

دور استراتيجية التسويق الاجتماعي في تغيير  
السلوكيات الصحية

دراسة تحليلية لآراء عينة من عمال القطاع الصحي عن  
البرامج التسويقية للتوعية الصحية

الدكتور جلول بن قشوة أستاذ محاضر تسويق  
نائب عميد كلية العلوم الاقتصادية جامعة عمار ثليجي الأغواط

زينب الرفف طالبة سنة ثالثة دكتوراه تسويق  
أستاذة مؤقتة / جامعة عمار ثليجي الأغواط



## الملخص

تسعى هذه الورقة البحثية إلى تحديد أهمية التسويق الاجتماعي في ترشيد السلوك الصحي لدى الأفراد المستهدفين من خلال دراسة تحليلية لآراء عينة من عمال القطاع الصحي الجزائري في البرامج التسويقية التوعوية الوقائية التي تقوم بها المؤسسة الصحية التابعين لها، وقد تحددت الدراسة بمتغير مستقل تمثل في (التسويق الاجتماعي) بأبعاده الأربعة المتمثلة في (المنتج الاجتماعي، التسعير الاجتماعي، الترويج الاجتماعي والتوزيع الاجتماعي)، ومتغير تابع تمثل في (السلوك الصحي) لأفراد المجتمع، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير إستبانة لغرض جمع البيانات من أفراد العينة، وبلغ تعدادها (43) مفردة، لتتوصل الدراسة في الأخير إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها:

- أن هناك دور لأبعاد التالية (المنتج الاجتماعي، الترويج الاجتماعي والتوزيع الاجتماعي) في ترشيد السلوك الصحي للأفراد.
- أنه لا يوجد دور لبعد (التسعير الاجتماعي) في ترشيد السلوك الصحي للأفراد.
- وتوصي الدراسة في الأخير بضرورة زيادة الاهتمام أكثر بالبرامج التسويقية الاجتماعية لما لها دور مهم في إكساب أفراد المجتمع لسلوكيات صحية.
- الكلمات المفتاحية:** المنتج الاجتماعي، التسعير الاجتماعي، الترويج الاجتماعي، التوزيع الاجتماعي والسلوك الصحي.

## Abstract

This searching paper identify the importance of social marketing to rationalize of the health behavior of some individuals through an analytical study of a sample of Algerian health sector workers views in the awareness of the preventive marketing programs carried out by their health institution.

This study has identified through an independent variable (social marketing) and its four dimensions (social product, social pricing, social promotion and social distribution), and a dependent variable (health behavior) of the community members.

To achieve the objectives of the study a questionnaire was developed in a purpose to collect data of a sample of 43 subjects. It last the most prominent result reached by the study show:

-That there is a role given by the following dimensions (social product, social promotion and social distribution) in the rationalization of the health behavior of individuals;

-But there is no role of (Social pricing) to rationalize health behavior of individuals.

Finally this study recommends aim to raise more interest in social marketing programs because of its important role for making the members of our community acquire health behaviors.

**Key words:** social product, social pricing, social promotion, social distribution and health behavior.

**منهجية البحث والدراسات السابقة:**

أدت وتؤدي الأحداث المتسارعة في البيئية إلى ظهور العديد من الأفكار والمفاهيم التي يحتاج فهمها وتطبيقها إلى تعريفات دقيقة ووافية لمضامينها وأبعادها، خاصة إذا أردنا البناء عليها وبلورتها وصياغتها بالشكل الذي يؤدي إلى تحقيق فائدة ملموسة للمجتمعات والمؤسسات والأفراد (عبيدات، 2011، ص15).

ويعتبر التسويق الاجتماعي المفهوم الأحدث الذي ظهر كنتيجة حتمية لتطور الأفكار والحركات التي اهتمت بالفكر التسويقي وتحقيق الرفاهية الاجتماعية. فالتسويق الاجتماعي قدم نهجا جديدا في تغيير السلوكيات البشرية لإنقاذ المجتمع من السلوكيات الخاطئة السائدة من خلال تصميم وتنفيذ برامج مستعملا في ذلك الأدوات التسويقية التجارية.

ولما لأهمية البرامج التسويقية الاجتماعية في إحداث التغيير السلوكي المطلوب، شجعت العديد من الدراسات على استخدام مبادئ التسويق الاجتماعي في مجال حل المشاكل الصحية لدى الأفراد بهدف الزيادة من فعالية الأنشطة الصحية والنتائج التي يتم التوصل إليها من خلال ذلك.

حيث أثبتت تلك الدراسات أن التسويق الاجتماعي يعتبر من أحد الأركان الأساسية لنجاح التسويق الصحي نتيجة لدوره الفعال في تغيير سلوك الأفراد واسبابهم لسلوك صحي سليم والإيجاد مجتمع سليم وتقليل المشاكل الصحية ويعتبر من المواضيع الحيوية والحديثة ضمن علم التسويق الحديث (يوسف، 2007، ص181).

**مشكلة الدراسة:** من خلال الإطلاع على الأدبيات السابقة المتعلقة بالتسويق الاجتماعي ودوره في تغيير السلوكيات الصحية للأفراد المستهدفين من البرنامج التسويقي، برز نموذج للربط بين التسويق الاجتماعي والسلوك الصحي، ولتقديم ذلك الأنموذج طرح الباحثان عدد من التساؤلات التي تعين متغيرات التسويق الاجتماعي التي لها دور في تغيير سلوكيات الأفراد. حيث يكمن التساؤل الرئيسي فيما يلي: ما دور المزيج التسويقي الاجتماعي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية؟ ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- ما دور المنتج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية؟
- ما دور التسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية؟
- ما دور الترويج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية؟
- ما دور التوزيع الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية؟

**فرضيات الدراسة:** بغرض الالمام بحيثيات الموضوع ومحاولة الاجابة على التساؤل الرئيسي قمنا بالاستعانة بمجموعة من الفرضيات المبدئية حاولنا إثبات صحتها من خطئها، وهي كالتالي:

الفرضية الرئيسية: هناك دور للمزيج التسويقي الاجتماعي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

ويندرج تحت هذه الفرضية الرئيسة مجموعة من الفرضيات الفرعية صيغت على النحو التالي:

- هناك دور للمنتج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

- هناك دور للتسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- هناك دور للترويج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- هناك دور للتوزيع الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

**أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة بشكل رئيس إلى تسليط الضوء على البرامج التسويقية الاجتماعية المتبناة من طرف المؤسسات الصحية الجزائرية مع تحديد دور تلك البرامج في ترشيد السلوكيات الصحية للأفراد المستهدفين من خلال دراسة تحليلية لآراء عينة من عمال القطاع الصحي في البرامج التسويقية الاجتماعية الصحية التوعوية، إضافة إلى ذلك توجد أهداف فرعية يمكن تلخيصها في:

- معرفة دور المنتج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- الوقوف على دور التسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- اختبار دور الترويج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- تحديد دور التوزيع الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.
- الخروج بنتائج وتوصيات يمكن أن تخدم أصحاب القرار في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

**أهمية الدراسة:** تستمد الدراسة أهميتها مع الزيادة المطردة للمشاكل الصحية التي يعاني منها الأفراد التي نتجت عن جهلهم للسلوكيات الصحية (كالتدخين مثلا) مما يتطلب من الجميع المشاركة في تطوير حلول لهذه المشكلة بما فيها البحوث الدراسية الأكاديمية. حيث تساهم هذه الدراسة بـ:

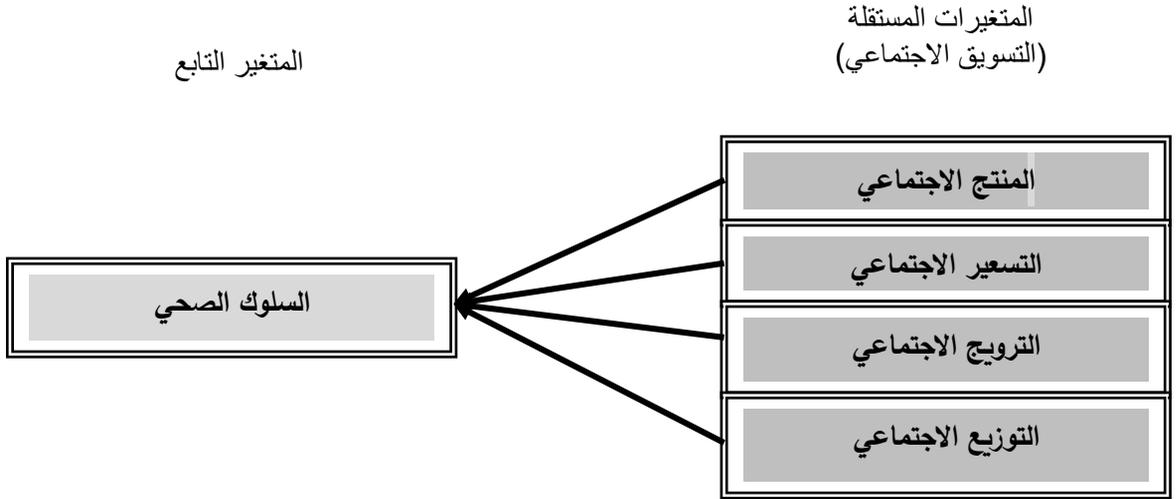
- المعرفة العلمية والعملية في مجال دور التسويق الاجتماعي في إحداث التغيير الطوعي الإيجابي في سلوك الأفراد، عن طريق تمكينهم من التمتع بنظرة تساعد في تفسير الظواهر الصحية وتجعلهم قادرين على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنهم من تجنبها والوقاية منها، مما يحقق السلامة الصحية لهم.
- إعطاء المسؤولين ومتخذي القرار للمؤسسات محل الدراسة التغذية العكسية لحملاهم التسويقية الاجتماعية، فيمكن الاستفادة من هذه الدراسة من أجل تطوير ممارساتهم من خلال توصياتها.

**المخطط الافتراضي للدراسة:** لاختبار صحة الفرضيات وتحقيق أهداف الدراسة سوف يتم الاعتماد على الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression Analysis)، وذلك بالاعتماد على البيانات المجمعة (Pooled Data)، حيث اعتمد على النموذج الآتي لفحص العلاقة بين المزيج التسويقي الاجتماعي والسلوك الصحي.

$$\hat{y} = \beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \beta_3x_3 + \beta_4x_4 + \varepsilon_i$$

حيث:  $X_1$  المنتج الاجتماعي،  $X_2$  التسعير الاجتماعي،  $X_3$  الترويج الاجتماعي،  $X_4$  التوزيع الاجتماعي،  $\hat{y}$  السلوك الصحي،  $\varepsilon_i$  معامل الخطأ،  $\beta_0, \dots, \beta_4$  معاملات الانحدار للمتغيرات المستقلة. والشكل التالي يوضح نموذج الدراسة:

## الشكل رقم (1): المخطط الافتراضي للدراسة



المصدر: من إعداد الباحثين.

يتبين من نموذج الانحدار والمخطط الافتراضي السابقين؛ ما يلي:

- يشمل متغيرين رئيسيين هما: المتغير المستقل (التسويق الاجتماعي) والمتغير التابع (السلوك الصحي)، حيث يشتمل المتغير المستقل على أربعة أبعاد هي (المنتج الاجتماعي، التسعير الاجتماعي، التوزيع الاجتماعي والترويج الاجتماعي).

