

ارایه مدل برندسازی خدمات بهداشتی با رویکرد انتظارات مراجعہ‌کنندگان

معصومه عبدی تالارپشتی^۱، قهرمان محمودی عالمی^{۲*}، محمدعلی جهانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از دلایل ناراضی‌مندی مراجعہ‌کنندگان از سازمان‌های بهداشتی این است که این سازمان‌ها توقعاتی ایجاد می‌کنند که قادر به ارایه آنها با توجه به انتظارات مردم نیستند. پژوهش حاضر با هدف ارایه مدل برندسازی خدمات بهداشتی با رویکرد مراجعہ‌کنندگان انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه‌ی ترکیبی کمی-کیفی در سال ۱۳۹۹ انجام گردید. جامعه آماری پژوهش برای قسمت کیفی شامل خبرگان دانشگاهی و سازمانی به روش تکنیک دلفی ۲۰ نفر بود. برای قسمت کمی مراجعہ‌کنندگان به مراکز بهداشتی ۸۳۰ نفر، انتخاب شدند. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی صوری، محتوا، سازه‌ای و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ تایید گردید. داده‌های کمی توسط نرم‌افزار سیستم معادلات ساختاری (EQS) Equations Structural System ورژن ۶/۱ با تحلیل عاملی تایید و با استفاده از معادلات ساختاری ارایه گردید. یافته‌ها: با توجه به یافته‌های ساختار عاملی در برندسازی خدمات بهداشتی شش محور اصلی جایگاه رقابتی، ارزش ویژه، قابلیت دسترسی، تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار، استراتژی‌های برندسازی، ارتباط برند با مراجعان و بازار در برندسازی خدمات بهداشتی با ۱۹ حیطه‌ی فرعی، انتظارات مراجعہ‌کنندگان ($CFI=0/9$, $TLI=0/9$, $SRMR=0/9$, $RMSEA=0/9$) نشان داده شده را تایید کرد و از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی آیت‌ها سطوح معنی‌داری داشتند ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۱۹ حیطه‌ی فرعی، ساختار شش عاملی برندسازی خدمات بهداشتی را تایید می‌کنند که جزو محورهای تأثیرگذار در برندسازی از دیدگاه مراجعہ‌کنندگان بود. از آنجایی‌که برندسازی خدمات بهداشتی موجب ارتقای کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده در نظام سلامت می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد با ایجاد نوآوری در کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده، قابلیت دسترسی به خدمات سلامت، ایجاد مزیت رقابتی و توانمند نمودن کارکنان و ارتقای مهارت‌های ارتباطی بتوان در برنامه ریزی برندسازی خدمات بهداشتی گام موثر برداشت.

واژه‌های کلیدی: خدمات بهداشتی، انتظارات، بیماران، مراکز بهداشتی، برندسازی

دریافت مقاله: تیر ۱۴۰۰

پذیرش مقاله: مهر ۱۴۰۰

* نویسنده مسئول:

قهرمان محمودی عالمی؛

مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی واحد ساری

دانشگاه آزاد اسلامی

Email :

mahmoudi.alemi@iausari.ac.ir

۱ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳ دانشیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

مقدمه

یکی از مشکلات مهم در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروی انسانی بهداشتی و توزیع نادرست آنها در مناطق شهری و روستایی است (۱) که علاوه بر تامین نیازهای بهداشتی و درمانی، توزیع متعادل این خدمات بین همهی مردم لازم و ضروری می‌باشد (۲). در سیستم‌های مراقبت بهداشتی، احترام به نیازها و خواسته‌های بیماران امری اساسی است و توجه فزاینده‌ای به بررسی رضایت از مراقبت بیماران می‌شود (۳). برندسازی در خدمات بهداشتی-درمانی، پدیده‌ای نوظهور است که خدمات فراوانی به مشتریان خود ارایه می‌کند و در بخش کیفیت خدمات برای کسی که نیاز به مراقبت سلامتی دارد نقش مهمی دارد (۴). بنابراین برندسازی گروه‌های پزشکی می‌تواند یک راه موثر برای ایجاد مزیت رقابتی باشد و زمینه‌های جذب بیماران بیشتری را به مراکز خود فراهم سازد. امروزه جلوه‌ی برند می‌تواند با عبور از زمان همانند تغییر ذائقه، ترجیحات و سیاست‌ها بی‌ربط شود یا می‌تواند از نظر تجربه، حسی که ایجاد می‌کند، باشند (۵). بسیاری از مراکز بهداشتی خدمات بسیار خوب ارایه می‌کنند؛ اما به دلیل اشراف نداشتن به علم بازاریابی و جدی نگرفتن مباحث این علم قدرت برند شدن ندارند و حتی پس از مدتی افت می‌کنند و از سطح رقابت خارج می‌شوند (۶). برای رسیدن به موفقیت بلندمدت در این مسیر، شناخت شرایط کنونی و موقعیت متمایز و پایدار مراکز تجاری کاملاً ضروری است و بیش از هر چیز، ایجاد و انتقال تغییرات مثبت، برقراری روابط عاطفی پایدار با بیماران و خانواده‌های آنها دارای اهمیت است. این چالش‌ها در عین حال فرصت مناسبی برای مراکز بهداشتی است تا برندهای قوی برای خود بسازند و بیماران بیشتری به سمت خود جذب کنند (۷). در نهایت آنچه می‌تواند زمینه‌ی موفقیت یک مرکز بهداشتی را فراهم آورد داشتن یک مزیت رقابتی است که این مزیت رقابتی ممکن است برند مرکز بهداشتی، کیفیت خدمات ارایه شده و ... باشد که در نتیجه روی رفتار و نگرش بیماران تاثیر می‌گذارد (۸). از سوی دیگر، برندسازی ضعیف نیز می‌تواند منجر به تطبیق نامناسب بین چیزی شود که متقاضی کار انتظار دارد و چیزی که واقعیت سرد و سخت است، شود (۹). محققان معتقدند که تجاری نمودن مراقبت‌های بهداشتی، پذیرش کافی بیمار را ضروری می‌سازد، برای این کار ایجاد محیطی مناسب برای پذیرش اجتناب‌ناپذیر است (۱۰). همچنین شناسایی

