

## بررسی میزان بازارگرایی در مراکز آموزشی و درمانی قزوین: کاربرد الگوی سه وجهی تحلیل بازار

فاطمه وحدتی<sup>۱</sup>، محمدرضا محمدخانی<sup>۱</sup>، امید خسروی زاده<sup>۲</sup>، رعنا سپیلی راد<sup>۱</sup>، سوگل ساریخانی<sup>۱</sup>، بهمن احدی نژاد<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۹

### چکیده:

**زمینه و هدف:** بیمارستان‌های آموزشی علاوه بر فراهم کردن خدمات اثربخش و عادلانه برای گروه‌های کم‌درآمد، برای اینکه عملکرد عملیاتی متوازن و مثبتی داشته باشند، باید سهم قابل ملاحظه‌ای از تقاضای گروه‌های پردرآمد را بدست آورند. این مطالعه با هدف بررسی میزان بازارگرایی مراکز آموزشی-درمانی قزوین انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۹ در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بصورت مقطعی و داده‌ها در بازه یک ماهه، از طریق پیمایش پرسشنامه‌ای گردآوری شد. جامعه مورد مطالعه، کل کارکنان شاغل در ۶ بیمارستان این دانشگاه بود که از روش نمونه‌گیری سهمی-تصادفی انتخاب گردید. اطلاعات موردنیاز با جمع‌آوری ۴۱۱ پرسشنامه سنجش بازارگرایی، بدست آمده و در فضای نرم‌افزار SPSS 16 آنالیز شدند. برای مقایسه میانگین‌ها از آنالیز واریانس یک‌طرفه با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، استفاده شد.

**نتایج:** میزان بازارگرایی کل بیمارستان‌ها ۲/۸۸ از ۵ بدست آمد. بعد توجه به مشتری بیشترین میانگین (۳/۳۲ از ۵) و بعد توجه به رقیب کمترین میانگین (۲/۸۰ از ۵) را داشتند. میانگین بعد هماهنگی بین وظایف نیز ۲/۸۶ از ۵ بود. به غیر از بعد توجه به رقیب، از نظر میزان بازارگرایی، توجه به مشتری و هماهنگی بین وظایف، تفاوت معنادار آماری دیده شد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** این بیمارستان‌ها از نظر میزان بازارگرایی، مشتری‌گرایی و توجه به رقیب به ترتیب در وضعیت متوسط، بالاتر و کمتر از متوسط هستند. برای بدست آوردن بازار خدمات پرسود، بیمارستان‌ها باید برنامه راهبردی در مقابل رقبا پیاده و وظایف کارکنان را در جهت تقویت بازارگرایی هدایت کنند.

**کلمات کلیدی:** بازارگرایی، توجه به مشتری، توجه به رقیب، بیمارستان.

<sup>۱</sup> دانشجوی کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

\* نویسنده مسئول - ایمیل: Bahmanahadi2009@gmail.com

## مقدمه

محدودیت‌های بودجه دولتی، باعث شده است که بیمارستان‌های دولتی به سمت استقلال بیشتر بروند و تلاش کنند با وصول درآمدهای بیشتر بتوانند منابع بیشتری را برای جبران هزینه‌های روزافزون خود داشته باشند. بنا بر ماده ۱۲ دستورالعمل اداره بیمارستان‌های مستقل دانشگاهی، این مراکز از نظر مالی و معاملاتی به عنوان واحد اجرایی مستقل شناخته می‌شوند (۱). همواره در بازار خدمات بیمارستانی، بیمارستان‌های خصوصی سعی کرده‌اند از طریق جذب بیماران ثروتمند و دارای بیمه‌های تکمیلی سهم قابل توجهی از گردش مالی صنعت خدمات بیمارستانی را به دست آورند (۲). در این شرایط بیمارستان‌های دانشگاهی برای جبران کردن بخشی از درآمدهای سوخت شده، باید بتوانند سهم بیشتری از بازار تقاضای بیماران ثروتمند را به دست آورند. درآمد حاصل از این گروه‌ها و باز توزیع درست آن علاوه بر بهبود تراز عملیاتی مراکز آموزشی درمانی می‌تواند ماندگاری پزشکان، انگیزه و عملکرد کارکنان این مراکز را افزایش داده (۳) و باعث بهبود خدمت‌رسانی به دهک‌های پائین جامعه شود. برای رسیدن به این اهداف، بیمارستان‌های دولتی باید بتوانند در کنار ایجاد دسترسی اثربخش دهک‌های متوسط و پائین جامعه به خدمات بیمارستانی، به بهترین شکل ممکن باید پاسخگوی ترجیحات و نیازهای گروه‌های پردرآمد نیز باشند. تحقق این مهم در گرو این است که مراکز آموزشی و درمانی بتوانند به سمت بازارگرایی حرکت کنند. بازارگرایی ارزش‌ها و اعتقادات مشترکی است که بیمار را در مرکز تفکر، راهبرد و عملیات بیمارستان قرار داده و سبب بروز رفتارهای لازم برای خلق ارزش برتر برای بیماران و پاسخگویی به نیازهای درمانی حال و آتی جامعه می‌شود (۴). از طرفی دیگر، بازارگرایی از جمله توانایی‌ها و قابلیت‌هایی است که به بیمارستان اجازه می‌دهد تا مزیت خوبی نسبت به بیمارستان‌های رقیب به دست آورد (۵). بازارگرایی سه مؤلفه فرهنگی (مشتری‌گرایی، رقیب‌گرایی و هماهنگی بین وظایف) را شامل می‌شود (۶). مشتری‌گرایی یعنی بیمارستان درک کافی از نیازها و علایق بیماران و مشتریان داشته باشد؛ رقیب‌گرایی به این معنی است که بیمارستان درک کافی و درستی از قوت‌ها و ضعف‌ها، توانمندی‌ها و راهبردهای رقبای اصلی‌اش داشته باشد (۴) و هماهنگی بین وظایف نیز به این مفهوم اشاره دارد که آیا بین فعالیت‌های بیمار محور در سراسر بیمارستان هماهنگی کامل وجود دارد یا نه (۴). بیمارستان‌های فاقد فرهنگ بازارگرایی ممکن است استراتژی‌هایی بدون توجه به منافع بیشتر بیماران تدوین کرده، نیازهای جامعه را درک نکرده و در جهت جلب رضایت بیمار نکوشند و همچنین واکنش سریع به تهدیدات رقبا نداشته باشند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند سازمان‌هایی که توانسته‌اند بهتر از

