

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

رساله دکتری رشته مدیریت ورزشی، گرایش اوقات فراغت و ورزش‌های تفریحی

ارائه مدل بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی سالمندان

نگارنده: زهرا روحانی

اساتید راهنما

دکتر رضا اندام

دکتر حسن بحر العلوم

استاد مشاور

دکتر ژاله معماری

تیرماه ۱۳۹۹

شماره: ۲۲/۲۸۰۸
تاریخ: ۹۹/۶/۱۰
ویرایش:

باسمه تعالی



مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم شماره ۱۱: صورت جلسه نهایی دفاع از رساله دکتری (Ph.D)

بدینوسیله گواهی می شود خانم زهرا روحانی دانشجوی دکتری رشته مدیریت ورزشی (گرایش اوقات فراغت و ورزش های تفریحی) به شماره دانشجویی ۹۴۰۰۵۵۵ ورودی مهر ۱۳۹۴ در تاریخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۹ از رساله نظری / عملی خود با عنوان: ارائه مدل بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی سالمندان دفاع و با اخذ نمره به درجه : نائل گردید.

الف) درجه عالی: نمره ۱۹-۲۰ ☒ (ب) درجه خیلی خوب: نمره ۱۸/۹۹ - ۱۷ ☐
ج) درجه خوب: نمره ۱۶/۹۹ - ۱۵ ☐ (د) مردود: کمتر از ۱۵ ☐

ردیف	هیئت داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	امضاء
۱	دکتر رضا اندام دکتر حسن بحرالعلوم	اساتید راهنما	دانشیار	
۲	دکتر زاله معماری	مشاور	دانشیار	
۳	دکتر مرتضی دوستی	استاد مدعو خارجی	دانشیار	
۴	دکتر سید رضا حسینی نیا	استاد مدعو داخلی	استادیار	
۵	دکتر هادی باقری	استاد مدعو داخلی	استادیار	
۶	دکتر	سرپرست (نماینده) تکمیلی دانشکده	استادیار	

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

ضمن تأیید مراتب فوق مقرر فرمائید اقدامات لازم در خصوص انجام مراحل دانش آموختگی خانم زهرا روحانی بعمل آید.

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

تاریخ و امضاء و مهر دانشکده:



تقدیم اثر

تقدیم به تمامی دوست داران و جویندگان علم و دانش که همواره در راستای بهبود و تعالی جهان، هستی در تلاش و کوشش

هستند

تشکر و قدردانی

درد و سپاس خدای را که به جسم و روانم سلامتی و قدرت بخشید تا قدمی هر چند ناچیز در راستای توسعه ی علم و دانش

بردارم.

سپاس از خانواده عزیزم، پدر و مادر مهربانم، همسر عزیزم، خواهر و برادرانم که همواره پشتیبان و حامی من بوده اند.

سپاس از اساتید بزرگوار جناب آقای دکتر رضا اندام و دکتر حسن بحر العلوم و سرکار خانم دکتر ژاله معاری که در طول

انجام پژوهش من را از راهنمایی و مشاوره خود بهره مند نمودند.

و سپاس از اساتید محترم داور جناب آقایان دکتر سید رضا حسینی نیا، دکتر هادی باقری و دکتر مرتضی دوستی.

تعمدنامه

اینجانب **زهرا روحانی** دانشجوی دوره دکتری رشته مدیریت ورزشی دانشکده علوم ورزشی دانشگاه صنعتی شاهرود نویسنده پایان نامه ارائه مدل بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی سالمندان تحت راهنمایی دکتر رضا اندام و دکتر حسن بحر العلوم متعهد می‌شوم.

- تحقیقات در این پایان نامه توسط اینجانب انجام شده است و از صحت و اصالت برخوردار است.
- در استفاده از نتایج پژوهشهای محققان دیگر به مرجع مورد استفاده استناد شده است.
- مطالب مندرج در پایان نامه تاکنون توسط خود یا فرد دیگری برای دریافت هیچ نوع مدرک یا امتیازی در هیچ جا ارائه نشده است.
- کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد و مقالات مستخرج با نام «دانشگاه صنعتی شاهرود» و یا «Shahrood University of Technology» به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تأثیرگذار بوده‌اند در مقالات مستخرج از پایان نامه رعایت می‌گردد.
- در کلیه مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که از موجود زنده (یا بافتهای آنها) استفاده شده است ضوابط و اصول اخلاقی رعایت شده است.
- در کلیه مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که به حوزه اطلاعات شخصی افراد دسترسی یافته یا استفاده شده است اصل رازداری، ضوابط و اصول اخلاقی انسانی رعایت شده است.

تاریخ

امضای دانشجو

مالکیت نتایج و حق نشر

کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج، کتاب، برنامه‌های رایانه‌ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده است) متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می‌باشد. این مطلب باید به نحو مقتضی در تولیدات علمی مربوطه ذکر شود. استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نمی‌باشد.

چکیده

بازاریابی اجتماعی بر استفاده از مفاهیم بازاریابی تجاری و کاربرد آن‌ها برای اهداف اجتماعی و تغییر رفتار داوطلبانه افراد به صورت غیرانتفاعی تأکید می‌کند. هدف پژوهش حاضر، کارایی بازاریابی اجتماعی در تغییر فعالیت بدنی سالمندان بود که به روش مرور نظامند انجام شد و در ادامه، ارائه مدل بازاریابی اجتماعی برای ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان بود.

بدین منظور، در بخش نخست پژوهش، مقالات و منابع مرتبط با مداخلات بازاریابی اجتماعی در جهت ارتقای فعالیت بدنی سالمندان طی سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۰۰ مدنظر قرار گرفتند. پس از جستجوی پایگاه‌های علمی و غربالگری مقالات طی چند مرحله ۹ مقاله برای تحلیل انتخاب شدند. همچنین اجزای آمیخته بازاریابی در مداخلات استخراج شد و یافته‌ها بر اساس ۶ معیار سنجش مداخلات بازاریابی اجتماعی اندریسن تحلیل شد. در اغلب مقالات ۴ جزء آمیخته بازاریابی به کار گرفته شده بود. مداخله‌ای یافت نشد که ۶ معیار سنجش بازاریابی اجتماعی اندریسن را به کار گرفته باشد. ۵ پژوهش تغییرات رفتاری مثبت (مشارکت در فعالیت بدنی) را گزارش کردند. این در حالی است که در سایر پژوهش‌ها، تغییر رفتار منفی گزارش نشده بود. یافته‌ها نشان دادند، بهره‌گیری از بازاریابی اجتماعی با رویکرد تغییر رفتاری مؤثر می‌تواند برای ارتقای سطح و کیفیت فعالیت بدنی در سالمندان مفید واقع گردد.

بخش دوم پژوهش به روش کیفی و با رویکرد فراترکیب انجام شد. در این بخش نیز به مرور اسناد (کتب، مقالات، رساله‌ها و صفحات وب) مختلف از سال ۲۰۱۹-۲۰۰۰ پرداخته شد. پس از طی چند مرحله غربالگری که بر مبنای فلوچارت پریزما انجام شد، در نهایت ۴۴ سند انتخاب و کدگذاری شد و تم‌ها و مقولات اصلی پژوهش به دست آمد. روایی آن توسط متخصصان تأیید و پایایی درونی بر مبنای شاخص کاپا معادل ۰/۶۷۴ به دست آمد ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به یافته‌ها، سطح بازاریابی، اهداف رفتاری، ارتباطات، فرآیند، رقابت، مخاطب محوری و رفتار پایدار به عنوان مقوله‌های اصلی بدست آمد. در مقوله سطح بازاریابی، مؤلفه‌ها در سه سطح خرد، میانه و کلان توزیع شدند. در مقوله اهداف رفتاری، دو مؤلفه ویژگی هدف رفتاری و تبیین پیامدها آشکار شدند. دیگر نتایج حاصل از تحلیل‌ها نشان داد، در مقوله ارتباطات، مؤلفه‌های نوع رسانه، ارتباطات بین فردی، متقاعدسازی مخاطب و روابط عمومی به دست آمد. در مقوله فرآیند نیز مؤلفه‌های سازماندهی، غلبه بر موانع و بررسی زمینه آشکار شد. در همین راستا، مقوله رقابت با مؤلفه‌های انگیزاننده‌ها، مشتری‌مداری، بررسی رقیبان و شکستن قیمت تبیین شد و مقوله مخاطب محوری شامل آگاهی بخشی، شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف، تفکیک مخاطب و پژوهش تکوینی است. در نهایت مقوله رفتار پایدار با مؤلفه‌های ایجاد تعهد، تمایل رفتاری، سالمندی موفقیت‌آمیز و تغییر در ارزش‌ها به دست آمد. با توجه به نتایج، توجه به چارچوب به دست آمده در طراحی مداخلات می‌تواند بر تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان نقش بسزایی داشته باشد.

کلمات کلیدی: رفتار پایدار، فراترکیب، مخاطب محوری، مرور نظامند

لیست مقالات مستخرج از رساله

۱- ارائه چارچوب بازاریابی اجتماعی تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان

۲- مرور نظامند مداخلات بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی سالمندان

فهرست مطالب

۵	فهرست جداول
۹	فهرست اشکال
۱	فصل ۱: طرح تحقیق
۲	۱-۱ مقدمه
۴	۲-۱ بیان مساله
۹	۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۲	۴-۱ اهداف پژوهش
۱۲	۱-۴-۱ هدف اصلی
۱۲	۲-۴-۱ اهداف اختصاصی
۱۳	۵-۱ سوالات تحقیق
۱۳	۱-۵-۱ سوال اصلی
۱۳	۲-۵-۱ سوالات اختصاصی
۱۳	۱-۱ محدوده پژوهش
۱۳	۱-۱-۱ قلمرو زمانی
۱۳	۲-۱-۱ قلمرو مکانی
۱۳	۲-۱ تعاریف مفهومی واژه‌ها و اصطلاحات
۱۳	۱-۲-۱ تعاریف نظری
۱۵	۲-۲-۱ تعاریف عملیاتی واژه‌ها و اصطلاحات

فصل ۲: مبانی نظری و پیشینه

۱۷

- ۱-۲ مقدمه ۱۸
- ۲-۲ مبانی نظری پژوهش ۱۸
- ۱-۲-۲ تاریخچه بازاریابی اجتماعی ۱۸
- ۲-۲-۲ تعریف بازاریابی اجتماعی ۱۹
- ۳-۲-۲ اهداف بازاریابی اجتماعی ۲۱
- ۴-۲-۲ دامنه بازاریابی اجتماعی ۲۱
- ۵-۲-۲ جایگاه نگرش و مدل‌های تغییر رفتار در بازاریابی اجتماعی ۲۳
- ۶-۲-۲ تغییر نگرش ۲۵
- ۷-۲-۲ نظریه‌ها و مدل‌های رفتاری در بازاریابی اجتماعی ۲۶
- ۸-۲-۲ آمیخته بازاریابی اجتماعی ۳۳
- ۹-۲-۲ بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه ۳۸
- ۱۰-۲-۲ مفاهیم مورد استفاده در بازاریابی اجتماعی ۴۷
- ۱۱-۲-۲ مقایسه بازاریابی اجتماعی با سایر ابزارهای مدیریت رفتار ۴۸
- ۱۲-۲-۲ ویژگی‌های بازاریابی اجتماعی ۵۰
- ۳-۲ بازاریابی اجتماعی راهبردی: خلق یک راهبرد بازاریابی اجتماعی ۵۸
- ۱-۳-۲ طراحی برنامه‌های بازاریابی اجتماعی یکپارچه ۵۹
- ۲-۳-۲ مبانی نظری و ادبیات پژوهش در زمینه‌ی فعالیت بدنی و سالمندان ۶۱
- ۴-۲ پیشینه پژوهشی ۶۷
- ۵-۲ جمع بندی ۸۲

فصل ۳: روش شناسی

۸۵

- ۱-۳ مقدمه ۸۶

۲-۳ روش پژوهش: ۸۶

۳-۳ ارزیابی کیفیت مطالعات ۸۷

۳-۳-۱ معیار ورود و خروج از مطالعه: ۸۸

۴-۳ فراترکیب ۹۱

۳-۴-۱ گام اول: تنظیم اهداف تحقیق ۹۲

۳-۴-۲ گام دوم: بررسی نظامند متون ۹۲

۳-۴-۳ گام سوم: جستجو و بررسی مقالات مرتبط ۹۳

۳-۴-۴ گام چهارم: استخراج اطلاعات مقالات ۹۴

۳-۴-۵ گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی ۹۴

۳-۴-۶ گام ششم: کنترل کیفیت ۹۵

فصل ۴: یافته‌های پژوهش ۹۷

۴-۱ مقدمه ۹۸

۴-۲ یافته‌ها ۹۸

۴-۳ نتایج بخش فراترکیب ۱۰۴

۴-۳-۱ مدل نهایی ۱۱۷

فصل ۵: بحث و نتیجه گیری ۱۱۹

۵-۱ مقدمه ۱۲۰

۵-۲ خلاصه پژوهش ۱۲۰

۵-۳ بحث و نتیجه گیری ۱۲۲

۵-۴ پیشنهادات اجرایی برخاسته از پژوهش ۱۳۷

۵-۵ پیشنهادها برای پژوهش‌های آتی ۱۳۷

پیوست ۱ ۱۳۹

مقالاتی که در مرور نظامند بررسی شدند ۱۴۰

پیوست ۲ ۱۴۳

مقالاتی که در فراترکیب بررسی شدند ۱۴۴

منابع ۱۴۹

فهرست جداول

جدول ۱-۲: انواع تغییرات اجتماعی بر اساس زمان و سطح جامعه (سرات، ۲۰۱۰).....	۲۱
جدول ۲-۲: تفاوت‌های عمده بین بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری (سرات، ۲۰۱۰).....	۲۳
جدول ۳-۲: راهبرد و شیوه‌های تغییر نگرش در بازاریابی اجتماعی (اسچافر، ۱۹۸۶).....	۲۶
جدول ۴-۲: مقایسه رویکردهای آموزش، قانون و بازاریابی (راتسچلد، ۱۹۹۵).....	۴۹
جدول ۵-۲: مقایسه رویکردهای مختلف ترویج رفتاری مطلوب (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶).....	۴۹
جدول ۶-۲: ویژگیهای بازاریابی اجتماعی از دید پژوهشگران مختلف.....	۵۰
جدول ۷-۲: شش معیارمبنای اندریسن (۲۰۰۲).....	۵۲
جدول ۸-۲: معیارهای موفقیت آمیز بودن بازاریابی اجتماعی.....	۵۳
جدول ۹-۲: سطوح توصیه شده فعالیت بدنی توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO).....	۶۳
جدول ۱۰-۲: موانع شناسایی شده مشارکت در فعالیت بدنی در پژوهش‌های مختلف.....	۶۵
جدول ۱۱-۲: مداخلات بازاریابی اجتماعی بر اساس مدل فرانظری تغییر رفتار (دال و همکاران، ۲۰۱۳).....	۷۲
جدول ۱۲-۲: خلاصه نتایج راندل- تیل و همکاران (۲۰۱۶).....	۷۷
جدول ۱-۳: تعداد منابع بازیابی شده طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹.....	۹۰
جدول ۱-۴: ارزیابی استفاده از معیارهای سنجش مداخلات بازاریابی اجتماعی.....	۹۹
جدول ۲-۴: آمیخته بازاریابی اجتماعی.....	۱۰۲
جدول ۳-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله مخاطب محوری.....	۱۰۴
جدول ۴-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله هدف رفتاری.....	۱۰۷
جدول ۵-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله سطح بازاریابی اجتماعی.....	۱۰۸
جدول ۶-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله رقابت.....	۱۰۹
جدول ۷-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله فرآیند.....	۱۱۰
جدول ۸-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله ارتباطات.....	۱۱۳
جدول ۹-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله رفتار پایدار.....	۱۱۴

فهرست اشکال

- شکل ۱-۲: الگوی فرانظری تغییر رفتار (جی، ۱۳۹۱) ۲۷
- شکل ۲-۲: نظریه عمل منطقی (آصفی، ۱۳۹۲) ۲۸
- شکل ۳-۲: نظریه رفتار برنامه ریزی شده (آصفی، ۱۳۹۲) ۲۹
- شکل ۴-۲: مدل اعتقاد بهداشتی کرت لوین (امیری و قاسمی، ۱۳۹۱) ۳۲
- شکل ۵-۲: الگوی یکپارچه‌ی بازاریابی اجتماعی (لفورا، ۲۰۱۱) ۶۱
- شکل ۶-۲: مدل افزایش مشارکت میان سالان و سالمندان در فعالیت بدنی (لاچمن و هکاران، ۲۰۱۸) ۷۸
- شکل ۲-۳: مراحل هفت‌گانه پژوهش (سندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۷) ۹۲
- شکل ۳-۳: فرآیند انتخاب اسناد-فلوچارت PRISMA (موهر و همکاران، ۲۰۰۹) ۹۴
- شکل ۱-۴: مدل بازاریابی اجتماعی تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی سالمندان ۱۱۷

فصل ۱ : طرح تحقیق

۱-۱ مقدمه

امروز جوامع مختلف با مجموعه فزاینده‌ای از چالش‌های مرتبط با سلامتی مواجه هستند و به همین دلیل تلاش برای ایجاد تغییرات اجتماعی و تغییرات رفتاری در راستای ارتقاء سلامتی اهمیت بیشتری پیدا کرده است (گرییر^۱، ۲۰۰۵). اصول، ابزارها و مفاهیم متعددی وجود دارند که جهت ایجاد و اجرای کمپین‌های مؤثر تغییر اجتماعی به کار برده می‌شوند. این اصول برآمده از علمی چون روانشناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی و ارتباطات هستند. در این بین از ابزارهای ایجاد تغییرات اجتماعی، بازاریابی اجتماعی^۲ است (دنووان^۳، ۲۰۱۰).

بازاریابی اجتماعی در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ سرچشمه گرفت، هنگامی که محققان پیشگام بازاریابی مانند کاتلر^۴ و زالتمن^۵ با استفاده از مفاهیم بازاریابی تجاری در طیف گسترده‌ای از مسائل و مشکلات اجتماعی دفاع کردند (کاتلر و لوی، ۱۹۶۹؛ کاتلر و زالتمن، ۱۹۷۱). ایده این بود که بازاریابان اجتماعی می‌توانند با تأثیرگذاری بر پذیرش ایده‌های اجتماعی تأثیر بگذارند. اندریسن^۶ در تلاش برای روشن کردن نقش بازاریابی اجتماعی، پیشنهاد کرد: بازاریابی اجتماعی کاربرد فناوری‌های بازاریابی تجاری برای برنامه‌هایی است که برای تأثیر رفتار داوطلبانه مخاطبان هدف به‌منظور بهبود رفاه شخصی آن‌ها و جامعه‌ای که در آن قرار دارد طراحی شده است (اندریسن، ۱۹۹۴). هدف نهایی بازاریابی اجتماعی، رفاه فردی و اجتماعی است نه سودآوری سازمان و این مقوله‌ای است که بازاریابی اجتماعی را از سایر ابعاد بازاریابی متمایز می‌کند. بازاریابی اجتماعی با افزایش مزیت‌های درک شده و کاهش موانع واقعی، موجب تغییر رفتار داوطلبانه در افراد می‌شود (مایباچ و همکاران^۷، ۲۰۰۲).

بازاریابی اجتماعی به منظور دستیابی به مداخلاتی برای منافع اجتماعی^۸ به فنون بازاریابی تجاری^۹ تکیه می‌کند (کوباکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷). هدف بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت اصلاح نگرش گروه مخاطب است تا پایه گذار تغییر رفتار او برای حفظ سلامت فرد و جامعه گردد. مهم‌ترین مسئولیت بازاریابان اجتماعی در حوزه سلامت، اطمینان از این است که آنچه که در نهایت در شکل مداخله بیان می‌شود، نیازها و خواسته‌های مرتبط با سلامت را در مشتری برآورده سازد (استوری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸). بازاریابی اجتماعی بارها در جهت تأثیرگذاری بر رفتار بهداشتی استفاده شده است.

۱. Grier

۲. Social Marketing

۳. Donovan

۴. Kotler

۵. Zaltman

۶. Andreasen

۷. Maibach, Rothschild & Novelli

۸. Social benefit

۹. Commercial marketing

۱۰. Kubacki et al

۱۱. Storey

بازاریابان اجتماعی از نظریه‌های رفتاری، تشویقی یا ترغیبی و مواجهه به منظور تغییر رفتار سوء و مضر استفاده می‌کنند (ایوانس^۱، ۲۰۰۶).

پذیرش رفتارهای جدید بر اساس مفهوم مبادله شکل می‌گیرد. نظریه مبادله فرض می‌کند که بشر نیاز محور است و میل طبیعی به سمت پیشرفت دارد (هاستینگز و سارن^۲، ۲۰۰۳). مبنای اقتصادی و روانشناسی این نظریه حمایت‌کننده مفهوم بازاریابی اجتماعی است و آن را در رسیدن به هدفش کمک می‌کند. بازاریابی اجتماعی نیز مانند بازاریابی تجاری از فلسفه مشتری مداری بهره می‌برد. بر طبق این فلسفه بازاریابان تجاری تلاش می‌کنند تا نیازها، خواسته‌ها و رفتارهای فعلی آن‌ها را از طریق تحقیقات مستمر شناسایی نمایند (اندریسن و آلن^۳، ۱۹۹۴ و لفر و فلورا^۴، ۱۹۸۸). با شناسایی گروه هدف آمیخته بازاریابی با احتمال بیشتری اثربخش خواهد شد. افراد و خانواده‌های آن‌ها که با فقر، بیکاری و تحصیلات ناکافی روبرو هستند به احتمال زیاد مسائل و مشکلاتی را تجربه می‌کنند که به هدف مداخلات بازاریابی اجتماعی تبدیل می‌شوند. تلاش برای تغییر رفتارهای خاص فردی، بدون در نظر گرفتن مسائل اقتصادی و مبانی زیربنایی آن، غیرمنطقی و غالباً ناکارآمد است (وود^۵، ۲۰۱۶).

در سال ۱۹۶۴ بوردن^۶ استفاده از چهار عامل را برای دستیابی به اهداف مطلوب بازاریابی بر روی مخاطبان هدف ارائه نمود. این عوامل عبارت‌اند از محصول، قیمت، مکان و ترویج. در اینجا این سؤال ایجاد می‌شود که مفاهیمی چون محصول، قیمت، مکان و ترفیع در محیط اجتماعی چگونه تعریف می‌شود. در بحث بازاریابی اجتماعی، محصول به رفتار جدید و مزایایی که این رفتار نصیب گروه هدف می‌کند، اطلاق می‌گردد. قیمت، بیانگر هزینه‌ای است که مصرف‌کننده در مبادله برای رفتار جدید متحمل می‌شود و بیشتر نشان‌دهنده عدم رضایتی است که افراد در زمان سازگاری با رفتار جدید از خود بروز می‌دهند. مکان نیز به محل و بازاری برمی‌گردد که مبادله در آن رخ می‌دهد. برای این‌که رفتار جدید شکل بگیرد، عوامل محیطی به تسهیل این سازگاری بسیار کمک می‌کنند. بالاخره ترویج به تلاش‌های انجام‌شده برای برقراری ارتباط با گروه هدف در رابطه با مزایای محصول برمی‌گردد. در اینجا ذکر این نکته که تبلیغات می‌تواند بخش بزرگی از راهبردهای ترویج باشد و نه همه آن، مهم است (فنیل و همکاران^۷، ۲۰۱۷).

عدم تحرک در میان سالمندان که به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است، به یکی از نگرانی‌های اصلی در تحقیقات متمرکز بر سلامت و پیری تبدیل شده است (فوجی هیرا و همکاران^۸، ۲۰۱۵). سازمان

۱. Evans

۲. Hastings & Saren

۳. Andreasen & Alan

۴. Lefebvre & Flora

۵. Wood

۶. Borden

۷. Finnell, John & Thompson

۸. Fujihira, Kubacki, Ronto, Pang & Rundle- Thiele

بهداشت جهانی^۱ (WHO) برای حفظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در افراد مسن، اهمیت حیاتی فعالیت بدنی را تأکید می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ میلیارد می‌رسد در همین گزارش نیز پیش‌بینی شده است ۳۵ درصد جمعیت ایران در سال ۲۰۵۰ در گروه سالمندان قرار می‌گیرد. علی‌رغم بهبود شرایط زندگی و افزایش سطح بهداشت، سطح فعالیت جسمانی در میان کهن‌سالان مخصوصاً در کشورهای صنعتی کاهش یافته است (تیلور^۲، ۲۰۱۴). کم‌تحرکی در زندگی امروزه ضرورت پرداختن به ورزش و فعالیت بدنی را بیش از پیش ایجاب می‌کند. (کروس و همکاران^۳، ۲۰۰۳). در جهان از هر ۴ بزرگ‌سال یک نفر فعالیت جسمانی کافی ندارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). بسیاری از بیماری‌های مزمن در میان جمعیت سالمندان از راه داشتن فعالیت‌های جسمانی منظم قابل پیشگیری هستند (فوجی هیرا و همکاران، ۲۰۱۵). سالمندان بیشترین جمعیت غیرفعال در بین بزرگ‌سالان هستند، طوری که ۳۰ تا ۸۰ درصد افراد غیرفعال متعلق به این گروه سنی هستند (وندر بیج و همکاران^۴، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها بر مثبت بودن نقش بازاریابی اجتماعی در جهت تغییر رفتارهای مضر و تبدیل آن‌ها به مقوله مفید مرتبط با سلامت تأکید کرده‌اند و این موفقیت را که در صنایع غذایی و مصرف صحیح آن‌ها به دست آوردند، در مقوله‌هایی از جمله فعالیت بدنی قابل تعمیم دانستند و لزوم انجام پژوهش در این مورد را ضروری دانستند (رامیرز و همکاران^۵، ۲۰۱۷). از این جهت می‌توان گفت بازاریابی اجتماعی ظرفیت تغییر رفتار مرتبط به فعالیت بدنی را داراست و در جهت افزایش فعالیت بدنی سالمندان می‌توان از آن بهره گرفت.

۲-۱ بیان مساله

شیوع بالای بی تحرکی و پیامدهای مضر آن برای سلامتی، آن را به یک اولویت برای بهداشت عمومی در سطح جهان تبدیل کرده است (کول^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). در این شرایط ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی به عنوان یک التزام برای مؤسسات و سازمان‌های مسئول در حوزه سلامت عمومی و ورزش به حساب می‌آید (مینارسکی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴).

تعداد سالمندان ایران از کمتر از ۱,۲ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ با بیش از ۶ برابر شدن در سال ۱۳۹۵ با بالای ۷,۴ میلیون نفر رسیده است. این در حالی است که جمعیت کشور در طی این مدت کمی بیشتر از ۴ برابر شده است. کاهش فعالیت ورزشی عامل اصلی بیماری‌های مزمن از قبیل

1. World Health Organization

2. Taylor

3. Kraus, Houmard, Duscha, Wharton, McCartney, Bales, Henes, Samsa & Otvos

4. Van der Bij, Laurant & Wensing

5. Ramirez, Rios, Valdez, Estrada & Ruiz

۶. Kohl

۷. Mynarsky

بیماری‌های قلبی ریوی، سرطان و قند خون و بیماری‌های مرتبط با عدم فعالیت سبب مرگ بیش از ۳,۲ میلیون نفر در هر سال می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). در مطالعه انجام شده در شهر اصفهان مشخص شد ۸۶,۳ درصد از سالمندان این شهر فعالیت بدنی مناسبی بر اساس رده بندی سازمان بهداشت جهانی نداشتند (اسحاقی و همکاران، ۱۳۹۰). همینطور متفکر و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی سالمندان ایرانی، نشان دادند که ۶۸ درصد افراد بالای ۶۰ سال در طول هفته، در هیچ نوع فعالیت جسمانی شرکت نمی‌کنند. علی‌رغم بهبود شرایط زندگی و افزایش سطح بهداشت، سطح فعالیت جسمانی در میان کهن‌سالان مخصوصاً در کشورهای صنعتی کاهش یافته است (تیلور، ۲۰۱۳). کم تحرکی در زندگی امروزه ضرورت پرداختن به ورزش و فعالیت بدنی را بیش از پیش ایجاب می‌کند. (کروس و همکاران، ۲۰۰۳). در سنین بالا کاهش محسوسی در ظرفیت عملکردی افراد رخ می‌دهد از جمله آتروفی عضلانی (کاستیل و همکاران^۱، ۲۰۰۳) ضعف عضلات (فیتارون و همکاران^۲، ۱۹۹۴) و کاهش ظرفیت هوازی (تاناکا و سیلز^۳، ۲۰۰۸) که با سبک زندگی غیرفعال تشدید می‌شود. تلاش‌ها برای افزایش مشارکت در فعالیت بدنی در بزرگسالان اغلب تحت تأثیر موانعی مانند نبود انگیزه، زمان، سرمایه اجتماعی، فقر سلامتی و نبود تسهیلات مناسب است (تروست^۴ و همکاران، ۲۰۰۲، زلوت^۵، ۲۰۰۶). عوامل مختلفی از جمله فردی، اجتماعی، محیطی و سیاست‌ها بر افزایش سطح فعالیت بدنی در افراد مؤثر است (تروست، ۲۰۰۲ و بامن، ۲۰۱۲). شناخت عوامل تأثیرگذار بر فعالیت بدنی یک جامعه خاص، یکی از پیش نیازهای مهم طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای است (لی^۶، ۲۰۱۰). در نتیجه توجه به رویکردهای مختلف و مرتبط با هدف در موفقیت راهبردهای ارتقای سطح فعالیت بدنی موفق‌تر به نظر می‌رسد (بامن^۷، ۲۰۱۲).

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت‌های علوم پزشکی، ارتقای بهداشت عمومی، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است. این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سن، ارزش‌ها و معیارها و سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد (زنجان، ۱۳۸۰). گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می‌آید، ولی اگر جهان توسعه یافته برای مواجهه با آن آماده نباشد، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. باید یادآوری کرد اگر چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی (امیرصدری و سلیمانی، ۱۳۸۴) بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی

-
1. Castillo et al
 2. fiatarone et al
 3. Tanaka & seals
 ۴. Trost
 ۵. Zlot
 ۶. Lee
 ۷. Bauman

با کیفیت بهتر است». وجود نابرابری اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و ...، سبب گردیده این گروه از آسیب پذیرترین اقشار جامعه باشند. از این رو باید در طراحی و تدوین برنامه‌های خدماتی بر بهبود و کیفیت زندگی این گروه تأکید بیشتری نمود (سجادی و بیگلریان، ۱۳۸۶).

نکته مهم این است که چرا برخی از افراد فعالیت‌های پایدار را می‌پذیرند و برخی دیگر آن‌ها را نمی‌پذیرند؟ چارچوب‌ها و نظریه‌های بسیاری وجود دارند که رفتار انسان را تبیین می‌کنند. سه تبیین کلی برای عدم مشارکت افراد در یک فعالیت وجود دارد. نخست اینکه افراد اطلاعاتی درباره این فعالیت و یا مزایای آن ندارند. دوم این که، افرادی که درباره این فعالیت اطلاعاتی دارند ممکن است تصور کنند که برای انجام این فعالیت موانع و دشواری‌های جدی وجود دارد. سوم این که، در حالی که ممکن است افراد بر این احساس باشند که موانعی جدی برای انجام یک فعالیت وجود ندارد اما ممکن است بر این گمان باشند که از طریق تداوم فعالیت کنونی خود بیشترین بهره را می‌برند چرا که ساده تر به نظر می‌رسد (مکنزی مور و اسمیت، ۱۳۹۲).

مشارکت در فعالیت بدنی رفتاری فردی است که منافع فردی و اجتماعی زیادی را در پی دارد (فلیتچر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و همانطور که کسب و کارهای مختلف برای جذب مشتریان و کسب رضایت آن‌ها به ابزار بازاریابی متکی هستند، برای ایجاد تغییرات رفتاری و اجتماعی هم به چنین ابزاری نیازمندیم و مانند هر کسب و کاری دیگری، تغییر اجتماعی نیز به استفاده از ابزارهای بازاریابی جهت دستیابی به اهداف خود برای جذب و راضی کردن گروه‌های هدف اتکا دارد (دنووان و همکاران، ۲۰۱۰). در هر شرایطی که بخواهیم در یک جامعه هدف، رفتاری فردی را که از لحاظ اجتماعی مهم تلقی می‌شود مدنظر قرار دهیم، می‌توانیم از رویکرد بازاریابی اجتماعی استفاده کنیم (اندریسن، ۲۰۰۲).

یکی از موارد استفاده از بازاریابی اجتماعی، ارائه راه حل‌هایی در حوزه‌ی ارتقا سلامت عمومی از جمله افزایش فعالیت بدنی است (گرییر، ۲۰۰۵). این رویکرد که از بازاریابی تجاری اقتباس شده است، به واسطه تمرکز عمیق و پایدار بر مصرف کننده، نیاز به تحقیقات تکوینی عمیق، توجه به بخش بندی مخاطبان هدف و در نظر گرفتن عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی شامل محصول، مکان، ترویج و قیمت است (کول و همکاران، ۲۰۰۸). معمولاً کاربرد آمیخته بازاریابی در بازاریابی اجتماعی بسیار پیچیده‌تر از بازاریابی تجاری است. مسئله اصلی به نامشهود بودن محصولی برمی‌گردد که به مخاطب ارائه می‌شود. نویسندگان دیگری نیز وجود فاکتورهای دیگری را در آمیخته بازاریابی اجتماعی مدنظر قرار دادند که از جمله آنها می‌توان به دولت، سیاست و مشارکت اشاره نمود (وینریچ^۲، ۱۹۹۹). با توجه به موارد ذکرشده در بالا می‌توان گفت که بازاریابی اجتماعی با در نظر گرفتن دامنه وسیعی از

۱. Fletcher

2. Weinreich

موضوعات اجتماعی نیاز به یک آمیخته مناسب و سازگار با حوزه مربوط به خود دارد. چنین آمیخته سازگار و مناسبی می‌تواند نسبت به آمیخته بازاریابی تجاری تعدیلات زیر را شامل شود:

۱-۱ پیشنهاد به جای محصول

آمیخته محصول مبنایی است که سایر عناصر آمیخته بازاریابی بر اساس آن تعیین می‌شوند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). محصول در بازاریابی اجتماعی به عنوان رفتار مطلوب و مزایای مربوط به این رفتار تلقی می‌گردد که بازاریابان اجتماعی برای عرضه آن به مخاطبان هدف تلاش می‌کنند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ وینریچ، ۱۹۹۹). همچنین می‌تواند شامل محصولات و خدماتی شود که سازگاری با رفتار جدید را تسهیل می‌بخشد (کریگ لفبر و فلورا^۱، ۱۹۸۸). در تئوری بازاریابی اجتماعی محصول شامل سه سطح می‌شود: محصول اصلی، محصول واقعی و محصول اضافه. محصول اصلی به مزایایی برمی‌گردد که مخاطبان با رفتار جدید دریافت خواهند کرد. محصول واقعی رفتار خاصی است که ترفیع و تشویق می‌شود. محصول اضافه به محصولات و خدمات افزوده‌ای برمی‌گردد که در مراحل بعدی ارائه می‌شود. هر کدام از سطوح محصول راهبردهای خاص خود را دارد و جایگاه خاصی را در ذهن مخاطب پر می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). بطور کلی می‌توان گفت که مداخلات بازاریابی به دنبال تشویق یک رفتار مطلوب و در واقع یک هدف خاص است.

۱-۲ هزینه‌ی مشارکت به جای قیمت

در بیشتر مداخلات بازاریابی اجتماعی هزینه‌ی تغییر رفتار، مالی نیست (اگرچه می‌تواند این گونه نیز باشد) هزینه ممکن است به صورت زمان، تلاش افراد، موانع فیزیکی و غیره مطرح شود. قیمت در بازاریابی اجتماعی به هزینه‌ای برمی‌گردد که مخاطب در سازگاری با رفتار جدید متحمل می‌شود. در تئوری مبادله، قیمت به شکل زمان، تلاش و انرژی که مخاطب در مبادله برای رفتار جدید و مزایای آن صرف می‌کند، بیان می‌شود. برخی از این هزینه‌ها جنبه‌ی روان‌شناسی دارد و یا عدم رضایتی که ممکن است برای مخاطب هنگام ترک رفتار قبلی حاصل شود. هدف بازاریابی اجتماعی ایجاد این ادراک و آگاهی است که مزایای حاصله برابر یا بیشتر از هزینه‌های متحمل شده است (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ وینریچ، ۱۹۹۹) به علاوه قیمت می‌تواند به هزینه‌های پولی و غیر پولی نیز تقسیم شود. هزینه‌های غیر پولی به بازاریابی اجتماعی مربوط‌تر است و می‌تواند شامل هزینه‌های عاطفی (وینریچ، ۱۹۹۹)، ساختاری، جغرافیایی و فیزیکی (کریگ لفبر و فلورا، ۱۹۸۸) شود.

۱-۳ قابلیت دسترسی به جای مکان

بازاریابی اجتماعی همیشه بر مبنای یک محصول فیزیکی نیست اگرچه ممکن است آن را نیز شامل شود. بنابراین اطلاق واژه مکان و یا توزیع نمی‌تواند برای آن مناسب باشد. بازاریابی اجتماعی بیشتر وابسته به بازاریابی خدمات است که کلید اصلی آن قابلیت دسترسی است. از دیدگاه دیگری عنصر

۱. Craig Lefebvre & Flora

مکان به محل و یا خدمتی برمی‌گردد که در آنجا گروه به رفتار مطلوب عمل خواهد کرد و می‌تواند شامل دریافت خدمات مربوطه باشد (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲).

۴-۱ ارتباطات اجتماعی به جای ترویج

ترفع نیز جزئی از آمیخته بازاریابی اجتماعی است که معمولاً با بازاریابی اجتماعی اشتباه گرفته می‌شود. بازاریابی اجتماعی به ترفیع و تلاش‌های مبتنی بر تبلیغات کمتر از بازاریابی تجاری تکیه می‌کند. در بازاریابی اجتماعی ویژگی‌های گروه هدف تعیین کننده نوع کانال ارتباطی و ترفیع مناسب می‌باشد. چنانچه در برخی موارد زمان در دسترس بودن رسانه‌ها و یا ارتباطات شخصی می‌تواند نسبت به تلاش‌های تبلیغاتی گسترده اثربخش‌تر عمل کند (اندريسن، ۱۹۹۵). بازاریابی اجتماعی شامل فرایندی مستمر است که از تلاش برای تغییر رفتار آغاز و به دست یابی به تغییر اجتماعی و نگهداری آن رفتار ختم می‌شود. بازاریابی اجتماعی با بازاریابی تجاری با برقراری ارتباط و تعامل مشترک است. در حالی که بازاریابان تجاری برای تشویق به مصرف و خرید مستمر محصولاتشان با مشتریان ارتباط برقرار کنند بازاریابان اجتماعی نیز برای تشویق به پذیرش، بکارگیری و نگهداری یک رفتار اجتماعی خاص با هدف مخاطبان هدف ارتباط برقرار می‌کنند.

بدین ترتیب، نقش یک برنامه بازاریابی اجتماعی تغییر نسبت مزایا و موانع طوری که رفتار هدف جذاب‌تر شود. چهار شیوه انحصاری و غیر تعاملی وجود دارد که این کار را می‌تواند به انجام برساند: افزایش مزایای رفتار هدف، کاهش موانع برای رفتار هدف، کاهش مزایای رفتارهای رقیب و افزایش موانع برای رفتارهای رقیب است (مکنزی مور و اسمیت، ۱۳۹۲)

به طور کلی استفاده از بازاریابی جهت طراحی و اجرای برنامه‌هایی برای ترویج تغییراتی در رفتار که از منظر اجتماعی سودمند هستند، به لحاظ شهرت و استفاده در حوزه سلامت عمومی رشد داشته است و در مواجهه با طیف وسیعی از موضوعات مرتبط با سلامت عمومی از جمله مشارکت در ورزش و فعالیت بدنی مورد استفاده قرار گرفته است و منجر به بروز تغییرات رفتاری مثبت در این زمینه شده است (ژیا^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). اما این رویکرد در ایران و به ویژه در مطالعات مربوط به ارتقا مشارکت در فعالیت بدنی چندان مورد استفاده قرار نگرفته است بنابراین مساله ای که در ذهن محقق به وجود آمده است این است که برای ارتقای مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی چگونه می‌توان از بازاریابی اجتماعی و اصول آن بهره گرفت؟ و بر این اساس چه راهبردهایی را برای ارتقای فعالیت بدنی آن‌ها در پیش گرفت؟ با توجه به اینکه مؤثرترین مداخلات برای افزایش فعالیت بدنی، موفقیت‌هایی را در کمک به افراد برای شروع فعالیت بدنی نشان داده‌اند، با این حال اثربخشی کمی در کمک به افراد برای حفظ و استمرار فعالیت‌های بدنی در طول زمان داشته است در نتیجه پژوهش حاضر به دنبال این است که چگونه می‌توان رفتار جدید را پایدار کرد؟

۱. Xia

در مجموع با توجه به هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم مرتبط با عدم مشارکت در فعالیت بدنی، اهمیت بالایی مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی، تجربیات موفق بازاریابی اجتماعی در ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی و اهمیت استمرار آن خلا پژوهشی در زمینه ارتقاء مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی با رویکرد بازاریابی احساس می‌شد. این رویکرد در ایران تاکنون برای ارتقای مشارکت سالمندان مورد استفاده قرار نگرفته است. در بیشتر مطالعات صورت گرفته در حوزه بازاریابی اجتماعی نگاه محدود به آمیخته بازاریابی اجتماعی و تنها به یک عنصر آن یعنی ترویج توجه داشته‌اند. اما در پژوهش حاضر سعی شده است که نگاه جامع‌تر به بازاریابی اجتماعی و تمام عوامل تأثیرگذار بر تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان با استفاده از بازاریابی اجتماعی شود. با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد جامعه سالمندان و توجه به ابعاد مختلف تأثیرگذار بر مشارکت آن‌ها در فعالیت بدنی پژوهش حاضر بر آن است تا با استفاده از مفاهیم و ابعاد بازاریابی اجتماعی به بررسی راهکارهای تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی بپردازد.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش

نظام‌های بهداشت و درمان، خانواده‌ها، شرکت‌های بیمه، دولت و کل اجتماع، از سالم‌تر بودن جامعه و کاهش هزینه‌های درمانی افراد مختلف از جمله سالمندان سود می‌برند. بدون شک فعالیت بدنی نسبت به مداخلات درمانی دیگر راه حلی کم هزینه‌تر، سهل الوصول تر و لذت بخش تر برای پیشگیری، کنترل و حتی درمان بسیاری از بیماری‌های مرتبط با کم تحرکی و افزایش سن است. اما شواهد و قرائن موجود حاکی از این هستند که به دلایل مختلف، درصد بالایی از سالمندان از فعالیت بدنی کافی برخوردار نیستند (فلیتچر و همکاران، ۲۰۱۸). علیرغم اینکه کشور ما با افزایش جمعیت سالمندی روبرو است و از سوی دیگر با توجه اثبات تأثیر مثبت فعالیت بدنی در سلامت، تاکنون اقدامات چندانی برای ارتقاء مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی صورت نگرفته است. به همین دلیل تلاش برای فراهم کردن جمیع ملزومات مورد نیاز در جهت افزایش فعالیت بدنی سالمندان امری مهم تلقی می‌شود. در این راستا شایسته است که با استفاده از رویکردهای تحقیقاتی و عملیاتی مختلف اقدامات و راهبردهایی را که می‌توان بر اساس آن تغییر رفتار مثبت از بی تحرکی یا کم تحرکی به سمت داشتن فعالیت بدنی کافی و منظم در سالمندان ایجاد کرد، شناسایی و اجرا کنیم تا هم سالمندان و هم جامعه از مزایای آن بهره مند گردند.

طبق اصل ۱۲ و ۲۹ قانون اساسی ایران، برخورداری از تأمین اجتماعی (شامل بازنشستگی؛ بیکاری، پیری، بی سرپرستی، از کار افتادگی، حوادث و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به شکل بیمه و غیره را حق همگان دانسته و دولت را مکلف کرده که طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی سلامت و درمان

را برای تک تک ایرانیان تامین کند. نگاهی گذرا به این اصل از قانون اساسی کشور نشان می‌دهد که توجه به سلامت و بهداشت مردم جامعه از مهم‌ترین حقوق انسانی است که قانونگذار به آن توجه ویژه داشته است.

چگونگی برخورد با پدیده سالمندی جمعیت، متأثر از نوع نگاه نسبت به سالمندی است. درباره فرآیند سالمندی دیدگاه‌های متنوع وجود دارد، اما دو الگوی کلی و متغیر سنتی و معاصر وجود دارد. رویکرد سنتی که از آن به رویکرد فقدان و کاهش نیز یاد می‌شود، تمایل دارد سالمندی را به صورت منفی، و به عنوان فرآیند گریز ناپذیر کاهش، بیماری و زوال غیر قابل بازگشت که نیازمند مداخله پزشک است، مواجه شود. در سه دهه پایانی قرن بیستم بر اهمیت و حفظ و رشد سلامت جسمی و ذهنی افراد در هنگام سالمندی تأکید شده است. گفتمان این رویکرد سالمندی مثبت، در برگیرنده پیام‌های متعددی درباره استقلال سالمندان، مسئولیت شخصی برای سلامت، سبک زندگی فعال و فعالیت بدنی است (اوفین، ۲۰۱۳). بر طبق تعریف روی و کان^۱ سالمندی موفق دربرگیرنده سه عنصر اصلی یعنی احتمال پایین بیماری و بیماری مرتبط با ناتوانی، ظرفیت شناختی و کارکرد جسمی بالا و مشارکت فعال در زندگی می‌باشد (روی و کان، ۱۹۹۷). در حیطه سیاست گذاری نیز این مفهوم جایگاه قابل توجهی در جهت گیری سازمان‌های جهانی مهم نسبت به پدیده سالمندی جمعیت دارد و اکنون یک دهه است که به عنوان زیربنای سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی، سازمان ملل و اتحادیه اروپا در زمینه سالمندی عمل می‌کند (کمیته اقتصادی سازمان ملل، ۲۰۱۳). اهمیت سالمندی فعال در دو سطح سیاسی و سالمند شناسی، نیازمند شناخت بافت فرهنگی و اجتماعی هر جامعه است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲) و عدم درک دقیق از این مفهوم، می‌تواند هم در سطح علمی و هم در سطح سیاست‌گذاری، سمت و سویی غیر واقعی به پژوهش‌ها و تأکیدات سیاست‌ها و اقدامات سازمان‌های تصمیم ساز ملی بدهد.

در سال ۱۹۸۶، اتاوا چارتر^۲ ارتقای سلامت را نیازمند توجه تمام افراد و جامعه دانست و عنوان کرد تغییر رفتار آن‌ها نیاز به حمایت دارد. در نتیجه توجه به این موارد برجسته شد: معرفی سیاست‌های سلامت عمومی و تعهد به سلامت و عدالت اجتماعی؛ تمرکز بر موضوعات سلامت عمومی و شرایط نامساعد؛ پاسخ به شکاف‌ها در سرویس‌های مربوط به سلامت در جامعه؛ درک افراد به عنوان منابع اصلی سیاست‌های سلامت عمومی؛ تغییر سرویس‌ها و منابع مربوط به آن به سمت ارتقای سلامت و توجه به ارتقای سلامت به عنوان سرمایه گذاری اجتماعی (اتاوا چارتر، ۱۹۸۶).

بنابراین با توجه به فواید و ویژگی‌های گفته شده در ارتباط با فعالیت بدنی ضروریست که راهکارهایی عملی برای تغییر این روند مشارکت، فعالیت و برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در کشور در ارتباط با این مقوله مهم صورت پذیرد. با توجه به تعاریف متعددی که از بازاریابی اجتماعی ارائه شد می‌توان دریافت

1. Rowe & Kahn
2. Ottawa Charter

که به طور کلی بازاریابی اجتماعی عبارتست از کاربرد اصول بازاریابی تجاری برای حل مسائل و معضلات اجتماعی. در برهه کنونی کشور ما با معضل اجتماعی جدی مشارکت نکردن مردم یا نرخ بسیار پایین مشارکت در فعالیت‌های ورزشی همگانی و تفریحی روبه‌رو می‌باشد. بازاریابی اجتماعی حوزه و قلمرو و علم جدیدی است که می‌کوشد با استفاده از فنون بازاریابی تجاری، اهداف و مقاصد اجتماعی را تحقق بخشد. به عبارت دیگر فلسفه بازاریابی اجتماعی با دیگر فلسفه‌های بازاریابی از این جهت که نسبت به منافع آیندگان و جامعه و رفاه آن‌ها تأکید دارد، تفاوت داشته و صرفاً به دنبال پرداختن به مقاصد تجاری نیست بلکه در پی دخالت دادن موضوعات فرهنگی و ارزشی به صورت واقعی در مسائل بازاریابی می‌باشد. مروری بر تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که بیشترین کاربرد بازاریابی اجتماعی در بخش سلامت دیده می‌شود، اما پتانسیل بالقوه‌ای نیز در بخش‌هایی مانند حفاظت از منابع، انرژی و محیط طبیعی، فرهنگ سازی و تأثیرگذاری بر اعمال و رفتار در اجتماع دارد. بازاریابی اجتماعی در حوزه ورزش به دنبال پذیرش یک رفتار جدید است به این معنی که برای افراد و مردم ورزش کردن و فعالیت‌های بدنی یک ارزش بوده و در سبد هزینه خانوار برای این موضوع هزینه در نظر گرفته شود؛ و یا این که ورزش کردن منظم به عنوان یک رفتار مطلوب پذیرفته شود؛ و یا اینکه رفتار بالقوه‌ای همانند استفاده بیش از حد از فست فودها و یا ماشین شخصی از بین رود؛ و یا اینکه رفتار و عادتی که نامناسب است همانند عدم فعالیت بدنی ترک شود. بازاریابی اجتماعی کاربرد فن‌های بازاریابی تجاری به منظور تجزیه و تحلیل، طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های تعیین شده است که به طور داوطلبانه بر رفتار مخاطبان هدف تأثیر می‌گذارد و منجر به بهبود رفاه شخصی و رفاه جامعه می‌گردد (اندریسن، ۲۰۰۶).

با توجه به اینکه مطالعات مختلف از مداخلات بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی سالمندان استفاده شده است و البته هر مطالعه بعد خاصی را مدنظر قرار داده که ممکن است سایر مطالعات به آن نپرداخته‌اند، ضرورت انجام یک بررسی نظام‌مند را نشان می‌دهد تا اطلاعات مربوط به مطالعات مختلف را یکپارچه کرده و ارزیابی دقیقی از مداخلات بازاریابی اجتماعی که برای ارتقای فعالیت بدنی سالمندان صورت گرفته انجام شود و به دنبال آن بتوان با بررسی جامع‌تر مدل بازاریابی اجتماعی برای این منظور ارائه داد. پژوهش حاضر در بخش اول اساساً به دنبال بررسی نظام‌مند کارایی بازاریابی اجتماعی در تغییر فعالیت بدنی سالمندان است.

بازاریابی اجتماعی روشی نظام‌مند برای حمایت از تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت است، می‌توان عنوان کرد که برای نخستین بار در کشور محققین حاضر اقدام به بررسی این معضل بزرگ از دیدگاه بازاریابی اجتماعی نموده‌اند و با توجه به نبود الگویی مناسب و یا حتی عدم وجود الگویی در این زمینه

اقدام به طراحی مدل بازاریابی اجتماعی در فعالیت بدنی سالمندان کشور نمایند. وجه تمایز رویکرد بازاریابی از سایر روش‌های ایجاد مداخله و برنامه‌های تغییر اجتماعی، تمرکز آن بر یک راهبرد است که یک رفتار، محصول یا خدمت را ارائه می‌دهد که مردم آن را به عنوان یک ارزش یا منفعت در زندگی خود تجربه می‌کنند.

امید آنکه همانند سایر مسائل اجتماعی که بازاریابی اجتماعی در سراسر جهان به آن ورود کرده و توانسته تغییرات مثبتی بر جای بگذارد این بار در مبحث ورزش سالمندان نیز بتواند مثمر ثمر واقع شده و مدل مناسب در اختیار مدیران کلان سازمانی کشور قرار دهد. نتایج این پژوهش به سازمان‌های متولی ورزش همگانی از جمله وزارت ورزش و جوانان، فدراسیون ورزش همگانی و شهرداری‌ها کمک خواهد کرد تا شناخت بهتری از نیازهای مخاطبان خود پیدا کنند و بتوانند با استفاده از راهبردهای شناسایی شده در پژوهش، اقدامات لازم برای ارتقای مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی را اجرا نمایند. علاوه بر این بخشی از یافته‌های پژوهش می‌تواند جهت اتخاذ سیاست‌های مربوط به افزایش سطح سلامت سالمندان با استفاده از فعالیت بدنی مورد استفاده سازمان‌های متولی بهداشت و درمان قرار گیرد. همچنین سازمان‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات و محصولات مرتبط با فعالیت بدنی می‌توانند از نتایج این پژوهش برای بهینه سازی محصولات و خدمات خود جهت جذب مخاطبان هدف استفاده کنند.

۴-۱ اهداف پژوهش

۴-۱-۱ هدف اصلی

هدف اصلی پژوهش، شناسایی مؤلفه‌ها و طراحی مدل بازاریابی اجتماعی ارتقاء فعالیت بدنی در سالمندان است.

۴-۱-۲ اهداف اختصاصی

بررسی مداخلات بازاریابی اجتماعی به منظور افزایش فعالیت بدنی سالمندان
شناسایی مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان
راهکارهای ارتقای فعالیت بدنی سالمندان با استفاده از بازاریابی اجتماعی
ارائه مدل جامع بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان

۱-۵ سوالات تحقیق

۱-۵-۱ سوال اصلی

مدل بازاریابی اجتماعی ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان چگونه است؟

۱-۵-۲ سوالات اختصاصی

- وضعیت مداخلات بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی سالمندان چگونه است؟
مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان چیست؟
راهکارهای ارتقای فعالیت بدنی سالمندان با استفاده از بازاریابی اجتماعی کدامند؟
مدل نهایی بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان چگونه است؟

۱-۱ محدوده پژوهش

۱-۱-۱ قلمرو زمانی

این پژوهش از نظر زمانی در فاصله زمانی ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ انجام شده است.

۱-۱-۲ قلمرو مکانی

پژوهش حاضر محدود به مکان خاصی نیست و کاربرد نتایج آن برای ایران است.

۱-۲ تعاریف مفهومی واژه‌ها و اصطلاحات

۱-۲-۱ تعاریف نظری

فعالیت بدنی^۱

فعالیت بدنی عبارت است از هرگونه حرکتی که توسط عضلات اسکلتی در بدن ایجاد می‌شود و منجر به مصرف انرژی می‌گردد (کاسپرسن^۱ و همکاران، ۱۹۸۵).

به هر گونه فعالیت یا حرکات بدنی ایجاد شده توسط انقباض و انبساط عضلات اسکلتی که منجر به مصرف انرژی می‌گردد، فعالیت بدنی گفته می‌شود (زارعی و همکاران، ۱۳۹۶).

سالمندی^۲

تغییرات فیزیولوژیک طبیعی، پیشرونده و خود به خودی و غیر قابل بازگشت، که در آن قوای جسمی و روحی هر دو به نحو قابل توجهی رو به نقصان می‌گذارد. سالمندی به عمر نزدیک به، یا بالاتر از، میانگین طول عمر بشر اشاره دارد و بنابراین بخش پایانی چرخه حیات انسان است (فلت^۳، ۲۰۱۲).

پیری عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان و ارگانیسم بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می‌آید)

بازاریابی اجتماعی^۴

بازاریابی اجتماعی عبارت است از استفاده از اصول و فنون بازاریابی جهت تأثیر بر مخاطبان هدف برای پذیرش، رد، اصلاح و یا ترک داوطلبانه یک رفتار برای منفعت فرد، گروه یا کل جامعه (کاتلر و لی، ۲۰۰۸).

بازاریابی اجتماعی به دنبال توسعه و درک مفاهیم بازاریابی با رویکردهای دیگر برای تأثیر بر رفتارهایی است که به نفع افراد و جوامع برای نفع اجتماعی بالاتری است. بازاریابی اجتماعی بر اساس اصول اخلاقی هدایت می‌شود. هدف آن تلفیق بهترین روش، نظریه، بینش مخاطب و مشارکت آن‌ها برای اطلاع رسانی در مورد برنامه‌های تغییرات اجتماعی و رقابتی که مؤثر، کارآمد، عادلانه و پایدار هستند (انجمن بین المللی بازاریابی اجتماعی^۵، ۲۰۱۴)

فرا ترکیب^۶

فرا ترکیب عبارتست از کنار هم قرار گذاردن، شکستن و بررسی یافته به منظور کشف خصوصیات و اجزای اساسی یک پدیده و انتقال و تبدیل نتایج به یک محصول جدید است که نتایج اولیه را تغییر شکل می‌دهد تا به مفاهیم جدید برسد (میش^۷، ۱۸۹۶ به نقل از خنیفر و همکاران، ۱۳۹۷، ۴۹۸).

۱. Casspersen

2. Elderly

۳. Flatt

4. Social Marketing

5. International Social Marketing Association (ISMA)

6. Meta-Synthesis

7. Mish

فرا ترکیب با فراهم کردن نگرش نظامند برای محققان از راه ترکیب تحقیق‌های کیفی مختلف، موضوعات و استعاره‌های جدید و اساسی را کشف می‌کند و با این روش دانش جاری را ارتقاء می‌دهد و دیدی جامع و گسترده را در زمینه مسائل پدید می‌آورد (سندلوسکی و باروسو، ۲۰۰۷)

۲-۲-۱ تعاریف عملیاتی واژه‌ها و اصطلاحات

فعالیت بدنی

در ای پژوهش منظور حرکاتی است که به مدت حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته و با شدت متوسط و پایین، در منزل، محل کار، فضای باز، باشگاه ورزشی یا هر مکان دیگری، با هدف فعال بودن و بهره‌مندی از آن انجام می‌گیرد.

سالمندی

دوران سالمندی از ۶۵-۶۰ سالگی آغاز می‌گردد.

