



الگوی بهینه بازاریابی آمیخته در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران: الگوی بومز و بیتنر، ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵

زهرا سره بندی^{۱/} / پرسا آرتا^{۲/} / سعیده مهدی پور^{۳/} / رضا پورسمائی شلمانی^{۴/} / سید حسام سیدین^{۵/}

چکیده

مقدمه: شناسایی مؤلفه‌های مربوط به آمیخته بازاریابی در بخش خدمات درمانی از موضوعات مهمی است که سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی در عصر حاضر به منظور بقا و داشتن سهم بیشتر بازار، مشتری و درآمد و افزایش کارایی و اثربخشی خدمات خود به آن نیازمندند. هدف از این مقاله ارائه الگوی بهینه بازاریابی آمیخته در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران بر اساس مدل بومز و بیتنر است.

روش کار: این پژوهش از نوع کاربردی و تحلیلی است. در این پژوهش از الگوی آمیخته بازاریابی خدمات «بومز و بیتنر» استفاده شده است. با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای، متغیرهای مربوط به هر بعد جمع‌آوری و پرسشنامه مربوط به هر بعد به صورت مجزا تنظیم و پس از تأیید روایی و پایایی، توسط پاسخگویان تکمیل گردید. از طریق نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی متغیرهای مربوط به هر بعد، جداگانه شناسایی و متغیرهای نامربوط حذف شدند. سپس از طریق نرم افزار Lisrel و تحلیل عاملی تأییدی، متغیرهایی که بیشترین تأثیر مربوط به هر بعد را داشتند شناسایی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن بود که شاخص‌های برازش نرم‌افزار لیزرل، مدل آمیخته بازاریابی خدمات درمانی را با هفت بعد تأیید کرد و سپس ابعادی که بیشترین تأثیر را داشتند شامل مکان و قیمت شناسایی شد. علاوه بر آن، سایر ابعاد پژوهش به ترتیب میزان تأثیر که شامل نوع خدمت، ترویج، شواهد فیزیکی، کارکنان و فرآیند بودند، شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی می‌توانند الگوی کاربردی آمیخته بازاریابی خدمات درمانی را با هفت بعد و متغیرهای مربوط به آنها را در مدیریت بازاریابی خود استفاده نمایند. بیشترین ابعاد مؤثر بر بازاریابی خدمات درمانی بعد «مکان» و بعد «قیمت» است.

واژگان کلیدی: آمیخته بازاریابی، خدمات درمانی، درصد اشغال تخت، بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران، الگوی بومز و بیتنر.

• وصول مقاله: ۹۶/۰۳/۳۰ اصلاح نهایی: ۹۶/۰۹/۰۴ پذیرش نهایی: ۹۶/۱۰/۳۰

۱. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد مدیریت دولتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، نویسنده مسئول (arta.parisa@yahoo.com)
۳. دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

آمیخته بازاریابی مجموعه‌ای از متغیرهای بازاریابی قابل کنترل است که سازمان آنها را در بازار هدف و برای ایجاد واکنش مورد نیاز خود ترکیب می‌کند و با ترکیب آنها برای نیازهای بازار مورد نظر خود پاسخ مناسب را می‌یابد. این ترکیب شامل هر نوع اقدامی است که شرکت بتواند برای کالای خود و به منظور تحت تأثیر قرار دادن تقاضا انجام دهد. [۴] یک برنامه بازاریابی اثربخش باید بتواند به گونه‌ای تمام اجزای آمیخته بازاریابی را با هم ترکیب کند تا از طریق ارزش به مشتری به اهداف سازمان نائل آید. [۴] بیمارستان‌ها به عنوان بزرگترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی سیستم‌های بهداشتی و درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و حجم زیادی از منابع بهداشتی و درمان را به خود اختصاص می‌دهند. [۵] در میان اجزای مختلف نظام سلامت، خدمات بیمارستانی عمده‌ترین عامل رشد هزینه‌ها بوده‌اند و در یک نظام سلامت متمرکز همانطور که انتظار می‌رود بیمارستان‌های دولتی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت واحدهای بودجه‌ای هستند که به صورت متمرکز توسط متولیان نظام سلامت اداره می‌شوند به طوری که در حدود ۸۰-۵۰ درصد بودجه بخش سلامت و سهم عظیمی از نیروهای آموزش دیده و متخصص این بخش به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. [۶] سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌های زیادی در قرن ۲۱ مواجه و در حال تغییر دورنمای امروز خود و ساختن مدل جدید برای آینده هستند. این سازمان‌ها با چالش‌های مهم مالی از جمله افزایش تعداد بیماران غیر بیمه و اختلاف شدید بین میزان بازپرداخت و هزینه‌های واقعی مواجه هستند و این عوامل باعث شده که سازمان‌ها به رقابت شدید پردازند و برای انجام فعالیت‌های خدماتی سودآور مبارزه نمایند. [۷]

در بیمارستان‌هایی که به روش علمی مدیریت می‌شوند، درصد اشغال تخت بر اساس استانداردهای جهانی بین ۸۴ تا ۸۵ درصد است، که به مفهوم استفاده مناسب از امکانات و منابع بیمارستانی و موفقیت کادر مدیریت آن است. در چنین بیمارستان‌هایی ۱۵ تا ۱۶ درصد بقیه تخت‌ها را برای فوریت‌های پزشکی در نظر می‌گیرند که در این صورت می‌توان گفت، میزان بهره‌برداری از منابع مطلوب بوده است.

سازمان‌های بهداشتی درمانی برای رشد و توسعه همگام با تحولات جهانی و افزایش انتظارات مردم و همچنین رشد سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی و استفاده از آخرین فن‌آوری‌ها در ارائه خدمات و نیز برای رفع نیازهای جدید، نیازمند علم بازاریابی هستند. [۱] مدیریت داد و ستد خدمات سلامت موضوع بسیار حساس و تأثیرگذاری است که در جامعه ایران کمتر به آن پرداخته شده است. آشنایی با مدیریت داد و ستد خدمات سلامت و مقوله بازاریابی و جایگاه آن در کشور می‌تواند فرصت مناسبی برای کلیه گروه‌های حقیقی و حقوقی در این حوزه باشد تا نه تنها بر کیفیت و تنوع خدمات خود بیفزاید، بلکه با چگونگی قیمت‌گذاری، توزیع، ترویج و اطلاع‌رسانی خدمات و نیز نظرسنجی و اطلاع‌یابی از متقاضیان یا دریافت کنندگان اینگونه خدمات، نیروی رقابتی خود را در بازار بالا ببرد. [۲]

ارتباطات و بازاریابی به طور سریعی به عنوان نقش اصلی و یا عامل رقابتی در عرصه بهداشت دولتی در حال شناخته شدن است. اگر چه این اصول در تحقیقات دانشگاهی توسعه قابل ملاحظه‌ای داشته است اما ضرورت این احساس که عامل فوق می‌تواند در فعالیت‌های بهداشتی و درمانی کاربرد داشته باشد، رشدی آهسته داشته است. [۳] نظام بازار خدمات سلامت در ایران به سرعت در مسیر رقابتی شدن پیش می‌رود و سازمان‌هایی می‌توانند در شرایط رقابتی به حیات خود ادامه دهند که پیش از هرگونه تأسیس، تحول و توسعه فعالیت‌های خود، با استفاده از شیوه‌ها و ابزارهای بازارشناسی، نیازها و تقاضاهای آشکار و پنهان و آتی و آتی مخاطبان و نیازمندان گوناگون را بشناسند و با تعیین و تعریف بازار هدف خود و درک وضعیت رقیبان و شرایط محیطی حاکم بر جامعه و نظام سلامت، اطلاعات لازم و کافی گردآوری کنند و بکوشند با روش‌های بازاریابی و عناصر آمیخته بازاریابی خدمات، سهم بازار، سهم مشتری، میزان درآمد و منافع خود را بهبود بخشند و با خوشنامی و منزلت و جایگاهی که در ذهن مخاطبان خود ایجاد می‌کنند، حضور پایدار و پویا در بازار داشته باشند. [۲]

