

## بازاریابی اجتماعی: کاربرد و مزیت استفاده از آن در آموزش مداوم پزشکی

دکتر محسن شمس\*

پزشک عمومی، دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر آرش رشیدیان

استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه: تجربه جهانی بیانگر آن است که بسیاری از تلاش‌های آموزشی برای بهبود عملکرد پزشکان بی‌ثمر و دوره‌های بازآموزی از کارایی و تأثیر اندکی برخوردار بوده‌اند. از علل عدم موفقیت در این عرصه، می‌توان ناکارآمدی روش‌های آموزشی را ذکر کرد. تئوری‌ها و روش‌های مبتنی بر دیدگاه بازاریابی اجتماعی از جمله روش‌های نوین آموزشی هستند که می‌توانند در جهت رفع این مشکل مد نظر قرار گیرند. در سه دهه اخیر استفاده از اصول و روش‌های بازاریابی تجاری برای تغییر عقاید، نگرش‌ها و رفتارها، مورد توجه قرار گرفته است و از آن با عنوان بازاریابی اجتماعی نام برده شده است. در این فرآیند منظم و برنامه‌ریزی شده، با استفاده از اصول و تکنیک‌های بازاریابی تجاری، محور قرار دادن مشتری و شناخت خواسته‌ها و نیازهای او، مخاطب به انجام یک رفتار و یا توجه به ایده‌ای خاص ترغیب می‌شود. تحلیل مشتری (شناسایی و دسته‌بندی مخاطبان)، تحلیل بازار و تحلیل کانال، مراحل اساسی برنامه‌ریزی مبتنی بر بازاریابی اجتماعی به شمار می‌روند. نتیجه‌گیری: اگر چه به نظر می‌رسد طراحی برنامه‌های آموزشی بر مبنای اصول یاد شده، هزینه اجرای برنامه را افزایش می‌دهد ولی احتمال موفقیت آموزشی برنامه و تأثیر آن بر رفتار پزشکان را بالا می‌برد.

کلید واژه‌ها: آموزش مداوم پزشکی، بازاریابی اجتماعی، تغییر رفتار، مشتری، بازار

\* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

آموزش مداوم پزشکی در بیست و هفتمین نشست سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۴ به رسمیت شناخته شد و از کشورهای عضو خواسته شد تا این موضوع را به عنوان یک ضرورت در دستور کار خود قرار دهند (۱). در سال ۱۹۹۳ فدراسیون جهانی آموزش پزشکی در ادینبورگ، با بیان اهمیت آموزش مداوم پزشکی، آن را به عنوان ضرورتی جهت حفظ مهارت‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان این رشته مورد تأکید قرار داد که برای اثر بخشی برنامه‌ها، باید تناسب آنها با نیازهای فراگیران مدنظر قرار گیرد (۲).

با وجودی که در طی سی سال گذشته در جهان، در عرصه آموزش مداوم پزشکی پیشرفت‌های قابل توجهی در بهره‌گیری از الگوها، روش‌ها و شیوه‌های نوین آموزشی صورت گرفته ولی میزان تأثیر این دوره‌ها محدود باقی مانده است (۳). هدف نهایی در عرصه آموزش پزشکی، تغییر رفتار و بهبود عملکرد پزشکان به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه است. متأسفانه بسیاری از کوشش‌های انجام شده برای رسیدن به این هدف کمتر بوده و دوره‌های بازآموزی از کارایی و تأثیر اندکی برخوردار بوده است (۷-۸). هرچند برای این امر علل متعددی متصور است، ولی به نظر می‌رسد که ناکارآمدی الگوها و روش‌های آموزشی از جمله علل عمده عدم موفقیت در این حوزه باشد، بنابراین شناسایی و استفاده از تئوری‌ها و روش‌های نوین آموزشی گام مهمی در جهت رفع این مشکل خواهد بود.

موانع متعددی بر سر راه آموزش مداوم پزشکی وجود دارد که در هر منطقه یا کشور، ویژگی‌های خاص خود را داراست. محدودیت‌های زمانی برای شرکت در برنامه‌ها، انگیزه ناکافی و پایین بودن پذیرش خودآموزی، استفاده از روش‌های تعلیمی دانش‌محور و کمبود نیروی انسانی مسلط به روش‌ها و شیوه‌های نوین آموزشی را می‌توان از مهم‌ترین این موانع برشمرد (۸). چنین موانعی سبب شد تا در ارزیابی برنامه‌های آموزش مداوم پنج سال اول (۱۳۷۰-۱۳۷۵) کشور، کاستی‌ها و

نقصان‌های فراوانی کشف شود (۹). توجه ناکافی به نیازهای فراگیران و در نظرنگرفتن متغیرهای مهمی چون نیازهای بهداشتی جامعه، نیازهای شغلی افراد و مشکلات بالینی شایع، در کنار استفاده از روش‌های تعلیمی و به خصوص سخنرانی بدون پرسش و پاسخ از جمله این کاستی‌ها بودند.

علی‌رغم برگزاری دوره‌های بازآموزی متعدد برای پزشکان، رفتارهایی چون تجویز نابجا و نادرست داروها به ویژه آنتی بیوتیک‌ها شایع است؛ کمتر به روش‌های درمانی جدید بیماری‌ها توجه می‌شود و تکرار درمان‌های قدیمی و کم اثر بیشتر طرفدار دارد. در عین حال پزشکانی که در مقابل چنین تغییر رفتارهایی مقاومت می‌کنند ممکن است تحت تأثیر تبلیغات شرکت‌های تولید کننده یا واردکننده دارو، نحوه تجویز داروهای خود را تغییر دهند. بهره‌گیری شرکت‌های داروسازی و واردکنندگان داروها از اصول و فنون بازاریابی تجاری برای جهت دادن به رفتارهای خاص پزشکان منجر به افزایش فروش داروها و جلب سودهای قابل توجه می‌گردد.