بازاریابی اجتماعی

استفاده از اصول بازاریابی و عناصر آمیخته‌ی بازاریابی تجاری برای متقاعد کردن سالمندان جهت پذیرش رفتار فعالیت بدنی

فصل ۲ : مبانی نظری و پیشینه

۲-۱ مقدمه

هدف این فصل بررسی ادبیات و پیشینه مرتبط با پژوهش است به طوری که در دوبرخس به آن پرداخته می‌شود. در بخش اول مطالب مربوط به مفاهیم و نظریه‌های مرتبط با موضوع مورد بررسی قرار می‌گیرد و در بخش دوم به تحقیقات انجام شده پرداخته می‌شود.

۲-۲ مبانی نظری پژوهش

۲-۲-۱ تاریخچه بازاریابی اجتماعی

عبارت بازاریابی اجتماعی اولین بار در سال ۱۹۷۱ توسط فیلیپ کاتلر و جرالذ زالتمن بیان شد و از پیکره‌ی دانش‌های گوناگون از قبیل روانشناسی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی، دانش سیاسی و تئوری‌های ارتباطی به همراه زمینه‌های علمی در تبلیغات، روابط عمومی و تحقیقات بازار به وجود آمد. بازاریابی اجتماعی سعی در ایجاد تغییرات اجتماعی مثبت دارد و می‌تواند برای ترویج محصولات شایسته، ایجاد مخاطبان هدف، جلوگیری از محصولات و خدمات ناشایست و نهایتاً ترویج رفاه به کار رود (سرات^۱، ۲۰۱۰).

ویژگی منحصر به فرد بازاریابی اجتماعی این است که اصول و روش‌های بازاریابی تجاری را برای تحلیل جامعه و سلامت اجتماعی آن به کار می‌گیرد. این ایده در سال ۱۹۵۱ توسط ویب^۲ مطرح شد. وی جامعه بازاریابی را با این پرسش به چالش کشید که: “چرا نمی‌توان برادری و تفکر منطقی را مانند صابون برای فروش به جامعه عرضه نمود؟” (ویب، ۱۹۵۲). این پرسش زمینه ساز تحقیقات و پیگیری‌های جدی برای خلق روش‌های موفق تأثیرگذاری بر رفتار افراد در بخش اجتماعی شد.

ماهیت مفهوم بازاریابی اجتماعی در اوایل ۱۹۶۰ توسط کاتلر به طور کامل تشریح شد. در سال ۱۹۷۰ در حالی که زمزمه‌هایی راجع به آسیب‌پذیری محیط شنیده می‌شد برخی نویسندگان بر بحران مصرف منابع، بدون در نظر گرفتن مصلحت اجتماعی تأکید کردند (داوسون، ۱۹۷۰؛ کاتلر، ۱۹۷۱). محققان مشکل اصلی را در افزایش ابهام در مسئله “رضایت مندی مشتری” می‌دانستند (بل و اموری^۳، ۱۹۷۱؛ کاتلر، ۱۹۷۲)، به این دلیل که رضایت مندی مشتری می‌توانست به معنی تمایلات کوتاه مدت مشتری با علایق بلند مدت مصرف‌کننده تعبیر گردد. نویسندگانی مثل کاتلر و داوسون عقیده داشتند

1. Serrat

2. Wieb

3. Bell, L. and Emory, CW

آنچه در بلندمدت برای جامعه مطلوب است برای تجارت و کسب و کار نیز سودمند است. سایر جنبه‌های بازاریابی اجتماعی بر ارتباط میان تجارت و محیط کسب و کار نیز سودمند است. سایر جنبه‌های بازاریابی اجتماعی بر ارتباط میان تجارت و محیط به صورت مکانیسم بازخورد، هم فکری و مذاکره میان رقبا، مصرف کنندگان و دولت تأکید می‌کرد (کاتلر، ۱۹۷۲؛ بل و اموری، ۱۹۷۱؛ استیدسن و اسکات^۱، ۱۹۷۲).

در سال ۱۹۸۰، محافل دانشگاهی دیگر سوال زیر را مطرح نمی‌کردند: "آیا بازاریابی اجتماعی باید در مسائل اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد؟" بلکه سوال جدید آن‌ها این بود که "چگونه این کار را انجام دهیم؟" در خلال این مدت، کارشناسان و متخصصین در این زمینه تجارب خود را ارائه دادند و پیشنهاداتی برای توسعه نظریه و عمل بازاریابی اجتماعی مطرح ساختند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴). واضح‌ترین دسته بندی از سیر تکامل بازاریابی اجتماعی توسط فاکس و کاتلر بیان شد و اولین شکل بازاریابی اجتماعی را "تبلیغات اجتماعی" دانستند و آن وقتی استفاده می‌شد که بسیاری از سازمان‌های عمومی و غیر انتفاعی می‌خواستند با استفاده از تبلیغات بر نگرش و رفتارهای عموم مردم اثر بگذارند (مارتینسن^۲، ۲۰۰۳). تبلیغات اجتماعی اغلب به عنوان یکی از اجزای بازاریابی اجتماعی مد نظر می‌باشد، در صورتی که رویکرد بازاریابی اجتماعی بسیار وسیع‌تر است (اندریسن، ۱۹۹۵). پس از این مرحله مفهوم "ارتباطات اجتماعی" تکامل یافت. ارتباطات اجتماعی وسیع‌تر از شیوه قبلی بوده و از تبلیغات، فروش شخصی و روابط عمومی برای پیشبرد فروش بهره می‌گرفت. ارتباطات اجتماعی بدین صورت تعریف می‌گردد؛ یک شیوه وسیع‌تر از تبلیغات اجتماعی که با فروش شخصی و روابط عمومی پشتیبانی می‌شود (کاتلر، ۱۹۸۰). سرانجام هنگامی که بازاریابی اجتماعی ظهور پیدا کرد سبب توسعه ابزارهای بازاریابی اجتماعی شده و عناصر ارتباطات اجتماعی را گسترش داد.

۲-۲-۲ تعریف بازاریابی اجتماعی

تعاریف متعددی از بازاریابی اجتماعی وجود دارد که در طول سال‌ها تغییر کرده است و ابزارها و تکنیک‌ها و مفاهیم آن تکامل و بهبود یافته است.

اندریسن (۱۹۹۴) بیان کرد بازاریابی اجتماعی عبارتست از تطابق تکنولوژی‌های بازاریابی تجاری با برنامه‌های طراحی شده به منظور تغییر داوطلبانه رفتار مخاطبان هدف تا رفاه فردی و جامعه‌ای که آن‌ها بخشی از آن هستند را بهبود دهد.

آلبرچ^۳ (۱۹۹۷)، بازاریابی اجتماعی را عبارت از کارکردی از تکنیک‌های بازاریابی تجاری می‌داند که بهتر از دستاوردهای تجاری منجر به مزایای فردی و اجتماعی می‌شود که با ایجاد القائات سبب

1. Stidsen And Schutt, T.F.

2. Martinsen

3. Albrecht

تغییرات رفتاری داوطلبانه می‌شود و بر پایه تحقیقات قوی مرتبط با نیازهای مخاطبان بخش بندی شده و موانع درک شده می‌باشد.

آندریسون و هرزبرگ^۱ (۲۰۰۵) بازاریابی اجتماعی را بدین صورت تعریف کردند؛ کارکردی از تکنولوژی‌های بازاریابی تجاری برای تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های مدون شده برای تغییر داوطلبانه رفتار مخاطبان هدف به منظور بهبود رفاه شخصی و یا جامعه.

دن (۲۰۱۰)، بیان می‌کند که بازاریابی اجتماعی عبارتست از تطابق فعالیت‌ها، اصول و فرآیندهای بازاریابی تجاری به عنوان ابزارهای تغییرات رفتارهای القایی در بازار هدف به صورت موقت یا دائم برای دستیابی به اهداف اجتماعی.

بازاریابی اجتماعی یک فرآیند است که از اصول و تکنیک‌های بازاریابی برای تغییر رفتارهای مخاطبان هدف به نفع جامعه و فرد استفاده می‌کند. این رشته راهبردک گرا متکی بر ایجاد، ارتباط، تحویل و مبادله پیشنهادات است که ارزش مثبت برای افراد، مشتریان، شرکا و جامعه را در بر دارد (نانسی لی، میشایل روتچايلد و بیل اسمیت^۲، ۲۰۱۶).

بازاریابی اجتماعی به دنبال توسعه و درک مفاهیم بازاریابی با رویکردهای دیگر برای تأثیر بر رفتارهایی است که به نفع افراد و جوامع برای نفع اجتماعی بالاتری است. بازاریابی اجتماعی بر اساس اصول اخلاقی هدایت می‌شود. هدف آن تلفیق بهترین روش، نظریه، بینش مخاطب و مشارکت آن‌ها برای اطلاع رسانی در مورد برنامه‌های تغییرات اجتماعی و رقابتی که مؤثر، کارآمد، عادلانه و پایدار هستند (انجمن بین المللی بازاریابی اجتماعی^۳، ۲۰۱۴).

بازاریابی اجتماعی یک فرآیند است که شامل (الف) انتخاب دقیق رفتارها و بخش‌هایی که هدف قرار می‌گیرند؛ (ب) شناسایی موانع و مزایای این رفتارها؛ (ج) ایجاد راهبردهایی برای رفع این موانع و مزایا؛ (د) پیاده سازی برنامه‌های موفق در مقیاس وسیع (مکنزی مور، ۲۰۱۴). به هر حال علی رغم وجود تعاریف متعدد از بازاریابی اجتماعی، می‌توان عناصر مشترکی را در تمامی تعاریف به صورت زیر مشاهده نمود

۱. این تعاریف از اصول و مفاهیم بازاریابی تجاری پیروی می‌کنند.
۲. تمامی تعاریف ارائه دهنده یک مکانیزم برای تغییر رفتار می‌باشند تا با استفاده از مفاهیم بازاریابی به تأیید، تغییر و تطابق رفتار افراد و یا مصرف کنندگان بپردازند.
۳. تغییرات داوطلبانه بوده و بر پایه مکانیزم اجتماعی مبادلات و اصول قراردادی بازاریابی می‌باشند.
۴. تغییرات، مزایای فردی و اجتماعی به همراه خواهد داشت.

1. Andreasen, and Herzberg

2. Nancy R. Lee, Michael L. Rothschild, and Bill Smith

3. International Social Marketing Association (ISMA)

۲-۲-۳ اهداف بازاریابی اجتماعی

هدف نهایی بازاریابی اجتماعی، رفاه فردی و اجتماعی است نه سودآوری سازمان و این مقوله‌ای است که بازاریابی اجتماعی را از سایر ابعاد بازاریابی متمایز می‌کند. تأکید بر جامعه و افراد نکته دیگری است بازاریابی اجتماعی به آن اهمیت می‌دهد. بازاریابی اجتماعی نه تنها بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد بلکه این تأثیر شامل حرفه‌ها، سازمان‌ها و سیاست‌گزاران نیز می‌شود. به عبارت دیگر علاوه بر جریان رو به پایین، بازاریابی اجتماعی می‌تواند به صورت رو به بالا نیز عمل کند و به دنبال تغییر رفتار حرفه‌ای نیز باشد. برای مثال تشویق سیاست‌گزاران به قوانین و مقررات مربوط به مصرف در این حوزه قرار می‌گیرد (خواجه دهقانی، ۱۳۸۸).

به طور کلی بازاریابی اجتماعی به دنبال دستیابی به یکی از چهار هدف زیر در مخاطبان است. پذیرش رفتار جدید، رد رفتار بالقوه، تعدیل رفتار فعلی یا ترک رفتار قدیمی (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲)، تغییر رفتار داوطلبانه ست و با استفاده از رویکرد مشتری مداری به درک آنچه که مخاطبان هدف از آن آگاهی دارند، آن را باور دارند یا انجام می‌دهند، کمک می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲).

۲-۲-۴ دامنه بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی شامل تغییر رفتارهای تعاملی در محیط مرکب اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، تکنولوژیکی و منابع محدود می‌باشد. اگر که هدف اصلی بازاریابی‌های شرکت جلب رضایت سهامداران باشد، مهم‌ترین هدف بازاریابی اجتماعی دستیابی به مطلوبیت اجتماعی برای بهبود کیفیت زندگی می‌باشد و این نیازمند برنامه ریزی شیوه‌های طولانی مدت جدای از افراد، گروه‌ها و اجتماع است. در جدول ۱-۲ انواع تغییرات اجتماعی بر اساس زمان و سطح جامعه آورده شده است (سرات، ۲۰۱۰).

جدول ۱-۲: انواع تغییرات اجتماعی بر اساس زمان و سطح جامعه (سرات، ۲۰۱۰)

	سطح خرد (افراد)	سطح گروه (سازمان)	سطح کلان (جامعه)
تغییر کوتاه مدت	تغییر رفتار	تغییر هنجارها	تغییر سیاست
تغییر بلند مدت	تغییر سبک زندگی	تغییر سازمانی	تکامل فرهنگی اجتماعی

رویکرد بازاریابی اجتماعی مفاهیم مشخصی را با خود همراه می‌کند که برای دستیابی به تغییر اجتماعی ضرورت دارد. این مفاهیم عبارتند از:

الف) مشتری مداری: بازاریابی اجتماعی با بازاریابی تجاری در تأکید بر درک، پاسخ و ارتباط با مشتری یکسانند. در رابطه با موضوعات اجتماعی، ارتباطات از تمرکز بر پیام به در نظر گرفتن نقطه نظر مشتری حرکت می‌کند و شامل هر عاملی می‌شود که در فرآیند تغییر ممکن است مشتری با آن مواجه شود. چنین دیدگاهی باعث پایداری رفتار در مصرف کننده می‌شود. و کاهش مصرف را از طریق تغییر رفتار وی از عادت به مصرف به مسئولیت پذیری در مقابل مصرف امکان پذیر می‌سازد و به نوعی در آن‌ها احساس گناه نسبت به مصرف بیش از حد، ایجاد می‌کند.

ب) تأکید بر نگهداری افراد: بازاریابی اجتماعی به دنبال فراتر رفتن از نگرش تغییر به تشویق به رفتار جدید است و این اطمینان را ایجاد می‌کند که رفتار جدید تا زمانی که ثابت و سازگار شود، مورد نگهداری قرار می‌گیرد. در بحث کاهش مصرف این مفهوم به معنی تشویق مصرف کننده به کاهش مصرف و ثبات این رفتار و تبدیل آن به سبک درست زندگی و الگوی متفاوتی از مصرف است.

ج) انعطاف پذیری: بازاریابی اجتماعی می‌تواند برای گروه‌های متفاوتی از ذینفعان از جمله رسانه‌ها، مخاطبان هدف و قانون گزاران به کار رود. همچنین می‌تواند برای مخاطبان هدف در مراحل مختلف از آگاهی و پاسخگوئی در رابطه با مسائل و رفتارها استفاده گردد. به عبارت دیگر برای آن گروه که هنوز به مسئله توجه نکرده‌اند تأکید بر آگاهی خواهد بود، در حالی که برای گروهی که به رفتار متعهد شده‌اند، تأکید بر نگهداری آن رفتار است.

د) فرصت‌های مشارکت: مواجهه با موضوعات اجتماعی مانند تشویق به کاهش مصرف، می‌تواند فرصت‌های جدیدی برای مشارکت میان افراد اجتماع، انجمن‌ها و شرکت‌ها فراهم کند. برای مثال یک مداخله بازاریابی اجتماعی برای کاهش مصرف انرژی می‌تواند سیستم ارائه کننده انرژی، کارکنان، افراد و ادارات عمومی را درگیر کند (پینی و پیتی، ۲۰۰۸).

وایمر^۱ (۲۰۱۰) معتقد است که اهداف اصلی در بازاریابی اجتماعی، تغییر یا نفوذ روی رفتار می‌باشد نه افزایش آگاهی. تغییر در سطح دانش یا اعتقادات می‌تواند به عنوان شاخصی نسبی برای مشاهده تغییرات رفتار بکار رود ولی هدف نهایی نمی‌باشد. برای بهبود توان بازاریابی اجتماعی لازم است موارد زیر در نظر گرفته شود (دن، ۲۰۱۰):

۱- بهبود حمایت‌های مدیریتی؛ مدیران می‌توانند روی بودجه و تصمیمات پرسنل نفوذ داشته باشند لذا این می‌تواند روی بازاریابی اجتماعی اثر بگذارد.

۲- برگزاری جلسات آموزشی.

۳- خلق محصولات قابل لمس (مشهود) برای ترویج بازاریابی اجتماعی

۴- تداوم تصحیح درک نادرست از بازاریابی اجتماعی و افزایش دانش کارکنان در مورد این فرآیند.

۵- استفاده از تیم بازاریابی اجتماعی برای ارائه خدمت مشاوره در این زمینه.

اگرچه بازاریابی اجتماعی از بازاریابی تجاری قرض گرفته شده است اما با چالش‌های اضافه‌تری از بازاریابی تجاری مواجه است؛ از جمله این که بازاریابی اجتماعی متناوباً یک خروجی‌ای را ترویج می‌دهد که نامشخص و نامشهود است. بازاریابی اجتماعی همچنین درگیر تغییر ارزش‌های اجتماعی است که می‌تواند زمانبر باشد. بازاریابی اجتماعی مسائلی را غالباً عمومی است بررسی می‌کند بنابراین برای بررسی و موشکافی آماده است و این باعث سستی ریسک در توسعه برنامه‌ها شده و باعث افزایش طبیعت سیاسی فرآیندها می‌شود. به عبارت دیگر این بعد عمومی ابزاری را معرفی می‌کند که برای بازاریاب‌های تجاری وجود ندارد: سیاست.

تفاوت‌های عمده میان بازاریابی تجاری و اجتماعی در جدول ۲-۲ ذکر شده است.

جدول ۲-۲: تفاوت‌های عمده بین بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری (سرات، ۲۰۱۰)

بازاریابی اجتماعی	بازاریابی تجاری
۱- بازاریاب می‌خواهد کار خوب و مثبتی انجام دهد.	۱- بازاریاب می‌خواهد پول درآورد
۲- هزینه به وسیله مالیات و اهدا کنندگان مالی امین می‌شود.	۲- هزینه به وسیله سرمایه گذار تامین می‌شود.
۳- بازاریاب در برابر عموم و مردم مسئولیت پذیر و پاسخگو می‌باشد.	۳- بازاریاب به طور خصوصی و در برابر جمع محدودی مسئولیت پذیر و پاسخگو می‌باشد.
۴- اندازه گیری اجرا سخت و مشکل است.	۴- اجرا بر طبق سود و سهم در بازار اندازه گیری می‌شود.
۵- اهداف رفتاری بلند مدت دنبال می‌شود.	۵- اهداف رفتاری کوتاه مدت دنبال می‌شود.
۶- اغلب بر رفتارهای پیچیده و مبهم هدف گذاری می‌کند.	۶- به طور معمول محصولات/ خدمات غیر پیچیده را ارائه و فراهم می‌سازد.
۷- مدیران از خطر کردن اجتناب و دوری می‌کنند.	۷- مدیران خطرپذیرند.
۸- تصمیم گیری مشارکتی	۸- تصمیم گیری سلسله مراتبی.
۹- روابط بر پایه اعتماد شکل می‌گیرد.	۹- روابط اغلب بر پایه رقابت صورت می‌گیرد.

۲-۲-۵ جایگاه نگرش و مدل‌های تغییر رفتار در بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی، فرآیندی است که تغییر نگرش و یا رفتار عمومی را در جهت موضوعی خاص هدایت می‌نماید. بنابراین جوهره اصلی و لازمه طراحی یک چارچوب مناسب بازاریابی اجتماعی، آگاهی از نگرش، عقاید، آگاهی و رفتار فعلی مخاطبان هدف و توانایی تعیین یک الگو و مدل مناسب تغییر رفتار و یا نگرش متناسب با خصوصیات و ویژگی جامعه هدف می‌باشد. لذا لازمست ابتدا محقق آگاهی لازم نسبت به این مباحث را داشته باشد تا بتواند به نتایج بهتر و موفق‌تری دست یابد.

۲-۵-۱ نگرش و بازاریابی اجتماعی

واژه "Attitude" معادل فارسی متعددی همچون "طرز تلقی"، "بازخورد"، "وضع روانی"، "نگرش" و "گرایش" دارد. ولی اکنون اصطلاح نگرش قبول عام یافته و به صورت‌های مختلف نیز تعبیر شده است. نگرش یک سازه فرضی است، زیرا به صورت مستقیم قابل مشاهده نیست بلکه بیشتر با اظهارات کلامی و رفتاری همراه است. به لحاظ اهمیتی که نگرش‌ها در زندگی افراد دارند، برخی از صاحب نظران تا آنجا پیش می‌روند که موضوع اصلی روانشناسی اجتماعی را نگرش می‌دانند و آن را علم مطالعه نگرش‌های افراد تعریف می‌کنند. به طوری که از نظر برخی پژوهشگران، مفهوم نگرش احتمالاً شاخص‌ترین و ضروری‌ترین مفهوم در روانشناسی اجتماعی است (ترکان و کجباف، ۱۳۸۷). بخشی از اهمیت نگرش ناشی از آن است که صاحب‌نظران مطالعه نگرش را برای درک رفتار اجتماعی، حیاتی می‌دانند. بخش دیگری از این اهمیت مبتنی بر این فرض است که نگرش‌ها تعیین کننده رفتارها هستند و این فرض به طور ضمنی دلالت بر این امر دارد که با تغییر دادن نگرش‌های افراد، می‌توان رفتارهای آن‌ها را تغییر داد. به علاوه، با افزایش نگرش‌های شخص در مورد اشیاء احتیاج او به تفکر و اخذ تصمیم گیری تازه کم می‌شود و رفتار او نسبت به آن اشیاء عاداتی، قالبی، مشخص و قابل پیش بینی می‌گردد و در نتیجه زندگی اجتماعی او آسان می‌شود. همچنین آگاه بودن از نگرش‌های افراد می‌تواند دارای اهمیت زیادی باشد. با دانستن نگرش مردم می‌توان رفتار آن‌ها را پیش بینی و کنترل نمود. از دیگر دلایل اهمیت نگرش این است که بر افکار اجتماعی مؤثر است، نحوه تفکر و پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به عنوان طرح ذهنی عمل می‌کند و به عبارت دیگر چارچوب‌های شناختی اطلاعات را در مورد مفاهیم، موقعیت‌ها و حوادث سازماندهی و نگهداری می‌کند و سرانجام، بر فرآیند رفتار اثر می‌گذارد.

در فرآیندهای تدوین اصول بازاریابی اجتماعی پس از بخش بندی جامعه هدف و انجام تحقیقات بازار، لازمست تعیین خصوصیات و ویژگی‌های رفتاری و نگرشی مخاطبان مدنظر قرار گیرد و مشخص شود که مؤلفه‌های نگرشی و همچنین پارامترهای رفتاری این افراد چگونه است و با مقایسه با مدل‌های موجود اقدام به تدوین مدل نگرش یا رفتار متناسب و مطابق با خصوصیات جامعه هدف نمود به نحوی که بیشترین دستاورد و دستیابی به اهداف بازاریابی اجتماعی، حاصل شود (امیری و قاسمی، ۱۳۹۱). وایمر (۲۰۱۰)، معتقد است که اهداف اصلی در بازاریابی اجتماعی، تغییر یا نفوذ روی رفتار می‌باشد نه افزایش آگاهی. تغییر در سطح دانش یا اعتقادات می‌تواند به عنوان شاخصی نسبی برای مشاهده تغییرات رفتار بکار رود ولی هدف نهایی نمی‌باشد. نقش نگرش و رفتار و مباحث مرتبط به آن‌ها در تدوین فرآیند بازاریابی اجتماعی دارای اهمیت بسیار زیادی است. به طور کلی بازاریابی اجتماعی به دنبال دستیابی به یکی از چهار هدف زیر در مخاطبان است: پذیرش رفتار جدید، رد رفتار بالقوه، تعدیل رفتار فعلی یا ترک رفتار قدیمی (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). تغییر رفتار داوطلبانه ست و با

استفاده از رویکرد مشتری مداری به درک آن چه مخاطبان هدف از آن آگاهی دارند، آن را باور دارند یا انجام می‌دهند، کمک می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲).

ارتباط میان بازاریابی اجتماعی و نگرش به گونه‌ای است که پیش بینی می‌شود در صورتی که آمیخته بازاریابی اجتماعی مناسب تدوین شده باشند می‌توانند بر مؤلفه‌های شناختی و عاطفی نگرش تأثیر بگذارند. این اثر به خاطر افزایش آگاهی و دانش مخاطبان از طریق تدوین پیام مناسب (پیشنهاد)، انتقال پیام به مخاطبین (قابلیت دسترسی) و رسانه‌های مناسب برای افزایش دسترسی به پیام‌ها (ارتباطات اجتماعی) امکان پذیر می‌باشد.

۲-۲-۶ تغییر نگرش

قبل از انتخاب یک راهبرد برای تأثیر روی نگرش‌ها، نیاز است که به صورت دقیق تعریف شود که چه چیزی باید تغییر کند. مطلوب است هدفی انتخاب شود که خاص و قابل دستیابی باشد. بعد از مشخص شدن اهداف و کسب درکی از نگرش فعلی، برای ورود به مرحله بعد انتخاب یک راهبرد برای نفوذ روی نگرش‌ها، آماده می‌شود. چند عامل وجود دارد که برای انتخاب راهبرد باید در نظر گرفته شود که شامل محدودیت‌های فردی و سازمانی است. سازمان‌ها و نهادها برای اهداف متفاوت تاسیس شده‌اند. بعضی از اهداف، اجرایی و بعضی دیگر، آموزشی است. هر سازمان و نهادی دارای اهداف و هنجارهای اجتماعی هستند که به عنوان محدودیت در انتخاب راهبرد تأثیر روی نگرش، عمل می‌کنند. در صورتی که فرد در یک تنظیمات سازمانی کار کند، لازم است تعیین نماید کدام راهبرد برای آن سازمان مناسب‌تر است. تعدادی از راهبردها ممکن است با محدودیت‌های سازمانی سازگار نباشند. عامل دیگری که روی انتخاب راهبرد تغییر نگرش اثر می‌گذارد، سیستم ارزش شخصی فرد است. چهار راهبرد برای اثرگذاری روی نگرش‌ها وجود دارد:

- تغییر ارزش‌ها و عقاید فعلی
- ایجاد نیازها و الهام‌های شخصی جدید
- استفاده از تأثیر و نفوذ گروه
- بکارگیری عوامل مداخله‌ای

جدول ۲-۳: راهبرد و شیوه‌های تغییر نگرش در بازاریابی اجتماعی (اسچافر، ۱۹۸۶)

راهبرد	شیوه
تغییر عقاید و ارزش‌های فعلی	فراهم نمودن اطلاعات که باعث به چالش کشیدن دانش و عقاید افراد می‌شود
خلق نیازها و الهامات جدید	برجسته نمودن منافع تغییر رفتار و پاداش‌های همراه با تغییر رفتار برداشتن تهدید و ترس‌های گذشته فراهم نمودن شیوه‌هایی برای درک بهتر محیط
استفاده از تأثیر گروه	درگیر نمودن افراد در گروه‌هایی که نگرش مطلوب را ایجاد می‌کنند.
درک عوامل مداخله‌گر	آشنایی با گذشته افراد و تأثیر آن بر روی نگرش‌ها و رفتار

۲-۲-۷ نظریه‌ها و مدل‌های رفتاری در بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی بر اساس نظریه‌های اجتماعی- روانشناسی بنا شده است و همانگونه که قبلاً ذکر شد، مبنای اساسی آن نظریه مبادله است (پیتی و پیتی، ۲۰۰۳)، اما در واقع ترکیب جالب و مکملی از نظریه‌های مختلف است. نظریه مبادله نیز اگرچه مربوط به الگوهای اقتصادی و بازاریابی است اما ابزاری است که در بازاریابی اجتماعی کاربرد گسترده‌ای دارد.

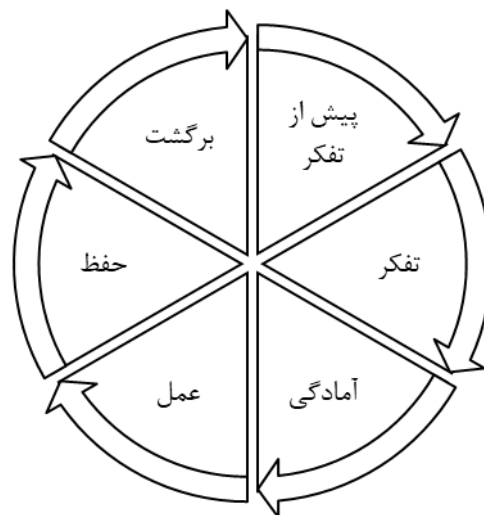
اندریسن (۱۹۹۷) و لفبر (۲۰۰۱) تلاش کردند تا فهرستی از نظریه‌های پر استفاده در بازاریابی اجتماعی را ارائه دهند. هر دو نویسنده بیان نمودند که اجماع کمی در انجمن بازاریابی اجتماعی برای تعیین این که کدام مدل‌ها و در کدام شرایط این مدل‌ها برای استفاده مناسب‌ترند، وجود دارد. آن‌ها هر دو بیان می‌کنند که نظریه‌های شناختی پرکاربردترین نظریه‌ها، به خصوص در بخش سلامتی هستند. همچنین این نظریه‌ها بر اهمیت رویکرد رقابت در بازاریابی اجتماعی تأکید می‌کنند. از طرف دیگر اندریسن بیان می‌کند که برخی از نظریه‌ها نیز توانایی بازاریابی اجتماعی را به عنوان یک رویکرد اثربخش برای تغییر رفتار تا حدودی خدشه دار می‌کند (اندریسن، ۲۰۰۲).

۲-۲-۷-۱ مدل فرانظری

مشهورترین نظریه بکار رفته در بازاریابی اجتماعی مدل فرانظری^۱ در تغییر رفتار سلامتی است (اندریسن، ۱۹۹۵؛ لفبر، ۲۰۰۱)، که تحت عنوان مراحل تغییر نیز شناخته شده است. این الگو نشان می‌دهد هر یک از مراحل مختلف تغییر رفتار نیازمند اقدامات مختص به خود است. رایج‌ترین نسخه الگوی فرانظری شامل ۵ مرحله مشخص برای تغییر رفتار است که بر اساس رفتار گذشته فرد و اهداف آتی او مشخص می‌شود. این ۵ مرحله عبارتند از: پیش از تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری

1. Transtheoretical Model Of Health Behavior Change

(شوارزر، ۲۰۰۸). در این الگو، فرض بر این است که افراد می‌توانند در مراحل مختلف آمادگی برای تغییر قرار گیرند و بنابراین برای تغییر رفتار از مجموعه‌ای از مراحل عبور می‌کنند. در این الگو مرحله پیش از تفکر به مرحله‌ای گفته می‌شود که شخص هنوز در مورد تغییر یا اتخاذ یک رفتار، حداقل تا ۶ ماه آینده فکر نکرده است. در مرحله تفکر، فرد به طور واقع به تغییر رفتار در ۶ ماه آینده فکر می‌کند، اما هنوز از آمادگی کامل برای اقدام لازم برخوردار نیست. در مرحله آمادگی، فرد به طور جدی در مورد یک تغییر رفتار فکر می‌کند و قصد ایجاد یک تغییر را در آینده‌ای نزدیک (به طور معمول در ماه آینده) دارد. مرحله عمل مرحله‌ای است که فرد تغییرات مناسبی را در سبک زندگی خود در طول ۶ ماه گذشته به وجود آورده است. در مرحله حفظ و نگهداری، شاهد دوره طولانی‌تر استقرار و استحکام تغییر رفتار هستیم (بیشتر از ۶ ماه)، اما برای حفظ آن نیاز به تلاش فعال و هوشیارانه است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر این، در الگوی فرانظری چهار سازه وجود دارد که شامل مراحل تغییر، موازنه تصمیم‌گیری، خودکارآمدی و فرآیند تغییر است (محمدي و مهري، ۱۳۹۱). در شکل ۱-۲ مدل فرانظری نشان داده شده است.



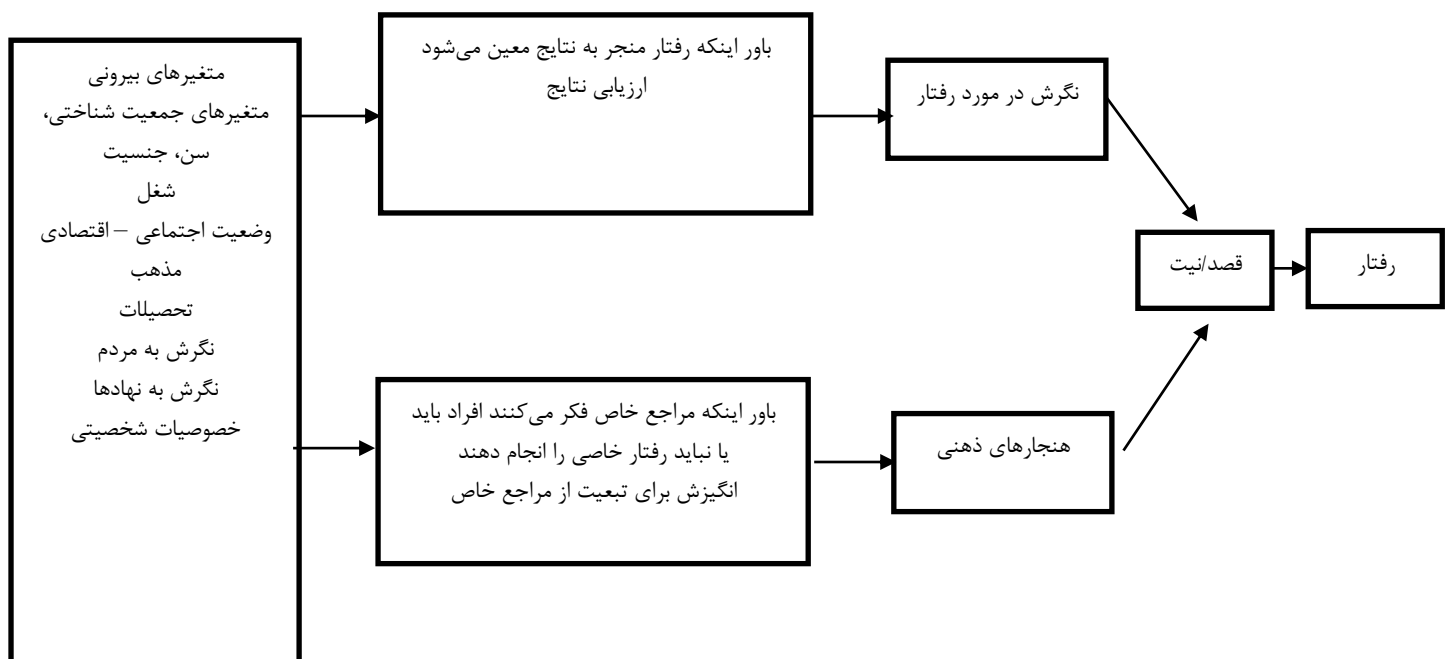
شکل ۱-۲: الگوی فرانظری تغییر رفتار (جی، ۱۳۹۱)

۲-۷-۲-۲ نظریه عمل منطقی

یکی دیگر از نظریه‌های رایج مربوط به سلامت نظریه عمل منطقی است. بر اساس این نظریه پیش بینی رفتار از طریق قصد رفتاری صورت می‌گیرد و دو عامل روی این قصد مؤثر است. به عبارت دیگر، قصد حاصل دو عامل نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی یا فشار اجتماعی است. نگرش نسبت به رفتار همان ارزشیابی مثبت یا منفی در مورد انجام یک رفتار است و اشاره به احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هر گونه رفتار معین دارد. عوامل حصول نگرش نسبت به رفتار شامل باورهای

رفتاری و ارزیابی از نتایج رفتار می‌باشد. هنجارهای ذهنی نیز به وسیله‌ی دو ساختار، باورهای هنجاری و انگیزه پیروی شکل می‌گیرد. افراد در جامعه تحت تاثیر اشخاص مختلفی مانند پدر، مادر، همسر، رهبران دینی و ... قرار گرفته و در اثر نفوذ آن‌ها رفتاری را انجام می‌دهند (کاوه و همکاران، ۱۳۹۱). نظریه عمل منطقی پیشنهاد می‌کند که احتمال مشارکت فرد در فعالیت بدنی افزایش خواهد یافت اگر:

- شخص پیش بینی کند که فعالیت بدنی لذت بخش است؛
- فعالیت بدنی فقط به نتایج ارزشمند مثبت و حداقل زیان و آسیب منجر می‌شود؛
- شبکه اجتماعی فرد می‌خواهد آن‌ها از نظر بدنی فعال باشند؛
- و شبکه اجتماعی فرد از نظر بدنی فعال باشد (آصفی، ۱۳۹۲).



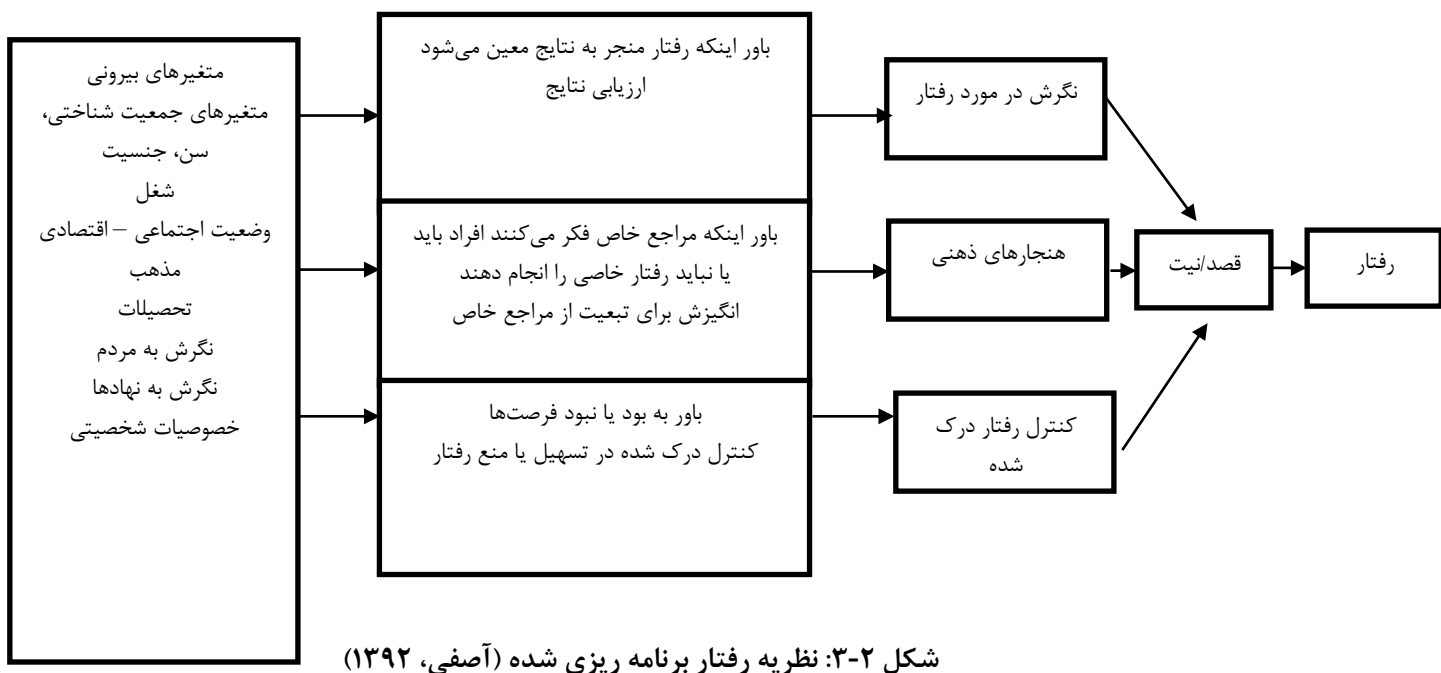
شکل ۲-۲ نظریه عمل منطقی (آصفی، ۱۳۹۲)

۲-۲-۳-۷ نظریه رفتار برنامه ریزی شده

نظریه رفتار برنامه ریزی شده مشابه نظریه عمل منطقی است با این تفاوت که سازه سومی به نام کنترل درک شده^۱ رفتاری نیز دارد. این سازه برای آن دسته از فعالیت‌های بدنی اضافه شد که تحت

1. Perceived control

تأثیر کنترل ارادی فرد نیستند. اگر فرد درک کند کنترل بیشتری روی رفتار دارد، تلاش بیشتری برای انجام رفتار خواهد کرد. اخیراً کنترل درک شده رفتاری از دو نظر تشریح می‌شود، یکی نمایانگر درک فرد از آسانی و سختی انجام رفتار است (اطمینان) و دیگری نمایانگر میزان اعتقاد شخص به این است که چقدر انجام رفتار به وسیله عوامل بیرونی مانند فرصت‌ها و منابع تعیین می‌گردد. بنابراین، علاوه بر مطالب بالا، اگر شخص درک کند که فعال‌تر شدن از لحاظ منطقی آسان است و اعتماد داشته باشد که می‌تواند آن را انجام دهد، علاوه بر این درک کند که فرصت‌های زیادی برای فعال شدن دارد، الگو پیش‌بینی می‌کند که تمایل زیادی برای فعال شدن پیدا خواهد کرد (آصفی، ۱۳۹۲).



۲-۷-۴ نظریه شناختی - اجتماعی

نظریه شناختی - اجتماعی باندورا توسعه یافته نظریه یادگیری اجتماعی است که بیان می‌کند عوامل فردی، رفتاری و محیطی تعیین‌کننده‌های متقابل و متعامل یکدیگرند. نظریه این را به عنوان جبر متقابل می‌داند، بدین معنی که رفتار به سادگی نتیجه تعامل محیط و فرد نیست، از طرفی محیط به سادگی نتیجه تعامل فرد و رفتار نیست. در عوض، سه بعد به طور پیوسته در تعامل‌اند و تغییر در یکی

به معنی تغییر در دیگری است. دو نوع انتظار، محور نظریه شناختی - اجتماعی است: انتظار نتیجه و انتظار کارایی. انتظار نتیجه، باور به این است که آیا احتمال دارد رفتار معین به نتایج خاصی منجر شود. این انتظار شبیه به سازه نگرش در نظریه عمل منطقی است. باندورا (۲۰۰۴) سه جنبه از انتظار نتیجه را تشریح کرد. اولین جنبه مربوط به پیش بینی شخص از سود یا زیان مانند خوشی یا ناراحتی یا هر چیز همراه این سود و زیان است. در فعالیت بدنی ممکن است این شامل فواید بهبود تناسب اندام و کاهش وزن در مقابل رنج فوری ناشی از کار با دوچرخه ثابت در باشگاه باشد. دومین جنبه، درک واکنش‌های اجتماعی به تغییر رفتار است. اگر من بیشتر فعال شوم واکنش افراد دیگر چه خواهد بود؟ به طور مشخص، تأیید یا عدم تأیید اجتماعی یک عامل مهم تعیین کننده رفتار است. نهایتاً فرض بر این است که ارزیابی چگونگی تغییر رفتار، متناسب با ارزش‌های مهم فردی مانند رضایت شخصی و خود ارزشمندی منجر به خود تنظیمی^۱ می‌شود.

اگر بین باورهای شخصی، ارزش‌ها و اعمال سازگاری باشد، انتظار می‌رود انگیزش بیشتر شود. هنگامی که بین رفتار فعلی و ارزش‌های قوی افراد ناسازگاری وجود داشته باشد، انتظار می‌رود افراد رفتارشان را برای حل این تعارض تغییر دهند. اگر فردی اعتقاد داشته باشد که سلامتی برایش ارزشمند است و ببیند که رفتارش با این ارزش در تضاد است، یک واکنش خود تنظیمی رخ می‌دهد که به تغییر رفتار منجر می‌شود. نظریه شناختی - اجتماعی اذعان دارد که رفتار شخص به سادگی حاصل تنظیم فرد نیست بلکه بخشی از آن توسط محیط در شکل تسهیل کننده و مانع تعیین می‌شود. حتی برای افراد با انگیزه بالا نیز اگر فرصت‌ها و نیازهای زمانی لازم برای فعالیت بدنی کم باشد، به سختی فعال می‌شوند.

تمرکز اصلی نظریه شناختی - اجتماعی بر روی خودکارآمدی^۲ است. خودکارآمدی به درک فرد از توانایی خود برای انجام رفتاری اشاره دارد که به نتایج مطلوب منجر خواهد شد. اغلب خودکارآمدی مستقل از دیگر سازه‌های نظریه ارزیابی می‌شود و توسط الف) تجربه قبلی رفتار، ب) تجربه نیابتی رفتار (یادگیری رفتار از طریق مشاهده انجام رفتار توسط شخص مشابه مشاهده گر)، پ) تحریک کلامی در شکل تشویق دیگران، ت) انگیزتگی فیزیولوژیکی (حدی از عرق کردن، افزایش تنفس و ضربان قلب به عنوان علایم آسیب پذیری) تفسیر می‌شود (آصفی، ۱۳۹۲).

خودکارآمدی بر نتیجه مورد انتظار فرد تأثیر می‌گذارد؛ اینکه افراد محیط را چگونه در نظر می‌گیرند و چه اهدافی برای خود ترسیم می‌کنند، سازه مهم دیگر نظریه است. افراد با انتظار کارایی بالا به احتمال زیاد نتایج مطلوب از تغییر در رفتارشان را پیش بینی می‌کنند و با توسعه مهارت‌های جدید و افزایش تلاش و پشتکار موانع را قابل رفع می‌بینند. همچنین افراد با خودکارآمدی بالا اهداف چالش انگیزتری انتخاب و تعهد قویتری به آن‌ها دارند. افراد با کارایی پایین اعتقاد دارند که تغییر رفتار به نتایج مطلوب منجر می‌شود و پیش بینی می‌کنند منابع لازم برای غلبه بر موانع تغییر را ندارند.

1. Self Regulation
2. Self Efficacy

همچنین آن‌ها تمایل به انتخاب اهداف سطح پایین، تلاش کمتر برای تغییر و کنار گذاشتن تلاش به محض مواجهه با مشکلات دارند. البته کاهش موانع محیطی برای تغییر و افزایش دسترسی به احتمال زیاد باعث افزایش باورهای کارایی می‌شود که این موضوع انعکاس دهنده‌ی ماهیت متقابل سازه‌های الگو است. به طور خلاصه در ارتباط با تفسیر رفتار فعالیت بدنی، الگو مفروضات زیر را دارد:

- فواید درک شده از فعالیت بدنی بیشتر از هزینه‌های درک شده است؛
- فعالیت بدنی بیشتر، منجر به تأیید نه عدم تأیید اجتماعی می‌شود؛
- فعال‌تر بودن به رضایت شخصی منجر می‌شود و با ارزش‌های فردی و اهداف بزرگ‌تر زندگی سازگار است؛
- موانع کمی برای دسترسی به نتایج مطلوب وجود دارد؛
- فرصت‌های دسترسی به فعالیت بدنی بالا است (فوستر و همکاران، ۲۰۰۵).

۲-۲-۷-۵ مدل اعتقاد بهداشتی

این مدل در سال ۱۹۵۰ بر اساس تئوری کورت لوین طراحی شد، شامل سه جزء منافع و موانع درک شده، تهدید درک شده و راهنمای عمل می‌باشد.

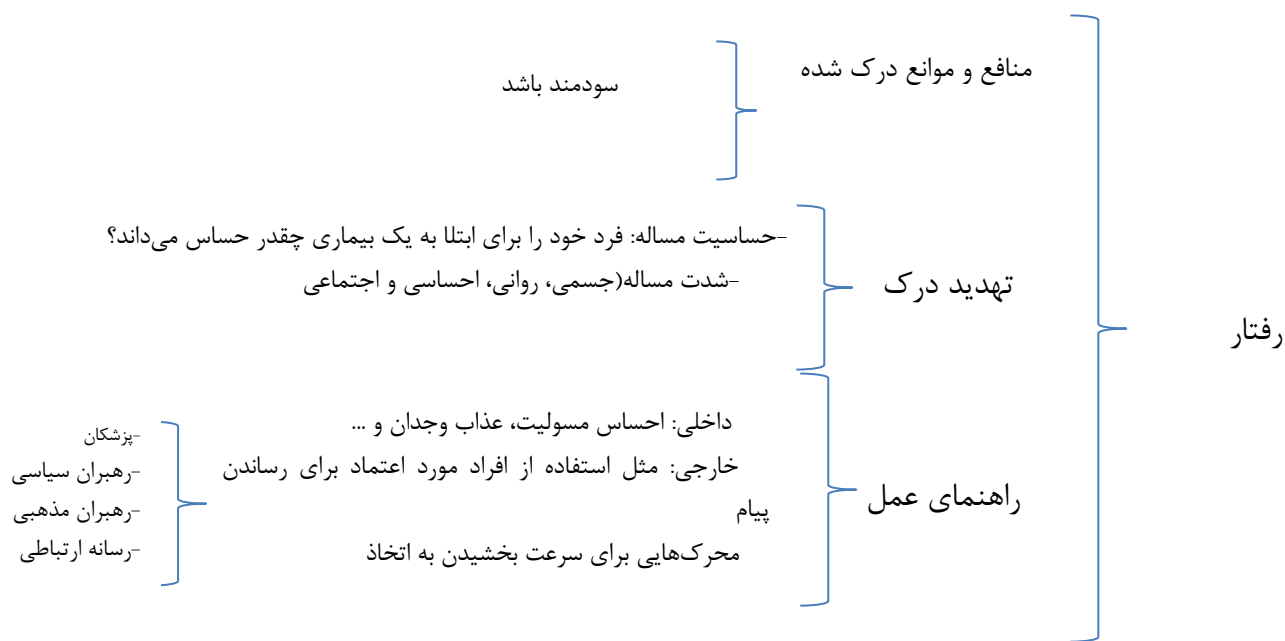
الف: منافع و موانع درک شده؛ منافع و موانع درک شده که در آن تجزیه و تحلیل محاسن و معایب رفتار، انجام می‌گیرد. در این قسمت از مدل ارزیابی می‌کنند که چند درصد مردم به خاطر منافع انجام یک رفتار آن را اتخاذ می‌نماید و نتیجه کار برای برنامه بازاریابی اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. آیا فرد بر اساس تجزیه و تحلیل منافع و موانع آن عمل رفتاری را انجام می‌دهد یا از انجام آن خودداری می‌کند. چه تحلیلی برای انجام رفتار (چه رفتار مثبت و چه رفتار منفی) وجود دارد؟

ب) تهدید درک شده: تهدید درک شده به این مفهوم است که فرد احساس می‌کند در معرض یک تهدیدی قرار داشته و لذا اقدام به انجام رفتاری برای جلوگیری از دریافت تهدید می‌نماید. تهدید درک شده به دو عامل بستگی دارد:

۱- حساسیت نسبت به مساله: فرد خورد را نسبت به اثرات تهدید حساس می‌داند. لذا در این رابطه اقداماتی را از قبل انجام می‌دهد.

۲- شدت مساله: مثلاً در هنگام بروز یک بیماری می‌توان شدت مساله را در یک جامعه مطرح کرده و بدین وسیله فرد خودش را در معرض ابتلای به بیماری دیده و احساس تهدید می‌کند و این احساس منجر به انجام یک سری مسایل و اقدامات بهداشتی می‌گردد.

ج) علایم (راهنما) برای عمل؛ شامل پیام‌های رفتار مطلوب، ارتباطات فردی و جمعی می‌باشد. می‌توان برای ارائه پیام‌های مطلوب به مردم از افراد مورد قبول جامعه نظیر پزشکان، رهبران سیاسی، رهبران مذهبی رسانه‌های ارتباط جمعی مورد اعتماد جامعه استفاده نمود.



شکل ۲-۴: مدل اعتقاد بهداشتی کرت لوین (امیری و قاسمی، ۱۳۹۱)

۲-۲-۶ مدل قصد رفتاری

این مدل برگرفته از تئوری عمل منطقی است که خود برگرفته از تئوری انتظار ارزش می‌باشد. در تئوری عمل منطقی گفته می‌شود که انسان‌ها قبل از این که تصمیم به انجام رفتاری بگیرند ابتدا کاربرد و بازده آن را انجام می‌دهند (قضاوت خود شخص نسبت به رفتار). بر اساس تئوری انتظار ارزش، انسان‌ها زمانی دست به رفتاری می‌زنند که از آن رفتار انتظار سود و ارزش داشته باشند. در مدل قصر رفتاری نیز مثل سایر مدل‌های تغییر رفتار، هدف نهایی پیش بینی رفتار است ولی در این مدل عامل اصلی تعیین کننده رفتار، قصد شخص می‌باشد. قصد هر فرد برای انجام هر کاری، بر دو پایه استوار است: عامل شخصی و عامل اجتماعی رفتار.

عامل شخصی: عامل شخصی به ارزش‌های مثبت یا منفی شخصی از انجام رفتار برمی‌گردد که همان نگرش فرد نسبت به رفتار است. آحاد مردم نسبت به یک مساله نگرش‌های متفاوتی دارند. ممکن است نگرش فردی در رابطه با انجام رفتاری مثبت ولی نگرش فرد دیگر نسبت به انجام همان رفتار، منفی باشد. بنابراین نخستین عاملی که بر روی قصد اثر دارد، نگرش نسبت به رفتار است. نگرش از ارزیابی مثبت یا منفی شخص در مورد یک رفتار معین و با توجه به قضاوت وی به وجود می‌آید. بنابراین چنانچه انجام رفتار برایش سودمند باشد، آن را انجام می‌دهد چنانچه انجام رفتار برایش مضر باشد، از انجام آن خودداری خواهد کرد. در هر حال، انجام یا عدم انجام رفتار، معطوف به قضاوت شخص می‌باشد.

عامل بازتاب تأثیر اجتماعی: این عامل به هنجارهای انتزاعی و فشارهای اجتماعی معروف است و به درک شخصی از فشارهای اجتماعی مربوط می‌شود و گویای این است که سایر افراد اعم از پدر، مادر،

خواهر، برادر، رهبران مذهبی و سیاسی همگی در نظریات و رفتارهای فرد تأثیر دارند. بنابراین دو عامل اصلی بر روی هنجارهای انتزاعی تأثیر دارند:

- ۱- اعتقادات هنجاری، مثلاً بسیاری از مردم انگیزه برای اطاعت از رهبران دینی را دارند.
- ۲- انگیزه برای اطاعت؛ مثلاً برخی زنان دارای این اعتقاد هنجاری هستند که از مادر شوهر خود اطاعت نمایند زیرا در غیر اینصورت از چشم شوهرشان می افتند.

در مجموع می توان از افراد ذی نفوذ و رهبران مذهبی و فکری برای ترغیب افراد در جهت انجام یک رفتار مثبت استفاده نمود. فشارهای اجتماعی، سبب قصد فرد و انجام عمل توسط وی می شود. وقتی که فردی برای می خواهد برای انجام کاری قصد نماید، ممکن است تحت تأثیر یکی از عوامل نگرش نسبت به رفتار و یا هنجارهای انتزاعی یا هر دو این عوامل قرار گیرد. در فرهنگی های بالای اجتماعی و در میان افراد تحصیل کرده، اغلب نگرش مهم تر است در حالی که در افرادی که از تحصیلات یا سطح فرهنگی پایین تری برخوردارند، اغلب هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی اهمیت بیشتری دارند (امیری و قاسمی، ۱۳۹۱).

۲-۸ آمیخته بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی بر استفاده از مفاهیم بازاریابی تجاری و کاربرد آن ها برای اهداف اجتماعی و تغییر رفتار داوطلبانه افراد به صورت غیر انتفاعی تأکید می کند. پذیرش این رفتارها بر اساس مفهوم مبادله شکل می گیرد. نظریه مبادله فرض می کند که بشر نیاز محور است و میل طبیعی به سمت پیشرفت دارد (هاستینگز و سارن، ۲۰۰۳). مبنای اقتصادی و روانشناسی این نظریه حمایت کننده مفهوم بازاریابی اجتماعی است و آن را در رسیدن به هدفش کمک می کند. بازاریابی اجتماعی نیز مانند بازاریابی تجاری از فلسفه مشتری مداری بهره می برد. بر طبق این فلسفه بازاریابان تجاری تلاش می کنند تا نیازها، خواسته ها و رفتارهای فعلی آن ها را از طریق تحقیقات مستمر شناسایی نمایند (اندریسن، ۱۹۹۴؛ لفر و فلورا^۱، ۱۹۸۸). با شناسایی گروه هدف آمیخته بازاریابی با احتمال بیشتری اثربخش خواهد شد. فرآیند بخش بندی مخاطبان هدف کلید اصلی طراحی یک مداخله است. مرحله بعدی پس از بخش بندی مخاطبان و شناسایی رفتارهای آن ها طراحی مداخله است و بالاخره آمیخته بازاریابی که هسته اصلی بازاریابی اجتماعی را تشکیل می دهد.

در سال ۱۹۶۴ نیل بوردن استفاده از چهار عامل را برای دستیابی به اهداف مطلوب بازاریابی بر روی مخاطبان هدف ارائه نمود. این عوامل عبارتند از محصول، قیمت، مکان و ترفیع. در اینجا این سوال ایجاد می شود که مفاهیمی چون محصول، قیمت، مکان و ترفیع در محیط اجتماعی چگونه تعریف می شود. در بحث بازاریابی اجتماعی، محصول به رفتار جدید و مزایایی که این رفتار نصیب گروه هدف

می‌کند، اطلاق می‌شود. قیمت بیانگر هزینه‌ای است که مصرف کننده در مبادله برای رفتار جدید متحمل می‌شود و بیشتر نشان دهنده عدم رضایتی است که افراد در زمان سازگاری با رفتار جدید از خود بروز می‌دهند. مکان نیز به محل و بازاری برمی‌گردد که مبادله در آن رخ می‌دهد. برای این که رفتار جدید شکل بگیرد، عوامل محیطی به تسهیل این سازگاری بسیار کمک می‌کنند. و بالاخره ترویج به تلاش‌های انجام شده برای برقراری ارتباط با گروه هدف در رابطه با مزایای محصول برمی‌گردد. در اینجا ذکر این نکته با اهمیت است که تبلیغات می‌تواند بخش بزرگی از راهبردهای ترفیع باشد و نه همه آن‌ها.

