



Developing a Social Marketing Model to Promote Well-Informed and Low-Income Middle- Aged Participation in Regular Physical Activity, a Qualitative Study

Saeid Mokhlesi¹, Hossein Akbari Yazdi¹, Alireza Elahi¹, Mohammad Khabiri²

1. Dept. of Sport Management, Faculty of Physical Education, Kharazmi University, Tehran, Iran
2. Dept. of Sport Management, Faculty of Physical Education, University of Tehran, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2018/08/01

Accepted: 2018/12/01

Available Online: 2019/03/16

IJHEHP 2019; 7(1): 93-108

DOI: 10.30699/ijhehp.7.1.93

Corresponding Author:

Saeid Mokhlesi

Dept. of Sport Management,
Faculty of Physical Education,
Kharazmi University,
Tehran, Iran

Email: s.mokhlesi@ut.ac.ir

Use your device to scan
and read the article online



Abstract

Background and Objective: Middle age is an important period of life that is associated with reduced physical fitness and therefore, the participation in regular physical activity in this period of life is of great importance. The purpose of this research is to develop a social marketing model for promoting well-informed and low-income middle-aged people' participation in regular physical activity.

Methods: This study was a qualitative study with a grounded theory approach that was carried out in two stages. The first stage included recognizing the target audience's view of participation in physical activity, and the second stage included determining the strategies for mixed social marketing and developing the research model. The statistical population of the first stage consisted of healthy individuals aged 45-64, and in the second stage, the statistical population included the relevant experts. Sampling was done purposefully and data were collected through 3 focus groups and 18 semi-structured interviews. For data analysis, three-step coding method was used and data validity was evaluated using standard methods.

Results: After identifying the internal and external barriers and facilitators of participating well-informed and low-income middle-aged people in physical activity, mixed social marketing strategies including product, place, promotion, and price strategies were determined and the final model was developed.

Conclusion: In order to promote well-informed and low-income middle-aged people participation in regular physical activity, standard, principled, fun, and practicable physical activities with the lowest possible cost, the best access conditions and the most appropriate promotional messages should be provided for the target audience.

Keywords: Physical activity, Social marketing, Middle age, Low-Income

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

How to cite this article:

Mokhlesi S, Akbari Yazdi H, Elahi A, Khabiri M. Developing a Social Marketing Model to Promote Well-Informed and Low-Income Middle- Aged Participation in Regular Physical Activity, a Qualitative Study. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7 (1) :93-108

Mokhlesi, S., Akbari, Yazdi, H., Elahi, A., Khabiri, M. (2019). Developing a Social Marketing Model to Promote Well-Informed and Low-Income Middle- Aged Participation in Regular Physical Activity, a Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (1), 93-108



تدوین مدل بازاریابی اجتماعی برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم، یک مطالعه کیفی

سعید مخلص^۱، حسین اکبری یزدی^۱، علیرضا الهی^۱، محمد خبیری^۲

۱. گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲. گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: میان سالی دوره ای مهم از زندگی بوده که با کاهش آمادگی جسمانی همراه است؛ از این رو مشارکت در فعالیت بدنی منظم در این دوره، اهمیت بسیاری دارد. هدف از این پژوهش تدوین مدل بازاریابی اجتماعی برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی با رویکرد داده بنیاد است که در دو مرحله انجام گرفت. مرحله اول شامل شناخت دیدگاه مخاطبین هدف درباره مشارکت در فعالیت بدنی و مرحله دوم شامل تعیین راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی و تدوین مدل پژوهش بوده است. جامعه آماری مرحله اول را افراد سالم ۴۵ تا ۶۴ ساله تشکیل می دادند و در مرحله دوم، جامعه آماری شامل متخصصین مربوطه بود. نمونه گیری به صورت هدفمند و نظری انجام شد و داده ها از طریق ۳ گروه کانونی و ۱۸ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته گردآوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش کدگذاری سه مرحله ای استفاده شد و اعتبار داده ها به روش های استاندارد بررسی شد.

یافته ها: پس از شناسایی موانع درونی و بیرونی و تسهیل کننده های مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم، راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی شامل راهکارهای محصول، مکان، ترویج و قیمت، تعیین شدند و مدل نهایی پژوهش تدوین شد.

نتیجه گیری: برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم، می بایست فعالیت های بدنی استاندارد، اصولی، مفرح و اجرایی با کمترین هزینه های ممکن و بهترین شرایط دسترسی، با مناسب ترین پیام های ترویجی به مخاطبان هدف عرضه شوند.

واژه های کلیدی: فعالیت بدنی، بازاریابی اجتماعی، میان سالی، کم درآمد

کپی رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله
دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۰
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

IJHEHP 2019; 7(1):93-108

نویسنده مسئول:

سعید مخلص

گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

پست الکترونیک:

s.mokhlesi@ut.ac.ir

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

که فعالیت بدنی جزو راهکارهای پیشگیرانه اولیه و ثانویه برای مقابله با بیش از ۲۵ نوع بیماری و مشکل پزشکی مزمن از جمله برخی از انواع سرطان، دیابت و بیماری های قلبی محسوب می شود (۳). منابع معتبر توصیه می کنند برای حفظ سلامتی و پیشگیری از ابتلا به بیماری های مزمن مرتبط با نبود فعالیت بدنی، بزرگ سالان در اکثر روزهای هفته به طور میانگین ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط داشته باشند (۴). اما آمارها حاکی از این است که اکثریت جمعیت جهان به حد کافی فعال نبوده و از مزایای فعالیت بدنی برای سلامتی مطلوب برخوردار نیستند (۵). امروزه نبود فعالیت بدنی، به طور فزاینده ای به عنوان یکی

فعالیت بدنی یک عنصر مهم در حفظ سلامتی و تندرستی ذهنی و بدنی مطلوب به شمار می رود. اما در طول زمان شیوه ای که افراد کار می کنند و در زندگی روزمره خود از محلی به محل دیگر جابه جا می شوند، به سرعت تغییر کرده است و این تغییرات باعث کاهش چشمگیر نیاز به فعالیت بدنی و افزایش زمان نشستن، میان بزرگ سالان شده است (۱).

فعالیت بدنی عبارت است از مصرف انرژی از طریق حرکت دادن بدن به وسیله عضلات اسکلتی (۲). مزایای فعالیت بدنی منظم برای سلامتی به خوبی اثبات شده اند؛ تا جایی

Muomenan و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد حدود ۷۰ درصد از بزرگسالان تهرانی دچار کم تحرکی هستند و میزان فعالیت بدنی با افزایش سن کاهش می یابد (۲۳). مطالعات انجام شده ویژه درباره میانسالان، حاکی از میزان پایین مشارکت این گروه سنی در فعالیت بدنی است (۲۴، ۲۵، ۲۶).

به طور کلی، مطالعات چندانی در حوزه ارتقای مشارکت میانسالان در فعالیت بدنی انجام نشده است. Jastine و همکاران (۲۰۱۳) موانع مشارکت میانسالان در ورزش و فعالیت بدنی را در قالب دو بخش موانع درونی و موانع بیرونی، شناسایی کردند. نتایج این مطالعه کیفی نشان داد، نبود زمان کافی، نبود کسی که همراه او ورزش کنند و نبود امکانات، شایع ترین موانع بیرونی ورزش و فعالیت بدنی هستند. شایع ترین موانع درونی عبارت بودند از: خسته بودن، تصور اینکه قبلاً به حد کافی فعال بوده اند، ناآگاهی از اینکه چه کاری باید انجام دهند و تنبلی زیاد (۹).

برای ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی، رویکردهای پژوهش مختلفی وجود دارند. یکی از رویکردهایی که می تواند به تغییر رفتار فعالیت بدنی کمک کند، بازاریابی اجتماعی است (۲۷). بازاریابی اجتماعی در زمینه های متعددی به منظور تغییر نگرش ها و رفتارهای مردم، استفاده شده است و تحقیقات نشان داده اند در زمینه فعالیت بدنی، کاربردهای موفقی هم داشته است (۲۸، ۲۹). بازاریابی اجتماعی که از بازاریابی تجاری پدید آمده است، ابزاری برای تغییر رفتار و دستیابی به منافع اجتماعی محسوب می شود که به وسیله طراحی برنامه های یکپارچه بازاریابی و برطرف کردن نیازهای فردی، در راستای بهبود سلامتی، بهبود شرایط اجتماعی و سلامت محیط گام برمی دارد (۳۰). اولین بار بازاریابی اجتماعی را Kotler و Zaltman (۱۹۷۱) به این شکل تعریف کردند: طراحی، اجرا و کنترل برنامه های تعیین شده به منظور تأثیرگذاری بر پذیرش ایده های اجتماعی و دربرگیرنده ملاحظات مثل طراحی محصول، قیمت گذاری، ارتباطات و تحقیق بازار. آنها به بازاریابی اجتماعی به عنوان کاربرد اصول ابزار بازاریابی برای دستیابی به اهداف اجتماعی مطلوب اشاره کردند که به جامعه به عنوان یک کل منفعت می رساند، نه برای سود یا سایر اهداف سازمانی (۲۷).

محققان و متخصصان حوزه بازاریابی اجتماعی، معیارها و ویژگی های مختلفی را برای یک برنامه موفقیت آمیز بازاریابی اجتماعی برشمرده اند که اکثر آنها در معیارهایی مثل ایجاد مبادله، شناخت مصرف کننده یا تحقیق تکوینی، بخش بندی، توجه به رقابت و توجه به آمیخته بازاریابی مشترک هستند (۳۱، ۳۲، ۳۳).