در اصول ده گانه آموزش مداوم پزشکی، در اصل پنجم، "بهبود بخشیدن و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به عنوان اولویت اهداف آموزش مداوم" و در اصل هفتم، "استفاده از شیوه‌های درست و مناسب آموزشی" مورد توجه قرار گرفته است، ضمن این که بر "علاقه شرکت کنندگان" به عنوان یکی از شش مؤلفه مهم در طراحی برنامه‌ها تأکید شده است (۸). بنابراین لازم است که در طراحی برنامه‌های بازآموزی، از نیازها، خواسته‌ها و نظرات شرکت کنندگان و مخاطبان برنامه‌ها اطلاع کافی حاصل گردد و این گونه برنامه‌ها متناسب با نظرات و علاقه مشتریان، طراحی گردد.

استفاده از روش‌های ابتکاری و نوین آموزشی در فرآیند آموزش مداوم پزشکی در کشورهای مختلف منجر به نتایج مطلوبی شده است که اطلاع از جزئیات این روش‌ها و نحوه اجرای آنها به منظور آزمون در دیگر کشورها بسیار کارگشا خواهد بود (۳). تئوری‌ها و روش‌های مبتنی بر دیدگاه

از آن خواهد شد.

### بحث

کاتلر، بازاریابی اجتماعی را به‌عنوان "فرآیند طراحی، مداخله و کنترل برنامه‌هایی که در جستجوی افزایش قابلیت پذیرش نسبت به یک ایده یا عمل اجتماعی در یک گروه مخاطب هستند"، تعریف نمود (۱۰). دیدگاه بازاریابی اجتماعی بر مبنای مفاهیم کلیدی زیر شکل می‌گیرد:

۱) نظریه مبادله (Exchange Theory): بر اساس این نظریه، زمانی بین دو نفر یا دو گروه، مبادله (داد و ستد) صورت می‌گیرد که منافع حاصل از داشتن یک محصول یا کالا از میزان هزینه‌هایی که برای به‌دست آوردن آن صرف می‌گردد بیشتر باشد. به عبارت دیگر وقتی محصولی توسط مشتری خریده می‌شود که ارزش درک شده داشتن آن از هزینه‌های صرف شده بیشتر باشد. پزشکانی که گروه هدف را در برنامه‌های بازآموزی تشکیل می‌دهند، برای به دست آوردن منافع حاصل از شرکت در برنامه آموزشی دیابت، هزینه‌هایی را متقبل می‌شوند که باید کمتر از منافع حاصل از آن باشد. در این صورت است که شرکت در این برنامه آموزشی از دیدگاه او منطقی خواهد بود.

۲) توجه به مشتری (Consumer Orientation): در بازاریابی اجتماعی، اطلاع از نظرات، خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات مشتری و ارائه خدمت، ایده یا رفتار متناسب با آن، اصلی مهم به شمار می‌رود. در تمام فرآیند بازاریابی اجتماعی، توجه به مشتری و حرکت در مسیر برآورده کردن نیازهای او به وضوح دیده می‌شود. طراحان و مجریان برنامه‌های بازآموزی پزشکان که معمولاً خود پزشک یا کارشناس سیستم سلامت هستند، بر اساس بررسی‌هایی که انجام می‌دهند نیازهای آموزشی را مشخص کرده و موضوعات برنامه‌ها را تعیین می‌کنند و به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات پزشکان کمتر توجه می‌نمایند. به عبارت دیگر معمولاً برنامه‌ها با نگاهی متخصص-محور و عمودی (از بالا به پایین) طراحی و اجرا

بازاریابی اجتماعی (social marketing) از جمله این نوآوری‌ها به شمار می‌روند.

کانون اصلی اندیشه و عمل بازاریابی نوین، به جای جستجوی مشتری برای محصولات تولید شده، تامین رضایت و ایجاد ارزش برای مشتری است تا به سمت محصول تولید شده یا خدمت قابل ارائه، جلب گردد (۱۰). در سال ۱۹۵۲ ویب (Wiebe) با طرح این پرسش که "چرا نتوانیم برادری (Brotherhood) را مانند صابون به مردم بفروشیم؟!" و انجام بررسی بر روی چهار نمونه بسیج همگانی (Campaign)، پیشنهاد کرد که از اصول و فنون بازاریابی برای فروش یک موضوع اجتماعی به مخاطبین استفاده شود (۱۱).

در سال ۱۹۷۱ فیلیپ کاتلر بازاریابی اجتماعی را برای اولین بار مطرح کرد و با ترکیب مفاهیم مربوط به تغییرات اجتماعی و بازاریابی تجاری و فنون تبلیغات، اصول این بحث را پایه گذاری نمود (۱۲). به اعتقاد کاتلر و زالتمن از اصول بازاریابی تجاری می‌توان برای فروش ایده‌ها، نگرش‌ها و رفتارها به جامعه استفاده کرد (۱۲). در حال حاضر این دیدگاه به‌عنوان "فرآیندی برنامه ریزی شده جهت تأثیر بر رفتار اختیاری گروه مخاطب برای رسیدن به یک هدف اجتماعی"، جای خود را در حوزه علوم اجتماعی و رفتاری باز کرده است (۱۳).

