne določajo le notranji, ampak tudi zunanji dejavniki, na primer okolje. Eden glavnih konceptov tega modela je učenje z opazovanjem. Posameznik lahko v okolju vidi aktivnosti drugih ljudi in se uči o posledicah takšnega vedenja. Proces obvladovanja učenja z opazovanjem zajema: pridobivanje in zadržanje pozornosti, pomnjenje, ponavljanje opazovanega vedenja in motivacijo za izvajanje tega vedenja. Med druge sestavine socialne kognitivne teorije sodijo ocena sposobnosti za doseganje določene ravni izvedbe, ocena o verjetni posledici vedenja, vrednost posledic vedenja, strategije za spopadanje s čustvenimi dražljaji, učenje iz posledic aktivnosti drugih, ustvarjanje in uravnavanje vedenjskih vzorcev, motiviranje in uravnavanje vedenja s pomočjo notranjih standardov in lastno vrednotenje aktivnosti. V programih, ki se navezujejo na socialno kognitivno teorijo, so pomembne sposobnosti ljudi za izvajanje zelenega vedenja, predvidene posledice aktivnosti in ocenjene vrednosti posledic (Bloom in Gundlach 2000).

Transteoretični model spreminjanja (zdravstvenega) vedenja (*The Transtheoretical Model of Behavioral Change*, TTM), imenovan tudi stopnje spremembe, je eden pogosteje uporabljenih modelov v programih socialnega marketinga. Model predvideva specifične stopnje sprememb. Način vplivanja s povratnimi informacijami, izobraževanjem in medijskimi kampanjami v primeru zavedanja o problematičnem, z zdravjem povezanim življenjem se razlikuje od vplivanja s podporo za doseganje vedenjskih sprememb, če je potrebna pomoč pri odnosih. Model lahko opišemo v šestih stopnjah. Na prvi stopnji (prekontemplacija) osebe ne nameravajo ukrepati v prihodnjih šestih mesecih. Na stopnji kontemplacije osebe nakažejo, da nameravajo ukrepati s spremembo vedenja v naslednjih šestih mesecih. Stopnja priprave pomeni, da osebe pokažejo pripravljenost za ukrepanje v naslednjih šestih mesecih in imajo

načrt aktivnosti. Stopnja aktivnosti nastopi tedaj, ko so osebe izvedle specifične vedenjske spremembe v preteklih šestih mesecih. Na stopnji vzdrževanja osebe delujejo v smeri preprečevanja ponovitve starega vedenja in pri tem uporabljajo številne prej opisane procese. Ta stopnja traja od šestih mesecev do treh let. Na stopnji zaključka pa so osebe prepričane, da se ne bodo vrnile k prejšnjemu vedenju ali navadam. Model je k socialnemu marketingu prispeval spoznanje, da je razmeroma malo pripadnikov ciljne javnosti pripravljeno na aktivnosti, zato je potrebno več časa in energije za premik ljudi z zgodnejših stopenj procesa, ki še ne zajemajo aktivnosti (Bloom in Gundlach 2000).

V marketingu velja teorija širjenja novosti. To teorijo so aplicirali tudi na socialni marketing (Kotler in Roberto 1989). V vsaki ciljni javnosti obstaja več različnih skupin, glede na posebno motivacijo za sprejemanje novega vedenja. Inovatorjev je malo, a želijo biti drugačni in potrebujejo novosti. V drugih skupinah ciljne javnosti je pripravljenost za sprejemanje novosti vedno manjša, potrebujejo več časa in dokazov o učinkovitosti neke spremembe, da jo sami privzamejo.

Model verjetnosti predelave (*Elaboration Likelihood Model*, ELM) daje združeno ogrodje za razumevanje vzrokov in posledic sprememb vedenja (Petty in Cacioppo 1981; 1986a). Backer in drugi (1995) razlagajo, da model hierarhije učinkov (*The Hierarchy of Effects Model*, HEM) predlaga dve različni poti prepričevalnosti, centralno pot in periferno pot, medtem ko so se številne predhodne teorije spremembe odnosov osredotočale na eno ali drugo pot. Skladno z modelom hierarhije učinkov centralna pot prepričevalnosti vključuje naporno kognitivno aktivnost, z uporabo predhodnih izkušenj in znanj, z namenom ovrednotenja novih trditvev. Oseba mora imeti dovolj motivacije in sposobnosti, da razmišlja o prednostih informacije. Oseba je motivirana, da razmišlja o sporočilu, če ga zaznava kot osebno pomembnega (Petty in Cacioppo 1979). Na sposobnost razmišljanja o sporočilu vpliva tudi število motenj v prepričevalnem kontekstu (Petty in drugi 1976). Če je oseba motivirana in sposobna razmišljati o globljih trditvah v sporočilu, se bo to odražalo v vrednostni strukturi osebe. Backer s sodelavci (1995) kot nasprotje centralne poti predpostavlja periferno pot; periferni pristopi so zelo učinkoviti pri ustvarjanju sprememb odnosov.

2.7.2 Kampanje in sporočila socialnega marketinga, povezana z zdravjem

V modelu socialnega marketinga so opredeljene štiri stopnje: po načrtovanju in raziskavi sledi oblikovanje strategije, nato izvajanje in na koncu ovrednotenje (Alcalay in Bell 2000). Cilji kampanje dajejo osnovo, na kateri se gradi strategija in ovrednotijo izidi. Cilji morajo biti uresničljivi in merljivi. Izvede se segmentacija; sporočila o zdravju se razvijajo tako, da so prilagojena vedenju, stališčem, zelenim medijem, jeziku in drugim značilnostim pripadnikov določenega segmenta. Pomemben vidik je tudi analiza okolja socialnega marketinga in vključevanje članov skupnosti v načrtovanje. Načrtovalci kampanje morajo ugotoviti trenutne navade, motivacijo, znanje, prepričanja in vedenje ciljne javnosti. Koristno je ugotoviti, kako ciljna javnost zaznava priporočila kampanje, stroške in koristnosti priporočenih sprememb in zmožnost prilagajanja spremembam. V Sloveniji se opaža naraščajoče število programov o zdravju. Med njimi niso najuspešnejši tisti, ki govorijo o obolenjih, temveč tisti, ki učijo, kako doseči izvrstno zdravje ter kako ohranjati in izboljševati zdravje (Kamin 2004).

Oblikovanje kampanje temelji na različnih informacijskih virih, vključno z rezultati fokusnih skupin, vprašalniki, intuicijo, predhodnimi raziskavami ali drugimi informacijskimi viri (Alcalay in Bell 2000). Koncepti in sporočila, ki izhajajo iz faze načrtovanja in raziskovanja, se morajo predhodno testirati. Predstavniki ciljnih skupin se zberejo na primer v fokusnih skupinah, kjer razpravljajo o novih gradivih in predlagajo izboljšave. V okviru marketinškega spleta avtorja poleg izdelka, cene, distribucije in promocije poudarjata tudi pomen pozicioniranja izdelka. Izvedeno kampanjo se v končni fazi tudi ovrednoti (Alcalay in Bell 2000); z vprašalniki se lahko ugotovi doseg kampanje v okviru ciljne javnosti, sposobnost ciljne javnosti, da se spomni ključnih vidikov komuniciranja v kampanji, všečnost gradiv in namere predstavnikov ciljne javnosti, da delujejo skladno s posredovanimi informacijami. Težko je ovrednotiti dolgoročne učinke kampanje. Eksperimentalni model daje najboljšo osnovo za vzročno sklepanje o učinkih kampanje. Najbolje je, če se obravnavana skupina primerja s kontrolno skupino, ki v kampanjo ni bila zajeta. Ustvarjalci kampanj želijo v končni fazi spremeniti vedenje predstavnikov ciljne javnosti. Učinki na vedenje se lahko ocenijo na osnovi poročanja predstavnikov ciljne javnosti ali pa se uporabijo dražje metode, na primer medicinski testi. Ovrednoti se tudi stroškovna učinkovitost kampanj.

V nadaljevanju navedene objavljene raziskave zajemajo proučevanje učinkovitosti preventivnih izobraževalnih programov o osteoporozi. Kljub ugotovitvam o pomenu

preventive pri preprečevanju osteoporoze se je le malo preventivnih modelov izkazalo za uspešne. Tussing in Chapman-Novakofski (2005) sta s projektom nameravala določiti, ali bi izobraževalni program za preprečevanje osteoporoze signifikantno vplival na povečan vnos kalcija. Po izobraževalnem, na psiholoških teorijah temelječem programu sta med drugim ugotovila povečano zaznavanje občutljivosti za osteoporozo in zaznane koristnosti povečanega vnosa kalcija. Terrio in Auld (2002) sta zaključila, da je nujno dajati izrecne informacije o osteoporozi in o vedenju, ki pomeni manjše tveganje za ženske vseh starosti. Blalock s sodelavci (2000) je pokazal, da gradiva s kratkimi pisnimi informacijami lahko izboljšajo znanje in spremenijo prepričanja, ne vplivajo pa na spremembo vedenja. Sedlak in sodelavci (2000) so ugotovili, da so imeli udeleženci vseh programov po zaključku programov znatno več znanja, vendar raziskovalci niso opazili sprememb v prepričanjih ali vedenju glede zdravja.

Delovanje na osnovi znanja iz javnega zdravja je kompleksen proces (Formoso in drugi 2007). Avtorji ugotavljajo, da pristop na osnovi socialnega marketinga lahko pomaga raziskovalcem javnega zdravja, da oblikujejo jasne in privlačne, na dokazih temelječe informacije. Vrednost in pomembnost teh informacij se lahko ciljni javnosti razloži glede na njihovo raven znanja in z ozirom na to, kako te informacije pripomorejo k njihovi praksi.

Socialni tržniki so komercialni marketing prilagodili zdravstvenim potrebam z analiziranjem ciljne javnosti, določitvijo ciljev želenih sprememb vedenja, oblikovanjem sporočil in prilagajanjem strategij za promocijo sprejemanja in vzdrževanja vedenja, ki se navezuje na zdravje (Evans 2006). Pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem, sporočila socialnega marketinga tekmujejo za pozornost porabnikov. Komunikacijski kanali za prenos zdravstvenih informacij so se v zadnjih letih v znatni meri spremenili. Ena od ključnih odločitev pri socialnem marketingu je, ali se sporočila usmerjajo k splošni javnosti ali pa se s segmentiranjem zajame ciljno javnost. Segmentacija običajno temelji na sociodemografskih, kulturnih in vedenjskih značilnostih, povezanih z nameravanimi spremembami vedenja. Evans (2006) piše tudi o komunikaciji »po meri« (angl. *tailored communications*). V teh sporočilih se upoštevajo specifični kognitivni in vedenjski vzorci, pa tudi individualne demografske značilnosti, zato so bolj natančne, vendar imajo manjši doseg, pa tudi stroški razvoja in izvajanja takega sporočila so lahko večji. Izkušnje kažejo, da je socialni marketing lahko učinkovit. Evans (2006) zaključuje, da lahko zdravniki preko svetovanja bolnikom ojačijo medijska sporočila socialnega marketinga.

Pri socialnem marketingu se uporabljajo komercialne marketinške teorije in metode za delovanje na socialnih področjih; k porabniku se tržniki obračajo, ko želijo doseči spremembo njegovega vedenja (Kotler 1996). Socialni marketing, z osredotočanjem na socialno pomembne teme, se lahko obravnava kot del družbeno odgovornega, to je societalnega marketinga.

2.7.2.1 Strah in grožnja v učinkovitih sporočilih

Sporočila socialnega marketinga morajo biti uspešna, da bodo osebe spremenile vedenje. Apeli strahu in drugi apeli se morajo uporabiti ustrezno: na ustreznem mestu in v tolikšni jakosti, da se doseže primeren učinek, ki vodi v spremembo vedenja.

Iz ugotovitev raziskav je razvidno, da je strah vzbujajoče sporočilo prepričljivo in da je pomembno za učinkovitost sporočila. Strah vsebujoča sporočila sprožijo vznemirjenje ali tesnoba, ki se kaže v odzivu (Newcomb in drugi 1965). Neučinkovita so sporočila, ki vzbujajo malo strahu, saj ne motivirajo ljudi, da bi delovali skladno s sporočilom (Miller 1963). Sporočila, ki vzbujajo veliko strahu, pa so neučinkovita, ker vzbujajo obrambno izogibanje. Glede na te razlage bi bila najbolj učinkovita sporočila, ki vzbujajo zmerni strah. Boster in Mongeau (1984) sta ugotovila, da je razmerje med strah vzbujajočo vsebino in zaznanim strahom pozitivno. Določila sta tudi pozitivno razmerje med strah vzbujajočo vsebino in prepričljivostjo. Leventhal (1971) trdi, da sporočila, ki vsebujejo strah, vodijo v čustva strahu in potrebo po uravnavanju strahu. Istočasno strah vzbujajoča sporočila vzbujajo željo po izločitvi tveganja sporočila. Avtor omenja, da mora biti ciljna javnost vpletena v nadzor strahu in/ali nadzor tveganja. Praksa določenih preventivnih zdravstvenih kampanj v slovenskem prostoru kaže, da te ne upoštevajo teoretičnih spoznanj. Ustvarjalci sporočil namreč celo pretirano uporabljajo apele strahu in pričakujejo vpliv na vedenje splošne javnosti, ki bi vodilo v večjo zaščito njihovega zdravja, ne da bi predhodno preverili učinke sporočila.

Witte (1992a) trdi, da če priporočila ponujajo učinkovito metodo za odpravo negativnega izida, bo ciljna javnost upoštevala priporočila, zajeta v sporočilu. Če s priporočili ni mogoče odpraviti negativnega izida, se pojavi nadzor grožnje. Rogers (1975) piše, da na prepričljivost vpliva več dejavnikov. To so resnost grožnje, ranljivost ciljne javnosti na grožnjo in

učinkovitost odgovora. Avtor ni upošteval čustev strahu, temveč se je osredotočal na grožnje. Menil je, da so grožnje v kombinaciji z ranljivostjo in učinkovitim odzivom prepričljive v zadostni meri, ne glede na to, ali se ustvarjajo čustva strahu ali ne. Z delom sporočila, ki vsebuje grožnjo, se poskuša povečati občutljivost javnosti na resno grožnjo. Z delom sporočila, ki vsebuje učinkovitost, se poskuša prepričati posameznike, da lahko izvedejo priporočeni odziv, ki grožnjo odvrne. Za spremembo vedenja mora biti zaznavanje grožnje uravnano v zadostni meri, tako da javnost zazna priporočeni odziv kot dovolj učinkovit, da z njim odstrani ali znatno zmanjša grožnjo (Rogers 1975; Rogers 1983 v Cacioppo in Petty, 153–176; Witte 1992a, 1992b). Če grožnjo zaznajo kot preveliko, prejemniki sporočila verjamejo, da je noben odziv ne bi učinkovito odvrnil. Tedaj se lahko odzovejo z zanikanjem ali z obrambnim izogibanjem. Strah vzbujajoča sporočila lahko torej učinkovito prepričajo le, ko v veliki meri vsebujejo obe sestavini, grožnjo in učinkovitost. Beck in Frankel (1981) trdita, da je potrebno razlikovati med osebno učinkovitostjo, ki se nanaša na sposobnost ciljne javnosti, da se odziva skladno s priporočili, in na odzivno učinkovitost, ki se nanaša na vpliv priporočenega vedenja na negativni izid.

Keller in Lehmann (2008) sta pokazala pomemben vpliv sporočilnih taktik na namere, povezane z zdravstvenimi sporočili. Bolj učinkovita sporočila o zdravju je mogoče ustvarjati s prilagajanjem različnim tržnim segmentom. Bolj uspešno je osredotočanje na nezdravo vedenje kot promoviranje zdravega vedenja. Manj vpleteno javnost bolj prepričajo zmerno zastrašujoča sporočila, ki vsebujejo priporočila, so nazorna in se nanašajo na zelo verodostojen vir. Visoko vpletena javnost pa ima raje močna sporočila, ki so tudi zmerno zastrašujoča, vendar nazornost, kredibilnost vira oziroma priporočil niso tako pomembni. Pomembna dejavnika sta tudi starost in spol ciljne javnosti. Na mlajšo javnost v večji meri vpliva dolgotrajno navajanje socialnih posledic, na starejšo javnost pa omenjanje fizičnih posledic. Ženske se bolj odzivajo na emocionalna sporočila s socialnimi posledicami, moški pa na sporočila, ki poudarjajo posledice za fizično zdravje. Ugotovitve tega dela (Keller in Lehmann 2008) lahko pripomorejo k ustvarjanju sporočil o zdravju za različne ciljne javnosti.

2.7.2.2 Uporaba pozitivnega afekta pri oblikovanju sporočil o zdravju

Komunikacijske kampanje imajo pomembno vlogo pri preprečevanju bolezni in promociji zdravja (Monahan v Maibach in Parrott 1995, 81–99). Oblikovanje učinkovitih kampanj o zdravju pa je težka naloga, saj so informacije pogosto zapletene in se zaradi novih

raziskovalnih izsledkov spreminjajo, ustvarjalci promocijskih sporočil pa v kampanjah pogosto svetujejo ljudem, naj opustijo prijetne dejavnosti. Komerčni oglaševalci težijo k izogibanju negativnim afektom in svoja sporočila raje pozitivno naravnajo. Emocionalno koristna sporočila vsebujejo afektivne in racionalne elemente, na osnovi katerih se vzpostavijo čustvena stanja, da bodo prejemniki soglašali s sporočilom in bili deležni koristi. Hevristična sporočila pa prvenstveno temeljijo na afektih in se uporabljajo za posameznike, ki se ne poglobijo v sporočilo. S pozitivnim afektom v obliki hevrističnega sporočila se torej pritegne pozornost, da je javnost dovzetna za nadaljnja sporočila. Le v primeru, ko se javnost počuti ogroženo, pozitiven afekt sporočila ni povezan z večjo dovzetnostjo.

Monahan (v Maibach in Parrott 1995, 81–99) poudarja tudi pomen poglobljenosti obdelave informacij. Trud, vložen v obdelavo sporočila, lahko vpliva na pomnjenje in stališča. Negativna sporočila se odražajo v bolj skrbnem razmisleku, saj se z negativnim afektom javnost obvešča, da je sedanji položaj problematičen. Pozitivna sporočila pa ne sprožijo samoohranitvenih občutij, temveč občutja lahkotnosti in udobja. Pozitivna sporočila torej sprožijo periferno obdelavo (Petty in Cacioppo 1986b). Vendar obstajajo oblike pozitivnih sporočil s kombinacijo racionalnih in afektivnih sestavin, ki lahko povzročijo razmeroma stalne spremembe stališč in/ali vedenja, ne da bi nujno zahtevala sistemsko (centralno) obdelavo. Sporočila z emocionalnimi koristnostmi so lahko prepričljiva ne glede na tip kognitivne obdelave, ki jo vzbudijo. Pozitivna sporočila so povezana s pozitivnimi afekti, ki spodbudijo spremembo stališč in so prepričljiva, prejemniki negativnih sporočil pa niso motivirani za spremembo vedenja (Monahan v Maibach in Parrott 1995, 81–99).

2.8 Societalni marketing, modeli in njegovo poslanstvo

Societalni marketing povezujemo z načeli družbene odgovornosti podjetij in trajnostnega razvoja. Namen societalnega marketinga je ustvarjanje dobrih marketinških odločitev, ob upoštevanju potreb porabnikov oziroma doseganju njihovega zadovoljstva, zahtev podjetja in dolgoročnih interesov družbe (Kotler 1996). Pri societalnem marketingu se v komercialne marketinške strategije vključuje družbena odgovornost. Tržniki morajo torej uspešno krmariti med dobički podjetja, zadovoljevanjem potreb porabnikov in javnim interesom (Kotler 1996, 27–28).

V konceptu societalnega marketinga se upoštevajo vsi deležniki v medsebojni izmenjavi. Medsebojna razmerja v societalnem marketingu prikažemo z modelom s tremi točkami v trikotniku, ki predstavljajo družbo, podjetje in porabnike. Vsaka točka prispeva k stabilnosti celote in model societalnega marketinga bi brez katerekoli izmed teh točk razpadel. Družbeno odgovorna podjetja poskušajo najti stik z ljudmi. Raziskave so pokazale, da se porabniki boljje odzovejo na marketinške aktivnosti, ki imajo socialno vsebino (McDevitt 2007).

S konceptualnim modelom vpliva societalnega marketinga na odnos porabnikov do identitete korporacije je McDevitt (2007) ugotovil tri ključne dejavnike vpliva na omenjeni odnos. To so korporacijske marketinške komunikacije na splošno, specifične lastnosti programa societalnega marketinga in demografske značilnosti porabnikov. H korporacijskim marketinškim komunikacijam sodijo primarne marketinške komunikacije, ki pomenijo neposredni stik s porabnikom. Sekundarne komunikacije zajemajo masovne komunikacije, kot so oglaševanje, odnosi z javnostmi in podobno. Terciarna komunikacija kot del marketinških komunikacij pa pomeni sporazumevanje preko tretje strani. Tri bistvene sestavine societalnega marketinškega programa so simbolizem, ki vključuje vizualno identiteto, vedenje vodstva in zaposlenih glede societalnega marketinškega programa ter komuniciranje o societalnem marketinškem programu. Demografske značilnosti porabnikov pa so opredeljene glede na spremenljivke, kot so spol, izobrazba, starost in podobno (McDevitt 2007).

2.8.1 Družbeno odgovorno komuniciranje in sporočilo

Podjetja morajo danes, skladno s spremenjenimi družbenimi in okoljskimi razmerami, presegati zakonsko obvezujoče dolžnosti ter prispevati tudi k reševanju problemov, za katere so tudi sama odgovorna (Jančič 2002). Notranja dimenzija družbene odgovornosti se navezuje na naložbe v intelektualni kapital, zdravje in varnost zaposlenih, ustvarjanje razmer za spremenjene načine vodenja podjetij in upravljanje z naravnimi viri v proizvodnji. Poleg uresničevanja družbeno koristnih posledic se tako povečuje tudi konkurenčnost podjetij. Zunanja dimenzija družbene odgovornosti podjetja pa se kaže v ustvarjanju dobrih odnosov z deležniki, to je lokalnimi skupnostmi, dobavitelji, partnerji in porabniki. S sodelovanjem z lokalno skupnostjo se razvija in krepi socialni kapital, podjetja pa se boljje vključijo v skupnost. Koncept družbeno odgovornih podjetij ima tudi nasprotnike; ti se sklicujejo na delničarski tip razumevanja podjetij in menijo, da bi morala podjetja predvsem ohranjati svoj

konkurenčni položaj (Jančič 2004). Podjetjem tudi ne pripisujejo zmožnosti reševanja širših družbenih problemov.

Morsing in Schultz (2006) sta razpoznala tri vrste strateško naravnane socialno odgovornega komuniciranja v razmerju podjetij do njihovih deležnikov. To so informacijska strategija, odzivna strategija in strategija vključevanja. Komunikacija pri informacijski strategiji je vedno enosmerna, od organizacije do njenih deležnikov. Bolj kot prepričevanje je namen širjenje informacij in objektivno obveščanje javnosti o organizaciji. Odzivna strategija zajema dvostransko komuniciranje, ki pa je asimetrično, saj podjetje poskuša spremeniti odnos in vedenje javnosti, podjetje pa se ne spreminja kot rezultat odnosa z javnostjo. Strategija vključevanja pa predvideva dialog z deležniki. Cilj dvostranskega, simetričnega komuniciranja je obojestransko sporazumevanje, racionalni dogovor ali soglasje.

Če uporabimo teorijo omenjenih raziskovalcev (Morsing in Schultz 2006), lahko socialno odgovornemu promocijskemu sporočilu določimo več ravni. Prva raven pomeni, da sporočilo ustreza zakonskim predpisom, uporabljena pa je informacijska strategija; večina sporočil ustreza tej ravni. Na naslednjo raven sodijo sporočila, ki ustrezajo zakonskim predpisom, vsebujejo pa tudi dodatne strokovne informacije, na primer vsaj del navodila za uporabo, vključno z možnimi neželenimi učinki, opozorili in interakcijami; tudi tu je uporabljena informacijska strategija. Na tretji ravni je uporabljena odzivna strategija, dana je možnost povratnih sporočil uporabnika zdravil. Na četrti ravni gre za vključevanje sprememb v delovanje (promocijo) zdravil podjetja na osnovi dvostranske, simetrične komunikacije, strategija je torej vključevalna.

2.8.1.1 Družbeno odgovorno komuniciranje farmacevtskih podjetij

Bluestone in drugi (2002) so določili merila uspešnosti družbeno odgovornega, dokazljivega ravnanja farmacevtskih podjetij v deželah v razvoju. Pomembno merilo so cene zdravil. Podjetje podpira sistematičen, globalen pristop k oblikovanju cen, politika podjetja pa bi morala uveljavljati znatno nižje, objavljene cene zdravil v državah v razvoju. V okviru združenih, javnih in zasebnih spodbud naj se rešujejo ciljne zdravstvene težave kot del dolgoročnega poslovnega plana podjetja. Pri tem se ne smejo izključiti ranljivi deli družbe. Merila uspešnega, družbenoodgovornega ravnanja na področju razvoja in raziskav pa določajo, da podjetje objavi ciljne izdatke za razvoj in raziskave ter se odreče določenim

patentnim pravicam v državah v razvoju. Kar zadeva ustrezno uporabo zdravil, merila določajo, da morajo podjetja slediti smernicam Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) glede preizkušanja zdravil in objaviti vse rezultate kliničnih preizkušanj. Spremljati morajo varnost zdravil in pristojnim ustanovam razkriti morebitne neželene učinke. Etična merila SZO morajo upoštevati pri poročilih in pri promociji. Daniels (2001) se zavzema za doseganje večjega ravnotežja med spodbudami, dobički in javnimi koristmi, predvsem za države v razvoju. V Unescovi deklaraciji (Faunce 2005) se poudarja dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva in nujnih zdravil ter stroškovno učinkovitih sistemov cen. Morsing in Schultz (2006) menita, da mora farmacevtska industrija prevzeti odgovornost in prodajati zdravila po dostopnih cenah.

A. Smith (2008) je pri raziskovanju družbene odgovornosti farmacevtskih podjetij določila pet etičnih kršitev, prisotnih pri neposrednem oglaševanju zdravil porabnikom. Prvič, z oglaševanjem lahko pripomorejo k ustvarjanju terapevtskih področij. Drugo kršitev vidi v tem, da se prepričuje s subtilnimi sporočili, v katerih so prikazane koristnosti jemanja zdravil, kar prejemnika spodbuja k samodiagnosticsiranju. Kot tretjo kršitev je navedla trditve in skrivanje dejstev, s katerimi se lahko promovirajo nezdravi življenjski slogi, z možnimi kritičnimi izidi. Oglaševanje lahko prispeva k visokim cenam zdravil. Kot peto kršitev omenja, da se z vplivanjem na zdravnike spodbuja povečevanje predpisovanja zdravil.

2.9 Značilnosti sporočil

2.9.1 Berljevost

Ugotavljanje berljevosti ali stopnje berljevosti se obsežno uporablja v več državah. Ustrezna stopnja berljevosti je pomembna v besedilih o zdravju in zdravilih, ker njihovo razumevanje lahko vpliva na odločitve o zdravljenju in potencialno na izide zdravljenja. Neprimerna berljevost je globalno razpoznana in v nekaterih državah so predlagali rešitve. Raziskave analiz berljevosti angleških besedil o zdravilih so bile pogosto objavljene (Hochhauser 1987; Wells in Sell 1991; Estrada in drugi 2000; Khurana in drugi 2003; Roskos in drugi 2008; Schutten in McFarland 2009; Williamson in Martin 2010; Pelcher in drugi 2011), slovenska besedila pa se šele pričenjajo analizirati.

Neustrezna berljivost je povezana z nizko stopnjo pismenosti. Pismenost se čedalje bolj razpozna kot kritični dejavnik, ki vpliva na komunikacijo med bolnikom in zdravnikom ter torej učinkuje na izide zdravljenja (Williams in drugi 2002). Raziskave so pokazale pogosto nizke stopnje pismenosti glede zdravja, posebej pri starejših osebah. Ustrezna pismenost splošne javnosti je opredeljena kot: poznavanje abecede, sposobnost hitre in lahke berljivosti, ustrezen besedni zaklad in razumevanje, definirano kot dobivanje pomena iz besedila, skladno z opisom v študiji o zdravstveni pismenosti (Rudd 2010). Ugotovljeno je bilo, da je pomembno povečevanje zavedanja o strokovni in javnozdravstveni pismenosti. Raziskovalci so ugotavljali tudi pomen izobraževanja študentov medicine in zdravnikov ter poudarjali izboljšane sposobnosti komuniciranja med bolniki in zdravniki. V študiji PISA dobre sposobnosti branja povezujejo z izboljšano inovativnostjo (OECD 2010). Schutten in McFarland (2009) poročata, da se berljivost nanaša na lahkoto, s katero se besedilo lahko bere in razume. Če je sposobnost branja posamezne osebe signifikantno pod ravno berljivosti dokumenta, se upravičeno domneva, da posamezna oseba ne more popolnoma razumeti besedila.

Formule berljivosti so orodja, ki se pogosto uporabljajo za določitev berljivosti besedila. Z njihovo pomočjo se lahko oceni, kako zlahka lahko povprečni bralec razume besedilo. Scott (2011) je opisal uporabnost formule berljivosti, da se omogoči lahko razumevanje dokumentacije. Zdravstveno izobraževanje bolnika se prav tako lahko izboljša na osnovi formul berljivosti. Pogosto se uporabljata Flescheva formula berljivosti in Flesch-Kincaidova formula stopnje berljivosti (Flesch 1948). Kljub uvedbi različnih formul berljivosti ter kljub prednostim in pomanjkljivostim posameznih formul sta prav Flescheva in Flesch-Kincaidova formuli široko uporabljani in sta bili osnova za več znanstvenih objav, tudi s področja zdravja. Pelcher s sodelavci (2011) je opazil, da številni bolniki pridobijo informacije na osnovi iskanja v Wikipediji. Povprečna stopnja berljivosti spletnih strani, ki so zajemale 50 najbolj predpisovanih zdravil v ZDA, je znašala 15,4, zato je precej nad srednješolsko stopnjo izobrazbe. V okviru angleškega algoritma se gradiva na teh spletnih straneh lahko opišejo kot težko berljiva (angl. *difficult to read*). Pelcher in sodelavci (2011) so zaključili, da ti članki ne izobražujejo bolnikov. Estrada in sodelavci (2000) so prilagojeno berljivost promocijskih besedil o zdravju in zdravilih razpoznali kot pomemben dejavnik za razumevanje režima odmerjanja. Izboljšanje berljivosti in razumevanja besedil lahko olajša komunikacijo med zdravniki in bolniki ter tudi razumevanje bolnikov (Shrank in drugi 2007). Ustvarjanje lahko razumljivih informacij o zdravju je posebej pomembno za osebe s težavami pri branju ali

razumevanju (MedlinePlus 2011). Berljivost v obsegu med 4. in 6. stopnjo lahko vodi do zahtevanih stopenj razumevanja. Ta obseg sovпада z opisom berljivosti »zelo lahko« (angl. *very easy*). Ustrezna berljivost ne pomeni vedno lahkega razumevanja. Celotna besedila z nizko stopnjo berljivosti se lahko težko razumejo, kadar se ne upoštevajo organizacija, razporeditev in oblikovanje (Rudd 2011). Pelcher in sodelavci (2011) so ugotovili, da se poenostavitev ne enači vedno z lažjo berljivostjo. Zatorej poenostavitev besedila ni zadostna za povečanje razumevanja; ohranjanje povezanosti besedila je prav tako nujno.

2.9.2 Strategije prepričevanja

2.9.2.1 Racionalni in emocionalni apeli

Vsebina informacij o zdravju in zdravilih je pomembna za njihovo razumevanje s strani strokovne in splošne javnosti. Informacije o zdravju in zdravilih lahko vplivajo na vedenje in izide zdravljenja. O rezultatih analize vsebin pisnih virov so raziskovalci poročali za informacije o zdravilih na recept, ki se oglašujejo neposredno porabnikom (Schommer in drugi 1998; Bell in drugi 2000a; Kaphingst in drugi 2004; Abel in drugi 2007). Oglaševanje zdravil neposredno porabnikom se izvaja v ZDA in na Novi Zelandiji. Avtorji poudarjajo hitro rastoče stroške oglaševanja (Schommer in drugi 1998; Frank in drugi 2002) in potrebo po ustreznem ravnotežju (angl. *fair balance*) (Baylor-Henry in Drezin 1998; Nordenberg 1998; Kaphingst in drugi 2004). Oglasi z informacijami o zdravilih na recept ne smejo biti zavajajoči in morajo vsebovati ustrezno ravnotežje pri predstavitvi tveganj in koristnosti, glede na določbe ameriškega Urada za hrano in zdravila. V zahtevah Urada za hrano in zdravila navajajo, da bi se morali oglasi predstaviti na porabniku prijazen način (FDA 1999). Nasprotniki neposrednega oglaševanja zdravil porabnikom se ne strinjajo z uvedbo tega načina oglaševanja v druge države. Apeli v teh oglasih poudarjajo koristnosti, ne problemov, s ciljem povečanja predpisovanja namesto izobraževanja bolnikov (Hoffman in Wilkes 1999). Pomanjkljivo diagnosticiranje nekaterih bolezni pa utemeljujejo kot pomen oglaševanja zdravil neposredno porabnikom. Kadar se oglaševanje ne sklada z javnozdravstvenimi cilji, bi se moralo o tem poročati (Hoffman in Wilkes 1999).

Bell s sodelavci (2000b) je preizkušal trende oglaševanja zdravil neposredno porabnikom, z njimi povezane bolezni ter razumevanje promocijskih strategij in spodbud glede povpraševanja. Kaphingst in sodelavci (2004) so opisali izvedbo deskriptivne analize vsebin

neposrednega oglaševanja zdravil porabnikom v televizijskih oglasih. Posebna pozornost je bila posvečena lastnostim oglasov, ki lahko vplivajo na razumevanje informacij.

Po pregledu literature je razvidno, da obstaja malo študij z analizo racionalnih in emocionalnih apelov, ki obravnavajo zdravila brez recepta. Tiskane informacije z zdravili brez recepta v lekarnah so pomemben vir informacij, ki ga dopolnjujejo nasvet farmacevta, televizijski oglasi in internet. V Sloveniji promocijo zdravil brez recepta uravnava Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov (2001). Yusuff in Yusuf (2009) sta odkrila oglase z zdravili brez recepta v različnih medijih. V sporočilih z zdravili, ki so bila predhodno registrirana kot zdravila na recept, kasneje pa kot zdravila brez recepta, sta Faerber in Kreling (2012) ugotovila več apelov kot v sporočilih z zdravili na recept, in sicer 9,1 : 6,0.

Informativna in prepričevalna vrednost

Informativna sporočila pomagajo porabnikom, da pridobijo znanje, medtem ko prepričevalna sporočila pripomorejo, da porabnik spremeni stališča in vedenje. Informativna sporočila informirajo porabnike o zdravilih, prepričevalna sporočila pa tudi poskušajo prepričati porabnike, da jih uporabljajo (Berndt 2005). Same informacije so nezadostne, za številne medicinske težave se zahteva sprememba vedenja (Worden in Flynn 2001). Prepričevalna strategija ima cilj spreminjanja zaznav in stališč ter vodi v želeno spremembo vedenja. Medtem ko je informativna promocija namenjena informiranju o izdelkih, prepričevalna promocija zajema funkcijo koristnosti (Narayanan in drugi 2003). Približno dvakrat večjo vsebnost informativnih kot prepričevalnih apelov najdemo v oglasih, namenjenih neposredno porabnikom (Holmes in Desselle 2004); te ugotovitve so ovrednotene kot spodbudne. »Informativni« apeli se glede na »prepričevalne« apele uporabljajo na način, ki sovпада z uporabo »racionalnih« glede na »neracionalne« (emocionalne) apele.

Jayawardhana (2007) opisuje, da neposredno oglaševanje porabnikom vstopa v model kot informativno oglaševanje, ki vpliva na odločitev porabnika, da poišče zdravniško pomoč, medtem ko oglaševanje, usmerjeno na zdravnike, vstopa v model kot informativno in prepričevalno oglaševanje. Informativni učinki oglaševanja, usmerjenega na zdravnike, vplivajo na porabnikovo izbiro zdravila in na količino, medtem ko prepričevalni učinki vplivajo le na porabnikovo izbiro zdravila. Porabnik se odloča, ali bo poiskal zdravniško pomoč glede na svoj zdravstveni status, proračunske omejitve in druge dejavnike.

Psihološke teorije, povezane s prepričljivostjo

Psihološke teorije opisujejo razmerje med prepričljivostjo ter spremembo stališč in vedenja. Klasično procesiranje informacij je model splošne spremembe stališč in vedenja, ki se je kasneje izpopolnil v prepričevalni vzorec, z razmerji med izidi (spremembe v znanju, stališčih, vedenju) in vložki, kar je prepričevalna komunikacija (Flay in drugi 1980). V modelu hierarhije učinkov sta dve prepričevalni poti (Petty in Cacioppo 1986b, 125). Centralna, bolj obstojna pot je rezultat pozornega premisleka osebe o resničnih odlikah informacij. Ko ljudje verjamejo, da so sporočila zanje pomembna, jih obdelajo centralno, s pozornim poslušanjem in njihovim ovrednotenjem, kar zahteva veliko kognitivnega dela. Prejemnike sporočila je mogoče prepričati s perifernimi iztočnicami oziroma ključi, kot je privlačnost vira, lahko pa z utemeljitvami ali vsebino sporočila (Petty in Cacioppo 1986b). Oseba lahko sprejme prepričljivo sporočilo, ker ga je posredovala zelo verodostojna oseba, in ne zato, ker bi verjela utemeljitvam. Ljudje obdelajo sporočilo periferno, ko imajo malo interesa, sposobnosti in/ali motivacije za njegovo ovrednotenje. Na proces prepričevanja lahko vplivajo način organiziranja sporočila, vsebnost emocionalnih ali logičnih elementov, število ponovitev sporočila, živahnost uporabljenega jezika in drugi dejavniki (McGuire 1984). V prepričljivem sporočilu, podanem preko množičnega medija, je treba uporabiti kar največ iztočnic, na primer verodostojnost vira, privlačnost vira in obliko sporočila, da bo lahko vplivalo na ljudi, ki niso motivirani za centralno obdelavo komuniciranja o zdravju. Fishbein in Ajzen (1975, 1981) v svoji teoriji utemeljenega delovanja (*Theory of reasoned Action*, TRA) razpravljata, da je edini način, ko prepričljivo sporočilo vodi v spremembo vedenja, sprememba osnovnih izrazitih prepričanj, ki povzročijo specifično vedenje. Motivacijski dejavniki vplivajo na vedenje (Ajzen 1991).

Čustva ali občutenja vplivajo na miselni odgovor, da se poveže z znamko, z ustvarjanjem pozitivnega stališča do oglasa (Stout in Rust 1993). Posamezniki se razlikujejo glede na kognitivno potrebo; tisti z veliko kognitivno potrebo uživajo v napornih kognitivnih aktivnostih (Harris in Moore 1990). Damasio (2005) je pokazal anatomsko in funkcionalno povezavo med razumom in čustvi. Zatorej morajo racionalne odločitve podpirati čustveni dražljaji, da se oseba pravilno odloči, predvsem na socialnem področju.

Informativnost in prepričevalnost

Holmes in Desselle (2004) sta primerjala prepričevalne in informativne apele, ki sta jih našla v revijah, v oglasih z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom. V proučevanih oglasih sta ugotovila pogostejšo prisotnost informativnih apelov kot prepričevalnih apelov, kar ocenjujeta kot pozitivno. Poročata tudi o razlikah v ravnotežju med informativnimi in prepričevalnimi apeli glede na predmet oglaševanja. Holmes in Desselle (2004) ugotavljata, da uporaba »racionalnih« glede na »neracionalne« kategorije sovpada s kategorijami »informativnih« glede na »prepričevalne« kategorije. Cutler in Javalgi (1993) poročata, da oglasi za storitve pogosteje kot oglasi za izdelke vsebujejo prepričevalne apele v primerjavi z informativnimi apeli. Turley in Kelley (1997) sta ugotovila, da so prepričevalni apeli redki v medpodjetniškem poslovanju, saj sta jih določila le v štirih ali 4,4 % od 91 proučevanih oglasov. Precej pogostejšo prisotnost prepričevalnih apelov pa sta ugotovila v oglasih, namenjenih porabnikom, in sicer v 50,5 % proučevanih oglasov. Omenjeni avtorji so sicer podobno osvetlili racionalnost glede na emocionalnost apelov ter informativnost z ozirom na prepričevalnost, ampak na polariziran način. Pa vendar čustva vplivajo na racionalno vedenje, v vsakem sporočanju pa so elementi prepričevalnosti.

2.9.2.2 Koristnosti in tveganja

Koristnosti in tveganja zdravil bi se morala predstaviti na način, da bolnik dobi zanesljive, kompleksne informacije o zdravilih, ne glede na to, ali gre za zdravila na recept ali zdravila brez recepta. Vendar so raziskovalci opazili, da informacije o zdravilih niso vedno uravnotežene. Skladno z objavljeno študijo (Belch 1981), trditve v oglasih z zdravili na recept neposredno porabnikom poudarjajo koristnosti, ne problemov.