معمولا کاربرد آمیخته بازاریابی در بازاریابی اجتماعی بسیار پیچیده‌تر از بخش تجاری است. مسئله اصلی به نامشهود بودن محصولی برمی‌گردد که به مخاطب ارائه می‌شود. نویسندگان دیگری نیز وجود عوامل دیگری را در آمیخته بازاریابی مدنظر قرار می‌دهند که از آن جمله می‌توان به دولت، سیاست و مشارکت اشاره نمود (وینریچ^۱، ۱۹۹۹). با توجه به موارد ذکر شده در بالا می‌توان گفت، بازاریابی اجتماعی با در نظر گرفتن دامنه وسیعی از موضوعات اجتماعی نیاز به آمیخته مناسب و سازگار با حوزه مربوط به خود دارد. چنین آمیخته سازگار و مناسبی می‌تواند نسبت به آمیخته بازاریابی تجاری تعدیلات زیر را شامل شود:

۲-۲-۸-۱ پیشنهاد به جای محصول^۲

آمیخته محصول مبنایی است که سایر عناصر آمیخته بازاریابی بر اساس آن تعیین می‌شوند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). محصول یا کالای بازاریابی اجتماعی ضرورتاً یک کالای فیزیکی نیست. طیفی از انواع کالاها وجود دارد که از کالاهای فیزیکی و قابل لمس و خدمات گرفته تا عملکردها و رفتارها و در نهایت ایده‌های بسیار ناملموس را در برمی‌گیرد. برای داشتن یک کالای مهم و حیاتی، مردم باید ابتدا احساس کنند که مشکل واقعی دارند و سپس بپذیرند که محصول ارائه شده راه حل مناسبی برای مشکل آن‌ها می‌باشد. نقش تحقیق در این رابطه عبارت است از کشف ادراکات و دیدگاه‌های مصرف کننده‌ها در رابطه با شکل کالا و یا محصول مشخصی که درجه یا اهمیت اقدام در راستای حل مشکل را نزد مخاطبان افزایش می‌دهد (محمدي و همکاران، ۱۳۸۴). در بازاریابی اجتماعی، به برنامه ریزانی نیاز است که بتوانند با انجام پژوهش‌های مناسب زمینه تولید کالاها و خدماتی را فراهم کنند که جامعه مورد نظر آن‌ها را بپذیرد (میرک زاده و همکاران، ۱۳۸۹). محصول در بازاریابی اجتماعی به عنوان رفتار مطلوب و مزایای مربوط به این رفتار تلقی می‌گردد که بازاریابان اجتماعی برای عرضه آن به مخاطبان هدف تلاش می‌کنند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ وینریچ، ۱۹۹۹). همچنین می‌تواند شامل محصولات و خدماتی شود که سازگاری با رفتار جدید را تسهیل می‌بخشد (لفبر و فلورا، ۱۹۸۸). در تئوری بازاریابی اجتماعی محصول شامل سه سطح می‌شود: محصول اصلی، محصول واقعی و محصول

1. Weinreich

2. Proposition Instead of Product

اضافه. محصول اصلی به مزایایی برمی‌گردد که مخاطبان با رفتار جدید دریافت خواهند کرد. محصول واقعی رفتار خاصی است که ترفیع و تشویق می‌شود. محصول اضافه به محصولات و خدمات افزوده‌ای برمی‌گردد که در مراحل بعدی ارائه می‌شود. هر کدام از سطوح محصول راهبردهای خاص خود را دارد و جایگاه خاصی را در ذهن مخاطب پر می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). بطور کلی می‌توان گفت که مداخلات بازاریابی به دنبال تشویق یک رفتار مطلوب و در واقع یک هدف خاص است.

۲-۸-۲-۲ هزینه مشارکت به جای قیمت^۱

نرخ یا هزینه به آن چه که مصرف کننده برای دستیابی به کالا یا محصول مورد نظر بازاریابی اجتماعی باید انجام دهد، اطلاق می‌شود. این نرخ و یا هزینه ممکن است یا پول باشد و یا مستلزم از دست دادن چیزهای غیرملموسی از قبیل زمان و یا تلاش فیزیکی و یا احساس خطر از کف شدن و یا ملامت شدن (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴)، یا به صورت اتلاف انرژی، بروز اضطراب و نگرانی و یا از دست دادن لذتی خود را نشان دهد (میرک زاده و همکاران، ۱۳۸۹). در بیشتر مداخلات بازاریابی اجتماعی هزینه‌ی تغییر رفتار، مالی نیست (اگرچه می‌تواند این گونه نیز باشد) هزینه ممکن است به صورت زمان، تلاش افراد، موانع فیزیکی و غیره مطرح شود و این یک مفهوم وسیع‌تری نسبت به قیمت اقتصادی داشته و خیلی نزدیک به تئوری هزینه مبادلات در اقتصاد می‌باشد (پیتی، ۲۰۰۹). قیمت در بازاریابی اجتماعی به هزینه‌ای برمی‌گردد که مخاطب در سازگاری با رفتار جدید متحمل می‌شود. در تئوری مبادله، قیمت به شکل زمان، تلاش و انرژی که مخاطب در مبادله برای رفتار جدید و مزایای آن صرف می‌کند، بیان می‌شود. برخی از این هزینه‌ها جنبه‌ی روان‌شناسی دارد و یا عدم رضایتی که ممکن است برای مخاطب هنگام ترک رفتار قبلی حاصل شود. هدف بازاریابی اجتماعی ایجاد این ادراک و آگاهی است که مزایای حاصله برابر یا بیشتر از هزینه‌های متحمل شده است (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ وینریچ، ۱۹۹۹) به علاوه قیمت می‌تواند به هزینه‌های پولی و غیر پولی نیز تقسیم شود. هزینه‌های غیر پولی به بازاریابی اجتماعی مربوطتر است و می‌تواند شامل هزینه‌های عاطفی (وینریچ، ۱۹۹۹)، ساختاری، جغرافیایی و فیزیکی (لفبر و فلورا، ۱۹۸۸) شود. البته باید در نظر داشت که چنانچه هزینه برای مصرف کننده مهم‌تر و یا بالاتر از فواید اجتماعی باشد، ارزش درک شده برای کالای مورد نظر پایین خواهد بود و احتمال تغییر رفتار کم خواهد بود. اما اگر فواید و منافع درک شده مهم‌تر یا بزرگتر از هزینه‌های صرف شده تلقی شود، شانس آزمایش و به دست آوردن محصول و یا کالای مورد نظر خیلی بیشتر خواهد بود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴). در این مرحله هم بهتر است در ابتدا هزینه محصول واقعی، هزینه محصول رقیب، مزایای اصلی محصول واقعی، مزایای اضافه محصول واقعی و راهبردهای قیمت تعریف شوند (سوزان، ۲۰۰۴).

1. Cost of involvement instead of price

نتایج حاصل از بازاریابی اجتماعی دارای موانع و مزایایی است که می‌توان از طریق نظرسنجی از جامعه هدف این عوامل را بدست آورد. راهبرد قیمت عبارتند از: افزایش مزایای درک شده و کاهش هزینه درک شده مرتبط با رفتار مورد نظر و همزمان افزایش هزینه‌های درک شده و کاهش منافع درک شده از محصول رقیب.

۲-۲-۸-۳ قابلیت دسترسی به جای مکان^۱

مکان، روش یا شیوه‌ای که کالا به دست مصرف کننده می‌رسد را توصیف می‌کند. برای محصولات قابل لمس، مکان به نظام یا سیستم توزیع دلالت دارد که شامل انبارها، کامیون‌ها، مراکز فروش و نقاط ارایه کالا می‌شود.

برای کالاهای غیرقابل لمس (غیرفیزیکی) واژه مکان ممکن است خیلی واضح و مفهوم نباشد اما با توجه به تصمیم‌گیری در مورد کانال‌های دسترسی به مصرف کننده‌ها که از طریق ارایه اطلاعات و یا آموزش صورت می‌گیرد، این محل‌ها ممکن است در برگیرنده مطالب، رسانه‌های ارتباط جمعی و یا نمایش عملی در منزل باشد (محمدی و هماران، ۱۳۸۴). بازاریابی اجتماعی همیشه بر مبنای یک محصول فیزیکی نیست اگرچه ممکن است آن را نیز شامل شود. بنابراین اطلاق واژه مکان یا توزیع نمی‌تواند برای آن مناسب باشد. بازاریابی اجتماعی بیشتر وابسته به بازاریابی خدمات است که کلید اصلی آن قابلیت دسترسی است. از دیدگاه دیگری عنصر مکان به محل و یا خدمتی برمی‌گردد که در آنجا گروه به رفتار مطلوب عمل خواهد کرد و می‌تواند شامل دریافت خدمات مربوطه باشد (کاتلر و همکاران، ۲۰۰۲). جاهایی که از طریق آن‌ها اطلاعات و آموزش در زمینه ایده یا رفتار به مشتریان می‌رسد، مکان را شامل می‌شود (میرک زاده و همکاران، ۱۳۸۹). هدف از راهبرد مکان فراهم کردن فضای راحت و مناسب برای مخاطب می‌باشد به گونه‌ای که پذیرش و عمل به رفتار جدید را تسهیل بخشد و عوامل رقابتی و موانع این رفتار را به حداقل برساند. مکان همچنین به تصمیم‌گیری در مورد چگونگی تضمین دسترسی جمعیت و یا گروه هدف با کالا و یا خدمات با کیفیت اطلاق می‌گردد. بازاریابی اجتماعی همچنین زمان و مکانی را که مخاطبان هدف برای دریافت پیام‌های تدریجی آمادگی دارند را شناسایی می‌کند.

- آیا مکان برای استفاده/ دسترسی آسان است؟
- آیا زمان انتخاب شده برای ارایه پیام مناسب است؟
- آیا کانال تعیین شده برای انتقال پیام متناسب با مخاطبان می‌باشد؟

۲-۲-۸-۴ ارتباطات اجتماعی به جای ترویج^۱

ترویج نیز جزئی از آمیخته بازاریابی اجتماعی است که معمولاً با بازاریابی اجتماعی اشتباه گرفته می‌شود. بازاریابی اجتماعی به ترفیع و تلاش‌های مبتنی بر تبلیغات کمتر از بازاریابی تجاری تکیه می‌کند. ترویج شامل فعالیت‌هایی است که آرایه دهنده خدمت یا تولید کننده کالا انجام می‌دهد تا بتواند در مورد آن اطلاعات مفیدی به مشتری بدهد و مشتریان را تشویق کند تا آن کالا را بخرند (میرک زاده و همکاران، ۱۳۸۹). بازاریابی اجتماعی بیان کننده یک تکامل تدریجی از تلاش‌های گذشته برای رسیدن به تغییر اجتماعی که متکی بر ترویج سلامتی و ارتباط اجتماعی است می‌باشد. به جای یک شیوه توزیع اطلاعات به شکل تبلیغ، بازاریابی اجتماعی بهره‌های بازاریابی تجاری را به دو شیوه ارتباطی ساختن تعامل و رابطه تقسیم می‌کند (پیتی، ۲۰۰۹). برای اثربخشی، راهبردهای ترویج باید با دقت با سایر اجزای آمیخته بازاریابی هماهنگ باشد. در صورتی که منافع محصولات، هزینه و مکان با نیازها و خواسته‌های مردم هم راستا نباشند، تلاش‌های ترویجی موفق نمی‌شوند. ترویج باعث ایجاد و تداوم تقاضا می‌شود و ممکن است از ترکیبی از تبلیغات، روابط عمومی، ترویجات، حمایت رسانه‌ای و فروش شخصی استفاده نمایند.

در بازاریابی اجتماعی ویژگی‌های گروه هدف تعیین کننده نوع کانال ارتباطی و ترفیع مناسب می‌باشد. چنانچه در برخی موارد زمان در دسترس بودن رسانه‌ها و یا ارتباطات شخصی می‌تواند نسبت به تلاش‌های تبلیغاتی گسترده اثربخش‌تر عمل کند (اندریسن، ۱۹۹۵). بازاریابی اجتماعی شامل فرایندی مستمر است که از تلاش برای تغییر رفتار آغاز و به دست یابی به تغییر اجتماعی و نگهداری آن رفتار ختم می‌شود. بازاریابی اجتماعی با بازاریابی تجاری با برقراری ارتباط و تعامل مشترک است. در حالی که بازاریابان تجاری برای تشویق به مصرف و خرید مستمر محصولاتشان با مشتریان ارتباط برقرار کنند بازاریابان اجتماعی نیز برای تشویق به پذیرش، بکارگیری و نگهداری یک رفتار اجتماعی خاص با هدف مخاطبان هدف ارتباط برقرار می‌کنند.

عموم مردم^۲

بازاریابی اجتماعی مخاطبین متعددی دارد که برای موفقیت برنامه باید آن‌ها را در نظر بگیرند. عموم، به گروه‌های درونی و بیرونی در برنامه اطلاق می‌شود. عموم بیرونی شامل گروه هدف، مخاطبین ثانویه، سیاستگذاران و افراد کلیدی می‌باشند در حالی که عموم درونی کسانی هستند که به خوبی در تاسیس و یا اجرای برنامه دخالت دارند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴).

ایجاد شرکا^۳

گاهی برخی سازمان‌ها منابع مالی و انسانی کافی برای پیگیری تلاش‌های بازاریابی اجتماعی در اختیار ندارند (وینریچ، ۱۹۹۹). همچنین مسایل اجتماعی هم غالباً آنقدر پیچیده هستند که هیچ سازمان و یا

1. Social communication instead of promotion

2. public

3. Partnership

بخشی به تنهایی قادر به حل آن‌ها نیست. بنابراین، ایجاد شرکا و تیم سازی با سازمان دیگری در جامعه برای تأثیر واقعی مورد نیاز است و می‌تواند این موفقیت را دوچندان کند. بنابراین می‌توان با سازمان‌هایی که با سازمان مورد نظر، اهداف و یا مقاصد مشترک و یا یکسانی دارند، مشارکت نموده و روش‌های کار مشترک با آن‌ها تعیین کرد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴).

سیاست و خط مشی^۱

یک سیاست مشخصی برای تغییرات ضروری است تا اطمینان حاصل شود که در برابر عوامل محیطی، برای تغییر اجتماعی در طولانی مدت، ثبات وجود دارد. برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌تواند در ایجاد انگیزه در افراد برای تغییر رفتار به خوبی عمل کند اما پایداری تغییرات رفتاری بدون محیط حمایت کننده مشکل است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴). باید گفت تغییر رفتار افراد می‌تواند در یک بازه زمانی و مکانی معین اثربخش باشد اما زمانی که تغییر رفتار فراتر از یک برنامه بازاریابی اجتماعی می‌شود و یا منابع برای نگهداری آن رفتار به حد کافی در دسترس نیست، از نظر هزینه‌ای به صرفه است که سیاستی اتخاذ گردد که تغییر رفتار را اجباری کند (وینریچ، ۱۹۹۹). بنابراین در اکثر موارد تغییر در سیاست مورد نیاز می‌باشد و برنامه‌های حمایت همه جانبه رسانه‌ای می‌تواند به صورت یک مکمل مؤثر برای برنامه‌های بازاریابی اجتماعی عمل کند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴).

۲-۹-۲ بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه

اساس پایداری، تغییر رفتار است و لزوم پایداری، برعهده گرفتن اهداف گوناگون است؛ مانند افزایش سلامت عمومی. اگر در انتقال به آینده‌ای پایدار عجله داریم، باید افراد را به پذیرش آرایه‌ی وسیعی از رفتارها که این اهداف را حمایت می‌کنند، ترغیب نماییم. امروزه بیشتر نوآوری‌ها جهت ترویج رفتار پایدار، به طور عمده بر رقابت‌های اطلاعاتی در مقیاس بزرگ با استفاده از آموزش و یا برای ترغیب افراد به پذیرفتن اعمال پایدار به وسیله‌ی تبلیغ تکیه دارد.

در حالی که آموزش و تبلیغ می‌توانند در خلق آگاهی و تغییر رفتار اثربخش باشند، مطالعات بسیاری تصدیق می‌کنند که تغییر رفتار به عنوان نتیجه‌ای از جمع آوری ساده‌ی اطلاعات به ندرت رخ می‌دهد. در نتیجه اطلاعات به تنهایی نمی‌تواند تنوع موانع موجود در اکثر رفتارهای پایدار را بررسی کند (گلر، ۱۹۸۱؛ جوردان و همکاران، ۱۹۸۶) از سوی دیگر، بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه^۲ (CBSM) به عنوان یک انتخاب جذاب و گیرا برای طراحی برنامه‌هایی جهت ترویج رفتار پایدار، در رقابت‌های فشرده‌ی اطلاعاتی نشان داده شده است (مکنزی- مور، ۲۰۱۱). اکنون هزاران برنامه اغلب با نتیجه قابل توجه، از این سبک شناسی استفاده می‌کنند.

1. Policy

۲. Community-Based Social Marketing

هم مقایسه می‌شوند. برای مقایسه آن‌ها به سه نوع اطلاعات نیاز است: الف) رفتار تا چه حد تأثیرگذار است؟ ب) رفتار به چه حدی از نفوذ رسیده است؟ پ) چه احتمالی وجود دارد آن اشخاصی که تاکنون آن رفتار را به کار نگرفته‌اند، آن را بپذیرند.

الف) تعیین اثر: دو انتخاب برای مشخص کردن اثر رفتارهای گوناگون وجود دارد. انتخاب اول و ارجح این است که داده‌های دقیق را در مورد اثری که یک رشته از رفتارها بر روی موضوع خواهند داشت، جمع‌آوری کرده و انتخاب دوم شامل بررسی افرادی است که در حوزه مورد نظر تخصص کافی دارند. پیشنهاد شده است که این کارشناسان به منظور رتبه‌بندی هر رفتار در یک مقیاس از صفر تا چهار فراخوانده شده باشند که صفر یعنی رفتار بدون اثر و چهار برابر بیشترین اثر است. رتبه‌بندی به دست آمده از کارشناسان باید به طور مستقل و سپس به طور متوسط مطلوب باشد. این طور است که گروه‌هایی از کارشناسان، آن را به بحث در مورد مصرف انرژی بخش مسکونی مرتبط با فهرست رفتارها و پس از آن رتبه‌بندی اقدامات و می‌دارد، رتبه‌بندی مستقل دارای خواص روان‌سنجی بالایی است و کمتر مستعد خطاهایی است که می‌تواند به همراه رتبه‌بندی بر اساس گروه رخ دهد (مکنزی- مور، ۲۰۱۱).

ب) تعیین نفوذ: دو انتخاب برای تعیین نفوذ وجود دارد. نخستین و قابل‌اتکاترین انتخاب، مشاهده‌ی مخاطب هدف بدون جلب توجه به منظور سنجش سطح فعلی تعهد مخاطب هدف در رفتارهای گوناگون است. این روش برای رفتارهای مشابه مثل دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی که به سادگی قابل مشاهده می‌باشند، عمل می‌کند، ولی برای رفتارهایی که به سادگی قابل مشاهده نیستند، مفید نخواهد بود؛ در نتیجه انتخاب دوم را که شامل بررسی رفتار مخاطب هدف است، به کار رود و اگر همیشه درگیر یکی از رفتارهای داخل فهرست هستند، هر چند وقت یک بار از آن‌ها پرسیده شود. اگر رفتار آن‌ها جزو رفتارهای مداوم باشد مشخص شود چه درصدی از وقت خود را صرف این کار می‌کنند؟ البته که این اعداد قابل اتکا و قطعی نیستند بلکه دامنه‌ای از مقادیر هستند. در پایان، ما به دنبال رفتارهایی هستیم که نفوذ کمی به همراه دارند. به عبارت دیگر، ما به دنبال آن دسته از رفتارهایی هستیم که افراد کمتری درگیر آن هستند، زیرا آن‌ها شرایط بالقوه‌ی بیشتری برای تغییر فراهم می‌کنند (کاتلر و همکاران، ۱۳۹۲).

ج) برآورد احتمال: همچنین دو انتخاب برای برآورد احتمال وجود دارد. دقیق‌ترین و مطلوب‌ترین انتخاب، دنبال کردن برنامه‌های به دقت برآورد شده‌ای است که به منظور تسهیل هر یک از رفتارهای درون فهرست شما عرضه شده‌اند. مهم است که به منظور که با در نظر گرفتن برنامه‌های مشابه چندین موضوع را یادداشت شود. ابتدا قابلیت تعمیم برنامه باید بررسی گردد. تنها برنامه‌هایی باید در نظر گرفته شوند که به طور نزدیک، شرایط و محتوایی را که با توجه به آن، یک برنامه را ارائه می‌شود، دربر می‌گیرند. به علاوه، با در نظر گرفتن هزینه‌های هر سرمایه‌گذاری به منظور ارائه‌ی هر برنامه، اطلاعات باید به گونه‌ای فراهم شده باشد که برگشت سرمایه برای هر برنامه را بتوان برآورد کرد. جمع‌آوری اطلاعات در ارتباط با مطالعه‌ی موردی برای یک فهرست طولانی از رفتارها، هزینه بر و وقت گیر

است. اگر فهرست رفتارها بزرگ باشد، امید است که ابتدا به بررسی مخاطب هدف با در نظر گرفتن احتمال تعهد آنان به هر رفتار پرداخته شود.

به طور ایده آل بازاریابی اجتماعی به دنبال آن رفتارهایی است که دارای تأثیر و احتمال زیاد اما سطح پایینی از نفوذ هستند. می‌توانیم با تکثیر اثری که یک رفتار دارد با سطح جاری نفوذ رفتارها به وسیله‌ی احتمال تعهد مخاطب هدف به رفتار برای به دست آوردن حجم رفتار، رفتارهای گوناگون مقایسه شود (به دنبال رفتارهایی که بیشترین ارزش را دارند). نیاز است که مقادیر نفوذ را پیش از ضرب کردن سه مورد معکوس شود، زیرا به دنبال رفتارهایی هستیم که فعلاً از سطح مقبولیت پایینی برخوردارند.

احتمال $\times (۱ - \text{نفوذ}) \times \text{تأثیر} = \text{ارزش}$

در تعیین این که کدام رفتارها را برای برنامه انتخاب شوند، باید به سمت دو نوع از رفتارها رفت. اگر تمایل به اشاعه تنها یک عمل است، رفتاری را انتخاب شود که بیشترین ارزش را دارا می‌باشد، به طوری که بهترین تعامل میان اثر، نفوذ و احتمال را نشان دهد. در مقابل، اگر تمایل به ترویج رفتارهای متنوعی در طول زمان است، ممکن است رفتاری انتخاب شود که کم‌اثرتر است، اما احتمال بالایی دارد که مخاطب به آن تعهد داشته باشد و این که در حال حاضر در سطح پایینی از مقبولیت قرار دارد. در برنامه‌های خوب طرح ریزی شده، چنین رفتارهای تحریک کننده‌ای می‌تواند به عنوان نخستین گام برای اقدامات اساسی‌تر که بعدها اتخاذ می‌شوند، استفاده شود.

۲-۹-۲-۲- تشخیص موانع و منافع

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر شکل از رفتار پایدار، مجموعه‌ای از موانع و منافع خاص خود را دارا می‌باشد (مکنزی - مور، ۱۹۹۵). موانع رفتار پایدار ممکن است در ذات یک فرد باشد؛ مانند عدم دانایی شخص، رویه‌های بدون پشتیبان یا فقدان انگیزش (استرین و اسکامپ^۱، ۱۹۸۷). از طرف دیگر، ممکن است موانع در ذات یک فرد نباشد؛ مانند تغییراتی که برای رفتار به منظور راحتی بیشتر یا قابل دسترسی بودن انجام می‌گیرد. برای هر رفتار پایدار ممکن است موانع متعددی وجود داشته باشد. در نتیجه، وقتی رفتاری را که بهترین ترکیب از اثر، نفوذ و احتمال را دارد، انتخاب می‌شود، باید موانع و منافع آن را تشخیص داده شود.

کشف موانع و منافع را در برگیرنده چهار قدم است. کار با مرور مقاله‌ها و اخبار مربوط آغاز شود. سپس از طریق مشاهده و گروه کانونی، اطلاعات لازم جمع آوری شود و در نهایت، بر روی یک نمونه تصادفی از مخاطبان هدف بررسی‌های لازم انجام شود. استفاده از چندین روش گوناگون برای کشف و درجه بندی منافع و موانع، «مثلث سازی»^۲ نامیده می‌شود. مثلث سازی ضعف‌های یک روش را با استفاده از توانایی روش دیگر می‌پوشاند.

1. Stren & Oskamp
2. Triangulation

۲-۲-۹-۳- توسعه یک راهبرد

بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه توسعه‌ی راهبردی است که هم رفتاری را که می‌خواهد ترویج شود و هم رفتاری را که می‌خواهد نفی شود، هدایت می‌کند. برای رفتار ترویجی، همزمان موانع کاهش، و منافع افزایش می‌یابد. در مقابل، برای رفتاری که قصد نفی آن را داریم، مخالف آن انجام می‌شود؛ موانع آن را زیاد و منافعش کم شود. تنوع ابزار تغییر رفتار می‌تواند این وظیفه را یاری دهد. در جعبه ابزار بازاریابی تجاری 4p سنتی وجود دارد (محصول، قیمت، مکان و ترویج) که در سه مورد با ابزار بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه تشابه دارند. محرک = قیمت، تسهیلات = مکان، ارتباطات = ترویج. مورد‌های جدید در جعبه ابزار سنتی تعهد‌ها، یادآوری کننده‌ها، هنجارها و انتشار اجتماعی هستند (مکنزی مور، ۲۰۱۱).

تعهد^۱

در یک تنوع وسیع از موقعیت‌ها این نتیجه به دست آمده است که افرادی که در ابتدا یک درخواست کوچک را قبول می‌کنند - مانند پوشیدن یک نام و نشان تجاری خاص - و می‌گویند که از خرید محصولات با محتوای باز یافتی حمایت می‌کنند، متعاقباً از احتمال بیشتری برای قبول یک درخواست بزرگ‌تر - مانند خرید واقعی این محصولات - برخوردارند (مکنزی مور، ۲۰۱۱).

به دنبال تعهد برای یک درخواست کوچک ابتدایی، احتمالاً دو دلیل وجود دارد (سالدینی^۲، ۱۹۹۳). نخست، وقتی افراد به دنبال یک درخواست ابتدایی می‌روند، این امر، اغلب چگونگی درک افراد نسبت به خودشان را تغییر می‌دهد. این طور است که افراد به خودشان می‌نگرند. دوم، همه‌ی ما تمایل شدیدی داریم که در نظر دیگران افراد سازگاری جلوه کنیم. در واقع جامعه ما بر سازگاری تأکید دارد و افراد متناقض یا ناسازگار اغلب منفی تلقی می‌شوند.

تعهد به عنوان ابزار تغییر رفتار در نوعی از مطالعات، اغلب به همراه نتیجه‌های دراماتیک استفاده می‌شود. با عنایت به استفاده تعهد، دستورالعمل‌های زیر را دنبال نمایید:

- تأکید عمومی بر تعهد‌های کتبی و شفاهی. تعهدات عمومی در به وجود آوردن تغییرات رفتاری بلندمدت اثربخش‌تر می‌باشند (پالاک، ۱۹۸۰).
- تعهد در گروه‌ها. در صورت امکان، تعهدات را در گروه‌هایی که انسجام بالایی دارند (مانند گروه‌های مذهبی) جستجو کنید. رابطه‌ی نزدیک بین این افراد با اهمیت سازگار شدن عجین شده است و پایبندی افراد به تعهدشان را محتمل می‌سازد.
- درگیر کردن فعال شخص. وقتی افراد فعالانه درگیر شوند احتمال بیشتری وجود دارد که خودشان را متعهد به یک فعالیت ببینند.

1. Commitment
2. Cialdini

- از نکته‌های موجود ارتباط برای به دست آوردن تعهد استفاده شود. هر جا که برخورد طبیعی رخ می‌دهد، در پی فرصت به منظور دنبال کردن تعهد باشید.
- به افراد کمک کنید خودشان را افرادی بدانند که نگران سلامتی‌شان هستند. می‌توانیم با اظهار نظر در باره‌ی اعمال گذشته افراد، به آنان کمک کنیم خود را نگران و متعهدتر به فعالیت‌های پایدار ببینند (مکنزی مور، ۲۰۱۱).
- از اجبار استفاده نشود. برای این که ابزارهای تغییر رفتار مؤثر واقع شوند، تعهد باید آزادانه و داوطلبانه باشد. این چنین است که وقتی افراد خود را علاقه مند به یک فعالیت نشان می‌دهند، فقط از آنان تعهد بخواهید.

هنجارها^۱

- امروزه بیشتر برنامه‌ها بر توسعه‌ی هنجارهای اجتماعی تأکید دارند که از مردم در انجام دادن رفتار پایدار حمایت می‌کند. این عدم توجه به هنجارها می‌تواند تأثیر ناخوشایندی روی رفتار بگذارد. هنجارها ما را راهنمایی می‌کنند که چگونه باید رفتار کنیم (مکنزی مور، ۲۰۱۱).
- هنجارها قابل رویت باشد. برای اینکه هنجارها اثرگذار باشند، باید دیگران نیز از آن‌ها آگاه باشند و هنجارهایی که عمل را حمایت می‌کنند، باید به طور فعال‌تری تبلیغ شوند.
 - ارتباط شخصی برای محکم کردن هنجارها. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احتمال بیشتری وجود دارد که درونی سازی هنجارها به عنوان نتیجه‌ی ارتباط شخصی رخ دهد. پس، ارتباط شخصی به عنوان فرصتی برای محکم کردن هنجارهایی است که از رفتار پایدار حمایت می‌کنند

پخش اجتماعی^۲

- رفتارهای جدید اغلب توسط دوستان، همکاران و اعضای خانواده پذیرفته شده هستند، فرآیندی که به عنوان پخش اجتماعی شناخته می‌شود (راجرز، ۱۹۹۳). پخش اجتماعی مربوط برای مرتبط بودن با پذیرش تنوع گسترده‌ای از اعمال پایدار شناخته شده است.
- برای تسهیل پذیرش رفتارهای جدید از طریق پخش اجتماعی دو راه وجود دارد؛
- پایدار سازی تعهدات. بسیاری از اعمال پایدار که می‌خواهیم مردم آن‌ها را بپذیرند قابلیت رویت اجتماعی ندارند (دارلی و بنیجر^۳). راه مؤثر برای بالا بردن قابلیت رویت رفتارهای ناپیدا این است که تعهدات عمومی باشد.
 - استخدام افراد مشهور و محترم. زیرا تأثیر بسیار زیادی بر پذیرش رفتارهای دارند.

1. Norms
2. Social Diffusion
3. Darley & Beniger

کالاها و خدمات^۱ (فراورده‌ها)

برنامه‌های مؤثر اغلب در برگیرنده‌ی رسیدگی به مخاطب هدف با یک خدمت یا یک محصول جدید می‌باشند. برای فراهم سازی خدمات و محصولات (مانند هزینه خرید محصولات، دانش محصول، قابلیت استفاده محصول) که یک برنامه برای راه افتادن نیاز دارد، موانعی وجود دارد.

ارتباط^۲ (ترویج)

اکثر برنامه‌های ترویج رفتار پایدار، در برگیرنده‌ی یک بخش ارتباط هستند. اثر ارتباطات بر روی رفتار، بر پایه این که چطور ارتباطات توسعه یافته‌اند، می‌تواند به طور شگرفی متفاوت باشد. برای توسعه‌ی ارتباطات مؤثر، مبانی زیر پیشنهاد می‌شود:

- از اطلاعات مسحور کننده استفاده شود. هر عقیده‌ای که از روی اطمینان ایجاد می‌شود به تسخیر توجه بستگی دارد و بدون توجه، اطمینان غیر ممکن است. ارتباطات می‌تواند به وسیله‌ی تضمین این که آشکار، شخصی و واقعی هستند، اثربخش‌تر باشند.
- شناخت مخاطب. همه‌ی ارتباطات باید در ذهن مخاطب توسعه یابد. پیش از توسعه‌ی ارتباطات، باید درک قاطعی از رویکردها، اعتقادات و رفتار مخاطب مورد نظر باشد.
- استفاده از یک منبع معتبر. فرد یا سازمانی که پیغام شما را می‌رساند می‌تواند تأثیر شگرفی روی چگونگی رساندن آن و رفتار متعاقب آن داشته باشد (اگلی و چایکن^۳، ۱۹۷۵). اطمینان یابید هر کسی که پیغام شما را می‌رساند، معتبر به نظر برسد. افراد یا سازمان‌ها تمایل دارند که هنگام داشتن یک تخصص، قابل اطمینان یا امین به نظر برسند.
- چارچوب بندی پیام. چگونگی ارائه یا چارچوب بندی فعالیت، می‌تواند بر احتمال پذیرش آن توسط مردم تأثیر بگذارد.
- در نظر گرفتن پیام‌های هشدار دهنده. هنگامی که جامعه نیاز دارد مفهوم موضوع‌های جدی را بداند، مردم نیز نیاز دارند که به آنان گفته شود چه کار مثبتی می‌توانند در راستای مفید واقع شدن اطلاعات هشدار دهنده انجام دهند.
- یادآوری پیام‌ها. تمام فعالیت‌های پایدار بر حافظه تکیه دارند. مردم باید به یاد آورند که چه کاری انجام دهند، چه وقت و چگونه آن را انجام دهند. با استفاده از یادآوری کننده‌ها به افراد کمک کنید تا به خاطر بیاورند. همچنین پیام‌هایی را که واضح و خاص هستند، توسعه یابد.
- تعیین اهداف اجتماعی و شخصی. تعیین هدف برای یک خانوار یا جامعه جهت رسیدن به آن می‌تواند به ایجاد انگیزه برای رفتار پایدار کمک کند.

1. Goods and Services
2. Communication
3. Eagly & Chaiken

- تأکید بر ارتباط شخصی. پژوهش‌ها با اطمینان ثابت می‌کند که آنچه روی رویکردها و رفتار ما تأثیر و نفوذ زیادی دارد، افرادی هستند که با آنان تعامل داریم نه رسانه‌ها.
- ایجاد فرصت برای افراد تا به واسطه‌ی برنامه با دیگری صحبت کنند.
- انتخاب کانال‌های ارتباطی‌ای که مخاطب هدف را در یک راه اثربخش و کارا تحت نفوذ در می‌آورند.
- بازخورد. باخورد به افراد جامعه تا اثربخشی اعمالشان را بدانند. بدیهی است که چنین امری تأثیر مثبتی روی پذیرش و ادامه‌ی رفتارهای پایدار دارد.

مشوق‌ها/ بازدارنده‌ها^۱ (قیمت)

نشان داده شده است که مشوق‌ها و بازدارنده‌ها تأثیری اساسی روی گونه‌ای از فعالیت‌های پایدار دارند. هنگامی که انگیزه برای انجام دادن یک رفتار پایین باشد یا اینکه افراد فعالیت را آن چنان اثربخش که باید انجام ندهند، مشوق‌ها و بازدارنده‌ها به طور فوق العاده ای مفید هستند.

تسهیلات^۲ (مکان)

راهبردهای تغییر رفتار که پیش از این ارائه شده‌اند، می‌تواند تأثیر مهمی روی پذیرش و پایداری رفتارها داشته باشند. به هر حال، اگر موانع خارجی مهمی برای رفتار هدف وجود داشته باشد، راهبردهای تغییر رفتار بی‌ثمر خواهند بود (مکنزی مور، ۲۰۱۱).

۲-۲-۹-۴- اجرای آزمایشی^۳

همان گونه که پیش از این گفته شد، طراحی یک راهبرد بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه، با انتخاب دقیق رفتار، تشخیص مخاطب هدف و سپس تشخیص موانع و مزیت‌های ملاحظه شده برای فعالیتی که قصد تأثیر گذاشتن بر آن است، آغاز می‌گردد. دانش نسبت به این موانع و منافع به طور ویژه‌ای مهم است. بدون این اطلاعات غیر ممکن است یک برنامه مؤثر طراحی شود. در تشخیص موانع، از تجزیه و تحلیل آماری استفاده شود تا کمک کند موانع و منافع اولویت بندی شود. دانستن اهمیت نسبی آن‌ها به منابع محدود کمک می‌کند تا در بالاترین قابلیت خود استفاده گردند. وقتی موانع و منافع مخاطب هدف تشخیص داده شد و اولویت بندی شد، ابزار تغییر رفتار را انتخاب شود. موانعی را که برای غلبه بر آن‌ها تلاش می‌شود، تطبیق دهید و منافع ملاحظه شده، ایجاد یا برجسته شود. همگام طراحی برنامه، بازخورد برنامه از چندین گروه تمرکز به دست آورده شود. موضوع‌ها را در

1. Incentives/Disincentives

2. Convenience

3. Conducting a pilot

محدوده‌ی زمانی در تفسیر آن‌ها بگردید، چون ممکن است یک سری نواحی را در برنامه‌ای نشان دهد که به طراحی مجدد نیاز داشته باشند. بعد از اطمینان از اینکه برنامه‌ای که طراحی شده است رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، برنامه آزمایش شود. رایج‌ترین آزمایش دربرگیرنده‌ی تدارک سنجش‌های پایه، پیاده سازی یک راهبرد و سپس تدارک سنجش‌های بعدی می‌باشد. با وجود این که این مورد رایج‌ترین شکل آزمایش است، از استفاده‌ی آن پرهیز شود. تصور کنید ما در حال توسعه‌ی برنامه‌ای برای تشویق سوار شدن بر اتوبوس هستیم. داده‌هایی را از افرادی که اتوبوس سوار می‌شدند، پیش از اجرای برنامه و پس از آن جمع آوری کردیم و متوجه افزایش قابل ملاحظه‌ای شدیم. اما در بسیاری از زمان‌های مشابه که راهبردمان را اجرا کردیم، هزینه‌ی بنزین به شدت افزایش پیدا کرد. بدین ترتیب، نمی‌دانیم که آیا در اثر راهبرد ما بود یا هزینه‌ی بنزین و یا ترکیبی از هر دو که به افزایش اتوبوس سوار شدن منجر گردید. برای دوری از این مشکل، در آزمایش‌های خود اطمینان یابید که دست کم دو گروه در اختیار دارید: نخست، گروهی که راهبرد ایجاد شده‌ی شما را دریافت می‌دارد و دیگری، گروهی که به عنوان گروه سنجش یا هدایت خدمت می‌کند. اگر بیش از یک راهبرد ایجاد کرده باشید، ممکن است بیش از یک گروه راهبرد داشته باشید. آزمودن چندین راهبرد بر خلاف یکدیگر در یک مقیاس کوچک، راهی مؤثر برای تشخیص کم هزینه‌ترین روش مؤثر بر تغییر رفتار است. در صورت امکان، مخاطب هدف به طور تصادفی به هر یک از گروه‌ها اختصاص داده شود. اختصاص دادن به طور تصادفی اطمینان می‌دهد که تنها تفاوت بین گروه‌ها این است که آیا راهبرد را دریافت نموده‌اند یا در گروه هدایت قرار گرفته‌اند؟ در ارزیابی اثربخشی یک آزمایش، به جای اندازه گیری تغییر رویکرد یا آگاهی، بر تغییر رفتار تمرکز شود. به علاوه تلاش شود به جای تکیه بر خودگزارشی، تغییر رفتار به طور مستقیم اندازه گیری شود. زیرا این گزارش‌ها متمایل به اغراق گویی هستند. اگر یک آزمایش در تغییر رفتار ناموفق بود، راهبرد اصلاح شود و دوباره آزمایش شود.

در نهایت، هنگام انجام دادن آزمایش، تنها عناصر برنامه‌هایی درگیر شود که می‌تواند برای ارائه در یک پیاده سازی در مقیاس وسیع تهیه شود. اگر در ارائه‌ی آزمایش، این قانون نقض شود و عناصر برنامه از میان برداشته شود، گستراندن در مقیاس وسیع ممکن است موفقیت آمیز نباشد.

۲-۹-۵-۲-۵- ارزیابی اجرا در مقیاس بزرگ

هنگامی که یک آزمایش در تغییر رفتار مؤثر واقع شد، برای اجرای راهبرد در سراسر جامعه آماده است. پیاده سازی در مقیاس جامعه به وسیله‌ی دستیابی به اطلاعات بر مبنای درگیری پایه در فعالیت پیش از اجرا و در پاره‌ای از موردها پس از آن ارزیابی شود. این اطلاعات می‌تواند در دوباره تجهیز کردن یک راهبرد و نیز فراهم نمودن یک مبنا برای بودجه در ادامه و تدارک بازخورد عمده برای جامعه استفاده گردد.

۲-۱۰ مفاهیم مورد استفاده در بازاریابی اجتماعی

متخصصان سلامت عمومی، عموماً بین واژه‌های کمپین^۱ و برنامه^۲ تفاوت قائل می‌شوند. در حوزه‌ی سلامت عمومی این دو واژه عموماً تحت عنوان واژه‌ای به عنوان مداخله^۳ مورد خطاب قرار می‌گیرند، به معنی اقدامات به کار گرفته شده جهت تغییر یا تأثیرگذاری است که این اقدامات ممکن است با فعالیت‌های رسانه‌ای، تغییر در سیاست‌ها و مقررات و سایر اقدامات مرتبط همراه باشند یا نباشند.

در برخی منابع، مداخلاتی که به طور گسترده از رسانه‌های جمعی استفاده می‌کنند کمپین نامیده می‌شوند و مداخلاتی که از رسانه‌های جمعی استفاده نمی‌کنند، برنامه نامیده می‌شوند. همچنین واژه کمپین غالباً برای حوزه‌های محدود و مداخلات کوتاه مدت کاربرد دارد در حالی که واژه برنامه بیشتر برای حوزه‌های وسیع و مداخلات بلند مدت به کار می‌رود. در واقع یک برنامه جامع می‌تواند از تعدادی کمپین با حوزه‌ها و دوره‌های زمانی محدود تشکیل شود (دناوان و هنلی، ۲۰۱۰).

تفاوت بازاریابی اجتماعی و ارتباطات

می‌توان گفت بازاریابی اجتماعی یکی از ارکان مهم ارتباطات سلامت است، زیرا افرادی را که در حوزه‌ی ارتباطات فعالیت می‌کنند به سمت بخش بندی مخاطبان‌شان، کسب شناخت در مورد آن‌ها و سپس تمرکز بر تغییر رفتار هدایت می‌کند.

ارائه دهندگان ارتباطات سلامتی، مانند آژانس‌های تبلیغاتی کوکاکولا هستند. شغل آن‌ها درک مخاطبان، خلق ارتباطات ترغیب کننده و جذاب با آن‌ها، و تحویل آن به طرّقی است که آگاهی از برند را بالا ببرد و رفتارهای خرید محصول را افزایش می‌دهد. اگر شخصی یک آگاهی تبلیغاتی از کوکاکولا ببیند، اما نتواند به فروشگاه‌ای که کوکاکولا می‌فروشد دسترسی داشته باشد، وقتی به فروشگاه می‌رود کوکاکولا را در قفسه‌های فروشگاه نبیند، یا ببیند پرسی قیمت پایین‌تری دارد، یا نوشابه رژیمی را ترجیح بدهد، هیچ مقداری از تبلیغات نمی‌تواند مشکل را حل کند و مشتری را برای خرید کوکاکولا تحریک کند. اما فعالیت بازاریابی اجتماعی شبیه فعالیت کارکنان بخش بازاریابی کوکاکولا است. بازاریابان کوکاکولا باید اطمینان یابند که خط تولید (در بازاریابی اجتماعی انتخاب‌های رفتاری) هر چیزی را برای هر کسی تولید می‌کند نه این که یک چیز را برای همه تولید کند. آن‌ها سپس بر سیستم پخش و توزیع تمرکز می‌کنند تا بتوانند همواره محصول خود را در دسترس مخاطبان قرار دهند. سپس بر قیمت گذاری تمرکز می‌کنند و اینکه در مقایسه با رقبا باید چه مزایایی را ارائه دهند و چه هزینه‌هایی را برای مخاطبان کاهش دهند. گام بعدی ترویج محصول و ترغیب مخاطبان به خرید محصول از طریق اقدامات ترویجی و روابط همومی و ارائه مشوق‌هاست (لفبر، ۲۰۱۳).

1. Campaign
2. Program
3. Intervention

۲-۱۱ مقایسه بازاریابی اجتماعی با سایر ابزارهای مدیریت رفتار

بازاریابی اجتماعی یک تئوری تغییر رفتار نیست بلکه یک رویکرد نظامند جهت اندیشیدن به مشکلات اجتماعی و حل کردن این مشکلات است (لفبر، ۲۰۱۳). برای فهم بهتر بازاریابی اجتماعی می‌توان آن را با سایر رویکردهایی که جهت مدیریت تغییر رفتار به کار برده می‌شوند مقایسه کرد. راتسچلد^۱ (۱۹۹۹) در یک چهارچوب مفهومی بازاریابی را با آموزش و قانون مقایسه کرد (راتسچلد، ۱۹۹۹). در این دیدگاه، آموزش از طریق ایجاد آگاهی در مورد منافع تغییر و ترغیب افراد صورت می‌گیرد تا به طور داوطلبانه رفتارهای سالم را بپذیرند. وقتی که افراد را از مزایای داشتن یک سبک زندگی سالم مطلع کنیم، آن‌ها آزاد هستند که چه واکنشی در این زمینه انجام دهند و وقتی که برخی افراد همچنان رفتار نامطلوب را ادامه می‌دهند، جامعه متقبل هزینه خواهد شد. هنگامی که اهداف جامعه با اهداف مخاطبین هدف همسو باشد، مزایای رفتار مطلوب به خودی خود جذب کننده، مشهود و بدیهی باشند، هزینه تغییر رفتار کم باشد و مهارت‌ها و سایر منابع مورد نیاز برای تغییر کاملاً در دسترس باشند، آموزش می‌تواند مفید واقع شود. از سوی دیگر اعمال قانون یا سیاست، از اجبار یا تهدید به تنبیه برای مدیریت رفتار استفاده می‌کند. قانون گذاری هنگامی که جامعه نمی‌خواهد در اثر استمرار یک رفتار مخاطره آمیز یا ناسالم متقبل هزینه‌هایی شود در حالی که بعید به نظر می‌رسد شهروندان به سرعت این رفتارها را تغییر دهند، مؤثرترین ابزار است.

اما بازاریابی با ارائه‌ی انتخاب‌های مختلف که یک مبادله داوطلبانه را پیشنهاد می‌دهد، بر رفتار تأثیر می‌گذارد. بازاریابی به گونه‌ای محیط را تغییر می‌دهد تا رفتار پیشنهادی نسبت به رفتار ناسالم مزیت بیشتری داشته باشد. بازاریابی جهت جایگزین کردن و سپس عرضه کردن یک رابطه‌ی به صرفه و مطلوب‌تر با مخاطبین هدف طراحی شده است. هنگامی که اهداف اجتماعی مستقیماً و به طور بدیهی با علایق شخصی افراد همسو نیست اما شهروندان می‌توانند با افزایش مزایای پیامدهای یک رفتار برای تغییر، تحت تأثیر قرار بگیرند بازاریابی مؤثرترین راهبرد محسوب می‌شود.

بازاریابی، همچون آموزش دست افراد را برای انتخاب باز می‌گذارد، اما بر خلاف آموزش، بازاریابی پیامدهای رفتاری را تغییر می‌دهد در حالی که در آموزش انتظار می‌رود افراد از طرف جامعه قربانی شوند. آموزش اغلب جزو مؤلفه‌های یک مداخله بازاریابی اجتماعی است. به هر حال بازاریابی از طریق افزایش جذابیت مزایای پیشنهادی و حداقل کردن هزینه‌ها، محیط را برای تغییر رفتار مساعدتر می‌کند. در جدول ۴-۲ رویکردهای آموزش، قانون و بازاریابی اجتماعی بر اساس وجود یا عدم وجود انگیزه، فرصت و توانایی برای تغییر با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

جدول ۲-۴: مقایسه رویکردهای آموزش، قانون و بازاریابی (راتسچلد، ۱۹۹۵)

انگیزه	بله		خیر	
فرصت	بله	خیر	بله	خیر
توانایی بله	تمایل به رفتار آموزش	ناتوان در اجرای رفتار بازاریابی	مقاومت به رفتار قانون	مقاومت به رفتار بازاریابی و قانون
خیر	ناتوان در اجرای رفتار آموزش و بازاریابی	ناتوان در اجرای رفتار آموزش و بازاریابی	مقاومت به رفتار آموزش، بازاریابی و قانون	مقاومت به رفتار آموزش، بازاریابی و قانون

ژیا و همکاران (۲۰۱۶) کاربرد رویکردهای اطلاع رسانی، رویکردهای رفتاری- اجتماعی، رویکرد سیاسی - محیطی و بازاریابی اجتماعی را برای ترویج یک رفتار مطلوب از جمله فعالیت بدنی را با هم مقایسه کردند. رویکردهای رفتاری و آموزشی به لحاظ هدف مداخله و راهبرد، با بازاریابی اجتماعی تفاوت دارند. رویکردهای محیطی و اجتماعی نیز عموماً افراد بالادست و میان دست جامعه از جمله سیاستگذاران و مدیران را هدف قرار می‌دهند. همانطور که در جدول زیر نشان می‌دهد، رویکردهای رفتاری و آموزشی گرایش به استفاده از تعداد کمتری از عناصر آمیخته بازاریابی یعنی ترویج را به کار می‌گیرند و مداخلات اجتماعی و رفتاری نیز تنها یکی از عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی یعنی محصول را در نظر می‌گیرند (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶)

جدول ۲-۵: مقایسه رویکردهای مختلف ترویج رفتاری مطلوب (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶)

رویکرد	هدف	راهبرد
رویکرد اطلاع رسانی	تغییر رفتار افراد با تغییر دانش، نگرش	انتشار اطلاعات (مشابه عنصر ترویج در بازاریابی اجتماعی)
رویکرد رفتاری و اجتماعی	کمک به افراد برای پذیرش و حفظ تغییرات رفتاری	آموزش مهارت‌های مدیریت رفتار یا حمایت اجتماعی (مشابه محصول افزوده در چارچوب بازاریابی اجتماعی)
رویکرد محیطی و سیاسی	ارائه تسهیلات و محیط مناسب و توجه به سیاست‌گذاری در سطح سازمان	هدف قرار دادن سطوح بالادست و میان دست سازمان

رویکرد بازاریابی اجتماعی	تغییر رفتار به طور مستقیم	عرضه و پیشنهاد محصولات و منافع، و کاهش موانع در یک مبادله برای پذیرش رفتار مطلوب
--------------------------------	---------------------------	--

۲-۲-۱۲ ویژگی‌های بازاریابی اجتماعی

تعاریف گوناگونی از بازاریابی اجتماعی ارائه شده است که هر یک ویژگی‌های خاصی را برای آن در نظر گرفته‌اند. در جدول زیر بعضی از ویژگی‌های تعیین شده برای بازاریابی اجتماعی را در طول چهار دهه‌ی گذشته مشاهده می‌کنید (دناوان و هنلی، ۲۰۱۰؛ کاتلر و زالتمن، ۱۹۷۱؛ فرنچ و بلیر استیونس، ۲۰۱۰؛ لفر و فلورا، ۱۹۸۸؛ والش و همکاران، ۱۹۹۳).

جدول ۲-۶ ویژگی‌های بازاریابی اجتماعی از دید پژوهشگران مختلف

پژوهشگران	فرنچ و بلیر استیونس (۲۰۱۰)	دناوان و هنلی (۲۰۱۰)	والش و همکاران (۱۹۹۳)	لفر و فلورا (۱۹۸۸)	کاتلر و زالتمن (۱۹۷۱)
ویژگی‌های بازاریابی اجتماعی	مصرف کننده محوری	مصرف کننده محوری	تحلیل مصرف کننده	مصرف کننده محوری	پویش محیطی و تحقیق بازار
	اهداف رفتاری	مبادله	طرح ریزی	مبادله داوطلبانه	تعریف تغییر مطلوب
	بخش بندی	ایجاد ارزش برای مشتری	تحلیل بازار	بخش بندی و تحلیل مخاطبان	بخش بندی بازار
	بینش	به گزینی	تحلیل شبکه	تحقیق تکوینی	طراحی محصول
	مبادله	مزایای متفاوت	راهبرد آمیخته بازاریابی	تحلیل شبکه	قیمت گذاری
	رقابت	استفاده از تحقیق بازار	ارتباط	آمیخته بازاریابی	ترویج با ارتباطات
	نظریه مبنا	رویکرد	اجرا	پیگیری مستمر	کانال‌های

توزیع یا مکان	فرایند		یکپارچه		
نظارت مستمر بر اثربخشی	مدیریت بازاریابی	ارزیابی فرایند و خروجی	نظارت	آمیخته بازاریابی	

اولین تلاش برای تنظیم مجموعه‌ای مشخص از معیارهای مجزا برای شناسایی بازاریابی اجتماعی توسط اندریسن (۲۰۰۲) مطرح شد. اندریسن آنچه را که خود آنرا "شش معیار مبنا" می‌نامید توصیف کرد، که می‌توان از آنها برای اطمینان از امکان توصیف اقدامات بصورت اقدامات بازاریابی اجتماعی استفاده کرد. اندریسن (۲۰۰۲) بیان کرد که بازاریابی اجتماعی به صورت بالقوه منحصر به فرد است زیرا به ایجاد تغییرات رفتاری به مبنایی برای تبادل فعال می‌پردازد که رفتارهای اجتماعی مثبت را ترغیب می‌سازد. این عقیده‌ها نیز به نوبه خود بر نقش مرکزی و کلیدی را برای این موارد دلالت دارند: تحقیقات مربوط به مصرف کننده، پیش‌آزمایش و بررسی، تقسیم بندی بازار، و راهبردهایی که درصدد هستند که تبادل‌های پرمفعت، محبوب و دارای کاربرد آسان را برای ترغیب تغییر رفتار فراهم سازند. اندریسن (۲۰۰۲) نیز به همین شیوه می‌گوید که: این امر غیر قابل اجتناب است که بسیاری از افراد تبلیغات زیادی دارند (و این چیزی است که تاجران بخوبی از آن آگاه هستند) و نقش‌های محدودتری برای عناصر ترکیب بازاریابی دارند. البته رقابت‌هایی که صرفاً به شکل رقابت‌های ارتباطی هستند، جزو بازاریابی اجتماعی محسوب نمی‌گردند. در حقیقت هنگامی که رقابت‌ها از تبلیغات صرف به شکل دیگری تغییر پیدا می‌کنند، قدرت این راهکار مشخص می‌گردد. این دیدگاهی است که پیوسته بر بسیاری از مباحث مربوط به ماهیت و ارزش بازاریابی اجتماعی سلطه دارد. مطابق این دیدگاه، ویژگی کلیدی و ارزش افزوده بازاریابی اجتماعی این است که بازاریابی اجتماعی راهکاری برای تغییر رفتار است، نه اینکه فقط از تبلیغات و توسعه اجتماعی استفاده کند و اینکه بازاریابی اجتماعی بیشتر از یک حرف P است که مخفف Promotion (توسعه) در مدل 4P است. این دیدگاه تحت سلطه رجوع‌های پیوسته به نقش اصلی مدل 4P را نشان می‌دهد که در آن، دیدگاهی از ارزش بازاریابی اجتماعی این است که برنامه ریزان را از توجه صرف به رقابت‌های توسعه‌ای دور کند و آنها را به توجه به پیشنهادات محصول، راهبردهای قیمت گذاری و مسائل مربوط به محل تجارت نزدیک نماید. البته اساس کلی این دیدگاه این است که قالب گیری برای آنچه است که بازاریابی برای درک و حل مسائل ایجاد می‌کند، چون با مفهومی که در سال ۱۹۶۰ آغاز شد مطابقت دارد، همانطور که پیتی (۲۰۰۳) نیز آنرا بیان می‌کند. یکی از محدودیت‌های معیار اندریسن (۲۰۰۲) عدم وضوح است که در آن همه این شش معیارها برای بازاریابی اجتماعی اجباری هستند. اندریسن نشان داد که او فکر می‌کند که بعضی از معیارها (آگاهی، تبادل و تمرکز رفتاری) کلیدی هستند و می‌توان بعضی از معیارهای کم اهمیت دیگر را حذف کرد. او می‌گوید که: در این مرحله از توسعه میدانی، من نمی‌گویم که برنامه‌ها باید هر شش عنصر را در سنجش دقیق کیفیت برای بازاریابی اجتماعی دارا باشند (اندریسن، ۲۰۰۲). متأسفانه،

اندريسن به اين اشاره‌اي نمي‌کند که از نظر او کدام عناصر بازاریابی اجتماعي ضروري هستند. فرنچ و بلراستيونز (۲۰۰۵) بر مبنای مطالعه اندريسن (۲۰۰۲)، بعنوان قسمتي از بازبيني ملي بازاریابی اجتماعي برای دولت انگلستان (فرنچ و مايو، ۲۰۰۶)، یک سری بروررسانی شده از معيارها را بيان کردند. آن‌ها احساس کردند که بعضی از توصيف کننده‌های معيارهای اندريسن به اندازه کافی دقيق و واضح نبودند. برای مثال، تغيير عبارت “تغيير رفتاری” به “تأثير رفتاری” می‌توانست دارای اين مفهوم باشد که ما از مردم بخواهيم که رفتار قبلي خود را حفظ کنند و آنرا تغيير ندهند. بعد از بررسی گسترده فعاليت‌های مربوط به بازاریابی اجتماعي جهاني، آن‌ها نتیجه گيري کردند که دو معيار ديگر بايد اضافه گردد. معيار اضافه شده اول “تئوري” در آن شامل شد تا مدارکي را نشان دهد (MRC ۲۰۱۱؛ دارتون ۲۰۰۸) که استفاده از تئوري در بررسی، اجرا و ارزيابی اقدامات اجتماعي، نیاز به آگاهی از درک وسيع بدست آمده از علوم اجتماعي و طبيعي را در مورد اين نشان می‌دهد که کدام عوامل بر روی رفتار تأثیرگذار هستند (ميچی^۱، ۲۰۰۵). معيار اضافي دوم “جهت گيري مشتري” بود. اين معيار به اين خاطر اضافه شد تا مفاهيم مدرن از بازاریابی روابط (گرانروس^۲، ۱۹۹۴؛ گامسون^۳، ۱۹۸۷) و همکاری‌های انجام شده از طرف بازاریابی خدمات را نشان دهد که پيشنهاده می‌کند ارزش خدمات مشاهده شده عامل اصلي برای برآورده سازی نیازها و خواسته‌های مشتريان و شهروندان است (لاش و وارگو^۴، ۲۰۰۶). دليل ديگر شامل سازی اين معيار، برای نشان دادن اهميت و کارایی قرار دادن مشتريان و شهروندان در مرکزيت ارائه و توسعه سياست‌های اجتماعي بود که در بازبيني تکنیک بازاریابی اجتماعي بين المللي مشاهده شده بودند (فرنچ و مايو ۲۰۰۶).