هدف در بازاریابی اجتماعی آن است که با کمک اصول و فنون بازاریابی تجاری، به نیازها و خواسته‌های گروه مخاطب توجه و با کاهش موانع و ترغیب آنان برای انجام یک رفتار اجتماعی مطلوب، رفتار موردنظر در بین آنها رایج گردد (۱۴). به عبارت ساده‌تر بازاریابی اجتماعی کاربرد فنون بازاریابی در مسایل اجتماعی است تا در افراد، انگیزه انجام عمل یا رفتاری را که در نهایت برایشان سودمند است، ایجاد نماید (۱۵).

در این مقاله، با مرور مقالات حاوی مفاهیم کلیدی و اصول بازاریابی اجتماعی و بیان مراحل برنامه ریزی مبتنی بر این دیدگاه، کاربرد و مزیت استفاده از آن در حوزه آموزش مداوم پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد و با استفاده از یک مثال مناسب (بازآموزی دیابت) سعی در تبیین نحوه استفاده عملی

اجتماعی مشخص می‌شود. به کارگیری انواع روش‌های پژوهشی کمی و کیفی از جمله پیمایش‌ها (Survey)، بحث در گروه‌های متمرکز (Focus Group Discussion)، مصاحبه‌ها (Interview) و مشاهده (Observation) برای به دست آوردن داده‌های اولیه (Primary Data) و نیز بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی دیگر و نتایج اقدامات قبلی انجام شده (Secondary Data) در چنین پژوهش‌هایی مدنظر قرار می‌گیرد. لازم است از نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه دیابت (مثلاً مشکلات تشخیص و درمان، عوارض قابل پیشگیری) در کشور و داده‌های روتین نظام سلامت در زمینه دیابت کشور در طراحی برنامه آموزشی کمک گرفت تا برنامه آموزشی نتایج مطلوب‌تری به دنبال داشته باشد.

۵) آمیزه بازاریابی (Marketing Mix): مفهومی کلیدی است که در بازاریابی اجتماعی آن را چنین تعریف می‌کنند: "مجموعه‌ای از ابزارهای قابل کنترل که با ترکیب آن‌ها، امکان پاسخگویی به بازار هدف و گروه مخاطب وجود دارد" (۱۰). به عبارت دیگر، آمیزه بازاریابی در برگیرنده کلیه اقداماتی است که تولیدکننده محصول یا ارائه دهنده خدمت انجام می‌دهد تا به صورت نظام مند بر بازار تقاضای محصول یا خدمت اثر گذارد. در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی، بازار تقاضا پزشکان فارغ التحصیل و مشغول به کار خواهند بود که قرار است در برنامه‌های بازاریابی و نوآموزی، شرکت نمایند. در اینجا اجزای تشکیل دهنده آمیزه بازاریابی، بیان می‌گردد و در هر مورد به برنامه‌های بازاریابی رجوع می‌شود. به آمیزه بازاریابی "چهار پی" (4P) هم گفته می‌شود که از ابتدای معادل انگلیسی کلمات محصول (Product)، قیمت (Price)، مکان (place) و ترویج (promotion) گرفته شده است.

● **محصول:** منظور از محصول، کالاها (پدیده فیزیکی و قابل لمس) یا خدماتی (فعالیت یا ایده غیرقابل لمس) هستند که به بازار مورد نظر عرضه می‌شود تا نیاز یا خواسته‌هایی از مشتری را تأمین نمایند (۱۰). در واقع کالا مجموعه‌ای از منافع و امکانات است که به مشتری عرضه می‌شود. گروه مخاطب باید

می‌گردد. برخلاف این دیدگاه، برنامه‌های مبتنی بر بازاریابی اجتماعی بر پایه خواسته و نیاز مصرف کننده طراحی می‌شوند. پزشکیانی که در برنامه بازاریابی دیابت شرکت می‌کنند نیازها و خواسته‌های متفاوت دارند. گروهی به مشاوره تغذیه در بیماران دیابتی علاقمند هستند و نیاز آنان، اطلاع از چگونگی انجام این خدمت است، در حالی که ممکن است گروه‌های دیگر از این مخاطبان، به درمان‌های جدید بیماری، پیشگیری از بروز عوارض آن، برخورد با موارد اورژانس و یا بازتوانی بیماران عارضه‌دار تمایل داشته باشند.

۳) توجه به رقابت (Competition): توجه به اصل رقابت و درک بازار رفتار مورد نظر، رمز موفقیت در استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی است. فهم درست از ایده‌ها و رفتارهای رقیب و بالابردن میزان منافع رفتار مورد نظر و یا کاستن از میزان هزینه‌ها و موانع دستیابی به آن، بازار رقابت را به نفع محصول یا خدمت تغییر خواهد داد. توجه به این حقیقت که در مقابل آموزه‌های برنامه‌های بازاریابی دیابت، گاه رفتارهای رقیب جذاب‌تر و قدرتمندتری وجود دارند، مهم است. مثلاً ممکن است اجرای آنچه که در آموزش مداوم توصیه شده بر میزان درآمد پزشک و یا میزان جذب بیمار تأثیر گذاشته و از این جهت این عوامل به عنوان رقیب در مقابل تغییر رفتار عمل کنند. پیام‌های جذاب‌تر شرکت‌های دارویی در ترغیب پزشک به استفاده از داروی گران‌تر نیز می‌تواند به عنوان یکی از رقبا محسوب شود. شناخت این رقبا و خصوصیات آن‌ها به طراحان و مجریان این برنامه‌ها کمک خواهد کرد تا مخاطبان بیشتری جلب کنند.

