

## کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت: مطالعه‌ای مروری

### چکیده

**زمینه و هدف:** بازاریابی اجتماعی در طی چندین سال گذشته بارها در جهت تأثیرگذاری بر رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته شده است. این مقاله سعی دارد با مروری بر تجارب موجود در این زمینه وسعت کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی، چگونگی کاربرد، میزان موفقیت در تغییر رفتارهای بهداشتی گزارش شده را بررسی نموده و از این طریق رهنمودهایی برای محققینی که تمایل به استفاده از این رویکرد در مداخلات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در آینده را دارند، ارائه نماید.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه مروری است. ابتدا با استفاده از کلیدواژه‌های اختصاصی در موتورهای جستجو شامل Google Scholar، Pubmed، Scencedirect، SID و بانک‌های مقالات علوم بهداشتی، مقالات و گزارش‌های مرتبط با کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت در ایران و جهان به دو زبان انگلیسی و فارسی استخراج گردید. داده‌ها سپس بر حسب اهداف مطالعه مورد تحلیل کیفی طبقه‌بندی شدند.

**یافته‌ها:** گرچه محور عمده مطالعات تغذیه سالم بود؛ اما به موضوعاتی از قبیل بهبود سلامت قلب، استفاده از کلاه ایمنی، محافظت از خود در برابر نور خورشید نیز پرداخته شده است. در این مطالعات نتیجه بازاریابی اجتماعی نه تنها بر رفتار مصرف یک محصول خاص بلکه بر متغیرهای دیگری 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٪ افزایش در مصرف سس سویای غنی از آهن متغیر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد 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. مطالعات میزان موفقیت‌های مختلفی را گزارش کرده‌اند؛ اما هنوز خیلی روشن نیست که چرا میزان تغییر رفتارهای گزارش شد همچین تفاوت‌هایی را نشان می‌دهند و لذا مطالعات بیشتری لازم است.

**نوع مقاله:** مطالعه مروری.

**کلیدواژه‌ها:** بازاریابی اجتماعی، رفتارهای بهداشتی، تغییر رفتار، سلامت، مطالعه مروری.

◀ **استناد:** رضایی‌پندری ا ح، کشاورز محمدی ن. کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت: مطالعه ای مروری. تابستان ۱۳۹۳؛ ۲(۲): [۱۰۹-۱۳۰].

حسن رضایی‌پندری<sup>۱</sup>

نسترن کشاورز محمدی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

\* ۲. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

[n\\_keshavars@yahoo.com](mailto:n_keshavars@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۱۳

## HEALTH SOCIAL MARKETING

# Social Marketing Approach In Health Care: A Review Study

### ABSTRACT

**Background and objective:** Social marketing has been utilized in recent years to influence health behaviors. This paper reviews available experiences in applying social marketing in health research and aims to explore the extent of its application, methods of application and the reported success rate of these studies in changing health behaviors. Hence, it provides guidelines for researchers who plan to utilize this framework in health promotion and education interventions in the future.

**Methods:** This review study applies specific key words in search engines including Google Scholar, PubMed, Science direct, SID, and also health research databases, related papers and reports available in English and Farsi were identified. Data was extracted from the content and were qualitatively analyzed.

**Results:** Although the main focus of the papers was nutrition, but social marketing have been applied in researches related to heart health, helmet, safety belts and sun protection. In these studies, not only the behavior of consumption of a specific product has been studied, but knowledge, attitude, and health status have also been examined. The reported success rate in changing behavior varies from 10% in saturated oils consumption to 30% in the consumption of Soy sauce.

**Conclusion:** It seems that health promotion interventions utilizing social marketing in changing health behaviors that require the consumption of a healthy product and are significantly influenced by attitudes and individual decisions can achieve significant success. Studies have reported different degrees of success, but it is not clear why the success rates are so different. More studies are needed to answer this question.

**Paper Type:** Review Article.

**Keywords:** Social marketing, Health behavior, Behavior change, health, Review study.

► **Citation:** Rezaei-Pandari H, Keshavarz-Mohammadi N. Social marketing approach in health care: A review study. Journal of Health Education and Health Promotion. Summer 2014;2(2): [109-130].

Hassan Rezaei-Pandari<sup>1</sup>

Nastaran Keshavarz-Mohammadi<sup>2\*</sup>

1. MSc. in Health Education and Health Promotion, Elderly Health Research Center, School of Health, ShahidSadoughi Univ. of Medical Sciences (SSUMS), Yazd, Iran.

\*2. Assistant Professor, Dept. of Public Health, School of Health, ShahidBeheshti Univ. of Medical Sciences (SBUMS), Tehran, Iran. (Corresponding Author) [n\\_keshavars@yahoo.com](mailto:n_keshavars@yahoo.com)

**Received:** 24/05/2014

**Accepted:** 04/08/2014

## مقدمه

بازاریابی اجتماعی برای اولین بار در سال‌های ابتدایی دهه هفتاد توسط «فیلیپ کاتلر» مطرح شد. او به همراه «جرالد زالتمن» با ترکیب مفاهیم مربوط به تغییرات اجتماعی و بازاریابی تجاری و فنون تبلیغات این بحث مهم را پایه‌گذاری کرد. آنان پی‌بردند که می‌توان از اصول بازاریابی تجاری، که برای فروش محصولات به مشتریان بکار می‌رود، برای فروش ایده‌ها، نگرش‌ها و رفتارها به جامعه استفاده کرد (۱). تعاریف متعددی در مورد بازاریابی اجتماعی مطرح شده است. به‌عنوان مثال، آندرسن در سال ۱۹۹۵ بازاریابی اجتماعی را کاربرد فناوری‌ها و اصول بازاریابی تجاری به منظور تجزیه و تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های طراحی شده جهت تأثیر گذاشتن بر روی رفتار دلخواهانه و داوطلبانه فرد یا گروه هدف به منظور بهبود رفاه شخصی خود و جامعه تعریف می‌کند (۱).

فعالان عرصه سلامت از اواسط دهه هشتاد میلادی به‌طور جدی وارد این حوزه شدند و «ریچارد مانوف» در سال ۱۹۸۵ با ذکر جزئیات استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت از آن به‌عنوان «رویکردی منظم و سازماندهی شده برای ارتقای سلامت عمومی و ارتباطات» یادکرد (۲). در سال ۲۰۰۲ کاتلر، روبرتو و لی بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت را «کاربرد مشتری‌مدارانه اصول و فنون بازاریابی برای گسترش برنامه‌ها، مداخلات و ارزشیابی در جهت تلاش برای تغییر یا اصلاح رفتار بهداشتی» تعریف نمودند (۳). بازاریابی اجتماعی دارای یکسری عناصر است؛ این عناصر عبارت‌اند از: شناخت مخاطبین (روش‌های پژوهشی که به منظور جمع‌آوری اطلاعات جهت فهم بهتر دیدگاه و تجارب مصرف‌کننده طراحی می‌شوند)، بخش‌بندی مخاطبین (گروه‌های بزرگ مخاطبین به گروه‌های کوچک‌تر و زیرگروه‌های مشابه و همگون تبدیل می‌شوند)، تحلیل مسیر (روش‌های مناسب به منظور رسیدن و یا دستیابی به اعضای گروه هدف تعیین می‌شوند که شامل تحلیل بهترین زمان، مکان و حالت ذهنی که گروه هدف به احتمال زیاد توجه می‌کند و به پیام پاسخ می‌دهد)، راهبرد (هدف برنامه تعیین شده و تاکتیک‌ها برای رسیدن به هدف مشخص می‌شوند) و پیگیری فرآیند (مکانیسم‌هایی به منظور پیش‌انداز اجرای برنامه ایجاد می‌شوند و بازخورد به منظور انجام

تغییر مسیر، تجدیدنظر و یا تصحیح اجزای اجرای برنامه گنجانیده شده است) (۴).

بازاریابی علاوه بر عناصر تشکیل‌دهنده آن، شامل یکسری آمیزه<sup>۱</sup> نیز می‌باشد که عبارت‌اند از: محصول (رفتار یا پیشنهادی که انتظار می‌رود به وسیله مخاطب هدف پذیرفته شود)، قیمت (آنچه که مشتری می‌پردازد تا محصول موردنظرش را به دست آورد)، مکان (مسیری که با کمک آن محصول یا خدمت به دست مشتری می‌رسد یا به عبارتی مکان به محلی اشاره دارد که مشتری به محصول و اطلاعات راجع به آن دسترسی پیدا می‌کند و جایی که مبادله داوطلبانه صورت می‌گیرد) و ترویج (به عناصر ارتباطی و پیامی برنامه بازاریابی اجتماعی و همچنین شکل و محتوای اطلاعات ارائه شده و راه‌هایی که افراد از وجود محصول یا رفتار مطلع و آگاه می‌شوند گفته می‌شود) (۵، ۱). اخیراً علاوه بر چهار عنصر کلیدی فوق، مفاهیم دیگری شامل عمومیت، شراکت، سلسله منابع و سیاست‌گذاری را هم به مجموعه «آمیزه بازاریابی» بازاریابی اجتماعی اضافه کرده‌اند (۵).

چند ابزار جهت کاربرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت طراحی شده است که یکی از آن‌ها ابزار ارزیابی و پاسخ بازاریابی اجتماعی است (۴، ۶). در این ابزار که در آن از بازاریابی اجتماعی برای اصلاح رفتار جامعه در حوزه سلامت کمک گرفته می‌شود، مراحل زیر تعریف شده است (۴، ۶):

◀ برنامه‌ریزی مقدماتی: در این مرحله، قدم‌های تعریف یک مشکل بهداشتی و بیان آن با اصطلاحات رفتاری، تعیین اهداف، تنظیم برنامه مقدماتی برای ارزشیابی و تعیین هزینه‌های پروژه انجام می‌شود. در مرحله تحلیل مشتری اقداماتی شامل تقسیم‌بندی و تعریف جمعیت واجد شرایط، تعریف روش‌های پژوهش رسمی، تعریف نیازها، خواسته‌ها و ترجیحات مشتری، تولید ایده‌های اولیه برای مداخلات و راهبردهای ارتباطی در اولویت انجام می‌شود (۴).

◀ تحلیل بازار: در این مرحله انجام اقداماتی نظیر ساخت و تعریف آمیزه بازاریابی، ارزیابی بازار برای شناخت رقبا (رفتارها، پیام‌ها و برنامه‌ها و...)، شرکا و نظام‌های حمایتی و منابع را می‌توان انجام داد. تحلیل بازار شامل محصول و ویژگی‌های آن، قیمت، مکان و نیز ترویج می‌شود (۴).

1. mix

2. Social Marketing Assessment and Response Tool (SMART)

◀ تحلیل کانال‌ها: شامل تولید مداخلات و مواد با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده از تحلیل مشتری، ادغام آمیزه بازاریابی در یک راهبرد که بتواند ارائه‌دهنده یک محصول مرغوب و مبادله مطلوب باشد و پیش‌آزمون و بازبینی برنامه‌هایی باشد (۴).

◀ مداخله یا اجرا: در این مرحله توصیه می‌شود اقداماتی از قبیل ایجاد ارتباط با شرکا و شفاف کردن تضادها، فعال کردن راهبردارتباطی و توزیع آن، مستند کردن روش‌ها و پیشرفت‌ها در یک چارچوب سازمانی و بازبینی برنامه انجام شود (۵-۴).

◀ ارزشیابی: در نهایت در این مرحله باید به ارزیابی میزان دریافت برنامه توسط گروه مخاطب، ارزیابی نتیجه برنامه روی مخاطبین و بازبینی برنامه در صورت نیاز، اطمینان از این‌که اجرای برنامه تداوم دارد و تحلیل تغییرات در گروه مخاطب مبادرت نمود (۴).

