

شناسایی تقاضای پنهان مشتریان انواع خدمات بهداشتی درمانی (خصوصاً خدمات الکترونیکی) و ارائه مدل مناسب آن

مریم محمدخانی

مدیر اداره اعتبارات معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مشتری از عناصر مهم مورد توجه مدیران هر سازمانی می باشد. حال سازمان هایی می توانند در امور بازاریابی بخصوص بازارگردی دارای مزیت رقابتی باشند که بتوانند نیازهای بیماران را قبل از درخواست آنان تشخیص دهند؛ که این تقاضاها در قالب تقاضای پنهان معرفی می شود. هدف اصلی این تحقیق ارائه مدلی به منظور شناسایی تقاضای پنهان بیماران انواع خدمات بهداشتی درمانی می باشد. جامعه آماری این تحقیق را تعداد ۲۰ نفر از خبرگان حوزه بهداشت درمان و همچنین نمونه تحقیق را ۳۱۹ نفر از کارکنان بیمارستان های دولتی شهر تهران تشکیل داده اند. در این تحقیق به منظور تحلیل اطلاعات از روش تحلیل عاملی تاییدی در قالب نرم افزار AMOS و تحلیل دلفی فازی استفاده شده است. در بخش دلفی، متغیرهای مربوط شناسایی و با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی این متغیرها در قالب یک مدل جامع ارائه گردید. در این تحقیق ابتدا عوامل خدمات الکترونیک، روابط کارکنان، کیفیت خدمات و سودمندی ادراک شده شناسایی گردید که پس از بررسی روابط بین این متغیرها مشخص گردید که رابطه معنی داری بین این متغیرها و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.

کلید واژه ها: تقاضای پنهان، خدمات الکترونیکی، بیمارستان دولتی

-۱ مقدمه

در سال های اخیر، عرصه کسب و کار جهانی به شدت رقابتی شده و ماهیت تقاضای مشتریان تغییر کرده و بسیار پیچیده شده است. علاوه بر این، مشتریان شروع به تقاضای انواع گوناگونی از محصولات در دوره های زمانی کوتاه کرده اند. در این موقعیت، سازمان های جدید دریافته اند که برآورده ساختن این گونه از تقاضاها بسیار دشوار است؛ از سویی دیگر جهانی شدن نیز باعث ایجاد بستر رقابت فزاینده بین سازمان های گوناگون در بازارهای آزاد شده است (وینود و همکاران^۱، ۲۰۰۸). همچنین در سال های اخیر مشارکت دادن مشتریان در طراحی محصولات و خدمات جدید، به عنوان یک عامل بسیار مهم برای موفقیت شرکت ها در نظر گرفته می شود (اسوندسن و همکاران^۲، ۲۰۱۱). تضمین کیفیت برای مشتریان اهمیت دارد؛ پاسخ به این سوالات که خواسته ها و نیازهای واقعی مشتریان چه چیزهایی هستند؛ مشتریان چگونه انگیزه خرید پیدا می کنند و چه چیزی باعث رضایت مشتریان می شود؛ نیازمند روش های تحقیقات بازاریابی است. توجه به رضایت مشتری و برآورده کردن نیازهای وی، روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می کند (زو و همکاران^۳، ۲۰۰۹).

در دنیای در حال تغییر و در حال توسعه امروزی خدمات، بر چشم انداز اقتصادی، نظامهای اقتصادی پس از دوران صنعتی تسلط دارند و به عنوان یکی از قسمتهایی محسوب می شود که در میان کشورهای تازه ظهور یافته از رشد سریعی برخوردار است و ۲۰ درصد از اشتغال و سهم قابل توجهی از تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص داده است (فرانسیسکو و رینرت^۴، ۱۹۹۶). همگام با رشد چشمگیر بخش خدمات در حوزه کسب و کار معاصر، انتظار می رود که اهمیت مدیریت خدمات نیز افزایش یابد (بیتس^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). در بخش خدمات، بیمارستان ها یکی از سازمانهایی هستند که به سرعت در حال رشد است و از رقابت چشمگیری برخوردار است. بیمارستان ها و مراکز بهداشتی در تلاش برای شکستن قیمت ها و برتری رقابتی در بازار، مقیاس های جدی را اتخاذ کرده اند تا عملکرد خود را در برابر رقبا ارتقاء بخشند. (ویکراماسینگه^۶، ۲۰۰۸). هم بازار یابی خدمات و هم توسعه خدمات جدید طی سالهای اخیر مورد توجه شدید محققان قرار گرفته اند بنابراین به کارگیری این مفاهیم در عرصه بهداشت و درمان چندان تعجب بر انگیز نیست (پاراسورامان^۷ و همکاران، ۱۹۸۵). بنابراین، شناسایی نیازهای بیماران و تبدیل آنها به ویژگی های طراحی محصولات و خدمات، امری حیاتی برای رقابتی ماندن در بازار است (تونتینی^۸، ۲۰۰۳). از طرف دیگر، زندگی اجتماعی و جامعه متراکم انسانها ایجاب می کند که نیازهای گوناگون هر فرد از طریق مراجعه به دیگر گروه های انسانی تامین شود. این نیازها به بخش های متعددی از قبیل خوراک، پوشاک، مسکن، خدمات فرهنگی، آموزشی، پزشکی، ارتباطی و دیگر نیازهای انسانی تقسیم می شوند. در این تعامل، هر فرد برای تامین نیاز خود در نقش مشتری به سازمان ها و موسسات تامین کننده آن مراجعه می کند. از سوی دیگر، سازمان های اجتماعی بسیاری نیز به منظور تامین نیازهای انسانی شکل می گیرند که ضمن انجام این وظیفه، در پی کسب سود مناسب برای خود هستند و در این راستا می کوشند تا مراجعه انسان ها به آن سازمان تکرار شود. به نظر می رسد که نزدیک ترین مسیر تا نقطه هدف برای سازمان و همچنین مطلوب ترین روش برای مشتریان، تامین نیازها و انتظارات مشتریان باشد. مشتریانی که اساس تعاملات خود با هر سازمانی را منافع مادی و معنوی خویش قرار می دهند و در این بین بسیاری از مردم برای کسب احترام بهای بیشتری می پردازند و در فرآیند تامین نیازهای زندگی، حفظ کرامت خود را در جایگاه بالاتری ارزش گذاری می کنند. امروزه دگرگونی های جهان به واسطه فن آوری و فن آوری اطلاعات، اینترنت و به تبع آن دولت الکترونیک و تجارت الکترونیک که آن نیز به

