

## نقش بهبود کیفیت خدمات در ارتقای عملکرد برند در بیمارستان‌های شهر تهران

دکتر داود فیض<sup>۱</sup>، امین کهبیری حقیقت<sup>۲</sup>، کورش کهبیری حقیقت<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** در سالیان اخیر، اهمیت روزافزون بخش خدمات درمانی در راستای ارتقای مدیریت سلامت منجر به تمرکز بر بهبود کیفیت خدمات شده است و مراکز خدمات درمانی آن را به عنوان یک مزیت رقابتی استراتژیک مورد توجه قرار داده‌اند. در این راستا پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش بهبود کیفیت خدمات در ارتقای عملکرد برند در صنعت خدمات درمانی است. **روش بررسی:** جهت انجام پژوهش، نمونه‌ی ۳۹۲ نفری از بیماران بیمارستان‌های شهر تهران با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس، بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. هم‌چنین جهت مقایسه‌ی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از آزمون t دو نمونه‌ای مستقل استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که کیفیت مطلوب خدمات بر ارزش ویژه‌ی برند؛ ارزش ویژه‌ی برند بر ترجیح برند، قصد تکرار خرید و عملکرد برند تأثیر معنادار دارد. هم‌چنین ترجیح برند بر قصد تکرار خرید خدمات و عملکرد برند تأثیر معناداری دارد. در نهایت، تأثیر معنی‌دار قصد تکرار خرید بر عملکرد برند در صنعت خدمات درمانی تأیید شد. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها می‌توان اظهار نمود که بیمارستان‌ها با توجه به برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات می‌توانند برند خود را در بین انبوه مراکز خدمات درمانی ارتقا دهند که هم ارتقای سلامت جامعه و هم افزایش سودآوری را در پی خواهد داشت. **واژه‌های کلیدی:** بهبود کیفیت خدمات، عملکرد برند، بیمارستان، تهران، ایران

دریافت مقاله: آبان ۱۳۹۵

پذیرش مقاله: اسفند ۱۳۹۵

\*نویسنده مسئول:

امین کهبیری حقیقت؛

دانشکده مدیریت اقتصاد و علوم اداری

دانشگاه سمنان

Email :  
amin.k.haghighat@gmail.com

<sup>۱</sup> دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری مدیریت بازاریابی بین‌الملل، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

ارائه می‌کند، بیفزاید(۸).

یکی از اهداف توجه به بحث کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها، بهبود ادراک مشتریان از کیفیت خدمات و بهبود تجربه ی مثبت آن‌ها از خدمات می‌باشد. سرمایه‌گذاری در کیفیت خدمات می‌تواند به تجربه ی مثبت و در نهایت به تقویت تداعی مثبت برند در ذهن مشتریان و بیماران منجر شود(۹). تداعی ذهنی مثبت که ناشی از کیفیت خدمات درمانی مناسب است، می‌تواند ارزش ویژه برند را ارتقا دهد و منجر به برتری برند بیمارستان در بین سایر بیمارستان‌ها گردد. بنابراین کیفیت خدمات ابتدا باعث ارتقای ارزش ویژه برند شده و سپس ارزش ویژه ی برند نیز به تمایز و ترجیح برند و همچنین قصد مراجعات متعدد برای استفاده از خدمات درمانی(۱۰) و در نهایت، منجر به بهبود عملکرد برند می‌شود(۱۱).

از یک طرف مشتری(بیمار) بیمارستانی بسیار متفاوت از سایر مشتریان معمولی می‌باشد؛ چون به خاطر بیماری به بیمارستان مراجعه کرده است. از طرفی دیگر، به دلیل ماهیت ناملموس خدمات درمانی، بیماران برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها از نحوه ی ارائه ی خدمات یا به طور کلی برند آن‌ها استفاده می‌کنند. بدیهی است که در چنین شرایطی، مزیت رقابتی یک بیمارستان این است که برندی با ارزش ویژه ی بالا در اذهان بیماران داشته باشد تا بتواند از بین انبوه مراکز خدمات درمانی جایگاهی ویژه برای خود ساخته باشد. به دلیل اینکه برندهای قوی نقش بسیار زیادی در وفاداری مشتریان نسبت به محصولات ناملموس دارند نقش منحصر به فردی را در شرکت‌های خدماتی ایفا می‌کنند و مشتریان را قادر می‌سازند تا تجسم و درک بهتری از آنها داشته باشند. برندهای معتبر بیمارستانی مشکلات ارزیابی و انتخاب بیمارستان توسط بیماران را برای مراجعه کاهش می‌دهد(۱۲). ایجاد برند بیمارستانی مشهور، ابزار با ارزشی برای مدیران در جهت استخدام و نگهداری پزشکان و پرستاران است(۱۳). ارزش ویژه‌ی برند از آن جهت مهم است که اطلاعات زیادی را در مورد کیفیت محصولی یا خدماتی خاص، هنگام تصمیم‌گیری توسط مشتری، فراهم می‌نماید. این نکته بیان می‌شود که به دلیل تفاوت‌های ذاتی بین کالاها و خدمات، مفهوم ارزش ویژه‌ی برند برای توسعه یافتن در حوزه ی بازاریابی خدمات درمانی نیاز به انطباق‌سازی دارد(۱۴).

Bala و Chahal، در حوزه ی ارزش ویژه ی برند خدمات در بخش خدمات درمانی به این نتیجه رسیدند که کیفیت ادراک شده از خدمات، تأثیر زیادی بر ارزش ویژه ی برند خدمات

با سخت‌تر شدن موضوع متمایز کردن محصولات فیزیکی، شرکت‌ها به متمایز کردن خدمات خود راغب شده‌اند. از سوی دیگر، بسیاری از شرکت‌ها متوجه این موضوع شده‌اند که امروزه، ارائه ی خدمات، سود سرشاری به همراه دارد(۱). رقابت برای بهبود کیفیت خدمات به عنوان یک مسئله ی راهبردی برای سازمان‌هایی که در بخش خدمات فعالیت می‌کنند، شناخته شده است. سازمان‌هایی که به سطح بالاتری از کیفیت خدمات دست می‌یابند، سطوح بالاتری از رضایتمندی مشتریان را به عنوان مقدمه‌ای برای دستیابی به مزیت رقابتی پایدار خواهند داشت(۲). بیمارستان‌ها خدمات فراوانی را به مشتریان خود ارائه می‌کنند و در این بخش کیفیت خدمات نقشی مهمی دارد. مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تأمین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنهاست؛ برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان‌ها می‌باشد(۳).

طبق چارچوب سروکوال (ServQual) پنج بعد اصلی برای ارزیابی کیفیت خدمات شناسایی شده‌اند که عبارتند از: محسوسات (Tangibility)، قابلیت اطمینان (Reliability)، تضمین (Assurance)، پاسخ‌گویی (Responsiveness) و همدلی (Empathy). "محسوسات" به تسهیلات و تجهیزات فیزیکی، ظاهر کارکنان و ابزار ارتباطی موجود در محل عرضه ی خدمات مربوط می‌شود. "قابلیت اطمینان" به دانش، ادب و انضباط کارکنان و همچنین توانایی آنها برای ایجاد و القای اعتماد و اطمینان به مشتریان برمی‌گردد. "تضمین" به توانایی کارکنان برای انجام خدمات متعهد شده به طور قابل اعتماد اشاره دارد. "پاسخ‌گویی" به تمایل شرکت خدماتی برای کمک به مشتریان و فراهم کردن خدمات به موقع و سریع برای آن‌ها اشاره دارد. "همدلی" به نشان دادن توجه شخصی و منحصر به فرد شرکت به هر یک از مشتریان اشاره دارد(۴).

