

Testing the Model of Identifying the Damaging Factors of Branding in the Iranian Pharmaceutical Industry

Mahmoud Mohammadian*¹, Vahid Nasehi Far², Saied Sehat³, Tayebeh Baghli⁴

1- Assistant Professor, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
mohammadiann@gmail.com

2- Associate Professor, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
vahid.n3004@gmail.com

3- Associate Professor, Faculty of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
sehat@yahoo.com

4- PhD Candidate of Marketing Management, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
tayebeh.baghli@gmail.com

Abstract

Branding is of particular importance as a means of differentiation in the highly competitive pharmaceutical industry. In recent years, one of the several problems of the country's pharmaceutical industry which has been less considered is the issue of branding. Different factors and obstacles have shaped the current situation. The purpose of the present study was to test the model for identifying the damaging factors of branding in the Iranian pharmaceutical industry. The present study was applied in terms of purpose and field-survey in terms of data collection. The statistical population of this study consisted of marketing experts of pharmaceutical companies that are members of Iranian Pharmaceutical Industries Syndicate and the exact number of them is unknown. Therefore, using the one-stage cluster sampling method, 67 out of 111 of companies were randomly selected, then all marketing experts in these companies were randomly chosen and 160 responses were collected. The research tool was a researcher-made questionnaire that its content validity was confirmed by experts and its reliability was verified using Cronbach's alpha. Structural equation modeling was used to analyze the data in association with PLS statistical software. The findings of the present study indicated the confirmation of all damaging factors as well as all components of each factor in which contextual, structural, and finally behavioral factors, respectively, were considered as the main damaging factors of branding in the country's pharmaceutical industry. In addition, the overall research model had a good fit.

Keywords: Branding, Contextual Factors, Structural Factors, Behavioral Factors, Pharmaceutical Industry.

آزمون مدل شناسایی عوامل آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی ایران

محمود محمدیان*^۱، وحید ناصحی‌فر^۲، سعید صحت^۳، طیبه باقلی^۴

۱- استادیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
mohammadiann@gmail.com

۲- دانشیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

برندسازی ابزاری برای تمایز در صنعت به‌شدت رقابتی داروسازی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در سال‌های اخیر، یکی از مشکلات گریبان‌گیر صنعت داروسازی کشور که به آن بهای کمتری داده شده، مربوط به برندسازی است. عوامل و موانع متفاوتی وضعیت موجود را رقم زده است. هدف این پژوهش، آزمون مدل شناسایی عوامل آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی ایران است. پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع میدانی-پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را کارشناسان بازاریابی شرکت‌های داروسازی عضو اتحادیه صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران تشکیل می‌دهد که تعداد آنها به‌طور دقیق مشخص نیست. بنابراین با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای از میان ۱۱۱ شرکت داروسازی، ۶۷ شرکت به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس همه کارشناسان بازاریابی در این شرکت‌ها انتخاب و تعداد ۱۶۰ پاسخ‌نامه جمع‌آوری شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته است که روایی محتوی آن را خبرگان تأیید کردند و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ تأیید شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق معادلات ساختاری با حداقل مربعات جزئی و با کمک نرم‌افزار آمار پی.ال.اس انجام شده است. یافته‌های این پژوهش حاکی از تأیید کلیه عوامل آسیب‌ساز برندسازی در سه بعد زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری و همچنین تأیید کلیه مؤلفه‌های هر یک از ابعاد مذکور است که به ترتیب عوامل زمینه‌ای، سپس عوامل ساختاری و در نهایت عوامل رفتاری، اساسی‌ترین عامل‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی کشور به شمار می‌روند. علاوه بر این، مدل کلی پژوهش نیز از برازش مطلوبی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: برندسازی، عوامل زمینه‌ای، عوامل ساختاری، عوامل رفتاری، صنعت داروسازی

۱- مقدمه

رسیدن به بازارهای جهانی از مسیر تقویت و توسعه بازرگانی و توجه به برندسازی می‌گذرد. در دنیای تجارت امروز که سازمان‌های مقلد، کالا و خدمات را به راحتی نسخه‌برداری می‌کنند، برندسازی ابزاری کارآمد است که تقلید و کپی‌برداری از آن شدنی نیست (پاتجیتر و دوبل^۱، ۲۰۱۸). شرکت‌ها و سازمان‌ها برای اینکه نامی ماندگار در تجارت داخلی و جهانی داشته باشند، باید به پشتوانه‌ای قوی و شیوه‌ای اصولی برندسازی کنند (روچیکا و پراساد^۲، ۲۰۱۹). صنعت داروسازی در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در حالی به رشد دورقمی از موفقیت دست پیدا کرد که به تحقیق و توسعه قوی، حق ثبت اختراع و نیروی فروش قوی وابسته بود. در حال حاضر این موفقیت نسبت به آن دهه‌ها کاهش پیدا کرده است و شرکت‌های دارویی به دنبال راه‌های جدید برای حفظ موقعیت نام تجاری خود هستند. بنابراین توجه روزافزون در صنعت دارو به مقوله برند، بیشتر به همین دلیل است (شویلینگ و موس^۳، ۲۰۰۴: ۵۶-۵۵). از طرف دیگر، گسترش بازار دارویی و افزایش انتظارات مشتریان، شرکت‌های دارویی را ترغیب می‌کند تا کیفیت محصولات و خدمات خود را ارتقا دهند. در این خصوص، برند رویکردی است که به مشتریان کمک می‌کند تا محصول یک شرکت داروسازی را از بین محصولات شرکت‌های رقیب انتخاب کنند. برند دارو به شرکت‌های داروسازی این امکان را می‌دهد تا گستره فروش خود را از بازار داخل به بازارهای منطقه‌ای و فرامنطقه‌ای افزایش دهند؛ اتفاقی که برای شرکت‌های

پرفروش دارو در جهان به وقوع پیوسته است. در کشور ما با وجود شرکت‌های متعدد دارویی و لزوم کشف بازارهای جدید و توسعه و رسوخ در بازارهای خارجی برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های بیشتر در تولید، برند شرط لازم برای رقابت‌پذیری در داخل و رویداد حضور در بازارهای جهانی است. لازمه رقابت‌پذیری نیز امکان ایجاد جوه تمایز در محصول است؛ اما در حال حاضر با وجود نظام عمومی (ژنریک^۴) امکان حصول به هدف مذکور میسر نیست؛ زیرا در این نظام تمام تولیدکنندگان با وجود استفاده از منابع مختلف مواد اولیه با کیفیت‌های متفاوت ملزم به فروش محصول خود به یک قیمت مشخص هستند (تحسیری، ۱۳۹۳: ۳۴-۳۱). متأسفانه با اجرای طرح ژنریک، هزاران داروی تجاری از بازار ایران حذف شد و کشور از روند تحقیق و توسعه و در نتیجه تولید برند اختصاصی به دور داشته شد (مدنی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۴). این در حالی است که ایجاد برندهای متمایز و محبوب، امکان برجسته‌سازی تمایز کیفی محصولات دارویی، آسان‌سازی انتخاب محصولات دارویی از سوی مصرف‌کنندگان، تسهیل در بخش‌بندی بازار محصولات دارویی و دستیابی و نفوذ آسان‌تر در بازارهای هدف صادراتی دارو، تسهیل در پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های توسعه صنعت دارو، ثبات در کسب درآمد و پایداری اشتغال نیروی انسانی، افزایش عمق وفاداری و اعتماد مصرف‌کنندگان به محصولات دارویی و مهم‌تر از همه، تولید ثروت را در پی خواهد داشت (کهیاری حقیقت و همکاران، ۱۳۹۸: ۹۱۶-۹۱۵). به‌طور کلی، طراحی راهبرد نام تجاری در شرکت‌های دارویی در سطح جهان، نوعی چالش اصلی

1. Potgitter & Doubell
2. Ruchika & Prasad
3. Schuiling & Moss

است که در مقایسه با کالاهای پرمصرف از آن غفلت شده است. این غفلت در مورد صنایع دارویی ایران مزمین شده است (حقیقی نسب و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۰). صنعت داروسازی صنعتی مهم و تأثیرگذار بر اقتصاد کشور است؛ در عین حال ایجاد و بسط زمینه‌های رقابت‌پذیری یکی از اهداف اصلی دولت جمهوری اسلامی ایران برای بهبود محیط کسب و کار در راستای رسیدن به بازارهای هدف صادراتی است. با توجه به اینکه برند لازمه رقابت‌پذیری در ایجاد تمایز محصول است، متأسفانه اکثر شرکت‌های داروسازی ایران در به‌کارگیری این اهرم رقابتی موفق عمل نکرده‌اند و توجه چندانی به این امر مهم نشده و اقدامات اساسی نیز در این زمینه انجام نگرفته است. دلایل متفاوتی وضعیت موجود را رقم زده است. هدف اصلی پژوهش حاضر، آزمون مدل شناسایی عوامل آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی کشور است. بر این اساس، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آزمون مدل شناسایی عوامل آسیب‌ساز برندسازی در صنعت دارو چگونه است؟ در نهایت پیشنهادهای کاربردی با هدف بهبود وضعیت برندسازی در این حوزه ارائه می‌شود.