رقبا نیازهای مشتریان را شناسایی و ارضاء کنند (بازارگراتر باشند) عملکرد بالاتری داشته‌اند (۷-۱۳). مطالعه آذر و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که بازارگرایی می‌تواند واسطه اثرگذاری مدیریت کیفیت فراگیر بر عملکرد سازمان باشد (۱۴). در مطالعه دیگری نیز رابطه مثبتی بین بازارگرایی و عملکرد سازمانی دیده شد (۱۵). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد بازارگرایی، تأثیر مستقیم مثبت بر عملکرد تجاری دارد. علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهند که تأثیرات بازارگرایی بر عملکرد تجاری هتل‌ها در ارائه خدمات با کیفیت، مهم است (۱۶). مطالعه آمانگالا و والی (۲۰۲۰) رابطه مثبت بین میزان بازارگرایی و کیفیت خدمات را تأیید کرد (۱۷). رابطه‌ای مستقیم بین مشتری‌گرایی و عملکرد خدمات و رابطه غیرمستقیم رقیب‌گرایی و هماهنگی بین وظایف‌ها با عملکرد در مطالعه تی سی اتسو (۲۰۱۰) گزارش شد (۱۸). گام اول در سوق دادن بیمارستان‌ها به سمت بازارگرایی، اندازه‌گیری میزان بازارگرایی و ابعاد آن در این سازمان‌ها می‌باشد. تا بتوان با استفاده از مداخلات مدیریتی چنین فرهنگی را تقویت کرده و موجبات افزایش عملکرد را فراهم آورد. در این راستا مطالعه حاضر قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که «بازارگرایی و ابعاد آن در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در چه حدی است؟»

## مواد و روش‌ها:

این پژوهش در سال ۱۳۹۹ و با هدف اندازه‌گیری میزان بازارگرایی بیمارستان‌های آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، انجام گرفت. نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. داده‌های مورد نیاز بصورت مقطعی و در بازه یک ماه از طریق پیمایش پرسشنامه‌ای گردآوری شد. جامعه مورد مطالعه، کل کارکنان شاغل در ۶ بیمارستان این دانشگاه بود که نمونه‌ای ۴۱۱ نفری با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمی تصادفی انتخاب گردید. به این صورت که ابتدا سهم هر بیمارستان از کل نمونه تعیین شد. در مرحله بعد سهم گروه‌های شغلی (پرسنل شاغل در گروه‌های شغلی پرستاران، پزشکان، کارکنان آزمایشگاه و اتاق عمل، همچنین کارکنان بخش‌های اداری مانند امور مالی و حسابداری، اسناد، مددکاری، ترخیص و غیره) از حجم نمونه هر بیمارستان مشخص گردید و در مرحله آخر داده‌ها به صورت تصادفی از افراد جمع‌آوری شد. در محاسبه حجم نمونه برای محاسبه واریانس ( $\sigma^2$ ) از مطالعه پایلوت استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از رابطه زیر (۱۹)، ۳۴۹ نفر محاسبه شد که در نهایت با در نظر گرفتن ۲۰ درصد عدم برگشت در نهایت حجم نهایی ۴۱۹ نفر بدست آمد:

$$\alpha = 0.05, \sigma = 0.681, d = 0.07$$

$$\hat{n} = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \times \sigma^2}{d^2} = \frac{3.8416 \times 0.46342}{0.0051} = 349 + 0.2(349) = 419$$

پیش‌داوری کارکنان از پاسخ به پرسش‌های جهت‌دار ایشان توسط گردآورندگان خودداری شد، همچنین برای بهتر شدن نتایج مربوط به موضوع بازارگرایی در بیمارستان‌ها و تحلیل بهتر عملکرد مدیران از پرسنل بیمارستانی کمک گرفته شد و مدیران بیمارستان‌ها دخالتی در پاسخ‌ها نداشته‌اند.

### یافته‌ها

بر اساس مشاهدات جدول (۲)، بیشتر پاسخ‌دهندگان (۷۴٪) به پرسشنامه زن، از رسته بالینی (۷۳٪) درصد، دارای تحصیلات کارشناسی (۶۶٪) درصد بودند. همچنین میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۶ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها ۱۱ سال بود.

### جدول ۲: ویژگی‌های جمعیتی شناختی افراد مورد مطالعه

	فراوانی مطلق	فراوانی (%)
جنسیت	زن	۳۰۵
	مرد	۲۵/۸
	جمع	۴۱۱
رسته بالینی	اداری	۱۰۸
	بالینی	۳۰۳
	جمع	۴۱۱
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۶
	فوق دیپلم	۲۱
	کارشناسی	۲۷۴
	کارشناسی ارشد	۵۴
	دکتری	۴۶
	جمع	۴۱۱
	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۶	۸/۳۴
سابقه کار	۱۱	۸/۱۷

میانگین و انحراف معیار میزان بازارگرایی و ابعاد آن برای کل جامعه (تمام ۶ بیمارستان) مورد مطالعه و به تفکیک هر بیمارستان در جدول ۳ ارائه شده است. میزان بازارگرایی کل بیمارستان‌ها ۲/۸۸ (از ۵) به دست آمد. بعد توجه به مشتری بیشترین میانگین کل (۳/۳۲) را و بعد توجه به رقیب کمترین میانگین کل (۲/۸۰) را به دست آوردند. از نظر توجه به مشتری، بیمارستان م بیشترین میانگین (۳/۸۸) و بیمارستان الف کمترین میانگین (۲/۰۹)؛ از نظر هماهنگی بین وظیفه، بیمارستان الف و ب بیشترین میانگین (۳/۳۲) و بیمارستان د کمترین میانگین (۲/۸۴)؛ و از نظر میزان بازارگرایی، بیمارستان م بیشترین میانگین (۳/۸۸) و بیمارستان د کمترین میانگین (۲/۸۷) را به دست آوردند.