یک برند قوی خدماتی نه تنها نشانه‌ای از رضایت مشتری است، بلکه موجب بالا بردن اعتماد مشتریان نیز می‌شود(۵). برند، نام، لغت، علامت، نماد، طراحی، ترکیبی از همه این موارد و یا هر چیز دیگری است تا خریداران محصولات و خدمات شرکت را از سایر خریداران متمایز سازد و در محیط رقابتی نسبت به رقبا تمایز ایجاد کند(۶). برند به دلیل اعتمادی که در افراد ایجاد می‌کند، نقش منحصر به فردی در شرکت‌های خدماتی چون بیمارستان‌ها دارد(۷). Chan و Xu (۲۰۱۰)، ارزش ویژه ی برند را مجموعه‌ای از دارایی‌ها و بدهی‌های مرتبط با برند می‌داند که می‌تواند ارزشی بر محصول و یا خدمات شرکت و یا هر آنچه شرکت به مشتری

Hutton, در تحقیق خود نتیجه‌گیری کرد که "اثر هاله‌ای" ارزش ویژه‌ی برند از یک طبقه محصول و خدمات به طبقات دیگر محصول و خدمات منتقل می‌شود و منجر به تمایل خریداران به پرداخت قیمت اضافی و هم چنین خرید و توصیه‌ی محصولات و خدمات با همان برند می‌شود (۲۹). در پژوهش‌های Bendixen و همکاران (۳۰) و Lai و همکاران (۱۱) رابطه‌ی بین ارزش ویژه برند و عملکرد برند در بازارهای صنعتی تأیید گردید.

Hellier و همکاران، ترجیح برند را به این صورت تعریف کرده‌اند: "میزانی که مشتری خدمات ارائه شده توسط شرکت فعلی را در مقایسه با خدمات ارائه شده توسط سایر شرکت‌های رقیب مطلوب دانسته و به آن برتری و رجحان می‌دهد؛ همچنین قصد خرید را به عنوان نقشه‌ی مشتری برای خرید از برندی خاص و صرف زمان و توجه قابل ملاحظه‌ای نسبت به آن برند تعریف می‌نمایند (۳۱). Chang و همکاران، ابراهیمی و همکاران و O'Cass و Lim ضمن ارائه‌ی مدل کلی در مورد قصد خرید مجدد، در پژوهشی نشان دادند که ترجیح برند تأثیر مستقیمی بر قصد خرید مجدد مشتریان دارد (۲۴ و ۲۳). در واقع ترجیح برند به عنوان مهمترین و اصلی‌ترین تبیین‌کننده‌ی قصد خرید مشتریان خصوصاً در صنایع خدماتی معرفی می‌شود (۹).

در تحقیقاتی از جمله Poczter (۳۳) و Tolba (۳۴) بررسی ارتباط بین قصد تکرار خرید و عملکرد برند در بازار مورد توجه و تأیید قرار گرفته است. علاوه بر این در تحقیق اسداله و همکاران (۳۵)، این رابطه تأیید شده است. بنابراین هر چه از برندی در بازار خدمات درمانی بیشتر استقبال شود و به طور مداوم از آن خرید کنند، نشان‌دهنده‌ی عملکرد بالای آن برند خدمات درمانی در بین برندهای مختلف خدمات درمانی است. در نتیجه تکرار خرید خدمات از یک برند بر عملکرد آن برند خدمات درمانی اثر مثبتی می‌تواند داشته باشد. همچنین Vakratsas و Ambler (۳۶)، Tolba (۳۴) و اسداله و همکاران (۳۵) در تحقیقات خود رابطه‌ی بین رجحان برند و عملکرد برند را به صورت تجربی تأیید کرده‌اند. پس نتیجه می‌شود که قصد بیماران برای تکرار استفاده از خدمات یک بیمارستان اثر مثبتی بر ارتقای عملکرد برند آن بیمارستان دارد.

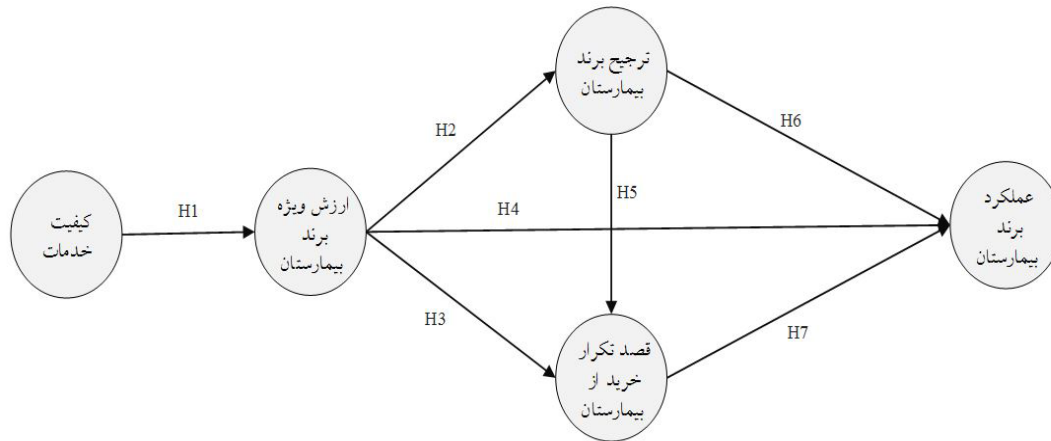
با توجه به توضیحات فوق در خصوص روابط بین متغیرهای تحقیق، می‌توان فرضیات پژوهش را در قالب شکل زیر نشان داد:

درمانی دارد (۷). هم چنین He و Li در تحقیقی که در سال ۲۰۱۱ انجام دادند بر اهمیت کیفیت خدمات در ارتقا و تقویت ارزش ویژه‌ی برند شرکت‌های خدماتی پرداخته‌اند و کیفیت خدمات را در ایجاد ارزش ویژه برند از مهمترین و اصلی‌ترین عوامل مطرح کرده‌اند (۱۵).

افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی می‌تواند زمینه‌ساز وفاداری بیماران به بیمارستان، ترجیح برند بیمارستان از نگاه بیماران و تمایل به مراجعه‌ی مجدد به بیمارستان شود. Oliver (۱۹۹۹) وفاداری را داشتن تعهد عمیق برای خرید مجدد یا حمایت از یک محصول یا خدمت مورد علاقه، که علی‌رغم وجود تأثیرات موقعیتی و تلاش‌های ترویجی و بازاریابی رقبا، موجب تکرار خرید یک برند یا مجموعه محصولات یک برند در آینده شود، تعریف می‌کنند (۱۶). وفاداری به برند به معنی تکرار خرید است (۱۷). ارزش ویژه‌ی برند شرکت به صورت مستقیم بر روی قصد تکرار خرید به صورت کاهش دهنده‌ی ریسک خرید اثرگذار خواهد بود؛ هم چنین در هر زمان، ارزش ویژه‌ی برند محصول از طریق ارزش ویژه‌ی برند شرکت بر روی نیات تکرار خرید به طور غیر مستقیم اثر می‌گذارد (۱۸). به طور کلی می‌توان بیان کرد که ارزش بالای یک برند خدمات درمانی منجر به وفاداری بیشتر بیماران و مشتریان از آن برند و تکرار مراجعه برای استفاده از خدمات می‌شود.

Cobb-Walgren و همکاران (۱۹) و Chen و Chang (۲۰) در تحقیقات خود بیان کردند که ارزش ویژه‌ی برند به طور مستقیم، بر ترجیح برند و قصد خرید تأثیر می‌گذارد و نهایتاً بر انتخاب برند توسط مشتریان اثر می‌گذارد. همچنین سایر محققان نیز بیان کرده‌اند که ارزش ویژه برند منجر به رجحان برند (۲۴-۲۱) و وفاداری نسبت به برند و قصد خرید خدمات مجدد (۲۵ و ۲۴) می‌شود.