- إن حركة المخطط تقترض وجود دور مباشر لكل بعد من أبعاد المتغير المستقل (التسويق الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، وذلك ما تشير إليه الأسهم في المخطط أعلاه.

**منهج الدراسة:** من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة، ظهر جلياً أن المنهج المناسب للدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي بأسلوبه (النظري والميداني)، لكونه منهجاً مساعداً على التحليل الشامل والعميق للمشكلة قيد البحث ولكونه المنهج الذي يمتاز بالوصف التفصيلي الدقيق للمعلومات ذات العلاقة، فعلى صعيد الدراسة الوصفية، سيتم إجراء المسح المكتبي والإطلاع على البحوث النظرية والميدانية لبناء الإطار النظري للدراسة. أما على صعيد البحث الميداني التحليلي، فسيتم إجراء دراسة ميدانية مع تحليل كافة البيانات واستخدام الطرق الإحصائية المناسبة لمعالجتها، وستعتمد الدراسة على الإستبانة المخصصة لذلك.

**الأدوات الإحصائية المعتمدة:** للإجابة على تساؤل الدراسة واختبار فرضياتها سيتم استخدام المقاييس الإحصائية التالية:

- اختبار معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لتحقق من ثبات أداة الدراسة.
- استخراج التكرارات والنسب المؤوية للمتغيرات الشخصية، من أجل عرض خصائص العينة.
- قياس المتوسطات الحسابية لتحديد مدى موافقة أفراد العينة المبحوثة على كل متغير من متغيرات الدراسة.
- الانحراف المعياري لمعرفة مدى انحراف استجابات أفراد عينة الدراسة، لكل متغير من متغيراتها عن متوسطها الحسابي.

- معامل الاختلاف لترتيب متغيرات الدراسة.
- اختبار التباين الأحادي One Sample t Test من أجل معرفة الدلالة الاحصائية لكل متغير من متغيرات الدراسة.
- الانحدار الخطي المتعدد Multiple Regression لدراسة وتحليل أثر متغيرات الدراسة المستقلة على المتغير التابع.
- اختبار t-test لاختبار تأثير كل متغير من متغيرات الدراسة المستقلة على المتغير التابع.
- اختبار F-test لاختبار مدى وجود علاقة احصائية ذات دلالة بين جميع المتغيرات المستقلة التي تضمنها النموذج وبين المتغير التابع.
- معامل الارتباط لتوضيح طبيعة وقوة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- معامل التحديد لمعرفة مدى جودة التوفيق لخط الانحدار المقدر للمتغير التابع على المتغير المستقل.
- حدود الدراسة:** تقتصر الدراسة على:
  - دراسة وتحليل أثر التسويق الاجتماعي من خلال عناصره الأربعة (المنتج الاجتماعي، التسعير الاجتماعي، الترويج الاجتماعي والتوزيع الاجتماعي) على السلوكيات الصحية للأفراد؛
  - استخدام الأساليب الاحصائية المذكورة سابقا؛
  - استجواب عمال قسم الوقاية بمؤسسات القطاع الصحي لولاية الأغواط-الجزائر- في الفترة الممتدة بين 2014/11/30 إلى 2014/12/04، وهي الفترة التي تلت مباشرة الحملة التسويقية الاجتماعية التوعوية للوقاية من الأمراض الموسمية التي نظمت من طرف المؤسسات الصحية الجزائرية بتوصية من الوزارة المعنية.
  - مجتمع وعينة الدراسة:** يمثل مجتمع الدراسة في عمال القطاع الصحي بالمؤسسات الصحية بالأغواط-الجزائر. وانطلاقا من مجتمع الدراسة تم اختيار عينة عشوائية مكونة من 50 عامل\*. حيث تم توزيع 50 استبانة استردت بالكامل لكن كانت من بين الاستبانات 7 غير صالحة للمعالجة، وبالتالي فعينة الدراسة 43 مفردة.
  - أداة الدراسة:** لقد تبلورت أداة الدراسة من خلال الإطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، حيث صممت الاستبانة -اعتمادا على نموذج الاعتقاد الصحي والنموذج التسويقي الاجتماعي التحويلي- من أجل تقييم البرنامج التسويقي الاجتماعي الصحي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية ودوره في اكساب الفرد لسلوكيات صحية من وجهة نظر الأفراد العاملين في القطاع الصحي أنفسهم. وكانت عملية ادخال اجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة وفق مقياس ليكرت الخماسي Five points likert scale الذي يأخذ بعين الاعتبار التدرج التالي: غير موافق بشدة (1)، غير موافق (2)، محايد (3)، موافق (4)، موافق بشدة (5).
  - واستنادا إلى المقياس السابق فإن قيم المتوسط الحسابي التي وصلت إليها الدراسة سيتم التعامل معها في تفسير البيانات على النحو التالي:

\* استنادا لاقتراح ROSCOE سنة 1975 الذي اعتبر أن حجم العينة من 30 إلى أقل من 500 مقبولا لكثير من الدراسات (النجار، النجار والزعبي، 2009، ص90).

## الجدول رقم (1): اتجاه اجابات أفراد العينة المستهدفة

الاتجاه	غير موافق بشدة	موافق بشدة	محايد	موافق	موافق بشدة
الفئة	1.79-1	2.59-1.80	3.39-2.60	4.19-3.40	5-4.20

ولقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الإستبانة) استخدم الباحثان اختبار كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha). والجدول التالي يبين معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا لأجزاء الأداة بشكل منفصل والأداة ككل.

## الجدول رقم (2): قيمة معامل الثبات للاتساق الداخلي لمتغيرات الدراسة

اسم المتغير	المنتج الاجتماعي	التسعير الاجتماعي	التوزيع الاجتماعي	الترويج الاجتماعي	الاستبانة ككل
معامل الثبات(كرونباخ ألفا)	0.89	0.72	0.81	0.84	0.82

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يلاحظ من الجدول رقم (2) أن معاملات الثبات لمتغيرات الدراسة تراوحت بين (0.72-0.89) حيث كان أعلاها للمنتج الاجتماعي، بينما كان أدناها للتسعير الاجتماعي، فيما بلغ معامل الثبات لكافة فقرات الإستبانة (0.82) وهي قيم مرتفعة ومقبولة لكونها أعلى من (0.60) وهي نسبة ثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة (ANDERSON & Al, 2009).

الدراسات السابقة: تلعب العوامل السلوكية دورا مهما ومؤثرا في حل المشكلات المختلفة، وإذا نظرنا إلى المشكلات الصحية لوجدنا أنها نتيجة سلوك خاطئ من الفرد اتجاه نفسه. لذا يعتبر السلوك الصحي للفرد محورا رئيسيا في احداث المشكلات الصحية وعاملا أساسيا أيضا في التغلب عليها ومنع حدوثها. ونتيجة لذلك فقد تعددت النماذج والدراسات النظرية والتطبيقية التي حاولت معالجة العلاقة بين التسويق الاجتماعي والسلوك الصحي ومن بين هذه الدراسات يمكن التطرق إلى أحسن الدراسات لسنة 2014 (The Best of Social Marketing in 2014) حسب موقع \* R.Craig LEFEBVRE المتخصص.

بدءً يمكن التطرق إلى النموذج النظري لـ (ROBINSON, M, N. & Al, 2014) الذي قدم من طرف 21 بروفييسور من تخصصات وجامعات مختلفة، حيث تعرض فيها الباحثون إلى برامج التواصل الصحي، مبرزين دور وسائل الاعلام والتوزيع في الحد من الوفيات والأمراض من خلال تغيير السلوك. حيث تعرض النموذج المقدم من طرفها إلى مكونين من التسويق الاجتماعي يمكن للمسوق الاجتماعي استخدامهما من أجل تحقيق أهداف البرامج التسويقية المتمثلان في:

- تشجيع تغيير السلوك من خلال قنوات الاتصال الجماهيرية المتعددة من بينها وسائل الإعلام؛

\* R.Craig LEFEBVRE أستاذ باحث في مدرسة جامعة جورج واشنطن للصحة العامة والخدمات الصحية، تركز أبحاثه الحالية على آليات تصميم وتطبيق البرامج التسويقية الاجتماعية وبرامج الصحة العامة. وله العديد من الكتب في هذا المجال آخرها "التسويق الاجتماعي والتغيير الاجتماعي Social Marketing and Social Change" الصادر سنة 2013. نقلا عن: <http://socialmarketing.blogs.com/about.html>. ويعتبر الموقع <http://socialmarketing.blogs.com> المنشأ من طرفه من المواقع المتخصصة في مجال التسويق الاجتماعي الذي يعرض فيه أهم الملتقيات، الندوات... التي تقام في مجال التسويق الاجتماعي، مع عرض لأبرز الأبحاث في نفس المجال بعد دراسات تقييمه لذلك.

- توزيع منتج اجتماعي بأسعار مجانية أو منخفضة لتسهيل اعتماد السلوك الصحي من طرف الأفراد المستهدفين.

مبررين أن الاستنتاج الذي توصلوا إليه كانت نتيجة استخدام أساليب منهجية وضعت سابقا لتقييم فعالية برامج التواصل الصحي التي استخدمت قنوات اتصالية متعددة، بما في ذلك وسائل الإعلام، مع استخدام تلك البرامج للتوزيع المنتجات ذات الصلة بالصحة. مع إجراء مراجعة للدراسات التي تمت في الفترة ما بين جانفي 1980 إلى ديسمبر 2009. حيث أظهرت معظم الدراسات التأثيرات إيجابية المزيج التسويقي الاجتماعي ذو صلة بالصحة في تغيير سلوك الفرد.

أما النموذج الثاني الذي يمكن التطرق إليه هو النموذج التطبيقي لـ (CATES, J.R. & Al, 2014) الذي درس تأثيرات تدخل حملات التسويق الاجتماعي المطبقة في الوم. منذ سنة 2011 في الترويج للتطعيم ضد السرطان بين الأطفال. حيث تطرق الباحثون إلى دور استهداف التسويق الاجتماعي للآباء ومقدمي الخدمات لتحفيز تطعيم ضد السرطان بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9 إلى 13 سنة. حيث تضمن التدخل توزيع الملصقات لتطعيم ضد الفيروس السرطاني وكتيبات للفئة المستهدفة. مع بث برامج إذاعية عن البرنامج التسويقي. مشيرا إلى أن تدخل عبر التسويق الاجتماعي ساهم ما نسبته 34% من عملية التطعيم. ليخرجوا الباحثون بنتيجة مفادها أنه يمكن لتقنيات التسويق الاجتماعي تشجيع الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية الصحية تطعيم أولادهم ضد الفيروس السرطاني.

ومن بين النماذج التطبيقية أيضا نذكر دراسة (HULL, P.C. & Al, 2014) الذي برز فيها الباحثون دور الثقة في انجاح البرامج التسويقية الاجتماعية الصحية في تحقيق أهدافها. فالفرد المستهدف بحاجة إلى معلومات أكثر تعمقا لتهدئة مخاوفه حول سلامة المنتج الاجتماعي المتمثل في هذه الدراسة باللقاح الوقائي ضد السرطان. وخلصت هذه الدراسة إلى ضرورة تقسيم الأفراد المستهدفين إلى قطاعات سوقية على أساس درجة التردد والحواجز التي تصادف المسوق الاجتماعي لضمان نجاح وصول البرنامج التسويقي إلى جميع أفراد المستهدفين.