جدول ۲-۷: شش معيارمبنای اندريسن (۲۰۰۲)

معيار	توصيف
۱- تغيير رفتار	رفتار معياري است که برای طراحی و ارزيابی اقدامات استفاده می‌گردد، نه برای نگرش‌ها
۲- تحقیقات	پروژه‌ها همواره از تحقیقات مخاطب برای اهداف زیر استفاده می‌کنند: - درک اهداف مخاطبان در آغاز اجرای اقدامات (برای مثال تحقيق شکل دهنده) - پيش‌آزمایش پيوسته عناصر اجرای قبل از اینکه اجرا شوند - بررسی اقدامات
۳- تقسيم بندی	تقسيم بندی دقيقی از مخاطبان هدف برای اطمینان از حداکثر کارایی و تأثیر در استفاده از منابع کمیاب وجود دارد.

۱. Michie

۲. Granroos

۳. Gummesson

۴. Lusch & Vargo

۴- تبادل	عنصر مرکزی هر راهبرد تأثیر، ایجاد مبادلات انگیزه دهنده با مخاطبان هدف است.
۵- ترکیب بازاریابی	هدف این راهبرد این است که از همه 4P های ترکیب بازاریابی اضافی استفاده کند. عبارت دیگر، این راهبرد بسته‌های سودمند و جالبی را ایجاد می‌کند و در عین حال در صورت امکان هزینه‌ها را نیز به حداقل می‌رساند و اجرای این تبادل و پیام‌های ارتباطی را از طریق رسانه‌های مربوط به مخاطبان هدف آسان می‌سازد.
۶- رقابت	توجه زیادی به رقابت ایجاد شده بخاطر رفتار مورد پسند می‌شود.

اگرچه بازاریابی اجتماعی در تعدادی از ویژگی‌ها با سایر فرایندهای طرح ریزی سلامت عمومی مشترک است، اما توسط تأکید نظام مندی که بازاریابان بر یکپارچگی راهبردی عناصر چهارچوب مفهومی بازاریابی دارند، از سایر رویکردها متمایز می‌شوند (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵). در این راستا ماه، تام و دشپنده^۱ (۲۰۰۸) معیارهایی را برای موفقیت آمیز بودن یک برنامه بازاریابی اجتماعی برشمردند که به شرح جدول زیر می‌باشند (ماه و همکاران، ۲۰۰۸)

جدول ۲-۸: معیارهای موفقیت آمیز بودن بازاریابی اجتماعی

معیار	شرح
تمرکز بر رفتار	مداخله بازاریابی اجتماعی باید با هدف تأثیر بر رفتار افراد یا گروه‌ها باشد و اهدافی قابل اندازه گیری داشته باشد.
تحقیق درباره مخاطب	مداخله بازاریابی اجتماعی جهت تعیین ویژگیها و نیازهای مخاطبان از تحقیق تکوینی با استفاده از منابع دست اول و دست دوم استفاده می‌کند.
طراحی مداخله بر اساس نظریه	استفاده از الگوها یا نظریه‌های رفتاری یا اجتماعی برای ایجاد مداخله‌ها
بخش بندی و هدف گیری	مخاطبان مداخله‌ها بر اساس اشتراکاتی که دارند به بخش‌هایی تقسیم می‌شوند تا راهبردهای مداخله بر اساس ویژگی‌های هر بخش، آن را هدف قرار دهد.
مبادله ارزش	مداخله افراد را به پذیرفتن و یا حفظ یک رفتار یا ارائه منافع (ملموس یا غیر ملموس) و یا کاهش هزینه‌ها (موانع) مربوط به رفتار تشویق می‌کند.
استفاده از	در یک مداخله بازاریابی اجتماعی باید از هر ۴ عنصر بازاریابی آمیخته استفاده

بازاریابی آمیخته	شود.
توجه به رفتارهای رقیب	در مداخله بازاریابی اجتماعی باید توجه داشت که رفتارها یا پیام‌های وجود دارند که ممکن است به عنوان رقیب، باعث شوند مخاطبان هدف رفتار مطلوب را از خود بروز ندهند.
ترویج روابط	در مداخله‌های بازاریابی اجتماعی، روابط خوبی را با مخاطبان هدف ایجاد شده، گسترش می‌یابد، و حفظ می‌شود. مثلاً از راه اطمینان از کیفیت خدمات، رضایت مندی مخاطبان و مشارکت دادن مخاطبان در طراحی مداخله.

گرایر و بریانت^۱ (۲۰۰۵) هم مهم‌ترین ویژگی‌های تعریف کننده بازاریابی اجتماعی را تئوری مبادله، بخش بندی مخاطبین، توجه به رقابت، آمیخته بازاریابی اجتماعی، محوریت مصرف کننده و نظارت مداوم برشمرند. از نظر آن‌ها تأکید بازاریابان بر فهم فرآیند مبادله و رقابت، و ایجاد یک راهبرد بازاریابی یکپارچه بر اساس عناصر آمیخته‌ی بازاریابی، بارزترین ویژگی‌های بازاریابی اجتماعی به شمار می‌روند (گرایر و همکاران، ۲۰۰۵).

در مجموع محققان و متخصصان حوزه‌ی بازاریابی اجتماعی معیارها و ویژگی‌های مختلفی را برای یک برنامه موفقیت آمیز بازاریابی اجتماعی برشمرده‌اند که اکثر آن‌ها در معیارهایی چون ایجاد مبادله، شناخت مصرف کننده یا مخاطب محوری، بخش بندی، توجه به رقابت و توجه به آمیخته بازاریابی اجتماعی مشترک هستند (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶؛ لفر، ۲۰۱۳؛ اندریسن، ۲۰۰۲؛ لی و کاتلر، ۲۰۱۶). مبادله^۲

بازاریابی برای تأثیرگذاری بر رفتار داوطلبانه با استفاده از پیشنهاد دادن یا جلوگیری کردن از اتفاقات و یا پیامدها در محیطی که مبادله‌ی داوطلبانه را تسهیل کند، تلاش می‌کند. تئوری مبادله بر این مبناست که مصرف کنندگان در درجه‌ی اول بر اساس علایق خود عمل می‌کنند و بدنبال روش‌هایی برای بهینه سازی ارزش از طریق دریافت بیشترین منافع با کمترین هزینه‌ها هستند. بر خلاف مبادله‌ی تجاری، که مصرف کننده یک محصول یا خدمت را در ازای پرداخت نقدی دریافت می‌کند، در حوزه‌ی سلامت عمومی به ندرت یک بازپرداخت صریح و فوری در ازای قبول یک رفتار سالم برای مخاطبان هدف وجود دارد.

تئوری مبادله به بازاریاب اجتماعی یادآوری می‌کند که ۱. مزایایی را به مصرف کننده ارائه کند که واقعاً ارزشمند باشند، ۲. هزینه‌های غیر محسوس مصرف کنندگان از جمله هزینه‌های زمانی و روانی مرتبط با تغییر رفتار را در نظر بگیرد و ۳. این مساله را در نظر بگیرد که هرکسی درگیر مبادله است

1. Grier & Bryant
2. Exchange

(از جمله واسطه‌ها)، باید در قبال تلاش‌هایی که می‌کند مزایای با ارزشی دریافت کند (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵).

مخاطب محوری و تحقیق تکوینی

یکی از نشانه‌های رویکرد بازاریابی اجتماعی، تمرکز آن بر ایجاد یک دیدگاه مبتنی بر مشتری در مسائل اجتماعی و مربوط به سلامتی است (لفبر، ۲۰۱۳). چهارجوب مفهومی بازاریابی نیاز به یک تعهد پایدار به فهم مصرف کنندگان دارد. در بازاریابی اجتماعی مصرف کنندگان افرادی هستند که بازاریاب در تلاش برای تغییر رفتار آن‌ها است و فرض بر این است که تمام تصمیمات مربوط به برنامه ریزی باید از نیازها و خواست‌های مصرف کنندگان نشأت بگیرند (اندریسن، ۱۹۹۵).

اساس مشتری محوری تحقیق مصرف کننده است. در این راستا تحقیق تکوینی جهت کسب یک فهم دقیق از نیازها، آرمان‌ها، ارزش‌ها و زندگی روزمره‌ی مخاطبین هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵). تحقیق، ابزاری حیاتی برای ایجاد یک برنامه است که می‌تواند به شکل‌های مختلف و با اهداف متفاوت انجام شود. برای بازاریابان تحقیق از آن جهت حیاتی محسوب می‌شود که از تولید ایده تا اجرا، تمرکز بر دیدگاه‌های مردم را در کانون فعالیت‌ها قرار می‌دهد (لفبر، ۲۰۱۳).

در مراحل ابتدایی ایجاد برنامه، فهم این که چه گروه‌هایی در اولویت هستند یا اهمیت دارند، ایجاد بینش در مورد هر یک از گروه‌های در اولویت و مهم شناخت انگیزه‌ها و گزاره‌های ارزشی آن‌ها یا منافع حاصل از اعمال فعلی و اعمال پیشنهاد شده به آن‌ها، و تولید راه حل‌های ممکن، یک بخش کلیدی از رویکرد بازاریابی محسوب می‌شود (لفبر، ۲۰۱۳).

تحقیق تکوینی ادراک مصرف کنندگان از محصولات، مزایا، هزینه‌ها و سایر عوامل (تهدیدهای ادراک شده، خودکارآمدی و تأثیرات اجتماعی) که مصرف کنندگان را به پذیرش رفتار پیشنهادی تشویق می‌کنند یا بر حذر می‌دارند را شناسایی می‌کند. تحقیق همچنین اطلاعاتی را به تفکیک زیرگروه‌ها و محیط‌های فرهنگی و اجتماعی که بر تصمیمات رفتاری افراد تأثیر می‌گذارند فراهم می‌کند. این اطلاعات جهت اتخاذ تصمیمات راهبردی بازاریابی در مورد بخشی از مخاطبان است که مورد هدف قرار می‌گیرند. مزایای پیشنهادی و اطلاعاتی در مورد هزینه‌ها، چگونگی قیمت گذاری، سیاست‌های مکان و ترویج محصولات مورد استفاده قرار می‌گیرند. به عنوان نمونه در برنامه «ورب^۱» برای شناخت رفتارها، سبک زندگی، و طرز فکر نوجوانان، خانواده‌های آنان و سایر تأثیرگذاران کلیدی، از داده‌های موجود و تحقیق مخاطبان استفاده شد.

تحقیق باعث کشف متغیرهای فرهنگی، قومی و اقتصادی می‌شود که مخاطبان هدف را از سایر افراد مجزا می‌کنند و در محیط رقابتی که مخاطبین باید تصمیم گیری کنند که چگونه زمان خود را بگذرانند، بینشی در مورد آن‌ها فراهم می‌کند. نتایج این تحقیق جهت ایجاد یک برنامه بازاریابی یکپارچه بر اساس عناصر آمیخته بازاریابی و رهنمودهای ارتباطی مورد استفاده قرار گرفت تا به عنوان

یک طرح برای کمپین‌های رسانه‌ای در سطح ملی از آن استفاده شود (وونگ و همکاران، ۲۰۰۴). در حالت ایده آل مخاطب محوری یک تعهد جهت ایجاد یک مبادله‌ی رضایت بخش که در بلند مدت منجر به ایجاد روابط توأم با اعتماد می‌شود را فراهم می‌کند (دناوان و هنلی، ۲۰۰۳).

۲-۱۲-۱-۲ بخش بندی مخاطبان^۱

بخش بندی عبارت است از تلاش برای شناسایی یک بخش خاص از مخاطبین هدف و طراحی برنامه‌ی بازاریابی متناسب با آن بخش (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶). بازاریاب اجتماعی می‌داند که اجرای یک راهبرد برای همه امکان پذیر نیست. بنابراین بازاریابی جوامع را به زیرگروه‌ها یا بخش‌هایی از افراد که نیازها، خواسته‌ها، سبک زندگی، رفتار و ارزش‌های مشترکی دارند و احتمالاً به مداخلات واکنش مشابهی نشان می‌دهند، تقسیم می‌کند. مرسوم‌ترین بخش بندی‌ها، بخش بندی جمعیت شناسی از جمله بخش بندی بر اساس سن، قومیت، جنسیت و ... است. بازاریابان اجتماعی معمولاً جوامع را بر اساس رفتارهای فعلی، نیت آینده، آمادگی برای تغییر، وفاداری به یک محصول، و یا ویژگی‌های روانشناختی از جمله سبک زندگی، ارزش‌ها و ویژگی‌های شخصیتی بخش بندی می‌کنند (لفبر، ۲۰۱۳).

در مقایسه با سایر فرآیندهای طرح ریزی نظامند، بازاریابی اجتماعی توجه و منابع بیشتری را به تحقیق بخش بندی، تعیین یک یا چند بخش به عنوان مخاطبین هدف جهت تخصیص اولویت‌های برنامه ریزی به آن‌ها و ایجاد راهبردهای بازاریابی متفاوت (چگونگی جایگاه سازی، توزیع و ترویج محصولات) برای بخش‌های هدف معطوف می‌کند. به عنوان مثال برنامه «ورب» ابتدا جامعه هدف را بر اساس سن بخش بندی کرد و سپس تحقیق نشان داد بر اساس سطح فعالیت، مقبولیت فعالیت بدنی، قومیت و جنسیت تفاوت‌های مهمی در میان بخش‌های مختلف مخاطبین نوجوان وجود دارد. بخش بندی و بازاریابی هدفمند، اثربخشی و کارایی برنامه بازاریابی اجتماعی را به وسیله طراحی دقیق راهبردها جهت مد نظر قرار دادن نیازهای هر بخش به طور مجزا، افزایش می‌دهد (فردوفر و برایانت، ۲۰۰۰).

در مرحله بخش بندی باید بفهمیم گروه‌های اولویت دار در برنامه ما چه کسانی ممکن است باشند و چه رقابایی برای جلب توجه و اقدام آن‌ها وجود دارند. وظیفه بخش بندی مخاطبان و فهم چشم انداز رقابتی در جایی که ما رفتارها، محصولات و خدمات را ارائه می‌دهیم یکی از سخت‌ترین کارهایی است که باید انجام دهیم. اگر این کار را به خوبی انجام ندهیم، برنامه‌های ما پایه‌های ضعیفی خواهند داشت.

رقابت

رقابت رفتاری عبارت است از در نظر داشتن رفتارهایی که برای رفتار مطلوب رقیب محسوب می‌شوند (مثلاً تماشای تلویزیون در منزل رقیبی که برای پیاده روی بیرون منزل محسوب می‌شود) و افراد و سازمان‌هایی که مروج این رفتارها هستند (مثلاً برخی شرکت‌ها و رسانه‌ها)، و تعیین راهبردهایی برای دستیابی به مزیت رقابتی (ژیا و همکاران، ۲۰۱۶). مثلاً تغذیه با شیر مادر یک رفتار مطلوب در بازاریابی اجتماعی است و تغذیه با شیر خشک رقیب این رفتار مطلوب به شمار می‌رود (لفبر، ۲۰۱۳). دیدگاه بازاریابی در جستجوی این است که چه محصولی (یا چه خدمت یا رفتاری) با آنچه ما در تلاش برای ترویج آن هستیم رقابت می‌کند و محصول ما در مقایسه با رفتارهای رقیب چه مزایایی را در پی دارد. جواب‌های این سوالات، بازاریابی اجتماعی را قادر می‌سازد تا مزایایی را ارائه دهند که به بهترین شکل رفتارهای سالم را از رفتارهای رقیب تمیز دهند و یک مزیت رقابتی مناسب ایجاد کنند که جذابیت محصولات آن‌ها را برای مصرف کنندگان به حداکثر برساند (هاستینگز، ۲۰۰۳).

در مورد محصولات، تعیین رقبا آسان است، به عنوان مثال نوشیدنی‌های گازدار، خودروها یا غذاهای آماده. همچنین رقابت در میان خدمات را می‌توان در بخش‌های خصوصی مختلف ارائه دهنده‌ی خدمات از جمله پزشکان، حسابداران و وکلا مشاهده کرد. به همین ترتیب رفتارها با یکدیگر روابط رقابتی دارند. به عنوان مثال در نظر بگیرید وقتی که ۲۰۰ انتخاب در روز برای خوردن در دسترس باشد، چقدر رقابت در مورد خوردن وجود دارد (وانسنیک و سوبال، ۲۰۰۷).

در بازاریابی تجاری، رقابت اشاره به این دارد که محصولات و شرکت‌ها تلاش می‌کنند نیازها و خواسته‌های گوناگونی را که در ترویج محصول خود ادعا کرده‌اند برآورده کنند. در بازاریابی اجتماعی، رقابت به گزینه‌های رفتاری که با پیشنهادات بازاریابی اجتماعی رقابت می‌کند اشاره دارد (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵).

ارزیابی رقابت همچنین ممکن است در تعیین اینکه چه رفتارهایی بهترین هستند و باید ترویج شوند و چه بخش‌هایی برای هدف قرار گرفتن بهترین هستند مفید باشد (گرایر و همکاران، ۲۰۰۵). همان طور که ناولی^۱ بیان می‌کند، اندیشیدن به اینکه کجا، چگونه و با چه کسی رقابت می‌کنیم مهم است. گاهی اوقات ممکن است به این نتیجه برسیم که نباید رقابت کنیم چرا که رقیب بسیار توانمند است. در این موارد ما باید شجاعت رقابت نکردن را داشته باشیم. همچنین ممکن است تصمیم بگیریم در بخش ویژه‌ای از یک جامعه هدف وارد شویم که می‌توانیم ارزش‌های بهتری را ارائه کنیم (ناولی، ۱۹۹۶).

روشی که یک فرد می‌تواند فعالیت بدنی را افزایش دهد و فعال بماند، ممکن است شامل یک رفتار خاص مثل پیاده روی باشد یا فعالیت‌های گوناگون را با توجه به ایمنی و شرایط جسمانی، زمانی مشخص از روز، روزهای هفته و یا فصل‌های سال در بر بگیرد. در هر یک از این شرایط رقبای مختلفی برای رفتار مورد نظر وجود خواهند داشت. همان طور که این مثال نشان می‌دهد، بسیاری از رفتارها

می‌توانند جایگزین‌ها و رقبای مختلفی داشته باشند. داناوان و هنلی^۱ (۲۰۱۰) انواع مشخصی از رقبا را برای تغییرات اجتماعی ارائه دادند:

-تولید کنندگان، بازاریابان و حامیان صناعی که محصولات آن‌ها ممکن است برای مردم، محیط زیست یا جامعه مضر باشند (مثل غذاهای دارای چربی اشباع یا محصولات حاوی سرب).

-سازندگان، توزیع کنندگان و استفاده کنندگان از محصولات و خدماتی که رفتارهای مخرب برای افراد، گروه‌ها یا هنجارهای اجتماعی را ایجاد و حمایت می‌کنند (مثل صحنه‌های خشونت آمیز در فیلم‌ها، قاچاق انسان، سخنان تنفر آمیز و تروریسم).

-سازمان‌ها و گروه‌هایی که مروج باورها و ارزش‌هایی هستند که با تطابق با رفتارهای سالم‌تر و مثبت یا رفتارهایی که کیفیت محیطی را بهبود می‌دهند، مقابله می‌کنند (مثل گروه‌های مذهبی که روش‌های پیشگیری از بارداری را رد می‌کنند، افرادی که بدون دانش در مورد درمان برخی بیماری‌ها دستورالعمل‌هایی صادر می‌کنند و سازمان‌هایی که اعتبار شواهد علمی‌ای را نشان می‌دهند اقدامات صنعتی پیامدهای منفی برای بهداشت عمومی و محیط زیست دارند مورد حمله قرار می‌دهند) نهایتاً باید در ذهن داشته باشیم که شیوه‌ای که توسط آن رقابت را تحلیل می‌کنیم می‌تواند بر راهبرد بازاریابی ما تأثیرگذار باشد (داناوان و هنلی، ۲۰۱۰).

۳-۲ بازاریابی اجتماعی راهبردی: خلق یک راهبرد بازاریابی اجتماعی

فرنچ و بلیر استیونز (۲۰۱۰) بین بازاریابی اجتماعی عملیاتی که جهت ایجاد یک برنامه و پویش ویژه مورد استفاده قرار می‌گیرد و بازاریابی اجتماعی راهبردی که برای ساخت و شکل دادن سیاست‌ها، تعیین خروجی‌های مطلوب و طراحی راهبردهای مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد تفاوت قائل شدند (فرنچ و بلیر استیونز، ۲۰۱۰).

وجه تمایز رویکرد بازاریابی از سایر روش‌های ایجاد مداخله و برنامه‌های تغییر اجتماعی، تمرکز آن بر یک راهبرد است که یک رفتار، محصول یا خدمت را ارائه می‌دهد که مردم آن را به عنوان یک ارزش یا منفعت در زندگی خود تجربه می‌کنند.

سوالی که یک راهبرددست بازاریابی باید به آن پاسخ دهد این است که: چه ارزش یا منفعت بالقوه‌ای به افراد ارائه می‌دهیم تا نیازهایشان را برطرف کند، مشکلاتشان را حل کند یا اهدافشان را برآورده کند؟ تمام تحقیقات اولیه و ثانویه‌ای که انجام می‌شوند باید در راستای فراهم آوردن بینشی برای پاسخ دادن به این سوال از نقطه نظر گروه در اولویت باشند (نه بر اساس آنچه علم، سیاست یا متخصصان ممکن است به ما دیکته کنند).

می توان از دانشی که در مورد عوامل تعیین کننده، زمینه ها و پیامدهای یک رفتار یا تغییر اجتماعی کسب شده است، برای تمرکز بر تنظیم یک راهبرد جهت ارائه ی یک ارزش به مردم که متناسب با زندگی، منابع در دسترس و جهان اطراف آن ها باشد استفاده شود. به عنوان مثال در مورد برنامه ای که هدف آن کمک کردن به دختران نوجوان جهت کاهش خطر پوکی استخوان در سالمندی است، ارزش "پیشگیری از مشکلات در آینده ی زندگی" در مورد این مخاطبان جذاب و مؤثر نخواهد بود (اگر چه ممکن است مورد علاقه ی همکاران ما باشد). افزایش فعالیت بدنی و مصرف بیشتر مواد غذایی غنی از کلسیم ممکن است به لحاظ علمی یک رفتار صحیح به شمار بیاید اما از نظر یک نوجوان ۱۳ ساله، کمتر ارزشمند و معنادار است. در عوض راهبرد بازاریابی اجتماعی باید در پی پیوند دادن یک رفتار مطلوب ویژه با چیزی باشد که از نظر این مخاطبان ارزشمند به حساب بیاید. مثلاً مصرف بیشتر شیر کم چرب برای کاهش کالری دریافتی و احساس و دید خوبی نسبت به خود داشتن، و ورزش کردن به عنوان راهی برای مدیریت استرس، می توانند مفاهیمی باشند که برای تعیین میزان تأثیرگذاری بر رفتار مخاطبان هدف مورد آزمون قرار بگیرند (لفبر، ۲۰۱۳).

خروجی راهبرد بازاریابی، طرح بازاریابی است. یک طرح بازاریابی اجتماعی شامل این موارد می شود:

- ۱- فهم یک مساله اجتماعی (مثلاً همه گیرشناسی یک بیماری و میزان دانش فعلی درباره ی عوامل تعیین کننده و راه حل های بالقوه آن)

- ۲- زمینه ای که مداخله در آن اتفاق خواهد افتاد

- ۳- صلاحیت ها و توانمندی های سازمانی

- ۴- توانایی های مشارکت کنندگان

- ۵- عوامل تعیین کننده رفتاری

- ۶- دیدگاه های گروه در اولویت

طرح بازاریابی اجتماعی ایده ها و رویکردهای برنامه را جهت دستیابی به تغییرات مورد نظر در اعضای گروه در اولویت ارائه می دهد (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵).

۲-۳-۱ طراحی برنامه های بازاریابی اجتماعی یکپارچه

گرچه ترویج، یکی از عناصر آمیخته ی بازاریابی، چیزی است که عموماً مردم وقتی بازاریابی اجتماعی را در نظر می گیرند به آن فکر می کنند، اما بازاریابان شناختی که از مصرف کنندگان دارند جهت ایجاد یک راهبرد یکپارچه دقیق با در نظر گرفتن هر ۴ عنصر آمیخته بازاریابی استفاده می کنند. یکپارچه سازی باعث می شود هر عنصر به طور نظامند جهت پشتیبانی از اهداف تعیین شده طراحی شود و تمام فعالیت های بازاریابی با هم همسو باشند و یکدیگر را تقویت کنند.

به عنوان نمونه برنامه ای که مزایای احساسی مرتبط با تغذیه با شیر مادر را ارائه می دهد، باید از پیام هایی گرم و احساسی استفاده کند نه پیام هایی که باعث احساس ترس می شوند. همچنین تا

زمانی که خدمات پشتیبانی موجود نباشند، نباید در مورد برنامه‌های مشاوره برای تغذیه با شیر مادر تبلیغاتی صورت بگیرد (گرایر و برایانت، ۲۰۰۵). خروجی‌های مطلوب برنامه‌های تغییر اجتماعی و سلامت عمومی بلند پروازانه تر و فراتر از تغییر رفتار فردی هستند و افرادی که روی آن‌ها تمرکز می‌شود فراتر از مصرف کنندگان و یا گروه‌های در معرض خطر هستند و شامل سیاست گذاران، فراهم کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی، سازمان‌های غیر انتفاعی و حتی بازاریابان شرکتی نیز می‌شوند.

دسترسی به محصولات و خدمات و استفاده از آن‌ها پیچیده است، رفتارهایی که می‌خواهیم آن‌ها را تغییر دهیم گاهی بسیار شخصی هستند، تقاضا متنوع است، گروه‌هایی که می‌خواهیم به آن‌ها خدمات ارائه دهیم اغلب از خطرات رفتارهای فعلی‌شان ناآگاه هستند (دناوان و هنلی، ۲۰۱۰). لفر (۲۰۱۱) یک چهارچوب جامع برای استفاده از بازاریابی جهت مدنظر قرار دادن اهداف مرتبط با بهبود اجتماعی، یعنی یک رویکرد بازاریابی اجتماعی یکپارچه، پیشنهاد داده است.

در این چهارچوب جامع برای استفاده از بازاریابی جهت مدنظر قرار دادن اهداف مرتبط با بهبود اجتماعی، دو عنصر مجزا وجود دارد:

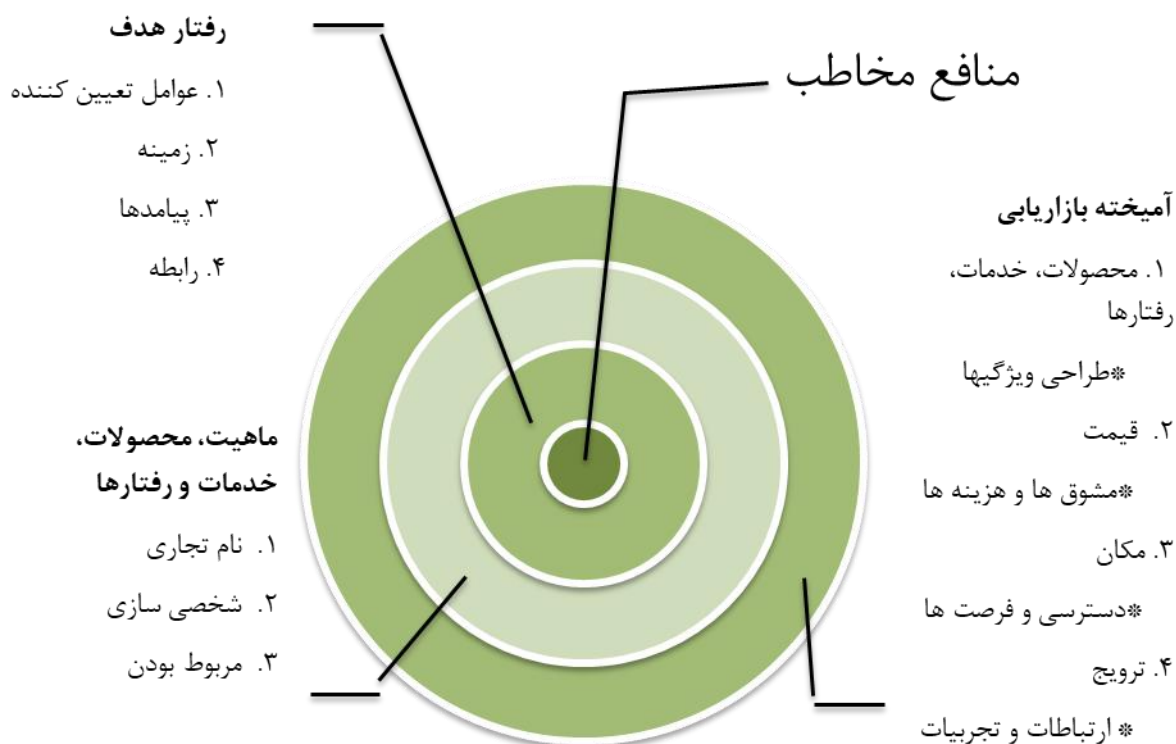
۱- بازاریابی اجتماعی بر افراد تمرکز دارد (نیازها و خواسته‌ها، آرمان‌ها و سبک زندگی مردم) و به آزادی انتخاب آن‌ها احترام می‌گذارد. تمام فعالیت‌های بازاریابی با تمرکز بر شناخت مردم شروع می‌شود.

۲- هدف بازاریابی اجتماعی تغییر رفتار است و تمرکز برنامه‌ها بر بخش‌های هدف در جامعه یا بازارها است نه افراد.

بر اساس این دو اصل اساسی، یک رویکرد بازاریابی اجتماعی یکپارچه دارای ۴ وظیفه‌ی متقابل می‌باشد که حول یک ارزش ارائه شده یا منفعت مشخص برای بخش در اولویت جامعه می‌چرخند. وظیفه اول عبارت است از تعیین و فهم روشن از بخش در اولویت مورد نظر که می‌خواهیم به آن‌ها خدمت رسانی کنیم.

وظیفه دوم که در مرکز شکل زیر دیده می‌شود، عبارت است از تعیین عصاره‌ای از آن چه مردم می‌خواهند و منفعت یا ارزشی که می‌توانند تجربه کنند. وظیفه سوم شناسایی عوامل تعیین کننده، زمینه، پیامدها و روابط رفتارهای فعلی که افراد از خود بروز می‌دهند (شامل محصولات و خدماتی که استفاده می‌کنند) است و از آن مهم‌تر، اینکه چگونه این رفتارها می‌توانند تغییر پیدا کنند تا تغییرات مطلوب را تسهیل کنند.

مجهز شدن به این دانش باعث می‌شود بتوانیم به وظیفه چهارم بپردازیم که عبارت است از طراحی یک برنامه برای ارائه به گروه هدف. در این مدل آمیخته‌ی بازاریابی برای تعیین و کاهش هزینه‌ها و موانع و افزایش منافع حاصل از تغییر رفتار به کار برده می‌شود (لفر، ۲۰۱۱). در شکل زیر مدل یکپارچه بازاریابی اجتماعی را مشاهده می‌کنید.



شکل ۲-۵: الگوی یکپارچه‌ی بازاریابی اجتماعی (لفورا، ۲۰۱۱)

۲-۳-۲ مبانی نظری و ادبیات پژوهش در زمینه‌ی فعالیت بدنی و سالمندان

سالمندی به عنوان مرحله‌ای از چرخه زندگی طبیعی، عبارت است از مجموعه‌ای از تغییرات رشد طبیعی و هماهنگی که تمام اعضا و اندام‌ها، بسوی فرسودگی طی می‌کنند. به دو دلیل تعیین سن دقیق برای سالمندی امکان پذیر نیست، اول: بنا به عوامل فردی، وراثتی، روند سالمند شدن برای افراد مختلف است و دوم: سالمند شدن مجموعه‌ای از عوامل فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه دارد از این جهت اینکه فردی، سالمند در نظر گرفته شود به عوامل بسیاری بستگی دارد (غلامعلی زاده و قرشی، ۱۳۹۴).

۲-۳-۲-۱ تقسیم بندی مراحل سالمندی بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی به طور قراردادی سن شروع سالمندی را ۶۰ سالگی قرار داده‌اند و این سن را به عنوان نقطه شروع پیری پذیرفته‌اند. هر چند در برخی افراد پدیده پیری خیلی زودتر شروع می‌شود.

شود و در بسیاری دیگر این پدیده برای سال های بعد نیز به تعویق می افتد. زبق تعریف سازمان بهداشت جهانی جمعیت سالمندان به گروه های ذیل تقسیم می شوند:

۱. سالمندان جوان ۶۰ تا ۷۵ سال هستند و از نظر جسمی و روانی نسبتاً فعالند و اگر به آن ها فرصت داده شود می توانند از نظر اقتصادی مانند افراد میانسال مولد باشند.

۲. سالمندان پیر ۷۶ تا ۹۰ سال هستند.

۳. کهنسالان ۹۰ سال به بالا هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵)

فعالیت بدنی

فعالیت بدنی عبارت است از هرگونه حرکتی که توسط عضلات اسکلتی در بدن ایجاد می شود و منجر به مصرف انرژی می گردد. همه ی افراد برای زنده ماندن فعالیت بدنی انجام می دهند اما میزان این فعالیت بدنی در افراد گوناگون متفاوت است (کاسپرسن و همکاران، ۱۹۸۵). فعالیت های بدنی به روش های گوناگونی دسته بندی می شوند. یکی از رویکردهای معمول، بخش بندی فعالیت بدنی بر اساس بخش های قابل شناسایی زندگی روزانه است که فعالیت در آن ها اتفاق می افتد. مثلاً خواب، محل کار و اوقات فراغت (مانتوی، ۱۹۷۵). فعالیت بدنی در اوقات فراغت نیز خود به زیرمجموعه هایی از جمله ورزش، تمرینات ورزشی و آمادگی جسمانی، و فعالیت های خانه داری تقسیم می شود (فولسم و همکاران، ۱۹۸۵).

سالمندی، فرسایش تدریجی، پیشرونده و خودبخودی در بیشتر عملکردهای فیزیولوژیک است (شام وی کوک^۱، ۱۹۹۵). اگر چه مطالعات متعددی فرآیندهای پیری را مورد بررسی قرار داده و نشان داده اند که در تعدادی از فرآیندهای حسی و حرکتی، در خیلی از افراد سالمند کاهش رخ می دهد، اما چگونگی و چرایی فرآیند پیری هنوز مشخص نیست (آنیانسون، ۲۰۰۰). این امر منجر به ارائه مدل های متفاوتی از سالمندی شده است که در دو طبقه عمده قرار می گیرند. اولین طبقه بندی شامل تئوری هایی است که بر علل داخلی فرآیند پیری متمرکز است و این مفهوم را در بر دارد که سراسر طول زندگی توسط عوامل ژنتیکی از پیش تعیین شده است. بر اساس این ایده، می توان انتظار داشت که ارگانیزم های بدن به عملکرد د می رسند. به هر حال با گذشت زمان، عملکرد سلول ها در سیستم به کندی کاهش می یابد، تا جایی که کل سیستم از کار می افتد. تئوری های دخیل در این طبقه بندی، پیش بینی کننده برنامه های ژنتیکی منجر به از کار افتادن سیستم ایمنی و در نتیجه مرگ هستند. به این مدل از پیری می توان «پیری اولیه» اطلاق نمود (شام وی کوک، ۱۹۹۵). دومین طبقه بندی بیانگر این تئوری است که علت عمده سالمندی را به عوامل خارجی مرتبط می داند. در این تئوری سراسر طول زندگی از پیش تعیین نشده است و علت نقصان، فاکتورهای خارجی نظیر رادیاواکتیو، آلودگی، باکتری ها، ویروس ها، غذاها، سموم و حوادث می باشند. بنابراین، طبق این تئوری، عملکرد سیستم های ویژه ممکن است تا زمان مرگ در سطح بالا باقی بمانند، مگر اینکه یک آسیب

خاص یا حادثه‌ای رخ دهد و منجر به کاهش سریع در عملکرد سیستم‌ها شود. به این نوع سالمندی می‌توان «پیری ثانویه» اطلاق نمود، چرا که نتیجه تعامل با محیط است (شام وی کوک، ۱۹۹۵).

۲-۲-۳-۲ سطوح توصیه شده فعالیت بدنی برای گروه‌های سنی مختلف

طبق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) و بخش بهداشت و خدمات انسانی آمریکا، حداقل یک ساعت فعالیت بدنی با شدت متوسط تا شدید برای کودکان و جوانان توصیه شده است. برای بزرگسالان و افراد مسن انجام حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت با شدت متوسط یا ۷۵ دقیقه فعالیت هوازی شدید یا ترکیب متعادل آن‌ها در هر هفته و فعالیت‌های تقویت عضلانی توصیه شده است. جدول زیر سطوح توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای انجام فعالیت بدنی گروه‌های مختلف سنی را نشان می‌دهد (آصفی، ۱۳۹۲).

جدول ۹-۲ سطوح توصیه شده فعالیت بدنی توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO)

گروه هدف	سطح توصیه شده	توجه
کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۷ سال)	انجام حداقل ۶۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا شدید در روز. فعالیت بدنی روزانه باید بیشتر هوازی باشد. فعالیت‌های شدید باید حداقل ۳ بار در هفته انجام شوند من جمله آن‌هایی که استخوان و عضلات را تقویت می‌کنند.	میزان فعالیت بدنی بیشتر از ۶۰ دقیقه فواید سلامت بیشتری فراهم می‌کند.
بزرگسالان (۱۸ تا ۶۵ سال)	حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی با شدت متوسط در سراسر هفته یا حداقل ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی هوازی شدید در سراسر هفته یا ترکیب متعادل فعالیت بدنی متوسط و شدید. فعالیت بدنی هوازی باید در ست‌های حداقل ۱۰ دقیقه‌ای انجام شود. فعالیت‌های تقویت عضلانی که گروه عضلات بزرگ را درگیر می‌کند باید دو روز یا بیشتر در هفته انجام شود.	برای کسب فواید سلامتی بیشتر، افراد بزرگسال باید فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط را تا ۳۰۰ دقیقه در هفته یا ۱۵۰ دقیقه در هفته با شدت بالا یا ترکیب متعادل فعالیت هوازی با شدت متوسط و بالا انجام دهند.

افراد مسن (۶۵ سال به بالا)	سطوح توصیه شده برای فعالیت‌های هوازی و تقویت عضلات مشابه با افراد بزرگسال است. به علاوه، افراد مسن با تحرک ضعیف باید فعالیت بدنی را برای افزایش تعادل و جلوگیری ز افت بدنی ۳ بار یا بیشتر در هفته انجام دهند.	موقعی که افراد مسن نمی‌توانند سطوح توصیه شده فعالیت بدنی را به خاطر شرایط سلامتی‌شان انجام دهند، باید با توجه به سطح توانایی و شرایط بدنی‌شان فعال باشند.
----------------------------	---	---

۲-۳-۳-۲ میزان مشارکت در فعالیت بدنی منظم

شیوه‌ای که افراد کار می‌کنند و در زندگی روزمره‌ی خود از محلی به محل دیگر جا به جا می‌شوند به سرعت تغییر کرده است و این تغییرات باعث کاهش قابل توجه نیاز به فعالیت بدنی و افزایش زمان نشستن در میان بزرگسالان شده است (اون و همکاران، ۲۰۱۰).

به همین دلیل، با وجود اینکه فعالیت بدنی به عنوان امیدوارکننده‌ترین روش غیر دارویی، غیرتهاجمی و مقرون به صرفه برای ارتقای سلامتی شناخته شده است، آمارها نشان می‌دهند درصد اندکی از بزرگسالان در فعالیت بدنی منظم شرکت می‌کنند (اش و همکاران، ۲۰۰۹؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰) تا جایی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ اعلام کرد بیش از ۸۰ درصد از جمعیت بزرگسالان جهان به اندازه کافی فعال نیستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵).

امروزه شیوع بالای عدم فعالیت بدنی و کم تحرکی در میان مردم کل جهان، یک نگرانی بزرگ به حساب می‌آید چرا که یک عامل خطرزا برای بسیاری از بیماری‌هایی است که باعث افزایش بار اقتصادی مرتبط با هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شوند (گودگنو و همکاران، ۲۰۱۵). در کشور ما هم مطالعات انجام شده حاکی از میزان پایین مشارکت در فعالیت بدنی منظم هستند. به عنوان نمونه نتیجه‌ی پژوهش مومنان و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد حدود ۷۰ درصد از بزرگسالان تهرانی دچار کم تحرکی هستند و میزان فعالیت بدنی با افزایش سن کاهش می‌یابد.

۲-۳-۳-۲ موانع مشارکت در فعالیت بدنی

تحقیقات بسیاری با هدف کشف موانع مشارکت در فعالیت بدنی منظم انجام شده‌اند و هر یک از جنبه‌های گوناگون به این موضوع پرداخته‌اند. به طور کلی عدم مشارکت در فعالیت بدنی می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی در حوزه‌هایی چون وضعیت سلامتی، عوامل محیطی مثل دسترسی به امکانات

و ایمنی، مسائل روانی از جمله نبود انگیزه، ناآگاهی و درک نامناسب از پیامدهای ورزش، هزینه‌ها، حمل و نقل، محدودیت زمانی و محدودیت‌های اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی مثل گروه سنی و وضعیت تحصیلی باشد (زیبلند و همکاران، ۱۹۹۸؛ سیت و همکاران، ۲۰۰۸؛ شولر و همکاران، ۲۰۰۶؛ هریسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فرکان و همکاران، ۲۰۰۶؛ سالیوان و لاچمن، ۲۰۱۷؛ بک و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریچرت و همکاران، ۲۰۰۷؛ سیکویرا و همکاران، ۲۰۱۱؛ هوار و همکاران، ۲۰۱۷؛ هرازو - بلترن و همکاران، ۲۰۱۷). در جدول زیر به موانع شناسایی شده مشارکت در فعالیت بدنی در پژوهش‌های مختلف اشاره شده است.

جدول ۲-۱۰: موانع شناسایی شده‌ی مشارکت در فعالیت بدنی در پژوهش‌های مختلف

موانع	پژوهشگران
وضعیت سلامتی	بک و همکاران (۲۰۱۴)، زیبلند و همکاران (۱۹۹۸)
عوامل محیطی	سولیوان و لاچمن (۲۰۱۷)، سیت و همکاران (۲۰۰۸)، اسکولر و همکاران (۲۰۰۶)، کاهن مانسفیلد و همکاران (۲۰۰۴)، فرکان و همکاران (۲۰۰۶)، هرازو- بلترن و همکاران (۲۰۱۷)
عوامل اجتماعی	سولیوان و لاچمن (۲۰۱۷)
مسائل روانی	فام و همکاران (۲۰۰۷)، هرازو- بلترن و همکاران (۲۰۱۷)
عدم آگاهی	فرکان و همکاران (۲۰۰۶)، داتن و همکاران (۲۰۰۵)
عوامل جمعیت شناختی	ریچرت و همکاران (۲۰۰۷)، فام و همکاران (۲۰۰۷)
هزینه‌ها	بک و همکاران (۲۰۱۴)، سیکویرا و همکاران (۲۰۱۱)
حمل و نقل	بک و همکاران (۲۰۱۴)
کمبود زمان	هوار و همکاران (۲۰۱۷)، سولیوان و لاچمن (۲۰۱۷)، سیکویرا و همکاران (۲۰۱۱)

مرکز آمار ایران با اشاره به اینکه جمعیت کشور در سال ۹۸ به حدود ۸۳ میلیون نفر رسیده و رشد ۱،۲۴ درصد داشته گفت: این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمند کشورمان ۳،۶۲ درصد است. ۶،۴ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال است. در سال ۱۴۰۰ که سهم سالمندی جمعیت از مرز ۱۰ درصد عبور می‌کند در سال ۱۴۲۰ از مرز ۱۹،۴ درصد و در سال ۱۴۳۰ از مرز ۲۶،۱ درصد عبور خواهد کرد یعنی در آن زمان یک‌چهارم جمعیت کشور سالمند خواهند بود (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۹). افزایش این شاخص کمی، سوالاتی را در مورد کیفیت زندگی در سالمندان نیز برمی‌انگیزد. بطوریکه در دنیا واژه سالمندی پویا مطرح شده است. یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمندی کیفیت زندگی آن‌ها نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. مؤلفه‌های مختلفی وجود دارند که بر روی سالمندی پویا اثر دارند

از جمله مؤلفه‌های اقتصادی، شخصیتی، محیط فیزیکی، اجتماعی و بهداشتی که هر یک می‌توانند اثرات مختلفی بر روی کیفیت زندگی سالمندان داشته باشند.

۲-۳-۱ نظریات سالمندی

سالمندی که برای اکثر جوامع از ۶۵ سالگی آغاز می‌شود، دورانی است که دارای برخی ویژگی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است. در مطالعه سن اجتماعی، نقش‌های یک فرد، عادات و رفتار او در ارتباط با دیگر افراد جامعه تحت بررسی قرار می‌گیرد. اریکسون^۱ (۱۹۸۲) آخرین مرحله از مراحل تحول روانی اجتماعی را مرحله شکفتگی و رشد یافتگی در مقابل نومیدی می‌داند. بررسی سالمندی توأم با موفقیت، از جمله موضوعات مهم تحقیق متخصصان حوزه سالمند شناسی است. ردیف سالمندی موفق را به مثابه عملکردی ایده آل یا مثبت، در ارتباط با فعالیت‌های متغیر در طول زندگی تعریف کرده است. فیشر در مصاحبه خود با سالمندان مرکز سالخوردگان، به این نتیجه رسید که آن‌ها سالمندی موفق را در واژه‌هایی مانند راهبردهای غلبه بر مشکل تعریف می‌کنند. گیبسون اظهار می‌دارد سالمندی موفق مرتبط است با رسیدن به پتانسیل‌های فردی و رسیدن به سطحی از سلامت بدنی، اجتماعی و روان شناختی در سن پیری که برای فرد و دیگران رضایت بخش است. در یک تعریف دایره المعارفی، پالمور سالمندی موفق را ترکیبی از بقا (طول عمر)، تن درستی (فقدان ناتوانی)، و رضایت از زندگی (شادمانی) عنوان کرده است.

نظریه‌های دیگری نیز در خصوص سالمندی وجود دارد. یک نظریه «نظریه رهایی از قید» است که از طرف کامینگ^۲ (۱۹۶۱) مطرح شد. بنابراین نظریه، در وضعیت نرمال، افراد در دوره پیری به تدریج از نقش‌های اجتماعی کناره گیری کرده و زمینه را برای جوانان آماده می‌کنند.

نظریه دیگر «نظریه فعالیت» است. بر اساس این نظریه افراد مسن، موقعی سالمندانی موفق خواهند بود که در تمام فعالیت‌های روزانه مشارکت فعال داشته و سرگرم باشند (بنگستون^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). نظریه دیگر «نظریه پیوستگی» است. بر اساس این نظریه، افرادی که در دوره بزرگسالی زندگی موفقیت آمیزی دارند که عادات، عملکردها و شیوه‌های مؤثر زندگی خود را از دوره میانسالی به این دوره منتقل کرده‌اند. این همان شیوه آماده سازی میانسالان برای دوران سالخوردگی است و به عبارتی خیلی از ویژگی‌های جسمی، روان شناختی و اجتماعی در طول زندگی ثابت می‌مانند. بنابراین می‌توان اعتقادات و اعمال مذهبی را نیز به عنوان یکی از روش‌های مقابله با مشکلات سالمندی دانست (شجری، ۱۳۷۸)

1. Erikson
2. Cumming
3. Bengston

۲-۳-۳-۲ فعالیت بدنی در سالمندان

برای پیشگیری یا به تاخیر انداختن بیماری‌های مزمن مرتبط با افزایش سن از جمله سارکوپنیا (کاهش ناگهانی بافت عضلانی در اثر افزایش سن) داشتن یک سبک زندگی با فعالیت بدنی کافی و به دور از بی تحرکی لازم است. اما تحقیقات نشان داده‌اند هم زمان با افزایش سن میزان فعالیت بدنی کم می‌شود (ترویانو و همکاران، ۲۰۰۸) و بی تحرکی افزایش می‌یابد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۰). در حالی که میزان مشارکت در فعالیت بدنی در میان تمام گروه‌های سنی پایین‌تر از میزان توصیه شده است، این میزان مشارکت، در دوران میانسالی و سالمندانی پایین‌تر هم می‌آید (تورپ و همکاران، ۲۰۱۱).

۲-۴ پیشینه پژوهشی

هامپل و همکاران^۱ (۲۰۰۲)، در یک مطالعه مروری به بررسی تأثیر عوامل محیطی در میزان فعالیت بدنی بزرگسالان پرداختند و تأثیر عوامل محیطی در فعالیت بدنی را در پنج دسته از عوامل بررسی کردند: دسترسی به امکانات، فرصت‌های فعالیت داشتن، آب و هوا، ایمنی و ویژگی‌های زیباشناسی. نتایج این پژوهش نشان داد عوامل مربوط به محیط فیزیکی از جمله دسترسی، فرصت‌ها و زیباشناسی رابطه‌ی قابل توجهی با فعالیت بدنی داشتند.

در پژوهشی که دیرینگ و همکاران^۲ (۲۰۰۶) با عنوان همپوشانی رویکردهای بازاریابی اجتماعی و بازاریابی نشر و نوآوری برای تثبیت رویکردهایی برای توسعه فعالیت بدنی انجام دادند. در این پژوهش رویکردهای نشر و نوآوری‌ها و بازاریابی اجتماعی باهدف ابزارهای کارا برای توسعه و افزایش برنامه‌های فعالیت بدنی بر پایه مشاهدات انجام‌شده استفاده شد. تلاش‌های اصلی هر دورویکرد تغییر اجتماعی، اما روش‌های عملیاتی آن‌ها غالباً با متفاوت است. روش‌های عملیاتی تئوری نشر و نوآوری تأکید ارتباطی قوی دارد درحالی‌که روش‌های عملیاتی بازاریابی اجتماعی تأکید معاملاتی قوی دارد. در این پژوهش ۱۰ اصل برای همپوشانی بازاریابی اجتماعی و بازاریابی نشر و نوآوری مطرح کردند، این اصول شامل، مفهوم‌سازی و عملیاتی کردن بخش‌های اجتماعی به‌عنوان مکان تغییر، ۲- شناسایی کردن و در میان گذاشتن با سازمان‌های عقیده محور به همراه بخش‌های منتخب، ۳- استفاده از ساختارهای ارتباطی موجود به‌عنوان کانال‌های توزیع برای برنامه‌ها، ۴- شناسایی و تصویر سازی اختیارات هدف، رهبران عقیده‌ای، و برنامه‌های قهرمانی به همراه سازمان‌های اجتماعی با اطلاعات و تأثیرگذاری، ۵- فراهم کردن حمایت‌های اجرایی در جریان و برنامه‌های مربوط به آن، ۶- پیش‌بینی فعالیت در قسمت وکلا و پزشکان، ۷- طراحی برنامه‌ها و تصاویر آن‌ها برای دعوت به سازش‌های بهره‌ور و پربار، ۸- تشریح دادن هر یک از برنامه‌های تئوری تغییر رفتار برای افزایش احتمال اینکه عناصر اصلی به

1. Humpel et al

۲. Dearing and et al

شیوه‌های که برون ده‌های اثربخشی را تولید می‌کنند به کار می‌روند، ۹- استفاده از تحقیقات بازاریابی برای افزایش احتمال اینکه برنامه‌ها موردقبول واقع شده و اجرا می‌شوند، ۱۰- دسته‌ای از گزینه‌ای جایگزین برنامه‌های بر پایه مشاهده به‌منظور افزایش انتخاب و درک از اهداف در میان پذیرندگان بالقوه.

همچنین نتایج مطالعه‌ی لم و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از این بود که یک پنجم از مرگ‌های ثبت شده در افراد بالای ۳۵ سال در هنگ کنگ، با عدم فعالیت بدنی مرتبط بوده است.

آندریوا و استورم^۱ (۲۰۰۶) هم در مطالعه‌ای طولی روی افراد ۵۴ تا ۶۹ ساله که در مدت دو سال انجام شد، نشان دادند هزینه‌های درمانی افرادی که به طور منظم فعالیت بدنی دارند کاهش می‌یابد.

ویلیامز و همکاران^۲ (۲۰۰۷) تأثیر طرح‌های ارجاع به ورزش در ارتقای فعالیت بدنی بزرگسالان را بررسی کردند و نتیجه گرفتند طرح‌های ارجاع به ورزش توانسته‌اند افراد بسیاری را از رفتار غیرفعال به سمت فعالیت متوسط سوق دهند. مطالعات کیفی نشان داده‌اند موانع مشارکت در فعالیت بدنی از طریق طرح‌های ارجاع به ورزش عبارتند از: موانع شخصی شامل: عدم خودکارآمدی، تصویر بدن ضعیف، ضعف در مدیریت زمان و عدم حمایت اجتماعی، و موانع مربوط به تمهیدات لازم برای ورزش کردن از جمله: محیط نامناسب، نظارت ناکافی و ساعات کاری نامناسب مجموعه‌های ورزش (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷).

مناف^۳ (۲۰۱۳) موانع مشارکت میان سالان و سالمندان در ورزش و فعالیت بدنی را در قالب دو بخش موانع درونی و موانع بیرونی شناسایی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد شایع‌ترین موانع بیرونی مشترک بین هر دو گروه سنی عبارت بودند از نبود زمان کافی، نبود کسی که همراه آن ورزش کنند و نبود امکانات، و موانع داخلی مشارکت سالمندان نیز شامل خسته بودن، عدم انگیزه و تصور اینکه قبلاً به حد کافی فعال بوده‌اند.

در پژوهشی که کور^۴ و همکاران (۲۰۰۸) با عنوان استفاده از مدل‌های برنامه‌ای و بازاریابی اجتماعی به‌وسیله یک آژانس سلامت عمومی انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که فهم موانع فردی و ساختاری و تسهیلات برنامه‌ریزی ساختاری و بازاریابی اجتماعی برای افزایش ظرفیت‌های برنامه‌ای برای نماینده‌های سلامت عمومی ضروری است. در این پژوهش که باهدف برنامه‌ریزی و برنامه‌های بازاریابی اجتماعی در یک مرکز سلامت عمومی به‌عنوان ابزاری برای بهبود برنامه‌ها کاربردی انجام‌شده است از دو قسمت کیفی و کمی درروش پژوهش استفاده‌شده است که درروش کیفی از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته از ۳۰ برنامه‌ریز کلیدی در گرایش‌های منتخب استفاده‌شده است و در بخش کمی از ۶۳ نفر استفاده شد.

1. Andreyeva & Sturm

2. Williams et al

3. Manaf

۴. khor

در پژوهشی که شیلتون^۱ و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان کمپین بازاریابی اجتماعی پایدار برای فعالیت بدنی- درس‌هایی از کمپین “ یافتن ۳۰- این تمرین بزرگی نیست ” انجام دادند. آن‌ها هدف از این پژوهش را که با عنوان یافتن ۳۰- این تمرین بزرگی نیست نامیدند افزایش دادن آگاهی در میان بزرگسالان در انواع و تعداد فعالیت‌های بدنی ضروری برای سلامتی بالا و نشان دادن این مسئله که چگونه فعالیت‌های بدنی با شدت متوسط می‌تواند داخل زندگی روزمره افرادی قرار بگیرد که فعالیت کافی ندارند انجام دادند. این کمپین از سال ۲۰۰۲ در استرالیا به‌وسیله بخش سلامت شروع به کارکرد و در شرایط فعلی خود به‌وسیله موسسه قلب ملی هماهنگ می‌شود. راهبرد اصلی برای این کمپین تبلیغات تلویزیونی در ارتباط با عموم و انتشارات حمایت می‌شود. رشته‌های منظم بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶ آگاهی‌های کمپین، فهم از تبلیغات و نگرش و نیت در ارتباط با فعالیت بدنی اندازه‌گیری کرده‌اند. نتایج کلیدی شامل سطح بالایی از آگاهی (۷۶ درصد) و تغییرات مثبت در تعداد مشارکت‌کنندگانی که با نیت و یا فکر در مورد مقدار فعالیت بدنی که آن‌ها واقعاً انجام می‌دهند به‌عنوان نتیجه‌ای از کمپین بیان کردند (۶۲ درصد). در عوض استفاده از زمینه مشابه از سال ۲۰۰۲، کمپین سطح بالای ارتباط را نگه داشت (۸۴ درصد). ۴۱ درصد از مشارکت‌کنندگان تلاش کردند تا سطح فعالیت بدنی خود را به‌عنوان نتیجه از تبلیغات افزایش دهند، و فعالیت بدنی خود را در تعداد دقیق در هر هفته به‌وسیله افرادی که فعالیت بدنی ناکافی داشتند گزارش دهند. نتایج از این یافته‌ها نتیجه‌گیری می‌کند که کمپین‌ها بر روی نگرش‌ها، نیت‌ها و رفتارهای در ارتباط با فعالیت بدنی اثر دارد. به‌رحال نتایج به شکل قابل توجهی زمانی که کمپین‌ها کنار گذاشته می‌شوند رو به کاهش می‌رود به همین دلیل این پیش‌بینی می‌شود که کمپین‌ها نیاز به تداوم و پیوستگی کارا و اثربخش دارند.

در پژوهشی که ساگرمن^۲ و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان استفاده از نظر سنجی برای ساخت کمپین بازاریابی اجتماعی برای جلوگیری از چاقی برای مهاجران اسپانیایی و آسیایی‌های کم‌درآمد انجام داده‌اند. نوزده سؤال بر روی موضوعات مرتبط با جلوگیری از چاقی در یک بررسی دیجیتالی تلفنی، اثرات موانع محدودیت‌ها فرهنگی و زبانی بر روی مراقبت‌های سلامتی قرار دادند. نمونه‌ها و مشارکت‌کنندگان نیز به‌وسیله کدهای داده به آن‌ها از پایگاه‌ها مشتریان انتخاب شدند. که تعداد ۹۰۵ نفر بزرگسال، اسپانیایی، چینی، ویتنامی، و هنگ‌کنگی انتخاب شدند. متغیرهای مورداندازه‌گیری، کاربردهای رسانه‌ای، مشارکت‌کنندگان غذایی، بیمه سلامت، مشکلات سلامتی، در دسترس و

۱. Shilton

۲. Sagrmn

قابل استفاده بودن میوه‌جات و سبزی‌ها و فعالیت‌های بدنی، اعتقادات در مورد اضافه‌وزن، و ارتباط با تغییرات سیاسی و قانونی بود. نتایج نشان داد لاتینی‌ها بیشترین اطلاعات خود را از تلویزیون به دست آورده‌اند. هانگ از رادیو، کره‌ای اسپانیایی‌ها و ویتنامی‌ها فکر می‌کردند دیابت بزرگ‌ترین مریضی در کالیفرنیا است و در میان هانگ ۸۳ درصد فکر می‌کردند که میوه‌جات و سبزی‌ها گران هستند، ۴۹ درصد از ویتنامی‌ها به کیفیت غذا توجه می‌کردند و تلاش برای میوه و سبزی‌ها تازه خیلی مشکل است. که این پژوهش نتیجه گیری می‌کند که شناسایی ویژگی‌ها و عقاید که جمعیت‌ها مهاجر نژادی را تمیز می‌دهد بهتر قادر است شبکه‌هایی را برای سلامت کالیفرنیا برای توسعه فرهنگ مرتبط با مواد و کمپین‌های بازاریابی اجتماعی قادر است.