یکسری معیارهای کلیدی در بازاریابی اجتماعی وجود دارند که در سال ۲۰۰۲ توسط آندرسون (متخصص و پژوهشگر بازاریابی اجتماعی) مطرح شدند. اولین معیار، رفتار است؛ یعنی بازاریابی اجتماعی علاوه بر آگاهی و نگرش، بر روی رفتار نیز اثرگذار است که حتی شاید از دو مورد دیگر مهم‌تر نیز باشد. دومین معیار، مخاطب‌محوری است که اطلاع از نظرات، خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات گروه هدف و ارائه خدمت، ایده یا رفتار متناسب با آن، اساس کار است. نظریه، سومین معیار است که تأکید آن بر استفاده از نظریه‌های رفتاری به‌منظور درک رفتار مخاطب و اطلاع‌رسانی در مورد مداخلات است. اصل رقابت به‌عنوان چهارمین معیار بیان می‌دارد که توجه به اصل رقابت و درک بازار رفتاری هدف، رمز موفقیت در استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی است. لازمه شکل‌گیری یک دادوستد بین دو نفر یا دو گروه آن است که منافع حاصل از داشتن محصول موردنظر بیشتر از هزینه پرداخت‌شده برای به‌دست‌آوردن آن باشد. این تعریفی از پنجمین معیار یعنی تبادل است. در ششمین معیار یعنی دسته‌بندی مخاطب، معمولاً گروه مخاطب برنامه‌های تغییر رفتار در حوزه سلامت را افراد و زیرگروه‌هایی با مشخصات جمعیت‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی، فرهنگی و رفتاری متفاوت تشکیل می‌دهند که تبدیل این گروه ناهمگون به گروه‌های کوچک همگون‌تر می‌تواند باعث افزایش اثربخشی برنامه‌ها با هدف اصلاح رفتار گردد. تمرکز

بر اجزای آمیزه بازاریابی، که قبلاً توضیح داده شد، به‌عنوان هفتمین معیار مشخص شده است (۸-۷).

هدف بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت اصلاح نگرش گروه مخاطب است تا پایه‌گذار 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 (۱). بازاریابی اجتماعی بارها در جهت تأثیرگذاری بر رفتار بهداشتی استفاده شده است. بازاریابان اجتماعی از یک طیف وسیعی از راهبردهای ارتباطات بهداشتی بر پایه رسانه‌های جمعی استفاده می‌کنند. آن‌ها همچنین از میانجی‌ها (واسطه‌ها) به‌عنوان مثال از طریق ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، روش‌های فردی و سایر روش‌های ارتباطات و روش‌های بازاریابی مانند پیامدادن (در درمانگاه‌ها)، ترویج، انتشار و سطوح توسعه اجتماعی بهره می‌برند. یکی از مؤثرترین راه‌های دستیابی به مخاطب در مورد مسائل بهداشتی، یک رویکرد مرکب می‌باشد (۹). بازاریابی اجتماعی از نظریه‌های رفتاری، تشویقی یا ترغیبی و مواجهه به‌منظور تغییر در رفتار سوء و مضر بهداشتی استفاده می‌کند (۹).

مطالعات مختلفی در خصوص این نظریه در کشورهای مختلف و در مورد موضوعات مختلفی انجام شده است. این مقاله سعی دارد با مروری بر تجارب موجود در این زمینه، وسعت کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی، چگونگی کاربرد، میزان موفقیت در تغییر رفتارهای بهداشتی گزارش شده را بررسی نموده و از این طریق رهنمودهایی برای محققینی که تمایل به استفاده از این رویکرد در مداخلات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در آینده را دارند، ارائه نماید.

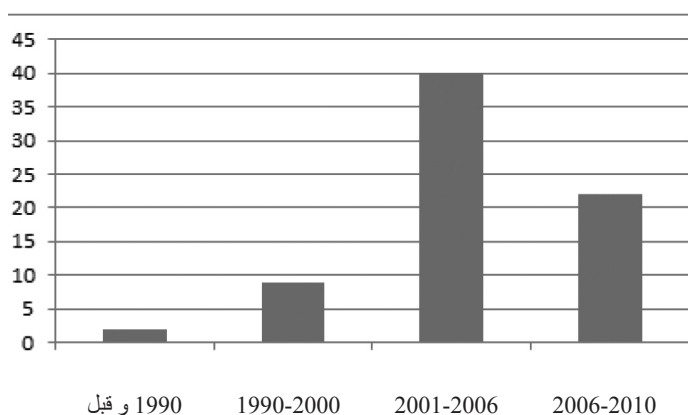
### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مروری است که به مرور تجارب موجود در استفاده از رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت در ایران و جهان می‌پردازد. در این مطالعه فقط مطالعات منتشرشده به دو زبان انگلیسی و فارسی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. جستجوها نیز در بازه زمانی سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ شمسی انجام گرفته است. ابتدا با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط مانند social marketing

(جدول ۱) و ۴۵ مطالعه از نوع مداخله‌ای (جدول ۲) بود. بیشتر این مطالعات از نوع ترکیبی (کمی و کیفی) بودند؛ به این صورت که در ابتدا یک پژوهش تکوینی یا کیفی انجام شده و روش گردآوری داده‌ها عمدتاً از طریق مصاحبه و بحث گروهی بوده است. پس از استخراج داده‌ها و اطلاعات و تحلیل آن‌ها، متناسب با گروه هدف، راهبردهای مداخله تدوین و به صورت کمی اجرا شده بودند. در پایان انجام مداخلات، داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شده بودند و میزان موفقیت و تغییر مورد نظر مشخص گردیده بود. تقریباً تمامی این مطالعات بر روی چهار آمیزه اصلی بازاریابی اجتماعی (محصول، قیمت، مکان و ترویج) تأکید نموده بودند. تنها یک مطالعه بر روی ۶ آمیزه (محصول، قیمت، مکان، ترویج، مشارکت و سیاست‌گذاری) متمرکز شده بود (۱۰).

از لحاظ روند زمانی، قدیمی‌ترین مطالعه به دست آمده مربوط به سال ۱۹۸۵ بود. بررسی روند زمانی انجام پژوهش‌ها در مورد استفاده از رویکرد بازاریابی اجتماعی، نشان می‌دهد که تا قبل از سال ۱۹۹۰، مطالعات بسیار محدودی (۲ مطالعه) انجام شده است. پس از آن، یعنی دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ نیز مطالعات اندکی انجام شده است (۹ مطالعه). از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، انجام پژوهش‌ها در این زمینه روند صعودی داشته است (۴۰ مطالعه)؛ به طوری که بیشترین فراوانی انجام مطالعات طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ بوده است و این روند تقریباً تا سال ۲۰۱۰ ثابت مانده است (۲۲ مطالعه).

نمودار ۱. تعداد مطالعات بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت



marketing و همچنین موتورهای جستجو شامل Sciencedirect، Pubmed، Google Scholar و بانک‌های مقالات علوم بهداشتی و پزشکی، مقالات و گزارش‌های مرتبط شامل بیش از ۱۰۰ مقاله شناسایی و استخراج گردیدند. مقالاتی که به زبان انگلیسی یا فارسی نبودند، موضوع آن‌ها مسائلی به‌غیر از بهداشت و سلامت بود، فاقد متن کامل بودند و یا فاقد اطلاعات ارزشمند و توضیح روشن و کافی و نتایج مشخص بودند، از چرخه انتخاب کنار گذاشته شدند. پس از کنار گذاشتن مقالات تکراری و با استفاده از معیارهای خروج، مقالات حوزه سلامت به تعداد ۷۰ مورد، جهت ورود به مطالعه، تفکیک گردیدند. از بین این تعداد، ۵۱ مطالعه که دسترسی به متن کامل آن امکان‌پذیر بود و همچنین روش کار آن‌ها به‌خوبی توضیح داده شده بود، انتخاب گردیدند. اطلاعات هر مقاله همچون محور مداخلات، تغییرات رفتاری ایجاد شده در هر مورد، گروه‌های مخاطبی که پژوهش بر روی آن‌ها صورت گرفته، راهبردهای بکار گرفته و در نهایت میزان موفقیت گزارش شده در هر مورد بسته به میزان اطلاعات موجود در مقاله به‌طور خلاصه مشخص گردید. داده‌ها سپس مورد طبقه‌بندی و تحلیل کمی و کیفی قرار گرفتند و تحت عناوینی قرار داده شدند.

### یافته‌ها

این مطالعه در جستجوهای خود ۵۱ مقاله در مورد استفاده از رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت را شناسایی کرد که تعداد بسیار اندکی از آن‌ها در ایران انجام شده بود. این مطالعات در جداول ۱ و ۲ خلاصه شده‌اند.

این مطالعات در مناطق و کشورهای مختلف دنیا انجام شده است. از بین این مطالعات، بیشترین فراوانی مربوط به کشور آمریکا با ۲۱ مطالعه، در استرالیا با ۵ مطالعه و در چین و کانادا هر یک ۲ مطالعه بود. در کشورهای هند، تایلند، اندونزی، بنگلادش، فیلیپین، بولیوی، روسیه، انگلیس، نیوزیلند، تانزانیا، مکزیک، کنیا، کامبوج، اسپانیا، کامرون و بلژیک هر کدام یک مطالعه و در کشور ویتنام ۲ مطالعه شناسایی گردید. تعداد پژوهش‌های انجام شده در ایران ۳ مورد بود. در مورد نوع مطالعات، ۶ مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی (دو پژوهش تکوینی یا مرحله اول الگوی SMART)