ارزش ویژه‌ی برند بالا مشتریان را به پرداخت قیمت اضافی برای محصول و خدمات تحریک می‌کند و باعث حمایت از شرکت و محصولاتش می‌شود، بنابراین در همه‌ی صنایع از جمله صنعت خدمات درمانی ارزش ویژه‌ی برند منجر به ارتقای عملکرد و کارایی برند می‌شود (۲۷ و ۲۶)، در نهایت ارتقای عملکرد برند منجر به افزایش عملکرد سازمان به صورت رشد نرخ فروش، افزایش سهم بازار و حاشیه‌ی سود می‌شود (۲۸). عملکرد برند بیمارستانی به معنای میزان موفقیت آن بیمارستان در بازار خدمات درمانی است.



شکل ۱: مدل مفهومی تمقیق

عملکرد برند بیمارستان در صنعت خدمات درمانی می‌باشد.

### روش بررسی

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی، از بعد میزان کنترل متغیرها توصیفی و از جنبه روش گردآوری داده‌ها میدانی است. به دلیل محدودیت هزینه و زمان، امکان بررسی تمام اعضای جامعه آماری (سرشماری) نبوده و همانند بسیاری از تحقیقات اجتماعی در این تحقیق نیز از نمونه‌گیری برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز استفاده شده است. با توجه به عدم امکان تهیه لیست تمامی بیماران مراجعه کرده به بیمارستان و همچنین عدم دسترسی به آنان، نمی‌توان از نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمود. لذا، در این تحقیق از ترکیبی از روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس استفاده شده است. بدین صورت که ابتدا لیست مجتمع‌های پزشکی و درمانی شهر تهران در هر یک از مناطق ۲۲ گانه تهیه گردید و سپس از میان این مناطق دو منطقه‌ی ۶ و ۷ به دلیل تعدد ساختمان‌های پزشکان در آنان انتخاب شد. در نهایت نیز تعداد ۱۰ مجتمع پزشکی در این دو منطقه به صورت تصادفی انتخاب گردید و در طی دو ماه پرسشنامه‌ها به صورت در دسترس بین آن دسته از مراجعه‌کنندگان کلینیک‌های این مجتمع‌ها، که طی یک سال (مهر ۹۳ تا مهر ۹۴) تجربه‌ی بستری شدن در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران را داشته‌اند، توزیع شد. برای تعیین حجم نمونه نیز از فرمول اندازه‌ی نمونه با جامعه‌ی نامحدود (نمونه‌ای ۳۸۵ نفری) استفاده شده است. در این تحقیق، تعداد ۴۵۰ پرسشنامه در میان اعضای جامعه آماری توزیع گردید که تعداد ۳۹۲ پرسشنامه قابل تحلیل بازگشت داده شد و ضریب پاسخگویی برابر ۸۷ درصد به دست آمد.

گردآوری داده‌های اولیه در این تحقیق با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته پنج گزینه‌ای با مقیاس لیکرت بود.

در شرایط فرا رقابتی بازار خدمات درمانی و ممنوعیت تبلیغات خدمات درمانی، بیمارستان‌ها به دنبال حفظ و توسعه‌ی سهم بازار و ارزش بیشتر در ذهن مشتریان و بیماران می‌باشند، اما مشکل این است که مدیران و مسئولان آنها نمی‌دانند که چه عواملی در ایجاد ارزش ویژه‌ی برند آنها در ذهن مشتریان‌شان و بیماران‌شان دخالت دارد و چگونه باید آن را به نحو اثربخشی مدیریت نمایند. علاوه بر این، برندسازی مراکز خدمات درمانی با توجه به اهمیتش، در داخل کشور به طور دقیق بررسی نشده است. در داخل کشور تحقیقات بیشتری برای روشن شدن عوامل اثرگذار بر ارزش برند و ارتقای برند مراکز درمانی در جامعه ضرورت دارد. بنابراین، این تحقیق بر آن است که با مطالعه‌ی نظری و عملی در حوزه‌ی برندسازی بیمارستان، علاوه بر ارائه‌ی الگویی به منظور مدیریت ارزش برند بیمارستان در صنعت خدمات درمانی، راهکارهایی را جهت ارتقای ارزش ویژه‌ی برند و عملکرد برند بیمارستان‌ها و مدیریت آن از طریق توجه به بهبود کیفیت خدمات ارائه دهد. به طور خلاصه، با توجه به مدل مفهومی تحقیق (شکل ۱)، سئوالاتی که در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به آن‌ها هستیم عبارت است از: آیا ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی از نگاه بیماران می‌تواند منجر به ارزش برند بیمارستان شود؟ آیا ارتقای ارزش برند بیمارستانی از نگاه بیماران می‌تواند ترجیح برند بیمارستان را در بین بیمارستان‌های دیگر بهبود دهد؟ آیا ارزش برند بیمارستان می‌تواند زمینه‌ساز وفاداری بیماران به بیمارستان و مراجعات بعدی برای استفاده از خدمات بیمارستانی باشد؟ آیا ارزش برند بیمارستانی از نگاه بیماران ناشی از کیفیت مطلوب خدمات می‌تواند عملکرد برند بیمارستان را ارتقا دهد؟ وضعیت کیفیت خدمات و عملکرد برند در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی چگونه است؟ بنابراین هدف اصلی این پژوهش تعیین و تبیین تأثیر کیفیت خدمات در ارتقای

پایایی از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's  $\alpha$  Values) و جهت سنجش برازش مدل ارائه شده و روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory Factor Analysis=CFA) استفاده شد. همچنین به منظور آزمون تفاوت در میانگین کیفیت خدمات و عملکرد برند در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از آزمون t دو نمونه‌ای مستقل بهره برداری گردید.

معیارهای اعتبارسنجی مدل اندازه‌گیری در جدول ۱ به طور خلاصه آورده شده است. این جدول شاخص‌های روایی، پایایی را برای تمامی متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد.

جدول ۱: بخش‌های مختلف پرسشنامه و روایی و پایایی آنها

| متغیرهای نهفته | متوسط واریانس استخراجی (AVE) | آلفا کرونباخ (CA) | تعداد سئوالات |
|----------------|------------------------------|-------------------|---------------|
| کیفیت خدمات    | ۰/۶۴۳                        | ۰/۸۲۶             | ۵             |
| ارزش ویژه برند | ۰/۸۱۸                        | ۰/۸۳۲             | ۱۲            |
| ترجیح برند     | ۰/۷۵۲                        | ۰/۸۸۱             | ۶             |
| قصد تکرار خرید | ۰/۷۸۳                        | ۰/۸۷۸             | ۴             |
| عملکرد برند    | ۰/۶۷۴                        | ۰/۹۲۷             | ۴             |

این شاخص را نشان می‌دهد، روایی همگرا برای تمامی متغیرها تأیید می‌شود و حکایت از برازش قابل قبول مدل دارد. همچنین شایان ذکر است که در گردآوری داده‌های اولیه مواردی از جمله عدم افشای نام و اطلاعات بیماران و بیمارستان، نبود اجبار در هنگام جواب دادن، رعایت حریم خصوصی، بیان توضیحات کافی قبل از جواب دادن در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی مورد توجه محققان بود.

