

Effects of Promotional Activities on Consumer Behavioral Intentions to Healthy Lifestyle: An Experimental Study

Seyed Abolfazl Abolfazli^{1*}, Seyed Jafar Zonuzi², Parisa Torabzadeh³

1- Assistant Professor, Faculty of Management and Economy, Urmia University, Urmia, Iran
s.a.abolfazli@gmail.com

2- Assistant Professor, Faculty of Management and Economy, Urmia University, Urmia, Iran
j.zonoozi@gmail.com

3- MA, Business Management, Faculty of Management and Economy, Urmia University, Urmia, Iran
www.parisatorabzadeh@gmail.com

Abstract

Consumers' cognitive beliefs and mental stereotypes are of the most important factors influencing decision-making process and behavioral intentions regarding a healthy lifestyle. The present study investigated the consumers' cognitive patterns regarding drugs and dietary supplements and also examined the effects of drug and supplement marketing on behavioral intentions to a healthy lifestyle. This research was an experimental study and was designed in four separate studies using independent tests and factor analysis. Each study had an independent sample. A total of 400 items were sampled for the whole study. The required data were collected using a scenario-based questionnaire. The findings of the first study showed that drugs will reduce intentions to engage in healthy lifestyle practices (i.e., a boomerang effect). These findings also revealed that the type of remedy (drug and supplement) and the remedy's effectiveness can moderate the boomerang effect. In addition, Findings of the second, third and fourth studies revealed that boomerang effect is the result of two psychological mechanisms. First drugs reduced risk perception and the motivation to engage in complementary health-protective behaviors. Second, Consumers by default associate the drugs with weaknesses and disabilities in the body's natural ability, so the drugs reduce the perception of self-efficacy and natural ability and the tendency for healthy behaviors. These findings were not observed with regard to dietary supplements.

Keywords: Mental Stereotypes, Healthy Lifestyle, Boomerang Effect, Experimental Design.

تأثیر فعالیت‌های ترفیعی بر نیت رفتاری مصرف‌کنندگان نسبت به سبک زندگی سلامت‌محور؛ مطالعه آزمایشی

سید ابوالفضل ابوالفضلی^{۱*}، سید جعفر زونوزی^۲، پریسا تراب‌زاده^۳

۱- استادیار، گروه مدیریت، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
s.a.abolfazli@gmail.com

۲- استادیار، گروه مدیریت، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳- کارشناسی ارشد، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

کلیشه‌های ذهنی و باورهای شناختی مصرف‌کنندگان از محصولات سلامت‌محور از عوامل مهم تأثیرگذار بر فرایند تصمیم‌گیری و نیت آنها نسبت به شاخص‌های زندگی سالم هستند. پژوهش حاضر به بررسی الگوهای شناختی مصرف‌کنندگان درباره داروها و مکمل‌های غذایی و تأثیر فعالیت‌های ترفیعی شرکت‌ها بر نیت رفتاری آنها نسبت به شاخص‌های سبک‌زندگی سلامت‌محور پرداخته است. این پژوهش در قالب یک پژوهش تجربی و در چهار مطالعه جداگانه با استفاده از روش آزمون‌های مستقل و عاملی طراحی شد. هر مطالعه دارای نمونه آماری مستقل بوده و در کل تعداد ۴۰۰ مورد برای کل پژوهش نمونه‌گیری انجام شد. داده‌های پژوهش با استفاده از ابزار پرسشنامه سناریومحور گردآوری شد. بر مبنای یافته‌های مطالعه اول، فعالیت‌های بازاریابی سبب ایجاد اثر بازگشتی در نیت رفتاری مصرف‌کنندگان می‌شوند و میزان تمایل آنها به شاخص‌های زندگی سالم را کاهش می‌دهند. این یافته‌ها همچنین نشان دادند نوع محصول و میزان اثربخشی ادراک‌شده، همچون عوامل تعدیل‌کننده اثر بازگشتی عمل می‌کند. در ادامه، یافته‌های مطالعه دوم، سوم و چهارم نشان دادند که اثر بازگشتی در نیت رفتاری می‌تواند ناشی از دو فرایند روانی باشد: (۱) داروها میزان ادراک از ریسک، اهمیت رفتارهای سلامت‌محور و انگیزه به آنها را در مصرف‌کنندگان کاهش می‌دهند. (۲) مصرف‌کنندگان به‌صورت پیش‌فرض داروها را با ضعف و ناتوانی در توان طبیعی بدن همراه می‌دانند؛ بنابراین داروها میزان ادراک از خودکارآمدی و توانایی طبیعی و تمایل به رفتارهای سالم را در فرد کاهش می‌دهند. این یافته‌ها برای مکمل‌های غذایی مشاهده نشد.

کلید واژه‌ها: کلیشه‌های ذهنی، سبک‌زندگی سلامت‌محور، اثر بازگشتی، طراحی آزمایشی.

۱- مقدمه

از سوی دیگر، ظهور و توسعه اینترنت و رسانه‌های اجتماعی فضای تبلیغات را در عرصه بازاریابی متحول کرده است (مک کی و لیانگ، ۲۰۱۱، گرین و کسسل هیم^۶، ۲۰۱۰). در حالی که بررسی‌های انجام شده نشان از کاهش هزینه‌های صرف شده برای تبلیغات مستقیم به صورت سنتی دارد؛ درصد هزینه‌های صرف شده برای تبلیغات مجازی افزایش سه رقمی را نشان می‌دهد (گرین و کسسل هیم، ۲۰۱۰).

شرکت‌های داروسازی از طریق تبلیغات، مصرف‌کنندگان را درباره بیماری‌ها و روش‌های درمانی آگاه ساخت و اهمیت درگیری مصرف‌کنندگان در فرایند تصمیم‌گیری نسبت به سلامت خویش را برجسته می‌سازند (آدمز و هاردیر^۷، ۲۰۱۷). افزایش میزان تبلیغات مستقیم سبب شده است که محققان به دنبال بررسی اثرات مثبت و منفی آنها بر مصرف‌کنندگان باشند. تأثیر تبلیغات بر فرایند تصمیم‌گیری مصرف‌کنندگان امری انکارناپذیر است؛ اما جهت و چگونگی این تأثیرگذاری همیشه پیش‌بینی‌پذیر نیست (سینگ و اسمیت^۸، ۲۰۰۵).

باتوجه به افزایش میزان بیماری‌های دوره‌ای و نیز اهمیت سبک زندگی سلامت‌محور در پیشگیری و درمان آنها حجم بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر فعالیت‌های تبلیغی محصولات دارویی بر نیت رفتاری مصرف‌کنندگان نسبت به سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته‌اند.

سبک زندگی سلامت‌محور^۹، عامل تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش میزان مرگ‌ومیر و بهبود سطح سلامت عمومی افراد جامعه شناخته می‌شود

مطالعه رفتار مصرف‌کننده در تمام ابعاد آن، بازاریابان را به پیش‌بینی نوع واکنش مصرف‌کنندگان به پیام‌های ترفیعی، دلیل خرید آنها و درک رفتار مصرفی آنها قادر می‌کند. امروزه، بازاریابان پی برده‌اند که هرچه اطلاعات بیشتری درباره مصرف‌کنندگان و چرایی رفتارها و واکنش‌های آنها داشته باشند، از توان بیشتری برای تدوین راهبردها و تصمیم‌های بازاریابی برخوردار خواهند بود (شیفمن و کانوک^۱، ۲۰۰۷: ۵۱).

در حال حاضر، تبلیغات و اطلاع‌رسانی در کسب‌وکار به بخش جدایی‌ناپذیر در واحدهای اقتصادی مبدل شده است که صنعت داروسازی نیز از این قاعده مستثنی نیست (ریعی، محمدیان و برادران جمیلی، ۱۳۹۰). تبلیغ مستقیم به مصرف‌کنندگان^۲ در عرصه دارویی یک صنعت پرونق و رو به رشد است. شرکت‌های دارویی در سال ۲۰۰۹ در حدود ۴/۵ میلیارد دلار برای تبلیغات در ایالت متحده آمریکا هزینه کرده‌اند (مک کی، کوکو و لیانگ^۳، ۲۰۱۵).

ظهور تبلیغات مستقیم به مصرف‌کنندگان در اواخر دهه ۹۰ میلادی فرصت‌های جدیدی را برای ایجاد تنوع در استراتژی‌های بازاریابی ایجاد کرده و بر میزان فروش و استفاده از داروها تأثیر گذاشته است (وانگ و کسسل هیم^۴، ۲۰۱۳). باوجود اینکه این شکل از تبلیغات فقط در کشورهای ایالت متحده آمریکا و نیوزیلند قانونی است، در کشورهای دیگر نیز از سایر روش‌های مستقیم و غیرمستقیم استفاده می‌شود (مک کی و لیانگ^۵، ۲۰۱۲).

¹ Schiffman & Kanuk

² Direct-to-consumer advertising (DTCA)

³ Mackey, Cuomo & Liang

⁴ Wang & Kesselheim

⁵ Mackey & Liang

⁶ Greene & Kesselheim

⁷ Adams & Harder

⁸ Singh & Smith

⁹ Healthy lifestyle

(یانگ، هی، وانگ، لیو، شنگ و گانگ^۱، ۲۰۱۵). اطلاعات موجود حاکی از آن است که در سال‌های اخیر در ایران روند بیماری‌های مزمن در وضعیت هشداردهنده‌ای قرار گرفته است. چاقی و اضافه وزن در درصد فراوانی از جمعیت کشور دیده می‌شود که این امر زمینه‌ساز بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و انواع سرطان‌هاست. یکی از دلایل عمده بروز چنین مشکلاتی در جمعیت ایران تغییر الگوی مصرف و رفتارهای نامطلوب غذایی می‌باشد (نقشه جامع سلامت عمومی، ۱۳۸۹).

باتوجه به اینکه هدف اصلی تبلیغات مستقیم به مصرف‌کنندگان افزایش میزان فروش در شرکت‌های داروسازی است، بررسی چگونگی تأثیر این فعالیت‌ها بر ادراک مصرف‌کنندگان از تغییرات در سبک زندگی به منظور درمان یا پیشگیری از بیماری‌ها و به‌طور کلی سبک زندگی سلامت‌محور از اهمیت بسیاری برخوردار است. پژوهش‌های متعدد روش‌های مختلف شکل‌گیری رفتارهای سلامت به وسیله تبلیغات مستقیم به مصرف‌کنندگان را بررسی کرده‌اند. بررسی انجام‌شده در سال ۲۰۰۴ در میان مصرف‌کنندگان نشان داد تبلیغ مستقیم محصولات دارویی سبب شده است ۲۷ درصد آمریکایی‌ها درباره موضوعاتی که از پیش نمی‌دانستند، با پزشک خود صحبت کنند (آیکین، سوواسی و برامن^۲، ۲۰۰۴). تبلیغ مستقیم محصولات دارویی به مصرف‌کنندگان در کنار اثرات خواسته‌شده ممکن است اثرات ناخواسته‌ای نیز بر رفتارهای مراقبتی داشته باشد.