وفي هذا الإطار يمكن أيضا التطرق إلى النموذج المقدم من طرف (GLASSON, C. & Al, 2013) الذي اختير من بين أحسن الدراسات المقدمة في مجال التسويق الاجتماعي لسنة 2013 من قبل موقع R.Craig LEFEBVRE حيث هدفت الدراسة إلى تحديد دور البرامج التسويقية الاجتماعية في زيادة استهلاك الخضر والفواكه في استراليا وهذا لأجل اكساب الأفراد المستهدفين عادات سلوكية صحية غذائية جيدة. وقد تعمد الباحث في تقييم البرنامج استخدام بيانات قبل التدخل الذي كان سنة 2008 وبعد التدخل 2011، وتوصلت عملية التقييم أن تعرض الأفراد للبرنامج دفع الأفراد إلى زيادة قدرها 50% من حصة الفاكهة والخضروات يوميا، مقارنة مع أولئك الذين لم يفعلوا ذلك وبذلك فتحسين البرنامج الغذائي للأفراد مرتبطا بشكل كبير مع زيادة التعرض للاستراتيجيات البرنامج.

ونظرا لما تم عرضه من دراسات سابقة التي خلصت جميعها أن البرامج التسويقية الاجتماعية لها دور في تغيير سلوكيات الأفراد المتعلقة بالجانب الصحي لديهم. لذلك عمد الباحثان في الدراسة الحالية تحديد أربعة متغيرات متمثلة في المزيج التسويقي الاجتماعي (المنتج الاجتماعي، التسعير الاجتماعي، الترويج الاجتماعي والتوزيع الاجتماعي) التي تشترك في تحديد السلوك الصحي للفرد.

**المبحث الأول: الجانب النظري**

أولاً- مفهوم البرامج التسويقية الاجتماعية: إن حداثة هذا المدخل الفلسفي في دراسة التسويق -حيث ظهر المفهوم أول مرة سنة 1971- وتشابكه مع مجالات إنسانية أخرى، قد يجعل من الصعوبة إعطاء تعريف محدد ودقيق يمكن أن يفي بكامل متطلباته. بل أن حتى تسميته ما زالت موضع نقاش واجتهاد، إذ هناك تسميات مترادفة منها: تسويق القضايا العامة Public issue marketing، التسويق المجتمعي Societal marketing... (البرواري والبرنزي، ص60) حيث نتج عن أربعين عاما من البحث في مفهوم التسويق الاجتماعي خمسة وأربعين تعريفا أكاديميا (DANN, S., 2010, P.147). نذكر منها التعريف الذي قدمه كل من (KOTLER, P. & ZALTMAN, G., 1971, P.5) على أنه: "تصميم، تنفيذ ومراقبة برامج التي يراد التأثير بها على قبول الأفكار الاجتماعية والتي تتطوي على اعتبارات تخطيط المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع وبحوث التسويق". ولم يغير كثيرا P.KOTLER من رأيه بشأن تعريف التسويق الاجتماعي حيث عرفه مع N.LEE بأنه: "العملية التي تطبق مبادئ وتقنيات التسويق لخلق التواصل وتقديم قيمة من أجل التأثير على سلوكيات الأفراد التي تفيد المجتمع (الصحة العامة، السلامة، البيئة والمجتمعات المحلية) وكذلك الأفراد المستهدفين" (KOTLER, P. & LEE, N., 2008). أما (ANDREASEN, A., 1995, P.7) فعرف التسويق الاجتماعي بأنه: "تطبيق تقنيات التسويق التجاري في تحليل، تخطيط، تنفيذ وتقييم البرامج المصممة للتأثير طوعيا على سلوك الجمهور المستهدف من أجل تحسين رفاهيتهم الشخصية". ومن خلال التعاريف السابقة يمكن تحديد الملامح الرئيسية للتسويق الاجتماعي:

- استخدام تقنيات التسويق مثل المزيج التسويقي، التجزئة... وهذا ما أكده P.KOTLER وLEVY أن التسويق الاجتماعي "ما هو إلا توسيع لنطاق استخدام التسويق التجاري بحيث يشمل الأفكار الاجتماعية" (البركري، 2007، ص10)؛
- التركيز على طوعية تغيير السلوك؛
- الهدف النهائي من التسويق الاجتماعي هو تحقيق رفاهية المجتمع (بوسالم والرف، 2014، ص7).

إضافة إلى ذلك يلاحظ من خلال التعاريف السابقة أنها تعاريف دقيقة إلى حد ما حيث عمدت بشكل مقصود إلى تجنب الإشارة إلى التعلم أو التسهيل في تغيير الاتجاهات والقيم. وهذا كله بسبب أن التسويق الاجتماعي لا يهتم بأي من هاتين العمليتين. فالهدف الأساسي لأي شكل للتسويق هو التأثير على السلوك. وبهذا فالتسويق الاجتماعي في المجال الصحي ما هو إلا تسويق للسلوكيات الصحية لدى فئة معينة من الأفراد المجتمع، من خلال استخدام المؤسسات للمفاهيم والوسائل التسويقية ومحاولة تطبيقها على القضايا والمشاكل الصحية.

ثانياً- علاقه التسويق الاجتماعي بالتغيير: إن ظاهرة التغيير الاجتماعي من الظواهر التي تؤثر على مواقف وأنماط السلوك للأفراد، ذلك أن حدوث التغيير الاجتماعي وفي أي صورة من صورته المختلفة يعمل على إحداث تعديل تدريجي ومحسوب في مشاعر ومواقف وأنماط السلوك لدى الأفراد. فالتغيير الاجتماعي الذي قد يحدث نتيجة أسباب مخططة وبواسطة برامج تسويقية اجتماعية محددة الأهداف يؤدي إلى حدوث تغييرات سلوكية موازية (عبيدات، مرجع سابق، ص23). حتى أطلق ANDREASEN على التسويق الاجتماعي بتسويق التغيير الاجتماعي الذي يساهم في تعزيز السلوك الصحي والتنمية الاجتماعية والبيئة،

(ANDREASEN, A., 1995, P.7)، فمفهوم التسويق الاجتماعي هو الذي يساعد المعنيين بعملية التغيير الاجتماعي بأبعادها المختلفة لتنفيذ ما يجب تنفيذه من أهداف. كما يساعد التسويق الاجتماعي المعنيين بعملية التغيير الاجتماعي بتحديد أفضل الأساليب أو الوسائل المؤدية لإحداث عملية التغيير المطلوبة (عبيدات، مرجع سابق، ص24) في عادات السلوكية الصحية لدى الأفراد نتيجة البحوث الاستطلاعية والتخطيط للبرنامج الذي يقوم به السوق الاجتماعي.

إلا أنه حسب (CHEN, X., 2005, PP:119-120) في مقاله "تكتيكات تغيير السلوك للتسويق الاجتماعي" أن العديد من الممارسات التسويقية الاجتماعية لم تتجح في تحقيق أهدافها لأنها لم تقدم التكتيكات المناسبة لتغيير السلوك، حيث قدم الباحثون ورقتهم البحثية لمناقشة مبادئ التسويق الاجتماعي التي تساهم في تحقيق تغيير السلوك المطلوب المتمثلة في:

1- تجزئة الأفراد المستهدفين: تجزئة الأفراد المستهدفين من البرنامج إلى قطاعات سوقية مع تصميم برنامج تسويقي اجتماعي يتلاءم مع كل قطاع.

2- الاستمرارية: استمرارية البرنامج التسويقي في عملية التغيير لأن سلوك الأفراد المستهدفين غالباً ما يتميز بنوع من الجمود، ومن أجل التغلب على هذا الجمود يتطلب التأثير على السلوك بشكل مستمر.

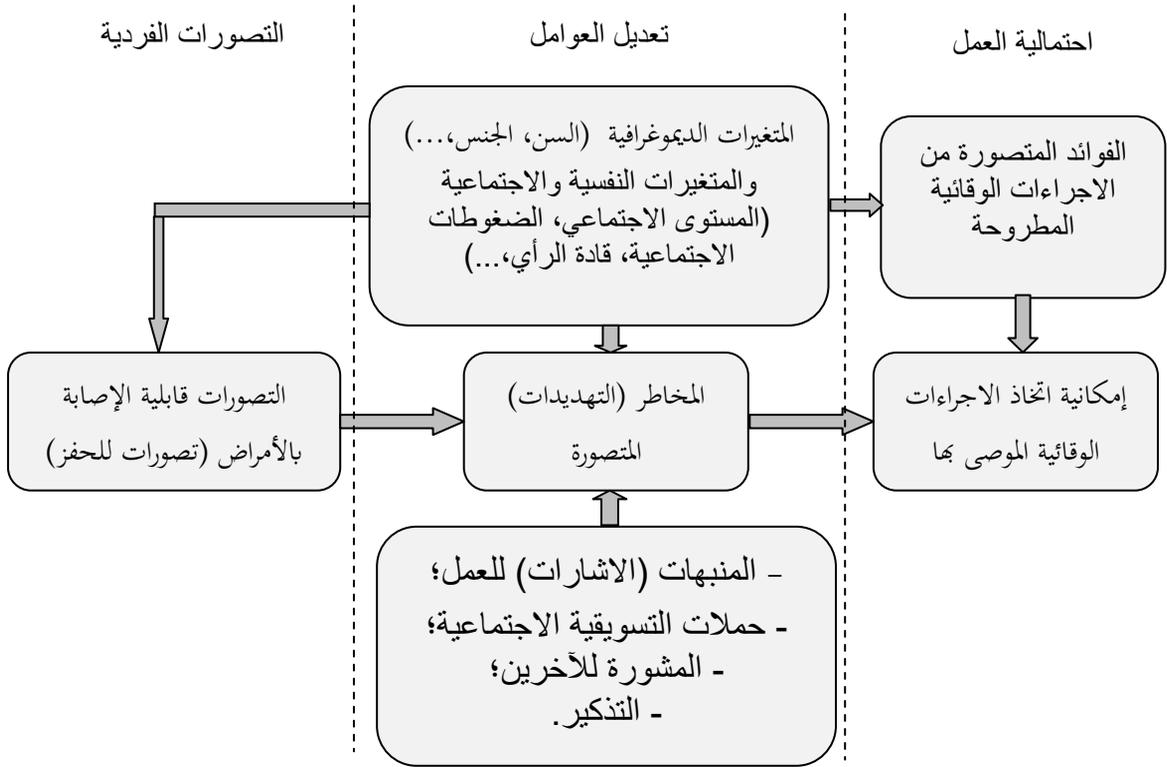
3- تجزئة عملية التغيير إلى مراحل حسب تعقيدها: وهذا لجعل عملية التغيير أكثر تنظيماً وفعالية.

4- تقييم البرنامج: ينبغي على السوق الاجتماعي تقييم برنامجه بشكل مستمر (YEUNG & AI, 2011, P.5) ولا يمر إلا مرحلة مواءمة للبرنامج إلا إذا أخذ ردود فعل الأفراد عن المرحلة السابقة.

وفي مجال تغيير السلوكيات الصحية اقترحت عدة نماذج لعملية التغيير الصحي من بينها نموذج الاعتقاد الصحي التي اعتمد على هذا النموذج في بناء الاستبانة.