## یافته‌ها

به منظور شناخت بهتر ماهیت نمونه‌ی مورد مطالعه، قبل از تجزیه و تحلیل آماری، لازم است این داده‌ها توصیف شود. نتایج توصیفی داده‌های جمعیت شناختی پاسخ‌گویان این تحقیق در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: درصد فراوانی متغیرهای دموگرافیک تمقیق

| متغیرها      | تعداد | درصد فراوانی |
|--------------|-------|--------------|
| جنسیت        | ۱۸۶   | ۴/۴۷         |
| مرد          | ۲۰۶   | ۶/۵۲         |
| زن           | ۱۳۴   | ۲/۳۴         |
| سن           | ۱۰۱   | ۸/۲۵         |
| زیر ۳۰ سال   | ۱۰۶   | ۲۷           |
| ۳۰ تا ۴۰ سال | ۵۱    | ۱۳           |
| ۴۰ تا ۵۰ سال |       |              |
| ۵۰ به بالا   |       |              |

جهت اندازه‌گیری متغیر کیفیت خدمات از ۵ گویه، ارزش ویژه‌ی برند ۱۲ گویه، ترجیح برند از ۶ گویه، قصد تکرار خرید از ۴ گویه و عملکرد برند از ۴ گویه استفاده شد که ترکیبی از آنچه که توسط Li و He (۱۵)، Lai و همکاران (۱۱)، Chang و همکاران (۲۳)، Kumar (۳۷) و مرادی و زارعی (۳۸) استفاده شده بود است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات پژوهش از آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling) استفاده شد. جهت بررسی

برای برقراری پایایی، ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی ساختارها یا متغیرها مقدار این شاخص نباید کمتر از ۰/۷ باشد. بدین منظور، ابتدا تعداد ۲۰ پرسشنامه بین اعضای نمونه توزیع شد و سپس ضریب آلفای کرونباخ ۱۸ عدد پرسشنامه‌ی بازگشت داده شده محاسبه گردید. لذا به بررسی میزان همبستگی اجزای سازنده‌ی هر یک از این سازه‌ها با کل آن سازه پرداخته شد و در نهایت پس از حذف اجزای دارای همبستگی ضعیف، پایایی قابل قبولی برای پرسشنامه حاصل شد (جدول ۱). همچنین، از شاخص (Average Variance Extracted) AVE برای سنجش روایی کلیه‌ی متغیرهای تحقیق استفاده شد. به منظور محاسبه‌ی روایی همگرا، Fornell و Larcker استفاده از معیار AVE را پیشنهاد داده‌اند؛ در شاخص AVE مقدار بالای ۰/۵، نشان‌دهنده‌ی آن است که شاخص‌ها روایی همگرای مناسبی دارند (۳۹). همان‌طور که در یکی از ستون‌های جدول ۱ مقادیر

|      |     |                   |                              |
|------|-----|-------------------|------------------------------|
| ۹/۳۰ | ۱۲۱ | کمتر از یک سال    | سابقه ی ارتباط با بیمارستان* |
| ۲/۱۱ | ۴۴  | یک سال            |                              |
| ۶/۱۷ | ۶۹  | دو سال            |                              |
| ۴/۱۰ | ۴۱  | سه سال            |                              |
| ۹/۲۹ | ۱۱۷ | چهار سال یا بیشتر |                              |
| ۳/۵۱ | ۲۰۱ | دولتی             | بیمارستان مرجع               |
| ۷/۴۸ | ۱۹۱ | خصوصی             |                              |

\* مدت زمانی که بیمار با بیمارستان در ارتباط می‌باشد و از خدمات آن استفاده کرده است. به طور مثال افرادی که مدت زمان زیادی است که به یک بیمارستان مراجعه می‌کنند وفاداری بیشتری به آن بیمارستان دارند

و ۴۸/۷ خصوصی اعلام شده است.

برای تعیین برازندگی مدل مفهومی پژوهش به کمک تحلیل عاملی تأییدی (CFA) "شاخص‌های برازندگی" مختلفی در نظر گرفته شد. به طور کلی، هر یک از شاخص‌های به دست آمده برای مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل آن نیست، بلکه این شاخص‌ها را باید با هم تفسیر کرد. مقادیر این شاخص‌ها در جدول ۳ آورده شده‌اند.

همان‌طور که در جدول فوق مشهود است، ۴۷/۴ درصد از پاسخ‌گویان مرد و ۵۲/۶ درصد زن می‌باشند و بیشتر پاسخ‌گویان در رده‌های سنی زیر ۳۰ سال و ۴۰-۵۰ سال قرار دارند. همچنین، بیشتر پاسخ‌گویان از نظر سابقه‌ی ارتباط با بیمارستانی که در آن بستری بوده‌اند، در رده‌های "کمتر از یک سال" و "چهارسال یا بیشتر" قرار دارند. نوع مالکیت بیمارستان‌هایی که بیماران در آن تجربه‌ی استفاده از خدمات بستری داشته‌اند، ۵۱/۳ درصد دولتی

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل

| نام شاخص                                  | مقدار شاخص | حد مجاز       | نام شاخص                          | مقدار شاخص | حد مجاز    |
|---|------------|---------------|-----------------------------------|------------|------------|
| $\frac{x^2}{df}$ (کای دو بر درجه‌ی آزادی) | ۲/۴۸       | کمتر از ۳     | NFI (برازندگی نرم شده)            | ۰/۹۵       | نزدیک به ۱ |
| GFI (نیکویی برازش)                        | ۰/۹۵       | بالاتر از ۰/۹ | NNFI (برازندگی نرم نشده)          | ۰/۹۴       | نزدیک به ۱ |
| RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)   | ۰/۰۵۱      | کمتر از ۰/۰۹  | PNFI (برازندگی نرم شده پارسیمونی) | ۰/۸۹       | نزدیک به ۱ |
| CFI (برازندگی تعدیل یافته)                | ۰/۹۶       | نزدیک به ۱    | RFI (برازندگی نسبی)               | ۰/۹۳       | نزدیک به ۱ |
| AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)             | ۰/۹۱       | بالاتر از ۰/۸ | IFI (برازندگی افزایشی)            | ۰/۹۶       | نزدیک به ۱ |

زمانی که مقدار شاخص برازندگی (RMSEA) یا (Root Mean Square Error of Approximation) یا "ریشه‌ی میانگین توان دوم خطای تقریب" کمتر از ۰/۰۵ باشد، نشان می‌دهد که مدل از برازش خوبی برخوردار است. در صورتی که مقدار آن بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ باشد برازش قابل قبول و اگر بین ۰/۰۸ و ۰/۱ باشد برازش متوسط است. مقدار این شاخص در این مدل ۰/۰۵۱ است که برازش قابل قبولی دارد. شاخص‌های NFI = ۰/۹۵، NNFI = ۰/۹۴، CFI = ۰/۹۶، IFI = ۰/۹۶، PNFI = ۰/۸۹ و RFI = ۰/۹۳ بین ۰ و ۱ قرار دارند و هرچه مقدار آن به ۱ نزدیک‌تر باشد نشان دهنده‌ی برازش خوب مدل است. به طور کلی، با توجه به حد مجاز شاخص‌های برازندگی، همه شاخص‌ها حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌های مشاهده شده است.

برای اینکه نشان داده شود که داده‌های تجربی مدل مفهومی پژوهش را حمایت می‌کنند، شاخص‌های برازش با اجرای آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری، محاسبه می‌شوند (۴۰). با توجه به جدول ۳، اگر شاخص برازندگی مجذور کای به درجه آزادی کمتر از عدد ۳ باشد، برازش مناسب است. در این تحقیق کای دو بر درجه‌ی آزادی برابر با ۲/۴۸ است، که حاکی از برازندگی مناسب مدل است.