عوامل موثر بر تصویر برند و نقش تاثیرگذاری هر یک از این عوامل می‌تواند به مدیران بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی کمک کند تا اولاً نسبت به موقعیت و جایگاه برند مرکز خود از نظر مراجعه‌کنندگان (بیماران) به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات پزشکی آگاهی یابند و همچنین بدانند که چه عواملی می‌توانند بر تصویر برند مرکز تاثیر بگذارند و میزان نقش هر یک از آنها چقدر است؛ ثانیاً بتوانند برنامه‌ریزی بهتری برای افزایش ارزش برند مرکز خود ایجاد کنند و زمینه‌های جذب بیماران بیشتری را به مراکز خود فراهم سازند (۱۱). مطالعه‌ی Wagner تاثیرات برندسازی در افزایش میزان سوددهی را نشان داده است (۱۲). در مطالعه‌ی France و همکاران، مشارکت مشتری در طیف وسیعی از رفتارهای داوطلبانه، فعال و تعاملی با نام برند، درک ارزش ویژه را افزایش می‌دهد (۱۳). همچنین در مطالعه‌ی Iglesias و همکاران، برندهای سازمانی برای پاسخ‌گویی جامع به انتظارات گروه‌های مختلف ذینفعان، با یک محیط پر از نوسان و تغییر، عدم قطعیت، دارای پیچیدگی و ابهام روبرو هستند (۱۴). بحران کووید-۱۹ این چالش‌ها را برجسته‌تر کرده و فشار بیشتری به برندهای تجاری وارد کرده است؛ به‌عنوان مثال، پاتاگونیا، شرکت برند لباس‌های ورزشی در آمریکا، که مدت‌هاست به دلیل تعهد کیفیت و یکپارچگی، مورد ستایش قرار گرفته است؛ در آغاز بحران کووید-۱۹ به سرعت اقدام به تعطیلی ۳۹ فروشگاه خود و اقدام به تجارت الکترونیکی کرد (۱۵). برند خدمات بهداشتی با ارزش ویژه می‌تواند زمینه‌ساز افزایش نرخ فروش، سهم بازار، حاشیه سود و بهبود عملکرد مراکز بهداشتی در یک محیط پرتلاطم و دارای پیچیدگی شود. لذا به دلیل اهمیت برندسازی در خدمات بهداشتی و تاثیر آن در انتخاب مراکز بهداشتی توسط گیرندگان خدمت، این پژوهش با هدف ارایه مدل برندسازی خدمات بهداشتی از سوی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش از نظر هدف مطالعه از نوع ترکیبی (کیفی-کمی) و از نظر نتایج کاربردی می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ اجرا شد. این پژوهش در چندمرحله انجام گردید. ابتدا با مرور ادبیات پیشین، به منظور ارایه چارچوب اولیه و مقدماتی برای طراحی حیطه‌ها و زیرحیطه‌ها جهت تدوین پرسش‌نامه‌ی اولیه برای تکنیک

استراتژی‌های برندسازی، ارتباط برند با مراجعان و بازار با ۳۶ مولفه فرعی مشخص گردید.

سپس در مرحله کیفی مصاحبه با خبرگان: ۱. خبرگان دانشگاهی (استادان رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و مدیریت بازرگانی) و ۲. خبرگان سازمانی (رؤسای دانشگاه و رؤسای معاونت بهداشتی) بوده است. معیار ورود به تحقیق، در بخش کیفی داشتن مدرک دکتری تخصصی، دکتری عمومی و یا متخصص بودن، داشتن سابقه فعالیت حداقل ۵ سال در سازمان‌های بهداشتی بوده است. معیارهای خروج، نداشتن اطلاعات کافی خبرگان از برندسازی و همچنین عدم تمایل و رضایت به شرکت در روند تحقیق بوده است.

سوالات مصاحبه حالت نیمه‌ساختارمند، کمتر مشخص و باز داشته، گاهی نیز ساختارش کمتر شده و مصاحبه عمیق انجام می‌گرفت. مثلاً سوالات به شکل "چه" و "چرا" و "چگونه" و "چيست" پرسیده شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی انجام گرفت. ترتیب سوالات پرسیده شده متغیر بود و بر اساس مفاهیم و پاسخ‌های مصاحبه شونده، طراحی سوالات تغییر کرد. اما سعی شد مصاحبه با سوالاتی شروع گردد که مصاحبه شونده راحت‌تر به آنها پاسخ دهد و به تدریج به سوالات سخت‌تر و حساس‌تر نسبت به موضوع پرداخته شد. زمان جلسات مصاحبه از قبل پیش‌بینی شد: بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه. با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری هماهنگ شد. همچنین فرم رضایت کتبی برای مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. در زمان انجام مصاحبه‌ها، برای جلوگیری از مشکلات احتمالی، مباحث جلسات از طریق دستگاه ضبط صدا (MP3 Recorder) و نت‌برداری همزمان، ثبت و ضبط شد و عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام شد، به طوری که پس از چند بار گوش دادن هر فایل ضبط شده، نسبت به نوشتن و تایپ متن مصاحبه اقدام گردید. از آنجاکه از نکته‌های کلیدی سخنان مصاحبه‌شوندگان و حالات صورت و علائم غیرکلامی آنها در زمان مصاحبه یادداشت‌برداری می‌شد، در زمان پیاده‌سازی فایل‌ها به این مطالب نیز توجه شد. در نهایت به منظور افزایش قوام و صحت داده‌ها، بعد از پایان هر بخش از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، برداشت‌های تایپ شده به رویت و تایید مصاحبه‌شوندگان رسید و بدین ترتیب بازبینی گردید. بر اساس نظرات خبرگان، شش متغیر اصلی (جایگاه رقابتی، ارزش ویژه، قابلیت

دلفی صورت گرفت که بدین منظور مقالات منتشر شده در مجلات داخلی و خارجی از تاریخ اول ژانویه سال ۲۰۰۲ تا ۳۰ مارس سال ۲۰۱۹ جستجو گردید که در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed, Scopus, ISI, Web of Science, Springer, Google Scholar, Ebsco, ProQuest, Science Direct, Google Willey, Scientific Information Database (SID), Iranmedex, ISC نمایه شده بودند. تمامی اصطلاحات کلیدی از طریق یک جستجوی ابتدایی (Primitive Search) به دست آمد. سپس با کمک دو کارشناس موضوعی (Subject Experts) برای بهبود الگو و اصطلاحات جستجو، مطالعات مرتبط با موضوع برندسازی در حوزه بهداشتی و با استفاده از دو دسته کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی شامل: برند، برندسازی، خدمات بهداشتی، برندسازی خدمات بهداشتی (Health Services Branding, Health Services, Branding, Brand) جستجو شدند. ابتدا اهداف مقالات بررسی شد و مطالعاتی که در زمینه طراحی برندسازی در حوزه غیربهداشتی بودند، به دلیل عدم تطابق با هدف پژوهش استفاده نگردید. در مرحله بعدی با کمک دو پژوهشگر دیگر، به صورت تصادفی نشان داده شد که هیچ مطالعه‌ای از دست نرفت. در گام نهایی با استفاده از فهرست منابع مطالعات استخراج شده و برای وسعت بخشیدن به دامنه‌ی جستجو، به بررسی و ورود تعدادی از مقالاتی که از طریق پایگاه‌های مختلف داده دریافت نشد، اقدام گردید تا حساسیت پژوهش افزایش یابد و در صورت متناسب بودن اهداف مقالات، کیفیت مقالات با استفاده از چک‌لیست Critical Appraisal Skills Programme (CASP) بررسی گردید. این چک‌لیست حاوی ۱۰ سوال بود و استفاده از آن کمک می‌کرد تا یک بررسی منظم درک شود. بر این اساس کیفیت مقالات در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته‌بندی گردید که اگر نمره مقاله کمتر از ۴ بود، مطالعه با کیفیت پایین و نمره بین ۴ تا ۷ با کیفیت متوسط و نمره ۷ به بالا، با کیفیت بالا ارزیابی شد. مقالاتی که نمره‌ی بالای ۷ به دست آوردند، در پژوهش ماندند. از مجموع ۲۵۰۰ مقاله، در نهایت ۲۶ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد. از بین این مقالات متغیرهای مرتبط به برندسازی خدمات بهداشتی، با وجود یکسان بودن مبنای نظری مولفه‌های موثر بر برندسازی، کشورهای مختلف، مولفه‌های متفاوتی را برای الگوی برندسازی در حوزه خدمات بهداشتی در نظر می‌گیرند که در ۷ مولفه اصلی جایگاه رقابتی برند، ارزش ویژه برند، قابلیت دسترسی برند، نام و هویت برند، تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار،