تبلیغ محصولات کاهش‌دهنده ریسک می‌تواند میزان ادراک از ریسک را کاهش و میزان تمایل به

رفتارهای پرخطر را افزایش دهد (اثر بازگشتی یا پدیده جبران ریسک). بولتون، کوهن و بلووم^۳ (۲۰۰۶) این اثرات را در مجموعه‌ای از مطالعات تصادفی در حوزه‌های مختلفی از ریسک، از جمله سیگار کشیدن، مصرف غذاهای پرچرب و ... بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش انجام‌شده نشان داد که تبلیغ محصولات سلامت‌محور می‌تواند به شکل‌گیری اثر بازگشتی در نیات رفتاری مصرف‌کنندگان سبب شده و با کاهش میزان ادراک از ریسک، میزان تمایل به رفتارهای سلامت‌محور را در میان مصرف‌کنندگان کاهش دهد. آنها معتقد بودند که محصولات سلامت‌محور با وعده مدیریت و کنترل تهدیدهای احتمالی رفتارهای ناسالم، هزینه ناشی از این‌گونه رفتارها را در نظر فرد کاهش می‌دهند و با مدیریت تهدید ناشی از رفتارهای ناسالم در سایه امنیت روانی ایجادشده در فرد میزان ادراک از ریسک را در او کاهش می‌دهند. کاهش تمایل به رفتارهای سلامت‌محور می‌تواند به منافع مصرف‌کنندگان و جامعه آسیب‌های جبران‌ناپذیر مادی و معنوی وارد کند.

باوجود اهمیت این موضوع، بررسی‌های ما نشان داده که تاکنون پژوهشی در این زمینه و با استفاده از روش‌های آزمایشی در ایران انجام نگرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر با تکیه بر روش‌های پژوهش آزمایشی و با ایجاد موقعیت‌های آزمایشی مختلف در چهار مطالعه جداگانه، تأثیر فعالیت‌های ترفیعی بر نیات رفتاری مصرف‌کنندگان بعد از خرید داروها و مکمل‌های غذایی بررسی و فرایند روانی که سبب ایجاد چنین واکنش‌های در مصرف‌کنندگان می‌شود، بررسی و تحلیل شد.

¹ Yang, He, Wang, Liu, Shen & Gong

² Aikin, Swasy & Braman

³ Bolton, Cohen & Bloom

جدول ۱: پیشنه‌های تاریخی پژوهش

یافته‌ها	تاریخ انتشار	نویسندگان
درحالی‌که مصرف‌کنندگان عموماً درک مطلوبی از تبلیغات داروهای نسخه‌ای ندارند، نیات رفتاری آنها تحت تأثیر افزایش آگاهی درباره‌ی داروهایی با مارک خاص قرار دارد. مصرف‌کنندگان از اطلاعات ارائه‌شده در تبلیغات مستقیم احساس قدرت می‌کنند و نسبت به تلاش‌های دولت برای تنظیم قوانین تبلیغاتی ابراز نگرانی می‌کنند.	۲۰۰۵	سینگ و اسمیت
تبلیغ مستقیم محصولات دارویی می‌تواند تأثیرات مثبت و منفی بر مصرف‌کنندگان داشته باشد. درک تأثیرات مثبت تبلیغات مستقیم می‌تواند تأثیر شگرفی بر سلامت عمومی جامعه داشته باشد. از سوی دیگر، این نوع از فعالیت‌ها می‌تواند تأثیرات منفی بر نیات رفتاری مصرف‌کنندگان داشته باشد.	۲۰۱۱	ونتولا
تبلیغ محصولات دارویی می‌تواند با کاهش میزان ادراک از ریسک میزان تمایل به رفتارهای مراقبتی را در مصرف‌کنندگان کاهش دهد.	۲۰۰۶	بولتون و همکاران
برخلاف پژوهش‌های پیشین، نتایج حاصل نشان داد که میان اثر بازگشتی ناشی از تبلیغات مستقیم بر مصرف‌کنندگان اندک بوده و تبلیغات مستقیم نه تنها میزان تمایل به رفتارهای مراقبتی را در مصرف‌کنندگان کاهش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند به افزایش تمایل به رفتارهای مراقبتی نیز منجر شود.	۲۰۱۶	ماتور و همکاران
تبلیغ مستقیم به مصرف‌کنندگان می‌تواند سبب شکل‌گیری احساس گناه نسبت به مواد غذایی در مصرف‌کنندگان شود.	۲۰۱۵	کروگر و همکاران

۲- توسعه فرضیه‌های پژوهش

رفتار مراقبتی سالم حاصل برآیند احتمال و شدت درک‌شده از پیامدهای رفتار ناسالم، اثربخشی ادراک‌شده از رفتار مراقبتی پیشنهادی و موانع و هزینه‌های درک‌شده برای انجام رفتار سالم مراقبتی است (وینشتاین^۱، ۱۹۹۳). درواقع هرچه فرد ادراک بیشتری از شدت پیامدهای رفتار ناسالم داشته باشد، احتمال گرایش به رفتارهای ناسالم در وی کمتر خواهد بود. به عبارتی هر میزان ادراک از ریسک زیاد باشد، تمایل به رفتار در فرد کمتر خواهد بود. بر این اساس، محصولات سلامت محور می‌توانند با وعده مدیریت خطر احتمالی و آسیب ناشی از رفتارهای ناسالم سبب

کاهش میزان ادراک از ریسک در مصرف‌کنندگان شوند و تمایل آنها را به رفتارهای پیشگیرانه کاهش دهند. پژوهش‌های متعدد در زمینه جبران ریسک، کاهش میزان ادراک از ریسک در نتیجه محصولات سلامت محور را در حوزه‌های متعدد تأیید کرده‌اند (بولتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ کودر و همکاران^۲، ۲۰۰۹؛ بولتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ کارپنتر و استهر^۳، ۲۰۰۸؛ بری و همکاران^۴، ۲۰۱۷؛ روسل و همکاران^۵، ۲۰۱۹).

نکته‌ای مطرح‌شده در ادامه این است که تأکید بر اثربخشی محصول سلامت محور در تبلیغات و در نتیجه اثربخشی ادراک‌شده از محصول در مصرف‌کنندگان

^۲ Coder et al.^۳ Carpenter & Stehr^۴ Berry et al.^۵ Russell et al.^۱ Weinstein

به‌تنهایی قادر به درمان، کاهش درد یا پیشگیری است و برای داشتن عملکرد مناسب، نیازی به رفتارهای سالم مراقبتی ندارد؛ درواقع دارو خود به‌تنهایی امکان کاهش ریسک رفتارهای ناسالم را دارد، حال آنکه مکمل‌های غذایی به‌تنهایی کارایی کافی را ندارند. با در نظر گرفتن این موارد می‌توان این‌چنین نیز نتیجه گرفت مصرف‌کننده‌ای که دارو مصرف می‌کند، نسبت به فردی که مکمل غذایی برای تنظیم وزن استفاده می‌کند، انگیزه کمتری برای در پیش گرفتن رفتارهای مراقبتی خواهد داشت.

از سوی دیگر با توجه به اینکه مهم‌ترین ویژگی داروها درمان یا تسکین درد است، بنابراین به‌صورت پیش‌فرض با وضعیت جسمانی نامطلوب در ارتباط‌اند؛ درحالی‌که مکمل‌های غذایی چنین ویژگی را ندارند. به‌طور کلی به نظر می‌رسد داروها میزان ادراک فرد از سلامتی و خودکارآمدی^۲ را به‌عنوان توانایی لازم برای انجام رفتار سالم مراقبتی را کاهش خواهند داد و در نتیجه فرد بیمار توانایی خویش برای انجام رفتارهای سالم برای بازیابی سلامتی را کافی نخواهد دانست و برای دستیابی به وضعیت جسمانی مطلوب به ابزارهای بیرونی متوسل خواهد شد. با توجه به موارد گفته‌شده می‌توان استدلال کرد که شکل‌گیری اثر بازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان ممکن است ناشی از دو فرایند روانی باشد؛ بنابراین:

فرضیه ۲ (الف): داروها (در مقایسه با مکمل‌های غذایی) میزان ادراک از ریسک، اهمیت رفتارهای مکمل مراقبتی و انگیزه برای رفتارهای مکمل مراقبتی را کاهش می‌دهند.

فرضیه ۲ (ب): داروها (در مقایسه با مکمل‌های

چه تأثیری بر اثر بازگشتی و ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان خواهد داشت. در پژوهش کنونی، داروها و مکمل‌های غذایی ویژه تنظیم وزن که دو زیرشاخه مهم و پر فروش از محصولات سلامت محورند، به‌صورت خاص شایان توجه قرار گرفتند.

دارو در اصلاح علمی به هر گونه ماده‌ای گفته می‌شود که برای تشخیص، درمان، کاهش و تسکین درد یا پیشگیری از بیماری با هدف تأثیرگذاری روی ساختار یا عملکرد بدن به کار گرفته می‌شود؛ درحالی‌که مکمل غذایی به ماده‌ای گفته می‌شود که با هدف تکمیل یا غنی‌سازی رژیم غذایی استفاده شود و جنبه درمانی ندارد (ماسون^۱، ۱۹۹۸).