در مقایسه با سایر فرایندهای طرح ریزی نظام مند، بازاریابی اجتماعی توجه و منابع بیشتری را به بخش بندی، تعیین یک یا چند بخش به عنوان مخاطبان هدف، به منظور تخصیص اولویت های برنامه ریزی به آنها و ایجاد راهکارهای بازاریابی متفاوت برای بخش های هدف معطوف می کند (۳۴). همچنین یکی از مفاهیم اساسی بازاریابی اجتماعی که از

از مسائل اصلی در سلامت جهانی شناخته می شود. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ پیش بینی کرد هر ساله ۳/۳ میلیون نفر از مردم جهان در اثر بی تحرکی می میرند و نداشتن فعالیت بدنی، چهارمین عامل مرگ و میر در دنیا به حساب می آید (۶). تحقیقات نشان داده اند هم زمان با افزایش سن، میزان فعالیت بدنی کم می شود، بی تحرکی افزایش می یابد و در این بین بسیاری از میانسالان نیز بی تحرک هستند (۷، ۸، ۹). میان سالی، گذر از جوانی به سالمندی و مرحله رشدی است که بزرگترین بخش از حیات بزرگسالی محسوب می شود (۱۰). فرهنگ لغات آکسفورد، میان سالی را سنین ۴۵ تا ۶۵ سال و دوره ای پس از بزرگسالی اولیه و پیش از سالمندی تعریف می کند (۱۱). در برخی دیگر از منابع ۴۵ تا ۶۴ سال به عنوان میان سالی در نظر گرفته شده اند (۱۲).

نشانه های سالمندی از دوره میان سالی شروع به پیدایش می کنند (۱۳) و احتمال مرگ بر اثر بیماری هایی چون دیابت، مشکلات قلبی، سرطان و فشارخون بالا در این دوره شروع به افزایش می کند (۱۴). همچنین میان سالی با کاهش آمادگی جسمانی همراه خواهد بود (۱۵) و از این رو مشارکت در فعالیت بدنی منظم در این دوره از زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است. اگر فرد مرحله میان سالی را به خوبی سپری نکند، در گذر به مرحله بعدی چرخه زندگی - سالمندی - که بیش از همه مراحل تکاملی قبلی، نیازمند برخورداری از توانایی های روان شناختی و جسمی است، آمادگی لازم را نخواهد داشت (۱۶)؛ بنابراین میان سالی می تواند اوج زندگی افراد باشد (۱۷).

بخش بندی مخاطبان پژوهش به گروه های سنی مختلف، امری معمول به حساب می آید؛ اما در این بین برخلاف توجه زیادی که به گروه های سنی مختلف از جمله کودکان، نوجوانان، جوانان و سالمندان شده است، گروه سنی میان سال کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است و تعداد پژوهش های انجام شده با محوریت این گروه سنی به نسبت سایر گروه های سنی کمتر هستند. پژوهش های انجام شده در حوزه فعالیت بدنی هم از این قاعده مستثنی نیستند. مشارکت در فعالیت بدنی منظم در این برهه از زندگی، از آن جهت اهمیت دارد که فعال بودن در میان سالی، تأثیرات مثبت بسیاری در سالمندی سالم دارد (۱۸) و سالمندانی که در میان سالی فعال بوده اند، از سطح سلامت بالاتری برخوردارند و احتمال بیشتری وجود دارد که در سالمندی هم فعالیت بدنی منظم داشته باشند (۱۹).

این در حالی است که داده های آماری نشان می دهند جمعیت کشور رو به میان سالی و سالمندی می رود. در ایران جمعیت ۴۵ تا ۶۴ سال از ۶,۳۰۰,۰۰۰ نفر (۱۰ درصد از کل جمعیت) در سال ۱۳۷۵ (۲۰)، به ۱۴,۶۵۰,۰۰۰ نفر (۱۸/۵ درصد از کل جمعیت) در سال ۱۳۹۵ رسیده است (۲۱). همچنین با نگاهی به هرم سنی جمعیت در ایران متوجه می شویم که در دهه های آینده، میان سالی بیشترین فراوانی را در میان گروه های سنی خواهد داشت (۲۲). میانسالان در ایران به حد کافی فعال نیستند. نتایج پژوهش

مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد، در فعالیت بدنی منظم است. افراد آگاه و کم درآمد، افرادی هستند که درباره مزایای فعالیت بدنی و مضرات فقدان فعالیت بدنی آگاهی دارند؛ اما از نظر اقتصادی توانایی هزینه کردن برای مشارکت در فعالیت بدنی را ندارند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کاربردی به روش کیفی است. چنانچه پژوهشگر بخواهد به جنبه‌های نهفته یک پدیده و درک آن در حوزه علوم انسانی، اجتماعی و رفتاری بپردازد، استفاده از روش‌های کمی چندان نتایج ملموسی را به دنبال ندارد؛ لذا در این حالت روش‌های پژوهش کیفی به کار می‌روند (۴۲). در پژوهش حاضر از رویکرد داده‌بنیاد استفاده شده است. تحلیل داده‌ها در رویکرد داده‌بنیاد دارای سه مرحله اصلی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است (۴۳).

چهارچوب نمونه در نظریه داده‌بنیاد به جای اینکه معرف آماری باشد، هدفمند و نظری است. هدفمند بدین معنا که بتواند حسب موضوع و موقعیت تحقیق، گروه‌های هدف اطلاع‌رسان را در بر بگیرد. نظری بودن نمونه نیز به این معنی است که کفایت لازم را برای اینکه ما را به سطح انتزاع نظری برساند، داشته باشد. برای همین است که نمونه‌گیری نظری، فرایندی تکرارشونده است، تا به حدی از کفایت محتوایی برسد که ما را به سطح اشباع نظری و اکتشاف نظریه (یا گزاره‌های فرضیه‌ای معتبر) برساند (۴۴).

این پژوهش از دو مرحله تشکیل شده است. در مرحله اول پژوهش، داده‌ها از طریق ۳ گروه کانونی چهار، پنج و شش نفره و ۱۲ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری شدند. از مصاحبه دهم، اشباع نظری حاصل شد؛ اما برای اطمینان بیشتر، دو مصاحبه دیگر انجام شد که در هیچ‌یک اطلاعات جدیدی حاصل نشد. مشارکت‌کنندگان از طریق چندین فراخوان منتشرشده در رسانه‌های اجتماعی، ارسال نامه و تماس تلفنی به شرکت در گروه‌های کانونی و مصاحبه‌های فردی دعوت شدند. معیار ورودی مشارکت‌کنندگان در مرحله اول، سن بین ۴۵ تا ۶۴ سال، سلامت کامل روانی و استقلال عملکردی و جسمانی و علاقه‌مندی به مشارکت در پژوهش بود. مصاحبه‌ها در مکان‌هایی که برای مصاحبه‌شوندگان مناسب بود (دفتر کار، منزل، پارک، اماکن ورزشی و ...) انجام شدند. مدت زمان جلسات گروه‌های کانونی ۹۰ تا ۱۱۰ دقیقه و مدت زمان مصاحبه‌های فردی ۶۰ تا ۷۵ دقیقه بود. گردآوری داده‌ها از اوایل اردیبهشت تا اواسط تیرماه ۱۳۹۷ به طول انجامید و فرایند تحلیل داده‌ها نیز هم‌زمان با گردآوری آنها شروع شد. برای انجام فرایند مصاحبه، راهنمای مصاحبه با همکاری گروه پژوهش تنظیم شد و مصاحبه‌ها با طرح سؤالاتی درباره نگرش افراد نسبت به فعالیت بدنی، میزان مشارکت در فعالیت بدنی، علل مشارکت یا مشارکت نکردن، انگیزه‌ها و موانع ادراک‌شده مشارکت در فعالیت بدنی شروع می‌شد و براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان ادامه

بازاریابی تجاری برگرفته شده، آمیخته بازاریابی است که شامل محصول، قیمت، مکان و ترویج می‌شود. این عناصر کلیدی بازاریابی اجتماعی برای طرح‌ریزی و اجرای یک راهکار بازاریابی یکپارچه، نقشی اساسی ایفا می‌کنند (۳۵). محصول عبارت است از راهکارهای افزایش‌دهنده منفعت از جمله راهکارهایی که با ملموس‌سازی رفتار مطلوب مرتبط هستند (۳۳). در بازاریابی اجتماعی، مکان عبارت است از منطقه و زمانی که بازار هدف رفتار مطلوب را انجام می‌دهد، به هر نوع هدف ملموس مربوط به رفتار مدنظر دست می‌یابد و هر نوع خدمت مربوط را دریافت می‌کند (۳۶). مکان شامل محل‌های فیزیکی موارد مذکور، ساعات کاری، جذابیت و راحتی کلی و دسترسی (مثل پارکینگ و حمل‌ونقل عمومی) است (۳۷). قیمت در بازاریابی اجتماعی شامل هزینه‌های ملموس و ناملموس تغییر رفتار است (۳۶). Xia و همکاران (۲۰۱۶) راهکارهای قیمت را راهکارهایی به‌منظور کاهش موانع درک‌شده از سوی مخاطبین هدف برای اجرای رفتار مطلوب تعریف کردند (۳۳). اما ترویج تقریباً مشهودترین مؤلفه بازاریابی و شامل ارتباطات ترغیب‌کننده‌ای است که بازاریابان برای القای مزایای محصول و خدمات و اهداف ملموس مربوطه، راهکارهای قیمت‌گذاری و مؤلفه‌های مکان به کار می‌گیرند (۳۶).