¹ Vinodh et al

² Svendsen et al

³ Xu et al

⁴ Francois and Reinert

⁵ Bates

⁶ Wickramasinghe

⁷ parasuraman

⁸ Tontini

نوبه خود از فن آوری اطلاعات مشتق می شود، تحول ژرف و عمیقی در ارتباطات و فرایند انتقال اطلاعات ایجاد کرده است. این شرایط، زمینه ای را برای تسهیل انجام امور تجاری و خرید و فروش ایجاد نموده که منجر به افزایش رقابت بین سازمان ها شده است. بانک ها نیز به عنوان مؤسساتی که در حوزه های مختلف پولی و مالی فعالیت می کنند از این امر مستثنی نبوده و در انجام امور خود با موانع و تهدید های گوناگونی مواجه هستند که برای فائق آمدن بر آنها و دستیابی به فرصتهای بالقوه بازار باید دارای مزیت های رقابتی از جمله ارائه خدمات بهداشتی درمانی به صورت اینترنتی باشند. امروزه اکثر مراکز درمانی با محیطی کاملاً پویا روبه رو هستند و همه مراکز درمانی چه بزرگ و چه کوچک با توجه به تغییرات برق آسا در موقعیت های رقابتی و شرایط حاکم بر بازار، جذب و حفظ مشتریان تجاری را سرلوحه برنامه های خویش قرار داده اند (آمداد و جعفر پور، ۱۳۸۸). در کشور ما، انجام سریع امور و عدم اتلاف زمان به عنوان مهم ترین عنصر موفقیت در رقابت بانک ها محسوب شده و مشتریان به عنوان رکن اصلی تعیین کننده این رقابت، ارزش بسیار زیادی برای فن آوری و سرعت و در درجه بعدی تخصص فنی بانک ها قائل هستند. در بانکداری نوین تشریح خدمات بانک و خصوصاً خدمات بانکداری الکترونیک الزامی است و مشتریان حق دارند از طریق رسانه های عمومی، خدمات بانک ها را بشناسند. از این رو بانک ها برای کارآمد شدن نیاز به کسب اطلاعات کافی از مشتری، درک علائق و خواسته ها و توسعه روابط با او هستند. مراکز درمانی ها می توانند با شناسایی نیازهای بیماران که تا کنون بدان توجهی نشده است میزان سودآوری و رضایت مشتریان خود را ارتقاء دهند. شاید بتوان گفت که تحقیقات بسیار کمی در ارتباط با شناسایی نیازهای پنهان و در واقع تقاضای پنهان بیماران را شناسایی و رتبه بندی کند، صورت گرفته است. در این تحقیق برآنیم تا این عوامل را شناسایی کنیم. در واقع سوال اصلی تحقیق اینست که تقاضای پنهان بیماران انواع خدمات بهداشتی و درمانی (خصوصاً خدمات الکترونیکی) تحت تأثیر چه عواملی است؟ به همین منظور تلاش می شود تا این تحقیق در بیمارستان ها و مراکز درمانی انجام شود. این مراکز درمانی در کلیه نواحی و مناطق استان تهران دارای شعب می باشد که در قالب پنج بخش، شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز توزیع شده است.

۲- روش تحقیق

در این پژوهش ابتدا به منظور بررسی عوامل موثر بر تقاضای پنهان بیماران پرسشنامه ای با ۱۸ شاخص در طی سه مرحله بین خبرگان توزیع شده است که در نهایت ۱۸ شاخص که زیر مجموعه ۴ مولفه تعریف شده می باشد با استفاده از روش دلفی استخراج گردیده است. سپس با انتخاب و تعریف این مهمترین شاخص ها پرسشنامه ای دیگر طراحی شده است که نظرات خبرگان جمع آوری شده است. در اینجا به منظور بررسی عوامل موثر بر تقاضای پنهان مطالعات میدانی انجام گرفته است. داده های گردآوری شده با بهره گیری از تکنیک های آماری مناسبی که با روش تحقیق و نوع شاخص ها سازگاری دارد، دسته بندی و تجزیه و تحلیل شده اند. همچنین در آن از طیف لیکرت که از مقیاس کیفی برخوردار است، استفاده شده است، که با اعمال امتیازات به گزینه های مختلف به مقیاس کمی تبدیل می شوند تا قابلیت تحلیل پیدا کنند. نحوه امتیاز بندی به سوالات پرسشنامه پژوهش به شرح جدول زیر می باشد:

جدول ۱: نحوه امتیاز بندی سوالات در پرسشنامه پژوهش

کاملاً موافقم	موافقم	تا حدودی	مخالقم	کاملاً مخالفم
۵	۴	۳	۲	۱

همانگونه که گفته شد، به منظور تحلیل و بررسی مطالعات میدانی انجام شده آزمون هایی بر روی پرسشنامه انجام شده است که به طور خلاصه در ذیل آمده است.

جدول ۲: خلاصه آزمون‌های انجام شده بر روی پرسشنامه

آزمون	هدف	توضیحات
آزمون آلفای کرونباخ	بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه	مقدار آلفای بالای ۰.۷ نشان دهنده اعتبار پرسشنامه می باشد
آمار توصیفی شاخص‌ها	بررسی میانگین و انحراف معیار شاخص‌ها	نشان دهنده میانگین امتیاز پاسخ خبرگان به شاخص‌ها و میزان پراکندگی پاسخ‌ها می باشد.
دلفی	شناسایی عوامل	این آزمون برای شناسایی شاخص‌های مدل اولیه مورد استفاده قرار می گیرد.
آزمون مدل یابی ساختاری	بررسی میزان تاثیر متغیر مستقل روی متغیر وابسته	این آزمون تاثیر عوامل مکنون را مورد بررسی قرار می دهد

۳- یافته‌های تحقیق

- مدل یابی معادلات ساختاری

- تحلیل اکتشافی متغیرهای تحقیق

در نهایت تحلیل اطلاعات مربوط به متغیر تقاضای پنهان در روش دلفی فازی متغیرهایی شناسایی گردید که کارکنان و خبرگان بیشترین توافق را بر روی این متغیرها داشته‌اند. در این بخش ابتدا به تحلیل اکتشافی متغیرهای تقاضای پنهان می پردازیم. متغیرهای تقاضای پنهان به همراه نماد آن‌ها در این تحقیق در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳: متغیرهای تقاضای پنهان

۱q	ساده سازی خدمات درمانی
۲q	ایجاد امکان استفاده از خدمات درمانی مخصوص گروه کودک و نوجوان
۳q	ارائه تسهیلات در حوزه کارآفرینی
۴q	وجود شعبات در ادارات
۵q	امکان دریافت مشاوره تخصصی برای هر خانواده
۶q	ایجاد دفاتر برای هر کارمند به منظور تعامل بیشتر با بیماران
۷q	هر کارمند یک مشتری
۸q	استقبال از ورود و خروج بیماران
۹q	ساده سازی خدمات الکترونیک
۱۰q	ایجاد امکان استفاده از خدمات درمانی مخصوص گروه کودک و نوجوان
۱۱q	زیبا سازی و شخصی سازی خدمات درمانی الکترونیک
۱۲q	آموزش به مشتریان در استفاده از خدمات الکترونیک
۱۳q	متنوع سازی خدمات الکترونیک برای حضور حداقلی در بیمارستان
۱۴q	ارائه تسهیلات با نرخ سود متفاوت در طرح‌های مختلف
۱۵q	کاهش زمان رسیدگی به پرونده‌های بیماران
۱۶q	مشارکت بیمارستان‌ها در سرمایه گذاری افراد
۱۷q	آموزش مشتریان در استفاده و خرید سهام بیمارستان
۱۸q	ایجاد سبد سهام مناسب با استفاده از موجودی مشتریان و تقسیم سود مناسب