با در نظر گرفتن موارد گفته‌شده به نظر می‌رسد که داروها در مقایسه با مکمل‌های غذایی به شکل‌گیری بیشتر اثر بازگشتی بر ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان نسبت به رفتارهای سبک زندگی سالم سبب شوند. بنابراین می‌توان این‌چنین استدلال کرد که:

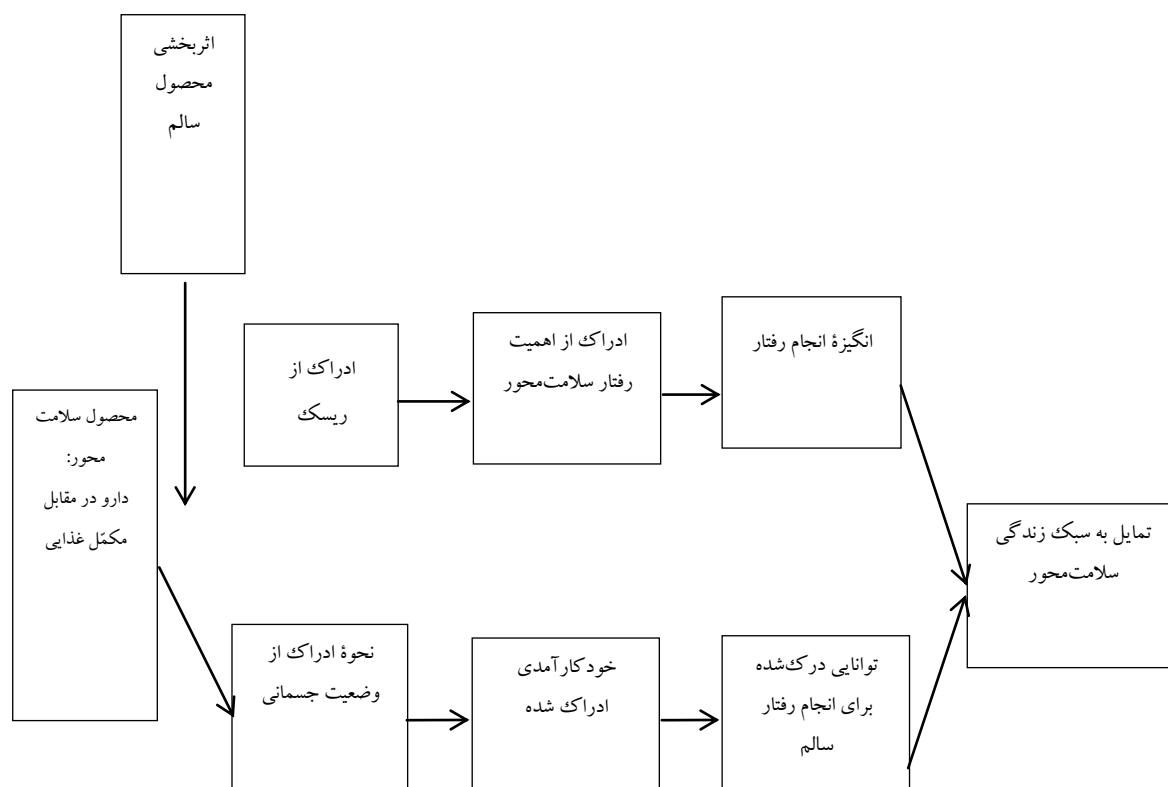
فرضیه ۱: ادراک اثربخشی بالا از داروها (در مقایسه با مکمل‌های غذایی) سبب کاهش ادراک از ریسک و کاهش تمایل به رفتار سلامت‌محور می‌شود (وقوع اثر بازگشتی).

مکمل در لغت به معنی تکمیل‌کننده و کامل‌کننده است (پارسی و یکی، ۱۳۹۸). با توجه به این تعریف احتمالاً مکمل‌های غذایی در میان مصرف‌کنندگان، بخشی از مجموعه رفتارهای سالم مراقبتی تعریف خواهند شد که در کنار هم انجام آنها برای مراقبت از سلامتی لازم است. به عبارتی مکمل‌ها و رفتارهای سالم مراقبتی اعم از تغذیه سالم و فعالیت‌های جسمانی لازم و مکمل یکدیگر خواهند بود. درحالی‌که دارو خود

² Self- efficacy

¹Mason

بازگشتی ایجاد شده در نتیجه فعالیت‌های بازاریابی در نیت رفتاری مصرف‌کنندگان را کاهش دهد. بر این مبنای زمانی که توانایی ادراک شده در فرد بالا باشد، فرد دارای انگیزه زیادی برای انجام رفتار سالم تمایل فراوانی نشان خواهد داد؛ در حالی که اگر توانایی ادراک شده کم باشد، انگیزش تأثیر کمی در هدایت به سمت رفتار سالم خواهد داشت؛ زیرا حتی افراد با انگیزه هم خود را قادر به انجام رفتار مدنظر نخواهند دید. به عبارتی انگیزه زمانی به رفتار منجر خواهد شد که فرد توانایی جسمانی لازم برای انجام آن را نیز در خود ادراک کند. با توجه به موارد گفته شده می‌توان این چنین استدلال کرد که:



نمودار ۱: شمای کلی فرایند روانی ایجاد کننده اثر بازگشتی در نیت رفتاری (برگرفته از بولتون و همکاران، ۲۰۰۸)

غذایی) ادراک از وضعیت جسمانی، ادراک از خودکارآمدی و ادراک از توانایی لازم برای انجام رفتارهای مکمل مراقبتی را کاهش می‌دهند.

افزون بر موارد گفته شده، نظریه‌های سنتی رفتار، انگیزش و خودکارآمدی را دو مؤلفه مهم در پیش‌بینی رفتار سالم می‌دانند (وینشتاین، ۱۹۹۳). بنابراین ضعف در هر کدام از این دو عامل می‌تواند در کاهش تمایل به رفتارهای سالم مراقبتی و سبک زندگی سلامت محور مؤثر باشد. اما نکته‌ای که مطالعه حاضر بر آن تأکید داشت، بررسی اثر تعاملی انگیزش و خودکارآمدی بر تمایل به رفتارهای سالم مراقبتی بود. به نظر می‌رسد تعامل انگیزش و خودکارآمدی می‌تواند میزان تمایل به رفتارهای سلامت محور را افزایش و میزان اثر

فرضیه ۳: تعامل هم‌زمان انگیزه و توانایی جسمی میزان اثر بازگشتی در رفتارهای مصرف‌کنندگان را کاهش و تمایل به رفتارهای سلامت محور را افزایش می‌دهد.

۳- مروری کلی بر روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است. این پژوهش با استفاده از روش پژوهش‌های آزمایشی و در قالب چهار مطالعه جداگانه طراحی شده است. در مطالعه اول فرضیه (۱)، در مطالعه دوم مجدداً فرضیه (۱) همراه با فرضیه (۲) و در مطالعه سوم ضمن آزمون مجدد فرضیه‌های (۱) و (۲)، فرضیه (۳) نیز آزمون شده است. در پژوهش‌های آزمایشی تأثیر متغیرها و شرایط محیطی روی یک گروه از آزمودنی‌ها بررسی می‌شود. در این روش با دست‌کاری متغیر مستقل می‌توان متغیر وابسته را سنجید و روابط علی و معلولی بین آنها را بررسی کرد. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر غیرتصادفی و از نوع در دسترس بود و برای گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه سناریومحور استفاده شد. پژوهش آزمایشی مبتنی بر سناریو شامل نسخه‌های توصیفی متعدد از ابعاد گوناگون یک عامل (متغیر مستقل) است تا اطلاعات نوشتاری را درباره آن در اختیار افراد قرار دهند (الکساندر و بکر، ۱۹۷۸).

۴- مطالعه اول

هدف این مطالعه بررسی واکنش مصرف‌کنندگان نسبت به فعالیت‌های بازاریابی در حوزه داروها و مکمل‌های غذایی و به‌طور کلی تأثیر فعالیت‌های بازاریابی محصولات سلامت‌محور بر ادراک از ریسک و تمایل به سبک زندگی سلامت‌محور در مصرف‌کنندگان و نقش اثربخشی ادراک شده بود.

۴-۱ روش‌شناسی مطالعه

جامعه آماری و روش طراحی: متغیرهای این

مطالعه، شامل متغیر محصول سلامت‌محور و متغیر اثربخشی، متغیرهای مستقل و متغیر ثبات رفتاری (تمایل به رفتارهای سلامت‌محور) متغیر وابسته بودند. متغیر شبه‌مستقل محصول سلامت‌محور در دو سطح دارو و مکمل غذایی و متغیر اثربخشی در دو سطح اثربخشی زیاد و اثربخشی پایین را پژوهشگر دست‌کاری کرده است. این مطالعه یک پژوهش عاملی ۲×۲ به شکل (بالا در مقابل پایین: اثربخشی) ۲×۲ (دارو در مقابل مکمل غذایی: محصول سالم) ۲ با چهار موقعیت آزمایشی بود. برای اجرای این پژوهش از روش آزمون‌های مستقل استفاده شد. پرسشنامه طراحی شده به صورت متن تبلیغی درباره یک دارو یا یک مکمل غذایی بود که در متن آن اثربخشی دارو یا اثربخشی مکمل غذایی در دو سطح بالا و پایین نسبت به موقعیت آزمایشی مدنظر با عبارات مناسب دست‌کاری شده بود. جامعه آماری این مطالعه افرادی بودند که با پیامدهای ناشی از یک رفتار ناسالم درگیر بودند. در این زمینه، تغذیه ناسالم، یک رفتار ناسالم شایع و کلسترول بالا پیامد ناشی از آن بررسی شدند؛ بنابراین جامعه آماری هدف این مطالعه افراد دارای کلسترول بالا بودند که طی دو ماه به یک آزمایشگاه برای انجام آزمایش کلسترول مراجعه کرده‌اند. از این تعداد ۱۲۰ نفر به صورت کاملاً تصادفی نمونه‌گیری شده و به یکی از موقعیت‌های آزمایشی نسبت داده شدند و از آنها خواسته شد که یکی از چهار پرسشنامه دست‌کاری شده را تکمیل کنند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مشخصات جمعیت‌شناختی (سن و جنسیت)

مجموع	< ۶۰	۵۰-۵۹	۴۰-۴۹	۳۰-۳۹	۲۰-۲۹
۵۵	۱۱	۱۰	۱۵	۱۵	۴
۴۵	۱۲	۱۰	۸	۱۲	۳
۱۰۰	۲۳	۲۰	۲۳	۲۷	۷

نتایج در نتیجه مصرف مکمل‌های غذایی مشاهده نشد.

$M_{high} = 4.84 (0.85)$ vs. $M_{low} = 2.76 (0.59)$; $F(1, 96) = 105.522, p < 0.05$

تحلیل نتایج آزمون آنوا درباره ادراک از ریسک نیز نشان داد که اثر تعاملی^۱ دو عامل محصول سلامت محور و اثربخشی بر میزان ادراک از ریسک (ضرورت مصرف غذای کم چرب) معنادار بوده است:

$(F(1,96) = 24.176, p < 0.05)$

در ادامه با توجه به معناداری اثر تعاملی، بررسی نتایج آزمون اثرات ساده نشان داد که میزان ادراک از ریسک در سطوح دو گانه محصول سلامت محور به ازای سطوح دو گانه اثربخشی یکسان نبوده است.

$M_{high} = 1.32 (0.47)$ vs. $M_{low} = 2.32 (0.47)$; $F(1, 96) = 31.447, p < 0.05$

درواقع بررسی انجام شده نشان داد که میانگین ادراک از ریسک در پاسخ دهندگانی که در موقعیت دارو با اثربخشی بالا قرار داشتند، نسبت به پاسخ دهندگانی که در موقعیت دارو با اثربخشی پایین بودند، به صورت معناداری پایین بود (وقوع اثربازگشتی). در واقع با افزایش ادراک از اثربخشی دارو مصرف کنندگان ضرورت زیادی برای انجام رفتار سالم پیشنهادی (مصرف غذای کم چرب) احساس نکردند. این نتایج در نتیجه مصرف مکمل‌های غذایی مشاهده نشد.