برای ایجاد و اجرای راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی به یک فهم عمیق از مصرف‌کنندگان نیاز داریم (۳۸). اساس مشتری‌محوری، تحقیق مصرف‌کننده است و در این راستا تحقیق تکوینی برای کسب فهمی دقیق از نیازها، آرمان‌ها، ارزش‌ها و زندگی روزمره مخاطبان هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۹).

با وجود اهمیت بالای مشارکت در فعالیت بدنی و میزان پایین مشارکت میان سالان در فعالیت بدنی، در کشور ما تاکنون تحقیقات چندانی درباره ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی در میان سالی انجام نشده است. مطالعاتی هم که در این حوزه انجام شده‌اند، به لحاظ روش تحقیق، جامعه هدف و معیار در نظر گرفته‌شده برای میان سالی کامل نیستند. مثلاً در پژوهش Ramezani و همکاران (۱۳۹۷) به موانع مشارکت در فعالیت بدنی پرداخته شد و نداشتن فرصت، داشتن کودک زیر ۲ سال، نداشتن انگیزه و آگاه‌نبودن از تأثیر فعالیت جسمانی مطلوب در سلامت جسم و روح به‌عنوان مهم‌ترین موانع فعالیت جسمانی شناخته شدند (۲۴). اما جامعه آماری این پژوهش فقط شامل زنان بود و دامنه میان سالی در آن ۳۰ تا ۵۹ سال در نظر گرفته شده بود.

با توجه به هزینه‌های بهداشتی و درمانی مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با نبود فعالیت بدنی (۴۰، ۴۱)، اهمیت بالای مشارکت میان سالان در فعالیت بدنی، تجربیات موفق کاربرد بازاریابی اجتماعی در ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی در کشورهای مختلف، خلأ پژوهشی موجود در زمینه ارتقای مشارکت میان سالان در فعالیت بدنی و همچنین اهمیت بخش‌بندی مخاطبان هدف در بازاریابی اجتماعی، هدف از انجام این پژوهش تدوین مدل بازاریابی اجتماعی برای ارتقای

ضبط‌شده یادداشت شدند و تمامی کدهای باز موجود از آنها استخراج گشت؛ سپس کدهای مشابه در قالب کدهای محوری دسته‌بندی شدند و درنهایت در مرحله کدگذاری انتخابی، راهکارهای بازاریابی اجتماعی در قالب ۴ مقوله اصلی راهکارهای مربوط به محصول، مکان، قیمت و ترویج، شناسایی و دسته‌بندی شدند و بر این اساس مدل نهایی تحقیق، تدوین شد.

اعتبار، قابلیت تعمیم و قابلیت تأیید، به‌مثابه معیارهای قابلیت اعتماد پژوهش کیفی محسوب می‌شوند. برای مهیا کردن این معیارها، به‌منظور بررسی قابلیت تأیید یا قابلیت اطمینان، مصاحبه‌ها به‌صورت استاندارد و با پاسخ‌های باز انجام شدند و پس از بررسی محتوا به‌وسیله گروه تحقیق و انجام کدگذاری‌های اولیه، از روش پایایی بازآزمون استفاده شد. برای محاسبه پایایی به روش پایایی بازآزمون، از بین مصاحبه‌های انجام‌گرفته، چند مصاحبه به‌عنوان نمونه انتخاب‌شده و دوباره هرکدام از آنها در یک فاصله زمانی کوتاه و مشخص دوباره کدگذاری می‌شوند. سپس کدهای مشخص‌شده در دو فاصله زمانی برای هرکدام از مصاحبه‌ها با هم مقایسه می‌شوند. در مشابه هستند، با عنوان «توافق» و کدهای غیرمشابه با عنوان «عدم توافق» مشخص می‌شوند (۴۵).

در پژوهش حاضر، ۳ مصاحبه به‌طور تصادفی برای اندازه‌گیری پایایی بازآزمون انتخاب شدند و در فاصله ۲۰ روز بار دیگر کدگذاری شدند. در جدول ۱ اطلاعات مربوط به پایایی بازآزمون ذکر شده‌اند.

جدول شماره ۱. اطلاعات مربوط به اندازه‌گیری پایایی بازآزمون

ردیف	تعداد کل کدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی بازآزمون (درصد)
۱	۴۴	۱۹	۶	۸۶
۲	۵۲	۲۵	۲	۹۴
۳	۵۸	۲۷	۴	۹۳
کل	۱۵۴	۷۱	۱۲	۹۲

برای تأمین مقبولیت داده‌ها، شیوه درگیری دائمی و مستمر استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی مشارکت‌کنندگان در مرحله اول پژوهش، ۴۵ تا ۶۴ سال و با میانگین ۵۷/۸ سال بود. ۱۱ نفر از مشارکت‌کنندگان زن و ۱۳ نفر مرد بودند. ۲۹ درصد از مشارکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۳۸ درصد دیپلم، ۲۰ درصد مدرک کارشناسی و ۱۳ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین ۴۱/۷ درصد (۱۰ نفر) از مشارکت‌کنندگان فعالیت بدنی منظم داشتند و ۵۸/۳ درصد (۱۴ نفر) فعالیت بدنی کافی نداشتند (جدول ۲).

می‌یافت. به‌طور مثال این سؤال که «نظر شما درباره فعالیت بدنی و ورزش چیست» و اینکه «آیا فعالیت بدنی دارید؟» در ابتدای مصاحبه پرسیده می‌شد و براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات اکتشافی همچون «چرا؟» و «ممکن است بیشتر توضیح دهید؟» پرسیده می‌شد.

پس از کدگذاری مصاحبه‌های مرحله اول و استخراج مفاهیم و مقوله‌ها، عوامل مؤثر در مشارکت یا فقدان مشارکت در فعالیت بدنی منظم تعیین شدند و در مرحله دوم در اختیار متخصصان قرار گرفتند. در مرحله دوم پژوهش، برای تعیین راهکارهای آمیخته بازاریابی و تدوین مدل تحقیق، داده‌ها از طریق ۶ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران گردآوری شدند. ملاک ورود در این بخش از تحقیق، داشتن سابقه علمی و پژوهشی در زمینه بازاریابی اجتماعی و یا فعالیت بدنی و ورزش همگانی بود. در این بخش، مصاحبه‌ها در دفاتر کار مشارکت‌کنندگان انجام شد و مدت‌زمان آنها بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود.

برای بررسی دقیق، مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مصاحبه‌شونده‌ها ضبط می‌شدند تا بتوان تمام اطلاعات و کدهای موجود را از آنها استخراج کرد. همچنین ملاحظات اخلاقی در شیوه جلب رضایت مصاحبه‌شوندگان برای انجام مصاحبه از طریق بیان اهداف پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات ضبط‌شده و حق قطع همکاری در هر زمان از انجام پژوهش، مدنظر قرار گرفت.

در مرحله دوم نیز همانند مرحله اول، مصاحبه‌های

درصد توافق در محاسبه پایایی بازآزمون از حاصل ضرب عدد ۱۰۰ در دوبرابر تعداد توافقات، تقسیم بر تعداد کل کدها به دست می‌آید. با توجه به اینکه میزان پایایی بازآزمون کل بیشتر از ۶۰ درصد است (۴۵)، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید شده است.

همچنین برای تأمین روایی ساخت، از روش کنترل از سوی مشارکت‌کنندگان استفاده شده است. بر این اساس، تلاش شده تا افرادی با تجارب و تمایلات مختلف انتخاب شوند. اعتبار یافته‌ها نیز با استفاده از منابع و روش‌های مختلف از جمله تأیید متخصصان و تحلیل مستندات و با بررسی چندباره رونوشت مصاحبه‌ها در سطح جمله، بند و متن انسجام پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بهبود یافت. همچنین

جدول شماره ۲. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان مرحله اول

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	زن ۱۱ (۴۶)
	مرد ۱۳ (۵۴)
تحصیلات	زیر دیپلم ۷ (۲۹)
	دیپلم ۹ (۳۸)
	کارشناسی ۵ (۲۰)
	کارشناسی ارشد و بالاتر ۳ (۱۳)
فعالیت بدنی منظم	دارد ۹ (۳۸)
	ندارد ۱۵ (۶۲)
سن (سال)	میانگین \pm انحراف معیار ۵۷/۸ \pm ۵/۶

بیرونی فعالیت بدنی و تسهیل‌کننده‌های فعالیت بدنی به شرح جداول ۵ و ۶ دست یافتیم.

موانع درونی فعالیت بدنی، موانعی هستند که منشأ درونی و فردی دارند و در کنترل خود فرد هستند. موانع بیرونی فعالیت بدنی، موانعی هستند که منشأ بیرونی دارند و در کنترل خود فرد نیستند و تسهیل‌کننده‌ها عبارت‌اند از عوامل فردی و بین‌فردی که مشارکت در فعالیت بدنی را تسهیل می‌کنند.