۴) تصمیم‌گیری مبتنی بر داده‌ها (Data-driven Decision-Making): اساس یک برنامه بازاریابی اجتماعی مؤثر را پژوهش‌های درست و علمی تشکیل می‌دهد. هر چه شناخت بیشتری در مورد بازار و گروه مخاطب (مشتریان) وجود داشته باشد، برنامه‌ها دقیق‌تر و مؤثرتر طراحی و اجرا خواهد شد. به این ترتیب، نقش اساسی پژوهش تکوینی (Formative Research) در برنامه ریزی مبتنی بر بازاریابی

دستیابی به مشتریان برای دریافت محصول امکان پذیر است، مکان تلقی می‌شود. در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی، محل اجرای برنامه‌های آموزشی و مکان ارائه محصولات یا خدمات آموزشی مورد نظر، مکان خواهد بود. تطبیق مکان با شرایط آموزش گیرنده (مثلاً پزشکان)، امکان موفقیت برنامه را افزایش می‌دهد. از جمله روش‌های مناسب می‌تواند عرضه خدمت (در اینجا آموزش) در محل کار پزشک باشد که در عرف مطالعات به آن ویزیتوری دانشگاهی (academic detailing) و یا آموزش در محل (educational outreach) می‌گویند (۱۷-۱۵).

• **ترویج:** استفاده از مجموعه تبلیغات، روابط عمومی، حمایت‌های رسانه‌ای، ارتباطات فردی و فعالیتهای مشابه که محور آنها خلق نیاز و تداوم آن برای استقبال از محصول یا خدمت مورد نظر توسط مشتری است، ترویج را شامل می‌گردد (۱۴). به عبارت دیگر، فعالیتهایی که ارائه دهنده خدمت یا تولیدکننده کالا انجام می‌دهد تا بتواند در مورد آن اطلاعات مفیدی به مشتری بدهد و مشتریان را تشویق کند تا آن کالا را بخرند (۷). برای ترویج یک محصول باید کانال‌های اطلاع‌رسانی مناسب انتخاب شوند (۱۸). شناخت کامل کانال‌های اطلاع‌رسانی و تبلیغی مناسب و استفاده صحیح از آنها برای ایجاد انگیزه در پزشکان جهت شرکت در برنامه‌های آموزشی از شرایط موفقیت برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی به شمار می‌روند. استفاده از شبکه‌های رادیویی و تلویزیونی، روزنامه‌ها و نشریات عمومی و تخصصی، سایت‌های طرفدار پزشکی، باشگاه‌ها و نیز محل‌های حضور و تجمع پزشکان برای ایجاد نیاز در مخاطبین برای شرکت در این برنامه‌ها مناسب می‌باشند.

اگر نظام مسئول ارائه آموزش‌های مداوم جامعه پزشکی بتواند قابلیت پذیرش پزشکان فارغ التحصیل را نسبت به روش‌های مؤثر و جدیدتر پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی در بیماری‌های مختلف افزایش دهد و رفتار حرفه‌ای آنان را متناسب با رشد علمی این رشته اصلاح نماید، هدف

ابتدا آگاه شوند که مشکلی وجود دارد و کالا یا خدمت مورد نظر راه حل مناسبی برای آن مشکل است تا آنگاه برای اصلاح رفتار خود در جهت استفاده از آن قدم بردارند. در بازاریابی اجتماعی، به برنامه ریزانی نیاز است که بتوانند با انجام پژوهش‌های مناسب زمینه تولید کالاها و خدماتی را فراهم کنند که جامعه مورد نظر آنها را بپذیرد (۱۲). اطلاع از دیدگاه‌های پزشکان و تعیین نیاز آموزشی آنان، در واقع مقدمه تولید محصول مورد نظر است. محصولات و خدماتی مانند جلسات و کارگاه‌های آموزشی، کتاب‌های خودآموز، مولتی‌مدیاها یا هر نوع محصول دیگری که پاسخگوی نیازهای آموزشی پزشکان باشند در این قسمت جای می‌گیرد.

• **قیمت:** آنچه که مشتری پرداخت می‌کند تا کالای مورد نظر خود را به دست آورد، قیمت نام دارد (۱۴). قیمت ممکن است پول باشد و یا به صورت اتلاف وقت و انرژی، بروز اضطراب و نگرانی و یا از دست دادن لذتی خود را نشان دهد (۱۰). برای این که مشتری یک محصول یا خدمت را خریداری کند لازم است قیمت محصول از منافع حاصل از آن کمتر باشد. در صورتی که قیمت محصول یا خدمت بالا و سطح درآمد مشتری پایین باشد، تقاضای محصول پایین خواهد آمد (۶). البته گاهی ممکن است پایین بودن قیمت (مانند ارائه رایگان بعضی از خدمات و محصولات) در ذهن مشتری کیفیت پایین محصول را تداعی کند و به این ترتیب میزان استقبال از آن را کاهش دهد (۱۴). در آموزش پزشکی، توجه به میزان هزینه‌های برنامه‌ها مانند پرداخت حق ثبت نام، صرف وقت و صرف نظر کردن از زمان فعال مطب یا بیمارستان برای حضور در برنامه‌های آموزشی، دوری از محل برگزاری این آموزش‌ها و خستگی ناشی از حضور در برنامه‌ها می‌تواند قیمت برنامه‌های آموزشی را بالا ببرد.

• **مکان:** جاهایی که از طریق آنها اطلاعات و آموزش در زمینه ایده یا رفتار به مشتریان می‌رسد، مکان را شامل می‌شود (۱۴). در مورد محصولات قابل لمس، مکان همان سیستم توزیع کالا است ولی برای محصولات غیر قابل لمس، جایی که

می‌گردد. تهیه برنامه مقدماتی ارزشیابی و نیز برآورد هزینه‌ها از سایر بخش‌های این مرحله است.