خدمات درمانی بتوانند سهم بیشتری را در بازار ارائه خدمات درمانی داشته باشند. همچنین بیمارستان‌ها به عنوان بخش‌های اصلی نظام سلامت اهمیت خاصی در مبحث اقتصاد بهداشت و درمان دارند. هزینه‌ها و مخارج مرتب افزایش می‌یابد و به این ترتیب تأمین منابع مالی برای ادامه حیات و جلوگیری از وقفه در روند ارائه خدمات آنها دغدغه زاست؛ بنابراین، مراکز درمانی به عنوان بنگاه اقتصادی باید از تحلیل‌های اقتصادی در راستای استفاده مؤثر از منابع بهره ببرند. [۱۱] با توجه به مطالب گفته شده در مورد عملکرد بیمارستان‌های دولتی و اینکه آنها نتوانسته‌اند از ظرفیت و توان بالقوه خود استفاده کنند، کارا نبودن و بهره‌وری پائین بیمارستان‌ها و نبود شناسایی کامل نیازهای درمانی جامعه مخاطب و نداشتن رضایت کامل آنها از خدمات ارائه شده در بیمارستان، لزوم انجام پژوهشی درباره بازاریابی خدمات درمانی و شناسایی عناصری که در آمیخته بازاریابی بخش درمان تأثیر دارند از ضروریات عصر حاضر کشور است؛ بنابراین، در این پژوهش آمیخته بازاریابی خدمات درمانی بیمارستان‌ها با درصد اشغال تخت آنها زیر ۵۰ درصد بررسی شده است تا گامی به منظور مرتفع ساختن مسایل و مشکلات بیمارستان‌ها برداشته شود.

روش‌ها

این پژوهش در زمره پژوهش‌های کاربردی و تحلیلی تلقی می‌شود و در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ انجام پذیرفت. از آنجا که خدمات بهداشتی درمانی در گروه خدمات تقسیم‌بندی می‌گردد؛ بنابراین، در این پژوهش، پژوهشگر از الگوی آمیخته بازاریابی خدمات بومز و بیتتر [۴] شده است که مربوط به آمیخته بازاریابی خدمات و شامل هفت بعد نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، شواهد فیزیکی، فرآیند و کارکنان است. سپس پژوهشگر با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، متغیرهایی را که در خدمات درمانی بیشترین تأثیر را بر ابعاد آن داشته‌اند، شناسایی و در نهایت الگویی کاربردی، بومی و تأیید شده برای بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران طراحی کرده است.

پایین بودن ضریب اشغال تخت‌های بیمارستانی در کشور در مقایسه با کشورهای توسعه یافته با ضریب اشغال تخت (۸۰ تا ۸۵ درصد) لزوم بهره‌برداری مناسب از منابع محدود موجود را نشان می‌دهد و تأکید بر بکارگیری مدیریت کارآمد دارد. بالا بودن تخت روز اشغالی نشان دهنده بیشتر بودن درآمد و کارایی بیشتر است. بر اساس آمارهای ارائه شده ضریب اشغال تخت بیمارستان‌های کشور در حد پائین است و می‌توان گفت که نیمی از تخت‌های بیمارستان‌ها خالی است. در سال ۱۳۸۰ ضریب اشغال تخت ۵۷/۴ درصد بوده است که با استاندارد مطلوب فاصله زیادی دارد. [۸] با توجه به گزارش مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴، ضریب اشغال تخت‌های بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور حدود ۵۴ درصد است. [۸] رفیعی و همکاران عنوان کردند متوسط مقادیر درصد اشغال تخت بیمارستان‌های شیراز ۶۶/۴ درصد است. [۹] سجادی و همکاران در پژوهشی بیان کردند که میانگین درصد اشغال تخت در بیمارستان و مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در مراکز آموزشی درمانی این دانشگاه ۶۵ درصد، مراکز درمانی ۴۸ درصد، مراکز داخل شهر ۶۲ درصد، مراکز خارج شهر ۴۸ درصد بوده است. [۱۰] در صورتی که درصد اشغال تخت در کشور انگلستان در سال ۲۰۰۰، مقدار ۸۴/۶ درصد بوده است. [۸]

این شاخص‌ها در مراکز درمانی کشور پائین‌تر از استاندارد جهانی (۸۵ درصد) است. مواردی از این قبیل لزوم توجه اساسی به بهره‌برداری بیشتر از منابع سرمایه‌ای و تخت‌های بیمارستانی، نظارت بیشتر توسط مراکز ستادی برای کنترل بهره‌برداری از تخت‌ها و رفع موانع کاهش دهنده آن را خاطر نشان می‌سازد. آنها پیشنهاد کردند که با توجه به اینکه منابع انسانی و سرمایه‌ای هزینه‌های هنگفتی را به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کنند، لازم است که مسئولان مراکز درمانی با برنامه‌ریزی صحیح و نیازسنجی اصولی به جذب درون داده‌ها اقدام کنند. [۱۱] بیمارستان‌های دولتی نیز باید با آشنایی و بکارگیری علم بازاریابی در ارائه

محیط داخلی بیمارستان، استفاده از پویانمایی و شعارهای اطلاع‌رسانی در سایت‌های پربازدید و ارائه گزارش‌های ادواری از عملکرد بیمارستان به مردم است.

بعد شواهد فیزیکی شامل متغیرهای اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و آراستگی داخلی بیمارستان، توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن، وجود پارکینگ در دسترس برای بیماران و همراهان، استفاده از ترکیب و تنوع رنگ‌ها در بیمارستان، پخش موسیقی آرام در سالن انتظار، بکار بردن تهویه مطبوع و بوی خوشایند در محیط بیمارستان، وجود امکانات و وسایل مناسب رفاهی برای بیمار و همراهان (دستشویی، سرگرمی اطفال، تلفن رایگان و اطلاعات و...)، داشتن برنامه غذایی انتخابی برای بیماران، سیستم روشنایی مناسب در محیط بیمارستان و انتشار مجله داخلی بیمارستان است.

بعد فرایند شامل متغیرهای وجود سیستم‌های تعالی و ارتقای فرایندهای ارائه خدمات به بیماران، فعالیت انواع سیستم رسیدگی به شکایات بیماران، اطلاع‌رسانی به بیماران از جزئیات شیوه ارائه خدمات درمانی در بخش‌های مختلف، استفاده از جزوه، علائم و دفترچه‌های راهنما در بیمارستان، نظرسنجی تلفنی از بیماران در رابطه با نحوه ارائه خدمات و به کارگیری سیستم شبکه داخلی بیمارستان (HIS) در بیمارستان است.

بعد کارکنان شامل متغیرهای وجود تعداد کارمندان کافی برای ارائه خدمات، پاسخ به موقع به پرسش‌های بیماران از سوی کارمندان درمانی، بها دادن به عواطف، احساسات و نیازهای بیماران توسط کارمند، آموزش دادن مهارت‌های ارتباط با بیمار به کارمندان، آراستگی ظاهری و لباس‌های یکسان کارمندان بیمارستان، روحیه انتقادپذیری کارمندان بیمارستان، روحیه مشتری‌نوازی در کارمندان بیمارستان، گشاده‌رویی کارمندان در برخورد با بیماران است.

اطلاعات مورد نیاز در مورد موضوع پژوهش با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای جمع‌آوری، از الگوهای مختلف و متغیرهای مرتبط با ابعاد پژوهش، یادداشت برداری شد. در مرحله مطالعه میدانی از ابزار پرسشنامه استفاده شد. پس از

بعد نوع خدمت شامل متغیرهای ارائه خدمات متنوع به بیمار، ارائه خدمات متمایز نسبت به سایر بیمارستان‌ها، طراحی و ارائه خدمات جدید، ارائه خدمات پس از ترخیص (نظیر آموزش به بیمار، پیگیری بیمار، پاسخگویی به سؤالات بیمار و...)، کیفیت ارائه خدمات بیمارستان، ارائه خدمات مشاوره‌ای به بیمار در صورت نیاز وی، ارائه خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار، تکمیل خدمات در مراجعه اول (نبود نیاز به مراجعات متوالی) و توسعه خدمات خط مقدم (حد اکثر پاسخگویی به نیازهای بیمار در اولین نقطه مراجعه بیمار به بیمارستان) است.

بعد قیمت شامل متغیرهای بستن قرارداد بیمارستان با بیمه‌های مختلف درمانی و تکمیلی، ارائه اطلاعات مالی صورت حساب به صورت شفاف به بیمار، ارسال به موقع صورت حساب به بیمار، ارائه تخفیف در صورت حساب هزینه‌های بیمار، ارائه تخفیفات فصلی (خدماتی که در فصل و زمان خاص مراجعه کمتری دارد با تعرفه ارزان‌تری ارائه شود)، ارائه بخشی از خدمات به صورت رایگان، معرفی بیمار برای دریافت تسهیلات مالی از بانک و یا صندوق بیمارستان برای پرداخت صورت حساب هزینه‌ها و پایین‌تر بودن تعرفه خدمات نسبت به بیمارستان‌های مشابه است.