$M_{high} = 4.12 (0.78)$ vs. $M_{low} = 3.88 (0.72)$; $F(1, 96) = 1.811, p < 0.05$

در ادامه زمانی که عامل ادراک از ریسک به مدل تیات رفتاری اضافه شد، اثر اصلی عامل ادراک از ریسک بر میزان تمایل به رفتار سالم معنادار بود؛ اما تعامل ایجاد شده از لحاظ آماری قابل توجه نبود ($F < 1$). بنابراین می توان ادراک از ریسک را عاملی تأثیر گذار بر میزان تمایل به رفتار سالم به شمار آورد.

بحث و نتیجه گیری

بر مبنای نتایج آزمون آنوای دوطرفه، اثر تعاملی دو عامل محصول سلامت محور و اثربخشی بر میزان گرایش به رفتارهای سالم معنادار بود ($F(1,96) = 244.761, p < 0.05$). به عبارتی اثر هم‌زمان محصول سلامت محور و اثربخشی بر تیات رفتاری مصرف کنندگان از لحاظ آماری معنادار و میزان این اثر بر مبنای ضریب اتا ۰/۷۱۸ بود. در ادامه با توجه به معناداری تعامل دو عامل محصول سلامت محور و اثربخشی نتایج آزمون اثرات ساده نشان داد که میزان گرایش به رفتار سالم در سطوح دو گانه محصول سلامت محور به ازای سطوح دو گانه اثربخشی یکسان نیست. (M_{high} = میانگین محصول با اثربخشی بالا؛ M_{low} = میانگین محصول با اثربخشی پایین)

$M_{high} = 0.68 (0.55)$ vs. $M_{low} = 3.08 (0.81)$; $F(1, 96) = 140.488, p < 0.05$

بررسی‌ها همچنین نشان داد که میانگین تمایل به رفتار سالم در میان پاسخ دهندگانی که در موقعیت دارو با اثربخشی بالا قرار داشتند، نسبت به پاسخ دهندگانی که در موقعیت دارو با اثربخشی پایین بودند، به شکل معناداری پایین بود (وقوع اثر بازگشتی). در واقع با افزایش ادراک از اثربخشی دارو مصرف کنندگان تمایل زیادی برای انجام رفتار سالم پیشنهادی در خود احساس نکرده‌اند. این در حالی است که در نتیجه کاهش ادراک از اثربخشی میزان تمایل بیشتری نسبت به رفتارهای سالم مشاهده شد. بنابر نتایج مشاهده شده می توان نقش عامل اثربخشی را به منزله یک متغیر تعدیل گر تأیید کرد. این در حالی است که چنین

¹ Interaction effect

رفتارهای مکمل سلامت محور بودند. در ادامه، پژوهشگر متغیر مستقل اطلاعات دارویی در چهار سطح را دست‌کاری کرد. ارزیابی تأثیر تغییر در متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته به صورت مرحله به مرحله و جداگانه انجام گرفت. برای این منظور از روش آزمون‌های مستقل استفاده شد.

پرسشنامه طراحی شده شامل دو بخش و در قالب مقیاس افتراق معنایی بود. پاسخ‌دهندگان در ابتدا به چندین سؤال جمعیت‌شناختی از جمله سن و جنسیت پاسخ دادند؛ سپس در ادامه در بخش اول پرسشنامه از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود که به یک سؤال باز درباره تعریف داروها و مکمل‌های غذایی پاسخ دهند. در بخش دوم نیز از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود که پس از مطالعه یک سناریوی کوتاه درباره یک داروی آزاد و یک مکمل غذایی مناسب برای تنظیم وزن به سؤالات مطرح شده پاسخ دهند. در این سناریو اطلاعات ارائه شده درباره اثربخشی و ایمنی دارو و مکمل غذایی در چهار سطح (ایمنی یکسان، دارو اثربخش‌تر/ ایمنی یکسان، مکمل غذایی اثربخش‌تر/ ایمنی و اثربخشی یکسان/ بدون ذکر اطلاعات خاص درباره ایمنی و اثربخشی) دست‌کاری شده بود. جامعه آماری پژوهش کارکنان و دانشجویان دانشگاه ارومیه بودند. استفاده از دانشجویان دانشگاهی برای نمونه آماری در این گونه پژوهش‌ها باتوجه به نمونه‌های مشابه قبلی روش مناسبی است؛ زیرا نمونه‌های همگنی محسوب می‌شوند و از این لحاظ سبب کاهش واریانس درون‌گروهی شده و در نتیجه می‌توان به نتایج قطعی‌تری دست یافت (شائو، ۱۹۹۹). حجم نمونه انتخابی ۱۰۰ نفر و به‌ازای هر موقعیت آزمایشی باتوجه به تحقیقات گذشته ۲۵ نفر بود

به‌طور کلی باتوجه به نتایج حاصل و تحلیل‌های انجام‌شده میزان ادراک از ریسک و تمایل به انجام رفتار سالم هدف‌گیری‌شده در میان افرادی که در موقعیت دارو با اثربخشی زیاد قرار داشتند، نسبت به افرادی که در موقعیت دارو با اثربخشی پایین قرار داشتند، به صورت معناداری پایین بود. یافته‌های حاصل وقوع اثر بازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان در نتیجه مصرف دارو با اثربخشی بالا را تأیید کردند. در حالی که اثر بازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان در نتیجه معرفی مکمل‌های غذایی شکل نگرفت.

این یافته‌ها فرضیه ۱ و ۲ (الف) را تأیید کردند.

۵- مطالعه دوم

هدف اصلی در این مطالعه، بررسی دلایل شکل‌گیری واکنش‌های متفاوت در مصرف‌کنندگان برائت فعالیت‌های بازاریابی در حوزه داروها و مکمل‌های غذایی بود. در این زمینه، نخست ادراک مصرف‌کنندگان از تعریف داروها و مکمل‌های غذایی آزاد (بدون نسخه) و سپس ادراک مصرف‌کنندگان احتمالی از وضعیت سلامتی^۱ و اهمیت و ضرورت رفتارهای مکمل سلامت محور بررسی شد.

۵-۱ روش‌شناسی مطالعه

جامعه آماری و روش طراحی: این بخش از پژوهش به صورت خاص روی داروهای بدون نسخه (آزاد) و مکمل‌های غذایی متمرکز بود. متغیرهای این پژوهش، اطلاعات دارویی، ثبات رفتاری، ادراک از وضعیت جسمانی (سلامتی) و باورهای فرد درباره لزوم

¹ Health perception

(لی، شائو و چوو، ۲۰۰۴؛ شاکری، حیدرزاده، غفاری، ۱۳۹۷). مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در این بخش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: مشخصات جمعیت‌شناختی (سن و جنسیت)

	۱۸-۲۲	۲۳-۲۷	۲۷<	مجموع
خانم	۳۶	۲۱	۳	۶۰
آقا	۲۴	۱۲	۴	۴۰
مجموع	۶۰	۳۳	۷	۱۰۰

یک طرفه تک عاملی نشان داد که بین میانگین مقادیر متغیر وابسته (تمایل به رفتارهای سلامت محور)، در نقش تابعی از متغیر مستقل اطلاعات در بین موقعیت‌های آزمایشی ایمنی یکسان و اثربخشی به ترتیب بالا، پایین یا یکسان برای دارو در مقایسه با مکمل غذایی تفاوت چشمگیری وجود نداشت ($F < 1$). افزون بر آن تحلیل بیشتر نتایج نشان داد که میانگین مقادیر متغیر وابسته در هر سه موقعیت آزمایشی به صورت معناداری از مرکز مقیاس اندازه‌گیری فاصله داشته و به قطب مکمل غذایی نزدیک تر بوده است (جدول ۴). به عبارت دیگر از نظر پاسخ دهندگان لزوم انجام رفتارهای سالم (ورزش و رژیم غذایی کم چرب) درباره مکمل‌های غذایی نسبت به داروها بیشتر بوده است.

در ادامه تحلیل نتایج به دست آمده نشان داد زمانی که سناریوی مطرح شده بدون دادن اطلاعاتی درباره ایمنی و اثربخشی دارو و مکمل غذایی در اختیار پاسخ دهندگان قرار داده شده است، میانگین مقادیر به دست آمده برای تیات رفتاری از مرکز مقیاس اندازه‌گیری نسبت به موقعیت‌های دیگر فاصله بیشتری داشته و به قطب مکمل غذایی نزدیک تر بوده است. به طور کلی تحلیل نتایج به دست آمده نشان داد که از نظر پاسخ دهندگان انجام رفتارهای سالم هدف‌گیری شده فقط در نتیجه مصرف مکمل‌های غذایی ضرورت دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: تحلیل پاسخ‌های پاسخ دهندگان به پرسش باز با کمک و نظر استادان صاحب نظر انجام گرفت. تحلیل پاسخ‌ها نشان داد که پاسخ دهندگان میزان ارتباط داروها با بیماری‌ها را ۵۸ درصد می‌دانستند؛ در حالی که تنها درصد مکمل‌های غذایی را با بیماری‌ها و وضعیت بد جسمانی در ارتباط می‌دانستند. همچنین از نظر پاسخ دهندگان مکمل‌های غذایی تا ۲۵ درصد در راستای عملکرد اعضای بدن یا ارتقا و بهبود عملکرد آنها کار می‌کنند؛ در حالی که درباره داروها چنین نظری نداشتند و عملکرد داروها را تنها تا ۴ درصد در راستای ارتقا و بهبود عملکرد اعضای بدن می‌دانستند و معتقد بودند که داروها بیشتر برای درمان به کار می‌روند و خاصیت تقویت‌کنندگی داروها در مقایسه با مکمل‌های غذایی پایین است. افزون بر آن، از نظر پاسخ دهندگان سخت‌گیری‌های قانونی برای تولید و بازاریابی داروها و همچنین میزان نیاز به نسخه پزشک برای خریداری در داروها نسبت به مکمل‌های غذایی بیشتر است. بررسی پاسخ‌ها همچنین نشان داد که پاسخ دهندگان معتقد بودند که داروها بیشتر منشاء شیمیایی دارند؛ در حالی که مکمل‌های غذایی بیشتر منشاء طبیعی و گیاهی دارند. این یافته‌ها دلایل کیفی لازم در تأیید فرضیه‌های ۲ (الف) و ۲ (ب) را فراهم کردند.

شاخص‌های رفتاری: تحلیل نتایج آنوای

درواقع از دید پاسخ‌دهندگان هم‌زمان با مصرف داروی تنظیم وزن، نیازی به ورزش کردن یا پیروی از یک رژیم غذایی کم‌چرب وجود ندارد. این شواهد وقوع اثر بازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان در نتیجه مصرف دارو را تأیید می‌کند. نتایج حاصل در تأیید با اثر بازگشتی بحث‌شده در فرضیه (۱) بودند.