۲) تحلیل مخاطب: اطلاع از نیازها، خواسته‌ها و ترجیحات مخاطبین و دسته بندی آنها بر مبنای متغیرهای مختلف، گروه هدف اختصاصی برنامه را تعیین می‌کند. در این دسته بندی، هم از متغیرهای پیشینی (a priori) مانند متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد، موقعیت جغرافیایی و غیره استفاده می‌شود و هم متغیرهای پسینی (a posteriori) شامل سطح دانش، نوع نگرش و وضعیت رفتاری مخاطبان و مراحل رفتاری هر گروه از مخاطبان به کار گرفته می‌شوند تا گروه مخاطب اختصاصی برنامه‌ها تعیین شوند.

۳) تحلیل بازار: ارزیابی دقیق بازار برای شناخت رقبای موجود (شامل رفتارها، پیام‌ها و برنامه‌های آنان)، شرکا و ذی‌نفعان و سیستم‌های حمایتی و منابع و نیز شناسایی اجزای آمیزه بازاریابی (شامل محصول، مکان، قیمت و ترویج) برای برنامه در این بخش قرار می‌گیرند.

۴) تحلیل کانال: شناسایی کانال‌های ارتباطی مناسب با مخاطب، تعیین چگونگی استفاده از این کانال‌ها و ارزیابی دقیق انتخاب‌ها، اجزای این بخش هست که آن هم نتیجه انجام پژوهش‌های کیفی و کمی خواهد بود.

۶و۵) تولید و اجرای برنامه: بر اساس نتایج حاصل از پژوهش‌های تکوینی و با کمک مواد و پیام‌های آموزشی که در برگیرنده نیازها و خواسته‌های مخاطبین می‌باشند، برنامه اجرا می‌گردد. در این مرحله انجام پیش‌آزمون برای پیام‌ها و مواد تولید شده به منظور رفع نقایص آنها باید مورد توجه قرار گیرد.

۷) ارزشیابی برنامه: پس از اجرای برنامه باید نتایج و اثرات آن بر گروه مخاطب سنجیده شود و براساس آنها در کل برنامه و یا بخشی از آن بازنگری گردد. ارزشیابی برنامه در تمامی بخش‌های فرآیند بازاریابی اجتماعی شامل ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation)، ارزشیابی اثر (Impact

بازاریابی اجتماعی در این حوزه محقق شده است.

به این ترتیب، تولید برنامه‌های آموزشی مبتنی بر خواسته‌ها و نیازهای مخاطبین؛ در نظر گرفتن هزینه‌های مادی و غیرمادی منطقی برای تعیین قیمت مناسب این برنامه‌ها؛ مکان مناسب برای انتقال آموزش‌ها و اطلاع رسانی کافی از طریق کانال‌های مناسب؛ آمیزه بازاریابی را در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی شکل می‌دهد و توجه به آن‌ها به همراه سایر مفاهیم کلیدی بازاریابی اجتماعی، انگیزه پزشکان برای حضور در این برنامه‌ها را افزایش خواهد داد تا اثر بخشی دوره‌های آموزشی، افزایش یابد.

موفقیت‌های چشمگیر دیدگاه بازاریابی اجتماعی در طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در حل بسیاری از مشکلات سلامت قابل ردیابی است. استفاده از بازاریابی اجتماعی برای انجام مداخلات آموزشی در بیماران مبتلا به دیابت (۱۹)، ترویج تغذیه سالم و ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای (۲۰)، پیشگیری و کنترل بیماری ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی از طریق گسترش استفاده از کاندوم در روابط جنسی (۲۱)، پیشگیری و مبارزه با بیماری مالاریا در مناطق اندمیک با کمک ترویج استفاده از چادرهای آغشته به حشره کش‌ها (۲۲)، کاهش مصرف سیگار (۲۳)، کاهش استفاده از الکل در جوانان و نوجوانان (۲۴)، افزایش تحرک بدنی (۲۵)، استفاده از کلاه ایمنی در دوچرخه سواران (۲۶)، نمونه‌هایی از کاربرد مؤثر دیدگاه بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت عمومی به شمار می‌روند.

یکی از مدل‌هایی که طراحی و اجرای مدل بازاریابی اجتماعی را به صورت روشن ارائه نموده مدل SMART (Social Marketing Assessment and Response Tool)، است که نیجر (Neiger) در سال ۱۹۹۸ پیشنهاد کرد. این مدل دارای مراحل مختلفی به شرح زیر است (۲۷):

۱) برنامه ریزی مقدماتی: در این مرحله با شناسایی دقیق مشکل و محیط اجرای برنامه، اهداف کلی و اختصاصی تعیین

بر روی مخاطبین و گروه بندی آنها بر اساس سطح دانش، نگرش‌ها و باورها، علایق، نیازهای شغلی و سازمانی و نیز رفتارهای پزشکان است. از سوی دیگر باید توجه داشت که دسته بندی باید بر مبنای استدلال قوی صورت گیرد، چرا که آموزش گروه‌های مختلف در کنار یکدیگر می‌تواند درک مخاطب را بهبود بخشد و امکان شناخت بیشتر نیازها و انتظارات گروه‌های متفاوت را برای شرکت کنندگان فراهم سازد.