بعد مکان شامل متغیرهای امکان پذیرش بیمار از طریق تلفن و وب سایت، حضور نماینده بیمارستان در مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه‌های پرتردد شهر، کاهش دادن زمان انتظار بیمار برای انجام اقدامات مورد نیاز، تکمیل درمان بیمار در منزل از طریق بستن قرارداد با مراکز خصوصی درمان در منزل، وجود سیستم ناوبری (حمل و نقل) بیمار از محل سکونت به بیمارستان و بالعکس و امکان انجام بخشی از خدمات درمانی به صورت سیار بدون حضور فرد در بیمارستان است.

بعد ترویج شامل متغیرهای ارسال مستقیم نامه و کتابچه به مردم از طریق پست، تخصیص وب سایت برای بیمارستان، بهره‌گیری از مراسم و مناسبت‌های مختلف به منظور معرفی توانمندی‌های بیمارستان، ارائه خدمات تلفنی مشاوره پزشکی توسط بیمارستان، انعکاس تجارب و نتایج نظرات بیماران از طریق ابزارهای رسانه‌ای، استفاده از تابلوهای اطلاع‌رسانی در

تدوین پرسشنامه اعتبار محتوایی پرسشنامه به کار گرفته شده از طریق کیفی و به شیوه دلفی توسط ۱۵ نفر از متخصصین و خبرگان موضوع پژوهش، از جمله اساتید و دانشجویان دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و مدیریت بازرگانی، کارشناسان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران و مدیران اجرایی در بیمارستان‌ها تأیید شد. بدین ترتیب که طی سه مرحله پرسشنامه در اختیار صاحب نظران فوق قرار گرفت و از نظرات آنان در محتوا، شکل، تعداد و شیوه تنظیم سؤالات و کیفیت آن استفاده شد. همچنین از نظرات تکمیلی آنها از طریق سؤالات باز و امکان اضافه و تعدیل و ادغام نمودن سؤالات استفاده شد و در هر مرحله اصلاح پرسشنامه انجام گرفت تا اینکه به تأیید نهایی افراد رسید. در این پژوهش به منظور تعیین ثبات پرسشنامه مزبور بین ۳۰ نفر از پاسخگویان توزیع شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده و ورود به رایانه، از طریق نرم‌افزار SPSS، آلفای کرونباخ برای سؤالات مربوط به هر بعد بدست آمد و آلفای کرونباخ برای کل سؤالات با هم ۹۶ درصد بود؛ بنابراین، آلفای کرونباخ محاسبه شده برای بخش‌های مختلف پرسشنامه مورد استفاده نشان می‌دهد که این ابزار از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است.

با توجه به گزارش دبیرخانه اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان در سال ۱۳۸۴ [۹]، پایین بودن ضریب اشغال تخت‌های بیمارستانی (حدود ۵۴ درصد) در کشور، در مقایسه با کشورهای توسعه یافته با ضریب اشغال تخت (۸۰ درصد تا ۸۵ درصد) لزوم بهره‌برداری مناسب از منابع محدود موجود و بکارگیری مدیریت کارآمد و استفاده از الگوی آمیخته بازاریابی خدمات درمانی به منظور ارتقای عملکرد اقتصادی و سازمانی مراکز درمانی برای بالا بردن ضریب استفاده از امکانات مثل ضریب اشغال تخت را نشان می‌دهد. قلمرو مکانی پژوهش، با توجه به پیشنهاد شورای پژوهش معاونت درمان بخش‌های درمانی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران که درصد اشغال تخت آنها زیر

۵۰ درصد بود؛ انتخاب شد؛ بنابراین، ابتدا فرمول محاسباتی تعیین شاخص در صد اشغال استخراج شد. در این بررسی در صد اشغال تخت به صورت نسبتی از تخت روز اشغال شده، به تخت روز فعال در یک دوره معین زمانی که در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود، محاسبه شد. سپس در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران (حضرت فاطمه (س)، حضرت علی اصغر (ع)، شهید هاشمی نژاد، شفا یحیانیان، فیروزگر، شهدای هفتم تیر، شهید فهمیده، شهدای یافت آباد، فیروزآبادی، لولاگر، حضرت رسول اکرم (ص)، شهید اکبرآبادی، شهید مطهری، روانپزشکی ایران، امام سجاده (ع) شهریار، حضرت فاطمه الزهرا (س) رباط کریم) با استفاده از فرم‌های فعالیت ماهانه مرکز، بخش‌هایی که در صد اشغال تخت آنها زیر ۵۰ درصد بود، شناسایی شد. جامعه آماری پژوهش شامل مدیران ارشد (مدیر، مدیر خدمات پرستاری یا مترون و مسئول اداری مالی و میانی (سرپرست‌های آموزشی پرستاری، مسئول داروخانه، آزمایشگاه و تصویربرداری) بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران با ضریب اشغال تخت زیر ۵۰ درصد بوده است. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد بدین ترتیب که بر اساس جدول اعداد تصادفی، پرسشنامه در اختیار پاسخگویان قرار گرفت و در صورت نبود پاسخگویی، شخص دیگری بر اساس جدول جایگزین شد. حجم نمونه بر اساس نظر بنتلر و چو تعیین شد. [۱۲] بر همین اساس با توجه به اینکه تعداد متغیرهای پرسشنامه ۸۲ متغیر بود، تعداد ۴۱۰ پرسشنامه در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. با توجه به مشغله کاری زیاد جامعه آماری پژوهش و نیاز به هماهنگی زیاد در تکمیل پرسشنامه‌ها و پیگیری‌های زیادی که انجام شد و همچنین با عنایت به جایگزینی افراد بر اساس جدول اعداد تصادفی، تعدادی از پرسشنامه‌ها به صورت ناقص و تعداد زیادی از آن هم بدون پاسخ به دست پژوهشگر رسید. پس از بررسی پرسشنامه‌ها تعداد پرسشنامه‌هایی که بصورت کامل تکمیل شده بود و امکان پردازش آنها وجود داشت ۸۱ پرسشنامه بود. از آنجا که حجم نمونه در تحلیل عاملی و کفایت نمونه برای

شاخص‌های برازش مدل برای تأیید الگوی استخراج شده شامل مقادیر (χ^2) است، که مقدار این عامل تقسیم بر درجه آزادی (df) باید کمتر از سه شود. شاخص RMSEA، ریشه میانگین مجذور خطاهای مدل است. حد مجاز RMSEA که یکی از شاخص‌های مدل است، ۰/۰۸ است هر چه این مقدار کمتر باشد مدل دارای برازش بهتری است. [۱۳]

ابتدایی ترین معیار برای سنجش رابطه‌ی بین سازه‌ها در مدل، اعداد معناداری (t-values) است. در صورتی که مقدار این اعداد از ۱/۹۶ بیشتر شود، رابطه بین سؤالات و متغیر مورد نظر معنی دار بوده و بنابراین، سؤالات تبیین کننده مناسبی برای متغیر مورد نظر هستند و نشان از صحت رابطه بین سازه‌ها و در نتیجه تأیید فرضیه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. [۱۳] در حالت تخمین استاندارد هر چه بار عاملی (ضریب متغیر) بزرگتر و به عدد یک نزدیکتر باشد، یعنی متغیر مشاهده شده (سؤال) بهتر می‌تواند متغیر مکنون یا پنهان را تبیین نماید. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف نظر می‌شود. بار عاملی بین ۰/۳ و ۰/۶ قابل قبول و اگر بیشتر از ۰/۶ باشد خیلی مطلوب است. [۱۳]

یافته‌ها

معیارهای برازش مدل نشان از معنی دار بودن رابطه بازاریابی خدمات درمانی با هفت عنصر آمیخته بازاریابی خدمات (نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، تسهیلات، فرایند و کارکنان) و مناسب بودن مقدار شاخص‌های آن بود. با توجه به خروجی لیزرل مقدار (χ^2) محاسبه شده برابر با ۴۲/۶۸ است. همچنین مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۴۹ است مدل در حالت تخمین استاندارد نشان می‌دهد که تمامی سؤالات پرسش نامه دارای بارهای عاملی نسبتاً بالایی هستند (۰/۵)، در نتیجه روایی همگرا وجود دارد و ابعاد پژوهش به خوبی توانسته اند واریانس مربوط به بعد اصلی را تبیین کنند. در جدول شماره یک شاخص‌های برازش مدل‌ها به تفکیک آورده شده است.