دسترسی، تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار، استراتژی‌های برندسازی، ارتباط برند با مراجعان و بازار) و ۱۹ متغیر فرعی (طراحی مطلوب، تبلیغات، نوآوری، تنوع، وفاداری به مراجعان، عملکرد و کارایی، وجهه و باورهای موجود، عدالت در دسترسی، دسترسی فیزیکی، سرمایه‌گذاری اجتماعی، مزیت رقابتی، صلاحیت فردی و اخلاقی ارایه‌دهندگان، مهارت‌های ارتباطی ارایه‌دهندگان، آموزش به ارایه‌دهندگان، ارزیابی عملکرد، انعطاف‌پذیری ارایه‌دهندگان، تامین منابع، منشور حقوق بیمار، رضایت‌سنجی) ارایه شدند و مدل نظری اولیه پیشنهادی به صورت فراترکیب در قالب یک پرسش‌نامه‌ی نیمه‌ساختاریافته به تعداد ۱۰۹ گویه برای دریافت نظرات خبرگان با استفاده از تکنیک دلفی در چهار راند ارایه گردید. ارسال پرسش‌نامه به صورت حضوری و ایمیلی انجام گردید. در دور اول تکنیک دلفی، ۱۰۹ گویه که از نظر میزان اهمیت (۱۰-۱) و مرتبط بودن، دور دوم ۹۲ گویه، دور سوم ۸۵ گویه و دور چهارم ۸۳ گویه شامل طراحی مطلوب سوال ۶-۱، تبلیغات سوال ۱۱-۷، نوآوری سوال ۱۴-۱۲، تنوع سوال ۱۸-۱۵، وفاداری به مراجعان سوال ۲۱-۱۹، عملکرد و کارایی سوال ۲۵-۲۲، وجهه و باورهای موجود سوال ۳۳-۲۶، عدالت در دسترسی سوال ۳۶-۳۴، دسترسی فیزیکی سوال ۳۹-۳۷، سرمایه‌گذاری اجتماعی سوال ۴۳-۴۰، مزیت رقابتی سوال ۵۲-۴۴، صلاحیت فردی و اخلاقی ارایه‌دهندگان سوال ۵۷-۵۳، مهارت‌های ارتباطی ارایه‌دهندگان سوال ۶۱-۵۸، آموزش به ارایه‌دهندگان سوال ۶۵-۶۲، ارزیابی عملکرد سوال ۶۹-۶۶، انعطاف‌پذیری سوال ۷۳-۷۰، تامین منابع سوال ۷۶-۷۴، منشور حقوق بیمار سوال ۸۰-۷۷، رضایت‌سنجی سوال ۸۳-۸۱ در پرسش‌نامه تحقیق مشخص گردیده است. با استفاده از تکنیک دلفی، سوالات پرسش‌نامه در راند چهارم با ۸۳ سوال به مرحله‌ی اشباع رسید و انجام تکنیک دلفی پس از انجام راند چهارم و دستیابی به اتفاق نظر بر اساس آماره و ضریب همبستگی کندال مورد بررسی قرار گرفت.

برای بررسی روایی صوری، پرسش‌نامه‌ی کمی در اختیار مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی قرار گرفت که آیا درک مراجعه‌کننده از آیت‌ها و گویه همان درکی است که محقق از آیت‌ها و گویه‌ها دارد؛ و هریک از سوالات پرسش‌نامه را از جهت اهمیت در یک طیف لیکرتی پنج قسمتی: خیلی زیاد (امتیاز ۵ برای میزان اهمیت ۱-۹)؛ زیاد (امتیاز ۴ برای میزان اهمیت ۲-۸) متوسط (امتیاز ۳ برای میزان اهمیت ۳-۶) کم (امتیاز ۲ برای

میزان اهمیت ۴-۳) و خیلی کم (امتیاز ۱ برای میزان اهمیت ۲-۱) ارزیابی نمودند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، با استفاده از رابطه‌ی تاثیر آیت‌ها، نمره‌ی هر سوال محاسبه گردید.

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا CVI (Content Validity Index) و شاخص روایی محتوا CVR (Content Validity Ratio) استفاده شد که پرسش‌نامه در اختیار متخصصان گذاشته و از آنها خواسته شد که مشخص کنند سوالات چقدر حیطه‌های مورد نظر را در بر گرفته و می‌تواند محتوای پرسش‌نامه را بسنجد. در صورتی که بین افراد مختلف در زمینه روایی محتوایی پرسش‌نامه توافق وجود داشته باشد، آن سوال دارای روایی محتوایی است. لذا جهت بررسی روایی محتوایی کیفی، پرسش‌نامه (به صورت دستی یا الکترونیک) در اختیار ۲۰-۱۰ نفر از متخصصان با حداقل ۵ سال سابقه‌ی کاری قرار گرفت و نظرات آنها اخذ گردید.

به منظور ارزیابی روایی محتوایی کمی و جهت اطمینان از اینکه صحیح‌ترین و مهم‌ترین محتوا (ضرورت سوال) انتخاب شده است، پرسش‌نامه در اختیار پانل خبرگان قرار داده و از آنان درخواست شد که هر یک از سوالات پرسش‌نامه را از نظر معیار ضرورت در سه طیف "ضروری است"، "ضروری نیست ولی مفید است" و "ضرورتی ندارد" ارزیابی نمایند. پاسخ‌ها بر اساس رابطه‌ی نسبت روایی محتوایی (رابطه‌ی ۱) محاسبه و با استفاده از جدول لاوشه (Lawshe) انطباق داده شد (۱۶).

$$\text{CVR} = \frac{ne - N/2}{N/2} \quad \text{رابطه‌ی ۱:}$$

ne = تعداد ارزیابانی که سوال مورد نظر را ضروری یا سودمند می‌دانند.

N = تعداد کل ارزیابان که یک سوال را بررسی کرده‌اند.

با توجه به تعداد پانل خبرگان، حداقل مقدار قابل قبول شاخص روایی محتوا برای این مطالعه، ۰/۶۹ بود.

جامعه آماری در بخش کمی شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی کشور بوده‌اند. روش نمونه‌گیری احتمالی از نوع خوشه‌ای بوده است و جهت مشخص نمودن حجم نمونه برای مطالعه‌ی حاضر بر اساس تعداد ۱۰ آزمودنی به ازای هر گویه انتخاب گردید. در مطالعات با رویکرد ابزارسازی معمولاً ۳ آزمودنی برای هر گویه کفایت می‌کند، در صورتی که توزیع گویه نرمال باشد. اما با توجه به اینکه این احتمال وجود داشت که توزیع گویه‌ها

نفر، غرب ۱۶۶ نفر) می‌باشد که محقق پس از کسب مجوزهای لازم در مرحله کمی، به مراکز بهداشتی درمانی مورد تحقیق مراجعه کرده و هدف از انجام تحقیق را برای مراجعان مورد نظر، توضیح داده و پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی آنان و رعایت دقیق معیارهای ورود و خروج زمان، پرسش‌نامه‌ی تدوین شده را در اختیار آنان قرار می‌دهد. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری و ارسال ایمیل در مناطق ذکر شده تکمیل گردیدند. قابل ذکر است که پرسش‌نامه‌ها به دلیل ریزش احتمالی بیشتر از تعداد مذکور توزیع شد که از ۸۶۰ پرسش‌نامه‌ی پر شده، نهایتاً ۸۳۰ پرسش‌نامه وارد نرم‌افزار و تحلیل شدند.