ثالثاً- نموذج الاعتقاد الصحي **The health belief model**: يعتبر من نماذج التسويق الاجتماعي المتعلقة بالممارسات الصحية، حيث اقترح نموذج الاعتقاد الصحي أول مرة من طرف مجموعة من علماء النفس المتمثلون في Godfery HOCHBAUM, Stephan KEGELS and Irwin ROSENSTOCK الذين حاولوا الإجابة على السؤال التالي: لماذا برنامج الفحص عن مرض السل فشل في إشراك جميع أفراد المجتمع؟ (SHAW, A., 2012) ليضعوا بعد ذلك نموذجاً الهدف منه التعرف على الفوائد المتصورة والعوائق التي تدفع الأفراد إلى عدم المشاركة في برامج التغيير. خضع النموذج لتغيرات سنة 1977 من قبل BAKER وآخرون. وتضمنت الدراسات المبكرة التي استخدمت هذا النموذج الدراسات أو البرامج الوقائية لأمراض الفم، الأسنان وشلل الأطفال. ليتسع مجال تطبيق هذا النموذج فيما بعد إلى خارج المجال الصحي حيث فهرست سنة 2013 الدراسات التي استخدمت فيها هذا النموذج إلى حوالي 1100 دراسة متنوعة (JAHANLOU, A.S., & AI, 2013, P.298)، وبذلك يعتبر هذا النموذج أسلوباً هيكلياً للتنبؤ بالسلوكيات الصحية للوقاية من المشاكل الصحية. والشكل التالي يوضح أكثر مفهوم هذا النموذج:

## الشكل رقم (2): نموذج الاعتقاد الصحي



المصدر: BACKER, M, H., 1974, P. 89

واستنادا إلى ما تقدم به (ETR Associates, 2014), (SHAW, A., 2012), (LIZEWSKI, L., 2010, PP: 2-5)

يتألف هذا النموذج من ستة متغيرات مترابطة يمكن ذكرها بشكل أوضح فيما يلي:

- 1- **التصورات المحسوسة Perceived Susceptibility**: يستند هذا إلى تصور الفرد لخطر الإصابة بالمرض (X)، ويزداد هذا التصور إذا قام الفرد فعلا بالتشخيص.
- 2- **المخاطر (التهديدات) المتصورة Perceived Seriousness**: تتضمن تصورات الفرد عن مدى خطورة الوضع وتصور النتائج المترتبة عن سلوكياته السلبية.
- 3- **الفوائد المتصورة Perceived Benefits**: تتعلق باعتقادات الفرد حول النتائج الإيجابية التي سوف يجنيها من تغيير سلوكه.
- 4- **الحواجز المتصورة Perceived Barriers**: على الرغم من تصور الفرد للتهديدات أو المخاطر التي تواجهه، لكنه في بعض الحالات يتردد في تغيير سلوكه لوجود حواجز تثبط من قرار تغييره للسلوك.
- 5- **المنبهات للعمل Cues to Action**: الحوافز التي يمكن أن تؤدي بالفرد إلى تغيير من سلوكه للسلوك الصحي المناسب. قد تكون حوافز داخلية مثل عدم الراحة الجسدية...، أو خارجية مثل برامج التسويق الاجتماعية التي توضح خطورة السلوك أو المرض.
- 6- **الفعالية (القابلية) الذاتية**: الثقة في قدرة الفرد على اتخاذ إجراءات الوقائية الموصى بها من خلال توفير المعرفة الصحية والتعزيز للمعتقدات الصحية.

ومن خلال ما سبق؛ يمكن القول بأن هذا النموذج يركز على العلاقات بين السلوك والتصورات (الاعتقادات) الفردية حيث أن فهم الخطر الفردي يؤثر على إمكانية أخذ إجراءات وقائية. فمفيل الأفراد لاتخاذ الإجراء يتأثر بمستوى تصورهم للخطر الشخصي، إضافة إلى المنافع والفوائد من تبني السلوك الصحي. فهذا النموذج ملائم بالأخص في البرامج التسويقية الوقائية وذلك لإقناع الأفراد الذين لا يشعرون بالخطر الذي يحيط بهم ولا يستطيعون إدراكه من دون تدخل جهات أخرى تدعمهم من خلال استخدام وسائل الخوف، الإثارة والقلق؛ وهذا من أجل عدم تطوير العادات والسلوكيات التي تعرضهم للضرر.

\* ولكن على المسوق الاجتماعي التركيز على بعض الجزئيات التي أتى بها C.LEFEBVRE في نموذج التسويق الاجتماعي التحويلي "Transformative social marketing" حيث يتضمن جزئيات على المؤسسة أو المسوق الاجتماعي أخذها في الحسبان عند تطبيق التسويق الاجتماعي في عملية التغيير: خلق التشارك مع أفراد المجتمع، خلق الحوارات مع الأفراد لأنه لا يوجد طلب على الرسائل الاجتماعية، خلق قيمة للمنتج الاجتماعي سواء كان ذلك بتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية، تحسين ظروفهم الصحية... الخ، تكريم أفراد المجتمع الذين عدلوا سلوكياتهم، توزيع المنتج الاجتماعي بطريقة مريحة تحافظ على كرامة الفرد (HARVEY, D, P., 1999, P.18)، الالتزام بتوضيح الأمل من البرنامج الاجتماعي بطريقة مقنعة ومتاحة، المصادقية في الوعود، الأقوال والأفعال فالمصادقية والثقة يعتبران من أساسيات برامج التسويق الاجتماعي خاصة فيما يتعلق صحة الفرد (LEFEBVRE, C., 2012, P.122).

رابعاً- عناصر المزيج التسويقي الاجتماعي المؤثرة على السلوكيات الصحية لدى الفرد: يعبر المزيج التسويقي عن مجموعة من الأنشطة التسويقية المتكاملة والمتراصة والتي تعتمد على بعضها البعض بغرض أداء الوظيفة التسويقية على النحو المخطط (الضمور، 2009، ص74). وتحاول المؤسسة من خلال عناصر المزيج التسويقي الاجتماعي المساهمة في تحسين الأوضاع الصحية للأفراد المستهدفين من خلال تعديل المواقف والأنماط السلوكية... وانطلقت فكرة المزيج التسويقي الاجتماعي بعد أن طرح P.KOTLER و G.ZALTMAN مقالهما في التسويق الاجتماعي سنة 1971، عندما أدركا أن مبادئ التسويق التجاري نفسها يمكن استخدامها لـ بيع الأفكار والمواقف والسلوكيات. إلا أنه يوجد اختلاف من ناحية عناصر المزيج التسويقي الاجتماعي بين الكتاب والباحثين في هذا المجال. وهذا ما يوضحه الجدول التالي الذي أعده الباحثان انطلاقاً من دراسات سابقة.

الجدول رقم (3): مختلف وجهات النظر حول المزيج التسويقي الاجتماعي

المزيج التسويقي الاجتماعي	الباحث
المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع.	(EVANS, W, D., & AI, 2014), (HULL, P, C., & AI, 2014), (بوسالم والرف، 2014)، (ROBINSON, M, N., & AI, 2014), (CATES, J, R. & AI, 2014), (GLASSON, C. & AI 2013).
المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع والسياسة.	(H.R.DOLATABADI, M.M.PARHIZGAR and M.T.AGHACHECH, 2013)
المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع والصيانة بعد الشراء.	(SHEAU-TING, L. & AI, 2013)
المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع، الرأي العام، المشاركة، السياسة والاعتماد المالي.	(MENEGAKI, N, A., 2012), (WEINREICH, N, K., 2006).
المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع، المشاركة، دعم وسائل الاعلام الايجابي، الدعم الرسمي والسياسي.	(عبيدات، 2011).
الحالات، المنافسة، التكاليف، الفرد، العمليات والاستراتيجيات (المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع، الأفراد، السياسة، الدعوة، كسب التأييد، العلاقات العامة، وسائل الاعلام، المعلومات)	(GORDON, R., 2012).

المصدر: من إعداد الباحثين

من خلال الجدول السابق؛ نلاحظ أن جل الدراسات السابقة اتفقت على أن المزيج التسويقي الاجتماعي يتكون من العناصر الأربعة المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع والتي اعتمدنا عليها أيضا في هذه الدراسة، أما فيما يخص العناصر الأخرى فقد تمت إضافتها في بعض الدراسات يعود ذلك حسب الباحثان إلى اختلاف بيئة الدراسات.

**1- المنتج الاجتماعي:** عرف المنتج الاجتماعي من طرف (KOTLER,P. & ROBERTO,E.,1989,P.44) أنه العرض المقدم من طرف المؤسسة لاستهداف المتبنين. وما يجب تأكيده أن المنتج الاجتماعي ليس بالضرورة أن يكون مادي ومتصل بمنتج ملموس، فقد يكون عبارة عن خدمة (الفحوص الطبية)، ممارسة (اتباع نظام غذائي)، فكرة (الوقاية)...أو يكون عبارة عن مزيج مكون مما سبق، وهذا ما دعى (LEFEBVRE,C.,2011,P.61) لاستخدام مصطلح السلوكيات، الأفكار، المنتجات والخدمات مع بعض في مقاله بدلا من المنتج الاجتماعي. أما فيما يخص استراتيجيات المنتج الاجتماعي التي يمكن للمسوق اتباعها؛ فتمثل في حسب (SHEAU-TING,L. & AI, OP.CIT,P.198):

- الاستراتيجية الأولى: أن يتضمن المنتج الاجتماعي الفوائد التي يتحصل عليها الفرد المستهدف.
- الاستراتيجية الثانية: صورة الجهة المسؤولة عن المنتج الاجتماعي في أذهان الأفراد المستهدفين؛ فتلك الصورة قادرة على اجتذاب مشاركة الفرد.
- الاستراتيجية الثالثة: تقديم المنتج الاجتماعي في كائن ملموس كدعم للفرد من أجل تنبيهه للسلوك.

**2- التسعير الاجتماعي:** عرف السعر الاجتماعي من طرف (P.KOTLER E.ROBERTO,OP.CIT,P.44) & بأنه التكاليف التي يتحملها المتبني المستهدف التي قد تكون نفسية، ثقافية، عاطفية، اجتماعية، سلوكية، زمنية، عملية، مادية، مالية...وهذا ما أكده (البكري،مرجع سابق،ص13) بأن تسعير المنتجات الاجتماعية يفوق مجرد التكاليف المادية فهناك تكلفة الوقت بمعنى كم تستهلك من وقت لتحصل على المنتج، أو قد يكون السعر ما يجب أن يتبناه أو يتخلى عنه الأفراد للحصول على الفوائد أو مكاسب اجتماعية. ويعتبر هذا التعريف من التعاريف الشاملة للتسعير الاجتماعي حيث لم يربطه بمقابل معين، فقد رأى التسعير بأنه تخلي الفرد المستهدف عن أي شيء يملكه مقابل حصوله على المنتج. ومن بين الاستراتيجيات التسعيرية المتبعة، يمكن ذكرها فيما يلي:

- الاستراتيجية الأولى: وضع للمنتج سعر نقدي، فالسعر هنا يشير إلى الأموال التي تتفق من طرف الفرد للحصول على منتج اجتماعي ملموس لتسهيل اعتماد السلوك (PEATTIE,K. & S.PEATTIE,S., 2009,P.262). وضمن هذه الاستراتيجية يمكن للمسوق الاجتماعي اتباع عدة تكتيكات سعرية حسب (عبيدات،مرجع سابق،ص93): السعر المنخفض، السعر الرمزي، السعر المجاني.
- الاستراتيجية التسعيرية الثانية: تتمثل في استخدام التسعيرة غير النقدية، وتعتبر من الاستراتيجيات المتبعة في معظم البرامج التسويقية الاجتماعية. واستنادا إلى دراسة (L.SHAEU-TING and AI, OP.CIT, P.193) تتجسد الاستراتيجية التسعيرية غير النقدية الممكن استخدامها من طرف المسوق الاجتماعي في عملية التغيير السلوك الصحي في التكاليف التالية:

- نفسية متمثلة في شعور الفرد بعدم الراحة النفسية بسبب بحثه الدائم عن طرق للحفاظ على صحته؛
- مادية متمثلة في التعب، الوقت الضائع، وانخفاض في مستوى الراحة الجسدية الناتجة عن ممارسة أنشطة للمحافظة على صحة.