جدول ۱. خلاصه مطالعات توصیفی (کیفی - پژوهش تکوینی) بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه / روش جمع آوری داده‌ها	نتیجه
دهدشتی و همکاران، ۱۳۸۳ (ایلام)	رابطه به کارگیری عناصر ترکیب بازاریابی و بازاریابی ماهی پرورشی از دیدگاه مصرف‌کنندگان مطالعه موردی شهرستان ایلام (۱۱)	۴۰۰ خانوار شهری ایلام	بررسی بازاریابی ماهی، پیمایش	به کارگیری عناصر ترکیب بازار یابی بر بازار پذیری بیشتر ماهی پرورشی و در نتیجه بهبود مصرف سرانه این محصول در شهر ایلام مؤثر است.
مک کونل و همکاران، ۱۹۹۳ (آلبرتا)	طراحی یک کمپین بازاریابی اجتماعی میوه و سبزی در آلبرتا (۱۲)	ساکنین آلبرتا	طراحی برنامه مداخله، تبیین اهداف رسانه	انجام مرحله یک مطالعه در سال ۱۹۹۳ نفوذ پیام‌ها در مخاطبین، قابل قبول بودن تبلیغات و مفید و مرتبط بودن با مخاطبان
بری و همکاران، ۲۰۱۰ (استرالیا)	پژوهش تکوینی برای یک کمپین بازاریابی اجتماعی به منظور کاهش مصرف مواد هنگام رانندگی در میان رانندگان جوان (۱۳)	۱۲۲۰ راننده جوان	بررسی آگاهی و نگرش جوانان نسبت به الکل و سایر مواد از طریق ۶ بحث گروهی	نداشتن آگاهی افراد جوان از اثرات مصرف مواد بر رانندگی شکل دادن درک خود از خطر بر پایه تجارب سایر افراد، داشتن احساس وجود مزایای مصرف هنگام رانندگی، وجود موانع جهت جایگزینی سایر رفتارها
پارکر و همکاران، آمریکا (۲۰۱۱)	ارزیابی تکوینی با استفاده از اصول بازاریابی اجتماعی به منظور تعیین دیدگاه‌های زنان آمریکایی در مورد تغذیه و سلامت (۱۴)	۴۲ زن در سه جامعه در اوکلاهما	تعیین دیدگاه‌ها در مورد P بازار یابی در خصوص تغذیه از طریق ۸ بحث گروهی و ۴ مصاحبه	<ul style="list-style-type: none"> <li>محصول: پیشگیری از دیابت</li> <li>قیمت: تغییر رفتارهای بهداشتی و اولویت‌های متعارض با هم و از دست دادن حمایت دیگران</li> <li>مکان: مکان‌های اجتماع مردم، محل‌های اجرای برنامه‌های ملی و اجرای برنامه در مدارس</li> <li>ترویج: از طریق چهره به چهره، رسانه‌ها و مواد چاپی</li> </ul>
کوئین و همکاران، ۲۰۰۶ (فلوریدا)	درک نوجوانان از خشونت: یافته‌های پژوهش تکوینی از کمپین بازاریابی اجتماعی به منظور کاهش خشونت در مدارس (۱۵)	دانش‌آموزان متوسطه مناطق شهری فلوریدا	تعیین درک نوجوانان از خشونت از طریق انجام مصاحبه با دانش‌آموزان	اغلب معتقد بودند برای دفاع از خود و خانواده، خشونت لازم است. اکثر کسانی که در یک درگیری حضور داشتند، دیدگاه خشونت‌آمیز نداشتند.
جکسون و همکاران، ۲۰۰۷ (آمریکا)	استفاده از اصول بازاریابی اجتماعی به عنوان یک چارچوب برای توصیف دیدگاه زنان بومی آمریکا در مورد دیابت نوع دوم (۱۶)	۲۳ زن ۲۱ تا ۷۳ ساله	توصیف دیدگاه زنان بومی در مورد دیابت از طریق انجام مصاحبه تلفنی	<ul style="list-style-type: none"> <li>محصول: فعالیت در فضای باز و فعالیت‌های تفریحی</li> <li>قیمت: افزایش آگاهی و آموزش به جامعه در مورد پیشگیری از دیابت</li> <li>مکان: دریافت اطلاعات بهداشتی از متخصصان</li> <li>ترویج: ارسال اطلاعات از طریق پست الکترونیک و نوشتاری</li> </ul>

جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر مورد نظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
زینیینگ آو همکاران، ۲۰۰۷ (چین)	بهبود بخشیدن مصرف سس سویای غنی از آهن در زنان کشور چین با استفاده از بازاریابی اجتماعی (۱۰)	۱۹۳ زن روستایی و ۱۷۹ زن شهری ۱۹ تا ۷۰ ساله.	<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش آگاهی (در مورد مزایای سس سویا)</li> <li>بهبود نگرش (مرتبط با مصرف سس سویا)</li> <li>تغییر رفتار (افزایش مصرف سس سویا)</li> <li>تغییر محیطی (افزایش دسترسی به سس سویا)</li> </ul>	مداخله مبتنی بر جامعه (کمپین رسانه)	بهبود معنادار نگرش‌های مرتبط با مصرف سس سویای غنی از آهن، افزایش آگاهی در مورد مزایای مصرف محصول، افزایش دسترسی به محصول، افزایش ۳۰ درصدی مصرف محصول
مرکز بهبود سلامت، ۲۰۰۲ (آمریکا)	ترویج مصرف شیر کم‌چرب یک درصد یا کمتر با کمپین بازاریابی اجتماعی (۱۷)	تمام بزرگسالان و کودکان بالای دو سال در ویرجینیای غربی و کالیفرنیا	تغییر رفتار (افزایش مصرف شیر کم‌چرب)	کمپین رسانه‌های جمعی شامل پخش ۹۸ آگهی تلویزیونی، ۱۶۸ آگهی، ۱۲۸ آگهی رادیویی، تبلیغات روزنامه‌ها در یک دوره شش هفته	افزایش مصرف شیر کم‌چرب از ۲۹٪ به ۴۶٪ پایداری افزایش در طی ۶ ماه جایگزینی شیر پرچرب با کم‌چرب در ۳۴٪ مصرف‌کنندگان کاهش خرید شیر کامل از ۶۶٪ به ۲۴٪، دو برابر شدن فروش شیر کم‌چرب
پولاردو همکاران، ۱۹۹۷ (فیلیپین، اندونزی و بنگلادش)	بازاریابی اجتماعی ویتامین آ در سه کشور آسیایی فیلیپین، اندونزی و بنگلادش (۱۸)	جمعیت سه کشور آسیایی فیلیپین، اندونزی و بنگلادش	افزایش آگاهی (مادران در مورد کمبود ویتامین آ) بهبود نگرش (کاهش باور غلط مادران) تغییر رفتار (افزایش مصرف کپسول ویتامین آ)	ترویج رسانه‌های گروهی، رادیو و محیط‌های باز، بحث گروهی	<ul style="list-style-type: none"> <li>فیلیپین: کاهش تمام نشانه‌های فعال گزروفتالمی، به جز زخم قرنیه در میان کودکان گروه سنی هدف و کاهش شیوع ۲/۷ درصدی گزروفتالمی؛ افزایش ۲۷ درصدی در کودکان پرخطر دریافت‌کننده کپسول ویتامین آ؛ افزایش آگاهی مادران در مورد کمبود ویتامین آ افزایش میانگین زمانی که کودکان و خانواده‌هایشان غذاهای غنی از ویتامین آ مصرف می‌کردند،</li> <li>بنگلادش: افزایش ۲۰٪ در بچه‌های ۶ تا ۷۲ ماهه که غذاهای غنی از ویتامین آ را روزانه مصرف می‌کردند.</li> <li>اندونزی: کاهش ۲۴٪ و ۱۳٪ باور غلط مادران باردار و مراقبین کودکان در مورد مصرف سبزیجات سبز تیره برگدار<sup>۴</sup> افزایش ۱۴٪ در مصرف روزانه سبزیجات سبز تیره برگدار در زنان باردار، ۱۹٪ در مادران مراقب بچه، ۱۱٪ در کودکان ۵ تا ۱۲ ماهه و ۲۰٪ در کودکان ۱۳ تا ۶۰ ماهه</li> </ul>

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر موردنظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
برگر و همکاران، ۲۰۰۵ (ویتنام)	کمپین ارتباطات و بازاریابی اجتماعی برای ترویج مصرف آهن و اسیدفولیک در زنان سن باروری در ویتنام: تأثیر کم‌خونی و وضعیت آهن (۱۹)	زنان سن باروری در ویتنام	تغییر رفتار (افزایش مصرف مکمل)	کمپین ارتباطات	افزایش معنادار هموگلوبین خون زنان غیر باردار، کاهش معنادار آنمی، کمبود آهن و آنمی مرتبط با کمبود آهن از ابتدای مطالعه تا ویزیت سوم، افزایش مصرف مکمل‌ها در بارداری، افزایش معنادار هموگلوبین در بارداری، کاهش شیوع آنمی و کمبود آهن در بارداری
فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۹ (کالیفرنیا)	آموزش برنامه رژیم غذایی بر اساس نظریه بازاریابی اجتماعی برای زنان ۵۴ تا ۸۳ ساله به منظور بهبود وضعیت رژیم غذایی (۲۰)	۶۰ زن ۵۴ تا ۸۳ ساله کارولینای شمالی	تغییر رفتار (بهبود رفتار تغذیه)	آموزش برنامه رژیم غذایی بر اساس نظریه بازاریابی اجتماعی، آموزش چهره به چهره و ارسال مواد آموزشی	بهبود معنادار تغذیه (افزایش فیبر، کاهش مصرف سدیم، کاهش مصرف انرژی و کلسترول)، کاهش مصرف غذا، رضایت‌مندی بالا از برنامه آموزشی
آرنکم <sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴ (بولیوی)	بازاریابی اجتماعی استفاده از مولتی‌ویتامین و مکمل‌های معدنی در زنان فقیر از لحاظ این منابع در بولیوی (۲۱)	۱۷۳۵ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله بولیوی	افزایش آگاهی (در مورد مکمل‌ها) تغییر رفتار (افزایش مصرف مکمل‌ها)	کمپین بازاریابی اجتماعی شامل استفاده از رسانه رادیو و تلویزیون	افزایش آگاهی در مورد مکمل‌ها (۲-۴ برابر در گروه‌های سنی مختلف) افزایش مصرف مکمل‌ها در همه گروه‌های اجتماعی
روتچیلد <sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶ (آمریکا)	کاهش تصادفات رانندگی به دلیل مصرف الکل از طریق استفاده از بازاریابی اجتماعی (۲۲)	تمام افراد گروه سنی ۲۱ تا ۳۴ ساله سه جامعه روستایی آمریکا	تغییر رفتار (عدم افزایش مصرف الکل)	اجرای بحث گروهی تشکیل ائتلاف جامعه (رهبران، صاحبان کافه، نمایندگان رسانه، اجرای قانون ضد رانندگی در حال مستی Road Crew)	تغییر معنادار در رفتار رانندگی مخصوصاً در گروه سنی ۲۱ تا ۳۴ سال و ۱۷٪ کاهش در تصادفات مربوط به مصرف الکل در سال اول، عدم افزایش در رفتار مصرف الکل، کاهش هزینه‌های پاک‌سازی پس از تصادف
نیشتر <sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ (روسیه)	برنامه بازاریابی اجتماعی برای سلامت قلب (۲۳)	شهروندان شهریکاترینبورگ <sup>۷</sup> روسیه (۴۰۷۵ نفر)	افزایش آگاهی (در مورد سلامت)	مداخله مبتنی بر جامعه، کمپین رسانه‌های گروهی و فعالیت‌های متخصصان قلب	رضایت‌مندی از برنامه، تغییر معنادار در سطح آگاهی در مورد رابطه فشارخون و بیماری‌های قلبی

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر موردنظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
لاوری <sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳ (انگلیس)	استفاده از بازاریابی اجتماعی برای افزایش توجه و جذب زنان سیگاری باردار به خدمات ترک سیگار (۲۴)	زنان سیگاری باردار منطقه ساندرلند انگلیس	تغییر رفتار (افزایش مشارکت در برنامه)	اجرای بحث گروهی و سپس طراحی مداخله شامل پوستر، پمفلت، استخدام یک مددکار تمام‌وقت	افزایش مشارکت زنان در برنامه ترک سیگار نظام سلامت ملی (NHS) افزایش ۱۰ درصدی زنان باردار سیگاری در برنامه ترک سیگار سیگار نظام سلامت ملی
پتون <sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹ (نیوزیلند)	بازاریابی اجتماعی برای برنامه غربالگری آزمون دهانه رحم (پاپ اسمیر)(۲۵)	زنان شهری و روستایی دو منطقه نیوزیلند	افزایش آگاهی (در مورد سرطان گردن رحم و غربالگری آن)	بحث گروهی و کمپین رسانه‌های گروهی	افزایش معناداری در جذب غربالگری، کاهش نابرابری، افزایش قابل توجهی در آگاهی و درک و بحث از سرطان گردن رحم و غربالگری گردن رحم در میان گروه هدف
اسمیت، ۲۰۰۶ (استرالیا)	تأثیر کمپین رسانه‌های گروهی به‌منظور ترویج رفتارهای محافظتی در برابر نور خورشید (۲۶)	۸۰۰ نفر از والدین کودکان زیر ۱۲ سال استرالیا	بهبود نگرش (نسبت به محافظت در برابر نور) تغییر رفتار (افزایش انجام رفتارهای محافظتی)	کمپین با استفاده از تلویزیون، رادیو و رسانه‌های چاپی (مانند روزنامه) در ۳ فصل تابستان (در ۳ سال متوالی)	افزایش استفاده از کرم ضدآفتاب توسط کودکان زیر ۱۲ سال، بهبود قابل توجهی نگرش افزایش در استفاده کودکان از کرم ضدآفتاب، لباس‌های محافظتی و قرار گرفتن در سایه.
وانگ <sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸ (چین)	بازاریابی و بسیج اجتماعی به‌منظور ترویج سس سویا در جمعیت دچار کمبود آهن (۲۷)	۸۰۰ زن بالای ۲۰ سال و ۲۰۰ دختر ۳-۷ ساله	تغییر رفتار (افزایش مصرف سس)	بسیج اجتماعی	۲۹/۵٪ افزایش در مصرف سس سویا و افزایش سطح هموگلوبین پس از دو سال
شلینبرگ <sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷ (تانزانیا)	بازاریابی اجتماعی در مقیاس بزرگ در مورد اثر پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش بر بقای کودکان در مناطق روستایی تانزانیا (۲۸)	جمعیت ۴۸۰۰۰۰ نفری مناطق روستایی	تغییر رفتار (افزایش استفاده از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش)	انجام تحقیقات تکوینی و طراحی کمپین ارتباطی، آموزشی و اطلاعاتی جامع و اجرای آن	افزایش پوشش استفاده از پشه‌بندها از ۱۰٪ در ابتدای مطالعه به بیش از ۵۰٪ بعد از سه سال، افزایش ۲۷٪ در بقای کودکان یک‌ماهه تا ۴ ساله