در بخش کمی ملاک‌های ورود مراجعه‌کنندگان خدمات بهداشتی، از مراکز زیرپوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با حداقل داشتن مدرک دیپلم، تمایل و رضایت به شرکت در روند تحقیق و پایگاه‌های شهری و معاونت بهداشتی بوده است.

ملاک‌های خروج مراجعه‌کنندگان خدمات بهداشتی، عدم تمایل به شرکت در پژوهش، پاسخ‌گویی ناقص به پرسش‌نامه، پایین بودن سطح تحصیلات و نداشتن درک کافی مراجعه‌کنندگان از مفاهیم بوده است.

در پرسش‌نامه علاوه بر سوالات بخش اصلی، اطلاعات دموگرافیک آزمودنی شامل: سن، جنسیت، شغل، سابقه کار، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، محل اقامت و نام مراکز بهداشتی، نیز سنجش شد.

کاملاً نرمال نباشد به ازای هر گویه ۱۰ آزمودنی انتخاب گردید تا به بهترین نحو، کفایت حجم نمونه برقرار باشد که جهت تعیین حجم نمونه ۵-۱۰ برابر سوالات پرسش‌نامه که برای مراجعه‌کنندگان ۱۰ برابر سوالات که تعداد سوال ۸۳ تا می‌باشد (۸۳×۱۰). مجموعاً ۸۳۰ نفر از جامعه آماری مذکور به عنوان نمونه انتخاب شدند (۱۷). اما برای نمونه‌گیری در ابزارسازی و آزمون تئوری استفاده از نمونه‌های تصادفی می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. از این رو با در نظر گرفتن یک چارچوب نمونه‌گیری چندمرحله‌ای سعی شد تا مطالعه‌ی حاضر به این هدف نزدیک شود. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا کشور به پنج منطقه (شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب) تقسیم گردید. سپس در هر یک از این مناطق ۶ محدوده به این صورت که در مناطق مرکزی (جنوب تهران، کرج، قزوین، دماوند، کاشان، اصفهان)، در مناطق شمالی (قائم‌شهر، ساری، آمل، گرگان، سمنان، گلستان)، در مناطق جنوبی (یاسوج، خرمشهر، آبادان، شیراز، بندر عباس، کیش)، در مناطق شرقی (مشهد، نیشابور، بجنورد، قوچان، کاشمر، کرمان)، در مناطق غربی (کرمانشاه، همدان، سنندج، تبریز، لرستان، اردبیل) و در هر یک از محدوده‌های مورد نظر بر اساس لیستی از مراکز بهداشتی کل کشور، یک مرکز بهداشتی به صورت تصادفی انتخاب شدند و در هر مرکز بهداشتی به‌طور میانگین برای مراجعه‌کنندگان حدود ۲۸ نفر که سهم هر منطقه به ترتیب (مرکز ۱۶۶ نفر، شمال ۱۶۶ نفر، جنوب ۱۶۶ نفر، شرق ۱۶۶

جدول ۱: گویه‌ها، ابعاد، پرسش‌نامه در فاز کمی برندسازی خدمات بهداشتی

ردیف	ابعاد مدل	تعداد گویه‌ها	شماره گویه‌ها
۱	جایگاه رقابتی	۱۴	۱-۱۴
۲	ارزش ویژه برند	۱۹	۱۵-۳۳
۳	قابلیت دسترسی برند	۱۰	۳۴-۴۳
۴	تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار	۱۸	۴۴-۶۱
۵	استراتژی‌های برندسازی	۱۵	۶۲-۷۶
۶	ارتباط برند با مراجعان و بازار	۷	۷۷-۸۳
۷	کل پرسش‌نامه	۸۳	۱-۸۳

موافقم (۵)) بوده است. برای ارزشیابی مدل نظری الگوی برندسازی از تحلیل عاملی تاییدی با نرم‌افزار EQS ورژن ۶/۱ انجام شد و همسانی درونی گویه‌ها به عنوان پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد.

در جدول ۱، تعداد و شماره‌ی گویه‌های مربوط به هر یک از بعدها در پرسش‌نامه‌ی تحقیق مشخص گردیده است. نحوه‌ی ارزش‌گذاری گویه‌های مربوط به هر یک از بعدها در پرسش‌نامه‌ی طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً

جدول ۲: توزیع فراوانی، درصد فراوانی متغیرهای دموگرافیک پاسخ‌گویان برندسازی خدمات بهداشتی

متغیرها	فراوانی و درصد مشاهده‌شده خیرگان	فراوانی و درصد مشاهده‌شده مراجعه‌کنندگان
جنسیت	مرد ۱۰ (۵۰٪) و زن ۱۰ (۵۰٪)	زن ۳۰۶ (۶۳٪)
سن	۴۵ تا ۴۹ سال ۷ (۳۵٪)	۲۸ تا ۳۹ سال ۳۹۹ (۴۸٪)
شغل	هیات‌علمی ۱۵ (۷۵٪)	کارکنان بخش‌های دیگر ۳۲۷ (۳۹٪)
سابقه کار	۵ تا ۱۵ سال ۹ (۴۵٪)	۰ تا ۷ سال ۲۶۸ (۳۲٪)
میزان تحصیلات	دکتری تخصصی ۱۷ (۸۵٪)	کارشناسی ۵۰۹ (۶۱٪)

داشته‌اند. همچنین، ۶۳ درصد از مراجعه‌کنندگان مورد بررسی زن بوده‌اند، ۴۸ درصد در سن ۲۸ تا ۳۹ سال، ۳۲ درصد دارای سابقه کار صفر تا هفت سال، ۶۱ درصد مدرک کارشناسی داشته‌اند.