گام بعدی، تلاش برای شناخت بازار است. طراحان برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی باید حوزه فعالیت خود را بازاری ببینند که در آن محصولی به مشتری عرضه می‌شود، مشتریانی که در معرض انتخاب‌های گوناگونی قرار دارند. شناخت مؤلفه‌های مختلف چنین بازاری اعم از محیط‌های خارجی تأثیر گذار بر بازار، واسطه‌ها، ذی‌نفعان و حتی رقبای موفقیت جذب مخاطب برای برنامه‌ها را به دنبال خواهد داشت و عدم اطلاع از این عوامل سبب عدم استقبال مشتریان از برنامه‌ها و جلب شدن آنان به سمت رقیبانی می‌شود که بازاریابی محصولات خود را ماهرانه‌تر و آگاهانه‌تر انجام می‌دهند.

قدم بعدی، تحلیل کانال‌های اطلاع رسانی است تا با انتخاب و بهره‌گیری از آنها، بتوان ایده و رفتار مطلوب را به دفعات و به‌طور مکرر به پزشک منتقل کرد و او را به پذیرش آن ترغیب نمود. شناخت دقیق مسیرهای ارتباط با مخاطب از قبیل رسانه‌های گروهی، روزنامه‌ها و مجلات عمومی و تخصصی، مواد آموزشی مکتوب، راهنماهای بالینی معتبر، افراد صاحب نفوذ و مراکز تجمع گروه مخاطب (پزشکان) سبب خواهد شد تا با استفاده درست از آنها در مرحله اجرا، مواد و پیام‌های آموزشی و ارتباطی، به صورت کامل و صحیح به مخاطبین منتقل گردند.

مرحله بعد تهیه پیام‌ها و مواد آموزشی است. تهیه پیامی با ساختار و محتوای مناسب و سازگار با مخاطب و آزمودن مکرر آن قبل از اجرای نهایی بسیار اهمیت دارد. این پیام‌ها در حقیقت محصول قابل ارائه سیستم آموزش مداوم پزشکی به

(Evaluation) و ارزشیابی پیامد (Outcome Evaluation)

جاری خواهد بود.

کاربرد بازاریابی اجتماعی در آموزش پزشکی به تفصیل در مطالعه دیوید (David) و گریر (Greer) مورد بحث قرار گرفته و مراحل مختلف کاربرد بازاریابی اجتماعی در آموزش به دانشجویان رشته پزشکی آورده شده است (۲۸).

طراحان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی با انجام پژوهش‌های کمی و کیفی به شناسایی و تشخیص اهداف و شناخت دقیق گروه مخاطب اقدام می‌کنند تا به این ترتیب آموزش‌های مشتری - محور طراحی گردد. استفاده از بحث در گروه‌های متمرکز، مصاحبه‌های عمیق با گروه مخاطب، افراد کلیدی و کارشناسان و انجام پیمایش‌ها می‌تواند برنامه ریزان را با علایق، موانع، منافع، نگرش‌ها و باورهای گروه هدف آشنا کند تا در طراحی آموزش‌های مخاطب-محور به کار رود. با انجام این پژوهش‌ها می‌توان مؤثرترین کانال‌های ارتباطی با پزشکان را استخراج کرد و از نحوه دستیابی به آنان و روش‌ها و شیوه‌های آموزشی اثربخش‌تر اطلاع یافت. شنیدن دقیق صدای مخاطب اشتباهات بزرگ و شایع برنامه ریزی‌های آموزشی را آشکار می‌سازد.

پس از شناخت دقیق جامعه هدف، باید اقدام به دسته بندی مخاطب نمود و مخاطب خاص خود را برای برنامه مورد نظر انتخاب کرد. طراحی برنامه‌های آموزشی برای یک جمعیت ناهمگون، علاوه بر آن که اتلاف منابع است، می‌تواند به بی‌انگیزه کردن یک گروه و منفعل کردن گروه دیگر بینجامد. با قرار گرفتن پزشکان مخاطب برنامه‌های بازاریابی در گروه‌های همگون، مشتریان خدمات آموزشی بهره‌مناسب‌تری خواهند برد. استفاده از متغیرهای دموگرافیکی مانند سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، محل اخذ مدرک، موقعیت جغرافیایی محل اشتغال و نوع شغل فعلی از جمله عواملی هستند که قبل از انجام هرگونه پژوهش بر روی مخاطب، می‌توانند برای دسته بندی آنان مورد استفاده قرار گیرند. نوع دیگر دسته بندی مخاطب برای برنامه‌های آموزشی، کمک گرفتن از نتایج تحقیق

مدنظر قرار گرفت. نتیجه مطلوب در این مداخله در مقایسه با گروه کنترل، حاصل ترکیب آموزش مهارتی پزشکان و اصول این دیدگاه بود (۲۹).

در تحقیق دیگری در بوستون امریکا سه نوع مداخله آموزشی جهت افزایش تجویز داروهای ضد فشارخون به بیماران مراجعه کننده به سیستم مراقبت اولیه مقایسه شد. در یک نوع از این مداخلات (روش آموزش گروهی)، اصول بازاریابی اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. تشکیل گروه‌های متمرکز و استخراج نظرات و باورهای پزشکان در مورد موضوع، انتخاب و استفاده از کسانی که در گروه‌ها به عنوان رهبران همسطح (Peer Leaders) آموزش می‌دادند، باعث شد تا در سال اول پیگیری، در بیماران مربوط به پزشکانی که با روش تشریح گروهی برای تجویز داروهای ضد فشارخون توجیه شده بودند، میزان استفاده از این داروها نسبت به دو مداخله دیگر بیشتر باشد (۳۰).