۲- مبانی نظری و پیشینه تجربی پژوهش

۲-۱ اهمیت برندسازی و معیار دارایی‌های

ناملموس در صنعت داروسازی

در وصف اهمیت برند این‌گونه بیان می‌شود که بیشتر صاحب‌نظران برندسازی را معادل ساختن یک کسب‌وکار می‌دانند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶). برندسازی فعالیتی که در آن تصویری از برند در قلب و ذهن مشتری ایجاد می‌شود. در حقیقت برند ادراکی است که مشتری بر اثر تجربیات قبلی خرید و با استفاده

از محصول در ذهن خود دارد (اخلاصی، ۱۳۹۶: ۸۶-۸۲). برندسازی دارویی شیوه‌های مهم برای کمک به حفظ نام تجاری در مقابل محصولات ژنریک بعد از پایان ثبت اختراع خواهد بود. یک نام تجاری قوی می‌تواند از وفاداری زیاد مصرف‌کننده بهره‌مند شود و پس از انقضای حق ثبت اختراع، همچنان فروش فراوانی داشته باشد (شویلینگ و موس، ۲۰۰۴: ۳۸۰-۳۶۶). در صنعت داروسازی دستیابی به نام تجاری دارای پیچیدگی‌های خاصی است؛ برای مثال، همواره بهبود روابط تجاری در فروش داروهای بدون نسخه پزشکی در افزایش وفاداری مؤثر است. اما در فروش داروهای با نسخه که در آن داروخانه‌ها بیش از آنکه نقش فروشنده مستقیم را بازی کنند، نقش تحویل‌دهنده خدمات را دارند، کمتر مؤثر واقع می‌شود (زیای و بیر، ۱۹۹۰: ۴۶-۴۰). وفاداری به برند متأثر از ماهیت و پیچیدگی داروهای تجویز شده نیز قرار می‌گیرد؛ به‌خصوص زمانی که یک بیمار همزمان با تنوع داروها مواجه می‌شود (الخاطیب و همکاران^۱، ۲۰۰۹: ۷). از طرفی، وفاداری به برند و کیفیت دارو از عواملی هستند که تأثیر زیادی بر قصد پزشک به تجویز داروهای برنددار دارند (جایاسوریا و سماراسینگه^۳، ۲۰۱۹). علاوه بر این، نام‌های تجاری تأثیر زیادی بر رفتار و نگرش بیماران و پزشکان دارد. نام‌های تجاری دارویی موجب برانگیختن اعتماد می‌شود (شویلینگ و موس، ۲۰۰۴: ۳۸۰-۳۶۶). تسکین بیماری، درد و ناراحتی به مراتب نیازی بالاتر از تسکین تشنگی است. بنابراین اعتماد در برندهای دارویی عنصر حیاتی و برای به دست آوردن آن تلاش‌های بسیار زیادی لازم است (بلکت و

1. Ziai & Beer

2. Alkhateeb et al.

3. Jayasooriya & Samarasinghe

هریسون^۱، ۲۰۰۱: ۴۳). بدین ترتیب برندهای دارویی وجود ذهنی دارند و در اذهان تجویزکنندگان نفوذ می‌کند و اثر خود را بر ذهن و تصمیم مصرف‌کنندگان می‌گذارند (کاپفر^۲، ۲۰۰۸: ۲۰۱۲-۲۰۸). برندهای یکی از بازیگران اصلی اقتصاد مدرن هستند که روزه‌روز بر اهمیتشان افزوده می‌شود (طهماسبی فرد و خیری، ۱۳۹۷) و مهم‌ترین و قوی‌ترین دارایی‌های نامشهود سازمان‌ها نیز به شمار می‌روند (سید قربان و همکاران^۳، ۲۰۱۶).

از این‌رو از اهمیت ویژه‌ای در صنعت داروسازی برخوردار است. سرمایه انسانی، ارزش نام تجاری، دانش، تصویر و نوآوری از جمله معیار دارایی‌های نامشهود در صنعت داروسازی است. در واقع دارایی‌های نامشهود زمانی شکل می‌گیرد که به طور مؤثری با سایر دارایی‌ها ترکیب می‌شوند. در صنعت داروسازی دارایی‌های ارزش‌برند شامل آگاهی، قابلیت پذیرش، وفاداری، ترجیح و مزایای قیمت است و ارزش‌برند وقتی جذاب می‌شود که بتواند بین قیمت تمام‌شده کالا و قیمت فروش تفاوت محسوسی نسبت به رقیب ایجاد کند و ارزش حداکثری زمانی ایجاد می‌شود که تمام دارایی‌های نامشهود سازمان با یکدیگر و با دارایی‌های مشهود و استراتژی‌های سازمان همسو شوند (دوگراماتزیس^۴، ۲۰۰۲: ۱۰۷-۹۸).

۲-۲ تفاوت موجود بین برندسازی در محصولات مصرفی و محصولات دارویی

کالاهای مصرفی محصولاتی هستند که به سرعت و با قیمت نسبتاً کم به فروش می‌رسند. برند کالاهای مصرفی در مقایسه با برندهای موجود در صنعت داروسازی از عمر بیشتری برخوردار است. برند‌های

مصرفی می‌توانند دهه‌ها یا حتی قرن‌ها پایدار باشند؛ در حالی که برند‌های دارویی در دوره بسیار کوتاهی باقی می‌مانند و سپس کم‌رنگ می‌شوند یا از بین می‌روند. بنابراین برند‌های مصرفی نه تنها مدت زمان زیادی پایدار می‌مانند، در صورت توجه کافی می‌توانند به رقابت در گروه خود ادامه دهند. برند‌های مصرفی دارای چرخه عمر و مرحله تحقیق و توسعه و بازاریابی کوتاه‌تر هستند که در نهایت می‌تواند با سال‌های طولانی برندسازی سودآور همراه باشد. در مقابل در دنیای برند محصولات دارویی چرخه تحقیق و توسعه طولانی مدت و همراه با خطر و همچنین بسیار گران است (شریفانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۲-۴۱). به‌طور کلی در زمینه محصولات دارویی برند و برندسازی به‌سادگی با تئوری‌های برند در حوزه کالاهای مصرفی تطبیق‌پذیر نیست. برند در صنعت دارو نمی‌تواند از قواعد و قوانین تثبیت‌شده در زمینه برند در بازارهای غیردارویی تبعیت کند؛ زیرا در بازارهای غیردارویی فعالیت‌های بازاریابی می‌تواند محصولات را مهم‌تر و یا مطلوب‌تر جلوه دهد یا به واسطه متقاعد کردن تعدادی از مصرف‌کنندگان نسبت به مطلوب بودن آن، برای محصول ایجاد تقاضا کرد. در حالی که بازارهای دارویی تنها به جهت پاسخگویی به نیازهای حیاتی و درمانی افراد موجودیت دارد. دسترس‌پذیری یا ترفیع محصولات دارویی جدید نمی‌تواند مستقیماً برای آنها تقاضا ایجاد کند. به عبارت دیگر برخلاف کالاهای مصرفی که تقاضا می‌تواند به وسیله تبلیغات خلاقانه یا سایر روش‌های ترفیع به وجود آید، شرکت‌های داروسازی نمی‌توانند از این طریق برای محصولات خود تقاضا خلق کنند. شرکت‌های دارویی تنها می‌توانند از طریق برند تصاویر ذهنی مشخصی ایجاد کنند که به هنگام تفکر درباره محصولاتشان به ذهن مصرف‌کننده خطور کند (موس، ۲۰۰۷: ۳۲۰-۳۱۵).

1. Blackett & Harrison
2. Kapferer
3. Seyedghorban et al.
4. Dogramatizis

۳-۲ عدم موفقیت برند در صنعت داروسازی

برند ثروتی نامشهود است که تأثیرات زیادی بر شرکت دارد و مزایای بسیاری برای شرکت و مشتریان به ارمغان می‌آورد (کھیاری حقیقت و همکاران، ۱۳۹۷: ۷۲). در یک وضعیت رقابتی، موفقیت یک محصول تا حدود زیادی به تصور مخاطبان هدف از آن بستگی دارد. برندسازی می‌تواند برای موفقیت بلندمدت یک شرکت به‌ویژه برای شرکت‌هایی که در بازار با خوشه‌های فراوان (تعداد زیاد خریداران و فروشندگان) و محصولات متمایزکننده اندک فعالیت می‌کنند، حیاتی باشد (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۷). از این رو وقتی یک برند از بین می‌رود، سرمایه‌گذاری هنگفت هزینه‌شده برای ساخت آن نیز از دست می‌رود. متأسفانه حتی قوی‌ترین برندها از افت برند و نابودی متعاقب آن در امان نیستند (توماس و کوهلی^۱، ۲۰۰۹: ۳۷۷). زوال یا عدم موفقیت برند پدیده‌ی صرفاً دارویی نیست؛ اما در دنیای داروسازی با نوسانات متفاوتی وجود دارد. در این راستا عوامل متفاوتی به مدیریت فعال نیاز دارند، از جمله: توزیع مناسب محصولات دارویی، مقوله کیفیت (تجهیزات، ماشین‌آلات، طراحی صحیح فضاها و محیط کار، رعایت نکات بهداشت و ایمنی و به‌کارگیری روش‌ها و فرایندهای استاندارد و به‌روز، کنترل کیفیت مداوم داروها و فرایندهای تولید و از همه مهم‌تر به‌کارگیری نیروی متخصص انسانی، مواد اولیه و فرمولاسیون)، استراتژی‌های برند و خطای ارتباطی،

تصمیمات قیمت‌گذاری داخلی یا نیروهای خارجی تأثیرگذار بر قیمت، ایمنی محصول، انقضای حق انحصاری و جایگزینی فناوری که کم‌توجهی به هر یک از این عوامل تأثیر منفی بر برند دارد و موجب نابودی و شکست آن می‌شود (موس، ۲۰۰۸: ۲۹۱-۲۸۹).

۲-۴ پیشینه تجربی پژوهش

محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود تحت عنوان «آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت داروسازی ایران» هدف پژوهش خود را شناسایی مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی عنوان کردند. این پژوهش به روش کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوا، ۵۰ مفهوم در ۱۷ مؤلفه اصلی از عوامل آسیب‌ساز برندسازی در قالب سه بعد ساختاری، رفتاری و زمینه‌ای را شناسایی کرده است.

موسوی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله «شناسایی و تبیین پیشران‌های مؤثر در برندسازی تجاری محصولات صنعتی استان لرستان»، هدف پژوهش خود را شناسایی پیشران‌های مؤثر در برندسازی تجاری محصولات صنعتی استان لرستان بیان کرده است. روش پژوهش براساس رویکرد کمی و کیفی انجام گرفته است. نتایج این پژوهش به شناسایی و اولویت‌یابی ۲۰ عامل تعیین‌کننده در حوزه برندسازی محصولات صنعتی استان لرستان دست یافته است. کھیاری حقیقت و همکاران (۱۳۹۷) در مقاله «افول برند در صنعت مواد غذایی»، هدف پژوهش خود را مفهوم پردازی افول برند مبتنی بر تحلیل محیط داخلی و خارجی صنعت مواد غذایی بیان کرده است. این پژوهش به روش کیفی و

از طریق تحلیل محتوا، ۱۵ مؤلفه اصلی در قالب عوامل سازمانی، عوامل محیطی، افول برند کیفی و افول برند کمی را شناسایی کرده است.