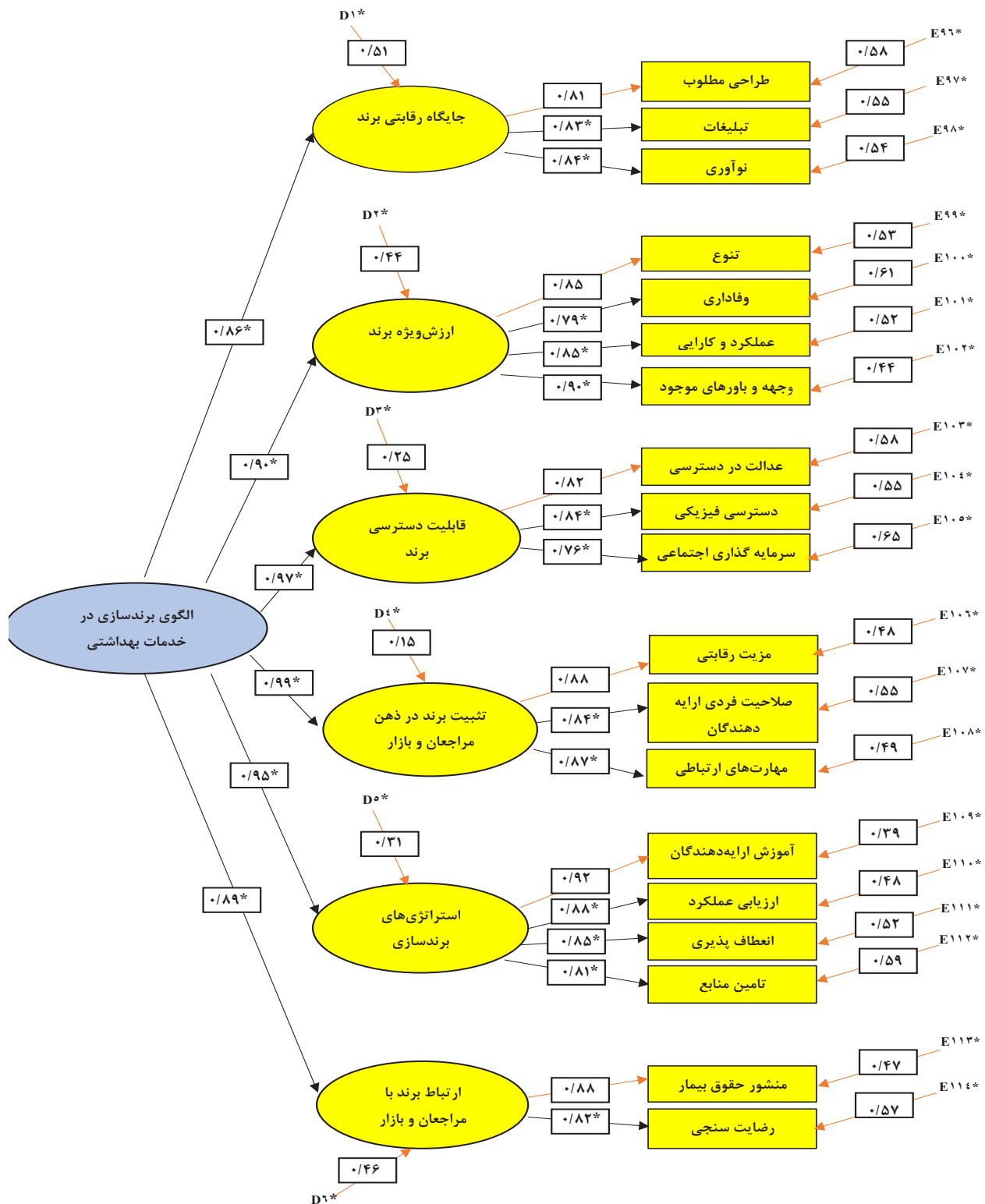
در جدول ۲، با توجه به یافته‌های تحقیق، ۵۰ درصد خیرگان مرد بوده‌اند، ۳۵ درصد پاسخ‌گویان در سن ۴۵ تا ۴۹ سال، ۷۵ درصد هیات‌علمی دارای سابقه کار ۵ تا ۱۵ سال و ۸۵ درصد از آنها مدرک دکتری تخصصی

جدول ۳: مولفه‌های برندسازی خدمات بهداشتی از دیدگاه فیرگان در مرحله کیفی برندسازی خدمات بهداشتی

CVR	مولفه اصلی	مولفه فرعی
۱	جایگاه رقابتی	طراحی مطلوب
۰/۹		تبلیغات
۱		نوآوری
۱	ارزش ویژه	تنوع
۱		وفاداری به مراجعان
۱		عملکرد و کارایی
۱		وجهه و باورهای موجود
۱	قابلیت دسترسی	عدالت در دسترسی
۱		دسترسی فیزیکی
۱		سرمایه‌گذاری اجتماعی
۱	تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار	مزیت رقابتی
۱		صلاحیت فردی و اخلاقی ارایه‌دهندگان
۱		مهارت‌های ارتباطی ارایه‌دهندگان
۱	استراتژی‌های برندسازی	آموزش به ارایه‌دهندگان
۱		ارزیابی عملکرد
۱		انعطاف‌پذیری ارایه‌دهندگان
۱		تامین منابع
۱	ارتباط برند با مراجعان و بازار	منشور حقوق بیمار
۱		رضایت‌سنجی

مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی کشور بوده است؛ شش متغیر اصلی با ۱۹ مولفه‌ی فرعی در مدل برندسازی خدمات بهداشتی نقش داشتند.

در جدول ۳، یافته‌های این مطالعه‌ی ترکیبی که حاصل بررسی متون، تکنیک دلفی در مرحله کیفی و همچنین مطالعه‌ی کمی انجام یافته بر روی ۸۳۰ نفر از



شکل ۱: دیاگرام ۶ عاملی برندسازی خدمات بهداشتی از دیدگاه مراجعه‌کنندگان

نشان‌دهنده‌ی بالا بودن همسانی درونی آیت‌هاست (جدول ۴). همچنین شکل یک، بارهای عاملی هر یک از آیت‌ها را نشان می‌دهد که مقادیر آنها بالای ۰/۴ می‌باشد.

تحلیل عاملی تاییدی در ارزشیابی مدل نظری پیشنهاد شده، برازش قابل قبولی را ارایه داده است و همچنین مقدار آلفای کرونباخ مدل (مراجعه‌کنندگان)

جدول ۴: شاخص‌های برازش ۶ عاملی برندسازی خدمات بهداشتی از دیدگاه مراجعه‌کنندگان

شاخص مقایسه‌ای برازش	شاخص افزایشی برازش	شاخص توکر لوئیس	ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (%)	ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده	شاخص مقایسه‌ای برازش	درجه آزادی	نیکویی برازش کای دو	متغیر
Comparative Fit Index (CFI)	Incremental Fit Index (IFI)	Tucker Lewis Index (TLI)	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR)	Comparative Fit Index (CFI)	درجه آزادی	نیکویی برازش کای دو	متغیر
نزدیک به ۰/۹ یا بالاتر	نزدیک به ۰/۹ یا بالاتر	نزدیک به ۰/۹ یا بالاتر	کمتر از ۰/۰۵	نزدیک به ۰/۰۸ یا کمتر	نزدیک به ۰/۹ یا بالاتر	۷۴	۴۸۲/۷	دامنه پذیرش
۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۰۸ (۰/۰۷ و ۰/۰۹)	۰/۰۵	۰/۹	۷۴	۴۸۲/۷	جایگاه رقابتی
۰/۸	۰/۸	۰/۸	۰/۰۹ (۰/۰۸ و ۰/۰۹۷)	۰/۰۶	۰/۸	۱۴۶	۱۱۸۱/۴۴	ارزش ویژه
۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۰۹ (۰/۰۸ و ۰/۱۰)	۰/۰۵۳	۰/۹	۳۲	۲۴۶/۵۹	قابلیت دسترسی
۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۰۸ (۰/۰۷ و ۰/۰۸۶)	۰/۰۵۴	۰/۹	۱۳۲	۸۴۱/۳	تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار
۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۱۰ (۰/۰۹ و ۰/۱۰۷)	۰/۰۵۳	۰/۹	۸۴	۷۹۰/۸۸۱	استراتژی‌های برندسازی
۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹	۰/۰۸۴ (۰/۰۶ و ۰/۱۰۱)	۰/۰۳۴	۰/۹۶	۱۳	۸۹/۲۶	ارتباط برند با مراجعان و بازار
۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۰۹۴ (۰/۰۸ و ۰/۰۹۹)	۰/۰۴۹	۰/۹	۱۴۵	۱۲۱۶/۲۵	برندسازی خدمات بهداشتی با ۶ فاکتور

تمامی شاخص‌های برازندگی با توجه به دامنه پذیرش از مقدار مطلوب و قابل قبولی برخوردارند.