در این بخش به تحلیل اکتشافی پرسشنامه مربوط به سوالات تقاضای پنهان می پردازیم. کلیه سوالات این بخش ۱۸ عدد بوده است که بین مولفه ها توزیع گردید. به منظور اجرای تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا آماره بارتلت و KMO را محاسبه می نماییم تا از مناسب بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل مطمئن شویم. نتایج این تحلیل در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۴: نتایج عاملی اکتشافی

0.766	KMO	
۱۸۷۸.۲۹۱	کای دو	آزمون تست بارتلت
۱۸۵	درجه آزادی	
0.000	سطح معنی داری	

با توجه به جدول آزمون بارتلت سطح معنی داری آزمون مقدار ۰.۰۰۰ بدست آمده است که نشان از تناسب حجم نمونه و داده ها برای اجرای تحلیل اکتشافی دارد. میزان آماره KMO نیز مقدار ۰.۷۶۶ محاسبه شده است که در سطح مناسبی قرار دارد. در ادامه به تحلیل اکتشافی پرداخته می شود.

جدول ۵: استخراج اولیه گویه ها

	Initial	Extraction
q1	1.000	.746
q2	1.000	.664
q3	1.000	.651
q4	1.000	.530
q5	1.000	.782
q6	1.000	.664
q7	1.000	.719
q8	1.000	.396
q9	1.000	.696
q10	1.000	.612
q11	1.000	.651
q12	1.000	.559
q13	1.000	.617
q14	1.000	.451
q15	1.000	.769
q16	1.000	.824
q17	1.000	.709
q18	1.000	.547

با توجه به جدول بالا تمامی اشتراکات بین گویه های مورد مطالعه بیشتر از مقدار ۰.۵ محاسبه شده است. بنابراین نیاز به حذف هیچ یک از سوالات مورد مطالعه نمی باشد. استخراجات نشان دهنده همبستگی درونی متغیرهای تحقیق می باشد. هر چه این مقادیر بیشتر باشد سوالات انتخاب شده بهتر می تواند در مدل ارائه شود. مقادیر پایین نیاز به بررسی بیشتر دارد.

در بخش سوم تحلیل اکتشافی ماتریس عامل های استخراجی تعداد عامل های استخراج شده از میان گویه های مورد مطالعه مشخص گردیده است. در این بخش مشخص گردید که به طور کلی از این ۱۸ گویه چهار عامل شناسایی شده است که این چهار عامل در کنار یکدیگر ۴۶.۲۷ درصد واریانس کل گویه ها را تبیین می نمایند. نتایج این تحلیل در قالب جدول ۶ توضیح واریانس ارائه شده است:

جدول ۶: تحلیل واریانس

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4.653	21.150	21.150	4.653	21.150	21.150	2.923	13.285	13.285
2	3.007	13.667	34.817	3.007	13.667	34.817	2.922	13.283	26.568
3	1.680	7.634	42.451	1.680	7.634	42.451	2.384	10.834	37.402
4	1.377	6.257	48.709	1.377	6.257	48.709	1.953	8.875	46.277
5	1.163	5.288	53.997						
6	1.112	5.055	59.051						
7	1.045	4.751	63.803						
8	.910	4.135	67.938						
9	.871	3.961	71.899						
10	.804	3.656	75.555						
11	.772	3.507	79.062						
12	.661	3.005	82.068						
13	.599	2.724	84.792						
14	.561	2.549	87.341						
15	.526	2.391	89.732						
16	.464	2.108	91.840						
17	.403	1.834	93.673						
18	.357	1.623	95.296						
19	.321	1.459	96.755						
20	.301	1.367	98.122						
21	.246	1.119	99.241						
22	.167	.759	100.000						

در این بخش از تحلیل عاملی به منظور تخصیص گویه ها بر اساس سوالات به چهار عامل شناسایی شده از ماتریس واریانس استفاده می شود. در این ماتریس گویه هایی که دارای بار عاملی بیشتری به یکی از این عامل ها باشند به آن عامل اختصاص داده می شوند. در واقع در این بخش نرم افزار با توجه به بارهای عاملی متغیر هایی که بیشترین بار عاملی را روی یک عامل دارند در کنار یکدیگر قرار می دهد. و تشکیل یک عامل می دهند. در ادامه و در جدول زیر توزیع گویه ها بر اساس بیشترین بار عاملی به عامل ها مشخص شده است.

جدول ۷: ماتریس واریانس

گویه	1	2	3	4
q1	.816			
q2				
q3	.705			
q4	.728			
q5		.514		
q6		.783		
q7		.645		
q8		.599		
q9			.847	
q10			.873	
q11			.632	
q12			.847	

q13				
q14				.703
q15				.746
q16				.606
q17				.703
q18				۷۵۴.

توزیع سوالات به عامل ها در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۸: توزیع سوالات

نام گذاری معیار	سوالات تخصیص یافته	عامل
کیفیت خدمات	سوالات ۱،۳،۴	عامل ۱
ارتباطات با کارکنان	سوالات ۵ و ۶ و ۷ و ۸	عامل ۲
دسترسی به خدمات الکترونیک	سوالات ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	عامل ۳
سودمندی ادارک شده	سوالات ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸	عامل ۴

- فرضیه های برگرفته شده از مدل اولیه:

- رابطه معنی داری بین سودمندی ادارک شده و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین کیفیت خدمات و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین توسعه خدمات الکترونیک و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین ارتباطات کارکنان و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.

- تحلیل تاییدی متغیر های اکتشافی:

- تحلیل عاملی مؤلفه های تحقیق با استفاده از نرم افزار Amos Graphics

برای انجام تحلیل عاملی مؤلفه های تحقیق، ابتدا مؤلفه هایی که دارای ۴ سوال یا بیشتر هستند، مورد تحلیل قرار می گیرند. همچنین مؤلفه هایی که دارای کمتر از ۴ سوال هستند در مدل اندازه گیری بررسی می شوند. یادآوری می شود که این دو مرحله پیش نیاز معادله ساختاری در مدل نهایی هستند.

در تحلیل عاملی تحلیلی، مدل اندازه گیری و مدل ساختاری سه موضوع گزارش می شود.