در مرحله اول تحقیق، پس از کدگذاری اولیه متن مصاحبه‌ها، استخراج مفاهیم و مقوله‌ها انجام شد و از متن مصاحبه‌ها، در مجموع ۳۶۸ کد اولیه (با لحاظ تکرارها) شناسایی شد که پس از حذف تکرارها ۱۵۱ کد اولیه نهایی به دست آمد. در جدول ۳ نمونه‌ای از کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها مشاهده می‌شود. همچنین با غربالگری کدهای اولیه و تطابق یافته‌ها با ادبیات نظری پژوهش، به ۱۱۱ مفهوم و ۱۹ مقوله تحت ۳ مقوله اصلی، شامل موانع درونی فعالیت بدنی، موانع

جدول شماره ۳. نمونه‌ای از کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها در مرحله اول تحقیق

عبارات، نکات کلیدی و برداشت‌های حاصل از مصاحبه	کدهای اولیه
ورزش نکردن در جوانی باعث شده نتوانم در میان‌سالی ورزش کنم.	بی‌فعالیتی در گذشته
فعالیت بدنی منظم مرا خسته می‌کند.	خستگی مانع فعالیت بدنی می‌شود
محدودیت جسمی مانع ورزش می‌شود.	وجود عارضه‌های جسمانی
میان‌سالی برای شروع ورزش دیر است.	نگرش منفی به ورزش در میان‌سالی
از طریق اطلاع‌رسانی صداوسیما از اهمیت ورزش مطلع شدم	اطلاع‌رسانی در صداوسیما
زمان فراغت را در فضای مجازی سپری می‌کنم.	اولیتهای اوقات فراغت
نبود صفحات مجازی معتبر برای آموزش و اطلاع‌رسانی	اطلاع‌رسانی نامناسب
رادیو تلویزیون درباره چگونگی ورزش کردن آموزش نمی‌دهد.	ضعف آموزش در برنامه‌های صداوسیما
نزدیک‌بودن محل ورزش مرا تشویق می‌کند.	دسترسی آسان به فعالیت بدنی
هر ورزشی پزشک توصیه کند انجام می‌دهم.	اعتماد به پزشک
به‌دلیل آسیب‌دیدگی از فعالیت بدنی لذت نمی‌برم.	عارضه‌های جسمانی
پزشک ارتوپد پیشنهاد تعویض مفصل داد.	راه‌حل جایگزین برای بهبود سلامتی
آسیب‌های جوانی، مانع ورزش در میان‌سالی شده است.	عارضه‌های جسمانی
به آموزش‌دهندگان اعتماد ندارم.	بی‌اعتمادی به آموزش‌دهندگان

به آموزش‌دهندگان اعتماد ندارم.	بی‌اعتمادی به آموزش‌دهندگان
کلاس ورزشی متناسب با شرایط جسمانی و آسیب‌های من وجود ندارد.	متناسب نبودن خدمات با نیازها
هزینه باشگاه‌های استاندارد بالا است.	گران بودن خدمات استاندارد
اگر هم کلاس مناسبی وجود داشته باشد، من تابه‌حال پیدا نکرده‌ام.	اطلاع‌رسانی نامناسب
در بروشورهای تبلیغاتی و بیلبوردها درباره فعالیت بدنی مطلبی ندیده‌ام.	ضعف کانال‌های ارتباطی
به اماکن دولتی اعتماد بیشتری دارم.	بی‌اعتمادی به بخش خصوصی
فقط در صورت ارجاع پزشک، به مؤسسات خصوصی اعتماد می‌کنم.	تجویز پزشک
مؤسسات ورزشی خصوصی باید از جانب ارگان‌های دولتی تأیید شوند.	لزوم نظارت بر اماکن خصوصی
به نام و تابلوی یک مجموعه ورزشی توجه می‌کنم.	نام‌سازی قوی و شواهد فیزیکی
توجه به مدارک آموزشی آموزش‌دهندگان	آموزش‌دهندگان تأییدشده
در خانواده مسئولیت‌های چندگانه دارم.	مشکلات و مسئولیت‌های خانوادگی
مشغولیت‌های ذهنی مانع ورزش می‌شوند.	مشغله ذهنی
مشکل حمل‌ونقل و جای پارک دارم.	مشکلات حمل‌ونقل
ورزش انرژی منفی را از بین می‌برد.	از بین بردن انرژی منفی

جدول شماره ۴. مفاهیم و مقوله‌های مربوط به تسهیل‌کننده‌های مشارکت میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد در فعالیت بدنی

مقوله اصلی: موانع درونی مشارکت میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد در فعالیت بدنی	
گروه‌های فرعی	مفاهیم
موانع مربوط به دانش	نبود دانش ورزشی، نداشتن آشنایی با تجهیزات ورزش در منزل، نداشتن شناخت در زمینه فعالیت‌های بدنی متناسب با شرایط فردی
موانع جسمانی	ضعف و نآمادگی جسمانی، نبود سلامتی، عارضه‌های جسمانی، آسیب‌دیدگی، درد، بیماری، بی‌فعالیتی در گذشته
موانع ذهنی و روان‌شناختی	تنبلی، نداشتن روحیه، خستگی، دغدغه‌های ذهنی، اهمیت نداشتن ورزش، ترس از آسیب، ناامیدی، تجربیات منفی، افسردگی، نگرش منفی نسبت به باشگاه ورزشی، اعتمادبه‌نفس پایین، نگرش منفی، خجالت
موانع اقتصادی	وضع مالی نامناسب، درآمد ناکافی، مشکلات اقتصادی، محدودیت مالی، شغل دوم
موانع رفتاری	اولویت‌های اوقات فراغت، استعمال دخانیات
مقوله اصلی: موانع بیرونی مشارکت میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد در فعالیت بدنی	
گروه‌های فرعی	مفاهیم

مقوله اصلی: موانع درونی مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم

موانع مربوط به خدمات و محصولات مرتبط با فعالیت بدنی	تناسب نداشتن خدمات موجود با سن، مشکلات زیرساختی، آب و هوای نامناسب، ناکافی بودن اماکن ورزشی عمومی، امکانات نامناسب اماکن عمومی، سلامت محور نبودن اماکن ورزشی، ایمنی نامناسب، بهداشت نامناسب اماکن عمومی، نبود برنامه های ورزش همگانی ویژه میان سالان
موانع پزشکی	عدم توصیه پزشک، محدودیت های اعمال شده از سوی پزشک، ممنوعیت ورزش از جانب پزشک، تجویز راه حل های جایگزین برای بهبود سلامتی، توصیه های اجرانشدنی
موانع کاری و خانوادگی	مسئولیت های خانوادگی، مشکلات خانوادگی، نارضایتی شغلی، ساعت کار زیاد، عدم امکان ورزش در منزل یا محل کار
موانع مربوط به حمل و نقل	زمان بر بودن حمل و نقل عمومی، دور بودن اماکن ورزشی رایگان
موانع فرهنگی	محدودیت های فرهنگی، مشکلات فرهنگی
موانع مربوط به هزینه ها	گران بودن خدمات استاندارد، گران بودن ورزش مورد علاقه، هدفمند نبودن هزینه های دولت، هزینه رفت و آمد
موانع مربوط به آموزش	کمبود آموزش های ورزشی، کمبود آموزش دهنده مناسب، آموزش غلط، ضعف آموزش دهنده ها، فقدان منبع آموزشی معتبر و جامع
موانع مربوط به اطلاع رسانی	بی اطلاعی از فرصت های مناسب فعالیت بدنی، نا آگاهی از آموزش های موجود

مقوله اصلی: تسهیل کننده های فعالیت بدنی

گروه های فرعی	مفاهیم
مشوق ها	تجویز پزشک، دسترسی آسان، تبلیغات دهان به دهان، رایگان بودن، شواهد فیزیکی، هزینه پایین مشارکت، تخفیف ها، یارانه ورزشی، تشویق اطرافیان، فعالیت های بدنی مفرح
آموزش و اطلاع رسانی	دسترسی به اطلاعات، اطلاع رسانی صداوسیما، پیام های ترویجی در رسانه ها، نشان دادن تأثیرات منفی بی تحرکی
تسهیل کننده های فردی	ورزش در جوانی، نگرش مثبت، آگاهی از تأثیرات منفی بی تحرکی، آگاهی از تأثیرات مثبت فعالیت بدنی، دانش ورزشی، توجه به خود، تجربیات مثبت، درک اهمیت ورزش، در اولویت بودن ورزش، علاقه به ورزش
انگیزه های درونی	شادی، آرامش، سلامتی، کاهش خستگی ذهنی، تقویت روحیه، تفریح، مقابله با افسردگی، از بین بردن انرژی منفی، لذت بردن، کاهش وزن
انگیزه های بیرونی	کاهش هزینه های درمانی، ملاقات با دوستان، مقبولیت اجتماعی، بهبود تصویر بدن، تعاملات اجتماعی

در مرحله دوم پژوهش، برای تعیین راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی و تدوین مدل بازاریابی اجتماعی ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی براساس نتایج تحقیق تکوینی، ۶ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با متخصصین بازاریابی اجتماعی، مدیریت ورزشی، ورزش همگانی و سلامت عمومی انجام شد و از مجموع ۷۳ کد اولیه، پس از حذف تکرارها، ۳۱ مفهوم تحت عنوان ۴ مقوله اصلی شامل راهکارهای محصول، راهکارهای مکان، راهکارهای ترویج و راهکارهای قیمت شناسایی شدند که به شرح جدول ۵ هستند.

در پژوهش حاضر راهکارهای محصول، شامل راهکارهای مربوط به ماهیت فعالیت بدنی به عنوان محصول واقعی، ملموس

نتایج حاصل از مشارکت در فعالیت بدنی به عنوان محصول اصلی و تسهیل مشارکت در فعالیت بدنی به عنوان محصول تکمیلی هستند. راهکارهای قیمت، شامل راهکارهایی هستند که هزینه های ملموس و ناملموس مشارکت در فعالیت بدنی را از بین می برند یا کاهش می دهند، راهکارهای مکان، شامل راهکارهایی برای تسهیل ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی از طریق دسترسی به خدمات و فرصت های فعالیت بدنی هستند و راهکارهای ترویج، شامل راهکارهایی هستند که با اطلاع رسانی و یادآوری کردن درباره ارزش تغییر رفتار و سایر مؤلفه های آمیخته بازاریابی اجتماعی و همچنین راهکارهای رسانه ای، میان سالان را برای مشارکت در فعالیت بدنی منظم ترغیب می کنند.