انجام این آزمون اهمیت بالایی دارد؛ بنابراین، برای کسب اطمینان از اینکه آیا با این تعداد نمونه می‌توان تحلیل عاملی انجام داد یا خیر، از آزمون‌های کایزر مایر اولکین (KMO) و بارتلت (Bartlet Test) استفاده شد. با توجه به این که در تحلیل عاملی اکتشافی هر یک از ابعاد پژوهش به صورت جداگانه در نظر گرفته شده است و بسته سؤالات مربوط به آن مجزا بوده است، برای هر یک از ابعاد به صورت جداگانه آزمون‌های فوق انجام شد و بعد از حصول اطمینان از کفایت نمونه تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت. [۱۳]

در این مرحله به منظور شناسایی مهمترین و مؤثرترین مؤلفه‌های مؤثر بر آمیخته بازار یابی بخش در مان از تحلیل عاملی استفاده شده است. در این پژوهش و تحلیل عاملی اکتشافی، روش میانگین موزون و ماتریس عاملی چرخش یافته با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۲ استفاده شده است. تحلیل عاملی به طور اساسی برای کاهش داده‌ها یا شناسایی ساختار به کار می‌رود و هدف از کاهش داده‌ها حذف متغیرهای اضافی از داده‌هاست. در شناسایی متغیرها، تحلیل عاملی اکتشافی به کار گرفته شد و نرم افزار مورد استفاده spss بود و در نهایت برای شناسایی میزان تأثیر ابعاد و متغیرها در الگو از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم استفاده شد. برای انجام این مراحل از نرم افزار Lisrel استفاده شد. لازم به ذکر است که در تحلیل عاملی اکتشافی، متغیرهای مربوط به هر بعد به صورت جداگانه بررسی شد. پس از انجام آزمون‌های کایزر مایر اولکین و بارتلت و حصول اطمینان از اینکه می‌توان آزمون تحلیل عاملی اکتشافی را برای متغیرهای مربوط به هر بعد انجام داد، تحلیل عاملی اکتشافی مربوط به هر بعد انجام گرفت. بدین منظور بارهای عاملی کمتر از ۰/۵ از مجموعه متغیرها حذف شدند. [۱۳] پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و شناسایی متغیرهای اصلی مؤثر بر ابعاد الگو، تحلیل عاملی تأییدی برای هر بعد انجام شد و رابطه همبستگی و شدت اثر هر کدام از متغیرها به ابعاد تعیین شد. و در نهایت تحلیل عاملی تأییدی برای کل الگو با هم انجام و میزان تأثیر هر کدام از ابعاد در بازاریابی خدمات درمانی تعیین شد.

جدول ۱: شاخص‌های خروجی نرم افزار LISREL به تفکیک هر بعد

شاخص بعد	χ^2	df	P-Value	RMSEA
خدمت	۶۷/۴۹	۲۳	۰/۰۰۰۰۵	۰/۰۷۳
قیمت	۵۹/۵۳	۲۲	۰/۰۰۰۲۰	۰/۰۶۵
مکان	۸/۲۵	۸	۰/۰۲۵۹۶	۰/۰۱۳
ترویج	۳۵/۳۴	۱۶	۰/۰۲۴۵۱	۰/۰۳۵
شواهد فیزیکی	۷۴/۲۵	۲۴	۰/۰۰۰۰۳	۰/۰۴۴
فرایند	۱۸/۵۴	۸	۰/۰۲۵۳۰	۰/۰۱۴
کارکنان	۵۲/۴۶	۱۹	۰/۰۰۰۰۱	۰/۰۴۸
مدل کلی	۴۲/۶۸	۱۳	۰/۰۴۴۰۲	۰/۰۴۹

در جدول شماره دو نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی هر یک از متغیرهای پژوهش توسط نرم‌افزار LISREL به صورت جداگانه برای هر متغیر آورده شده است. همانطور که ملاحظه دیده می‌شود میزان ضرایب مربوط به هر یک از دو حالت تخمین استاندارد و عدد معنی داری مربوط به مؤثرترین متغیرها بر ابعاد، یعنی شدت اثر یا میزان تبیین واریانس هر متغیر با بعد مربوط آورده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول و میزان ضرایب تبیین واریانس هر متغیر و ضرایب خطای متغیر مربوط به کلیه ابعاد و مدل کلی در حالت‌های تخمین استاندارد و عدد معناداری به دست آمده از نرم‌افزار لیزرل

بعد متغیر	کد متغیر	ضرایب مدل در حالت تخمین استاندارد		ضرایب مدل در حالت عدد معناداری		
		ضریب ضریب	خطا خطا	ضریب ضریب	خطا خطا	
رضایتمندی	K1	۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۵۵	۵/۴۲	
	K2	۰/۷۳	۰/۴۷	۶/۵۲	۵/۱۰	
	K3	۰/۶۰	۰/۵۸	۵/۶۷	۵/۲۱	
	K5	۰/۶۰	۰/۶۲	۵/۷۱	۵/۲۹	
	K7	۰/۷۳	۰/۴۷	۷/۲۱	۵/۵۵	
	K8	۰/۶۲	۰/۵۵	۵/۶۴	۴/۸۷	
	K9	۰/۶۸	۰/۷۴	۶/۳۷	۵/۳۴	
	K10	۰/۵۷	۰/۶۴	۵/۰۴	۵/۳۲	
	K12	۰/۵۸	۰/۶۴	۵/۲۴	۵/۵۶	
	رضایتمندی	G4	۰/۶۲	۰/۶۲	۵/۶۷	۵/۳۶
		G5	۰/۵۷	۰/۶۶	۴/۸۸	۵/۵۷
		G6	۰/۵۴	۰/۷۴	۴/۶۵	۵/۴۶
G7		۰/۷۹	۰/۳۸	۴/۵۲	۴/۴۷	
G9		۰/۶۹	۰/۵۲	۶/۲۶	۵/۸۴	

جدول ۲: (۱۵۱) (۱۵۱)