**3- إستراتيجية الترويج للمنتج الاجتماعي:** عرفه (البكري،مرجع سابق، ص14) على أنه:"استخدام المؤسسة لجميع الجهود والأساليب الشخصية وغير شخصية لإخبار الفرد المستهدف بالمنتج الاجتماعي الذي تقدمه

المؤسسة، وشرح مزاياه وخصائصه وكيفية الاستفادة منه وإقناع الفرد بالتعامل مع المؤسسة". ومن خلال هذا التعريف تتضح أهداف الترويج للمنتج الاجتماعي التي تتوافق ونموذج \*DAGMAR الذي طور من طرف Russel H. COLLEY سنة 1961، والذي اعتقد الباحث في ذلك النموذج أن الاستراتيجية الترويجية يجب أن تحقق بالضرورة في طبيعتها بالتسلسل التالي: التوعية، الفهم، الاقتناع وفي الأخير الإجراء، التي وضعت هذه المراحل لقياس فاعلية الاستراتيجية الترويجية التي هي شأنها شأن أي هدف يجب أن تكون قابلة للقياس، قابلة للتحقيق.

**4- إستراتيجية التوزيع الاجتماعي:** عرف التوزيع من طرف (البكري، مرجع سابق، ص14) على أنه: "مكان تواجد المنتج الاجتماعي، أو أين يمكن للفرد أن يجد المنتج الاجتماعي". لهذا نجد في كثير من الدراسات استخدام مصطلح المكان بدلا من التوزيع. وعرفه (KOTLER, P., & LEE, N., OP. CIT) على أنه: "أين ومتى يمكن تحقيق أداء السلوك المطلوب". حدد هذا التعريف الوظائف التي على المسوق الاجتماعي تحديدها لتحقيق البرنامج التسويقي الاجتماعي الأداء المطلوب منه. فحين عرفه (LEFEBVRE, C., 2013, P. C01-13) على أساس أهميته بأنه: "يساهم في توفير، إتاحة وتسيير وصول المنتجات الاجتماعية للأفراد المستهدفين، وأيضا يكفل تحقيق الفرص والأماكن في محاولة منه لدعم المنتجات الاجتماعية الجديدة". وبذلك تكمن أهمية التوزيع في توفير وإيصال المنتج الاجتماعي للفرد المستهدف، ولكن ما يجب على المسوق الاجتماعي مراعاته في انشاء قنوات التوزيع حسب (BAKER, M. J., 2003, P. 716) أن يكون الوصول إلى البرنامج يسيرا ويوجد في موقع قريب جغرافيا من السوق المستهدف، مع مراعاة التغطية، التكلفة والتوقيت. فمثلا في مبادرة لزيادة الإقبال المنتج الاجتماعي المسوق له؛ يمكن للمسوق أن يقلل من تكاليف الحضور من خلال التلاعب بمتغيرات المكان، الوقت، المسافة والراحة وذلك من خلال تقديم المنتج في أوقات مرنة وفي مواقع مختلفة.

استنادا إلى ما تم التطرق إليه سابقا يمكن القول؛ بأن التسويق الاجتماعي هو ممارسة تساعد المعنيين بعملية التغيير من إحداث التغيير المطلوب وإكساب الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي السليم وتقليل المشاكل الصحية، ولكن يبقى الأمر مرتبط بدور المسوق الاجتماعي الذي يجب عليه تحديد أفضل الأساليب والوسائل الممكنة التي توفر له امكانيات أكبر لنجاح برنامجه التسويقي الاجتماعي. فبغرض أداء البرنامج التسويقي الاجتماعي على النحو المخطط له يضع المسوق مزيج التسويقي مكون من مجموعة من العناصر المتكاملة والمترابطة. والتي تحاول المؤسسة من خلال تلك العناصر المساهمة في حل المشاكل الصحية من خلال تعديل المواقف والأنماط السلوكية،... للأفراد المستهدفين من البرنامج.

ونظرا للطبيعة الخاصة لتلك البرامج والتي تتصف بتشابك وتداخل العوامل المؤثرة في سلوكيات الأفراد خاصة المرتبط بصحته؛ مما يلوق في الأول إلى النظر في النظريات والنماذج التي يجب على المسوق الاجتماعي أخذها في الاعتبار عند وضع برنامجه التسويقي؛ حيث تساعد تلك النماذج والنظريات على رؤية المشاكل الصحية بصورة أكثر وضوح من خلال تحديد الأنماط والاتجاهات المؤثرة في سلوك الأفراد المستهدفين، فعدم استخدام تلك النماذج والنظريات يذكرنا بـ "جبل الجليد المجازي" الذي يصور فيه المسوق الاجتماعي لسلوكيات الأفراد أو المشاكل الصحية بشكل سطحي فحين أن الكثير من المشاكل مغمورة تحت ذلك.

\* DAGMAR: Defining Advertising Goals for Measured Advertising Results.

**المبحث الثاني: الجانب العملي**

إن المؤسسات الصحية التي تتوفر بالجزائر كثيرا ما تعمل على مراقبة الحالة الصحية لأفراد المجتمع، فتتقصى المشاكل وتعمل على خلق علاقة مباشرة بين الفرد والخدمات الصحية بتصميمها لبرامج تسويقية اجتماعية توعوية بشأن المسائل الصحية، وكثيرا ما تكون تلك البرامج التسويقية الصحية موجهة لتحقيق أهداف معينة أو محددة تسطرها استراتيجية الوزارة المشرفة على القطاع الصحي والجلسات الوطنية للصحة للذات يوصيان بتعزيز البرامج الوطنية للوقاية، ومن أهداف تلك البرامج الموصى بها محاولة تخطي انتشار بعض الأمراض الموسمية كما يحدث كل موسم شتاء مع انتشار الأنفلونزا الموسمية، وكما أنها موجهة كذلك للقضاء على الأمراض الخطيرة الأخرى والخاصة بسرطان الرئة بسبب التدخين بغض النظر عن انتشار مرض الحساسية والذي صار تنقله بالأمر الهين في الفترات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري. ومن خلال هذا الاهتمام فإننا نلمح طموحات صريحة من طرف المؤسسات الصحية وإن فقدت التأطير والتنظيم والمنهجية اللازمة.

**أولا- خصائص العينة التي استجابت للدراسة:** فيما يلي نقوم بالتعرف على خصائص عينة الدراسة من خلال العرض الجدولي لمتغيرات المرتبطة بالبيانات الخاصة بالعاملين المستجوبين. وهذا ما يلخصه الجدول التالي:

**الجدول رقم (4): خصائص عينة الدراسة**

النسبة المئوية	التكرار	الفئة	
65.12%	28	ذكر	الجنس
34.88%	15	أنثى	
100%	43	المجموع	
6.98%	3	أقل من 25 سنة	العمر
25.58%	11	من 26 إلى 35 سنة	
39.53%	17	من 36 إلى 45 سنة	
27.91%	12	من 46 سنة فأكثر	
100%	43	المجموع	
11.63%	5	ثانوي فما أقل	المؤهل العلمي
25.58%	11	تقني سامي	
53.49%	23	جامعي	
9.30%	4	دراسات عليا	
-	-	أخرى حددها...	
100%	43	المجموع	الوظيفة
39.54%	17	إداري	
25.58%	11	ممرض	
34.88%	15	طبيب	
-	-	أخرى حددها...	
100%	43	المجموع	سنوات الخبرة
9.30%	4	أقل من 5 سنوات	
25.58%	11	من 6 إلى 10 سنوات	
37.21%	16	من 11 إلى 15 سنة	
27.91%	12	من 16 سنة فأكثر	
100%	43	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يتبين من الجدول السابق؛ مايلي:

- أن النسبة الأكبر التي استجابت للدراسة هي من فئة الذكور 65.12% مقارنة بفئة الإناث والتي بلغت نسبتها في عينة الدراسة 34.88%؛ ويمكن أن نرجع السبب للتوزيع العشوائي للاستبانة حيث شملت نسبة كبيرة من الذكور كما أن هذا لا يمنع من ملاحظة أن النسبة الأكبر من العاملين هم ذكور.
- أغلب أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 36 إلى 45 سنة وهي الفئة السائدة في مجتمع الدراسة.
- النسبة الأكبر من المستجيبين هم من حملة المؤهلات الجامعية، ومن تخصص وظيفي إداري وطبي، وهذا ما يتناسب مع متغيرات الدراسة، ويزيد من إدراكهم لأهمية موضوع الدراسة، ويجعل إجاباتهم أكثر دقة عن واقع التسويق الاجتماعي الممارس من طرف المؤسسات التابعين لها، مع قدرتهم على تقييم سلوكيات الصحة للأفراد المستهدفين من البرنامج التسويقي الاجتماعي.
- النسبة الأكبر من المستجيبين من عينة الدراسة هم من ذوي سنوات الخبرة من 11 إلى 15 سنة؛ ويعود إلى حساسية القطاع التي تسعى المؤسسات التابعة له الحفاظ على عمالها في مناصبهم نظرا لما يمتلكون من خبرة ومهارة، وهذا ما يخدم أهداف الدراسة؛ حيث يضمن التعرف على آراء العمال حول دور التسويق الاجتماعي في تغيير وتعزيز السلوك الصحي لدى الأفراد نظرا لما تحمله هذه الفئة من خبرات متراكمة.
- ثانيا- النتائج المتعلقة بتصورات المبحوثين لمتغيرات الاستبانة: وفيما يلي سوف نتطرق إلى النتائج المتعلقة بتصورات المبحوثين لمتغيرات الاستبانة، بتطبيق اختبار One Sample T- test لتعرف إلى الدلالة الاحصائية للمتغيرات الدراسة، مع استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل متغير.

الجدول رقم (5): نتائج تطبيق اختبار (One Sample T- test) لمتغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه	القيمة الاحتمالية	قيمة T المحسوبة	قيمة T الجدولية	معامل الاختلاف*	الأهمية النسبية
المنتج الاجتماعي	3.535	0.984	موافق	0.000	16.886	t=±2.018 عند df=42 و α=0.05	27.83	2
التسعير الاجتماعي	2.861	1.014	محايد	0.000	12.034		35.44	4
الترويج الاجتماعي	3.630	0.926	موافق	0.000	18.601		25.51	1
التوزيع الاجتماعي	3.562	1.007	موافق	0.000	16.655		28.27	3
التسويق الاجتماعي	3.397	0.709	موافق	0.000	22.133		-	-
السلوك الصحي	3.548	0.541	موافق	0.000	30.851		-	-

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS.

\* معامل الاختلاف=الانحراف المعياري/المتوسط الحسابي\*100.