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر موردنظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
پترلا <sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱ (کانادا)	تأثیر یک کمپین رسانه‌ای بازاریابی اجتماعی در مورد آگاهی عمومی نسبت به فشارخون (۲۹)	۶۸۷۳ مرد و زن بالاتر از ۳۵ سال در دو شهر آنتاریو	افزایش آگاهی (در مورد فشارخون)	سه نظرسنجی تلفنی و به صورت تصادفی، کمپین مداخله رسانه جمعی شامل تلویزیون، رادیو، مطالب چاپی و ارتباط چهره به چهره	۳۸ درصد افزایش در مورد آگاهی نسبت به فشارخون افزایش معناداری در مورد آگاهی از پیامدهای بیماری و ادراکشان نسبت به آن
مینامی <sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱ (کالیفرنیا)	تغییر مصرف شیر پرچرب به شیر ۱٪ چرب در مدارس (۳۰)	مادران دارای فرزند ۱۰ تا ۱۵ ساله، دانش‌آموزان	تغییر رفتار (افزایش خرید شیر کم‌چرب)	برگزاری کلاس، پوستر، بروشور، چشیدن طعم شیر و استفاده از رسانه‌ها	تغییر معنادار نسبت به خرید شیر کم‌چرب با ۴۳/۸٪ افزایش در فروش شیر ۱٪ چرب، افزایش خرید شیر ۱٪ چرب توسط ۲۹٪ از مادران بعد از مداخله در مقایسه با کمتر از ۱٪ قبل از مداخله
ابل <sup>۱۵</sup> و همکاران ۲۰۰۳ (آمریکا)	استفاده از سندلی محافظ کودک در وسایل نقلیه به دنبال کمپین جامعه (۳۱)	۱۲ جامعه موردبررسی قرار گرفت/گروه هدف کودکان ۴ تا ۸ ساله و والدین آن‌ها (۳۶۰۹ نفر)	تغییر رفتار (افزایش استفاده از سندلی محافظ)	کمپین پیام‌رسانی شامل رادیو، تلویزیون، روزنامه‌ها، وب‌سایت‌ها و برنامه‌های آموزشی	۱۰/۸٪ افزایش استفاده از سندلی محافظ
دیجوسپی <sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۹ (آمریکا)	ارزشیابی کمپین کلاه ایمنی مبتنی بر جامعه در خصوص استفاده کودکان از کلاه ایمنی دوچرخه (۳۲)	۹۸۲۷ کودک دوچرخه‌سوار	تغییر رفتار (افزایش استفاده کلاه ایمنی)	کمپین گسترده مبتنی بر جامعه	۱۰/۲٪ افزایش استفاده از کلاه ایمنی در سیاتل و ۱/۹٪ افزایش در پرتلند
ریوارا <sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۲ (آمریکا)	کمپین کلاه ایمنی در سیاتل و تغییر در استفاده از آن و جراحات (۳۳)	دانش‌آموزان ۵ تا ۹ ساله	تغییر رفتار (افزایش استفاده از کلاه ایمنی)	کمپین گسترده کلاه ایمنی مبتنی بر جامعه	۳۵/۷٪ افزایش استفاده از کلاه ایمنی و کاهش ۶۶/۶٪ جراحات در کودکان ۵ تا ۹ ساله و ۶۷/۶٪ در کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله
لودویگ <sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵ (آمریکا)	کاربرد بازاریابی اجتماعی به منظور افزایش استفاده از کلاه ایمنی در دوچرخه‌سواران (۳۴)	دانش‌آموزان دوچرخه‌سوار ویرجینیا آمریکا	تغییر رفتار (افزایش استفاده از کلاه ایمنی)	استفاده از دانش‌آموزان دوچرخه‌سوار آموزش‌دیده که در حال حاضر از کلاه استفاده می‌کنند و همچنین توزیع کلاه ایمنی رایگان	افزایش میانگین پایه استفاده از کلاه ایمنی از ۲۷/۶٪ به ۴۹/۳٪ بعد از یک هفته مداخله

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر مورد نظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
روزبیر <sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۲ (آمریکا)	ارزیابی کمپین موفق کلاه ایمنی دوچرخه (۳۵)	۷۶۰۰۰ نفر	تغییر رفتار (افزایش استفاده از کلاه ایمنی)	ترکیب آموزشی شامل آموزش در مدارس، مکانهای جمعی، تبلیغات رسانه‌ها، تخفیف کلاه ایمنی	افزایش ۲۷٪ در استفاده از کلاه ایمنی
شایو <sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲ (کالیفرنیا)	مطالعه آزمایشی کمپین بازاریابی اجتماعی جهت افزایش مصرف میوه در دانشجویان (۳۶)	۱۳۶۷ دانشجو	تغییر رفتار (افزایش مصرف میوه)	بروشور، پوستر، پوستر یا کارت پوستانال هر می، <sup>۲۰</sup> اجرای برنامه آموزشی ۲ بار در هفته در محوطه کافه‌تربا، ارسال مطالب به ایمیل افراد	افزایش معنادار مصرف میوه
خان و همکاران، ۲۰۰۰ (ویتنام)	بسیج و بازاریابی اجتماعی به منظور ترویج مکمل هفتگی آهن و اسید فولیک در زنان سن باروری در ویتنام (۳۷)	۱۳۵۰۰ زن	افزایش آگاهی (در مورد مکمل) بهبود نگرش (در مورد مکمل) تغییر رفتار (افزایش مصرف مکمل)	ارائه محصول با نام و شکل و بسته جدید، تعدیل قیمت پوستر، لیفلت و فیلم، بنر	بهبود دانش، نگرش و رفتار (KAP)، افزایش ۳۷ درصدی فروش
اولشفسکی <sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ (مرز ایالات متحده و مکزیک)	ارتقاء آگاهی از خطر HIV و آزمایش در لاتینی‌های ساکن در مرز ایالات متحده و مکزیک (۳۸)	لاتینی‌های ساکن در مرز ایالات متحده و مکزیک	بهبود نگرش (بهبود درک در مورد HIV) تغییر رفتار (افزایش انجام آزمایش)	رسانه‌های چاپی، رادیو، وب‌سایت، انجام تست رایگان	افزایش انجام آزمایش در کلینیک‌ها، بهبود درک و دریافت پیام‌های بازاریابی در مورد آزمایش HIV
تکری <sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳ (آمریکا)	استفاده از بازاریابی اجتماعی به منظور طراحی مداخلات فرهنگی نوآورانه در دیابت (۳۹)	زنان	بهبود آگاهی (در مورد دیابت) اصلاح نگرش (تغییر در عقاید فرهنگی) تغییر رفتار (تبعیت از استانداردهای مراقبت)	تبلیغات رادیو و تلویزیون، نصب پوستر در محلات، کلاس‌های خود مدیریتی، ائتلاف جمعی	بهبود پیامدهای کلینیکی، تبعیت از استانداردهای مراقبت، تغییر در عقاید فرهنگی، افزایش سطح گلوکز و بهبود آگاهی
کنیا و همکاران، ۱۹۹۰ (کنیا)	درمان خوراکی کم‌آبی بدن و بازاریابی اجتماعی در مناطق روستایی کنیا (۴۰)	۱۵۰۰ خانوار	تغییر رفتار (افزایش مصرف و فروش ORS)	انجام بحث گروهی با ۵۰۰ زن و طرحی مداخله و اجرای آن، توزیع پوستر، پمفلت، بیلبورد، پخش فیلم	افزایش ۳۶٪ در فروش و مصرف ORS

## ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر مورد نظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
وود و همکاران، ۱۹۳۸-۱۹۸۵ (استرالیا)	ضربه به سر در دوچرخه‌سواران و ترویج استفاده از کلاه در ویکتوریا (۴۱)	دانش‌آموزان	تغییر رفتار (افزایش استفاده کلاه ایمنی)	مداخله توسط اداره ترافیک جاده‌ای و گروه‌های داوطلب/ تبلیغات رادیو و تلویزیون، پمفلت و طرح تخفیف کلاه	افزایش معنادار در میزان استفاده از کلاه‌های ایمنی دوچرخه و کاهش معنادار جراحات وارده به سر دوچرخه‌سواران
لوئیز و همکاران، ۲۰۰۷ (میشیگان)	ارزیابی برنامه‌های مبتنی بر جامعه به منظور افزایش استفاده از سندلی محافظ (۴۲)	خانواده‌های دارای کودک ۴ تا ۸ ساله در دو جامعه کم‌درآمد و اسپانیایی تبار	تغییر رفتار (افزایش استفاده از سندلی محافظ)	رویدادهای رسانه‌ای، اطلاعیه‌های خدمات عمومی، آموزش و برگزاری کارگاه	عدم ایجاد تغییر معنادار در جامعه کم‌درآمد و افزایش معنادار در جامعه اسپانیایی تبار
راس و همکاران، ۲۰۰۳ (آمری)	برنامه پیشگیری از سفلیس در دو جامعه شهری آفریقایی-آمریکایی با میزان بالای سفلیس (۴۳)	۱۶۳۰ نفر	افزایش آگاهی (بیماران) تغییر رفتار (افزایش استفاده از کاندوم)	کمپین رسانه، پوستر، بیلبورد	افزایش قابل توجه در استفاده از کاندوم، افزایش آگاهی مبتلایان و افزایش مراجعه جهت انجام آزمایش
آپسلر <sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳ (آمریکا)	افزایش استفاده از سندلی محافظ در کودکان خانواده‌های کم‌درآمد و تنوع سن (۴۴)	کارمندان و بچه‌های ۹ مهدکودک	تغییر رفتار (افزایش استفاده از سندلی محافظ)	آموزشی، سندلی‌های رایگان برنامه‌های	۳۸٪ افزایش در استفاده از سندلی محافظ
کاکر <sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵ (بلژیک)	اثرات ۱۰۰۰۰ گام گنت: یک مداخله در کل جامعه (۴۵)	۲۹۷۶ فرد ۲۵ تا ۶۰ ساله در دو گروه مداخله و مقایسه	تغییر رفتار (افزایش تعداد قدم‌ها در روز)	کمپین رسانه، رویکردهای محیطی، وام جهت خرید گام‌شمار و چندین پروژه فعالیت بدنی	افزایش ۸ درصدی انجام برنامه ۱۰۰۰۰ گام و افزایش میانگین گام‌های روزانه به ۸۹۶ گام پس از یک سال
روس <sup>۲۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۸-۱۹۹۶ (کامرون)	بررسی اثربخشی بازاریابی اجتماعی در ارتقاء بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در کامرون (۴۶)	۱۶۰۶ نفر	تغییر رفتار (افزایش استفاده از خدمات بهداشت باروری)	کمپین رسانه‌های جمعی، آموزش همسالان و ارتباطات جهت تغییر رفتار	افزایش استفاده از کاندوم، افزایش استفاده از خدمات بهداشت باروری افزایش تعداد مراجعات ماهانه جهت برنامه تنظیم خانواده به میزان ۴۰٪ و کاهش HIV