بهد	متغیر	کد متغیر	ضرایب مدل در حالت تخمین استاندارد		ضرایب مدل در حالت عدد معناداری	
			ضریب خطا	ضریب متغیر	ضریب خطا	ضریب متغیر
۱	ارائه بخشی از خدمات به صورت رایگان	G10	۰/۷۱	۰/۵۳	۶/۵۱	۵/۱۴
	معرفی بیمار جهت دریافت تسهیلات مالی از بانک و یا صندوق بیمارستان برای پرداخت	G11	۰/۶۰	۰/۶۴	۵/۲۱	۵/۵۴
	پایین تر بودن تعرفه خدمات نسبت به بیمارستان‌های مشابه	G13	۰/۶۴	۰/۵۷	۵/۷۴	۵/۳۶
۲	امکان پذیرش بیمار از طریق تلفن و وب سایت	M2	۰/۶۵	۰/۵۷	۵/۶۳	۵/۲۴
	حضور نماینده بیمارستان در مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه‌های پرتردد شهر	M3	۰/۶۵	۰/۵۷	۵/۶۴	۵/۱۵
	کاهش دادن زمان انتظار بیمار برای انجام اقدامات مورد نیاز	M4	۰/۶۰	۰/۶۴	۵/۱۸	۵/۲۱
	تکمیل درمان بیمار در منزل از طریق بستن قرارداد با مراکز خصوصی درمان در منزل	M5	۰/۷۰	۰/۵۲	۶/۲۴	۴/۹۲
	وجود سیستم ناوبری (حمل و نقل) بیمار از محل سکونت به بیمارستان	M7	۰/۷۶	۰/۴۵	۶/۸۴	۴/۵۸
	امکان انجام بخشی از خدمات درمانی به صورت سیار بدون حضور فرد در بیمارستان	M9	۰/۷۲	۰/۴۹	۶/۴۵	۴/۷۹
	ارسال مستقیم نامه و کتابچه به مردم از طریق پست	T3	۰/۷۴	۰/۴۵	۶/۸۷	۵/۲۴
	تخصیص وب سایت برای بیمارستان	T4	۰/۷۹	۰/۳۸	۷/۵۶	۶/۵۹
	بهره‌گیری از مراسم و مناسبت‌های مختلف به منظور معرفی توانمندی‌های بیمارستان	T5	۰/۶۹	۰/۵۴	۶/۲۵	۵/۲۳
۳	ارائه خدمات تلفنی مشاوره پزشکی توسط بیمارستان	T6	۰/۵۷	۰/۶۴	۵/۲۱	۵/۴۶
	انعکاس تجارب و نتایج نظرات بیماران از طریق ابزارهای رسانه‌ای	T9	۰/۵۴	۰/۶۷	۴/۸۶	۵/۷۰
	استفاده از تابلوهای اطلاع‌رسانی در محیط داخلی بیمارستان	T10	۰/۶۲	۰/۵۷	۵/۶۶	۵/۴۸
	استفاده از پویانمایی و شعارهای اطلاع‌رسانی در سایت‌های پربازدید	T11	۰/۷۲	۰/۵۵	۶/۵۴	۵/۲۰
	ارائه گزارش‌های ادواری از عملکرد بیمارستان	T12	۰/۷۱	۰/۵۴	۶/۴۷	۵/۲۱
	اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و آراستگی داخلی بیمارستان	TS1	۰/۷۸	۰/۴۱	۷/۵۳	۵/۳۸
۴	توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن	TS2	۰/۸۴	۰/۳۵	۸/۵۲	۵/۰۴
	وجود پارکینگ در دسترس برای بیماران و همراهان	TS4	۰/۶۵	۰/۵۴	۶/۳۷	۵/۶۶
	استفاده از ترکیب و تنوع رنگ‌ها در بیمارستان	TS5	۰/۸۲	۰/۳۱	۸/۲۱	۵/۱۳
	پخش موسیقی آرام در سالن انتظار	TS6	۰/۶۹	۰/۵۲	۶/۶۰	۵/۶۴
	بکار بردن تهویه مطبوع و بوی خوشایند در محیط بیمارستان	TS7	۰/۶۶	۰/۵۷	۶/۱۷	۵/۷۱
	وجود امکانات و وسایل مناسب رفاهی برای بیمار و همراهان	TS8	۰/۶۴	۰/۵۹	۵/۹۸	۵/۷۴
	داشتن برنامه غذایی انتخابی برای بیماران	TS10	۰/۷۰	۰/۵۱	۶/۷۷	۵/۶۰
	سیستم روشنایی مناسب در محیط بیمارستان	TS12	۰/۸۳	۰/۲۹	۸/۲۴	۵/۱۶
	انتشار مجله داخلی بیمارستان	TS13	۰/۶۹	۰/۵۲	۶/۶۱	۵/۶۴

جدول ۲: (۱۵۱امه)

کد متغیر	ضرایب مدل در حالت تخمین استاندارد		ضرایب مدل در حالت عدد معناداری		متغیر	بعد
	ضریب متغیر	ضریب خطا	ضریب متغیر	ضریب خطا		
F1	۰/۶۸	۰/۵۳	۶/۱۸	۵/۰۳	وجود سیستم‌های تعالی و ارتقای فرایندهای ارائه خدمات به بیمارستان	بازاریابی
F2	۰/۶۹	۰/۵۲	۶/۱۷	۵/۰۰	فعالیت انواع سیستم رسیدگی به شکایات بیماران	
F6	۰/۷۴	۰/۴۵	۶/۵۴	۴/۴۵	اطلاع‌رسانی به بیماران از جزئیات نحوه ارائه خدمات درمانی در بخش‌های مختلف	
F7	۰/۷۹	۰/۳۷	۷/۱۱	۴/۲۳	استفاده از جزوه، علائم و دفترچه‌های راهنما در بیمارستان	
F8	۰/۵۹	۰/۶۵	۵/۱۱	۵/۴۶	نظرسنجی تلفنی از بیماران در رابطه با ارائه خدمات	
F10	۰/۵۷	۰/۶۸	۴/۷۹	۵/۲۲	بکارگیری سیستم شبکه داخلی بیمارستان (HIS) در بیمارستان	
P2	۰/۶۵	۰/۵۸	۶	۵/۵۱	وجود تعداد کارمندان کافی برای ارائه خدمات	
P3	۰/۶۹	۰/۵۳	۶/۴۵	۵/۳۹	پاسخ به موقع به پرسش‌های بیماران از سوی کارمندان درمانی	
P4	۰/۶۳	۰/۶۰	۵/۷۸	۵/۵۷	بها دادن به عواطف، احساسات و نیازهای بیماران از سوی کارمندان	
P5	۰/۶۲	۰/۶۲	۵/۶۲	۵/۶۱	آموزش دادن مهارت‌های ارتباط با بیمار به کارمندان	
P8	۰/۶۷	۰/۵۵	۶/۲۲	۵/۴۵	آراستگی ظاهری و لباس یکسان کارمندان بیمارستان	بازاریابی
P9	۰/۷۶	۰/۴۲	۷/۴۵	۴/۹۵	روحیه انتقادپذیری کارمندان بیمارستان	
P10	۰/۷۷	۰/۴۱	۷/۵۴	۴/۹۰	روحیه مشتری‌نوازی در کارمندان بیمارستان	
P11	۰/۶۸	۰/۵۴	۶/۳۰	۵/۲۲	گشاده‌رویی کارمندان در برخورد با بیماران	

در بعد نوع خدمت مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۷۷ و در حالت عدد معناداری ۷/۴۲، بعد قیمت مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۸۴ و در حالت عدد معناداری ۸/۲۵، بعد مکان مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۸۷ و در حالت معناداری ۸/۴۹، بعد ترویج مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۷۶ و در حالت عدد معناداری ۷/۳۷، بعد شواهد فیزیکی مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۷۳ و در حالت عدد معناداری ۶/۸۴، بعد فرایند مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۶۰ و در حالت عدد معناداری ۵/۴۹، بعد کارکنان مقدار ضریب تبیین واریانس در حالت تخمین استاندارد ۰/۶۳ و در حالت عدد معناداری ۵/۷۰ بود. مطابق این یافته تأثیر بعد مکان و قیمت در بازاریابی خدمات درمانی بیشتر و بعد فرایند کمتر بود.

تحلیل عاملی مرتبه دوم، صورتی از تحلیل عاملی است که در آن ماتریس همبستگی عامل‌های مشترک تحلیل می‌شود تا عامل‌های مرتبه دوم به دست آید. هدف آن آزمون فرضیات در باب تعداد عوامل زیربنایی موجود در مجموعه ای از متغیرها، روابط عامل‌ها با نشانگرها و برازش مدل اندازه‌گیری است. معیارهای برازش مدل در تحلیل عاملی مرتبه دوم از ابعاد اصلی پژوهش نشان از معنادار بودن رابطه بازاریابی خدمات درمانی با هفت عنصر آمیخته بازاریابی خدمات (نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، تسهیلات، فرایند و کارکنان) و مناسب بودن مقدار شاخص‌های آن بود. RMSEA در مدل مزبور برابر ۰/۰۴۹، χ^2 برابر ۴۲/۶۸ بود. تمامی ضرایب به دست معنی دار شده‌اند. بدین معنی P آمده در حالت عدد معنی داری که تمامی ابعاد دارای بارهای عاملی به نسبت بالایی هستند، در نتیجه روایی همگرا وجود دارد و ابعاد پژوهش به خوبی توانسته‌اند واریانس مربوط به بعد اصلی را تبیین کنند.