جدول ۴: میانگین و اختلاف میانگین در هر سه موقعیت آزمایشی

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شرایط اطلاعاتی
۲۵	۰/۲۳۵	۵/۳۶	ایمنی یکسان- مکمل اثربخش‌تر
۲۵	۰/۲۴۵	۵/۳۱	ایمنی یکسان- دارو اثربخش‌تر
۲۵	۰/۳۲۱	۵/۲۸۸	ایمنی یکسان- اثربخشی یکسان

نکته: مقادیر میانگین سلول‌ها به صورت معناداری از مرکز مقیاس اندازه‌گیری (۳/۵) فاصله داشتند ($sig < .05$).

موقعیت آزمایشی نیز نه تنها صادق بود، بلکه نزدیکی بیشتر میانگین موقعیت چهارم به قطب مکمل غذایی را نشان داد. به‌طور کلی تحلیل نتایج بالا همچنین نشان داد که اولاً از نظر پاسخ‌دهندگان انجام رفتارهای سالم در صورت مصرف مکمل غذایی اهمیت زیادی دارد؛ ثانیاً ادراک پاسخ‌دهندگان از وضعیت جسمانی فردی که دارو مصرف می‌کند، به‌صورت پیش‌فرض ضعیف است. نتایج حاصل در تأیید با فرضیه‌های ۲ (الف) و ۲ (ب) بودند.

نتایج تجزیه و تحلیل میانجی برای بررسی نقش هم‌زمان ادراک از وضعیت جسمانی و ادراک از اهمیت رفتار سالم در شاخص‌های رفتاری فرد همچنین نشان داد که اولاً در شاخص‌های رفتاری فرد میزان گرایش به رفتار سالم در مکمل‌های غذایی در مقایسه با داروها، به‌خصوص زمانی که هیچ‌گونه اطلاعاتی درباره‌ی ایمنی و اثربخشی ارائه نمی‌شود، بیشتر است. ثانیاً در تحلیل‌های مربوط به ادراک از وضعیت جسمانی و ادراک از اهمیت رفتار سالم نیز گرایش به رفتار سالم در مکمل‌های غذایی در مقایسه با داروها، به‌خصوص زمانی که هیچ‌گونه اطلاعاتی درباره‌ی ایمنی و اثربخشی ارائه نمی‌شود، بیشتر است. ثالثاً زمانی که دو متغیر

فرایندهای روانی: تحلیل نتایج حاصل نشان داد که نه تنها بین میانگین مقادیر متغیر وابسته ادراک از وضعیت سلامتی به‌عنوان تابعی از متغیر مستقل اطلاعات در بین موقعیت‌های آزمایشی ایمنی یکسان و اثربخشی به ترتیب بالا، پایین یا یکسان برای دارو در مقایسه با مکمل غذایی تفاوت آنچنانی وجود نداشت ($F < 1$)؛ در درجه‌بندی صورت گرفته نیز به قطب مکمل غذایی نزدیک‌تر بوده است.

تحلیل نتایج آن‌وا برای متغیر ادراک مصرف‌کنندگان احتمالی از اهمیت رفتار سالم نیز نشان داد که بین میانگین مقادیر متغیر وابسته در هر سه موقعیت (دارو اثربخش‌تر، مکمل غذایی اثربخش‌تر و اثربخشی یکسان) تفاوت زیادی وجود نداشت ($F < 1$). مهم‌تر اینکه میانگین مقادیر متغیر وابسته در هر سه موقعیت آزمایشی به‌صورت معناداری از مرکز مقیاس اندازه‌گیری فاصله داشته و به قطب مکمل غذایی نزدیک‌تر بوده است. به‌طور کلی تحلیل نتایج نشان داد که از نظر پاسخ‌دهندگان اهمیت انجام رفتارهای سالم هدف‌گیری شده (ورزش و رژیم غذایی کم‌چرب) هم‌زمان با مصرف مکمل غذایی در مقایسه با دارو بیشتر است. چنین نتایجی در مقایسه میانگین هر چهار

مستقل اجرا کرد. متغیرهای وابسته این پژوهش به ترتیب ثبات رفتاری، انگیزش، ادراک از توانایی طبیعی برای مقابله و خودکارآمدی بودند که به ترتیب تأثیر سطوح مختلف متغیر شبه مستقل (محصول سلامت محور) بر آنها ارزیابی و در نهایت میزان تمایل به رفتارهای سالم در مصرف کننده احتمالی ارزیابی شد. پرسشنامه طراحی شده شامل سناریوی کوتاهی درباره فردی با مشکل اضافه وزن بود که در آن محصول تنظیم وزن پیشنهادی در چهار سطح دست کاری شده بود. در ادامه برای سنجش ادراک از سلامتی یک سؤال، برای سنجش شاخص های رفتاری دو سؤال، برای سنجش انگیزش دو سؤال، برای سنجش توانایی دو سؤال و برای سنجش خودکارآمدی شش سؤال مطرح شده و از پاسخ دهندگان خواسته شد که به آنها پاسخ دهند. جامعه آماری این مطالعه دانشجویان و کارکنان دانشگاه ارومیه بودند. با توجه به وجود چهار موقعیت آزمایشی در پژوهش به ازای هر موقعیت آزمایشی تعداد ۲۵ نفر و در کل ۱۰۰ نفر با توجه به موارد مشابه نمونه گیری شد (لی، شائو و چوو، ۲۰۰۴؛ شاکری و همکاران، ۱۳۹۷). مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در این بخش در جدول ۵ ارائه شده است.

ادراک از وضعیت جسمانی و ادراک از اهمیت رفتار سالم به مدل شاخص رفتاری اضافه شد، تقابل ایجاد شده از لحاظ معناداری چشمگیر نبود ($F < 1$). بنابراین می توان دو متغیر ادراک از وضعیت جسمانی و ادراک از اهمیت رفتار سالم را دو متغیر پیش بینی کننده مهم شاخص های رفتاری دانست. نتایج به دست آمده در این بخش شواهد اولیه در تأیید فرضیه ۳ را فراهم آورد.

۶- مطالعه سوم

هدف اصلی در این مطالعه ارزیابی نقش خودکارآمدی، ادراک از توانایی جسمی و انگیزش در شکل گیری ثبات رفتاری مصرف کنندگان و گرایش آنها به سبک زندگی سلامت محور بود.

۶-۱ روش شناسی مطالعه

جامعه آماری و روش طراحی: در این بخش از پژوهش داروهای نسخه ای نیز به داروهای بدون نسخه و مکمل های غذایی مطالعه شده در بخش قبل اضافه شد.

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی بود که در آن متغیر شبه مستقل محصول سلامت محور در چهار سطح (داروی بدون نسخه (آزاد)، داروی نسخه ای، مکمل غذایی و گروه کنترل: بدون ارائه محصول) را پژوهشگر دست کاری و با استفاده از روش آزمون های

جدول ۵: مشخصات جمعیت شناختی (وضعیت تحصیلی و جنسیت)

	لیسانس	فوق لیسانس	دکتر	مجموع
خانم	۴۷	۱۰	۱	۵۸
آقا	۲۸	۱۲	۲	۴۲
مجموع	۷۵	۲۲	۳	۱۰۰

موقعیت دارو با نسخه و دارو بدن نسخه یا آزاد نشان داد که هیچ گونه تفاوت چشمگیری بین این دو موقعیت

نتیجه گیری و بحث

شاخص های رفتاری: تحلیل نتایج آنها برای دو

داروی با نسخه و بدون نسخه) نسبت به موقعیت مکمل‌های غذایی کمتر بوده است ($F(1,98)=147.319, p<0.05$)؛ به عبارتی میزان گرایش به ورزش و رژیم غذایی کم‌چرب در نتیجه مصرف دارو برای تنظیم وزن نسبت به مصرف مکمل غذایی کمتر بود. در واقع پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که هم‌زمان با مصرف دارو برای تنظیم وزن ضرورت کمتری به انجام رفتارهای مکمل وجود دارد؛ این در حالی است که رفتارهای مکمل را جزئی از مکمل‌های غذایی می‌دانستند. این یافته‌ها در تأیید با فرضیه ۱ بودند.

آزمایشی از لحاظ آماری وجود نداشت ($F < 1$)؛ به عبارتی میانگین گرایش به رفتارهای سالم در هر دو موقعیت تقریباً یکسان بود. به علاوه تحلیل نتایج آنوا برای دو موقعیت مکمل غذایی و گروه کنترل (بدون مصرف محصول) نشان داد که بین این دو موقعیت آزمایشی نیز از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود نداشت ($F < 1$)؛ در واقع میانگین گرایش به ورزش و رژیم غذایی کم‌چرب در هر دو حالت تقریباً یکسان بود (جدول ۶).

از سوی دیگر بررسی بیشتر نتایج به دست آمده نشان داد که شاخص‌های رفتاری در موقعیت‌های دارویی

جدول ۶: آمار توصیفی (میزان گرایش به محصولات سلامت محور)

تعداد	انحراف معیار	میانگین	محصول سلامت محور
۲۵	۰/۳۳۹	۴/۳۶	داروی بدون نسخه
۲۵	۰/۲۸۵	۴/۴۶	داروی نسخه‌ای
۲۵	۰/۲۰۴	۵/۱۰	مکمل غذایی
۲۵	۰/۲۷۶	۵/۰۸	بدون محصول (کنترل)

استفاده می‌کند یا اینکه از هیچ‌گونه محصول تنظیم وزنی استفاده نمی‌کند، نسبت به فردی که از دارو (نسخه‌ای یا آزاد) برای تنظیم وزن استفاده می‌کند، انگیزه بیشتری برای ورزش کردن و استفاده از یک رژیم غذایی کم‌چرب دارد ($F(1,98)=482.58, p<0.05$). نتایج تحلیل‌ها همچنین نشان داد از نظر پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه فردی که از دارو (نسخه‌ای یا آزاد) برای تنظیم وزن استفاده می‌کند، از توانایی جسمی کمتری برای ورزش و پیروی از یک رژیم غذایی کم‌چرب نسبت به فردی که برای تنظیم وزن از مکمل غذایی استفاده می‌کند یا اینکه از هیچ‌گونه محصول تنظیم وزنی استفاده نمی‌کند، برخوردار خواهد بود:

$$(F(1,98)=105.665, p<0.05).$$

در ادامه بررسی بیشتر نتایج حاصل نشان داد که میزان

فرایند روانی: تحلیل نتایج آنوا و جدول ۷ نشان داد که هیچ‌گونه تفاوت چشمگیری بین دو موقعیت آزمایشی داروی نسخه‌ای و داروی بدون نسخه در رابطه با متغیر انگیزش، ادراک از توانایی جسمی و خودکارآمدی وجود نداشت؛ به عبارتی بین این دو موقعیت آزمایشی از لحاظ آماری تفاوت معناداری در هر رابطه با هر سه متغیر وابسته وجود نداشت ($F's < 1$).
 ۱. به علاوه تحلیل نتایج آنوا و جدول ۷ همچنین نشان داد که بین دو موقعیت مکمل غذایی و بدون محصول (گروه کنترل) نیز از لحاظ آماری در رابطه با انگیزش، توانایی جسمی و خودکارآمدی تفاوت زیادی وجود نداشت ($F's < 1$).