Ustrezno ravnotežje (angl. *fair balance*) med koristnostmi in tveganji v gradivih z zdravili

Svetovna zdravstvena organizacija predlaga, naj se z učinkovitimi predpisi o zdravilih promovira in ščiti javno zdravje ter se zagotovi, da sta, poleg drugih ukrepov, promocija in oglaševanje ustrezna in imata za cilj racionalno uporabo zdravil (Svetovna zdravstvena organizacija). Urad za hrano in zdravila (Food and Drug Administration, FDA) zahteva, da se predstavi ustrezno razmerje med informacijami, ki se nanašajo na tveganja, kontraindikacije,

in informacijami, ki se nanašajo na učinkovitost zdravila, glede obsega, poglobljenosti in podrobnosti (FDA Code of Federal Regulations). Nedoseganje ustreznega ravnotežja opisuje kot zavajajoče. Ne dovoljujejo se samo tisti oglasi, ki v celotni predstavitvi informacij izražajo zavajajoče vtise tveganj in koristnosti; niso pa tako sporni oglasi, ki ne uspejo dosežati mehanskega ravnotežja med informacijami o tveganjih in koristnostih (Before the department of health and human services food and drug administration 2003). Huh in Cude (2004) omenjata določbo Urada za hrano in zdravila o ustreznem ravnotežju, češ da naj se preizkuša vsebina spletnih strani o zdravilih na recept, z osredotočanjem na količino in kakovost informacij o tveganjih. Le približno polovica spletnih strani je v njuni raziskavi predstavljala oboje, trditve o tveganjih in koristnostih. Dobro uravnotežene informacije lajšajo razumevanje oglaševanih potencialnih tveganj zdravil, kot tudi njegovih koristnosti. Če spletna stran porabnikom ne omogoča uravnoteženih informacij o koristnostih in tveganjih, se jih lahko zavaja. Iz druge raziskave (Kasesnik 2009) je razvidno neravnotežje med koristnostmi in tveganji v gradivih z zdravili brez recepta. Neravnotežje med koristnostmi in tveganji je bilo prisotno celo v 92 % preiskovanih gradiv. Neravnotežje je opredeljeno kot tveganja, ki predstavljajo manj kot 50 % v primerjavi z vsoto trditev, opredeljenih kot koristnosti in tveganja.

Kljub dejstvu, da določba o ustreznem ravnotežju ni obvezna za slovensko področje in so cilj zdravila brez recepta, je izpolnjen kriterij ustreznega ravnotežja pomemben za varnost zdravljenja bolnikov. Skladno s slovensko zakonodajo (Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov 2001) se morata v besedilo gradiv vključiti dva obvezna stavka in to razmerje se lahko opiše kot zahtevano.

Učinkovitost enostranskih glede na dvostranska sporočila

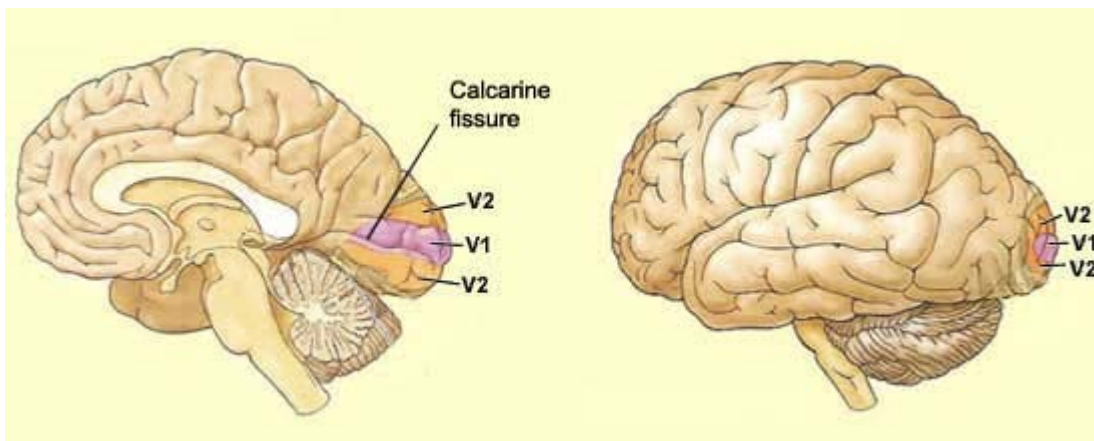
V nasprotju s splošnim prepričanjem se dvostranska sporočila, ki zajemajo koristnosti in tveganja, zaznavajo ne le kot taka s pomanjkljivostmi, ampak tudi s prednostmi glede na enostranska sporočila (Lang in drugi 1999). Povečanje zaznane kredibilnosti vira in zaznane verodostojnosti oglasa so prednosti dvostranskih sporočil, medtem ko je zmanjšana nakupna namera razpoznan kot njihova pomanjkljivost, čeprav so si rezultati nasprotujoči (Sawyer 1973; Belch 1981; Etgar in Goodwin 1982; Golden in Alpert 1987; Swanson 1987). Qi in sodelavci (2010) ugotavljajo, da je zaznava dvostranskih sporočil odvisna tudi od ravni kognitivne potrebe (*Need for cognition*, NFC). Skladno z modelom hierarhije učinkov (*The*

Hierarchy of Effects Model, HEM) se lahko prepričevalnost opiše kot rezultat centralne poti, ko se uveljavi pazljiv premislek, in periferne poti, ko se za ustvarjanje stališča uporabi strokovnost ali privlačnost (Qi in drugi 2010). Ko je verjetnost izpopolnitve visoka (nizka), je centralna (periferna) pot prepričevalnosti posebej učinkovita. Za oblikovanje stališča ali spremembe preko centralne poti posameznik potrebuje oboje, motivacijo in zmožnost za naporno ovrednotenje utemeljitev v sporočilu. Kakovost utemeljitve (močna ali šibka) in situacijski dejavniki, kot so osebna pomembnost in vpletenost sporočila, vplivajo na obseg procesiranja sporočila in torej na pot prepričevalnosti. Učinkovitost dvostranskih sporočil je tudi naloga uporabljenega medija (Belch 1983). V metaanalizi sta O’Keefe in Jensen (pred objavo) opredelila, da se vsebina sporočila lahko uokviri na dva osnovna načina: v pozitivni (»pridobitveni«) okvir, ki poudarja prednosti compliance, ali negativni (»izgubitveni«) okvir, ki poudarja pomanjkljivosti necompliance. Predvidela sta tudi večjo moč negativnih informacij. Edwards s sodelavci (2002) poroča, da težave pri komuniciranju o tveganjih izhajajo iz učinkov različnih informacijskih okvirov, na primer svetovanja bolnikom na osnovi različnih podatkov.

2.9.2.3 Vizualni ključ

Fiziologija in proces vizualnega komuniciranja

Slika 2.1: Možganski centri za vizualno komuniciranje

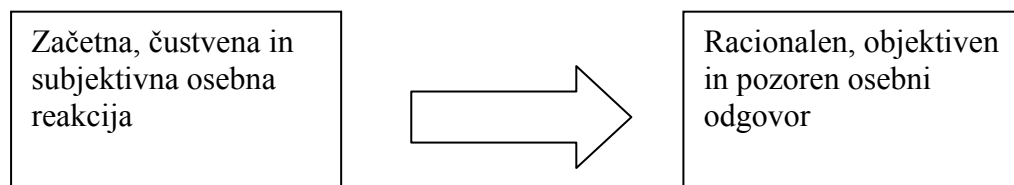


Vir: The Various Visual Cortexes

Slika, ki jo zajame oko, se prenese v možgane preko optičnega živca; ta živec se konča na celicah lateralnega genikulatnega jedra, katerega celice nato projicirajo do glavnega cilja, primarnega vizualnega korteksa. V primarnem vizualnem korteksu možgani pričnejo ponovno

sestavljati sliko iz celic očesne mrežnice (The Various Visual Cortexes). Pod imenom striatni korteks, ali enostavno V1, je primarni vizualni korteks lociran v najbolj posteriornem delu možganov, okcipitalnem režnju. Primarni vizualni korteks odgovarja tudi področju 17, ki ga je opisal anatom Brodmann. Primarni vizualni korteks pošilja velik del svojih povezav v sekundarni vizualni korteks (V2), ki ga sestavljata Brodmannovi področji 18 in 19. Analiza vizualnih dražljajev, ki se pričene v V1 in V2, se nadaljuje preko dveh glavnih kortikalnih sistemov za procesiranje vizualnih informacij. Prva je ventralna pot, ki se razširja do temporalnega režnja in za katero se meni, da je vključena v razpoznavanje predmetov. Druga je dorsalna pot, ki projicira do parietalnega režnja in je nujna za lociranje predmetov.

Slika 2.2: Analiza slike pomeni, da oseba preko analitičnega procesa pregleda, prečisti in obnovi svojo osebno reakcijo na sliko



Vir: Lester (2006)

Proces vizualnega komuniciranja obsega šest stopenj (*Visual perception*, 6. poglavje). V fazi sprejema svetloba vstopa v oko preko roženice in nato prehaja preko zenice. Leče nato osredotočijo svetlobo na roženico, ki vsebuje fotoreceptorje. V fazi transdukcije se elektromagnetna, torej svetlobna energija pretvarja v elektrokemične živčne impulze in s tem vizualne informacije potujejo vzdolž vlaken vidnega živca do možganov. Sledi faza prenosa, ko živčni impulzi vzdolž vidnega živca potujejo do primarnega vizualnega korteksa, do specializiranih receptorskih celic. V četrti fazi se izberejo tisti dražljaji, ki so za osebo pomembni. Slika se s pomočjo specializiranih celic, ki jih najdemo v vidnem živcu in v primarnem vizualnem korteksu, razstavi. V okviru faze organizacije se vizualna informacija reorganizira, tako da je smiselna. To se izvede z uporabo določenih principov vizualne percepcije. Ko se slika znova sestavi, potuje vzdolž dveh poti hkrati: v temporalni reženj, za identificiranje predmeta, in v parietalni reženj, za oceno, kje je predmet v prostoru. V fazi interpretacije se zgodi proces, s katerim se vizualnemu dražljaju oziroma predmetu daje pomen. Temporalni reženj identificira, kaj predmet je, s primerjavo vstopnih informacij z informacijami, ki so že shranjene v spominu. Pretekle izkušnje, motivi, vrednote in kontekst

nam pomagajo razumeti, kaj gledamo. V istem času, ko se informacija pošlje do temporalnega režnja, potuje tudi do parietalnega režnja, ki pomaga pri oceni, kje je predmet v prostoru.

Z nevrološkega stališča je počasen napredek v zgodnejših letih možen zaradi nezrelosti prefrontalnih režnjev, ki so povezani z motivacijo, iniciacijo, tvorbo koncepta, delovnega spomina in izvršilne koordinacije z načrtovanjem za prihodnost (Pirtošek 2012, 275–277). Za polno izražanje osebe kot racionalnega, umetniškega, filozofskega, a še vedno predvsem vizualnega bitja je potrebno součinkovanje med hierarhično organiziranimi posteriornimi vizualnimi deli in (evolucijsko) novejšim prefrontalnim korteksom.

S fiziološkega vidika so Duncan in drugi (1997) opisali tudi proces vizualne percepcije. Vizualni predmeti tekmujejo za predstavitev v več možganskih sistemih, senzoričnem in motoričnem, kortikalnem in subkortikalnem. Tekmovanje je integrirano, vendar več sistemov deluje na različne lastnosti in aktivnosti. Kanwisher in Wojciulik (2000) trdita, da smo aktivni udeleženci v lastnih procesih percepcije. Vizualna izkušnja je kritično odvisna od pozornosti. Posebni vidiki vizualnega prizora so izbrani za natančno analizo in nadzor sledečega vedenja, drugi vidiki pa so prezrti in se ne pomnijo. Pozornost je centralni del pri gradnji vsake vizualne izkušnje in vpliva na obdelavo informacije v primarnem vizualnem korteksu. Pozornost prav tako povečuje osnovno aktivnost v korteksu, poleg tega pa lahko izbere lokacije, lastnosti, predmete ali njihovo kombinacijo.

Pomen vizualnega komuniciranja

Lester (2006) obravnava šest vidikov za analiziranje katerekoli podobe, in sicer osebni, zgodovinski, tehnični, etični, kulturološki in kritični vidik. S pomočjo analitičnega procesa oseba ocenjuje, prečisti in obnavlja svojo osebno reakcijo na podobo. Analiza podobe je ciklični dogodek, v katerem se oseba giblje od začetne, čustvene in subjektivno osebne reakcije do racionalnega, objektivnega in pozornega osebne odgovora. Barnhurst s sodelavci (2004) je po pregledu literature opisal spreminjajoče se vizualno komuniciranje skozi več obdobj. Opazili so nedaven razmah in prevladovanje vizualnih informacij.

Sočasno s spreminjajočo se vlogo različnih komunikacijskih kanalov se poudarja tudi vizualno komuniciranje. Pomembnost vizualnih ključev so spoznali tudi med študijem komuniciranja preko interneta. White in Dorman (2001) sta opazila, da so se pojavile spletne

podporne skupine za zagotavljanje zdravstvene skrbi, da bi lahko posamezniki izvedeli več o zdravstvenih okoliščinah, s katerimi se srečujejo. Tovrstni komunikacijski kanal so opisali kot priložnost za izobraževalce s področja zdravja, da dosežejo ciljne javnosti s specifičnimi sporočili. Parks in Floyd (1996) sta opisala, da je v spletnem komuniciranju manj besedilnih, vizualnih in slišnih ključev kot v osebni komunikaciji. Pomanjkanje vizualnih informacij se rešuje z organiziranjem srečanj ali z dodajanjem vizualnih pripomočkov.

Za koncept »vizualna pismenost« je Sims s sodelavci (2006) pojasnil, da ima veliko vidikov. Vizualna pismenost je skupina pridobljenih sposobnosti za interpretiranje in sestavljanje vizualnih sporočil. Učinkovit komunikator bi moral znati ustvarjati ali izbrati ustrezne podobe za prevedbo niza pomenov iz konkretne informacije v koncepte in abstraktne izraze, kot tudi brati, interpretirati in izpeljati pomen iz vizualnih sporočil. Cilj učenja vizualne pismenosti je seznanjanje učencev s principi vizualnega komuniciranja.

Vizualno komuniciranje v pisnih gradivih

Informacije o zdravju in zdravilih vsebujejo gradiva s promocijskimi in uradnimi podatki. Njihov cilj je spreminjanje ali utrjevanje mnenja predstavnikov ciljne javnosti. Raziskovalci so analizirali različne elemente v informacijah o zdravju in zdravilih, s predvidenim vplivom na razumevanje. Poleg različnih elementov besedil so opisali tudi vizualne ključe. Hill (2006) je navedel, da imajo bolj ranljive skupine bolnikov, kot so osebe z nizko stopnjo pismenosti glede zdravja, težave pri učenju informacij iz številnih pisnih gradiv o zdravju, namenjenih bolnikom, vključno z ovojnino zdravil. Pismenost glede zdravja se čedalje bolj razpozna kot kritični dejavnik, ki vpliva na komuniciranje med bolnikom in zdravnikom ter na izide zdravljenja, posebno pri starejših bolnikih (Williams in drugi 2002).

Vsebina z zdravjem povezanih informacij lahko vpliva na vedenje bolnikov in tudi strokovnjakov s področja zdravstva. Razumevanje z zdravjem povezanih informacij je lahko povezano z razpoznavanjem simptomov bolezni in opcij zdravljenja. Pravilno razumevanje informacij o zdravilih se navezuje na ustrezno jemanje zdravil, ki lahko vodi do olajšanja ali prenehanja simptomov bolezni. Po drugi strani lahko pojav resnih neželenih učinkov in poslabšan zdravstveni status izvira iz neustreznega razumevanja informacij o zdravilih. Zdravstveni izidi pa nadalje vplivajo na prognozo bolnikov in ugled zdravstvenih delavcev. Mnoga gradiva o zdravju in zdravilih izdajajo farmacevtska podjetja. Pogosto so ta gradiva

komercialno usmerjena in kažejo pomanjkanje ravnotežja med koristnostmi in tveganji (Kasesnik in Omerzu 2009). Ko so določali pogostnost dejstev v televizijskih oglasih, so Kaphingst in sodelavci (2004) ugotovili, da je več časa namenjenega predstavitvi koristnosti kot tveganj.

Welch Cline in Young (2009) sta natančno opisala vizualne ključne v gradivih, ki vsebujejo oglase z zdravili, namenjene neposredno porabnikom. Nameravala sta določiti vizualne lastnosti oglaševanja, s potencialom, da pritegnejo pozornost porabnikov in jih motivirajo, da spremenijo svoje vedenje. Ugotavljala sta naravo in pogostnost nagrajevanja istovetnosti in nagrajevanja odnosov s pomočjo vizualnih ključev. Pojavnost vizualnih ključev z zajetimi pozitivnimi in negativnimi emocionalnimi apeli je raziskoval Frosch s sodelavci (2007).

2.9.3 Razumevanje

Razumevanje je opredeljeno kot sposobnost za interpretiranje in dodelitev pomena informacijam, z nanašanjem na znanje, ki je že shranjeno v spominu (Wyer 2008). Predhodno znanje vodi do selektivnega procesiranja z znanjem združljivih informacij (Bagozzi in Ruvio 2011). Ko je napor pri procesiranju majhen, so porabniki bolj nagnjeni k učinku zavajajočih oglasov. Wilkes s sodelavci (2000) je objavil, da ima le malo porabnikov klinično in farmakološko znanje za pravilno razumevanje in ovrednotenje oglasov z zdravili, ugotovili so tudi njihovo napačno razumevanje.

Učinkovite informacije lahko izboljšajo znanje bolnikov o njihovem zdravljenju (Morris in Halperin 1979). Najboljši učinki so razvidni, ko se predstavijo ustne in pisne informacije. Bolniki, ki so dobili pisna navodila, so pogosto bolje poznali neželene učinke in posebna opozorila. Pisne informacije delujejo najbolje v kontekstu družbene podpore in ustnega nasveta strokovnjakov s področja zdravstva. Lažje berljiva navodila vodijo do boljše compliance. Obstajajo razlike med spoloma, ženske imajo raje daljše in bolj ilustrirane brošure. Morris in Halperin (1979) svetujeta, naj se na osnovi metodološko izboljšanih raziskav oblikujejo programi, ki pripomorejo k informiranju o zdravilih za bolnike, a obenem predlagata znanstveno skeptičnost pri predvidevanju učinkov pisnih informacij.

Če strokovnjaki ali bolniki neustrezno razumejo informacije, se lahko povečajo možnosti neučinkovitega zdravljenja ali napak (Day 2006). Posebej pomembna je informacija o možnih

koristnostih in tveganjih zdravil. Zdravnik mora določiti, ali prednosti zdravila pretehtajo tveganja pri zdravljenju določenega bolnika, da se primerno odloči glede predpisovanja. Bolniki morajo poznati možne neželene učinke, da se lahko informirano odločijo o zdravljenju, spremljajo možne neželene učinke in ustrezno ukrepajo, če se kateri pojavi, na primer z iskanjem takojšnje zdravstvene pomoči. Osebe razumejo koristnosti veliko bolje kot tveganja (Day 2006). K tej neusklajenosti prispevajo različni dejavniki: kompleksna in tehnična narava informacij o tveganjih ali možne čustvene reakcije oziroma strah pred negativnimi zdravstvenimi izidi. Končni cilj je uporaba informacij na natančen, varen in učinkovit način, kar pa se brez dobrega razumevanja težko doseže. Bolniki s specifičnimi zdravstvenimi stanji bi morali biti posebej motivirani, da razumejo koristnosti in tveganja zdravil, ki jih trenutno jemljejo. Day (2006) ugotavlja pomen načina posredovanja informacij o koristnostih zdravil glede na tveganja in poudarja pomen uravnoteženih informacij (angl. *fair balance*). Določiti je potrebno kognitivno dostopnost izvirnih prikazov obstoječih gradiv z informacijami o zdravilih. Če se opredelijo težave, se kognitivna dostopnost poveča z oblikovanjem izboljšanih prikazov gradiv. Razumevanje obeh prikazov se potem testira v laboratorijskih eksperimentih. S kognitivnimi eksperimenti je R. Day (2007) ugotovila, da ljudje težko razumejo informacije o tveganjih. Uporabila je kognitivne eksperimente, ki so temeljili na pozornosti, razumevanju, spominu, reševanju problemov, odločanju in vedenju, ter upoštevala informacijsko in kognitivno obremenitev. Rezultati so pokazali, da so ljudje precenili, koliko so vedeli in razumeli po branju, vendar so ugotovili, da jim dokument pomaga. Avtorica je zaključila, da se s fizično prisotnostjo in funkcionalno uporabnostjo informacij o tveganjih, povezanih z zdravili, kognitivna dostopnost poveča.

Za razumevanje informacij o koristnostih in tveganjih so potrebne veščine (Peters in drugi 2007). Informacije morajo biti razpoložljive, natančne in pravočasne; bolnik jih mora znati pridobiti iz tabel, diagramov in besedila, nato pa izvesti izračune in sklepe. Bolniki si morajo informacije zapomniti, sposobnosti pomnjenja pa se v populaciji bolnikov razlikujejo. Sposobni morajo biti tehtati dejavnike, da se ujemajo z njihovimi vrednotami, in sklepati kompromise, ki so lahko čustveno zahtevni, da bi dospeli do odločitve o zdravju; ta proces je lahko zahteven. Osebe z neustrezno sposobnostjo računanja imajo več težav pri uporabi numeričnih informacij kot osebe z dobrimi sposobnostmi računanja. Peters s sodelavci (2007) ugotavlja, da sposobnosti računanja vplivajo tudi na sposobnost sledenja kompleksnim režimom zdravljenja in ocene zdravstvenih stanj. Del zdravnikov je prav tako imel težave pri razumevanju in interpretiranju numeričnih medicinskih podatkov, torej zdravniki ne

posredujejo vedno za bolnike zanesljivih informacij. V primerjavi z računsko bolj sposobnimi osebami računsko manj sposobni bolniki bolj verjetno tehtajo kratkotrajne stroške in koristnosti kot dolgoročne. Morris in Halperin (1979) opisujeta, da se je poznavanje manj znanih informacij, kot so previdnostni ukrepi, neželeni učinki ali posebna opozorila s pomočjo pisnih informacij pogosto izboljšalo. Pisne informacije lahko povečajo možnost, da se pomembne informacije predstavijo, razumejo, sprejmejo in prikličejo; vendar pa ustrezno komuniciranje samo po sebi ne zagotavlja, da se bo uveljavilo primerno oziroma spremenjeno vedenje. Najbolje pisne informacije delujejo v kontekstu družbene podpore in ustnega nasveta strokovnjaka s področja zdravja. Pomembne so tudi učinkovite povratne informacije, ki so prilagojene bolnikovim potrebam. Ovojnina na zdravilih na recept je tiskan vir navodil o odmerjanju, ki jih bolnik prejme (Wolf in drugi 2007). Čeprav so te informacije morda zadnje informacije o jemanju zdravila, pa je veliko besedil neustrezno napisanih in lahko prispevajo k napačnemu razumevanju, bolniki z omejeno pismenostjo pa lahko navodila še težje razumejo. Vsi bolniki bi morali pridobiti koristi iz bolj jasno predstavljenih informacij o zdravilih na recept.

Preveč informacij lahko ljudi preobremenjuje, tako da od njih nimajo veliko, na primer informacije o zdravilu na recept (Day 2006). Bolj kot informacijska obremenjenost je pomembna kognitivna obremenjenost. Avtorica kognitivno breme opredeljuje kot mentalni napor, število mentalnih operacij, ki se zahtevajo za nalogo, in njihovo težavnost. Težavno kognitivno breme lahko naredi informacije težje za razumevanje, pomnjenje in uporabo. Kognitivno breme lahko zmanjšamo z uporabo kognitivnih načel za izboljševanje dostopnosti informacij. Daljši dokument, kjer je informacijsko breme težavno, a je kognitivna dostopnost visoka, se lažje razume kot krajši dokument z nizko kognitivno dostopnostjo. Kognitivna dostopnost je lahkota, s katero ljudje najdejo, razumejo, si zapomnijo in uporabijo informacije (Day 2006). Zdravniki in bolniki želijo doseči čim bolj pozitivne zdravstvene izide, ki pa so lahko v primeru nezadostnega razumevanja informacij o zdravilih vprašljivi. Dokaze o kognitivni dostopnosti se pridobi s testiranjem gradiv glede razumevanja, pomnjenja, reševanja problemov in/ali drugih kognitivnih procesov. Kljub strokovnemu znanju na strokovnjake vplivajo isti dejavniki kognitivne dostopnosti.

2.10 Problem in hipoteze

2.10.1 Raziskovalni problem

Raziskovalni problemi so v nadaljevanju opredeljeni glede na odgovarjajočo raziskavo. Pomembno je uveljavljanje ustreznih stopenj berljivosti, s predvidenim vplivom na razumevanje besedil. Primerno razmerje med racionalnimi in emocionalnimi apeli je pomembno zaradi mehanizmov učinkovanja na možganske strukture. Prepričevalnost komunikacije je eden bistvenih elementov, ki vpliva na to, ali bo za porabnika dovolj prepričljiva, da se bo odločil za določeno zdravilo brez recepta. Ustrezno razmerje med koristnostmi in tveganji, ki tvori uravnoteženo informacijo o zdravilu, je pomembno, a pogosto še neveljavljeno. Do sedaj še premalo raziskani vizualni ključni prav tako vplivajo na razumevanje informacij, a je njihova uporaba v gradivih in njihova interpretacija še vprašljiva. Razumevanje informacij o zdravilih pa je bistveno za pravilno uporabo zdravil ter je povezano z učinkovitostjo in varnostjo zdravljenja.

2.10.1.1 Raziskovalni problem pri berljivosti

V Sloveniji se zdravila na recept in zdravila brez recepta izdajajo skladno z nasvetom strokovnjakov s področja zdravja, informacije posredujejo zdravniki in farmacevti, informacije o zdravilih brez recepta pa tudi farmacevtski tehniki. Bolnikom bi morali tudi svetovati, naj pazljivo preberejo navodila za uporabo. Povzetki glavnih značilnosti zdravila so prilagojeni potrebam strokovne javnosti in uradnim zahtevam. Vendar je berljivost pisnih virov predvidoma neustrezna in predvsem splošni javnosti neprilagojena. Khurana s sodelavci (2003) poroča, da so analizirana navodila za uporabo preveč kompleksna, da bi bila ustrezen vir informacij za porabnike, zato poudarjajo potrebo po izboljšani komunikaciji. Cilj naše raziskave je bil določiti berljivost, ki je povezana z razumljivostjo slovenskih besedil o zdravju in zdravilih za splošno in strokovno javnost ter njihovo ustreznost.

2.10.1.2 Raziskovalni problem pri strategijah prepričevanja

Racionalni in emocionalni apeli

V nasprotju z oglaševanjem zdravil na recept neposredno porabnikom je pregled literature pokazal, da ni objavljenih veliko znanstvenih izsledkov z analizami informacij o zdravilih brez recepta. Tiskana gradiva so pomemben informacijski vir o zdravilih, ki se izdajajo brez recepta. Z metodo analize vsebin smo določili racionalne in emocionalne apele ter njihovo prepričljivost, ki vpliva na razumevanje. Načrt raziskave je temeljil na obstoječem modelu apelo (Bell in drugi 2000a) s štirimi glavnimi kategorijami: »učinkovitost«, »socialno-psihološko izboljšanje«, »enostavnost uporabe« in »varnost«; model smo prilagodili značilnostim, ki ustrezajo zdravilom brez recepta. Določili smo tudi raven prepričljivosti apelo v pisnih gradivih z zdravili brez recepta. V sedaj razpoložljivih gradivih manj prepričljivi apeli prevladujejo nad bolj prepričljivimi, saj slednji veljajo za zavajajoče.

Koristnosti in tveganja

Kljub dejstvu, da določba o ustreznem ravnotežju med koristnostmi in tveganji za slovensko področje ni obvezna in da smo raziskovali gradiva z zdravili brez recepta, je za varnost zdravljenja pomembno, da je to merilo izpolnjeno. Izhajali smo iz problema, da celo v gradivih z zdravili na recept opisane koristnosti pretežno prevladujejo nad tveganji. Skladno s slovensko zakonodajo (Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov 2001) morata biti vključena dva obvezna stavka in to razmerje smo v raziskavi opisali kot zahtevano. Do sedaj ni bilo veliko raziskav o razmerju med koristnostmi in tveganji v gradivih z zdravili brez recepta. Poleg predlaganih praktičnih spodbud za farmacevtska podjetja in regulatorne ustanove pričakujemo pomemben prispevek h komunikološki znanosti.

Vizualno komuniciranje

Čeprav so predhodno vizualne ključne v gradivih z neposrednim oglaševanjem zdravil na recept porabnikom že določili, smo v naši raziskavi z analizo vizualnih ključev v gradivih z zdravili brez recepta predvidevali drugačno vizualno komuniciranje. Izbor gradiv sicer izhaja iz slovenskih lekarn, a kljub določenim lokalnim značilnostim lahko zaradi standardizacije gradiv rezultate globalno apliciramo. Naša študija izhaja iz glavnega raziskovalnega

problema, da se področja vizualnega komuniciranja pri oblikovanju promocijskih gradiv ne upošteva dovolj, niti vizualno komuniciranje ni regulatorno urejeno, čeprav vizualni ključni lahko vplivajo na vedenje. Vizualno komuniciranje je kompleksen proces, z znatnim vplivom na percepcijo in z učinkom na vedenje (Kanwisher in Wojciulik 2000). Interpretiranje vizualnih dražljajev ni del izobraževanja in se lahko med posamezniki razlikuje celo v primeru sistematičnega pristopa. Pozitivni vidik promocijskih gradiv z vključenimi vizualnimi ključni je dajanje informacij o zdravilih brez recepta, ki spodbujajo pravilno uporabo zdravil. A ko se vizualni ključni uporabljajo za povečevanje prodaje, ne da bi se sočasno upoštevalo zdravje prebivalcev, so ti vidiki negativni in je pristop neetičen.

2.10.1.3 Raziskovalni problem pri razumevanju

Razumevanje pisnih virov o zdravju in zdravilih lahko pomembno vpliva na prakso jemanja zdravil ter njihovega predpisovanja oziroma svetovanja. A vendar ni razvidno, da bi bilo to področje dovolj raziskano, posebej ne na področju zdravil brez recepta. Končni cilj našega eksperimenta je ugotoviti razumevanje pisnih virov ter posledične odločitve oziroma nakupne namere. Eksperiment smo načrtovali tako, da respondenti iz splošne oziroma strokovne javnosti izpolnjujejo vprašalnik, in sicer na osnovi priloženega besedila, ki izhaja iz navodil za uporabo zdravil brez recepta. Razumevanje preko odločitev predvidoma vpliva na nakupne namere oziroma vedenje. Ta eksperiment sodi k družboslovnemu raziskovanju in z njim nameravamo proučiti odločitve in nakupne namere. Le na osnovi podrobnih analiz pisnih virov namreč ne moremo sklepati na odločitve, pa tudi pisni viri niso edini vir informacij o zdravilih brez recepta.

2.10.2 Raziskovalne hipoteze

Hipoteze smo v okviru raziskave ocenjevali s pomočjo pregleda teoretičnih spoznanj in empiričnih izsledkov. Z induktivno-deduktivnim sklepanjem o rezultatih načrtovane raziskave smo postavljene hipoteze preverili. Iz zasnovanega koncepta in postavljenih hipotez je deduktivno sklepanje omogočilo pridobivanje pomembnih podatkov. Rezultate smo pridobili z organiziranjem in analiziranjem podatkov. Nato smo jih ovrednotili in z induktivnim sklepanjem preverili hipoteze, kar je vodilo v sklepe na empirični in teoretski ravni.

Teoretske osnove, uporabljene pri raziskovanju, so izvirale iz objavljenih strokovnih in znanstvenih del o neposrednem oglaševanju zdravil na recept porabnikom ter o promociji in oglaševanju zdravil brez recepta. Uporabili smo tudi vire o neustrezni berljivosti, razumljivosti, neustreznem ravnotežju med različnimi apeli v besedilih o zdravju in zdravilih ter druga relevantna raziskovalna dela, ki zadevajo vpliv promocije na predstavnike ciljnih javnosti. Proučevali smo vpliv elementov promocijskega sporočila na predstavnike strokovne in splošne javnosti.

2.10.2.1 Glavni hipotezi

Pri ustvarjanju hipotez naše raziskave smo izhajali iz proučevanja marketinga farmacevtskih podjetij. Vsebina komercialnega promocijskega sporočila o zdravilu je zasnovana na pogosto pretiranih emocionalnih, pozitivnih in negativnih pristopih za izboljšanje pozornosti, ki podpirajo racionalno sporočilo. Promocijska sporočila običajno temeljijo na vzbujanju strahu in zaskrbljenosti pri (potencialnih) bolnikih (Stange 2007). Pri oglaševanju zdravil na recept neposredno porabnikom je pogosto sklicevanje na pozitivni vpliv jemanja zdravil na kakovost življenja ali socialno sprejetost; zato je bila zavrnjena teorija o izobraževalnem namenu teh oglasov (Frosch in drugi 2007). V komercialnih promocijskih sporočilih se velikokrat promovirajo hitre spremembe, ki od porabnika ne zahtevajo prevelikega napora in se pri tem običajno v preveliki meri navezujejo na izboljšanje različnih vidikov življenja.

Pri promociji zdravil in zdravja se lahko uporablja socialni marketing za spremembo vedenja porabnikov, povezano z njihovim zdravjem (Kotler in drugi 2002). Na socialnem marketingu temelječa promocija zdravja in zdravil od ciljne javnosti zahteva več napora, pogosto se šele po dolgotrajnem miselnem in vedenjskem procesu pokažejo pozitivni rezultati. Bistven je etični pristop, v obliki podajanja dokazanih, uravnoteženih in jasnih informacij o zdravju in zdravilih. Ustvarjanje promocijskih sporočil o zdravju in zdravilih, ki temeljijo na socialnem marketingu, vpetem v societalni marketing, in obenem učinkovito vplivajo na predstavnike strokovne in splošne javnosti, je težka, a obenem družbeno pomembna naloga. Zaradi pomanjkanja finančnih sredstev na socialnem marketingu osnovana promocija pogosto ni učinkovita, manjka pa ji tudi kreativnosti. Tudi zaradi zakonskih omejitev glede vsebine sporočil o zdravilih ustvarjalci razmišljajo o novih, učinkovitih rešitvah (Pharmaceutical Drugs Print Ads 2008). Pri vrednotenju dosežkov oglasnih sporočil so pomembni predvsem prodajni rezultati (Kover in drugi 1995).

Izhajamo iz ugotovitev, da v farmacevtskih podjetjih uspešno izvajajo učinkovite aktivnosti komercialnega marketinga s kombiniranjem posameznih elementov promocijskega sporočanja, ki ne vodi v racionalno vedenje splošne in strokovne javnosti. Z ustrezno kombinacijo posameznih racionalnih in emocionalnih elementov se ustvarjajo promocijska sporočila z družbeno odgovornim poslanstvom, ki vodijo v uravnoteženo vedenje strokovne in splošne javnosti, s pozitivnimi ekonomskimi učinki in pozitivnimi vplivi na javno zdravje.

Dve glavni hipotezi sta navedeni v Tabeli 2.1. Druge preizkušane hipoteze so glede na to, da smo izvedli več med seboj različnih raziskav, navedene v ustreznih podpoglavjih.

Hipoteza 1: Ustvarjena sporočila z uravnoteženimi trditvami o učinkovitosti in tveganjih (navodila za uporabo) ter z realnimi navedbami o uspešnosti zdravljenja preko oblikovanih stališč ljudi vplivajo na jemanje obravnavanega zdravila, skladno z varnim zdravljenjem.

Hipoteza 2: Uravnotežene navedbe o učinkovitosti in tveganjih (navodila za uporabo) ter o dobri komplianci preko ustvarjenih stališč vplivajo na racionalno svetovanje (predpisovanje) obravnavanega zdravila.

Tabela 2.1: Glavni hipotezi

Hipoteza	Vrsta promocijskega sporočila	Ciljna javnost	Motiv	Neodvisne spremenljivke/ racionalne	Neodvisne spremenljivke/ emocionalne	Odvisne spremenljivke
1	Uravnotežena sporočila o zdravilih za splošno javnost – navodila za uporabo	Splošna javnost	Družbeni – javno = zdravstveni	Uravnotežene trditve o: – učinkovitosti – tveganjih	Realne navedbe o uspešnosti zdravljenja	Oblikovana stališča vplivajo na vedenjske namere: o jemanju zdravila, skladno z varnim zdravljenjem
2	Uravnotežena sporočila o zdravilih za strokovnjake – navodila za uporabo	Strokovna javnost	Družbeni – javno = zdravstveni	Uravnotežene trditve o: – učinkovitosti – tveganjih	Dobro sprejemanje zdravljenja s strani bolnikov (komplianca)	Ustvarjena stališča vplivajo na vedenjske namere: o racionalnem svetovanju oziroma predpisovanju zdravila

2.10.2.2 Hipoteze, povezane z berljivostjo

Ta raziskava temelji na domnevi neustrezne berljivosti besedil o zdravju in zdravilih v Sloveniji. Za merjenje berljivosti se uporabljajo formule berljivosti. Preverjali smo naslednje hipoteze:

H1: Z zdravjem povezana besedila niso prilagojena ciljni javnosti.

Glede na sedanjo raven znanja ravni berljivosti angleških besedil niso skladne s svetovanimi ravni in podobno situacijo smo predvideli za slovenska besedila.

H2: Trditve o tveganjih so težje berljive kot trditve o koristnostih promoviranih zdravil.

Za koristnosti smo predpostavljali, da so bolj, tveganja pa manj poudarjena zaradi težnje farmacevtskih podjetij po spodbujanju povpraševanja in zmanjševanju pomembnosti zaznanih tveganj.

H3: Vrednosti berljivosti navodil za uporabo zdravil, gradiv za ustvarjanje zavedanja o bolezni in promocijskih gradiv z informacijami o zdravilih brez recepta, namenjenih splošni

javnosti, so predvidoma višje kot vrednosti berljivosti gradiv za strokovno javnost, ki zajemajo povzetke glavnih značilnosti zdravil in gradiva za promoviranje zdravil zdravnikom. Besedila za strokovnjake s področja zdravja bi morala biti lahko berljiva, da se olajša prenos sporočila do bolnika in da strokovnjak porabi manj časa za proučitev gradiv. Domnevamo, da se berljivost razlikuje glede na vrsto analiziranega gradiva. Končni standardi berljivosti se lahko določijo po testiranju ugotovljenih vrednosti berljivosti. Ugotavljanje ravni berljivosti je pomembno, ker se povezuje s slabim razumevanjem besedil z zdravili ter predvidoma z neustreznim vedenjem, ki lahko vodi v nepričakovane rezultate zdravljenja in neželene učinke. Vendar to lahko potrdijo le nadaljnje raziskave, cilj naše raziskave je bil merjenje ravni berljivosti v gradivih z informacijami o zdravilih v Sloveniji.

2.10.2.3 Hipoteze, povezane s strategijami prepričevanja

Racionalni in emocionalni apeli

Postavili smo tri hipoteze:

H1: Gradiva, povezana z zdravili brez recepta, zajemajo več racionalnih kot emocionalnih apelov.

Farmacevtska podjetja predvidoma niso dobro seznanjena s teorijo, da čustva podpirajo racionalno vedenje (Damasio 2005).

H2: Pričakujemo večji delež manj prepričljivih kot bolj prepričljivih in manipulativnih apelov.

Holmes in sodelavci (2004) so poročali o približno dvakrat večjem deležu informativnih kot prepričljivih apelov. Informativni apeli so povezani z racionalnimi, apeli prepričljivosti pa z neracionalnimi (emocionalnimi) apeli. V naši raziskavi klasifikacija apelov vključuje tri ravni, to je manj prepričljive, bolj prepričljive in manipulativne apele.

H3a: Redko se kažejo apeli, povezani z družbeno odgovornostjo.

Pričakujemo, da so apeli »družbena odgovornost« prisotni le v nekaj gradivih. Te apele bi podjetja morala vključiti v vsebino, ne pa jih poudarjati kot posebno prizadevanje podjetja; vendar bi bilo to raven družbene odgovornosti nerealno pričakovati. Prisotnost elementov družbene odgovornosti Mohr in drugi (2001) povezujejo s pozitivnimi stališči in uveljavljanjem nakupnih namer.

H3b: Nekateri apeli so specifični za zdravila brez recepta in pripadajoče terapevtske skupine.

Specifičnost nekaterih apelov v gradivih z zdravili brez recepta, v primerjavi z apeli v oglasih

z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom, izvira iz posebnosti zdravil brez recepta in njihove izdaje.