تکمیل شدن درمان در همان بار اول بالاترین وزن را نسبت به سایر متغیرها داشت. [۱۶]

در مورد بعد دوم پژوهش، مؤلفه های مؤثر بر قیمت، یکی از متغیرهای شناسایی شده که بر بعد «قیمت» بیشترین تأثیر را داشت، ارائه تخفیف در صورت حساب هزینه های بیمار است. تخفیف در هزینه های انجام شده برای بیمار می تواند در بازاریابی خدمات درمانی مؤثر باشد. بیمار ارزش خدمات دریافت شده را با هزینه پرداخت شده مقایسه می کند؛ بنابراین، در صورتی که بیمارستان ها بتوانند بخشی از هزینه های صرف شده را از صورت حساب بیمار کسر نمایند، در بازاریابی خدمات درمانی مؤثر است. در پژوهشی که توسط کتابی، انصاری و ناصری طاهری با موضوع انتخاب آمیخته بازاریابی مناسب با استفاده از روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی با رویکرد برنامه ریزی راهبردی بازاریابی انجام گرفته است متغیرهای شناسایی شده را در بعد قیمت، ارائه تخفیف و فروش اقساطی ذکر کرده اند. [۵] دوین، کلاک و لیونز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سازمان های بهداشتی و درمانی که سیستم های قیمت گذاری و ارزیابی را طراحی و اجرا می کنند توانایی های خود را برای رقابت در محیطی که به سرعت در حال تغییر است، تقویت می کنند. [۱۷] سوبا و همکاران، در پژوهش خود تأکید داشته اند که یکی از عوامل مهم در بازاریابی مراکز درمانی، کار برد راهبردهای قیمت گذاری قابل انعطاف خدمات است. [۱۸] لی و شین نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اغلب افرادی که قادر به خرید خدمات دندانپزشکی نیستند، به نظر می رسد که مشکلی در رابطه با ناکافی بودن پوشش بیمه ای دارند. پس راهبرد متغیر بودن قیمت می تواند مورد استفاده قرار گیرد. [۱۶]

بعد سوم پژوهش مربوط به مؤلفه های مؤثر بر بعد مکان بود. دسترسی به خدمات بیمارستانی یکی از مهمترین عوامل در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. زولکیوسکی، نیز در نتیجه گیری خود با عنوان بازاریابی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در انگلستان، تغییر در مکان و زمان ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را به عنوان یکی از ویژگی های خدمات می

بحث

الگوی نهایی آمیخته بازاریابی در بخش درمانی نشان داد که تمام ابعاد مورد اشاره در الگوی آمیخته بازاریابی خدمات بومز و بیتنر در بخش خدمات درمانی مؤثرند؛ بنابراین، مدیران بخش بهداشت و درمان کشور با استفاده از این ابزار مهم می توانند در بازاریابی خدمات خود استفاده نمایند. در هر بعد از مدل متغیرهای مؤثر بر آن استخراج شد. با توجه به نتیجه به دست آمده در این پژوهش تمام ابعاد اصلی الگوی مفهومی تأیید شد. بیشترین ابعاد مؤثر بر بازاریابی خدمات درمانی بعد «مکان» و بعد «قیمت» است که بعد «مکان» بیشتر به سطح دسترسی و آسایش و راحتی بیمار به دریافت خدمات مربوط می شود و بعد «قیمت» نیز مربوط به میزان قیمت خدمات و شیوه پرداخت می شود.

در رابطه با بعد اول پژوهش، در بعد نوع خدمت در میان مؤلفه های شناسایی شده، متغیرهایی که بیشترین تأثیر را داشتند شامل کیفیت ارائه خدمات در بیمارستان، ارائه خدمات متمایز نسبت به سایر بیمارستان ها، ارائه خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار بود. یکی از عوامل مهم در ارائه خدمات درمانی کیفیت ارائه خدمات است. انبوری و همکاران، در پژوهش خود با خود با «عنوان رضایتمندی و وفاداری در بیمارستان های خصوصی صفا- یمن» ۸۱۹ نفر را مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه برای افزایش وفاداری و رضایتمندی بیماران در بیمارستان خصوصی دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا را لازم و ضروری دانسته است. [۱۴] راجو و لونیل در پژوهش خود با عنوان اثر کیفیت خدمات و بازاریابی بر عملکرد مالی در بیمارستان که در بیمارستان های پنج ایالت آمریکا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ساختارهای مربوط به کیفیت خدمت و بازاریابی بر عملکرد مالی در بیمارستان تأثیر مثبت دارد. [۱۵] پژوهش لی و شین، مبتنی بر یافته هایی است که با این نتیجه همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود که در مورد بازاریابی خدمات دندانپزشکی بود به این نتیجه رسیدند که تدارک خدمات دندانپزشکی با کیفیت و قابل اعتماد، رعایت ادب و مهربانی در درمان و

داند که اثر مثبت در بهبود ارائه خدمات دارد. [۱۹] برنستین، در مقاله خود ضمن تأکید بر آمیخته بازاریابی، از نظر مکان در چهار شاخه بحث می‌کند. از نظر موقعیت و جایگاه سیستم بهداشت و درمان شامل کلینیک‌ها یا سایر شعبات اصلی ارائه خدمات درمانی، پوشش خدمات شامل همجواری بودن مراکز پزشکی، دسته‌بندی خدمات شامل خدمات دستیاری، مجراهای توزیع شامل رابطه ارجاعی پزشکان، گروه‌های پزشکی و ارائه دهندگان خدمات بیمه‌ای. [۲۰] همانگونه که در پژوهش سوبا و همکاران، ذکر شده است، حداقل دو عامل متناسب بودن و راحتی در بعد مکان مؤثر است. آنها اضافه می‌کنند در حالیکه اغلب درمان‌های پیچیده در بیمارستان‌های دانشگاهی انجام می‌شود، غربالگری و پیگیری امور درمانی می‌تواند به صورت مؤثر و کارآمد در فضای خارج از دانشگاه انجام شود. بدین لحاظ تعدادی از مراکز پزشکی دانشگاهی، کلینیک‌های محلی را خریداری کرده و یا با آنها قرارداد بسته‌اند. این مراکز هم منبعی برای جذب بیماران جدید هستند و هم مکانی برای بیماران که به راحتی مورد پیگیری قرار می‌گیرند. [۱۸] راثو و همکاران، در مقاله «سوی خدمات بهداشتی و درمانی بیمارمحور در هند» عامل در دسترس بودن خدمات پزشکی را از ابعاد اصلی کیفیت درک شده توسط بیمار شناسایی نموده است. [۲۱]

بعد ترویج، چهارمین بعد مؤثر در بازاریابی خدمات درمانی بود. بر اساس گفته برکوویتز، هیچ جزئی از آمیخته بازاریابی به اندازه ترویج در خدمات بهداشتی و درمانی قابل مشاهده نیست. [۲۲] تیلور، در پژوهش خود به عنوان «درک بیمار از تبلیغات مکاتبه مستقیم با بیمار توسط بیمارستان‌ها» به این نتیجه می‌رسد که تبلیغات مکاتبه مستقیم توسط پاسخگویان به عنوان واسطه مثبت برای بیمارستان‌ها به منظور استفاده در برنامه‌های بازاریابی یافته شده است. مکاتبه مستقیم به عنوان واسطه‌ای تبلیغاتی حرفه‌ای تر نسبت به سایر رسانه‌ها یافته شده است. [۲۳] لی و شین، در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که تبلیغات و سایر امور ترفیع برای تأکید در مورد حقایقی که در مورد انجام خدمات وجود دارد و یا درجه آن خدمات کاربرد

دارد. بازار یابان کلینیک‌های دندانپزشکی ابزارهای تبلیغاتی قابل مشاهده، مانند تبلیغات رسانه‌ای و یا مکاتبات مستقیم با مشتری را در فعالیت‌های بازاریابی خود استفاده می‌کنند. این نتیجه با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. [۱۶] بیمارستان‌ها می‌توانند توانمندی‌ها و خدماتی را که در آنها ارائه می‌گردد با استفاده از راهبرد ترویج به اطلاع مردم برسانند. پس به کار بردن ترفیع و فعالیت‌های بازاریابی متعدد حالت تشویقی و متقاعدکننده دارند تا تقاضای فرد را به محصول نسبت به محصول رقیبان برانگیزند.