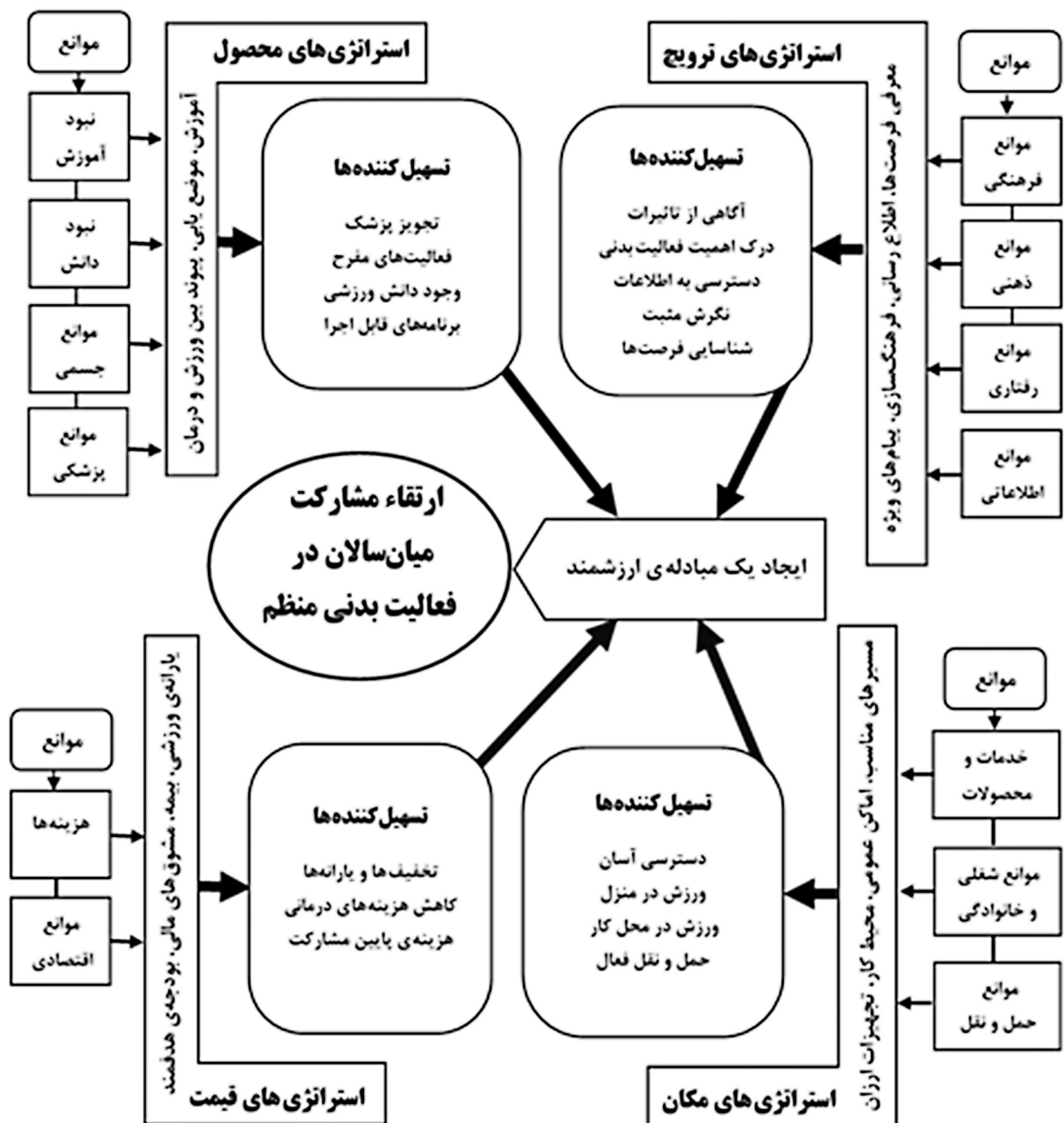
جدول ۵. راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی

عناصر آمیخته	راهکارها
محصول	ارائه آموزش های رایگان ورزش و فعالیت بدنی؛ تربیت آموزش دهندگان ورزش و فعالیت بدنی برای میان سالان؛ آموزش تمرینات ورزشی برای افرادی که محدودیت های جسمانی دارند؛ برگزاری سمینارهای آموزشی رایگان؛ موضع یابی فعالیت بدنی به عنوان یک اقدام درمانی و ضروری؛ آموزش فعالیت بدنی و ورزش به عنوان بخشی از خدمات بهداشت و درمان؛ ایجاد پیوند بین مربیان و آموزش دهندگان فعالیت بدنی با پزشکان؛ طراحی و برگزاری مسابقات آمادگی جسمانی ویژه میان سالان شاغل و بازنشستگان؛ طراحی و برگزاری کلاس های ورزشی مفرح و قابل اجرا برای میان سالان؛ ایجاد و توسعه خدمات مشاوره ورزشی در سازمان های محلی مثل سرای محله؛ تشکیل گروه های هم سن برای انجام فعالیت های گروهی
مکان	ایجاد مسیرهای ایمن پیاده روی و دوچرخه سواری؛ تولید تجهیزات تمرین در منزل؛ ایجاد محل های مسقف برای ورزش در پارک ها و اماکن عمومی؛ طراحی محیط های کار به نوعی که فعالیت بدنی را تسهیل کند؛ اختصاص بخشی از ساعات کار به تمرینات ورزشی (مثلا ۹۰ دقیقه در هفته)؛ ایجاد گروه های ورزشی در سازمان ها و کانون های بازنشستگان؛ افزایش اماکن ورزشی عمومی؛ نظارت بیشتر بر اماکن ورزشی عمومی
قیمت	تخصیص یارانه ورزشی به اقشار کم درآمد؛ دریافت حق بیمه براساس میزان آمادگی جسمانی افراد؛ تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات مرتبط با فعالیت بدنی؛ تخصیص مشوق های مالی برای فعالیت بدنی میان سالان
ترویج	معرفی فرصت های رایگان یا ارزان قیمت فعالیت های بدنی متناسب با میان سالی در رسانه ملی؛ اطلاع رسانی در زمینه آموزش های رایگان ورزش و فعالیت بدنی؛ معرفی اماکن ورزشی دولتی ارزان قیمت؛ اطلاع رسانی درباره هزینه های درمانی بی فعالیتی؛ طراحی پیام های جالب توجه؛ فرهنگ سازی فعالیت بدنی؛ هدفمندسازی بودجه ورزش همگانی؛ طراحی پیام های جالب توجه برای تشویق میان سالان به فعال بودن

برطرف کردن تعدادی از موانع موجود برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد شناسایی شده اند تا بتوان با تقویت تسهیل کننده های موجود و ایجاد تسهیل کننده های مطلوب، با ایجاد یک مبادله ارزشمند برای مخاطبان هدف، مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم را ارتقا بخشید.

براساس یافته های حاصل از تحقیق تکوینی و راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی برای ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم، مدل نهایی تحقیق تدوین شد (شکل ۱).

همان طور که در شکل ۱ مشاهده می شود، هریک از استراتژی ها و راهکارهای ۴ گانه بازاریابی اجتماعی با هدف



شکل ۱. مدل بازاریابی اجتماعی ارتقای مشارکت میان سالان آگاه و کم درآمد در فعالیت بدنی منظم

بحث

یعنی مزیت اصلی رفتار مطلوب (مثلا مشارکت در فعالیت بدنی باعث افزایش سطح سلامتی می‌شود) و محصول واقعی، که همان رفتار مطلوب است (۳۶).

یکی از مهم‌ترین راهکارهای عنصر محصول در مدل پژوهش، دادن آموزش‌های رایگان ورزش و فعالیت بدنی است. بسیاری از میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد به این دلیل فعالیت بدنی منظم ندارند که نمی‌دانند چه کاری باید انجام دهند: «می‌دانم که باید ورزش کنم اما نمی‌دانم چگونه.» (مصاحبه ۸). همچنین یکی از موانع مهم بی‌فعالیتی مشکلات و موانع جسمانی است: «به دلیل زانودرد نمی‌توانم ورزش کنم و فعالیت بدنی داشته باشم.» (مصاحبه ۲)؛ در حالی که با وجود آموزش‌های مناسب و برنامه‌های اجرایی، میان‌سالانی که مشکلات جسمانی از جمله مشکلات مفصلی و بیماری‌های مزمن دارند نیز می‌توانند فعالیت بدنی منظم داشته باشند. علاوه بر این، برخی از میان‌سالان به دلیل ترس از آسیب‌دیدگی، فعالیت بدنی منظم ندارند که با بهره‌مندی از آموزش‌های مناسب می‌توان این مانع را برطرف کرد. در تحقیق Justine و همکاران (۲۰۱۳) هم نتایج مشابهی حاصل شد و ناآگاهی از اینکه چه کاری باید انجام دهند، به عنوان یکی از موانع مهم مشارکت بازنشستگان در فعالیت بدنی برشمرده شد (۹). همچنین Sit و همکاران (۲۰۰۸)، نبود مهارت و Solimanian و همکاران (۱۳۹۳) همانند نتایج تحقیق حاضر، نبود راهنما برای عمل را به عنوان یکی از موانع مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی منظم شناسایی کردند (۵۲، ۵۱). در تحقیق Shahbazi و همکاران (۱۳۹۲) موجود نبودن نیروی انسانی به عنوان مهم‌ترین مانع ورزش و فعالیت بدنی شناخته شد (۵۳). همچنین راهکارهای شناسایی‌شده در پژوهش حاضر با بخشی از نتایج پژوهش Scott و Higgins (۲۰۱۲) که فراهم کردن ابزارها، منابع و مهارت‌های لازم برای فعالیت بدنی را جزو راهکارهای عنصر محصول در بازاریابی اجتماعی برمی‌شمرد، همسو است (۴۷). Lachman و همکاران (۲۰۱۸) هم معرفی و آموزش فعالیت‌های بدنی رایگان و کم‌هزینه را به عنوان راهکاری برای افزایش میزان فعالیت بدنی بزرگسالان ارائه دادند (۵۴).