عزیزی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان «الگوی برند موفق در صنعت کاشی و سرامیک با رویکرد نظریه داده بنیاد» هدف پژوهش خود را شناسایی الگویی برای برندسازی موفق در صنعت کاشی و سرامیک انجام داده است. این پژوهش به روش کیفی انجام شده است. نتایج به دست آمده از نقش قدرت چانه زنی واسطه های کانال توزیع در رابطه بین تولید کننده و مصرف کننده حکایت دارد و همچنین لزوم توجه به برندسازی ملی در قالب شرکت های مادر قوی برای توسعه بازار خارجی را نشان می دهد. بروجنی و بارزانی (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان «آسیب شناسی برند گردشگری ایران» هدف پژوهش خود را ارزیابی میزان اهتمام به مفاهیم برندسازی و وضعیت فعلی برند گردشگری ایران بر مبنای مدل هانکینسن عنوان کرده است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که هسته برند (متشکل از شخصیت، موقعیت یابی و تعهد برند) ایران دارای ضعف اساسی است و میزان اهتمام به فعالیت های برندسازی در کشور بسیار ضعیف بوده است.

موسس اغلو^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «برندسازی داروهای با نسخه و بدون نسخه» هدف پژوهش خود را ارزیابی اهمیت برندسازی در داروسازی و تأکید بر مزایای احساساتی و عملکردی

آن برای مصرف کنندگان و بیماران و فرایند ارتباطات بازاریابی بیان کرده است. این مقاله به روش مروری انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان می دهد برندسازی نقش بسیار مهمی در صنعت داروسازی ایفا می کند؛ به طوری که بیماران از اینترنت برای شناخت و اطلاع از داروها و بیماری ها استفاده می کنند. بنابراین بازاریابان باید قبل از ایجاد کمپین های تبلیغاتی آگاهی شان را در مورد بیماری افزایش دهند و نیازهای عاطفی بیمار را درک کنند و تا حد امکان برندهای دارویی را به گونه ای توسعه دهند که اعتماد در محصول را ارتقا دهد. سراج و همکاران^۲ (۲۰۱۹). در پژوهشی با عنوان «رفتار و نگرش خرید مصرف کننده نسبت به داروها» هدف خود را بررسی نگرش مصرف کننده به خرید انواع مختلف داروها (بدون نسخه، گیاهی، مسکن ها و ...) بیان کرده است. این مقاله به روش مروری انجام شده و در مجموع برای ارائه اطلاعات به ۳۰ مقاله مهم برگرفته از پایگاه های معتبر علمی ارجاع داده است. نتایج این پژوهش اهمیت عواملی چون قیمت و برند در اهمیت تصمیم گیری خرید را برجسته می سازد. همچنین ترجیح مردم به خرید داروهای بدون نسخه و حساسیت قیمت مواردی است که بر رفتار خرید مصرف کنندگان حاکم است.

صیدی فر و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی سیاست ها و فرایندهای صادر کنندگان موفق دارویی و مقایسه ای از سیاست همتای ایرانی»، هدف

ادامه تشریح شده است.

۲-۵ مدل مفهومی پژوهش

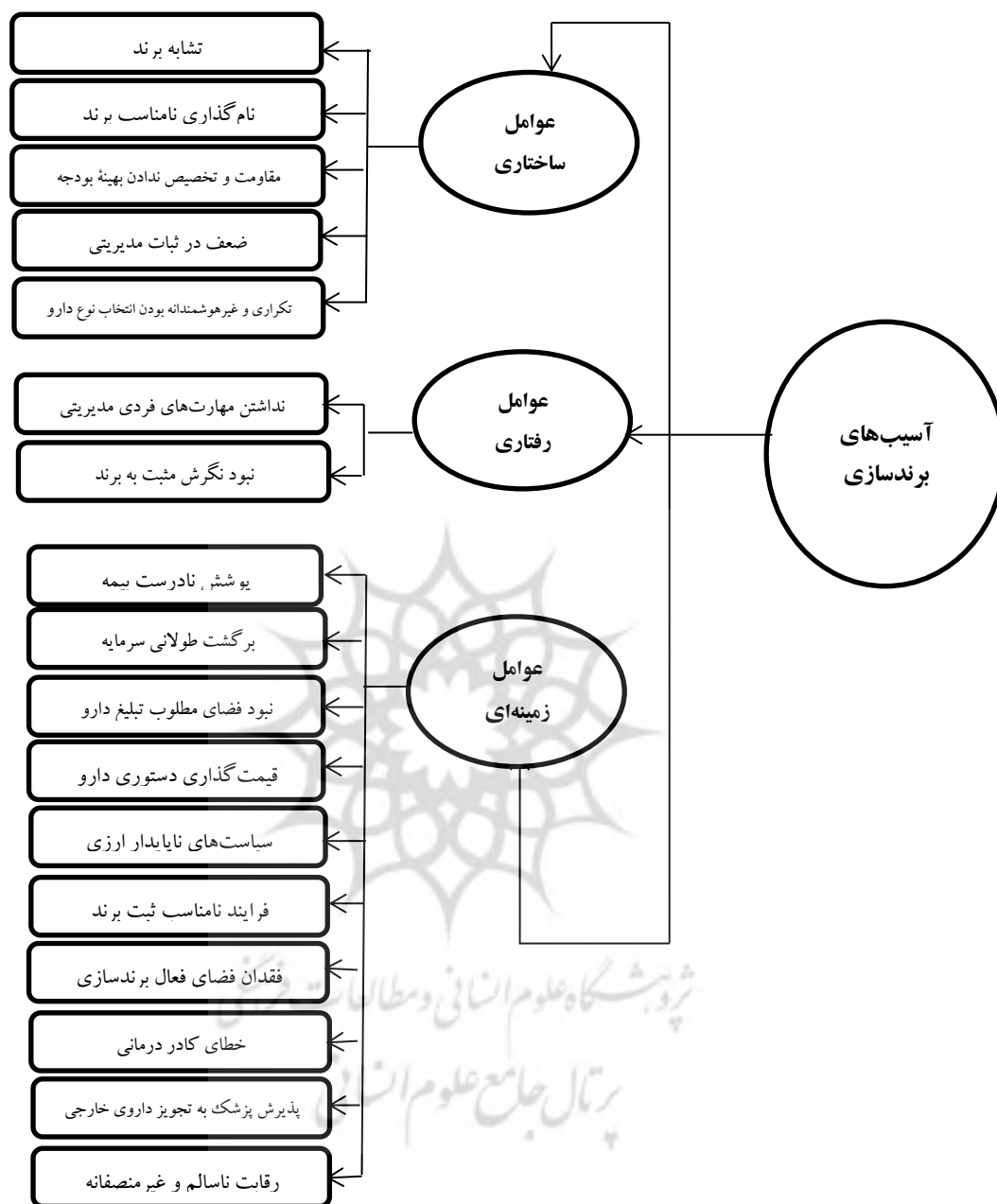
همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده، مدل مفهومی ارائه‌شده محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) در سه دسته عوامل ساختاری و رفتاری و زمینه‌ای طبقه‌بندی شده است؛ «عوامل ساختاری دربرگیرنده تمام عناصر، عوامل و شرایط فیزیکی و غیرانسانی سازمان می‌باشد. عوامل رفتاری دربرگیرنده عوامل و روابط انسانی درون سازمان است و درنهایت عوامل زمینه‌ای شرایط و عوامل محیطی برون‌سازمانی هستند که محیط سازمان را احاطه می‌کند و با سازمان تأثیر متقابل دارند و در کنترل سازمان نیستند» (میرزایی اهرنجانی، ۱۳۷۷: به نقل از محمدیان و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۴) که در آن عوامل ساختاری دربرگیرنده پنج مؤلفه اصلی (تشابه برند، نام‌گذاری نامناسب برند، مقاومت و عدم تخصیص بهینه بودجه، ضعف در ثبات مدیریتی، تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو)، عوامل رفتاری دربرگیرنده دو مؤلفه اصلی (نداشتن مهارت‌های فردی مدیریتی و نبود نگرش مثبت به برند) و عوامل زمینه‌ای دربرگیرنده ده مؤلفه اصلی (پوشش نادرست بیمه، برگشت طولانی سرمایه، نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو، قیمت‌گذاری دستوری دارو، سیاست‌های ناپایدار ارزی، فرایند نامناسب ثبت برند، فقدان فضای فعال برندسازی، فضای کادر درمانی، تمایل پزشک به تجویز داروی خارجی، رقابت ناسالم و غیرمنصفانه) است. درنهایت ۱۷ مؤلفه اصلی در سه دسته عوامل آسیب‌ساز در قالب

پژوهش خود را ارزیابی وضعیت صنایع دارویی و شناسایی عوامل مؤثر در صادرات محصولات دارویی در کشورهای صادرکننده موفق و مقایسه نتایج با وضعیت صنایع داروسازی در ایران و عوامل مؤثر بر تجارب صادرات آنها بیان کرده‌اند. این پژوهش با استفاده از سئوالات باز و جمع‌آوری اطلاعات از سایر کشورها نظیر مصر، اسپانیا و چین انجام شده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد درحالی‌که ایران روند صادرات موفق را تجربه نکرده است، کشورهای مطالعه‌شده رشد چشمگیری را در صادرات دارو در سال‌های اخیر تجربه کرده‌اند. بر این اساس در ایران عواملی چون نبود انگیزه، ضعف در ارائه کیفیت محصول و به دست آوردن استانداردهای جهانی، کمبود در ساختار و تجهیزات، سیاست‌های ناسازگار و بی‌ثبات، نبود بودجه کافی برای تحقیق و توسعه، بسیار در روند صادرات تأثیر گذار بوده است.