Koristnosti in tveganja

Pri raziskovanju trditev o koristnostih in tveganjih v gradivih z zdravili brez recepta smo preverjali tri hipoteze.

H1: V gradivih z zdravili brez recepta število trditev o koristnostih presega število trditev o tveganjih, ne glede na terapevtsko skupino.

Pričakujemo, da trditve o koristnostih vključujejo tudi več poglobljenosti in podrobnosti. Zahteve po uravnoveženosti, poglobljenosti in podrobnosti obojih trditev vsebujejo določbe ameriških regulatornih organov (FDA Code of Federal Regulations). Številna podjetja ne razpoznavajo prednosti ustrezno uravnoveženih informacij, poudarjene so koristnosti z vplivom na nakupne namere. Belch (1981) je opisal poudarjanje trditev o koristnostih, ne o problemih, s ciljem povečanja predpisovanja namesto izobraževanja.

H2: Gradiva vključujejo dvostranska sporočila, v večji meri pri akutnem zdravljenju, to je zdravljenju infekcijskih bolezni in alergij, kot pri profilaktičnem zdravljenju osteoporoze.

Zdravljenje virusnih infekcij in alergij je akutna terapija, z očitnim izboljšanjem simptomov, zato predvidevamo pogostejšo (sočasno) predstavitev koristnosti in tveganj zdravil brez recepta kot pri zdravljenju osteoporoze. Enostranska strategija je lahko namerno izbrana, da bi asimptomatične osebe nabavile zdravilo, ali celo z namenom zavajanja potencialnih bolnikov. Izbor enostranskih sporočil lahko kaže nezadostno poznavanje njihovih prednosti (Lang in drugi 1999) in/ali neskladje s slovenskimi zakonodajnimi zahtevami (Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov 2001).

H3: Število trditev o koristnostih bolj presega število trditev o tveganjih pri terapevtski skupini, povezani s preventivnim zdravljenjem osteoporoze kot pri terapevtskih skupinah za akutno zdravljenje, to sta skupini za zdravljenje infekcijskih bolezni in alergij.

Objavljena hipoteza (O'Keefe in Jensen, pred objavo) navaja prepričevalno moč sporočil, ki omenjajo izgubo, medtem ko so sporočila, povezana s pridobivanjem, bolj prepričljiva na področju preventive.

Vizualno komuniciranje

Pri raziskovanju vizualnega komuniciranja v gradivih z zdravili brez recepta smo preverjali tri hipoteze:

H1: V promocijskih gradivih so pretežno upodobljene osebe, kar kaže na potrebo po zdravljenju s promoviranim zdravilom.

V promocijskih gradivih pričakujemo pogosto upodobitev oseb, pogosto s prikazom simptomov bolezni pred zdravljenjem ali z olajšanjem simptomov po medikamentoznem zdravljenju. Predstavitev simptomov lahko spodbudi bolnikovo namero, da nabavi določeno zdravilo brez recepta.

H2: Vizualni ključi v gradivih z zdravili brez recepta pogosto prikazujejo ovojnino zdravil, da bi utrdili nakupne namere za določeno zdravilo.

Predvidevamo, da se ovojnina zdravil brez recepta pogosto uporablja v gradivih z opisom zdravil brez recepta za lažje prepoznavanje zdravil in olajšanje nakupne odločitve. Prikaz ovojnine zdravil predvidoma vpliva na prodajo promoviranega zdravila. Karayanni in Georgi (2011) sta ugotovila, da promocijo v lekarni poleg promocije zdravil brez recepta dopolnjuje spodbujanje zavedanja o znamki in primerna določitev cene.

H3: Kažejo se razlike med vizualnimi ključi v gradivih, povezanih s simptomatskimi boleznimi (virusne infekcije, alergije), glede na osteoporozo.

V promocijskih gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje simptomatskih bolezni, to je virusnih infekcij in alergij, se simptomi v veliki meri vizualno prikazujejo. Pri osteoporozi pa se simptomi še ne pojavijo v zgodnji fazi, temveč v napredujoči fazi bolezni, celo z zelo resnimi zapleti v obliki prelomov kosti. Medikamentozno zdravljenje z zdravili brez recepta je učinkovito v preventivne namene ali v zgodnji fazi bolezni. Zatorej predvidevamo pozitivne podobe s fizično aktivnimi osebami. Fizična aktivnost je tudi del učinkovitega preprečevanje osteoporoze in podpira farmakološke ukrepe. Predpostavljamo, da razlika med vizualnimi ključi v gradivih, ki opisujejo neposredno oglaševanje zdravil na recept porabnikom in zdravila brez recepta, izhaja iz različnega koncepta izdaje zdravil.

2.10.2.4 Hipoteze, povezane z razumevanjem

Pri proučevanju razumljivosti smo preverjali dve hipotezi.

H1: Dobro razumljiva besedila z zdravili brez recepta vodijo splošno javnost v nakupne namere.

Dobra razumljivost besedil z zdravili brez recepta je povezana z odločitvami za nakup zdravila. Končno odločitev predvidoma podpre svetovanje strokovnjaka v lekarni.

H2: Dobro razumljiva besedila vodijo strokovno javnost k svetovanju o zdravilu brez recepta splošni javnosti, ki vodi v nakupne namere.

Dobro razumljiva besedila pripomorejo, da farmacevt ali farmacevtski tehnik hitro razpozna učinkovitost in morebitna tveganja, povezana z jemanjem zdravila brez recepta. Če strokovnjak oceni besedilo z zdravilom brez recepta kot dobro razumljivo, lahko z večjo verjetnostjo predvideva, da ga bo razumel tudi bolnik in da bo zdravilo uporabil na način, da bo zdravljenje uspešno in varno.

3 Empirični del: rezultati raziskovanja

3.1 Obravnavani zdravstveni problemi

Obravnavali bomo tri skupine bolezni, in sicer infekcijske bolezni, alergije in osteoporozo. Infekcijske bolezni se razlikujejo glede na znake in simptome, za vse pa je značilno, da se osebe okužijo od drugih oseb, živali ali preko predmetov (Mayo Clinic Staff, *Infectious diseases*). Posebej ranljive so osebe z oslabljenim imunskim sistemom. Zdravljenje je odvisno od povzročiteljev. Nekatere infekcijske bolezni, na primer blažja obolenja virusnega izvora, ne zahtevajo zdravljenja. Za življenjsko ogrožajoče infekcijske bolezni pa je potrebna nujna zdravniška pomoč. Na osnovi klinične prakse zdravljenja velja, da je določitev povzročitelja infekcije povezana z večjo verjetnostjo uspešnega zdravljenja. V nujnih primerih ni vedno dovolj časa za ugotavljanje povzročitelja infekcijske bolezni in je zdravljenje empirično. Preventivno ukrepanje skladno z doktrino obsega tudi cepljenje.

Po stiku z alergenom reakcija imunskega sistema lahko povzroči alergijske simptome, kot so vnetje kože, sinusov, dihalnih poti ali prebavnega sistema (Mayo Clinic Staff, *Allergies*). Pojavi se draženje ali pa celo anafilaksa, ki potencialno ogroža življenje. Treba se je izogibati alergenom. Z zdravili se lajša simptome alergije v dihalnih poteh, na koži in v prebavnem sistemu. Nujno ukrepanje je potrebno pri anafilaktičnih reakcijah, bolnik si sam injicira zdravilo oziroma mora nujno poiskati zdravniško pomoč.

Osteoporozo povezujejo z zlomi kosti, vendar simptomi in resne posledice nastopijo šele v kasnejši fazi bolezni (Mayo Clinic Staff, *Osteoporosis*). Preventivni ukrepi pripomorejo k ohranjanju primerne gostote kosti. Zdravljenje zajema jemanje zdravil brez recepta ali prehranskih dopolnil, ki vsebujejo ustrezne minerale in vitamine, kasneje pa so lahko indicirana zdravila, ki se predpisujejo na recept.

Omenjena terapevtska področja so zanimiva za marketing zdravil brez recepta. Na terapevtskem področju zdravljenja infekcijskih bolezni je prisotnih veliko zdravil brez recepta in prehranskih dopolnil; blažje infekcijske bolezni virusnega izvora so predvsem sezonskega značaja. Tudi za alergije je značilna velika incidenca in prevalenca, zdravljenje pa v veliki meri omogočajo tudi zdravila brez recepta. Na osteoporozo kot zdravstveni problem se v veliki meri opozarja v zadnjih letih. Zdravila za zdravljenje osteoporoze se promovirajo

strokovni javnosti, posredno pa v okviru kampanj farmacevtskih podjetij za povečanje zavedanja o tej bolezni tudi splošni javnosti. Terapevtsko področje osteoporoze je zanimivo tudi z vidika socialnega marketinga. Promovira se zdrav življenjski slog, ki lahko v veliki meri pripomore k preprečevanju oziroma ublažitvi simptomov osteoporoze. Z aktivnostmi socialnega marketinga se bolnike lahko poučuje tudi o pravilnem jemanju in ravnanju s predpisanimi zdravili za zdravljenje osteoporoze.

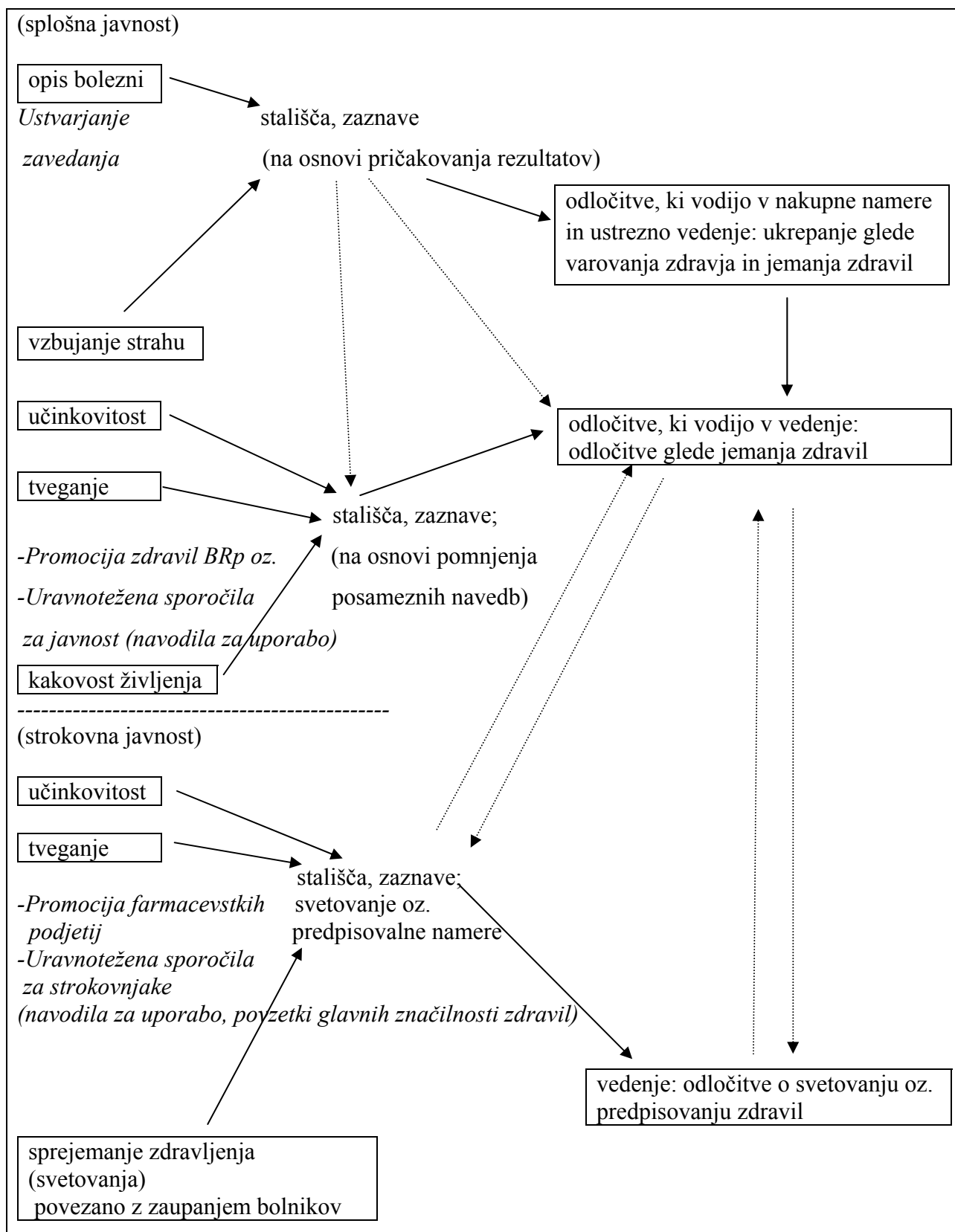
3.2 Raziskovalni model

Shema raziskovalnega modela je na Sliki 3.1. Opazovane neodvisne spremenljivke so racionalne in emocionalne sestavine promocijskega sporočila. Neodvisne spremenljivke vplivajo na zaznave in stališča predstavnikov posameznih javnosti, te pa nadalje vplivajo na odločitve oziroma nakupne namere kot odvisno spremenljivko ter končno na vedenje.

Osnovni dve izbrani spremenljivki, ki sodita k neodvisnim, racionalnim spremenljivkam, sta učinkovitost in tveganje, ki ju bomo v raziskavi spremljali v sporočilih, ki promovirajo zdravila brez recepta. Uravnoteženost med učinkovitostjo in tveganji zdravila je eno ključnih razmerij z vplivom na odločitve strokovne, pa tudi splošne javnosti, s potencialnim vplivom na bolnike. R. Day (2006) je ugotovila, da se 80 % oseb pravilno spomni prednosti zdravila v oglasih zdravil na recept neposredno porabnikom, le 20 % oseb pa neželenih učinkov. Potrebno je izboljšati kognitivno dostopnost informacij o tveganjih. Tudi pregled promocijskih gradiv kaže, da se več trditev nanaša na učinkovitost zdravila kot na tveganja.

Kot neodvisno, racionalno spremenljivko bomo proučevali opis bolezni v promocijskih sporočilih za povečanje zavedanja o bolezni. Opis bolezni oziroma pomen zdravljenja z zdravili je pomemben element v promocijskih besedilih, s katerimi se poskuša povečati zavedanje o bolezni in napotiti ljudi k povpraševanju po zdravilih določenega proizvajalca. Namen opisa bolezni v uravnoteženih sporočilih so odločitve ljudi s pozitivnim učinkom na njihovo zdravje in jemanje zdravil. Pomembna emocionalna spremenljivka je zaskrbljenost oziroma strah, ki ga predvidevamo predvsem v gradivih o ustvarjanju zavedanja o osteoporozi, saj je ta bolezen v začetni fazi asimptomatska, kasneje pa so simptomi lahko resni. Kent (2000) je opazil, da so v kampanjah za povečanje zavedanja o boleznih pogosto uporabili vzbujanje strahu.

Slika 3.1: Shema raziskovalnega modela



Med emocionalne spremenljivke se uvršča tudi izboljšanje kakovosti življenja, ki je dokazano pomemben element tudi v oglasih z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom (Frosch in drugi 2007). Tudi v promocijskih sporočilih, ki opisujejo zdravila brez recepta, je razvidno poudarjanje hitrega izboljšanja kakovosti življenja po pričetku jemanja zdravil.

Zaupanje v zdravljenje oziroma sprejemanje zdravljenja s strani bolnikov (komplianca) je emocionalna spremenljivka, ki po eni strani vpliva na jemanje zdravila, po drugi pa tudi na odločitve strokovnjakov glede svetovanja oziroma predpisovanja zdravil. To sta potrdila tudi Armantier in Namoro (2006), ki sta pokazala, da zdravniki pri predpisovanju zdravila upoštevajo tudi pričakovano bolnikovo nesprejemanje zdravila. Sprejemanje zdravljenja s strani bolnikov se navezuje na uspešnost zdravnikovega dela.

Obravnavane odvisne spremenljivke, na katere preko zaznav in stališč vplivajo izbrane neodvisne spremenljivke, pa so odločitve oziroma nakupne namere, ki vodijo v vedenje strokovne in splošne javnosti. V različne oblike vedenja vodijo kognitivni procesi, kot so pozornost, razumevanje, pomnjenje, reševanje problemov oziroma odločanje (Day 2006). Spremljali bomo odločitve predstavnikov splošne javnosti, ki vodijo v nakupne namere, povezane z zdravilom brez recepta. Pri strokovni javnosti bomo spremljali odločitve oziroma namere glede svetovanja o zdravilih brez recepta. Odločitve oziroma nakupne namere splošne in strokovne javnosti bomo spremljali v okviru metode eksperimenta, z vprašalnikom in na osnovi besedil z navodili za uporabo zdravil brez recepta.

3.3 Izbor gradiv in vzorec respondentov

Izbrana promocijska gradiva za strokovno javnost so prospekti oziroma podobna gradiva farmacevtskih podjetij za zdravnike in druge predstavnike strokovne javnosti s področja zdravja. Pri analizi berljivosti smo uporabili tudi povzetke glavnih značilnosti zdravil oziroma navodila za uporabo zdravil brez recepta pri eksperimentu za raziskavo razumevanja. Analizirana gradiva za splošno javnost so promocijska sporočila z zdravili brez recepta, pri raziskavi o berljivosti pa tudi sporočila o ustvarjanju zavedanja o bolezni in navodila za uporabo; slednja so prisotna tudi v eksperimentu o razumevanju. Proučevana pisna gradiva smo pridobili pretežno preko tiskanih, nekaj pa preko elektronskih medijev. Vzorec gradiv smo uporabili za raziskavo berljivosti, strategij prepričevanja in razumevanja, rezultate analiz pa statistično obdelali in interpretirali.

V eksperimentu je sodelovalo po 30 respondentov iz splošne in 30 respondentov iz strokovne javnosti. Respondenti so na osnovi besedil o zdravilih brez recepta izpolnjevali vprašalnik. Respondenti so se razlikovali po spolu, starosti, stopnji izobrazbe, predstavniki strokovne javnosti pa tudi glede na to, ali delajo v lekarni javnega ali zasebnega lastništva. Rezultate ankete za splošno oziroma strokovno javnost smo statistično obdelali in interpretirali.

3.3.1 Večji izbor pisnih gradiv kot del predhodne raziskave

Večji izbor gradiv o zdravju in zdravilih smo pridobili iz reprezentativnega vzorca slovenskih lekarn kot dela že izvedene študije (Kasesnik in Omerzu 2009); lekarnе so bile v različnih slovenskih regijah, razlikovale so se tudi po lastništvu in velikosti. Med sabo različna gradiva smo zbrali iz 26 slovenskih lekarn, 19 javnih in 7 zasebnih. Vzorčenje je potekalo spomladi 2009. 1.474 gradiv je tvorilo širši izbor, z 10.396 izdelki iz različnih skupin izdelkov. Nekatera gradiva so vključevala informacije o zdravju, med njimi so bila gradiva za ustvarjanje zavedanja o bolezni (Tabela 3.1). Največji delež gradiv se uvršča v skupino z izdelkom povezanih gradiv (67,6 %); med njimi jih 23,0 % opisuje prehranska dopolnila, 22,6 % kozmetične izdelke in 22,0 % zdravila brez recepta. Gradiva z opisom zdravil brez recepta so predstavljena v obliki prospektov in nekatera v obliki brošur z 2 do 68 stranmi.

Tabela 3.1: Izvirni izbor gradiv kot vir analiziranih gradiv

Izvirni izbor gradiv	% gradiv v izvirnem izboru
Gradiva z opisom zdravil brez recepta	22,0 %
Publikacije (ki vsebujejo tudi opise zdravil brez recepta)	4,3 %
Gradiva za ustvarjanje zavedanja o bolezni	2,6 %
Druge skupine zdravil in z zdravjem povezana gradiva	71,1 %

Razmerje med trditvami o tveganjih (opozorili, previdnostnimi ukrepi in podobnimi morebitnimi pomanjkljivostmi zdravljenja) in trditvami o koristnostih v skupini zdravil za samozdravljenje oziroma zdravil brez recepta je bilo 1 : 4,7; v skupini gradiv, ki so zajemala publikacije s članki in promocijskimi sporočili oziroma oglasi, pa je to razmerje znašalo celo 1 : 6 (Kasesnik in Omerzu 2009). V 92 % analiziranih gradiv je bilo razvidno neravnotežje med koristnostmi in tveganji, ob predpostavki, da neravnotežje pomeni 50 % ali manj trditev o tveganjih v primerjavi z vsoto trditev o koristnostih in tveganjih.

Ugotovili smo tudi razliko med javnimi (19) in zasebnimi (7) lekarnami, glede razpoložljive strukture gradiv. Povprečno število gradiv v javnih lekarnah je bilo 53,7, v zasebnih pa 64,7. V lekarnah javnega lastništva smo primerjalno opazili večji delež gradiv, ki opisujejo zdravila za samozdravljenje oziroma zdravila brez recepta (24,0 % vs. 17,5 %), pa tudi večji delež izobraževalnih gradiv (10,9 % vs. 5,1 %). V celotnem vzorcu lekarn smo ugotovili informacijsko neravnotežje, prevladovanje komercialno usmerjenih gradiv nad izobraževalnimi ter prisotnost le enega gradiva s sporočilom socialnega marketinga.

3.3.2 Izbrana gradiva za nadaljnje raziskave

3.3.2.1 Izbor gradiv za raziskovanje berljivosti

Izbrali smo navodilo za uporabo zdravila, ki se predpisuje na recept, ter povzetek glavnih značilnosti zdravila v slovenskem in angleškem jeziku. To zdravilo za zdravljenje osteoporoze vsebuje kombinacijo dveh zdravilnih učinkovin iz skupine bifosfonatov v kombinaciji. Nadalje smo izbrali promocijsko gradivo za zdravnike. Ovrednotili smo šest gradiv iz skupine za ustvarjanje zavedanja o boleznih, povezanih s tremi terapevtskimi skupinami, v obeh jezikih. Končno smo izbrali po eno promocijsko gradivo z zdravilom brez recepta, ki sodi v vsako izmed treh terapevtskih skupin, v obeh jezikih. Del vzorca izhaja s posebnih spletnih strani, večinoma uradnih spletnih strani proizvajalcev ciljnih zdravil.

Pri vzorčenju smo analizirali tretje odstavke vsake druge strani. Skladno s Fleschevimi merili je vsak del analiziranega besedila vključeval najmanj 100 besed oziroma z dodatkom toliko besed, da se zaključi določen stavek (Flesch 1948). Angleške različice smo analizirali v primerljivih besedilih.

3.3.2.2 Izbor gradiv za raziskovanje strategij prepričevanja

Iz opisanega večjega vzorca promocijskih gradiv iz slovenskih lekarn smo opredelili gradiva iz treh terapevtskih skupin; za zdravljenje infekcijskih (virusnih) infekcij, alergij in osteoporoze. Zdravila iz omenjenih treh skupin se obsežno izdajajo v slovenskih lekarnah, pa tudi incidenca in prevalenca teh bolezni je velika. Razlog za njihovo primerjavo je bila tudi razlika v promocijskem sporočanju med akutnim in preventivnim zdravljenjem. V izvirnem

vzorcu je bilo 119 gradiv za zdravljenje infekcijskih bolezni, 46 gradiv za zdravljenje alergij in 48 gradiv za zdravljenje osteoporoze. Izbrali smo po 10 gradiv iz vsake izmed treh terapevtskih skupin. Enote gradiv smo izbrali na osnovi različnih opisov izdelkov in vsebine ter enake regijske prisotnosti. Besedila, povezana s ciljnim terapevtskimi skupinami, so obsegala med 14 in 15,5 strani formata A4. Čeprav so bila gradiva lokalno zbrana, so bila večinoma mednarodno ustvarjena, zato je lahko govorimo o njihovi standardizaciji.

Tabela 3.2: Izvirni izbor gradiv in izbrana gradiva, ki ustrezajo opazovanim terapevtskim skupinam

Vrsta vzorcev	Število gradiv
Širši izbor gradiv – število gradiv	1.474
Širši izbor gradiv: zdravila brez recepta	324
Izbrana gradiva – virusne infekcije	10
Izbrana gradiva – alergije	10
Izbrana gradiva – osteoporoza	10

3.4 Metode

V družboslovju raziskovalci proučujejo pojave, ki se v času in prostoru pojavljajo množično (Bastič 2006). Zbrane podatke o proučevanih spremenljivkah z ustreznimi metodami in modeli pretvorijo v informacije, s katerimi poskušajo razložiti proučevani pojav.

Znanstvena metoda

Redko imajo pri testiranju hipotez raziskovalci v družboslovju nadzorovane pogoje eksperimentiranja (Social Science and Its Methods). Pazljivo je treba opazovati in abstraktno razmišljati. Pristop k družboslovni znanosti se deli v več faz. Opazovanju sledi opredelitev problema, to je pojmov in predmeta raziskovanja. S pregledom literature raziskovalec odkrije že ustvarjena dela, prepreči ponavljanje raziskovanja in ugotovi nerešena vprašanja. Z nadaljnjim opazovanjem raziskovalec natančneje spozna predmet in način raziskovanja. Nato razvije teoretski okvir in oblikuje hipoteze s trditvami, v katerih predpostavlja svoje rezultate. Z izborom raziskovalnega načrta raziskovalec izbere sredstvo za zbiranje podatkov. Podatki

se morajo pazljivo zbirati in beležiti, ker so dobri podatki osnova za dobre zaključke. Raziskovalec podatke natančno analizira in interpretira. Hipoteza je nato lahko potrjena, zavrnjena ali spremenjena. Raziskovalec končno pripravi poročilo, z oblikovanjem zaključkov in predlogov glede nadaljnjih raziskav.

Znanstvena metoda je pot do novega spoznanja in zajema postopke za raziskovanje pojavov v realnem svetu (Toš in Hafner-Fink 1998). Znanstvena metoda so torej vsi postopki, s katerimi raziskovalci od teorije preko hipotez, zbiranja in analize podatkov pridejo zopet nazaj do teorije. V zaključni fazi raziskovanja namreč raziskovalec vključuje nova spoznanja v teorijo ter oblikuje novo teorijo ali pa potrdi obstoječo. Toš in Hafner-Fink (1998) razlikujeta dva temeljna modela oblikovanja teorije, deduktivnega in induktivnega, ter tretji model, ki vsebuje elemente obeh omenjenih modelov, to je inverzna indukcija. Model oblikovanja teorije na osnovi dedukcije je osnovan na podlagi logičnih pravil sklepanja iz splošnega na posamično; izhajamo iz neke trdne izhodiščne točke ali aksioma, ki ne potrebuje nobenega dokazovanja. Pri indukciji, to je na poti od posamičnega k splošnemu, s posploševanjem pridemo od izkustvenih opažanj do trditev, povezanih z realnostjo, z nadaljnjim posploševanjem in redukcijo pa prispemo do vse bolj abstraktnih trditev. Induktivni način je povezan s terenskim raziskovanjem.

Znanstvena teorija

V okviru znanstvene teorije se lahko postavijo trditve, ki niso (izkustveno) preverjene in ki jih z raziskovanjem želimo preveriti; takšne trditve se imenujejo hipoteze (Toš in Hafner-Fink 1998). Znanstvena teorija je splet logično povezanih trditev, ki sistematično povezujejo določen pojav ali skupino pojavov v realnosti.

Toš in Hafner-Fink (1998) kot bistvene elemente teorije navajata predvsem pojme oziroma definicije pojmov, dejstva, znanstvene zakone (postulate in teoreme). Pojmi (koncepti) so abstraktni elementi oziroma miselni izdelki, ki predstavljajo pojave na določenem področju realnosti, s katerim se ukvarja teorija. Dejstva so pojavi, ki so bili zaznani in o obstoju katerih obstaja splošno soglasje. Znanstveni zakon je splošna izkustvena trditev o različnih vrstah dejstev; izraža neko univerzalno značilnost pojavov ali stabilen odnos med njimi. Za znanstveni zakon je značilna njegova izkustvena narava in splošnost oziroma abstraktnost. Toš in Hafner-Fink (1998) ugotavljata, da so naravoslovni zakoni bližje univerzalnosti kot

družboslovni zakoni. Univerzalni so zakoni, ki veljajo v vseh pogojih. Funkcije teorije so definiranje področja raziskovanja, pojasnjevanje pojavov, zagotavljanje komunikacije med znanstveniki ter konceptualizacije raziskovalnega problema, povezovanje spoznanj, usmerjanje raziskovanja in napovedovanje prihodnosti. Medtem ko je cilj teoretskih znanosti gradnja logičnega sistema, ki se kasneje lahko uporabi v konkretnih situacijah, pa je cilj izkustvenih znanosti pojasnjevanje konkretnih izkustvenih pojavov (Toš in Hafner-Fink 1998). Ker pa za to funkcijo izkustvene znanosti potrebujejo teorijo, so torej hkrati tudi teoretske znanosti.

Za končne ugotovitve doktorskega dela smo izvedli več raziskav, ki so temeljile na različnih metodah.

3.4.1 Metode pri raziskovanju berljivosti in strategij prepričevanja

Pri raziskovanju berljivosti smo uporabili metodo formule berljivosti. Ker lahko ugotavljanje berljivosti slovenskih besedil poteka le skladno s slovensko formulo berljivosti, smo na osnovi učbenikov za posamezne stopnje izobrazbe najprej ustvarili slovenski algoritem berljivosti, ki smo ga uporabili kot orodje.

Pri raziskovanju strategij prepričevanja smo izvedli analizo vsebin. Zajemala je besedno analizo z ustvarjanjem modela apelov, ki velja za zdravila brez recepta. Besedni del analize vsebin je vključeval tudi kodiranje trditev o koristnostih in tveganjih in njihovo opredelitev glede na posamezno terapevtsko skupino. V okviru analize vsebin smo izvedli tudi kodiranje vizualnih ključev in njihovo razvrščanje v kategorije.

Analiza vsebin se je razvila kot metoda analiziranja pisnih, ustnih ali vizualnih komunikacijskih sporočil, na področju zdravja pa se veliko uporablja v raziskavah s področja psihiatrije, gerontologije in javnega zdravja (Elo in Kyngäs 2008). S pomočjo analize vsebin se besede oziroma besedne zveze razvršča v različne kategorije; predvideva se, da imajo besede in besedne zveze v istih kategorijah podoben pomen. Namen analize vsebin je predstavitev novih vidikov in ugotovitev. A. Bhattacharjee (2012) je analizo vsebin opredelila kot sistematično analizo vsebine besedila na kvantitativen ali kvalitativen način. Pri izvajanju analize vsebin raziskovalec prične z vzorčenjem izbranega niza besedil iz populacije besedil za analizo in jih pri tem selektivno izbere glede na vsebino. Besedilo sistematično deli v

segmente, ki so ločene enote za analiziranje. Vsak segment besedila na osnovi sheme raziskovalec kodira. Kodirani podatki se analizirajo, običajno tako kvantitativno kot kvalitativno.

Kritiki metodi analize vsebin očitajo pomanjkanje sistematičnih postopkov, ki onemogočajo, da bi analizo ponovili drugi raziskovalci. Ta problem so poskušali rešiti z uvedbo protokolov pri izvedbi analize vsebin. Bhattacharjee (2012) omenja omejitve metode analize vsebin, to je kodiranje le določenih informacij, in možne pristranskosti pri vzorčenju.

3.4.2 Metoda pri raziskovanju razumljivosti

Za ugotavljanje razumevanja in odločitev oziroma nakupnih namer smo izvedli dva eksperimenta, v katerih smo uporabili vprašalnik. Po 30 respondentov iz splošne in 30 respondentov iz strokovne javnosti je izpolnjevalo pisni vprašalnik po tem, ko so prebrali dve besedili s prednostmi in tveganji za dve zdravili, ki se predpisujeta brez recepta.

Eksperimentalno raziskovanje

Bhattacharjee (2012) poudarja velik pomen eksperimentalnega raziskovanja in njegovega natančnega raziskovalnega načrta. Raziskovalec uravnava eno ali več neodvisnih spremenljivk in opazuje odvisne spremenljivke. Prednost eksperimentalnega raziskovanja je povezovanje vzroka in učinka. Eksperimentalne raziskave se lahko izvajajo v laboratoriju ali terensko. Laboratorijski eksperimenti imajo veliko notranjo vrednost, a na račun majhne zunanje vrednosti. Mogočega je manj posploševanja, ker umetna (laboratorijska) ureditev, v kateri se raziskava izvaja, morda ne odraža realnega sveta. Terenski eksperimenti, ki se izvajajo v realnem okolju, imajo veliko notranjo in zunanjo vrednost; a takšni eksperimenti so razmeroma redki, predvsem zaradi nadzorovanja zunanjih učinkov. Primer eksperimentalnega raziskovanja je naključno dodeljevanje različnih ravni zdravljenja (neodvisne spremenljivke) subjektom in opazovanje rezultatov zdravljenja (odvisne spremenljivke). A. Bhattacharjee je torej eksperiment razložila bolj na primeru naravoslovnega raziskovanja. Kotler (1996) eksperimentalno raziskovanje opredeljuje kot najbolj znanstveno vredno raziskovanje. Prav tako poudarja pomen razmerja med vzrokom in učinkom, a eksperimentalnemu raziskovanju namenja širšo uporabnost od naravoslovne.

Vprašalnik je eno najpomembnejših orodij kvantitativnih raziskovalnih metod. Z vprašalnikom se lahko v kratkem času pridobi veliko podatkov, zagotavlja se anonimnost respondentov, ob sočasni primerjalno ugodni ceni te metode (Denscombe 2004). Njegova pomanjkljivost pa je manjša poglobljenost raziskovanja. Pope in Mays (1995) zanesljivost oziroma ponovljivost opisujeta kot prednost kvantitativnih metod, izvedenih s standardiziranimi vprašalniki. Pogosto koristi dopolnjevanje kvalitativnega dela z opazovanjem, intervjuji in fokusnimi skupinami s kvantitativnim raziskovanjem.

3.5 Berljivost

3.5.1 Raziskovanje berljivosti

V besedilih o zdravju in zdravilih ima pomembno vlogo ustrezna stopnja berljivosti, ki se povezuje z dobrim razumevanjem besedil ter vodi v racionalne odločitve o zdravljenju in v uspešno zdravljenje. Berljivost pomeni lahkoto, s katero se besedilo lahko bere in razume (Schutten in McFarland 2009); sklepa se, da osebe s sposobnostjo branja, signifikantno manjšo od berljivosti dokumenta, besedila ne morejo popolnoma razumeti. Ustrezna berljivost se ne more vedno enačiti z lahkim razumevanjem, saj na razumevanje vplivajo tudi organizacija, razporeditev in oblikovanje besedila (Rudd 2011).

Preverjali smo tri hipoteze:

H1: Z zdravjem povezana besedila niso prilagojena ciljni javnosti.

Ravni berljivosti angleških besedil niso skladne s svetovanimi ravni, kar smo pričakovali tudi za slovenska besedila.

H2: Trditve o tveganjih so težje berljive kot trditve o koristnostih promoviranih zdravil.

Predpostavljali smo večje poudarjanje koristnosti in zmanjševanje pomembnosti tveganj.

H3: Vrednosti berljivosti navodil za uporabo zdravil, gradiv za ustvarjanje zavedanja o bolezni in promocijskih gradiv z informacijami o zdravilih brez recepta, namenjenih splošni javnosti, so predvidoma višje kot vrednosti berljivosti gradiv za strokovno javnost, ki zajemajo povzetke glavnih značilnosti zdravil in gradiva za promoviranje zdravil zdravnikom. Kljub predvidenim višjim vrednostim berljivosti besedil o zdravju in zdravilih za splošno javnost bi tudi besedila za strokovnjake s področja zdravstva morala biti lahko berljiva, da olajšajo prenos sporočila do bolnika.

3.5.1.1 Metode pri raziskovanju berljivosti

Uporabili smo metodo formule berljivosti. Vrednosti slovenske berljivosti smo določili skladno s Fleschevo metodo. Algoritem smo validirali s pomočjo dveh časopisov, ki dnevno izhajata v Sloveniji.

Formule in algoritmi berljivosti

Formule berljivosti se uporabljajo za določitev berljivosti in stopnje berljivosti za povprečnega bralca, da bi lahko ocenili raven razumevanja besedila.

Flescheva formula vključuje naslednje izračune (The Flesch reading ease readability formula):

$$206,835 - (1,015 \times \text{število besed} / \text{število stavkov}) - (84,6 \times \text{število zlogov} / \text{število besed})$$

(število besed / število stavkov = povprečna dolžina stavka)

Flesch in Kincaid sta upoštevala zaporedno leto izobraževanja za izračun stopnje berljivosti, ki je skladna z razumevanjem besedila (The Flesch-Kincaid grade level):

$$\text{stopnja berljivosti} = (0,39 \times \text{povprečna dolžina stavka}) + (11,8 \times \text{povprečno število zlogov na besedo}) - 15,59$$

Lestvica berljivosti v angleščini, z vrednostmi na osnovi Flescheve formule, je vključena v Tabelo 3.3. Vrednosti berljivosti na lestvici so v obsegu med 0 in 100. Vrednosti, določene v vzorcih besedil, lahko segajo pod 0. Višje vrednosti so povezane z lažje berljivimi besedili. Berljivost in stopnja berljivosti se lahko določita tudi z računalniškimi algoritmi. Ročni izračun je potrdil natančnost izračunov berljivosti angleških besedil (Readability index calculator 2011).

Določili smo slovenski algoritem berljivosti, ki je služil kot standard. Uvedli smo ga zaradi razlike v skladnji obeh jezikov in razlike v šolskih sistemih. Slovenski algoritem berljivosti smo uporabili kot orodje, za katero z nadaljnjimi raziskavami pričakujemo razvoj. Vzorce besedil smo izbrali iz učbenikov za prvi, tretji, peti, sedmi in deveti razred osnovne šole. Nadaljnje vzorce smo pridobili iz učbenikov za prvi in tretji letnik srednje šole oziroma univerzitetnega študija in iz literature za univerzitetne diplomante (Kasesnik in Kline 2011).

Vrednosti smo dobili z uveljavljeno Fleschevo formulo. Nato smo izvedli regresijsko analizo, da smo ugotovili nove vrednosti v okviru slovenskega algoritma (Tabela 3.3), in izpeljali novo formulo:

$$\text{berljivost} = 206,835 - (0,306 \times \text{število besed}/\text{število stavkov}) - (83,585 \times \text{število zlogov}/\text{število besed})$$

Berljivost dveh časopisov smo določili, da bi validirali slovenski algoritem berljivosti. Časopis *Finance* je pozicioniran kot finančni dnevni časopis z ekonomskimi analizami. Vsakdanje novice pa vsebuje dnevni časopis *Slovenske novice*. Povprečna vrednost berljivosti časopisa *Finance* je dosegla raven višjih stopenj univerzitetne izobrazbe, v časopisu *Slovenske novice* je bila na ravni začetne univerzitetne izobrazbe.

Statistična analiza vrednosti berljivosti besedil

S statistično analizo smo primerjali vrednosti berljivosti in ocenili statistično signifikantnost, povezano s testno vrednostjo in standardno deviacijo. Statistično signifikantnost smo določili s t-testom, pri 99% intervalu zaupanja. Dvosmerno statistično signifikantnost smo pripisali, ko je bila p-vrednost manjša ali enaka 0,01. T-test smo izvedli, ko je bilo na razpolago dovolj vrednosti, da so bili mogoči izračuni. Ničelna hipoteza se glasi, da je populacijska sredina enaka navedeni vrednosti. Pri testiranju ničelne hipoteze se aritmetične vrednosti primerjajo s testnimi vrednostmi. Ko je p-vrednost, povezana s t-testom, nizka, ($p \leq 0,01$), je to dokaz, da se sredina razlikuje od hipotetične vrednosti. Ko p-vrednost ni nizka ($p > 0,01$), se ničelna hipoteza ne zavrne. Kot testno vrednost smo uporabili berljivost v vrednosti 45 za slovenska besedila in 90 za angleška besedila, skladno s priporočeno 4. do 6. stopnjo, kar ustreza »zelo lahki« (angl. *very easy*) do »lahki« (angl. *easy*) ravni. Te vrednosti se uporabljajo za gradiva, namenjena splošni javnosti (MedlinePlus 2011), pa tudi za gradiva, namenjena strokovnjakom s področja zdravja (Scott 2011), ker se nizke stopnje (angl. *low grade levels*) svetujejo tudi za medicinsko dokumentacijo. Odklone od aritmetičnih sredin določa kvocient razlike med srednjimi vrednostmi in testnimi vrednostmi ter testnih vrednosti. Izračune smo naredili za slovenska in angleška besedila.