شاخص‌های برازندگی (Goodness of Fit Index) GFI و (Adjusted Goodness of Fit Index) AGFI، باید بین ۰ و ۱ باشند و مقدار بزرگتر از ۰/۹ حاکی از برازش قابل قبول مدل است. در این تحقیق مقادیر شاخص‌های GFI و AGFI به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۵ می‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون فرضیات مدل مفهومی پژوهش

| فرضیات         | روابط موجود در مدل مفهومی                | ضریب مسیر (β) | آماره t | سطح معناداری | نتیجه فرضیه  | ضریب تعیین |
|----------------|--|---------------|---------|--------------|--------------|------------|
| H <sup>1</sup> | تأثیر کیفیت خدمات بر ارزش ویژه ی برند    | ۰/۴۷۹         | ۲/۳۴    | * < ۰/۰۵     | تأیید می شود | ۰/۳۴       |
| H <sup>2</sup> | تأثیر ارزش ویژه ی برند بر ترجیح برند     | ۰/۴۳۵         | ۲/۰۴    | * < ۰/۰۵     | تأیید می شود | ۰/۳۲       |
| H <sup>3</sup> | تأثیر ارزش ویژه ی برند بر قصد تکرار خرید | ۰/۵۵۷         | ۳/۲۵    | *** < ۰/۰۱   | تأیید می شود | ۰/۶۸       |
| H <sup>5</sup> | تأثیر ترجیح برند بر قصد تکرار خرید       | ۰/۵۷۹         | ۳/۵۳    | *** < ۰/۰۱   | تأیید می شود |            |
| H <sup>4</sup> | تأثیر ارزش ویژه ی برند بر عملکرد برند    | ۰/۵۸۷         | ۴/۰۱    | *** < ۰/۰۱   | تأیید می شود | ۰/۷۹       |
| H <sup>6</sup> | تأثیر ترجیح برند بر عملکرد برند          | ۰/۴۸۲         | ۳/۱۷    | *** < ۰/۰۱   | تأیید می شود |            |
| H <sup>7</sup> | تأثیر قصد تکرار خرید بر عملکرد برند      | ۰/۶۲۵         | ۴/۷۳    | *** < ۰/۰۱   | تأیید می شود |            |

\* سطح معناداری ۹۵ درصد (بزرگتر از ۱/۹۶+ و کوچکتر از ۱/۹۶-) \*\* سطح معناداری ۹۹ درصد (بزرگتر از ۲/۵۸+ و کوچکتر از ۲/۵۸-)

بیمارستان باشد. همچنین ضرایب تعیین برای سایر متغیرهای وابسته ی ارزش ویژه ی برند، ترجیح برند و قصد تکرار خرید به ترتیب ۰/۳۴، ۰/۳۲ و ۰/۶۸ می باشد.

با توجه به ضرایب مسیر نیز می توان به این نتیجه رسید که تأثیر متغیرهای مستقل هریک از فرضیات بر متغیر وابسته از نوع خطی، مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش متغیرهای مستقل به میزان یک درصد، متغیر وابسته به میزان ضریب مسیر درصد افزایش می یابد و بر عکس. به عنوان نمونه در فرضیه اول با بهبود و افزایش کیفیت خدمات به میزان یک درصد، با اطمینان ۹۵ درصد ارزش ویژه ی برند بیمارستان نیز به میزان مقدار ضریب مسیر یعنی ۴۷/۹ درصد افزایش می یابد. ضرایب مسیر مربوط به سایر فرضیات تحقیق را می توان به همین صورت تحلیل نمود.

برای آزمون تفاوت میانگین کیفیت خدمات در بین بیمارستان های دولتی و خصوصی ابتدا باید بررسی شود که آیا واریانس دو جامعه برابرند یا خیر. به عبارت دیگر آزمون تساوی واریانس ها (آزمون Levene) مقدم بر آزمون تساوی میانگین هاست (آزمون t دو نمونه ای مستقل). جهت آزمون تساوی واریانس ها از آماره ی F (فیشر) استفاده می شود. چون در آزمون لوین مقدار خطا (Sig.= ۰/۰۰۰) کوچکتر از سطح معناداری ۵ درصد است پس فرضیه ی برابر واریانس ها رد می شود. برای آزمون تفاوت میانگین کیفیت خدمات در بین بیمارستان های دولتی و خصوصی ابتدا باید بررسی شود که آیا واریانس دو جامعه برابرند یا خیر. به عبارت دیگر آزمون تساوی واریانس ها (آزمون Levene) مقدم بر آزمون تساوی میانگین هاست (آزمون t دو نمونه ای مستقل). جهت آزمون تساوی واریانس ها از آماره ی F (فیشر) استفاده می شود. چون در آزمون لوین مقدار خطا (Sig.= ۰/۰۰۰) کوچکتر از سطح معناداری ۵ درصد است، پس فرضیه تساوی

مطابق با جدول ۴، نتایج آزمون فرضیات نشان می دهد که مقدار آماره ی t برای فرضیه یک برابر با ۲/۳۴ می باشد که بیانگر تأیید شدن این فرض می باشد؛ بدین معنا که، کیفیت خدمات، منجر به ارتقای ارزش ویژه ی برند بیمارستان می شود. مقدار آماره ی t برای فرض دوم ۲/۰۴ است؛ یعنی، ارزش ویژه ی برند بیمارستان دارای تأثیری معنادار بر ترجیح برند بیمارستان از نگاه بیماران است. آماره ی t برای فرضیه سوم برابر با ۳/۲۵ بوده و این بدان معناست که ارتقای ارزش ویژه ی بیمارستان، تکرار مراجعات بیماران برای استفاده از خدمات درمانی بیمارستان را موجب می شود.

فرضیه چهارم که مبتنی بر تأثیرگذاری ارزش ویژه ی برند بر عملکرد برند در بازاریابی خدمات درمانی است، دارای مقدار t، ۴/۰۱ بوده که حاکی از معنادار بودن این تأثیر می باشد. آماره ی t برای فرضیه پنجم برابر با ۳/۵۳ است و تأثیرگذاری مستقیم و معنادار ترجیح برند بر قصد تکرار مراجعات بیماران به بیمارستان را نشان می دهد. مقدار ۳/۱۷ برای آماره ی مربوط به فرض ششم حاکی از اثرگذاری معنادار ترجیح برند بر ارتقای عملکرد برند بیمارستانی است. مقدار t برای فرضیه آخر برابر با ۴/۷۳ است، این عدد نشان دهنده ی آن است که تکرار مراجعات بیماران به بیمارستان منجر به ارتقای عملکرد برند آن بیمارستان در بین برندهای مختلف بیمارستانی می شود.

در رابطه با متغیر وابسته ی عملکرد برند در بازاریابی خدمات درمانی می توان نتیجه گرفت که ارزش ویژه ی برند، ترجیح برند، قصد تکرار مراجعه برای استفاده از خدمات با هم توانسته اند ۷۹ درصد از تغییرات عملکرد برند بیمارستانی را توضیح دهند. ۲۱ درصد باقیمانده ممکن است مربوط به خطای پیش بینی یا مربوط به مابقی متغیرهای تأثیرگذار بر عملکرد برند



واریانس‌ها رد می‌شود.

مقدار خطا مربوط به آزمون تساوی میانگین‌های کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با فرض عدم تساوی واریانس‌ها، کمتر از ۵ درصد است ( $\text{Sig. (2-tailed)} = 0/012$ )، پس ادعای عدم تساوی میانگین کیفیت خدمات بیمارستان‌های دولتی و خصوصی پذیرفته می‌شود؛ چون حد بالا و پایین منفی است، پس تفاوت میانگین دو جامعه در سطح اطمینان ۹۵ درصد کم‌تر از صفر است و میانگین جامعه‌ی اول (بیمارستان‌های دولتی) از میانگین جامعه‌ی دوم (بیمارستان‌های خصوصی) کوچک‌تر است؛ در نتیجه کیفیت خدمات در بیمارستان‌های خصوصی رتبه‌ی بالاتری دارد.

