

چشم‌انداز مدیریت بازرگانی
سال هجدهم، شماره ۳۷، پیاپی ۷۰، بهار ۱۳۹۸
شاپای چاپی: ۶۰۵۰-۲۲۵۱، شاپای الکترونیکی: ۴۱۴۹-۲۶۴۵
صص ۱۲۷-۱۴۴

آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت دارویی ایران

محمود محمدیان*، وحید ناصحی فر**، سعید صحت***، طیبه باقلی****

چکیده

بررسی مشکلات و عوامل آسیب ساز برندسازی، اهمیت بسزایی در ایجاد، گسترش، موفقیت و پایداری برندهای دارویی ایفا می‌کند. تمرکز سنتی بر تولید، بازاریابی و فروش داروهای ژنریک سبب عدم تحرک کافی در برندسازی و به تبع آن برندسازی حرفه‌ای و عدم بهره‌گیری از مزایای آن در صنعت داروسازی کشور بوده است. هدف پژوهش حاضر، شناسایی و تعیین مؤلفه‌های آسیب ساز برندسازی و اهمیت و اولویت‌بندی آن‌ها از طریق تکنیک دلفی در دو بخش کیفی و کمی است؛ بدین منظور از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته با ۱۶ نفر از متخصصان و خبرگان حوزه بازاریابی و برندسازی صنعت داروسازی کشور و استفاده از روش تحلیل محتوا، ۵۳ مفهوم استخراج شد که در ۱۷ مؤلفه اصلی مقوله‌بندی شدند؛ سپس با بهره‌گیری از نظریه سه‌شاخکی هر یک از مؤلفه‌ها بر اساس ویژگی‌هایشان در سه بُعد زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری طبقه‌بندی شدند. اولویت‌بندی آسیب‌ها با کسب نظر خبرگان در طی سه دور دلفی اعتبارسنجی و الگوی نهایی پژوهش طراحی و محقق شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیشترین عوامل آسیب ساز در بُعد زمینه‌ای و سپس به ترتیب در بُعد ساختاری و رفتاری قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: برندسازی؛ آسیب‌شناسی؛ ابعاد سه‌شاخکی؛ صنعت داروسازی؛ ایران.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رژیم جامع علوم انسانی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۷، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۲۰.

* دانشیار، گروه مدیریت دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

Email: mohammadiann@gmail.com

** دانشیار، گروه مدیریت، دانشگاه علامه طباطبائی.

*** دانشیار، گروه مدیریت دانشگاه علامه طباطبائی.

**** دانشجوی دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.

۱. مقدمه

سازمان‌های تجاری، اعم از تولیدکنندگان و خدمات، اهمیت نقش برندسازی در پیشرفت کسب‌وکار خود را به رسمیت شناخته‌اند. با توجه به درک روبه رشد نام تجاری به‌عنوان ابزاری برای ایجاد مزیت رقابتی از طریق مزایای ملموس و ناملموس هیچ‌یک از سازمان‌ها نمی‌توانند از مزایای نام تجاری چشم‌پوشی کنند (آنابیل و آونیوویتور^۱، ۲۰۱۴). با توجه به شکست ابزارهای سنتی ترفیع و تغییرات اخیر در سیاست‌ها و مقررات دولتی، شرکت‌های داروسازی باید به‌منظور کسب سهم بیشتر و ورود به دنیای رقابت جهانی با بهره‌گیری از یک برنامه‌ریزی مناسب به ایجاد «تمایز» از رقبا بپردازند و برای کسب موفقیت‌های برتر تلاش کنند. در همه صنایع از نام تجاری به‌عنوان یک اهرم رقابتی استفاده می‌شود و هیچ دلیلی برای عدم استفاده از آن در صنعت داروسازی وجود ندارد (شولینگ و موس^۲، ۲۰۰۴). صنعت داروسازی پس از انقلاب اسلامی در حالی به کار خود ادامه داد که متولیان بخش دارو تصمیم گرفتند نظام ژنریک (داروهایی که به دلیل خاتمه یافتن مدت‌زمان تولید انحصاری نوع تجاری اولیه آن‌ها، از تولید انحصاری نوع تجاری اولیه آن‌ها خارج شده و توسط تولیدکنندگان متعددی که شرایط و ضوابط لازم تولید فرآورده‌های دارویی را مطابق مقررات ملی کشور دارند، قابل تولید است) را جایگزین نظام برند کنند (امیرشاهی و همکاران، ۱۳۸۸). نتیجه این اقدام کاهش قدرت رقابت‌پذیری شرکت‌های داروسازی و همچنین ابداع و نوآوری مدیران دارویی بود. در حال حاضر نیز با اینکه داروهای برند-ژنریک در کنار داروهای ژنریک اجازه تولید یافته‌اند، اما مقررات تبعیض‌آمیز دارویی کشور و عدم پشتیبانی شرکت‌های بیمه‌گر در ارائه و پوشش داروهای برند و برند-ژنریک در مقابل ژنریک، عملاً به بی‌رغبتی تولیدکنندگان در ورود به عرصه تولید داروهای برند-ژنریک دامن زده و به مانعی جدی بر سر راه تولید آن و گام‌نهادن در مسیر تولید داروهای برند تبدیل شده است (تحسیری، ۱۳۹۳)؛ از طرف دیگر تحولات ایجادشده در شرایط محیطی و جهانی تهدیدهای جدیدی را در راه کسب موفقیت‌های شرکت‌هایی دارویی ایجاد کرده است. صنعت داروسازی ایران، در مواجهه با رفع وابستگی به بودجه دولت، بالا رفتن سطح آگاهی مصرف‌کنندگان و افزایش مستمر انتظارات آن‌ها برای بهبود کیفیت و نیز تشدید رقابت به چالش طلبیده شده است؛ بنابراین به‌کارگیری نام تجاری در شرکت‌های داروسازی ایران که با آزادسازی تدریجی و خصوصی‌سازی در چشم‌انداز الحاق به سازمان تجارت جهانی و در نتیجه رقابت شدید داروهای وارداتی در کنار داروهای ژنریک تولید داخل روبه‌رو است، ضروری و اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (امیرشاهی و همکاران، ۱۳۸۸). علیرغم اینکه برندسازی در شرایط خاص بازار دارویی کشور بسیار حائز اهمیت است