کولینز^۱ (۲۰۱۱) نیز در زمینه بازاریابی اجتماعی با عنوان کارتهای اوقات فراغت در انگلستان: ترکیبی غیرمعمول از بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری انجام داده‌اند. این مقاله چگونگی مکانیزمی که کارتهای اوقات فراغت به وسیله مقامات در انگلستان و والز به شیوه‌ای جذاب عملکردهای بازاریابی اجتماعی و تجاری را باهم ترکیب می‌کند مورد بررسی قرار داد. به هر حال، آن‌ها می‌توانند توسعه ورزش را در جوامع چاق و بی‌تحرک تقویت کنند. روش‌های به کار گرفته شده، شامل، بررسی ملی، مطالعات موردی و تحلیل‌های سیاسی است. در این مقاله چگونگی استفاده این کارتهای تفریحی و اوقات فراغت از منابع محدود و اینکه چطور کارترین کارتها به دقت هدف خود را بخش‌بندی می‌کنند نشان می‌دهد، آن‌ها پیشنهاد می‌کنند منتخبی از ورزش، هنر، و فعالیت‌های تجاری، زنان و مردان سالمند را به سمت ورزش جذب کنند. این مقاله این بحث را که بهبود منابع و راهبردهای روشن‌تر می‌تواند با کاربرد و استفاده از امکانات و مشارکت و همکاری بهتری را برای چالشی‌ترین اهداف دولتی برای افزایش مشارکت در فعالیت بدنی ایجاد کند. این موضوع پیچیده این تفکر را ایجاد می‌کند که چرا بازاریابی اجتماعی به همانند بازاریابی تجاری در این زمینه نمی‌تواند مفید باشد. این مقاله به شکل غیرمعمولی پیشنهاد می‌کند که کارتهای تفریحی و یا اوقات فراغت می‌توانند منافع تجاری برای فراهم‌کنندگان اوقات فراغت عموم مردم، و به شکل وسیع‌تری منافع اجتماعی را بر گروه‌های محروم ترکیب کند. اگرچه بسیاری از شهرها بسته‌های تخفیفی گردشگری، بعضی از برنامه‌های توسعه اجتماعی را پیشنهاد می‌دهند، ولی به نظر می‌رسد که هیچ یا پژوهش کمی بر روی اثرات و یا کارایی انتخاب‌های آزاد زندگی اجتماعی وجود دارد.

اسکات و هیگینز^۱ (۲۰۱۲) در یک مطالعه کیفی بازاریابی اجتماعی که مشارکت کنندگان در آن ۹ نفر از متخصصان با تجربه در زمینه خدمات تفریحی بودند، عوامل مؤثر در پیشنهاد فعالیت بدنی به افراد کم درآمد را در غالب عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی شناسایی کردند. عنصر محصول شامل فراهم نمودن فرصت‌های مقرون به صرفه و در دسترس برای فعالیت بدنی و فراهم کردن ابزارها، منابع و مهارت‌های لازم برای فعالیت بدنی بود، عرضه خدمات فعالیت بدنی در فضاهای عمومی و پارک‌ها به عنوان راهبردهای مکان، و کاهش هزینه‌های زمانی، هزینه‌های مهارت آموزی و هزینه‌های دسترسی به منابع و ارائه برنامه‌های رایگان را به عنوان راهبردهای مربوط به قیمت شناسایی کردند و در مورد عنصر ترویج، به جای استفاده از کانال‌های گوناگون، بر تحویل پیام‌های ترویجی به مخاطبین هدف و طراحی پیام‌های ویژه برای افراد کم درآمد تأکید داشتند.

بارنت و همکاران^۲ (۲۰۱۲) در یک مطالعه مروری در مورد افراد تازه بازنشسته شده در دامنه سنی ۵۵ تا ۷۰ سال، عوامل تعیین کننده مشارکت در فعالیت بدنی را در قالب عوامل بین فردی و درون فردی دسته بندی کردند. عوامل درون فردی عبارت بودند از: هنجارهای اجتماعی و باورهای موجود در مورد سالمندی و بازنشستگی، نیاز به چالش شخصی، منافع ادراک شده‌ی تربیت بدنی و محدودیت‌های مالی، و عوامل بین فردی شامل تعاملات اجتماعی و حمایت اجتماعی بودند.

در تحقیقی دیگر دال^۳ و همکاران (۲۰۱۳)، یک مداخله بازاریابی اجتماعی بر مبنای مدل فرانظری برای سالمندان طراحی کردند و نشان دادند بازاریابی اجتماعی چگونه می‌تواند به کاهش بی تحرکی در میان سالمندان کمک کند. در این مطالعه برای شناسایی عوامل انگیزاننده و موانع درک شده و تعیین انواع پیام‌ها و کانال‌های ارتباطی که باید برای مداخله بازاریابی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد از نظریه داده بنیاد استفاده شد و ۴ گروه قانونی با مجموع ۲۴ شرکت کننده با محدوده سنی ۶۵ تا ۷۵ سال به سوالات نیمه ساختاریافته پاسخ دادند. مصاحبه‌ها از دو بخش کلی تشکیل شده بودند که بخش اول دارای ۳ موضوع شامل: ۱. دید فعلی نسبت به فعالیت بدنی و موانع فعالیت بدنی، ۲. نقش عوامل تأثیرگذار و سهیل کننده بالقوه و ۳. ارتباط پیام‌ها و رسانه‌های فعلی و پیام‌های بالقوه‌ی آینده بود.

در مرحله‌ی دوم در هر گروه قانونی در مورد اینکه یک مداخله بازاریابی اجتماعی در عمل باید چگونه کار کند بحث شد و نتایج نشان داد اطلاعات کمی در مورد تأثیرات فعالیت بدنی بر روی سالمندان وجود دارد و بسیاری از مشارکت کنندگان حس می‌کردند فعالیت بدنی منظم آن‌ها کافی نیست. همچنین موانعی که برای ورزش کردن شناسایی شدند عبارت بودند از: کمبود امکانات، کمبود زمان و پیامدهای منفی ادراک شده ورزش در زمینه سلامتی از جمله درد، گرفتگی عضلانی، نفس تنگی، ترس از آسیب، خجالت. همچنین مجموعه‌ای از موانع مربوط به محیط فیزیکی شامل ایمنی فضاها و

1. Scott & Higgins

2. Barnett et al

۳. Dahl

تجهیزات ورزشی و کمبود تجهیزات یا عدم وجود دانش کافی برای استفاده از تجهیزات موجود نیز شناسایی شدند.

علاوه بر این موانع، کمبود حمایت اجتماعی برای ورزش کردن از جانب خانواده و دوستان به عنوان یکی از عوامل مؤثر در عدم شروع ورزش شناسایی شد. و نتایج نشان داد پزشکان و متخصصان حوزه سلامت نیز نقش مؤثری در حمایت اجتماعی برای ترغیب یا منع افراد در جهت ورزش کردن دارند. شواهد نشان داد کلاس‌های ورزشی که به صورت اختصاصی سالمندان را مخاطب قرار می‌دهند علیرغم اینکه فرصتی برای ملاقات دوسان جدید فراهم می‌کنند با نگرش منفی و بی تفاوتی از جانب سالمندان مواجه می‌شوند و شرکت در چنین کلاس‌هایی بستگی به تبلیغات دهان به دهان و مشوق‌های شخصی دارد. در مورد پیام‌ها و کانال‌های ارتباطی، شرکت کنندگان اعتقاد داشتند پیام‌های فعلی بیشتر بر جنبه‌های زیبایی و تناسب اندام مزایای ورزش تأکید دارند که برای سالمندان عامل انگیزاننده‌ای محسوب نمی‌شود. برای این گروه سنی تأکید بر مزایای مرتبط با سلامتی از جمله فعال ماندن و جوان ماندن اهمیت بیشتری دارد. همچنین کانال‌های ارتباطی رسانه‌ای ارجح برای سالمندان، برنامه‌های رادیویی و سریال‌های تلویزیونی بودند و البته پیام‌های شخصی به عنوان بهترین انتخاب شناخته شدند. کانال‌های رسانه‌ای با پیام‌هایی که تمرکز آن‌ها بر روی عوامل مربوط به سلامتی است، به همراه حمایت‌های اجتماعی از جمله نگرش مثبت ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی مثل پزشکان به عنوان مهمترین روش تغییر نگرش نسبت به فعالیت بدنی شناخته شدند و نهایتاً بر اساس مدل فرانظری تغییر رفتار راهبردهای مداخلات بازاریابی اجتماعی مطابق جدول زیر شناسایی و تعیین شدند (دال و همکاران، ۲۰۱۳).

جدول ۲-۱۱: مداخلات بازاریابی اجتماعی بر اساس مدل فرانظری تغییر رفتار (دال و همکاران، ۲۰۱۳)

مرحله	مداخله	فرآیندها
پیش فکر	قرار دادن محصولات در کانال‌های ارتباطی مربوطه شامل رادیو، سریال‌ها و نمایش‌های تلویزیونی. متخصصان بهداشت و درمان باید به طور نظامند و مثبت، موضوع را در ویزیت‌های خود برجسته کنند و با تأکید بر مزایای مرتبط با سلامتی از آن حمایت کنند.	افزایش آگاهانه
تفکر	ارائه راه کارهای عملی در صورت ایجاد تغییرات مثبت از مرحله قبل تکرار مزایای مربوط به سلامتی و پیشنهاد کمک گرفتن از یک مربی با مشاور سلامت	ارزیابی مجدد محیطی آزادی اجتماعی
آمادگی	مراجعه به یک مربی یا مشاور سلامت جهت انجام یک برنامه ورزشی شخصی شده	ارزیابی مجدد محیطی

آزادی اجتماعی خود ارزیابی مجدد ارتباط کمک کننده		
مدیریت توانمند سازی کنترل محركها ارتباط کمک کننده	پیگیری شخصی یا از راه دور جهت اطمینان از اینکه پیام‌های مثبت از بین نرفته‌اند بررسی سلامتی جهت نشان دادن نتایج و تقویت تغییرات مثبت	اقدام
کنترل محركها ارتباط کمک کننده	بررسی منظم سلاتی و مقایسه یا بررسی‌های قلب و با شاخص‌های موجود برای سالمندان	نگهداری

پیترز^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، در یک مطالعه‌ی طولی روی ۱۳۷۱۵ از افراد بزرگسال انجام دادند، رابطه‌ی میزان فعالیت بدنی، زمان بی تحرکی و هزینه‌های درمانی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد افرادی که فعالیت بدنی آن‌ها کمتر و زمان نشستن آن‌ها بیشتر بود، شاخص توده‌ی بدنی بیشتری داشتند، نشانه‌های افسردگی در آن‌ها بیشتر بود و دچار بیماری‌های مزمن بیشتری بودند.

در پژوهشی که دیگاسپی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان بازاریابی اجتماعی مبتنی بر کلیسا برای انگیزه سالمندان به مشارکت در فعالیت بدنی به منظور حفظ تعادل و جلوگیری از زمین خوردن انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که بازاریابی اجتماعی مبتنی بر کلیسا به شکل مؤثر پیام‌هایی را برای جلوگیری و حفظ تعادل از طریق مشارکت در کلاس‌های ورزش برای افتادن با تأکید بر منافع و کاهش موانع و هزینه‌های مشارکت در این کلاس‌های تعادل منتشر می‌کنند که بازاریابی اجتماعی می‌تواند سالمندان را برای شرکت و ثبت‌نام در آن انگیزش دهد.

فرنچ و همکاران^۲ (۲۰۱۴) در یک مطالعه‌ی مروری روی سالمندان نشان دادند افزایش خودکارآمدی منجر به افزایش مشارکت در فعالیت بدنی می‌شود. بر اساس نتایج این پژوهش، روش‌های خود تنظیمی از جمله تعیین اهداف رفتاری، افزایش خود نظارتی بر رفتار، برنامه ریزی برای مواقع برگشت بی فعالیتی، فراهم کردن اطلاعات معیاری و فراهم کردن بازخورد عملکرد روش‌هایی هستند که می‌توانند منجر به افزایش خودکارآمدی و مشارکت در فعالیت بدنی شوند. خودکارآمدی می‌تواند به عنوان یک هدف نوید بخش برای مداخلات فعالیت بدنی در نظر گرفته شود. به لحاظ نظری، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند در مورد قابلیت خود برای فعال تر بودن آگاهی دارند و احتمال بیشتری

۱. Peeters

2. French et al

وجود دارد که فعالیت بدنی خود را افزایش دهند و سطح بالای فعالیت بدنی را حتی در صورت مواجهه با موانع و شکست‌ها حفظ کنند.

در پژوهشی که توسط بیدنوگ^۱ و همکاران (۲۰۱۴) انجام شد، انگیزاننده‌ها و موانع مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی شناخته شدند و راهبردهای بازاریابی اجتماعی برای ایجاد مشارکت مطلوب در فعالیت بدنی استخراج شدند. در این تحقیق با استفاده از نمونه گیری آماری هدفمند ۴۰ سالمند که تقریباً نیمی از آن‌ها در برنامه ورزشی شرکت داشتند انتخاب شدند و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با آنان انجام شد. پس از انجام مصاحبه‌ها، کدگذاری و تحلیل کیفی با استفاده از الگوی استراوس و کوربین انجام شد و عوامل مؤثر در تصمیم گیری برای مشارکت، عدم مشارکت و یا ترک برنامه ورزشی به عوامل فردی و محیطی تقسیم شدند. عوامل انگیزاننده شخصی عبارت بودند از: لذت بردن از با دیگران بودن در حین تمرین، تمایل به داشتن برنامه‌ای که منجر به ارتقای مسولیت افراد می‌شود، تمایل به یادگیری پیزهای جدید، تمایل به بیرون آمدن از خانه، و مشارکت قبلی در یک برنامه ورزشی. همچنین مهمترین عوامل انگیزاننده‌ی محیطی عبارت بودند از: تشویق از جانب پزشک یا سایر افراد قابل اعتماد، اقدامات بازاریابی، کم بودن هزینه‌ها، و مکان برگزاری برنامه. سایر عوامل انگیزاننده عبارت بودند از نوع ورزش‌های پیشنهادی، اینکه برنامه در چه روزهایی از هفته برگزار می‌شود، و تشویق‌های دریافت شده از آموزش دهندگان و دوستان.

نتایج مصاحبه‌ها نشان داد بیشتر موانع شناسایی شده شخصی بودند، از جمله سابقه‌ی ورزش کافی داشتن، آمادگی یا انگیزه نداشتن، عدم برخورداری از سلامت کافی، نداشتن زمان کافی، عدم احساس همبستگی با افراد حاضر در کلاس و عدم وجود تمرینات سخت به حد کافی. بیدنوگ و همکاران (۲۰۱۴) این پیشنهادات را برای افزایش مشارکت سالمندان در برنامه‌های ورزشی اراده دادند: افرادی که در برنامه‌های ورزشی شرکت نمی‌کنند باید پیام‌هایی را دریافت کنند که تمرکزشان روی ایجاد احساس بدنی و روانی بهتر می‌باشد. همچنین پیشنهاداتی برای بهینه کردن برنامه‌های ورزشی عبارتند از: پایین بودن هزینه، کسب اطمینان از اینکه آموزش دهنده‌ی کلاس انگیزه‌ی لازم را ایجاد می‌کند، افزودن فعالیت‌های جذاب، برگزاری کلاس‌ها در صبح و عصر و زمان‌هایی که یک مجموعه‌ی ورزشی کاملاً به سالمندان اختصاص ارد، و افزودن یک مؤلفه تغذیه‌ای به برنامه‌ها. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های این پژوهش نشان داد جهت انتقال پیام‌های بازاریابی و ویژگی‌های برنامه، تبلیغات دهان به دهان و تبلیغات رسانه‌ای چندگانه شامل بروشور، کارت پستال، روزنامه، وب سایت، و ... باید مورد توجه قرار بگیرند

پژوهش دیتریچ^۲ (۲۰۱۵) با عنوان تفاوت واکنش‌های بخش‌های مختلف به برنامه‌های بازاریابی اجتماعی بود. اثر برنامه‌ها بر روی دانش، نگرش، نیت رفتاری هنجارهای اجتماعی، اعمال نوشیدن

۱. Biedenweg

2. Dietrich

الکل و خود کارایی عدم نوشیدن شناسایی شده بخش‌ها مورد بررسی و آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد سه بخش شناسایی شدند: امتناع کنندگان ۲: تازه‌کارها (اولین نوشیدن). ۳: مصرف‌کنندگان متوسط. اثر برنامه‌ها در بخش‌های مختلف به شکل معناداری متفاوت بود. قوی‌ترین اثرات تغییری مثبت مشارکت‌کنندگان برای کسانی که تازه‌کار بودند مشاهده شد، درحالی‌که اثرات بینابینی برای کسانی که امتناع می‌کردند و یا مصرف متوسط را داشتند مشاهده شد. این نتایج شواهد تجربی اولیه‌ای از حمایت کاربرد بخش‌بندی بازاریابی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی الکل مشاهده کردند. توسعه برنامه‌های هدفمند که به نیازهای منحصربه‌فرد هر یک از سه بخش شناسایی می‌باشد ردپای بازاریابی اجتماعی را در آموزش الکل توسعه و گسترش داد.

در پژوهش که وان اچ^۱ (۲۰۱۵) با عنوان ابعاد دین و بازاریابی اجتماعی رسانه گروهی که به‌صورت کیفی انجام شد و از مصاحبه‌های عمیق از ۵ نفر از متخصصین بازاریابی اجتماعی رسانه‌های گروهی انجام شد و به‌صورت کیفی تحلیل شد به این نتیجه رسیدند که ابعاد دین در برنامه‌های بازاریابی اجتماعی رسانه‌های گروهی کاربرد دارد. مشارکت‌کنندگان ابعاد دین را برای اجتناب از اثر منفی بر روی گروه مخاطب به کار می‌گیرند و بازاریابی اجتماعی موعظه را به‌عنوان یک ابزار ارتباطی استفاده می‌کند.

دشپاند و همکاران^۲ (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان بررسی مقایسه تأثیر نسخه ثابت و پویای رسانه در ارزیابی تبلیغاتی و ترویج فعالیت بدنی انجام داده‌اند، بیان کرده‌اند اگرچه تلاش‌های توسعه بازاریابی اجتماعی نوعاً به‌وسیله استفاده آنلاین ویدئو و یا تصاویر بی‌حرکت ارزیابی می‌شود، شواهد محدودی بر وجود اینکه آیا نوع رسانه بر واکنش و پاسخ شنودگان تأثیر دارد، وجود دارد. در یک مطالعه تجربی پس‌آزمونی که در یک نمونه آماری ۶۶۳ نفری از مادران کانادایی که دارای فرزندان ۵ تا ۱۱ ساله بودند، در دو گروه با خدمات عمومی تفکر مجدد فعالیت بدنی مورد آزمون قرار گرفتند. کسانی که نسخه ویدئویی را به کار بردن در مقایسه با تصاویر ثابت یادآوری پیام، تمایل و انگیزه بالاتر در پاسخ‌هایشان مشاهده شد. ولی تفاوتی در رفتار حمایتی والدین وجود نداشت. این مطالعه این نتیجه‌گیری را می‌کند که نوع رسانه، زمانی که کمپین‌های ترویج بازاریابی اجتماعی مورد آزمون قرار می‌گیرد، بر نتایج تأثیر می‌گذارد.

ون دیک و همکاران^۳ (۲۰۱۶) هم در یک پژوهش کیفی بر روی افراد تازه بازنشته شده در دامنه سنی ۵۵ تا ۷۰ سال، که داده‌های آن از طریق ۴ گروه کانونی (جمعا ۳۷ مشارکت‌کننده) جمع‌آوری

1. Van Esch

۲. Deshpande

3. Van Dyck et al

شدند. عوامل مؤثر در مشارکت این افراد در فعالیت بدنی را شامل آگاهی از موقعیت‌های فعالیت بدنی، آگاهی در مورد مزایای فعالیت بدنی و آگاهی از پیامدهای منفی بی تحرکی برشمردند. همچنین مشارکت کنندگان گزارش کردند اطلاعات مربوط به موقعیت‌های فعالیت بدنی را از طریق مجله، اینترنت، تلویزیون، بیمه‌های درمان و یا به طور غیر مستقیم از طریق دوستان و خانواده دریافت می‌کنند. افرادی که با اینترنت آشنایی کافی داشتند از آن اطلاعات کافی را کسب می‌کردند اما بسیاری از افراد بازنشسته دانش فنی کافی برای استفاده از اینترنت را ندارند و بسیاری از سایت‌های اینترنتی به روز نیستند و یا اطلاعات کافی را در اختیار قرار نمی‌دهند. تقریباً تمام مشارکت کنندگان در این پژوهش از راهنمایی‌های موجود در مورد فعالیت بدنی از جمله ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی شدت متوسط رو به بالا آگاهی داشتند اما معتقد بودند این راهنمایی‌ها بسیار وابسته به شرایط جسمانی هستند و برای همه‌ی افراد قابل اجرا نیستند. همچنین بیشترین مزایای گزارش شده‌ی مشارکت در فعالیت بدنی عبارت بودند از: مزایای جسمی و ذهنی (کاهش کمر درد، افزایش کیفیت خواب، کاهش اضطراب و نگرانی) و مزایای اجتماعی (ارتباطات اجتماعی، فرصت گفتگو)، لذت بردن و افزایش انرژی. همچنین راندل تیل، کوباکی و گرانگلی (۲۰۱۶) در یک مطالعه تکوینی بازاریابی اجتماعی موانع و مزایای ادراک شده‌ی فعالیت بدنی را شناسایی کردند. هدف از این مطالعه بدست آوردن بینش‌های تحقیق تکوینی بود که می‌تواند جهت طراحی یک کمپین بازاریابی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. در این مطالعه ۱۴۵۹ نفر در یک پیمایش آنلاین شرکت کردند و با استفاده از تحلیل عاملی مزایا و موانع ادراک شده مشخص شده و شاخص‌هایی برای موانع، مزایا و دانش سالم زندگی کردن ایجاد شدند. نگرش‌های منفی بازتاب دهنده باورهای مبنی بر ناخوشایند بودن فعالیت بدنی (مثلاً موجب ایجاد درد شدن) و یا اینکه فعالیت بدنی نتیجه بدی خواهد داشت (مثلاً اینکه زمان زیادی می‌برد) بودند و نگرش‌های مثبت بازتاب دهنده‌ی باورهای مبنی بر این که فعالیت بدنی منجر به ایجاد مزایایی در کوتاه مدت و بلند مدت خواهند شد، بودند. نتایج این تحقیق نشان داد افرادی که نگرش آن‌ها نسبت به فعالیت بدنی منفی است حس می‌کنند فعالیت بدنی آن‌ها را دچار خستگی و گرفتگی بدن می‌کند و برای آن‌ها دشوار و دردناک است. این موانع درک شده به طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث می‌شوند برخی افراد سطح فعالیت بدنی خود را افزایش ندهند. همچنین نتایج نشان داد مصرف کنندگانی که نگرش مثبتی نسبت به فعالیت بدنی دارند معتقدند ورزش آن‌ها را متناسب و با انرژی می‌کند و استرس آن‌ها را کاهش می‌دهد.

		منافع فعالیت بدنی	
		کم	زیاد
$\frac{3}{2}$	۶	کم علاقه (تعداد ۱۴۳) میزان ورزش در هفته: ۷ ساعت میزان ورزش در ۲۴ ساعت گذشته: ۱/۸	احتمالاً ورزشکار (۴۰۶) میزان ورزش در هفته: ۷/۲ ساعت میزان ورزش در ۲۴ ساعت گذشته: ۱/۶

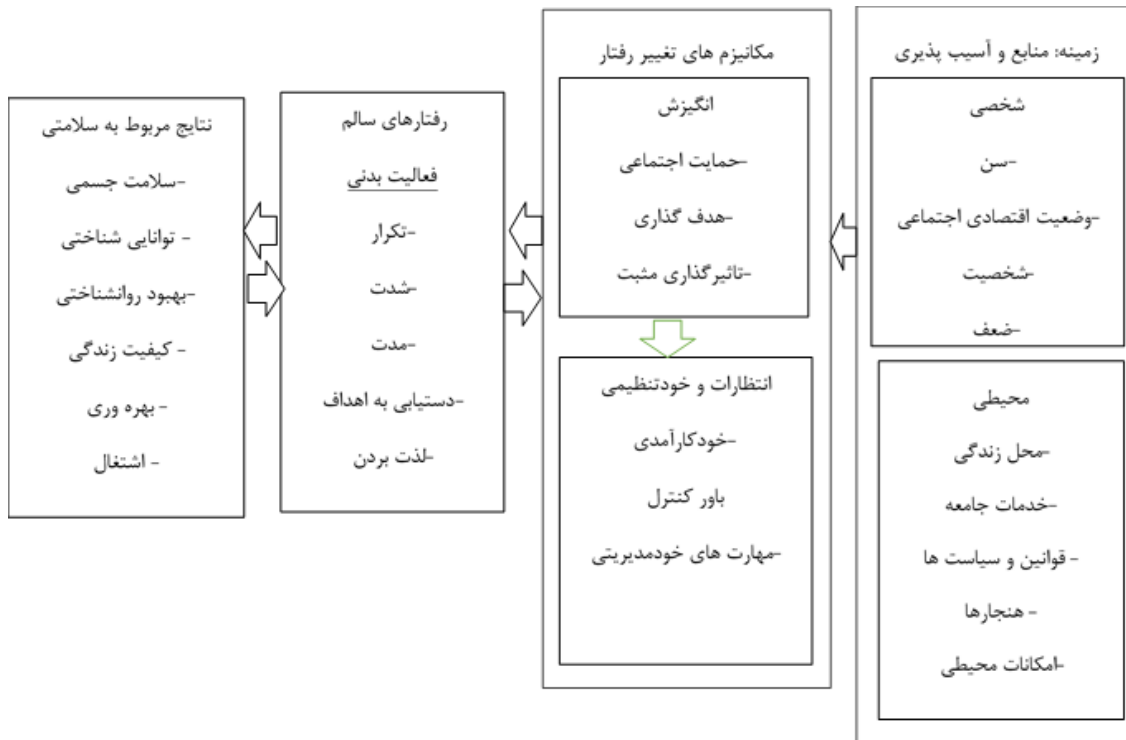
		شاخص توده بدنی: ۲۶/۷ امتیاز دانش سالم زندگی کردن: ۹ پیشنهاد بازاریابی اجتماعی: در این گروه باید نگرش مثبت به فعالیت بدنی افزایش یابد و فعالیت بدنی سرگرم کننده تر و فرح بخش باشد.	شاخص توده بدنی: ۲۶/۵ امتیاز دانش سالم زندگی کردن: ۹/۳ پیشنهاد بازاریابی اجتماعی: مداخله شناختی نیاز نمی‌باشد.
		احتمالا غیر ورزشکار (تعداد ۲۸۳ نفر) میزان ورزش در هفته: ۴/۵ ساعت میزان ورزش در ۲۴ ساعت گذشته: ۱/۱ شاخص توده بدنی: ۲۸/۶ امتیاز دانش سالم زندگی کردن: ۸/۳ پیشنهاد بازاریابی اجتماعی: در این گروه باید مداخلاتی برای افزایش نگرش‌های مثبت و کاهش نگرش‌های منفی و افزایش دانش صورت بگیرد.	دمدمی (تعداد ۳۳۶ نفر) میزان ورزش در هفته: ۵/۴ ساعت میزان ورزش در ۲۴ ساعت گذشته: ۱/۲ شاخص توده بدنی: ۲۸/۲ امتیاز دانش سالم زندگی کردن: ۹ پیشنهادهای بازاریابی اجتماعی: در این گروه باید نگرش‌های منفی را با کاهش موانع کاهش داد

جدول ۲-۱۲: خلاصه نتایج راندل - تیل و همکاران (۲۰۱۶)

لاچمن و همکاران^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان راهبردهای رفتاری جهت افزایش فعالیت بدنی سالمندان، یک چهارچوب رفتاری شناختی را پیشنهاد دادند که بر اساس آن مداخلاتی باید طراحی شوند که با استفاده از بازسازی شناختی و تغییر دیدگاه‌های منفی و ایجاد حس کنترل بر فرآیند سالخورده‌گی مشارکت در فعالیت بدنی را افزایش دهند. هدف آن‌ها این بود که یک رویکرد شخصی سازی شده را جهت استفاده از راهبردهای رفتاری و انگیزشی کم هزینه برای افزایش فعالیت بدنی سالمندان مدنظر قرار دهند. به عقیده‌ی آن‌ها انواع مختلفی از برنامه‌های مداخلاتی ورزش کردن در سنین بالا را هدف قرار داده‌اند اما اغلب آن‌ها در حفظ تغییرات رفتاری ایجاد شده ناتوان بوده‌اند و به همین دلیل افزایش قابل توجهی در میزان مشارکت در فعالیت بدنی در دهه اخیر مشاهده نشده است. مساله‌ی دیگری که در این مطالعه عنوان شده این است که اکثر مطالعات مبتنی بر مداخله بر اساس برنامه‌های ورزشی رسمی طراحی و اجرا شده‌اند که باید در مجموعه‌های ورزشی یا آزمایشگاه‌های ورزشی و با تجهیزات ویژه و صرف زمان و هزینه اجرا شوند. اما از نظر لاچمن و همکاران (۲۰۱۸) رویکرد دیگر می‌تواند اضافه کردن فعالیت بدنی در خلال فعالیت‌های عادی روزانه در حین کار، تعاملات اجتماعی و سایر فعالیت‌های روزمره و مبتنی بر اهداف و علاقه‌های فردی باشد. همان طور که موسسه‌ی ملی سالمندی در بنامه‌ی با عنوان گودفورلایف^۲ (ان آی ای، ۲۰۱۸)، این نوع از ادغام فعالیت بدنی در فعالیت‌های روزانه می‌تواند شامل راهبردهایی از جمله زمانبندی برنامه‌های روزانه طوری که بتوان زمانی را به پیاده روی اختصاص داد، استفاده از دوچرخه برای خرید کردن، راه رفتن برای مراجعه به اتاق همکاران به جای ارسال ایمیل، پارک کردن اتومبیل در محلی دورتر از مقصد

1. Lachman et al
2. Go4Life

مورد نظر و راه رفتن در مواقع صحبت کردن با دوستان و ملاقات با همکاران باشد. نهایتاً لاجمن (۲۰۱۸) یک مدل مفهومی چند مؤلفه‌ای و شخصی سازی شده را مطابق با شکل زیر به عنوان راهنمایی برای مداخلات مربوط به افزایش رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت به ویژه فعالیت بدنی، طراحی کردند که در آن تفاوت‌های فردی در زمینه‌ی نیازها، زمینه و اهداف مد نظر قرار گرفته‌اند.



شکل ۲-۶: مدل افزایش مشارکت میان سالان و سالمندان در فعالیت بدنی (لاچمن و همکاران، ۲۰۱۸)

همانطور که در این مدل مشاهده می‌شود، افزایش فعالیت بدنی در میان سالان و سالمندان نیازمند ترکیبی از راهبردهای تغییر رفتار است. این راهبردها شامل راهبردهای انگیزشی از جمله حمایت اجتماعی، هدف گذاری و تأثیرگذاری مثبت همراه با بازسازی شناختی نگرش‌های منفی، خودناباروری و سوء برداشت‌ها است. این مؤلفه‌ها از طریق افزایش خودکارآمدی ورزشی (توانایی‌های ادراک شده جهت دستیابی به یک هدف ورزشی ویژه)، حس کنترل (باوری مبنی بر اینکه تا چه حد می‌توان بر موانع و محدودیت‌ها غلبه کرد) و خودتنظیمی و مهارت‌های خودمدیریتی (خودکنترلی، برنامه ریزی عملیاتی و کنترل احساسات) باعث افزایش انگیزه‌ی ورزش کردن می‌شوند و در نهایت منجر به تسهیل دستیابی به اهداف فعالیت بدنی و لذت بردن از یک سبک زندگی فعال‌تر می‌شوند. راهبردهایی که لاجمن و همکاران (۲۰۱۸) ارائه دادند عبارت بودند از: ایجاد و تعهد به اهداف واقع بینانه، ایجاد برنامه‌های عملیاتی برای اجرای اهداف، ایجاد پیام‌های مثبت و متمرکز بر جنبه‌های مثبت با ارائه‌ی ارتباطات واضحی از مزایای برنامه‌ها، حمایت اجتماعی و تشویق، بازخورد و سنجش میزان پیشرفت،

وجود مشوق‌هایی برای حفظ مشارکت در فعالیت بدنی و سیستم‌های ارائه پاداش برای عملکردهای عالی و مورد انتظار.

الحسینی المدرسی و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی به صورت مرور نظامند صورت گرفت و در آن تعیین وضعیت مداخلات بازاریابی اجتماعی در ایران از طریق ارزیابی استفاده از مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی با محوریت مداخلات انجام شده است. و نتایج نشان داد عدد متوسط معیارهای مورد استفاده برای این منظور ۴,۶ از ۷ بود. محقق نتیجه گرفت که ایران در مراحل اولیه توسعه خود با استفاده از بازاریابی اجتماعی قرار دارد و اکنون زمان اصلی برای آموختن از آنچه کشورهای پیشرو در این زمینه انجام داده‌اند. این پژوهش نشان داد که در ایران بیشتر در بخش سلامت (پزشکی) از بازاریابی اجتماعی استفاده شده است.

قهرمانی و همکاران (۱۳۸۷) در یک پروژه‌ی تحقیقاتی می‌تنی بر مداخله‌ی ۲ ماهه بر روی ۶۰ مرد سالمند حاضر در آسایشگاه کهریزک، بر اساس مدل مراحل آمادگی نشان دادند مداخله می‌تواند سبب ارتقاء فعالیت بدنی شود و آموزش بر اساس مدل مراحل آمادگی تأثیر مثبتی بر رفتار فعالیت بدنی دارد. برنامه مداخله شامل جلسات مشاوره فردی و بحث گروهی برای گروه آزمون بود.

همچنین نوربخش و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی روی ۲۴۱ نفر از سالمندان تهرانی به مقایسه انگیزه شرکت زنان و مردان سالمند در فعالیت بدنی پرداختند و نتیجه گرفتند بین اولویت‌های عوامل گوناگون انگیزاننده شرکت سالمندان در فعالیت‌های ورزشی تفاوت معناداری وجود دارد و انگیزه آمادگی جسمانی و سلامتی، مهم‌ترین دلیل مشارکت ورزشی سالمندان است. همچنین یافته‌های این پژوهش تفاوت‌های معناداری را در عوامل انگیزه مشارکت بر اساس جنسیت، گروه‌های سنی، سزوح تحصیلی و گروه‌های شغلی نشان داد. در این تحقیق ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه ویژگی‌های فردی و انگیزش مشارکت ورزشی سالمندان بود (نوربخش و همکاران، ۱۳۸۹).

رحمانی و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی نقش انگیزه‌های درونی و بیرونی در گرایش بزرگسالان به فعالیت بدنی پرداختند و نشان دادند انگیزش درونی لذت بردن و انگیزش‌های بیرونی شامل کنترل استرس و فواید اجتماعی-هیجانی در افزایش فعالیت بدنی نقش مؤثری دارند.

روزبهبانی، کامکاری و میرزاپور (۱۳۹۳) با هدف بررسی عوامل مؤثر بر موانع مشارکت زنان سالمند در فعالیت‌های ورزشی تفریحی استان البرز نتیجه گرفتند که عوامل اجتماعی، سلامتی، امکانات و تسهیلات، عوامل اقتصادی، عوامل شخصی و زمان موانع مشارکت زنان سالمند در فعالیت بدنی به شمار می‌روند.

در پژوهشی که رضایی و کشاورز محمدی (۱۳۹۳) با عنوان کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نتیجه بازاریابی اجتماعی نه‌تنها بر رفتار مصرف یک محصول خاص بلکه بر تغییرهای دیگر چون آگاهی، باورها و وضعیت سلامت نیز گزارش شده است.

میزان موفقیت گزارش شده در تغییر رفتار بهداشتی افراد مورد مطالعه طیف نسبتاً گسترده‌ای از کاهش ۱۰ درصدی مصرف روغن جامد تا ۳۰ درصد افزایش در مصرف سس سویای غنی از آهن متغیر بوده است. در این پژوهش نتیجه‌گیری شده است که مداخلات ارتقاء سلامت با رویکرد بازاریابی اجتماعی در تغییر رفتارهایی که مستلزم استفاده از یک محصول بهداشتی و دسترسی به امکانات است و نیز بیشتر تحت تأثیر نگرش و تصمیم فردی است می‌تواند با موفقیت‌های ارزشمندی همراه باشد.

درخشان (۱۳۹۴) ارتباط بازاریابی اجتماعی با گرایش به ورزش همگانی را با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده مورد بررسی قرار داد. جامعه آماری این پژوهش نیز افراد مشغول به ورزش در بوستان‌های شهر تهران بودند که به پرسشنامه محقق ساخته‌ی تشکیل شده از ۴ گویه شامل باور رفتاری، باور هنجاری، باور ادراکی و تمایل به ورزش پاسخ دادند. دامنه‌ی سنی نمونه‌ی آماری ۱۴ تا ۷۶ سال بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد بین باورهای ادراکی، رفتاری و هنجاری با تمایل افراد به ورزش رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی قدرت تبیین ۶۳ درصد از تغییرات تمایل افراد به ورزش همگانی را دارند. پیشنهادات ارائه شده در این پژوهش عبارتند از: انجام فعالیت‌های تبلیغی و فرهنگی برای بهبود نگرش مردم نسبت به ورزش همگانی، ترغیب افراد مهم و الگو به ورزش همگانی، و در نظر گرفتن توانایی همه‌ی اقشار جامعه در برنامه ریزی‌های ورزش همگانی.

امینی، حیدری نژاد و ازمشاه (۱۳۹۵) نیز به رتبه بندی عوامل تسهیل کننده مشارکت سالمندان شهر اهواز در فعالیت بدنی پرداختند. در این تحقیق ۳۸۳ سالمند اهوازی مشارکت داشتند و نتایج تحقیق نشان داد از دیدگاه سالمندان در بین مؤلفه‌های تسهیل کننده مشارکت در فعالیت بدنی، مؤلفه محیطی و امکاناتی بیشترین اهمیت و مؤلفه مالی و اقتصادی کمترین اهمیت را دارند (امینی و همکاران، ۱۳۹۵).

در پژوهشی دیگر، یوسفوند (۱۳۹۶) به بررسی نقش آمیخته بازاریابی اجتماعی در توسعه ورزش همگانی استان لرستان پرداخت. در این پژوهش عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی شامل محصول (پیشنهادات اجرایی)، قیمت (هزینه‌های اجتماعی)، ترفیع (ارتباطات اجتماعی)، افراد (کارکنان هیئت ورزش همگانی)، مکان (قابلیت دسترسی)، شواهد فیزیکی (تجهیزات) و فرآیند (پردازش) بودند. جامعه آماری این پژوهش را افرادی تشکیل می‌دادند که در بوستان‌های عمومی در استان لرستان ورزش می‌کردند. دامنه‌ی سنی این افراد ۱۳ تا ۷۵ سال بوده است. نهایتاً این پیشنهادات ارائه شد: ۱. متنوع بودن برنامه‌ها و خدمات ورزش همگانی، فراهم آوردن امکانات و تجهیزات مدرن، تناسب بین هزینه‌های انجام شده خدمات دریافتی، ارائه‌ی تخفیف به شهروندان برای پرداختن به ورزش همگانی، توجه به شهرت و تصویر سازمان ورزش همگانی، در نظر گرفتن مشوق‌ها و جوایز، برگزاری جشنواره‌ها و همایش‌های ورزش همگانی، اطلاع رسانی مناسب در مورد ورزش همگانی، تسهیل دسترسی مردم به پارک‌ها، تامین جای پارک، برخورد مناسب مسئولین و مربیان با مردم، ساختن جو اجتماعی مناسب و کافی بودن تعداد مربیان ورزش همگانی.

صابری (۱۳۹۵) به طراحی و اعتباربخشی مدل بازاریابی اجتماعی توسعه‌ی ورزش همگانی پرداخت. در این تحقیق که به روش آمیخته انجام شده بود، در مرحله اول شاخص‌های مدل به روش کیفی تعیین شدند و در مرحله‌ی دوم به صورت کمی اعتبارسنجی شدند. جامعه‌ی آماری مرحله اول خبرگان اجرایی و دانشگاهی در زمینه‌ی ورزش همگانی و بازاریابی، و جامعه‌ی آماری مرحله دوم کارشناسان ورزش همگانی در فدراسیون، وزارت ورزش و شهرداری‌ها بودند. در بخش کیفی این پژوهش از الگوی نظام‌مند استفاده شد که در بر گیرنده‌ی شرایط علی، راهبردها، عوامل زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر و پیامدها است. شرایط علی شناسایی شده شامل دیدگاه و رویکرد افراد به ورزش، مسائل اجتماعی ناشی از عدم توجه به ورزش، اهمیت ورزش در توسعه‌ی پایدار، بی تحرکی ناشی از فناوری‌های مدرن و عدم کارایی مدل‌های استفاده شده در ورزش همگانی بودند و شرایط زمینه‌ای اثرگذار بر راهبردها، شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی، دیدگاه و رویکرد خانواده به ورزش، تأثیرات زیست محیطی، خودکارآمدی و توانمندسازی روانی و وضعیت عمومی جامعه بودند. راهبردهای پژوهش شامل ۶p عناصر آمیخته بازاریابی (قیمت، محصول، مکان، ترفیع، شواهد فیزیکی و افراد)، صحنه گذاری، بخش بندی، هدف گذاری، تثبیت موقعیت و شبکه سازی بودند، عوامل مداخله‌گر شامل منابع انسانی توانمند، مسائل زیرساختی ورزش، ناهمراستایی بیرونی و مشکلات برنامه ریزی در ورزش بودند و در نهایت پیامدهای شناسایی شده عبارت بودند از پیامدهای اجتماعی، تغییر نگرش و رفتار فردی.

مخلصی (۱۳۹۷) در پژوهش خود که با استفاده از نظریه داده بنیاد و بر اساس مصاحبه با جامعه هدف و متخصصین بازاریابی اجتماعی صورت گرفته بود. مخاطبان هدف را به چهار گروه آگاه پردرآمد، آگاه کم درآمد، ناآگاه پردرآمد و ناآگاه کم درآمد بخش بندی کرده بود. و برای هر جامعه به توجه به ویژگی‌های آن راهبرد بازاریابی اجتماعی ارائه داد. موانع بیرونی و درونی و تسهیل کننده‌های مشارکت در فعالیت بدنی را شناسایی کرد. تشکیل گروه‌های هم سن برای انجام فعالیت‌های گروهی و ایجاد گروه‌های ورزشی در سازمان‌ها برا جامعه آگاه و کم درآمد پیشنهاد شد. منابع آموزشی معتبر و آموزش در رسانه برای جامعه هدف آگاه و کم درآمد شناسایی شد. سیاست‌های بهداشت و درمان و آموزش فعالیت بدنی به صورت رایگان نیز برای جامعه آگاه و کم درآمد پیشنهاد شد. ایجاد پیوند بین موسسات ورزشی با پزشکان جهت تجویز فعالیت بدنی و الزامات محیط کار و اماکن عمومی به عنوان عنصر مکان در بازاریابی اجتماعی شناخته شد.

در نهایت پیشنهادات برخاسته از پژوهش به این صورت بود که سازمان‌های مرتبط با ورزش همگانی با توجه به مفاهیم شناسایی شده برنامه ریزی‌های دقیق‌تری را برای توسعه‌ی ورزش همگانی انجام دهند.

۵-۲ جمع بندی

با مرور و بررسی مطالعات و پژوهش‌های گذشته در بازاریابی اجتماعی در زمینه ورزش و فعالیت بدنی می‌توان گفت بازاریابی اجتماعی در تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی موفق عمل کرده است. تاکنون، پژوهشی در زمینه استفاده از بازاریابی اجتماعی در حوزه فعالیت بدنی سالمندان در داخل ایران صورت نگرفته است. هر کدام از مطالعات و تحقیقات گذشته به جنبه خاصی از این حوزه تمرکز دارد و مطالعه و یا پژوهشی که در برگیرنده یک مدل جامع باشد وجود ندارد. برخی پژوهش‌های خارجی برنامه‌های مداخله‌ای برای افزایش فعالیت بدنی در سالمندان انجام داده بودند که برخی با رویکردهای بازاریابی اجتماعی همخوانی داشت و نتایج مثبت تغییر رفتار را گزارش داده‌اند. بازاریابی اجتماعی اخیراً در زمینه‌های متعددی جهت تغییر نگرش‌ها و رفتارهای مردم مورد استفاده قرار گرفته است و تحقیقات نشان داده‌اند در زمینه‌ی فعالیت بدنی کاربردهای موفق‌تری هم داشته است. برخی مطالعات انجام شده در زمینه توسعه فعالیت بدنی در سالمندان بر موانع متمرکز بوده‌اند که بخشی از اصول مرتبط با بازاریابی اجتماعی است. و یا در حوزه بازاریابی اجتماعی برای افزایش فعالیت بدنی و ورزش در فاکتورهای خاصی همانند ویژگی‌های آمیخته بازاریابی کار شده است. عده‌ای از مطالعات بر راهکارهای توسعه ورزش همگانی انجام شده است که مختص گروه خاصی نیست. عده‌ای نیز بر مشکلاتی که در حین اجرای برنامه‌های توسعه ورزش همگانی کار شده است و عده‌ای دیگر نیز زمینه‌ها و بسترها را مورد بررسی قرار داده‌اند. در کنار این پژوهش‌ها در حوزه بازاریابی اجتماعی نیز بر شرایط و الزامات استفاده از بازاریابی اجتماعی و بر راهکارهای توسعه فعالیت بدنی و ورزش پرداخته‌اند ولی بیشتر تمرکز استفاده از بازاریابی اجتماعی بر روی پیامدهای حاصل استفاده از برنامه‌های بازاریابی اجتماعی که تغییر به سمت رفتار مطلوب بوده است پرداخته‌اند. همچنین در کنار این پژوهش‌ها مدل‌های مختلفی از استفاده بازاریابی اجتماعی نیز ارائه شده است که رویکردی راهبردی دارد و بر گروه خاصی متمرکز نیست. یکی از مهمترین مشکلات، کمبود مطالعات و تحقیقات گذشته در حوزه افزایش فعالیت بدنی در بین سالمندان به خصوص در ایران و عدم نگاه بازاریابی به این امر بوده است. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه ورزش همگانی و بازاریابی اجتماعی چنین به نظر می‌رسد که خلأ در پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه بازاریابی اجتماعی در حوزه ورزش و در مورد سالمندان در کشور مشاهده می‌شود. این پژوهش نیز به دنبال ارائه مدلی جامع برای ارتقاء فعالیت بدنی در سالمندان با اصول بازاریابی اجتماعی است تا بتوان رویکردی جدید را برای توسعه ورزش در بین سالمندان ارائه داد.

بر خلاف مزایای شناخته شده‌ی سبک زندگی فعال، عدم فعالیت بدنی یک مسأله‌ی جدی در سلامت عمومی محسوب می‌شود که باعث افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان، و پیامدهای مضر برای سلامتی مردم شده است. برای شناخت دیدگاه‌های مخاطبان در مورد فعالیت بدنی جهت فهم اینکه چگونه می‌توانیم مردم را تشویق کنیم تا فعال‌تر باشند و سبک زندگی غیر فعال خود را تغییر دهند،

می‌توانیم از رویکردهای مختلف تغییر رفتار استفاده کنیم. یکی از رویکردهایی که می‌توانند به تغییر رفتار فعالیت بدنی کمک کنند، بازاریابی اجتماعی است.

فصل ۳ : روش شناسی

۳-۱ مقدمه

روش شناسی تحقیق، یکی از اجزای مهم در فرآیند تحقیق می‌باشد. با انتخاب روش تحقیق مناسب جهت پاسخ به اهداف و سوالات تحقیق، می‌توان به نتایج مورد نظر در تحقیق دست یافت. در این فصل محقق قصد دارد به تشریح روش تحقیق، فرآیند انجام تحقیق و مراحل آن، جامعه و نمونه آماری و روش و ابزار جمع آوری داده‌ها بپردازد.

۳-۲ روش پژوهش:

پژوهش حاضر بر حسب دستاورد، کاربردی است. روش انجام پژوهش، تحلیلی- توصیفی بوده و داده‌های کیفی از دو روش مرور نظامند^۱ و فراترکیب^۲ بدست آمده است و بر اساس روش گردآوری داده‌ها، اسنادی است. در مرحله اول، پژوهشگر به دنبال ارزیابی دقیق مداخلاتی بود که در حوزه بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان انجام شده است. بخش اول مطالعه از نوع توصیفی و با توجه به روش اجرای مطالعه، مرور نظامند تلقی می‌شود.

مرور تحقیقات گذشته به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود؛ یکی از شناخته شده ترین آن‌ها مرور نظامند است که نوعی مطالعه و تحلیل ثانویه مطالعات پیشین است (کشتکار، ۱۳۹۵). مرور نظامند، مروری بر یک سوال واضح و مشخص است که با استفاده از یک روش نظامند، صریح و روشن به شناسایی، انتخاب و ارزیابی نقادانه یک پدیده می‌پردازد و اطلاعات مطالعه‌های مرتبط را جمع آوری نموده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد (آثار و همکاران، ۱۳۹۵). مرور نظامند در واقع یک مطالعه مشاهده‌ای بر روی مطالعات انجام شده موجود است (کوک و همکاران^۳، ۱۹۹۷). پس همانند سایر تحقیقات شامل چند بخش می‌شود؛

- تعیین دقیق مشکل مورد تحقیق
- جمع آوری و آنالیز داده‌ها
- تفسیر نتایج (هال^۴، ۲۰۰۳)

جامعه آماری این مطالعه نظاممند شامل کلیه مقالات پژوهشی حاصل از مطالعات باهدف ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان بود. پایگاه‌های مختلف برای شناسایی مقالات استفاده شد. به‌منظور یافتن

۱. Systematic Review

۲. Meta-Synthesis

3. Cook & et al

۴. Hall

مقالات فارسی جستجوی اینترنتی در پایگاه‌های داخلی: جویشگر علمی فارسی علم نت (Elmnet)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (IranDoc) و پایگاه ناشر تخصصی کنفرانس‌های ایران (civilica) صورت گرفت. در مورد مقالات انگلیسی پایگاه‌های خارجی (Medline, Science Direct, Scholar Google, Web of Science, ProQuest, Emerald) مورد بررسی قرار گرفتند.

اطلاعات مورد نیاز در مرحله اول، با استفاده از جستجوی کلیدواژه‌های فعالیت بدنی^۱، بازاریابی اجتماعی^۲، سالمندان^۳، آمیخته بازاریابی اجتماعی^۴، ارتقای سطح فعالیت بدنی^۵، مداخلات بازاریابی اجتماعی^۶، کمپین‌های بازاریابی اجتماعی^۷ و معادل لاتین آن‌ها با همه ترکیبات احتمالی کلمات مهم انجام شد. علاوه بر این، لیست منابع بدست آمده نیز مورد بررسی قرار گرفتند تا منابعی که از روش‌های فوق بدست نیامدند، شناسایی شوند.

۳-۳ ارزیابی کیفیت مطالعات

استخراج داده‌ها با استفاده از فرمی که شامل نام نویسندگان، سال مطالعه، هدف مطالعه، نوع مطالعه، گروه هدف، مورد مطالعه و مهم‌ترین نتایج منتخب بود. دو داور به شکل مستقل بر اساس چک لیستی که شامل سوالات متنوع بود داده‌ها و کیفیت آن‌ها را بررسی کردند. توافق بالای بین دو داور باعث شد که از داور سوم استفاده نشود.

۱. Physical Activity

۲. Social Marketing

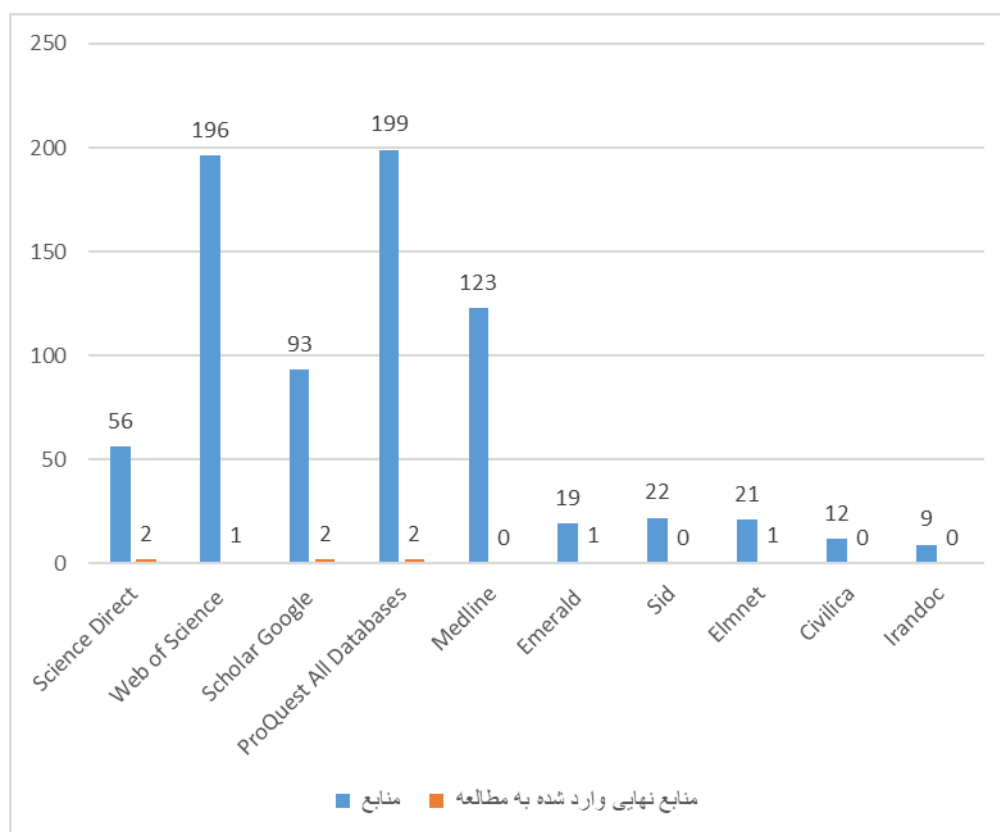
۳. Aging, Elderly

۴. Marketing Mix

۵. Promoting level of physical activity

۶. Social marketing intervention

۷. Social marketing campaign



نمودار ۳-۱: تعداد منابع به تفکیک بانک مقالات و منابع نهایی وارد شده به مطالعه (۲۰۱۹-۲۰۰۰)

۳-۳-۱ معیار ورود و خروج از مطالعه:

۱. انتشار منابع در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ باشد.
۲. منابع به زبان فارسی و انگلیسی باشد.
۳. مقاله دارای ساختار کامل باشد (مقالاتی که تنها چکیده آن‌ها در دسترس بود، در نظر گرفته نشدند).
۴. مقاله در نشریه‌های معتبر چاپ شده باشد.
۵. در دسترس باشد.
۶. در مقالات از آمیخته بازاریابی اجتماعی استفاده شده باشد.
۷. جامعه مورد مطالعه سالمندان باشند.

معیارهای خروج

۱. مقالات مروری و مفهومی

۲. هدف قرار دادن کودکان، جوانان و بزرگسالان

۳. فعالیت بدنی نیست

۴. بازاریابی اجتماعی نیست

۵. آزمایشی نیست

جستجوی اضافی در میان مقالات چاپ نشده، همایش‌ها و پایان نامه‌ها صورت گرفت. انواع ادبیات خاکستری^۱ شامل مقالات علمی، از جمله رسالت، گزارش‌ها و گزارش‌های کمیته، گزارش‌های دولتی، مقالات کنفرانس، و تحقیقات در حال انجام و یا چاپ نشده است (پایز، ۲۰۱۷). در جستجوی اولیه، بر اساس کلیدواژه‌ها، ۵۲۰ عنوان مطالعه شناسایی شد. تمام فرآیند اجرای این مطالعه بر اساس چک لیست پریزما^۲ ارزیابی شده است. در سال ۲۰۰۰، یک گروه بین المللی اقدام به تهیه دستورالعملی تحت عنوان «کیفیت گزارش‌دهی در مطالعات متاآنالیز»^۳ کردند، که بر نحوه گزارش نویسی مقالات فراتحلیل منتج از مطالعات تصادفی کنترل شده تمرکز داشت (موهر و همکاران^۴، ۲۰۰۰). موهر و همکاران^۵ (۲۰۰۹) در مقاله‌ای، به مرور خلاصه‌ای از دستورالعمل‌های تغییر نام یافته به نام پریزما جهت گزارش‌گیری ترجیحی برای بررسی‌های نظامی و متاآنالیزها استفاده کردند که برای پرداختن به چندین پیشرفت مفهومی و عملی در علم بررسی نظامی، به‌روز شده است. بر طبق این دستورالعمل، در فرآیند جستجو پژوهشگر پارامترهای مختلفی مانند: «عنوان، چکیده، کیفیت محتوا و دسترسی» را در نظر گرفته و منابعی که با سؤال و هدف پژوهش تناسبی ندارد، حذف می‌کند. ابتدا مقالات بازیابی شده در نرم‌افزار اندنوت^۶ قرار گرفت. مقالات تکراری و مشترک در پایگاه‌های پیش‌گفته حذف و ۲۹۵ مطالعه مرحله دوم غربالگری شد. معیار غربالگری در این مرحله ارتباط با موضوع مطالعه (عنوان، چکیده) و حذف مقالات غیر مرتبط، حذف منابعی که هدف آن‌ها فعالیت بدنی نبود. منابعی که جامعه هدف آن سالمندان نبود حذف شد. و ۱۰۲ مطالعه باقی ماند. با توجه به معیار غربالگری در مرحله سوم، یعنی حذف مقاله با بررسی متن کامل مقاله‌ها، با توجه به معیارهای خروج، منابعی که کار آزمایشی انجام نداده بودند، منابعی که صرفاً آموزشی و مفهومی بودند و بر اساس بازاریابی اجتماعی نبودند، حذف شدند. از بین ۱۰۲ مطالعه باقی‌مانده، ۹ مقاله مرتبط با موضوع و هدف پژوهش حاضر شناسایی و وارد مرحله مطالعه شدند. شکل ۳-۱ جزئیات این فرآیند را نشان می‌دهد.