يتبين من الجدول السابق أن هناك تقارباً في قيم المتوسطات الحسابية وانحرافاتها المعيارية لمتغيرات الدراسة، إذ نجد أن المتوسط الحسابي للمتغيرات الثلاثة المنتج، الترويج والتوزيع تراوح في المدى (3.535-3.630) بفرق بسيط يقدر بـ (0.095) بين أعلى متوسط وأدناه، حيث سجل أعلى متوسط للترويج الاجتماعي وأدناها للمنتج الاجتماعي بانحراف معياري تراوح بين (0.926-1.007) وهذا يدل على موافقة أفراد العينة المستقصاة على أن المؤسسات الصحية التابعين لها تتبنى في برامجها التسويقية الأبعاد الثلاثة (المنتج، الترويج والتوزيع). في حين سجل التسعير الاجتماعي الاستثناء حيث جاء متوسطه الحسابي (2.861) وانحراف معياري (1.014) ويدل ذلك المتوسط أن اجابات أفراد العينة اتجهت نحو الحياد، ويعود ذلك حسب الباحثان أن المؤسسات الصحية لا تعير للتسعير الاجتماعي اهتماماً بسبب تقديمها، في أغلب برامجها، للمنتجات الاجتماعية مجاناً. أما بالنسبة للمستوى العام للتسويق الاجتماعي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية، فكانت هناك درجة موافقة من طرف العينة المبحوثة نظراً لما جاء عليه المتوسط الحسابي الذي قدر بالتقريب (3.40) ويقع هذا في مجال الموافقة بانحراف معياري قدره (0.709) وهذا يدل على انسجام أكثر في اجابات أفراد العينة حول عبارات المتغير المستقل (التسويق الاجتماعي) مقارنة بالأبعاد التي يتضمنها هذا المتغير.

في حين تم استخدام معامل الاختلاف لاختبار الأهمية النسبية التي توليها المؤسسات الصحية لكل بعد حيث تم ترتيب المتغيرات على أساس الترتيب التنازلي لمعامل الاختلاف حيث يعتبر المتغير صاحب أقل قيمة معامل اختلاف الأهم، حيث احتل الترويج الاجتماعي من ناحية الأهمية النسبية المرتبة الأولى بمعامل اختلاف قدر بـ (25.51%) وهذا يدل أن المؤسسات الصحية تولي في المرتبة الأولى في عملية تغيير السلوك للترويج الاجتماعي، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (ROBINSON, M, N. & Al, 2014) الذي خلصت أن تشجيع تغيير السلوك في المرتبة الأولى يعتمد على قنوات الاتصال الجماهيرية المتعددة. تلاه بالترتيب كل من المنتج الاجتماعي والتوزيع الاجتماعي وفي المرتبة الأخيرة التسعير الاجتماعي بمعامل اختلاف (35.44%) وهذا يمكن يعود لعدم اعطاء الجهة الوصية بالبرامج التسويقية الاجتماعية بهذا البعد بما أن المنتجات الاجتماعية تقدم بأسعار مجانية. أما فيما يخص الدلالة الاحصائية للنتائج السابقة فقد ظهرت نتائج الدراسة أن قيم  $t$  المحسوبة للأبعاد الأربعة للمزيج التسويقي الاجتماعي تراوحت بين (12.034-18.601)، فحين بلغت  $t$  المحسوبة للتسويق الاجتماعي (22.133)، وهي قيم دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (0.000)، أي أنها دالة على مستوى ثقة مقداره (100%) وكون هذا المستوى أكبر من مستوى الثقة المعتمد في هذه الدراسة والبالغ (95%) فهذا يمكن القول بأن هناك درجة موافقة ذات دلالة احصائية لمستوى العام للتسويق الاجتماعي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية التابعين لها أفراد العينة المستقصاة.

أما بالنسبة لإجابات أفراد العينة المستقصاة على عبارات محور المتغير التابع المتمثل في السلوك الصحي، فيتبين للباحثين أنه توجد موافقة ذات دلالة احصائية على أن أفراد المجتمع الجزائري يتمتعون بممارسة سلوكيات صحية وهذا ما أشار إليه متوسط الحسابي للمتغير (3.548) وبتشتت منخفض مقارنة بالمتغيرات الأخرى وهذا ما أظهره الانحراف المعياري (0.541)، أما بالنسبة للدلالة الاحصائية فقد أظهر الجدول السابق أن قيمة  $t$  المحسوبة (30.851) أكبر من قيمتها الجدولية، مما يعني أن النتائج المتحصل عليها دالة احصائياً. وهذا يثبت أن أفراد

المجتمع الجزائري حسب وجهة نظر العينة المبحوثة يسعون إلى ترشيد سلوكهم الصحي من خلال الاستجابة للبرامج التسويقية الاجتماعية الصحية والعمل على اجراء فحوصات دورية.

ثالثا- نتائج اختبار الفرضيات: للتأكد من صحة وثبوت الفرضيات، سيتم استخدام اختبار الانحدار المتعدد، ستكون قاعدة القرار هي الاعتماد على القيمة الاحتمالية Sig وعلى المقارنة ما بين t المحسوبة و t الجدولية.

الجدول رقم (6): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

مصدر التباين	تقدير معاملات النموذج B	t المحسوبة	درجة الحرية df	القيمتان الحرجتان لـ t	القيمة الاحتمالية Sig	القرار الاحصائي
	1.504	3.412	4 38 42	t= 2.024 ± عند α=0.05	0.002	رفض H <sub>0</sub>
المنتج الاجتماعي	0.211	2.338			0.025	رفض H <sub>0</sub>
التسعير الاجتماعي	0.119	1.096			0.280	قبول H <sub>0</sub>
الترويج الاجتماعي	0.705	7.212			0.000	رفض H <sub>0</sub>
التوزيع الاجتماعي	0.220	2.045			0.048	رفض H <sub>0</sub>

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS.

- الفرضية الفرعية الأولى: هناك دور للمنتج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية. يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (6) أنه يوجد دور ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للمتغير المستقل (المنتج الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، إذ بلغت قيمة T المحسوبة (2.338) وهي أكبر من قيمتها الجدولية، كما أن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.025$ ) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقضي بقبول الفرضية الفرعية الأولى، والتي تؤكد على أنه يوجد دور إحصائي للمنتج الاجتماعي المتنبى من طرف المؤسسات الصحية محل الدراسة في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي. وبلغت قيمة ( $\beta_1 = 0.211$ ) وهي موجبة ودالة احصائيا وهذا يدل على أن السلوك الصحي للأفراد المستهدفين محكوم بنسبة 21% بالمنتج الاجتماعي.

- الفرضية الفرعية الثانية: هناك دور للتسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية. يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (6) أنه لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للمتغير المستقل (التسعير الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، إذ بلغت قيمة T المحسوبة (1.096) وهي أقل من قيمتها الجدولية، كما أن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.280$ ) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقضي برفض الفرضية الفرعية الثانية، والتي تؤكد على أنه يوجد دور إحصائي للتسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية. وبلغت قيمة ( $\beta_2 = 0.119$ ) وهي موجبة ولكنها غير دالة احصائيا، وهذا ما يتوافق ودراسة (بوسالم والرف، 2014).

- الفرضية الفرعية الثالثة: هناك دور للترويج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (6) أنه يوجد دور ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للمتغير المستقل (الترويج الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، إذ بلغت قيمة T المحسوبة (7.212) وهي أكبر من قيمتها الجدولية، كما أن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.000$ ) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقضي بقبول الفرضية الفرعية الثالثة، والتي تؤكد على أنه يوجد دور إحصائي للترويج الاجتماعي المتنبى من طرف المؤسسات الصحية محل الدراسة في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي. وبلغت قيمة ( $\beta_3 = 0.705$ ) وهي موجبة ودالة احصائيا وهذا يدل على أن السلوك الصحي للأفراد المستهدفين محكوم بنسبة 70% بالترويج الاجتماعي، وهي أعلى نسبة مسجلة.

- الفرضية الفرعية الرابعة: هناك دور للتوزيع الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (6) أنه يوجد دور ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للمتغير المستقل (التوزيع الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، إذ بلغت قيمة t المحسوبة (2.045) وهي أكبر من قيمتها الجدولية، كما أن مستوى المعنوية ( $\text{Sig} = 0.048$ ) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقضي بقبول الفرضية الفرعية الرابعة، والتي تؤكد على أنه يوجد دور إحصائي للتوزيع الاجتماعي المتنبى من طرف المؤسسات الصحية محل الدراسة في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي. وبلغت قيمة ( $\beta_4 = 0.200$ ) وهي موجبة ودالة احصائيا وهذا يدل على أن السلوك الصحي للأفراد المستهدفين محكوم بنسبة 20% بالتوزيع الاجتماعي.

- الفرضية الرئيسية: هناك دور للمزيج التسويقي الاجتماعي المتنبى من طرف المؤسسات الصحية في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية.

الجدول رقم (7): نتائج تحليل التباين (ANOVA)

البيان	مجموع المربعات	درجة لحرية df	متوسط المربعات	الإحصائية F	القيمة الجدولية F	القيمة الاحتمالية Sig	القرار الاحصائي	R	R <sup>2</sup>
التغيرات الشارحة للانحدار	SCR=12.231	4	CMR=3.058	23.427	2.61	0.000	رفض H <sub>0</sub>	0.843	0.711
التغيرات المتبقية	SC <sub>Res</sub> =4.960	38	CM <sub>Res</sub> =0.131						
المجموع الكلي	SCT=17.191	42	-						

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (7) أنه يوجد دور ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) للمتغير المستقل (المزيج التسويقي الاجتماعي) في المتغير التابع (السلوك الصحي)، استنادا إلى قيمة F المحسوبة المقدر بـ (23.427) وهي أكبر من قيمتها الجدولية، كما أن مستوى

المعنوية (Sig=0.000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقضي بقبول الفرضية الرئيسية، والتي تؤكد على أنه يوجد دور إحصائي للمزيج التسويقي الاجتماعي المتبنى من طرف المؤسسات الصحية في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية، وبالتالي فإن معادلة الانحدار الخطي المتعدد ذات دلالة إحصائية عند  $\alpha = 0.05$ ، والمتمثلة:

$$\hat{y} = 1.504 + 0.211x_1 + 0.119x_2 + 0.705x_3 + 0.220x_4$$

إضافة إلى ذلك يسجل الجدول السابق أن هناك علاقة ارتباط قوية وإيجابية بين المتغير المستقل المزيج التسويقي الاجتماعي والسلوك الصحي كمتغير تابع، حيث بلغت القيمة الإجمالية لارتباط بين المتغيرين 84.3%، وهي قيمة إيجابية تؤكد الدور الفاعل للمزيج التسويقي الاجتماعي في علاقته مع السلوك الصحي وهو ما يتوافق مع دراسة (GLASSON, C. & Al 2013) التي خلصت بأن المزيج التسويقي الاجتماعي يساهم بنسبة 50% من اكساب الأفراد المستهدفين سلوكيات غذائية صحية. فيما جاء معامل التحديد مساوياً لـ ( $R^2=0.711$ ) ما يشير إلى أن 71.1% من الانحرافات في قيم المتغير التابع السلوك الصحي يفسرها نموذج الانحدار (المتغير المستقل المزيج التسويقي الاجتماعي).

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن زيادة اهتمام المؤسسات الصحية بالبرامج التسويقية الاجتماعية يساهم في اكساب الأفراد المستهدفين سلوكيات صحية نتيجة لتمكينهم من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعدهم في تفسير الظواهر الصحية، وتجعلهم قادرين على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنه من تجنبها والوقاية منها. وهذا ما يتفق مع دراسة (ROBINSON, M, N. & Al, 2014)، (CATES, J, R. & Al, 2014)، (HULL, P, C. & Al, 2014)، (بوسالم والرف، 2014) ودراسة (GLASSON, C. & Al 2013).