بحث

با توجه به نتایج پژوهش، حیطه‌های طراحی مطلوب، تبلیغات، نوآوری تاثیر مثبتی روی جایگاه رقابتی برند دارد. مطالعه‌ی Miller و May نشان داد که ترجیحات بیمار در انتخاب بیمارستان، طراحی خوب بیمارستان، وجود اتاق‌های یک تخته، محیط مناسب، وجود پارکینگ و بالا بودن استانداردهای

نظافت می‌باشد (۱۸). Gil و همکاران بیان کردند که شکل کالا و قیمت کالا تاثیر قوی تری نسبت به تبلیغات بر روی عکس‌العمل مشتری دارد (۱۹). Nazir و همکاران بیان کردند که فعالیت‌های سایت شبکه‌های اجتماعی آنلاین تاثیر قابل توجهی در انتخاب برند مشتریان در رابطه با مشاغل سلامت داشتند (۲۰). Bastug و همکاران بیان کردند که برای برندسازی مکان، موقعیت جغرافیایی شخصیت‌های متمایزی را در کنار تصویر برند توسعه می‌دهند (۲۱). Liu و همکاران بیان کردند که خصوصیات ابزاری و نمادین ارتباط مثبت با جذاب بودن بیمارستان به‌عنوان یک کارفرما دارد (۲۲). جایگاه رقابتی به یک مراکز

بهداشتی امکان می‌دهد که خود، محصولات و برندهایش را متمایز کرده و نیازهای بیماران هدفش را بهتر از رقبا تامین کند.

نتایج پژوهش نشان داد که تنوع خدمات، وفاداری به مراجعان، عملکرد و کارایی، وجهه و باورهای موجود تاثیر مثبتی روی ارزش ویژهی برند دارد. نتایج مطالعه‌ی Chahal و Bala نشان داد که کیفیت خدمات، تاثیر زیادی بر ارزش ویژهی برند خدمات درمانی دارد (۲۳). Chang و همکاران بیان کردند که ارزش ویژهی برند به‌طور مستقیم، بر انتخاب برند و قصد خرید توسط مشتریان اثر می‌گذارد (۲۴). مطالعه‌ی He و Li نشان داد که ارزش ادراک شده یک عامل تاثیرگذار بر ارزش ویژه برند است (۲۵). پژوهش Tolba و Hassan نشان داد که قصد بیماران برای تکرار استفاده از خدمات اثر مثبتی بر ارتقای عملکرد برند آن بیمارستان دارد (۲۶). در تحقیق Roh و همکاران، تنوع خدمات و ارائه خدمات بیشتر، یکی از معیارهای مهم در انتخاب و ترجیح بیمارستان بود (۲۷). ارزش ویژهی برند منجر به افزایش ارزش برای مصرف یک کالا و خدمات برای بیمار می‌گردد و ارزش واقعی را در ذهن بیماران ایجاد می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد که حیطه‌های عدالت در دسترسی، دسترسی فیزیکی، سرمایه‌گذاری اجتماعی تاثیر مثبتی روی قابلیت دسترسی برند دارد. پژوهش Suki نشان داد که تخصص افراد مشهور و نگرش آنها نسبت به برندها، با شدت بیشتری در میان مصرف‌کنندگان مسلمان نسبت به غیرمسلمان است (۲۸). پژوهش Esch و همکاران نشان داد که عدالت در دسترسی بر برندسازی تاثیر دارد (۲۹). پژوهش Muda و همکاران نشان داد که استفاده از افراد مشهور می‌تواند بر نگرش مصرف‌کنندگان تاثیر مثبت داشته باشد (۳۰). مطالعات Adhikari و همکاران نشان داد که کمک‌های خارجی برای ارائه خدمات از طریق سازمان‌های واسطه، با استفاده از فرایندهای برندسازی و مناقصه است (۳۱). پژوهش Kim و همکاران نشان داد که افراد تاییدکننده‌ی مشهور با محصول تبلیغی بر نگرش مصرف‌کنندگان نسبت به تبلیغ تاثیر مثبت ندارد (۳۲). سهولت دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی موجب استفاده‌ی کافی از خدمات مراقبت سلامت جهت حفظ یا بهبود سلامتی و همچنین موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش نابرابری‌ها از لحاظ بهداشتی و در سطح کلان موجب رشد اقتصادی کشور می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که حیطه‌های مزیت رقابتی، صلاحیت فردی و اخلاقی ارائه‌دهندگان، مهارت‌های ارتباطی ارائه‌دهندگان تاثیر مثبتی روی تثبیت

برند در ذهن مراجعان و بازار دارد. مطالعه‌ی Hoxhaj و Turan نشان داد که مزیت رقابتی بانک‌ها برای ایجاد تصویرسازی مطلوب در ذهن مخاطبان و کسب برتری در سهم بازار بسیار مهم است (۳۳). مطالعات Lai و همکاران نشان داد که شهرت خوب سازمان، عاملی بسیار مهم به‌منظور دستیابی به مزیت رقابتی پایدار برای سازمان است (۳۴). Gomes بیان کرد که بیمارستان‌های برند شده در خصوص فناوری‌های مورد استفاده ابتکاری‌تر باشند و فرهنگی شفاف را به بیماران نشان دهند (۳۵). پژوهش Gyrd Jones و Kornum نشان داد که ظهور اینترنت، جوامع آنلاین و رسانه‌های اجتماعی رویکردهای سنتی مدیریت برندهای سازمانی را به چالش کشیده‌اند (۳۶). آنچه می‌تواند زمینه‌ی موفقیت یک مرکز بهداشتی را فراهم آورد، داشتن یک مزیت رقابتی است که این مزیت رقابتی ممکن است برند مرکز بهداشتی، کیفیت خدمات ارائه شده و ... باشد که در نتیجه روی رفتار و نگرش بیماران تاثیر می‌گذارد.