در ادامه نتایج بررسی‌های بیشتر نشان داد که از نظر پاسخ‌دهندگان فردی که برای تنظیم وزن از مکمل غذایی

فردی که مکمل غذایی مصرف می کند و یا از هیچ گونه محصول تنظیم وزنی استفاده نمی کند، از توانایی بیشتری برای انجام رفتارهای مکمل مراقبتی برخوردار است ($F(1,98) = 433.406, p < .05$). نتایج حاصل در تأیید با فرضیه های ۲ (الف) و ۲ (ب) بودند.

ادراک مصرف کنندگان احتمالی نسبت به توانایی انجام رفتارهای مکمل سلامت محور یا به عبارت دیگر خودکارآمدی در موقعیت مکمل غذایی یا گروه کنترل نسبت به موقعیت دارویی (نسخه ای یا آزاد) بیشتر است. به طور کلی تحلیل نتایج نشان داد که از نظر پاسخ دهندگان

جدول ۷: آمار توصیفی (انگیزش، توانایی جسمی و خودکارآمدی)

تعداد	خودکارآمدی		توانایی جسمی		انگیزش		محصول سلامت محور
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲۵	۰/۱۱۹	۳/۹۲	۰/۲۴۴	۴/۸۲	۰/۲۹۲	۳/۷۶	داروی بدون نسخه
۲۵	۰/۱۵۴	۳/۹۶	۰/۳۵۱	۴/۵۴	۰/۲۱۷	۳/۸۸	داروی نسخه ای
۲۵	۰/۱۹۷	۴/۶۰	۰/۲۵۴	۵/۲۴	۰/۳۶۸	۵/۱۴	مکمل غذایی
۲۵	۰/۱۹۸	۴/۷۴	۰/۳۳۲	۵/۴۴	۰/۲۲۷	۵/۰۲	بدون محصول (کنترل)

۷- مطالعه چهارم

نتایج مطالعات قبل نشان داد که اثر بازگشتی داروها بر تمایل به رفتارهای سالم و سبک زندگی سلامت محور می تواند ناشی از دو فرایند روانی باشد. بدین صورت که اولاً داروها باعث کاهش ادراک از ریسک و ادراک از اهمیت رفتارهای سالم مکمل و در نهایت انگیزش برای انجام آنها شود؛ ثانیاً افراد داروها را با یک وضعیت ضعف و ناتوانی در ارتباط می دانند که به کاهش ادراک از خودکارآمدی و ادراک از توانایی فرد برای انجام رفتار مکمل مراقبتی منجر می شود. این دو فرایند در نهایت به شکل گیری اثر بازگشتی و کاهش تمایل به رفتارهای سلامت محور سبب خواهند شد. در ادامه با توجه به اهمیت و ضرورت سبک زندگی سلامت محور برای جامعه از لحاظ مادی و معنوی و همچنین با توجه به مسئولیت اجتماعی و اخلاقی شرکت های داروسازی در ارتباط با پیامدهای فعالیت های بازاریابی خود بر زندگی و منافع مصرف کنندگان، طراحی فرایندی که بتواند میزان اثر

نتایج تجزیه و تحلیل میانجی برای بررسی تأثیر هم زمان انگیزش و توانایی جسمی بر میزان تمایل به رفتارهای سالم نیز نشان داد که اولاً همان طور که پیش تر نیز گزارش شد، شاخص های رفتاری در موقعیت های دارویی (نسخه ای یا آزاد) نسبت به موقعیت مکمل غذایی و گروه کنترل کم تر بودند؛ به عبارتی میزان تمایل به رفتارهای سلامت محور مکمل در موقعیت های دارویی در پاسخ دهندگان کمتر بود. دوم اینکه میزان تأثیر هم زمان انگیزش و توانایی جسمی بر شاخص های رفتاری در موقعیت های دارویی نسبت به مکمل غذایی و گروه کنترل کمتر بود ($F(1,98) = 496.792, p < 0.05$). سوم اینکه زمانی که متغیر میانجی (انگیزش و توانایی جسمی هم زمان) به مدل شاخص رفتاری اضافه شد که تفاوت های مشاهده شده در مباحث قبل، قابل ملاحظه نبود ($F < 1$). نتایج حاصل نقش میانجی گری هم زمان انگیزش و ادراک از توانایی جسمی را در شاخص های رفتاری تأیید می کند و در تأیید با فرضیه ۳ است.

بازگشتی در نیات رفتاری مصرف‌کنندگان را کاهش دهد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

پژوهش حاضر در ادامه با بررسی موقعیت‌های مختلف حضور یا نبود انگیزش و خودکارآمدی، در نقش دو عامل مهم محرک رفتار، به دنبال شناسایی موقعیتی بود که برای طراحی یک فرایند مداخله‌ای اصلاحی^۱ و کاهش اثر بازگشتی بر نیات رفتاری مؤثر باشد.

همان‌طور که قبلاً گفته شد، برای انگیزش مصرف‌کننده به سمت رفتارهای سالم مکمل، انگیزه و خودکارآمدی باید هر دو هم‌زمان حضور و تعامل داشته باشند؛ به عبارتی اگر انگیزه فرد بالا باشد، ولی ادراک از خودکارآمدی پایین، فرد توانایی لازم را برای انجام رفتار در خود نخواهد دید و در نتیجه اثر مثبت انگیزش نادیده گرفته خواهد شد. در مقابل، اگر ادراک از توانایی زیاد باشد، ولی انگیزه پایین، مجدداً احتمال انجام رفتار، پایین خواهد بود. بنابراین بررسی میزان تأثیر این عوامل به صورت هم‌زمان و به تنهایی بر نیات رفتاری بی‌تأثیر نخواهد بود. به طور کلی به نظر می‌رسد فرایند مداخله‌ای که بتواند به صورت هم‌زمان علاوه بر افزایش ادراک فرد از اهمیت رفتار سالم و انگیزه برای انجام آن، میزان ادراک مثبت فرد از وضعیت جسمانی، خودکارآمدی ادراک‌شده و توانایی ادراک‌شده برای انجام رفتارهای مکمل مراقبتی را نیز افزایش دهد، نسبت به فرایند تک‌مداخله‌ای (تقویت انگیزه یا خودکارآمدی به تنهایی) یا فرایندی که هیچ‌یک از موارد گفته‌شده را دربر نگیرد مؤثرتر و کارآمدتر خواهد بود. شایان ذکر است که باتوجه به نتایج مباحث قبل درباره عدم شکل‌گیری اثر بازگشتی در رفتارهای مصرف‌کنندگان در نتیجه مصرف

مکمل‌های غذایی برای مطالعه کنونی فقط محصولات دارویی در نظر قرار گرفتند. به طور کلی باتوجه به موارد گفته‌شده این چنین استدلال شد که:

فرضیه ۴: فرایند مداخله ترکیبی (تقویت هم‌زمان انگیزه و ادراک از توانایی جسمی) در درمان‌های دارویی در مقایسه با فرایند تک‌مداخله‌ای (تقویت انگیزه یا توانایی به تنهایی) یا بدون مداخله تمایل برای رفتارهای سلامت‌محور را بیشتر افزایش می‌دهد.

۱-۷ روش‌شناسی مطالعه

جامعه آماری و روش طراحی: متغیرهای

مستقل در این بخش از پژوهش توانایی طبیعی و انگیزش بودند که در دو سطح دست‌کاری شدند. این مطالعه یک پژوهش آزمایشی عاملی ۲×۲ به شکل (توانایی طبیعی: وجود/عدم وجود) × ۲ (انگیزش: وجود/عدم وجود) ۲ با چهار موقعیت آزمایشی بود. برای اجرای پژوهش از روش آزمون‌های مستقل استفاده شد. متغیرهای وابسته به ترتیب نیات رفتاری، انگیزش، ادراک از توانایی طبیعی برای مقابله و خودکارآمدی بودند که تأثیر آمیخته سطوح مختلف متغیرهای مستقل بر آنها به ترتیب ارزیابی شد. پرسشنامه طراحی‌شده شامل سناریوی کوتاهی درباره فردی ۴۰ ساله بود که برای تنظیم وزن از دارو استفاده می‌کرد. در این سناریو اطلاعات مربوط به تقویت انگیزش و ادراک از توانایی در چهار سطح دست‌کاری شدند. جامعه آماری پژوهش دانشجویان و کارکنان دانشگاه ارومیه بودند که از این جامعه به‌ازای هر موقعیت آزمایشی تعداد ۲۵ نفر و در کل ۱۰۰ نفر به صورت کاملاً تصادفی بر مبنای موارد مشابه نمونه‌گیری شدند (لی، شائو و چوو، ۲۰۰۴؛ شاکری و همکاران، ۱۳۹۷). مشخصات جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان در جدول ۸ ارائه شده است.

¹ Correctional intervention

جدول ۸: مشخصات جمعیت شناختی (سن و جنسیت)

	۱۸-۲۲	۲۳-۲۷	۲۷<	مجموع
خانم	۴۰	۱۰	۳	۵۳
آقا	۳۲	۱۲	۳	۴۷
مجموع	۷۲	۲۲	۶	۱۰۰

نتیجه‌گیری و بحث

شاخص‌های رفتاری: تحلیل نتایج آزمون آنوای دوطرفه نشان داد که میانگین میزان گرایش به رفتارهای سالم هدف‌گیری شده (ورزش و رژیم غذایی کم‌چرب) در دو سطح مختلف انگیزش دارای تفاوت‌های معنادار بود:

$$(F(1,96)=11.902, p < 0.05).$$

به عبارتی، اثر اصلی متغیر انگیزش بر متغیر وابسته، گرایش به رفتارهای سالم معنادار بوده و میزان این اثر براساس میزان ضریب اتا ۰/۳۲۶ بود. همچنین براساس نتایج آزمون آنوا میانگین میزان گرایش به رفتارهای سالم در دو سطح مختلف از توانایی جسمی نیز دارای تفاوت‌های معنادار بود:

$$(F(1,96)=10.624, p < 0.05).$$

درواقع اثر اصلی متغیر توانایی جسمی بر میزان گرایش به رفتارهای سالم از نظر آماری معنادار بوده و

میزان این اثر براساس میزان ضریب اتا ۰/۱ بود.