باتوجه به شواهد موجود و بررسی‌های انجام گرفته در موضوع آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت داروسازی تنها پژوهشی که مستقل «به شناسایی و تعیین مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی کشور» پرداخته، پژوهش مربوط به محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) است؛ این پژوهش با رویکردی کیفی و اکتشافی نسبت به شناسایی مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی و ارائه مدل مفهومی آن پرداخته است. از این رو مدل مفهومی پژوهش مذکور، مبنا و ملاک پژوهش حاضر برای دستیابی به هدف پژوهش قرار گرفته که در

آسیب‌های برندسازی در مدل مفهومی زیر مشخص شده است:

شکل ۱. مدل مفهومی آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت دارو مربوط به (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۸)



۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها از نوع میدانی-پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را کارشناسان بازاریابی شرکت‌های داروسازی عضو سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران تشکیل می‌دهد که تعداد آنها به طوردقیق

مشخص نیست. بنابراین با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای از میان ۱۱۱ شرکت داروسازی، ۶۷ شرکت (خوشه‌ها) به صورت تصادفی انتخاب شدند، سپس همه کارشناسان بازاریابی (واحد‌های مدنظر) در این شرکت‌ها انتخاب و تعداد ۱۶۰ پاسخ‌نامه جمع‌آوری شد که ۱۴۶ مورد آن مفید و قابل استفاده بود. نکته مهم آن

صوری و محتوی آن را خبرگان تأیید کردند. علاوه بر این، میزان پایایی و روایی همگرا و واگرا برای هر یک از متغیرهای اصلی پژوهش محاسبه شد که نتایج همگی آنها مورد تأیید واقع شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای پی.ال.اس نسخه ۳ محاسبه و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از آزمون تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

۴- تحلیل داده‌ها و یافته‌ها

۴-۱ توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی

توصیف فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، سن و سابقه کار و ... در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی

ردیف	متغیر	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
۱	جنسیت	زن	۵۵	٪۳۸
		مرد	۹۱	٪۶۲
۲	سمت شغلی	کارشناس بازاریابی	۱۴۶	٪۱۰۰
۳	سابقه فعالیت در واحد بازاریابی	کمتر از ۵ سال	۱۰۴	٪۷۱
		۵-۱۰ سال	۴۲	٪۲۹
۴	میزان تحصیلات	کارشناسی	۷۵	٪۵۲
		کارشناسی ارشد	۷۱	٪۴۸
۵	رشته تحصیلی	علوم پایه پزشکی	۷۷	٪۵۳
		گروه مدیریت	۳۵	٪۲۴
		اقتصاد	۷	٪۰۵
		مهندسی صنایع	۱۲	٪۰۸
		متفرقه	۱۵	٪۱۰
		جمع	۱۴۶	٪۱۰۰

می‌شوند. کلیه ضرایب آلفای کرونباخ که در قیقت معیاری کلاسیک برای سنجش پایایی است، باید بالای ۰/۷ باشد. در مدل معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات جزئی -SEM PLS برای سنجش پایایی درونی متغیرها از معیار مدرن‌تری نسبت به آلفای کرونباخ به نام پایایی ترکیبی استفاده می‌شود. این مقدار برای کلیه مؤلفه‌ها باید از نقطه برش ۰/۷ آنها بیشتر باشند. علاوه بر این مقدار شاخص RHO_A از نظر هنسلر و همکاران^۶ نیز باید بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد و در نهایت شاخص میانگین

است که پرسش‌های تحقیق باید از کسانی پرسیده شود که به موضوعات راهبردی و اساسی شرکت به‌ویژه در زمینه بازاریابی و برندسازی اشراف داشته باشند. در نتیجه کارشناسان بازاریابی شرکت‌های داروسازی کشور در کانون توجه قرار می‌گیرند. در طراحی پرسشنامه محقق ساخته از ۵۰ گویه استفاده شده که بر این اساس بعد زمینه‌ای دربرگیرنده ۲۹ سؤال، بعد ساختاری دربرگیرنده ۱۷ سؤال و بعد رفتاری دربرگیرنده ۴ سؤال است. مقیاس سنجش متغیرها در این پژوهش، طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً بی‌اهمیت تا کاملاً با اهمیت) قید شده است. پس از طراحی و تدوین پرسشنامه، سنجش روایی

۴-۲ بررسی پایایی و روایی همگرای ابزار

اندازه‌گیری

برای سنجش پایایی سازه، مطابق با مطالعات رینگل و همکارانش^۱ در سال ۲۰۱۴ باید چهار شاخص آلفای کرونباخ^۲، پایایی ترکیبی^۳، پایایی همبستگی اسپیرمن^۴، و پایایی اشتراکی^۵ برای کلیه مؤلفه‌هایی بررسی کرد که با متغیر آشکار اندازه‌گیری

1. Ringle et al.
2. Cronbach's Alpha
3. Composite Reliability
4. rho-A
5. Average Variance Extracted(AVE)

6. Hensler et al.

پایایی همبستگی اسپیرمن و پایایی اشتراکی از مقدار تعریف شده برای کلیه مؤلفه‌های ۱۷ گانه عملیاتی پژوهش بزرگ تر بوده و مقدار AVE برای تمامی متغیرها بزرگ تر از ۰/۵ است و مقدار CR در تمامی مقادیر بیشتر از ۰/۷ است. همچنین CR از AVE نیز بزرگ تر است؛ بنابراین مدل پژوهش دارای پایایی است و روایی همگرایی آن نیز تأیید می‌شود.

پایایی اشتراکی یا همان میانگین واریانس استخراجی باید بزرگ تر از ۰/۵ باشد. از طرفی روایی همگرا زمانی وجود دارد که AVE از ۰/۵ بزرگ تر باشد و پایایی ترکیبی (CR) باید بزرگ تر از ۰/۷ باشد. همچنین CR باید از AVE بزرگ تر باشد. در صورت وجود این سه شرط، روایی همگرا وجود خواهد داشت. نتایج ضرایب جدول ۲ نشان می‌دهد هر چهار شاخص آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و

جدول ۲. ضرایب بررسی پایایی و روایی همگرایی متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌های عملیاتی پژوهش	آلفای کرونباخ	rho_A	پایایی مرکب	میانگین واریانس استخراج شده
آسیب‌های برندسازی	۰/۹۷۷	۰/۹۷۸	۰/۹۳۳	۰/۸۲۲
عوامل زمینه‌ای	۰/۷۶۶	۰/۷۴۴	۰/۹۱۶	۰/۶۹۳
عوامل ساختاری	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۱۷	۰/۶۸۸
عوامل رفتاری	۰/۹۳۳	۰/۹۳۴	۰/۸۵۰	۰/۷۴۰
نداشتن مهارت‌های فردی مدیریتی	۰/۷۷۸	۰/۷۸	۰/۹	۰/۸۱۹
نبودن نگرش مثبت به برند	۰/۷۰۲	۰/۷۰۸	۰/۸۷	۰/۷۷
پوشش نادرست بیمه	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۸۹۳	۰/۸۰۷
برگشت طولانی سرمایه	۰/۷۶۴	۰/۷۶۶	۰/۸۹۵	۰/۸۰۹
نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو	۰/۷۹۸	۰/۷۹۸	۰/۹۰۸	۰/۸۳۲
قیمت‌گذاری دستوری دارو	۰/۸۶۵	۰/۸۶۶	۰/۹۷۱	۰/۷۸۷
سیاست‌های ناپایدار ارزی	۰/۸۲۶	۰/۸۲۶	۰/۸۹۶	۰/۷۴۲
فرایند نامناسب ثبت برند	۰/۸۷۵	۰/۸۷۶	۰/۹۱۵	۰/۷۲۸
نبود فضای فعال برندسازی	۰/۸۸۵	۰/۸۸۵	۰/۹۲	۰/۷۴۳
خطای کادر درمانی	۰/۸۱۶	۰/۸۱۶	۰/۹۱۶	۰/۸۴۴
پذیرش پزشک به تجویز داروی خارجی	۰/۸۶	۰/۸۶۱	۰/۹۱۵	۰/۷۸۱
رقابت ناسالم و غیر عادلانه	۰/۸۸	۰/۸۸۱	۰/۹۱۷	۰/۷۳۵
تشابه برند	۰/۸۴۵	۰/۸۶۴	۰/۹۰۶	۰/۷۶۴
نام‌گذاری نامناسب برند	۰/۷۸۴	۰/۷۸۴	۰/۷۸۴	۰/۶۹۹
مقاومت و تخصیص نیافتن بهینه بودجه	۰/۸۶	۰/۸۶۱	۰/۸۸۹	۰/۶۴۱
ضعف در ثبات مدیریتی	۰/۷۲۷	۰/۷۲۷	۰/۸۸	۰/۷۵۸
تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو	۰/۸۰۷	۰/۸۰۷	۰/۸۷۴	۰/۶۳۴

متغیرهای دیگر در مدل باشد. در واقع چنانچه همبستگی بین آزمون‌هایی که خصیصه‌های متفاوتی را اندازه‌گیری می‌کند پایین باشد، آزمون‌ها دارای اعتبار تشخیصی یا واگراست. برای بررسی روایی واگرا جذر AVE هر سازه با مقادیر ضریب همبستگی بین سازه‌ها مقایسه

۴-۳ بررسی روایی واگرایی ابزار

اندازه‌گیری

فورنل و لاکر (۱۹۸۱) بیان می‌کنند که روایی واگرا در سطحی قابل قبول است که میزان جذر AVE برای هر متغیر بیشتر از همبستگی اشتراکی بین آن متغیر و

برگشت طولانی سرمایه، نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو، قیمت گذاری دستوری دارو، سیاست های ناپایدار ارزی، فرایند نامناسب ثبت برند، نبود فضای فعال برندسازی، خطای کادر درمانی، پذیرش پزشک به تجویز داروی خارجی، تشابه برند، نام گذاری نامناسب برند، مقاومت و تخصیص نیافتن بهینه بودجه، ضعف در ثبات مدیریتی، تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو) هستند که سه مؤلفه اصلی زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری را اندازه گیری می کنند.

می شود. در جدول ۳ مقادیر قطر اصلی ماتریس ضرایب AVE هر سازه و مقادیر پایین قطر ضرایب همبستگی بین هر سازه با سازه های دیگر است. همان گونه که در این جدول مشخص است. در هر ستون جذر AVE هر سازه از ضرایب همبستگی آن سازه با سازه های دیگر بیشتر است؛ بنابراین روایی و اگر مدل تحقیق نیز تأیید می شود. در جدول ۳ حروف A تا Q علائم اختصاری مؤلفه های عملیاتی ۱۷ گانه پژوهش (به ترتیب شامل: نداشتن مهارت های فردی مدیریتی، نبود نگرش مثبت به برند، پوشش نادرست بیمه، رقابت ناسالم و غیر عادلانه،

جدول ۳. ماتریس سنجش روایی واگرا با روش فورنل لاکر

Q	P	O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
																۰/۹۰۵	A
															۰/۸۷۷	۰/۴۸۳	B
														۰/۸۹۸	۰/۳۶۷	۰/۵۷۷	C
													۰/۸۵۸	۰/۵۶۶	۰/۴۰۱	۰/۶۰۱	D
												۰/۹	۰/۶۳۳	۰/۵۹۷	۰/۴۰۶	۰/۵۹۷	E
											۰/۹۱۲	۰/۵۴۱	۰/۶۵۳	۰/۵۸۲	۰/۳۸۹	۰/۶۷۵	F
										۰/۸۸۷	۰/۶۶۹	۰/۵۵۳	۰/۷۱	۰/۶۴۸	۰/۵۱۴	۰/۶۸۲	G
									۰/۸۶۱	۰/۶۳۱	۰/۶۱	۰/۶۴۱	۰/۶۹۱	۰/۶۵۹	۰/۴۷۵	۰/۶۶۴	H
								۰/۸۵۳	۰/۶۶۶	۰/۶۹۳	۰/۵۸۲	۰/۶۷۴	۰/۷۲۴	۰/۷۱۸	۰/۳۹۵	۰/۶۹۴	I
							۰/۸۶۲	۰/۷۵۸	۰/۶۸	۰/۶۷۱	۰/۶۶	۰/۶۲	۰/۷۲۱	۰/۵۹۱	۰/۴	۰/۶۰۹	J
						۰/۹۱۹	۰/۶۰۷	۰/۶۵۵	۰/۶۵۶	۰/۶۲۵	۰/۶۱۹	۰/۶۶	۰/۶۷۲	۰/۶۳۹	۰/۴۸۱	۰/۷۱۹	K
					۰/۸۸۴	۰/۶۹۷	۰/۷۱۲	۰/۷۵۲	۰/۷۰۹	۰/۶۷۵	۰/۶۳۱	۰/۶۵۷	۰/۷۶۱	۰/۶۲۲	۰/۴	۰/۷۴۵	L
				۰/۸۷۴	۰/۷۱۷	۰/۶۲۹	۰/۶۹۷	۰/۷۴۱	۰/۶۵۹	۰/۷۲۹	۰/۶۵	۰/۵۹۵	۰/۶۸۶	۰/۶۲۷	۰/۴۷۷	۰/۶۷۹	M
			۰/۸۳۶	۰/۶۶۵	۰/۵۸۵	۰/۵۳۹	۰/۵۵	۰/۵۸۹	۰/۵۸۱	۰/۵۴۸	۰/۵۸۴	۰/۵۷۵	۰/۵۹۱	۰/۴۸۷	۰/۴۷۹	۰/۵۷۳	N
		۰/۸	۰/۶۲۴	۰/۷۰۱	۰/۶۷۴	۰/۵۸۸	۰/۶۰۱	۰/۶۰۶	۰/۵۶۷	۰/۵۸۴	۰/۵۳۹	۰/۵۶۴	۰/۵۶۸	۰/۵۳۴	۰/۳۶۸	۰/۶۳۴	O
	۰/۸۸۶	۰/۵۶	۰/۵۶۶	۰/۶۱۲	۰/۵۱۲	۰/۴۵	۰/۴۵۸	۰/۵۲۸	۰/۵۱۳	۰/۴۳۲	۰/۴۷۵	۰/۶۴۸	۰/۴۴۶	۰/۴۴	۰/۴۰۹	۰/۴۷۳	P
۰/۷۹۶	۰/۵۴۱	۰/۶۱۱	۰/۵۸۱	۰/۶۷۶	۰/۵۴۵	۰/۵۹۲	۰/۵۵۸	۰/۶۲	۰/۵۵۲	۰/۵۶۵	۰/۴۹۷	۰/۵۰۱	۰/۵۷۴	۰/۵۱۹	۰/۳۴۲	۰/۵۵۷	Q

موجود در مدل است. در یک مدل انعکاسی فرض بر این است که کلیه متغیرهای مشاهده پذیر یک متغیر مکنون با یکدیگر همبستگی بالا و مثبتی داشته باشند و مقادیر بارهای عاملی هر گویه بالای ۰/۷ باشد (هیر و همکاران^۱، ۲۰۱۴). همان طور که مشاهده می شود،

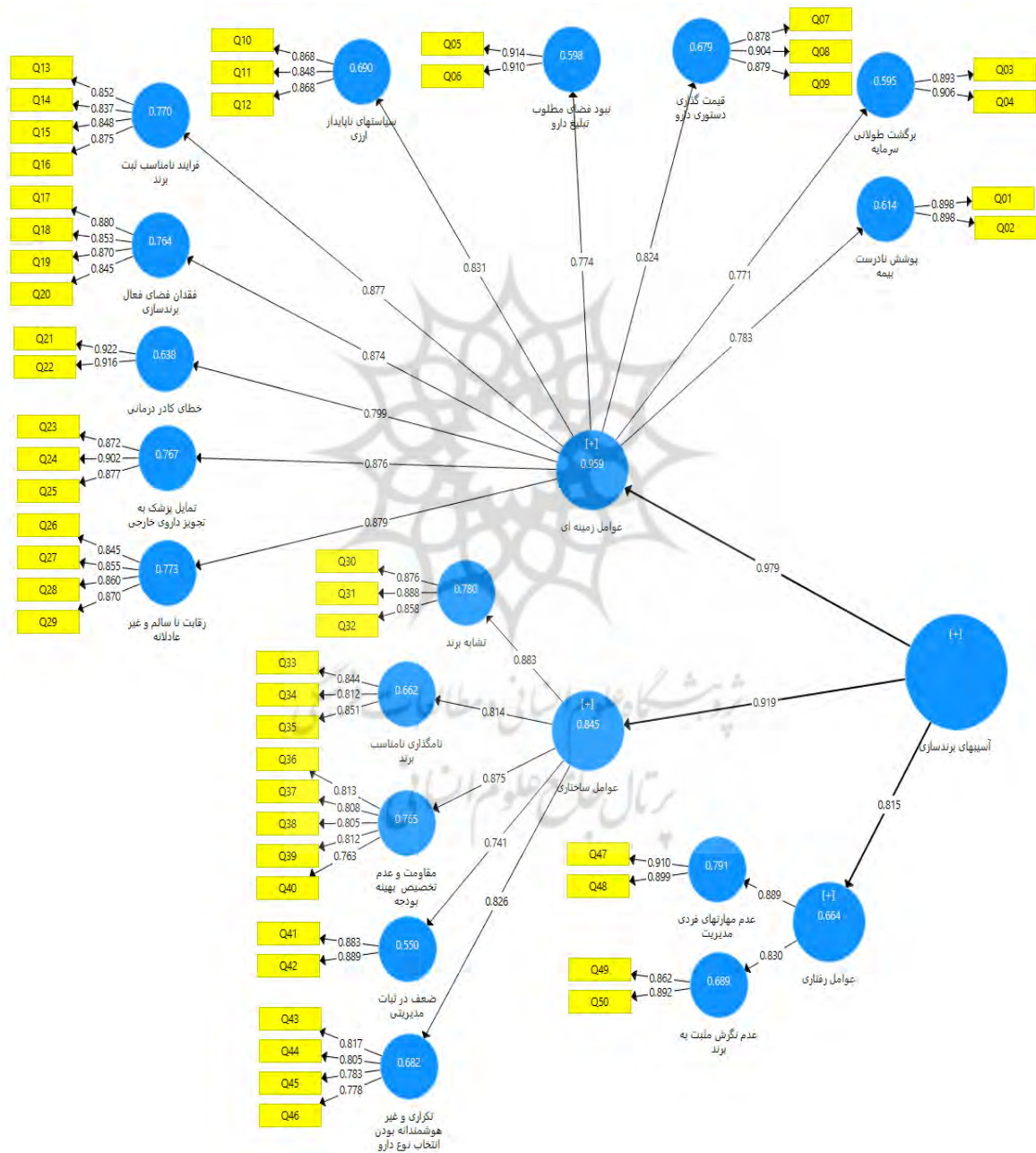
۴-۴ بررسی مقادیر بارهای عاملی و ضرایب معناداری مدل اندازه گیری پژوهش

در آزمون تحلیل عاملی تأییدی نتایج به صورت مقادیری مربوط به بارهای عاملی نشان داده می شود که نشان دهنده شدت تأثیر متغیرها و دیگری مقادیر مربوط به معناداری (t) که نشان دهنده معناداری مسیرهای

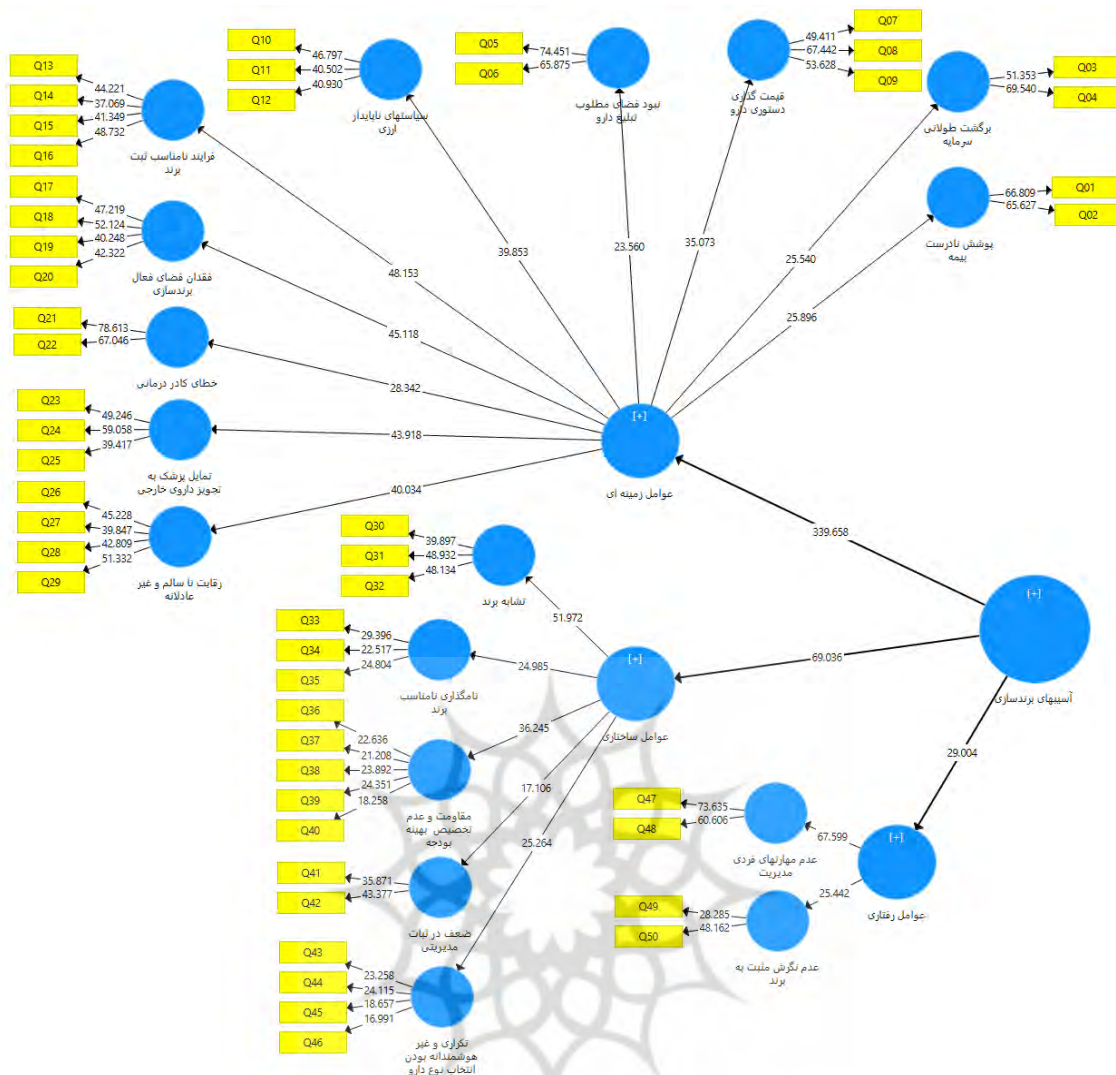
1. Hair, et al.

از ۱/۹۶ باشد، مسیر مربوطه معنادار نیست. براساس نتایج مشاهده شده در شکل ۳ مقادیر t نیز بزرگ تر از ۱/۹۶ بوده است؛ بنابراین مسیر این ابعاد و متغیرهای مرتبط به آن در سطح اطمینان بالایی (۰/۹۵) قرار دارند؛ پس مسیر مربوطه معنادار است. در ادامه، مقادیر مربوط به بارهای عاملی و ضریب معناداری در جدول ۴ نشان داده شده است.

براساس مقادیر بارهای عاملی به دست آمده در شکل ۲ کلیه مقادیر بارهای عاملی هر مؤلفه بالای ۰/۷ است؛ بنابراین هیچ یک از گویه ها براساس فرایند تحلیل عاملی تأییدی در قالب آزمون همگن بودن از مدل پژوهش حذف نمی شود. از طرفی چنانچه قدرمطلق مقدار t بزرگ تر از ۱/۹۶ باشد، مسیر مربوطه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار خواهد بود و اگر این مقدار کوچک تر



شکل ۲. مدل انعکاسی پژوهش در حالت تخمین ضرایب استاندارد



شکل ۳. مدل انعکاسی پژوهش در حالت معناداری ضرایب

جدول ۴. مقادیر بارهای عاملی و ضرایب معناداری

P-Value	مقادیر t	بارهای عاملی	مسیر متغیرها
۰/۰۰۰	۳۳۹/۶۵۸	۰/۹۷۹	آسیب‌های برندسازی ← عامل زمینه‌ای
۰/۰۰۰	۶۹/۰۳۶	۰/۹۱۹	آسیب‌های برندسازی ← عامل ساختاری
۰/۰۰۰	۲۹/۰۰۴	۰/۸۱۵	آسیب‌های برندسازی ← عامل رفتاری
۰/۰۰۰	۶۷/۵۹۹	۰/۸۸۹	عامل رفتاری ← نداشتن مهارت‌های فردی مدیریتی
۰/۰۰۰	۲۵/۴۴۲	۰/۸۳۰	عامل رفتاری ← نبودِ نگرش مثبت به برند
۰/۰۰۰	۲۵/۸۹۶	۰/۷۸۳	عامل زمینه‌ای ← پوشش نادرست بیمه
۰/۰۰۰	۲۵/۵۴۰	۰/۷۷۱	عامل زمینه‌ای ← برگشت طولانی سرمایه

P-Value	مقادیر t	بارهای عاملی	مسیر متغیرها
۰/۰۰۰	۲۳/۵۶۰	۰/۷۷۴	عامل زمینه‌ای ← نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو
۰/۰۰۰	۳۵/۰۷۳	۰/۸۲۴	عامل زمینه‌ای ← قیمت گذاری دستوری دارو
۰/۰۰۰	۳۹/۸۵۳	۰/۸۳۱	عامل زمینه‌ای ← سیاست‌های ناپایدار ارزی
۰/۰۰۰	۴۸/۱۵۳	۰/۸۷۷	عامل زمینه‌ای ← فرایند نامناسب ثبت برند
۰/۰۰۰	۴۵/۱۱۸	/۸۷۴	عامل زمینه‌ای ← نبود فضای فعال برندسازی
۰/۰۰۰	۲۸/۳۴۲	۰/۷۹۹	عامل زمینه‌ای ← خطای کادر درمانی
۰/۰۰۰	۴۳/۹۱۸	۰/۸۷۶	عامل زمینه‌ای ← پذیرش پزشک به تجویز داروی خارجی
۰/۰۰۰	۴۰/۰۳۴	۰/۸۷۹	عامل زمینه‌ای ← رقابت ناسالم و غیرعادلانه
۰/۰۰۰	۵۱/۹۷۲	۰/۸۸۳	عامل ساختاری ← تشابه برند
۰/۰۰۰	۲۴/۹۸۵	۰/۸۱۴	عامل ساختاری ← نام گذاری نامناسب برند
۰/۰۰۰	۳۶/۲۴۵	۰/۸۷۵	عامل ساختاری ← مقاومت و تخصیص نیافتن بهینه بودجه
۰/۰۰۰	۱۷/۱۰۶	۰/۷۴۱	عامل ساختاری ← ضعف در ثبات مدیریتی
۰/۰۰۰	۲۵/۲۶۴	۰/۸۲۶	عامل ساختاری ← تکراری و غیر هوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو

۴-۵ برآزش کلی مدل پژوهش

در این پژوهش به منظور برآزش مدل از شاخص SRMR^۱ استفاده شده است. این شاخص ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده است. مقدار این شاخص کمتر از ۰.۰۱ یا ۰.۰۸ مناسب قلمداد می شود (هوپر و همکاران^۲، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه شاخص مذکور برای آزمون مدل عوامل آسیب ساز برندسازی در صنعت دارو برابر با ۰.۰۸ برآورد شده است، برآزش مدل مذکور قبول و تأیید شدنی است.

۵- جمع بندی و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل شناسایی عوامل آسیب ساز برندسازی در صنعت داروسازی کشور انجام

شده است. بدین منظور پس از بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش، مدل مفهومی پژوهش شناسایی و با تحلیل داده‌های میدانی و با روش مدل سازی معادلات ساختاری هدف پژوهش محقق شد. نتایج آزمون مدل پژوهش، حاکی از تأیید کلیه عوامل آسیب ساز برندسازی شامل عوامل زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری و همچنین تأیید کلیه مؤلفه‌های هر یک از ابعاد مذکور است. بدین ترتیب نتایج مقادیر مسیر بار عاملی و ضرایب معناداری برای عامل زمینه‌ای به ترتیب ۰/۹۷۹ و ۳۳۹/۶۵۸، برای عامل ساختاری به ترتیب ۰/۹۱۹ و ۶۹/۰۳۶ و در نهایت برای عامل رفتاری به ترتیب ۰/۸۱۵ و ۲۹/۰۰۴ تعیین شده است.

پس بنابر نتایج، از آزمون مدل این پژوهش، اساسی ترین عامل های آسیب ساز به ترتیب در بعد زمینه‌ای سپس در بعد ساختاری و سرانجام در بعد

1. Standardized Root Mean Square Residual
2. Hooper et al.

محصول (رنگ، طرح، اندازه) از جمله شرایط علی اثرگذار بر برندسازی موفق برشمرده شده است و با مؤلفه تشابه برند در بُعد ساختاری پژوهش حاضر همخوان است. نتایج بررسی این مؤلفه در هر دو پژوهش نیز مثبت ارزیابی شده است.

۲. مقاومت و تخصیص ندادن بهینه بودجه: در پژوهش بروجنی و همکاران (۱۳۹۲) نبود برند گردشگری ایران به وسیله متغیرهای مستقل (زیر ساخت‌های برند، خدمات ابتدایی، روابط مصرف‌کنندگان و ارتباطات رسانه‌ای) و متغیر وابسته (هسته برند/شخصیت، موقعیت‌یابی و تعهد) بررسی شده است. در این پژوهش، کارکرد ناهینه برند را ناشی از زیرساخت‌های برند و زیرشاخه آن یعنی نبود سرمایه‌گذاری کافی بیان کرده است که با مؤلفه تخصیص نیافتن بهینه بودجه در بُعد ساختاری پژوهش حاضر سازگار است و نتایج بررسی آن در هر دو پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است.

همچنین در پژوهش صیدی‌فر و همکاران (۲۰۱۵) مؤلفه نبود بودجه کافی در تحقیق و توسعه، بسیار در صادرات محصولات موفق دارویی تأثیرگذار بوده و مقایسه نتایج این مؤلفه در هر دو پژوهش پذیرش شده است.

۳. ضعف در ثبات مدیریتی، ۴. نام‌گذاری نامناسب برند و ۵. تکراری بودن انتخاب نوع دارو: این مؤلفه‌ها در پژوهش محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) از اساسی‌ترین آسیب‌های برندسازی در صنعت داروسازی ایران اطلاق می‌شوند که نتایج آنها کاملاً هم‌راستا و مطابق با نتایج آزمون این پژوهش بوده و پذیرش شده است.

در ادامه به مقایسه و تحلیل نتایج این پژوهش در بُعد رفتاری می‌پردازیم:

۱. نبود نگرش مثبت به برند: در پژوهش کهیاری حقیقت و همکاران (۱۳۹۷) مؤلفه‌های الگوی افول برند

رفتاری قرار گرفته است. همچنین نتایج مقادیر بارهای عاملی و مقادیر معناداری نشان می‌دهد هر سه بُعد از عوامل آسیب‌ساز برندسازی (زمینه‌ای و ساختاری و رفتاری) با کلیه مؤلفه‌های فرعی خود از همبستگی بالا و مثبتی برخوردارند و نه تنها هیچ‌یک از مؤلفه‌ها از مدل کلی پژوهش حذف نمی‌شوند، مدل کلی پژوهش نیز از برآزش مطلوبی بهره‌مند و تأییدشدنی است.