یکی دیگر از موانع مشارکت در فعالیت بدنی، موانع مرتبط با توصیه‌ها و محدودیت‌های پزشکی هستند؛ در حالی که تجویز پزشک، یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های فعالیت بدنی است: «هر فعالیتی را پزشک تجویز کند، انجام می‌دهم.» (مصاحبه ۳، مصاحبه ۱۱، گروه کانونی ۱، گروه کانونی ۲). نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه حاکی از آن هستند که پزشکان در موارد محدودی فعالیت بدنی را تجویز می‌کنند (۵۵، ۵۶). همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد پزشکانی که بیماران را به فعالیت بدنی تشویق می‌کنند، معمولاً فقط پیاده‌روی را تجویز می‌کنند و در مورد نوع، زمان و شدت فعالیت بدنی برای افرادی که به دلایل مختلف پیاده‌روی نمی‌کنند، تجویز خاصی در نظر نمی‌گیرند: «پزشک پیاده‌روی را تجویز کرده، ولی به دلیل

بازاریابی اجتماعی فرایندی است که تلاش می‌کند با شناخت مخاطبان هدف خود و نیازهای آنها، پیشنهادهای ارزشی برای تغییر رفتار را به آنها عرضه کرده و زمینه‌های لازم را برای پذیرش و انجام رفتارهایی که به لحاظ فردی و اجتماعی سودمند هستند، فراهم کند. در این راستا یکی از اصول بازاریابی اجتماعی، بخش‌بندی مخاطبان به بخش‌های همگن و متجانس است. مخاطبان هدف این پژوهش، میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد بودند. بخش‌بندی مخاطبان براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله سن، میزان درآمد و عوامل روان‌شناختی، امری مرسوم بوده (۴۶) و بخش‌بندی مخاطبان هدف در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. Higgins و Scott (۲۰۱۲) در مطالعه خود، عناصر آمیخته بازاریابی را برای تشویق شهروندان کم‌درآمد به شرکت در فعالیت بدنی شناسایی کردند (۴۷)، Wandel و Roos (۲۰۰۶) در پژوهش خود میان‌سالان را براساس وضعیت اقتصادی - اجتماعی و شغل، بخش‌بندی کردند (۴۸)، در پژوهش Peak و همکاران (۲۰۱۴) افراد کم‌درآمد و اقلیت‌های قومی به عنوان جامعه هدف در نظر گرفته شدند (۴۹) و Kitunen و همکاران (۲۰۱۶) برای بررسی دیدگاه‌ها و الگوهای مربوط به فعالیت بدنی، مخاطبین هدف خود را براساس سن، میزان فعالیت بدنی و نگرش نسبت به فعالیت بدنی بخش‌بندی کردند (۵۰).

میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد، افرادی هستند که از ضرورت فعالیت بدنی منظم آگاه هستند؛ اما توانایی مالی جهت هزینه‌کردن برای فعالیت بدنی منظم را ندارند. در این شرایط، تمایل به مشارکت در فعالیت بدنی منظم وجود دارد؛ اما عوامل درونی و بیرونی دیگری وجود دارند که مانع مشارکت در فعالیت بدنی منظم می‌شوند. در این پژوهش با شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های مشارکت در فعالیت بدنی، راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی برای ارتقای مشارکت میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد در فعالیت بدنی ارائه شده و بر آن اساس مدل نهایی تحقیق تدوین شده است. همان‌طور که مدل به‌دست‌آمده نشان می‌دهد، این راهکارها با برطرف کردن موانع شناسایی‌شده برای مشارکت در فعالیت بدنی منظم، تقویت عوامل تسهیل‌کننده موجود و ایجاد عوامل تسهیل‌کننده مطلوب، موانع ادراک‌شده برای مشارکت در فعالیت بدنی منظم را کاهش داده و منافع ادراک‌شده را افزایش می‌دهند تا با ایجاد یک مبادله ارزشمند، پذیرش رفتار مطلوب را که در این تحقیق ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی منظم است، برای مخاطبان هدف که در تحقیق حاضر میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد هستند، تسهیل کنند. در ادامه درباره هر یک از بخش‌های مدل بحث می‌شود.

محصول

Kotler و همکاران (۲۰۰۲) دو نوع محصول را در بازاریابی اجتماعی مدنظر قرار دادند. محصول اصلی، محصولی است که افراد در صورت اعمال رفتار دلخواه به آن دست پیدا می‌کنند؛

هم عرضه خدمات فعالیت بدنی در فضاهای عمومی و پارک‌ها را به‌عنوان راهکارهای مکان درآمیخته بازاریابی اجتماعی برای مشارکت در فعالیت بدنی پیشنهاد دادند (۴۷).

قیمت

راهکارهای مربوط به عنصر قیمت که با هدف برطرف کردن موانع مربوط به هزینه‌های مالی و غیرمالی و موانع اقتصادی تدوین شده‌اند، شامل تخصیص یارانه ورزشی، ارائه تخفیف‌های استفاده از اماکن عمومی برای میان‌سالان، در نظر گرفتن مشوق‌های مالی مثل هدایا و جوایز ترغیب‌کننده و هدفمند کردن بودجه‌های اختصاص‌یافته به ورزش همگانی هستند. همچنین راهکارهای مربوط به هزینه‌های غیرمالی مثل هزینه زمان و هزینه‌های روانی در قالب راهکارهای مکان و ترویج، دیده شده‌اند.

در قیمت‌گذاری صحیح، علم به اینکه آیا مشتریان ترجیح می‌دهند هزینه بیشتری بپردازند و در عوض به مزایایی با ارزش بیشتر دست یابند و یا فکر می‌کنند محصولات ارزان‌تر نسبت به محصولات گران‌تر ارجحیت دارند، اهمیت فراوانی دارد (۳۶). با توجه به اینکه مخاطبان هدف این پژوهش افراد کم‌درآمد هستند، راهکارهای مربوط به عنصر قیمت، مبتنی بر ارزان بودن رفتار مطلوب هستند. پژوهشگران در تحقیقات متعددی از مشکلات و محدودیت‌های مالی به‌عنوان مانعی برای مشارکت در فعالیت بدنی نام برده‌اند. از جمله Barnett و همکاران (۲۰۱۲) محدودیت مالی را به‌عنوان مانعی برای مشارکت افراد تازه‌بازنشسته‌شده در فعالیت بدنی شناسایی کردند (۶۳) و در پژوهش Van Dyck و همکاران (۲۰۱۶) به گران بودن برنامه‌های فعلی فعالیت بدنی به‌عنوان مانعی برای مشارکت در فعالیت بدنی اشاره شد (۵۶). Sit و همکاران (۲۰۰۸) هم نبود رفاه شخصی را جزو موانع مشارکت زنان میان‌سال در فعالیت بدنی منظم برشمردند (۵۱). Scott و Higgins (۲۰۱۲) کاهش هزینه‌های زمانی، هزینه‌های مهارت‌آموزی و هزینه‌های دسترسی به منابع و ارائه برنامه‌های رایگان را به‌عنوان راهکارهای مربوط به ترویج درآمیخته بازاریابی اجتماعی برای افزایش مشارکت در فعالیت بدنی شناسایی کردند (۴۷) و در تحقیق Shahbazi و همکاران (۱۳۹۲) به پرداخت یارانه ورزشی از سوی دولت به‌عنوان راهکاری برای ارتقای مشارکت در ورزش همگانی اشاره شده است (۵۳).

ترویج

راهکارهای عنصر ترویج از آمیخته بازاریابی اجتماعی، راهکارهایی هستند که با هدف ایجاد ارتباطات و طراحی پیام‌های مناسب برای برطرف کردن موانع فرهنگی، ذهنی و روانی، رفتاری و همچنین موانع مربوط به کمبود اطلاعات درباره فرصت‌های فعالیت بدنی تدوین شده‌اند تا با فراهم کردن امکان دسترسی به اطلاعات موردنیاز، ایجاد نگرش مثبت نسبت به فعالیت بدنی، معرفی فرصت‌های فعالیت بدنی و تأکید بر اهمیت فعالیت بدنی منظم، در کنار تسهیل‌کننده‌های موجود، از جمله آگاهی از تأثیرات مثبت مشارکت در فعالیت

کم‌درد نمی‌توانم پیاده‌روی کنم.» (مصاحبه ۹). در پژوهش Van Dyck و همکاران (۲۰۱۶) هم نتایج مشابهی به دست آمد و افراد تازه‌بازنشسته‌شده اعتقاد داشتند به دلیل اینکه فعالیت‌های بدنی در دسترس، بسیار به توانایی‌های جسمانی وابسته هستند، نمی‌توانند فعالیت بدنی منظم داشته باشند (۵۷). بنابراین راهکارهای مبتنی بر آموزش میان‌سالان و تربیت نیروی آموزش‌دهنده، می‌توانند با ایجاد دانش ورزشی و امکان تدوین برنامه‌های اجرا برای اقشار مختلف میان‌سالان و ایجاد پیوند بین پزشکان و مربیان آموزش‌دیده تمرینات ورزشی برای ارجاع میان‌سالان از طرف پزشکان به مربیان، مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی منظم را تسهیل کنند. بدین ترتیب با موضع‌یابی صحیح فعالیت بدنی به‌عنوان رفتاری ضروری که با هر میزان از سطح توانایی جسمانی می‌توان آن را انجام داد، مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی منظم ارتقا خواهد یافت.