برای بررسی تفاوت عملکرد برند بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مورد مطالعه، نیز آزمون Levene و آزمون T دو نمونه‌ای مستقل گرفته شد. چون در آزمون لوین مقدار خطا کوچکتر از سطح معناداری ۵ درصد است ( $\text{Sig.} = 0/016$ )، پس فرضیه تساوی واریانس‌ها رد می‌شود.

مقدار خطا مربوط به آزمون تساوی میانگین‌های عملکرد برند بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با فرض عدم تساوی واریانس‌ها کمتر از ۵ درصد است ( $\text{Sig. (2-tailed)} = 0/021$ )، پس ادعای عدم تساوی میانگین عملکرد بیمارستان‌های دولتی و خصوصی پذیرفته می‌شود؛ چون حد بالا و پایین منفی است، پس تفاوت میانگین دو جامعه در سطح اطمینان ۹۵ درصد کم‌تر از صفر است و میانگین جامعه اول (بیمارستان‌های دولتی) از میانگین جامعه دوم (بیمارستان‌های خصوصی) کم‌تر است. در نتیجه عملکرد برند بیمارستان‌های خصوصی رتبه‌ی بالاتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی دارد.

## بحث

یکی از حوزه‌های بازاریابی خدمات درمانی که نیازمند توجه بیشتری است، بحث مدیریت برند بیمارستان‌ها و بررسی این نکته است که چه عواملی در ارتقای عملکرد و ترجیح برند بیمارستان به منظور انتخاب جهت درمان تأثیر دارد. در پژوهش حاضر جایگاه کیفیت خدمات در تقویت ترجیح برند، قصد تکرار خرید و عملکرد برند در بیمارستان‌های شهر تهران بررسی گردید. یافته‌های پژوهش کلیه فرضیات را تأیید کرد؛ یعنی کیفیت خدمات تأثیر معناداری بر ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان دارد، ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان تأثیر معناداری بر ترجیح برند بیمارستان، قصد تکرار خرید از بیمارستان و عملکرد برند بیمارستان دارد، و

همچنین ترجیح برند بیمارستان تأثیر معناداری بر قصد خرید و عملکرد برند بیمارستان دارد. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی کیفیت خدمات مطلوب‌تر و عملکرد برند بالاتری دارند، که می‌توان نتیجه گرفت بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی جایگاه برند بهتری در ذهن مشتریان و بیماران دارند. به طور کلی کیفیت خدمات درمانی نقشی مهم در ایجاد ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان دارد که به منظور مدیریت ارزش برند بیمارستان در بین انبوه مراکز خدمات درمانی باید مدیران و مسئولان بیمارستان توجه ویژه‌ای به آن معطوف نمایند تا بیماران بیشتری را جذب کنند و علاوه بر ارتقای سطح سلامت در جامعه، به سودآوری که هدف عقلایی هر سازمانی است، برسند.

Chahal و Bala، در حوزه‌ی ارزش ویژه‌ی برند خدمات در بخش خدمات درمانی به این نتیجه رسیدند که کیفیت ادراک شده از خدمات تأثیر زیادی بر ارزش ویژه‌ی برند خدمات درمانی دارد (۷). اخلاص، در تحقیقی به این نتیجه رسید که کیفیت ادراک شده سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی و بیمارستانی تأثیر مثبت و معنادار بر ارزش ویژه‌ی برند آنها دارد (۴۱). صالح‌نیا و همکاران، در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که محیط فیزیکی بیمارستان اثر بالایی بر تصویر ایجاد شده از آن در ذهن مشتریان دارد. در زمینه خدمات و با توجه به غیرملموس بودن رایحه خدمت، اولین چیزی که مشتریان دریافت می‌کنند، اثر بعد ملموسات ارائه‌ی خدمت می‌باشد و محیط فیزیکی بیمارستان مهمترین ملموسات قابل مشاهده برای مشتریان است. از این رو می‌توان گفت مشتریان در اولین مواجهه‌ی خود با بیمارستان آنچه را که مشاهده می‌کنند به خصوص آنچه را ملموس تر است، به ذهن می‌سپارند و براساس آن تصور خود از بیمارستان را شکل می‌دهند (۴۲). Wang و همکاران، چهار بعد اصلی را برای ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان در نظر گرفتند: آگاهی از برند، ارتباطات برند، کیفیت خدمات و وفاداری به برند. سپس با توزیع ۲۵۰ پرسشنامه در طی چهارده روز میان بیماران بستری یکی از بیمارستان‌های تایوان، به آزمون عملی این ابعاد پرداختند. نتایج نشان داد که ابعاد در نظر گرفته شده از جمله: کیفیت خدمات، تا حد زیادی پیش‌بینی‌کننده‌ی ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان می‌باشند (۴۳). پژوهش‌های دیگری هم‌چون Van Riel و همکاران (۱۸) و Beverland (۲۶) رابطه‌ی مثبت و معنادار کیفیت خدمات و ارزش ویژه‌ی برند را تأیید کردند.

رابطه‌ی ارزش ویژه‌ی برند با ترجیح برند و قصد تکرار



مطابقت داشت؛ به عبارتی با افزایش برتری و رجحان یک برند، مراجعه ی مجدد برای استفاده از آن برند در آینده نیز افزایش خواهد یافت. در این راستا، می توان به تحقیقاتی دیگر که با این تحقیق مشابه هستند، اشاره نمود. نتایج پژوهش Lux و همکاران (۴۹)، ساخت مراکز تخصصی، پزشکان خصوصی، توصیه های خانواده و دوستان، کیفیت درمان و دسترسی به بیمارستان را عوامل مهم در ترجیح انتخاب بیمارستان توسط بیماران بیان کرده اند. همچنین Miller و May (۵۰)، ترجیحات بیمار در انتخاب بیمارستان را در مشهور بودن و تعداد ستاره های بیمارستان، ارائه ی خدمات مشاوره ای، سابقه ی بیمارستان، طراحی خوب بیمارستان، وجود اتاق های یک تخته، محیط مناسب، غذای خوب، وجود پارکینگ و بالا بودن استانداردهای نظافت بررسی کردند. در تحقیق Roh و همکاران (۵۱)، که در سال ۲۰۰۸ انجام شده است، تنوع خدمات و ارائه خدمات بیشتر، یکی از معیارهای مهم در انتخاب و ترجیح بیمارستان بود.

عدم کنترل برخی از عوامل مؤثر، به طور مثال: عوامل اقتصادی، توجه به کیفیت خدمات ادراک شده توسط بیماران و نه کیفیت خدمات واقعی بیمارستان، استفاده از ابزار پرسشنامه، مقطعی بودن و انجام پژوهش در یک حوزه ی جغرافیایی از جمله محدودیت های این پژوهش بود که احتمالاً می تواند بر تعمیم پذیری یافته ها تأثیر بگذارد.