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر موردنظر مطالعه)	نوع مداخلات	نتیجه
تاموس و همکاران، ۲۰۱۰ (لیورپول)	مقابله با چاقی از طریق بازاریابی اجتماعی (۴۷)	افراد بالای ۱۸ سال که در طبقه اضافه‌وزن قرار داشتند	تغییر رفتار (افزایش میزان ورزش و مصرف میوه و سبزی)	بسته‌های حاوی مطالب آموزشی و انگیزشی، انتشار مقاله در مجلات و استفاده از سایت‌های اینترنتی	انتقال ۸٪ از افراد چاق به رده BMI سالم و ۱۵٪ کاهش در تعداد افراد طبقه‌بندی‌شده در رده BMI چاق، ۳۰٪ افزایش مصرف میوه و سبزی و ۴۷٪ افزایش در انجام ورزش
پرکینز و همکاران، ۲۰۰۳-۲۰۰۱ (آمریکا)	اثربخشی بازاریابی رسانه‌ای نرم‌های اجتماعی در کاهش مصرف مواد و رانندگی (۴۸)	۳۵۰۰ جوان ۲۱ تا ۳۴ ساله ۱۵ شهر ایالت مونتانا	اصلاح نگرش (کاهش برداشت‌های نادرست) تغییر رفتار (کاهش نوشیدن و رانندگی)	کمپین رسانه‌ای نرم‌های اجتماعی در بیش از ۱۸ ماه	کاهش برداشت‌های نادرست هنجاری افزایش استفاده از راننده کمکی، کاهش نوشیدن و رانندگی
کاتل <sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲-۲۰۰۱ (کامبوج)	مصرف مکمل هفتگی آهن و اسیدفولیک به‌منظور پیشگیری از آنمی در زنان کامبوجی: پیامدهای بازاریابی و بسیج اجتماعی (۴۹)	دانش‌آموزان دختر مدارس متوسطه، زنان کارگر در کارخانه پوشاک و زنان روستایی	افزایش آگاهی (در مورد آنمی) اصلاح نگرش (علاقه‌مند شدن به مصرف مکمل)	طراحی اسم و شکل جذاب از مکمل، طراحی پوستر و برچسب و لوگو و پکیج	بهبود آگاهی در مورد علل، مفاهیم بهبود پیشگیری از آنمی و افزایش علاقه‌مندی جهت ادامه مصرف مکمل
گیبسن و همکاران، ۲۰۰۹ (کالیفرنیا)	اثربخشی بازاریابی اجتماعی پیشگیری از ایدز با مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی (۵۰)	۴۷۹ مصرف‌کننده مواد مخدر تزریقی	تغییر رفتار (افزایش تزریق کم‌خطر)	نصب پوستر، کمک گرفتن از یک سازمان اجتماعی، پخش ۴۰۰۰ خبرنامه، پخش اخبار در تلویزیون، پخش یک برنامه تلویزیونی مرتبط، توزیع ۴۰۰۰ کتابچه	کاهش در نسبت معتادان تزریقی، افزایش معنادار تزریق کم‌خطر، کاهش روند ابتلا به HIV
یوتوسموت <sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰ (تایلند)	ارزیابی اثربخشی مداخلات بازاریابی اجتماعی در کاهش مصرف الکل در کارگران ساختمان (۵۱)	۴۱۷ کارگر ساختمان	بهبود نگرش (ایجاد انگیزه جهت مصرف نکردن) تغییر رفتار (توقف مصرف)	کمپین رادیو تلویزیون و وضع قانون اعمال محدودیت زمان فروش الکل	توقف مصرف الکل در کارگران مواجهه شده با پیام‌ها و با انگیزه شدن جهت مصرف نکردن به دلیل متناسب بودن کمپین با عقاید مذهبی

ادامه جدول ۲. خلاصه مطالعات مداخله‌ای بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

نویسنده، سال (کشور)	عنوان	گروه مخاطب	هدف مطالعه (تغییر موردنظر مطالعه)	مداخلات	نتیجه
شیلتون و همکاران، ۲۰۰۹ (استرالیا)	کمپین پایدار بازاریابی اجتماعی برای فعالیت بدنی (۵۲)		افزایش آگاهی (در مورد فعالیت بدنی) اصلاح نگرش (تغییر مثبت در مورد فکر کردن به فعالیت بدنی) تغییر رفتار (افزایش فعالیت بدنی)	تبلیغات تلویزیون	۷۶٪ افزایش آگاهی، ۶۲٪ تغییر مثبت در تعداد افرادی که در مورد فعالیت بدنی خود فکر می‌کنند و افزایش ۴۲٪ جهت انجام بیشتر فعالیت بدنی
راجان و همکاران، ۲۰۰۹ (هند)	طراحی و اجرای راهبرد بازاریابی اجتماعی برای تشویق بازار در برنامه‌های توان‌بخشی قلب (۵۳)	۱۲۰۰ بیمار بستری	افزایش آگاهی (در مورد بیماری) تغییر رفتار (افزایش مشارکت در برنامه)	استفاده از راهبردهای بازاریابی تجاری، مشاوره، روان‌درمانی، ورزش و رژیم غذایی	افزایش آگاهی بیماران در مورد اهمیت تعدیل عوامل خطر یک رویداد قلبی، ۷۰٪ مشارکت در برنامه درمان سرپایی و توان‌بخشی قلب
هوْمَن <sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲-۲۰۰۴ (آمریکا)	ارزشیابی مداخله ملی فعالیت بدنی برای کودکان کمپین VERB <sup>۳۲</sup> (۵۴)	۲۲۵۷ کودک ۹ تا ۱۳ ساله	افزایش آگاهی (از پیام‌ها) اصلاح نگرش (ایجاد نگرش مثبت به فعالیت بدنی) تغییر رفتار (افزایش فعالیت بدنی)	تبلیغات رادیو و تلویزیون مواد چاپی، ترویج در جامعه، مدرسه و استفاده از اینترنت	دریافت پیام‌های VERB <sup>۳۳</sup> در اکثر کودکان، افزایش فعالیت بدنی، ایجاد نگرش مثبت نسبت به فعالیت بدنی بیشتر
مجدزاده و همکاران، ۱۳۸۹ (تهران)	استفاده از الگوی بازاریابی اجتماعی برای کاهش رفتارهای خطرناک رانندگان تاکسی شهر تهران (۵۵)	رانندگان تاکسی خطوط ۴ و ۶ (۵۶۰ راننده)	تغییر رفتار (کاهش رفتار خطرناک رانندگی)	انجام دو پژوهش کمی و کیفی برای طراحی مداخلات بر مبنای بحث گروهی و پرسشنامه، مداخله شامل نصب برچسب حاوی پیام، ارائه پمفلت و توصیه سرپرستان خطوط	کاهش معنادار در موارد مشاهده دو رفتار هدف در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل و افزایش معنادار نسبت شانس اجتناب از این دو رفتار توسط گروه مداخله
مشایخی، ۱۳۸۷ (استان مرکزی)	بررسی میزان تأثیر مداخله مبتنی بر مدل ارزیابی اجتماعی در اصلاح مصرف روغن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری استان مرکزی (۵۶)	۴۰۰ نفر از زنان شهری استان مرکزی	افزایش آگاهی (در مورد روغن مایع برای سلامتی) بهبود نگرش (در مورد روغن مایع و تغییر نگرش در مورد روغن نباتی) تغییر رفتار (جایگزینی رفتار خرید مصرف روغن مایع بجای روغن نباتی) تغییر محیطی (بهبود دسترسی به روغن در بازار)	پژوهش تکوینی، پیمایش بسیج اطلاعاتی (ادارات، دانش‌آموزان، ...) جلب حمایت استانداری و مراکز بهداشت	کاهش ۱۰ درصدی مصرف روغن جامد افزایش ۸ درصدی مصرف روغن مایع بهبود معنادار نگرش در مورد روغن نباتی و مایع افزایش دسترسی به روغن مایع در بازار

۳۲. به متن اصلی مراجعه شود: VERB یک کمپین رسانه‌های چندقومیتی با هدف افزایش و حفظ فعالیت بدنی بین نوجوانان و کودکان ۹ تا ۱۳ است.

جدول ۳. خلاصه‌ای از محور مطالعات بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

تعداد مطالعات	محور مطالعات
<b>تغذیه</b>	
۳	آهن و فولیک اسید
۲	سس سویا غنی از آهن
۲	شیر کم چرب
۲	میوه و سبزی
۱	رژیم غذایی
۱	او آر اس
۱	روغن جامد
۱	مولتی‌ویتامین و مکمل‌های معدنی
۱	ویتامین A
۱	ماهی
۱۵	<b>جمع</b>
<b>بیماری</b>	
۱	دیابت (تبعیت درمانی و عقاید)
۱	مالاریا (پشه‌بند)
۱	فشارخون
۱	بیماری قلب
۱	محافظت از نور خورشید
۱	پیشگیری از سفلیس
۱	HIV/AIDS
۷	<b>جمع</b>
<b>بهداشت باروری</b>	
۱	استفاده از خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده
۱	پاپ اسمیر
۲	<b>جمع</b>
<b>ایمنی و جراحی</b>	
۵	کلاه ایمنی
۳	صندلی محافظ کودک
۱	رفتار رانندگی
۹	<b>جمع</b>
<b>الکل و مواد</b>	
۴	الکل و مواد
۱	ترک سیگار
۵	<b>جمع</b>

نتایج مطالعات به چند دسته تقسیم میشوند: الف) محور مطالعات، ب) هدف مطالعات مداخله‌ای- تغییر مورد نظر مداخله، ج) موفقیت گزارش شده، د) گروه‌های مخاطب و گستره مداخله و ه) راهبردهای به‌کارگرفته شده در مطالعات مداخله‌ای.

**الف) محور مطالعات:** همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، محورهای عمده‌ای که این مطالعات به آن‌ها پرداخته‌اند شامل تغذیه (۱۶ مطالعه)، ایمنی و جراحی (۸ مطالعه)، بیماری (۷ مطالعه)، مصرف الکل و مواد (۵ مطالعه) و بهداشت باروری (۲ مطالعه) می‌باشد.