### جدول ۱: سهم بیمارستان‌های مورد مطالعه از نمونه کل

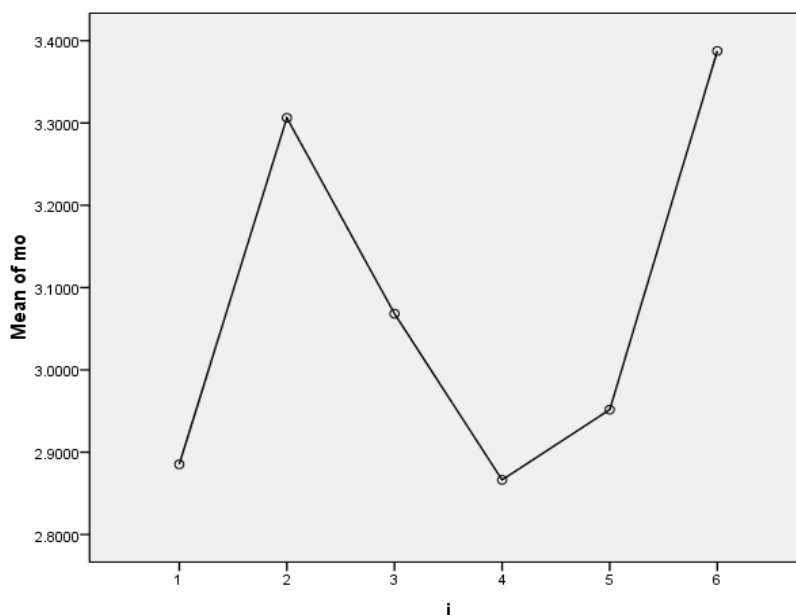
نام بیمارستان	حجم نمونه	سهم درصدی
الف	۹۷	۲۳/۶
ب	۶۰	۱۴/۶
ج	۷۶	۱۸/۵
د	۱۰۱	۲۴/۶
ژ	۵۷	۱۳/۹
م	۲۰	۴/۹
کل	۴۱۱	۱۰۰

از ۴۱۹ پرسشنامه، ۴۱۱ مورد به طور کامل جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سنجش بازارگرایی احمد و اقبال (۲۰۱۳) انجام گرفت (۶). روایی محتوایی این پرسشنامه از طریق نظرسنجی از ۱۰ نفر از اساتید مدیریت بیمارستانی و مدیران بیمارستان مورد تأیید قرار گرفت و مقدار شاخص CVR، ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی آن نیز از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۳۳ به دست آمد. در این پرسشنامه، افراد مورد مطالعه (کارکنان بیمارستان) بر اساس مشاهده یا ادراک فردی، در مورد فراوانی هریک از گویه‌های بازارگرایی در بیمارستان قضاوت کرده و به هر یک از پرسش‌ها در مقیاس لیکرت پاسخ می‌دهند. پرسشنامه استفاده شده سه بعد (مشتری محوری (۶ گویه)، رقیب محوری (۵ گویه) و هماهنگی بین وظایف (۵ گویه)) و ۱۶ سؤال دارد که هر سؤال از طریق طیف پنجگانه لیکرت خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) مقیاس بندی شده است. نمره کمتر از ۳ نشان‌دهنده این است که میزان بازارگرایی بیمارستان کمتر از متوسط و ضعیف می‌باشد. نمره ۳ تا ۴ به معنی بازارگرایی بالاتر از متوسط است و نمره بالاتر از ۴ نشان می‌دهد که میزان بازارگرایی بیمارستان بالا می‌باشد. داده‌های گردآوری شده در فضای نرم‌افزار SPSS 16 آنالیز شدند. برای انجام تحلیل آماری از آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه و نتایج آزمون فرضیه‌ها در قالب جداول توصیفی و تحلیلی آماری به تفکیک و کل بیمارستان‌ها گزارش گردید.

برای رعایت اصول اخلاقی، تمامی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و اطلاعات دموگرافیک دیگر هیچ‌یک از افراد جامعه‌ی آماری مورد بررسی آشکار نشده و بین نویسندگان مقاله محفوظ مانده است. همچنین نام بیمارستان‌ها نیز به صورت اختصاری با واژگان فارسی بیان شده و هیچ بیمارستانی با نام خود مورد مقایسه قرار نگرفته است. برای جلوگیری از

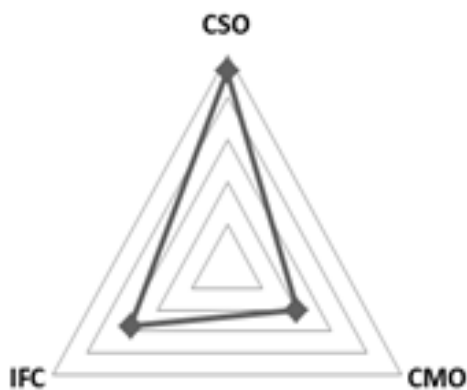
جدول ۳: شاخص‌های آماری میزان بازارگرایی و ابعاد آن در بیمارستان‌های مورد مطالعه

نام متغیر	میانگین (انحراف معیار)					
	کل	بیمارستان الف	بیمارستان ب	بیمارستان ج	بیمارستان د	بیمارستان ژ
توجه به مشتری	(۰/۸۴) ۳/۳۲	(۰/۸۳) ۳/۰۲	(۰/۸۰) ۳/۶۴	(۰/۷۵) ۳/۲۶	(۰/۸۹) ۳/۰۵	(۰/۷۸) ۳/۲۰
توجه به رقیب	(۰/۸۶) ۲/۸	(۰/۷۰) ۲/۷۵	(۰/۸۹) ۲/۹۹	(۰/۹۴) ۲/۰۹	(۰/۹۲) ۲/۶۷	(۰/۸۵) ۲/۷۰
هماهنگی بین وظایف	(۰/۷۷) ۲/۸۶	(۰/۸۴) ۳/۳۲	(۰/۷۱) ۳/۱۹	(۰/۷۹) ۳	(۰/۹۱) ۲/۸۴	(۰/۸۱) ۲/۹۰
میزان بازارگرایی	(۰/۶۵) ۲/۸۸	(۰/۸۴) ۳/۳۲	(۰/۶۶) ۳/۳۱	(۰/۷۵) ۳/۰۷	(۰/۸۰) ۲/۸۷	(۰/۷۲) ۲/۹۵