## نتیجه گیری

در شرایط رقابتی صنعت خدمات درمانی، صرفاً ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی به بیماران کافی نیست و رقابت برای ارتقای کیفیت خدمات به عنوان یک موضوع پراهمیت مطرح است. بیمارستان هایی می توانند به سودآوری برسند و بقای خود را حفظ نمایند که خدمات با کیفیت تری به بیماران ارائه دهند و بتوانند رضایت آن ها را ایجاد نمایند. هرچه کیفیت خدمات مطلوب تر شود، خدمات در ذهن مشتریان و بیماران ارزش بیشتری پیدا می کند و منجر به توسعه ارزش ویژه برند بیمارستانی می گردد. نتایج حاصل نشان داد میان کیفیت خدمات با ارزش ویژه برند بیمارستان رابطه مستقیم وجود دارد. بنابراین پیشنهاد می شود که مدیران بیمارستان با ایجاد کمیته های تضمین کیفیت، ارزشیابی کیفی خدمات درمانی توسط بیماران و همراهان آن ها، استفاده از تجهیزات پزشکی مدرن و به روز، جذب و به کارگیری پزشکان متخصص و با تجربه، بهبود وضعیت بهداشتی و ظاهری محیط بیمارستان، پاسخ گویی و در دسترس بودن کادر پزشکی و درمانی، کاهش مدت زمان انتظار بیماران و تدارک تسهیلات

خرید با نتایج دیگر پژوهش ها (۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵ و ۳۸) مطابقت دارد. در این تحقیقات اظهار شده است که ارزش ویژه ی برند به طور مستقیم بر ترجیح برند و قصد خرید نهایتاً بر انتخاب برند توسط مشتریان اثر می گذارد. در این راستا، Gombeski و همکاران بیان می کنند که اکثر مصرف کنندگان هنگام انتخاب یک تسهیلات بهداشتی از انتخاب پزشکان تأثیر می گیرند (۴۴). بنابراین برندسازی گروه های پزشکی می تواند یک راه مؤثر برای تمایز و ایجاد مزیت رقابتی باشد. Li، در مطالعه ی خود نشان داده است که کیفیت خدمات بیمارستانی بر ایجاد تصویر مثبت از برند بیمارستان و در نتیجه تبلیغ گفتاری و قصد خرید دوباره ی مشتریان اثر می گذارد (۴۵). Solayappan و Jayakrishnan نیز در پژوهش خود با عنوان "تعیین کننده های کلیدی رابطه مشتری- برند در صنعت بیمارستان" به نتیجه رسیده اند که تصویر برند بیمارستان، وفاداری به برند بیمارستان و رضایت بیمار به عنوان تعیین کننده های کلیدی رابطه مشتریان با برند بیمارستان است (۴۶). Wu، در تحقیقی که در سال ۲۰۱۱ انجام داد به این نتیجه رسید که تصویر برند بیمارستان تأثیری مثبت و معنادار بر رضایت بیمار و وفاداری (قصد خرید مجدد) بیمار دارد (۴۷).

در پژوهش حاضر، رابطه ی مثبت ارزش ویژه ی برند و عملکرد برند با تحقیق Lai و همکاران سازگاری دارد. در تحقیق Lai و همکاران در سال ۲۰۱۰ پیشنهاد شده است که با بهبود ارزش برند در ذهن مشتریان، عملکرد برند در بازار ارتقا خواهد یافت (۱۱). مطالعه ی Wagner، که در حوزه ی برندسازی در مؤسسات خدمات درمانی انجام شده است، تأثیرات برندسازی در افزایش میزان سوددهی را نشان داده است (۴۸). بنابراین می توان گفت که برند بیمارستانی با ارزش بالا از دیدگاه بیماران می تواند زمینه ساز افزایش نرخ فروش، سهم بازار، حاشیه سود و بهبود عملکرد بیمارستان شود.

رابطه مثبت قصد خرید مجدد با عملکرد برند با پژوهش های دیگری (۳۳-۳۵) سازگاری دارد. در این پژوهش ها پیشنهاد شده است که هر چه مراجعه ی مجدد برای خرید یک برند بیشتر باشد، عملکرد آن برند در بین برندهای موجود در آن صنعت افزایش خواهد یافت. همچنین تأیید رابطه ترجیح برند با عملکرد برند در پژوهش های دیگری (۳۴-۳۶) نیز نشان داده شده است؛ به این معنی که هر چه برتری یک برند از دیدگاه مشتریان زیادتر باشد، عملکرد آن برند بهبود خواهد یافت. رابطه ی مثبت و معنادار ترجیح برند با قصد تکرار خرید با نتایج Chang و Liu (۱۰)، Chang و همکاران (۲۳) و ابراهیمی و همکاران (۲۴)



و رعایت مسائل زیست محیطی در دفع پسماندهای بیمارستانی می‌تواند زمینه‌ی بهبود ارزش برند بیمارستان را فراهم کند. ارزش ویژه‌ی برند ایجاد شده ناشی از کیفیت مطلوب خدمات، ترجیح در انتخاب بیمارستان، قصد خرید خدمات درمانی و ارتقای عملکرد برند بیمارستان را در پی خواهد داشت. همچنین به مدیریت بیمارستان پیشنهاد می‌گردد که با بررسی و مطالعه‌ی تجربیات و برنامه‌های بازاریابی بیمارستان‌های موفق سایر کشورها و استفاده از خدمات مشاوران و متخصصان در حوزه‌ی بازاریابی خدمات درمانی در راستای ارتقای ارزش برند سلامت خود در اذهان بیماران حرکت نمایند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش وظیفه‌ی خود می‌دانند که از مدیران و مسئولان مراکز خدمات درمانی که با اجرای این پژوهش همکاری نمودند به طور صمیمانه قدردانی و تشکر کنند.

رفاهی مناسب برای آنان و همراهانشان، توجه به تعیین جلسات درمانی با توجه به مشاغل بیماران و مشارکت دادن بیماران در فرایند درمان، حمایت معنوی و امیدواری دادن کادر درمانی به بیمار، داشتن صداقت نسبت به بیماران و ارائه اطلاعات لازم به بیمار به منظور گرفتن تصمیم‌های آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی، نگهداری دقیق سوابق مراجعه‌کنندگان و پیگیری وضعیت سلامتی ترخیص‌شدگان، ارسال ایمیل‌ها و پیامک‌های آموزشی پزشکی به آن‌ها، برگزاری دوره‌های آموزشی کادر اداری و درمانی در رابطه با نحوه‌ی برخورد مناسب با بیماران و همراهانشان، نهادینه‌سازی فرهنگ مشتری‌مداری و انسان دوستی در بیمارستان، طراحی سایت‌های حرفه‌ای و عضویت در شبکه‌های اجتماعی به منظور معرفی امکانات و خدمات بیمارستان، ارزش ویژه‌ی برند بیمارستان را افزایش دهند. به علاوه توجه مدیریت بیمارستان به استفاده از روابط عمومی و تدارک برنامه‌های اجتماعی از قبیل غربالگری بیماری‌ها در جامعه، توجه بیشتر به مؤسسات خیریه،

### منابع

1. Kotler PT & Keller K L. Marketing management. 14<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 2012: 354-6.
2. Guo X, Duff A & Hair M. Service quality measurement in the Chinese corporate banking market. International Journal of Bank Marketing 2008; 26(5): 305-27.
3. Mohammadi A. Provided the appropriate model for tqm hospitals Zanjan province based on perceptions and expectations of service recipients and providers of care quality of service tqm [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2005.
4. Li M, Lowrie DB, Huang CY, Lu XC, Zhu YC, Wu XH, et al. Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the servqual scale. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine 2015; 5(6): 497-504.
5. Vargo SL & Lusch RF. Evolving to a new dominant logic for marketing. Journal of Marketing 2004; 68(1): 1-17.
6. Brodie RJ, Whittome JRM & Brush GJ. Investigating the service brand: A customer value perspective. Journal of Business Research 2009; 62(3): 345-55.
7. Chahal H & Bala M. Significant components of service brand equity in healthcare sector. International Journal of Health Care Quality Assurance 2012; 25(4): 343-62.
8. Xu J & Chan A. A conceptual framework of hotel experience and customer-based brand equity: Some research questions and implications. International Journal of Contemporary Hospitality Management 2010; 22(2): 174-93.
9. Bell SJ, Auh S & Smalley K. Customer relationship dynamics: Service quality and customer loyalty in the context of varying levels of customer expertise and switching costs. Journal of the Academy of Marketing Science 2005; 33(2): 169-83.
10. Chang HH & Liu YM. The impact of brand equity on brand preference and purchase intention in the service industries. The Service Industries Journal 2009; 29(12): 1687-706.
11. 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(1): 457-69.
12. Kim KH, Kim KS, Kim DY, Kim JH & Kang SH. Brand equity in hospital marketing. Journal of Business Research 2008; 61(1): 75-82.
13. Nasiripour AA, Gohari M & Nafisi A. Branding and functional indices relationship in Mashhad Ghaem hospital. Journal of Health Administration 2010; 13(41): 15-20[Article in Persian].
14. Krishnan BC & Hartline MD. Brand equity: Is it more important in services? Journal of Services Marketing 2001; 15(5): 328-42.
15. 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.