Tabela 3.3: Slovenski in angleški algoritem berljivosti (vrednosti so zaokrožene na cela števila), s srednjimi in vmesnimi vrednostmi (slovenski algoritem smo validirali z dvema časopisoma)

Slovenski algoritem		Slovenski časopisi		Angleški algoritem	
Berljivost		Berljivost		Berljivost	
Berljivost	Opis	Srednja vrednost	Vmesne vrednosti	Berljivost	Opis
50–60	Lahko			90–100	<i>Very easy</i>
				80–89	<i>Easy</i>
				70–79	<i>Fairly easy</i>
40–49	Standardno			60–69	<i>Standard</i>
< 39	Težko	20 *	6, 20, 13, 18, 22, 16, 1, 29, 15, 35, 28, 26, 34	50–59	<i>Fairly difficult</i>
		3 **	17, –1, 2, 22, 18, 32, –29, 26, –39, –5, 12, –7, 2, –5, 3, 5	30–49	<i>Difficult</i>
				< 29	<i>Very confusing</i>

Legenda: časopisa * Slovenske novice

** Finance

3.5.1.2 Rezultati in razprava

Rezultati so predstavljeni glede na vrsto gradiv. Vrednosti so prikazane v besedilu in v tabelah v štirih podpoglavjih. Vključene so statistične ocene.

Slovenski algoritem odkriva padajoče vrednosti berljivosti, z večanjem stopenj berljivosti. Rezultati naše raziskave kažejo neustrezne stopnje berljivosti besedil, kar potrjuje rezultate predhodnih študij (Hochhauser 1987; Wells in Sell 1991; Roskos in drugi 2008; Williamson in Martin 2010; Pelcher in drugi 2011). Berljivost slovenskega navodila za uporabo zdravila je na stopnji »težko«. V okviru odgovarjajočega algoritma tudi angleško navodilo za uporabo opišemo kot težko berljivo (angl. *difficult to read*). Ne glede na jezik nismo ugotovili

statističnih razlik glede na odgovarjajoče testne vrednosti. Na osnovi rezultatov naše raziskave lahko zaključimo, da je potrebno izboljšanje v gradivih v obeh jezikih.

V primerljivih raziskavah so v navodilu za uporabo inhalacijskih kortikosteroidov poročali o visoki ravni stopnje berljivosti in o velikosti črk nekoliko pod priporočeno (Roskos in drugi 2008). Razvidno je preseganje priporočljive ravni stopnje berljivosti navodil za uporabo izbranih zdravil za oči (Khurana in drugi 2003). Neustrezne ravni stopnje berljivosti so odkrili tudi v besedilih o varfarinu (Estrada in drugi 2000). Pri proučevanju bolnišničnih navodil za uporabo zdravil so s Fleschevo metodo določili povprečno berljivost 60 in Flesch-Kincaidovo stopnjo berljivosti 7,8.

Ponekod ni bilo dovolj vrednosti, da bi izvedli statistično testiranje. To lahko povežemo z relativno majhnim vzorcem, ki smo ga raziskovali. Poleg tega je raziskovanje berljivosti v slovenskem jeziku inovativna raziskava, v kateri smo uporabili orodja, ki se bodo v prihodnje predvidoma še razvijala, da bodo popolnoma ustrezala raziskovalnim potrebam.

Berljivost navodil za uporabo in povzetkov glavnih značilnosti zdravil

Rezultati naše raziskave kažejo (Tabela 3.4), da je vrednost berljivosti navodila za uporabo zdravil večja od berljivosti povzetka glavnih značilnosti zdravila, ne glede na uporabljen jezik. Berljivost slovenskega navodila za uporabo, kot tudi povzetka glavnih značilnosti zdravila opišemo kot težko. Slovenska besedila smo primerjali z angleškimi besedili. Angleško navodilo za uporabo, z vrednostjo berljivosti 34, smo opredelili kot težko berljivo (angl. *difficult to read*). Besedilo angleškega povzetka glavnih značilnosti zdravila smo označili kot zelo zapleteno (angl. *very confusing* (-5)). Vsebina obeh povzetkov glavnih značilnosti zdravila v obeh jezikih je visoko primerljiva. Statistični t-test ($p = 0,01$) kaže nesignifikantno razliko med slovenskim navodilom za uporabo in testno vrednostjo (45) ter nesignifikantno razliko med angleškim navodilom za uporabo glede na testno vrednost (90). Slovenski in angleški povzetek glavnih značilnosti zdravila kažeta signifikantno razliko z ozirom na odgovarjajoče testne vrednosti. Večje odklone vrednosti berljivosti od aritmetičnih sredin smo ugotovili za slovenska besedila, v primerjavi z angleškimi besedili, v navodilih za uporabo zdravil (0,79 vs. 0,63 v absolutnih vrednostih), kot tudi v povzetkih glavnih značilnosti zdravil (1,25 vs. 1,06). V Tabeli 3.4 so navedene srednje in vmesne vrednosti.

V naši študiji smo ugotovili, da je slovenski povzetek glavnih značilnosti zdravila opredeljen kot težko berljiv, angleški povzetek glavnih značilnosti zdravila pa kot zelo zapleten za branje (angl. *very confusing to read*). Razlika med navedenimi vrednostmi berljivosti in testnimi vrednostmi je znatna in statistično signifikantna. Čeprav bi morala visoka stopnja izobrazbe strokovnjakov omogočati razumevanje, bi lažja berljivost olajšala delo strokovnjakov. Te ugotovitve, obenem z razlikami med rezultati te študije in predhodno objavljenimi rezultati (Estrada in drugi 2000; Khurana in drugi 2003; Williamson in Martin 2010), kažejo, da nezadostna uporaba formul berljivosti v slovenskih informacijah o zdravilih lahko vodi do manjše enotnosti berljivosti besedil in manjšega obsega zdravstvene skrbi.

Berljivost promocijskih gradiv z zdravili za zdravljenje osteoporoze, namenjenih strokovni javnosti

Izbrali smo slovenska in angleška besedila, povezana z zdravili za zdravljenje osteoporoze, ki vsebujejo kombinacijo dveh zdravilnih učinkovin iz skupine bisfosfonatov v kombinaciji. Po analiziranju teh besedil smo ugotovili ravni stopenj berljivosti, ki presegajo stopnjo diplomantov. Vrednosti so zelo nizke (Tabela 3.4). Nižje vrednosti berljivosti smo našli celo v slovenskih besedilih (-47), ki smo jih opisali kot težka, kot v angleških besedilih (-33), ki smo jih opisali kot zelo zapletena (angl. *very confusing*). Nesignifikantno razliko (t-test, $p = 0,01$) smo pripisali angleškimi promocijskim gradivom za zdravnike, z odklonom 1,37 od aritmetične sredine.

Promocijska gradiva za zdravnike v slovenščini in angleščini v veliki meri presegajo univerzitetno stopnjo berljivosti. Pri angleških promocijskih gradivih za strokovnjake pa statistična signifikantnost ni bila dosežena. Ker so podobni rezultati razvidni iz analize povzetkov glavnih značilnosti zdravil, lahko zaključimo, da bi bilo treba več pozornosti posvetiti prilagoditvi besedil na osnovi potreb strokovnjakov s področja zdravja.

Berljivost besedil za ustvarjanje zavedanja o bolezni

Berljivost slovenskih besedil o zavedanju o bolezni, povezanih s tremi terapevtskimi skupinami, ustreza opisu »težek« v okviru slovenskega algoritma. Slovenska besedila smo zaradi vsebinske podobnosti tudi primerjali z angleškimi besedili za ustvarjanje zavedanja o bolezni. Angleška besedila za ustvarjanje zavedanja o infekcijskih (virusnih) boleznih

dosegajo vrednost berljivosti 34 in so opisana kot težka (angl. *difficult*). Z rezultatom vrednosti berljivosti 24 in 11 smo besedilom za ustvarjanje zavedanja o alergijah in besedilom za ustvarjanje zavedanja o osteoporozi pripisali opis »zelo zapleten« (angl. *very confusing*) (Tabela 3.4).

V naši raziskavi smo opazili visoko stopnjo berljivosti gradiv za ustvarjanje zavedanja o bolezni. Slovenska gradiva za ustvarjanje zavedanja smo opisali kot težko berljiva, skladno s slovenskim algoritmom. Gradiva za ustvarjanje zavedanja o infekcijskih (virusnih) boleznih v angleščini smo opisali kot težko berljiva (angl. *difficult to read*) in gradiva, povezana z drugima dvema terapevtskima skupinama, smo opisali kot zelo zapletena za branje (angl. *very confusing to read*). Naša raziskava podpira težnjo, da bi morala biti besedila prilagojena ustreznim ravnom berljivosti. Za gradiva za izobraževanje o HIV infekcijah za bolnike so prav tako poročali, da imajo previsoke ravni stopnje berljivosti (Hochhauser 1987; Wells in Sell 1991).

Gradiva za ustvarjanje zavedanja o infekcijskih (virusnih) infekcijah in o alergijah, ki izvirajo s spletnih strani, imajo nekoliko višje vrednosti berljivosti (19 oziroma 23) kot gradiva za ustvarjanje zavedanja o osteoporozi (5), ki smo jih pridobili iz lekarne. Rezultati, ki izhajajo iz gradiv za ustvarjanje zavedanja o bolezni v slovenščini in angleščini, so primerljivi, kar kaže na potrebo po zagotavljanju optimalne berljivosti vseh oblik analiziranih besedil.

Tabela 3.4: Vrednosti berljivosti primerljivih slovenskih/angleških besedil: navodil za uporabo zdravil, povzetkov glavnih značilnosti zdravila in gradiv za ustvarjanje zavedanja o boleznih

Gradivo	Slovenska besedila				Angleška besedila			
	Berljivost				Berljivost			
	Opis	Srednja vrednost; standardna deviacija; odklon od aritm. sr.	Vmesne vrednosti	t-test : (abs.) vrednost; signifi=kantnost	Opis	Srednja vrednost; standardna deviacija; odklon od aritm. sr.	Vmesne vrednosti	t-test : (abs.) vrednost; signifi=kantnost
Navodilo za uporabo zdravila	Težka	10; Sd = 24,85 0,79	25, 23, -19	t = 2,463; 0,133; NS**	<i>Difficult</i>	34; Sd = 19,62 0,63	27, 9, 50, 49	t = 5,734; 0,011; NS**
Povzetek glavnih značilnosti zdravila	Težka	-11; Sd = 24,38 1,25	-23, -39, -23, 16, 13	t = 5,155; 0,007; S**	<i>Very confusing</i>	-5; Sd = 12,71 1,06	17, -25, -8, -12, -4, 0, -4	t = 19,809; 0,000; S**
Gradiva za zdravnike	Težka	-47	/	/	<i>Very confusing</i>	-33; Sd = 36,77 1,37	-7, -59	t = 4,731; 0,133; NS**
Gradiva za zavedanje o infekcijskih boleznih	Težka	19	/	/	<i>Difficult</i>	34	/	/
Gradiva za zavedanje o alergijah	Težka	23	/	/	<i>Very confusing</i>	24	/	/
Gradiva za zavedanje o osteoporozi	Težka	5	/	/	<i>Very confusing</i>	11	/	/

* 0,05

** 0,01

Legenda: abs. = absolutna ; aritm. sr. = aritmetična sredina

Berljivost besedil za promocijo zdravil brez recepta

Trditve o koristnostih in možnih tveganjih zdravljenja z določenimi zdravili brez recepta smo pridobili iz delov besedila. Vse vrednosti berljivosti smo ocenili kot težke (Tabela 3.5). Besedila, ki zajemajo možna tveganja jemanja teh zdravil, so manj berljiva od besedil z opisom koristnosti, ne glede na izbrano terapevtsko skupino. Vrednost berljivosti koristnosti, povezanih z zdravljenjem virusnih bolezni in alergij, je 4 oziroma 0. Berljivost besedil, ki opisujejo tveganja zdravil za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni, dosega -19; o podobni vrednosti (-17) smo poročali za zdravila za zdravljenje alergij. Posebej majhne vrednosti berljivosti smo pripisali zdravilom brez recepta za zdravljenje osteoporoze, z rezultatom berljivosti koristnosti -3 in tveganj -40. V Tabeli 3.5 so navedene srednje in vmesne vrednosti.

V besedilih z zdravili brez recepta za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni se pri koristnostih in tveganjih opazi statistično signifikantna razlika v berljivosti, z ozirom na testne vrednosti ($p \leq 0,01$). Nesignifikantna razlika se opazi pri koristnostih, povezanih s koristnostmi zdravil brez recepta za zdravljenje osteoporoze ($p = 0,033$). Primerjava odklonov vrednosti berljivosti kaže večji odklon pri zdravilih za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni (1,43). Primerjalno manjši odkloni se opazijo pri koristnostih zdravil za zdravljenje osteoporoze (1,07) in infekcijskih (virusnih) bolezni (0,92).

Ne glede na terapevtsko skupino smo vrednosti berljivosti koristnosti in tveganj v besedilih z informacijami o zdravilih brez recepta opisali kot težke. Berljivost tveganj v analiziranih promocijskih gradivih smo ocenili kot težjo od berljivosti koristnosti. Razvidna je statistično signifikantna razlika pri terapevtski skupini zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni in nesignifikantna razlika pri koristnostih terapevtske skupine za zdravljenje osteoporoze.

Zaključni rezultati in razprava

Rezultati raziskave o berljivosti potrjujejo naše predhodno postavljene hipoteze. Potrjena je H1. Z zdravjem povezana besedila niso prilagojena ciljni javnosti, niti strokovni niti splošni, ne glede na izbrani jezik besedil. Prav tako smo z analizo potrdili H2, saj so trditve o

tveganjih manj berljive kot trditve o koristnostih zdravil brez recepta. Glede na to, da smo ugotovili višje vrednosti berljivosti besedil za splošno kot za strokovno javnost, je potrjena tudi H3. Vendar pa ni izpolnjen pogoj za ustrezno berljivost nobene vrste besedil, saj ne ustrezajo priporočeni stopnji berljivosti. Tako sklepamo, da predstavniki splošne javnosti ne bodo dobro razumeli besedil o zdravju in zdravilih, predstavnikom strokovne javnosti pa bo otežen prenos sporočila do bolnika.

Nesorazmerje med koristnostmi in tveganji v promocijskih gradivih o zdravilih kaže, da standardi niso doseženi. Skladno s priporočili Urada za hrano in zdravila (Food and Drug Administration, FDA), bi morala uporaba ustreznega jezika in vsebine pomagati bolj jasno predstaviti informacije o tveganjih (FDA 2004). Rezultati naše študije kažejo, da se besedilo o koristnostih zdravil brez recepta predstavi bolj jasno kot besedilo o tveganjih. Zelo verjetno je, da ustvarjalci slovenskih besedil berljivosti sploh ne ugotavljajo skladno s formulami berljivosti. Možno je, da so koristnosti namenoma predstavljene bolj jasno kot tveganja ali da se poudarjajo navidezne prednosti promoviranega zdravila. Zato je potrebno poglobiti delo farmacevtskih podjetij in uradnih ustanov, da bi se berljivost določala širše, kot to določa dokument o kakovosti berljivosti (Quality Readability Document, QRD).

Tabela 3.5: Vrednosti berljivosti besedil s tveganji in koristnostmi zdravil brez recepta

Gradivo	Besedila o koristnostih				Besedila o tveganjih			
	Berljivost				Berljivost			
	Opis	Srednja vrednost; standardna deviacija; odklon od aritm. sr.	Vmesne vrednosti	t-test : (abs.) vrednost; signifi= kantnost	Opis	Srednja vrednost; standardna deviacija; odklon od aritm. sr.	Vmesne vrednosti	t-test : (abs.) vrednost; signifi= kantnost
Zdravila brez recepta za zdravljenje infekcijskih bolezni	Težka	4 ; Sd = 16,52 0,92	5, 17, 37, -2, -18, 3, 13, 9, 1, -8, 12, -26	t = 8,686; 0,000; S**	Težka	-19 ; Sd = 20,14 1,43	-15, -1, -48, -13	t = 6,381; 0,008; S**
Zdravila brez recepta za zdravljenje alergij	Težka	0	/	/	Težka	-17	/	/
Zdravila brez recepta za zdravljenje osteoporoze	Težka	-3 ; Sd = 15,53 1,07	-8, 14, -16	t = 5,389; 0,033; NS**	Težka	-40	/	/

* 0,05

** 0,01

Legenda: abs. = absolutna; aritm. sr. = aritmetična sredina

Družbena odgovornost

Glede na ugotovljene neustrezne vrednosti berljivosti lahko sklepamo, da se v besedilih o zdravju in zdravilih berljivosti ne določa na poglobljen in matematičen način, s pomočjo formul berljivosti. To velja tako za uradno nadzorovana kot promocijska besedila, v

angleškem in slovenskem jeziku. S stališča berljivosti družbeno odgovorne vloge tem besedilom torej ne moremo pripisati. V prihodnje bo poleg nadzora uveljavljanja ustrezne berljivosti v besedilih potrebno tudi nadzorovano testiranje teh besedil na ciljnih skupinah.

3.5.1.3 Zaključek

Rezultati naše raziskave razkrivajo ravni berljivosti izbranih slovenskih besedil z informacijami o zdravju in zdravilih, ki smo jih primerjali z berljivostjo angleških besedil. Zaključimo lahko, da z zdravjem povezana besedila ne ustrezajo potrebam splošne ali strokovne javnosti. Ker stopnja berljivosti nobenega izmed proučevanih slovenskih besedil za splošno javnost ni sovpadala s stopnjo berljivosti priporočene osnovnošolske stopnje, bi se besedila morala prilagoditi ustreznim stopnjam. Zaradi javnozdravstvenega namena se pričakuje, da javnozdravstvene ustanove pričnejo delovati v smeri izboljšanja berljivosti besedil z informacijami o zdravju in zdravilih.

3.6 Strategije prepričevanja

3.6.1 Racionalni in emocionalni apeli

Holmes in Desselle (2004) sta v oglasih z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom, ugotovila približno dvakrat več informativnih kot prepričevalnih apelov. Nasprotno od predhodnih ugotovitev je Damasio (2005) pokazal anatomsko in funkcionalno povezavo med razumom in čustvi. Na osnovi kliničnih izkušenj je zaključil, da čustveni dražljaji podpirajo racionalne odločitve.

Postavili smo tri hipoteze:

H1: Gradiva, povezana z zdravili brez recepta, zajemajo več racionalnih kot emocionalnih apelov.

Ustvarjalci besedil o zdravilih ne upoštevajo spoznanj, da čustva podpirajo racionalno vedenje, kot je to na osnovi fizioloških dokazov opisal Damasio (2005).

H2: Pričakujemo večji delež manj prepričljivih kot bolj prepričljivih in manipulativnih apelov.

Apele so predhodno razvrstili med informativne in prepričljive (Holmes in drugi 2004), v naši raziskavi pa smo jih glede na teoretična spoznanja in empirične ugotovitve razvrstili na tri

ravni: med manj prepričljive, bolj prepričljive in manipulativne apele.

H3a: Redko se kažejo apeli, povezani z družbeno odgovornostjo.

Vključevanje elementov družbene odgovornosti se povezuje s pozitivnimi stališči in nakupnimi namerami (Mohr in drugi 2001).

H3b: Nekateri apeli so specifični za zdravila brez recepta in pripadajoče terapevtske skupine.

Specifičnost določenih apelo v gradivih z zdravili brez recepta se povezuje s posebnostjo zdravil brez recepta in njihovo izdajo.

3.6.1.1 Metode pri raziskovanju racionalnih in emocionalnih apelo

Proces kodiranja in analiza vsebin

Bell in sodelavci (2000a) so že razvili model z apeli za zdravila na recept. Po iskanju povezanih trditev in uvedbi splošnejših spremenljivk so ustvarili štiri glavne kategorije in več podkategorij; niso pa raziskovali razmerja med racionalnimi in emocionalnimi apeli. Ta model (Bell in drugi 2000a) smo ocenili kot pregleden, uporaben in preizkušen, pozitivno smo ocenili tudi metode njihove raziskave. V naši raziskavi pa smo njihov model testirali in spremenili, da je ustrezal apelo, povezanim z zdravili brez recepta. Besede, besedne zveze iz 30 izbranih gradiv smo razvrstili v (pod)kategorije znotraj obstoječega modela (Bell in drugi 2000a). Gradiva so izhajala iz že opisanega vzorca (Poglavje 3.3.2.2), po 10 gradiv iz vsake terapevtske skupine, za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni, alergij in osteoporoze. Gradiva smo pridobili iz slovenskih lekarn, a večinoma jih izdajajo globalno delujoča farmacevtska podjetja, zato je lahko predpostavljamo njihovo standardizacijo. Uvedli smo nove podkategorije apelo. Po nadaljnjem združevanju na osnovi pomenskih asociacij in frekvenc apelo smo ustvarili razumljiv model za zdravila brez recepta. Pri določitvi asociacij med besedami, besednimi zvezami nam je pomagal *Visual Thesaurus*. Proces kodiranja sva neodvisno izvedla dva koderja. Po razpravi o neskladjih sva rezultate uskladila, da sva dosegla dokončno soglasje.

Raven prepričljivosti

Določili smo tri ravni prepričljivosti. Operativne opredelitve informativnih in prepričljivih apelo (Holmes in drugi 2004) smo uporabili pri kodiranju apelo kot »manj prepričljivih« ali

»bolj prepričljivih«. Ker čustva podpirajo racionalno vedenje (Damasio 2005), je bila prepričljivost pripisana vsem trem ravnam:

- a) manj prepričljivi apeli: apeli so prepričljivi le do neke mere, so bolj informativni, racionalni;
- b) bolj prepričljivi apeli: apeli so bolj prepričljivi kot a), so emocionalni;
- c) manipulativni apeli: apeli so pretirani, neetični, njihov cilj je manipuliranje s procesom mišljenja; lahko vodijo v nepravilno uporabo zdravila.

Statistična analiza racionalnih in emocionalnih apelo ter ravni prepričljivosti s t-testom in Pearsonovim testom hi-kvadrat

Določili smo frekvence apelo v (pod)kategorijah v treh terapevtskih skupinah. Izvedli smo t-test za določitev razlike med srednjo vrednostjo in testno vrednostjo. Primerjali smo število apelo znotraj (pod)kategorij glede na testno vrednost. Določili smo statistično signifikantnost, standardni odklon, srednjo vrednost in srednjo razliko pri 99% in 95% intervalu zaupanja. Dvostransko statistično signifikantnost smo pripisali, ko je bila p-vrednost manjša ali enaka 0,01 (0,05). T-test smo izvedli, ko smo imeli na razpolago dovolj vrednosti za izračun. Ničelna hipoteza se glasi, da je populacijska sredina enaka določeni vrednosti. Ničelno hipotezo smo testirali; aritmetične sredine smo primerjali s testnimi vrednostmi. Testne vrednosti so navedene v Tabeli 3.10; določili smo jih ob predpostavki enake distribucije (pod)kategorij in upoštevanju števila apelo. Testna vrednost 5,32 se uporablja za kategorije apelo, testna vrednost 1,52 se uporablja za podkategorije apelo.

Hi-kvadrat je statistični test za preverjanje obstoja razmerja med dvema spremenljivkama. S Pearsonovim testom hi-kvadrat smo testirali statistično signifikantnost med racionalnimi in emocionalnimi apeli, v celotnem vzorcu in glede na obravnavane terapevtske skupine, z ozirom na število apelo (Tabela 3.12). S Pearsonovim testom hi-kvadrat smo testirali tudi statistično signifikantnost med manj prepričljivimi in drugimi, to je bolj prepričljivimi in manipulativnimi apeli.

3.6.1.2 Rezultati in razprava

Testiranje H1, predvidene prevalence racionalnih glede na emocionalne apele, testiranje H2, presežka manj prepričljivih z ozirom na bolj prepričljive in manipulativne apele, ter testiranje

H3b, specifičnosti apelov, ki se nanašajo na zdravila brez recepta, je prikazano v tabelah od Tabela 3.6 do Tabela 3.9. Te tabele zajemajo kategorizacijo apelov, frekvence in stopnjo prepričljivosti. Apeli »družbene odgovornosti« so vključeni v Tabelo 3.7, za testiranje H3a. Cilj rezultatov statistične analize s t-testom v Tabeli 3.11 je testiranje H1, H3a in H3b. Rezultati Pearsonovega testa hi-kvadrat (Tabela 3.12) prikazujejo testiranje H1 in H2. Podrobnejši podatki o posameznih apelih, njihovi frekvenci in prepričljivosti se nahajajo v Prilogi A (učinkovitost), Prilogi B (socialno-psihološko izboljšanje), Prilogi C (enostavnost uporabe) in Prilogi D (varnost).

V določenih podkategorijah so bile frekvence apelov nizke ali apeli sploh niso bili prisotni, kar onemogoča statistično testiranje. Poleg relativno majhnega preiskovanega vzorca je model apelov nov, isto velja za z njim povezano razvrstitev v podskupine, ki ustreza zdravilom brez recepta.

Učinkovitost

Tabela 3.6 kaže prisotnost apelov »učinkovitost« v vseh preiskovanih gradivih. Visoke frekvence so razvidne v podkategoriji »učinkovit«, s frekvencami 91, 27 in 180 v terapevtskih skupinah zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni, alergij oziroma osteoporoze. 50 apelov »nadzor simptomov« smo opazili v skupini zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni. Apelom »učinkovitost« v terapevtski skupini zdravljenja alergij smo pripisali nesignifikantnost, signifikantnost pa v povezavi z osteoporozo; pri zdravljenju infekcijskih (virusnih) bolezni je statistična signifikantnost odvisna od intervala zaupanja (Tabela 3.11). Enako velja za apele »učinkovit«. Veliko vrednost srednje razlike vidimo pri apelih »učinkovitost« in »učinkovit« pri zdravljenju osteoporoze. Apelom »učinkovitost« z racionalnimi lastnostmi smo pripisali ravni manjše prepričljivosti (Tabela 3.6).

Potrdili smo prvo hipotezo, v kateri trdimo, da so deleži emocionalnih apelov manjši kot deleži racionalnih apelov. Ne glede na terapevtsko skupino smo v naši raziskavi najvišjo frekvenco apelov našli v kategoriji »učinkovitost«: 216 apelov, povezanih z zdravljenjem osteoporoze, 150 z zdravljenjem infekcijskih bolezni ter 52 z zdravljenjem alergij. Apeli »učinkovitost« so prisotni v vseh analiziranih gradivih, ne glede na ciljno terapevtsko skupino. Statistični rezultati srednje razlike, to je razlike med srednjo vrednostjo in testno vrednostjo, kažejo visoke vrednosti v kategoriji »učinkovitost« in podkategoriji »učinkovit« v

povezavi z zdravljenjem osteoporoze in infekcijskih boleznih ter zato prej nesorazmerno veliko pojavnost teh apelov. Apeli »nadzor simptomov« se v vseh naših gradivih pojavljajo le v povezavi z zdravljenjem alergij; ti rezultati se skladajo z rezultati podobne študije (Bell in drugi 2000a), kjer so bili apeli »nadzor simptomov« pogostejši v skupini zdravljenja alergij kot v celotnem vzorcu. Apele »učinkovit« smo našli v vseh gradivih in apele »nadzor simptomov« v 90 % gradiv, povezanih z zdravljenjem infekcijskih boleznih, več kot v raziskavi oglaševanja zdravil na recept neposredno porabnikom (Bell in drugi 2000a), s pojavnostjo apelov »učinkovit« v 57 % in »nadzor simptomov« v 41 % oglasov.

Tabela 3.6: Apeli »učinkovitost« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Raven prepričljivosti: 1/2/3 ** I; A; O
Učinkovitost	150; 52; 216	10/10; 10/10; 10/10	
Učinkovit	91; 27; 180	10/10; 10/10; 9/10	1; 1; 1
Zdravi, Preventiva	5; 2; 1	4/10; 1/10; 1/10	1; 1; 1
Inovativen, Močan	4; 2; 19	3/10; 1/10; 8/10	1; 1; 1
Nadzor simptomov	50; 21; 16	9/10; 10/10; 7/10	1; 1; 1

Legenda – za Tabele 3.6–3.9 (in za Priloge A-D):

* Terapevtske skupine zdravljenja I: infekcijskih boleznih; A: alergij; O: osteoporoze

** Raven prepričljivosti apelov: 1 = manj prepričljivi; 2 = bolj prepričljivi; 3 = manipulativni

Socialno-psihološko izboljšanje

Opazili smo visoko frekvenco apelov »socialno-psihološko izboljšanje« (65) in njihovo prisotnost v večini (9/10) gradiv, z 49 apeli »k bolnikom usmerjen« v terapevtski skupini zdravljenja osteoporoze (Tabela 3.7). V kategoriji »socialno-psihološko izboljšanje« smo

signifikantno statistično razliko pripisali zdravljenju infekcijskih bolezni in alergij, nesignifikantno razliko pa zdravljenju osteoporoze (Tabela 3.11). V tej kategoriji smo določili bolj prepričljive ravni apelov, kar kaže njihove emocionalne lastnosti (Tabela 3.7).

Tabela 3.7: Apeli »socialno-psihološko izboljšanje« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2, H3a in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Raven prepričljivosti: 1/2/3 ** I; A; O
Socialno-psihološko izboljšanje	21; 1; 65	7/10; 1/10; 9/10	
Psihološki, Življenjski slog	7; 0; 8	3/10; 0/10; 6/10	2; /; 2
Socialen, Družbena odgovornost	0; 0; 8	0/10; 0/10; 4/10	/; /; 2
K bolnikom usmerjen	14; 1; 49	4/10; 1/10; 9/10	2; 2; 2

Racionalni apeli, ki vključujejo kategorije »učinkovitost«, »enostavnost uporabe« in »varnost«, znatno prevladujejo nad emocionalnimi, »socialno-psihološkimi« apeli. To potrjuje tudi Pearsonov test hi-kvadrat, ki ne kaže statistične signifikantnosti med racionalnimi in emocionalnimi apeli, z ozirom na število apelov. Proizvajalci ne prepoznajo pomembnosti emocionalnih apelov. Profilaktično zdravljenje je lahko razlog, da so »socialno-psihološki« apeli primerjalno pogostejši v skupini zdravljenja osteoporoze.

Enostavnost uporabe

Primerjalno visoka frekvenca (57) v kategoriji apelov »enostavnost uporabe« je razvidna v terapevtski skupini zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni. Za to terapevtsko skupino so najbolj značilni tudi apeli »primeren za posamezne podskupine bolnikov«, s frekvenco 16 (Tabela 3.8). Nesignifikantnost smo opazili le v kategoriji »enostavnost uporabe« v povezavi

z zdravljenjem infekcijskih (virusnih) bolezni (Tabela 3.11). Kategoriji »enostavnost uporabe« smo pripisali manj prepričljive ravni (Tabela 3.8).

Tabela 3.8: Apeli »enostavnost uporabe« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Raven prepričljivosti: 1/2/3 ** I; A; O
Enostavnost uporabe	57; 18; 29	10/10; 7/10; 10/10	
Prikladen, Ekonomičen	14; 6; 6	7/10; 4/10; 6/10	1; 1; 1
Primeren za posamezne podskupine bolnikov	16; 1; 9	7/10; 1/10; 7/10	1; 1; 1
Enostaven za organizem	14; 2; 10	4/10; 2/10; 5/10	1; 1; 1
A) Dobra komplanca	12; 0; 10	5/10; 0/10; 5/10	
B) Interakcije	2; 2; 0	2/10; 2/10; 0/10	
Hitro delujoč	13; 9; 4	5/10; 5/10; 2/10	1; 1; 1

Apele »enostavnost uporabe« smo večinoma pripisali zdravljenju infekcijskih (virusnih) bolezni. Podobna študija (Bell in drugi 2000a) kaže apele »prikladnost« v 38 %, »hitro delujoč« v 6 %, »ekonomičen« v 5 % in »enostaven za organizem« v 3 % oglasov.

Varnost

Frekvence kategorije apelov »varnost« so 9 pri terapevtskih skupinah zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni, 6 pri zdravljenju alergij in 14 pri zdravljenju osteoporoze (Tabela 3.9). Signifikantnost smo pripisali kategoriji »varnost«, kot tudi vsem podkategorijam, z izjemo apelov »naraven« pri skupini zdravljenja osteoporoze (Tabela 3.11). Apelom »varnost« smo pripisali manj prepričljive in manipulativne ravni (Tabela 3.9). Za naše z »varnostjo«

povezane apele smo ugotovili nizke frekvence, kar se sklada s podobno študijo (Bell in drugi 2000a).

Tabela 3.9: Apeli »varnost« v treh terapevtskih skupinah in njihova raven prepričljivosti; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Raven prepričljivosti: 1/2/3 ** I; A; O
Varnost	9; 6; 14	6/10; 2/10; 6/10	
Varen	3; 3; 1	2/10; 2/10; 1/10	3; 3; 3
Naraven	2; 0; 11	1/10; 0/10; 6/10	1; /; 1
Ne povzročča zasvojenosti, medikalizacije	4; 3; 2	4/10; 2/10; 1/10	3; 1; 1

Tabela 3.10: Testne vrednosti za t-test

Testna vrednost – glavne kategorije apelov	638 (št. vseh apelov)/ 12 (št. kategorij apelov)	= 53,17/10 (na enoto gradiva)	= 5,32
Testna vrednost – podkategorije apelov	638 (št. vseh apelov)/ 42 (14 apelov x 3 terapevtske skupine)	= 15,19/10 (na enoto gradiva)	= 1,52

Tabela 3.11: (Pod)kategorije apelov v treh terapevtskih skupinah: t-test, za testiranje H1, H3a, H3b

Terapevtske skupine	Zdravljenje infekcijskih bolezni	Zdravljenje alergij	Zdravljenje osteoporoze
Kategorije, podkategorije apelov	t-vrednost (absolutna); standardna deviacija; signifikantnost (2-stranska); sred. vrednost; sred. razlika	t-vrednost (absolutna); standardna deviacija; signifikantnost (2-stranska); sred. vrednost; sred. razlika	t-vrednost (absolutna); standardna deviacija; signifikantnost (2-stranska); sred. vrednost; sred. razlika
<u>Učinkovitost</u>	t = 2,995; Sd = 10,220; 0,015 15,000; $\Delta = 9,680$; NS**S*	t = 0,126; Sd = 3,011; 0,902 5,200; $\Delta = -0,120$; NS*	t = 4,546; Sd = 11,325; 0,001 21,600; $\Delta = 16,280$; S*
Učinkovit	t = 2,689; Sd = 8,913; 0,025 9,100; $\Delta = 7,580$; NS**S*	t = 1,495; Sd = 2,497; 0,169 2,700; $\Delta = 1,180$; NS*	t = 4,876; Sd = 10,687; 0,001 18,000; $\Delta = 16,480$; S*
Zdravi, Preventiva	t = 4,562; Sd = 0,707; 0,001 0,500; $\Delta = -1,020$; S*	t = 6,600; Sd = 0,632; 0,000 0,200; $\Delta = -1,320$; S*	t = 14,200; Sd = 0,316; 0,000 0,100; $\Delta = -1,420$; S*
Inovativen, Močan	t = 5,065; Sd = 0,699; 0,001 0,400; $\Delta = -1,120$; S*	t = 6,600; Sd = 0,632; 0,000 0,200; $\Delta = -1,320$; S*	t = 1,004; Sd = 1,197; 0,342 1,900; $\Delta = 0,380$; NS*
Nadzor simptomov	t = 2,461; Sd = 4,472; 0,036 5,000; $\Delta = 3,480$; NS**S*	t = 1,425; Sd = 1,287; 0,188 2,100; $\Delta = 0,580$; NS*	t = 0,138; Sd = 1,838; 0,894 1.600; $\Delta = 0,080$; NS*
<u>Socialno-psihološko izboljšanje</u>	t = 4,664; Sd = 2,183; 0,001 2,100; $\Delta = -3,220$; S*	t = 52,200; Sd = 0,316; 0,000 0,100; $\Delta = -5,220$; S*	t = 0,639; Sd = 5,836; 0,538 6,500; $\Delta = 1,180$; NS*
Psihološki, Življenjski slog	t = 1,939; Sd = 1,337; 0,084 0,700; $\Delta = -0,820$; NS*	/	t = 2,886; Sd = 0,789; 0,018 0,800; $\Delta = -0,720$; NS**S*
Socialni, Druž. odgovornost	/	/	t = 2,205; Sd = 1,033; 0,055 0,800; $\Delta = -0,720$; NS*
K bolnikom usmerjen	t = 0,167; Sd = 2,271; 0,871 1,400; $\Delta = -0,120$; NS*	t = 14,200; Sd = 0,316; 0,000 0,100; $\Delta = -1,420$; S*	t = 2,358; Sd = 4,533; 0,043 4,900; $\Delta = 3,380$; NS**S*
<u>Enostavnost uporabe</u>	t = 0,182; Sd = 6,617; 0,860 5,700; $\Delta = 0,380$; NS*	t = 5,940; Sd = 1,874; 0,000 1,800; $\Delta = -3,520$; S*	t = 5,022; Sd = 1,524; 0,001 2,900; $\Delta = -2,420$; S*
Prikladen, Ekonomičen	t = 0,214; Sd = 1,776; 0,836 1,400; $\Delta = -0,120$; NS*	t = 3,450; Sd = 0,843; 0,007 0,600; $\Delta = -0,920$; S*	t = 5,634; Sd = 0,516; 0,000 0,600; $\Delta = -0,920$; S*
Primeren za pos. podsk. bol.	t = 0,129; Sd = 1,955; 0,900 1,600; $\Delta = 0,080$; NS*	t = 14,200; Sd = 0,316; 0,000 0,100; $\Delta = -1,420$; S*	t = 2,657; Sd = 0,738; 0,026 0,900; $\Delta = -0,620$; NS**S*
Enostaven za organizem	t = 0,157; Sd = 2,413; 0,879 1,400; $\Delta = -0,120$; NS*	t = 9,900; Sd = 0,422; 0,000 0,200; $\Delta = -1,320$; S*	t = 1,560; Sd = 1,054; 0,153 1,000; $\Delta = -0,520$; NS*
Hitro delujoč	t = 0,314; Sd = 2,212; 0,760 1,300; $\Delta = -0,220$; NS*	t = 1,972; Sd = 0,994; 0,080 0,900; $\Delta = -0,620$; NS*	t = 3,666; Sd = 0,966; 0,005 0,400; $\Delta = -1,120$; S*
<u>Varnost</u>	t = 15,963; Sd = 0,876; 0,000 0,900; $\Delta = -4,420$; S*	t = 11,057; Sd = 1,350; 0,000 0,600; $\Delta = -4,720$; S*	t = 4,564; Sd = 2,716; 0,001 1,400; $\Delta = -3,920$; S*
Varen	t = 5,716; Sd = 0,675; 0,000 0,300; $\Delta = -1,220$; S*	t = 5,716; Sd = 0,675; 0,000 0,300; $\Delta = -1,220$; S*	t = 14,200; Sd = 0,316; 0,000 0,100; $\Delta = -1,420$; S*
Naraven	t = 6,600; Sd = 0,632; 0,000 0,200; $\Delta = -1,320$; S*	/	t = 0,741; Sd = 1,792; 0,477 1,100; $\Delta = -0,420$; NS*
Ne povzročča zasvojenosti, medikalizacije	t = 6,859; Sd = 0,516; 0,000 0,400; $\Delta = -1,120$; S*	t = 5,716; Sd = 0,675; 0,000 0,300; $\Delta = -1,220$; S*	t = 6,600; Sd = 0,632; 0,000 0,200; $\Delta = -1,320$; S*

* 0,05 ** 0,01 Legenda: sred. = srednja; Druž. = Družbena; pos. podsk. bol. = posamezne podskupine bolnikov

Tabela 3.12: Racionalni in emocionalni apeli v treh terapevtskih skupinah: Pearsonov test hi-kvadrat; za testiranje H1 in H2

Razmerje med apeli	Terapevtska skupina/Št. apelo			Hi-kvadrat
	Zdravljenje infekcijskih bolezni	Zdravljenje alergij	Zdravljenje osteoporoze	Pearsonov test hi-kvadrat vrednost, signifikantnost (2-stranska)
Racionalni apeli***	216	76	259	
Emocionalni apeli****	21	1	65	
Racionalni/emocionalni apeli: skupaj				6,000 0,199 NS*
Zdravljenje infekcijskih bolezni vs. zdravljenje alergij				2,000 0,157 NS*
Zdravljenje infekcijskih bolezni vs. zdravljenje osteoporoze				2,000 0,157 NS*
Zdravljenje alergij vs. zdravljenje osteoporoze				2,000 0,157 NS*
Manj prepričljivi	209	73	258	
Bolj prepričljivi + manipulativni apeli	21 + 7 = 28	1 + 3 = 4	65 + 1 = 66	
Manj prepričljivi/(Bolj prepričljivi + manipulativni apeli) : skupaj				6,000 0,199 NS*
Zdravljenje infekcijskih bolezni vs. zdravljenje alergij				2,000 0,157 NS*
Zdravljenje infekcijskih bolezni vs. zdravljenje osteoporoze				2,000 0,157 NS*
Zdravljenje alergij vs. zdravljenje osteoporoze				2,000 0,157 NS*

* 0,05

** 0,01

Legenda – za Tabela 3.12: vsebnost

*** Racionalni apeli = Učinkovitost + Enostavnost uporabe + Varnost

**** Emocionalni apeli = Socialno-psihološko izboljšanje

Razmerje med racionalnimi in emocionalnimi apeli, za testiranje H1 in H2

S Pearsonovim testom hi-kvadrat smo analizirali racionalne in emocionalne apele. Testiranje H1 je predstavljeno v Tabeli 3.12. Rezultati Pearsonovega testa hi-kvadrat, pri 95% intervalu zaupanja, ne kažejo statistične signifikantnosti med racionalnimi apeli, vključno s kategorijo »učinkovitost«, »enostavnost uporabe« in »varnost« ter emocionalnimi apeli, to je kategorijo »socialno-psihološko izboljšanje«, v celotnem vzorcu ali med posameznimi terapevtskimi skupinami, z ozirom na število apelov. Z istim statističnim testom smo testirali tudi H2. Nismo našli statistične signifikantnosti med manj prepričljivimi in drugimi, vključno z bolj prepričljivimi in manipulativnimi apeli, v celotnem vzorcu ali med posameznimi terapevtskimi skupinami, z ozirom na število apelov (Tabela 3.12).