بعد پنجم این پژوهش مربوط به شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر بعد فرایند بود، یک بیمارستان زمانی که پذیرای بیماران می‌شود، بیماران نباید سردرگم باشند. بعد فرایند در آمیخته بازاریابی درمان بر آشنایی، سهولت و شفاف‌سازی روش‌های دریافت خدمت توسط مشتری تأکید دارد. اگر بیماران از جزئیات، مراحل و شیوه ارائه خدمات آگاهی یابند و دفترچه‌های راهنما، علائم و نشانه‌های مناسب برای جلوگیری از سردرگم شدن بیمار موجود باشد، بیماران بدون داشتن استرس، همکاری لازم را با بیمارستان خواهند داشت و رضایت پیدا می‌کنند؛ بنابراین، بیمارستان با استقرار سیستم‌های تعالی کیفیت و احصای فرآیندهای خدمات خود در راستای شفاف‌سازی جریان روند امور تلاش می‌کند. بکارگیری سیستم شبکه کامپیوتری داخلی بیمارستان می‌تواند کمک‌کننده در این مسیر باشد. بیمارستان می‌تواند برای حصول اطمینان از کیفیت درک شده توسط بیمار پس از دریافت خدمات مورد نظر آنها را به صورت تلفنی جویا شود. در گی، می‌نویسد، انتخاب فرایند ارائه خدمت به مشتری می‌تواند بر تجربه مشتری تأثیر اساسی بگذارد. وقتی مشتری راضی باشد به دیگران رضایت خود را اعلام می‌نماید. [۲۴] یکی دیگر از سیستم‌هایی که در بیمارستان لازم است تا برقرار شود، سیستم رسیدگی به شکایات بیمار است. کاتلر، می‌نویسد تحقیقات در مورد نارضایتی مشتریان نشان می‌دهد که اگر چه در ۲۵ درصد مواقع مشتریان نسبت به خرید ناراضی هستند، ولی تنها پنج درصد شکایت می‌کنند ۹۵ درصد بقیه احساس می‌کنند که شکایت ارزش مطرح کردن و صرف

اطلاعات زیادی است و از این رو برای کسانی که در کار ارتباط بصری هستند، واجد اهمیت است. [۲۳]

الگوی نهایی آمیخته بازاریابی در بخش درمانی نشان داد که تمام ابعاد مورد اشاره در الگوی آمیخته بازاریابی خدمات بومز و بیشتر در بخش خدمات درمانی مؤثرند؛ بنابراین، مدیران بخش بهداشت و درمان کشور با استفاده از این ابزار مهم می توانند در بازاریابی خدمات خود استفاده نمایند. در هر بعد از مدل متغیرهای مؤثر بر آن استخراج شد. با توجه به نتیجه به دست آمده در این پژوهش تمام ابعاد اصلی الگوی مفهومی تأیید شد. بیشترین ابعاد مؤثر بر بازاریابی خدمات درمانی بعد «مکان» و بعد «قیمت» است که بعد «مکان» بیشتر به سطح دسترسی و آسایش و راحتی بیمار به دریافت خدمات مربوط می شود و بعد «قیمت» نیز مربوط به میزان قیمت خدمات و شیوه پرداخت می شود.

سوبا و همکاران، در مقاله خود با عنوان «راهبرد بازاریابی: اصلی ضروری در تجارت قابل استفاده در مراکز پزشکی دانشگاهی» بیان می کنند که مدیران هوشمند مراکز پزشکی دریافته اند که باید از ترکیب ابزارهای بازاریابی استفاده کنند تا جذابیت مراکز خود را برای مشتریانی که خدمات را دریافت می کنند، تقویت سازند. مدل آمیخته بازاریابی خدمات درمانی (7P)، اشاره به ابزاری قابل دسترس برای مراکز پزشکی دارد که آنها برای تأثیر در انتخاب مشتریان به کار بستند. مؤثرترین ابعادی که در مدل سازی ریاضی عناصر آمیخته بازاریابی درمان در این پژوهش شناسایی گردید، دو بعد «مکان» و «قیمت» بود. مکان و زمان ارائه خدمات با واژه های توزیع و دسترسی مکانی و زمانی به خدمات درمانی تفسیر می شود. قیمت با واژه های تعرفه خدمات و شیوه پرداخت هزینه توسط بیمار سر و کار دارد. [۱۸]

نتایج پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از قلی پور سلیمانی، همخوانی دارد؛ وی در پژوهش خود با عنوان «اولویت بندی عوامل مؤثر بر آمیخته بازاریابی صنعت هتلداری به روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی» به این نتیجه رسیده است که عامل قیمت در میان عناصر آمیخته بازاریابی هتلداری بالاترین اولویت را در تأمین رضایت مشتریان داشت. [۲۷] رضائیان و

انرژی ندارد یا این که نمی دانند چگونه یا به چه کسی شکایت کنند. از این پنج در صد که شکایت می کنند فقط نیمی از آنها نسبت به حل مسئله ابراز رضایت می نمایند. با وجود این لازم است به شکایات مشتری رسیدگی شود و مسئله را به شیوه ای معقول حل نمود و این اقدام اهمیت زیادی دارد. به طور متوسط یک مشتری راضی در باره تجربه خوب خود از محصول به سه نفر خواهد گفت ولی مشتری ناراضی گله خود را به ۱۱ نفر خواهد گفت. [۴]

بعد ششم در مورد مؤلفه های مؤثر بر بعد افراد (کارمندان) است. در پژوهشی که حق شناس کاشانی، انجام داد متغیر کافی بودن تعداد کارمندان را در بعد کارکنان شناسایی کرده است که با این پژوهش همخوانی دارد. [۲۵] لاولاک، نقل می کند که هسکت و همکاران به این نتیجه رسیده اند که زنجیره سودآوری خدماتی همیشه بین خط مشی منابع انسانی و خط مشی بازاریابی یک رابطه وجود دارد. [۲۶] همانگونه که سوبا و همکاران، در مقاله خود ذکر کرده اند کارکنانی که لیاقت، تواضع و دلسوزی نشان دهند به طور قطع در موفقیت یک بیمارستان نقش دارد. [۱۸]

بعد شواهد فیزیکی، هفتمین بعد مؤثر در بازاریابی خدمات درمانی بود. سوبا و همکاران، ذکر می کنند که همانگونه که ترس، نگرانی و بلا تکلیفی و در تشخیص خیلی از بیماری ها همراه است، محیط اطراف بیماری که تحت مراقبت است اهمیت ویژه ای پیدا می کند. محیط فیزیکی بیمار می تواند اثر مطلوبی بر خلق و خو بگذارد و احساس مطلوب به بیمار دست دهد. [۱۸] لی و شین، در پژوهش خود بیان می کنند که تعجبی نیست که مشتریان از مراجعه به مراکز درمانی که دارای محیط ناخوشایند یا زیر استاندارد و پزشکان غیر ماهر باشد خودداری می کنند. آنها محیط خوب را یکی از متغیرهایی می دانند که در جذب مشتریان مفید است که از این رو با این پژوهش همخوانی دارد. [۱۶] درگی، می نویسد متأسفانه در ایران به موضوع رنگ و روانشناسی رنگ ها اهمیت لازم داده نشده است. در کشورهای توسعه یافته به علت گسترش رقابت از ابزارهای مختلف تأثیر گذاری بر مشتریان از جمله رنگ در جای مناسب استفاده می شود. رنگ در واقع حاوی اخبار و

سازمان‌های سیاستگذاری است که این پژوهش می‌تواند مورد استفاده آنها قرار گیرد. سایر سازمان‌هایی که به نحوی مراکز درمانی تحت پوشش دارند، مانند وزارت نفت، سازمان تأمین اجتماعی، بانک‌ها، بنیاد مستضعفان و جانبازان، بنیاد شهید و... از الگوی مزبور می‌توانند در راستای ارتقای سازمانی مراکز درمانی خود استفاده نمایند. در حوزه اجرایی، این الگو برای کلیه مراکزی که به گونه‌ای در ارائه خدمات درمانی نقش دارند، نظیر بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، مراکز بهداشت، کلینیک‌ها، پلی کلینیک‌ها و مطب‌ها، مراکز جراحی محدود و... می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «ارائه الگوی بهینه آمیخته بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران با درصد اشغال تخت زیر ۵۰ درصد» به شماره ۲۵۶۴۹-۱۱۳-۰۴-۹۴ در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

رضازاده برفوئی، در مقاله خود با عنوان ارائه الگوی بهینه آمیخته بازاریابی خدمات با هدف افزایش خرید بیمه نامه‌های عمر و پس انداز نیز نتیجه گرفتند که عنصر قیمت همراه با ترویج در رتبه‌بندی عناصر آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه بالاترین رتبه را کسب کرده است. [۲۸] حق شناس کاشانی، در مقاله خود با موضوع نقش اعمال مدیریت مؤثر بازاریابی بانک‌ها در جذب و حفظ مشتری به این نتیجه رسیده است که قیمت، بالاترین نقش را در جذب مشتری دارد. پس از آن عوامل فرایند کار و کارکنان بیشترین نقش را دارند. [۲۵] خلف احمد و همکاران، در مقاله خود با عنوان «تأثیر راهبرد آمیخته بازاریابی بر عملکرد بیمارستان‌های خصوصی جده عربستان از دیدگاه رؤیسان و مدیران ارشد»، به این نتیجه رسیدند از مؤلفه‌های آمیخته بازاریابی کیفیت خدمات، ترفیع، شواهد فیزیکی، فرایند و کارکنان بیشترین تأثیر را بر کارایی بیمارستان و رضایت بیماران دارند. [۲۹]

الگوی آمیخته بازاریابی خدمات درمانی به عنوان الگویی جامع و تحول‌آفرین می‌تواند در نظام بهداشت و درمان کشور در زمینه خدمات درمانی کاربردی باشد و سیاستگذاران، مدیران و مجریان خدمات درمانی کشور می‌توانند در فرایند بازاریابی خدمات درمانی خود از این الگو استفاده کنند، عملکرد اقتصادی و سازمانی مراکز درمانی تحت پوشش خود را ارتقا بخشند و با بهره‌گیری از ابزار آمیخته بازاریابی موجب افزایش جذب مردم برای استفاده از خدمات بهداشتی درمانی و بالا بردن ضریب استفاده از امکانات مثل ضریب اشغال تخت در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی تابعه خود شوند.