شکل ۱: نمودار میانگین نمره بازارگرایی برای بیمارستان‌های مورد مطالعه

### کل بیمارستان‌ها



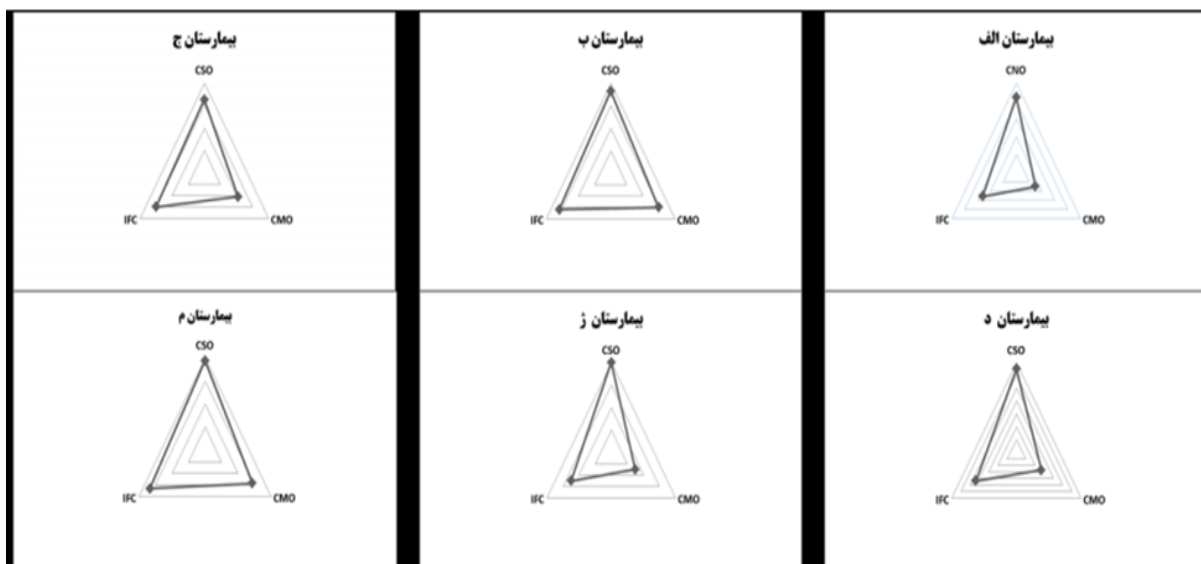
شکل ۲: نمودار رادار ابعاد بازارگرایی برای کل بیمارستان‌ها

شکل ۱، نمودار میانگین نمره بازارگرایی را بر اساس بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است بیمارستان ۶ بیشترین نمره و بیمارستان ۴ کمترین نمره را به دست آورده است.

در شکل ۲، نمودار رادار برای ابعاد بازارگرایی کل بیمارستان‌ها نشان داده شده است. هر چقدر نمودار رادار برای بیمارستان به مثلث بزرگ‌تر منطبق‌تر باشد، دال بر این است که بیمارستان مذکور از نظر ابعاد بازارگرایی وضعیت بهتری داشته است. همان‌طور که قابل مشاهده است، کشیدگی نمودار به سمت بعد توجه به مشتری است؛ یعنی وضعیت بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر توجه به مشتری، بهتر از دو بعد توجه به رقیب و هماهنگی بین وظایف بوده است.

بیمارستان تقریباً نزدیک هم می‌باشد. در حالی که برای بیمارستان‌های الف، ج، د، ژ؛ نمودار رادار به سمت بعد توجه به مشتری کشیدگی دارد؛ یعنی چهار بیمارستان مذکور از نظر بعد توجه به مشتری نسبت به دو بعد دیگر، وضعیت بهتری داشته‌اند.

شکل ۳، نمودار رادار ابعاد بازارگرایی را به تفکیک بیمارستان‌ها نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بیمارستان‌های ب و م تقریباً متقارن بوده و کشیدگی هر سه رأس تقریباً به یک اندازه است؛ یعنی وضعیت سه بعد توجه به مشتری، توجه به رقیب و هماهنگی بین وظایف، در این دو



شکل ۱: نمودار رادار برای ابعاد بازارگرایی بیمارستان‌ها

توجه به رقیب، فرضیه صفر مبنی بر نبود تفاوت بین بیمارستان‌ها از نظر میزان بازارگرایی، توجه به مشتری و هماهنگی بین وظایف، رد شده است ( $p < 0.05$ ).

جدول ۴، نتایج آزمون مقایسه میزان بازارگرایی و ابعاد آن را بین بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد. مقدار آماره F آنالیز واریانس یک طرفه دال بر این است که به غیر از بعد

جدول ۴: مقایسه میزان بازارگرایی و ابعاد آن در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه

نام متغیر	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	فرضیه صفر
توجه به مشتری	۵	۸/۴۴	۰/۰۰۱	تفاوتی بین بیمارستان‌ها وجود ندارد.
توجه به رقیب	۵	۱/۴۶	۰/۲۰۱	تفاوتی بین بیمارستان‌ها وجود ندارد.
هماهنگی بین وظایف ای	۵	۲/۶۵	۰/۰۲۳	تفاوتی بین بیمارستان‌ها وجود ندارد.
میزان بازارگرایی	۵	۴/۷۱	۰/۰۰۱	تفاوتی بین بیمارستان‌ها وجود ندارد.

تفاوت میزان بازارگرایی بین بیمارستان ۲ و ۴ نیز از نظر آماری معنادار است ( $p < 0.05$ ). سطح بازارگرایی بیمارستان ۴ با ۶ نیز از نظر آماری متفاوت است ( $p < 0.05$ ).

نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۵ و ۶ ارائه شده است. همان‌طور که مشخص است، فقط میزان بازارگرایی بیمارستان ۲ با بیمارستان ۱ تفاوت معنادار آماری دارد ( $p < 0.05$ ).