۱- بررسی نرمال بودن داده ها: بدین منظور شاخص های کشیدگی *kurtosis* و چولگی *skewness* که از خروجی های نرم افزار هستند مورد بحث قرار می گیرند. بر اساس عقیده صاحب نظران علم آمار چولگی بین (۳) و کشیدگی بین (۵) قابل قبول است.

۲- بررسی اعتبار مدل: بدین منظور بارهای عاملی هر سوال مد نظر قرار می گیرد. سوالاتی که بار عاملی کمتر از ۰/۴ دارند، اثرگذاری شان در مدل کمتر از حد پذیرفته شده است و بهتر است از مدل حذف گردند تا در برازش مدل مشکلی رخ ندهد.

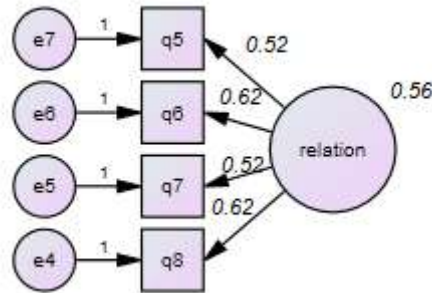
۳- بررسی برازش مدل: *model fit* شاخص های برازش مدل بر اساس شاخص هایی که در فصل سوم آورده شده است بررسی می شود. همان گونه که بیان شد چنانچه ۴ شاخص مورد پذیرش قرار گیرند، مدل به طور مناسب برازش شده است. در صورت عدم تحقق این امر، می توان از ارتباط بین سایر متغیرهای اثرگذار بر سوالات (ارتباط بین خطاهای اندازه گیری) استفاده

کرد؛ تا این شاخص‌ها بهبود یافته و برازش مدل تأیید گردد. البته در صورت برقراری ارتباط بین خطاها ارتباط منطقی آنها نیز از طریق مراجعه به پرسشنامه باید مورد تأیید قرار گیرد و در صورت عدم تأیید، سوالی که دارای بار عاملی کمتر است حذف می‌گردد.

لازم به ذکر است که تست نرمال بودن داده‌ها به صورت کلی در مدل اندازه‌گیری آورده شده است.

- تحلیل عاملی روابط با کارکنان

این بعد دارای ۴ سوال می‌باشد. این سوال‌ها در قالب روابط کارکنان با بیماران ارائه شده است. مدل تحلیل عاملی تاییدی این بخش در قالب شکل شماره ۴-۸ ارائه شده است.



نمودار ۱: مدل تحلیل عاملی روابط کارکنان

در جدول بعد شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی روابط کارکنان بررسی شده‌اند.

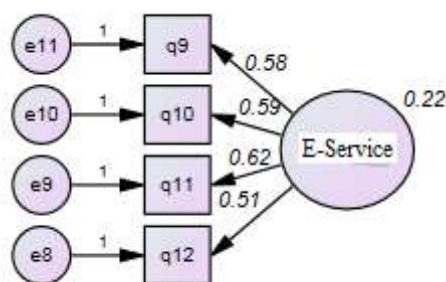
جدول ۹: شاخص‌های نیکویی برازش مدل تأیید عاملی روابط کارکنان

شاخص برازش	CMIN	DF	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	تایید /رد برازش
مقدار	۴۲.۱۷	۱۸	۲.۳۴	۰.۹۶	۰.۹۳	۰.۰۷۸	
مناسب /نا مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	تایید

با توجه به جدول فوق کلیه شاخص‌های مورد بررسی به منظور ارزیابی برازش مدل عاملی تاییدی مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. با توجه به این مطلب می‌توان بیان نمود که برازش این مدل تایید شده است.

- تحلیل عاملی تأییدی خدمات الکترونیک

این بعد دارای ۴ سوال می‌باشد. این سوالات‌ها در قالب متغیر خدمات الکترونیک ارائه شده است. مدل تحلیل عاملی تاییدی این بخش در قالب شکل شماره ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: مدل تحلیل عاملی تأییدی خدمات الکترونیک

در جدول بعد شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی خدمات الکترونیک بررسی شده‌اند.

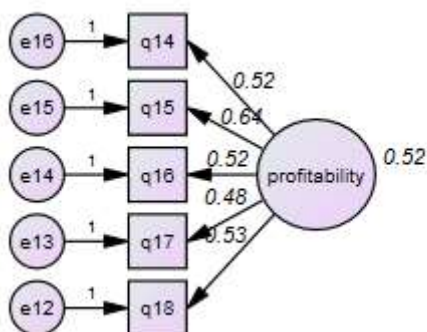
جدول ۱۰: شاخص‌های نیکویی برازش مدل تأیید عاملی خدمات الکترونیک

شاخص برازش	CFI	GFI	CMIN/DF	DF	CMIN	مقدار
تایید / برازش	۰.۹۱	۰.۹۵	۲.۷۰	۲۳	۶۲.۱۷	مناسب
تایید	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب

با توجه به جدول فوق کلیه شاخص‌های مورد بررسی به منظور ارزیابی برازش مدل عاملی تأییدی مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. با توجه به این مطلب می‌توان بیان نمود که برازش این مدل تأیید شده است.

- تحلیل عاملی تأییدی سودآوری ادراک شده

این بعد دارای ۵ سوال می‌باشد. این سوال‌ها در قالب متغیر سودآوری ادراک شده ارائه شده است. مدل تحلیل عاملی تأییدی این بخش در قالب شکل شماره ۳ ارائه شده است.



نمودار ۳: مدل تحلیل عاملی تأییدی سودآوری ادراک شده

در جدول بعد شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی سودآوری ادراک شده بررسی شده‌اند.

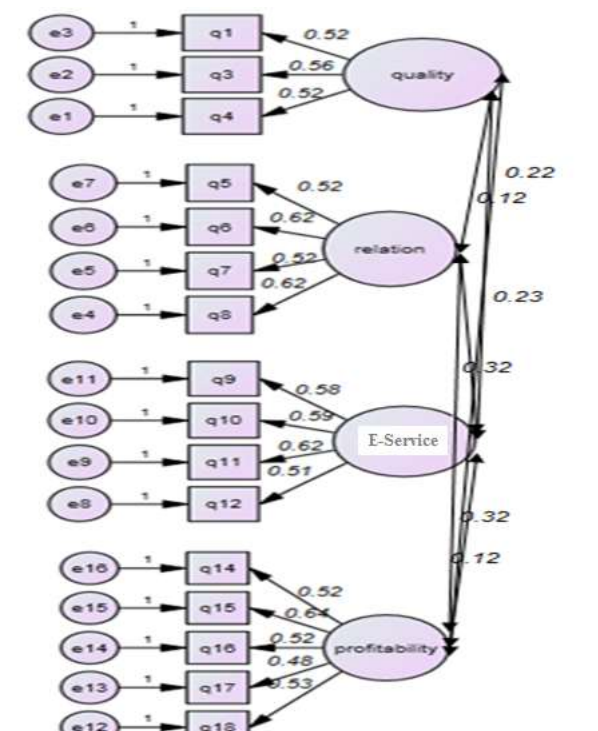
جدول ۱۱: شاخص‌های نیکویی برازش مدل تأیید عاملی سودآوری ادراک شده

شاخص برازش	CMIN	DF	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	تایید /رد برازش
مقدار	۵۱.۱۲	۱۸	۲.۸۴	۰.۹۴	۰.۹۳	۰.۰۶۳	
مناسب /نا مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	تایید

با توجه به جدول فوق کلیه شاخص‌های مورد بررسی به منظور ارزیابی برازش مدل عاملی تأییدی مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. با توجه به این مطلب می‌توان بیان نمود که برازش این مدل تأیید شده است.