در یک بررسی سیستماتیک نیز که به بررسی مداخلات انجام شده برای ارتقای رفتار حرفه‌ای پزشکان پرداخته شده بود، بازاریابی به عنوان یکی از انواع مداخلات مطرح گردید. استفاده از مصاحبه‌های فردی، بحث گروهی در گروه‌های متمرکز یا انجام پیمایش‌هایی بر روی مخاطبین برای شناخت موانع تغییر رفتار در این دیدگاه اساسی است. این بررسی سیستماتیک نشان داد که تجارب یادگیری مبتنی بر سنجش نیازهای رفتاری می‌تواند بر بعضی از ابعاد عملکردی پزشکان تأثیر بگذارد. در این‌جا تحلیل بازار یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ویزیت‌ها به‌شمار می‌رود (۳۱).

### نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که آشنایی با بازاریابی اجتماعی به‌عنوان یک راهکار مهم در تغییر رفتار و استفاده از آن توسط استادان و مدرسین برنامه‌های آموزش پزشکی از جمله آموزش مداوم پزشکان می‌تواند امیدواری برای انتقال ایده‌ها و رفتارهای متناسب با ارزش‌های علمی و اجتماعی در آموزش پزشکی را

شمار می‌روند و باید واجد مؤلفه‌های استاندارد ذکر شده در آمیزه بازاریابی باشند. به عبارت دیگر، این پیام‌ها باید بر اساس نیاز و مشکلی واقعی و احساس شده توسط مخاطب طراحی شده باشند؛ برای دستیابی به آنها میزان هزینه (مادی و غیر مادی) قابل توجیه و مورد قبول از طرف گروه مخاطب در نظر گرفته شده باشد؛ ارائه آنها در مکان‌های مناسب و از طریق راه‌های قابل قبول توسط مخاطب صورت گیرد و در نهایت برای ترویج و اشاعه آنها از روش و کانال مناسبی استفاده شود. به این ترتیب، با اجرای برنامه طراحی شده و انتقال پیام و محتوای آموزشی، اثرات مطلوب آموزشی و تغییر رفتار مورد نظر در گروه مخاطب منتخب شکل خواهد گرفت.

گام نهایی در برنامه بازاریابی اجتماعی، ارزشیابی برنامه با هدف سنجش میزان تأثیر برنامه طراحی شده بر روی عملکرد پزشکان و پیامدهای سلامت جامعه است. تعیین این که آیا به مخاطب دسترسی پیدا کرده‌ایم؛ آیا تغییری در مخاطبان در تماس با پیام‌ها و مواد ما مشاهده شده است و در نهایت آیا انجام رفتار باعث تغییرات مطلوب در سطح کلان جامعه شده است، موضوع این مرحله از برنامه خواهد بود (۵). آموزش مداوم بر مبنای بازاریابی اجتماعی مداخله‌ای است که تأثیر و سود و فایده آن باید در یک ساختار ارزیابی مناسب و با استفاده از روش‌های معتبر مانند کارآزمایی‌های بالینی یا مطالعه‌های کنترل شده قبل و بعد (before-after) بررسی شود.

علاوه بر مقاله دیوید و گریر، پژوهش‌های دیگری هم بر مبنای این دیدگاه انجام شده است. در اونتاریوی کانادا با استفاده از اصول بازاریابی اجتماعی، مشکل تعیین مرحله (Staging) بیماری سرطان کولورکتال در طی عمل جراحی که نقشی مهم در تعیین سیر درمان دارد، تا حدود زیادی رفع شد. در این پژوهش مراحل مختلف دیدگاه بازاریابی اجتماعی شامل تمرکز بر روی گروه‌های مشخصی از پزشکان و صاحب نفوذان، تعریف شفاف اهداف آموزشی و تغییر رفتاری، تهیه مواد آموزشی موجز و برجسته کردن و تکرار پیام‌های آموزشی،



۴) تعیین کانال‌های مهم برای انتقال پیام‌ها و مواد آموزشی از دیدگاه مخاطبین

۵) طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر اصول و مفاهیم بازاریابی اجتماعی

۶) اجرای برنامه آموزشی با استفاده از روش‌ها و شیوه‌های نوین آموزشی، استفاده از وسایل کمک آموزشی مفید و جذاب و بهره‌گیری از کانال‌های اطلاع‌رسانی مناسب برای گروه مخاطب

۷) پایش و ارزشیابی میزان تغییرات آنی، کوتاه مدت و بلند مدت در رفتار گروه مخاطب

با توجه به مطالب فوق به‌نظر می‌رسد که امکان تکرار موفقیت بخش تجارت در کسب سهم روزافزون بازار مصرف، در حوزه سلامت و به‌خصوص در برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی پزشکان شاغل در بخش‌های دولتی و خصوصی وجود دارد، مشروط بر این که به‌خوبی از اصول و فنون آن استفاده گردد. به‌نظر می‌رسد که با نگاه ویژه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان حوزه آموزش پزشکی به این مدل مشتری - محور و آزمودن آن در این عرصه، رسیدن به منافع حاصل از آن که بیش از سه دهه است در حوزه‌های مختلف علوم اجتماعی (از جمله سلامت) مورد توجه قرار گرفته است، دور از دسترس نباشد.