جدول ۵: مقایسه چندگانه میانگین نمرات بازارگرایی بین بیمارستان‌های مورد مطالعه

فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین بین بیمارستان‌ها	بیمارستان‌های دیگر	بیمارستان میتا
-۰/۸۲۹	-۰/۷۵۸۹	-۰/۰۰۵	-۰/۱۱۸۰	-۰/۴۲۰۹	۳	۱
-۰/۱۳۲۲	-۰/۴۹۸۱	-۰/۵۵۸	-۰/۱۱۰۱	-۰/۱۸۲۹	۳	
-۰/۳۱۱۵	-۰/۲۷۳۵	۱/۰۰۰	-۰/۱۰۲۱	-۰/۰۱۸۹	۴	
-۰/۳۷۶۹	-۰/۴۰۹۸	-۰/۹۹۴	-۰/۱۱۹۹	-۰/۰۶۶۴	۵	
-۰/۰۰۳۱	-۱/۰۰۷۷	-۰/۰۵۳	-۰/۱۷۶۴	-۰/۵۰۲۱	۶	
-۰/۷۵۸۹	-۰/۰۸۲۹	-۰/۰۰۵	-۰/۱۱۸۰	-۰/۴۲۰۹	۱	۲
-۰/۵۹۳۳	-۰/۱۱۷۴	-۰/۳۹۳	-۰/۱۲۴۱	-۰/۲۳۷۹	۳	
-۰/۷۷۵۳	-۰/۱۰۴۵	-۰/۰۰۳	-۰/۱۱۷۱	-۰/۴۳۹۹	۴	
-۰/۷۳۵۱	-۰/۰۲۶۱	-۰/۰۸۴	-۰/۱۳۲۹	-۰/۳۵۴۴	۵	
-۰/۴۵۰۰	-۰/۶۱۲۵	-۰/۹۹۸	-۰/۱۸۵۵	-۰/۰۸۱۲	۶	
-۰/۴۹۸۱	-۰/۱۳۲۲	-۰/۵۵۸	-۰/۱۱۰۰	-۰/۱۸۲۹	۱	۳
-۰/۱۱۷۳	-۰/۵۹۳۳	-۰/۳۹۳	-۰/۱۲۴۱	-۰/۲۳۷۹	۲	
-۰/۵۱۴۳	-۰/۱۱۰۵	-۰/۴۳۵	-۰/۱۰۹۱	-۰/۳۰۱۹	۴	
-۰/۴۷۷۰	-۰/۲۴۴۰	-۰/۹۴۰	-۰/۱۲۵۹	-۰/۱۱۶۵	۵	
-۰/۱۹۷۹	-۰/۸۳۶۳	-۰/۴۸۸	-۰/۱۸۰۶	-۰/۳۱۹۲	۶	
-۰/۳۷۳۵	-۰/۳۱۱۵	۱/۰۰۰	-۰/۱۰۲۱	-۰/۰۱۸۹	۱	۴
-۰/۱۰۴۵	-۰/۷۷۵۳	-۰/۰۰۳	-۰/۱۱۷۱	-۰/۴۳۹۹	۲	
-۰/۱۱۰۵	-۰/۵۱۴۳	-۰/۴۳۵	-۰/۱۰۹۱	-۰/۳۰۱۹	۳	
-۰/۳۵۵۴	-۰/۳۲۶۳	-۰/۹۸۰	-۰/۱۱۹۰	-۰/۰۸۵۴	۵	
-۰/۰۱۷۵	-۱/۰۲۴۸	-۰/۰۳۸	-۰/۱۷۵۸	-۰/۵۲۱۱	۶	
-۰/۴۰۹۸	-۰/۳۷۶۹	-۰/۹۹۴	-۰/۱۱۹۳	-۰/۰۶۶۴	۱	۵
-۰/۰۲۶۱	-۰/۷۳۵۱	-۰/۰۸۴	-۰/۱۳۲۹	-۰/۳۵۴۴	۲	
-۰/۳۴۴۰	-۰/۴۷۷۰	-۰/۹۴۰	-۰/۱۲۵۹	-۰/۱۱۶۵	۳	
-۰/۳۲۶۳	-۰/۳۵۵۴	-۰/۹۸۰	-۰/۱۱۹۰	-۰/۰۸۵۴	۴	
-۰/۰۹۹۰	-۰/۹۷۰۵	-۰/۱۸۳	-۰/۱۸۶۷	-۰/۳۳۵۷	۶	
۱/۰۰۷۵	-۰/۰۰۳۱	-۰/۰۵۳	-۰/۱۷۶۴	-۰/۵۰۲۱	۱	۶
-۰/۶۱۲۵	-۰/۴۵۰۰	-۰/۹۹۸	-۰/۱۸۵۵	-۰/۰۸۱۲	۲	
-۰/۸۳۶۳	-۰/۱۹۷۹	-۰/۴۸۸	-۰/۱۸۰۶	-۰/۳۱۹۲	۳	
۱/۰۲۴۸	-۰/۰۱۷۵	-۰/۰۳۸	-۰/۱۷۵۸	-۰/۵۲۱۱	۴	
-۰/۹۷۰۵	-۰/۰۹۹۰	-۰/۱۸۳	-۰/۱۸۶۷	-۰/۴۳۵۷	۵	

بطوریکه بیمارستان‌های ۴، ۱، ۵ و ۳؛ ۲، ۳ و ۵؛ ۲، ۳ و ۶ باهم همگن هستند.

در جدول ۶ می‌توان گروه‌های همگن از نظر میزان بازارگرایی را مشاهده کرد. بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر سطح بازارگرایی به سه گروه همگن طبقه بندی شده‌اند.

جدول ۶: گروه‌های همگن بیمارستانی بر اساس نمره بازارگرایی

بیمارستان	حجم نمونه	گروه‌های همگن برای آلفا = ۰/۰۵		
		گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳
۴	۱۰۱	۲/۱۸۶۶۳	-	-
۱	۹۷	۲/۸۸۵۳	-	-
۵	۵۷	۲/۹۵۱۷	۲/۹۵۱۷	-
۳	۷۶	۳/۰۶۸۲	۳/۰۶۸۲	۳/۰۶۸۲
۲	۶۰	-	۳/۳۰۶۲	۳/۳۰۶۲
۶	۲۰	-	-	۳/۳۸۷۵
سطح معناداری	-	۰/۷۱۵	۰/۱۲۹	۰/۳۲۰