همانطور که ملاحظه شد، توجه به ابعاد و متغیرهای بدست آمده در آمیخته بازاریابی بخش درمان و کاربرد آنها می‌تواند باعث ارتقای سازوکار بازاریابی مراکز ارائه خدمات درمانی شود. اولین جایگاه استفاده از نتایج این پژوهش در حوزه سیاستگذاری است. دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از این الگو می‌تواند عملکرد اقتصادی و سازمانی مراکز درمانی تحت پوشش خود را ارتقا بخشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و بیمه خدمات درمانی نیز از جمله

References

1. Hoon, K. et al. Brand equity hospital marketing. *Journal of Business Research* 2008; 61: 75-82.
2. Roosta A. [Recovery of the health management system], *The first major congress of health management, february 2008*. [Persian]
3. Maibach E W, Abrams L C, Marosits M. Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed "people and places" framework. *BMC Public Health*; 2007; 7:88
4. Cotler P. *Essentials of Marketing Management*. Trans. Parsaeian A. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2008. [Persian]
5. Ketabi S, Ansari M E, Naseri Taheri M. [Selecting the proper marketing mix for Marjan tile company with the Use of AHP Technique: a strategic market planning approach, faculty of admin]. *Journal of Sciences & Economic of Isfahan University* 2005; 17(1): 79-93 [Persian]
6. Abolhalaj M, Mobaraki H, Inanlo Yaghmorlo S, Hosseini Parsa S. [Assessing physical spaces of hospitals affiliated to universities of medical sciences in Iran]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences and Health Services* 2010; 14(2): 69-74. [Persian]
7. Burdette R. A. *Marketing Quality to Consumers: Does It work For Hospital Marketers? A Thesis Submitted To The Graduate Faculty Of The Louisiana State University*. December 2007.
8. Rafiee M, Ayatollahi SMT, Mohammad Taghi. [Bed occupancy rate modeling in Shiraz hospitals], *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2008;12(2). [Persian]
9. Mobaraki H, Danesh Dehkordi N, Najafi M, Brief account of: The plan to reform the structure of the comprehensive management system of the hospital, *Center for Management Development and Administrative Transformation Secretariat for the reform of the economic management structure of the hospital*: 8-14
10. Sajadi H, Sajadi Z, Hadi M. [Is There any Method to Compare Key Indicators of Hospital Performance Simultaneity?] *Health Information Management*. 2011; 8(1): 71-81. [Persian]
11. Rezapour A, Asefzadeh S. [Study economic efficiency of teaching hospitals of Qazvin University of medical sciences (1999-2007).] *Journal of Guilan University of medical sciences* 2009; 18(71): 55-63. [Persian].
12. Hooman HA. *Structural Equation Modeling with Lisrel Application*. 2nd ed. Tehran, Iran: Samt Publication; 2009 [Persian].
13. Momeni M, Faal Ghayomi A. *Statically Analysis with SPSS*. 3rd ed. Tehran, Iran: Ketab Nou Publication; 2010. [Persian].
14. Anbori A, Ghani SN, Yadav H, Daher AM, Su TT. Et al, 2010, Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a Yemen. *International Journal of Quality Health Care* 2010; 22(4): 310-315.
15. Raja P S, Lonial S C. The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical

- examination, *Journal of Retailing and Consumer Service* 2002; 9(6): 335-348.
16. Lee WI, Shin BY. Application of neural networks to recognize profitable customers for dental services marketing-a case of dental clinics in Taiwan. *Expert Systems with Applications: An International Journal* 2009; 36(1): 199-208.
17. Devine K, O'Clock P, Lyons D. Health-care financial management in a changing environment. *Journal of Business Research* 2000; 48(3): 183-191.
18. Souba WW, Haluck CA, Menezes MA. Marketing strategy: an essential component of business development for academic health centers. *The American Journal of Surgery*. 2001; 181(2): 105-114.
19. Zolkiewski J, Marketization and delivery of UK health services three case studies. *Journal of Business Research* 2004; 57:1012-1020.
20. Bernstein S L, Internal marketing of an Ed-based public health initiative. *American Journal of Emergency Medicine* 2005.
21. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India-a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(6): 414-421.
22. Berkoitz E N. *Essentials of Health Care Marketing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
23. Taylor R E. Consumer perception of direct mail advertising by hospital. *Journal of Direct Marketing*. Vol 4. Issue 3: 1-75. Summer 1990. Published Online: Sep 2006 Vecchio-sadus
- Angelica M. Griffiths Steven. *Marketing Strategics for Enhancing Safety Culture*. *Safety Science* 2004; 42:601-619.
24. Dargi P. *Marketing Management Issues*. 1st ed. Tehran, Iran: Rasa cultural services Inc; 2007. [Persian].
25. Haghshenas Kashani F. [The role of effective marketing management practices of banks to attract and retain customers.] *Journal of Economic Research* 2003; 3(1): 71-98. [Persian].
26. Lavlak C, Laren R. *Essential of Services Marketing*. Trans. Tajzadeh Namin A. Tehran, Iran: Samt Publication; 2003. [Persian].
27. Gholipour Soleymani A. [Priority setting to influential factors in the hotel management industry marketing with emphasis on AHP method (a case study: Guilan province).] *Journal of Geographical Lanfscap* 2009; 4(8): 78-157. [Persian].
28. Rezaeian A, Rezazadeh Barfuei H, [Marketing mix model provides services aimed at increasing purchasing life insurance policies and savings (Asia insurance company case study in Tehran province)]. *Quarterly Journal of Insurance Research College* 2007; 22(3): 21-45. [Persian]
29. Khalaf Ahmad A M, Al-Qarni A A, Alsharqi O Z, Qalai D A, Kadi N, The impact of marketing mix strategy on hospitals performance measured by patient satisfaction: an empirical investigation on Jeddah private sector hospital senior managers perspective, *International Journal of Marketing Studies* 2013;5(6), 210-227; Published by Canadian Center of Science and Education.

Optimal Marketing Mix Pattern in Selected Hospitals of Iran University of Medical Sciences: Model of Booms and Bitner 2016-2017

Sarebandi Z¹/ Arta P²/ MehdiPour S³/ Poorsamaei shalmani R⁴/ Seyedin SH⁵

Abstract

Introduction: The mixed marketing is an important issue in healthcare sector and is essential to healthcare provider organizations for survival in the contemporary era to have more market shares, revenue and to increase customer service efficiency and effectiveness. The purpose of this article to provide a practical model of the factors influencing the marketing mix in the health care services in hospitals of Iran University of Medical Sciences with Bed occupancy rate below 50%.

Methods: This is an applied and analytical study. Considering the field of health care services, the integrated marketing services model of "Booms and Bitner" were selected and the conceptual research model was determined. Using the review studies, the variables relevant to each dimension were collected. Data analysis was performed through Lisrel and SPSS version 22, using exploratory and confirmatory factor analysis.

Results: The fit indexes of Lisrel confirmed and acknowledged the healthcare mixed marketing model with seven dimensions. The dimensions having the greatest impact included the place and price. Meanwhile, other aspects of the research in terms of impact were identified: services, promotion, physical evidences, personnel and processes.

Conclusion: Healthcare centers can use marketing mix model with the seven confirmed dimensions in marketing management through concentration on place and price.

Keywords: Marketing Mix, Health Services, Factor Analysis, Bed Occupancy Rate, IUMS Selected Hospitals, Model of Booms and Bitner

• Received: 20/June/2017 • Modified: 25/Nov/2017 • Accepted: 20/Jan/2018

1. MSc of Business Administration, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. MSc of Public Administration, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Corresponding Author(arta.parisa@yahoo.com)
3. Doctor of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MSc of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran