

- وصول مقاله: ۹۸/۴/۵
- اصلاح نهایی: ۹۸/۶/۱۶
- پذیرش نهایی: ۹۸/۶/۲۰

ضدبازاریابی استفاده غیر ضروری از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی

قاسم زارعی^۱ / طاهره زارعی^۲ / سمیه پورقدیمی^۳

چکیده

مقدمه: خدمات درمانی همچون سایر بخش‌های خدماتی ظرفیت مشخصی دارد و استفاده بیش از اندازه از این ظرفیت باعث کاهش کیفیت خواهد شد. بخشی از مراجعات به سازمان تأمین اجتماعی برای استفاده از خدمات درمانی، مراجعاتی غیر ضروری است و باعث استفاده نادرست از ظرفیت‌های موجود می‌شود. ضدبازاریابی یکی از وظایف بازاریابان است که برای انجام فعالیت‌هایی جهت دلسرد کردن مردم از مصرف محصولات یا خدمات می‌باشد. هدف پژوهش حاضر شناسایی علل و راهکارهای اساسی ضدبازاریابی در استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت پژوهشی، اکتشافی و از لحاظ رویکرد از نوع پژوهش کیفی است. در این پژوهش داده‌های حاصل از مصاحبه با ۲۴ نفر از پزشکان، کارکنان و مراجعین به مراکز درمانی تأمین اجتماعی اردبیل با استفاده از روش تئوری داده بنیاد در طی سه مرحله (کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی) تحلیل گردید.

یافته‌ها: در نتیجه تحلیل داده‌ها تعداد ۲۷ مفهوم از کل مصاحبه‌ها استخراج شد و نهایتاً در کدگذاری انتخابی در شش مؤلفه فرهنگی، شخصی، زیرساختی، دسترسی، پزشکی و اطلاعاتی دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، سازمان تأمین اجتماعی باید ضمن توجه به علل اساسی مراجعات غیر ضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی، راهکارهای مربوطه در حوزه‌های مختلف فرهنگی، شخصی، بیمارستانی، ارتباطی را در برنامه‌ریزی‌های خود مورد توجه قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: ضدبازاریابی، خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، تئوری داده بنیاد، مراجعات غیر ضروری.

۱- دانشیار مدیریت، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲- مربی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی سراب، سراب، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: info@drgz.ir

مقدمه

بازاریابی فعالیتی انسانی است در جهت ارضای نیازها و خواسته‌ها از طریق فرایند مبادله، ولی تعداد زیادی کالا و خدمات هستند که ممکن است تقاضا برای آنها از نقطه نظر صلاح و سلامت مصرف‌کننده، صلاح و سلامت جامعه و صلاح و سلامت عرضه‌کننده آن، ناسالم تشخیص داده شوند، تقاضای ناسالم وضعیتی است که احساس می‌شود، هر مقدار تقاضا، به دلیل کیفیت غیرقابل قبولی که در عرضه کالا و یا خدمت خاصی وجود دارد، زائد هست [۱]. ضدبازاریابی به عنوان فنی است برای غلبه بر رفتارها و تقاضاهای ناسالم مصرف‌کنندگان و نوعی مبارزه با مصرف را برای برخی از محصولات به وجود می‌آورد [۲]. ضدبازاریابی یک محصول یا یک رفتار کوششی برای دلسرد کردن عموم یا دسته معینی از مشتریان خاص در هر یک از مبناهای موقتی و دائمی است و یا به عبارت دیگر گونه‌ای بازاریابی است که هدف آن کاهش موقتی یا دائمی تقاضا می‌باشد [۳، ۱]. برای نمونه می‌توان به مشروبات الکلی؛ تریاک؛ سیگار؛ داروهای مخدر؛ انواع مختلف کالاهای مصرفی، کشاورزی و صنعتی به منظور احتکار؛ خدمات غیرقانونی (انجام کارهای خارج از حیطه قوانین کشور) و کالاها و خدمات متعددی که اجازه ورود به کشور را از لحاظ قانونی ندارند، اشاره کرد. فعالیتی که به منظور از بین بردن تقاضا برای چیزی انجام می‌شود، ضدبازاریابی نامیده می‌شود [۴]. این اصطلاح بیشتر در صنایع بهداشتی و جایی که خطر استفاده از کالاهای گران‌قیمت غیرضروری وجود دارد، استفاده می‌شود؛ از این رو در نسل‌های آینده تأثیر بسزایی دارد [۳]. هم‌چنین این مفهوم توسط دولت‌ها هنگام مواجهه با کمبود کوتاه‌مدت برخی کالاها و خدمات به کار می‌رود [۵]. ضدبازاریابی اهداف و اشکال مختلفی دارد، برای مثال می‌توان به انتخاب موقعیت‌های ناخوشایند، حذف خصوصیت‌های مفید محصول، پیشنهاد برای خدمات محدودشده، انبار کردن موجودی کالا، کاهش شدت تبلیغات یا ارسال یک محصول خارج از فصل اشاره کرد [۶] و

استراتژی‌های مختلفی هم‌چون کاهش مزیت‌های محصول و اصلاح کیفیت خدمات، کاهش عرضه بیش‌ازحد و غیرضروری و یا تغییر میزان دسترسی به کانال‌های توزیع برای ضدبازاریابی به کار می‌روند [۷]. تأمین اجتماعی، نوعی بیمه اجتماعی است؛ یعنی یک نظام بیم اجباری و به مسئولیت عامه، تحت حمایت قانون با مزایای معین و از طریق پرداخت حق بیمه، به‌وسیله کارفرمایان و کارگران و کارکنان با پرداخت ناچیز از طرف دولت تأمین مالی می‌شود [۸]. یکی از وظایف اصلی سازمان تأمین اجتماعی، ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان است [۹]. سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یک سازمان بیمه‌ای، دارای خدمات متنوعی است که بیمه‌شدگان از آن بهره‌مند می‌باشند، خدماتی شامل: بیمه بازنشستگی، بیمه بیکاری، غرامت دستمزد ایام بیماری، کمک‌هزینه ازدواج، وسایل کمک پزشکی و خدمات درمانی شامل درمان مستقیم و غیرمستقیم هست. حدود ۳۰ میلیون از جمعیت کشور اعم از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران از خدمات درمانی و بیمه‌ای تأمین اجتماعی استفاده می‌نمایند و حدود ۷۰ بیمارستان، ۲۶۸ درمانگاه، پلی کلینیک و دی کلینیک و هم‌چنین ۴۸۶ شعبه سازمانی، امر خدمت‌رسانی تحت پوشش را عهده‌دار هستند [۱۰]. پرداختن به مسائل بازاریابی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در عصر حاضر جهت رفع نیازهای درمانی واقعی، داشتن سهم بیشتر بازار مشتری، درآمد، افزایش کارایی و اثربخشی این مراکز ضروری هست [۱۱]. افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، افزایش تعداد بیمارستان‌ها خصوصی، بودجه‌های محدود بیمارستان‌ها برخی از تغییرات مهم در بازار سلامت هستند. تحت چنین شرایطی، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی باید سریعاً اصول شایع در بازار و قانون‌ها و موقعیت خودشان را در هر دو زمینه‌ی پزشکی و اقتصادی به‌عنوان یک ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی خوب به‌وسیله‌ی مدیریت حرفه‌ای، اخلاقی و مشتری محور قبول کنند [۱۲]. بیماران نیز به‌طور

ارزیابی بودند. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری هدفمند انجام شد؛ بدین صورت افرادی مورد بررسی قرار گرفتند که گزینه‌های بهتری در موضوع مدنظر بودند و تعداد نمونه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع نظری به این مفهوم است که با تکرار مصاحبه موارد جدیدی به یافته‌های پژوهش اضافه نشود. با توجه به این موضوع حجم نمونه نهایتاً ۲۴ مورد شد.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته و بدون ساختار گردآوری شدند و با استفاده از روش تئوری داده‌بنیاد مورد تحلیل قرار گرفتند. برای اطمینان از روایی مصاحبه‌ها، اعتمادسازی در مصاحبه‌ها صورت گرفت، نتایج مصاحبه مجدداً با مصاحبه‌شوندگان مرور گردید، سعی بر رعایت تنوع در انتخاب مصاحبه‌شوندگان گردید، همچنین با تنظیم سؤالات مصاحبه بدون سوگیری و سعی در دخالت کمتر در صحبت‌های افراد، سوگیری در مصاحبه‌ها به حداقل کاهش یافت؛ بنابراین از ۸ معیار مطرح‌شده توسط Creswell برای روایی، ۴ معیار مورد استفاده قرار گرفت. Creswell رعایت حداقل ۲ مورد را برای اطمینان از روایی مصاحبه ضروری می‌داند [۱۵] برای افزایش پایایی نیز از یادداشت‌برداری مفصل و کدگذاری توسط چند نفر استفاده گردید. همچنین در فرایند تئوری داده‌بنیاد با استفاده از گام‌های تحلیل داده‌ها، مشتمل بر کدگذاری باز، محوری و گزینشی و تدوین یک الگوی منطقی یا یک توصیف بصری از نظریه تولیدشده تأکید شد.

کدگذاری باز: پیشامدها یا فعالیت‌های واقعی به عنوان نشانه‌های بالقوه پدیده در نظر گرفته یا تحلیل می‌شوند و بدین‌سان برچسب مفهومی دریافت می‌نمایند. مفاهیم واحدهای پایه‌ای تحلیل هستند [۱۴].

مقوله‌ها: در مقایسه با مفاهیم انتزاعی‌تر بوده و سطح بالاتری را نشان می‌دهند و از طریق همان فرآیند تحلیل انجام مقایسات تولید می‌شوند [۱۵].

ویژگی و ابعاد: همه نظریه‌پردازان داده‌بنیاد به ویژگی و ابعاد نمی‌پردازند و یا گاهی به تناسب موضوع، علاوه بر مقوله، در یک سطح بالاتر مقوله کلان را نیز تعریف

روزافزون در انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی درگیر می‌شوند و به موازات آن هزینه‌های سنگین بهداشتی و درمانی نیز در حال افزایش است. در این حال بهداشت و درمان نیز به صورت تنگاتنگی با بازار اقتصادی مرتبط شده است؛ بنابراین بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی برای بقای فعالیت پزشکان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضروری شده است [۱۳]. یکی از مباحث مهم در انتخاب خدمات بیمارستانی توسط بیماران کیفیت خدمات است؛ یکی از موارد اساسی در کیفیت خدمات بیمارستانی حجم مراجعات است. مراجعات بیش از ظرفیت باعث کاهش کیفیت خدمات بیمارستان خواهد بود. مراکز درمانی تأمین اجتماعی نیز به عنوان یکی از بخش‌های درمانی برای افزایش کیفیت خدمات خود بایستی اقدام به کاهش مراجعات غیرضروری نماید تا از این طریق بتواند کیفیت خدمات خود را افزایش دهد و پاسخگویی مناسبی به مراجعان واقعی داشته باشد.

علیرغم وجود برخی مطالعات در خصوص بازاریابی خدمات درمانی، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص ضدبازاریابی خدمات مراکز درمانی انجام نشده است. بر این اساس و با توجه ضرورت موضوع هدف پژوهش حاضر شناسایی علل و راهکارهای اساسی ضدبازاریابی در استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت پژوهشی، اکتشافی و از لحاظ رویکرد از نوع پژوهش کیفی است. مطالعه میدانی با استفاده از مصاحبه و تحلیل داده‌های مصاحبه با رویکرد تئوری داده‌بنیاد انجام شد. تئوری داده‌بنیاد به جای آزمون فرضیه‌ها خود در تولید معرفت و ساخت نظریه‌ای برخاسته از بستر اجتماع و از نگاه سوژه‌ها به اکتشاف می‌پردازد. مقصود از به‌کارگیری تئوری داده‌بنیاد این است که نظریه‌ای داشته باشیم که پیوند عمیق با داده‌های ما داشته باشد [۱۴].

جامعه آماری پژوهش حاضر پزشکان، کارکنان و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تأمین اجتماعی استان

این قضایا روابط بین مقوله‌ها را در الگوی کدگذاری محوری روشن می‌سازند [۱۴]. قضیه‌ها متضمن روابط مفهومی هستند درحالی‌که فرضیه‌ها مستلزم روابط سنجش‌پذیر. چون نظریه داده بنیاد روابط مفهومی تولید می‌کنند و نه سنجش‌پذیر واژه قضیه مرجح تر است.

در مرحله کدگذاری محوری، توضیح و بیان منطقی مقوله‌ها امری حیاتی است. این کار از طریق خط داستان صورت می‌گیرد. خط داستان عبارت است از توضیح مفصل و جزء به جزء مقوله‌های عمده با ارجاع به یادداشت‌ها، خلاصه‌ها، استناد به نقل قول‌های افراد مورد مطالعه [۱۷]. بررسی خط سیر داستانی تا همین جا بیانگر آن است که بین طبقات و خرده طبقات رابطه تنگاتنگی وجود دارد و با توجه به اهداف و محتوای طرح بایستی روش‌های مناسب در نظر گرفته شود. برای تحقق این امر به تشکیلات ویژه‌ای نیاز است که باید به نحو مطلوبی سازمان‌دهی گردد. به‌طور خلاصه در این پژوهش گام‌های زیر جهت تحلیل کیفی محتوای مصاحبه‌ها انجام گردید:

۱- استخراج شواهد گفتاری (نکات کلیدی)

۲- مفهوم‌پردازی

۳- مقوله‌پردازی

۴- ارائه الگوی پژوهش

یافته‌ها

در این بخش داده‌های حاصل از مصاحبه با پزشکان، کارکنان و مراجعه‌کنندگان، با روش کدگذاری مورد تحلیل قرار گرفته است. این داده‌ها که از مصاحبه عمیق با ۲۴ نفر استخراج شده‌اند، در طی سه مرحله (کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی) تحلیل شدند. مصاحبه‌ها ضبط شده و فایل صوتی کاملاً پیاده‌سازی شده است.

بدین ترتیب در کدگذاری سطح یک، به گفتارهای کلیدی، در کدگذاری سطح دو به عوامل اساسی مراجعات غیر ضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی و در کدگذاری سطح ۳ به مؤلفه‌ها توجه شده است. جدول ۱ نتایج کدگذاری باز را نشان می‌دهد. این

می‌کنند. اغلب نظریه‌پردازان در این رهیافت به تحلیل جزئی می‌پردازند. به بیان دیگر متون را خط به خط یا کلمه به کلمه تحلیل می‌کنند. ولی برخی به دلیل زمان‌بر بودن و امکان توقف پژوهش، تنها نکات و مضامین کلیدی را کدگذاری می‌کنند [۱۶].

کدگذاری محوری: به این دلیل محوری است که کدگذاری حول یک محور یا مقوله تحقق می‌یابد. در این مرحله مقوله‌ها، ویژگی‌ها و ابعاد حاصل از کدگذاری باز تدوین شده و سر جای خود قرار می‌گیرند تا دانش فزاینده‌ای در مورد روابط ایجاد شود. در این مرحله پژوهشگر یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرایندی که در حال بررسی است، به عنوان پدیده مرکزی قرار می‌دهد و سپس دیگر مقوله‌ها را به آن ربط می‌دهد. این مرحله مشتمل بر ترسیم یک نمودار است که الگوی کدگذاری نامیده می‌شود.

شاخص‌های انتخاب الگوی محوری این است که:

- باید محوری باشد یعنی همه مقوله‌ها به آن ربط داده شود.

- باید به کرات در داده‌ها ظاهر شود. بدین معنا که در تقریباً همه موارد نشانه‌هایی وجود داشته باشد که به آن استناد کند.

- نام یا اصطلاحی که به کار می‌رود به اندازه کافی انتزاعی باشد که بتواند در پژوهش‌های دیگر استفاده شود تا ما را به سمت یک نظریه عمومی‌تر هدایت نماید.

- هنگامی که مفهوم به شیوه تحلیل از طریق تلفیق با سایر مفاهیم دیگر بهبود می‌یابد، نظریه از نظر عمق و قوت اکتشافی رشد پیدا کند.

کدگذاری گزینشی: فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست. فرآیند یکپارچه‌سازی از طریق فن‌هایی مانند خط داستان که مقوله‌ها را به هم پیوند می‌دهد انجام می‌شود. مقوله محوری بخش بسیار مهمی از یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست [۱۶].

یک نظریه داده بنیاد ممکن است با فرضیه‌هایی که استراوس و کربین آن را قضایا می‌نامند، پایان یابد؛ که

شخصی بر مراجعات غیرضروری بیماران به مراکز درمانی همراستا می‌باشد. نتایج تحقیق هامولد و همکاران نشان داد که آزمایشات غیرضروری بر اقامت غیرضروری بیماران تاثیر گزار است [۱۹]. این نتیجه با نتیجه تحقیق حاضر مبنی بر تاثیر تجویز آزمایشات غیرضروری بر مراجعات غیرضروری بیماران همسو است. همچنین نتایج این تحقیق مبنی بر تاثیر ضعف در سیستم پذیرش بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی با نتیجه تحقیق محفوظپور و همکاران [۲۰] همسو است. همچنین نتایج تحقیق پزشکی و همکاران نشان داد که آموزش تاثیر زیادی در کاهش هزینه خدمات غیرضروری پزشکی دارد [۲۱]. این نتیجه با نتایج تحقیق حاضر مبنی بر تاثیر عوامل اطلاعاتی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی همسو است. بر اساس نتایج این تحقیق عامل فرهنگی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی تأثیر دارد. شاخص‌های عامل فرهنگی شامل توصیه افراد در خصوص مراجعه به مراکز درمانی، نبود فرهنگ مناسب عدم فرهنگ‌سازی مناسب در خصوص ضرورت‌های مراجعه به مراکز درمانی بود. بر این اساس به نظر می‌رسد برای کاهش مراجعات غیرضروری نیاز به فرهنگ‌سازی هست. فرهنگ‌سازی در خصوص شناخت ضرورت‌های مراجعه، از جمله اقدامات لازم است که در این خصوص بایستی سازمان برنامه‌ریزان و فعالان سلامت در جامعه در این خصوص مشارکت نمایند. این موضوع همچنین نیازمند مشارکت رسانه‌های عمومی است.

نتایج این پژوهش نشان داد که عوامل شخصی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل وجود بیماری خاص در اطرافیان، ترس و دلواپسی ذهنی از داشتن بیماری، عدم اعتماد به نفس، بیکاری و عدم اهمیت زمان برای مراجعین و داشتن احساسات منفی بود. بر این اساس می‌توان گفت که ترس از بیماری احتمالی که ممکن است برگرفته از بیماری اطرافیان یا عدم اعتماد

جدول سطح اول تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول در مرحله کدگذاری باز، ۲۷ گفتار کلیدی شناسایی شدند. این گفتارهای کلیدی شناسایی شده در ادامه در قالب ۲۷ کد سطح یک تنظیم شدند. لازم به ذکر است که با انجام اولین مصاحبه روند تکمیل گفتارهای کلیدی آغاز شد و تا گفتارهای کلیدی با افزایش تعداد مصاحبه‌ها تکمیل شد به بیان دیگر فرایند تحلیل داده‌ها همزمان با پیشبرد مصاحبه‌ها انجام گرفت. (جدول ۱)

با توجه به این که هدف این پژوهش ارائه الگو بوده است و نه یک نظریه جهان‌شمول، در این مرحله عوامل مؤثر در مراجعات غیر ضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی دسته بندی شوند. در این مرحله عوامل مؤثر در شش گروه دسته‌بندی شدند که شامل مؤلفه‌های فرهنگی، شخصی، زیرساختی، دسترسی، پزشکی و اطلاعاتی است. معیارهای اصلی در دسته بندی عوامل شامل هم‌جنسی و شباهت مفهومی شاخص‌های هر عامل از یک سو و نیز تفاوت شاخص‌های عوامل مختلف از سوی دیگر بود. جدول ۲ جزئیات این موضوع را نشان می‌دهد. (جدول ۲)

شکل ۱ مدل نهایی علل مراجعات غیرضروری افراد به مراکز درمانی تأمین اجتماعی را نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار این علل در قالب شش مؤلفه دسته‌بندی شده‌اند که شامل مؤلفه‌های فرهنگی، شخصی، زیرساختی، دسترسی، پزشکی و اطلاعاتی بود. (شکل ۱)

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف شناسایی دلایل مراجعه غیرضروری افراد به مراکز درمانی تأمین اجتماعی و راهکارهای این مراجعات در بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی اردبیل انجام گرفت. هوانگ و همکاران در مطالعات خود نشان دادند که عوامل مرتبط با پزشک و بیمار با اقامت غیرضروری بیماران در بیمارستان مرتبط است [۱۸]. این نتیجه با نتایج تحقیق حاضر مبنی بر تاثیر عوامل پزشکی و

برقراری ارتباط درست بین برخی پزشکان با بیماران است. گاهی افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند علیرغم اینکه توسط پزشک مربوطه اعلام می‌شود نیازی به مراجعات بعدی نیست و علائمی خاص در ادامه روند درمان طبیعی است، با این حال به دلیل عدم توجه درست، مراجعات مکرر غیرضروری توسط بیمار صورت می‌گیرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پزشکان و کادر مراکز درمانی تأمین اجتماعی بیماران را در خصوص زمان بعدی مراجعه و علائم احتمالی روند درمان آشنا نمایند تا از مراجعات اضافی در طول درمان جلوگیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تجویز دارو و آزمایش‌های در موارد غیرضروری کاهش یابد.

با توجه به نتایج این پژوهش عوامل زیرساختی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل ارائه خدمات درمانی رایگان، عدم تفکیک مناسب سیستم صف، ضعف در سیستم پذیرش، تعیین معیارهای کمی ارزیابی بود. بر اساس این نتایج پیشنهاد می‌شود اولاً مراجعات ضروری و غیرضروری تفکیک شوند و سیستم صف مراکز درمانی بر اساس نوع و شدت بیماری باز تنظیم شود. به این صورت که موارد ضروری در اسرع وقت پاسخگویی شود و موارد با اولویت کمتر در انتهای سیستم صف قرار گیرند. چنانچه این نوع سیستم نوبت‌دهی به‌درستی تنظیم شود می‌تواند تا حد زیادی مراجعات غیرضروری را کاهش دهد. همچنین به نظر می‌رسد وجود معیارهای کمی ارزیابی مثل تعداد بیماران برای ارزیابی مراکز درمانی، بر مراجعات غیرضروری بی‌تأثیر نیست. بر این اساس پیشنهاد می‌شود معیارهای ارزیابی مراکز درمانی به سمت ارزیابی‌های کیفی حرکت کنند.

بر اساس نتایج این پژوهش عامل دسترسی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل دسترسی آسان به دارو، عدم اخذ هزینه و دسترسی آسان به خدمات درمانی بود. پیشنهادی که بر این اساس می‌توان ارائه نمود این است که راهکاری اندیشیده شود تا مراجعات ضروری و

به نفس یا هر عامل دیگری باشد، یکی از دلایل مراجعات غیرضروری است. بر این اساس یکی از راهکارهای کاهش این نوع مراجعات آموزش لازم به جامعه در خصوص علائم سلامت و موارد غیرضروری است تا از این طریق اطمینان در خصوص عدم بیماری در افراد غیر بیمار ایجاد شود و مراجعات غیرضروری در این حوزه کاهش یابد. منفی‌نگری در جامعه یکی دیگر از دلایل مراجعات غیرضروری است که نیازمند فرهنگ‌سازی است. همچنین عدم اهمیت زمان برای مردم بر مراجعات غیرضروری تأثیرگذار است. در فرهنگ جامعه ما زمان جزو کم‌اهمیت‌ترین موارد برای مردم تلقی می‌شود حال آنکه این موضوع در فرهنگ کشورهای پیشرفته همچون آلمان جزو مهم‌ترین دارایی‌های افراد است. بر این اساس در این حوزه نیاز به فرهنگ‌سازی است و اهتمام کل جامعه را می‌طلبد.

این پژوهش به این نتیجه دست‌یافت که عامل اطلاعاتی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل پایین بودن سطح آگاهی مردم، کمبود آموزش‌های لازم در خصوص ضرورت‌های مراجعه، کمبود امکانات آموزشی عمومی، کم‌کاری رسانه‌های عمومی و سطح پایین آموزش در جامعه بود. بر این اساس آموزش به جامعه بایستی جزو اولویت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. باید تلاش اساسی در راستای افزایش آگاهی جامعه در حوزه نیازمندی‌های مراجعه به مراکز درمانی صورت گیرد و در این آموزش‌ها مواردی که نیاز به مراجعه ندارند تفکیک گردند. در این راستا بایستی امکانات آموزشی لازم فراهم گردد.

بر اساس نتایج این پژوهش عوامل پزشکی بر مراجعه غیرضروری بیماران به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل تجویز آزمایش‌های غیرضروری، تجویز غیرضروری دارو، توصیه ویزیت مجدد غیرضروری، عدم اطمینان به ویزیت پزشکان، کیفیت پایین ارتباطات پزشک و بیمار بود. بر این اساس یکی از دلایل مراجعه مکرر غیرضروری عدم

غیرضروری از هم تفکیک شود و هزینه مراجعات غیرضروری به شکلی متفاوت تعریف گردد. هم‌چون عمده تحقیقات میدانی، این تحقیق نیز دارای محدودیت‌هایی است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به جامعه مورد مطالعه اشاره کرد. این تحقیق در شهر اردبیل انجام گرفت و با توجه به مباحث فرهنگی خاص هر جامعه ممکن است علل شناسایی شده و راهکارهای پیشنهاد شده برای سایر جوامع کاملاً منطبق نباشد و لذا استفاده از آن برای سایر جوامع بایستی با احتیاط صورت گیرد. هم‌چنین از دیگر محدودیت‌های موجود در مسیر این تحقیق کمبود پیشینه کافی در زمینه مورد مطالعه بود. در خصوص مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی مطالعات بسیار اندکی صورت گرفته است که این موضوع پیشبرد این تحقیق را با مشکلات بسیاری مواجه نمود.

این پژوهش به شناسایی عوامل اساسی مؤثر بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی اردبیل پرداخت. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی اولاً این عوامل را با استفاده از روش‌های کمی در جوامع دیگر آماری آزمودن نمایند. ثانیاً پیشنهاد می‌شود ضمن آزمون کمی نتایج این تحقیق، تحقیقات آتی به اولویت‌بندی این عوامل از لحاظ میزان تأثیر بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی بپردازند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی کسانی که در شکل‌گیری این پژوهش یاری‌رسان بودند؛ از جمله مصاحبه‌شوندگان پژوهش که بدون هیچ چشم‌داشتی، وقت گران‌بهای خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند؛ تشکر و قدردانی نمایند.

جدول ۱ - تعیین کدهای سطح یک از گفتارهای کلیدی با کدگذاری باز

نشانگر	گفتارهای کلیدی	کدهای سطح یک
PA1	در اکثر اوقات علل مراجعه مکرر به مراکز درمانی توصیه اطرافیان هست.	توصیه اطرافیان
PA2	فرهنگ نامناسب سبب مراجعه بیشتر به مراکز درمانی است.	نبود فرهنگ مناسب
PA3	روابط خانوادگی آشفته که باعث مشکلات عدیده‌ای می‌شود	عدم تحکیم روابط خانواده
PA4	عدم فرهنگ‌سازی مناسب در خصوص ضرورت‌های مراجعه به مراکز درمانی باعث مراجعه بی‌دلیل هست.	عدم فرهنگ‌سازی
PA5	وجود بیماری‌های خاص در اطرافیان که باعث استرس و مراجعه به مراکز درمانی است.	بیماری‌های خاص اطرافیان
PA6	ترس و دلواپسی ذهنی از داشتن بیماری خاص از جمله مشکلات در خصوص مراجعات مکرر هست.	ترس و دلواپسی ذهنی
PA7	بیکاری و اهمیت نداشتن زمان برای مراجعین	بیکاری و عدم اهمیت زمان
PA8	نداشتن اعتمادبه‌نفس در افراد که موجب مراجعه مکرر می‌شود	عدم اعتمادبه‌نفس
PA9	احساسات منفی و اضطراب در افراد یکی از دلایل مراجعه به مراکز درمانی هست.	احساسات منفی
PA10	خدمات درمانی رایگان که به مراجعین تأمین اجتماعی ارائه می‌شود.	خدمات درمانی رایگان
PA11	دسترسی راحت به خدمات درمانی تأمین اجتماعی	دسترسی آسان به خدمات درمانی
PA12	تجویز آزمایش‌های غیر ضروری و بی مورد توسط پزشکان	تجویز آزمایش‌های غیر ضروری
PA13	اخذ نکردن هزینه از مراجعات غیر ضروری	عدم اخذ هزینه
PA14	تفکیک نامناسب سیستم صف بر اساس نوع و شدت بیماری که باعث مراجعات مکرر هست.	عدم تفکیک مناسب سیستم صف
PA15	تجویز دارو برای مراجعات غیر ضروری توسط پزشکان	تجویز غیر ضروری دارو
PA16	ضعف در سیستم پذیرش بر مبنای ضرورت مراجعه	ضعف در سیستم پذیرش
PA17	تعیین معیارهای کمی برای سیستم ارزیابی مراکز درمانی	تعیین معیارهای کمی ارزیابی
PA18	دسترسی آسان و راحت به دارو از طریق مراکز درمانی	دسترسی آسان به دارو
PA19	پایین بودن سطح آگاهی مردم	پایین بودن سطح آگاهی مردم
PA20	کیفیت پایین ارتباط بیماران با پزشکان	کیفیت پایین ارتباطات پزشک و بیمار
PA21	کمبود آموزش‌های لازم در جامعه در خصوص ضرورت‌های مراجعه به مراکز درمانی	کمبود آموزش‌های لازم
PA22	کمبود امکانات آموزشی عمومی در مراکز درمانی	کمبود امکانات آموزشی
PA23	کم‌کاری رسانه‌های عمومی در خصوص اطلاع‌رسانی کافی	کم‌کاری رسانه‌های عمومی
PA24	سطح پایین آموزش در جامعه	سطح پایین آموزش
PA25	امکانات آموزشی نامناسب	کمبود امکانات آموزشی در جامعه
PA26	گاهی وقت‌ها ترجیح می‌دهم که یک پزشک دیگر هم بیماری مرا بررسی کند	عدم اطمینان به ویزیت پزشکان
PA27	پزشکان برخی اوقات که نیازی مراجعه بعدی نیست، پیشنهاد مراجعه مجدد می‌کنند	توصیه ویزیت مجدد غیر ضروری

جدول ۲ - تعیین مفاهیم و مقوله‌ها از کدهای سطح یک طی مرحله کدگذاری انتخابی

مفاهیم	مقوله‌ها	کدها
مؤلفه‌های فرهنگی	نبود فرهنگ مناسب، عدم تحکیم روابط خانواده، عدم فرهنگ‌سازی مناسب، توصیه اطرافیان	PA1, PA2, PA3, PA4
مؤلفه‌های شخصی	بیماری‌های خاص در اطرافیان، ترس و دلواپسی ذهنی، بیکاری وعدم اهمیت زمان، عدم اعتمادبه‌نفس، داشتن احساسات منفی	PA5, PA6, PA7, PA8, PA9
مؤلفه‌های زیرساختی	ارائه خدمات درمانی رایگان، عدم تفکیک مناسب سیستم صف، ضعف در سیستم پذیرش، تعیین معیارهای کمی ارزیابی	PA10, PA12, PA14, PA15, PA16, PA17
مؤلفه‌های دسترسی	دسترسی آسان به دارو، عدم اخذ هزینه، دسترسی آسان به خدمات درمانی	PA18, PA13, PA11
مؤلفه‌های پزشکی	تجویز آزمایش‌های غیرضروری، تجویز غیرضروری دارو، توصیه ویزیت مجدد غیرضروری، عدم اطمینان به ویزیت پزشکان، کیفیت پایین ارتباطات پزشک و بیمار	PA12, PA15, PA27, PA26, PA20
مؤلفه‌های اطلاعاتی	پایین بودن سطح آگاهی مردم، کمبود آموزش‌های لازم در خصوص ضرورت‌های مراجعه، کمبود امکانات آموزشی عمومی، کم‌کاری رسانه‌های عمومی، سطح پایین آموزش در جامعه	PA19, PA21, PA22, PA23, PA24



شکل ۱ - مدل نهایی علل مراجعات غیر ضروری افراد به مراکز درمانی تأمین اجتماعی

Reference:

- 1- Kotler P, Armstrong G. Principles of marketing. Translated by Bahman Forouzandeh. Tehran: amukhteh' Publishing; 2014.
- 2- Peattie KK & Peattie S. Social marketing: A pathway to consumption reduction? *Journal of Business Research*, 2008; 62: 260-268.
- 3- Wall AP. Commentary Government demarketing: different approaches and mixed messages. *European Journal of Marketing*, 2007; 39 (5,6): 421-427.
- 4- Shirkhodaei M, Fallah Lajimi, M, Fazlollahtabr Ledari M. Anti-marketing Use of Tobacco and Prioritizing Strategies Using Multi-criteria Decision-making Techniques, 2018; 10(37): 547-566. [In Persian]
- 5- Sodhi K. Has marketing come full circle? Demarketing for sustainability. *Business strategy series*, 2011; 12 (4): 117-185.
- 6- Thal, JM & Zhang, J. (De) marketing to Manage Consumer Quality Inferences. *Workshop on the Economics of Advertising and Marketing*; 2011.
- 7- Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health*, 2006; 120(12): 1133-1139.
- 8- International Labor Office, Social Security Office in the Skopp Area. (Translation by Yousef Naraghi, First Edition, Tehran: Publisher of the Institute for Social Security Research, in collaboration with the Publication Corporation; 1996.
- 9-. Saeidi R. Investigating the views of directors and employees of social security organization in Tehran with regard to solving the organization problems. *Social Development and Welfare Planning*, 2010; 1(1): 47-70. [In Persian]
- 10- Social Security for all. Cultural and art institute of Atieh Ahang. Ordered by the social and cultural department of the Social Security Organization; 2016.
- 11- Nasiripour AA, Raisi P, Maleki MR, Akbarian Bafghi M. The combined pattern of health services marketing in Iranian state hospitals. *Health Information Management*, 2012; 9: 1158-1168. [In Persian]
- 12- Nasiripour AA, Gohari MR, Nafisi A. Branding and Functional Indices Relationship in Mashhad Ghaem. *Hospital Journal of Health Administration*, 2010; 13(41): 15-20. [In Persian]
- 13- Corbin CL, Kelley SW, Schwartz RW. Concepts in service marketing for healthcare professionals. *The American Journal of Surgery*, 2001; 181(1): 1-7.
- 14- Badisar N, Ostovar sangari K, Masoudi I. Evaluation of health services in accordance with security act. *Majlis and Rahbord*, 2012; 18(68): 33-62. [In Persian]
- 15- Ahmadi, AA, Rasooli R, Rajabzadeh Q, Gholizadeh P. Presenting a crisis management model focusing on human resources management system for Tehran's hospitals. *Public Administration*, 2012; 10: 1-24. [In Persian]
- 16- Valibeyghi, H. Promotional Policies for Exports of High-Tech Industries in Selected Countries. *Quarterly Commercial Reviews*, 2009; 37: 9-28. [In Persian]
- 17- Creswell J. Qualitative inquirey and research design: choosing among five approaches. *Sage*, 3ed 2007: 201-220.
- 18- Hwang JI, Kim J, Jang W, Park JW. Inappropriate hospitalization days in Korean oriental medicine hospitals. *Int J Qual Health Care*, 2011; 23(4): 437-44.

- 19- Hammond CL, Pinnington LL, Phillips MF. A qualitative examination of inappropriate hospital admissions and lengths of stay. BMC health services research, 2009; 9(1): 44.
- 20- Mahfoozpour S, Zarei E, Mehrabi Y, Ashkevari N. Evaluation of Unnecessary Admissions and Hospital Stays and Estimation of Its Financial Burden: A Study at Internal Wards of Selected Hospitals of Alborz University of Medical Sciences. Journal of health promotion management, 2017; 6(5): 51-57. [In Persian]
- 21- Pezeshki MZ, Pezeshki S. Educating Quaternary Prevention (P4) in Iran for decreasing the harms and costs of unnecessary services in clinical medicine and public health. Payesh, 2013; 12: 329-333. [In Persian]