### المبحث الثالث: الاستنتاجات والتوصيات

**أولاً- الاستنتاجات:** من خلال ما تم معالجته وتحليله تم الوصول إلى مجموعة من الاستنتاجات يمكن تجزئتها إلى:  
**الاستنتاجات النظرية:** يمكن تلخيصها في الآتي:

- 1- التسويق الاجتماعي استراتيجية يطبق فيها المسوق نفس مبادئ وتقنيات التسويق التجاري المتمثلة في التخطيط المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع وبحوث التسويق لإكساب الأفراد المستهدفين السلوكيات الصحية المطلوبة بشكل طوعي؛
- 2- التأثير على سلوكيات الصحية لأفراد المجتمع المستهدف يتطلب من المسوق الاجتماعي التعرض لأنواع مختلفة من النماذج والتجارب السلوكية واختيار النموذج المناسب للحالة التي أمامه التي تتوافق والسلوك الاجتماعي المراد تعديله؛
- 3- للتسويق الاجتماعي في المجال الصحي دور فعال في التأثير على سلوكيات الأفراد الصحية وإيجاد مجتمع سليم وتقليل المشاكل الصحية؛ ويعود ذلك للأسباب التالية:
  - يقوم التسويق الاجتماعي على مفهوم التوجه بالفرد، ومعرفة سلوكياته وحاجاته؛
  - يعتمد التسويق الاجتماعي على عناصر المزيج التي تحفز وتوقع الفئة المستهدفة على تبني السلوك الصحي المطلوب، فهذه العناصر تساهم في تحقيق التواصل في الإمداد بالمعلومات، تقريب المسافة بين المنتجات الاجتماعية والفرد المستهدف، بالإضافة إلى توفير وتقليص الجهد والوقت؛
  - يتم التغيير في برامج التسويق الاجتماعي بناء على مبدأ الطوعية عكس القوانين المبنية على الجبر والعقاب؛

- لأن البرامج التسويقية الاجتماعية الخاصة بتسويق السلوكيات الصحية فوائد أكثر جاذبية للفرد المستهدف لأنها مرتبطة بأهم ما يملك ألا وهي صحته.

**الاستنتاجات العملية:** يمكن تلخيصها في الآتي:

1- أثبتت نتائج الدراسة أنه يوجد دور للمنتج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي، يعزو الباحثان هذه النتيجة إلى ما يتضمنه المنتج الاجتماعي من سلوكيات يرى فيها الفرد وجوب التمسك بها لما لها من فائدة عليه، إضافة إلى قدرة الجهة المسؤولة عن الحملة التسويقية في اجتذاب مشاركة الفرد وإقناعه بالامتثال للسلوكيات الصحية.

2- أثبتت نتائج الدراسة أنه يوجد دور للترويج الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي، حيث يعتبر الترويج المصدر الأساسي للمعلومات الصحية للأفراد.

3- أثبتت نتائج الدراسة أنه يوجد دور للتوزيع الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوك الصحي، يعزو الباحثان هذه النتيجة إلى سعي المؤسسات الصحية لتسهيل عملية وصول الفرد للمنتج الاجتماعي، عن طريق تنظيم قوافل متنقلة في توزيع منتجاتها الاجتماعية.

4- في حين نفت نتائج الدراسة بأنه يوجد دور للتسعير الاجتماعي في تبني الأفراد المستهدفين للسلوكيات الصحية، ويعود ذلك في نظر الباحثان إلى تعود الفرد الجزائري على الاستفادة من منتجات مجانية ومدعمة تماشياً مع المبدأ المنتهج في الدولة الجزائرية المتمثل في التضامن الاجتماعي وبالتالي توزيع المنتج الاجتماعي بأسعار مجانية ليس حافزاً أول لتبني المنتج من طرف الفرد. هذا في حالة التسعير المادي للمنتج أما التسعير غير ذلك فيعود إلى عدم جاذبية الحصص الإذاعية والمتلفة الخاصة بالبرامج التسويقية الصحية التي في العادة ينفر منها الأفراد ولا يخصص لها جزء من وقته لمشاهدتها.

**ثانياً- التوصيات:** في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي الدراسة بما يلي:

- وجوب تولي البرامج التسويقية الاجتماعية إدارة متخصصة تساعد المسوقين على تشخيص المشاكل وتخطيط الاستراتيجيات التي يمكن الاعتماد عليها في تنفيذ الأنشطة الاجتماعية؛

- ضرورة اعتماد المسوق الاجتماعي في عملية تصميم وتنفيذ البرامج التسويقية الاجتماعية على النظريات، النماذج والتجارب السلوكية واختيار النموذج المناسب للحالة التي أمامه التي تتوافق والسلوك الاجتماعي المراد تعديله؛

- ضرورة التوجه بالفرد من خلال إعداد مزيج تسويقي يتناسب مع كل فئة مستهدفة (أطفال، أسر،..)، لأن تصورات الفرد عن مدى خطورة الوضع وتصور النتائج المترتبة عن سلوكياته السلبية تختلف حسب العمر، الجنس، الحالة الراهنة للصحة،... فكل هذه المتغيرات من المرجح أن تلعب دوراً هاماً في تبني الفرد للسلوك الصحي، وهذا التباين يفرض على المسوق الاجتماعي تغيير برنامجه التسويقي حسب كل قطاع من قطاعات السوق المستهدف؛

- لا بد للمسوق الاجتماعي من التفكير في كيفية استخدام وسائل الاتصال للوصول إلى أفراد المجتمع، وكيفية خلق حوارات بين المؤسسة وأفراد المجتمع حول السلوكيات المراد تعديلهما؛

- ضرورة خلق التزام من طرف الأفراد المستهدفين، عن طريق التشارك في الآراء معهم واكتساب قيمة من العمل معهم؛

- تحديد وتبني أهداف واستراتيجيات واضحة بالنسبة للبرنامج التسويقي الاجتماعي الصحي، إضافة إلى تحديد وقت زمني ومراجعة دورية لهذه الأهداف لتفادي القصور والعوائق التي تحول دون تحقيق الأهداف؛

- تصميم استراتيجيات تسويقية مناسبة تهدف إلى إحداث السلوك الصحي يشمل دائما جميع العناصر الأربعة المتمثلة في:

**1- المنتج الاجتماعي:** تصميم منتج يهدف إلى تغيير سلوك الفرد الفعلي، وليس مجرد زيادة المعرفة السلوكية، من خلال الاستناد في عملية تصميمه على إضفاء قيمة لحياة متبنيه سواء كان ذلك بتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية، تحسين ظروفه الصحية... الخ. مع عدم الاعتماد فقط على المنتج الاجتماعي غير المادي من خلال إيجاد آليات مادية تعزز من الوعي الصحي من طرف المؤسسات الصحية كالتوفير الأدوية اللازمة للبرنامج التسويقي الاجتماعي.

**2- التسعير الاجتماعي:** على المسوق الاجتماعي الموازنة في عملية تحديد أسعار المنتجات الاجتماعية المادية من خلال وضع أسعار تتلاءم وفوائد المنتج، لأنه حسب الباحثان إذا كان سعر المنتج منخفض جدا أو يقدم مجانا، ففي هذه الحالة قد يرى الفرد أنه منتج منخفض القيمة، لهذا على الأقل وضع سعر رمزي لزيادة تصورات الجودة لدى الأفراد ومنح شعور بالكرامة لديهم. إضافة إلى ذلك على المسوق التقليل إلى أقصى حد ممكن من السعر النفسي من خلال تقليل من وقت الحصاص والإعلانات لكي لا يشعر الفرد بالملل، مع تقليل من أسلوب التهديد والتخويف والتسعير المنتجات الاجتماعية على أساس السعر النفسي المبني على الود والأمل من برنامجه.

**3- الترويج الاجتماعي:** على المسوق الاجتماعي استعمال الرسائل الترويجية المناسبة التي تسعى إلى تعزيز السلوك الصحي من خلال استعمال الرسائل الترويجية الشخصية كإقامة ندوات، محاضرات، ورش العمل وأيام مفتوحة... للمؤسسات الصحية لإبراز أهمية التزام الفرد بالسلوك الصحي المطلوب، وغير الشخصية كتصميم اعلانات اذاعية وملفتة جاذبة للفرد كتقديم أدلة وتجارب سابقة على فعالية تغيير السلوك؛

**4- التوزيع الاجتماعي:** وفي هذه الحالة يتطلب من المسوق الاجتماعي توفير العدد الكافي من القنوات التوزيعية من أجل الحفاظ على كرامة الفرد، هذا من جهة ومن جهة أخرى لجعل تكلفة وصول الأفراد لها أقل ما يمكن. مع مراعاة سهولة الاجراءات وسهولة انسياب المنتج الاجتماعي حتى يتسنى للفرد الحصول على المنتج دون الانتظار فترات طويلة.

- ضرورة توفر عنصر الثقة في البرنامج التسويقي الاجتماعي بصفة عامة والصحي بصفة خاصة لأن المنتج الاجتماعي الذي يسوق له متعلق بصحة الفرد؛ من خلال توفير المعلومات الكافية للفرد المستهدف لتقليل من مخاوفه حول سلامة المنتج الاجتماعي؛

- ضرورة تفعيل الشراكة والتعاون بين المؤسسات الصحية، الأولياء، مختلف الجمعيات الفاعلة في المجتمع المدني ووسائل الإعلام، لنشر ثقافة الوقاية، وتفعيل البرنامج السنوي الخاص بالتوعية الوقائية؛

- ضرورة تعميق اهتمام المؤسسات الصحية بالبرامج التسويقية الاجتماعية لترشيد السلوك الصحي للأفراد، وغرس ثقافة الوقاية خير من العلاج لدى أفراد المجتمع.

## قائمة المراجع

## أولاً- المراجع باللغة العربية:

- 1- البرواري، نزار عبد المجيد والبرزنجي، أحمد محمد فهمي (2008)، إستراتيجيات التسويق، ط2، دار وائل، عمان.
- 2- البكري فؤادة عبد المنعم (2007)، التسويق الاجتماعي وتخطيط الحملات الإعلامية، ط1، عالم الكتاب، القاهرة.
- 3- الضمور، هاني حامد (2009)، تسويق الخدمات، دار وائل، ط5، عمان.
- 4- النجار، فايز جمعة، النجار، نبيل جمعة والزعبي ماجد راضي (2009)، أساليب البحث العلمي منظور تطبيقي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- 5- عبيدات، محمد ابراهيم (2011)، التسويق الاجتماعي الأخضر والبيئي، ط2، دار وائل، عمان.
- 6- يوسف، ردينة عثمان (2007)، التسويق الصحي والاجتماعي، د.ط، دار المناهج، عمان.
- 7- بوسالم، أبوبكر والرث، زينب (2014)، دور التسويق الاجتماعي لمديرية أمن الطرقات في زيادة الوعي المروري "مواطني مدينة الأغواط أنموذجاً"، مداخلة ملقاة في المؤتمر الوطني الخامس للتسويق بين النظريات العلمية والممارسات التطبيقية، جامعة الأغواط، الجزائر.