مدل اندازه‌گیری

در مدل اندازه‌گیری تمامی ابعاد تحقیق و سوالات مربوطه در قالب یک مدل ترسیم می‌شوند و به صورت دوه‌دو با هم مرتبط می‌شوند. روابط همبستگی به صورت دوه‌دو بررسی شده و چنانچه دارای همبستگی ۰/۹ یا بیشتر باشند، باید با یکدیگر ادغام شده یا اینکه متغیری که دارای واریانس بیشتری است در مدل باقی می‌ماند. متغیرهایی که همبستگی ۰/۹ یا بیشتر داشته باشند به این معنی است که یک موضوع بسیار نزدیک به هم را می‌سنجند.



نمودار ۴: مدل اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق

جدول ۱۲: شاخص نرمال بودن داده‌ها

متغیر	چولگی (تا ± 3)	کشیدگی (تا ± 5)
سوال ۱	-۰.۱۲۴	-۰.۲۴۳
سوال ۲	-۰.۳۲۵	-۰.۲۳۴
سوال ۳	-۰.۲۴۱	-۰.۱۴۹
سوال ۴	۰.۲۱۴	-۰.۲۳۴
سوال ۵	-۰.۳۲۴	-۰.۲۳۴
سوال ۶	۰.۱۲۴	-۰.۲۳۴
سوال ۷	۰.۲۴۵	-۰.۱۲۴
سوال ۸	۰.۴۱۲	-۰.۳۲۶
سوال ۹	۰.۲۳۵	-۰.۴۲۳
سوال ۱۰	۰.۴۲۱	-۰.۲۳۴
سوال ۱۱	۰.۴۲۳	-۰.۱۲۴
سوال ۱۲	۰.۲۳۴	-۰.۵۲۳
سوال ۱۳	۰.۱۲۸	-۰.۱۲۴
سوال ۱۴	۰.۱۲۶	-۰.۳۲۴
سوال ۱۵	۰.۲۳۴	-۰.۱۲۴
سوال ۱۶	۰.۱۸۳	-۰.۳۲۱
سوال ۱۷	۰.۲۴۳	-۰.۲۴۳
سوال ۱۸	۰.۴۱۸	-۰.۷۷۲

همانطور که در جدول فوق می‌بینیم تمامی داده‌ها شرط نرمال بودن را دارا می‌باشند.

جدول ۱۳: شاخص‌های نیکویی برازش مدل اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق

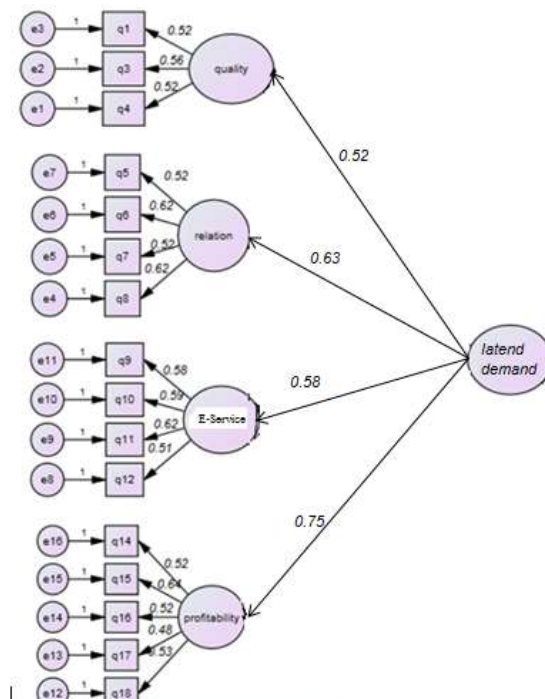
شاخص برازش	CMIN	DF	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	تایید /رد برازش
مقدار	۱۳۵.۱۷	۵۹	۲.۲۹	۹۳.	۰.۹۲	۰.۰۶۶	
مناسب /نا مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	تایید

در بررسی برازش مدل‌های معادلات ساختاری از ابعاد و معیارهای مختلفی استفاده می‌شود. یکی از این ابزارها استفاده از کای دو می‌باشد. زمانیکه مقدار کای دو بر درجه آزادی کمتر از ۳ محاسبه گردید می‌توان بیان نمود که مدل انتخابی دارای برازش مناسبی می‌باشد. همچنین از معیارهای دیگر می‌توان به مواردی همچون GFI, CFI اشاره نمود. لازم است تا این

مقادیر بیشتر از مقدار ۰.۹ باشد تا برازش مدل کلی تایید شود. همچنین RMSEA از دیگر شاخص های بررسی برازش می باشد که در این بخش باید کمتر از ۰.۰۸ محاسبه گردد. به طور کلی با توجه به جدول بالا تمامی شاخص های برازش مدل در سطح مناسبی قرار دارد. و مدل نهایی از لحاظ تناسب داده های بدست آمده با مدل مفهومی در سطح مناسب قرار دارد. بنابراین مدل کلی این تحقیق تایید می گردد.

مدل معادلات ساختاری

پس از بررسی و تایید مدل اندازه گیری، مدل تحقیق ترسیم و روابط بین متغیرهای پنهان (که در واقع همان فرضیات پژوهشی می باشند) مورد بررسی قرار می گیرند. در این مورد ابتدا از شاخص های برازش اطمینان حاصل می کنیم و سپس به سراغ بررسی روابط مفروض بین متغیرهای پنهان می رویم.



نمودار ۵: مدل معادله ساختاری تحقیق

در ادامه به بررسی شاخص های برازش مدل می پردازیم.