از سوی دیگر اثر تعاملی دو عامل انگیزش و ادراک از توانایی جسمی بر میزان گرایش به رفتارهای سالم نیز معنادار بود ($F(1,96)=23.424, p < 0.05$). میزان اثر تعامل دو متغیر انگیزش و توانایی جسمی بر میزان گرایش به رفتارهای سالم بر مبنای میزان ضریب اتا ۰/۱۹۶ بود.

در ادامه با توجه به معناداری تعامل دو متغیر انگیزش و توانایی، نتایج آزمون اثرات ساده (جدول ۹) نشان داد که عامل انگیزش زمانی که با عامل توانایی همراه باشد، میانگین تمایل به رفتارهای سالم را به شکل معناداری افزایش می‌دهد ($F(1,96)=67.922, p < 0.05$)؛ درحالی که عامل انگیزش در موقعیت نداشتن توانایی جسمی تأثیر چشمگیری بر تمایل به رفتارهای سالم نداشت ($F(1,96)=1.951, p < 0.05$).

جدول ۹: آزمون‌های تک‌متغیره

عامل توانایی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig.	ضریب اتا
نبود مغایرت (Contrast)	۰/۵۰۰	۱	۰/۵۰۰	۱/۹۵۱	۰/۱۶۶	۰/۰۲۰
	خطا (Error)	۲۴/۶۰۰	۹۶			
وجود مغایرت (Contrast)	۱۷/۴۰۵	۱	۱۷/۴۰۵	۶۷/۹۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۱۴
	خطا (Error)	۲۴/۶۰۰	۹۶			

همچنین بررسی نتایج جدول ۱۰ نشان داد که عامل توانایی زمانی که با عامل انگیزش همراه باشد، میزان

تمایل به رفتارهای سالم را افزایش می‌دهد ($F(1,96)=32.800, p < .05$)؛ درحالی که عامل

توانایی در موقعیت نبود انگیزش تأثیر چشمگیری بر تمایل به رفتارهای سالم نداشت ($F(1,96) = 1.249$) و این نتایج در تأیید با فرضه ۴ بودند و نشان ($p < .05$) داد که تعامل هم‌زمان انگیزش و توانایی می‌تواند میزان تمایل به رفتارهای سالم را به میزان زیادی افزایش دهد.

جدول ۱۰: آزمون‌های تک‌متغیره

ضریب فا	Sig.	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	عامل انگیزش
۰/۰۱۳	۰/۲۶۷	۱/۲۴۹	۰/۳۲۰	۱	۰/۳۲۰	نبود مغایرت (Contrast)
			۰/۲۵۶	۹۶	۲۴/۶۰۰	خطا (Error)
۰/۲۵۵	۰/۰۰۰	۳۲/۸۰۰	۸/۴۰۵	۱	۸/۴۰۵	وجود مغایرت (Contrast)
			۰/۲۵۶	۹۶	۲۴/۶۰۰	خطا (Error)

توانایی جسمی ($F(1,96) = 61.538$, $p < .05$) و خودکارآمدی فرد ($F(1,96) = 9.541$, $p < .05$) بالا باشد. به‌طور کلی تقویت ادراک از توانایی جسمی سبب می‌شود که میزان ادراک از وضعیت جسمانی، توانایی و خودکارآمدی فرد برای انجام رفتارهای سالم بالا باشد. نتایج به‌دست آمده تأیید می‌کند که دست‌کاری صورت گرفته برای ارائه یک فرایند اصلاحی و تأثیرگذار بر اثر بازگشتی موفقیت‌آمیز بوده است.

فرایندهای روانی: تحلیل نتایج جدول ۱۱ نشان داد که تقویت ادراک از توانایی جسمی سبب می‌شود که ادراک از فرد به‌عنوان شخصی سالم ($F(1,96) = 11.463$, $p < .05$) و بدون مشکل جدی ($F(1,96) = 9.541$, $p < .05$) بالا باشد. در واقع میانگین میزان ادراک از فرد به‌عنوان فردی با وضعیت جسمانی سالم و بدون مشکل جدی در حضور عامل توانایی نسبت به موقعیت عدم حضور بالا بود. به علاوه وجود عامل توانایی سبب شده که میزان ادراک از

جدول ۱۱: آمار توصیفی (وضعیت سلامتی، توانایی و خودکارآمدی)

تعداد	خودکارآمدی		توانایی جسمی		وضعیت سلامتی		عامل توانایی	عامل انگیزش
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲۵	۰/۴۶۶	۳/۵۰	۰/۴۶۷	۳/۵۲	۰/۳۲۵	۳/۲۸	عدم وجود	عدم وجود
۲۵	۰/۳۳۰	۳/۷۹	۰/۳۸۹	۴/۳۸	۰/۳۶۱	۳/۶۲	وجود	عدم وجود
۲۵	۰/۴۶۵	۳/۶۱	۰/۳۲۶	۳/۷۴	۰/۳۳۹	۳/۳۶	عدم وجود	وجود
۲۵	۰/۴۰۹	۴/۳۴	۰/۵۷۹	۴/۷۴	۰/۴۳۰	۴/۳۲	وجود	وجود

نشان داد که میزان انگیزش نسبت به رفتارهای سالم زمانی که با عامل توانایی همراه باشد بالاست ($F(1,96) = 191.620$, $p < .05$)؛ درحالی که میزان انگیزش نسبت به رفتارهای سالم زمانی که فرد تصور می‌کند قادر به انجام رفتارهای سالم نیست، نسبت به

از سوی دیگر تحلیل نتایج آنوا نشان داد که میزان انگیزش نسبت به رفتارهای سالم تابعی معنادار از عامل انگیزش ($F(1,96) = 62.025$, $p < .05$) و تعامل بین دو عامل انگیزش و توانایی ($F(1,96) = 136.91$, $p < .05$) است. افزون بر آن بررسی بیشتر

زمانی که ادراک از توانایی بالاست؛ قابل توجه نیست. نتایج به دست آمده با اثر بازگشتی مصرف داروها در رفتارها و ادراک فرد سازگار است؛ به عبارتی مصرف دارو برای تنظیم و مدیریت وزن انگیزه فرد برای رفتارهای مکمل را کاهش می دهد؛ مگر اینکه ادراک از اهمیت رفتارهای سلامت محور مکمل و توانایی انجام آنها در فرد تقویت شود.

نتایج تجزیه و تحلیل میانجی برای بررسی تأثیر هم زمان عوامل فرایند اصلاحی (انگیزش و توانایی) بر میزان تمایل به رفتارهای سالم نیز نشان داد که اولاً همان طور که پیش تر گزارش شد، تمایل به رفتارهای سلامت محور تابعی معنادار از هر دو عامل فرایند اصلاحی (انگیزش و توانایی) است. ثانیاً عامل میانجی (ترکیب انگیزش و توانایی) نیز تابعی معنادار از تعامل بود ($F(1,96) = 83.532, p < .05$). ثالثاً زمانی که عامل میانجی به مدل شاخص رفتاری اضافه شد، تعامل ایجاد شده از لحاظ آماری مهم نبود ($F < 1$)؛ بنابراین می توان عامل میانجی را یک عامل مهم در پیش بینی رفتار در نظر گرفت. نتایج به دست آمده در تأیید با فرضیه ۴ بودند.

۸- بحث کلی

پژوهش حاضر تأثیر فعالیت های بازاریابی در حوزه داروها و مکمل های غذایی را بر نیت رفتاری مصرف کنندگان در زمینه سبک زندگی سلامت محور را بررسی کرد. یافته های به دست آمده از مطالعه اول نشان داد که هم زمان با افزایش ادراک از اثربخشی داروها میزان تمایل به رفتارهای سلامت محور (ورزش و پیروی از رژیم غذایی کم چرب) در پاسخ دهندگان کاهش یافته است. در واقع هرچه فرد ادراک کند، دارو توانایی بالایی در مدیریت پیامدهای ناشی از رفتار ناسالم دارد،

ضرورت کمتری به انجام رفتارهای مکمل سلامت محور احساس می کند. این در حالی است که چنین نتایجی در موقعیت های آزمایشی مربوط به مکمل های غذایی مشاهده نشد. این یافته ها با نتایج حاصل از پژوهش بولتون و همکاران (۲۰۰۸) مطابقت داشت. بولتون و همکاران معتقد بودند که تبلیغات مستقیم به مصرف کنندگان در صورتی که به کارایی بیشتر محصولات نسبت به رفتارهای غیر دارویی تأکید داشته باشد، سبب کاهش احتمال گرایش افراد به رفتارهای مراقبتی می شود. نتیجه پژوهش آنها همچنین نشان داد که هرچه میزان تأکید بر کارایی محصول در تبلیغات مستقیم بیشتر باشد، احتمال گرایش به رفتارهای سلامت از جمله ورزش و تغذیه سالم کم خواهد بود. این یافته ها در تناقض با یافته های حاصل از پژوهش ماتور و همکاران (۲۰۱۶) بود. یافته های حاصل از پژوهش ماتور و همکاران نشان داد که تبلیغات مستقیم به مصرف کنندگان، اثر بازگشتی اندکی بر اثربخشی ادراک شده از رفتارهای مراقبتی دارد و در مقابل، میزان تمایل به آنها را در فرد افزایش می دهد.

در ادامه یافته های مطالعه دوم نشان داد که مصرف کنندگان به صورت پیش فرض، دارو را با یک موقعیت ضعف و ناتوانی در توان طبیعی بدن در ارتباط می دانند؛ همچنین داروها میزان اهمیت رفتارهای مکمل سلامت محور را در نظر مصرف کنندگان کاهش می دهند، اما درباره مکمل های غذایی چنین برداشتی ندارند. این الگوهای شناختی، درباره داروها و مکمل های غذایی بر قضاوت مصرف کنندگان از داروها و مکمل های غذایی تأثیر می گذارند. در ادامه، یافته های مطالعه سوم نشان داد که پاسخ دهندگان در موقعیت های آزمایشی دارویی (داروی نسخه ای یا آزاد) نسبت به موقعیت های مکمل غذایی یا گروه کنترل

رفتاری مصرف‌کنندگان می‌شوند، درحالی‌که مکمل‌های غذایی باتوجه‌به ویژگی‌های خاصی که دارند (ایمنی و سلامت) چنین پیامدهایی به همراه ندارند. (۲) یافته‌های کمی و کیفی به‌صورت مستقیم تفاوت در ادراک مصرف‌کنندگان از داروها و مکمل‌های غذایی را که سبب ایجاد اثربازگشتی می‌شوند، تأیید می‌کند. (۳) فرایند اصلاحی که به‌صورت هم‌زمان هر دو فرایند روانی را هدف‌گیری می‌کند، فرایند اثربازگشتی در نتیجه فعالیت‌های بازاریابی در حوزه دارویی را معکوس می‌کند. بنابراین بهتر است بازاریابان در طراحی برنامه‌های تبلیغی خود بر تقویت انگیزش و ادراک از توانایی جسمی نیز توجه داشته باشند. تأثیر فرایند اصلاحی در کاهش میزان و شدت اثربازگشتی در تأیید با یافته‌های حاصل از پژوهش اسپنسر و همکاران بود (اسپنسر، زانا و فانگ^۱، ۲۰۰۵).