16. Oliver RL. Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing* 1999; 63(S): 33-44.
17. Chaudhuri A & Holbrook MB. The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty. *Journal of Marketing* 2001; 65(2): 81-93.
18. Van Riel ACR, Mortanges CP & Streukens S. Marketing antecedents of industrial brand equity: An empirical investigation in specialty chemicals. *Industrial Marketing Management* 2005; 34(8): 841-7.
19. Cobb-Walgren CJ, Ruble CA & Donthu N. Brand equity, brand preference, and purchase intent. *Journal of Advertising* 1995; 24(3): 25-40.
20. Chen CF & Chang YY. Airline brand equity, brand preference, and purchase intentions the moderating effects of switching costs. *The Journal of Air Transport Management* 2008; 14(1): 40-3.
21. Myers C. Managing brand equity: A look at the impact of attributes. *Journal of Product & Brand Management* 2003; 12(1): 39-51.
22. Prasad K & Dev CS. Managing hotel brand equity. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly* 2000; 41(3): 22-31.
23. 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.
24. Ebrahimi A, Jafarzade M, Ajali A & Nasiri M. The quality of services to create brand preference consumer purchase intentions in the banking industry. *Journal of New Marketing Research* 2014; 4(4): 1-20[Article in Persian].
25. Lin YT, Chen SC & Hung CS. The impacts of brand equity, brand attachment, product involvement and repurchase intention on bicycle users. *African Journal of Business Management* 2011; 5(14): 5910-9.
26. Beverland M. Reating value for channel partners: The Cervena case. *Journal of Business and Industrial Marketing* 2005; 20(3): 127-35.
27. Beverland M, Napoli J & Lindgreen A. Industrial global brand leadership: A capabilities view. *Industrial Marketing Management* 2007; 36(8): 1082-93.
28. Azizi SH, Ghareche M & Sattar V. A model to explain factors influencing on brand performance in food industry. *Quarterly Journal of Business Management* 2011; 10(3): 115-26[Article in Persian].
29. Hutton JG. A study of brand equity in an organizational-buying context. *Journal of Product and Brand Management* 1997; 6(6): 428-39.
30. Bendixen M, Bukasa K & Abratt R. Brand equity in the business-to-business market. *Industrial Marketing Management* 2004; 33(5): 371-80.
31. Hellier PK, Geursen GM, Carr RA & Richard JA. Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing* 2003; 37(11-12): 1762-800.
32. O'Cass A & Lim K. The influence of brand associations on brand preference and purchase intention. *Journal of International Consumer Marketing* 2002; 14(2-3): 41-71.
33. Poczter A. Attitude development hierarchy and segmentation. *Review of Business* 1987; 9(1): 17-20.
34. Tolba AH. Linking customer-based brand equity with brand market performance: A managerial approach. *Journal of Product & Brand Management* 2009; 18(5): 356-66.
35. Asadollah H, Hamidizadeh MR, Dorri B & Karimi Alavijeh MR. Developing a model to examine the relationship between customer-based brand equity and brand market performance: The case of dairy products brands in Tehran market. *Journal of New Economy and Commerce* 2009; 4(15-16): 52-76[Article in Persian].
36. Vakratsas D & Ambler T. How advertising works: What do we really know? *Journal of Marketing* 1999; 63(1): 26-43.
37. Kumar RS. The nature and antecedents of brand equity and its dimensions. *Marketing Intelligence & Planning* 2013; 31(2): 141-9.
38. Moradi H & Zarei A. The impact of brand equity on purchase intention and brand preference-the moderating effects of country of origin image. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2011; 5(3): 539-45.
39. Azar A, Gholamzadeh R & Ghanavati M. Structural path modeling in management with smart pls software. Tehran: Negahe Danesh Publication; 2012: 162-6[Book in Persian].
40. Haidarali H. Structural equation modeling, lisrel application. Tehran: Samt Publication; 2014: 1-352[Book in Persian].
41. Ekhlash M. Investigate relationship between brand equity and hospital image [Thesis in Persian]. Yazd: Yazd University; 2013.
42. Salehnia M, Kazemi M & Ahmadi Jazi S. Effect of physical environment of hospital on its image: Customer viewpoints. *Hakim Journal* 2013; 15(4): 321-9[Article in Persian].
43. Wang Y, Hsu K, Hsu S & Hsieh P. Constructing an index for brand equity: A hospital example. *The Service Industries Journal* 2011; 31(2): 311-22.



44. Gombeski W, Kantor D & Klein R. Physician-based brand strategies. *Marketing Health Services* 2002; 22(4): 28-34.
45. Li MH. The influence of perceived service quality on brand image, word of mouth, and repurchase intention: A case study of min-sheng general hospital in Taoyuan, Taiwan. *AU-GSB e-Journal* 2011; 4(1): 91-105.
46. Solayappan A & Jayakrishnan J. Key determinants of brand-customer relationship in hospital industry. *Petroleum-Gas University of Ploiesti Bulletin* 2010; 62(4): 119-28.
47. Wu CC. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *African Journal of Business Management* 2011; 5(12): 4873-82.
48. Wagner P. Strong branding creates a competitive edge. *Radiology Management* 2007; 29(3): 40-3.
49. Lux MP, Fasching PA, Schrauder M, Lohberg C, Thiel F, Bani MR, et al. The era of centers: The influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283(3): 559-68.
50. 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.
51. 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.

## The Role of Quality Improvement of Services in Promoting Brand Performance in Tehran Hospitals

Feiz Davood<sup>1</sup> (Ph.D.) - Kohyari Haghight Amin<sup>2</sup> (M.S.) - Kohyari Haghight Koorosh<sup>3</sup> (M.S.)

1 Associate Professor, Business Management Department, School of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2 Ph.D. Candidate in International Marketing Management, School of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

3 Ph.D. Candidate in Human Resource Management, School of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

### Abstract

Received: Oct 2016

Accepted: Feb 2017

**Background and Aim:** In recent years, the growing importance of health care has led to a focus on improving the quality of services, and healthcare centers have paid attention to it as a strategic competitive advantage. The aim of this study was to investigate the role of improving the quality of services in the promotion of brand performance in healthcare industry.

**Materials and Methods:** In this study, 392 patients of Tehran hospitals were selected through cluster sampling. Structural Equation Modeling (SEM) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were used for data analysis. Also, to compare public and private hospitals, independent samples t-test was used.

**Results:** Research findings indicate that the desirable quality of services has a significant positive effect on brand equity; and brand equity has a meaningful effect on brand preference, repurchasing and brand performance. Moreover, brand preference has a significant effect on brand performance and the decision to repeat purchasing. In the end, the meaningful effect of repurchasing decision on brand performance in healthcare industry was confirmed.

**Conclusion:** According to the results, it can be stated that considering healthcare improvement plans, hospitals can enhance their brand among many healthcare centers. This entails both the promotion of community's health and the increase of profitability.

**Keywords:** Service Quality, Brand Equity, Brand Performance, Hospital

\* Corresponding Author:  
Kohyari Haghight A;  
Email:  
amin.k.haghight@gmail.com