۱. Grey literature

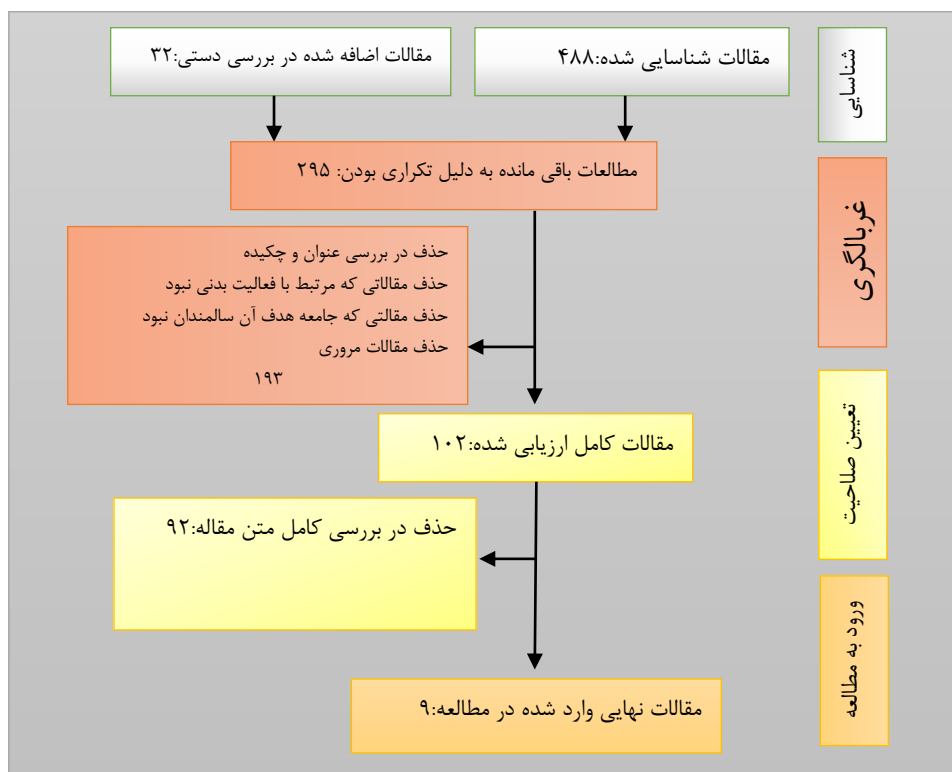
۲. Preferred Reporting Items Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)

۳. Quality Of Reporting Of Meta-analyses (QOROM)

۴. Moher, Cook, Eastwood, Olkin & Rennie

۵. Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, Antes, Atkins, Barbour, Barrowman & Berlin

۶. Endnote



شکل ۳-۳: فرآیند بررسی و انتخاب منابع در طول مرور نظاممند

جدول ۱-۳: تعداد منابع بازبینی شده طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹

سال	تعداد
۲۰۰۰-۲۰۰۵	۱
۲۰۰۶-۲۰۱۲	۵
۲۰۱۳-۲۰۱۹	۳

تمام منابع منتخب در این بخش کار مداخله‌ای انجام داده بودند و به منظور ارزیابی مداخلات، آن‌ها، با معیار سنجش بازاریابی اجتماعی اندریسن (۲۰۰۲) بررسی گردید. اندریسن (۲۰۰۲) برای موفقیت بازاریابی اجتماعی معیارهایی را معرفی کرده است که از آن در بسیاری از تحقیقات به‌منظور ارزیابی مداخلات بازاریابی اجتماعی استفاده شده است. اولین معیار، اهداف رفتاری^۱ است؛ یعنی بازاریابی اجتماعی علاوه بر آگاهی و نگرش، بر رفتار نیز اثرگذار باشد. دومین معیار تبادل^۲ است. معیار

1. Behavioral Objective
2. Exchange

سوم دسته‌بندی مخاطب^۱ است. پژوهش‌های کاربردی^۲ چهارمین معیار و توجه به اصل رقابت^۳ و درک رفتار بازار هدف، پنجمین معیار است. تمرکز بر اجزای آمیخته بازاریابی^۴ به عنوان معیار ششم مطرح است. نتایج حاصل از ارزیابی در فصل ۴ ارائه گردیده است.

۳-۴ فراترکیب

یکی از روش‌هایی که به منظور بررسی، ترکیب و آسیب شناسی تحقیق‌های گذشته در چند سال گذشته معرفی شده است، "فرامطالعه"^۵ است. فرامطالعه شامل "فرانظریه"^۶، "فراروش"^۷، "فراترکیب"^۸ و "فراتحلیل"^۹ است (بنچ و دی^{۱۰}، ۲۰۱۰). اگر فرامطالعه به صورت کیفی و بر روی مفاهیم و نتایج مورد استفاده در مطالعه‌های گذشته و با شیوه کدگذاری متداول در تحقیق‌های کیفی مانند نظریه داده بنیاد انجام شود به نام فراترکیب شناخته می‌شود (خنifer و همکاران، ۱۳۹۶). فراترکیب مشابه فراتحلیل برای یکپارچه‌سازی چندین مطالعه به منظور ایجاد یافته‌های جامع و تفسیری صورت می‌گیرد (بک^{۱۱}، ۲۰۰۲).

فراترکیب در مقایسه با فراتحلیل کمی، که بر داده‌های کمی ادبیات موضوع و رویکردهای آماری تکیه دارد، متمرکز بر مطالعات کیفی است و به بررسی دقیق و فهم عمیق محقق برمی‌گردد. به عبارت دیگر، فراترکیب، ترکیب تفسیرهای داده‌های اصلی مطالعات منتخب است (زیمر^{۱۱}، ۲۰۰۶). محقق در روش فراترکیب، اطلاعات و یافته‌های استخراج شده از مطالعات دیگر با موضوع مرتبط و مشابه را بررسی نموده و در نتیجه نمونه مورد نظر از مطالعات منتخب را بر اساس ارتباط آن‌ها با سوال تحقیق ارائه می‌کند. در این روش، متن تحقیق‌های گذشته می‌تواند به عنوان داده‌هایی برای تحقیق آتی مورد استفاده قرار گیرد که دقیقاً مانند متن مصاحبه، مستند شده است (خنifer و همکاران، ۱۳۹۶). نمونه مورد نظر برای فراترکیب از مطالعات منتخب و بر اساس ارتباط آن‌ها با پرسش پژوهش تشکیل می‌شود.

1. Audience segmentation

۲. Formative Research

3. Competition

4. Marketing Mix

۵. Meta-Study

۶. Meta-Theory

۷. Meta-Method

۸. Meta-Analysis

۹. Bench & Day

10. Beck

۱۱. Zimmer

از دیدگاه سایر محققان، فراترکیب با فراهم کردن نگرش نظامند برای محققان از راه ترکیب تحقیق‌های کیفی مختلف، موضوعات و استعاره‌های جدید و اساسی را کشف می‌کند و با این روش دانش جاری را ارتقاء می‌دهد و دیدی جامع و گسترده را در زمینه مسائل پدید می‌آورد. فراترکیب مستلزم این است که محقق یک بازنگری دقیق و عمیق انجام دهد و یافته‌های تحقیق‌های کیفی مرتبط را ترکیب کند (سندلوسکی و باروسو^۱، ۲۰۰۷).

سندلوسکی و باروسو و ویلز الگوی هفت مرحله‌ای را به این منظور ارائه داده‌اند (سندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش حاضر نیز بر این اساس صورت گرفته است.



شکل ۳-۱: مراحل هفت‌گانه پژوهش (سندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۷)

۳-۴-۱ گام اول: تنظیم اهداف تحقیق

اولین مرحله در روش فراترکیب، تعیین اهداف تحقیق است. پس از تعیین اهداف، باید پارامترهای تحقیق شامل: چه چیزی، چه کسی، چه وقت و چگونگی تنظیم شوند. سؤال محقق: عوامل مؤثر در بازاریابی اجتماعی فعالیت بدنی سالمندان چیست؟ چه کسی: بیانگر جامعه مورد مطالعه است. در این تحقیق، اسناد (کتاب، مقالات، رساله‌ها، صفحات وب و...) مربوط به موضوع تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. چه وقت: چارچوب زمانی تحقیق را مشخص می‌سازد. در این تحقیق، اسناد مختلف بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ مورد مطالعه قرار گرفت. چگونگی: روش انجام تحقیق است. در این تحقیق از رویکرد فراترکیب و روش ۷ مرحله‌ای سندلوسکی و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شده است.

۳-۴-۲ گام دوم: بررسی نظامند متون

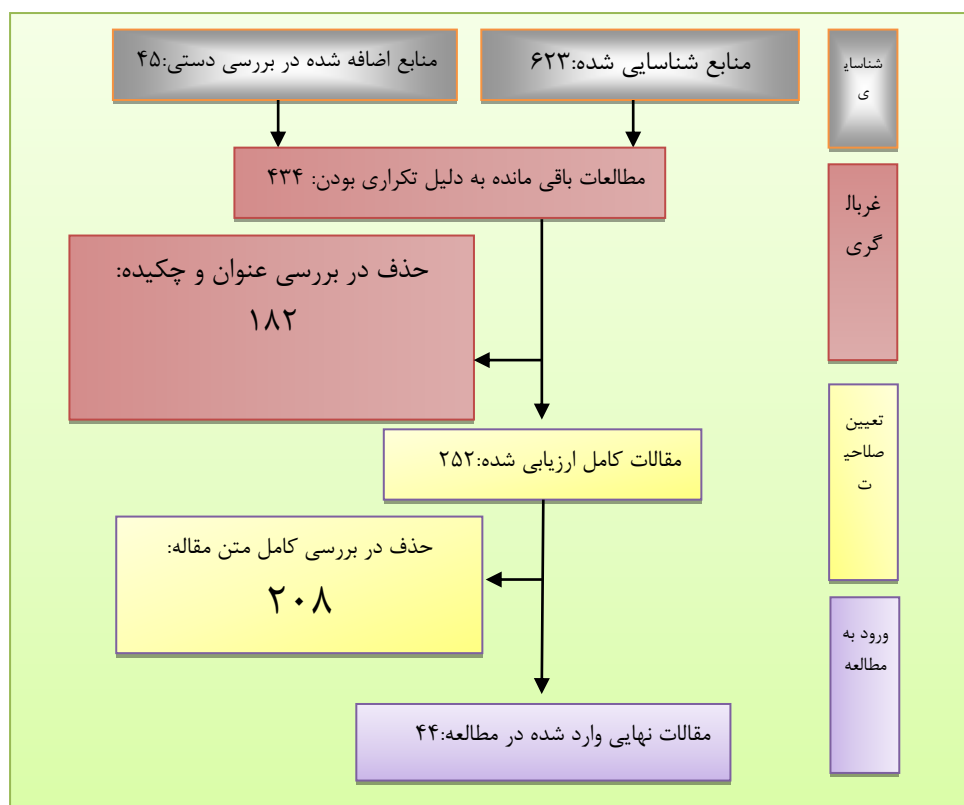
در این مرحله پژوهشگر به جستجوی نظامند منابع منتشر شده در پایگاه‌های علمی مختلف و معتبر داخلی و خارجی مرتبط با بازاریابی اجتماعی، فعالیت بدنی سالمندان و تغییر رفتار در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ پرداخته است. به منظور یافتن منابع فارسی جستجوی اینترنتی در پایگاه‌های داخلی: جویشگر علمی فارسی علم نت (Elmnet)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (Irandoct) و پایگاه ناشر تخصصی کنفرانس‌های ایران (civilica)

۱. Sandelowski, Barroso & Voils

صورت گرفت. در مورد منابع خارجی پایگاه‌های (Medline, Science Direct, Scholar Google, Web of Science, ProQuest, Emerald) مورد بررسی قرار گرفتند. واژه‌های کلیدی از جمله بازاریابی اجتماعی، فعالیت بدنی سالمندان، سلامت سالمندان، تغییر رفتار، سطح بازاریابی اجتماعی، کمپین بازاریابی اجتماعی، مدل‌های بازاریابی اجتماعی، مراحل بازاریابی اجتماعی و برای جستجو در مرحله اول استفاده شد. بعد از کدگذاری، کلیدواژه‌های جدید یافت شده و مجدد وارد مراحل غربالگری می‌شد. در نتیجه جست‌وجو و بررسی پایگاه‌های داده، نشریه‌ها و موتورهای جست‌وجوی مختلف و با استفاده از کلیدواژه‌های مد نظر، ۶۶۸ منبع علمی یافت شد.

۳-۴-۳ گام سوم: جست‌وجو و بررسی منابع مرتبط

در فرآیند جست‌وجو، پژوهشگر پارامترهای مختلفی مانند: «عنوان، چکیده، کیفیت محتوا و دسترسی» را در نظر گرفته و منابعی که به سؤال و هدف پژوهش تناسبی ندارد، حذف می‌کند. ابتدا مقالات بازاریابی شده در نرم‌افزار اندنوت قرار گرفت. مقالات تکراری و مشترک حذف و ۴۳۴ مطالعه وارد مرحله دوم غربالگری شد. معیار غربالگری در این مرحله ارتباط با موضوع مطالعه (عنوان، چکیده) و حذف مقالات غیر مرتبط، بود که ۲۵۲ مطالعه باقی ماند. با توجه به معیار غربالگری در مرحله سوم، یعنی حذف مقاله با بررسی متن کامل مقاله‌ها، به علت ناکافی و نامناسب بودن اطلاعات و کیفیت پایین مقاله‌ها در نهایت، از بین ۲۵۲ مطالعه باقی‌مانده، ۴۴ مقاله مرتبط با موضوع و هدف پژوهش حاضر شناسایی و وارد مرحله مطالعه شدند. شکل ۳-۳ جزئیات این فرآیند را بر اساس مدل پریزما (موهر و همکاران ۲۰۰۹) نشان می‌دهد.



شکل ۳-۲: فرآیند انتخاب اسناد- فلوچارت PRISMA (موهر و همکاران، ۲۰۰۹)

۳-۴-۴ گام چهارم: استخراج اطلاعات منابع

در سراسر فراترکیب پژوهشگر به‌طور پیوسته مقالات منتخب و نهایی شده را به‌منظور دستیابی به یافته‌های درون محتواهای مجزایی که در آن‌ها مطالعات اصلی و اولیه انجام شده‌اند، چند بار مطالعه نموده است. در پژوهش حاضر پژوهشگر کدهای شناسایی شده را بر اساس مراجع یافت شده و نام نویسندگان، سال انتشار مقاله در جدولی ارائه نموده و در اختیار خبرگان قرار داده است.

۳-۴-۵ گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی

هدف فراترکیب ایجاد تفسیر یکپارچه و جدید از یافته‌ها است. این متدلوژی جهت شفاف‌سازی مفاهیم و الگوها، نتایج در پالایش حالت‌های موجود دانش و ظهور مدل‌های عملیاتی و نظریه‌های پذیرفته شده است. در طول تجزیه و تحلیل موضوع‌ها یا تم‌هایی را جستجو می‌کند که در میان مطالعات موجود در فراترکیب پایدار شده‌اند. سندلوسکی و همکاران (۲۰۰۷) این مورد را «بررسی

موضوعی» می‌نامند (سندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۷). بدین‌صورت که پژوهشگر ابتدا تمام عوامل استخراج شده از مطالعات را کد در نظر می‌گیرد و سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، آن‌ها را در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی می‌کند. به این صورت پژوهشگر تم‌ها یا موضوعاتی (مفاهیم) را شکل می‌دهد و یک طبقه‌بندی را ایجاد می‌کند و طبقه‌بندی مشابه مربوطه را در موضوعی قرار می‌دهد که آن را به بهترین نحو توصیف می‌کند. کدگذاری به شکل قیاسی- استقرایی انجام شد. بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی سالمندان جزئی از بازاریابی اجتماعی به عنوان کل در نظر گرفته شده است. در نتیجه در فرایند کدگذاری و رسیدن به مقولات اصول حاکم بر بازاریابی اجتماعی در نظر گرفته شده است؛ اما با توجه به ماهیت پژوهش که هدف آن کنار هم گزاردن، شکستن و بررسی یافته‌ها به منظور کشف خصوصیات و اجزای اساسی یک پدیده است، سعی شد با نگاهی بیطرفانه به کشف روابط پرداخته شود. تم‌ها اساس و پایه‌ای را برای ایجاد توضیحات و مدل‌ها، تئوری‌ها یا فرضیه‌های کاری ارائه می‌دهند. در پژوهش حاضر، ابتدا تمام عوامل استخراج شده از مطالعات، به‌عنوان کد در نظر گرفته شد. سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها، آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند. به‌این‌ترتیب مفاهیم (تم‌های) پژوهش شکل داده شد.

۳-۴-۶ گام ششم: کنترل کیفیت

روایی در فراترکیب به دنبال این است که آیا نتایج و یافته‌ها در راستای اهداف پژوهش هست یا خیر. بدین منظور از نظر دو نفر از متخصصان آشنا به حوزه پژوهش استفاده شده است. بدین صورت که نتایج حاصل از کدگذاری باز، تم‌ها و مقولات در اختیار آن‌ها قرار داده شد و با اعمال نظرهای اصلاحی و تکمیلی روایی پژوهش تأیید شد. به علاوه، در پژوهش حاضر، به منظور افزایش روایی موارد دیگر نیز در نظر گرفته شد.

۱. استفاده از منابع معتبر و مختلف برای جمع آوری داده‌ها

۲. دوره طولانی برای جمع آوری داده‌ها (۱۲ ماه) و مشاهدات مکرر

برای ارزیابی پایایی درونی^۱ در این پژوهش از شاخص کاپا^۲ استفاده شد. بدین منظور از مقایسه نظر پژوهشگر با یک خبره برای کنترل مفاهیم استخراجی استفاده می‌شود. ۵ مورد از منابعی که وارد مطالعه شده بودند و معرف نمونه‌ها بودند در اختیار کدگذار دوم قرار داده شد. نتایج وارد SPSS و ضریب کاپا اندازه‌گیری شد. از نظر لاندیس و کخ^۳ (۱۹۷۷)، اگر مقدار شاخص کاپا بیش از ۰/۶ باشد، نشان‌دهنده میزان قابل قبولی از پایایی درونی است (لاندیس و کخ، ۱۹۷۷، ۳۷۲). در این پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۰۱ این مقدار ۰/۶۷۴ به‌دست‌آمده است. در نتیجه استخراج کدها پایایی مناسبی داشته است.

1. Interior reliability

2. Kappa

3. Landis & Koch

فصل ۴ : یافته‌های پژوهش

۴-۱ مقدمه

در این فصل یافته‌های پژوهش گزارش می‌شود. ابتدا نتایج حاصل از مرور نظامند و در بخش بعدی یافته‌های حاصل از فراترکیب ارائه شده است.

۴-۲ یافته‌ها

جدول ۴-۱ نتایج مربوط به ارزیابی ۶ معیار اندریسن (۲۰۰۲) که در پژوهش‌های این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند را نشان می‌دهد. هیچ‌کدام از مداخلات ۶ معیار را باهم مدنظر قرار نداده بودند. در تحقیقات دیگاسپی و همکاران (۲۰۱۴) و ماتسودو و همکاران (۲۰۰۲)، ۵ مورد از معیارهای بازاریابی اجتماعی را در مداخلات رعایت کرده بودند که به تفکیک بر اساس معیارهای سنجش بازاریابی اجتماعی اندریسن (۲۰۰۲) گزارش شده است.

اهداف رفتاری: تمام مداخلات مورد بررسی در این پژوهش اهداف رفتاری مشخص را بیان کرده بودند و برخی از آن‌ها نتایج مثبت تغییر رفتار را گزارش کردند. برای مثال سه مورد از پژوهش‌ها حداقل ۳۰ دقیقه روزانه را به‌عنوان هدف رفتاری مشخص کرده بودند (ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲ و راسل و اکلند، ۲۰۰۷).

تفکیک: در پژوهش کامادا و همکاران (۲۰۱۳) دو گروه از زنان ۶۰-۷۹ ساله را هدف قرارداد و انواع مختلف فعالیت بدنی متناسب با نیازها و توانایی‌های هر گروه را ارائه داد. برنامه اول شامل زنانی بود که علاقه به فعالیت بدنی داشتند اما به مقدار لازم درگیر فعالیت پیاده‌روی منظم نبودند و کمردرد و زانودرد داشتند. گروه دوم شامل زنانی بودند که فعالیت‌های انعطاف‌پذیری و قدرتی را به‌صورت روزانه و گهگاهی انجام می‌دادند و این گروه هم کمردرد و زانودرد داشتند. در مطالعه دیگر (ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲) یک مداخله چند سطحی بود که ساکنین ایالت سائوپائولو در برزیل را هدف قرار داده بود که سالمندان بالای ۶۰ سال، کارگران و دانشجویان نیز بخشی از جامعه مورد مداخله بودند. این مداخله، برنامه و مطالب را به‌طور خاص برای هر گروه در نظر داشت. مداخله نهایی که استفاده از تفکیک را گزارش داده است با تبلیغات رسانه‌ای توسط هنرمندان آفریقایی-آمریکایی برای جذب جامعه اقلیت منطقه برنامه‌ای را طراحی کرده بود (راجرنش و همکاران، ۲۰۰۶). دو مداخله آخر (راجرنش و همکاران، ۲۰۰۶ و ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲) نتایج رفتاری مثبت را گزارش داده بودند.

پژوهش تکوینی: تمام پژوهش‌های بررسی شده انجام پژوهش تکوینی را گزارش دادند. متداول‌ترین روش برای پژوهش تکوینی استفاده از “گروه‌های کانونی” بود. همین‌طور از تحقیقات ثانویه، مشاهده، مصاحبه، طرح آزمایشی در مداخلات استفاده شده بود. به‌عنوان مثال در یکی از پژوهش‌ها مصاحبه گروهی با ذینفعان، مصاحبه کلیدی آگاهی‌دهنده و گروه‌های کانونی با افراد بالای ۶۰ سال در کلیسا استفاده کردند (دیگاسپی و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش دیگر گروه کانونی را با ۳۰ نفر از افرادی که پیاده‌روی منظم دارند و همین‌طور با ۳۴ نفر از افرادی که فعالیت بدنی منظم ندارند به‌منظور اطلاع از باورهایشان نسبت به پیاده‌روی منظم با شدت متوسط انجام داد (راجر-نش و همکاران، ۲۰۰۶). از آموزه‌های دینی در مورد فعالیت بدنی و سلامت و همین‌طور سخنرانی مراجع مذهبی نیز استفاده شده است (اسحاقی و همکاران، ۱۳۸۹).

جدول ۴-۱: ارزیابی استفاده از معیارهای سنجش مداخلات بازاریابی اجتماعی

پژوهش	جامعه	تعداد معیارهای استفاده شده	اهداف رفتاری	تفکیک مخاطب	پژوهش تکوینی	مبادله	آمیخته بازاریابی	رقابت
ماتسودو و همکاران (۲۰۰۲)	۳۴ میلیون ساکن سائوپائولو	۵	✓ تغییرات مثبت رفتاری	✓	✓	----	✓ ۳	✓
کامادا و همکاران (۲۰۱۳)	بزرگسالان (۴۰-۷۹ سال)	۵	✓ بدون تغییر رفتار مثبت	✓	✓	✓	✓ ۴	----
دیگاسپی و همکاران (۲۰۱۴)	سالمندان بالاتر از ۶۰ سال	۵	✓ بدون تغییر رفتار مثبت	-----	✓	✓	✓ ۴	✓
تان و همکاران (۲۰۱۰)	سالمندان بالاتر از ۶۰ سال	۴	✓ تغییر رفتار	----	✓	✓	✓ ۴	----

					مثبت			
✓	✓ ۳	----	✓	----	✓ تغییر رفتار مثبت	۴	سالمندان بالتر از ۶۰ سال	راسل و اکلند (۲۰۰۷)
----	✓	----	✓	----	✓ بدون تغییر رفتار مثبت	۳	سالمندان	اسحاقی و همکاران (۱۳۸۹)
✓	✓ ۴	----	✓	----	✓ تغییر رفتار مثبت	۵	سالمندان بالتر از ۶۰ سال	پاتریک وان و همکاران (۲۰۱۹)
----	۴	----	✓	----	✓ بدون تغییر رفتار مثبت	۳	بزرگسالان ۳۰-۶۰ سال با دو نوع دیابت	ریچارد و همکاران (۲۰۰۷)
✓	۱	----	✓	✓	✓ تغییر رفتار مثبت	۴	بزرگسالان ۴۰-۶۵ سال	راجر نش و همکاران (۲۰۰۶)

مبادله: در این بررسی، سه مداخله شامل شواهد روشن مبادله‌ای بودند، شرکت‌کنندگان ۲۰ دلار برای شرکت در کلاس‌های تعادل پرداخت کردند (ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲) یا برای شرکت‌کنندگان در فعالیت‌های هوایی، انعطاف‌پذیری و قدرتی، فیلم و DVD ارائه شد (پاتریک وان و همکاران، ۲۰۱۹). گام شمار به شرکت‌کنندگان فروخته یا اجاره داده می‌شد و تجهیزات برای فعالیت جهت اجاره در دسترس بود (ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش دیگر شرکت‌کنندگان به‌طور متوسط ۲۲ ساعت در هفته فعالیت داوطلبانه داشتند و برای ۱۵ ساعت در هفته کمک‌هزینه (۱۵۰ تا ۲۰۰

دلار آمریکا در ماه) دریافت کردند. داوطلبان ملزم به انجام فعالیت‌های جسمی، اجتماعی و شناختی بودند(تان و همکاران، ۲۰۱۰). شرکت در برنامه ExerStart و انجام تمرینات ۴ گانه مربوط به استقلال سالمندان نیز در یکی از پژوهش‌ها صورت گرفت(وان ایچ و همکاران، ۲۰۱۹).

رقابت: طبق نتایج بدست آمده ۵ مداخله، برای دستیابی به رفتار هدف رقابت کردند. سه مداخله سایر سازمان‌ها و کمپین‌ها را به عنوان رقیب عنوان کرده، یک مداخله(دیگاسپی و همکاران، ۲۰۱۴) سایر امکانات تفریحی و برنامه‌های ورزشی را به عنوان رقیب ارائه می‌دهد و یک مداخله(وان ایچ و همکاران، ۲۰۱۹) ارزان بودن برنامه خود را به عنوان رقیب سایر برنامه‌ها عنوان کرد.

آمیخته بازاریابی: در تحقیق حاضر تمام مداخلات از عنصر ترویج آمیخته بازاریابی استفاده کرده‌اند. در بیشتر مداخلات تمام ۴ عنصر آمیخته بازاریابی به‌کاربرده شده است. در زیر یافته‌های مربوط به هر جزء آورده شده است.

محصول: اغلب مداخلات بررسی‌شده در این پژوهش ارائه محصول داشتند که بیشتر آن ناملموس بود همچون رویدادها (ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲) برنامه‌های آموزش (کامادا و همکاران، ۲۰۱۳ و راسل و اکلند و همکاران، ۲۰۰۷)، برنامه داوطلبی و فعالیت بدنی(تان و همکاران، ۲۰۱۰)، شرکت در کلاس‌های تعادل(دیگاسپی و همکاران، ۲۰۱۴) و شرکت در برنامه ExerStart (وان ایچ و همکاران، ۲۰۱۹) برخی از مداخلات محصول ملموس را ارائه دادند مثل گام شمار، نوار ویدئویی، فیلم آموزشی حرکات قدرتی، انعطاف‌پذیری(کامادا و همکاران، ۲۰۱۳) و نقشه مسیرهای پیاده‌روی (ریچرت و همکاران، ۲۰۰۷).

ترویج: برنامه‌های تبلیغاتی مربوط به ترویج فعالیت بدنی در تمام مداخلات مشاهده شد. مداخلات بازاریابی اجتماعی از طیف گسترده‌ای از ابزارهای تبلیغاتی به‌منظور افزایش آگاهی و ترویج فعالیت‌های مربوط به رفتار هدف استفاده کرده‌اند. متداول‌ترین ابزارهای چاپی شامل پوستر، برشور، خبرنامه‌ها و پمفلت^۱ های آموزشی بود یا استفاده از رسانه‌های جمعی مثل تلویزیون، رادیو و روزنامه‌ها بود. همین‌طور برخی مداخلات وبسایت ایجاد کردند و برخی نیز از تبلیغات دهان‌به‌دهان استفاده کردند. در یکی از پژوهش‌ها (راجر- نش و همکاران، ۲۰۰۶) از بین ۴ عنصر آمیخته بازاریابی تنها از عنصر ترویج در مداخلات استفاده کرده بود که به گفته محققان می‌تواند در دسته تبلیغات اجتماعی^۲ دسته‌بندی شود(کارین و همکاران، ۲۰۱۴).

مکان: بیشتر مداخلات دارای چندین مکان بودند و به این صورت محصول برای تغییر رفتار در دسترس بود. مکان‌های متداول شامل محل کار و مکان‌های مذهبی مثل کلیسا و مسجد بود(اسحاقی

۱. پمفلت (pamphlet) نوعی رسانه‌ی آموزشی است که در ابعاد کاغذ A4 تهیه می‌شود. به طور معمول پمفلت به سه قسمت تقسیم می‌گردد. این رسانه می‌تواند آموزشی، هشدار دهنده و یا تبلیغاتی باشد.

و همکاران، ۱۳۸۹؛ ریچرت و همکاران، ۲۰۰۷؛ ماتسودو و همکاران، ۲۰۰۲؛ ریچرت و همکاران، ۲۰۰۷).

قیمت: وام و کمک‌هزینه برای تهیه گام شمار و خرید فیلم برای قیمت بیان شده است (کامادا و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش دیگر هزینه ۲۰ دلاری به‌عنوان هزینه شرکت در کلاس‌های تعادل عنوان شد (دیگاسپی و همکاران، ۲۰۱۴). گروهی هزینه‌هایی مربوط به کارهای داوطلبی را پرداخت می‌کردند (تان و همکاران، ۲۰۱۰). اما در پژوهش ریچرت و همکاران، ۲۰۰۷ زمان به عنوان قیمت در انجام رفتار موردنظر بیان شده است. در مداخلات هزینه‌های روانی و زمان ذکر نشده و بیشتر هزینه‌های مالی را عنوان کرده‌اند.

جدول ۴-۲: آمیخته بازاریابی اجتماعی

پژوهش	محصول	ترویج	مکان	قیمت
ماتسودو و همکاران (۲۰۰)	۳۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط هرروز،	مواد آموزشی (کتاب راهنما، آگهی، برچسب، سخنرانی، پمفلت، پوستر، ارائه گزارش از تلویزیون، رادیو، تبلیغات در استادیوم‌ها، مترو، ایستگاه‌های اتوبوس، کتابچه‌های آموزشی و اطلاعات عمومی	منزل، محل کار، پارک‌ها	----
کامادا و همکاران (۲۰۱۳)	شرکت در برنامه آموزش سلامت، رویدادهای ورزشی و جشنواره‌ها، پیاده‌روی ایمن، خرید گام شمار، خرید سی دی‌های آموزش حرکات قدرتی و انعطاف‌پذیری	اعلامیه، نشریه‌ها، خبرنامه‌های کمپین‌ها، پوستر، پخش صوتی محلی، تشویق در معاینات پزشکی،	منزل، خیابان، کلینیک، محل‌های تجمع،	وام / کمک‌هزینه خرید گام شمار
دیگاسپی و همکاران (۲۰۱۴)	شرکت در کلاس‌های تعادل در کلیسا به‌منظور پیشگیری از افتادن	پوستر، بروشور، آگهی‌های تبلیغاتی، کوپن‌ها، کلیسا، اطلاعیه‌های منبر	کلیساها	۲۰ دلار

		و بازاریابی از فردبهفرد، کاتالوگ دوره‌ها، فیلم نمایشی کلاس، آگهی‌ها و وبسایت‌ها		
هزینه‌های مرتبط با کارهای داوطلبانه	مدارس ابتدایی	تبلیغات دهانی، بولتن‌های کلیسا، ارسال پست الکترونیکی، تبلیغات رادیویی، روزنامه، تلویزیون	حداقل ۱۵ ساعت در هفته داوطلبانه در فعالیت‌های فیزیکی، اجتماعی، شناختی شرکت کند. ۲۰۰-۱۵۰ دلار به‌عنوان انگیزه برای مخارج شرکت	تان و همکاران (۲۰۱۰)
گزارش نشده است	مکان‌های تجمع غذا	خبرنامه، بازی، نمونه مواد غذایی	شرکت در برنامه آموزشی کم‌هزینه و حرفه‌ای تغذیه	راسل و اکلند (۲۰۰۶)
----	مسجد	دو جلسه آموزشی + آموزه‌های دینی در مورد فعالیت بدنی، بحث گروهی، سخنرانی		اسحاقی و همکاران (۱۳۸۹)
----	پارک - محله - مکان‌های تجمع	۸ ساعت برنامه آموزشی - ۱۵۰ تا ۲۰۰ دلار به سالمندان که به‌عنوان مربی کار می‌کنند - تبلیغات دهان‌به‌دهان - DVD آموزشی	شرکت در برنامه Exer Start - استقلال سالمندان - کاهش هزینه بهداشت	پاتریک وان و همکاران ۲۰۱۹
زمان	مکان‌های کاری، توجه به زیرساخت‌های بهداشتی، توجه به ملاحظات اجتماعی در	سایت‌ها، تبلیغات دهانی، روزنامه‌های محلی	نقشه پیاده‌روی در فضای باز	ریچارد و همکاران ۲۰۰۷

	مکان‌یابی			
-----	-----	تبلیغات از طریق رسانه‌های جمعی شامل تلویزیون، رادیو، روزنامه، آموزش از طریق رسانه، روابط رسانه‌ای	-----	راجر نش و همکاران (۲۰۰۶)

۳-۴ نتایج بخش فراترکیب

در پژوهش حاضر، ابتدا تمام عوامل استخراج‌شده از مطالعات، به‌عنوان کد در نظر گرفته شد. سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها، آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند. به‌این‌ترتیب مفاهیم (تم‌های) پژوهش شکل داده شد. نتایج حاصل از کدگذاری در جداول به تفکیک هر مقوله ارائه‌شده است.

جدول ۳-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله مخاطب محوری

مقوله: مخاطب محوری		
کد	تم	منبع
ارائه فیلم آموزشی	آگاهی بخشی	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، اسکات و هیگینز ۲۰۱۲
برنامه آموزش سلامت		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، پاتریک وان و همکاران ۲۰۱۹
بازخورد		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹
آموزش به خانواده		جورکش و همکاران، ۱۳۹۸، وندربیچ ۲۰۰۲، لاچمن و همکاران ۲۰۱۸
افزایش آگاهی و دانش مخاطب هدف		اورس و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، لیا و همکاران ۲۰۰۳، لی ۲۰۱۶
شناخت ویژگی‌های جمعیت شناختی	شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف	داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، نیکلز، ۲۰۰۴
شناخت ویژگی‌های		داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، نیکلز،

۲۰۰۴		جسمانی مخاطب هدف
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، نیکلز، ۲۰۰۴		شناخت ویژگی های قومی و فرهنگی
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹		مهارت و توانایی مخاطب هدف در انجام رفتار هدف
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، اندریسن ۲۰۰۲، ژیا و همکاران ۲۰۱۶		دانش مخاطب در مورد رفتار هدف
لیاس ۲۰۰۳، اندریسن ۲۰۰۲، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶		شناخت موانع درک شده
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، کی ۲۰۱۷، کوباکي و همکاران ۲۰۱۷		درک مخاطب هدف از رفتار جدید
دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لوکا و ساگ ۲۰۱۳، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶		استفاده از نظریه‌های علمی به منظور شناخت بهتر مخاطب
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، زارعی و همکاران ۱۳۹۵، راندل و همکاران، ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶	تفکیک مخاطب	ویژگی های روانشناختی
اورس و همکاران ۲۰۱۳، ماتسودو ۲۰۰۰ و همکاران، اندریسن ۲۰۰۲، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی، ۲۰۱۷، راجر نش و همکاران ۲۰۰۵، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، لی و کاتلر ۲۰۰۸		ویژگی های جسمانی
ژیا و همکاران، ۲۰۱۶، هدلی و همکاران، ۲۰۰۹، کامادا و همکاران، ۲۰۱۳		ویژگی های فرهنگی
کامادا و همکاران ۲۰۱۳، ریچارد و همکاران ۲۰۰۷، ططری و همکاران ۱۳۹۸، ماتسودو و همکاران ۲۰۰۰، ژیا و همکاران ۲۰۱۶	پژوهش تکوینی	بررسی نیازهای مخاطبان هدف
لی و کاتلر ۲۰۰۸، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی ۲۰۱۷، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، کوباکي و همکاران		خواسته‌های مخاطب هدف در ازای تغییر

رفتار		۲۰۱۷
شناخت ارزش‌های مخاطبان		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، اکلند و همکاران ۲۰۰۷ راجر نش و همکاران ۲۰۰۶
مصاحبه با جامعه هدف		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، کی ۲۰۱۷، نیکلز ۲۰۰۴، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، ژیا و همکاران ۲۰۱۶

تم‌های حاصل‌شده در مقوله مخاطب محوری^۱ شامل “آگاهی بخشی”، “شناخت ویژگی‌های مخاطب”، “تفکیک مخاطب” و “پژوهش تکوینی” است.

در تم آگاهی، راهبرها و اقدامات شامل “ارائه فیلم آموزشی”، “برنامه آموزش سلامت”، بازخورد، “آموزش به خانواده‌ها” به عنوان کسانی که ارتباط نزدیک با سالمندان دارند، مهم است و “افزایش دانش و آگاهی” که در بسیاری از مداخلات به عنوان محصول عنوان شده است اما بر اساس اصول بازاریابی اجتماعی برای جامعه هدفی که آگاه نیست می‌تواند در شروع تغییر رفتار مهم باشد.

“شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف” تم دیگری است که بر اساس آن راهبرها برای طراحی مداخلات بازاریابی اجتماعی شامل توجه به اینکه “مخاطب هدف دقیقاً چه کسانی هستند؟” ویژگی‌های جمعیت شناختی، ویژگی‌های قومی، ویژگی جسمانی بر این انتخاب مخاطب هدف تأثیرگذار است. با توجه به دقت برنامه‌های اجرای “مهارت و توانایی مخاطب هدف” برای انتخاب رفتار هدف بسیار مهم است. تعیین این ویژگی به بازاریاب اجتماعی کمک خواهد کرد تا نیاز به آموزش و سطح آموزش مهارت‌ها تعیین شود و با توجه به اینکه هدف انجام فعالیت بدنی است. سطح آمادگی جسمانی سالمند سنجده شود. “درک مخاطب هدف از رفتار جدید” اشاره به این موضوع دارد که درک سالمند نسبت به انجام فعالیت بدنی چگونه است؟ بر اساس پژوهش‌ها سالمندان ترس از آسیب، ترس از افتادن، عدم توانایی و ... مانع از درک درست رفتار جدید می‌شود و این به عنوان عاملی مهم در شناخت مخاطب هدف است. “استفاده از نظریه‌های علمی” در شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف عامل مهمی است به این دلیل که شناخت و پیش بینی رفتار انسان بسیار پیچیده است و برای تغییر رفتار باید ابتدا ویژگی‌های فرد را به درستی تبیین کرد.

“تفکیک مخاطب” یکی از عوامل مهم در بازاریابی اجتماعی شناخته شد. طراحی برنامه بازاریابی اجتماعی برای مخاطبی که بر اساس نگرش و رفتار و ویژگی روانشناختی همگن شده است در موفقیت آن بسیار تأثیرگذار است.

“پژوهش تکوینی” در بازاریابی اجتماعی به دنبال این است که “نیازهای مخاطب” برای شروع رفتار جدید چیست؟ “خواسته” مخاطب بر اساس اصول بازاریابی به عنوان موضوعی مهم مطرح است و اگر برنامه‌های اجرایی بر اساس “ارزش” های مخاطب هدف با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی برگزار گردد، می‌توان گفت در راستای تغییر رفتار گام مهمی برداشته شده است.

جدول ۴-۴: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله هدف رفتاری

مقوله: هدف رفتاری		
کد	تم	منبع
اهداف رفتار قابل‌دستیابی باشد	ویژگی اهداف رفتاری	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶
اهداف رفتاری واقع‌بینانه باشد		کاماد و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، میدل ویرد ۲۰۱۴
اهداف رفتاری قابل‌اندازه‌گیری باشد		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی ۲۰۱۷
هدف رفتاری که دقیقاً مخاطب هدف را مورد هدف قرار دهد		داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، اروین و همکاران ۲۰۰۹، کامادا و همکاران، ۲۰۱۳، ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷
پیامدهای انجام رفتار هدف مشخص شود	تبیین پیامدها	داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
رفتار هدف مورد پذیرش جامعه هدف باشد		مکنزی مور ۲۰۱۱، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶
مشخص کردن پیامدهای هدف رفتاری		اروین ۲۰۰۹، مکنزی مور ۲۰۱۱، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸
توصیف و شناسایی مزایای کمپین		داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶

با توجه به جدول مقوله "اهداف رفتاری"، تم‌ها شامل "ویژگی اهداف رفتاری" و "پیامد انجام رفتار هدف" است. اهداف رفتاری و تعیین درست آن، امکان ارزیابی برنامه در میزان دستیابی به رفتار هدف را فراهم می‌کند. در نتیجه بازاریاب اجتماعی در تعیین اهداف باید به "قابل دستیابی بودن"، "واقع بینانه بودن"، "قابل اندازه گیری بودن" و "متناسب بودن با مخاطب هدف" به عنوان "ویژگی‌های رفتار هدف" توجه داشته باشد. اما برای رعایت اصل مشتری مداری در بازاریابی "پیامدهای انجام رفتار هدف" را باید دقیق مشخص کرد و هدف از انتخاب آن را برای مخاطب مشخص کرد و البته "پذیرش" آن توسط جامعه هدف در تعیین رفتار هدف بسیار مهم است.

جدول ۴-۵: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله سطح بازاریابی اجتماعی

مقوله: سطح بازاریابی اجتماعی		
کد	تم	منبع
تأثیر خانواده بر جامعه هدف	سطح خرد	وود ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، وندربیچ ۲۰۰۲
تأثیر دوستان بر جامعه هدف		وود ۲۰۱۶، ططری و همکاران ۱۳۹۸، وندربیچ ۲۰۰۲، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
تأثیر کلاس بر جامعه هدف		وود ۲۰۱۶، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹
تأثیر کمپین‌های محلی	سطح میانه	مکنزی مور، ۲۰۱۱، ژیا و همکاران ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
رسانه‌های جمعی		وود ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷
راهبردهای حمایتی در سطح ملی و محلی (قانون‌گذاری)	سطح کلان	لیاس و همکاران ۲۰۰۳، نیکلز ۲۰۰۴، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
حمایت مدیران ارشد در سطح سازمانی از برنامه تغییر رفتار		زارعی و همکاران، ۱۳۹۵، کوباکی و همکاران، ۲۰۱۷
نقش سازمان‌های ذینفع در پایداری رفتار		لی و کاتلر ۲۰۰۸، ططری و همکاران ۱۳۹۸، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
موقعیت اجتماعی		ططری و همکاران ۱۳۹۸، وود ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶

نقش سیستم اقتصادی	وود ۲۰۱۶، لی ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
-------------------	--

در مقوله “سطح بازاریابی”، تم‌ها “سطح خرد”، “سطح میانه” و “سطح کلان” به دست آمد. مشخص کردن سطوح تأثیرگذاری در بازاریابی اجتماعی در طراحی برنامه، عاملی مهم است. “خانواده”، “دوستان” و “کلاس” جزء سطح خرد در بازاریابی اجتماعی شناخته شد. “رسانه” “کمپین‌های محلی” جزء سطح میانه شناخته شد و “حمایت‌های قانونی”، “مدیران ستادی”، “سازمان‌های ذینفع” و “سیستم اقتصادی” جزء سطح کلان شناخته شد. اجرای برنامه‌ها در سطوح صف زمانی کارآمد خواهد بود که برنامه ریزی، سیاستگذاری درست و حمایت‌های بخش ستاد را داشته باشد.

جدول ۴-۶: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله رقابت

مقوله: رقابت		
کد	تم	منبع
راهبردهای تشویقی	انگیزاننده‌ها	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران، ۲۰۱۶، برت و همکاران، ۲۰۰۸، لی و کاتلر ۲۰۰۸، لیا و همکاران، ۲۰۰۳
جذاب بودن برنامه		دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶،
سهل الوصول بودن و امکان ارائه در هر مکان		برت و همکاران ۲۰۰۸، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷،
ارائه طرح‌های خلاقانه		برت و همکاران ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶،
پاسخگویی به موقع به مخاطب هدف	مشتری مداری	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵،
ارائه خدمات بر اساس خواسته مخاطب		اورس ۲۰۱۳، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷،
توجه به علایق مخاطب		داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶،
خنثی کردن	بررسی	لی و کاتلر ۲۰۰۸، مکنزی مور ۲۰۱۱، کوباکی و همکاران

تهديد‌های خارجی (رقیبان)	رقیبان	۲۰۱۷
بالا بردن قیمت رقیبان		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، کی ۲۰۱۷، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶
شناخت رقیبان		ماتسودو و همکاران ۲۰۰۰، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
تخفیف مالی در ارائه خدمات		لی و کاتلر ۲۰۰۸، مکنزی مور ۲۰۱۱، ططری و همکاران ۱۳۹۸، کاماد و همکاران ۲۰۱۳، تان و همکاران ۲۰۱۰، راسل اکلد و همکاران ۲۰۰۷، لیا و همکاران ۲۰۰۳
ارائه یارانه	شکستن قیمت	دیگاسپی و همکاران، ۲۰۱۴، لی ۲۰۱۶، کوباک و همکاران ۲۰۱۷
کاهش قیمت تغییر رفتار		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، نیکلز ۲۰۰۴، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹

تم‌ها در مقوله “رقابت”^۱ شامل “انگیزاننده‌ها”، “مشتري مداری”، “بررسی رقیبان” و “شکستن قیمت” بدست آمد. “ویژگی برنامه” ارائه شده، “جذاب بودن” آن برای مخاطب هدف، و با استفاده از “راهبردهای تشویقی” می‌توان انگیزه را مخاطب هدف را برای شرکت در برنامه بازاریابی اجتماعی بالابرد و این به عنوان عاملی برای رقابت با رفتار رقیب شناسایی شد. “مشتري مداری” در بازاریابی اجتماعی یعنی “پاسخگویی به مخاطب”، “ارائه خدمات بر اساس خواسته او” و توجه به “علاق او” در زمان طراحی و اجرای برنامه است. اما بازاریاب اجتماعی باید “رقیبان” رفتار هدف را بشناسد، قیمت آن را برای مخاطب هدف بالا ببرد و با راهبردهای اجرایی تهدیدات آن‌ها را خنثی کند. “شکستن قیمت” نیز در مقوله رقابت بسیار تأثیرگذار است. کاهش هزینه‌های مربوط به استفاده از اماکن، قیمت گذاری محصول بر اساس ویژگی جامعه هدف برنامه ریزی شود و به شکلی باشد که برای آن جامعه مورد پذیرش باشد.

جدول ۴-۷: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله فرآیند

مقوله: فرآیند		
کد	تم	منبع

همکاری بین دستگاهی	سازماندهی	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی و کاتلر ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸
ایجاد انجمن صنفی جامع برای ارائه پشتیبانی		شپارد و همکاران ۲۰۰۳، لی ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
ایجاد مرکز برای انتشار مؤثر آموزش و ارائه برنامه بازاریابی		شپارد و همکاران ۲۰۰۳، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹
ایجاد مشاغل مرتبط با سالمندی		جورکش و همکاران ۱۳۹۸، لیا و همکاران ۲۰۰۳
توجه به منابع کمک‌کننده	غلبه بر موانع	داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، لی ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
توجه به راحتی مخاطب در دسترسی		داسیلوا و همکاران، ۲۰۱۶، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
توجه به امنیت		برت و همکاران ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
مناسب‌سازی فضا و تجهیزات		برت و همکاران ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، ططری و همکاران ۱۳۹۸
حمل‌ونقل مناسب		برت و همکاران ۲۰۰۸، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، ططری و همکاران ۱۳۹۸
کیفیت خدمات ارائه‌شده		زارعی و همکاران، ۱۳۹۵، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷
سیاست‌هایی که زمینه را برای تغییر رفتار آماده می‌کند	بررسی زمینه	کامر و همکاران ۲۰۱۶، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹
بررسی مشروعیت برگزاری پویش (قانونی بودن)		کامر و همکاران ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶
مشخص کردن ذینفعان		کامر و همکاران ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران

۲۰۱۷،		
کامر و همکاران ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶،		امکان‌سنجی برگزاری پویش
کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶،		بررسی تهدیدات خارجی
لی و کاتلر ۲۰۰۸، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹،		محدودیت مالی مشخص شود
لی و کاتلر ۲۰۰۸، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، ژیا و همکاران ۲۰۱۶،		مساله دقیق مشخص و تعریف شود
لی و کاتلر ۲۰۰۸، کی ۲۰۱۷، کوباکي و همکاران ۲۰۱۷،		اطلاعاتی که به توسعه برنامه کمک می‌کند
مکنزی مور ۲۰۱۱، کی ۲۰۱۷، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، ژیا و همکاران ۲۰۱۶،		انتخاب کم‌هزینه‌ترین روش برای تغییر رفتار
داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، انجمن بین‌المللی بازاریابی اجتماعی		توجه به هنجارهای اجتماعی درک شده توسط مخاطب هدف در طراحی برنامه‌ها

در مقوله “فرآیند”، تم‌ها “سازماندهی”، “غلبه بر موانع” و “بررسی زمینه” به دست آمد. توسعه فعالیت بدنی در بین سالمندان نیازمند افراد متخصص و آشنا به ویژگی‌های این جامعه است. در نتیجه ایجاد “مشاغل مرتبط با سالمندی” به عنوان عاملی شناخته شد که در فرآیند بازاریابی اجتماعی کمک کننده خواهد بود. “ایجاد انجمن‌های صنفی” برای پشتیبانی از فعالیت‌ها و ارائه خدمات در بخش عملیاتی نیاز است. اما بیشتر برنامه‌های بازاریابی اجتماعی به موفقیت نمی‌رسند مگر اینکه در فرآیند اجرایی کردن برنامه‌ها بر “موانع”ی که بازدارنده است، غلبه شود. “کیفیت خدمات ارائه شده”، “راحتی مخاطب در دسترسی”، ایجاد “امنیت” و “توجه به فضا و تجهیزات” از عوامل مهم در رفع موانع است.

برای اینکه بازاریابی اجتماعی به خوبی و با رویکرد مناسبی اجرا و پیاده سازی شود سازمانهای مرتبط باید از مناسب بودن یکسری شرایط اولیه و زمینه‌ای برای بازاریابی اطمینان حاصل کنند. در صورتی که سازمانها به این شرایط زمینه‌ای توجه کافی و وافی نداشته باشند کار بازاریابی با دشواری و مشکلاتی فراوانی روبرو می‌شود که ممکن است این کار مهم را ناقص و فلج کند. آیا “سیاست‌ها” زمینه را برای تغییر رفتار و اجرای برنامه فراهم می‌کند. اجرای برنامه‌ی بازاریابی اجتماعی معمولاً به صورت

کمپین‌هایی در سطوح مختلف محلی یا ملی برگزار می‌شود. جلب حمایت “قانونی” و “امکان سنجی” و مسائلی که اجرای برنامه‌ها را ممکن است دچار اختلال کند توسط تیم اجراکننده در نظر گرفته شود. مشخص کردن “ذینفعان” و “جذب اطلاعات” فرآیند اجرای برنامه را تسهیل می‌کند. در فرآیند اجرای برنامه‌ها توجه به “هنجارهای اجتماعی” بسیار مهم است.

جدول ۴-۸: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله ارتباطات

مقوله: ارتباطات		
کد	تم	منبع
رسانه چاپی	نوع رسانه	دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، کامادا و همکاران ۲۰۱۳، اورس ۲۰۱۳، احمدی و همکاران ۲۰۱۷، ماتسودو و همکاران ۲۰۰۰، کامادا و همکاران ۲۰۱۳، راجرنش و همکاران ۲۰۰۷، تان و همکاران ۲۰۱۰
رسانه جمعی		اروین و همکاران ۲۰۰۹، ماتسودو و همکاران ۲۰۰۰، تان و همکاران ۲۰۱۰، کوباکي و همکاران ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶، دال و همکاران ۲۰۱۳
شبکه‌های اجتماعی		کوباکي و همکاران ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶
سخنرانی		دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، کامادا و همکاران ۲۰۱۳
ارتباط شخصی	ارتباطات بین فردی	مکنزی مور ۲۰۱۱، کوباکي و همکاران ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵، دال و همکاران ۲۰۱۳
اهمیت افراد تاثیرگذار		احمدی و همکاران ۲۰۱۷، گرانکلی و راندل-تیل ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
تبلیغات دهان‌به‌دهان		اروین و همکاران ۲۰۰۹، تان و همکاران ۲۰۱۰، پاتریک وان ۲۰۱۹، ریچارد و همکاران ۲۰۰۷، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵، بیدنوگ و همکاران ۲۰۱۴
تبلیغ مزایای رفتار هدف (محصول)	متقاعدسازی مخاطب	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، اورس ۲۰۱۳، کوباکي و همکاران ۲۰۱۷، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵

افزایش کانال‌های دسترسی	هدف	دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، لی و کاتلر ۲۰۰۸، مکنزی مور ۲۰۱۱، داسیلوا و همکاران، ۲۰۱۶
تبلیغات محلی		کامادا و همکاران ۲۰۱۳، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹
برگزاری کمپین		دیگاسپی و همکاران ۲۰۱۴، برت و همکاران، ۲۰۰۸، کامادا و همکاران، ۲۰۱۳، اورس ۲۰۱۳، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
استفاده از افراد مشهور به‌عنوان پیام‌رسان		کامر و همکاران ۲۰۱۶، مکنزی مور ۲۰۱۱، ططری و همکاران ۱۳۹۸، کی ۲۰۱۷، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵
مشاوره مخاطب هدف		راینسون و لاچمن (۲۰۱۶)، قهرمانی و همکاران (۱۳۸۷)
اطلاع‌رسانی مخاطب هدف از مزایای تغییر رفتار	روابط عمومی	کامادا و همکاران ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، زارعی و همکاران ۱۳۹۵، برت و همکاران ۲۰۰۸
قابلیت رویت اجتماعی به رفتار بدهیم		مکنزی مور ۲۰۱۱، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، کوباک و همکاران ۲۰۱۷
برگزاری کمپین‌های ارتباطی و اطلاعاتی		اورس ۲۰۱۳، کامادا و همکاران ۲۰۱۳، کی ۲۰۱۷، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، کوباک و همکاران ۲۰۱۷

در مقوله "ارتباطات"، تم‌ها "نوع رسانه"، "ارتباطات بین فردی" و "متقاعدسازی" و "روابط عمومی" به دست آمد. پیام رسانی به مخاطب هدف را از راه‌های گوناگون صورت می‌گیرد استفاده از "رسانه‌های چاپی"، "رسانه‌های جمعی"، "رسانه‌های اجتماعی" و "سخنرانی" می‌تواند برای پیام رسانی به مخاطب هدف استفاده شود. گاهی محتوای پیام‌ها یادآوری کننده انجام رفتار هدف است. در نتیجه استفاده از رسانه‌ها با اهداف مختلف استفاده می‌شود. اما تأثیر ارتباطات نزدیک‌تر همچون فردی و بین فردی از جمله "ارتباط شخصی"، "تبلیغات دهان به دهان" و افرادی که به عنوان "مربی" با جامعه هدف در ارتباط هستند، بیشتر است. یکی از اهداف ارتباط با مخاطب هدف متقاعدسازی برای پذیرش رفتار جدید است. "تبلیغ" مزایای رفتار جدید، از طرف دیگر "افزایش کانال‌های دسترسی به مخاطب" به منظور ارتباط بیشتر با او، "برگزاری کمپین" های ارتباطی و "استفاده از افراد مشهور" به عنوان راهبرهایی که در متقاعد سازی مخاطب هدف شناسایی شد.

جدول ۴-۹: نتایج حاصل از کدگذاری مقوله رفتار پایدار

مقوله: رفتار پایدار

کد	تم	منبع
تعهد فرد به انجام رفتار هدف	ایجاد تعهد	داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، انجمن بین المللی بازاریابی اجتماعی ۲۰۱۷.
ارتباط مناسب و مستمر با جامعه هدف		مکنزی مور ۲۰۱۱، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷.
درگیر کردن فعالانه شخص		مکنزی مور ۲۰۱۱، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷.
گروه‌های مذهبی تعهد بالاتر است		مکنزی مور ۲۰۱۱، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵.
ایجاد هنجار		کامر ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵.
تمایل به ادامه رفتار جدید	تمایل رفتاری	زارعی و همکاران ۱۳۹۵، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹.
پیشنهاد به دیگران		زارعی و همکاران ۱۳۹۵، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷.
پیگیری توصیه‌ها		زارعی و همکاران ۱۳۹۵، ژیا و همکاران ۲۰۱۶.
نقش تغییرات ساختاری در تغییر رفتار		کامر ۲۰۱۶، فرنچ و گوردون ۲۰۱۹، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵.
پیامدهای جسمی و روانی فعالیت بدنی	سالمندی موفقیت‌آمیز	جورکش ۱۳۹۸، راندل تیل و همکاران، ۲۰۱۶، احمدی و همکاران ۲۰۱۷، اریکسون و همکاران ۲۰۱۷.
پیامدهای اجتماعی		ططری و همکاران، ۱۳۹۸، پاتریک وان و همکاران ۲۰۱۹، جورکش و همکاران ۱۳۹۸، زارعی و همکاران، ۱۳۹۵، هلنا و همکاران ۲۰۱۷.
توسعه روابط		پاتریک وان ۲۰۱۹، هلنا ۲۰۱۷، ططری و همکاران ۱۳۹۸، راندل تیل و همکاران ۲۰۱۶، احمدی و همکاران ۲۰۱۷، کوباکی و همکاران.