Zaključni rezultati o ravni prepričljivosti in razprava

Poleg prve smo potrdili tudi drugo hipotezo: določili smo primerjalno večji delež manj prepričljivih apelov. Manj prepričljivi apeli, opredeljeni v kategoriji »učinkovitost«, »enostavnost uporabe« in »varnost«, so povezani z racionalnimi apeli. Bolj prepričljivi apeli, ki smo jih določili v kategoriji »socialno-psihološko izboljšanje«, pa so povezani z emocionalnimi apeli. Manipulativni, s kategorijo »varnost« povezani apeli ustvarjajo možnost za napačno uporabo promoviranega zdravila.

Družbena odgovornost

Ker smo apele »družbena odgovornost« opazili le v nekaterih gradivih, lahko potrdimo tudi H3a; te apele smo opazili v skupini zdravljenja osteoporoze, z nesignifikantno statistično razliko glede na testno vrednost. Prisotnost apelov, ki so povezani z družbeno odgovornostjo, tvori napredne promocijske pristope. Na osnovi družbene odgovornosti se ustvarjajo pozitivna stališča in uveljavljajo nakupne namere (Mohr in drugi 2001).

Glede na raziskane apele je razvidna razlika v apelih med zdravili brez recepta in zdravili na recept (Bell in drugi 2000a; Kaphingst in drugi 2004), kar potrjuje H3b. Manjši obseg svetovanja pri izdaji zdravil brez recepta nadomeščajo apeli o interakcijah, primernosti za različne podskupine bolnikov, specifičnih dejstvih o delovanju in svetovanju, pa tudi o

znanstvenih dognanjih, kakovosti in kredibilnosti. Apeli v gradivih z zdravili brez recepta se navezujejo na nakupne namere, prikazujejo primernost, pomembnost, uporabnost, prikladnost in kompatibilnost zdravila ter zadovoljstvo bolnikov. Določeni apeli so lahko bolj značilni za okolje, ker se pojavljajo tudi pri promociji drugih izdelkov (Kline 2001).

3.6.1.3 Zaključek

Naši raziskovalni rezultati kažejo prevlado racionalnih apelov, ki se povezujejo z emocionalnimi apeli. Čeprav velja prevalenca informativnih apelov za prednost (Holmes in drugi 2004), se to stališče ne ujema s teorijo, da čustva podpirajo racionalne odločitve (Damasio 2005). Ugotavljamo potrebo po večjem deležu emocionalnih apelov. Ugotovili smo tudi prevladovanje manj prepričljivih apelov nad bolj prepričljivimi in manipulativnimi apeli. Vendar celo manjša pojavnost manipulativnih apelov lahko vodi v neustrezne rezultate zdravljenja. Rezultati naše raziskave kažejo, da apeli družbene odgovornosti, ki podpirajo kakovost zdravljenja bolnikov, večinoma manjkajo. Zaključujemo, da je potrebna višja raven zavedanja porabnikov in proizvajalcev, da bi razumeli oziroma ustvarili napredna promocijska gradiva z zdravili brez recepta. Apeli z zdravili brez recepta so specifični in se razlikujejo glede na terapevtske skupine, posebej njihovo akutno ali preventivno naravo zdravljenja. Novoustvarjeni model, ki zajema apele z zdravili brez recepta, se lahko uporablja in nadalje nadgrajuje. Temelji na nevroloških odkritjih ter priznava interakcijo med emocionalnim in racionalnim nevrološkim sistemom. Tudi ustvarjalci gradiv za zdravila brez recepta v farmacevtski industriji ter celo v večji meri v javnem sektorju bi morali spoznati pomen ravnotežja med racionalnimi in emocionalnimi apeli. Prejšnji koncept, v katerem so bili emocionalni apeli označeni kot zavajajoči, naj zamenja novejši, saj so emocionalni apeli celo nujni za delovanje promocijskega sporočila.

3.6.2 Koristnosti in tveganja

Predstavitev trditev o koristnostih in tveganjih zdravil mora bolniku omogočiti zanesljive, kompleksne informacije o zdravilih na recept in brez recepta. Vendar so v praksi prisotne tudi neuravnotežene informacije o zdravilih. Belch (1981) ugotavlja, da se v oglasih z zdravili na recept poudarjajo koristnosti, ne problemi, cilj trditev pa je povečevanje predpisovanja, ne izobraževanje. Kljub več dobrim rezultatom primerljivih raziskav se v naši raziskavi močno opiramo na opredelitev Urada za hrano in zdravila (Food and Drug Administration, FDA), ki

ne zajema le numeričnega razmerja med trditvami, ampak upošteva tudi poglobljenost in podrobnosti (FDA Code of Federal Regulations).

Dvostranskim sporočilom, ki vključujejo koristnosti in tveganja, se ne pripisujejo le pomanjkljivosti, ampak tudi prednosti (Lang in drugi 1999). Povečanje zaznane kredibilnosti vira in zaznane verodostojnosti oglasa so prednosti dvostranskih sporočil, medtem ko je zmanjšana nakupna namera razpoznan kot pomanjkljivost dvostranskih sporočil, čeprav so si rezultati nasprotujoči (Sawyer 1973; Belch 1981; Etgar in Goodwin 1982; Golden in Alpert 1987; Swanson 1987).

Pri raziskovanju trditev o koristnostih in tveganjih v gradivih z zdravili brez recepta smo preverjali tri hipoteze.

H1: V gradivih z zdravili brez recepta število trditev o koristnosti presega število trditev o tveganjih, ne glede na terapevtsko skupino.

Pričakujemo poudarjanje trditev o koristnostih, ki zajemajo tudi večjo poglobljenost in več podrobnosti, ne pa ustrezno uravnoteženih informacij.

H2: Gradiva vključujejo dvostranska sporočila, v večji meri pri akutnem zdravljenju, to je zdravljenju infekcijskih bolezni in alergij, kot pri profilaktičnem zdravljenju osteoporoze.

Hipoteza temelji na razlikah med akutnim zdravljenjem s hitrim delovanjem zdravila in olajšanjem simptomov ter profilaktičnim zdravljenjem osteoporoze.

H3: Število trditev o koristnostih bolj presega število trditev o tveganjih pri terapevtski skupini, povezani s preventivnim zdravljenjem osteoporoze kot pri terapevtskih skupinah za akutno zdravljenje, to sta skupini za zdravljenje infekcijskih bolezni in alergij.

Prepričevalno moč imajo sporočila, ki omenjajo izgubo, oziroma na področju preventive sporočila, povezana s pridobivanjem (O'Keefe in Jensen, pred objavo).

3.6.2.1 Metode pri raziskovanju koristnosti in tveganj

Za analizo smo uporabili po deset gradiv iz treh terapevtskih skupin: za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni, za zdravljenje alergij in za zdravljenje osteoporoze. Izbor gradiv je pojasnjen v Poglavju 3.3.2.2. Čeprav smo gradiva pridobili iz slovenskih lekarn, jih večinoma izdajajo globalno delujoča farmacevtska podjetja in lahko predpostavimo njihovo standardizacijo. Pričakujemo pa vključitev dveh obveznih stavkov o tveganjih, da bi promocijska gradiva ustrezala nacionalni zakonodaji (Pravilnik o oglaševanju zdravil in

medicinskih pripomočkov 2001). Po drugi strani pa predvidevamo le blago predstavitev drugih tveganj.

Kodiranje

Besedila sva kodirala dva raziskovalca, najprej en, nato še drugi raziskovalec ter nato ponovno prvi raziskovalec. Dvoumnosti sva reševala z usklajevanjem različnih mnenj do končne verzije. Natančno sva raziskala obseg, torej frekvenco trditev o koristnostih in tveganjih. Vendar sva ocenila tudi razliko v poglobljenosti in podrobnostih med obema vrstama trditev. Kot koristnosti sva kodirala promovirane trditve, ki vodijo k različnim pozitivnim učinkom zdravljenja. Kodiranje tveganj sva povezovala s trditvami o neželenih učinkih, opozorilih, interakcijah ali s podobnimi z zdravili brez recepta povezanimi pomanjkljivostmi zdravljenja.

Statistična analiza koristnosti in tveganj s t-testom in Pearsonovim testom hi-kvadrat

Določili smo frekvence trditev v gradivih, ki se navezujejo na ciljne terapevtske skupine. Izvedli smo t-test, ustrezen za majhne vzorce. Določili smo statistično signifikantnost, standardno deviacijo, srednjo vrednost in srednjo razliko, pri 99% intervalu zaupanja. Dvostransko statistično signifikantnost smo pripisali, ko je bila p-vrednost manjša ali enaka 0,01. Testne vrednosti so predstavljene v Tabeli 3.14.

Testirali smo zahtevano ravnotežje na osnovi zakonodajnih določil (Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov 2001), z razmerjem 80 : 20 med trditvami o koristnostih in tveganjih. Razlog je ocenjeno razmerje med trditvami ter predvidevanje o vključitvi dveh zakonsko obveznih stavkov. Prvi stavek navaja, da je treba navodilo za uporabo zdravila pred uporabo zdravila pazljivo prebrati. Drugi stavek navaja, da se je glede tveganj in neželenih učinkov potrebno posvetovati z zdravnikom ali s farmacevtom.

Izvedli smo Pearsonov test hi-kvadrat, da bi testirali statistično razliko med koristnostmi in tveganji v vseh gradivih ter znotraj raziskovanih terapevtskih skupin. S statističnim testom hi-kvadrat se preverja obstoj razmerja med dvema spremenljivkama. S Pearsonovim testom hi-kvadrat smo testirali statistično signifikantnost med trditvami o koristnostih in trditvami o

tveganjih, v celotnem vzorcu in glede na obravnavane terapevtske skupine, glede na število trditev. Rezultati so ponazorjeni v Tabeli 3.15.

3.6.2.2 Rezultati in razprava

Rezultati testiranja H1 so prikazani v Tabeli 3.13, Tabeli 3.14 in Tabeli 3.15, rezultati, povezani s testiranjem H2, pa v Tabeli 3.13. Vse tri tabele zajemajo testiranje H3.

Določili smo trditve o koristnostih in tveganjih v tridesetih gradivih z zdravili brez recepta, ki se nanašajo na tri terapevtske skupine. Poleg frekvenc trditev o koristnostih in tveganjih smo posameznim gradivom pripisali tudi enostranskost ali dvostranskost (Tabela 3.13). Ocenili smo razliko v poglobljenosti in podrobnostih trditev o koristnostih in tveganjih. Rezultati t-testa so prikazani v Tabeli 3.14, rezultati Pearsonovega testa hi-kvadrat pa v Tabeli 3.15.

H1 smo potrdili, ker trditve o koristnostih glede obsega presegajo trditve o tveganjih v gradivih z zdravili brez recepta v vseh analiziranih terapevtskih skupinah. Lahko zaključimo, da trditve o koristnostih in tveganjih večinoma niso uravnotežene. Zahteve po ustreznem ravnotežju (angl. *fair balance*), kot jo opredeljuje Urad za hrano in zdravila (FDA Code of Federal Regulations), z našimi raziskovalnimi rezultati ne moremo potrditi, čeprav bi bilo v analiziranih gradivih zaželeno, z ozirom na obseg, poglobljenost in podrobnosti. Niti merilo zahtevanega razmerja z vključenima zakonsko obveznima stavkoma ni izpolnjeno v vseh raziskovanih gradivih.

Prevalenca trditev o koristnostih je že bila opisana drugod. Huh in Cude (2004) poročata, da so osnovne trditve o koristnostih razpoložljive na okrog 82 % analiziranih domačih strani, podrobnejše trditve o koristnostih so vedno razpoložljive na prvi strani, na večini spletnih strani pa so trditve o koristnostih bolj razpoložljive kot trditve o tveganjih. Le koristnosti se pojavljajo na 33,3 % domačih spletnih strani ali 1,7 % spletnih strani, oboje trditve se pojavljajo na 48,3 % domačih strani ali 98,3 % spletnih strani, le trditev(-ve) o tveganjih pa se nikoli ne pojavlja(jo). Rezultati analize 23 televizijskih oglasov z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom, kažejo, da so porabniki večinoma dlje časa izpostavljeni trditvam o koristnostih kot trditvam o tveganjih, kar se ne sklada z zahtevo po ustreznem ravnotežju (Kaphingst in drugi 2004). Zatorej je vprašljiv izobraževalni potencial oglasov. V

večini oglasov se tveganja predstavljajo v enem neprekinjenem segmentu, med katerim so prikazane le pozitivne ali nevtralne vizualne podobe.

Vrednosti so v nekaterih kategorijah apelov nizke ali pa celo niso prisotne. To delno pripisujemo majhnemu vzorcu, kljub natančnemu kodiranju in usklajevanju po kodiranju pa tudi določeni meri subjektivnosti, ki je tudi ena od značilnosti analize vsebin.

Koristnosti glede na tveganja v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje infekcijskih bolezni

Našli smo 353 trditve o koristnostih (13 do 119) in 79 trditve o tveganjih (0 do 50) v gradivih z zdravili brez recepta, ki se navezujejo na infekcijske (virusne) bolezni (Tabela 3.13). V 9 gradivih, povezanih z zdravljenjem infekcijskih bolezni, so sporočila dvostranska, z vključenimi koristnostmi in tveganji. V 9 gradivih trditve o koristnostih presegajo trditve o tveganjih glede obsega, vključno z enim gradivom, kjer tveganja sploh niso vključena. Trditve o tveganjih številčno presegajo trditve o koristnostih v enem gradivu, ki je obenem edino, kjer poglobljenost in podrobnosti o tveganjih presegajo poglobljenost in podrobnosti o koristnosti. T-test kaže nesignifikantno razliko koristnosti in tveganj v zadevni terapevtski skupini (Tabela 3.14). Koristnosti glede obsega presegajo tveganja, kar pritrjuje potrditvi prve hipoteze. Veliko vrednost srednje razlike smo ugotovili pri koristnostih v skupini zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni. V le enem gradivu trditve o tveganjih v obsegu presegajo trditve o koristnostih (50 : 13). Prisotnosti le trditve(-ev) o tveganjih nismo določili, kar je skladno z rezultati obstoječe raziskave (Huh in Cude 2004).

Koristnosti glede na tveganja v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje alergij

Glede obsega trditve o koristnostih (77) presegajo trditve o tveganjih (18) v gradivih z zdravili brez recepta, povezanih z alergijami. Trditve o koristnostih so v obsegu med 1 in 14, medtem ko so trditve o tveganjih v obsegu med 0 in 3 (Tabela 3.13). 9 gradiv vsebuje dvostranska sporočila in preostalo gradivo z enostranskim sporočilom vključuje samo eno trditve o koristnostih. Signifikantna razlika, določena s t-testom, se lahko pripiše koristnostim in tveganjem, povezanim z zdravljenjem alergij, ki se jih zdravi z zdravili brez recepta (Tabela 3.14). H1 smo potrdili, saj glede obsega trditve o koristnostih presegajo trditve o

tveganjih. Pomanjkanje trditev o tveganjih je posebej izrazito v skupini zdravljenja alergij, pa tudi v skupini zdravljenja osteoporoze, s signifikantno razliko, ki jo kaže t-test.

Koristnosti glede na tveganja v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze

Trditve o koristnostih glede obsega znatno prevladujejo nad trditvami o tveganjih (265 vs. 22) v terapevtski skupini za zdravljenje osteoporoze (Tabela 3.13). Določili smo 6 gradiv z dvostranskimi sporočili. Koristnosti številčno presegajo tveganja, medtem ko v 4 gradivih ni opisanih tveganj. Medtem ko smo pri koristnostih opazili nesignifikantno razliko, je pri tveganjih iz statističnih izračunov razvidna signifikantna razlika (Tabela 3.14).

Ti raziskovalni rezultati potrjujejo H1. Tudi H2 je potrjena; dvostranska sporočila so vključena v analizirana gradiva, bolj v skupini za zdravljenje infekcijskih bolezni in alergij kot v terapevtski skupini za zdravljenje osteoporoze. H3 smo prav tako potrdili; trditve o koristnostih presegajo trditve o tveganjih, bolj v skupini za profilaktično zdravljenje osteoporoze kot v skupini akutne terapije, to je zdravljenja infekcijskih bolezni in alergij.

Razmerje med koristnostmi in tveganji, določeno s Pearsonovim testom hi-kvadrat

Rezultati Pearsonovega testa hi-kvadrat, pri 95% intervalu zaupanja, ne kažejo statistične signifikantnosti med koristnostmi in tveganji, niti v celotnem vzorcu niti znotraj posameznih terapevtskih skupin, ob upoštevanju števila trditev. Podrobnosti so razvidne iz Tabele 3.15. H1 in H3 sta potrjeni.

Zaključni rezultati in razprava

Glede na naše raziskovalne rezultate je potrjena tudi druga hipoteza. H2 navaja, da gradiva vključujejo dvostranska sporočila bolj pri akutnem zdravljenju, to je zdravljenju infekcijskih bolezni in alergij, kot pri profilaktičnem zdravljenju osteoporoze. Naši raziskovalni rezultati kažejo, da večina gradiv zajema dvostranska sporočila, z razlikami med terapevtskimi skupinami. Za 9 gradiv, povezanih z zdravljenjem infekcijskih bolezni in alergij, ter 6 gradiv, povezanih z zdravljenjem osteoporoze, smo ugotovili, da vsebujejo dvostranska sporočila. Vsaj nekaj trditev o tveganjih je zajetih v dvostranska sporočila, vendar so k vključitvi

obveznih trditev morda prispevale zakonodajne zahteve. Qi in sodelavci (2010) so opisali, da so prednosti dvostranskih sporočil zaznava kredibilnosti vira in stališča do oglasov in znamke, pa tudi nakupne namere pri porabnikih z visoko kognitivno potrebo.

Tabela 3.13: Trditve o koristnostih in tveganjih v gradivih z zdravili brez recepta, povezanih z infekcijskimi boleznimi, alergijami in osteoporozo: frekvence trditev in -stranskost sporočil; testiranje H1, H2 in H3

Gradivo številka	Frekvenca trditev Koristnosti			Frekvenca trditev Tveganja			Dvostranska sporočila			Enostranska sporočila		
	Infekc. bolezni	Alergije	Osteop.	Infekc. bolezni	Alergije	Osteop.	Infekc. bolezni	Alergije	Osteop.	Infekc. bolezni	Alergije	Osteop.
1	39	8	19	7	2	0	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Da
2	45	12	5	2	2	2	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
3	22	10	38	6	2	4	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
4	119	14	12	2	2	0	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Da
5	24	8	31	2	3	0	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Da
6	18	4	29	2	2	0	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Da
7	21	9	33	6	2	4	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
8	23	7	33	2	2	4	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
9	29	1	34	0	0	4	Ne	Ne	Da	Da	Da	Ne
10	13	4	31	50	1	4	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne
Skupaj	353	77	265	79	18	22						

Legenda – za Tabelo 3.13 in Tabelo 3.14:

Terap. skup. = Terapevtska skupina ; Infekc. bolezni = Infekcijske bolezni ; Osteop. = Osteoporozna

Tabela 3.14: Koristnosti in tveganja v gradivih z zdravili brez recepta, povezanih z infekcijskimi boleznimi, alergijami in osteoporozo; testiranje H1, H3 s t-testom

Terapevtska skupina	Koristnosti			Tveganja		
	Srednja vrednost trditev o koristnostih	t-vrednost (absolutna); standardna deviacija (Sd); srednja razlika (Δ)	Signifikantnost (dvostranska)	Srednja vrednost trditev o tveganjih	t-vrednost (absolutna); standardni deviacija (Sd); srednja razlika (Δ)	Signifikantnost (dvostranska)
Infekcijske bolezni	35,300	t = 1,389 ; Sd = 30,930 Δ = 13,590	0,198 NS**	7,900	t = 0,522 ; Sd = 14,970 Δ = 2,470	0,614 NS**
Alergije	7,700	t = 11,310 ; Sd = 3,917 Δ = -14,010	0,000 S**	1,800	t = 14,552 ; Sd = 0,789 Δ = -3,630	0,000 S**
Osteoporozna	26,500	t = 1,403 ; Sd = 10,792 Δ = 4,790	0,194 NS**	2,200	t = 5,136 ; Sd = 1,989 Δ = -3,230	0,001 S**
	Testna vrednost* za koristnosti/terap. skupino/gradivo	Trditve o 695 = koristnostih 119 = tveganjih	814 = vse trditve	814/3 = 271,33 trditve na terapevtsko skupino	80 % trditve na terapevtsko skupino = 217,06	217,06/10 = 21,71 = testna vrednost / koristnosti / terap. skup. / gradivo
	Testna vrednost** za tveganja / terap. skup. / gradivo	Trditve o 695 = koristnostih 119 = tveganjih	814 = vse trditve	814/3 = 271,33 trditve na terap. skup.	20 % trditve na terapevtsko skupino = 54,27	54,27/10 = 5,43 = testna vrednost / tveganja / terap. skup. / gradivo

* 0,05

** 0,01

Tabela 3.15: Koristnosti in tveganja: statistična razlika v celotnem izboru gradiv in znotraj treh terapevtskih skupin, za zdravljenje infekcijskih bolezni, alergij in osteoporoze; testiranje H1, H3 s Pearsonovim testom hi-kvadrat

Terapevtska skupina	Pearsonov test hi-kvadrat	
	Pearsonov test hi-kvadrat; signifikantnost (dvostranska)	Razmerje verjetnosti; signifikantnost (dvostranska)
Celotni izbor gradiv	6,000 0,199 NS*	6,592 0,159 NS*
Zdravljenje infekcijskih bolezni	40,000 0,297 NS*	27,185 0,855 NS*
Zdravljenje alergij	18,571 0,613 NS*	13,264 0,899 NS*
Zdravljenje osteoporoze	17,750 0,218 NS*	16,094 0,308 NS*

* 0,05 ** 0,01

Prav tako smo potrdili tretjo hipotezo, ker je prevlada koristnosti nad tveganji posebej očitna v skupini zdravljenja osteoporoze. Vendar trditve o koristnosti glede obsega presegajo trditve o tveganjih v vseh raziskovanih terapevtskih skupinah. O’Keefe in Jensen (pred objavo) sta pokazala prepričljivo moč sporočil, ki izražajo izgubo, kljub temu pa so sporočila, ki izražajo pridobivanje, bolj prepričljiva za preventivno vedenje. Naši rezultati pritrjujejo tem rezultatom le do neke mere, saj nismo pokazali številčne prevlade trditvev o tveganjih v

katerikoli od analiziranih terapevtskih skupin, z izjemo enega gradiva, niti ne moremo oblikovati končnega zaključka o prepričljivosti sporočil.

Družbena odgovornost

V le enem gradivu število trditev o tveganjih presega število trditev o koristnostih (50 : 13). To gradivo smo oštevilčili kot deseto in sodi v terapevtsko področje zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni ter vključuje skrajšano navodilo za uporabo zdravila. Prav tako so le v enem (istem) gradivu tveganja predstavljena z več poglobljenosti in podrobnosti kot koristnosti, zato je pripadajočemu farmacevtskemu podjetju lahko pripišemo družbeno odgovorno vlogo. To podjetje je proizvajalec generičnih zdravil in je del velikega, globalnega farmacevtskega podjetja (O nas). Podjetje je usmerjeno k odkrivanju, razvoju in marketingu inovativnih izdelkov za preprečevanje in zdravljenje bolezni (Our mission) ter opisuje pomen družbene odgovornosti, ki temelji na bolnikih, poslovnem vodenju, ljudeh in družbi ter skrbi za okolje (Družbena odgovornost). V začetku 2012 je generična divizija tega podjetja ustvarila za 10 % večji prihodek in 8 % večji dobiček v primerjavi z 2011 (Sandoz lani z 10-odstotno rastjo prodaje, Lek uspešno). To podjetje tudi ocenjujejo kot najbolj občudovano v farmacevtski branži v svetovnem merilu. Med devetimi ključnimi atributi je posebej veliko število točk pripisano družbeni odgovornosti (Word's most admired companies).

Kjer se opazi ustrezno ravnotežje informacij, je lahko tudi motivacijski potencial in potencial prepričljivosti primerjalno večji, vendar farmacevtska podjetja ne upoštevajo vedno znanstvenih ugotovitev. Uporabljajo tehnike prepričevanja, da bi predstavile učinke zdravil strokovnjakom (Edwards in drugi 2002). Prikaz informacij je lahko neustrezen, na primer s predstavitvijo relativnih tveganj. Čeprav je uporaba tega pristopa včasih primerna za doseganje javnozdravstvenih ciljev, ni združljiva z resničnim informiranim odločanjem. Lahko zaključimo, da morajo predvsem javnozdravstvene organizacije delovati v smeri uresničevanja družbeno odgovorne vloge.

3.6.2.3 Zaključek

Na osnovi rezultatov naše raziskave nismo ugotovili ustreznega informacijskega ravnotežja. Trditve o koristnostih presegajo trditve o tveganjih v analiziranih gradivih, ne le glede obsega, ampak tudi glede poglobljenosti in podrobnosti. Le eno podjetje je v besedilo vključilo del

navodila za uporabo zdravila, vključno z opozorili, kontraindikacijami in neželenimi učinki, in temu podjetju lahko pripišemo vlogo družbene odgovornosti. S tem je preseglo zakonodajne zahteve ali/in blage trditve o tveganjih, ki so jih uporabili drugi proizvajalci. Določili smo velik delež dvostranskih gradiv z zdravili brez recepta, vendar se vsa podjetja ne zavedajo prednosti dvostranskih sporočil, ki vodijo ne le v potencialno varnejšo uporabo promoviranih zdravil, ampak tudi k večjemu korporativnemu ugledu in večjim nakupnim nameram dela porabnikov. Ko podjetja pogumneje izvajajo svoje strategije, se lahko dvostranska sporočila v večji meri uresničujejo. Rezultati kažejo tudi povezavo med preventivnim zdravljenjem z zdravili brez recepta in prevalenco trditev o koristnostih. Potreben je strožji nadzor, pa tudi zakonodajne dopolnitve. Tudi izobraževanje ustvarjalcev gradiv in bolnikov lahko vodi do boljšega razumevanja besedil in varnejše uporabe zdravil. Koristile bi dodatne raziskave z gradivi, ki opisujejo zdravila brez recepta, ter v povezavi z drugimi terapevtskimi skupinami.

3.6.3 Vizualno komuniciranje

Welch Cline in Young (2009) sta določila vizualne ključne v oglasih z zdravili, namenjenih neposredno porabnikom. Vizualne lastnosti oglasov z zdravili potencialno pritegnejo pozornost porabnikov in jih vodijo v vedenjske spremembe. Vizualno komuniciranje je pomembno tudi pri promoviranju zdravil brez recepta.

Preverjali smo tri hipoteze, povezane z vizualnim komuniciranjem.

H1: V promocijskih gradivih so pretežno upodobljene osebe, kar kaže na potrebo po zdravljenju s promoviranim zdravilom.

Prikazani so simptomi bolezni in njihovo olajšanje po zdravljenju. Upodobitve oseb se povezujejo z nakupnimi namerami.

H2: Vizualni ključni v gradivih z zdravili brez recepta pogosto prikazujejo ovojnino zdravil, da bi utrdili nakupne namere za določeno zdravilo.

Prikaz ovojnine zdravil brez recepta se povezuje z lažjim prepoznavanjem zdravil in olajšanjem nakupne odločitve.

H3: Kažejo se razlike med vizualnimi ključni v gradivih, povezanih s simptomatskimi boleznimi (virusne infekcije, alergije), glede na osteoporozo.

Pričakujemo prikaz simptomatike in hitrega olajšanja simptomov pri akutnem zdravljenju. Zdravljenje osteoporoze je dolgotrajno, zaradi preventivnega zdravljenja osteoporoze

pričakujemo pozitivne podobe s fizično aktivnimi osebami. Razlika med vizualnimi ključi v gradivih, ki opisujejo oglaševanje zdravil na recept neposredno porabnikom, in gradivi za zdravila brez recepta se povezuje z načinom izdaje zdravil.

3.6.3.1 Metode pri raziskovanju vizualnega komuniciranja

Raziskali smo promocijska gradiva in v okviru analize vsebin kodirali vizualne ključe. Izbrani vzorec 30 gradiv, po 10 iz vsake obravnavane terapevtske skupine, je opisan v Poglavju 3.3.2.2. Nato smo analizirali vizualne ključe, pri tem pa uporabili spoznanja predhodnih raziskovalnih ugotovitev. Rezultate smo statistično ovrednotili s t-testom.

Kodiranje gradiv

Postopek kodiranja je namenjen odkrivanju vizualnih ključev. Ko smo kodirali osebe, smo upoštevali fotografije ali risbe. Pogostnost upodobitve zdravil smo ocenili glede na dejansko predstavitev v promocijskem gradivu, tudi če ti izdelki niso prevladovali z ozirom na osebe, kot je bilo zasnovano v že objavljeni študiji (Welch Cline in Young 2009). Čeprav je bila ta raziskava izvedena na osnovi neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom, zelo podrobno obravnava vizualne ključe in smo jo uporabili kot osnovo za našo raziskavo.

Pri kodiranju smo upoštevali:

- prisotnost ali odsotnost oseb;
- vizualno podobo živih bitij ali predmetov, posebej z zdravili povezane izdelke.

Pri promocijskih sporočilih s prikazom oseb smo kodirali tri vrste nagrajevanj istovetnosti: prikaz zdravih oseb, aktivnih oseb ali prijateljskih oseb.

- Osebe smo identificirali kot zdrave ali bolne.
- Aktivnost smo kodirali kot fizično aktivnost, socialno aktivnost (prisotnost več kot ene osebe) in jemanje zdravila.
- Prijateljski odnos se je kazal kot smejanje.

Spremenljivka »sestavljeno nagrajevanje istovetnosti« sestoji iz posebnih spremenljivk (npr. zdrave osebe, ki so fizično in socialno aktivne, in/ali katerakoli oseba, ki se smeji).

Nagrajevanje odnosov kažeta dva dejavnika: družbeni kontekst in kontekst odnosov. Kontekst odnosov temelji na številu upodobljenih oseb:

- Oseba je sama, dve osebi ali skupina (tri ali več oseb).

Spremenljivka »sestavljeno nagrajevanje odnosov« zajema vse pripadajoče spremenljivke v opazovanem gradivu.

Kodiranje sva izvedla dva raziskovalca. Prva raziskovalka sem neodvisno kodirala izbor s 30 promocijskimi gradivi, nato pa ponovno kodirala, drugi raziskovalec pa je kodiral izbor 10 promocijskih gradiv. Naš cilj je bil doseči zanesljive rezultate. O nekaterih nesoglasjih sva ponovno razpravljala in končno doseгла 90 % do 100 % soglasje.

Statistična analiza vizualnih ključev s t-testom

Določili smo frekvence, ki so nam pokazale pogostnost pojavnosti specifičnih vizualnih ključev v določenem promocijskem gradivu. Nadaljnji uporabljeni statistični postopek je bil t-test, primeren za majhne vzorce, da bi določili razliko med srednjo vrednostjo in testno vrednostjo. Ob predpostavki 99% intervala zaupanja smo izračunali dvostransko signifikantnost. Predpostavili smo testne vrednosti: vključenost najmanj ene osebe v vsa promocijska gradiva, ne glede na terapevtsko skupino. Prav tako smo v vseh promocijskih gradivih predpostavili prikaz z zdravilom povezanih izdelkov, npr. ovojnine zdravil, ne glede na terapevtsko skupino, pa tudi prisotnost nagrajevanja istovetnosti in odnosov.

3.6.3.2 Rezultati in razprava

V Tabeli 3.16 so prikazani rezultati, pomembni za testiranje H1, H2 in H3. Opredelili smo vizualne ključe, ki se nanašajo na prisotnost oseb oziroma izdelkov, nagrajevanje istovetnosti in nagrajevanje odnosov. V Tabeli 3.16 smo rezultate prikazali s frekvencami in rezultati t-testa. Vrednosti v poševnem tisku izražajo število promocijskih gradiv, kjer teh vizualnih ključev nismo našli.

Pojavnost oseb

Frekvenca vizualnih ključev v gradivih z zdravili brez recepta, prikazanih kot prisotnost oseb, je bila 8 pri infekcijskih (virusnih) boleznih, 5 pri alergijah in 10 pri osteoporozi (Tabela 3.16). S t-testom smo pokazali nesignifikantno razliko v terapevtski skupini zdravljenja infekcijskih (virusnih) bolezni in alergij. Število upodobljenih oseb je bilo med 1 do 16 v posameznih promocijskih gradivih. Lahko potrdimo H1, v kateri trdimo, da so v promocijskih

gradivih pretežno upodobljene osebe, kar kaže na potrebo po zdravljenju s promoviranim zdravilom. Za razliko od naših ugotovitev izsledki objavljene študije (Welch Cline in Young 2009) kažejo prikaz oseb v več gradivih z neposrednim oglaševanjem zdravil na recept porabnikom s področja zdravljenja alergij, z ozirom na zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni.

Frekvence prisotnosti ovojnine zdravil so bile 6 v promocijskih gradivih, povezanih z infekcijskimi (virusnimi) boleznimi, in 9 v promocijskih gradivih, ki opisujejo zdravila za zdravljenje alergij oziroma za zdravljenje osteoporoze. S t-testom smo pokazali nesignifikantno razliko pri prikazu z zdravili povezanih izdelkov pri vseh obravnavanih terapevtskih skupinah. Potrdimo lahko tudi H2, s katero smo predpostavljali, da vizualni ključni v gradivih z zdravili brez recepta pogosto prikazujejo ovojnino zdravil, da bi utrdili nakupne namere za določeno zdravilo; prikaz ovojnine olajša prepoznavanje zdravil in vodi v nakupne odločitve.

Opredelili smo tudi določene druge vizualne ključne, to so telesni deli in določeni predmeti, ki niso bili povezani z ovojnino zdravil. Prikaz živali v opazovana gradiva ni bil vključen. Odkrili smo tudi elemente okolja, npr. cvetoča drevesa. Prisotnost rastlin je povezana z izvori alergije; ti vizualni ključni so značilni za skupino zdravil brez recepta za zdravljenje alergij.

Nagrajevanje istovetnosti

Zdrave osebe so bile prikazane v vseh promocijskih sporočilih z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze, v manjši meri v drugih proučevanih promocijskih gradivih, s frekvenco 1 pri virusnih infekcijah in 3 pri alergijah (Tabela 3.16). Welch Cline in Young (2009) pa sta v oglasih z zdravili na recept, namenjenih neposredno porabnikom, v večini oglasov ugotovila upodobitev izključno oseb, ki izgledajo zdrave. Frekvenca oseb, ki so bile v naši raziskavi prikazane kot bolne, je bila višja v gradivih s področja infekcijskih (virusnih) bolezni (3) glede na alergije (2). Pogostnost pojavnosti bolnih oseb ni bila skladna s pričakovanji. S pomočjo t-testa smo pokazali signifikantno razliko pri bolnih osebah v terapevtskih skupinah infekcijskih (virusnih) bolezni in alergij.

Fizične in socialne aktivnosti smo v znatni meri opazovali v promocijskih gradivih s terapevtskega področja osteoporoze, s frekvencama 9 oziroma 6; v obeh primerih je t-test

pokazal nesignifikantno razliko glede na testno vrednost. Predstavitev jemanja zdravil je bila pogosta v promocijskih gradivih s področja infekcijskih (virusnih) bolezni, s frekvenco 8, sledijo ji promocijska gradiva s področja zdravljenja alergij s frekvenco 5; pri obeh opazimo nesignifikantno razliko z ozirom na testno vrednost, definirano kot prisotnost tega vizualnega ključa v vseh gradivih. Jemanje zdravil je prikazano le v dveh gradivih z zdravili za zdravljenje osteoporoze, s signifikantno razliko. Torej se med terapevtskimi skupinami kažejo razlike glede spodbud k jemanju zdravila s pomočjo vizualnih ključev. Drugačne ugotovitve izhajajo iz oglasov z zdravili na recept neposredno porabnikom, kjer so osebe, ki jemljejo zdravila, upodobljene le v majhnem deležu gradiv (Welch Cline in Young 2009), predvidoma zato, ker zdravila na recept predpiše zdravnik in njihovo izdajo v večji meri spremljajo strokovni nasveti.

V naši študiji je upodobitev oseb, ki se smeji, odvisna od terapevtske skupine. V gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze so smejoče osebe prisotne v vseh gradivih, teh upodobitev pa nismo opazili v povezavi z zdravljenjem infekcijskih (virusnih) bolezni. V gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje alergij so osebe, ki se smejejo, prikazane v dveh gradivih, s signifikantno razliko glede na testno vrednost. Spremenljivka sestavljenega nagrajevanja istovetnosti je značilna za terapevtsko skupino za zdravljenje osteoporoze.

Nagrajevanje odnosov

Frekvenca prisotnosti oseb v skupini treh ali več oseb v okviru konteksta odnosov je 5, če se opazuje gradiva z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze (Tabela 3.16). S t-testom smo določili nesignifikantno razliko glede na testno vrednost. Osebe v skupinah v drugih dveh terapevtskih skupinah niso bile prikazane. Tudi spremenljivka sestavljenega nagrajevanja odnosov je značilna za promocijska gradiva z zdravili brez recepta za zdravljenje osteoporoze.

Potrdili smo tudi H3, saj so razvidne razlike med vizualnimi ključi v gradivih, ki se navezujejo na simptomatske bolezni (virusne infekcije, alergije), v primerjavi z vizualnimi ključi, povezanimi z osteoporozo.

Tabela 3.16: Vizualni ključni v gradivih z zdravili brez recepta v treh terapevtskih skupinah: frekvence in t-test, za testiranje H1, H2 in H3

Vizualni ključni			Terapevtsko področje					
			Infekcijske bolezni		Alergije		Osteoporoza	
Skupine vizualnih ključev	Podskupine vizualnih ključev	Vizualni ključni	Frekvence	t-test; signifikantnost (dvostranska)	Frekvence	t-test; signifikantnost (dvostranska)	Frekvence	t-test; signifikantnost (dvostranska)
Osebe/ Izdelki	Osebe	Prisotne	8 2	t = 1,500 0,168 NS**	5 5	t = 3,000 0,015 NS**	10 0	/
	Izdelki	Z zdravili povezani izdelki	6 4	t = 2,449 0,037 NS**	9 1	t = 1,000 0,343 NS**	9 1	t = 1,000 0,343 NS**
Nagrajevanje istovetnosti	Osebe zdrave/ bolne	Zdrave osebe	1 9	t = 9,000 0,000 S**	3 7	t = 4,583 0,001 S**	10 0	/
		Bolne osebe	3 7	t = 4,583 0,001 S**	2 8	t = 6,000 0,000 S**	0 10	/
	Aktivnost	Fizično aktivne	0 10	/	0 10	/	9 1	t = 1,000 0,343 NS**
		Socialno aktivne	0 10	/	0 10	/	6 4	t = 2,449 0,037 NS**
		Jemanje zdravil	8 2	t = 1,500 0,168 NS**	5 5	t = 3,000 0,015 NS**	2 8	t = 6,000 0,000 S**
	Prijateljski odnos	Smejoče se osebe	0 10	/	2 8	t = 6,000 0,000 S**	10 0	/
Nagrajevanje odnosov			0 10	/	0 10		5 5	t = 3,000 0,015 NS**

* 0,05 ** 0,01

Opomba: frekvence v poševnem tisku so števila promocijskih gradiv, kjer določenih vizualnih ključev nismo našli.

Končni rezultati in razprava

Rezultati naše raziskave kažejo pogosto upodobitev oseb, kar povezujemo z ustvarjanjem potrebe po zdravljenju s promoviranim zdravilom brez recepta. Prav tako rezultati naše raziskave potrjujejo, da se v gradivih pogosto pojavljajo z zdravilom povezani izdelki: ovojnina zdravil v obliki pretisnega omota ali podobne primarne ovojnine oziroma sekundarna ovojnina, kot je škatlica zdravila. Vizualni ključ, povezani z ovojnino zdravil, so bolj pogosti v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje alergij in zdravljenje osteoporoze kot v gradivih z zdravili brez recepta za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni. Prikaz ovojnine zdravil predvidoma spodbuja nakupne namere in povečuje prodajo.