**ب) هدف مطالعات مداخله‌ای - تغییر مورد نظر مداخله:** بررسی مطالعات مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد بازاریابی اجتماعی، نشان داد که این پژوهش‌ها اهداف متنوعی داشته‌اند: افزایش سطح آگاهی، تغییر، بهبود و اصلاح نگرش و نهایتاً تغییر رفتار می‌باشد. عمده‌ترین هدف این مطالعات، تغییر در رفتار بوده است. در بررسی این مطالعات مشخص شد که علاوه بر افزایش آگاهی، تغییر نگرش و رفتار، تغییر محیطی و همچنین ترکیبی از این موارد نیز مدنظر بوده است. در مورد هر کدام از این حیطه‌ها به‌طور خلاصه در زیر شرح داده می‌شود:

**(۱) افزایش آگاهی:** در سه مطالعه افزایش آگاهی به تنهایی و در یک مطالعه افزایش آگاهی به همراه اصلاح نگرش و در هفت مطالعه به همراه اصلاح نگرش و تغییر رفتار و در سه مطالعه افزایش آگاهی به همراه تغییر رفتار هدف مطالعه بوده است. موضوعات افزایش آگاهی شامل مزایای سس سویا، افزایش آگاهی مادران در مورد کمبود ویتامین آ، استفاده از روغن مایع برای سلامتی و بهترین حرارت برای سرخ کردن مواد غذایی با روغن مایع، مکمل‌ها، بهداشت عمومی، سرطان گردن رحم و غربالگری آن، فشارخون، دیابت، افزایش آگاهی بیماران در مورد سفلیس، آنمی، بیماری فشارخون و فعالیت بدنی می‌باشد.

**(۲) اصلاح نگرش:** در یک مطالعه اصلاح نگرش به همراه افزایش آگاهی و در هفت مطالعه به همراه افزایش آگاهی و تغییر رفتار و در چهار مطالعه اصلاح و بهبود نگرش به همراه تغییر رفتار هدف مطالعه بوده است. در هیچ‌کدام از مطالعات اصلاح نگرش به تنهایی هدف مطالعه نبوده است. اصلاح نگرش یا با هدف کاهش نگرش نادرست مثل کاهش

برداشت‌های نادرست، تغییر در عقاید فرهنگی، کاهش باور غلط مادران بوده است و یا افزایش و بهبود نگرش و علاقه مثل بهبود نگرش نسبت به مکمل‌ها، بهبود درک در مورد HIV، ایجاد انگیزه جهت مصرف نکردن الکل، علاقه‌مندی به مصرف مکمل آهن و اسیدفولیک، تغییر مثبت در مورد فکر کردن به انجام فعالیت بدنی، بهبود نگرش در مورد روغن مایع و تغییر نگرش در مورد روغن نباتی و بهبود نگرش‌های مرتبط با مصرف سس سویا انجام شده است.

**(۳) تغییر رفتار:** در بیست‌وسه مطالعه تغییر رفتار به تنهایی، در چهار مطالعه اصلاح نگرش به همراه تغییر رفتار، در هفت مطالعه تغییر رفتار به همراه افزایش آگاهی و اصلاح نگرش و در سه مطالعه تغییر رفتار با افزایش آگاهی هدف مطالعه بوده است. تغییر رفتارهای ایجادشده پس از انجام مداخلات در این پژوهش‌ها شامل کاهش نوشیدن الکل و رانندگی، افزایش تزریق کم‌خطر، توقف مصرف الکل، افزایش فعالیت بدنی و مشارکت در برنامه، کاهش رفتار خطرناک رانندگی، جایگزینی رفتار خرید مصرف روغن مایع بجای روغن نباتی، افزایش مصرف سس سویا، مصرف شیر کم‌چرب، مصرف کپسول ویتامین آ، مصرف مکمل‌ها، مصرف و فروش ORS، خرید شیر کم‌چرب، مصرف میوه، انجام آزمایش، استفاده از پشه‌بند‌های آغشته به حشره‌کش، استفاده از کاندوم، استفاده از صندلی محافظ، استفاده از کلاه ایمنی، بهبود رفتار تغذیه، تبعیت از استانداردهای مراقبت، عدم افزایش مصرف الکل، افزایش استفاده از خدمات بهداشت باروری، افزایش تعداد قدم‌ها در روز و افزایش انجام رفتارهای محافظتی می‌باشد.

**(۵) تغییر محیطی:** در دو مطالعه تغییر محیطی به همراه افزایش آگاهی، اصلاح نگرش و تغییر رفتار، هدف مطالعات بوده است. در هیچ مطالعه‌ای تغییر محیطی به تنهایی هدف نبوده است. تغییرات محیطی عمده ایجادشده در انجام این پژوهش‌ها، بهبود دسترسی به روغن در بازار و افزایش دسترسی به سس سویا بود.

**(ج) موفقیت گزارش‌شده:** همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، در مداخلات مبتنی بر رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت اهداف مختلفی جهت ایجاد تغییر در کمیت یا کیفیت آگاهی، نگرش و یا رفتار به تنهایی یا ترکیبی مدنظر بوده است. در پایان مداخلات، محققین میزان موفقیت

کسب‌شده در ایجاد تغییرات مورد هدف را با نسبت‌های مختلف گزارش کرده‌اند. در حیطه آگاهی موفقیت در ایجاد تغییر از ۷۶٪ افزایش آگاهی در مورد فعالیت بدنی به‌عنوان بیشترین تغییر در این حیطه تا ۳۷٪ افزایش آگاهی در مورد بیماری فشارخون به‌عنوان کمترین تغییر در این حیطه گزارش شده است. در حیطه نگرشی، طیف موفقیت در ایجاد تغییر از ۱۳٪ کاهش باور غلط پرستاران و مراقبین کودکان در خصوص مصرف مکمل ویتامین آ و عوارض آن تا ۶۲٪ تغییر مثبت در تعداد افرادی که در مورد فعالیت بدنی خود فکر می‌کنند به‌عنوان کمترین و بیشترین تغییر در این حیطه اعلام شده است و در نهایت در حیطه رفتاری و عملکردی، میزان موفقیت گزارش‌شده از ۱/۹٪ افزایش در استفاده از کلاه ایمنی تا افزایش ۴۳/۸ درصدی فروش شیر کم‌چرب متفاوت بوده است.

**(د) گروه‌های مخاطب و گستره مداخله:** گروه‌های مخاطب مطالعات انجام‌شده از طیف‌های مختلفی تشکیل می‌شدند؛ اما اکثریت گروه‌های مخاطب را زنان تشکیل می‌دادند. در حدود دوازده مطالعه گروه‌های مختلفی از زنان شامل زنان باردار، زنان در سن باروری، زنان سیگاری، زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله و زنان بالای ۵۰ سال به‌عنوان گروه هدف در نظر گرفته‌شده بودند. در هفت مطالعه کودکان گروه‌های سنی مختلف به‌ویژه دانش‌آموزان، در سه مطالعه والدین، در سه مطالعه رانندگان و در دو مطالعه، کارگران و بیماران، یک مطالعه در دانشجویان، در یک مطالعه، افراد بزرگ‌سال و در چهارده مطالعه، شهروندان و ساکنان ایالت‌ها، گروه‌های مخاطب را تشکیل داده بودند.

از لحاظ وسعت و گستره منطقه مورد مطالعه و مداخله، تنوع خاصی وجود داشت؛ به طوری‌که گسترده‌ترین منطقه مورد مداخله به ترتیب شامل سه کشور آسیایی فیلیپین، اندونزی و بنگلادش، ایالت‌های ویرجینیای غربی، کالیفرنیا، کارولینای شمالی و مونتانا در آمریکا، کشور ویتنام، مرز ایالت متحده و مکزیک، یک شهر در روسیه و یک شهر در کانادا بودند. سایر مطالعات در مناطق محدود مثل برخی روستاها و برخی نواحی و مناطق شهری انجام شده بودند.

از لحاظ تعداد نمونه، حجم‌های نمونه گوناگون و متنوعی انتخاب شده‌اند. کمترین تعداد شامل ۶۰ زن ۵۴ تا ۸۳ ساله و بیشترین تعداد، جمعیت سه کشور آسیایی فیلیپین،

آموزشی را می‌توان از جمله راهبردهای مداخله‌ای دیگر مورد استفاده در این مطالعات نام برد. همچنین در تعدادی از این بررسی‌ها، محصول موردنظر را با نام، شکل، طرح، بسته‌بندی و لوگوی جدید و متنوع و جذاب جهت ترویج ارائه نمودند. فعالیت‌های متخصصان، مشاوره و روان‌درمانی، ارائه رژیم‌های غذایی و تعدیل قیمت محصول، به‌عنوان راهبردهای مورد استفاده جهت انجام مداخلات موردنظر در تعداد معدودی از این مطالعات استفاده شدند.

### بحث

علیرغم محدودیت‌های مطالعه، یافته‌ها امکان ترسیم یک شمای کلی از نحوه کاربرد چهارچوب بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت را فراهم می‌نماید که می‌تواند راهگشای محققینی که قصد استفاده از این چهارچوب در مطالعات آتی خود را دارند باشد. همان‌طور که در یافته‌ها مطرح شد مطالعات مختلف به شیوه‌های متعدد و با اهداف متفاوت در مورد بسیاری از معضلات بهداشتی و با میزان مختلف موفقیت، اجرا شده‌اند.

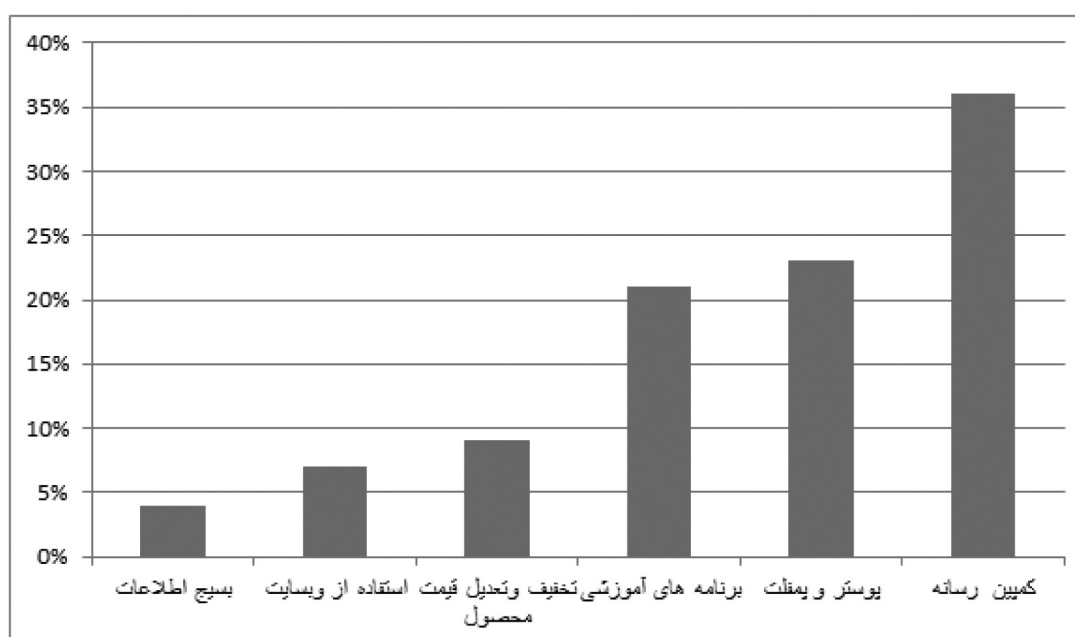
یافته‌ها نشان می‌دهد محور عمده مطالعات تغذیه سالم بوده است. همچنین به نظر می‌رسد مداخلات ارتقاء سلامت با رویکرد بازاریابی اجتماعی عمدتاً در مورد آگاهی، نگرش و رفتارهای سالمی که مستلزم استفاده از یک محصول

اندونزی و بنگلادش بودند. در مرتبه دوم و سوم بیشترین حجم نمونه جمعیت ۴۸۰۰۰۰ نفر روستایی در آمریکا و نیز شهروندان یک شهر در روسیه مورد مداخله قرار گرفتند. رایج‌ترین حجم نمونه انتخاب شده در این مطالعات بین ۴۰۰ تا ۵۰۰ نفر می‌باشد. از لحاظ سن، کم‌سن‌ترین گروه هدف، کودکان ۳ تا ۱۳ ساله و مسن‌ترین گروه مخاطب، زنان ۵۴ تا ۸۳ ساله آمریکایی بودند. رایج‌ترین گروه سنی در این پژوهش‌ها، بین ۲۰ تا ۴۰ سال و دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بود.