۹- پیشنهادهای کاربردی

- نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای قانون‌گذاران سلامت، راهنمای بسیار مناسبی باشد.
- مدیران بازاریابی در جهت مسئولیت اجتماعی خود می‌توانند از نتایج این پژوهش هنگام طراحی برنامه‌های تبلیغی سود برند.
- سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت نیز می‌توانند با تکیه بر نتایج این پژوهش فعالیت‌های خود را بازمینی و از این یافته‌ها در برنامه‌های تشویقی خود استفاده کنند.

۱۰- پیشنهادها برای پژوهش‌های بعدی

یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای مدیران و طراحان تبلیغات که مخاطب آنها مصرف‌کنندگان هستند، کاربردهای عملی داشته باشد. در این پژوهش ضمن

تمایل کمتری به انجام رفتارهای مکمل سلامت‌محور چون ورزش و تغذیه سالم داشتند. یافته‌ها همچنین نشان دادند که میزان ادراک پاسخ‌دهندگان از خودکارآمدی، توانایی طبیعی و انگیزش نسبت به رفتار سالم در موقعیت‌های دارویی کمتر بود. درنهایت نتایج حاصل از مطالعه چهارم نشان داد که فرایند اصلاحی که بتواند به‌صورت هم‌زمان بر تقویت انگیزه و ادراک از توانایی طبیعی بدن در فرد متمرکز باشد، میزان تمایل به رفتارهای سلامت‌محور را نسبت به فرایندی که تنها بر تقویت انگیزه یا ادراک از توانایی تمرکز دارد، به میزان بیشتری افزایش می‌دهد.

بررسی این یافته‌ها در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که اولاً نوع محصول (دارو و مکمل غذایی) و میزان اثربخشی محصول می‌تواند به ایجاد اثربازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان منجر شود. ثانیاً یافته‌های به‌دست آمده نشان داد که اثربازگشتی در ثبات رفتاری می‌تواند ناشی از دو فرایند روانی باشد. (۱) داروها میزان ادراک از ریسک، اهمیت رفتارهای سلامت‌محور و انگیزه نسبت به آنها را کاهش می‌دهند. (۲) مصرف‌کنندگان به‌صورت پیش‌فرض داروها را با ضعف و ناتوانی در توان طبیعی بدن همراه می‌دانند. بنابراین داروها میزان ادراک از خودکارآمدی و توانایی طبیعی را کاهش می‌دهند. این یافته‌ها در زمینه مکمل‌های غذایی مشاهده نشد. ثالثاً بر مبنای این فرایندهای روانی نتایج به‌دست آمده نشان داد فرایند اصلاحی که بتواند به‌صورت هم‌زمان انگیزش و ادراک از توانایی را تقویت کند، از میزان و شدت اثربازگشتی در ثبات رفتاری مصرف‌کنندگان خواهد کاست. به‌طور کلی یافته‌های حاصل از مطالعات چهارگانه درباره فرایند روانی را می‌توان در سه بخش خلاصه کرد: (۱) داروها سبب شکل‌گیری اثربازگشتی در ثبات

^۱ Spencer, Zanna. & Fong

۲. ربیعی، علی؛ محمدیان، محمود و برادران جمیلی، بیتا (۱۳۹۰). «ارزیابی تبلیغات بانک پارسیان و شناسایی مهمترین عامل در افزایش اثربخشی آن در سطح شهر تهران»، *تحقیقات بازاریابی نوین*، (۲)۱، ۴۰-۱۷

۳. شاکری، سارا؛ حیدرزاده، کامییز و غفاری، فرهاد (۱۳۹۷). «تأثیر نقش طبقه محصول در تبلیغات هیجانی مبتنی بر ویژگی‌ها و یا کارکرد نهایی»، *تحقیقات بازاریابی نوین*، ۸(۳)، ۱۵۹-۱۷۸.

۴. نقشه جامع سلامت. (۱۳۸۹). *شورای عالی انقلاب فرهنگی، کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی*، سند منتشر نشده، بازیابی شده: وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

5. Adams, C. & Harder, B. M. (2017). Diet, exercise...and drugs: Social constructions of healthy lifestyles in weight-related prescription drug advertisements, *Critical Public Health*, 28(4), 439-449.

6. Aikin, K. J., Swasy, J. L. & Braman, A. C. (2004). *Patient and physician attitudes and behaviors associated with DTC promotion of prescription drugs—summary of FDA survey research results*. Washington, DC.: U.S. Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research

7. Alexander, C. S. & Becker, H. J. (1987). The use of vignettes in survey research, *Public Opinion Quarterly*, 42(1), 93-104.

8. Berry, C., Burton, S. & Howlett, E. (2017). Are cigarette smokers', E-Cigarette users', and dual users' health-risk beliefs and responses to advertising influenced by addiction warnings and product type? *Nicotine & Tobacco Research*, 19 (10), 1185-1191.

سنجش واکنش مصرف‌کنندگان به فعالیت‌های بازاریابی، تلاش شد تا با بررسی الگوهای شناختی مصرف‌کنندگان احتمالی، دلایل واکنش‌های متفاوت در مصرف‌کنندگان نسبت به داروها و مکمل‌های غذایی شناسایی شود. در ادامه موضوعات زیر برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شوند:

- در پژوهش حاضر تأثیر کاهش در انگیزه و خودکارآمدی بر رژیم غذایی کم‌چرب و ورزش دو مولفه مهم در سبک زندگی سلامت محور سنجیده شد. پژوهش‌های بعدی می‌توانند ضمن آزمون فرایند روانی مطالعه شده در این پژوهش، تأثیر کاهش در انگیزش و خودکارآمدی را بر دیگر مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور را ارزیابی کنند.

- پژوهش‌های بعدی همچنین می‌توانند اثرات دیگر فعالیت‌های بازاریابی محصولات سلامت محور، افزون بر اثر بازگشتی بحث شده در این پژوهش را نیز بررسی کنند.

- افزون بر موارد گفته شده، ادراک مصرف‌کنندگان از کیفیت و هزینه‌های زندگی در نتیجه مصرف داروها و مکمل‌های غذایی به صورت آزمایشی یکی دیگر از پیشنهادها برای پژوهشگران بعدی است.

- باتوجه به اینکه در این پژوهش فقط تأثیر دو عامل انگیزش و خودکارآمدی در فرایند روانی شکل دهنده نیت رفتاری مصرف‌کنندگان بررسی شد، پژوهش‌های بعدی می‌توانند علاوه بر موارد بررسی شده، تأثیر باورهای ذهنی و عامیانه را نیز بر فرایند روانی شکل دهنده نیت رفتاری بررسی کنند.

منابع

۱. پارسی ویکی (۱۳۸۹).

<https://www.parsi.wiki>

- of direct-to-consumer advertising expenditure trends from publicly available data sources and global policy implications. *BMC Health Serv Res* 15, 236 <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0885-117>.
17. Mason, M. J. (1998). Drugs or dietary supplements: FDA's enforcement of DSHEA, *Journal of Public Policy and Marketing*, 17 (2), 296–302.
 18. Mathur, M. B., Gould, M. & Khazeni, N. (2016). Direct-to-consumer drug advertisements can paradoxically increase intentions to adopt lifestyle changes, *Frontiers in Psychology*, 7, 1–11.
 19. Russell, C. H. McKeganey, N. (2019). Harm and addiction perceptions of the JUUL e-cigarette among adolescents, *Nicotine & Tobacco Research*, ntz183.
 20. Shao, J. (1999), *Mathematical Statistics* (2nd ed.). New York: Springer,
 21. Singh, T. & Smith, D. (2005). Direct-to-consumer prescription drug advertising: A study of consumer attitudes and behavioral intentions, *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 369–378.
 22. Singh, T. & Smith, D. (2005). Direct-to-consumer prescription drug advertising: a study of consumer attitudes and behavioral intentions, *Journal of Consumer Marketing*, 22(7), 369–378.
 23. Spencer, J., Zanna, M. & Fong, G. (2005). Establishing a causal chain: Why experiments are often more effective than mediational analyses in examining psychological processes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (6), 845–51.
 24. Ventola, L. (2011). Direct-to-consumer pharmaceutical advertising therapeutic or toxic? *Ther*, 36(10), 669-674.
 25. Wang, B., Kesselheim, A. S. (2013), The role of direct-to-consumer
 9. Bolton L, Bhattacharjee A & Americus R. (2015). The perils of marketing weight-management remedies and the role of health literacy, *Journal of Public Policy and Marketing*, 34 (1), 50-62.
 10. Bolton, L. E., Cohen, J. B. & Bloom, P. N. (2006). Does marketing products as remedies create 'Get out of jail free cards'? *Journal of Consumer Research*, 33 (1), 71–81.
 11. Carpenter, C. S. & Stehr, M. (2008). The effects of mandatory seatbelt laws on seatbelt use, motor vehicle fatalities, and crash-related injuries among youths, *Journal of Health Economics*, 27(3), 642-662.
 12. Coder, B., Freyer-Adam, J., Lau, K., Riedel J., Rumpf, H. J., Meyer C., John U. & Hapke U. (2009). Reported beverage consumed and alcohol-related diseases among male hospital in patients with problem drinking, *Alcohol and Alcoholism*, 44(2), 216-221.
 13. Kruger, C., Niederdeppe, J., Byrne, S. & Avery R. J. (2015). Effects of exposure to direct-to-consumer television advertising for statin drugs on food and exercise guilt, *Patient Education and Counseling*, 98, 1150–1155.
 14. Lee, Y., Shao, J. and Chow, S. (2004), The modified large sample confidence intervals for linear combinations of variance components: Extension, theory, and application, *Journal of American Statistics Association*, 99, 467-478.
 15. Mackey, T. & Liang, B. (2012). Globalization, evolution and emergence of direct-to consumer advertising: Are emerging markets the next pharmaceutical marketing frontier, *Journal of Commercial Biotechnology*, 18(4), 58–64.
 16. Mackey, T. K., Cuomo, R. E. & Liang, B. A. (2015). The rise of digital direct-to consumer advertising? Comparison

pharmaceutical advertising in patient consumerism, *Virtual Mentor*, 15, 960–965.

26. Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior, *Health Psychology*, 12(4), 324–333.
27. Wilde, G. J. S. (1994). *Target Risk*, Toronto: PDE Publication.
28. Wilde, G. J. S. (2014). *Target Risk 3: Risk Homeostasis in Everyday Life*(2nd ed.), Toronto: PDE Publications.