**بحث**

این مطالعه با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت: میزان بازارگرایی در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین چقدر است؟ یافته‌های ما نشان داد که میزان کلی بازارگرایی در بیمارستان‌های مورد مطالعه کمتر از متوسط بود. البته بعضی از بیمارستان‌های مورد مطالعه میزان بازارگرایی بالاتر از متوسط داشتند و تفاوت بین بیمارستان‌ها از نظر آماری معنادار بود. یعقوبی همکاران (۲۰۱۳) نیز در بررسی بیمارستان‌های خصوصی شهر اصفهان، دریافتند که میزان بازارگرایی بیمارستان‌های مورد مطالعه کمتر از متوسط بود (۲۰). دلیل تفاوت در میزان بازارگرایی بیمارستان‌ها را می‌توان در نوع فرهنگ سازمانی، سبک مدیریت، عمومی یا تخصصی بودن و درجه فشار نیروهای بازار، دانست. ضعیف بودن بازارگرایی و ابعاد آن می‌تواند از طریق تضعیف عملکرد بیمارستان‌ها باعث کاهش درآمدزایی آن‌ها شود. مطالعات مختلف رابطه بین میزان بازارگرایی و عملکرد بیمارستان‌ها را نشان داده‌اند (۲۱، ۲۲). محمدی (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود در بیمارستان‌های خصوصی شهر اصفهان، نتیجه می‌گیرد که بازارگرایی از طریق هویت برند بر عملکرد بیمارستان تأثیر می‌گذارد (۲۳). همچنین یافته‌های ما نشان داد که بیمارستان‌ها فقط از نظر مشتری‌مداری وضعیت بالاتر از متوسط داشتند و تفاوت در توجه به مشتری در بین این مراکز، از نظری آماری معنادار بود. همانند مطالعه ما، پژوهش الهیاری و همکاران (۲۰۱۶) در یکی از بیمارستان‌های دولتی بوشهر نیز نشان داد که بیمار محور پرستاران بالاتر از متوسط بوده است (۲۴). یافته‌های مطالعه گل‌پرور و نادری (۲۰۰۹) در بیمارستان‌های علوم پزشکی اصفهان نیز نشان داد که رفتار

مشتری‌مداری پرستاران بالاتر از متوسط بوده است (۲۵). مشتری‌مداری محور مجموعه رفتارهایی است که نشان می‌دهد تعهد کامل نسبت به بیماران وجود دارد، پیوسته از روش‌های جدید برای بازگردانی بهتر سلامتی بیماران استفاده می‌شود، از بازخوردهای دریافت شده از بیماران جهت انجام بهتر کارها استفاده می‌گردد، رضایت بیماران از اهداف اصلی بیمارستان بوده و به صورت منظم و سیستماتیک مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیگیری بیماران پس از ترخیص، از اصلی‌ترین استراتژی‌های بیمارستان می‌باشد. چنین رفتاری با بیمار باعث می‌شود تقاضا برای خدمات بیمارستان افزایش یابد. مطالعه محمود و همکاران (۲۰۱۹) رابطه مثبت بین بازارگرایی و ابعادش با رضایت مشتری را تأیید کرده است (۲۶). از آنجایی که برای قضاوت در مورد کیفیت خدمت، بیماران عمدتاً بر جنبه‌های غیر فنی و رفتاری خدمت تمرکز می‌کنند، به علت کشش‌پذیر بودن تقاضای خدمات بیمارستانی نسبت به کیفیت این خدمات، توجه درست و کامل به تمام ابعاد بیمار می‌تواند بخشی از تقاضای بازار را به سمت بیمارستان هدایت کند. مطالعه آمانگالا و والی (۲۰۲۰) رابطه مثبت بین میزان بازارگرایی و کیفیت خدمات را نشان می‌دهد (۱۷). بر اساس نتایج دیگری از مطالعه ما، تقریباً تمام بیمارستان‌ها از نظر توجه به رقیب وضعیت ضعیفی داشتند و از نظر رقیب‌مداری تفاوت معنادار آماری بین آن‌ها دیده نشد. در مطالعه یعقوبی و همکاران (۲۰۱۳) نیز، بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر توجه به رقیب، امتیاز کمتر از متوسط به دست آوردند (۲۰). یکی از دلایل ضعیف بودن توجه به رقیب در بیمارستان‌های مورد مطالعه ما، می‌تواند این باشد که این مراکز به علت داشتن موقعیت نزدیک به انحصار، هنوز فشار رقابتی به وجود آمده در بازار خدمات بیمارستانی را

این گروه می‌شود. اثرات بازارگرایی بر رضایت کارکنان و مشتریان تأیید شد (۲۷). غفلت بیمارستان‌های دولتی از بازار خدمات سودآور جراحی باعث می‌شود که بیمارستان‌های بخش خصوصی با جذب مراجعین مربوط به دهک‌های بالای جامعه، روز به روز از نظر مالی آسیب‌پذیرتر شده و وابستگی بیشتری به بودجه عمومی داشته باشند. این وابستگی بیمارستان‌های دولتی را در برابر شوک‌های وارد به بودجه دولتی به شدت آسیب‌پذیر می‌کند. با این وجود بعضی از سیاست‌گذاران حوزه درمان معتقدند که تزیق مکانیسم‌های بازار و تقویت فرهنگ بازارگرایی می‌تواند نتایج منفی روی دسترسی دهک‌های پائین جامعه و افراد پر ریسک داشته باشد. ممکن است بیمارستان‌ها در رقابت با یکدیگر، به اتخاذ استراتژی‌هایی مانند، مسابقه تجهیزات پزشکی، دست‌چین کردن بیماران و رفتارهایی این چنینی اقدام نمایند و باعث به وجود آمدن نتایج اسفبار برای سلامتی افراد جامعه شوند. از طرفی دیگر ممکن است اختلاف سطح کیفیت خدمات ارائه‌شده به دهک‌های پائین و بالا در بیمارستان، ملاحظات مربوط به عدالت را نیز پیش بکشد. البته می‌توان از طریق سرمایه‌گذاری سودهای به دست آمده از گروه‌های ثروتمند در ارائه خدمات به گروه‌های کم درآمد، این شکاف کیفیتی را از بین برد. در اقتصاد تبعیض قیمتی بر اساس کسب‌های متفاوت قیمتی به عنوان یکی از استراتژی‌های افزایش سود معرفی شده است. به این صورت که تعرفه‌هایی که بیمارستان از بیماران دریافت می‌کند بر اساس کسب‌های قیمتی گروه‌های مختلف درآمدی تعیین می‌شود.