Raziskovali smo gradiva z zdravili, ki se predpisujejo brez recepta in pripadajo trem terapevtskim skupinam. Welch Cline in Young (2009) pa sta raziskovala drugače regulirana zdravila, v oglasih z zdravili na recept. Odločitev o izbiri zdravila na recept se ustvari v zdravnikovi ambulanti. Nasprotno pa so spodbude za nabavo zdravil brez recepta pogosto vključene v promocijska gradiva, s ciljem povečevanja povpraševanja. Ovojnina zdravil brez recepta pogosto služi kot vizualni ključ v promocijskih sporočilih, da porabnik diferencira promovirana zdravila.

V promocijskih sporočilih z zdravili za zdravljenje osteoporoze smo opazili primerjalno bolj pozitiven pristop. Vendar se zdravljenje osteoporoze svetuje, ko je bolnik še asimptomatski. Promocija je lahko usmerjena celo k osebam, katerih življenjski slog zadošča za vzdrževanje zdravih kosti. Torej promocijski naporji lahko tekmujejo z zdravim življenjskim slogom, čeprav v nekaterih farmacevtskih podjetjih izberejo napreden promocijski pristop, z zdravim življenjskim slogom kot dopolnilnim ukrepom. Nekatere razlike v vizualnih ključih lahko temeljijo na kulturnih razlikah ali predhodnih marketinških raziskavah.

Pri razvrstitvi vizualnih upodobitev v gradivih z zdravili brez recepta gre za novo raziskavo, na kodiranje pa kljub natančnosti dela in usklajevanjem vpliva subjektivnost, zato so vrednosti v nekaterih kategorijah nizke in statistični izračuni niso mogoči.

Družbena odgovornost

Iz rezultatov naše raziskave smo ugotovili predvsem prisotnost tistih vizualnih ključev, ki predvidoma povečajo povpraševanje po promoviranem zdravilu. Po naši oceni pa manjkajo vizualni ključi, ki bi nazorno prikazovali učinkovito in varno uporabo zdravila. Vizualno komuniciranje na področju informacij o zdravju in zdravilih bi postalo bolj družbeno odgovorno, če bi ustvarjalci vizualnih ključev testirali njihovo razumevanje in miselno povezovanje z besedili. Nujno je izobraževanje ustvarjalcev promocijskih materialov, predvsem pa (potencialnih) uporabnikov zdravil. Dobre prakse oblikovanja in interpretacije vizualnih ključev bodo prispevale k bolj učinkoviti in varni uporabi zdravil.

3.6.3.3 Zaključek

Z rezultati naše študije smo pokazali različne vizualne ključe v proučevanih gradivih. Vizualni ključi medsebojno učinkujejo z besedilnimi elementi in preko razumevanja vplivajo na vedenje. Vizualne ključe so že določili pri oglaševanju zdravil na recept neposredno porabnikom, v tiskanih in televizijskih medijih, ni pa vidnih predhodnih raziskav z gradivi z zdravili brez recepta. Prikaz vizualnih ključev povezujemo s pojavnostjo simptomov ali s povpraševanjem, razlikujejo pa se glede na terapevtsko področje. Vizualni ključi v promocijskih gradivih bi se morali pazljivo oblikovati, ker vplivajo na razumevanje in lahko vplivajo na racionalnost uporabe zdravil. Izobraževanje splošne javnosti bi pripomoglo k pravilnemu interpretiranju upodobitve. Pomemben je nadzor ustvarjenih vizualnih ključev, preden gradiva dosežejo tržišče. Če se uporabi neetičen pristop z izkoriščanjem vizualnih ključev z namenom povečevanja prodaje, se lahko poslabša zdravstveni status oseb.

Omejitve raziskav o berljivosti in strategijah prepričevanja

Uporabili smo razmeroma majhen, čeprav reprezentativen izbor gradiv. V prihodnje bi večja ekipa raziskovalcev lahko analizirala večji vzorec in druge terapevtske skupine v povezavi z gradivi z zdravili brez recepta.

3.7 Razumevanje

3.7.1 Raziskovanje razumevanja

Wyer (2008) razumevanje opredeljuje kot sposobnost za interpretiranje in dodelitev pomena informacijam, z nanašanjem na znanje, ki je že shranjeno v spominu. Wilkes in sodelavci (2000) so ugotovili, da ima le malo porabnikov klinično in farmakološko znanje za pravilno razumevanje in ovrednotenje oglasov z zdravili. Neučinkovito ali napačno zdravljenje lahko temelji tudi na neustreznem razumevanju s strani strokovnjakov in bolnikov; na primerno predpisovanje zdravil vplivajo informacije o možnih koristnostih in tveganjih (Day 2006). R. Day se je poglobljeno ukvarjala z razumljivostjo besedil o zdravilih in kognitivno dostopnostjo. Ugotovila je, da se s fizično prisotnostjo in funkcionalno uporabnostjo informacij o tveganjih, povezanih z zdravili, kognitivna dostopnost poveča (Day 2007).

Preverjali smo dve hipotezi.

H1: Dobro razumljiva besedila z zdravili brez recepta vodijo splošno javnost v nakupne namere.

Dobra razumljivost besedil z zdravili brez recepta se povezuje z odločitvami oziroma nakupnimi namerami. Predvidevamo, da predstavnikom splošne javnosti pri odločitvi pomaga strokovnjak iz lekarne.

H2: Dobro razumljiva besedila vodijo strokovno javnost k svetovanju o zdravilu brez recepta splošni javnosti, ki vodi v nakupne namere.

Za dobro razumljiva besedila strokovnjak porabi manj časa, pa tudi bolniku predvidoma omogočajo uspešnejše in varnejše zdravljenje.

Iz dobro razumljivih besedil strokovnjak hitro razbere učinkovitosti in morebitna tveganja zdravil brez recepta ter lažje predvideva, da ga bo razumel tudi bolnik ter da bo jemanje zdravila vodilo v uspešno in varno zdravljenje.

3.7.1.1 Metode pri raziskovanju razumevanja

Eksperiment

Eksperiment je metoda, ki se uporablja v naravoslovnem in družboslovnem raziskovanju. Kotler (1996) eksperimentalnemu raziskovanju pripisuje največjo znanstveno vrednost.

Poudarja se povezovanje med vzrokom in učinkom (Bhattacharjee 2012; Kotler 1996). Laboratorijski eksperimenti imajo veliko notranjo vrednost, terenski eksperimenti pa veliko notranjo in zunanjo vrednost, a prisotni so zunanji učinki. Koristno orodje v kvantitativnih raziskavah je vprašalnik. Prednost vprašalnika je, da z njim lahko pridobimo veliko podatkov v kratkem času, zagotovljena je anonimnost respondentov, cena pa je primerjalno ugodna (Denscombe 2004).

Besedilo

Besedili v našem eksperimentu temeljita na dveh navodilih za uporabo zdravil brez recepta. Struktura in zaporedje podatkov v navodilu za uporabo sta določena s Pravilnikom o označevanju zdravil in navodilu za uporabo (2006). Navodilo za uporabo mora biti v slovenskem jeziku, sestavljeno v skladu s povzetkom glavnih značilnosti zdravila, in vsebovati mora podatke v določenem vrstnem redu. Najprej morajo biti navedeni podatki za istovetenje zdravila, vključno z imenom, jakostjo, farmacevtsko obliko, načinom delovanja in drugimi podatki. Sledijo terapevtske indikacije. Nato se opišejo kontraindikacije, ustrezni previdnostni ukrepi, medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij ter posebna opozorila. Podatki, potrebni za pravilno uporabo zdravila, zajemajo odmerjanje, postopek, pot in pogostnost uporabe, trajanje zdravljenja in drugo. Opisati se morajo neželeni učinki in ukrepi, če se ti pojavijo. Ostali podatki zajemajo rok uporabnosti, navodila za shranjevanje in podobno.

Besedilo v okviru raziskave vsebuje informacije o dveh zdravilih, ki se izdajata brez recepta, iz terapevtske skupine zdravljenja infekcijskih bolezni. Eno izmed zdravil vsebuje eno zdravilno učinkovino. Indikacijsko področje obsega blage do zmerne bolečine, vključno z bolečinami v mišicah in sklepih pri prehladu in gripi ter zvišano telesno temperaturo, ki spremlja bakterijske in virusne okužbe. Drugo zdravilo vsebuje tri zdravilne učinkovine. Indikacijsko področje zajema blaženje simptomov in bolezenske znake, ki spremljajo prehladna in gripozna obolenja: lajšanje blagih do zmernih bolečin, to je glavobola, bolečin v mišicah in sklepih, bolečine v žrelu, zniževanje povišane telesne temperature, zmanjševanje izcedka iz nosu in olajšanje dihanja pri zamašenem nosu ter pomirjanje dražečega kašlja.

Raziskava je bila zasnovana tako, da respondenti dobijo besedilo, ki izhaja iz navodil za uporabo omenjenih zdravil, ki se v veliki meri izdajata z režimom brez recepta in sodita v

skupino zdravil za zdravljenje infekcijskih (virusnih) bolezni. Besedilo vsebuje dele navodila za uporabo, ki se nanašajo na koristnosti in tveganja zdravljenja, nekaj besedila pa ni povezanega z omenjenima temama in predstavlja komunikacijski šum. V Besedilu 1 je zdravilo poimenovano X, besedilo pa sestavljajo koristnosti prvega zdravila (z eno zdravilno učinkovino) in tveganja drugega zdravila (s tremi zdravilnimi učinkovinami); v Besedilu 2 je zdravilo poimenovano Y, besedilo pa vsebuje koristnosti drugega zdravila in tveganja prvega zdravila. Polovica respondentov je prejela Besedilo 1, druga polovica pa Besedilo 2.

Besedila v navodilu za uporabo zdravila so sicer predhodno testirana, kakor določa QRD, dokument o kakovosti berljivosti (Poglavje 2.4.5.1), pa tudi njihova struktura in jezik je precej enostavnejši kot pred leti. Vendar se uporabniki zdravil razlikujejo glede razumevanja besedil, pa tudi testiranje berljivosti navodila za uporabo v eni od naših raziskav je pokazalo neustrezne stopnje berljivosti. Razumevanje besedil o zdravilih je eden pomembnih dejavnikov varne uporabe zdravil in s tem kazalec družbene odgovornosti podjetij, v katerih besedila ustvarjajo.

Ocenjujemo, da je Besedilo 1 napisano v uporabniku razumljivem jeziku. Prisotni pa so posamezni medicinski izrazi, ki bi lahko predstavljali oviro za dobro razumevanje predstavnikov splošne javnosti, ki niso strokovnjaki s področja zdravja in zdravil. V tem besedilu so izrazi, ki so navedeni v poglavju o kontraindikacijah ter se nanašajo na srčno-žilne bolezni in skupino zdravil za zdravljenje depresije. V Besedilu 1 bi lahko bili težje razumljivi tudi izrazi, ki zadevajo določene neželene učinke v centralnem živčnem sistemu. V Besedilu 2 smo težje razumljive izraze razpoznali v poglavju o neželenih učinkih, nanašajo pa se na posamezne neželene učinke na koži, v dihalih in v srčno-žilnem sistemu.

Vprašalnika, ustvarjena za oba eksperimenta

V vprašalniku respondenti iz splošne javnosti najprej navedejo splošne demografske podatke (starost, spol, stopnja izobrazbe). Z vprašanjem II/1 (Priloga E) smo ugotavljali, kako respondent na osnovi predloženega besedila zaznava z zdravilom X oziroma z zdravilom Y povezano raven učinkovitosti oziroma tveganja ter sledečo uspešnost zdravljenja. Pri tem smo izhajali iz predpostavke, da besedilo navodila za uporabo zdravila kot uradna dokumentacija zajema vsebinsko ravnotežje med koristnostmi (učinkovitostjo) in tveganji, saj mora temeljiti na predhodnih raziskavah in je lahko registrirano le klinično ustrezno zdravilo. V vprašanju o

razumljivosti (II/2) smo respondente spraševali o ravni razumljivosti besedil v povezavi z odločitvami porabnikov (bolnikov) oziroma v povezavi z njihovimi nakupnimi namerami. Pri tem so navedene vse kombinacije različnih ravni razumljivosti besedil in odločitev porabnika (bolnika). Odločitve in nakupne namere so lahko funkcija več dejavnikov, ne le raziskovanih pisnih virov oziroma izkušenj z jemanjem zdravil. Vprašanji II/1 in II/2 sta postavljeni na 9-stopenjski Likertovi lestvici. V zadnjem vprašanju (III) smo respondente spraševali, katera zdravila brez recepta, navedena z lastniškimi imeni, so že uporabili za lajšanje simptomov infekcijskih (virusnih) bolezni. Od dela respondentov smo tako dobili tudi informacije o dejanski izkušnji z zdravili ter o zaznani učinkovitosti in tveganjih.

Vprašalnik za strokovno javnost (Priloga J) se razlikuje do te mere, da smo respondente povpraševali tudi, ali delajo v lekarni javnega ali zasebnega lastništva. V naslednjih vprašanjih pa navedbe o nakupnih namerah nadomeščajo navedbe o svetovanju.

Vzorec respondentov

Vprašalnik je izpolnjevalo 30 respondentov iz splošne javnosti. Osebe so se razlikovale po demografskih značilnostih, to je spolu, starosti in izobrazbi. Natančnejša porazdelitev respondentov glede na starost, spol in stopnjo izobrazbe je predstavljena v Tabeli 3.17 in Tabeli 3.18. Izbrani respondenti imajo izobrazbo različne stopnje in smeri ter opravljajo različne poklice. Nihče izmed njih ni zdravstveni delavec in torej ne pripada strokovni javnosti medicinske ali farmacevtske smeri. Vzorec respondentov je raznolik, ker sovпада z raznoliko populacijo oseb, ki jemljejo zdravila brez recepta. Zaradi razlik v spolu, starosti in izobrazbi smo lahko ugotavljali tudi razlike med njimi. Čeprav nekateri respondenti delajo v zdravstvenem sektorju, nihče ni strokovnjak s področja zdravja in zdravil, ker je v eksperimentu temu namenjena ločena skupina strokovne javnosti.

Predhodno smo respondentom na kratko ustno predstavili cilj in namen raziskave ter jim po njihovem soglasju dali besedilo in vprašalnik. Čas za izpolnjevanje vprašalnika ni bil omejen, s čimer smo se približali dejanskim razmeram, ko bolniki preberejo navodilo za uporabo zdravila v poljubnem časovnem obdobju. Ena skupina respondentov je izpolnjevala vprašalnik na osnovi prebranega Besedila 1, druga skupina respondentov pa na osnovi Besedila 2. Opazili smo, da so se respondenti različno dolgo posvečali besedilu pred

izpolnjevanjem vprašalnika. Določen delež oseb izmed tistih, ki so se bolj pozorno posvetile besedilu, je pri pregledu besedila ponovno vprašal, kaj se od njih pričakuje.

Tabela 3.17: Osnovni podatki o splošni javnosti po starosti, spolu in stopnji izobrazbe (N = 15), Besedilo 1; ustrezajo odgovorom I.A–I.C v vprašalniku

Starost			Spol		Stopnja izobrazbe			
do 30 let	30–50 let	nad 50 let	moški	ženski	nižja	srednja	višja ali visoka	podiplomska
1	10	4	5	10	0	7	7	1

Tabela 3.18: Osnovni podatki o splošni javnosti po starosti, spolu in stopnji izobrazbe (N = 15), Besedilo 2; ustrezajo odgovorom I.A–I.C v vprašalniku

Starost			Spol		Stopnja izobrazbe			
do 30 let	30–50 let	nad 50 let	moški	ženski	nižja	srednja	višja ali visoka	podiplomska
1	8	6	5	10	0	5	8	2

Respondentov iz strokovne javnosti je bilo prav tako 30. So strokovnjaki iz slovenskih lekarn, farmacevti in farmacevtski tehniki, ki izdajajo zdravila brez recepta, torej osebe obeh spolov s srednjo ter visoko ali podiplomsko stopnjo izobrazbe. V Tabeli 3.19 in Tabeli 3.20 so navedeni podatki o porazdelitvi respondentov glede na starost, spol in stopnjo izobrazbe, dodani pa so tudi podatki o javnem ali zasebnem lastništvu lekarn, vključenih v javno mrežo lekarn. Respondenti z izključno farmacevtsko izobrazbo najmanj visoke stopnje ali farmacevtski tehniki s srednjo izobrazbo so bili izbrani zato, ker izdajajo zdravila brez recepta.

Obiskane lekarnе pripadajo različnim slovenskim regijam. Respondentom smo ustno utemeljili cilj in namen raziskave, nekateri strokovnjaki iz lekarn pa so pred izpolnjevanjem vprašalnika hoteli pisno utemeljitev. Z izborom strokovnjakov z različno stopnjo izobrazbe iz

lekarn, ki pripadajo več slovenskim regijam ter so javnega ali zasebnega lastništva, smo nameravali zajeti čim bolj reprezentativen vzorec, tudi z možnostjo nadaljnjih analiz.

Tabela 3.19: Osnovni podatki o strokovni javnosti po starosti, spolu, stopnji izobrazbe in lastništvu lekarne (N = 15), Besedilo 1; ustrezajo odgovorom I.A–I.D v vprašalniku

Starost			Spol		Stopnja izobrazbe				Lastništvo lekarne	
do 30 let	30–50 let	nad 50 let	moški	ženski	nižja	srednja	višja ali visoka	podi=plomska	javne	zasebne
3	8	4	3	12	0	2	11	2	7	8

Tabela 3.20: Osnovni podatki o strokovni javnosti po starosti, spolu, stopnji izobrazbe in lastništvu lekarne (N = 15), Besedilo 2; ustrezajo odgovorom I.A–I.D v vprašalniku

Starost			Spol		Stopnja izobrazbe				Lastništvo lekarne	
do 30 let	30–50 let	nad 50 let	moški	ženski	nižja	srednja	višja ali visoka	podi=plomska	javne	zasebne
5	5	5	1	14	0	6	8	1	7	8

3.7.1.2 Rezultati in razprava

Rezultati odgovorov splošne javnosti

Vprašalnik z vprašanji in možnimi odgovori, ki smo ga posredovali predstavnikom splošne javnosti, se nahaja v Prilogi E. Bistveni rezultati se nahajajo v tabelah od Tabela 3.21 do Tabela 3.26. Označene priloge se nahajajo v odgovarjajočem poglavju (Priloge). Predvsem smo se osredotočili na razmerje med zaznano učinkovitostjo in tveganji zdravil brez recepta v povezavi z razumljivostjo besedila ter nakupnimi namerami. V Tabeli 3.21 se nahaja ocena respondentov o zaznani učinkovitosti in tveganjih ter o uspešnosti zdravljenja z zdravilom, ki

je opisano v Besedilu 1. V Tabeli 3.22 pa so navedeni odgovori o razumljivosti tega besedila v povezavi z odločitvami za nakup. V Tabeli 3.23 oziroma Tabeli 3.24 so prikazani rezultati istih spremenljivk na osnovi Besedila 2.

Tabela 3.21: Ocena splošne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku

Dobro učinko=vito	Dobro učinko=vito	Dobro učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Slabo učinko=vito	Slabo učinko=vito	Slabo učinko=vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Zelo neuspešno zdravi
2	6	1	1	2	3	0	0	0

Tabela 3.22: Ocena splošne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku

Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo
Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila
2	9	0	1	3	0	0	0	0

Tabela 3.23: Ocena splošne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku

Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Zelo neuspešno zdravi
2	5	2	1	3	1	0	0	0

Opomba: respondenti, ki niso izbrali nobene opcije: 1

Tabela 3.24: Ocena splošne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku

Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo
Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila
4	6	1	0	3	1	0	0	0

V vprašalniku smo respondente iz splošne javnosti v vprašanju III spraševali, katera zdravila so že uporabili za lajšanje simptomov pri infekcijskih (virusnih) boleznih. V Prilogi F je navedena pogostnost uporabljenih zdravil brez recepta, ki so jih respondenti navedli na osnovi prebranega Besedila 1, v Prilogi G pa so zdravila, ki so jih navedli na osnovi Besedila 2. V Prilogi H smo prikazali delež respondentov iz splošne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje z enim ali obema zdraviloma, ki ju predstavljata Besedilo 1 oziroma Besedilo 2.

Rezultati vprašalnika za splošno javnost kažejo, da nobeden izmed respondentov, ki pripadajo splošni javnosti, ni izbral možnosti slabe učinkovitosti ter s tem neuspešnega ali zelo neuspešnega zdravljenja, opisanega v besedilu (Tabela 3.21 in Tabela 3.23). Ti rezultati so enaki ne glede na to, ali gledamo rezultate vprašalnikov na osnovi Besedila 1 ali Besedila 2. Prav tako nihče ni izbral možnosti popolne nerazumljivosti besedila, ne glede na izbrano besedilo (Tabela 3.22 in Tabela 3.24). Najvišji frekvenci odgovorov smo zaznali pri možnosti »dobro učinkovito/zmerna tveganja/uspešno zdravi« (Tabela 3.21 in 3.23) in »dobro razumljivo besedilo/niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila«, ne glede na izbrano besedilo (Tabela 3.22 in Tabela 3.24). Eden od respondentov iz splošne javnosti, ki je prejel Besedilo 2, na vprašanje II/1 ni odgovoril; pisnim virom ne pripisuje velikega pomena, temveč očitno tudi pri zdravilih brez recepta osnovno vlogo pripisuje nasvetu zdravnika.

Iz rezultatov bi lahko sklepali, da respondenti dobro učinkovitost zdravila povezujejo z dobro razumljivostjo besedila ter zmerno učinkovitost zdravila s povprečno razumljivostjo besedila. Tudi iz analize odgovorov posameznih respondentov je razvidno, da jih približno polovica povezuje dobro učinkovitost zdravljenja z dobro razumljivostjo besedila, to je 7 v primeru Besedila 1 in 8 v primeru Besedila 2. Zmerno učinkovitost pa s povprečno razumljivostjo povežeta dva respondenta v primeru Besedila 1 in 3 respondenti v primeru Besedila 2. Ti rezultati so predstavljeni v Prilogi I.

Del respondentov iz splošne javnosti je menil, da sta besedili le povprečno razumljivi. Glede na to, da so to uradno pregledana besedila, naj bi po več merilih ustrezala čim boljši razumljivosti. Že opisani težje razumljivi medicinski izrazi, ki zadevajo določene kontraindikacije in neželene učinke, so verjeten vzrok ocenjene povprečne razumljivosti besedil. V Besedilu 1 smo razpoznali nekoliko več težko razumljivih medicinskih izrazov kot v Besedilu 2 (5 vs. 4), frekvenca odgovorov »povprečno razumljivo besedilo« pa je v obeh primerih enaka (4).

Respondenti iz splošne javnosti iz besedila niso ugotovili, za kateri zdravili gre, nekateri so celo menili, da gre za novo zdravilo, ki še ni na tržišču. Glede na to, da ima večina (73,3 %) respondentov, ki so brali Besedilo 2, oziroma celo vsi respondenti, ki so brali Besedilo 1, predhodne izkušnje z vsaj enim zdravilom, ki smo ga uporabili v besedilu, lahko sklepamo, da priloženih pisnih virov pred uporabo zdravila niso natančno pregledali. Možno je tudi, da je od takrat minilo veliko časa ali pa da besedila niso dejansko razumeli, kot so menili, da so ga.

Glede na visoke frekvence možnosti »dobro razumljivo besedilo/niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila« očitno besedilo sicer je razumljivo, ni pa prepričljivo do te mere, da bi samo po sebi vodilo v jasne odločitve in nakupne namere. Glede na to, da je besedilo sestavljeno iz delov navodil za uporabo dveh zdravil brez recepta, se prepričljivost niti ne pričakuje. Navodilo za uporabo zdravila brez recepta je sicer priloženo zdravilu, je pa bolnikom dostopno tudi predhodno, na primer na spletnih straneh. Navodilo za uporabo morajo sestavljati uravnotežene informacije o koristnostih in tveganjih; temeljiti morajo na raziskavah, nadzorovati jih morajo uradne institucije. Glede na visoko frekvenco izbora nevtralnega odgovora »niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila«, in sicer 12 (80 %) v primeru Besedila 1 in 9 (60 %) v primeru Besedila 2, so očitno pisni viri le osnovni vir informacij, k odločanju pa pripomore svetovanje. Temu pritrjujejo tudi pripombe in komentarji predstavnikov strokovne javnosti.

Tabela 3.25: Frekvenca zaznavanja tveganj v povezavi z odločitvami za nakup pri splošni javnosti

	Malo tveganj			Zmerna tveganja			Veliko tveganj		
	Zagoto=vo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagoto=vo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagoto=vo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagoto=vo se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagoto=vo bi se odločil za nakup zdravila	Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Zagoto=vo se ne bi odločil za nakup zdravila
Bes. 1	2	1	0	1	7	0	0	4	0
Bes. 2	1	2	0	3	5	0	0	1	2

Legenda : Bes. 1 = Besedilo 1 ; Bes. 2 = Besedilo 2

Možnost »malo tveganj« se povezuje z možnostjo »zagotovo bi se odločil za nakup zdravila« in z »niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila« (Tabela 3.25). »Zmerna tveganja« respondenti v največji meri povezujejo z možnostjo »niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila«. Možnost »veliko tveganj« se povezuje z »niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila«. Le dva respondenta, ki sta prebrala Besedilo 2, povezujeta »veliko tveganj« z »zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila«; v primeru Besedila 1 možnosti »zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila« ni označil nihče. Verjeten razlog za to razliko je, da tveganja v Besedilu 2 zajemajo tudi resne neželene učinke, kot je npr. stanje šoka.

Tabela 3.26: ANOVA analiza rezultatov odgovorov splošne javnosti med dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila ter med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila, križno med odgovori na osnovi Besedila 1 in odgovori na osnovi Besedila 2

Učinkovitost vs. Razumljivost		Seštevek kvadratov	Stopnje prostosti (df)	Srednja vrednost kvadratov	F	Signifikantnost
Dobra učinkovitost zdravila/ Dobra razumljivost besedila	Med skupinami	22,667	3	7,556	3,238	0,245 NS*
	Znotraj skupin	4,667	2	2,333		
	Skupaj	27,333	5			
Zmerna učinkovitost zdravila/ Povprečna razumljivost besedila	Med skupinami	2,333	2	1,167	0,700	0,563 NS*
	Znotraj skupin	5,000	3	1,667		
	Skupaj	7,333	5			

* 0,05

** 0,01

Statistična analiza odgovorov splošne javnosti z ANOVA analizo (Tabela 3.26) kaže nesignifikantno razliko med dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila (0,245) ter med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila (0,563).

Prvo hipotezo, da dobro razumljiva besedila z zdravili brez recepta vodijo splošno javnost v nakupne namere, smo le delno potrdili. Dobro razumljiva besedila se v večji meri povezujejo z nejasnimi odločitvami oziroma nakupnimi namerami predstavnikov splošne javnosti.

Rezultati odgovorov strokovne javnosti

Vprašalnik z možnimi odgovori, ki smo ga uporabili v eksperimentu s strokovno javnostjo, se nahaja v Prilogi J. Odgovori strokovne javnosti so prikazani v tabelah od Tabele 3.27 do Tabele 3.32. Rezultati v Tabeli 3.27 kažejo oceno učinkovitosti, tveganj zdravila in uspešnost zdravljenja na osnovi prebranega Besedila 1. Rezultati o ocenjeni razumljivosti besedila v povezavi z odločitvami o svetovanju splošni javnosti pa so navedeni v Tabeli 3.28. V Tabeli 3.29 in Tabeli 3.30 pa se te spremenljivke nanašajo na odgovore, ki izhajajo iz Besedila 2.

Tabela 3.27: Ocena strokovne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku

Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Zelo neuspešno zdravi
4	4	1	0	5	0	0	0	0

Opomba: odgovor 1 respondenta: »Na osnovi prebranega besedila se ne da oceniti besedila.«

Tabela 3.28: Ocena strokovne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 1: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku

Dobro razum= ljivo besedilo	Dobro razum= ljivo besedilo	Dobro razum= ljivo besedilo	Povpre= čno razum= ljivo besedilo	Povpre= čno razum= ljivo besedilo	Povpre= čno razum= ljivo besedilo	Popolno= ma nerazum= ljivo besedilo	Popolno= ma nerazum= ljivo besedilo	Popolno= ma nerazum= ljivo besedilo
Zagoto= vo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagoto= vo ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagoto= vo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagoto= vo ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagoto= vo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagoto= vo ne bi svetoval nakupa zdravila
7	1	(1)*	3	3	0	0	0	0

Opomba: odgovor 1 respondenta: *»Besedilo je razumljivo, vendar pomanjkljivo in na osnovi tega besedila ne morem svetovati zdravila bolniku.«

Tabela 3.29: Ocena strokovne javnosti o učinkovitosti, tveganjih, uspešnosti zdravljenja na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/1 v vprašalniku

Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neus= pešno zdravi	Neus= pešno zdravi	Zelo neus= pešno zdravi
0	4	6	0	3	2	0	0	0

Tabela 3.30: Ocena strokovne javnosti o razumljivosti in odločitvah za nakup zdravila na osnovi Besedila 2: frekvence; ustreza odgovorom II/2 v vprašalniku

Dobro razum= ljivo besedilo	Dobro razum= ljivo besedilo	Dobro razum= ljivo besedilo	Povprečno razum= ljivo besedilo	Povprečno razum= ljivo besedilo	Povprečno razum= ljivo besedilo	Popolnoma nerazum= ljivo besedilo	Popolnoma nerazum= ljivo besedilo	Popolnoma nerazum= ljivo besedilo
Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagotovo ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagotovo ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Zagotovo ne bi svetoval nakupa zdravila
3	5	1*	3	1	1	0	0	0

Opomba: odgovor 1 respondenta: *»Besedilo je razumljivo, vendar pomanjkljivo, zdravila na osnovi prebranega ne bi svetovala.«

Eden od respondentov je odgovoril, da je besedilo neustrezno, kar ne odgovarja nobenemu izmed odgovorov v vprašalniku, zato ni zajet vanje.

V Prilogi K pa smo navedli delež respondentov iz strokovne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje s svetovanjem enega ali obeh zdravil. Ti odgovori sovpadajo z vprašanjem III v vprašalniku za strokovno javnost. Vsi strokovnjaki so imeli izkušnje s svetovanjem vsaj enega zdravila, večina pa z obema.

Podobno kot pri splošni javnosti tudi rezultati vprašalnika za strokovno javnost kažejo, da nihče ni izbral možnosti slabe učinkovitosti ter s tem neuspešnega ali zelo neuspešnega zdravljenja (Tabela 3.27 in Tabela 3.29) ali možnosti popolnoma nerazumljivega besedila, ne glede na izbrano besedilo (Tabela 3.28 in Tabela 3.30). Najvišji frekvenci odgovorov smo zaznali pri možnosti »zmerno učinkovito/zmerna tveganja/zmerno uspešno zdravi« oziroma »dobro učinkovito/zmerna tveganja/uspešno zdravi«; pri Besedilu 2 smo visoke frekvence opazili tudi pri možnosti »dobro učinkovito/veliko tveganj/uspešno zdravi« (Tabela 3.27 in Tabela 3.29). Pri upoštevanju rezultatov na odgovore iz obeh vprašalnikov najvišjo frekvenco odgovorov opazimo pri opciji »dobro razumljivo besedilo/zagotovo bi svetoval nakup zdravila« (Tabela 3.28 in Tabela 3.30). Če upoštevamo le Besedilo 2, je največ respondentov iz strokovne javnosti odgovorilo z »dobro razumljivo besedilo/niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila« (Tabela 3.30). Tudi na osnovi odgovorov posameznih respondentov iz

strokovne javnosti lahko sklepamo na povezovanje dobre učinkovitosti zdravila z dobro razumljivostjo besedila, in sicer s po 6 respondenti pri obeh besedilih, kar pa je manj kot pri splošni javnosti (Priloga L). Prav tako smo v primeru strokovne javnosti opazili nekoliko manj povezovanja zmerne učinkovitosti s povprečno razumljivostjo besedila v celotnem merilu, a nekoliko več, če gledamo le Besedilo 1.

Eden izmed respondentov iz strokovne javnosti je ocenil, da se na osnovi prebranega besedila (Besedilo 1) ne da oceniti besedila. Ena izmed pripomb respondentov se je nanašala tudi na pomanjkljivosti besedila kljub razumljivosti; respondent je menil, da na osnovi tega besedila zdravila bolniku ne more svetovati. Zelo podobno pripombo je podal eden od respondentov na osnovi Besedila 2; eden izmed respondentov je Besedilo 2 označil za neustrezno.

Tudi del strokovne javnosti je ocenil besedili kot povprečno razumljivi, in sicer 6 respondentov, ki je prebralo Besedilo 1, in 5 respondentov, ki je prebralo Besedilo 2. Strokovnjaki so sicer usposobljeni, da poznajo strokovna besedila; ta rezultat razlagamo s tem, da so besedili gledali z vidika uporabnikov zdravil oziroma bolnikov.

Veliko respondentov iz strokovne javnosti je razpoznalo, za kateri zdravili gre, posebej pri Besedilu 1. Tudi pri izkušnjah s svetovanjem so predstavniki strokovne javnosti označili, da so imeli izkušnje vsaj z enim, večina pa z obema obravnavanima zdraviloma. Kar nekaj strokovnjakov je omenilo ali je pripisalo, da je svetovanje navedenih zdravil odvisno od simptomov, ki jih bolniki opišejo. 10 (66,6 %) respondentov v primeru Besedila 1 in 6 (40 %) respondentov v primeru Besedila 2 je ocenilo, da bi zagotovo svetovali nakup zdravila. Glede na splošno javnost so to višje frekvence; od strokovnjakov se glede na znanje in izkušnje pričakuje bolj jasno odločanje, tudi glede na to, da svetujejo bolnikom.

Porazdelitev zaznave tveganj je pri splošni in strokovni javnosti podobna. Čeprav strokovna javnost v besedilih zaznava celo več »veliko tveganj«, pa se je večji del strokovnjakov odločil za svetovanje bolnikom za nakup zdravila (Tabela 3.31). Lahko bi sklepali, da strokovnjaki privzemajo določeno stopnjo tveganja, saj ni zdravila brez neželenih učinkov, zato se v večji meri odločajo za svetovanje bolnikom.

Tabela 3.31: Frekvenca zaznavanja tveganj v povezavi z odločitvami za svetovanje strokovne javnosti

	Malo tveganj			Zmerna tveganja			Veliko tveganj		
	Zagoto=vo bi svetoval nakup zdravila	Niti bi niti ne bi sveto= val nakupa zdravila	Zagoto=vo ne bi sveto= val nakupa zdravila	Zagoto=vo bi sveto= val nakup zdravila	Niti bi niti ne bi sveto= val nakupa zdravila	Zagoto=vo ne bi sveto= val nakupa zdravila	Zagoto=vo bi sveto= val nakup zdravila	Niti bi niti ne bi sveto= val nakupa zdravila	Zagoto=vo ne bi sveto= val nakupa zdravila
Bes. 1	4	0	0	6	3	0	0	1	0
Bes. 2	0	0	0	3	3	1	3	3	1

Legenda: Bes. 1 = Besedilo 1 ; Bes. 2 = Besedilo 2

Statistična analiza rezultatov vprašalnikov za strokovno javnost z ANOVA analizo prav tako kaže nesignifikantno razliko med ocenjeno dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila (0,759). Nesignifikantno razliko smo določili tudi med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila (0,936). Rezultati so prikazani v Tabeli 3.32.

Drugo hipotezo smo potrdili, saj na osnovi rezultatov naše raziskave lahko trdimo, da dobro razumljiva besedila vodijo strokovno javnost k svetovanju o zdravilu brez recepta splošni javnosti, ki predvidoma vodi v nakupne namere. Glede na razgovore s farmacevti in farmacevtskimi tehnikami svetovanje gledajo na ravni posameznega bolnika in določeni strokovnjaki odločitev o svetovanju ne poslušujejo, niti jih ne ustvarjajo le na osnovi razumljivosti pisnih virov.

Tabela 3.32: ANOVA analiza rezultatov odgovorov strokovne javnosti med dobro učinkovitostjo zdravila in dobro razumljivostjo besedila ter med zmerno učinkovitostjo zdravila in povprečno razumljivostjo besedila, križno med odgovori na osnovi Besedila 1 in odgovori na osnovi Besedila 2

Učinkovitost vs. Razumljivost		Seštevek kvadratov	Stopnje prostosti (df)	Srednja vrednost kvadratov	F	Signifikantnost
Dobra učinkovitost zdravila/ Dobra razumljivost besedila	Med skupinami	9,500	4	2,375	0,528	0,759 NS*
	Znotraj skupin	4,500	1	4,500	/	/
	Skupaj	14,000	5	/	/	/
Zmerna učinkovitost zdravila/ Povprečna razumljivost besedila	Med skupinami	0,833	2	0,417	0,068	0,936 NS*
	Znotraj skupin	18,500	3	6,167	/	/
	Skupaj	19,333	5	/	/	/

* 0,05

** 0,01

3.7.1.3 Zaključek

Iz odgovorov respondentov iz splošne, pa tudi strokovne javnosti lahko zaključimo, da se nekateri respondenti zelo zanašajo na pisne vire in posamezni strokovnjaki so pisne vire tudi kritično ocenili. Odločitve določenih predstavnikov iz splošne javnosti temeljijo bolj na nasvetih strokovnjakov; nekateri predstavniki splošne javnosti se celo izključno zanašajo na nasvet zdravnika oziroma farmacevta ali farmacevtskega tehnika. Tudi za določen delež

strokovnjakov so prvenstvenega pomena simptomi bolnikov in pretekle izkušnje, v manjši meri pa katerikoli pisni viri o zdravilih brez recepta.

Porazdelitev zaznavanja tveganj s strani predstavnikov splošne oziroma strokovne javnosti je zelo podobna, le da je zaznava »veliko tveganj« nekoliko večja pri predstavnikih strokovne javnosti. Vendar pa sklepamo, da strokovna javnost v večji meri sprejema tveganja in ustvarja bolj jasne odločitve. To razlagamo z znanjem in izkušnjami strokovnjakov. Pri odločitvah strokovnjaki pomagajo tudi predstavnikom splošne javnosti oziroma bolnikom.

Lahko zaključimo, da v nakupne odločitve predstavnikov splošne javnosti vodijo pretežno prebrane pisne informacije in svetovanje strokovnjakov s področja zdravja ter drugi viri. Glede na izkušnje farmacevtov in farmacevtskih tehnikov v lekarnah del bolnikov veliko informacij poišče, pretežno preko interneta, pred posvetovanjem v lekarni. Del bolnikov tudi sprašuje o neželenih učinkih zdravil brez recepta. Farmacevti in farmacevtski tehniki v lekarnah ocenjujejo, da so bolniki sedaj bolj razgledani in bolj poznajo zdravila kot prej. Strokovnjaki v lekarnah več informacij prejmejo vnaprej in jih tudi proučijo, še preden je novo zdravilo brez recepta na razpolago v lekarni. Obiskujejo več izobraževanj kot prej, računalniška podpora je bolj izpopolnjena, na primer pri nadzoru medsebojnih učinkovanj med zdravili.

Če povežemo rezultate vprašalnika za splošno in strokovno javnost, lahko zaključimo, da je več nejasnih odločitev prisotnih pri respondentih iz splošne kot iz strokovne javnosti. Predvidoma določen del oseb, ki se odločajo za nakup zdravila brez recepta v lekarni končno odločitev ustvari po posvetu s strokovnjakom. Z ozirom na razliko v zaznavanju tveganj svetovanje strokovnjakov pripomore k odločitvi za nakup, pri čemer se upošteva anamneza in zdravstveni status posameznega bolnika, kar vodi v učinkovito in varno zdravljenje.

Omejitev raziskave o razumevanju in prihodnje raziskovanje

Raziskavo o razumljivosti smo izvedli na razmeroma majhnem vzorcu respondentov. V nadaljnjih raziskavah bi lahko izbrali tudi večji vzorec respondentov. Poleg odločitev oziroma nakupnih namer bi raziskovalci lahko spremljali tudi dejansko nakupno vedenje ter ugotavljali morebitne razlike in vzroke za razlike med namerami in vedenjem.

3.8 Zaključki empiričnega dela

Na osnovi raziskav pisnih virov z informacijami o zdravju in zdravilih ugotavljamo, da informacije večinoma ne ustrezajo zakonodajnim določbam, standardom oziroma merilom, opisanim v primerljivih študijah.

Iz raziskovanja ravni berljivosti izbranih slovenskih besedil z informacijami o zdravju in zdravilih lahko zaključimo, da besedila ne dosegajo ustreznih vrednosti niti pri splošni niti pri strokovni javnosti. Besedila so bila raznolika, od uradno odobrenih, kot so navodila za uporabo in povzetki glavnih značilnosti zdravil, do promocijskih gradiv. Problem berljivosti besedil je predvidoma širši in sega na druga strokovna področja.

Po raziskovanju racionalnih in emocionalnih apelov v promocijskih gradivih smo ustvarili nov model z razvrstitvijo apelov, ki ustreza zdravilom brez recepta. Rezultati raziskave kažejo prevlado racionalnih apelov nad emocionalnimi apeli, na osnovi teoretičnih in empiričnih spoznanj pa ugotavljamo potrebo po večjem deležu emocionalnih apelov. Po določitvi ravni prepričljivosti smo pokazali prevlado manj prepričljivih apelov nad bolj prepričljivimi in manipulativnimi apeli. Manipulativni apeli sploh ne bi smeli biti prisotni, ker lahko z zavajanjem vodijo v neustrezne rezultate zdravljenja. Pri analizi trditev o koristnostih in tveganjih nismo ugotovili ustreznega informacijskega ravnotežja, saj trditve o koristnostih presegajo trditve o tveganjih, ne le z ozirom na število, ampak tudi glede na poglobljenost in podrobnosti. Določili smo velik delež dvostranskih gradiv z zdravili brez recepta, a vendar so bila nekatera gradiva enostranska. Preventivno zdravljenje se povezuje s prevladovanjem trditev o koristnostih. Vizualne ključne smo raziskovali, ker delujejo v okviru vizualnega komuniciranja, učinkujejo pa tudi z besedilnimi elementi in preko razumevanja vplivajo na vedenje. Iz rezultatov naše raziskave lahko zaključimo, da mnoge značilnosti vizualnih ključev sovpadajo s simptomi odgovarjajoče bolezni oziroma z lajšanjem simptomov z zdravili brez recepta. Nekatere vizualne ključne povezujemo s spodbujanjem povpraševanja po promoviranem zdravilu. V Tabeli 3.33 so navedene osnovne ugotovitve in zaključki vseh izvedenih raziskav.

V okviru eksperimentov smo razumevanje in odločitve oziroma nakupne (svetovalne) namere splošne in strokovne javnosti preizkušali z vprašalnikoma, ki sta temeljila na besedilih z deli navodila za uporabo dveh zdravil brez recepta. Lahko zaključimo, da se del strokovne javnosti

močno zanaša na pisne vires, del pa bolj na izkušnje. Strokovna javnost bolj sprejema tveganja in se bolj jasno odloča. Končna odločitev dela splošne javnosti predvidoma temelji na nasvetih strokovnjakov. Pisne informacije in svetovanje strokovnjakov torej vplivajo na odločitve splošne javnosti. Pri splošni javnosti smo zasledili več odgovorov, ko se respondent ne more odločiti glede nakupa zdravila, k odločitvi pa lahko pripomore nasvet strokovnjaka v lekarni.

V raziskavi o berljivosti in v raziskavah o strategijah prepričevanja smo ugotavljali posamezne nizke frekvence ali pa vrednosti v posameznih kategorijah spremenljivk sploh nismo določili. Vzorec je bil razmeroma majhen, zato bi v primeru večjega vzorca po vsej verjetnosti določili tudi vrednosti redkejših spremenljivk. Glede na inovativnost raziskav je novo tudi kodiranje v takšnem vzorcu. Kljub opredelitvi spremenljivk, natančnemu delu pri kodiranju in medsebojnemu usklajevanju pa bi le z nadaljnjimi raziskavami in sočasno s še večjo enotnostjo kodiranja ter izpopolnitvijo modelov povečali zanesljivost rezultatov.

Rezultati preverjanja dveh glavnih hipotez

Na začetku raziskovanja smo postavili dve glavni hipotezi.

Hipoteza 1: Ustvarjena sporočila z uravnoteženimi trditvami o učinkovitosti in tveganjih (navodila za uporabo) ter z realnimi navedbami o uspešnosti zdravljenja preko oblikovanih stališč ljudi vplivajo na jemanje obravnavanega zdravila, skladno z varnim zdravljenjem.

To hipotezo smo le delno potrdili. Pisna navodila le delno vplivajo na odločitve in namere predstavnikov splošne javnosti. Koristi tudi ustno svetovanje strokovnjakov. Zatorej lahko trdimo, da ustvarjena sporočila z uravnoteženimi trditvami o učinkovitosti in tveganjih (navodila za uporabo) ter z realnimi navedbami o uspešnosti zdravljenja, v kombinaciji z svetovanjem strokovnjakov, preko oblikovanih stališč ljudi vplivajo na jemanje obravnavanega zdravila, skladno z varnim zdravljenjem.

Hipoteza 2: Uravnotežene navedbe o učinkovitosti in tveganjih (navodila za uporabo) ter o dobri komplianci preko ustvarjenih stališč vplivajo na racionalno svetovanje (predpisovanje) obravnavanega zdravila.

Na osnovi raziskovalnih rezultatov lahko drugo glavno hipotezo potrdimo. Trdimo lahko, da pisni viri z uravnoteženimi navedbami o učinkovitosti in tveganjih vplivajo na odločitve in namere o racionalnem svetovanju strokovne javnosti. Poleg te pogloblitve ugotovitve smo iz

raziskave sklenili, da obstajajo tudi drugi vplivi na svetovanje, kot so podatki o zdravstveni anamnezi in statusu bolnikov, a ti vplivi se med strokovnjaki razlikujejo.

Povzetek komunikološkega bistva izvedenih raziskav

Za izvedbo opisanih raziskav smo se odločili, da bi čim bolj celostno proučili kompleksno področje pisnega komuniciranja o zdravju in zdravilih. Določene izmed raziskav imajo tudi širši pomen, ne le za področje zdravja in zdravil; ustrezne stopnje berljivost so na primer pomembne na vseh področjih, da bi bila besedila bolj razumljiva. Temeljni berljivosti so postavljeni tudi v dokumentu, ki opisuje ustreznost besedil v navodilih za uporabo oziroma ustrezno označevanje zdravil. Naša raziskava lahko prispeva k nadaljnjemu razvoju tega področja ter k večji učinkovitosti in varnosti zdravljenja bolnikov. Izpeljana slovenska formula berljivosti se lahko uporablja za razna besedila; formula se lahko nadgradi.

V nadaljevanju povzemamo bistvo posameznih komunikoloških raziskav. V raziskavi o berljivosti je v ospredju varnost komunikacije. Pri raziskavi o racionalnih oziroma emocionalnih apelih gre v prvi vrsti za prepričevalnost komunikacije. Pri določanju trditev o koristnostih in tveganjih gre za oboje, prepričevalnost in varnost komunikacije. Pri vizualnih ključih smo proučevali prepričevalnost komunikacije, delno gre tudi za varnost komunikacije. Pri raziskavi o razumevanju pa gre tako za prepričevalnost kot za varnost komunikacije. Ob predpostavki, da vsem izvedenim raziskavam pripišemo enake uteži, smo torej raziskovali predvsem prepričevalnost, delno pa tudi varnost komunikacije. Prepričevalnost in varnost komunikacije se pojavljata v različnih fazah komunikacijskega procesa; prepričevalnost je bolj pomembna na začetku, ko se oseba odloča za izdelek, varnost pa kasneje, na primer ko pregleduje dodatne informacije v pisnih gradivih in se odloča o uporabi zdravila. Kakovost komunikacije pa lahko obravnavamo kot sredstvo za doseganje cilja komuniciranja.

Družbena odgovornost

Pisni viri so pomemben vir informacij o zdravilih za splošno in strokovno javnost. Toda naši raziskovalni izsledki večinoma kažejo, da preiskovani pisni viri niso primerni za podpiranje učinkovitega in varnega zdravljenja. Le redko se tem gradivom lahko pripiše značilnosti družbene odgovornosti. Enemu gradivu oziroma odgovarjajočemu podjetju bi po proučevanju vsebnosti trditev o koristnostih in tveganjih lahko pripisali vlogo družbene odgovornosti. V

tem gradivu so bile namreč zakonodajne zahteve presežene in vključen je bil del navodila za uporabo zdravila vključno z opozorili, kontraindikacijami in neželenimi učinki.

Z izobraževanjem ustvarjalcev o pomembnih elementih v sporočilih o zdravju in zdravilih, o načinu doseganja tega cilja ter z izpopolnitvijo gradiv bi lahko govorili o večji družbeni odgovornosti. Besedila z informacijami o zdravilih bi morali prilagoditi na ustrezne ravni berljivosti, da bi tako dosegli njihov javnozdravstveni namen. Analiza racionalnih in emocionalnih apelov kaže, da je treba za doseganje družbeno odgovorne vloge ustvarjati besedila z ustreznim razmerjem med racionalnimi in emocionalnimi apeli, zagotoviti pa je treba tudi višje ravni zavedanja uporabnikov zdravil. Enako velja za ustrezno razmerje med trditvami o koristnostih in tveganjih. Vsi ustvarjalci gradiv se še ne zavedajo prednosti dvostranskih besedil; povezana so z varnejšo uporabo zdravil, pa tudi z večjim korporativnim ugledom in večjimi nakupnimi namerami. Slikovne upodobitve imajo v pisnih gradivih večji pomen, kot se zdi. Vizualni ključni v promocijskih gradivih se morajo zaradi njihovega vpliva na razumevanje pazljivo oblikovati. Ker je interpretacija vizualnih ključev pogosto nejasna, posebej v povezavi z besedilom, družbeno odgovorna vloga zajema izobraževanje splošne javnosti in nadzor ustvarjenih vizualnih ključev. Povečanje družbene odgovornosti farmacevtov in drugih strokovnjakov s področja zdravstva, z izboljšano svetovalno vlogo, lahko vodi k boljšim izidom zdravljenja.

Nadaljnje raziskovanje

Raziskave s pisnimi gradivi smo izvedli skladno s proučeno literaturo, a na drugačnih gradivih, večinoma z zdravili brez recepta. Izvedli smo dve komunikološki raziskavi, ki sta temeljili na odgovorih respondentov iz splošne in strokovne javnosti. V prihodnje pa bi nadaljnje raziskave s sodelovanjem več respondentov iz splošne in strokovne javnosti obogatile sedanje raziskovalne rezultate.

Nadaljnje proučevanje naj gre v smeri večjih vzorcev in dodatnih terapevtskih skupin. Namen tega je raziskovalni, pa tudi javnozdravstveni. Bolj etičen pristop pri ustvarjanju gradiv o zdravju in zdravilih lahko v končni fazi podpira boljše zdravstvene izide.

Tabela 3.33: Povzetek empiričnega dela z ugotovitvami raziskav

Kratek opis	Osnovne ugotovitve	Bistveni zaključki
Berljivost	Ravni berljivosti besedil o zdravju in zdravilih ne ustrezajo niti splošni niti strokovni javnosti.	Neustrezne ravni berljivosti besedil veljajo za slovenska in angleška besedila. Uveljavljati bi se morala ustrezna berljivost.
Racionalni in emocionalni apeli	Racionalni apeli prevladujejo nad emocionalnimi, manj prepričljivi apeli pa nad bolj prepričljivimi in manipulativnimi apeli. Malo je družbeno odgovornih apelov. Nekateri apeli so specifični za zdravila brez recepta. Apeli se med terapevtskimi skupinami razlikujejo.	Glede na ugotovljeno neustrezno razmerje se svetuje večji delež emocionalnih, bolj prepričljivih in družbeno odgovornih apelov.
Koristnosti in tveganja	Število trditev o koristnostih presega število trditev o tveganjih, bolj pri zdravilih brez recepta za preventivno zdravljenje. Dvostranska sporočila so bolj značilna za akutno kot za profilaktično zdravljenje.	Zaradi ugotovljenega poudarjanja koristnosti zdravil brez recepta bi se moralo zagotavljati ravnotežje med trditvami o koristnostih in tveganjih.
Vizualni ključi	V promocijskih besedilih z zdravili brez recepta so pogosto upodobljene osebe in ovojnina zdravil.	Vizualni ključi se povezujejo z nakupnimi namerami in so v gradivih z zdravili brez recepta specifični. Izobraževati in nadzorovati je treba ustvarjanje in interpretacijo vizualnih ključev.
Razumevanje	Dobro razumljiva besedila vodijo splošno javnost v pogosto nejasne nakupne namere, strokovno javnost pa v svetovanje bolnikom.	Strokovna javnost se na osnovi znanja in izkušenj bolj jasno odloča o svetovanju. Pri odločitvah predvidoma pomagajo splošni javnosti.

4 Sklep

Podrobno smo raziskali pisna gradiva z informacijami o zdravju in zdravilih za splošno in strokovno javnost. Obsegala so tako uradne kot promocijske vire. Izvedli smo analize besednih elementov, to je berljivosti, racionalnih in emocionalnih apelov, trditve o koristnostih in tveganjih, kot tudi vizualnih elementov. Razumevanje, povezano z odločitvami in nakupnimi namerami oziroma svetovanjem, smo testirali na respondentih iz splošne in strokovne javnosti.

Izhajali smo iz problema, da gradiva z informacijami o zdravju in zdravilih ne ustrezajo ciljni javnosti. Predhodne raziskave so s področja neposrednega oglaševanja zdravil na recept porabnikom, nekaj je tudi objavljenih raziskav s področja informacij o zdravilih brez recepta. V Sloveniji je bilo to področje prej še neraziskano. Informacije o zdravilih imajo potencialno pomemben vpliv na zdravje bolnikov.

V raziskavah smo uporabili največ gradiv z informacijami brez recepta, saj teh raziskav primanjkuje, tudi globalno gledano. Eden poglobitvenih dosežkov raziskovanja je ustvarjanje slovenskega algoritma berljivosti in določitev vrednosti berljivosti slovenskih gradiv. Čeprav naj bi se s sedaj veljavnim dokumentom o kakovosti berljivost spremljala, pa se v tem dokumentu le delno obravnava. V tem doktorskem delu pa dejansko postavljamo temelje berljivosti v slovenščini, na osnovi matematičnega izračuna. Naša formula bi bila lahko tudi dobra osnova za določanje berljivosti navodil za uporabo in drugih besedil o zdravju in zdravilih.

Ustvarili smo model s kategorijami racionalnih in emocionalnih apelov, veljaven za gradiva z zdravili brez recepta. Do sedaj je bil objavljen model apelov, ki se je nanašal na neposredno oglaševanje zdravil na recept potrošnikom. Upoštevali smo novejša znanstvena dognanja, da čustva vplivajo na racionalno vedenje, zato je cilj ustrezno ravnotežje med racionalnimi in emocionalnimi apeli. Uvedli smo tudi novo razdelitev apelov glede na prepričljivost na manj prepričljive, bolj prepričljive in manipulativne.

Določili smo razmerje med trditvami o koristnostih in tveganjih ter enostranskost in dvostranskost promocijskih sporočil, pa tudi vizualne ključne v pisnih gradivih z zdravili brez recepta. Glede na to, da tovrstna gradiva tudi globalno še niso dobro raziskana, to

raziskovanje predstavlja inovativno delo. Na koncu smo ocenili razumevanje splošne in strokovne javnosti v povezavi z odločitvami, na osnovi eksperimenta s splošno in s strokovno javnostjo. V vseh analizah smo spremljali in določili izpolnjevanje vloge družbene odgovornosti oziroma njeno odsotnost.

Le delno smo potrdili prvo glavno hipotezo ter jo dopolnili. Druga glavno hipotezo smo potrdili. Naše raziskovanje je prispevek k znanstvenim dosežkom, ima pa tudi javnozdravstveni pomen, saj pisni viri vplivajo na razumevanje in odločitve o nakupnih namerah, svetovanju oziroma predpisovanju zdravil.

Analiziranje besedil je zelo podrobno in kompleksno delo, zato je bil nabor gradiv razmeroma majhen, terapevtske skupine pa tri. Tudi vzorec respondentov je bil razmeroma majhen. Za nadgraditev rezultatov svetujemo večji nabor gradiv in večji vzorec respondentov, v okviru dela skupine raziskovalcev. Delo se lahko razširi še na dodatne terapevtske skupine. Prihodnje raziskovanje se lahko usmeri v raziskovanje vedenja.

5 Literatura

Aaker, David A. 1996. *Building Strong Brands*. New York: Simon Schuster.

Abel, Gregory A., Stephanie J. Lee in Jane C. Weeks. 2007. Direct-to-Consumer Advertising in Oncology: A Content Analysis of Print Media. *Journal of Clinical Oncology* 25 (10): 1267–1271.

Abramson, John. 2004. *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine*. New York: Harper Collins.

Ajzen, Icek. 1991. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50: 179–211.

Albert, Daniel A. 1978. Decision Theory in Medicine. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 56 (3): 362.

Alcalay, Rina in Robert A. Bell. 2000. *Promoting Nutrition and Physical Activity through Social Marketing: Current Practices and Recommendations*. Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing. Davis: University of California.

Alonso-Coello, Pablo, Alberto Lopez Garcia-Franco, Gordon Guyatt in Ray Moynihan. 2008. Analysis. Drugs for Pre-osteoporosis: Prevention or Disease Mongering? *British Medical Journal* 336: 126–129.

Andreasen, Alan R. in Philip Kotler. 2003. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.

Armantier, Olivier in Soiliou Daw Namoro. 2006. Prescription Drug Advertising and Patient Compliance: a Physician Agency Approach. *Advances in Economic Analysis & Policy* 6 (1).

Asscher, A. William, Gwendolen D. Parr in Vincent B. Whitmarsh. 1995. Towards the safer use of medicines. *British Medical Journal* 311 (7011): 1003–1006.

Backer, Thomas E., Susan L. David in Gerald Saucy, ur. 1995. *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer*. NIDA Research Monograph 155. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Bagozzi, Richard P. in Ayalla Ruvio. 2011. *Consumer Behavior*. Wiley international encyclopedia of marketing. New York: John Wiley.

Barnhurst, Kevin G., Michael Vari in Ígor Rodríguez. 2004. Mapping Visual Studies in Communication. *Journal of Communication* 54 (4): 616–644.

Bastič, Majda. 2006. *Metode raziskovanja*. Maribor: Univerza v Mariboru. Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.

Baylor-Henry, Minnie in Norman A. Drezin. 1998. Regulation of Prescription Drug Promotion: Direct-to-Consumer Advertising. *Clinical Therapeutics* 20 (3): C86–C95.

Beck, Kenneth H. in Arthur Frankel. 1981. A Conceptualization of Threat Communication and Protective Health Behavior. *Social Psychology Quarterly* 44: 204–217.

Becker, Marshall H. in Lois A. Maiman. 1975. Socio-Behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care* 13 (1).

Before the department of health and human services food and drug administration. In the matter of request for comments on consumer-directed promotion. Docket No. 2003N–0344. 2003. *Comments of the staff of the Bureau of Consumer Protection, the Bureau of Economics, and the Office of Policy Planning of the Federal Trade Commission*.

Belch, George E. 1981. An Examination of Comparative and Noncomparative Television Commercials: the Effects of Claim Variation and Repetition on Cognitive Response and Message Acceptance. *Journal of Marketing Research* 18: 333–349.

– – 1983. The Effects of Message Modality on One- and Two-sided Advertising Messages. *Advances in Consumer Research* 10: 21–26.

Belch, George E. in Michael A. Belch. 2000. *An Integrated Marketing Communication Perspective*. New York: McGraw–Hill.

Bell, Robert A., Richard L. Kravitz in Michael S. Wilkes. 2000a. Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising, 1989–1998: A content analysis of conditions, targets, inducements, and appeals. *Journal of Family Practice* 49: 329–335.

Bell, Robert A., Michael S. Wilkes in Richard L. Kravitz. 2000b. The Educational Value of Consumer-targeted Prescription Drug Print Advertising. *Journal of Family Practice* 49: 1092–1098.

Berndt, Ernst R. 2005. To Inform or Persuade? Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *New England Journal of Medicine* 352: 325–328.

Berry, Dianne C. 2006. Informing People about the Risks and Benefits of Medicines: Implications for the Safe and Effective Use of Medicinal Products. *Current Drug Safety* 1 (1).

Bhattacharjee, Anol. 2012. *Social Science Research: Principles, Methods, and Practices. Second Edition*. Dostopno prek: http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=oa_textbooks (13. november 2013).

Blalock, Susan J., Shannon Smith Currey, Robert F. DeVellis, Brenda M. DeVellis, Karen B. Giorgino, John J. B. Anderson, Mary Anne Dooley in Deborah T. Gold. 2000. Effects of Educational Materials Concerning Osteoporosis on Women's Knowledge, Beliefs, and Behavior. *American Journal of Health Promotion* 14 (3): 161–169.

Blenkinsopp, Alison in Colin Bradley. 1996. Patients, Society, and the Increase in Selfmedication. *British Medical Journal* 312: 629–632.

Blenkinsopp, Alison, Claire Anderson in Miriam Armstrong. 2003. *The contribution of community pharmacy improving the public's health*. Report 2. Evidence from the UK non peer-reviewed literature 1990–2002. Pharmacy Health Link in Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

- Blom, A. Th. G. in Julia A. L. Rens. 1989. Information about over-the-counter medication: The role of the pharmacy. *Patient Education and Counseling* 14 (3): 181–189.
- Bloom, Paul N. in Greg Gundlach. 2000. *Handbook of Marketing and Society*. Newbury Park: Sage.
- Bluestone, Ken, Annie Heaton in Christopher Lewis. 2002. *Beyond Philanthropy: the Pharmaceutical Industry, Corporate Social Responsibility and the Developing World*. Dostopno prek: http://www.accesstomedicineindex.org/files/publication/beyondphilanthropy_2002.pdf (3. marec 2012).
- Bond, Christine M. in Colin Bradley. 1996. The Interface between the Community Pharmacist and Patients. *British Medical Journal* 312: 758–760.
- Borden, Neil H. 1964. The Concept of the Marketing mix. *Journal of Advertising Research* 4: 2–7.
- Boster, Franklin J. in Paul A. Mongeau. 1984. Fear-arousing Persuasive Messages. V *Communication yearbook*, ur. Robert N. Bostrom, 330–375. Newbury Park: Sage.
- Bradford, David W., Andrew N. Kleit, Paul J. Nietert, Terrence Steyer, Thomas McIlwain in Steven Ornstein. 2006. How Direct-To-Consumer Television Advertising for Osteoarthritis Drugs Affects Physicians' Prescribing Behaviour. *Health Affairs* 25 (5): 1371–1377.
- Bradley, Colin in Alison Blenkinsopp. 1996. The future for selfmedication. *British Medical Journal* 312: 835–837.
- Bush, Patricia J. in Marian Osterweis: Pathways to Medicine Use. 1978. *Journal of Health and Social Behavior* 19 (2): 179–189.

Cardarelli, Roberto, John C. Licciardone in Lockwood G. Taylor. 2006. A Cross-sectional Evidence-based Review of Pharmaceutical Promotional Marketing Brochures and their Underlying Studies: Is What they Tell Us Important and True? *BMC Family Practice* 7 (13).

Chen, Meng-Jinn, Joel W. Grube, Melina Bersamin, Elizabeth Waiters in Deborah B. Keefe. 2005. Alcohol Advertising: What Makes it Attractive to Youth? *Journal of Health Communication* 10 (6): 553–565.

Chren, Mary-Margaret in C. Seth Landefeld. 1994. Physicians' Behavior and their Interactions with Drug Companies. A Controlled Study of Physicians who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary. *Journal of the American Medical Association* 271 (9): 684–689.

Cialdini, Robert B. 1993. *Influence, The Psychology of Persuasion*. New York: Quill William Morrow.

Cocks, Douglas L. 1983. Economic and Competitive Aspects of the Pharmaceutical Industry. V *Principles of Pharmaceutical Marketing*, ur. Mickey C. Smith, 343–368. Philadelphia: Lea and Febiger.

Consumer Health Information Corporation. 1998. *Can DTC Programs Improve Patient Compliance?* New York: Pharmaceutical Executive. Dostopno prek: http://www.consumer-health.com/savvy/sept98_dtc.php (10. oktober 2011).

Cristensen, Dale G. in Albert I. Wertheimer. 1979. Sources of Information and Influence on New Drug Prescribing Among Physicians in an HMO. *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology and Medical Sociology* 13: 313–322.

Cummings, Steven R. 2006. Osteopenia and Prevention Fractures. *JAMA* 296 (21): 2601–2610.

Cutler, Bob D. in Rajshekhar G. Javalgi. 1993. Analysis of Print Ad Features: Services versus Products. *Journal of Advertising Research* 33 (2): 62–69.

Damasio, Antonio. 2005. *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Penguin Books.

Daniels, Norman. 2001. Social Responsibility and Global Pharmaceutical Companies. *Developing World Bioethics* 1 (1): 38–41.

Day, Ruth S. 2006. Comprehension of Prescription Drug Information: Overview of a research program. Dostopno prek: <http://www.aaai.org/Papers/Symposia/Spring/2006/SS-06-01/SS06-01-005.pdf> (9. maj 2010).

– – 2007. *Mandatory Drug Risk Information: How much information is too much?* Dostopno prek: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM173473.pdf> (4. maj 2010).

Demšar Pečak, Nataša. 2004. Socialni marketing – dejavnik družbenih sprememb. *Socialna pedagogika* 8 (1): 29–64.

Denscombe, Martyn. 2004. *The Good Research Guide: For small-scale social research projects*. Maidenhead: Open University Press.

Detmer, Don E., Peter D. Singleton, Alison MacLeod, Suzanne Wait, Marie Taylor in Jolyon Ridgwell. 2003. *The Informed Patient: Study Report*. Cambridge University Health. Judge Institute of Management.

Direct-to-Consumer-Advertising of Prescription Medicines: a Consumer Perspective. Major Findings of the Systematic Review by the Social marketing and Advertising Research Team, University of the Sunshine Coast, Queensland, Avstralija. Dostopno prek: <http://www.ffar.org> (23. julij 2008).

Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001. Dostopno prek: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2009/10/WC500004481.pdf (28. november 2013).

Dolovich, Lisa, Kevin Pottie, Janusz Kaczorowski, Barbara Farrell, Zubin Austin, Christine Rodriguez, Kathryn Gaebel in Connie Sellors. 2008. Integrating Family Medicine and

Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics. *Clinical pharmacology & Therapeutics* 83 (6).

Donohue, Julie. 2006. A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection. *The Milbank Quarterly* 84 (4): 659–699.

Drug Promotion Database. *What Attitudes Do People (professionals and lay) Have to Promotion ?* Dostopno prek: <http://www.drugpromo.info/read-reviews.asp> (11. avgust 2008).

Družbena odgovornost. Dostopno prek: <http://lek.si/si/o-nas/druzbena-odgovornost/> (28. oktober 2012).

Duncan, John, Glyn Humphreys in Robert Ward. 1997. Competitive Brain Activity in Visual Attention. *Current Opinion in Neurobiology* 7 (2): 255–261.

Education and debate: For and against. 2002. Based on the article: Mintzes, Barbara. 2002. Direct to Consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experiences. *British Medical Journal* 324: 910–911.

Edwards, Adrian, Glyn Elwyn in Al Mulley. 2002. Explaining Risks: Turning Numerical Data into Meaningful Pictures. *British Medical Journal* 324 (7341): 827–839.

Elo, Satu in Helvi Kyngäs. 2008. The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1): 107–115.

Estrada, Carlos A., Mary Martin Hryniewicz, Vetta Barnes Higgs, Cathy Collins in James C. Byrd. 2000. Anticoagulant Patient Information Material is Written at High Readability Levels. *Stroke* 31: 2966–2970.

Etgar, Michael in Stephen A. Goodwin. 1982. One-sided versus Two-sided Comparative Message Appeals for New Brand Introductions. *Journal of Consumer Research* 8 (4): 460–465.

Evans, Douglas W. 2006. How Social Marketing Works in Health Care. *British Medical Journal* 332 (7551): 1207–1210.

Faerber, Adrienne E. in David H. Kreling. 2012. Content Analysis of Television Advertising for Drugs that Switch from Prescription to Over-The-Counter. *Drug Information Journal* 46 (2): 226–234.

Faunce, Thomas A. 2005. The UNESCO Bioethics Declaration 'social responsibility' principle and cost-effectiveness price evaluations for essential medicines. *Monash Bioethics Review* 24 (3): 10–9.

FDA Code of Federal Regulations. Dostopno prek: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=202.1> (2. september 2012).

Fillon, Mike. 2004. *Ephedra fact and fiction: How politics, the press and the special interests are targeting your rights to vitamins, minerals and herbs*. Orem: Woodland Publishing.

Fishbein, Martin in Icek Ajzen. 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison–Wesley.

– – 1981. Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion. V *Cognitive Responses in Persuasion*, ur. Richard E. Petty, Thomas M. Ostrom in Timothy C. Brock, 339–359. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Flay, Brian R., Don DiTecco in Ronald P. Schlegel. 1980. Mass Media in Health Promotion: An Analysis Using an Extended Information-processing Model. *Health Education & Behavior* 7 (2): 127–147.

Flesch, Rudolph. 1948. A New Readability Yardstick. *Journal of Applied Psychology* 32 (3): 221–233.

Food and Drug Administration (FDA). U.S. Department of health and human services. 1999. *Guidance for Industry, Consumer-Directed Broadcast Advertisements*. Dostopno prek:

<http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/Guidances/ucm125064.pdf> (1. marec 2011).

Food and Drug Administration (FDA). 2004. Guidance for industry: Brief summary: *Disclosing risk information in consumer-directed print advertisements*. Dostopno prek: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm069984.pdf> (10. marec 2011).

Formoso, Giulio, Anna M. Marata in Nicola Magrini. 2007. Social marketing: Should It Be Used to Promote Evidence-based Health Information? *Social Science & Medicine* 64 (4): 949–953.

Foxall, Gordon R., Ronald E. Goldsmith in Stephen Brown. 1998. *Consumer Psychology for Marketing*. Second Edition. London: International Thomson Business Press.

Frank, Robert H. 1988. *Passions within reason: The Strategic Role of the Emotions*. New York: W.W. Norton & Company.

Frank, Richard, Ernst R. Berndt, Julie Donohue, Arnold Epstein in Meredith Rosenthal. 2002. *Trends in Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Frosch, Dominick L., Patrick M. Krueger, Robert C. Hornik, Peter F. Cronholm in Frances K. Barg. 2007. Creating Demand for Prescription Drugs: a Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising. *Annals of Family Medicine* 5 (1): 6–13.

Gagnon, Jean Paul. 1977. Factors affecting Pharmacy Patronage Motives: a literature review. *Journal of American Pharmacists Association* 17: 556–560.

Gergen, Kenneth J. in Mary M. Gergen. 1986. *Social Psychology*. New York: Springer-Verlag.

Glanz, Karen in Barbara K. Rimer. 1997. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute.

Golden, Linda L. in Mark I. Alpert. 1987. Comparative Analysis of the Relative Effectiveness of One- and Two-sided Communication for Contrasting Products. *Journal of Advertising* 16 (1): 18–25.

Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use. Revision 1, 12 January 2009. Bruselj, 12. 1. 2009, ENTR/F/2/SF/jr (2009)D/869. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-2/c/2009_01_12_readability_guideline_final_en.pdf (3. december 2013).

Hall, Danika V., Sandra C. Jones in Donald C. Iverson. 2009. Content Analysis of Disease Awareness Advertisements in Popular Australian Women's Magazines. *Medical Journal of Australia* 191 (11/12): 625–629.

Harker, Michael in Debra Harker. 2007. Direct-to-Consumer-Advertising of Prescription Medicines: A Theoretical Approach to Understanding. *Leadership in Health Services* 20 (2): 76–84.

Harris, William D. III in David J. Moore. 1990. Affect Intensity as an Individual Difference Variable in Consumer Response to Advertising Appeals. *Advances in Consumer Research* 17: 792–797.

Hastings, Gerard B. in Lynn MacFadyen. 2002. The Limitations of Fear Messages. *Tobacco Control* (11): 73–75.

Health Facts. 2004. Dostopno prek: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0815/is_3_29/ai_113778908/pg_3/?tag=content;co/1 (10. januar 2010).

Hemminki, Elina. 1975a. The Role of Prescriptions in Therapy. *Medical Care* 13 (2): 150–159.

-- 1975b. Review of Literature on the Factors Affecting Drug Prescribing. *Social Science and Medicine* 9 (2): 111–115.

Hill, Lilian H. 2006. *Using Visual Concept Mapping to Communicate Medication Information to Patients with Low Health Literacy; A preliminary study*. Second International Conference on Concept Mapping, San José, Costa Rica.

Hochhauser, Mark. 1987. *Readability of AIDS Educational Materials*. 95th Annual Convention of the American Psychological Association, avgust 1987, New York City.

Hoffman, Jerome R. in Michael S. Wilkes. 1999. Direct to Consumer Advertising of Prescription Drugs. *British Medical Journal* 318 (7194): 1301–1302.

Holmes, Erin R. in Shane P. Desselle. 2004. Evaluating the Balance of Persuasive and Informative Content within Product-Specific Print Direct-to-Consumer Ads. *Drug Information Journal* 38 (1): 83–98.

Hovland, Carl I., Irving L. Janis in Harold H. Kelley. 1953. *Communication and Persuasion; Psychological Studies of Opinion Change*. New Haven: Yale University Press.

How to write easy-to-read health materials. *Medline Plus*. Dostopno prek: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/etr.html> (15. marec 2011).

Huh, Jisu in Brenda J. Cude. 2004. Is the Information 'Fair and Balanced' in Direct-to-Consumer Prescription Drug websites? *Journal of Health Communication* 9 (6): 529–540.

Huh, Jisu in Rita Langteau. 2007. Presumed Influence of Direct-to-Consumer (DTC) Prescription Drug Advertising on Patients: The Physician's Perspective. *Journal of Advertising* 36 (3): 151–172.

Jančič, Zlatko. 1993. *Teorija družbene menjave in celostni koncept marketinga*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

-- 2002. Nova družbena odgovornost podjetij. *Industrijska demokracija* 6 (12): 4–7.

– – 2004. Družbena odgovornost podjetij in marketinški koncept. *Teorija in praksa* 41: 5–6.

– – 2013. Uvod. V *Oglaševanje*, ur. Zlatko Jančič in Vesna Žabkar, 20–29. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

JAZMP. Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. Dostopno prek: <http://www.jazmp.si> (15. november 2013).

Jayawardhana, Jayani. 2007. Direct-to-Consumer Advertising and Welfare. *International Journal of Industrial Organization* 31 (2): 164–180.

Kamin, Tanja. 2004. *Promocija zdravja kot mit opolnomočenega državljana*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kanwisher, Nancy G. in Ewa Wojciulik. 2000. Visual Attention: Insights from brain imaging. *Nature Reviews Neuroscience* 1 (2): 91–100.

Kaphingst, Kimberly A., William Dejong, Rima E. Rudd in Lawren H. Daltroy. 2004. A Content Analysis of Direct-to-Consumer Television Prescription Drug Advertisements. *Journal of Health Communication* 9: 515–528.

Karayanni, Despina A. in Christina C. Georgi. 2011. Relating OTC Consumer Buying Styles with Over-the-Counter Medicines Marketing Communications: Does One Size Fit All? V *Proceedings of the 16th International Conference on Corporate Marketing Communications, The New Knowledge Globalization Era: Future Trends Changing Corporate and Marketing Communications*, Atene, Grčija, 412–423. Atene: University of Economics and Business.

Kasesnik, Karin. 2009. Drug Information Management. V *Creativity, Innovation and Management: Proceedings of the 10th International Conference, Management International Conference*, ur. Alen Ježovnik, 1077–1086. Koper: Faculty of Management.

Kasesnik, Karin in Mojca Omerzu. 2009. Promocijski materiali v slovenskih lekarnah. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 25: 16.

Kasesnik, Karin in Mihael Kline. 2011. *Slovenski algoritem berljivosti*. Preliminarno raziskovalno poročilo.

Katz, Daniel. 1960. The Functional Approach to the Study of Attitudes. *Public Opinion Quarterly* 24 (2): 163–204.

Keller, Punam A. in Donald R. Lehmann. 2008. Designing Effective Health Communication: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing* 27 (2): 117–130.

Kennedy, James G. 1996. Over The Counter Drugs. Changing the Roles of Doctors and Pharmacists. *British Medical Journal* 312: 593–594.

Kent, Ann. 2000. Raising awareness or spreading fear? *British Medical Journal* 321 (7255): 247.

Kessler, David A. in Douglas A. Levy. 2007. Direct-to-Consumer Advertising: Is It Too Late to Manage the Risks? *Annals of Family Medicine* 5 (1): 4–5.

Khurana, Rahul N., Paul P. Lee in Pratap Challa. 2003. Readability of Ocular Medication Inserts. *Journal of Glaucoma* 12 (1): 50–53.

Kline, Mihael. 2001.(Ne)informativnost oglašnih sporočil. *Teorija in praksa* 38 (1): 47–62.

– – 2013. Oglaševanje in razumevanje porabnikov. V *Oglaševanje*, ur. Zlatko Jančič in Vesna Žabkar, 124–155. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Knapp, Deanne E. in Paul D. Oeltjen. 1972. Benefits-to-Risks Ratio in Physician Drug Selection. *American Journal of Public Health* 62 (10): 1346–1347.

Kotler, Philip. 1996. *Marketing Management – Trženjsko upravljanje*. Ljubljana: Slovenska knjiga.

– – 1997. *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*. New Jersey: Prentice Hall.

Kotler, Philip in Eduardo L. Roberto. 1989. *Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior*. New York: Free Press.

Kotler, Philip, Ned Roberto in Nancy R. Lee. 2002. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Kover, Arthur J., Stephen M. Goldberg in William L. James. 1995. Creativity vs. Effectiveness? An Integrating Classification for Advertising. *Journal of Advertising Research* 35 (6): 29–39.

Lang, Bodo, Christina Kwai-Choi Lee in Rami Zwick. 1999. Message Sidedness At the Brand and Product Form Levels: Overcoming the Shortcomings of Two-Sided Messages? *Advances in Consumer Research* 26: 485–490.

Lester, Paul M. 2006. *Visual Communication. Images with Messages*. Belmont: Thomson Wadsworth.

Leventhal, Howard. 1971. Fear Appeals and Persuasion: The Differentiation of a Motivational Construct. *American Journal of Public Health* 61: 1208–1224.

Liebman, Milton. 2001. Return on TV Advertising Isn't a Clear Picture. *Medical Marketing & Media* 36 (11): 81–84.

Lilja, John. 1976. How Physicians Choose Their Drugs. *Social Science & Medicine* 10 (7–8): 363–365.

Maibach, Edward W. in Roxanne L. Parrott, ur. 1995. *Designing Health Messages. Approaches From Communication Theory and Public Health Practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Malešič, Marjan, Sandra B. Hrvatin in Marko Polič. 2006. *Komuniciranje v krizi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Manias, Elizabeth. 2010. Medication communication: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66 (4): 933–943.

Mapes, Roy. 1977. Aspects of British General Practitioners' Prescribing. *Medical Care* 15 (5): 371–381.

Marshall, Deborah, Olof Johnell in Hans Wedel. 1996. Meta-Analysis of How Well Measures of Bone Mineral Density Predict Occurrence of Osteoporotic Fractures. *British Medical Journal* 312: 1254–1259.

Mayo Clinic Staff. *Allergies*. Dostopno prek: <http://www.mayoclinic.com/health/allergies> (19. junij 2013).

Mayo Clinic Staff. *Infectious diseases*. Dostopno prek: <http://www.mayoclinic.com/health/infectious-diseases> (20. junij 2013).

Mayo Clinic Staff. *Osteoporosis*. Dostopno prek: <http://www.mayoclinic.com/health/osteoporosis/DS00128/DSECTION=prevention> (18. maj 2013).

McDevitt, John. 2007. *Understanding the Concept of Societal Marketing*. Dostopno prek: <http://www.helium.com/items/344109-understanding-the-concept-of-societal-marketing> (20. november 2008).

McDonald, Malcolm in Ian K. Dunbar. 1995. *Market Segmentation. A Step-By-Step Approach to Creating Profitable Market Segments*. London: MacMillan Publishers.

McGuire, William J. 1984. Public Communication as a Strategy for Inducing Health-Promoting Behavioral Change. *Preventive Medicine* 13: 299–319.

– – 1985. Attitudes and Attitude Change. V *Handbook of Social Psychology*, 2, ur. G. Linzey in E. Aronson, 233–346. New York: Random House.

– – 1990. McGuire's Information-processing Paradigm. V *Sozialpsychologie: Eine Einführung*, ur. Wolfgang Stroebe, Miles Hewstone, Jean-Paul Codol, Geoffrey M. Stephenson, 180. Berlin: Springer.

McMahon, Teresa, Christine M. Clark in George R. Bailie. 1987. Who provides patients with drug information? *British Medical Journal* 294 (6568): 355–356.

Melville, Arabella. 1980. Job Satisfaction in General Practice Implications for Prescribing. *Social Science and Medicine, Part A: Medical Psychology and Medical Sociology* 14 (6): 495–499.

Meredith, Barbara. 1996. Informing patients about the drugs they take. *British Medical Journal* 313 (7053): 315.

Miller, Gerald R. 1963. Studies on the Use of Fear Appeals: A Summary and Analysis. *Central States Speech Journal* 24 (2): 117–125.

Miller, Russell R. 1973. Prescribing Habits of Physician – A review of Studies and Prescribing of Drugs. Parts 1–6. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 7: 492, 557.

– – 1974. Prescribing Habits of Physicians – A Review of Studies and Prescribing of Drugs. Parts 7 and 8. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 8: 81.

Mintzes, Barbara. 2006. Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role? *PLOS Medicine* 3(4): e198.

Mintzes, Barbara, Steve Morgan in James M. Wright. 2009. Twelve Years' Experience with Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada: A Cautionary Tale. *PLOS ONE* 4 (5): e5699.