بالا ببرد و موفقیت سایر بخش‌های نظام سلامت در استفاده از این دیدگاه، در حوزه آموزش مداوم پزشکی تکرار شود. به‌عنوان یک نکته منفی احتمالی، انجام آموزش مداوم به این روش، هزینه‌های طراحی و اجرای دوره را افزایش خواهد داد. در عین حال با توجه به عدم موفقیت برنامه‌های سنتی آموزشی، این هزینه اضافی ممکن است قابل توجیه باشد. در ارزیابی تأثیر روش بازاریابی اجتماعی می‌توان میزان هزینه اثربخشی آن را با طراحی مناسب سنجید. آنچه بازاریابی اجتماعی قصد دارد انجام دهد، تلاش علمی برای اصلاح رفتار با تأکید بر طی مراحل زیر است:

۱) تأکید بر هدف‌های رفتاری فراگیران در برنامه‌های آموزشی

۲) شناسایی دقیق گروه مخاطب در برنامه‌های آموزشی: کسب اطلاعات و شناخت گروه مخاطب و آگاهی از مشخصات دموگرافیک و نیز میزان دانش، نگرش و رفتار آنان، شناسایی نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات و موانع موجود بر سر راه یادگیری و دسته‌بندی مناسب آنان (Audience Segmentation)

۳) تعیین مؤلفه‌های رفتاری مرتبط با برنامه‌های آموزشی شامل محیط، شرکا و ذی‌نفعان، سیستم‌های حمایتی و منابع و نیز اجزای آمیزه بازاریابی شامل محصول، قیمت، مکان و ترویج

## منابع

1. Cottrell K. Innovations making CME more clinically relevant, attractive. CMAJ 1997; 156(10): 1449-51.
۲. حسینی جلیل، اصلانی احمد. تطبیق برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی با نیازهای بهداشتی جامعه. پژوهش در علوم پزشکی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان ۱۳۷۷، دوره ۳، ویژه نامه سومین همایش آموزش پزشکی: ۳۹-۴۳.
3. Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Syst Rev 2001; Issue 1.
4. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health outcome? JAMA 1999;282:867-874.

5. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274(9): 700-705.
6. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268(9): 1111-1117.
7. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Syst Rev* 2001; (2).
8. عزیزی فریدون، رضایی قلعه نصرالله، ریاحی اصل بهزاد. آموزش پزشکی، چالش‌ها و چشم اندازها. تهران: معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: ۱۳۸۲: ۶۰۷-۶۰۹.
9. حسینی جلیل، اصلانی احمد. بررسی وضعیت آموزش مداوم جامعه پزشکی در ایران. تهران: دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۶.
10. کاتلر فیلیپ، آرمسترانگ گری. اصول بازاریابی، ترجمه پارسائیان علی. تهران: نشر ادبستان؛ ۱۳۷۹: ۱۵.
11. Chapman D, Rudd R, Moeykenz BA, Moloney TW. Social marketing for public health. *Health Affairs* 1993; 12(2):105.
12. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. *J Mark* 1971; 35(3):3-12.
13. Smeltzer JL, Neiger BL, Mckenzie. Planning, implementing and evaluating health promotion programs. 4th ed., San Francisco: Pearson Benjamin Cummings 2005; 29-41.
14. Kotler P, Roberto E L. Social marketing for changing public behavior. New York: Free Press; 1989: 24
15. Ricordeau P, Duriex P, Weill A, Chatellier G, Vallier N, Bissery A, Fender P, Allemand H. Effect of a nationwide program of educational outreach visits to improve the processes of care for patients with type 2 diabetes. *Int J Technology Assess in Health Care* 2003. 19(4): 705-710.
16. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach 'academic detailing' to improve clinical decision making. *JAMA* 1990; 263(4): 549-556.
17. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, and Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Syst. Rev* 1997; (4)
18. Birkinshaw M. Social marketing for health. WHO press; 1993. 3:8.
19. Thackeray R, Neiger BL. Using social marketing to develop diabetes self-management education interventions. *Diabetes Education* 2002; 28(4): 5.
20. Young L, Anderson J, Beckstrom L, Bellows L, Johnson SL. Using social marketing principles to guide the development of a nutrition education initiative for preschool-aged children. *J Nutr Educ Behav* 2004; 36(5):250-257.
21. Meekers D. The role of social marketing in sexually transmitted diseases/HIV protection in 4600 sexual contacts in urban Zimbabwe. *AIDS* 2001; 15(2):285-287.
22. Howard N, Chandramohan D, Freeman T, Shafi A, Rafi M, Enayatullah S, Rowland M. Socio-economic factors associated with the purchasing of insecticide-treated nets in Afghanistan and their implications for social marketing. *Trop Med Int Health* 2003; 8(12):1043-50.
23. Lowry RJ, Hardy S, 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.

24. Palmer RS, Kilmer JR, Larimer ME. If you feed them, will they come? The use of social marketing to increase interest in attending a college alcohol program. *J Am Coll Health* 2006; 55(1):47-52.
25. Wong F, Huhman M, Heitzler C, Asbury L, Bretthauer-Mueller R, McCarthy S, Ionde P. VERBTM- a Social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Public Health Research, Practice and policy* 2004; 1(3).
26. Ludwig TD, Buchholz C, Clarke SW. Using social marketing to increase the use of helmets among bicyclists. *J Am Coll Health* 2005; 54(1):51-58.
27. Neiger BL, Thackeray R: Application of the SMART Model in two successful social marketing projects. *Am J Health Educ* 2002; 33:291– 293.
28. David SP, Greer DS. Social marketing: application to medical education. *Ann Intern Med* 2001; 134(2):125-127.
29. Frances C, Wright FC, Law CH, Last LD, Klar N, Ryan DP and Smith AJ. A blended knowledge translation initiative to improve colorectal cancer staging. *BMC health service research* 2006; 6:4. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/4>
30. Simon SR, Majumdar SR, Prosser LA, Salem-Schatz S, Warner C, Kleinman K, Miroshnik I, Soumerai SB. Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Am j Med* 2005; 118(5):521-528
31. Oxman AD, Thomon MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullet: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153(10):1423-1431.

Archive of SPM