نتایج پژوهش نشان داد که حیطه‌های آموزش به ارائه‌دهندگان، ارزیابی عملکرد، انعطاف‌پذیری ارائه‌دهندگان و تامین منابع تاثیر مثبتی روی استراتژی‌های برندسازی دارد. پژوهش Forcadell و Aracil نشان داد که توجه به آموزش نیروی انسانی و مشتریان بانکی به‌عنوان پیش شرط پیاده‌سازی مسئولیت اجتماعی بانک‌هاست (۳۷). مطالعه‌ی Fan و همکاران نشان داد که مسئولیت اجتماعی تاثیر مثبت با رضایت مصرف‌کننده و وفاداری آنان به برند دارد (۳۸). پژوهش Keller نشان داد که عوامل مهمی در ایجاد مزیت رقابتی صنعت الکترونیکی بوده و باعث افزایش فروش می‌شوند (۳۹). وجود رابطه‌ی مثبت بین تفکر استراتژیک و انعطاف‌پذیری ارائه‌دهندگان و ارزیابی عملکرد به هنگام آشفستگی و تلاطم در بازار و تغییرات سریع فناوری می‌تواند روی استراتژی‌های برندسازی تاثیر داشته باشد. نتایج پژوهش Ningsih و Segoro نشان داد که منشور حقوق بیمار و رضایت‌سنجی تاثیر مثبتی روی ارتباط برند با مراجعان و بازار دارد (۴۰). Brexendorf و همکاران در مطالعات خود نشان داد که رضایت از برند تجاری نخستین کلید وفاداری به برند می‌باشد (۴۱). پژوهش De Nisco و همکاران نشان داد که شاخص‌های مؤثر بر رضایت گردشگران شامل شایستگی و مهربانی پرسنل، پاکیزگی محل اقامت و کیفیت معرفی شده است (۴۲). ایجاد یک رابطه‌ی بلندمدت با بیماران، مزایای اقتصادی فراوانی را برای سازمان به دنبال خواهد داشت؛ زیرا بیماران راضی و وفادار به‌عنوان یک نماد تبلیغاتی برای مراکز بهداشتی به حساب می‌آیند و بیماران را جذب می‌کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش اینکه اگر تعداد سوالات کمتر بود مراجعه‌کنندگان با حوصله به پرسش‌ها پاسخ می‌دادند، عدم همکاری برخی از مراجعه‌کنندگان و آشنایی نسبی بعضی از آنها با واژه برندسازی بود که محقق با دقت و حوصله و با توضیح دادن همه سوالات، ابهامات را برطرف نموده تا پاسخ‌گویان به درستی پرسش‌نامه را تکمیل کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش پیش‌رو نشان داد که شش مولفه‌ی اصلی جایگاه رقابتی، ارزش ویژه، قابلیت دسترسی، تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار، استراتژی‌های برندسازی، ارتباط برند با مراجعان و بازار و ۱۹ مولفه‌ی فرعی طراحی مطلوب، تبلیغات، نوآوری، تنوع، وفاداری به مراجعان، عملکرد و کارایی، وجهه و باورهای موجود، عدالت در دسترسی، دسترسی فیزیکی، سرمایه‌گذاری اجتماعی، مزیت رقابتی، صلاحیت فردی و اخلاقی ارایه‌دهندگان، مهارت‌های ارتباطی ارایه‌دهندگان، آموزش به ارایه‌دهندگان، ارزیابی عملکرد، انعطاف‌پذیری ارایه‌دهندگان، تامین منابع، منشور حقوق بیمار، رضایت‌سنجی جزو محورهای تاثیرگذار در برندسازی خدمات بهداشتی از دیدگاه مراجعه‌کنندگان بود. از آنجایی که برندسازی خدمات بهداشتی موجب ارتقای کمیت و کیفیت خدمات ارایه‌شده توسط نظام سلامت می‌باشد، در این راستا پیشنهاد می‌گردد با رعایت

منشور حقوق بیمار و انجام رضایت‌سنجی از مراجعان، طراحی مطلوب ارایه خدمات، تبلیغات مناسب و ایجاد نوآوری در کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده، قابلیت دسترسی به خدمات سلامت، ایجاد مزیت رقابتی و توانمند نمودن کارکنان و ارتقای مهارت‌های ارتباطی بتوان در برنامه‌ریزی برندسازی خدمات بهداشتی گام موثر برداشت. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده تاثیر هریک از مولفه‌های موثر بر برندسازی خدمات بهداشتی از جمله جایگاه رقابتی، ارزش ویژه، قابلیت دسترسی، تثبیت برند در ذهن مراجعان و بازار، استراتژی‌های برندسازی، ارتباط برند با مراجعان و بازار به صورت جداگانه یا ترکیبی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان «طراحی الگوی برندسازی حوزه خدمات بهداشتی؛ با رویکرد ترکیبی» در مقطع دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در سال ۹۸ با کد اخلاق به شماره IR.IAU.CHALUS.REC.1398.041 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است. از همکاری و مساعدت مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مسئولان مراکز بهداشت مورد مطالعه در سراسر کشور و خبرگان و کارشناسان محترم مراکز سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Kabir MJ, Ashrafi Amir H, Rabiee SM, Keshavarzi A, Hosseini S & Nasrollahpour Shirvani SD. Satisfaction of urban family physicians and health care providers in fars and mazandaran provinces from integrated health system. *Journal of Health and Biomedical Informatics* 2018; 4(4): 244-52[Article in Persian].
2. Taqvae M & Shahivandi A. Spatial distribution of health services in Iranian cities. *Social Welfare Research Quarterly* 2011; 10(39): 33-54[Article in Persian].
3. Ghorbaninia R & Morsalpour A. Satisfaction of clients with urban health centers from the service delivery system. *Journal of Health-Based Research* 2018; 4(3): 233-44[Article in Persian].
4. Yaghoubian S, Mahmoudi Gh & Jahani MA. The requirements of strategic purchasing of health services for cancer patients. *The Health Care Manager* 2020; 39(1): 35-45.
5. Gao F & Lan X. Sensory brand experience: Development and validation in the chinese context. *Frontiers in Psychology* 2020; 11(1436): 1-11.
6. Elrod JK & Fortenberry JL. Driving brand equity in health services organizations: The need for an expanded view of branding. *BMC Health Services Research* 2018; 18(3): 924.
7. Afzal E, Modarresi MH, Maleki MR & Nasiripour AA. Comparative study of branding in Iranian public hospitals and some other public hospitals in selected countries. *Biosciences Biotechnology Research Asia* 2016; 13(1): 327-32.