### نتیجه‌گیری

از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر میزان بازارگرایی، وضعیت پائین تر از متوسط داشتند و تفاوت بین آن‌ها نیز معنادار بود. میزان توجه به مشتری در این مراکز بالاتر از متوسط گزارش شد و نسبت با سایر ابعاد، وضعیت بهتری داشت و امتیاز بیمارستان‌ها از نظر این بعد باهم تفاوت معنادار داشت. تقریباً تمام بیمارستان‌ها توجه ضعیفی به رقیب داشتند و از این نظر تفاوت معناداری هم نداشتند. امتیاز هماهنگی بین وظایف نیز در این مراکز کمتر از متوسط بود و در بین بیمارستان‌ها متفاوت بود. برای به دست آوردن بازار خدمات پرسود، بیمارستان‌ها باید یک برنامه عملیاتی مبتنی بر جهت‌گیری راهبردی در مقابل رقبا پیاده‌سازی کنند. در نقش‌ها و وظایف کارکنان بازنگری کرده و آن‌ها را در جهت تقویت بازارگرایی هدایت نمایند. از طریق تقویت مشتری‌مداری و سود بردن از تبلیغات دهان‌به‌دهان بیماران، تصویر خودشان را در جامعه بهبود بخشند. مطالعه‌ای که ما انجام دادیم فقط

احساس نکرده‌اند؛ یعنی در این بیمارستان‌ها، فعالیت رقبا به صورت منظم تحت نظر قرار نگرفته و پایش نمی‌شود. اطلاعات مربوط به بیمارستان‌های رقیب به صورت منظم جمع‌آوری نشده و به منظور کمک، در اختیار مدیریت قرار نمی‌گیرد. کارکنان برای پایش و گزارش فعالیت بیمارستان‌های رقیب، آموزش ندیده‌اند. در این بیمارستان سریعاً به حرکات بیمارستان‌های رقیب واکنش نشان داده نمی‌شود و مدیران ارشد در ارتباط با فعالیت بیمارستان‌های رقیب بحث و گفتگو نمی‌کنند. غفلت از حرکات رقبا می‌تواند منجر به کاهش تقاضا برای خدمات این بیمارستان‌ها شود. بیمارستان‌های رقیب سعی می‌کنند از طریق استراتژی‌های مختلفی مانند متنوع‌سازی خدمات، بیماران دهک‌های بالا و دارای بیمه‌های مکمل را جذب کنند. این موضوع باعث می‌شود که کیفیت درآمدهای حاصل‌شده در بیمارستان‌های دولتی کاهش‌یافته و مطالبات سوخت شده آن‌ها افزایش یابد. همچنین وضعیت کلی میزان هماهنگی بین وظایف در بیمارستان‌ها، کمتر از متوسط به دست آمد. البته بعضی از بیمارستان‌ها از نظر این بعد وضعیت بالاتر از متوسط داشتند و تفاوت مشاهده‌شده بین بیمارستان‌ها از نظر آماری معنادار بود. دلیل پائین بودن هماهنگی بین وظایف می‌تواند به این خاطر باشد که شاید در بیمارستان‌های مورد مطالعه، اطلاعات به دست آمده از بازار بیمارستان، به اشتراک گذاشته نمی‌شود. کارکنان بخش‌های مختلف در تدوین استراتژی‌های پررونق شدن بازار بیمارستان درگیر نیستند. در جلسات درون بیمارستانی این مراکز، در مورد وضعیت بازار بیمارستان، تحولات آن و در مورد نیازهای بیماران به طور منظم بحث نمی‌شود؛ و می‌توان گفت شاید تمامی فعالیت‌ها به منظور انجام هرچه بهتر کارها، یکپارچه نشده‌اند. باوجود شواهد تجربی معتبر درباره تاثیر بازارگرایی بر عملکرد بیمارستان، بحث اساسی این است که آیا بیمارستان‌های دولتی باید بازارگرا باشند یا نه؟ بازارگرایی بیمارستان‌های دولتی می‌تواند باعث بهبود تراز عملیاتی این بیمارستان‌ها شده و فشار کمتری به بودجه دولتی وارد شود. بیمارستان‌ها می‌توانند در کنار ارائه خدمات مناسب به دهک‌های پائین جامعه، با به دست آوردن سهم بیشتری از بازار خدمات بیمارستانی متعلق به دهک‌های بالای جامعه و سرمایه‌گذاری درآمدهای حاصل از آن، حتی زیرساخت‌های بهتری را برای ارائه خدمات باکیفیت‌تر به گروه‌های آسیب‌پذیر فراهم آورند. تزیق درآمدهای حاصل‌شده از محل ارائه خدمات سودآور در بین کارکنان بیمارستان‌های دولتی بخصوص پزشکان باعث کاهش اختلاف درآمدی آن‌ها با بخش خصوصی شده و در نتیجه ماندگاری آن‌ها در بخش دولتی افزایش یابد. تخصیص این درآمدها به سایر کارکنان درمانی مانند پرستاران نیز منجر به افزایش انگیزه و بهره‌وری



## تشکر و قدردانی

این پژوهش تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی قزوین و با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1399.062 انجام گرفته است. بدین وسیله از همکاری و کمک تمام مدیران و کارکنان بیمارستان‌های این دانشگاه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بیمارستان‌های دولتی قزوین را مورد بررسی قرار داده بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی میزان بازارگرایی بیمارستان‌های خصوصی را نیز بررسی کرده و با بیمارستان‌های دولتی مقایسه کنند.