Mintzes, Barbara, Morris L. Barer, Richard L. Kravitz, Ken Bassett, Joel Lexchin, Arminée Kazanjian, Robert G. Evans, Richard Pan in Marion A. Stephen. 2003. How does Direct-to-

Consumer Advertising (DTCA) Affect Prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *Canadian Medical Association Journal* 169 (5): 405–412.

Mohr, Lois A., Deborah J. Webb in Katherine E. Harris. 2001. Do Consumers Expect Companies to be Socially Responsible? The Impact of Corporate Social Responsibility on Buying Behavior. *Journal of Consumer Affairs* 35 (1): 45–72.

Monahan, Jennifer L. 1995. Thinking Positively. Using Positive Affect when Designing Health Messages. V *Designing Health Messages: Approaches From Communication Theory and Public Health Practice*, ur. Edward Maibach in Roxanne Louiselle Parrott, 81–99. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Montgomery, Brett D., Peter R. Mansfield, Geoffrey K. Spurling in Alison M. Ward. 2008. Do Advertisements for Antihypertensive Drugs in Australia Promote Quality Prescribing? *BMC Public Health* 8: 167.

Morris, Louis A., Ruth Grossman, Gerald Barkdoll in Elizabeth Gordon. 1987. A Segmentational Analysis of Prescription Drug Information Seeking. *Medical Care* 25 (10): 953–964.

Morris, Louis A. in Jerome A. Halperin. 1979. Effects of Written Drug Information on Patient Knowledge and Compliance: A Literature Review. *American Journal of Public Health* 69 (1): 47–52.

Morsing, Mette in Majken Schultz. 2006. Corporate Social Responsibility Communication: Stakeholder Information, Response and Involvement Strategies. *Business Ethics: A European Review* 15 (4): 323–338.

Narayanan, Sridhar, Puneet Manchanda in Pradeep K. Chintagunta. 2003. The Informative versus Persuasive Role of Marketing Communication in New Product Categories: An Application to the Prescription Antihistamines Market. Dostopno prek: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=472881 (15. maj 2012).

Newcomb, Theodore M., Ralph H. Turner in Philip E. Converse. 1965. *Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Nordenberg, Tamar. 1998. Direct to You: TV Drug Ads that Make Sense. *FDA Consumer* 32: 7–10.

O nas. Dostopno prek: <http://lek.si/si/o-nas/predstavitev/o-leku/> (11. november 2012).

OECD. 2010. *PISA Results*. Executive Summary. Dostopno prek: <http://www.oecd.org/dataoecd/34/60/46619703.pdf> (10. maj 2011).

O’Keefe, Daniel J. in Jakob D. Jensen. Gain-framed and Loss-framed Persuasive Messages. The Advantages of Compliance and the Disadvantages of Noncompliance? A Meta-analytic Review of the Relative Persuasive Effectiveness of Gain-framed and Loss-framed Messages. Pripravljeno za objavo v: *Communication yearbook* 30, ur. Christina S. Beck. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Our mission. Dostopno prek: <http://novartis.com/about-novartis/our-mission/index.shtml> (10. november 2012).

Parks, Malcolm R. in Kory Floyd. 1996. Making Friends in Cyberspace. *Journal of Communication* 46 (1): 80–97.

Patients Fear Osteoporosis Quality of Life Impact, Yet Lack Tools to Manage Concerns and Improve Osteoporosis Outcomes, New Survey Says. 2009. Dostopno prek: <http://blog.taragana.com/pr/patients-fear-osteoporosis-quality-of-life-impact-yet-lack-tools-to-manage-concerns-and-improve-osteoporosis-outcomes-new-survey-says-5917/> (13. september 2012).

Pelcher, Devin, Jennifer Miles, Kevin Clauson, Qing Zeng-treitler in Sasikiran Kandula. Readability of the Top 50 Prescribed Drugs in Wikipedia. Dostopno prek: <http://blog.kruresearch.com/2009/12/readability-of-the-top-50-prescribed-drugs-in-wikipedia> (1. marec 2011).

Percy, Larry in Richard Elliot. 2009. *Strategic Advertising Management*. New York: Oxford Univestity Press Inc.

Peters, Ellen, Judith Hibbard, Paul Slovic in Nathan Dieckmann. 2007. Numeracy Skill And The Communication, Comprehension, And Use Of Risk-Benefit Information. Careful attention to information presentation can help the less numerate use important numbers in their health decisions. *Health Affairs* 26 (3): 741–748.

Petty, Richard E. in John T. Cacioppo. 1979. Issue Involvement can Increase or Decrease Persuasion by Enhancing Message – Relevant Cognitive Responses. *Journal of Personality and Social Psychology* 37 (10): 1915–1926.

– – 1981. Issue Involvement as a Moderator of the Effects on Attitude of Advertising Content and Context. *Advances in Consumer Research* 8: 20–24.

– – 1986a. The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology* 19: 123–162.

– – 1986b. *Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change*. New York: Springer.

Petty, Richard E., Gary L. Wells in Timothy C. Brock. 1976. Distraction can Enhance or Reduce Yielding to Propaganda: Thought Disruption versus Effort Justification. *Journal of Personality and Social Psychology* 34 (5): 874–884.

Pharmaceutical Drugs Print Ads. 2008. Eyeing Marketing. Dostopno prek: www.eyeingmarketing.com (13. januar 2009).

Pirtošek, Zvezdan. 2012. Evolution of the human visual brain. V *Proceedings of the 15th International Multiconference*, Volume A, Information Society 2012, 275–277.

Pope, Catherine in Nick Mays. 1995. Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: an Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal* 311: 42–45.

Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov. Ur. l. RS 76/2001, vključno s spremembami 105/2008, 98/2009 and 37/2010. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200176&stevilka=3985> (20. februar 2012).

Pravilnik o označevanju zdravil in navodilu za uporabo. Ur. l. RS 54/2006, vključno s spremembami 21/2012. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200654&stevilka=2303> (2. marec 2014).

Puumalainen, Inka I., Sirpa H. Peura, Heli M. Kansanaho, Charlie S. I. Benrimoj in Marja S. A. Airaksinen. 2005. Progress in patient counselling practices in Finnish community pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice* 13: 149–156.

Qi, Dai, Liang Liang, Cao Zhongpeng in Wu Jianlin. 2010. Responses to Two-sided Advertising: The Moderating Effects of Need for Cognition. V *International conference on engineering and business management (EBM) 2010*, 2456–2459. Dostopno prek: <http://staff.ustc.edu.cn/~wj/paper/Responses%20to%20Two-sided%20Advertising.pdf> (5. marec 2012).

Readability index calculator. Dostopno prek: <http://www.standardsschmandards.com/exhibits/rix/index.php> (20. februar 2011).

Richins, Marsha L. 1997. Measuring Emotions in the Consumption Experience. *Journal of Consumer Research* 24 (2): 127–146.

Rogers, Ronald W. 1975. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology* 91 (1): 93–114.

– – 1983. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. V *Social psychophysiology*, ur. John T. Cacioppo in Richard E. Petty, 153–176. New York: Guilford.

Roskos, Steven E., Lorraine S. Wallace in Barry D. Weiss. 2008. Readability of Consumer Medication Information for Intranasal Corticosteroid Inhalers. *American Journal of Health-System Pharmacy* 65 (1): 65–68.

Rudd, Rima E. *Resources for Developing and Assessing Materials*. Health Literacy Studies. Dostopno prek: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy (25. marec 2011).

– – 2010. *Assessing and developing health materials*. Health Literacy Studies. Boston: Harvard School of Public Health.

Sandoz lani z 10-odstotno rastjo prodaje, Lek uspešno. Dostopno prek: http://siol.net/novice/gospodarstvo/2012/01/sandoz_lani_z_10-odstotno_rastjo_prodaje_lek_uspesno.aspx (9. november 2012).

Sawyer, Alan G. 1973. The Effects of Repetition of Refutational and Supportive Advertising Appeals. *Journal of Marketing Research* 10 (1): 23–33.

Schommer, Jon C., William R. Doucette in Bella H. Mehta. 1998. Rote Learning after Exposure to a Direct-to-Consumer Television Advertisement for a Prescription Drug. *Clinical Therapeutics* 20 (3): 617–632.

Schulz, Richard M. in David B. Brushwood. 1991. The pharmacist's role in patient care. *The Hastings Center Report* 21 (1).

Schutten, Mary in Allison McFarland. 2009. Readability Levels of Health-Based Websites: From Content to Comprehension. *International Electronic Journal of Health Education* 12: 99–107.

Scott, Brian. *Why should the healthcare industry use readability formulas ?* Dostopno prek: <http://www.readabilityformulas.com/articles/whyshould-the-healthcare-industry-use-readability-formulas.php> (10. februar 2011).

Sedlak, Carol A., Margaret O. Doheny in Susan L. Jones. 2000. Osteoporosis Education Programs: Changing Knowledge and Behaviors. *Public Health Nursing* 17 (5): 398–402.

Shearer, Stephen W. 1977. *Evaluation of the Hospital Pharmacist as a Physician's Drug Information Source*. Magistrsko delo. School of Pharmacy, University of North Carolina.

Shrank, William, Jerry Avorn, Cony Rolon in Paul Shekelle. 2007. Effect of Content and Format of Prescription Drug Labels on Readability, Understanding, and Medication Use: A Systematic Review. *Annals of Pharmacotherapy* 41 (5): 783–801.

Sims, Ellen, Ros O'Leary, Julian Cook in Gill Butland. 2006. Visual Literacy: What is it and Do We Need it to Use Learning Technologies Effectively? Dostopno prek: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.91.8587> (20. avgust 2011).

Smith, Athena. 2008. The Social Responsibility of Pharmaceutical Companies. Dostopno prek: <http://www.thefreelibrary.com/The+Social+Responsibility+of+Pharmaceutical+Companies-a01073915863> (2. februar 2011).

Smith, Mickey C. 1983. *Principles of Pharmaceutical Marketing*. Philadelphia: Lea and Febiger.

Social Science and Its Methods. 2013. Dostopno prek: http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205702716.pdf (10. november 2013).

Stange, Kurt C. 2007. Time to Ban Direct-to-Consumer Prescription Drug Marketing. *Annals of Family Medicine* 5 (2): 101–104.

Stern, Scott in Manuel Trajtenberg. 1998. Empirical Implications of Physicians Authority in Pharmaceutical Decisionmaking. *Bulletin on Aging and Health*. December 1998 (Delovno gradivo).

Stout, Patricia A. in Roland T. Rust. 1993. Emotional Feelings and Evaluative Dimensions of Advertising: Are They Related? *Journal of Advertising* 22 (1): 61–71.

Stupak, Bart. 2008. *Direct-to-Consumer Advertising. Marketing, Education or Deception?* Chairman's Opening Statement. Subcommittee on oversight and investigations. House

Committee on Energy and Commerce, US Congress. Washington DC, 8. maj 2008. Dostopno prek: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-110hhrg54104/html/CHRG-110hhrg54104.htm> (20. september 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija. *Medicine Regulatory Support*. Dostopno prek: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/en/index.html (4. september 2012).

Swanson, Lauren A. 1987. The Persuasive Effect of Volunteering Negative Information in Advertising. *International Journal of Advertising* 6 (3): 237–248.

Terrio, Kate in Gary W. Auld. 2002. Osteoporosis Knowledge, Calcium Intake, and Weight-Bearing Physical Activity in Three Age Groups of Women. *Journal of Community Health* 27 (5): 307–320.

The Flesch reading ease readability formula. Dostopno prek: <http://www.readabilityformulas.com/flesch-reading-ease-readabilityformula.php> (15. februar 2011).

The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2001. *Understanding the Effects of Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising*. Dostopno prek: <http://www.kff.org/rxdrugs/upload/Understandingthe-Effects-of-Direct-to-Consumer-Prescription-Drug-Advertising-Report.pdf> (11. januar 2010).

The National Institute for Health Care Management. Research and Educational Foundation. 2000. *Prescription Drugs and Mass Media Advertising*.

The Various Visual Cortexes. Dostopno prek: http://thebrain.mcgill.ca/flash/d/d_02/d_02_cr/d_02_cr_vis/d_02_cr_vis.html (8. avgust 2011).

Therapeutics Initiative. 2006. *Do statins have a role in primary prevention?* Dostopno prek: <http://www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf> (18. januar 2010).

Toš, Niko in Mitja Hafner-Fink. 1998. *Metode družboslovnega raziskovanja*. Ljubljana: FDV.

Turley, Louis W. in Scott W. Kelley. 1997. A Comparison of Advertising Content: Business-to-Business Versus Consumer Services. *Journal of Advertising* 26 (4): 39–48.

Tussing, Lisa in Karen Chapman-Novakofski. 2005. Osteoporosis Prevention Education: Behavior Theories and Calcium Intake. *Journal of the American Dietetic Association* 105 (1): 92–97.

Twaddle, Andrew C. 1979. *Sickness Behavior and the Sick Role*. Boston: G.K. Hall.

Twaddle, Andrew C. in Richard M. Hessler. 1977. *A Sociology of Health*, St. Louis: C.V. Mosby.

Ule, Mirjana. 2005. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

US Government Accountability Office. 2006. *Prescription Drugs: improvements needed in FDA's oversight of direct-to-consumer advertising*. Washington DC. GAO–07–54. November 2006. Dostopno prek: www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-07-54 (3. marec 2009).

Villanueva, Pilar, Salvador Peiró, Julián Librero in Inmaculada Pereiró. 2008. Accuracy of Pharmaceutical Advertisements in Medical Journals. *Lancet* 361 (9351): 27–32.

Visual perception. Chapter 6. Dostopno prek: http://www.oup.com.au/__data/assets/pdf_file/0010/248734/EDW_PSYCH_1_and_2SB_C06.pdf (15. maj 2012).

Visual Thesaurus. Dostopno prek: www.visualthesaurus.com (2. april–15. maj 2012).

Welch Cline, Rebecca J. in Henry N. Young. 2009. Marketing Drugs, Marketing Health Care Relationships: A Content Analysis of Visual Cues in Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising. *Health Communication* 16 (2): 131–157.

Wells, James A. in Randall L. Sell. 1991. *Learning AIDS: A Special Report on Readability, Literacy, and the HIV Epidemic*. Chevy Chase, Md: American Foundation for AIDS Research.

White, Marsha in Steve M. Dorman. 2001. Receiving Social Support Online: Implications for Health Education. *Health Education Research* 16 (6): 693–707.

Why Rubin-Ehrenthal sticks exclusively to DTC accounts. 1999. Intervju El Warren Ross, *Medical Marketing and Media*, september 1999.

Wilkes, Michael S., Robert A. Bell in Richard L. Kravitz. 2000. Direct-To-Consumer Prescription Drug Advertising: Trends, Impact, and Implications. *Health Affairs* 19 (2): 110–128.

Williams, Mark V., Terry Davis, Ruth M. Parker in Barry D. Weiss. 2002. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine* 34 (5): 383–389.

Williamson, James M. L. in Alexandra Martin. 2010. Analysis of Patient Information Leaflets Provided by a District General Hospital by the Flesch and Flesch-Kincaid Method. *International Journal of Clinical Practice* 64 (13): 1824–1831.

Witte, Kim. 1992a. Putting the Fear back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs* 59: 329–349.

– – 1992b. The Role of Threat and Efficacy in AIDS Prevention. *International Quarterly of Community Health Education* 12: 225–249.

Wolf, Michael S., Terry C. Davis, William Shrank, David N. Rapp, Pat F. Bass, Ulla M. Connor, Marla Clayman in Ruth M. Parker. 2007. To Err is Human: Patient Misinterpretations of Prescription Drug Label Instructions. *Patient Education and Counseling* 67: 293–300.

Wolfe, Sidney M. 2002. Direct-to-Consumer Advertising – Education or Emotion Promotion? *New England Journal of Medicine* 346 (7): 524–526.

Woloshin, Steven, Lisa M. Schwartz, Jennifer Tremmel in Gilbert H. Welch. 2001. Direct-to-Consumer Advertisements for Prescription Drugs: What are Americans being sold? *Lancet* 358 (9288): 1141–1146.

Worden, John K. in Brian S. Flynn. 2001. The Case for Persuasive Health Messages. Editorial debate. *Effective Clinical Practice* 4 (2): 73–75.

World's most admired companies. Dostopno prek: <http://money.cnn.com/magazines/fortune/mostadmired/2011/industries/43.html> (20. oktober 2012).

Worthen, Dennis B. 1973. Prescribing Influences: An Overview. *Medical Education* 7 (2): 109–117.

Wyer, Robert S. 2008. The Role of Knowledge Accessibility in Cognition and Behavior: Implications for Consumer Information Processing. V *Handbook of consumer psychology*, ur. C. Haugtvedt, P. M. Herr in F. R. Kardes, 31–76. New York: Psychology Press.

Zachry, Woodie M., James E. Dalen in Terrence R. Jackson. 2003. Clinicians' Responses to Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medications. *Archives of Internal Medicine* 163 (15): 1808–1812.

Yeshin, Tony. 1996. *Marketing Communications Strategy*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Yusuff, Kazeem B. in Akeem Yusuf. 2009. Advertising of OTC Products in a Nigerian Urban Setting: Content Analysis for Indications, Targets, and Advertising Appeal. *Journal of the American Pharmacists Association* 49 (3): 432–435.

STVARNO IN IMENSKO KAZALO

Ajzen, Icek	22, 57, 70	Belch, George E.	20, 21, 32, 33, 71, 72, 73, 87, 122, 123
alergije	51, 52, 53, 87, 88, 90, 95, 96, 106, 107, 108, 110, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 123, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139	Bell, Robert A.	30, 59, 68, 81, 112, 115, 117, 118, 121
Andreasen, Alan R.	30, 55	berljivost	16, 17, 36, 37, 39, 66, 67, 68, 80, 83, 85, 86, 93, 95, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 140, 143, 159, 160, 161, 162, 163, 164
apeli	16, 18, 19, 20, 21, 33, 61, 68, 69, 71, 81, 83, 86, 98, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 126, 159, 163, 164	Berndt, Ernst R.	40, 69
apeli, emocionalni	16, 17, 21, 26, 32, 33, 34, 68, 69, 71, 77, 80, 81, 86, 111, 112, 113, 114, 116, 120, 121, 122, 159, 161, 162, 163, 164	Bhattacharjee, Anol	98, 99, 142
apeli, racionalni	16, 17, 21, 32, 33, 34, 68, 69, 71, 80, 81, 86, 111, 112, 113, 114, 116, 120, 121, 122, 159, 160, 161, 162, 163, 164	Blenkinsopp, Alison	36, 37, 45, 46
Bastič, Majda	96	Bradley, Colin	36, 37, 45
		Cacioppo, John T.	23, 58, 62, 63, 70
		Cialdini, Robert B.	25

Cocks, Douglas L.	27	enostranskost sporočil	24, 72, 87, 125, 126, 129, 159, 164
Cude, Brenda J.	72, 125, 126	Etgar, Michael	72, 123
čustva	21, 24, 25, 26, 33, 35, 41, 42, 47, 61, 62, 70, 71, 86, 111, 113, 122, 164	Fishbein, Martin	22, 57, 70
Damasio, Antonio	25, 70, 86, 111, 113, 122	Flesch, Rudolph	67, 95, 101
Day, Ruth S.	77, 78, 79, 91, 93, 141	Frosch, Dominick L.	29, 77, 83, 93
Demšar Pečak, Nataša	55	Goodwin, Stephen A.	72, 123
Desselle, Shane P.	69, 71, 111	Hemminki, Elina	48
družbena odgovornost	16, 61, 63, 64, 65, 66, 84, 86, 110, 111, 112, 114, 116, 119, 121, 122, 132, 133, 140, 143, 161, 162, 163, 165	hipoteze	16, 17, 24, 49, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 96, 97, 100, 102, 108, 111, 113, 114, 121, 123, 126, 127, 131, 133, 141, 152, 156, 160, 165
dvostranskost sporočil	16, 24, 65, 72, 73, 87, 113, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 133, 159, 162, 163, 164	Holmes, Erin R.	69, 71, 86, 111, 112, 122
		Huh, Jisu	31, 72, 125, 126

infekcijske bolezni	42, 51, 52, 87, 90, 95, 96, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 123, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 148	javnost, strokovna	159, 160, 161, 162, 163, 164, 165
		Jensen, Jakob D.	73, 87, 123, 131
		Kaphingst, Kimberly A.	68, 77, 121, 125
Jančič, Zlatko	18, 21, 55, 64, 65	Kasesnik, Karin	40, 72, 77, 94, 101
javnost, splošna	15, 16, 17, 28, 36, 37, 40, 43, 60, 61, 67, 68, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 102, 108, 109, 111, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165	Kline, Mihael	21, 101, 122
		koristnosti	15, 16, 17, 21, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 44, 45, 54, 55, 59, 60, 63, 66, 68, 69, 71, 72, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 87, 94, 98, 100, 108, 109, 110, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 141, 143, 150, 159, 161, 162, 163, 164
javnost, strokovna	15, 16, 17, 28, 37, 43, 46, 68, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 105, 108, 109, 111, 141, 144, 145, 146, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158,	Kotler, Philip	19, 21, 30, 55, 58, 61, 63, 83, 99, 141, 142
		Malešič, Marjan	42

McFarland, Allison	66, 67, 100	Petty, Richard E.	23, 58, 62, 63, 70
Mintzes, Barbara	29, 35, 40, 41	Pirtošek, Zvezdan	75
Monahan, Jennifer L.	62, 63	prepričevanje	16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 32, 51, 65, 68, 70, 81, 86, 93, 98, 111, 132, 140, 160
odločanje	17, 19, 21, 24, 30, 31, 35, 46, 47, 78, 93, 132, 150, 155	promocija	15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 32, 34, 35, 36, 41, 45, 51, 52, 53, 59, 60, 62, 65, 66, 69, 71, 83, 88, 92, 108, 122, 139
oglaševanje	15, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 47, 48, 55, 64, 68, 69, 71, 72, 77, 81, 83, 87, 88, 115, 124, 134, 136, 140, 164	razumevanje	16, 17, 24, 29, 31, 38, 45, 46, 51, 58, 64, 66, 67, 68, 69, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 88, 93, 99, 100, 101, 105, 133, 140, 141, 143, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165
O'Keefe, Daniel J.	73, 87, 123, 131	Rudd, Rima E.	67, 68, 100
osteoporozna	29, 51, 53, 54, 55, 59, 60, 87, 88, 90, 91, 95, 96, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 123, 127, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139	Schutten, Mary	66, 67, 100

socialni marketing	15, 17, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 83, 91, 95	vedenje	82, 83, 84, 86, 91, 92, 93, 111, 113, 131, 140, 158, 159, 164, 165
Toš, Niko	97, 98	vizualni ključi	17, 73, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 88, 98, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 159, 161, 162, 163, 164
tveganja	15, 16, 17, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 40, 42, 44, 45, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 68, 71, 72, 73, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 87, 89, 91, 92, 94, 98, 99, 100, 108, 109, 110, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 141, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164	Welch Cline, Rebecca J.	77, 133, 134, 136, 137, 139
		Wilkes, Michael S.	29, 34, 68, 77, 141
		Wyer, Robert S.	77, 141
		Young, Henry N.	77, 133, 134, 136, 137, 139
		Yusuf, Akeem	69
Ule, Mirjana	22, 23, 24	Yusuff, Kazeem B.	69
vedenje	16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 41, 42, 47, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79,		

Priloge

Priloga A: Apeli »učinkovitost« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Posamezni apeli	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n=3 x 10) I; A; O	Prepričljivost: 1/2/3 ** I; A; O
Učinkovitost		150; 52; 216	10/10; 10/10; 10/10	
Učinkovit		91; 27; 180	10/10; 10/10; 9/10	
	a) Učinkovit – Učinkovit; povečanje učinkovitosti. Drugo: različne ravni učinkovitosti: podpiranje, povečanje ali zmanjšanje učinka. – Prikladen učinek še določen čas po prenehanju jemanja zdravil. – Dokazan; prikazan; potrjen (z raziskavami). – Deluje; skrbi za; podpira.	82; 19; 93 37; 12; 77	10/10; 8/10; 9/10 9/10; 8/10; 9/10	1; 1; 1
	– Prikladen učinek še določen čas po prenehanju jemanja zdravil. – Dokazan; prikazan; potrjen (z raziskavami).	0; 0; 1	0/10; 0/10; 1/10	/; /; 1
	– Deluje; skrbi za; podpira.	11; 0; 12	2/10; 0/10; 4/10	1; /; 1
	b) Kakovost/prednosti – Kakovost: visoka kakovost izdelkov, dolg rok trajanja, dolga tradicija, primerjalno boljši. – Posebne prednosti: primerjalno močnejše delovanje, pomembna vloga izdelka/proizvajalca; poseben(-a) (skupina, postopek, lastnost); hitrejše okrevanje; omogoča manjšo uporabo drugih zdravil/sočasno uporabo drugih zdravil.	34; 7; 3 9; 8; 87 4; 8; 52	8/10; 4/10; 1/10 5/10; 5/10; 9/10 2/10; 5/10; 8/10	1; 1; 1 1; 1; 1
	– Posebne prednosti: primerjalno močnejše delovanje, pomembna vloga izdelka/proizvajalca; poseben(-a) (skupina, postopek, lastnost); hitrejše okrevanje; omogoča manjšo uporabo drugih zdravil/sočasno uporabo drugih zdravil.	5; 0; 35	3/10; 0/10; 8/10	1; /; 1
Zdravi, Preventiva		5; 2; 1	4/10; 1/10; 1/10	
	Omogoča zdravljenje bolezni.	3; 1; 1	3/10; 1/10; 1/10	1; 1; 1
	Pomaga zdraviti.	1; 1; 0	1/10; 1/10; 0/10	1; 1; /
	Preprečuje.	1; 0; 0	1/10; 0/10; 0/10	1; /; /
Inovativen, Močan		4; 2; 19	3/10; 1/10; 8/10	
	Inovativen; inovacije; moderen; zdravilo izbire; edino zdravilo te vrste; nov.	4; 2; 7	3/10; 1/10; 7/10	1; 1; 1
	Močnejši, najmočnejši.	0; 0; 12	0/10; 0/10; 7/10	/; /; 1
Nadzor simptomov		50; 21; 16	9/10; 10/10; 7/10	
	Uravnavanje simptomov (spoprijema se z, deluje na, se spopada z; priporočeno simptomatsko zdravljenje).	5; 1; 1	3/10; 1/10; 1/10	1; 1; 1
	Zmanjševanje simptomov (olajša, ublaži, umiri simptome, probleme).	36; 15; 8	9/10; 8/10; 3/10	1; 1; 1
	Odpravljanje simptomov.	9; 5; 7	4/10; 5/10; 5/10	1; 1; 1

Priloga B: Apeli »socialno-psihološkega izboljšanja« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2, H3a in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Posamezni apeli	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Prepričljivost: 1/2/3 ** I; A; O
Socialno-psihološko izboljšanje		21; 1; 65	7/10; 1/10; 9/10	
Psihološki, Življenjski slog	Izboljša (dobro počutje).	7; 0; 8	3/10; 0/10; 6/10	2; /; /
	Omogoča boljše počutje.	2; 0; 0	1/10; 0/10; 0/10	2; /; /
	Za močnejše počutje.	5; 0; 0	3/10; 0/10; 0/10	/; /; 2
	Povečanje kakovost življenja.	0; 0; 6	0/10; 0/10; 6/10	/; /; 2
Socialen, Družbena odgovornost		0; 0; 2	0/10; 0/10; 2/10	/; /; 2
	Poveča privlačnost (boljši izgled).	0; 0; 8	0/10; 0/10; 4/10	/; /; 2
	Naš nadzor je zahtevnejši, kot se zakonsko zahteva.	0; 0; 4 0; 0; 4	0/10; 0/10; 4/10 0/10; 0/10; 4/10	/; /; 2 /; /; 2
K bolnikom usmerjen		14; 1; 49	4/10; 1/10; 9/10	
	a) Svetovanje: nasveti strokovnjakov, pogovor o možnostih zdravljenja (nasvet v lekarni).	9; 1; 19	2/10; 1/10; 5/10	2; 2; 2
	b) Zadovoljitev potrebe: zadovoljitev (izpolnjevanje) potrebe (pričakovanj); prednosti za bolnike; veselje v gibanju; svoboda gibanja; napaka se ne more narediti; zdravje je največje bogastvo; za omogočanje zdravja.	5; 0; 30	2/10; 0/10; 8/10	2; /; 2

Priloga C: Apeli »enostavnost uporabe« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelo	Posamezni apeli	Frekvence apelo I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Prepričljivost: 1/2/3 ** I; A; O
Enostavnost uporabe		57; 18; 29	10/10; 7/10; 10/10	
Prikladen, Ekonomičen	Prikladen; lekarna v vaš dom. Enostaven za uporabo; na razpolago v (določeni farmacevtski) obliki. Neredno odmerjanje; zadostuje odmerjanje enkrat na dan. Lahek; zdravilo se lahko vzame pred ali med obrokom. Napaka se ne more narediti – velja tudi za ceno zdravila.	14; 6; 6 3; 1; 0 5; 1; 1 0; 2; 0 6; 2; 1 0; 0; 4	7/10; 4/10; 6/10 3/10; 1/10; 0/10 3/10; 1/10; 1/10 0/10; 1/10; 0/10 4/10; 1/10; 1/10 0/10; 0/10; 4/10	1; 1; / 1; 1; 1 /; 1; / 1; 1; 1 /; /; 1
Primeren za posamezne podskupine bolnikov	Primeren za (določene) skupine bolnikov, glede na starost, spol in zdravstveno stanje.	16; 1; 9	7/10; 1/10; 7/10	1; 1; 1
Enostaven za organizem	a) Dobra complianca: prijazen do uporabnika; blag(o) (delujoč); prijazen; prijeten (osvežujoč, določen) okus. b) Interakcije: umanjkanje interakcij.	14; 2; 10 12; 0; 10 2; 2; 0	4/10; 2/10; 5/10 5/10; 0/10; 5/10 2/10; 2/10; 0/10	1; /; 1 1; 1; /
Hitro delujoč	Hitro deluje. Prične delovati (učinkovati) že po (določenem času); takojšnje delovanje; takojšnje prenehanje simptomov; hitro olajšanje simptomov.	13; 9; 4 9; 1; 3 4; 8; 1	5/10; 5/10; 2/10 2/10; 1/10; 1/10 4/10; 5/10; 1/10	1; 1; 1 1; 1; 1

Priloga D: Apeli »varnost« v treh terapevtskih skupinah in njihova prepričljivost; za testiranje H1, H2 in H3b

Kategorija, podkategorije apelov	Posamezni apeli	Frekvence apelov I; A; O*	Apeli v gradivih (n = 3 x 10) I; A; O	Prepričljivost: 1/2/3 ** I; A; O
Varnost		9; 6; 14	6/10; 2/10; 6/10	
Varen		3; 3; 1	2/10; 2/10; 1/10	
	Varen. Varnejša alternativa.	2; 3; 1 1; 0; 0	1/10; 2/10; 1/10 1/10; 0/10; 0/10	3; 3; 3 1; /; /
Naraven		2; 0; 11	1/10; 0/10; 6/10	
	Naraven; deluje naravno. Pomoč (prihaja) iz narave; registriran kot naravno zdravilo.	2; 0; 5 0; 0; 6	1/10; 0/10; 2/10 0/10; 0/10; 5/10	1; /; 1 /; /; 1
Ne povzroča zasvojenosti, medikalizacije		4; 3; 2	4/10; 2/10; 1/10	
	Ne povzroča zasvojenosti, medikalizacije.	0; 0; 1	0/10; 0/10; 1/10	/; /; 1
	Umanjkanje (odsotnost) različnih neželenih učinkov.	4; 0; 0	4/10; 0/10; 0/10	3; /; /
	Ne povzroča zaspanosti.	0; 2; 0	0/10; 2/10; 0/10	/; 1; /
	Ohranja aktivnost.	0; 1; 0	0/10; 1/10; 0/10	/; 1; /
	Zelo dobro se prenaša.	0; 0; 1	0/10; 0/10; 1/10	/; /; 1

Priloga E: Vprašalnik za splošno javnost

Prosimo, preberite besedilo o zdravilu in odgovorite na vprašanja.

I. Vaši osnovni podatki:

Pri vprašanjih I.A–I.C prosimo obkrožite črko pred izbranim odgovorom!

I.A Starost:

- a) do 30 let
- b) 30–50 let
- c) nad 50 let

I.B Spol:

- a) m
- b) ž

I.C Stopnja izobrazbe:

- a) nižja izobrazba
- b) srednja izobrazba
- c) višja ali visoka izobrazba
- d) podiplomska izobrazba (magisterij, doktorat)

II. 1) Kako bi na osnovi prebranega besedila ocenili zdravilo?

V polje pod ustrezen odgovor prosimo napišite križec!

Dobro učinko=vito	Dobro učinko=vito	Dobro učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Zmerno učinko=vito	Slabo učinko=vito	Slabo učinko=vito	Slabo učinko=vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Zelo neuspešno zdravi

II. 2) Prosimo, ocenite razumljivost besedila in odločitev za nakup zdravila!

V polje pod ustrezen odgovor prosimo napišite križec!

Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo
Zagotovo BI SE odločil za nakup zdravila	Niti BI SE NE BI odločil za nakup zdravila	Zagotovo SE NE BI odločil za nakup zdravila	Zagotovo BI SE odločil za nakup zdravila	Niti BI SE NE BI odločil za nakup zdravila	Zagotovo SE NE BI odločil za nakup zdravila	Zagotovo BI SE odločil za nakup zdravila	Niti BI SE NE BI odločil za nakup zdravila	Zagotovo SE NE BI odločil za nakup zdravila

III. Prosimo, označite zdravila, ki ste jih že uporabili za lajšanje simptomov pri virusnih obolenjih!

Prosimo, obkrožite črko pred enim ali več odgovori!

- | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|
| a) Aspirin ali Aspirin C | d) Fluimukan | g) Coldrex |
| b) Daleron Cold 3 | e) Lekadol | h) Angal |
| c) Ascalcin | f) Granobil | i) Septotele |

Hvala za sodelovanje!

Priloga F: Imena zdravil, ki so jih predstavniki splošne javnosti, ki so prebrali Besedilo 1, za lajšanje simptomov pri infekcijskih (virusnih) boleznih že uporabili: frekvenca; ustreza odgovoru III v vprašalniku

Zdravilo	Frekvenca	Zdravilo	Frekvenca	Zdravilo	Frekvenca
Aspirin ali Aspirin C	12	Fluimukan	2	Coldrex	6
Daleron Cold 3	4	Lekadol	15	Angal	4
Ascalcin	0	Granobil	2	Septotele	11

Priloga G: Imena zdravil, ki so jih predstavniki splošne javnosti, ki so prebrali Besedilo 2, za lajšanje simptomov pri infekcijskih (virusnih) boleznih že uporabili: frekvenca; ustreza odgovoru III v vprašalniku

Zdravilo	Frekvenca	Zdravilo	Frekvenca	Zdravilo	Frekvenca
Aspirin ali Aspirin C	6	Fluimukan	2	Coldrex	6
Daleron Cold 3	4	Lekadol	10	Angal	3
Ascalcin	0	Granobil	4	Septotele	8

Priloga H: Delež respondentov iz splošne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje z enim ali obema zdraviloma

	Število respondentov iz splošne javnosti z izkušnjami z vsaj 1 zdravilom (% respondentov)	Število respondentov iz splošne javnosti z izkušnjami z obema zdraviloma (% respondentov)
Besedilo 1	15 (100 %)	4 (26,7 %)
Besedilo 2	11 (73,3 %)	3 (20,0 %)

Priloga I: Povezava dobre učinkovitosti zdravljenja z dobro razumljivostjo besedila ter zmerne učinkovitosti zdravljenja s povprečno razumljivostjo besedila po posameznih respondentih iz splošne javnosti

	Dobro učinkovito/ Malo tveganj/ Zelo uspešno zdravi <i>z</i>	Dobro učinkovito/ Zmerna tveganja/ Uspešno zdravi <i>z</i>	Dobro učinkovito/ Zmerna tveganja/ Uspešno zdravi <i>z</i>	Dobro učinkovito/ Veliko tveganj/ Uspešno zdravi <i>z</i>	Dobro učinkovito/ Veliko tveganj/ Uspešno zdravi <i>z</i>	Zmerno učinkovito/ Malo tveganj/ Zmerno uspešno zdravi <i>s</i>	Zmerno učinkovito/ Zmerna tveganja/ Zmerno uspešno zdravi <i>s</i>	Zmerno učinkovito/ Veliko tveganj/ Zmerno uspešno zdravi <i>s</i>	Zmerno učinkovito/ Veliko tveganj/ Zmerno uspešno zdravi <i>s</i>
	Dobro razumljivo besedilo / Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Zagotovo bi se odločil za nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Niti bi se niti se ne bi odločil za nakup zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Zagotovo se ne bi odločil za nakup zdravila
Besedilo 1	2	0	5	0	0	0	1	1	0
Besedilo 2	1	3	2	1	1	1	1	0	1

Priloga J: Vprašalnik za strokovno javnost

Prosimo, preberite besedilo o zdravilu in odgovorite na vprašanja.

I. Vaši osnovni podatki:

Pri vprašanjih I.A–I.D prosimo obkrožite črko pred izbranim odgovorom!

I.A Starost:

- a) do 30 let
- b) 30–50 let
- c) nad 50 let

I.B Spol:

- a) m
- b) ž

I.C Stopnja izobrazbe:

- a) nižja izobrazba
- b) srednja izobrazba
- c) višja ali visoka izobrazba
- d) podiplomska izobrazba (magisterij, doktorat)

I.D Lekarna, v kateri delam, je:

- a) javna
- b) zasebna

II. 1) Kako bi na osnovi prebranega besedila ocenili zdravilo?

V polje pod ustrezen odgovor prosimo napišite križec!

Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Dobro učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Zmerno učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito	Slabo učinko= vito
Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj	Malo tveganj	Zmerna tveganja	Veliko tveganj
Zelo uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Zmerno uspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Neuspešno zdravi	Zelo neuspešno zdravi

II. 2) Prosimo, ocenite razumljivost besedila in odločitev o svetovanju bolnikom!

V polje pod ustrezen odgovor prosimo napišite križec!

Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Dobro razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Povprečno razumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo	Popolnoma nerazumljivo besedilo
Zagotovo BIsvetoval nakup zdravila	Niti BIniti NE BIsvetoval nakupa zdravila	Zagotovo BINE BIsvetoval nakupa zdravila	Zagotovo BIsvetoval nakup zdravila	Niti BIniti NE BIsvetoval nakupa zdravila	Zagotovo NE BIsvetoval nakupa zdravila	Zagotovo BIsvetoval nakup zdravila	Niti BIniti NE BIsvetoval nakupa zdravila	Zagotovo NE BIsvetoval nakupa zdravila

III. Prosimo, označite zdravila, ki ste jih že svetovali bolnikom za lajšanje simptomov pri virusnih obolenjih!

Prosimo, obkrožite črko pred enim ali več odgovori!

- | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|
| a) Aspirin ali Aspirin C | d) Fluimukan | g) Coldrex |
| b) Daleron Cold 3 | e) Lekadol | h) Angal |
| c) Ascalcin | f) Granobil | i) Septolete |

Hvala za sodelovanje!

Priloga K: Delež respondentov iz strokovne javnosti, ki so ocenjevali besedilo in že imajo izkušnje s svetovanjem enega ali obeh zdravil

	Število respondentov z izkušnjami s svetovanjem vsaj enega zdravila (% respondentov)	Število respondentov z izkušnjami s svetovanjem obeh zdravil (% respondentov)
Besedilo 1	15 (100 %)	11 (73,3 %)
Besedilo 2	15 (100 %)	9 (60,0 %)

Priloga L: Povezava dobre učinkovitosti zdravljenja z dobro razumljivostjo besedila ter zmerne učinkovitosti zdravljenja s povprečno razumljivostjo besedila po posameznih respondentih iz strokovne javnosti

	Dobro učinkovito/ Malo tveganj/ Zelo uspešno zdravi	Dobro učinkovito/ Zmerna tveganja/ Uspešno zdravi	Dobro učinkovito/ Zmerna tveganja/ Uspešno zdravi	Dobro učinkovito/ Veliko tveganj/ Uspešno zdravi	Dobro učinkovito/ Veliko tveganj/ Uspešno zdravi	Zmerno učinkovito/ Malo tveganj/ Zmerno uspešno zdravi	Zmerno učinkovito/ Zmerna tveganja/ Zmerno uspešno zdravi	Zmerno učinkovito/ Veliko tveganj/ Zmerno uspešno zdravi	Zmerno učinkovito/ Veliko tveganj/ Zmerno uspešno zdravi
	z	z	z	z	z	s	s	s	s
	Dobro razumljivo besedilo/ Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Dobro razumljivo besedilo/ Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Zagotovo ne bi svetoval nakupa zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Zagotovo bi svetoval nakup zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Niti bi niti ne bi svetoval nakupa zdravila	Povprečno razumljivo besedilo/ Zagotovo ne bi svetoval nakupa zdravila
Besedilo 1	4	2	0	0	0	0	2	1	0
Besedilo 2	0	2	1	1	2	0	0	0	1