۲۰۱۷		
اریکسون و همکاران ۲۰۱۷، وندربیچ ۲۰۰۲، فرنج و گوردون ۲۰۱۹	در تغییر ارزش	عادت کردن به فعالیت بدنی تبدیل به ساختاری در زندگی فرد می‌شود
اریکسون و همکاران ۲۰۱۷، داسیلوا و همکاران ۲۰۱۶، کوباکی و همکاران ۲۰۱۷		دیدن منظم گروه دوستان برای فعالیت بدنی به فعالیتی روتین در زندگی تبدیل می‌شود
اریکسون و همکاران ۲۰۱۷، ژیا و همکاران ۲۰۱۶، راجرنش و همکاران، ۲۰۰۵		شکل‌گیری هویت فرد به‌عنوان ورزشکار
زارعی و همکاران ۱۳۹۵، جورکش ۱۳۹۸، فرنج و گوردون ۲۰۱۹		شکل‌گیری باور مخاطب به تغییر رفتار

تم‌ها در مقوله “رفتار پایدار”، “ایجاد تعهد”، “تمایل رفتاری”، “سالمندی موفقیت‌آمیز” و “تغییر در ارزش‌ها” به دست آمد. تغییر رفتار زمانی با ارزش است که باعث ایجاد رفتار پایدار در جامعه هدف شود. تمام سازوکارهای بازاریابی اجتماعی برای اهداف بلند مدت باید طراحی گردد. با ایجاد “تعهد” چه به صورت فردی که در ارتباطات با جامعه هدف می‌توان گرفت و چه به صورت اجتماعی که رفتار هدف به هنجاری ارزشمند در جامعه تبدیل شود می‌توان به رفتار پایدار رسید. راهبرهای دیگری که به تعهد می‌انجامد شامل “درگیری فعال” مخاطب هدف که کارهای داوطلبی نمونه آن می‌تواند باشد و استفاده از “گروه‌های مذهبی” با توجه به اینکه مساجد به عنوان مکانی مذهبی می‌باشد می‌تواند در ایجاد تعهد افراد به انجام رفتار هدف کمک کند. زمانی که مخاطب هدف کاملاً آگاه و متقاعد برای انجام رفتار هدف می‌شود “تمایل رفتاری” که خود را به شکل “پیگیری توصیه‌ها”، “پیشنهاد به دیگران” و اطمینان او از “ساختار”ی که از تغییر رفتار او حمایت می‌کند تمایل رفتاری او را باعث می‌شود. با درگیر شدن مخاطب هدف با رفتار جدید “عادت” های مثبت در زندگی او شکل می‌گیرد. اگر فعالیت بدنی به شکل گروهی انجام شود “دیدن دوستان” به ارزشی برای سالمند تبدیل می‌شود که احتمال ادامه رفتار هدف را ممکن می‌سازد. به دنبال آن “هویت” فرد به عنوان فردی ورزشکار و “باور” او به اینکه رفتار هدف سودمند است، ارزش‌های فرد شکل گرفته و احتمال ترک رفتار را کم می‌کند. پیامدهای ناشی از رفتار جدید نیز که به شکل “جسمانی و روانی”، “توسعه روابط” و اثرات آن در “اجتماع” نمایان می‌شود، نشان از این است که جامعه هدف فعال و پویا است.

۴-۳-۱ مدل نهایی

بر اساس مطالعه تحقیق‌های پیشین و کدهای استخراج‌شده از مرحله پنجم، مدل بازاریابی اجتماعی تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان ارائه شد.



شکل ۴-۱: مدل بازاریابی اجتماعی تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی سالمندان

فصل ۵ : بحث و نتیجه گیری

۵-۱ مقدمه

در این فصل به بحث در مورد یافته‌های پژوهش و مقایسه آن‌ها با یافته‌های پژوهش‌های مرتبط پرداخته می‌شود، در ادامه نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات اجرایی و پژوهشی حاصل از انجام پژوهش ارائه می‌گردند.

۵-۲ خلاصه پژوهش

بازاریابی اجتماعی بر استفاده از مفاهیم بازاریابی تجاری و کاربرد آن‌ها برای اهداف اجتماعی و تغییر رفتار داوطلبانه افراد به صورت غیرانتفاعی تأکید می‌کند. مهم‌ترین مسئولیت بازاریابان اجتماعی در حوزه سلامت، اطمینان از این است که آنچه که در نهایت در شکل مداخله بیان می‌شود، نیازها و خواسته‌های مرتبط با سلامت را در مشتری برآورده سازد (استوری و همکاران، ۲۰۰۸). عدم تحرک در میان سالمندان به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است و به یکی از نگرانی‌های اصلی در تحقیقات متمرکز بر سلامت و پیری تبدیل شده است (فوجی هیرو و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ میلیارد می‌رسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵).

هدف پژوهش حاضر، کارایی بازاریابی اجتماعی در تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان بود که به روش مرور نظامند صورت گرفت و در ادامه ارائه مدل بازاریابی اجتماعی برای ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان بود. مداخلات بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی سالمندان در میانه سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۰۰ بررسی شده است. پس از جستجوی پایگاه‌های علمی و غربالگری مقالات طی مراحل مختلف ۹ مقاله که کار مداخله‌ای انجام داده بودند شناسایی شد. اجزای آمیخته بازاریابی در مداخلات استخراج شد و بر اساس ۶ معیار سنجش مداخلات بازاریابی اجتماعی اندریسن، یافته‌ها تحلیل شد. در اغلب مقالات ۴ جزء آمیخته بازاریابی به کار گرفته شده بود. هیچ مداخله‌ای ۶ معیار سنجش بازاریابی اجتماعی اندریسن را به کار نگرفته بود. ۵ پژوهش تغییرات رفتاری مثبت گزارش کردند. این در حالی است که در سایر پژوهش‌ها تغییر رفتار منفی گزارش نشده است. شواهد جمع‌آوری شده در بررسی ما نشان می‌دهد که بازاریابی اجتماعی یک رویکرد تغییر رفتاری مؤثر برای افزایش فعالیت بدنی در سالمندان ارائه می‌دهد.

بخش دوم پژوهش به صورت کیفی و با رویکرد فراترکیب بود روش فراترکیب به فرآیند انجام تحقیق کیفی باهدف بررسی نظامند و رسمی یافته‌ها در گزارش‌های مطالعات اشاره دارد (سندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۷). با استفاده از روش مطالعات کتابخانه‌ای به مرور اسناد (کتب، مقالات، رساله‌ها و

صفحات وب) مختلف از سال ۲۰۱۹-۲۰۰۰ پرداخته شد. به منظور یافتن منابع فارسی جستجوی اینترنتی در پایگاه‌های داخلی: جویشگر علمی فارسی علم نت (Elmnet)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (IranDoc) و پایگاه ناشر تخصصی کنفرانس‌های ایران (civilica) صورت گرفت. در مورد منابع خارجی پایگاه‌های (Medline, Science Direct, Scholar Google, Web of Science, ProQuest, Emerald) مورد بررسی قرار گرفتند. فرآیند جستجو و بررسی منابع با استفاده از فلوچارت پریزما صورت گرفت. ابتدا مقالات بازبینی شده در نرم‌افزار اندنوت قرار گرفت. مقالات تکراری و مشترک حذف و ۴۳۴ مطالعه وارد مرحله دوم غربالگری شد. معیار غربالگری در این مرحله ارتباط با موضوع مطالعه (عنوان، چکیده) و حذف مقالات غیر مرتبط، بود که ۲۵۲ مطالعه باقی ماند. با توجه به معیار غربالگری در مرحله سوم، یعنی حذف مقاله با بررسی متن کامل مقاله‌ها، به علت ناکافی و نامناسب بودن اطلاعات و کیفیت پایین مقاله‌ها در نهایت، از بین ۲۵۲ مطالعه باقی‌مانده، ۴۴ مقاله مرتبط با موضوع و هدف پژوهش حاضر شناسایی و وارد مرحله مطالعه شدند. به منظور تایید روایی، از نظر دو نفر از متخصصان آشنا به حوزه پژوهش استفاده شده است. پایایی درونی با استفاده از شاخص کاپا معادل ۰/۶۷۴ به دست آمد ($p < 0.01$).

یافته‌ها نشان داد که مقوله‌های اصلی شامل: سطح بازاریابی، اهداف رفتاری، ارتباطات، فرآیند، رقابت، مخاطب محوری و رفتار پایدار است. مؤلفه‌ها در مقوله سطح بازاریابی شامل سطح خرد، میانه و کلان است. در مقوله اهداف رفتاری، ویژگی هدف رفتاری و پیامدهای رفتار هدف مؤلفه‌های آن است. در مقوله ارتباطات، پیام‌رسانی، ارتباطات بین فردی، متقاعدسازی مخاطب و روابط عمومی به دست آمد. در مقوله فرآیند شامل فرصت‌های کمک‌کننده، غلبه بر موانع و بررسی زمینه است. مقوله رقابت شامل انگیزاننده‌ها، مشتری‌مداری، بررسی رقیبان و انگیزه مالی است. در مقوله مخاطب محوری شامل آگاهی، شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف، تفکیک مخاطب و پژوهش تکوینی است. در مقوله رفتار پایدار، ایجاد تعهد، تمایل رفتاری، سالمندی موفقیت‌آمیز و تغییر در ارزش‌ها به عنوان مؤلفه به دست آمد. بر طبق چارچوب به دست آمده مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی لازمه آن است که شناخت کافی از نیازها و خواسته‌های گروه مخاطب داشته باشیم. این نکته را باید در نظر داشت که رفتار مصرف‌کننده اصل موضوع در بازاریابی اجتماعی است. مخاطب هدف تنها در صورت اعتقاد به سودمند بودن یک عمل، دست به آن می‌زند. به همین دلیل راهبردهای ترغیب در بازاریابی اجتماعی، همواره با درک نیازها و خواسته‌ها، ارزش‌ها و تلقی‌های مخاطب آغاز می‌شود. بازاریاب اجتماعی باید با ارائه راهکارهایی با رفتارهای رقیب به رقابت بپردازد و یا ارائه محصولات جذاب سالمندان را به رفتارهای جایگزین ترغیب کند. جهت برطرف کردن موانع موجود و تسهیل ارتقاء مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی از طریق ایجاد یک مبادله ارزشمند برای تغییر رفتار، باید تمام راهبردها با توجه به آمیخته بازاریابی اجتماعی در سطوح مختلف مدنظر قرار گیرند. در نهایت هدف ما داشتن جامعه‌ای سالم و فعال از لحاظ اجتماعی و دستیابی به استقلال نسبی در سالمندان است که پایداری رفتارهای

جایگزین را می‌طلبد. به نظر می‌رسد قبول این ادعا که اکثریت جامعه را افرادی تشکیل می‌دهند که نیاز به آموزش در آن‌ها مرتفع شده است و اجبار نیز برای آنان کاربردی ندارد، لزوم توجه جدی‌تر به استفاده از این رویکرد در اصلاح رفتارهای حوزه سلامت را توجیه نماید.

۳-۵ بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش مرور نظام‌مند مداخلات بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی سالمندان بود. پس از جستجوی پایگاه‌های علمی مختلف در نهایت ۹ مقاله که کار مداخله‌ای انجام داده بودند شناسایی شدند و ۵ پژوهش تغییرات رفتاری مثبت گزارش کردند. این در حالی است که در سایر پژوهش‌ها تغییر رفتار منفی گزارش نشده است. شواهد جمع‌آوری شده در بررسی ما نشان می‌دهد که بازاریابی اجتماعی یک رویکرد تغییر رفتاری مؤثر برای افزایش فعالیت بدنی در سالمندان است. افزایش دانش، آگاهی و خود کارآمدی از تغییرات مثبت رفتاری در پژوهش‌ها بود. طبق مطالعات، پژوهش‌هایی که آمیخته بازاریابی را به طور کامل اجرا نمایند، با احتمال بیشتری به تغییرات رفتاری مثبت دست می‌یابند (کارین و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج تحقیق حاضر نیز شواهد بیشتری را نشان می‌دهد در صورتی که معیارهای اندریسن (۲۰۰۲) در مداخلات بازاریابی اجتماعی رعایت شود تغییرات رفتاری مثبت بیشتر مشاهده می‌شود. بر طبق پژوهش‌ها بازاریابی اجتماعی بر ارتقای فعالیت بدنی سالمندان تأثیرگذار است و می‌تواند جزو راهکارهایی باشد که سلامت عمومی را تضمین کند. تحقیقات نشان داد که اگر مداخلات بازاریابی اجتماعی ۶ معیار اندریسن (۲۰۰۲) را رعایت کند پتانسیل بالایی برای تغییر رفتار خواهد داشت (کارین و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌هایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند هیچ‌یک از ۶ معیار اندریسن (۲۰۰۲) را رعایت نکرده بودند. به خصوص معیار مخاطب محوری و تبادل در مداخلات کمتر از بقیه معیارها مدنظر بوده است. اگرچه عنصر ترویج در مداخلات تمام پژوهش بررسی شده استفاده شده بود اما در اکثر موارد مداخلات محصول ملموس و مشهود پیشنهاد نداده بودند. جز در دو پژوهش که گام شمار و نقشه پیاده‌روی به عنوان محصول نهایی در اختیار شرکت‌کننده‌ها قرار می‌گرفت. این نکته نیز حائز اهمیت است که در پژوهش‌هایی که تغییر رفتار مثبت را گزارش کرده‌اند در ۴ مورد آن عنصر رقابت مد نظر بوده و این به اهمیت و نقش آن تأکید دارد. همینطور در دو مداخله تفکیک مخاطب صورت گرفته است. استفاده از هر یک از این شاخص‌ها در مداخلات بازاریابی اجتماعی متناسب با نیازها گروه‌های مختلف برای تغییر رفتار بسیار مهم است.

تمام پژوهش‌های بررسی شده در این مطالعه، مداخلات بیشتر را برای تغییر رفتار پایدار در زمینه بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی سالمندان را لازم دانستند. با توجه به اینکه پیشگیری

بهتر و ارزان‌تر از درمان است (گوتزل، ۲۰۰۹) و همین‌طور از طرف دیگر پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد سالمند بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵) و عدم تحرک بخش بزرگی از سالمندان، باید مداخلات هدفمند برای مواجهه منطقی و اصولی با این شرایط مدنظر باشند. در نتیجه توجه بیشتر به سطوح مختلف و تفکر گسترده‌تر و کمتر محدودکننده در بازاریابی اجتماعی در حال افزایش است. از آنجاکه علاوه بر تغییر رفتار فردی، رفاه جامعه نیز در بازاریابی اجتماعی مورد توجه است، یک رویکرد مکمل برای این ایده، نگاه جامع به سه سطح تغییر اجتماعی: خرد، میانه و کلان^۱ (برنان و همکاران، ۲۰۱۶) است. در حالی که بازاریابی اجتماعی در گذشته بر روی تغییر رفتار فردی (خرد) با استفاده از فنون بازاریابی تجاری متمرکز بود، این یک‌چشم انداز نزولی و بالا به پایین است که ممکن است فکر ما را محدود کند (وایمر، ۲۰۱۱). توجه بیشتر به بازاریابی اجتماعی میانه و کلان، توجه ما را به دولت‌ها، سیاست‌گذاران، و به اقدامات لابی‌گری و حمایت، به ابتکاراتی که به سازمان‌ها و گروه‌ها و نهایتاً نگرش وسیع‌تر مربوط می‌شود، هدایت می‌کند. این دیدگاه می‌تواند به شناسایی دقیق علت مشکل کمک کند، بنابراین توانایی ما برای تغییر عوامل محیطی، به‌منظور تسهیل تغییر در سطح فردی که در نهایت به نفع جامعه است، کمک می‌کند (وایمر، ۲۰۱۱).

بر طبق نتایج پژوهش اگر عوامل گفته شده به خوبی مد نظر قرار گرفته و اجرا شوند، می‌توان انتظار داشت که رسالت نهایی بازاریابی اجتماعی که نهادینه کردن رفتار مطلوب و برخورداری از مزایای حاصل از آن است، ظهور یابد. ارتقای فعالیت بدنی سالمندان باعث ارتقای سلامتی و رفاه، ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر و قوی‌تر، کاهش هزینه‌های درمان، افزایش تعاملات اجتماعی، جامعه فعال، خودباوری و افزایش عزت نفس و در نهایت فعال بودن در زندگی می‌شود. با توجه به فواید بیشمار فعالیت بدنی سالمندان می‌توان با طراحی و اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی با در نظر داشتن معیارهای اندریسن (۲۰۰۲) موجب تغییر نگرشها و رفتارها شد. از این رو توجه مدیران ارشد و سیاستگذاران به نقش حیاتی بازاریابی اجتماعی ضرورت دارد.

در بخش دوم پژوهش، هدف ارائه مدل بازاریابی اجتماعی به‌منظور تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی در سالمندان بود. این پژوهش با استفاده از روش فراترکیب انجام شده است. سندلوسکی و باروسو الگوی هفت مرحله‌ای را به این منظور ارائه داده‌اند. بر اساس نتایجی از بررسی متون و پیدایش ۷ مقوله و مؤلفه اصلی به دست آمد و بر این اساس راهبردهای مربوطه ارائه شده است. در پژوهش‌هایی که در زمینه راهکارهای افزایش فعالیت بدنی انجام شده، یک نگاه کلی به این موضوع داشته و کمتر از یک نگاه تخصصی به تغییر رفتار مرتبط با فعالیت بدنی پرداخته است. در حقیقت در این پژوهش یک نگاه تخصصی به بازاریابی اجتماعی به‌عنوان یک راهبرد ارتقای فعالیت بدنی در سالمندان پرداخته شده

است. در پژوهش‌هایی که در گذشته انجام شده است به بعضی از کدهای شناسایی شده در زمینه بازاریابی پرداخته شده است ولی در تقسیم‌بندی‌ها به مفهوم بازاریابی کمتر اشاره شده است.

مخاطب محوری به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی بر اساس یافته‌ها شناسایی شد. مخاطب محوری در بازاریابی اجتماعی شامل اطلاع از نظرات، خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات گروه هدف و ارائه خدمت، ایده یا رفتار متناسب با آن است. در تمام مراحل طراحی و اجرای برنامه‌های مبتنی بر الگوهای بازاریابی اجتماعی، توجه به مخاطب و حرکت در مسیر برآورده کردن نیازهای او به وضوح دیده می‌شود (اندریسن، ۲۰۰۲). در حقیقت زمانی که از ارائه خدمات به مشتریان صحبت به میان می‌آید، باید نگاه مشتری را بکار برد تا بتوان تمایل بیشتری را در افراد برای مشارکت به دست آورد که در یافته‌های این پژوهش کاملاً به آن پرداخته شده است. در ارائه خدمات به مشتریان توجه به نوع نیاز مشتریان و فرهنگ و ویژگی جمعیت شناختی و روانشناختی آن‌ها مهم می‌باشد. در کشورهای اسلامی به نوع فعالیت و خدماتی که ارائه می‌شود باید توجه بسیاری مبذول داشت.

شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف از عواملی است که در مقوله مخاطب محوری شناسایی شد. بر اساس آن راهبردها برای طراحی مداخلات بازاریابی اجتماعی شامل توجه به اینکه مخاطب هدف دقیقاً چه کسانی هستند؛ ویژگی‌های جمعیت شناختی، ویژگی‌های قومی، ویژگی جسمانی بر این انتخاب مخاطب هدف تأثیرگذار است. با توجه به دقت برنامه‌های اجرایی، مهارت و توانایی مخاطب هدف برای انتخاب رفتار هدف بسیار مهم است. تعیین این ویژگی به بازاریاب اجتماعی کمک خواهد کرد تا نیاز به آموزش و سطح آموزش مهارت‌ها تعیین شود و با توجه به اینکه هدف انجام فعالیت بدنی است، سطح آمادگی جسمانی سالمند سنجیده شود. درک مخاطب هدف از رفتار جدید اشاره به این موضوع دارد که درک سالمند نسبت به انجام فعالیت بدنی چگونه است؟ بر اساس پژوهش‌ها سالمندان به دلیل ترس از آسیب، ترس از افتادن، عدم توانایی و ... مانع از درک درست رفتار جدید می‌شود و این به عنوان عاملی مهم در شناخت مخاطب هدف است. استفاده از نظریه‌های علمی در شناخت ویژگی‌های مخاطب هدف عامل مهمی است؛ به این دلیل که شناخت و پیش بینی رفتار انسان بسیار پیچیده است و برای تغییر رفتار باید ابتدا ویژگی‌های فرد را به درستی تبیین کرد. این نظریه‌ها می‌تواند در بخش‌های مختلف برنامه بازاریابی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد از جمله در طراحی کمپین، شناخت گروه هدف و ارزیابی مداخلات (لوکا و ساگ^۱، ۲۰۱۳). با توجه به مشکلاتی که در ایجاد و حفظ رفتار وجود دارد و نیز پیچیدگی رفتار، ضروری است از نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار در این زمینه استفاده شود (یاماگوچی و همکاران^۲ ۲۰۰۳)؛ زیرا نظریه‌ها و الگوها عوامل اصلی که رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند، شناسایی کرده و روابط این عوامل را تعیین می‌کنند (نوتبیم و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

1. Luca & Suggs

2. Yamaguchi, Miura, Urata, Himeshima, Yamatsu, Otsuka, Nishida & Saku

3. Nutbeam, Harris & Wise

در زمینه تغییر اجتماعی آموزش به منظور آگاه‌سازی مخاطب هدف به عنوان راهبردی مهم است. پیش‌فرض این رویکرد آن است که اگر مردم از چپستی و چگونگی یک رفتار آگاهی یابند، آن رفتار را درست انجام می‌دهند (محمدی نجم و حاجیانی، ۱۳۹۰). افزایش آگاهی، به عنوان محصول در بسیاری از مداخلات بازاریابی اجتماعی نیز مطرح شده است (کامادا و همکاران، ۲۰۱۳، فرنچ و گوردون، ۲۰۱۹، پاتریک وان و همکاران، ۲۰۱۹، جورکش و همکاران، ۱۳۹۸، اورس و همکاران، ۲۰۱۳، داسیلوا و همکاران، ۲۰۱۶، لی، ۲۰۱۶، لاجمن و همکاران، ۲۰۱۸ و اسکات و هیگینز، ۲۰۱۲). این راهبرد در جهت برطرف نمودن موانعی چون عدم وجود دانش ورزشی، کمبود آموزش‌های ورزشی، عدم آشنایی با تجهیزات ورزشی، عدم شناخت فعالیت‌های بدنی متناسب با سن و عدم وجود منابع آموزشی معتبر و تقویت تسهیل‌کننده‌هایی چون آموزش‌های برای افزایش دانش ورزشی می‌باشد. وجود منابع آموزشی معتبر و مورد تأیید مراجع ذیصلاح و افزایش میزان آموزش‌های ورزشی با کمک رسانه‌ها، به سالمندان کمک خواهد کرد تا با فعالیت‌های متناسب با سن خود آشنا شوند و مشارکت آن‌ها در فعالیت بدنی ارتقاء یابد. همین‌طور تفکیک دقیق مخاطبان برای داشتن گروه‌های همگن در جامعه ناهمگن ضروری است (اورس، جونز، کاپوتی و اورسون^۱، ۲۰۱۳). انجام فرآیند تفکیک کامل جامعه هدف، تضمین‌کننده حداکثر کارایی و همین‌طور اثربخشی منابع است (اندریسن، ۲۰۰۲). بخش بندی مخاطب هدف در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. اسکات و هیگینز (۲۰۱۲) در مطالعه خود عناصر آمیخته بازاریابی را برای تشویق شهروندان کم درآمد به شرکت در فعالیت بدنی شناسایی کردند. وندل و روز (۲۰۰۶) افراد را بر اساس وضعیت اقتصادی، اجتماعی و شغل بخش بندی کرد. کیتنن و همکاران (۲۰۱۸) برای بررسی دیدگاه‌ها و الگوهای مربوط به فعالیت بدنی، مخاطبان را بر اساس سن، میزان فعالیت بدنی و نگرش نسبت به فعالیت بدنی بخش بندی کرد (داسیلوا و همکاران؛ زارعی و همکاران، ۱۳۹۵؛ راندل و همکاران، ۲۰۱۶ و گرانکلی و راندل-تیل، ۲۰۱۶). جامعه به‌طور معمول ناهمگن است و به‌منظور تفکیک جمعیت می‌توان گروه‌های دارای نیازها و خواسته‌های مشابه را شناسایی کرد. این تقسیم‌بندی می‌تواند بر اساس عوامل جمعیت‌شناسی، روان‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری باشد. به عبارتی مخاطب هدف می‌تواند بر اساس باورها دسته‌بندی شود، چرا که بسته به تجربه‌ها و تأثیرات محیطی درک او از فضای پیرامون متفاوت است یا اینکه بر اساس نگرش مخاطب هدف را تفکیک کرد؛ چراکه مخاطب هدف نسبت به رفتار هدف نگرش مثبت یا منفی دارد و این در برنامه‌ریزی تأثیر بر مخاطب هدف بسیار مهم است. تفکیک مخاطب امکان توسعه شخصی‌تر برنامه‌های پشتیبانی را برای افراد و گروه‌ها فراهم می‌کند. تقسیم‌بندی همچنین نمایی از احترام به مخاطب هدف و تجلی عملی تعهد به همکاری با آن‌ها برای ارائه برنامه‌های بازاریابی اجتماعی است که نیازهای آن‌ها را برآورده می‌کند. در این راستا می‌توان از پژوهش‌های کاربردی برای دستیابی به محصولات و مواد مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های بازاریابی اجتماعی استفاده کرد، که

تحت عنوان پژوهش تکوینی^۱ قرار می‌گیرند (کامادا و همکاران، ۲۰۱۳؛ ططری و همکاران، ۱۳۹۸؛ ژیا و همکاران، ۲۰۱۶) و باعث می‌شوند که نگاهی مخاطب محور و از پایین به بالا، نه متخصص محور و از بالا به پایین، در مداخلات اصلاح رفتاری وجود داشته باشد (وندر بیچ و همکاران، ۲۰۰۲، ۱۲۸). مهم‌ترین مسئولیت بازاریابان اجتماعی اطمینان از این است که آنچه که در نهایت به شکل مداخله بیان می‌شود، خواسته‌ها و نیازهای مخاطب هدف را برآورده سازد (گلنز، ریمر و ویسواناس^۲، ۲۰۰۸، ۱۱۲). نکته قابل توجه این است که دامنه روش‌های به کار گرفته شده در تحقیقات تکوینی در حال گسترش است. نظرسنجی، گروه‌های کانونی، روش‌های مختلط و چند سطحی مورد تأکید است (برنان و همکاران، ۲۰۱۶).

در مقایسه با سایر فرآیندهای طرح ریزی نظامند، بازاریابی اجتماعی توجه و منابع بیشتری را به تحقیق و بخش بندی مخاطبین هدف جهت تخصیص اولویت‌های برنامه ریزی به آن‌ها و ایجاد راهبردهای بازاریابی متفاوت برای بخش‌های هدف معطوف می‌کند. مسلم است اگر آمیخته بازاریابی اجتماعی با توجه به مخاطب محوری اجرا گردد به نتایج بهتری دست خواهد یافت.

اهداف رفتاری: بازاریابی اجتماعی همیشه به دنبال تأثیرگذاری بر رفتارها است. بازاریابی اجتماعی همچنین می‌تواند بر تأثیرگذاری در سیاست‌گذاری اجتماعی، اعتقادات، نگرش‌ها، تفاهم و عقاید متمرکز شود زیرا این اهداف می‌توانند به هدف نهایی رفتار مثبت اجتماعی کمک کنند. ویژگی اساسی، تعیین اهداف صریح اجتماعی است که آن‌ها با معیارهای کاملاً مشخص همراه هستند که سنجش مداوم و ارزیابی مداخلات را تسهیل می‌کند. تغییر رفتار مطلوب جزو اساسی بازاریابی اجتماعی است و برای ارزیابی موفقیت مداخلات بسیار مهم است. فرنچ و بلراستیونز (۲۰۰۶) اظهار داشتند که بازاریابی اجتماعی باید تمرکز مشخصی بر اهداف رفتاری بر اساس تحلیل عمیق رفتار موردنظر داشته باشد. اهداف رفتاری را با این هدف که می‌خواهید بر مخاطبان خود تأثیر بگذارید تا بپذیرند، رها کند، اصلاح کند، رد کند، تغییر دهد یا ادامه دهد، انتخاب می‌کنید (لی و کاتلر، ۲۰۱۹). برای تعیین هدف و برای میزان یا درصد تغییر، مطمئناً باید سطح رفتارهای فعلی در بین مخاطبان هدف مشخص باشد. در این راستا، مشابه بازاریاب‌های تجاری عمل می‌شود که هنگام تهیه برنامه‌های بازاریابی سالانه، اهداف فروش محصولات خود را تعیین می‌کنند و سپس راهبردها و تخصیص منابع را متناسب با این اهداف تهیه می‌کنند (لی و کاتلر، ۲۰۱۹).

تمرکز بر هدف و تعیین اهداف بلند مدت و کوتاه مدت می‌تواند راهبردی برای تسهیل پذیرش رفتارهای جدید عنوان کرد (فرونند و هنکه، ۲۰۱۲). هدفگذاری مخاطبین را تشویق می‌کند تا در مورد آینده فکر کنند و بدین ترتیب برای تغییر رفتار انگیزه پیدا کنند (هرشفیلد و همکاران، ۲۰۱۱). میدل ویرد و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند تعیین اهداف واقع بینانه می‌تواند مشوقی برای حفظ فعالیت بدنی محسوب شود. در نتیجه با توجه به کدهای بدست آمده در مقوله اهداف رفتاری، بازاریابی اجتماعی به

1. Formative Research

2. Glanz, Rimer & Viswanath

منظور طراحی و ارزیابی مداخلات باید اهدافی را تعیین کند که با توجه به ویژگی مخاطب هدف قابل دستیابی باشد، و بتوان آن را اندازه گیری کرد. با ترویج رفتار هدفی که واقع بینانه است و نیازهای گروه مخاطب را شامل می شود پذیرش آن توسط مخاطب بیشتر شده و به تغییر رفتار منجر می شود.

ارتباطات: ارتباطات ابزاری است برای اطمینان از اینکه مخاطبان هدف از محصول آگاه هستند یا نه و یا اینکه که آن ها مزایای اعلام شده را تجربه می کنند. در بازاریابی اجتماعی به ترویج و تلاش های مبتنی بر تبلیغات کمتر از بازاریابی تجاری تکیه می شود. استفاده از رسانه های عمومی جزء فوق العاده مهمی از هر برنامه بازاریابی اجتماعی هستند، اما اهمیت خاص آن ها مربوط به مرحله پیش از اندیشیدن است. در این مرحله رسانه ها می توانند فعالیت هایی را تبلیغ کنند که بازاریابان اجتماعی برای اطلاع رسانی به جوامع در ورود تغییر رفتارهای ضروری، سازمان دهی می کنند. مداخلات بازاریابی اجتماعی از طیف گسترده ای از ابزارهای تبلیغاتی به منظور افزایش آگاهی و ترویج فعالیت های مربوط به رفتار هدف انجام می دهند. متداول ترین ابزارهای ارتباطی شامل رسانه های چاپی شامل پوستر، بروشور، خبرنامه ها و پمفلت های آموزشی است یا استفاده از رسانه های جمعی مثل تلویزیون، رادیو و روزنامه ها است. همین طور برخی مداخلات وبسایت ایجاد می کنند و برخی نیز از تبلیغات دهان به دهان استفاده می کنند. رسانه ها مهم ترین عامل در ارتباطات و ترویج می باشد چرا که تمام راهبردهای مربوط به ترویج رفتار مطلوب، مبتنی بر استفاده مناسب از رسانه ها برای رساندن پیام ها به مخاطبان هدف هستند. آگاهی بخشی، اطلاع رسانی و ارائه تعریف صحیح از فعالیت بدنی برای مخاطب ناآگاه باعث از بین رفتن باور غلط در مورد فعالیت بدنی، اطلاع رسانی هزینه های درمانی بی فعالیتی در رسانه های مختلف، اطلاع رسانی در مورد مزایای مشارکت در فعالیت بدنی و مضرات عدم فعالیت بدنی است. در واقع در مورد مخاطبان ناآگاه، مهم ترین راهبردهای بازاریابی اجتماعی راهبردهای مربوط به ارتباطات و ترویج هستند. چرا که این راهبردها اگر به درستی اجرا شوند، مخاطبان ناآگاه را به مخاطبان آگاه تبدیل می کند و در این صورت تمام راهبردهای شناسایی شده برای مخاطبان آگاه شامل حال آن ها نیز می شود (مخلص، ۱۳۹۷).

ارتباطات بین فردی همچنین می تواند به عنوان راهکاری قدرتمند برای ترویج مدنظر قرار می گیرد. تأثیر کمپین های ارتباطی وقتی منجر به ارتباطات بین فردی شود، به طور قابل توجهی افزایش می یابد (کوباکی و همکاران^۱، ۲۰۱۶). اثربخشی ارتباطات بین فردی با استفاده از رسانه ها تقویت می شود رسانه های جمعی به ویژه برای آگاهی از یک موضوع و افزایش دانش در مورد آن مناسب هستند، درحالی که ارتباطات بین فردی برای شروع اقدام و تغییر نگرش ایده آل است (کوباکی و همکاران، ۲۰۱۷). برخی مداخلات بازاریابی اجتماعی از بین ۴ عنصر آمیخته بازاریابی تنها از عنصر ترویج در مداخلات استفاده می کنند که به گفته کارین و راندل- تیل^۲ (۲۰۱۴) می تواند در دسته تبلیغات

1. Kubacki, Ronto, Lahtinen, Pang & Rundle-Thiele

2. Carins & Rundle- Thiele

اجتماعی دسته‌بندی شود. بازاریاب اجتماعی می‌تواند با استفاده از برنامه‌های دستکاری‌شده که از مفاهیم بازاریابی تجاری و ابزارهای معتبر برای تحریک رفتار داوطلبانه مخاطب هدف است، استفاده کند و در ایجاد تحولات اجتماعی در سطح فردی نقش داشته باشد (آندریسن، ۲۰۰۲).

در بحث ارتباطات مداخلات روانشناختی با ایجاد و تقویت تسهیل‌کننده‌هایی چون افزایش خودکارآمدی، افزایش حمایت اجتماعی و افزایش منافع درک شده، مشارکت در فعالیت بدنی را تسهیل می‌کند (مخلصی، ۱۳۹۷). فرنچ و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه مروری روی سالمندان نشان دادند افزایش خودکارآمدی منجر به افزایش مشارکت در فعالیت بدنی می‌شود (فرنچ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین فرنچ و همکاران (۲۰۱۴) راهبردهای انگیزشی از جمله حمایت اجتماعی، هدف‌گذاری و تأثیرگذاری مثبت همراه با بازسازی شناختی نگرش‌های منفی، خودناباوری و سوءبرداشت‌ها را جهت برطرف سازی موانع ذهنی پیشنهاد دادند. تستد و همکاران (۱۹۹۸) هم نشان دادند بازسازی شناختی سوء برداشت‌ها و انتظارات منفی در زمینه‌ی کاهش ترس از افتادن در سالمندان و افزایش اعتماد به نفس آن‌ها برای مشارکت بیشتر در فعالیت بدنی، موفقیت‌آمیز بوده است. در تحقیقات رابینسون و لاچمن (۲۰۱۶) به این راهبرد اشاره شده است که مشاوره در مورد اینکه فرد در چه زمانی، چگونه، به چه میزان و کجا باید فعالیت بدنی داشته باشد، در ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی مؤثر است. همینطور در تحقیقات قهرمانی و همکاران (۱۳۸۷) نیز به این نتیجه رسیدند که مداخلات مبتنی بر آموزش و مشاوره می‌تواند سبب ارتقاء فعالیت بدنی شود. در نتیجه ارتباطات باعث متقاعد سازی مخاطب هدف شده و به کارگیری راهبردهایی جهت اطلاع‌رسانی و یادآوری کردن در مورد ارزش تغییر رفتار و راهبردهای رسانه‌ای برای جذب بیشتر مخاطب هدف می‌باشند.

ارتباطات چندگانه باعث افزایش کانال‌های دسترسی به مخاطب هدف و متقاعد سازی او می‌شود. استفاده از الگوهای مشهور برای ترویج فعالیت بدنی، و طراحی پیام‌های جالب توجه و جذاب برای ترویج فعالیت بدنی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی و سخنرانی در جمع سالمندان باعث افزایش ارتباط با مخاطب هدف خواهد بود. انتقال پیام از طریق رسانه‌های مختلف باعث خواهند شد تا احتمال بیشتری برای رسیدن پیام به مخاطبان هدف وجود داشته باشد. شهبازی و همکاران (۱۳۹۲) هم بر ضرورت استفاده از رسانه‌های مختلف برای ارتباط و ترویج فعالیت بدنی تأکید داشتند. پژوهش بیدنوگ و همکاران (۲۰۱۴) هم نشان داد جهت انتقال پیام‌های بازاریابی و ویژگی‌های برنامه، تبلیغات دهان به دهان و تبلیغات رسانه‌ای چند گانه شامل بروشور، کارت پستال، روزنامه، وب سایت، و ... باید مورد توجه قرار بگیرند. در تحقیق دال و همکاران (۲۰۱۳)، کانال‌های ارتباطی رسانه‌ای ارجح برای سالمندان، برنامه‌های رادیویی و سریال‌های تلویزیونی بودند و البته پیام‌های شخصی به عنوان بهترین انتخاب شناخته شدند (دال و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش آصفی (۱۳۹۲) و درخشان (۱۳۹۴) به تشویق و ترغیب افراد مهم و الگو به ورزش همگانی اشاره شده است و پخش اطلاعات و پیام‌های جذب کننده در مورد مزایای فعالیت بدنی جزو راهبردهای پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳) برای ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی منظم بوده است. در تحقیق دال و همکاران (۲۰۱۳) که مخاطبان

هدف آن سالمندان بودند، شرکت کنندگان اعتقاد داشتند پیام‌های ترویجی فعلی بیشتر بر جنبه‌های زیبایی و تناسب اندام مزایای ورزش تأکید دارند که برای سالمندان عامل انگیزاننده محسوب نمی‌شود. برای این گروه سنی تأکید بر مزایای مرتبط با سلامتی از جمله فعال ماندن و جوان ماندن اهمیت بیشتری دارد (دال و همکاران، ۲۰۱۳). راهبردهای مربوط به ارتباطات و ترویج را می‌توان تکمیل کننده سایر راهبردهای بازاریابی اجتماعی دانست.

اما با توجه به نقش عمده‌ی رسانه‌ها در ترویج فعالیت بدنی و ورزش همگانی، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند رسانه‌ها توجه کافی را به ورزش همگانی ندارند. به عنوان نمونه شعبانی و همکاران (۱۳۹۳) سهم کم رسانه‌ها در ورزش همگانی را به عنوان یکی از تهدیدهای ورزش همگانی شناسایی کردند. آصفی (۱۳۹۲) تمرکز بیشتر رسانه‌های جمعی بر ورزش همگانی را پیشنهاد داد و جوادی پور و رهبری (۱۳۹۶) عملکرد ضعیف رسانه‌ها را به عنوان یکی از آسیب‌های فرآیند سیاست گذاری در ورزش همگانی کشور برشمردند. همچنین شکرانی و آقاپور (۱۳۹۳) به تحلیل محتوای برنامه‌ای ورزشی شبکه‌های تلویزیونی یک، دو، سه، چهار، پنج و شش پرداختند. در نتیجه با توجه به یافته‌ها، بازاریاب اجتماعی راهبرهای ارتباطی مناسب و متنوع را برای متقاعد سازی و پیام رسانی به مخاطب هدف استفاده کند. استفاده از رسانه‌های عمومی برای مخاطب ناآگاه به فواید فعالیت بدنی مؤثر است اما به منظور متقاعدسازی برای شروع فعالیت بدنی به عنوان رفتار هدف ارتباطات نزدیکتر از جمله ارتباطات فردی و ارائه مشاوره از نزدیک باعث بازسازی شناختی نگرش‌های منفی، خودناباوری و سوءبرداشت‌ها و افزایش خودکارآمدی فرد می‌شود.

سطح بازاریابی: توجه بیشتر به سطوح مختلف و تفکر گسترده‌تر و کمتر محدودکننده در بازاریابی اجتماعی در حال افزایش است. لفر^۱ (۲۰۱۲) استدلال می‌کند، از آنجاکه علاوه بر تغییر رفتار فردی، رفاه جامعه نیز در بازاریابی اجتماعی موردتوجه است، یک رویکرد مکمل برای این ایده، نگاه جامع به سه سطح تغییر اجتماعی: خرد، میانه و کلان^۲ (برنان، پرویت و فرای^۳، ۲۰۱۶) است. این عوامل در سطح کلان می‌تواند شامل رسانه، قوانین و مقررات، شرکت‌ها، افراد معروف، سازمان‌های غیرانتفاعی و سیاستمداران باشد و در سطح میانه می‌تواند شامل دوستان، همسایه‌ها، همکاران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، داروسازان، معلمان، کتابداران و مراجع مذهبی باشند (لی و کاتلر^۴، ۲۰۱۹، گوردون و همکاران^۵، ۲۰۱۳). درحالی‌که بازاریابی اجتماعی در گذشته بر روی تغییر رفتار فردی (خرد) با استفاده از فنون بازاریابی تجاری متمرکز بود، این یک‌چشم انداز نزولی و بالا به پایین است که وایمر^۵ (۲۰۱۱) معتقد است ممکن است فکر بازاریاب را محدود کند (وایمر، ۲۰۱۱). توجه بیشتر به بازاریابی اجتماعی میانه و کلان، توجه بازاریاب را به دولت‌ها، سیاست‌گذاران، و به اقدامات لابی‌گری و

-
1. Lefebvre
 2. Micro, Meso, Macro
 3. Brennan, Preve & Fry
 4. Gordon, McDermott, Stead & Angus
 5. Wymer

حمایت، به ابتکاراتی که به سازمان‌ها و گروه‌ها و نهایتاً نگرش وسیع‌تر مربوط می‌شود، هدایت می‌کند. این دیدگاه می‌تواند به شناسایی دقیق علت مشکل کمک کند، بنابراین توانایی برای تغییر عوامل محیطی، به‌منظور تسهیل تغییر در سطح فردی که درنهایت به نفع جامعه است، کمک می‌کند (وایمر، ۲۰۱۱). بسیاری بر این باورند که تا به امروز بر تغییر رفتارهای فردی جهت بهبود وضعیت موضوعات اجتماعی تأکید بیش‌ازحدی شده است و بازاریابان اجتماعی باید برخی از تلاش‌های خود را برای تأثیرگذاری بر عوامل بالادستی و عوامل اثرگذار و مدیران میانه هدایت کنند.

قوانین تسهیل‌کننده برای تاسیس مجموعه‌های ورزشی در مناطق مورد نیاز و براساس نیازهای سالمندان و حمایت قوانین از بخش خصوصی باعث تسهیل سرمایه‌گذاری در این زمینه می‌شود. در پژوهش دال و ابراهیم‌جی (۲۰۱۳) حمایت مقامات جهت ایجاد قوانین تسهیل‌کننده در سرمایه‌گذاری مورد تأکید قرار گرفت. شهبازی و همکاران (۱۳۹۲) هم وضع قوانین تسهیل‌کننده در در بخش‌هایی چون محله‌ها، محیط کار، شهرداری‌ها، نهادهای برنامه‌ریزی و طراحی شهری، حمل و نقل و مراکز بهداشتی و فراهم ساختن ورود بخش خصوصی به ورزش همگانی را جزو راهبردهای افزایش فعالیت بدنی دانست.

در سازمان‌های محلی مثل سرای محله، مساجد، اماکن ورزش عمومی و در کمپین‌های محلی مشاوره ورزشی شامل ایجاد و توسعه خدمات ورزشی و ارائه مشاوره‌های تخصصی تمرینات ورزشی می‌تواند از راهبردهای ارتقاء مشارکت سالمندان در سطح میانه بازاریابی اجتماعی باشد. مشاوره صحیح باعث پیشگیری از آسیب دیدگی، معرفی فعالیت‌های بدنی و تمرینات ورزشی متناسب با شرایط جسمانی و روانی مخاطب هدف و برطرف کردن موانعی چون عدم تناسب خدمات با سن، عدم وجود دانش ورزشی، عدم آشنایی با تجهیزات ورزشی، ترس از آسیب، عدم شناخت فعالیت‌های مناسب و توصیه‌های غیرقابل اجرا می‌شود. منظور از سطوح کلان، ساختار مدیریتی و بکارگیری سیستم‌های پشتیبانی نرم و سخت جهت تحقق بخشیدن فرهنگ ورزش در مخاطب هدف می‌باشد. بطور کلی این سطح شامل مسیرها، کانال‌ها و ظرفی هستند که فرآیندها و عملیات در آنها جاری می‌شوند و در برگزیده همه عناصر، عوامل و منابع فیزیکی و غیرفیزیکی ورزش است که با نظم، قاعده و ترتیب خاصی بهم پیوسته و چارچوب و قالب ورزش ویژه افراد را می‌سازند. این عوامل تعیین‌کننده نهایی رفتار هدف نیستند، اما بر آن تأثیر دارند. این عوامل موجب می‌شوند که فرد از میان فعالیت‌های مختلف فعالیت‌های خاص را برگزیند و از شرکت در چنین فعالیت‌هایی لذت ببرد یا بر عکس موجب جلوگیری از شرکت فرد در این گونه فعالیت‌ها می‌شود. افراد معمولاً برای مشارکت در ورزش ابتدا باید بر عوامل فردی تسلط یابند و سپس بر عوامل بین فردی و در نهایت بر عوامل ساختاری مسلط شوند تا بتوانند در فعالیت‌های اوقات فراغت شرکت کنند.

فرآیند: تجزیه و تحلیل زمینه تعیین می‌کند تا چه اندازه یک کمپین مورد نیاز است و آیا پیش‌شرط‌های یک فعالیت ارتباطی وجود دارد یا خیر. برای این منظور عناصری مانند وضعیت اولیه یا

مشکل، دینفعان، امکان‌سنجی برنامه، مناسب بودن و مزایای مورد انتظار یک کمپین مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. جلب حمایت‌های قانونی و سیاسی از برگزاری کمپین‌ها و همراه کردن دینفعان زمینه را برای اجرای هرچه بهتر برنامه‌های بازاریابی اجتماعی را فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد وضعیت عواملی همچون ساختار برنامه‌ریزی، نحوه تعامل سازمان‌های همکار، زیرساخت و تجهیزات، راهبردهای توسعه، قیمت محصولات و خدمات و ساختار قوانین و مقررات می‌تواند به‌عنوان تسهیل‌کننده‌های ساختاری در طراحی مداخلات بازاریابی اجتماعی در نظر گرفته شود. عوامل سخت‌افزاری و محیطی مثل فضای مناسب برای این قشر، ایمنی اماکن، معابر و تجهیزات، دسترسی، سیستم حمل و نقل است که می‌تواند به‌عنوان عواملی در بازاریابان اجتماعی به آن توجه داشته باشند، قرار بگیرد (جورکش و نظری، ۱۳۹۸). اگر موانع خارجی مهمی برای رفتار هدف وجود داشته باشد، راهبردهای تغییر رفتار بی‌ثمر خواهند بود (مکنزی مور، ۲۰۱۱).

همکاری بین دستگاهی و حمایت سازمان‌های دینفع به‌عنوان راهکاری مناسب برای ورزش سالمندی به شمار می‌رود. تحقیقات، برنامه‌ریزی و اجرای بازاریابی اجتماعی به‌منظور اجرای خواسته‌های مخاطب هدف صورت می‌گیرد. این بدان معناست که به‌جای اینکه متخصصان به‌تنهایی تصمیم بگیرند که چه کاری باید انجام شود و چگونه باید انجام شود، باید نظر مخاطبان هدف را در شناسایی مشکلات، تهیه راه‌حل‌ها و اجرای آن‌ها را بدانند. در نتیجه ایجاد انجمن‌های صنفی برای ارائه پشتیبانی به سالمندان، و ایجاد مراکزی برای ارتباط با مخاطب هدف به صورتیکه خواسته‌های مخاطب شنیده شود باعث تسهیل فرآیند بازاریابی اجتماعی می‌شود.

بازاریابی اجتماعی همیشه به دنبال غلبه بر موانع پیش روی مخاطب هدف است. بهترین برنامه بازاریابی اجتماعی در تئوری، اگر بر حذف موانع تمرکز نداشته باشد، با شکست مواجه خواهد شد. توجه به امنیت مخاطب، مناسب سازی فضا، راحتی مخاطب در دسترسی، حمل و نقل مناسب و کیفیت خدمات ارائه شده و تجمیع منابع کمک کننده بسیاری از موانع را از پیش روی مخاطب هدف برخواهد داشت. عنصر مکان در آمیخته بازاریابی اجتماعی نیز به این موضوع اشاره دارد. الزامات اماکن عمومی و اماکن تفریحی به نوعی که فعالیت بدنی در آن‌ها اجتناب ناپذیر باشد راهبردهایی هستند که می‌توانند در افزایش سطح فعالیت بدنی سالمندان مؤثر باشند. شهبازی و همکاران (۱۳۹۲) طراحی شهری با رویکرد گسترش ورزش همگانی را به‌عنوان راهبردی برای توسعه فعالیت بدنی دانست. سالم سازی و ایمن سازی پیاده روهای شهری و ایجاد مسیرهای ویژه پیاده روی در فضاهای عمومی ویژه سالمندان باعث می‌شود حتی افرادی که از مزایای فعالیت بدنی اطلاع ندارند تشویق شوند تا به فعالیت بدنی روی بیاورند. در پژوهش‌های مختلف به به موانع شناسایی شده برای مشارکت سالمندان در فعالیت بدنی اشاره شده است که برخی عوامل فردی است و برخی اجتماعی. عوامل فردی شامل: آسیب فیزیکی، تعادل پایین، اضافه وزن، ضعف عضله، تنگی نفس، افزایش درد با ورزش، نداشتن وقت، زود خسته شدن، نداشتن انگیزه، دانش کم در مورد تمرینات ورزشی، ندانستن چگونگی شروع فعالیت بدنی، ترس از آسیب و درد، ترس از افتادن، ترس از فعالیت بعد از بیماری،

ترس از ورزش کردن در بیرون، عدم توجه به فعالیت بدنی، احساس پیری برای انجام فعالیت بدنی، لذت نبردن در حین فعالیت و عوامل اجتماعی بازدارنده شامل حمل و نقل، آب و هوا، نبود مکان امن برای ورزش، نبود تسهیلات مناسب، نبود کمپین‌های ورزشی سالمندان، باورهای غلط جامعه در مورد ورزش دوران سالمندی است (برتا و همکاران، ۲۰۱۱). توجه به این موانع در طراحی مداخلات امکان رسیدن به اهداف بازاریابی اجتماعی را افزایش می‌دهد.

لازمه شکل‌گیری یک دادوستد بین دو نفر یا دو گروه آن است که منافع حاصل از داشتن محصول موردنظر بیشتر از هزینه پرداخت‌شده برای به دست آوردن آن باشد؛ به عبارت دیگر یک محصول یا خدمت، وقتی توسط مشتری خریداری می‌شود که ارزش درک شده آن از هزینه‌های صرف شده بیشتر باشد (کاتلر و کِلر، ۲۰۱۳). مبادله مختارانه در رفتار نیز اساس برنامه‌های بازاریابی اجتماعی را تشکیل می‌دهد. برای استقبال از یک رفتار جدید یا ترک رفتار سابق، هزینه‌های درک شده آن رفتار (یا ترک آن) نباید بیشتر از منافع درک شده حاصل از آن رفتار (یا ترک آن) باشد. در این صورت است که مخاطب به شکل کاملاً مختارانه و داوطلبانه از ایده یا رفتار پیشنهادی ما استقبال کرده و آن را به کار می‌گیرد (فوجی هیرا و همکاران، ۲۰۱۵). دانستن اینکه گزینه‌های جایگزین برای رفتار موردنظر چیست، نیاز به جمع‌آوری اطلاعاتی دارد که به توسعه برنامه کمک کند و می‌تواند بینشی در مورد آنچه مبادله ارزنده‌ای برای مخاطب هدف است، فراهم کند. بازاریاب‌های اجتماعی، مشابه بازاریابی تجاری، باید از رفتارهایی که باهدف رفتاری یک مداخله رقابت می‌کنند، آگاه باشند. ارزش‌های مورد انتظار مخاطب هدف می‌تواند به اشکال مختلفی ارائه می‌شوند، از جمله ارائه خدمات، محصولات اجتماعی، سیاست، سیستم‌ها، محیط‌ها، مشوق‌های اقتصادی و مجازات‌های مصوب اجتماعی، رفتارها و اقدامات پیشنهادی.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳) تربیت متخصصین سلامتی در زمینه مشاوره و فعالیت بدنی را جزء راهبردهای ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی برشمرد. راهبرد ایجاد مشاغل مرتبط با سالمندی و تربیت نیروهای آموزش دهنده به سالمندان، فعالیت بدنی را تسهیل می‌سازد. دیگر مؤلفه شناسایی شده ایجاد همکاری‌های بین دستگاهی، به طور مثال پیوند بین موسسات ورزشی با پزشکان، جهت ارجاع سالمندان باعث ایجاد هم افزایی در ارتقاء مشارکت آن‌ها در فعالیت بدنی خواهد بود. پزشکان بر اساس نیاز و شرایط می‌توانند به مجموعه‌های مورد تأیید ارجاع دهند. در این صورت موانعی همچون عدم شناخت فعالیت بدنی متناسب با شرایط فردی، نگرش منفی نسبت به باشگاه‌های ورزشی را برطرف نموده و مشارکت سالمندان را ارتقاء می‌بخشد.

رقابت: توجه به اصل رقابت و درک رفتار بازار هدف، رمز موفقیت در استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی است. اگر بپذیریم که رفتار هم یک محصول است که توسط گروه مخاطب خریداری می‌شود و برای اتخاذ آن هزینه‌هایی پرداخت می‌گردد، باید بپذیریم که در این بازار هم مانند سایر انواع

بازارها، رقابت وجود دارد (اندريسن، ۲۰۰۲). در بازاریابی اجتماعی کافی نیست که تنها به دنبال نفوذ، سیاست، افراد و رفتار گروهی باشید که مخاطب هدف را تشویق به انجام رفتاری هدف دعوت کند، بلکه اغلب باید بر رقیبانی که سعی در تأثیرگذاری بر گروه‌های هدف به صورت منفی دارد نیز توجه داشت. تأثیرات در رفتارهای اجتماعی شامل سایر افراد مهم، رسانه‌ها، عوامل محیطی، عوامل فرهنگی، عوامل اقتصادی و هنجارهای اجتماعی است. همه این عوامل می‌توانند به عنوان موانعی در جهت اتخاذ یا حفظ رفتارهای مثبت اجتماعی عمل کنند. جامعه هدف ممکن است به دنبال ایده و رفتاری باشد که ما آن را عرضه نمی‌کنیم و یا ایده و رفتار پیشنهادشده ما خواست مخاطبین نباشد. در این صورت به سراغ رفتارهای رقیب خواهد رفت. بازاریاب اجتماعی باید مشخص کند که چه رفتارهای دیگری به منظور جلب توجه مخاطب به سمت رفتارهای دیگر وجود دارد و بتواند با تدوین راهبرد درست تأثیر آن‌ها را کمتر کرده و با آن‌ها به رقابت بپردازد (اندريسن، ۲۰۰۲). رقابت در درجه اول، رفتاری است که مخاطب هدف به جای روشی که شما تبلیغ می‌کنید انجام می‌دهد. این درواقع شبیه به بازاریابی تجاری است که در آن رقابت چیزی است که مصرف‌کننده به جای کالای شما برای برآورده کردن نیاز خود خریداری می‌کند (لی و کاتلر، ۲۰۱۹). فهم درست ایده‌ها و رفتارهای رقیب و بالا بردن میزان منافع رفتار موردنظر و یا کاستن از میزان هزینه‌ها و موانع دستیابی به آن، بازار رقابت را به نفع محصول یا خدمت ما تغییر خواهد داد. در برنامه‌های بازاریابی اجتماعی، شناخت عرصه رقابت و مشخصات و توانمندی رقیبان به طراحان و مجریان برنامه کمک خواهد کرد تا مخاطب بیشتری را جذب کنند.

برگزاری رویدادهای جذاب و برنامه‌های خلاقانه ویژه سالمندان می‌تواند یکی از عوامل انگیزاننده برای افزایش فعالیت بدنی و تمرینات ورزشی باشد. شادی، تقویت روحیه، تفریح، لذت بردن و مقبولیت اجتماعی را تقویت می‌کند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳) هم سازماندهی رویدادهای فعالیت بدنی در جامعه و اختصاص رویدادهای مربوط به فعالیت بدنی و ورزش همگانی در سطوح حرفه‌ای، آماتور و آموزشگاهی را به عنوان راهبردی برای ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی ارائه داد. همچنین لاجمن و همکاران (۲۰۱۸)، تجربیات مبتنی بر پاداش در زمینه فعالیت بدنی را باعث افزایش تأثیرگذاری مثبت و مطلوب سازی فعالیت بدنی می‌شود و احتمال تکرار فعالیت بدنی را افزایش می‌دهد. افزودن فعالیت‌های جذاب برای ارتقاء مشارکت در فعالیت بدنی منظم توسط بیدنوک و همکاران (۲۰۱۴) هم پیشنهاد شد. راندل تیل و همکاران (۲۰۱۶) هم پیشنهاد دادند فعالیت‌های بدنی سرگرم کننده تر و فرح بخش تر باشند.