بر این اساس، الویت بندی متغیرها در بعد زمینه‌های به ترتیب شامل ۱. رقابت ناسالم و غیرعادلانه، ۲. فرایند نامناسب ثبت برند، ۳. تمایل پزشک به تجویز داروی خارجی، ۴. نبود فضای فعال برندسازی، ۵. سیاست‌های ناپایدار ارزی، ۶. قیمت‌گذاری دستوری دارو، ۷. خطای کادر درمانی، ۸. پوشش نادرست بیمه، ۹. نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو و ۱۰. برگشت طولانی هستند و در بُعد ساختاری به ترتیب مؤلفه‌های ۱. مقاومت تخصیص ندادن بهینه بودجه، ۲. تشابه برند، ۳. تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو، ۴. نام‌گذاری نامناسب برند و ۵. ضعف در ثبات مدیریتی بیشترین سهم را در نقش مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی به خود اختصاص داده‌اند و در نهایت در بُعد رفتاری مؤلفه‌های ۱. نداشتن مهارت‌های فردی مدیریتی و ۲. نبود نگرش مثبت به برند نیز به ترتیب اثرگذارترین مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی کشور قلمداد می‌شوند.

در خصوص رد یا پذیرش و مقایسه و تحلیل نتایج این پژوهش با تحقیقات گذشته، نخست مؤلفه‌های آسیب‌ساز در بُعد ساختاری این پژوهش بررسی می‌شوند: ۱. تشابه برند: در پژوهش عزیززی و همکاران (۱۳۹۶) مؤلفه‌های الگوی برند موفق در صنعت کاشی در قالب شرایط علی، مداخله‌گر و زمینه‌ای شناسایی شدند که مؤلفه تقلیدپذیری زیاد در ویژگی‌های ظاهری

که در پژوهش محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) مهم‌ترین آسیب‌های برندسازی در صنعت دارو شناسایی و بررسی شده‌اند و نتایج همگی آنها کاملاً با نتایج آزمون این پژوهش همسوست و پذیرش شده‌اند.

گفتنی است بنابه شرایط و ویژگی‌های خاصی که صنعت داروسازی نسبت به سایر صنایع دارد و به‌وضوح در پیشینه پژوهش نیز به آن پرداخته شده است، برخی از مؤلفه‌های آسیب‌ساز برندسازی به‌خصوص در بعد زمینه‌ای این پژوهش مختص این صنعت بوده و با پژوهش محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) منطبق بوده است و در پایان، می‌توان گفت نتایج آزمون یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مطالعات گذشته سازگار است.

در همین راستا پیشنهادهای کاربردی مستخرج از نتایج این پژوهش برای هر یک از مؤلفه‌ها که به‌ترتیب در سه دسته عوامل ساختاری، رفتاری و زمینه‌ای طبقه‌بندی شده‌اند، ارائه می‌شود:

۱. پیشنهادهای مربوط به مؤلفه‌های بعد ساختاری پژوهش:

- برای ممانعت از شباهت برندها پیشنهاد می‌شود که شرکت‌های تولیدکننده دارو در انتخاب ویژگی‌های ملموس برند: نام، نشان، طرح، رنگ، بسته‌بندی و ... به‌شدت متمرکز، متفاوت و متمایز عمل کنند تا رقبا نتوانند نسخه‌برداری و تقلید کنند. از طرفی، در راستای ایجاد و تقویت جنبه‌های ناملموس برند به‌سرعت فعالیت‌های بازاریابی مناسب با آن به کار گرفته شود.

- به‌منظور نام‌گذاری مناسب برند برای داروها توصیه می‌شود شرکت‌های داروسازی از ضوابط نام‌گذاری برندهای دارویی پیروی کنند و پیش از انتخاب نام برند، نظرات متخصصان و پزشکان آن زمینه را جویا شوند تا مناسب‌ترین نام انتخاب و از اعتماد نسبی پزشکان نیز بهره‌مند شوند.

در صنعت مواد غذایی در دو دسته عوامل سازمانی و محیطی شناسایی شده است که مؤلفه نگرش هزینه‌ای به برند و نه سرمایه‌ای که از عوامل سازمانی تأثیرگذار بر افول برند در صنعت مواد غذایی به‌شمار می‌رود، با مؤلفه نداشتن نگرش مثبت به برند در این پژوهش همسو بوده و نتایج بررسی آن در هردو پژوهش نیز مورد قبول ارزیابی شده است.

۲. مؤلفه نداشتن مهارت‌های فردی مدیریتی: در پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۸) مؤلفه صلاحیت علمی مدیران که یکی از پیشران‌های مؤثر در برندسازی محصولات صنعتی است، با مؤلفه نبود مهارت‌های فردی مدیریتی این پژوهش هماهنگی داشته و نتایج آزمون آن در هردو پژوهش تأیید و پذیرش شده است.

درنهایت، تطبیق نتایج مؤلفه‌های این پژوهش در بُعد زمینه‌ای بررسی می‌شود:

۱. سیاست‌های ناپایدار ارزی: این مؤلفه با پژوهش کهبیاری حقیقت و همکاران (۱۳۹۷) هم‌خوان است و از جمله عوامل محیطی تأثیرگذار بر انحلال برند در صنعت مواد غذایی شناسایی و مطرح شده است که نتایج بررسی آن در هردو پژوهش مثبت و قابل قبول است.

۲. برگشت طولانی سرمایه: این مؤلفه هم‌راستا با مؤلفه محدودیت‌های نقدینگی شرکت و از جمله شرایط مداخله‌گر در برندسازی موفق در صنعت کاشی در پژوهش عزیززی و همکاران (۱۳۹۶) است که نتایج بررسی آن در موضوع هردو پژوهش تصدیق شده است.

۳. پوشش نادرست بیمه، ۴. نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو، ۵. قیمت‌گذاری دستوری دارو، ۶. فرایند نامناسب ثبت برند، ۷. خطای کادر درمانی، ۸. پذیرش و تمایل پزشک به تجویز داروی خارجی، ۹. رقابت ناسالم و غیرعادلانه و ۱۰. نبود فضای فعال برندسازی همگی از موارد آسیب‌ساز برندسازی در صنعت داروسازی است

شرکت‌های موفق دارویی در این زمینه را مدنظر قرار داده و با کمک دانش و علم روز برندسازی، آگاهی خود را افزایش دهند تا این نگرش به سمت مثبت معطوف شود. ۳. پیشنهادهای مربوط به مؤلفه‌های بعد زمینه‌ای پژوهش:

- در خصوص مؤلفه آسیب‌ساز پوشش نادرست بیمه به سازمان‌های بیمه‌گر توصیه می‌شود تا حد توان، سقف پوشش بیمه‌ای برای آن دسته از تولیدکنندگانی که دغدغه تولیدشان داروی باکیفیت و پاسخ به نیازهای واقعی جامعه است، معقول‌تر و بیش از حال حاضر در نظر گرفته شود و این حمایت ادامه‌دار باشد و اصولی به آن پرداخته شود.

- به‌منظور جلوگیری از برگشت طولانی سرمایه شرکت‌های داروسازی به نهادهای مرجع پیشنهاد می‌شود با اجرای سازوکارهایی دقیق و برنامه‌ریزی شده مدت وصول پرداختی‌ها را کوتاه‌تر و ادامه‌دار کنند؛ به طوری که دغدغه تولیدکننده مربوط به کمبود نقدینگی کنار رود.

- در زمینه نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو به سازمان غذا و دارو پیشنهاد می‌شود الگوی اجرایی کشورهای دیگر در خصوص تبلیغ آزادانه داروهای بدون نسخه در رسانه‌ها و یا سایر وسایل ارتباط جمعی را مدنظر قرار دهند و در صورت امکان به تولیدکنندگان برندهای دارویی کشور تعمیم داده شود.

- درباره قیمت‌گذاری دستوری دارو به سازمان غذا و دارو پیشنهاد می‌شود در صورت امکان سیاست‌های قیمت‌گذاری خود را بازنگری کنند و هزینه‌های برندسازی که دغدغه بسیاری از تولیدکنندگان داخلی است تا حد چشمگیری در قیمت‌گذاری داروها لحاظ شود.

- در زمینه سیاست‌های ناپایدار ارزی به دولت و نهادهای وابسته توصیه می‌شود با کنترل و نظارت

- در راستای تخصیص بهینه بودجه پیشنهاد می‌شود آن دسته از شرکت‌های داروسازی که از لحاظ اندازه و سرمایه کوچکند و توانایی و بودجه کافی برای ایجاد برندهای موفق دارویی را ندارند، به شرکت‌های مادر خصوصی ملحق شوند تا از منافع حاصل از سرمایه‌گذاری برند از جمله رسیدن به سود بلندمدت، شناخته‌شدن و کسب اعتماد عمومی بهره‌مند شوند.

- به‌منظور رفع موانع برندسازی ناشی از بی‌ثباتی مدیریتی به مدیران و تصمیم‌گیرندگان اصلی شرکت‌های داروسازی توصیه می‌شود ارتباط و تعامل مستمری با متخصصان علمی و دانشگاهی در امر بازاریابی و برندسازی برقرار سازند و از سبک مدیریت نوین و موفق الگوبرداری و استفاده کنند.

- در باب رفع موانع برندسازی متأثر از تکراری و هوشمندانه نبودن انتخاب نوع محصول به شرکت‌های داروسازی کشور پیشنهاد می‌شود در این باره نگاهی تیزبینانه و مدبرانه کنند و روی تحقیق و توسعه داروهای نیاز آتی بازار تمرکز کنند؛ برای مثال، با توجه به اینکه بیماری‌های گوارشی و تنفسی در کشور در حال افزایش است پیشنهاد می‌شود شرکت‌های تولیدکننده دارویی کشور برای رفع نیازهای این بخش از بازار پیش‌قدم شوند.

۲. پیشنهادهای مربوط به مؤلفه‌های بعد رفتاری پژوهش:

- برای رفع آسیب‌های برندسازی بر اثر نبود مهارت‌های فردی مدیریتی به صاحبان اصلی شرکت‌های داروسازی پیشنهاد می‌شود در جذب و انتخاب منصب‌های کلیدی شرکت، مدیران مسئولیت‌پذیر و دارای توانمندی‌های فردی و تجربه و مهارت مرتبط با برندسازی و بازاریابی را در اولویت بگذارند.