### ه) راهبردهای به کار گرفته‌شده در مطالعات

**مداخله‌ای:** در این مطالعات از ترکیب‌های متفاوتی از راهبردها در مداخلات بازاریابی اجتماعی استفاده شده است. بیشترین و رایج‌ترین راهبرد مداخلات شامل کمپین رسانه‌های جمعی مانند تبلیغات تلویزیون، رادیو، چاپ مقاله در مجلات و انتشار اخبار در روزنامه بوده است که در قریب به بیست مطالعه استفاده شدند. رایج‌ترین راهبرد به‌کاررفته بعدی در مداخلات بازاریابی اجتماعی مربوط به نصب بیلبورد، پوستر، بنر، توزیع پمفلت، لیفلت و بروشور بود که در سیزده مطالعه استفاده شده بود. کمپین ارتباطات، آموزش چهره به چهره به افراد، پخش فیلم آموزشی، ارسال مواد آموزشی از طریق پست الکترونیک، برگزاری کلاس و کارگاه آموزشی، استفاده از وبسایت جهت انجام تبلیغات و آموزش، بسیج اجتماعی و اطلاعاتی و توزیع کتابچه‌های

نمودار ۲. فراوانی راهبردهای به‌کاررفته در مطالعات بازاریابی اجتماعی



بهداشتی و یا عدم استفاده از یک ماده غیربهداشتی است استفاده شده است. مطالعات میزان موفقیت‌های مختلفی را گزارش کرده‌اند. بررسی‌ها، شواهدی ارائه می‌دهد که مداخلات بازاریابی اجتماعی را می‌توان در بهبود رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و ورزش کردن و مبارزه با سوءمصرف مواد مانند الکل و سیگار و داروهای اعتیادآور و نیز ارتقاء رفتارهای ایمنی مؤثر دانست. بر اساس مطالعاتی که در این زمینه انجام شده، بازاریابی اجتماعی در بهبود آگاهی، منافع درک‌شده و غلبه بر موانع، قصد خرید و مصرف هم امکان‌پذیر و هم مؤثر بوده است. مطالعات دیگر مروری بر روی مداخلات مبتنی بر بازاریابی اجتماعی در سایر حوزه‌ها نیز نشان داده است که رویکرد بازاریابی کارایی خوبی برای ایجاد تغییر رفتارهای مختلف افراد در گروه‌های مخاطب متفاوت ایجاد کند (۵۷).

بررسی مداخلات مبتنی بر رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت، نشان داد اهداف مختلفی جهت ایجاد تغییر در آگاهی، نگرش و یا رفتار به‌تنهایی یا ترکیبی مدنظر بوده است. اما از بین آن‌ها، عمده‌ترین هدف، تغییر در رفتار بوده است. همان‌طور که مهم‌ترین هدف آموزش بهداشت، تغییر رفتار است، بازاریابی اجتماعی نیز بر تغییر رفتار در عرصه‌های مختلف تأکید می‌کند. زیرا هدف نهایی بازاریابی اجتماعی تأثیر بر رفتار است. این معیار تأکید می‌کند که در بازاریابی اجتماعی، تجزیه و تحلیل گسترده رفتار به‌منظور فراهم آوری یک تصویر کلی از الگوها و روندهای فعلی رفتار مخاطب (هم رفتار نامطلوب و هم رفتار موردنظر) انجام می‌شود و مداخلات هم با در نظر گرفتن چهار حوزه کلیدی رفتار شامل شکل‌گیری و ایجاد رفتار، حفظ و تقویت رفتار، تغییر رفتار و کنترل رفتاری بر اساس اصول اخلاقی، تعیین و طراحی می‌شوند (۴). در بررسی مطالعات مشخص شد که تقریباً اکثریت آن‌ها مقوله‌های آگاهی، نگرش و رفتار مخاطبین را مورد کنکاش قرار داده‌اند که به‌طور مفصل در قسمت نتایج آمده است. محققین در پایان مداخلات، میزان موفقیت کسب‌شده در ایجاد تغییرات موردنظر را با نسبت‌های مختلف گزارش نموده‌اند.

در مرور بر مطالعات، مشخص گردید که از ترکیب‌های متفاوتی از راهبردها در مداخلات بازاریابی اجتماعی استفاده شده است که بیشترین و رایج‌ترین راهبرد

مداخلات شامل کمپین رسانه‌های جمعی مانند تبلیغات تلویزیون، رادیو، چاپ مقاله در مجلات، انتشار اخبار در روزنامه و نصب بیلبورد، پوستر، بنر، توزیع پمفلت، لیفلت و بروشور بوده است. به‌تازگی و با رشد و توسعه تجهیزات الکترونیکی، ارسال مواد آموزشی از طریق پست الکترونیک، برگزاری کارگاه آموزشی مجازی، استفاده از وبسایت جهت انجام تبلیغات و آموزش نیز جزء راهبردهای مداخله‌ای در نظر گرفته‌شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند. تقریباً در اکثریت مطالعات، کمپین رسانه‌های جمعی به‌ویژه رادیو و تلویزیون مورد استفاده قرار گرفته است که نشان‌دهنده تأثیر این وسایل جمعی در افزایش آگاهی، تغییر نگرش و تغییر رفتار در بین جامعه می‌باشد. هرچایی که یک محقق از این راهبرد بهره گرفته، به نتایج ارزشمندی نیز دست‌یافته است. چراکه پیوندی عمیق میان رسانه‌های گروهی و مخاطبان آن‌ها به وجود آمده و هر روز تقویت می‌شود و این موضوع فرصتی را فراهم آورده تا پژوهشگران به‌ویژه پژوهشگران حوزه سلامت نیز همانند بازاریابان تجاری از این موقعیت ممتاز در راستای ارتقای سلامت جامعه استفاده نمایند.

یکی از نکات قابل‌توجه در بررسی این مطالعات این بود که تقریباً تمامی این مطالعات بر روی چهار آمیزه اصلی بازاریابی اجتماعی یعنی محصول، قیمت، مکان و ترویج تأکید نموده‌اند و تنها یک مطالعه بر روی ۶ آمیزه یعنی محصول، قیمت، مکان، ترویج، مشارکت و سیاست‌گذاری متمرکز شده است. پژوهشگران این پژوهش، به مطالعه‌ای که تمام اجزای آمیزه بازاریابی اجتماعی را به‌کاربرده باشد، دسترسی نیافتند که به‌احتمال زیاد چنین مطالعه‌ای تاکنون انجام نشده و یا اینکه در نشریات، چاپ‌نشده که امکان دسترسی به آن، حاصل نشد. یکی از مسائلی که مطرح می‌شود و می‌تواند به عنوان یکی از دلایل عدم استفاده پژوهشگران از سایر اجزای آمیزه بازاریابی اجتماعی به‌غیر از چهار پی (4P) معروف باشد، این است که به نظر می‌رسد کارکردن بر روی سایر اجزا قدری مشکل‌تر باشد و به دلیل وجود یکسری محدودیت‌ها امکان پرداختن به آن‌ها ضعیف‌تر است. به‌عنوان نمونه در آمیزه سیاست‌گذاری کمتر محقق‌ی ورود پیدا می‌کند چون علاوه بر موانع حقوقی و سیاسی پیش رو، رویکردهای سیاسی برخی دولت‌ها و نیز عدم همکاری و شاید ممانعت آن‌ها در ورود محققین به

### References

1. Storey J.D, Saffitz B.G, Rimón G.J. Social Marketing. In: Glanz K, Rimer K.B, Viswanath K, editors. Health Behavior And Health Education. Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. 436-9.
2. CDC. Social Marketing Basics. Social Marketing for Nutrition and Physical Activity Web Course: Introduction. Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/socialmarketing/training/pdf/course/Basics.pdf>. Accessed 2012 May 6.
3. French J, Steven CB. Key concepts and principles of social marketing in: French J, Steven CB, Mcvey D, Merritt R. Social marketing and public health theory and practice. 2010. New York: Oxford University press. 34.
4. Rafiifar S, Moazzen Jami MH, Rezaeimirqaed O, Motlagh ME, Majdi MR, et al. The Design programs models in health promotion: planning, implementation and evaluation of health promotion programs. Tehran: Mehravash; 2010. 67-73.
5. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour HA, Heidarnia A, Pakpour A. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: Asaresobhan; 2009. 117-21. [Persian]
6. Neiger BL, Thackeray R. Application of the SMART Model in two successful social marketing projects. American Journal of Health Education. 2002;33(5):301-3.
7. Andreasen AR. Marketing social marketing in the social change marketplace. J Public Policy Mark. 2002; 21: 3-13.
8. Carins J.E, Rundle-Thiele S.R. Eating for the better: a social marketing review (2000-2012). Public Health Nutr. 2014;17(7):1628-39.
9. Evans WD. How social marketing works in health care. BMJ: British Medical Journal. 2006;332(7551):1207-10.
10. Sun X, Yan Guo P, Wang S, Sun J. Social Marketing Improved the Consumption of Iron-fortified Soy Sauce among Women in China. J Nutr Educ Behav. 2007;39(6):302-10.

این زمینه، می‌تواند مزید بر علت باشد. با توجه به اینکه اخیراً مفاهیم دیگری شامل عمومیت، شراکت، سلسله منابع و سیاست‌گذاری را هم به مجموعه «آمیزه بازاریابی» در عرصه بازاریابی اجتماعی اضافه کرده‌اند، برخی از پژوهشگران فرصت ورود به این میدان را نیافته‌اند. علاوه بر این، شاید یک نوع ابهام در به‌کارگیری این آمیزه‌ها و دشواری کار و شفاف نبودن، باعث شده تا کمتر کسی به این میدان ورود پیدا کند. در عوض با توجه به وضوح و روشنی و شاید بتوان گفت ساده‌تر بودن استفاده از چهار آمیزه معروف، اکثر محققین به سمت کاربرد این آمیزه‌ها به تنهایی روی آورده‌اند. شاید یکسری دلایل ناشناخته دیگری هم باشد که نیاز به بررسی دارد.

در این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بودیم از جمله اینکه، این مطالعه یک مرور کاملاً نظام‌مند نبود. به علاوه در این مطالعه کیفیت و استاندارد روش مداخله مطالعات مدنظر قرار گرفته نشد. به عبارتی، میزان صحت روش‌شناسی مطالعه شرط ورود به مطالعه نبوده است و تقریباً همه گزارش‌ها مقالات بازاریابی اجتماعی منتشرشده در حوزه سلامت به دو زبان انگلیسی و فارسی بررسی شده بودند و لذا یافته‌ها در سایه این محدودیت‌ها باید تعمیم داده شوند. نتیجه‌گیری: متأسفانه همان‌طور که سایر مطالعات مروری بر مطالعات مبتنی بر رویکرد بازاریابی اجتماعی (۵۲) نشان داده‌اند، نویسندگان مقالات اطلاعات بسیار محدودی در مورد جزئیات روش به‌کارگیری این رویکرد در مقالات خود مطرح نموده‌اند. لذا به نظر می‌رسد برای محققینی که قصد دارند در طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت از این رویکرد استفاده نمایند، یک چالش مهم، نحوه استفاده از مفاهیم بازاریابی اجتماعی و کاربرد آن‌ها در طراحی درست اهداف تحقیق، ابزار، چهارچوب مفهومی مطالعه و نیز طراحی مداخلاتی است که به معنای واقعی برگرفته از مفاهیم بازاریابی اجتماعی هستند.