جدول ۱۴: شاخص های برازش مدل معادله ساختاری

شاخص برازش	CMIN	DF	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	تایید /رد برازش
مقدار	۱۵۸.۱۷	۶۱	۲.۵۹	۰.۹۹	۰.۹۵	۰.۰۳۵	
مناسب /نا مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	تایید

با توجه به جدول فوق کلیه شاخص های مورد بررسی به منظور ارزیابی برآزش مدل عاملی تاییدی مورد پذیرش قرار گرفته اند. با توجه به این مطلب می توان بیان نمود که برآزش این مدل تایید شده است. در جدول زیر میزان ضرایب رگرسیونی که بیانگر میزان اثرگذاری مولفه‌ها بر یکدیگر است و معناداری این ضرایب به طور خلاصه آورده شده است.

جدول ۱۵: ضرایب رگرسیونی مولفه‌های تحقیق (آزمون فرضیات)

فرضیه	تأثیر مولفه	بر مولفه	ضریب رگرسیونی	عدد معناداری	آماره t
۱	کیفیت	تقاضای پنهان	۰.۵۲	***	۳.۵۹
۲	روابط کارکنان	تقاضای پنهان	۰.۶۳	***	۴.۵۲
۳	خدمات الکترونیک	تقاضای پنهان	۰.۵۸	***	۳.۵۶
۴	سودآوری	تقاضای پنهان	۰.۷۵	***	۴.۲۵

توضیح: *** به معنی عدد بسیار کوچک نزدیک به صفر می‌باشد.

بنابراین فرضیات زیر تایید می‌شود:

- رابطه معنی داری بین سودمندی ادارک شده و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین کیفیت خدمات و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین توسعه خدمات الکترونیک و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.
- رابطه معنی داری بین ارتباطات کارکنان و تقاضای پنهان بیماران وجود دارد.

۴- بحث و نتیجه گیری

در تحلیل جنسیت خبرگان مشخص گردید که مردان با ۷۵ درصد و زنان با ۲۵ درصد کمترین و بیشترین فراوانی را داشته اند. در بحث تحصیلات نیز مشخص گردید که افراد با مدرک فوق لیسانس با ۲۵ درصد، لیسانس با ۶۰ درصد، فوق دیپلم با ۵ درصد و دیپلم با ۱۰ درصد ترکیب تحصیلات افراد را تشکیل داده اند. در بخش سابقه کاری افراد مشخص گردید که افراد با سابقه کاری ۱۰ الی ۱۵ سال با ۳۰ درصد فراوانی، افراد با سابقه کاری بین ۱۵ الی ۲۰ با ۲۰ درصد فراوانی، افراد با ۲۰ الی ۲۵ سال با ۴۵ درصد، افراد ۲۵ سال به بالا ۲۰ درصد از نمونه تحقیق را تشکیل داده اند. در بخش خبرگان مورد مطالعه مشخص گردید که ۷۰ درصد این افراد در بخش صف و ۳۰ درصد در بخش ستاد فعالیت می‌کنند. در بخش کارکنان در بررسی جنسیت نمونه مورد بررسی مشخص گردید که ۹۷ درصد از افراد مورد بررسی در گروه مردان و ۳ درصد در گروه زنان قرار داشته اند. در بخش بررسی وضعیت تحصیلات نیز مشخص گردید که ۶۶.۷۷ درصد افراد دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۱۹.۱۲ درصد دیپلم، ۹.۰۹ درصد فوق دیپلم و ۵.۰۲ درصد نیز دارای مدرک فوق لیسانس بوده اند. در بررسی وضعیت سابقه کاری افراد مورد مطالعه مشخص گردید که ۵۲.۶۶ درصد افراد دارای سابقه کاری بین ۲۰ الی ۲۵ سال، ۳۶.۶۸ درصد دارای سابقه کاری بالای ۲۵ سال، ۱۰.۰۳ درصد دارای سابقه بین ۱۵ الی ۲۰ سال و ۰.۶۳ درصد دارای سابقه کاری ۱۰ الی ۱۵ سال بوده اند.

در ادامه و در بررسی و شناسایی معیارها از روش دلفی استفاده گردید. روش سنتی دلفی، همیشه از همگرایی پایین نظرات متخصصان، هزینه اجرای بالا و احتمال حذف نظرات برخی از افراد رنج برده است. موری و همکاران (به نقل از آذر و فرجی، ۱۳۸۱) برای بهبود روش دلفی سنتی، مفهوم یکپارچه سازی روش دلفی سنتی با تئوری فازی را در سال ۱۹۸۵ ارائه دادند. ایشیکاوا و همکاران کاربرد تئوری فازی را در روش دلفی بیش تر معرفی کردند و الگوریتم یکپارچه سازی فازی را برای پیش بینی ضریب نفوذ آتی کامپیوترها در سازمان ها توسعه دادند. پس از آنها سو و یانگ عدد فازی مثلثی را برای در برگرفتن نظرات متخصصان و ایجاد روش دلفی فازی به کار بردند. مقادیر بیشینه و کمینه نظرات متخصصان به عنوان نقاط مرزی اعداد مثلثی فازی در نظر گرفته شد و میانگین هندسی به عنوان درجه عضویت اعداد مثلثی فازی و برای حذف اثر نقاط مرزی به کار برده شد. مزیت روش ابداع شده به وسیله سو و یانگ در سادگی آن می باشد. زیرا نظرات متخصصان در یک مرحله جمع آوری می شوند. اساس روش دلفی به شرح ذیل است:

از کارشناسان خبره در زمینه یک موضوع، خواسته می شود در خصوص تاریخ تحقق یک واقعه مشخص، به عنوان مثال در مورد ظهور علم، تکنولوژی یا تجارت، نظرشان را به طور جداگانه و مستقل از یکدیگر ارائه کنند. ممکن است از آن ها خواسته شود وضع کلی بازار، اقتصاد، پیشرفت های تکنولوژیکی و... را پیش بینی کنند.

اطلاعاتی که خاصیت ذهنی دارند با محاسبه میانگین تحلیل آماری شده و نتایج به سایر کارشناسان اعلام می شود. کارشناسان نتایج را بررسی کرده، برآوردهای جدیدی را عرضه می کنند که با استفاده از آمار، تحلیل شده مجددا جهت تخمین به کارشناسان ارسال می شود.

این فرآیند بارها و بارها تکرار می شود تا همگرایی به یک راه حل معقول از نقطه نظر یک مدیر یا یک فرد دولتی حاصل آید. معمولا دو یا سه بار تکرار کافی است.