- در زمینه مؤلفه آسیب‌ساز نبود نگرش مثبت به برند به مخاطبان این امر پیشنهاد می‌شود تجربه زیسته

نظارت دقیق حمایت‌های خود را از تولید داروی با کیفیت داخل به‌طور جد در دستور کار قرار دهند. از جمله محدودیت این پژوهش می‌توان به محدودیت امکان به کارگیری روش نمونه‌گیری به‌شکل سرشماری اشاره کرد. نظر به اینکه جامعه آماری این پژوهش، کارشناسان بازاریابی شرکت‌های داروسازی عضو اتحادیه صاحبان دارویی کشور هستند؛ بنابراین از لحاظ زمانی، مالی و مکانی این امکان برای محقق فراهم نبود که به همه کارشناسان مذکور دسترسی داشته باشد و به توزیع پرسشنامه و دریافت پاسخ‌نامه‌ها مبادرت کند. بنابراین به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود کمبود ناشی از روش نمونه‌گیری این پژوهش را مدنظر قرار دهند و در پژوهش‌های خود در صورت امکان از روش سرشماری بهره‌برداری کنند.

منابع

۱. امیرشاهی، میر احمد؛ حقیقی‌نسب، منیژه؛ حبیبی، اعظم و احمدیانی، ابوالحسن (۱۳۸۸). امکان سنجی استفاده از نام تجاری در صنعت داروسازی ایران. پژوهنده، ۶۸، ۹۹-۱۰۸.
۲. اخلاصی، امیر (۱۳۹۶). اصول برندسازی با رویکرد ارتباطات یکپارچه بازاریابی. چاپ سوم، تهران: نشر علمی.
۳. بروجنی، حمید و بارزانی، هلیا (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی برند گردشگری ایران. تحقیقات بازاریابی نوین، ۳(۱)، ۶۳-۸۰.
۴. تحسیری، علیرضا (۱۳۹۳). ضرورت ایجاد برند در صنعت داروسازی کشور. نشریه رازی، ۳، ۲۵-۳۵.
۵. شریفانی، احمدعلی و زاهدی، محمدحسین (۱۳۹۰). بررسی تطبیقی استفاده از نام تجاری در محصولات دارویی در مقایسه با محصولات مصرفی. نشریه

لحظه‌ای مانع از روند صعودی نرخ ارز شوند. افزون بر این، مجازاتی سنگین و برخورد جدی برای قانون شکنان و سبب‌سازان این شرایط در نظر گرفته شود و اسبابی امن به دور از هر مخاطره‌ای برای فعالان اقتصادی از جمله تولیدکنندگان صنعت مهم دارو فراهم آورند.

- به منظور جلوگیری از فرایند نامناسب ثبت برند به سازمان غذا و داروی کشور پیشنهاد می‌شود نرم‌افزاری تخصصی از برندهای دارویی برای بررسی و تطبیق دقیق برندها و جلوگیری از تداخل آنها طراحی کنند. همچنین بازه زمانی برند برای ثبت و پیگیری آسان و کوتاه شود. - در خصوص نبود فضای فعال برندسازی به دولت و نهادهای مرتبط با آن پیشنهاد می‌شود بسترهای لازم برای حضور بخش خصوصی یعنی واگذاری شرکت‌های شبه‌دولتی به بخش خصوصی بیش از پیش فراهم آید؛ به طوری که سیل سرمایه‌گذاری‌های ریسک‌پذیر و هدایت‌شده در جهت تحقیق و توسعه و تولید داروهای جدید سرازیر شود و شاهد رونق داروهای برند داخل و مزایایی حاصل از آن باشیم.

- به منظور جلوگیری از خطای کادر درمانی پیشنهاد می‌شود سازمان غذا و داروی کشور با سخت‌گیری در انجام پروتکل‌های اجرایی و همین‌طور الزام همکاری بیمارستان‌ها با شرکت‌های داروسازی در برگزاری دوره‌ای جلسات آموزشی نسبت به شناسایی و یادآوری برند‌های دارویی مبادرت ورزند.

- در زمینه تمایل پزشک به تجویز داروی خارجی به شرکت‌های داروسازی پیشنهاد می‌شود که با تولید داروی با کیفیت (اثربخشی زیاد و عوارض جانبی کمتر) و همچنین ارتباطات مؤثر با پزشکان در جهت جلب اعتماد آنان تلاش کنند.

- به منظور جلوگیری از رقابت ناسالم و غیرمنصفانه پیشنهاد می‌شود سازمان‌های تصمیم‌گیرنده علاوه بر

۱۳. محمدیان، محمود؛ ناصحی، وحید؛ صحت، سعید و باقلی، طیبه. (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت داروسازی ایران. *مجله چشم‌انداز مدیریت بازرگانی*، ۳۷، ۱۴۴-۱۲۷.
۱۴. Alkhateeb, F., Khanfar, N., & Clauson, K. (2009). Characteristics of physicians who frequently see pharmaceutical sale representative. *Journal of Hospital Marketing and Public Relation*, 19 (1), 2-14.
۱۵. Blackett, T. & Harrison, T. (2001). Branding medicine: Use and future potential of branding in pharmaceutical markets. *International Journal of Medical Marketing*, 2(1), 33-49.
۱۶. Dogramatizis, D. (2002). *Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide*. Florida: CRC Press.
۱۷. Fornel, C. & Lacker, D. (1981). Evaluating Structural equation models with unobservable variable and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
۱۸. Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M. & Sarsted, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling*. Sage, Thousand Oaks: CA.
۱۹. Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen. M. (2008). Structural equation modeling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
۲۰. Henseler, J., Hubona, G. & AshRay, P. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: Updated guidelines. *Journal of Industrial Management & Data Systems*, 116(1), 2-20.
۲۱. Jayasooria, T. D. & Samarasinghe, G. D. (2019). Determinants towards doctors' prescribing intention of branded medicines: A case of antibiotics in the Sri Lankan pharmaceutical industry. *SriLanka Journal of Management Studies*, 1(1), 129-146.
۲۲. Kapferer, J. N. (2008). *The New Strategic Brand Management* (4thed). London: MPG books Ltd.
۲۳. Moss, G. (2007). What can the pharmaceutical world learn from consumer branding practice? *Journal of Medical Marketing*, 7(4), 315-320.
۲۴. Moss, G. (2008). Marketing master class
- راز، ۱۱، ۵۰-۴۰.
۶. طهماسبی‌فرد، حمید و خیری، بهرام (۱۳۹۷). مفهوم‌سازی اسکیزوفرنی برند و شناسایی پیامدهای آن با استفاده از رویکرد کیفی داده‌بنیاد. *تحقیقات بازاریابی نوین*، ۸(۱)، ۵۶-۳۵.
۷. عزیزی، شهریار؛ قره‌چه، منیژه و براتی، ابوالفضل (۱۳۹۶). برند موفق در صنعت کاشی و سرامیک با رویکرد نظریه داده‌بنیاد. *مدیریت بازرگانی*، ۹(۴)، ۸۰۷-۸۲۶.
۸. کهیاری حقیقت، امین؛ فیض، داوود؛ آذر، عادل؛ زارعی، عظیم و دهدشتی، زهره (۱۳۹۷). ارائه الگوی افول برند در صنعت مواد غذایی. *چشم‌انداز مدیریت بازرگانی*، ۳۴(۶۷)، ۷۱-۸۹.
۹. کهیاری حقیقت، امین؛ کهیاری حقیقت، کوروش و محمدی حسینی، سید احمد (۱۳۹۸). نوآوری بازاریابی و عملکرد برند شرکت‌های برتر داروسازی در سال ۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸(۹)، ۹۲۰-۹۰۹.
۱۰. مظلومی، نادر؛ افجه‌ای، علی‌اکبر و بیات، سمیه (۱۳۹۷). اثرات متقابل برندسازی کارفرما در صنعت فناوری اطلاعات. *مدیریت برند*، ۱۳، ۱۰۷-۸۱.
۱۱. مدنی، حسام‌الدین؛ شاه‌حسینی، محمدحسین و خمسه، عباس (۱۳۹۰). تأثیر طرح ژنریک بر توسعه توانمندی‌های فناوری. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱، ۳۱-۲۳.
۱۲. موسوی، سید نجم‌الدین؛ غفوریان شاگردی، امیر و شریعت‌نژاد، علی (۱۳۹۸). شناسایی و تبیین پیشران‌های مؤثر در برندسازی تجاری محصولات صنعتی استان لرستان. *تحقیقات بازاریابی نوین*، ۹(۳)، ۱۰۱-۱۲۰.

10, 40-46.

- brand domination vs brand decline. *Journal of Medical Marketing*, 8(4), 287-292.
25. Potgieter, A. & Doubell, M. (2018). Authentic personal branding is not your social media page. *Journal of Contemporary Management*, 9(4), 1-13.
 26. Ringle, C. M., Sarstedt, M. & Schlittgen, R. (2014). Genetic algorithm segmentation in partial least squares structural equation modeling. *OR Spectrum*, 36(1), 251-276.
 27. Ruchika, A. & Prasad, A. (2019). Untapped relationship between employer branding, anticipatory psychological contact and intent to join. *Journal of Global Business Review*, 20(1), 194-213.
 28. Seyedifar, M. Nikfar, S., AbdollahiAsl, A., Rasekh, H., Ehsani, A. & Kebriaeezadeh, A. (2015). An evaluation of policies and procedures of successful pharmaceutical exporters and the comparison of Iranian counterpart policy. *Journal of Pharmacoconomics and Pharmaceutical Management*, 1(2), 39-44.
 29. Schuiling, I. & Moss, G. (2004). A brand logic for pharma? A Possible strategy based on FMCG experience. *International Journal of Medical Marketing*, 4(1), 55-62.
 30. Schuiling, I. & Moss, G. (2004). How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast moving consumer good doctor? *Journal of Brand Management*, 11 (5), 366-380.
 31. Suraj, K. S., Tony, P. & Rebin, K. R. (2019). Consumer buying behavior and attitude towards pharmaceuticals. *International Journal of Research in Pharmaceutical Science*, 10(4), 3392-3397.
 32. Seyedghorban, Z., Matanda, M. J. & Laplaca, P. (2016). Advancing theory and knowledge in the business to business branding literature. *Journal of Business Research*, 69(8), 2644-2677.
 33. Memisoglu, M. (2018). Branding of prescription and non-prescription drugs. *Journal of Acta Pharmaceutica Scientia*, 56(1), 21-36.
 34. Thomas, S. & Kohli, C. (2009). A brand is forever! A framework for revitalizing declining and dead brands. *Journal of Business Horizons*, 52, 377-386.
 35. Ziai, M. & Beer, B. (1990). Making business sense of science with rational during design. *Pharmaceutical Executive*,