مکان

درباره عنصر مکان، Xia و همکاران (۲۰۱۶)، راهکارهای مکان را شامل تدابیری برای دسترسی راحت به محصول واقعی یا تکمیلی و همچنین افزایش راحتی انجام رفتار مطلوب تعریف کردند (۳۳). در این راستا، ایجاد مسیرهای مناسب و ایمن پیاده‌روی، وجود اماکن ورزشی عمومی به حد کافی، تولید و عرضه تجهیزات سبک و ارزان‌قیمت برای انجام تمرینات ورزشی در منزل و فراهم کردن شرایط انجام تمرینات ورزشی در محیط‌های کاری، راهکارهایی هستند که می‌توانند موانع مربوط به محصولات و خدمات ورزشی، موانع شغلی و خانوادگی و موانع مربوط به حمل‌ونقل را برطرف سازند. میان‌سالان برای مشارکت در فعالیت بدنی منظم، همواره با چالش‌های خانوادگی مواجه هستند. Kelly و همکاران (۲۰۱۶) و Mailey و همکاران (۲۰۱۴)، مسئولیت‌های شغلی و خانوادگی را جزو موانع رفتارهای سلامتی و مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی منظم برشمردند (۵۸، ۵۹). Sit و همکاران (۲۰۰۸) نیز حمایت نکردن خانواده و کمبود منابع را به‌عنوان مانعی برای مشارکت زنان میان‌سال در فعالیت بدنی معرفی کردند (۵۱). در این راستا Tusso (۲۰۱۵) در تحقیق خود ایجاد محیط‌های سالم به‌منظور تسهیل مشارکت در فعالیت بدنی در محل زندگی، محیط‌های کار، تحصیل، تفریح و عبادت را پیشنهاد داد (۶۰) که نتایج تحقیق حاضر با نتایج این بخش از تحقیق Tusso همسو است. مشکلات مربوط به اماکن ورزشی نیز در مطالعه Khajavi و Khalaji (۱۳۸۷) مورد تأکید قرار گرفتند (۶۱)؛ اما در این پژوهش راهکاری برای برطرف کردن این موانع ارائه نشده است. Humpel و همکاران (۲۰۰۲) دسترسی آسان و وجود فرصت‌های فعالیت بدنی را جزو عوامل محیطی مؤثر در مشارکت بزرگسالان در فعالیت بدنی برشمردند (۶۲) و Shahbazi و همکاران (۱۳۹۲) طراحی شهری با رویکرد گسترش ورزش همگانی و احداث اماکن ورزشی را به‌عنوان راهکارهایی برای توسعه ورزش همگانی ارائه دادند (۵۳). Scott و Higgins (۲۰۱۲)

بدنی، به‌ویژه در مورد بانوان، جزو راهکارهای ترویجی برای ارتقای مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی به شمار می‌رود. در پژوهش Shahbazi و همکاران (۱۳۹۲) نیز از بین بردن باورهای غلط درباره مشارکت بانوان در ورزش، به‌عنوان یکی از راهکارهای توسعه ورزش همگانی پیشنهاد شد (۵۳). همچنین راهکارهای ترویج، تکمیل‌کننده سایر عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی هستند و با معرفی و در معرض ارتباط قرار دادن اقدامات مربوط به سایر عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی، پذیرش رفتار مطلوب را تسهیل می‌کنند.

نتیجه‌گیری

در پایان باید به این نکته اشاره کرد که تمام تلاش‌های بازاریابی اجتماعی برای فروش رفتار فعالیت بدنی به مخاطبان هدف، زمانی نتیجه‌بخش خواهند بود که به‌صورت یکپارچه و هماهنگ طراحی و اجرا شوند. جهت برطرف کردن موانع موجود و تسهیل ارتقای مشارکت میان‌سالان آگاه و کم‌درآمد در فعالیت بدنی منظم از طریق ایجاد یک مبادله ارزشمند برای تغییر رفتار، باید تمام راهکارهای آمیخته بازاریابی اجتماعی مدنظر قرار گیرند تا بدین ترتیب فعالیت‌های بدنی استاندارد، اصولی، مفرح و اجرایی، با کمترین هزینه ممکن و بهترین شرایط دسترسی، با مناسب‌ترین پیام‌های ترویجی به مخاطبین هدف عرضه شوند و در نتیجه میزان مشارکت میان‌سالان در فعالیت بدنی منظم افزایش یابد.

این پژوهش نسبت به پژوهش‌های مشابه نقاط قوتی از جمله روش کیفی، تمرکز بر میان‌سالان و بخش‌بندی مخاطبان هدف، استفاده از تحقیق تکوینی و در نظر گرفتن مخاطبان هدف به‌عنوان جامعه آماری، و عرضه راهکارهای بازاریابی اجتماعی دارد. همچنین مهم‌ترین محدودیت پژوهش، دسترسی به مشارکت‌کنندگان به‌ویژه در بخش دوم تحقیق بود.

سپاسگزاری

از تمام عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله، هیچ تضادی گزارش نشده است.

بدنی و آگاهی از تأثیرات منفی بی‌فعالیتی، مشارکت مخاطبین هدف در فعالیت بدنی منظم را تسهیل کنند. Xia و همکاران (۲۰۱۶) راهکارهای مربوط به ترویج راهکارهایی خلاقانه برای ترغیب مخاطبین هدف، اطلاع‌رسانی و یادآوری کردن درباره ارزش تغییر رفتار و سایر مؤلفه‌های آمیخته بازاریابی و همچنین راهکارهای رسانه‌ای به‌منظور پخش پیام‌هایی برای مخاطبان هدف تعریف کردند (۳۳).

در این راستا Shahbazi و همکاران (۱۳۹۲) استفاده از تمام ظرفیت‌های رسانه‌ای برای انتقال پیام‌های ترویجی را به‌عنوان یکی از راهکارهای توسعه ورزش همگانی ارائه کردند (۵۳). اما در پژوهش Scott و Higgins (۲۰۱۲) به‌جای استفاده از کانال‌های گوناگون، بر تحویل پیام‌های ترویجی به مخاطبین هدف و طراحی پیام‌های ویژه برای افراد کم‌درآمد تأکید شد (۴۷). دلیل این تفاوت می‌تواند وجود بخش‌بندی و تمرکز بر یک جامعه خاص در پژوهش Scott و Higgins (۲۰۱۲) باشد. همچنین Bethancourt و همکاران (۲۰۱۴) توزیع ناکافی اطلاعات مربوط به گزینه‌ها و برنامه‌های موجود فعالیت بدنی را به‌عنوان مانعی برای مشارکت در فعالیت بدنی شناسایی کردند (۶۴). Ramezani و همکاران (۱۳۹۷) اطلاع‌رسانی را جزو راهکارهای اصلی ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی برشمردند (۲۴). البته در تحقیق حاضر با توجه به اینکه مخاطبین هدف را افراد آگاه تشکیل می‌دهند، صرفاً اطلاع‌رسانی درباره مزایای فعالیت بدنی کافی نخواهد بود. در این شرایط، میان‌سالان از مزایای فعالیت بدنی آگاهی دارند؛ اما از موقعیت‌های موجود برای کسب دانش در زمینه فعالیت بدنی و مشارکت در فعالیت بدنی اطلاع ندارند.

همچنین به نظر می‌رسد برای برطرف کردن بسیاری از موانع ذهنی و رفتاری مشارکت در فعالیت بدنی منظم، تغییر نگرش میان‌سالان نسبت به فعالیت بدنی، از یک فعالیت فوق‌برنامه و غیرضروری به‌عنوان یک فعالیت درمانی و ضروری در راستای ارتقا و حفظ سطح سلامتی، همان‌طور که Taylor (۲۰۱۴) و Sallis (۲۰۰۹) فعالیت بدنی و ورزش را دارو معرفی کردند (۱۹، ۶۵)، از جمله راهکارهای مهم برای ارتقای مشارکت در فعالیت بدنی به شمار می‌رود. علاوه بر این فرهنگ‌سازی برای از بین بردن باورهای غلط درباره فعالیت

References

- Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 2010; 38 (3):105–13. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181e373a2>
- Sims J, Hill K, Hunt S, Haralambous B. Physical activity recommendations for older Australians. *Australas J Ageing*. 2009; 29 (2): 7-81. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00388.x>
- Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7(1):39.
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007; 116(9): 1094. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185650>
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010;
- World Health Organization. Global Health Risks. 2009;

7. Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, Mâsse LC, Tilert T, McDowell M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Med Sci Sports Exerc.* 2008; 40 (1): 181-8. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e31815a51b3>
8. Clark BK, Sugiyama T, Healy GN, Salmon J, Dunstan DW, Shaw JE, et al. Socio-demographic correlates of prolonged television viewing time in Australian men and women: the AusDiab study. *J Phys Act Health.* 2010; 7: 595-601. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.5.595>
9. Justine M, Azizan A, Hassan V, Salleh Z, Manaf H. Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore Med J.* 2013; 54(10): 581-6. <https://doi.org/10.11622/smedj.2013203>
10. Tsao LI, Su MC, An C. Multidimensional impacts of transitional mid-life healthcare. *Hu Li Za Zhi.* 2004; 51(1): 9-13.
11. Oxford dictionary. Middle Age: definition of middle age in (American• English) (US). Retrieved 2018-05-19; From: www.oxforddictionaries.com
12. Caban-Martinez AJ, Courtney TK, Chang WR, Lombardi DA, Huang YH, Brennan MJ, et al. Leisure-Time Physical Activity, Falls, and Fall Injuries in Middle-Aged Adults. *Am J Prev Med.* 2015; 49(6): 888-901. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.022>
13. Gordon-Salant S, Frisina RD, Fay RR, Popper A. *The Aging Auditory System.* Springer Science & Business Media Publisher; 2010.
14. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. *Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry.* Elsevier Health Sciences; 2015.
15. Bourgeois FJ, Gehrig PA, Veljovich DS, editors. *Obstetrics and gynecology recall.* Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
16. Jamshidi Manesh M, Jouybary L, Peyrovi H, Sanagoo A. The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. *Qom University of Medical Sciences Journal.* 2009; 3(2): 41-6.
17. Rezaee N, Seyedfatemi N, Salar A, Ghaljaei F. Identifying Health Seeking Behaviors among Middle-aged Women: A Qualitative Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2016; 26 (140): 175-86
18. Owens JF, Matthews KA, Wing RR, Kuller LH; Can Physical Activity Mitigate the Effects of Aging in Middle-Aged Women?. *Circulation.* 1992; 85(4): 1265-70. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.85.4.1265>
19. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate medical journal.* 2014; 90(1059): 26-32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
20. Hekmati Pour N, Hojati H, Sharif Nia H, Akhondzadeh G, Nikjoo A, Mir Abolhasani M. Effect of exercise on depression in elderly. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2013; 1(3): 23-32.
21. Statistical Centre of Iran. The results of the general census of population and housing 1395. Retrieved from: https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/fulltext/1395/n_Salname_95-V3.pdf
22. Statistical Centre of Iran, Population age pyramid by results of the census 1395.
23. Momenan A, Delshad M, Mirmiran P, Ghanbarian A, Safarkhani M, Azizi F. Physical Inactivity and Related Factors in an Adult Tehranian Population (Tehran Lipid and Glucose Study). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2012; 5(13): 493-503.
24. Ramezani A, Karbasian N, Mobasheri M. A survey on the state of physical activity among middle-aged women and related factors, fall 2016. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences.* 2018; 20(1): 15-21.
25. Mirzaee Vishkaee K, Rahmaninia F, Elmieh A. The relationship between nutritional knowledge, body composition and physical activity level in middle-aged, obese and underweight females. *J Sport Biom Sci.* 2013; 5(10): 33-43
26. Pasdar Y, Niazi P, Darbandi M, Khalvandi F, Izaadi N. Effect of Physical Activity on Body Composition and Quality of Life among Women Staff of Kermanshah University of Medical Sciences in 2013. *JRUMS.* 2015; 14(2):99-110
27. Donovan R, Henley N. *Principles and practice of social marketing: An international perspective.* Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2010
28. Berkowitz J M, Huhman M, Nolin M J. Did augmenting the VERB™ campaign advertising in select communities have an effect on awareness, attitudes, and physical activity?. *Am J Prev Med.* 2008; 34(6S): 257-266
29. Wong F, Huhman M, Heitzler C, Asbury L, Bretthauer-Mueller R, McCarthy S, Londe P. VERB – a social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Prev Chronic Dis.* 2004; 1(3)A10
30. Lefebvre RC. *Social marketing and social change: Strategies and tools for improving health, well-being, and the environment.* San Francisco, CA: Jossey-Bass Publisher. 2013. <https://doi.org/10.4135/9781446286302>

31. Lee NR, Kotler P. *Social Marketing: Changing Behaviors for Good*. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2016
32. Andreasen A. Marketing social marketing in the social change marketplace. *J PP&M*. 2002; 21(1): 3–13. <https://doi.org/10.1509/jppm.21.1.3.17602>
33. Xia Y, Deshpande S, Bonates T. Effectiveness of Social Marketing Interventions to Promote Physical Activity among Adults: A Systematic Review, *J Phys Act Health*. 2016; 13(11):1263-1274. <https://doi.org/10.1123/jpah.2015-0189>
34. Forthofer MS, Bryant CA. Using audience-segmentation techniques to tailor health behavior change strategies. *Am. J. Health Behav*. 2000; 24:36–43.
35. Grier S, Bryant CA. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26:319–339. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610>
36. Kotler P, Roberto N, Lee N. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2002.
37. Donovan R, Henley N. *Social Marketing: Principles and Practices*. Melbourne: IP Commun. 2003.
38. Andreasen A. *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1995.
39. Kubacki K, Rundle-Thiele S. *Formative Research in Social Marketing, Innovative Methods to Gain Consumer Insights*. Springer Singapore. 2017.
40. Ian Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults, *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 2012; 37: 803–806. <https://doi.org/10.1139/h2012-061>
41. Yang G, Niu K, Fujita K, Hozawa A, Ohmori-Matsuda K, Kuriyama S, Nakaya N, et al. Impact of physical activity and performance on medical care costs among the Japanese elderly, *Geriatr Gerontol Int*. 2011; 11:157–165. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00651.x>
42. Bazargan Harandi A. *An introduction to qualitative and mixed methods research*. Didar Publisher, Tehran. 2008.
43. Bazargan Harandi A. *An introduction to qualitative and mixed methods research*. 3rd edition, Didar Publisher. Tehran. 2017.
44. Ferasatkah M, *Qualitative research method in social science with emphasis on grounded theory*. Agah Publisher, Tehran. 2016.
45. Khastar H. A Method for Calculating Coding Reliability in Qualitative Research Interviews. 2009; 15(58): 161-174.
46. Kotler P, Armstrong G. *Principles of marketing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2010.
47. Scott JE, Higgins JW. Upstream Social Marketing: Exploring the Experiences of Recreation Professionals in Delivering Physical Activity to Low-Income Citizens. *Soc Mar Q*. 2012; 18(2): 112-123. <https://doi.org/10.1177/1524500412450488>
48. Wandel M, Roos G. Age perceptions and physical activity among middle-aged men in three occupational groups, *Soc Sci & Med*. 2006; 62:3024–3034. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.064>
49. Paek H, Jung Y, Oh HJ, Alaimo K, Pfeiffer K, Carlson JJ, Wen Y, et al. A social marketing approach to promoting healthful eating and physical activity in low-income and ethnically diverse schools. *Health Educ J*. 2014; 74(3): 351-363. <https://doi.org/10.1177/0017896914540294>
50. Kitunen A, Rundle-Thiele S, Kubacki K, Dietrich T. Generating consumer insights into physical activity patterns for three different segments. *Journal of Strategic Marketing*. 2016; 26(2): 188-202. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2016.1195863>
51. Sit CHP, Kerrb JH, Wong ITF. Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychol Sport Exerc*. 2008; 9(3): 266–283. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.04.006>
52. Solimani A, Niknami S, Hajizadeh I, Shojaezadeh D, Tavousi M. Predictors of physical activity to prevent osteoporosis based on extended Health Belief Model. *Payesh*. 2014; 13: 313-320.
53. Shahbazi M, Shaabani Moghaddam K, Safari M. Barriers and solutions to the sport for all in Iran. *Majlis and Rahbord*. 2014; 20(76): 69-97.
54. Lachman M E, Lipsitz L, Lubben J, Castaneda-Sceppa C, Jette A M. When Adults Don't Exercise: Behavioral Strategies to Increase Physical Activity in Sedentary Middle-Aged and Older Adults *Innovation in Aging*. 2018; 2(1): 1–12
55. Noordman J, Verhaak P, Van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC Fam Pract*. 2010; 11:87. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-87>
56. Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Fam Pract*. 2011;12:26.

57. Van Dyck D, Lieze Mertens L, Cardon G, Katrien De Cocker K, De Bourdeaudhuij I. Opinions towards 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*. Human Kinetics, Inc. 2016; 25(2):277-286.
58. Kelly S, Martin S, Kuhn I, Cowan A, Brayne C and Lafortune L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLoS ONE*. 2016; 11(1): e0145074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145074>
59. Mailey EL, Huberty J, Dinkel D, McAuley E. Physical activity barriers and facilitators among working mothers and fathers, *BMC Public Health*. 2014; 14:657. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-657>
60. Tusio P. Strategies to Increase Physical Activity, *Perm Journal*. 2015; 19(4):84-88. <https://doi.org/10.7812/TPP/14-242>
61. Khajavi D, Khalaji H. Barriers to regular physical activity participation of women working in Arak education. *Social Studies of women*. 2008; 6(3):149-172
62. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *Am J Prev Med*. 2002; 22(3): 188-199. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00426-3)
63. Barnett I, Guehl C, Ogilvie D. The experience of physical activity and the transition to retirement: a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. *INT J BEHAV NUTR PHY*. 2012; 9: 97. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-97>
64. Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. *J Clin Med Res*. 2014; 12(1):10-20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
65. Sallis R E. Exercise is medicine and physicians need to prescribe it, *Br J Sports Med*. 2009; 43(1):3-4. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.054825>