مشتري مداری در عرصه رقابت بسیار مورد تأکید است. طراحی و برگزاری کلاس‌های ورزشی مفرح و قابل اجرا برای سالمندان، وجود کلاس‌های ورزشی متناسب با نیازهای ورزشی آن‌ها و یکسان سازی خدمات ورزشی ویژه سالمندان در باشگاه‌ها (مخلصي، ۱۳۹۷) می‌تواند از راهبردهای مشتري مداری در بازاریابی اجتماعی باشد. هنگامی که افراد سالمند در برنامه‌هایی شرکت کنند که متناسب با سن آن‌ها طراحی نشده است، احساس تعلق کمتری در آن‌ها ایجاد می‌شود و همین می‌تواند دلیلی برای

ترک فعالیت بدنی باشد (بک و همکاران، ۲۰۱۰). در نتیجه توجه به علایق و خواسته مخاطب هدف و پاسخگویی به موقع به نیازهای او از اصول مشتری مداری که باعث پیروزی در صحنه رقابت می‌شود. انگیزه مالی یکی از مؤلفه‌های شناسایی شده است که می‌تواند به رقابت با رفتارهای رقیب بپردازد. مشوق‌های مالی، تخفیف در ارائه خدمات، ارائه یارانه، کارت هدیه برای استفاده در زمینه خدمات و محصولات ورزشی نمونه‌ای از آن است. این راهبردها باعث برطرف نمودن موانعی همچون گران بودن خدمات استاندارد، گران بودن ورزش مورد علاقه، گران بودن مجموعه‌های ورزشی خصوصی و عدم پوشش بیمه‌ای برای خدمات ورزشی می‌گردند. در پژوهش‌های بسیاری دلیل عدم مشارکت در فعالیت بدنی را مشکلات معیشتی عنوان کرده‌اند (شعبانی و همکاران، ۱۳۹۳، بک و همکاران، ۲۰۱۴، سیکویرا و همکاران، ۲۰۱۱، بارت و همکاران، ۲۰۱۲، شهبازی و همکاران، ۱۳۹۲، روزبهرانی و همکاران، ۱۳۹۳). البته در برخی پژوهش‌ها از جمله امینی و همکاران (۱۳۹۵) بعد مالی و اقتصادی کمترین اهمیت را در بین تسهیل کننده‌های مشارکت در فعالیت بدنی را داشت و همینطور در تحقیق جاستین و همکاران (۲۰۱۳) هزینه کمترین رتبه را در بین موانع مشارکت داشت. در کشورهای پیشرفته برخی از شرکت‌های بیمه، ردیاب‌های فعالیت بدنی را به صورت رایگان در اختیار افراد تحت پوشش خود قرار می‌دهند تا از مشارکت کافی آن‌ها در فعالیت بدنی اطمینان کسب کنند (آلتمن-ریچر، ۲۰۱۷). در کشور ما هیچ نوع پوشش بیمه‌ای و سیاست بیمه‌ای برای مشارکت اقشار مختلف جامعه در فعالیت بدنی وجود ندارد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی در بخش رقابت بررسی رقیبان و خنثی کردن تهدیدات آن‌ها، بالا بردن قیمت رقیبان و شناخت آن‌هاست. کشف متغیرهای فرهنگی، قومی و اقتصادی باعث می‌شود در محیط رقابتی که مخاطبین باید تصمیم‌گیری کنند که چگونه زمان خود را بگذرانند، بینشی در مورد آن‌ها فراهم می‌کند. ارزیابی رقابت همچنین ممکن است در تعیین اینکه چه رفتارهایی بهترین هستند و باید ترویج شوند و چه بخش‌هایی برای هدف قرار گرفتن بهترین هستند مفید باشد (گرایر و همکاران، ۲۰۰۵). همان‌طور که ناولی^۱ بیان می‌کند، اندیشیدن به اینکه کجا، چگونه و با چه کسی رقابت می‌کنیم مهم است. در حالی که ما به راحتی می‌توانیم از پیام‌های تهدید آمیز برای انجام رفتاری استفاده کنیم، اما باید در انجام این کار دقت کنیم. در حالی که عموم مردم نیاز دارند تا پیامدهای موضوعات مهم را بدانند لازم است که به آن‌ها گفته شود که چه اعمال مثبتی را می‌توانند انجام دهند مشروط بر اینکه اطلاعات تهدید آمیز سودمند باشد. در هنگام استفاده از پیام‌های تهدید آمیز این امر را در نظر بگیرید که آیا می‌توانید هم زمان اعمال و فعالیت‌های انضمامی را در نظر بگیرید که افراد می‌توانند آن‌ها را برای کاهش خطرات انجام دهند یا خیر (جوادی یگانه و صادقی، ۱۳۹۲).

رفتار پایدار: اساس پایداری، تغییر رفتار است و لزوم پایداری، برعهده گرفتن اهداف گوناگون است؛ مانند افزایش سلامت عمومی. اگر در انتقال به آینده‌ای پایدار عجله داریم، باید افراد را به پذیرش آرایه‌ی وسیعی از رفتارها که این اهداف را حمایت می‌کنند، ترغیب نماییم. امروزه بیشتر نوآوری‌ها جهت ترویج رفتار پایدار، به طور عمده بر رقابت‌های اطلاعاتی در مقیاس بزرگ با استفاده از آموزش و یا برای ترغیب افراد به پذیرفتن اعمال پایدار به وسیله‌ی تبلیغ تکیه دارد. تمام ورودی‌ها و مداخلات باید بر روی اهداف اصلی و پایانی متمرکز باشند. عوامل مؤثر بر تغییر رفتار می‌تواند از سطح فردی آغاز و در نهایت در سطح جامعه گسترش یابد. در سوی دیگر می‌تواند هدف نهایی افزایش دانش و آگاهی باشد و یا تغییر رفتار هدف نهایی مداخلات باشد. رفتار جدید مرحله آخر روی زنجیره از توجه به تغییر رفتار است. از آنجاکه موانع رفتاری ممکن است بین تمام مراحل قبل رخ دهد، دستیابی به این کار از طریق فعالیت‌های ارتباطی بسیار دشوارتر از، به‌عنوان مثال، افزایش دانش است (رو و همکاران، ۲۰۱۳). تغییر رفتار در یک شبکه پیچیده‌ای از عوامل تأثیرگذار قرار دارد. مطالعات بی‌شماری ثابت کرده‌اند که آموزش به تنهایی تأثیر اندکی بر رفتار پایدار دارد و گاهی حتی کاملاً بی‌تأثیر است. موانع گوناگون می‌توانند افراد را از مشارکت در یک رفتار پایدار باز دارند و فقدان شناخت و رویکردهایی که از مشارکت در فعالیت حمایت می‌کنند تنها دو مورد از این موانع هستند (جوادی یگانه و صادقی، ۱۳۹۱).

اگر بین باورهای شخصی، ارزش‌ها و اعمال سازگاری باشد، انتظار می‌رود انگیزش بیشتر شود. هنگامی که بین رفتار فعلی و ارزش‌های قوی افراد ناسازگاری وجود داشته باشد، انتظار می‌رود افراد رفتارشان را برای حل این تعارض تغییر دهند. اگر فردی اعتقاد داشته باشد که سلامتی برایش ارزشمند است و ببیند که رفتارش با این ارزش در تضاد است، یک واکنش خود تنظیمی رخ می‌دهد که به تغییر رفتار منجر می‌شود. با درگیر شدن مخاطب هدف با رفتار جدید عادت‌های مثبت در زندگی او شکل می‌گیرد. اگر فعالیت بدنی به شکل گروهی انجام شود دیدن دوستان به ارزشی برای سالمند تبدیل می‌شود که احتمال ادامه رفتار هدف را ممکن می‌سازد. به افراد کمک کنیم تا خود را به عنوان فردی ورزشکار تلقی کنند که به فعالیت‌های خود توجه دارند. باور به اینکه رفتار هدف سودمند است، احتمال ترک رفتار را کم می‌کند. پیامدهای ناشی از رفتار جدید نیز که به شکل جسمانی و روانی، توسعه روابط و اثرات آن در اجتماع نمایان می‌شود، نشان از این است که جامعه هدف فعال و پویا است.

تعهد یکی از ابزارهای پایداری رفتار شناسایی شد، بر طبق پژوهش‌ها هنگامی که افراد با یک درخواست اولیه همراهی می‌کنند غالباً نحوه درک خودشان را از خود تغییر می‌دهند و نکته بعدی اینکه ما تمایل قوی داریم که از نگاه دیگران سازگار تلقی شویم. در واقع، جامعه ما بر سازگاری تأکید دارد و به افرادی که ناسازگار هستند غالباً با نگاهی منفی نگریسته می‌شود. تعهدات عمومی و گروهی تأثیر بیشتری نسبت به تعهدات فردی ایجاد می‌کند. در نتیجه می‌توان از فعالیت‌های گروهی برای انجام فعالیت بدنی توسط سالمندان استفاده کرد. اما تأکید شده است که تعهد باید به صورت

داوطلبانه اخذ شود. به عبارت دیگر، تنها زمانی به دنبال اخذ تعهد باشید که افراد به یک فعالیت تعهد دارند (جوادی یگانه و صادقی، ۱۳۹۱).

فعالیت بدنی می‌تواند به عنوان روشی کم هزینه و سالم برای پیشگیری از بروز مشکلات مربوط به سالمندان به آن پرداخته شود. افزایش سالمندان از یک سو و تغییر در شیوه زندگی آنان از سوی دیگر توجه به این قشر را ضروری کرده است. بازاریابان اجتماعی با حمایت‌های اجتماعی و سیاسی می‌توانند با برگزاری کمپین‌های ارتباطی و آگاه نمودن سالمندان و خانواده‌هایشان از مخاطره‌آمیز بودن عدم تحرک و ایجاد زیرساخت‌های مناسب در مشارکت هر چه بیشتر آن‌ها در فعالیت‌های بدنی نقش داشته باشند. بر طبق چارچوب به دست آمده دستیابی به این هدف باید نیازها و خواسته‌های گروه مخاطب شناخته شود. مخاطب هدف تنها در صورت اعتقاد به سودمند بودن یک عمل، دست به آن می‌زند. به همین دلیل راهبردهای ترغیب در بازاریابی اجتماعی، همواره با درک نیازها و خواسته‌ها، ارزش‌ها و تلقی‌های مخاطب آغاز می‌شود. بازاریاب اجتماعی معمولاً با مخاطبان هدف خود مانند بازارهای انبوه رفتار نمی‌کند بلکه همگن کردن مخاطب هدف، احتمال موفقیت برنامه را بالا می‌برد. بازاریاب اجتماعی باید با ارائه راهکارهایی با رفتارهای رقیب به رقابت پردازد و یا ارائه محصولات جذاب سالمندان را به رفتارهای جایگزین ترغیب کند.

با توجه به مدل بدست آمده در پژوهش می‌توان مسیری را برای افزایش فعالیت بدنی از نگاه بازاریابی ترسیم کرد. در بحث ارتقای فعالیت بدنی سالمندان از طریق بازاریابی اجتماعی در ابتدا باید به الزامات مربوط به استفاده از بازاریابی اجتماعی جهت افزایش فعالیت بدنی پرداخت. اینکه چرا نیاز به استفاده از این رویکرد در ورزش وجود دارد؛ در دوره‌ای که فقر حرکتی و بیماری‌های ناشی از آن رو به افزایش است و توجه و نگرش سالمندان نسبت به فعالیت بدنی مناسب نیست و در دنیایی که سطح سلامت به عنوان شاخص توسعه یافتگی کشورها مطرح می‌باشد و اهمیت آن در توسعه پایدار بالاست ولی میزان فعالیت بدنی مناسب که با هدف افزایش سلامتی افراد باشد در کشور بالا نیست. پرداختن به فعالیت بدنی و ورزش به عنوان یک نیاز در سبد هزینه خانوار احساس می‌شود. با توجه به اینکه افراد از لحاظ درآمدی، موقعیت جغرافیایی، عوامل روان‌شناختی و فرهنگی متفاوت هستند باید نگاه بازاریابی را به کاربرد و با توجه به بخش‌های مختلف هدف‌گذاری کرده که این هدف‌گذاری می‌تواند توسط سازمان‌های مختلف به شکل خاص برنامه شود و افراد را به سمت فعالیت بدنی سوق داد و آن‌ها را در موقعیت فعلی حفظ کرد. توجه هم‌زمان به عوامل فردی، بین فردی و محیطی به منظور مشارکت در فعالیت بدنی سبب ایجاد هم‌افزایی می‌شود. و در نهایت امر با توجه به مدل بدست آمده با اجرای راهبردها می‌توان سالمندانی فعال‌تر، با ارتباطات اجتماعی بالا و هزینه‌های پایین‌تر درمانی خواهیم داشت.

۴-۵ پیشنهادات اجرایی برخاسته از پژوهش

بر اساس یافته‌های پژوهش و راهبردهای بدست آمده این پیشنهادات به بخش‌های مختلف اجرایی ارائه می‌گردند:

- ✓ تدوین منابع آموزشی معتبر برای آموزش تمرینات ورزشی
- ✓ تخصیص بودجه کافی و متناسب با گروه‌های مختلف سالمندان برای فعالیت بدنی
- ✓ تصویب قوانینی که از تاسیس مجموعه‌های ورزشی ویژه سالمندان حمایت کنند.
- ✓ تشکیل شورای عالی ورزش سالمندی با همکاری بین سازمان‌ها و با تعاملات سازمانی
- ✓ تربیت مربیان ویژه کار با سالمندان
- ✓ فعال بودن کمیته یا انجمن ورزش سالمندی
- ✓ سازماندهی و برگزاری رویدادهای ورزش همگانی ویژه سالمندان
- ✓ تعامل با پزشکان به منظور افزایش سهم فعالیت بدنی در تجویزهای پزشکی
- ✓ سالم سازی و ایمن سازی فضای شهری و پارک‌ها برای سالمندان
- ✓ عرضه خدمات مشاوره‌ی ورزشی ویژه سالمندان در کمپین‌های محلی
- ✓ توجه رسانه به ورزش سالمندی و تبلیغ و ترویج مشارکت در فعالیت بدنی
- ✓ استفاده از پیام‌های تبلیغاتی در سطح شهر با تمرکز بر فعالیت بدنی سالمندان
- ✓ برگزاری کلاس‌های آموزشی ویژه سالمندان جهت آموزش تمرینات تخصصی
- ✓ ارائه برنامه‌های جذاب و خلاقانه برای جذب سالمندان به شرکت در فعالیت‌ها
- ✓ ارائه تخفیف‌های مالی همچون ارائه یارانه و کارت‌های تخفیف ویژه سالمندان

۵-۵ پیشنهادها برای پژوهش‌های آتی

- ✓ با توجه به مؤلفه‌ها و راهکارهای شناسایی شده در این پژوهش پیشنهاد می‌شود آن را به صورت تجربی میدانی مورد استفاده قرار دهند. به این شکل که افراد را به گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم کرده و با توجه به مفاهیم شناسایی شده آن‌ها را مورد ارزیابی قرارداد.
- ✓ با توجه به اینکه ارائه برنامه بر اساس ویژگیهای مخاطب هدف در موفقیت بازاریابی اجتماعی بسار تاثیرگذار است. انجام تحقیقی مشابه با تمرکز بر بخش بندی مخاطب بر حسب جنسیت.
- ✓ انجام پژوهش تکوینی به منظور اطلاع از ویژگی‌ها، نیازها و خواسته‌های مخاطب هدف (سالمندان) به منظور طراحی مؤثر مداخلات.
- ✓ شناسایی مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی به منظور ارتقای فعالیت بدنی در سایر گروه‌های سنی.

سوتا

منابعی که در مرور نظامند بررسی شدند

1. DiGuseppi CG, Thoreson SR, Clark L, Goss CW, Marosits MJ, Currie DW, et al. Church-based social marketing to motivate older adults to take balance classes for fall prevention: Cluster randomized controlled trial. Preventive medicine. 2014;67:75-81.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174351400245X>
2. Kamada M, Kitayuguchi J, Inoue S, Ishikawa Y, Nishiuchi H, Okada S, et al. A community-wide campaign to promote physical activity in middle-aged and elderly people: a cluster randomized controlled trial. IJBNPA. 2013;10(1):44.
<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-10-44>
3. Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araujo T, Andrade E, de Oliveira LC, et al. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita Sao Paulo experience. PHN. 2002;5(1a):253-61.
<https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/promotion-of-physical-activity-in-a-developing-country-the-agita-sao-paulo-experience/C5A8E9A2FA98E1091B1122F98059572A>
4. Reger-Nash B, Bauman A, Cooper L, Chey T, Simon KJ. Evaluating communitywide walking interventions. Evaluation and Program Planning. 2006;29(3):251-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718906000590>
5. Richert ML, Webb AJ, Morse NA, O'Toole ML, Brownson CA. Move More Diabetes. TDE. 2007;33(S6):179S-84S.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145721707304172?journalCode=tdea>
6. Russell C, Oakland MJ. Nutrition education for older adults: the Chef Charles Club. JNEB. 2007;39(4):233-4.
[https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(07\)00116-9/abstract](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(07)00116-9/abstract)
7. Tan EJ, Tanner EK, Seeman TE, Xue Q-L, Rebok GW, Frick KD, et al. Marketing public health through older adult volunteering: experience corps as a social marketing intervention. AJPH. 2010;100(4):727-34.
<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2009.169151>
8. van Esch P, Duffy SM, Teufel J, Northey G, Elder E, Frethey-Bentham C, et al. ExerStart: helping seniors be active and independent for less. JSOCM. 2019;9(2):146-160.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JSOCM-06-2018-0065/full/html>

۹. اسحاقی، س.ر؛ محمودیان، س.ا؛ عسگریان، ر و سهرابی، آ. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مبتنی برآموزه های دینی بر فعالیت بدنی سالمندان. *آموزش در علوم پزشکی، سال دهم (۵)*, ۱۲۸۱
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=142419>

پوست ۲

منابعی که در فراترکیب بررسی شدند

نشریه	نام محقق	عنوان تحقیق	سال
Preventive Medicine	Carolyn G. DiGiuseppi a, Sallie R. Thoresonb, Lauren Clark c, CynthiaW. Goss a, Mark J. Marosits d, Dustin W. Currie a, Dennis C. Lezotte e	Church-based social marketing to motivate older adults to take balance classes for fall prevention: Cluster randomized controlled trial	۲۰۱۴
American Journal of Public Health	Erwin J. Tan, MD, Elizabeth K. Tanner, PhD, RN, Teresa E. Seeman, PhD, Qian-Li Xue, PhD, George W. Rebok, PhD, Kevin D. Frick, PhD, Michelle C. Carlson, PhD, Tao Wang, MS, Rachel L. Piferi, PhD, Sylvia McGill, BA, Keith E. Whitfield, PhD, and Linda P. Fried, MD, MPH	Marketing Public Health Through Older Adult Volunteering: Experience Corps as a Social Marketing Intervention	۲۰۱۰
Journal of Asthma & Allergy Educators	Uwana Evers, BPsych (Hons) BCom, Sandra C. Jones, PhD, Peter Caputi, PhD, and Don Iverson, PhD	Promoting Asthma Awareness to Older Adults: Formative Research for a Social Marketing Campaign	۲۰۱۳
International Journal of Public Administration	Edson Coutinho Da Silva & José Afonso Mazzon	Developing Social Marketing Plan for Health Promotion	۲۰۱۶
Journal of Health Communication	Nadina Raluca Luca & L. Suzanne Suggs	Theory and Model Use in Social Marketing Health Interventions	۲۰۱۳
Electronic Physician	Seyed Vahid Ahmadi Tabatabaei ¹ , Hassan Eftekhari Ardabili ² , Ali Akbar Haghdoost ³ , Nouzar Nakhaee ⁴ , Mohsen Shams ⁵	Promoting physical activity in Iranian women: A qualitative study using social marketing	۲۰۱۷
Ageing Research Reviews	Veerle Baerta,b, Ellen Gorusa,b,c, Tony Metsa,b,c, Christel Geerts a,b, Ivan Bautmans	Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review	۲۰۱۱

Social Marketing Quarterly	Adrian Kammer ¹ , Sebastian Niessen ¹ , Lukas Schmid ¹ , and Norina Schwendener ¹	Finding One's Way on the Roads to Social Change: The Metamodel of the Impact of FOPH Communication Campaigns	۲۰۱۶
Social Marketing Quarterly	Matthew Wood	Social Marketing for Social Change	۲۰۱۶
مدیریت سلامت	عظیم زارعی / داوود فیض / مصطفی رضایی راد	ارائه مدل عوامل مؤثر بر اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت	۱۳۹۵
Health Marketing Quarterly	Sharyn Rundle-Thiele, Krzysztof Kubacki & Naomi Gruneklee	Perceived benefits and barriers of physical activity: A social marketing formative study	۲۰۱۶
SAGE Publications	Nancy R. Lee, Philip Kotler	Social Marketing Behavior Change for Social Good (part 2-4)	۲۰۰۸
SAGE Publications	Nancy R. Lee, Philip Kotler	Social Marketing Behavior Change for Social Good (appendix c)	۲۰۰۸
مجله علوم پزشکی خراسان شمالی	سارا جورکش، رسول نظری	تبیین الگوی ورزش سالمندی ایران	۱۳۹۸
مطالعات مدیریت ورزشی	احسان ططری، محمد احسانی، هاشم کوزه چیان، رسول نوروزی سیدحسینی	طراحی مدل الزامات پیاده سازی بازاریابی اجتماعی در ورزشهای تفریحی کشور با استفاده از نظریه داده بنیاد	۱۳۹۸
Qualitative Research in Sport, Exercise and Health	Helena Ericson, Mikael Quennerstedt, Therése Skoog & Mattias Johansson	Health resources, ageing and physical activity: a study of physically active women aged 69–75 years	۲۰۱۷
American journal of preventive medicine	Lisa Sheppard, MA, Jane Senior, BS, Chae Hee Park, MS, Robin Mockenhaupt, PhD, Wojtek Chodzko-Zajko, PhD, Terry Bazzarre, PhD	Strategic Priorities for Increasing Physical Activity Among Adults Aged >50	۲۰۰۳
Journal of Public Policy & Marketing	Alan R. Andreasen	Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace	۲۰۰۲
Public health and social	Krzysztof Kubacki, Erin Hurley, Sharyn Robyn Rundle-Thiele	A systematic review of sports sponsorship for public health and social marketing	۲۰۱۷

marketing			
Journal of Social Marketing	Patrick van Esch and Sarah Maree Duffy, James Teufel, Gavin Northey, Edward Elder. Catherine Frethey-Bentham, Thomas B. Cook, Jonas Heller	ExerStart: helping seniors be active and independent for less	٢٠١٩
Social Marketing Quarterly	Haruka Fujihira ¹ , Krzysztof Kubacki ¹ , Rimante Ronto ² , Bo Pang ¹ , and Sharyn Rundle-Thiele	Social Marketing Physical Activity Interventions Among Adults 60 Years and Older: A Systematic Review	٢٠١٥
The Diabetes Educator	Melissa L. Richert, Alison Jones Webb, Natalie A. Morse, Mary L. O'Toole, Carol A. Brownson	Move more diabetes: Using lay health educators to support physical activity in a community-based chronic disease self-management program	٢٠٠٧
Family & community health	Bill Reger-Nash, EdD; Adrian Bauman, MD, PhD; Steven Booth-Butterfield, EdD; Linda Cooper, MSW, LCSW; Holli Smith, MS, MSW; Tien Chey, MAppStat; Kenneth J. Simon, EdD	Wheeling Walks: Evaluation of a Media-Based Community Intervention	٢٠٠٥
International Review of Sport and Exercise Psychology	Amy M. Gayman, Jessica Fraser-Thomas, Rylee A. Dionigi, Sean Horton & Joseph Baker	Is sport good for older adults? A systematic review of psychosocial outcomes of older adults' sport participation	٢٠١٧
Journal of nutrition education and behavior	Carlene Russell, Mary Jane Oakland	Nutrition Education for Older Adults: The Chef Charles Club	٢٠٠٧
American Journal of Public Health	Erwin J. Tan, MD, Elizabeth K. Tanner, PhD, RN, Teresa E. Seeman, PhD, Qian-Li Xue, PhD, George W. Rebok, PhD, Kevin D. Frick, PhD, Michelle C. Carlson, PhD, Tao Wang, MS, Rachel L. Piferi, PhD, Sylvia McGill, BA, Keith E. Whitfield, PhD, and Linda P. Fried, MD, MPH	Marketing Public Health Through Older Adult Volunteering: Experience Corps as a Social Marketing Intervention	٢٠١٠
Public Health Nutrition	Victor Matsudo*, Sandra Matsudo, Douglas Andrade, Timoteo Araujo, Erinaldo Andrade, Luis Carlos de	Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience	٢٠٠٠

	Oliveira and Glaucia Braggion		
Journal of Physical Activity and Health	Xia, Yuan Deshpande, Sameer Bonates, Tiberius	Effectiveness of social marketing interventions to promote physical activity among adults: a systematic review	٢٠١٦
Journal of Social Issues	Doug McKenzie-Mohr	Promoting Sustainable Behavior: An Introduction to Community-Based Social Marketing	٢٠٠٠
American Journal of Preventive Medicine	Akke K. van der Bij, MSc, Miranda G.H. Laurant, MSc, Michel Wensing, PhD	Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults A Review	٢٠٠٢
Journal of Health Education	Rosemary Thackeray PhD, MPH & Brad L. Neiger PhD, CHES	Establishing a Relationship between Behavior Change Theory and Social Marketing: Implications for Health Education	٢٠١٣
Research and Theory for Nursing Practice Chase	Chase, Jo-Ana D., MN, APRN-BC	Physical Activity Interventions Among Older Adults: A Literature Review	٢٠١٣
JOURNAL OF AGING AND HEALTH	LINDA NICHOLS, JENNIFER MARTINDALE-ADAMS, ROBERT BURNS, DAVID COON, MARCIA ORY	Social Marketing as a Framework for Recruitment: Illustrations From the REACH Study	٢٠٠٤
SAGE Publications	French, Jeff, and Ross Gordon.	Strategic Social Marketing: For Behaviour and Social Change. (chapter 15)	٢٠١٩
SAGE Publications	French, Jeff, and Ross Gordon.	Strategic Social Marketing: For Behaviour and Social Change. (chapter 6)	٢٠١٩
Marketing Intelligence & Planning	Naomi Gruneklee, Sharyn Rundle-Thiele, Krzysztof Kubacki	What can social marketing learn from Dirichlet theory patterns in a physical activity context?	٢٠١٦
Social Marketing Quarterly	Nancy R. Lee	Corporate Social Marketing: Five Key Principles for Success	٢٠١٦
International Journal of Public Administration	Edson Coutinho Da Silva & José Afonso Mazzon	Developing Social Marketing Plan for Health Promotion	٢٠١٦
	https://www.i-socialmarketing.org/index.php?option=com_content&view=art	International social marketing association	٢٠١٧

	icle&id=221:2017-isma-annual-report&catid=20:about&Itemid=111#.XpNZ18gzbIU		
	https://www.i-socialmarketing.org/index.php?option=com_content&view=article&id=131:tools-for-personal-health-promotion-interventions-using-telephone-and-web-based-technologies&catid=23:isma-news-desk&Itemid=119#.XpNe-sgzbIU	International social marketing association	
نشریه سالمند	مجتبی احمدی، محمدعلی نودهی، محسن اسمعیلی، علی صدراللهی	مقایسه کیفیت زندگی زنان سالمند فعال و غیرفعال با تأکید بر فعالیتهای بدنی	۱۳۹۶
Social Marketing Quarterly	Scott, Jenny E Higgins, Joan Wharf	Upstream social marketing: Exploring the experiences of recreation professionals in delivering physical activity to low-income citizens	۲۰۱۲
Innovation in aging	Lachman, Margie E Lipsitz, Lewis Lubben, James Castaneda-Sceppa, Carmen Jette, Alan M	When adults don't exercise: Behavioral strategies to increase physical activity in sedentary middle-aged and older adults	۲۰۱۸
International journal of behavioral nutrition and physical activity	Middelweerd, Anouk Mollee, Julia S van der Wal, C Natalie Brug, Johannes Te Velde, Saskia J	Apps to promote physical activity among adults: a review and content analysis	۲۰۱۴

منبع

۱. آثار، ش؛ جلال پور، ش؛ ایوبی، ف؛ رحمانی، م ر و رضائیان، م. (۱۳۹۵) "پریزما؛ موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری و فراتحلیلها" *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۱۵، ص ۸۰-۶۳.
۲. اسحاقی، س ر؛ محمودیان، س ا؛ عسگریان، ر و سهرابی، آ (۱۳۸۹). "تأثیر آموزش مبتنی بر آموزه‌های دینی بر فعالیت بدنی سالمندان" *آموزش در علوم پزشکی*، سال دهم، شماره ۵، ص ۱۲۸۱-۱۲۹۵.
۳. آصفی، ا ع؛ خبیری، م و اسدی دستجردی، ح. (۱۳۹۷). عوامل موثر در نهادینه کردن ورزش همگانی در ایران: عوامل فردی، مدیریت ورزشی، سال دهم، شماره ۳.
۴. امیرصدری، آ و سلیمانی، ح (۱۳۸۴) "بررسی پدیده سالمندی در ایران و پیامدهای آن" *مجله تحقیقات نظام سلامت*، سال اول، دوره ۲.
۵. امیری، ف و قاسمی، س (۱۳۹۱). "بازاریابی اجتماعی" چاپ اول، ارکان دانش، اصفهان.
۶. امینی، م؛ حیدری نژاد، ص و ازمشا، ط (۱۳۹۵). "رتبه بندی عوامل تسهیل کننده مشارکت سالمندان شهر اهواز در فعالیت بدنی به روش TOPSIS مدیریت ورزشی، سال هشتم، شماره ۴، ص: ۵۴۰-۵۲۷.
۷. جوادی پور، م و رهبری، س (۱۳۹۶). "شناسایی مولفه های موثر بر سیاستگذاری ورزش همگانی ایران" *سیاست نامه علم و فناوری*، سال هفتم، ص: ۷۷-۸۲.
۸. خنیفر، ح و مسلمی، ن (۱۳۹۷) "اصول و مبانی روش‌های پژوهش کیفی" جلد دوم، چاپ دوم، نگاه دانش، تهران، ص ۴۹۸.
۹. درخشان، س ع. (۱۳۹۴) "ارتباط بازاریابی اجتماعی با گرایش به ورزش همگانی با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده"، پایان نامه کارشناسی ارش، دانشگاه تهران
۱۰. رحمانی، ا؛ صالحی، ج؛ آذرشین، م و بخشی نیا، ط (۱۳۹۰) "نقش انگیزش بیرونی و دورنی در گرایش بزرگسالان به فعالیت جسمانی" *مجله رشد و یادگیری حرکتی*، سال سوم، دوره ۷، ص: ۵۷-۶۰.
۱۱. رضایی پندری، ح و محمدی کشاورز، ن (۱۳۹۳) "کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت: مطالعه‌ای مروری" *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، سال دوم، شماره ۲.
۱۲. رمضانی، ی؛ کرباسیان، ن و مباحثی، م (۱۳۹۷). "بررسی وضعیت فعالیت جسمانی زنان میانسال و عوامل مرتبط با آن سال" *دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، سال بیستم، ص: ۲۱-۱۵.
۱۳. روزبهانی، م؛ کامکاری، ک و میرزاپور، ع ا (۱۳۹۳). "بررسی عوامل مؤثر بر موانع مشارکت زنان سالمند در فعالیت‌های ورزشی تفریحی استان البرز" *مطالعات مدیریت رفتار سازمانی در ورزش*، سال اول، شماره ۲، ص: ۴۲-۳۳.
۱۴. سجادی، ح و بیگلریان، ا (۱۳۸۶). "کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک" *مجله پایش*، سال ششم، شماره ۲، ص ۱۰۵-۱۲۰.
۱۵. سید جوادین، س ر؛ صفری، ح و ابراهیمی، ع (۱۳۹۵). "ارائه چارچوبی برای شناسایی ریسک‌های راهبرد در شرکت‌های هولدینگ سرمایه گذاری" *مدیریت بازرگانی*، سال هشتم، ص: ۱۱۶-۸۹.
۱۶. شعبانی، ع؛ غفوری، ف و هنری، ح (۱۳۹۳). "مطالعه سیاست‌ها و رهبردهای ورزش همگانی نظام جامع توسعه ورزش کشور" *مطالعات مدیریت ورزشی*، سال ششم، شماره ۲۷، ص: ۳۰-۱۵.

۱۷. صابری، ع؛ باقری، ق؛ یزدانی، ح ر؛ علی دوست قهفرخی، ا و قربانی، م ح (۱۳۹۸). "طراحی مدل آمیخته بازاریابی اجتماعی جهت توسعه ورزش همگانی" مدیریت و توسعه ورزش، سال هشتم، ص: ۴۱-۵۰.
۱۸. ططری، ا؛ احسانی، م؛ کوزه چیان، ه و نوروزی سیدحسینی، ر. (۱۳۹۸) "طراحی مدل الزامات پیاده سازی بازاریابی اجتماعی در ورزش های تفریحی کشور با استفاده از نظریه داده بنیاد" مطالعات مدیریت ورزشی، سال یازدهم، ۱۷-۳۴.
۱۹. ططری، ا؛ احسانی، م؛ نوروزی سید حسینی، ر و کوزه چیان، ه. (۱۳۹۸) "طراحی مدل مشارکت در ورزش های تفریحی با رویکرد بازاریابی اجتماعی" پژوهش های کاربردی در مدیریت ورزشی، سال هفتم، شماره ۴، ص: ۸۷-۹۸.
۲۰. قهرمانی، ل؛ نیکنامی، ش ا؛ موسوی، م ط؛ حیدرنیا، ع؛ کریم زاده شیرازی، ک و بابایی، غ (۱۳۸۷). "ارتقاء فعالیت های جسمانی مردان سالمند بر اساس مدل مراحل آمادگی" /رمغان دانش، سال سیزدهم، شماره ۱، ص: ۹۰-۷۷.
۲۱. کاوه، م ح؛ دارابی، ف؛ نظری، م؛ طباطبایی، س ح ر و شریفی راد، غ. (۱۳۹۲) "شهروندی در مدارس: یک مطالعه توصیفی مبتنی بر نظریه عمل منطقی" مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هشتم، شماره پنجم، ص ۸۵۷-۸۶۵.
۲۲. متفکر، م؛ صدریافقی، سم؛ رفیعی، م؛ بهادرزاده، ل؛ نماینده، سم؛ کریمی، م و عبدلی، ع. (۱۳۸۶) "بررسی اپیدمیولوژی میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری استان یزد" نشریه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پیاپی ۷۶، شماره ۴.
۲۳. مجدزاده، ر؛ رشیدیان، آ؛ شمس، م؛ شجاعی زاده، د و منتظری، ع (۱۳۹۰). "استفاده از الگوی بازاریابی اجتماعی برای کاهش رفتارهای خطرناک رانندگی در رانندگان تاکسی شهر تهران" دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال نهم، شماره ۲، ص ۳۷-۲۱.
۲۴. مخلص، س. (۱۳۹۷) "مدل بازاریابی اجتماعی ارتقاء مشارکت میانسالان در فعالیت بدنی منظم" رساله دکتری، دانشگاه خوارزمی.
۲۵. مرادی، س؛ خالدیان، م و مصطفایی، ف (۱۳۹۳). "نقش ورزش در توسعه ارتباطات میان فرهنگی و اجتماعی" نشریه مدیریت ارتباطات در رسانه های ورزشی، سال اول، شماره ۴، ۵۵-۶۱.
۲۶. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۷) برگرفته از سایت www.Amar.org.ir
۲۷. مکنزی مور، د و اسمیت، و آ (۱۳۹۲). "پروورش رفتار پایدار" جلد اول، جوادی یگانه، م ر و صادقی، ع، چاپ اول، نشر علم، تهران.
۲۸. مؤمنان، ا ع؛ دلشاد، م؛ میرمیران، پ؛ قنبریان، ا؛ صفرخانی، م و عزیزی، ف (۱۳۹۰). "مطالعه ی قند و لیپید تهران: میزان کم تحرکی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بزرگسال تهرانی" مجله عدد درون ریز و متابولیسم ایران، سال ۱۳، شماره ۵، ص ۴۹۳-۵۱۰.
۲۹. نوربخش، م؛ فرخی، ا؛ خاکپور، س و فراهانی، ه (۱۳۸۹). "مقایسه انگیزه شرکت زنان و مردان سالمند شهر تهران در فعالیت بدنی" رشد و یادگیری حرکتی ورزشی، سال دوم، شماره ۵، ص: ۴۹-۶۹.
۳۰. یوسفوند، م. (۱۳۹۶) "مطالعه نقش بازاریابی اجتماعی 7p در توسعه ورزش همگانی استان لرستان"، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

31. Alhosseini Almodarresi, S. M., Shahadati, A., & Ardekani, S. S. (2020). Social Marketing Interventions in Iran: A Systematic Review; 2002–2017. *Social Marketing Quarterly*, 26(1), 47-61.

32. Altmann-Richer, L. (2017). Physical activity tracking in private insurance: A prospective framework for the policy implications of. *Preventive Medicine*, 51(6), 471-475.
33. Andreasen, A. R. (1994). Social marketing: Its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108-114.
34. Andreasen, A. R. (1995). Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment: San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
35. Andreasen, A. R. (2002). Marketing social marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3-13.
36. Andreyeva, T., & Sturm, R. (2006). Physical activity and changes in health care costs in late middle age. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(s1), S6-S19.
37. Ashe, M. C., Miller, W. C., Eng, J. J., & Noreau, L. (2009). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology*, 55(1), 64-72.
38. Barnett, I., Guell, C., & Ogilvie, D. (2012). The experience of physical activity and the transition to retirement: a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 97.
39. Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., Martin, B. W., et al. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The lancet*, 380(9838), 258-271.
40. Beck, F., Gillison, F., & Standage, M. (2010). A theoretical investigation of the development of physical activity habits in retirement. *British journal of health psychology*, 15(3), 663-679.
41. Bench, S., & Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: a meta-synthesis of qualitative research. *International journal of nursing studies*, 47(4), 487-499.
42. Biedenweg, K., Meischke, H., Bohl, A., Hammerback, K., Williams, B., Poe, P., et al. (2014). Understanding older adults' motivators and barriers to participating in organized programs supporting exercise behaviors. *The journal of primary prevention*, 35(1), 1-11.
43. Blitstein, J. L., Cates, S. C., Hersey, J., Montgomery, D., Shelley, M., Hradek, C., et al. (2016). Adding a social marketing campaign to a school-based nutrition education program improves children's dietary intake: a quasi-experimental study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(8), 1285-1294.
44. Bock, B. C., Linke, S. E., Napolitano, M. A., Clark, M. M., Gaskins, R. B., & Marcus, B. H. (2014). Exercise initiation, adoption, and maintenance in adults: Theoretical models and empirical support.
45. Brennan, L., Previte, J., & Fry, M.-L. (2016). Social marketing's consumer myopia. *Journal of Social Marketing*.
46. Carins, J. E., & Rundle-Thiele, S. R. (2014). Eating for the better: A social marketing review (2000–2012). *Public health nutrition*, 17(7), 1628-1639.
47. Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health rep*, 100(2), 126-131.
48. Clark, B. K., Sugiyama, T., Healy, G. N., Salmon, J., Dunstan, D. W., Shaw, J. E., et al. (2010). Socio-demographic correlates of prolonged television viewing time in

- Australian men and women: the AusDiab study. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(5), 595-601.
49. Codogno, J. S., Turi, B. C., Kemper, H. C., Fernandes, R. A., Christofaro, D. G. D., & Monteiro, H. L. (2015). Physical inactivity of adults and 1-year health care expenditures in Brazil. *International journal of public health*, 60(3), 309-316.
 50. Collins, M. F. (2011). Leisure cards in England: an unusual combination of commercial and social marketing? *Social Marketing Quarterly*, 17(2), 20-47.
 51. Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of internal medicine*, 126(5), 376-380.
 52. Craig Lefebvre, R., & Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health education quarterly*, 15(3), 299-315.
 53. Da Silva, E. C., & Mazzon, J. A. (2016). Developing social marketing plan for health promotion. *International Journal of Public Administration*, 39(8), 577-586.
 54. Dahl, S., Eagle, L., & Ebrahimjee, M. (2013). Golden moves: Developing a transtheoretical model-based social marketing intervention in an elderly population. *Social Marketing Quarterly*, 19(4), 230-241.
 55. Deshpande, S., Berry, T. R., Faulkner, G. E., Latimer-Cheung, A. E., Rhodes, R. E., & Tremblay, M. S. (2015). Comparing the influence of dynamic and static versions of media in evaluating physical-activity-promotion ads. *Social Marketing Quarterly*, 21(3), 135-141.
 56. Dietrich, T., Rundle-Thiele, S., Schuster, L., Drennan, J., Russell-Bennett, R., Leo, C., et al. (2015). Differential segmentation responses to an alcohol social marketing program. *Addictive behaviors*, 49, 68-77.
 57. DiGuseppi, C. G., Thoreson, S. R., Clark, L., Goss, C. W., Marosits, M. J., Currie, D. W., et al. (2014). Church-based social marketing to motivate older adults to take balance classes for fall prevention: Cluster randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 67, 75-81.
 58. Donovan, R., & Henley, N. (2003). Principles of communication and persuasion. *Social Marketing. Principles & Practice. Melbourne: IP Communications*.
 59. Donovan, R., & Henley, N. (2010). *Principles and practice of social marketing: an international perspective*: Cambridge University Press.
 60. Evans, W. D. (2006). How social marketing works in health care. *Bmj*, 332(7551), 1207-1210.
 61. Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., et al. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330(25), 1769-1775.
 62. Finnell, K. J., John, R., & Thompson, D. M. (2017). 1% low-fat milk has perks!: An evaluation of a social marketing intervention. *Preventive medicine reports*, 5, 144-149.
 63. Flatt, T. (2012). A new definition of aging? *Frontiers in genetics*, 3, 148.
 64. Fletcher, G. F., Landolfo, C., Niebauer, J., Ozemek, C., Arena, R., & Lavie, C. J. (2018). Promoting physical activity and exercise: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), 1622-1639.
 65. Folsom, A. R., Caspersen, C. J., Taylor, H. L., JACOBS JR, D. R., Luepker, R. V., Gomez-marin, O., et al. (1985). Leisure time physical activity and its relationship to coronary risk factors in a population-based sample: the Minnesota Heart Survey. *American Journal of Epidemiology*, 121(4), 570-579.
 66. Forbes, H., Fichera, E., Rogers, A., & Sutton, M. (2017). The effects of exercise and relaxation on health and wellbeing. *Health economics*, 26(12), e67-e80.

67. Forkan, R., Pumper, B., Smyth, N., Wirkkala, H., Ciol, M. A., & Shumway-Cook, A. (2006). Exercise adherence following physical therapy intervention in older adults with impaired balance. *Physical therapy*, 86(3), 401-410.
68. Forthofer, M. S., & Bryant, C. A. (2000). Using audience-segmentation techniques to tailor health behavior change strategies. *American Journal of Health Behavior*, 24(1), 36-43.
69. French, D. P., Olander, E. K., Chisholm, A., & Mc Sharry, J. (2014). Which behaviour change techniques are most effective at increasing older adults' self-efficacy and physical activity behaviour? A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 225-234.
70. French, J., & Blair-Stevens, C. (2010). Using social marketing to develop policy, strategy, and operational synergy. *Social Marketing and Public Health: Theory and Practice*, 67-79.
71. French, J., & Gordon, R. (2019). *Strategic Social Marketing: For Behaviour and Social Change*: SAGE Publications Limited.
72. Fujihira, H., Kubacki, K., Ronto, R., Pang, B., & Rundle-Thiele, S. (2015). Social marketing physical activity interventions among adults 60 years and older: a systematic review. *Social Marketing Quarterly*, 21(4), 214-229.
73. Glaser, B., & STRUASS, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory* (Chicago IL Aladine).
74. Goetzel, R. Z. (2009). Do prevention or treatment services save money? The wrong debate. *Health Affairs*, 28(1), 37-41.
75. Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? *Public health*, 120(12), 1133-1139.
76. Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 319-339.
77. Gronroos, C. (1994). From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing. *Asia-Australia Marketing Journal*, 2(1), 9-29.
78. Gummesson, E. (1987). The new marketing—developing long-term interactive relationships. *Long range planning*, 20(4), 10-20.
79. Hall, G. M., & Sestak, Z. (2003). *How to write a paper*: Wiley Online Library.
80. Harrison, G. G., Kim, L. P., & Kagawa-Singer, M. (2007). Peer Reviewed: Perceptions of Diet and Physical Activity Among California Hmong Adults and Youths. *Preventing chronic disease*, 4(4).
81. Hastings, G. (2003). *Competition in social marketing*: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
82. Herazo-Beltrán, Y., Pinillos, Y., Vidarte, J., Crissien, E., Suarez, D., & García, R. (2017). Predictors of perceived barriers to physical activity in the general adult population: a cross-sectional study. *Brazilian journal of physical therapy*, 21(1), 44-50.
83. Hershfield, H. E., Goldstein, D. G., Sharpe, W. F., Fox, J., Yeykelis, L., Carstensen, L. L., et al. (2011). Increasing saving behavior through age-progressed renderings of the future self. *Journal of Marketing Research*, 48(SPL), S23-S37.
84. Hoare, E., Stavreski, B., Jennings, G. L., & Kingwell, B. A. (2017). Exploring motivation and barriers to physical activity among active and inactive Australian adults. *Sports*, 5(3), 47.

85. Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American journal of preventive medicine*, 22(3), 188-199.
86. Kamada, M., Kitayuguchi, J., Inoue, S., Ishikawa, Y., Nishiuchi, H., Okada, S., et al. (2013). A community-wide campaign to promote physical activity in middle-aged and elderly people: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 44.
87. Kitunen, A., Rundle-Thiele, S., Kubacki, K., & Dietrich, T. (2018). Generating consumer insights into physical activity patterns for three different segments. *Journal of Strategic Marketing*, 26(2), 188-202.
88. Kohl 3rd, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., et al. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The lancet*, 380(9838), 294-305.
89. Kohr, J., Strack, R. W., Newton-Ward, M., & Cooke, C. (2008). The use of programme planning and social marketing models by a state public health agency: a case study. *Public Health*, 122(3), 300-306.
90. Kotler, P., & Keller, K. (2013). *Marketing Managements* Pearson Edinburgh Gate, England.
91. Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35(3), 3-12.
92. Kraus, W. E., Houmard, J. A., Duscha, B. D., Knetzger, K. J., Wharton, M. B., McCartney, J. S., et al. (2002). Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *New England Journal of Medicine*, 347(19), 1483-1492.
93. Kubacki, K., Ronto, R., Lahtinen, V., Pang, B., & Rundle-Thiele, S. (2017). Social marketing interventions aiming to increase physical activity among adults. *Health Education*.
94. Lachman, M. E., Lipsitz, L., Lubben, J., Castaneda-Sceppa, C., & Jette, A. M. (2018). When adults don't exercise: Behavioral strategies to increase physical activity in sedentary middle-aged and older adults. *Innovation in aging*, 2(1), igy007.
95. Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 763.
96. Lam, T.-H., Ho, S.-Y., Hedley, A. J., Mak, K.-H., & Leung, G. M. (2004). Leisure time physical activity and mortality in Hong Kong: case-control study of all adult deaths in 1998. *Annals of epidemiology*, 14(6), 391-398.
97. Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363-374.
98. Lee, N. R., & Kotler, P. (2015). *Social marketing: Changing behaviors for good*: Sage Publications.
99. Lefebvre, R. C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*.
100. Lefebvre, R. C. (2013). *Social marketing and social change: Strategies and tools for improving health, well-being, and the environment*: John Wiley & Sons.
101. Mah, M. W., Tam, Y. C., & Deshpande, S. (2008). Social marketing analysis of 2 years of hand hygiene promotion. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 29(3), 262-270.

102. Maibach, E., Rothschild, M., & Novelli, W. (2002). Health behavior and health education: Theory, research and practice. *Social marketing*, 437-461.
103. Manaf, H. (2013). Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore Med J*, 54(10), 581-586.
104. Matsudo, V., Matsudo, S., Andrade, D., Araujo, T., Andrade, E., de Oliveira, L. C., et al. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: the Agita Sao Paulo experience. *Public health nutrition*, 5(1a), 253-261.
105. Michie, S. (2005). Changing behavior: theoretical development needs protocol adherence.
106. Middelweerd, A., Mollee, J. S., van der Wal, C. N., Brug, J., & Te Velde, S. J. (2014). Apps to promote physical activity among adults: a review and content analysis. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 11(1), 97.
107. Moher, D., Cook, D. J., Eastwood, S., Olkin, I., Rennie, D., & Stroup, D. F. (2000). Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Oncology Research and Treatment*, 23(6), 597-602.
108. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097.
109. Montoye, H. J. (1974). *Physical activity and health: an epidemiologic study of an entire community*: Prentice-Hall.
110. Mynarski, W., Rozpara, M., Nawrocka, A., Borek, Z., Powerska, A., & Garbaciak, W. (2014). Physical activity of middle-age adults aged 50–65 years in view of health recommendations. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11(2), 141-147.
111. Novelli, W. (1996). SMQ centerpiece: an interview with William D. Novelli. *Social Mark. Q*, 111, 27-50.
112. Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E., & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews*, 38(3), 105.
113. Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233-240.
114. Peeters, G. G., Mishra, G. D., Dobson, A. J., & Brown, W. J. (2014). Health care costs associated with prolonged sitting and inactivity. *American journal of preventive medicine*, 46(3), 265-272.
115. Pratt, M., Norris, J., Lobelo, F., Roux, L., & Wang, G. (2014). The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. *British journal of sports medicine*, 48(3), 171-173.
116. Ramirez, A. S., Rios, L. K. D., Valdez, Z., Estrada, E., & Ruiz, A. (2017). Bringing produce to the people: implementing a social marketing food access intervention in rural food deserts. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(2), 166-174. e161.
117. Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Törmäkangas, T., Leinonen, R., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2012). Effect of physical activity counseling on physical activity of older people in Finland (ISRCTN 07330512). *Health promotion international*, 27(4), 463-474.
118. Reger-Nash, B., Bauman, A., Cooper, L., Chey, T., & Simon, K. J. (2006). Evaluating communitywide walking interventions. *Evaluation and Program Planning*, 29(3), 251-259.

- 119.Reichert, F. F., Barros, A. J., Domingues, M. R., & Hallal, P. C. (2007). The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *American journal of public health*, 97(3), 515-519.
- 120.Rothschild, M. L. (1999). Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of marketing*, 63(4), 24-37.
- 121.Rundle-Thiele, S., Kubacki, K., & Gruneklee, N. (2016). Perceived benefits and barriers of physical activity: A social marketing formative study. *Health marketing quarterly*, 33(2), 181-194.
- 122.Russell, C., & Oakland, M. J. (2007). Nutrition education for older adults: the Chef Charles Club. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(4), 233-234.
- 123.Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine & science in sports & exercise*, 32(9), 1598-1600.
- 124.Sandelowski, M., Barroso, J., & Voils, C. I. (2007). Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research in nursing & health*, 30(1), 99-111.
- 125.Scott, J. E., & Higgins, J. W. (2012). Upstream social marketing: Exploring the experiences of recreation professionals in delivering physical activity to low-income citizens. *Social Marketing Quarterly*, 18(2), 112-123.
- 126.Sequeira, S., Cruz, C., Pinto, D., Santos, L., & Marques, A. (2011). Prevalence of barriers for physical activity in adults according to gender and socioeconomic status. *British Journal of Sports Medicine*, 45(15), A18-A19.
- 127.Sit, C. H., Kerr, J. H., & Wong, I. T. (2008). Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychology of Sport and exercise*, 9(3), 266-283.
- 128.Storey, D., Saffitz, G., & Rimon, J. (2008). *Social Marketing. Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*: San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishing.
- 129.Sugerman, S., Backman, D., Foerster, S. B., Ghirardelli, A., Linares, A., & Fong, A. (2011). Using an opinion poll to build an obesity-prevention social marketing campaign for low-income Asian and hispanic immigrants: report of findings. *Journal of nutrition education and behavior*, 43(4), S53-S66.
- 130.Sullivan, A. N., & Lachman, M. E. (2017). Behavior change with fitness technology in sedentary adults: a review of the evidence for increasing physical activity. *Frontiers in public health*, 4, 289.
- 131.Tan, E. J., Tanner, E. K., Seeman, T. E., Xue, Q.-L., Rebok, G. W., Frick, K. D., et al. (2010). Marketing public health through older adult volunteering: experience corps as a social marketing intervention. *American Journal of Public Health*, 100(4), 727-734.
- 132.Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate medical journal*, 90(1059), 26-32.
- 133.Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., & Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), P384-P392.
- 134.Thorp, A. A., Owen, N., Neuhaus, M., & Dunstan, D. W. (2011). Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. *American journal of preventive medicine*, 41(2), 207-215.

135. Troiano, R. P., Berrigan, D., Dodd, K. W., Masse, L. C., Tilert, T., & McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine & science in sports & exercise*, 40(1), 181-188.
136. Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & science in sports & exercise*, 34(12), 1996-2001.
137. Van Der Bij, A. K., Laurant, M. G., & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American journal of preventive medicine*, 22(2), 120-133.
138. Van Dyck, D., Mertens, L., Cardon, G., De Cocker, K., & De Bourdeaudhuij, I. (2017). Opinions toward physical activity, sedentary behavior, and interventions to stimulate active living during early retirement: a qualitative study in recently retired adults. *Journal of aging and physical activity*, 25(2), 277-286.
139. van Esch, P., Duffy, S. M., Teufel, J., Northey, G., Elder, E., Frethey-Bentham, C., et al. (2019). ExerStart: helping seniors be active and independent for less. *Journal of Social Marketing*.
140. van Esch, P., von der Heide, T., Neck, P., & van Esch, L. J. (2015). Where the dimensions of religion and mass media social marketing campaigns intersect. *Asian Social Science*, 11(12), 103.
141. Walsh, D. C., Rudd, R. E., Moeykens, B. A., & Moloney, T. W. (1993). Social marketing for public health. *Health Affairs*, 12(2), 104-119.
142. Wansink, B., & Sobal, J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environment and Behavior*, 39(1), 106-123.
143. We, K., JA, H., & Duscha, B. (2002). Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med*, 347, 1483-1492.
144. Weening-Dijksterhuis, E., de Greef, M. H., Scherder, E. J., Slaets, J. P., & van der Schans, C. P. (2011). Frail institutionalized older persons: A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 90(2), 156-168.
145. Williams, N. H., Hendry, M., France, B., Lewis, R., & Wilkinson, C. (2007). Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Pract*, 57(545), 979-986.
146. Wong, F., Huhman, M., Asbury, L., Bretthauer-Mueller, R., McCarthy, S., Londe, P., et al. (2004). VERB™—a social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Preventing chronic disease*, 1(3).
147. World Health Organization. (2003). Health and Development through Physical Activity and Sport, WHO/NMH/NPH/PAH/03.2
148. World Health Organization. (2015a). Physical activity. Retrieved May 13, 2015, from http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ World Health Organization. (2015b). Physical activity. Retrieved May 13, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
149. World Health Organization. (2015c). "Ageing well" must be a global priority. Retrieved May 13, 2015, from <http://www.who.int/ageing/en/>
150. World Health Organization. (2015d). Definition of an older or elderly person. Retrieved May 13, 2015, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/>
151. Wood, M. (2016). Social marketing for social change. *Social Marketing Quarterly*, 22(2), 107-118.

152. Wymer, W. (2011). Developing more effective social marketing strategies. *Journal of Social Marketing*.
153. Xia, Y., Deshpande, S., & Bonates, T. (2016). Effectiveness of social marketing interventions to promote physical activity among adults: a systematic review. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(11), 1263-1274.
154. Zaltman, G. (2003). *How customers think: Essential insights into the mind of the market*: Harvard Business Press.
155. Zhao, E., Tranovich, M. J., & Wright, V. J. (2014). The role of mobility as a protective factor of cognitive functioning in aging adults: a review. *Sports Health*, 6(1), 63-69.
156. Ziebland, S., Thorogood, M., Yudkin, P., Jones, L., & Coulter, A. (1998). Lack of willpower or lack of wherewithal? "Internal" and "external" barriers to changing diet and exercise in a three year follow-up of participants in a health check. *Social Science & Medicine*, 46(4-5), 461-465.
157. Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of advanced nursing*, 53(3), 311-318.
158. Zlot, A. I., Librett, J., Buchner, D., & Schmid, T. (2006). Environmental, transportation, social, and time barriers to physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(1), 15-21.

Abstract

Social marketing emphasizes the use of commercial marketing concepts and their application for social purposes and also the change of voluntary behavior in a non-profit manner. purpose of this study at first is to examine the effectiveness of social marketing on changing the physical activity of the elderly that is a systematic review study.in the second part was to present a social marketing model designed to change the behavior related to physical activity among the elderly. that investigated social marketing interventions to promote elderly physical activity in the mid-2019-2000 years. Having searched the scientific databases and examined the articles, 9 intervention articles were identified during the different stages. Mixed marketing components were extracted in the interventions and six benchmarks of Andrasen's social marketing interventions were analyzed. In most articles, 4 components of marketing mix were employed. No intervention had applied the six measures of Andrasen's social marketing criteria. 5 studies reported positive behavioral changes. However, other studies have reported no change in negative behavior. The evidence gathered in our study suggests that social marketing offers an effective behavioral change approach to increase physical activity in the elderly. The findings of this study provide the basis for comprehensive and effective social marketing interventions. The second part of the research was qualitative and with Meta-Synthesis approach. Using library studies method, the researcher reviewed different documents (books, articles, thesis & web pages) between 2000 and 2019. After screening stages, 44 sources were finally coded, and the main themes were identified. Internal reliability was obtained using Kapa index equal to 0.674 ($p < 0.001$). The findings showed that the main categories included: marketing level, Behavioral goals, communication, process, competition, audience orientation and sustainable behavior. The components of marketing level include micro, meso and macro levels. Behavioral goals include the characteristics of behavioral purpose and the consequences of goal behavior: Messaging, interpersonal communication, audience persuasion and public relations subsumed under the category Communications. Besides, the process includes helping opportunities, overcoming barriers, and context. The competition consists of incentives, customer orientation, competitor, and financial incentives. Audiences' orientation includes awareness, target audience characteristics, audience separation, and formative research. In terms of sustainable behavior, commitment, behavioral tendency, successful ageing and change in values obtained as components. According to the results, attention to the framework derived in the design of interventions can have a significant role in the shift of behavior related to physical activity in the elderly.

Keywords: Consistent Behavior, Meta-synthesis, Audieneced- Focused, Systematic Review



Shahrood University of
Technology

Faculty of Physical Education

Ph.D. Thesis in Leisure Time and Recreation Management

Providing Social Marketing Model for Elderly Physical Activity

By: Zahra Rohani

Supervisor:

Dr. Reza Andam

Dr. Hasan Bahrololoum

Advisor:

Dr. Zhaleh Memari

July, 2020