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی افرادی که نهایت همکاری را در اجرای این مطالعه داشتند به عمل آورند.

- Supplementation in Women of Reproductive Age in Vietnam: Impact on Anemia and Iron Status. *Nutrition Reviews*. 2005;63(12):95-108. xJanice Hermann Search for articles by this author
20. Francis S, Taylor M. A Social Marketing Theory-Based Diet-Education Program for Women Ages 54 to 83 Years Improved Dietary Status. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(12):2052-56.
  21. W Arnickm E, Deardend Ka, Slatern Sh, Butron B, Lanata C, Huffmans S. Social Marketing Improved the Use of Multivitamin and Mineral Supplements among Resource-Poor Women in Bolivia. *J Nutr Educ Behav*. 2004;36(6):290-97.
  22. Rothschild M, Mastin B, Miller T. Reducing alcohol-impaired driving crashes through the use of social marketing. *Accident Analysis and Prevention*. 2006;38(6):1210-30.
  23. Nishtar S, Alderson H, Grizeau-Clemens D, Anatolievna Shalnova S, Kolotova G. Social marketing leverage for heart health: The Ekaterinburg experience. *CVD Prevention and Control*. 2008;3(2):61-8.
  24. Lowry R.J, Hardy C, Jordan C, Wayman G. Using social marketing to increase recruitment of pregnant smokers to smoking cessation service: a success story. *Public Health*. 2004;118(4):239-43.
  25. Bethune G.R, Lewis H.J. Let's talk about smear tests: Social marketing for the National Cervical Screening Programme. *Public Health*. 2009;123(eSupplement):e17-e22.
  26. Smith B, Ferguson C, McKenzie J, Bauman A, Vita Ph. Impacts from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Australian Centre for Health Promotion Research Unit*. 2006;17(1):51-60.
  27. Wang B, Zhan S, Sun J, Lee L. Social mobilization and social marketing to promote NaFeEDTA-fortified soya sauce in an iron-deficient population through a public-private partnership. *Public Health Nutrition*. 2009; 12(10):1751-9.
  28. Schellenberg JR, Abdulla S, Nathan S, Mukasa O, Marchant T.J, Kikumbih N, et al. Effect of large-
  11. Dehdashti Z, Seydzaheh H. Using a combination of relationship marketing and market fish breeding ability of consumers view the case study city of Ilam. *Journal of Agricultural and Development Economics*. 2005;14(53):52-133. [Persian]
  12. McConnell, C. Developing a vegetable and fruit social marketing campaign in Alberta. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2003;64(2):103-4.
  13. Barrie LR, Jones SC, Wiese E. "At least I'm not drink-driving": Formative research for a social marketing campaign to reduce drug-driving among young drivers. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*. 2011;19(1):71-5.
  14. Parker S, Hunter T, Briley C, Miracle S, Hermann J, Van Delinder J, et al. Formative Assessment Using Social Marketing Principles to Identify Health and Nutrition Perspectives of Native American Women Living within the Chickasaw Nation Boundaries in Oklahoma. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2011;43(1):55-62.
  15. Quinn G, Bell-Ellison B, Loomis W, Tucci M. Adolescent perceptions of violence: formative research findings from a social marketing campaign to reduce violence among middle school youth. *Public Health*. 2007;121(5):357-66.
  16. Jackson TD, Parker S, Hermann J, Miracle S, Briley C. Using social marketing principles as a framework to describe native american women's views of type 2 diabetes: Oklahoma State University. 2010;42(4):110-11 2009.
  17. Arnell H. Prevention Institute for the Center for Health Improvement (CHI). Promoting Consumption of Low-Fat Milk: The 1% or Less Social Marketing Campaign. 2002.
  18. Pollard R, Favin M. Social marketing of vitamin A in three Asian countries. The Manoff Group. 1997. xTeresa Jackson, Search for articles by this author x, Stephany Parker, Search for articles by this author
  19. Berger J, Thi Kim Thanh H, Cavalli-Sforza T, Smitasiri S, Cong Khan N, Milani S, Thuy Hoa Ph, Dinh Quang N, Viteri F. Community Mobilization and Social Marketing to Promote Weekly Iron-Folic Acid

- ND, Smitasiri S, et al. Community Mobilization and Social Marketing to Promote Weekly Iron, Folic Acid Supplementation: A New Approach Toward Controlling Anemia Among Women of Reproductive Age in Vietnam. *Nutrition reviews*. 2005;63(12):87-94.
38. Olshefsky AM, Zive MM, Scolari R, Zuñiga ML. Promoting HIV risk awareness and testing in Latinos living on the US-Mexico border: the Tu No Me Conoces social marketing campaign. *AIDS Education & Prevention*. 2007;19(5):422-35.
39. Thackeray R, Neiger BL. Use of social marketing to develop culturally innovative diabetes interventions. *Diabetes Spectrum*. 2003;16(1):15-20.
40. Kenya P, Gatiti S, Muthami L, Agwanda R, Mwenesi H, Katsivo M, et al. Oral rehydration therapy and social marketing in rural Kenya. *Social Science & Medicine*. 1990;31(9):979-87.
41. Wood T, Milne P. Head injuries to pedal cyclists and the promotion of helmet use in Victoria, Australia. *Accident Analysis & Prevention*. 1988;20(3):177-85.
42. St Louis RM, Parow JE, Eby DW, Bingham CR, Hockanson HM, Greenspan AI. Evaluation of community-based programs to increase booster seat use. *Accident Analysis & Prevention*. 2008;40(1):295-302.
43. Ross M, Chatterjee N, Leonard L. A community level syphilis prevention programme: outcome data from a controlled trial. *Sexually Transmitted Infections*. 2004;80(2):100-4.
44. Apsler R, Formica S, Rosenthal A, Robinson K. Increases in booster seat use among children of low income families and variation with age. *Injury Prevention*. 2003;9(4):322-5.
45. De Cocker KA, De Bourdeaudhuij IM, Brown WJ, Cardon GM. Effects of "10,000 steps Ghent": a whole-community intervention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33(6):455-63.
46. Van Rossem R, Meekers D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. *AIDS Education and Prevention* scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania. *Lancet*. 2001 Apr 21;357(9264):1241-7.
29. Petrella R.J, Speechley M, Kleinstiver P, Ruddy T. Impact of a Social Marketing Media Campaign on Public Awareness of Hypertension. *AJH*. 2005;18(2):270-5.
30. Minami P. Switch to 1% Milk—A Healthy and Delicious Choice for the Central Valley  
Central Valley Project LEAN. Community-Based Social Marketing: The California Project LEAN Experience.
31. Ebel BE, Coronado GD, Thompson B, Martinez T, Fitzgerald K, Vaca F, et al. Child passenger safety behaviors in Latino communities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2006;17(2):358-73.
32. DiGiuseppi C, Rivara FP, Koepsell TD, Polissar L. Bicycle Helmet Use by Children Evaluation of a Community-wide Helmet Campaign. *JAMA*. 1989;262(16):2256-61.
33. Rivara FP, Thompson DC, Thompson RS, Rogers LW, Alexander B, Felix D, et al. The Seattle Children's Bicycle Helmet Campaign: Changes in Helmet Use and Head Injury Admissions Harborview Injury Prevention and Research Center, the Department of Pediatrics and Epidemiology, University of Washington and the Departments of Preventive Care, Group Health Cooperative of Puget Sound. 1994;93(4):567-9.
34. Ludwig TD, Buchholz C, Clarke SW. Using social marketing to increase the use of helmets among bicyclists. *J Am Coll Health*. 2005;54(1):51-8.
35. Rouzier P, Alto W. Evolution of a successful community bicycle helmet campaign. *The Journal of the American Board of Family Practice/American Board of Family Practice*. 1995;8(4):283.
36. Shive SE, Morris MN. Evaluation of the energize your life! Social marketing campaign pilot study to increase fruit intake among community college students. *Journal of American College Health*. 2006;55(1):33-40.
37. Khan NC, Thanh HTK, Berger J, Hoa PT, Quang

marketing model to reduce risky driving behavior in taxi drivers in Tehran. Journal of School Health and Health Research Institute. 2011;9(2):21-40. [Persian]

56. Mashayekhi N, Yadegari N, Amini M, Eshrati B, Shams M, Farazi A.A, Khoddam S. Evaluate the effectiveness of interventions based on assessment model of social reform oil consumption in women attending urban health centers in markazi Province. Journal of healthy work. 2009;3(9,10):71-82. [Persian]

57. Martine Stead M, Gordon R, Angus K, McDermott L. A systematic review of social marketing effectiveness. Health Education. 2007; 107(2):126-91.

#### Footnotes

1. Product, Price, Place, & Promotion
2. Xinying
3. Center for Health Improvement (CHI)
4. dark green leafy vegetables (DGLVs)
5. Arnickm
6. Rothschild
7. Ekaterinburg
8. Nishtar
9. Lowry
10. Bethune
11. Wang
12. Schellenberg
13. Petrella
14. Minami
15. Ebel
16. DiGuiseppe
17. Rivara
18. Ludwig
19. Rouzier
20. table tents
21. Shive
22. Olshefsky
23. Thackeray
24. Apsler
25. Ghent
26. Cocker
27. Rossem
28. Kanal
29. Yothasmut
30. VERB یک کمپین رسانهای چندقومیتی با هدف افزایش و حفظ فعالیت بدنی بین نوجوانان و کودکان 9 تا 13 است.
31. Huhman

2000;12(5):383-404.

47. Thomas J. Addressing obesity through social marketing: 'Liverpool's Challenge'. Perspectives in Public Health. 2009;129(6):254-5.

48. Perkins H, Linkenbach JW, Lewis MA, Neighbors C. Effectiveness of social norms media marketing in reducing drinking and driving: A statewide campaign. Addictive Behaviors. 2010;35(10):866-74.

49. Kanal K, Busch-Hallen J, Cavalli-Sforza T, Crape B, Smitasiri S. Weekly Iron-Folic Acid Supplements to Prevent Anemia among Cambodian Women in Three Settings: Process and Outcomes of Social Marketing and Community Mobilization. Nutrition reviews. 2005;63(12):126-33.

50. Gibson DR, Zhang G, Cassady D, Pappas L, Mitchell J, Kegeles SM. Effectiveness of HIV prevention social marketing with injecting drug users. American Journal of Public Health. 2010;100(10):1828.

51. yothasmut j, teerawattananon y, tantivess s, putchong c, pilasant s, khampang r, et al. The effectiveness of social marketing interventions in reducing alcohol consumption among construction workers and other residents in a community in Bangkok, Thailand. ISPOR 4<sup>th</sup> Asia-Pacific Conference Research Abstracts. 2010;13(7):545.

52. Maitland C, James N, Shilton T. Regional consideration for state-wide social marketing campaigns - some lessons learned. available from: [http://nrha.org.au/11nrhc/papers/11th%20NRHC%20Maitland\\_Clover\\_B6.pdf](http://nrha.org.au/11nrhc/papers/11th%20NRHC%20Maitland_Clover_B6.pdf)

53. Rajan P, Fernandez R. Social marketing of cardiac rehabilitation in patients following coronary intervention procedures. Heart, Lung and Circulation. 2009;18(3): S262.

54. Huhman ME, Potter LD, Duke JC, Judkins DR, Heitzler CD, Wong FL. Evaluation of a National Physical Activity Intervention for Children. American Journal of Preventive Medicine. 2007;32(1):38-43.

55. Majdzadeh R, Rashidian A, Shams M, ShojaeiZadeh D, Montazeri A. Using social