8. Behbood R. Investigating the factors affecting brand value and brand image in the industry [Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad University, Central Tehran Branch; 2013.
9. Kumar Yadav L, Kumar A & Mishra Sh. Can organizations leverage employer branding to gain employee engagement and reduce turnover intention? An empirical study with organizational trust as a mediator. *The Journal of Business Perspective* 2020; 24(4): 496-505.
10. Farsi N & Ameli AR. Investigating influential factors in hospital branding. *Journal of the School of Army Nursing* 2016; 16(2): 15-21[Article in Persian].
11. Dalki F, Ismailpour M & Bahrainizad M. Explaining factors affecting brand image of hospital with the emphasis on branding in health services marketing; Case study of Salman-e Farsi hospital in Bushehr. *Journal of Health Research* 2019; 4(2): 63-71[Article in Persian].
12. Wagner P. Strong branding creates a competitive edge. *Radiology Management* 2007; 29(3): 40-3.
13. France C, Grace D, Merrilees B & Miller D. Customer brand co-creation behavior: Conceptualization and empirical validation. *Marketing Intelligence and Planning* 2018; 36(4): 1-16.
14. Iglesias O, Ind N & Schultz M. History matters: The role of history in corporate brand strategy. *Business Horizons* 2020; 63(1): 51-60.
15. Iglesias O & Ind N. Towards a theory of conscientious corporate brand co-creation: The next key challenge in brand management. *Journal of Brand Management* 2020; 27(1): 710-20.
16. Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N & Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurement in health applied researches. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015; 13(12): 1153-70[Article in Persian].
17. Brown DS & Howard EA. *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling*. USA: Academic Press; 2000: 760.
18. Miller L & May D. Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice? *Facilities* 2006; 24(9/10): 354-64.
19. Gil RB, Andres EF & Salinas EM. Family as a source of consumer-based brand equity. *Journal of Product and Brand Management* 2007; 16(3): 188-99.
20. Nazir M, Tian J, Hussain I, Arshad A & Afzal Shad M. Examining the relationship of online social networking sites' activities, customers' brand choice, and brand perception in health-related businesses. *Frontiers in Psychology* 2020; 11(546087): 1-10.
21. Bastug S, Sakar GD & Gulmez S. An application of brand personality dimensions to container ports: A place branding perspective. *Journal of Transport Geography* 2020; 82(1): 102552.
22. Liu G, Ko WW & Chapleo C. Managing employee attention and internal branding. *Journal of Business Research* 2017; 79(1): 1-11.
23. Chahal H & Bala M. Significant components of servicebrand equity in healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality* 2012; 25(4): 343-62.
24. Chang HH, Hsu CH & Chung SH. The antecedents and consequences of brand equity in service markets. *Asia Pacific Management Review* 2008; 13(3): 601-24.
25. He H & Li Y. Key service drivers for high-tech service brand equity: The mediating role of overall service quality and perceived value. *Journal of Marketing Management* 2011; 27(1-2): 77-99.
26. Tolba A & Hassan S. Linking customer-based brand equity with brand market performance: A managerial approach. *Journal of Product and Brand Management* 2009; 18(5): 356-66.



27. Roh CY, Lee KH & Fottler MD. Determinants of hospital choice of rural hospital patients: The impact of networks, service scopes, and market competition. *Journal of Medical Systems* 2008; 32(4): 343-53.
28. Suki NM. Does celebrity credibility influence muslim and non-muslim consumers' attitudes toward brands and purchase intention? *Journal of Islamic Marketing* 2014; 5(2): 227-40.
29. Esch FR, Schmitt BH, Redler J & Langner T. The brand anchoring effect: A judgment bias resulting from brand awareness and temporary accessibility. *Psychology and Marketing* 2009; 26(4): 383-96.
30. Muda M, Musa R, Mohamed R & Borhan H. Celebrity entrepreneur endorsement and advertising effectiveness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 130(1): 11-20.
31. Adhikari R, Smith P, Sharma JR & Chand OB. New forms of development: Branding innovative ideas and bidding for foreign aid in the maternal and child health service in Nepal. *Globalization and Health* 2018; 14(33): 1-12.
32. Kim SS, Lee J & Prideaux B. Effect of celebrity endorsement on tourists' perception of corporate image, corporate credibility and corporate loyalty. *International Journal of Hospitality Management* 2014; 37(1): 131-45.
33. Turan G & Hoxhaj J. Corporate social responsibility; Attitudes of foreign enterprises in post-communism society: Case of Albania. *Journal of European Social Research* 2017; 1(2): 24-39.
34. Lai CS, Chiu CJ, Yang CF & Pai DC. The effects of corporate social responsibility on brand performance: The mediating effect of industrial brand equity and corporate reputation. *Journal of Business Ethics* 2010; 95(3): 457-69.
35. Gomes ABTL. Hospital branding as a strategy for differentiation: Does hospital branding leverages hospital units in the portuguese market? [Thesis]. Lisbon: School of Business and Economics; 2018.
36. Gyrd Jones RI & Kornum N. Managing the co-created brand: Value and cultural complementarity in online and offline multi stakeholder ecosystems. *Journal of Business Research* 2013; 66(9): 1484-93.
37. Forcadell FJ & Aracil E. Sustainable banking in latin american developing countries: Leading to (mutual) prosperity. *Business Ethics: A European Review* 2018; 26(4): 382-95.
38. Fan J, Hafiz Inayat U, Haq S, Gomes Moeriera A & Mumtaz Virk M. Impact of CSR dimensions on consumer satisfaction and brand loyalty in the formation of purchase intentions: Study from Pakistan livestock industry. *Management* 2018; 8(2): 54-63.
39. Keller KL. *Strategic brand management: Building, measuring, and managing brand equity*. 3rd ed. UK: Pearson; 2008: 591.
40. Ningsih M & Segoro W. The influence of customer satisfaction, switching cost and trusts in a brand on customer loyalty- the survey on student as im3 users in Depok, Indonesia. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 2014; 143(1): 1015-9.
41. Brexendorf TO, Muhlmeier S, Tomczak T & Eisend M. The impact of sales encounters on brand loyalty. *Journal of Business Research* 2010; 63(11): 1148-55.
42. De Nisco A, Riviezzo A & Rosaria Napolitano M. An importance-performance analysis of tourist satisfaction at destination level: Evidence from Campania (Italy). *European Journal of Tourism Research* 2015; 10(1): 64-75.

Production of Branding Model for Health Services Based on Clients' Expectations Approach

Masoomeh Abdi Talarposhti¹ (M.S.), Ghahraman Mahmoudi Alemi^{2*} (Ph.D.),
Mohammad Ali Jahani³ (Ph.D.)

1 Ph.D. Candidate in Medical and Health Services Administration, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2 Associate Professor, Department of Medical and Health Services Administration, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3 Associate Professor, Department of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Abstract

Received: Jun 2021

Accepted: Sep 2021

Background and Aim: One of the reasons that caused healths clients are feeling dissatisfaction with health organizations is expectations that they are creating and not able to meet according to their expectations. Therefore, the present study was conducted with the aim of production a branding model for health services with the of clients' expectations approach.

Materials and Methods: This compound study was performed in 2021. The statistical population of this study in qualitative phase included 20 academic and institutional experts using snowball sampling and the Delphi technique. For the quantitative phase, 830 people referred to health centers were selected as service recipients. The validity of the questionnaire was confirmed by face, content, and structural validity, and its reliability was confirmed by Cronbach's alpha of 0.96 Quantitative data were presented by EQS software version 6.1 with confirmatory factor analysis and using structural equations.

Results: The results of factor structure in healthcare branding based on six main themes of competitive position, brand equity, brand accessibility, brand consolidation in the minds of clients and the market, branding strategies, and consumer-brand relationship with 19 sub-themes based on the perspective of health services clients (CFI=0/9, TLI=0/9, SRMR=0/049, RMSEA=0/09) had a good fit and the internal consistency of the items had significant levels ($P<0/05$).

Conclusion: The results of this study show that 19 sub-main themes confirm the six-factor structure of health services branding and were one of the effective themes in branding from the perspective of clients. Since the branding of health services improves the quantity and quality of services provided in the health system, therefore, it is suggested that by creating innovation in the quantity and quality of services provided, access to health services, creating a competitive advantage and empowering employees and improving communication skills, an effective step can be taken in health services branding planning.

Keywords: Health Services, Expectations, Patients, Health Centers, Marketing Sciences

* Corresponding Author:
Mahmoudi Alemi Gh
Email:
mahmoudi.alemi@iausari.ac.ir