## References

- 1-Instructions for managing independent hospitals. Ministries of Health and Medical Education. 2018. 1 – 18. [In Persian]
- 2-Zarii F. et al. The view of senior managers of private hospitals in Tehran about the problems of private hospitals. MQ. 2011; 10 (1): 73-81. [In Persian]
- 3-Mollaei B, Moghri J, Ghavami V, Tabatabaee SS. Factors related to the willingness of working physicians to stay in rural areas and their evaluation according to the recommendations of the World Health Organization: A case study. JHA. 2021; 23(4): 40-50. [In Persian]
- 4-Narver JC, Slater SF. The effect of a market orientation on business profitability. JOM. 1990; 54(4): 20-35.
- 5-Agazadeh H, Mehrmoosh M. Indigenous scale of market orientation of Iranian commercial banks. BMP. 2010; 35(2): 119-143. [In Persian]
- 6-Ahmad N, Iqbal N. The impact of market orientation and brand orientation on strengthening brand performance: An insight from the beverage industry of Pakistan. IRMBR. 2013; 2(1):128-32.
- 7-Harris LC, Ogbonna E. Strategic human resource management, market orientation, and organizational performance. JBR. 2001; 51(2):157-66.
- 8-Pulendran S, Speed R, Widing RE. Marketing planning, market orientation and business performance. EJM. 2003; 37(3/4): 476-497.
- 9-Qu R, Ennew CT. An examination of the consequences of market orientation in China. JSM. 2003 Sep 1; 11(3):201-14.
- 10- Santos-Vijande ML, Sanzo-Perez MJ, Alvarez-Gonzalez LI, Vazquez-Casielles R. Organizational learning and market orientation: interface and effects on performance. IMM. 2005; 34(3):187-202.
- 11- Martín-Consuegra D, Esteban Á. Market orientation and business performance: An empirical investigation in the airline industry. JATM. 2007; 13(6):383-6.
- 12- Farrell MA, Oczkowski E, Kharabsheh R. Market orientation, learning orientation and organisational performance in international joint ventures. APJML. 2008; 20(3): 289-308.
- 13- Panigyrakis GG, Theodoridis PK. Market orientation and performance: An empirical investigation in the retail industry in Greece. JRCS. 2007 Mar 1; 14(2):137-49.
- 14- Azar A, taqizadeh MR, Takhireh M. Impact of comprehensive quality management On Performance Banks: Mediation Market Orientation. JBMP. 2015; spring (12): 30-47. [In Persian]
- 15- Ali GA, Hilman H, Gorondutse AH. Effect of entrepreneurial orientation, market orientation and total quality management on performance. BIJ. 2020; 27(4): 1503-1531.
- 16- Sampaio CA, Hernández-Mogollón JM, Rodrigues RG. Assessing the relationship between market orientation and business performance in the hotel industry—the mediating role of service quality. JKM. 2019; 23(4): 644-663.
- 17- Amangala EA, Wali AF. Market orientation, service quality perception, and customer satisfaction: the role of market-sensing capabilities. BPR. 2020; 8(2): 216–231.
- 18- Tsiotsou, Rodoula H. Delineating the effect of market orientation on services performance: a component-wise approach. TSJ. 2010; 30(3): 375-403.
- 19- Motamed N, Zamani F. Sample size in medical research: a practical approach. 1<sup>th</sup> ed. Tehran: Asr Roshanbini Publications; 2017. p: 295. [In Persian]
- 20- Yaghoubi M, Agharahimi Z, Javadi M, Bahadori M. The relationship between market orientation, organizational structure and system approach in private hospitals of Isfahan. Daneshvar. 2013; 21(5):67-84. [In Persian]
- 21- Hwang YI, Chung S. Market orientation, social responsibility, and performance in Korea's healthcare industry. IJHM. 2018; 11(4):325-32.
- 22- Kumar PN, Jacob A, Thota S. impact of healthcare marketing and branding on hospital service. Int JRFHCA. 2014; 2(1):19-24.
- 23- Mohammadi F. Analyzing the role of market orientation on hospitals performance with emphasis on the role of organization brand identity case study: private hospitals in isfahan city. QJNMR. 2018; 7(27): 145-156. [In Persian]
- 24- Allahyari Bouzanjani A, Alipour F, Khosravaninezhad F. Effect of nurses perceptions on the quality of services received by managers on their customer-oriented behaviors (patient centered care). QJNM. 2017; 5(3):53-61. [In Persian]
- 25- Golparvar M, Nadi M. Perceptions of justice with customer - oriented behaviors among nurses. JHA. 2009; 12 (35): 61-70. [In Persian]
- 26- Mahmoud MA, Hinson RE, Duut DM. Market orientation and customer satisfaction: the role of service quality and innovation. IJBEM. 2019; 11(2): 144-67.
- 27- Jyoti J, Sharma J. Impact of market orientation on business performance: role of employee satisfaction and customer satisfaction. JBP. 2012; 16(4): 297–313.

# Assessing the level of market orientation at Qazvin teaching and medical hospitals: Application of the three-dimensional market analysis model

Fateme Vahdati<sup>1</sup>, Mohammadreza Mohamadkhani<sup>1</sup>, Omid Khosravizade<sup>2</sup>, Rana Soheilyrad<sup>1</sup>,  
Sogol Sarikhani<sup>1</sup>, Bahman ahadinezhad<sup>\*2</sup>

Submitted: 2021.5.3

Accepted: 2021.10.1

## Abstract

**Background:** In addition to providing effective and equitable services to low-income groups, teaching hospitals must obtain a significant share of the demand of high-income groups in order to have a balanced and positive operational performance. The aim of this study was to investigate the market orientation of teaching and medical hospitals in Qazvin.

**Materials & Methods:** This descriptive-analytical study was conducted at teaching and medical hospitals of Qazvin University of Medical Sciences in a cross-sectional manner in 2020. Data were collected in a one-month period through a questionnaire survey. The study population was the total staff working in 6 hospitals of this university who were selected using quota-random sampling method. The required data were obtained by collecting 411 market orientation questionnaires (Ahmad and Eqbal 2013) and were analyzed in SPSS 16 software. One-way analysis of variance with 95% confidence interval was used to compare the means.

**Results:** The market orientation of all studied hospitals was 2.88 out of 5. Also, customer orientation had the highest average (3.32 out of 5) and paying attention to competitors had the lowest average (2.80 out of 5). The mean for dimension of coordination between tasks was 2.86 out of 5. Apart from paying attention to competitors, there was a statistically significant difference in terms of market orientation, customer orientation and coordination between tasks ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The status of the studied hospitals were in medium, high and below the average in terms of market orientation, customer orientation and attention to the competitor, respectively. To achieve a profitable service market, hospitals must implement a strategic plan against competitors and direct staff duties to strengthen market orientation.

**Keywords:** Market Orientation, Customer orientation, Competitor orientation, Hospital.

<sup>1</sup> Student of Student Research Committee, Faculty of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Non-Communicable Disease Prevention Research Institute, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

\* corresponding author- email: [bahmanahadi2009@gmail.com](mailto:bahmanahadi2009@gmail.com)