بنابراین به نظر می رسد مسائلی که با پیش بینی بلند مدت مواجه هستند، می توانند حاوی اطلاعات ناقص و نادقیق باشند. علاوه بر آن، تصمیمات با تکیه بر صلاحیت کارشناسان اتخاذ می شوند و ذهنی هستند، از این رو بسیار مناسب است به جای اعداد معین و قطعی از اعداد فازی برای توصیف اطلاعات استفاده شود. به ویژه اعداد مثلثی برای تامین این هدف بسیار مناسب هستند، چون آن ها با مشخص شدن سه مقدار کوچکترین، بزرگترین و مقبول ترین ساخته می شوند. به جای میانگین معین، تحلیل ها بر پایه میانگین فازی صورت خواهد گرفت. روش دلفی فازی توسط کوفمان و گوپتا (۱۹۸۸) بنیان گذاری شده است. در این بخش از تحقیق به شناسایی و ارزیابی اولیه متغیرها از دیدگاه خبرگان پرداخته شده است. در این بخش پرسشنامه دلفی فازی سه مرتبه توزیع گردید و در این مسیر تعدادی از شاخص های اولیه مورد تایید خبرگان حوزه بهداشت و درمان قرار گرفت. این شاخص ها در قالب جدول شماره ۱۶ ارائه شده است:

جدول شماره ۱۶: عوامل شناسایی شده

ساده سازی خدمات درمانی
ایجاد امکان استفاده از خدمات درمانی مخصوص گروه کودک و نوجوان
ارائه تسهیلات در حوزه کارآفرینی
وجود شعبات در ادارات
امکان دریافت مشاوره تخصصی برای هر خانواده
ایجاد دفاتر برای هر کارمند به منظور تعامل بیشتر بیماران
هر کارمند یک مشتری
استقبال از ورود و خروج بیماران و مراجعین
ساده سازی خدمات الکترونیک درمانی
زیبا سازی و شخصی سازی خدمات الکترونیک

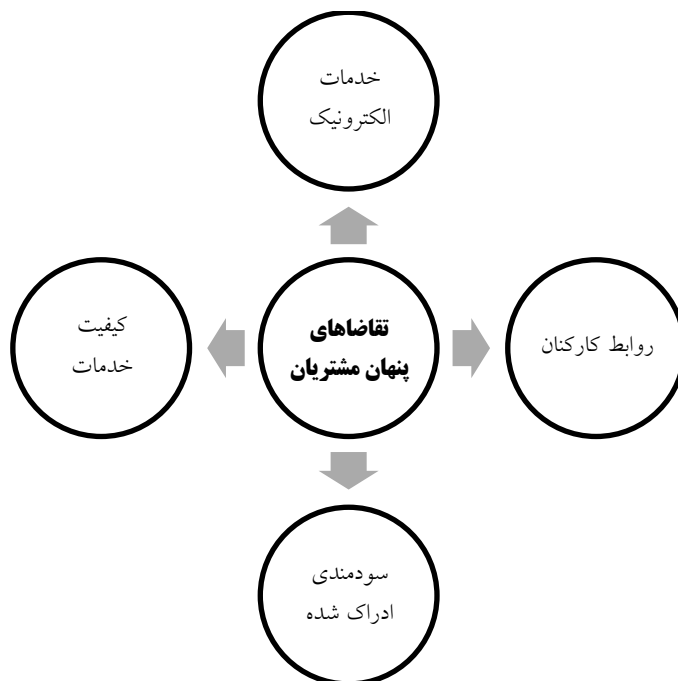
آموزش به مشتریان در استفاده از خدمات الکترونیک
متنوع سازی خدمات درمانی الکترونیک برای حضور حداقلی در بیمارستان
ارائه تسهیلات با نرخ سود متفاوت در طرح های مختلف
کاهش زمان رسیدگی به پرونده های درمانی
مشارکت بیمارستان ها و مراکز درمانی در سرمایه گذاری افراد
آموزش مشتریان در استفاده و خرید سهام بیمارستان
ایجاد سبد سهام مناسب با استفاده از موجودی مشتریان و تقسیم سود مناسب

در تحلیل اکتشافی پژوهشگر به دنبال بررسی داده های تجربی به منظور کشف و شناسایی شاخص ها و نیز روابط بین آنهاست و این کار را بدون تحمیل هر گونه مدل معینی انجام می دهد. تحلیل اکتشافی علاوه بر آنکه ارزش تجسسی یا پیشنهادی دارد می تواند ساختار ساز، مدل ساز یا فرضیه ساز نیز باشد. تحلیل اکتشافی وقتی به کار می رود که پژوهشگر شواهد کافی قبلی و پیش تجربی برای تشکیل فرضیه درباره تعداد عاملهای زیربنایی داده ها نداشته و برای تعیین تمامیت عاملهایی که همپراشی بین متغیرها را توجیه می کنند داده ها را می کاود. تحلیل اکتشافی بیشتر به عنوان یک روش تدوین و تولید تئوری و نه یک روش آزمون تئوری در نظر گرفته می شود و روشی است که اغلب برای کشف و اندازه گیری منابع مکنون پراش و همپراش در اندازه گیری های مشاهده شده به کار می رود. پژوهشگران به این واقعیت پی برده اند که تحلیل عاملی اکتشافی می تواند در مراحل اولیه تجربه یا پرورش تستها کاملاً مفید باشد.

در بخش بعدی به تحلیل اکتشافی پرسشنامه مربوط به سوالات حاصل شده از طریق فرآیند دلفی فازی پرداخته می شود. کلیه سوالات این بخش ۱۸ عدد بوده است که بین مولفه ها توزیع گردید. به منظور اجرای تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا آماره بارتلت و KMO را محاسبه نموده تا از مناسب بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل اطمینان حاصل گردد. نتایج آزمون بارتلت سطح معنی داری آزمون مقدار ۰.۰۰۰ بدست آمده است که نشان از تناسب حجم نمونه و داده ها برای اجرای تحلیل اکتشافی دارد. میزان آماره KMO نیز مقدار ۰.۷۶۶ محاسبه شده است که در سطح مناسبی قرار دارد. در ادامه به تحلیل اکتشافی پرداخته می شود. نتایج تحلیل استخراجی سوالات نشان داد که تمامی اشتراکات بین گویه های مورد مطالعه بیشتر از مقدار ۰.۵ محاسبه شده است. بنابراین نیاز به حذف هیچ یک از سوالات مورد مطالعه نمی باشد. در بخش سوم تحلیل اکتشافی ماتریس عامل های استخراجی تعداد عامل های استخراج شده از میان گویه های مورد مطالعه مشخص گردیده است. در این بخش مشخص گردید که به طور کلی از این ۱۸ گویه چهار عامل شناسایی شده است که این چهار عامل در کنار یکدیگر ۴۶.۲۷ درصد واریانس کل گویه ها را تبیین می نماید.

پس از بررسی تحلیل اکتشافی از تحلیل تاییدی استفاده گردید که طی آن محقق انتظار دارد طرح و نقشه خاصی از عوامل پنهان در ماورای متغیرها را بیازماید. در این نوع، انتظار می رود متغیرها چیدمان خاصی داشته باشند. در این روش محقق به آزمون فرضیاتی مربوط به یک ساختار عاملی خاص اقدام می کند. در این تحلیل پژوهشگر به دنبال تهیه مدلی است که فرض می شود داده های تجربی را بر پایه چند پارامتر نسبتاً اندک، توصیف تبیین یا توجیه می کند.