## ثانياً- المراجع باللغة الأجنبية:

- 8- ANDERSON,D,R., SWEENEY, D,J. & WILLIAMS,T,A.(1990), Statistics for Business and Economics, 4<sup>th</sup> ed, West Publishing Company.
- 9- ANDREASEN, Alan. (1995), Social marketing change: changing behavior to promote health, social development and the environment, Published by Jossey-Bass, San Francisco.
- 10- BECKER, Marshall,H. (1974), The health belief model, Thorrofare, New Jersey.
- 11- HARVEY, Philip,D. (1999), Let every child be wanted: How social marketing is revolutionizing contraceptive use around the world, Auburn House.
- 12- JAHANLOU, A., LOTFIZADE, M. & KARAMI, N. (2013), A new behavioral model (Health belief model combined with two fear models): design, evaluation and path analysis of the role of variables in maintaining behavior, Diabetes mellitus - insights and perspectives, OGUNTIBEJU, O. (editor), JAHANLOU Publications.
- 13- KOTLER, Philip. & LEE, Nancy. (2008), Social marketing, 3<sup>rd</sup> ed, SAGE publications.
- 14- KOTLER, Philip. & ROBERTO, Edward (1989), Social Marketing Strategies for Changing public Behavoir, Free Press, New York.
- 15- LEFEBVRE, Craiig. (2013), Social Marketing and Social Change: Strategies and Tools For Improving Health, Well-Being, and the Environment, Jossey-Bass publications, Irtd.
- 16- MACFADYEN, Lynn., STEAD, Martine. & HASTINGS, Gerard. (2003), Social marketing, BAKER, Michael J. (editor), The Marketing Book, 13<sup>th</sup> ed, Butterworth-Heinemann, 2003.

- 17- CATEES, J.R., DIEHL, S.J., CRANDELL J.L., & COYNE-BEASLEY, T. (2014), "Intervention effects from a social marketing campaign to promote HPV vaccination in preteen boys", Vaccine, Vol.32, Published by Elsevier Ltd., PP:4171-4178. Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/0264410X>>.
- 18- CHEN, Xiaohui., LIANG Shukai., ZHANG Xiaowei & PIE Juan. (2005), "Behavior Change Tactics of the Social Marketing", IEEE, PP:117-120.
- 19- DANN, Stephen. (2010), "Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions", Journal of Business Research [on-line], Vol.63, Elsevier Inc., PP:147-153.
- 20- EVANS, W.D. & Al (2014), "Social marketing of water and sanitation products: A systematic review of peer-reviewed literature", Social Science & Medicine [on-line], Vol.110, Elsevier Ltd, PP:18-25. Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536>>.
- 21- GLASSON, C. & Al (2013), "Increased exposure to community-based education and 'below the line' social marketing results in increased fruit and vegetable consumption", Public Health Nutrition, Vol.16, Iss:11, Cancer Council NSW, PP:1961–1970. Available on:<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9036281>>.
- 22- GORDON, Ross. (2012), "Re-thinking and re-tooling the social marketing mix", Australasian Marketing Journal [on-line], Vol.20, Elsevier publications, PP:122-226, Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/14413582>>.
- 23- HOLMES, Sandra, L. (1978), "Adapting corporate structure for social responsiveness", California management review, Vol.XXI, N<sup>o</sup>.1, PP:47-54.
- 24- HULL, P,C., ELIZABTH A,W., KHABELE,D., DEAN,C., BOND,B., & MAUREEN,S,. (2014), "HPV vaccine use among African American girls: Qualitative formative research using a participatory social marketing approach", Gynecologic Oncology, Vol.132, Published by Elsevier Inc., PP:S13-S20. Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00908258>>.
- 25- KOTLER, Philip. & ZALTMAN, Gerald. (1971), "Social marketing: An approach to planned social change", Journal of marketing, Vol.85.
- 26- LEFEBVRE, Craig (2012), "Transformative social marketing: co-creating the social marketing discipline and brand", Journal of social marketing [on-line], Vol.2, N<sup>o</sup>.2, Emerald group publishing, PP:118-129. available on:<[www.emeraldinsight.com/2042-6763.htm](http://www.emeraldinsight.com/2042-6763.htm)>.
- 27- LEFEBVRE, Craig. (2011), "An integrative model for social marketing", Journal of Social Marketing [on-line], Vol.1, N<sup>o</sup>.1, Emerald Group Publishing Limited, 2011, PP:54-72. Available on:<<http://www.emeraldinsight.com/loi/jsocm>>.
- 28- MENEGAKI, Angeliki, N. (2012), "A social marketing mix for renewable energy in Europe based on consumer stated preference surveys", Renewable Energy [on-line],

- Vol.39, Elsevier Ltd, PP:30-39. Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/09601481>>.
- 29- PEATTIE,K. & PEATTIE,S. (2009), “Social marketing: a pathway to consumption reduction?”, *Journal of business*, Vol.62, N<sup>o</sup>.2, PP:260-268.
- 30- RAFFIN, Sandrine. (2013), “Le marketing social peut-il améliorer l’efficacité des programmes prévention? ” , *cahiers de Nutrition et de Diététique*, ELSEVIER, Vol 81, N<sup>o</sup> 4, Septembre 2013, PP:184-190.
- 31- ROBINSON, M.N., (2014), “Mass Media Health Communication Campaigns Combined with Health-Related Product Distribution A Community Guide Systematic Review”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.47, N<sup>o</sup>.3, Published by Elsevier Inc., PP:360-371. Available on:<[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(14\)00254-2](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(14)00254-2)>.
- 32- SHEAU-TING, Low., MOHAMMED Abdul Hakim & Choong WENG-WAI, “What is the optimum social marketing mix to market energy conservation behaviour: An empirical study”, *Journal of Environmental Management* [on-line], Vol.31, Elsevier Ltd, PP:196-205. Available on:<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/03014797>>.
- 33- YEUNG & AI (2011), “Socially-marketed rapid diagnostic tests and ACT in the private sector: ten years of experience in Cambodia”, *Malaria Journal*, licensee BioMed Central Ltd., PP:5-14. Available on:<<http://www.malariajournal.com/content/10/1/243>>.
- 34- ETR Associates, **Theories and approaches: Helth belief model** [on-line], Available on:<<http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.theoriesdetail&PageID=13>>.
- 35- LIZEWSKI, Larry. (2010), **The health belief model** [on-line], Available on:<<http://lawrencelizewski.com/attachments/File/HBM.pdf>>.
- 36- SHAW, Alan. (2012), **The health belief model and social marketing** [on-line], Available on:<<http://www.strategic-planet.com/2012/12/the-health-belief-model-and-social-marketing/>>.
- 37- Weinreich, Nedra, Kline. (2006), **What is Social Marketing?** [on-line], Weinreich Communications publications, Available on:<<http://www.social-marketing.com/Whatis.html>>.

## الملحق: استبانة الدراسة

أولاً- المعلومات الشخصية: يرجى وضع علامة (x) أمام الخانة التي ترون أنها مناسبة:

1- الجنس:

ذكر  أنثى 

2- العمر:

أقل من 25 سنة  من 26 إلى 35 سنة  من 36 إلى 45 سنة  من 46 سنة فأكثر 

3- المؤهل العلمي:

ثانوي فما أقل  تقني سامي  جامعي  دراسات عليا  أخرى  حددها:....

4- الوظيفة:

إداري  ممرض  طبيب  أخرى  حددها:....

5- سنوات الخبرة:

أقل من 5 سنة  من 6 إلى 10 سنة  من 11 إلى 15 سنة  من 16 سنة فأكثر 

ثانياً- متغيرات الدراسة: الرجاء وضع إشارة (x) في المكان الذي تراه مناسباً:

رقم	العبارات	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
<b>أولاً- المنتج الاجتماعي</b>						
01	يوفر البرنامج التوعوي* الممارس من قبل مؤسستكم السلوكيات الصحية الواجب اتباعها من طرف الأفراد.					
02	يتضمن البرنامج التوعوي الفوائد التي تعود على الفرد جراء تبنيه للسلوك الصحي المطلوب.					
03	يركز البرنامج التوعوي على المخاطر المتصورة في حالة عدم امتثال الفرد للسلوكيات الصحية المطلوبة.					
04	يعزز البرنامج التوعوي الممارس من قبل مؤسستكم من المعرفة الصحية لدى الأفراد المستهدفين.					
05	تقدم مؤسستكم منتج مادي ملموس يرافق البرنامج التوعوي الصحي.					
06	تركز المؤسسة التابع لها على وضع اسمها في البرنامج التوعوي.					
<b>ثانياً- التسعير الاجتماعي</b>						
07	يستفيد الفرد المستهدف من البرنامج التوعوي من أندية مجانية.					
08	يركز البرنامج التوعوي على قدرة تخلص الفرد من النظرة السلبية من أقرانه في حالة احترامه للسلوكيات الصحية (خاصة للأمراض المعدية).					
09	يشير البرنامج التوعوي إلى عواقب سلوكيات الأفراد غير الصحية.					
10	تركز مؤسستكم في برنامجها التوعوي على اختصار وقت الأفراد المستهدفين من خلال تنقل عمال الصحة إليهم.					
11	يركز البرنامج التوعوي على راحة الأفراد المستهدفين من خلال تنظيم قوافل متنقلة.					

\*البرنامج التوعوي: البرنامج التسويقي الاجتماعي للوقاية من الأمراض الموسمية الممارس من طرف المؤسسات الصحية بولاية الأغواط-الجزائر.-

ثالثا- الترويج الاجتماعي					
				توفر الرسائل الترويجية المستعملة من طرفكم المعلومات الكافية عن البرنامج.	12
				تساهم الرسائل الترويجية التوعوية للبرنامج في نشر الثقافة السلوكية الصحية لدى الأفراد.	13
				أرى أن الرسائل الترويجية التوعوية المصممة تساهم في اقتناع الأفراد بالسلوكيات الصحية المطلوبة.	14
				تلجأ مؤسستكم في برنامجها التوعوي إلى قادة الرأي في المجتمع كالأطباء لكسب ثقة الأفراد المستهدفين.	15
				تعمل مؤسستكم على بث رسائل ترويجية تذكيرية خلال السنة.	16
رابعا- التوزيع الاجتماعي					
				تسعى مؤسستكم لإيصال الأدوية المرافقة للبرنامج التوعوي بطريقة مريحة للأفراد.	17
				توفر مؤسستكم قوافل متنقلة لتوعية الأفراد بالسلوكيات الصحية.	18
				تتيح مؤسستكم طواقم طبية لمن يستجيب للبرنامج التوعوي.	19
				تلجأ مؤسستكم إلى توزيع مطويات البرنامج التوعوي في الشوارع والأماكن العامة لإقناع الأفراد باتباع السلوكيات الصحية المطلوبة.	20
				تقوم مؤسستكم بتنظيم ملتقيات وندوات توضح فيها أهداف البرنامج التوعوي.	21
خامسا- السلوك الصحي					
				سعى الأفراد المستهدفين إلى الاستفادة من المزايا المخصصة لهم في البرنامج التوعوي كتوفر الأدوية المجانية،...الخ.	22
				جاء البرنامج التوعوي الموجه من طرف مؤسستكم قام الأفراد بإجراء فحوصات دورية.	23
				سعى البرنامج التوعوي إلى إكساب الأفراد المستهدفين سلوكيات تتلاءم والشروط الصحية.	24
				ساهم البرنامج التوعوي الموجه من طرف مؤسستكم في ابتعاد الأفراد عن السلوكيات غير الصحية.	25
				ساهم الأفراد المستهدفين في نشر السلوك الصحي بين أفراد عائلاتهم، أصدقائهم،...الخ.	26
				أعتبر قيام المؤسسة الاستشفائية بنفسها بالبرنامج التوعوي أمر مهم في زيادة الوعي الصحي لدى الأفراد.	27