در نهایت تحلیل های صورت گرفته مدل مفهومی این تحقیق بر اساس نظر خبرگان و پاسخ کارکنان در قالب نمودار ۶ ارائه شده است:



نمودار شماره ۶. مدل مفهومی استخراجی تقاضای پنهان حوزه بهداشت درمان

در این مدل تقاضای پنهان مشتریان در قالب خدمات الکترونیک، روابط کارکنان، کیفیت خدمات و سودمندی ادراک شده ارائه شده است.

منابع و ماخذ

1. Chen, Tser-yieth (2005), "Price, brand cues and banking customer value", International Journal of Marketing, Vol 23, No 3, pp.273-291.
2. George Evans, (2002), "Measuring and managing customer value", Journal of work study, Vol 51, No 3, pp.134-139.
3. Gronroos, (2000), "Service management and marketing: A customer relationship approach", 2nd ed., Wiley, Chichester.
4. Khalifa Azaddin Salem, (2004), "Customer value: a review of recent literature and an integrative configuration", Management Decision, 42, 5 PP 645-666.
5. Yonggui Wang, Hing Po Lo, Renyong Chi, Yongheng Yang, (2004), "An integrated framework for customer value and customer relationship management performance", Journal of Managing Service Quality, 14, 2/3, pp 169.
6. Aaker, D., and Jacobson, R. (1994), The financial information content of perceived quality, Journal of Marketing Research, Vol. 31, pp. 35-49
7. Batra, R., & Athola, O.T, (1990), Measuring the Hedonic & Utilitarian Sources of Consumer Attitudes, Marketing Letters, Vol. 2, No. 2, pp. 159-70.
8. Cronin, J & Brady, M.K.,. (2001), some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach, Journal of Marketing, Vol. 65, No. 2, pp. 34-49.
9. Dale, B.G. (Ed.) (1999), Managing Quality, 3rd ed., Basil Blackwell, Oxford.

10. Johnston R. and Clark G., (2008). *Service operations management: improving service delivery*. 3rd ed. Prentice Hall: Pearson education limited.
11. Muzahid Akbar, M & ,Parvez, N). 2009. (Impact of Service Quality, Trust and Customer Satisfaction On Customer Loyalty *ABAC*. ۳۸-۲۴ ,
12. Nitecki, D & ,Hernon, P). 2000. (Measuring Service Quality at Yale universitys libraries *Academic Librarianship*. ۲۷۳-۲۵۹ ,
13. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49, 41-50
14. Rahman, M & ,Miaze, H). 2010. (E-Service Quality and Customer Satisfaction: A Study of Online Customers in Bangladesh *Mid Sweden University Department of Social Science, Master Thesis* ,13.
15. Wendy W.N. Wan, Chung-Leung Luk, Cheris W.C. Chow.(2005) «Customers' Adoption Of Banking Channels In Hong Kong», *Nternational Journal Of Bank Marketing*, Vol. 23, No.3, Pp255-272.
16. Norris, D.F., K.L. Kraemer and S.H. Holden (2001) «Is Your Local Government Plugge in?» Highlights of the 2000 Electronic Government Survey, *International city/Country Management Association*, Washington DC
17. Sureshchandra, G. S., Rajendran, C. & Anantharaman, R. N. (2003). “The relationship between service quality and customer satisfaction - a factor specific approach”. *Journal of Service Marketing*, 16 (4), 363-379
18. Spreng, R.A., Mackoy, R.D. 1996. An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing* 72 (2), 201-
19. Singh, H. (2006) may. (The Importance of Customer Satisfaction in Relation to Customer Loyalty and Retention *Asia Pacific University College of Technology & Innovation Technology Park Malaysia*. ۲ ,
20. Wilson A., Zeithaml V.A., Bitner M.J., Gremler D.D. (2008) *Services Marketing*, McGraw-Hill Educatio
21. Al-Gahtani, S. (2001). The applicability of TAM outside North America: An empirical test in the United Kingdom. *Information Resources Management Journal*, 14(3), 37-46.
22. Aaker, D; (1992), The value of brand equity, *The Journal of Business Strategy*, Vol. 13, No. 4, pp. 27- ۲۹
23. Batra.R, & Athola.O.T, (1990), Measuring the Hedonic & Utilitarian Sources of Consumer Attitudes, *Marketing Letters*, Vol. 2, No. 2, pp. 159-70.
24. Bitner, M. J. & Zeithaml, V. A. (2003). *Service Marketing* (3rd ed.), Tata McGraw Hill, New Delhi.
25. Farris.P.W., Bendle.N.T, Pfeifer.P.E & Reibstein.D.J, (2010). *Marketing Metrics: The Definitive Guide to Measuring Marketing Performance*, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education. ISBN-10: 0-13-705829-2.
26. Hokanson, S., 1995, The Deeper You Analyse, The More You Satisfy Customers, *Marketing News*, p. 16.
27. Joby, J. (2003). *Fundamentals of Customer-Focused Management: Competing Through Service*, Westport, Conn. Praeger

28. Muzahid Akbar, M & ,Parvez, N.(۲۰۰۹).Impact of Service Quality,Trust and Customer Satisfaction On Customer Loyalty *ABAC*.۳۸-۲۴ .
29. Rezaul Karim, M .(۲۰۱۱) .The impact of service quality in customer satisfaction case of "One Bank ." *Degree in Business Administration with a specialization in marketing AIE 15, master thesis*.۱۵ ,
30. Norris, D.F.,K.L. Kraemer and S.H.Holden (2001)«Is Your Local Government Plugge in?» *Highlights of the 2000 Electronic Government Survey*, International city/Country Management Association, Washington DC.
31. Allen, F., McAndrews, J., & Strahan, P. (2001). *E-finance: An Introduction*, Working Paper No. 01-36. Financial Institutions Center, Wharton University, Philadelphia, PA, 7 October,
32. Lafferty A. Barbara,Tomas G. and Hult M., (2001),a synthesis of contemporary market orientation perspectives,*European Journal of Marketing*,35,1/2:82-109.
33. Kohli, A.K. and Jaworski, B. (1990), "Market orientation: the construct, research propositions and managerial implications",*Journal of Marketing*, Vol. 54 No.2, pp. 1-18.
34. Slater S.F(2001),Market orientation at the beginning of a new millennium,*Managing Service Quality*.No.4.pp:18-2
35. Narver J.C., Slater S.F.(1990),The effect of a market orientation on business profitability,*Journal of Marketing*,No.54.pp:14-2
36. Bearden, WO, Ingram, TN & Laforge, RE (2001), Marketing unity in diversity, Marketing Education Group Conference.
37. Shapiro, Benson P, (1988), " What the Hell is Market Oriented?", *Harvard Business Review*.