1. Anabila & Awunyo-vitor

2. Schuilng & Moss

اما حقیقتاً شرایط موجود حاکی از رضایت‌بخش نبودن وضعیت شرکت‌های داروسازی در به‌کارگیری این اهرم رقابتی است. اگرچه تلاش‌های برخی از شرکت‌های داروسازی بسیار ارزشمند است، اما شواهد تجربی زیادی نشان از کم‌توجهی و بی‌رغبتی شرکت‌های تولیدکننده دارو به مقوله برندسازی دارد. بی‌شک ایجاد تمایز کیفی، مستلزم نگاهی برند محور از سوی صاحبان و تصمیم‌گیرندگان این صنعت است. تفاوت‌های نگرشی و تکیه و تمرکز بر فعالیت‌های سنتی باعث عدم پویایی لازم در بهره‌گیری از مزایای برندسازی بوده است که علت‌های متفاوتی وضعیت موجود را رقم زده‌اند. در این پژوهش سعی بر آن است که با بررسی وضع موجود برندسازی شرکت‌های داروسازی کشور، چالش‌ها، موانع و عوامل آسیب ساز برندسازی در سه بُعد زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری شناسایی، تعیین، اولویت‌بندی و تصویر کاملی از آن‌ها ترسیم شود تا زمینه اجرای موفق و کارآمد برندسازی فراهم آید و باعث تحقق و ارتقای وضعیت مطلوب، غنای محتوی پژوهش و ظرفیت کاربردی آن شود.

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

برندسازی و فرآیند آن در صنعت داروسازی. برندسازی دارویی، فرآیندی را توصیف می‌کند که در آن شرکت‌ها تلاش می‌کنند یک ترکیب شیمیایی فعال را به بسته قابل‌شناسایی از ارزش‌های نام تجاری تبدیل کنند، این ارزش‌ها مانند اثربخشی، اعتماد و سایر ارتباطات عاطفی به اهرم‌های مهمی تبدیل شده‌اند که از طریق آن بازاریابان دارویی به دنبال سهم بازار بیشتر و وفاداری در فضای رقابتی بازار هستند (سگت، ۲۰۰۶). به‌طور کلی سه نوع برند در صنعت دارویی قابل‌تمییز است (موس، ۲۰۱۱): ۱. برند شرکت: در این شرایط اسم شرکت برند می‌شود. در بازار دارو، نام تجاری شرکت، نقش مهمی دارد و ارزش نام تجاری شرکت با عملکرد اخلاقی، اعتبار بالا و همچنین کیفیت محصولات و پژوهش‌ها افزایش می‌یابد. اسم شرکت داروسازی به‌عنوان یک برند به توجه پذیرش محصول خواهد منجر شد. ایمنی، تجربه و تخصص، حرفه‌ای بودن و شهرت همگی عناصر برند شرکت هستند. نام تجاری شرکت، بلیتی برای تضمین وفاداری پزشک و مشتری است (دلر، ۲۰۰۴): ۲. برند کلاس درمانی: در داروسازی با تمرکز بر رده بیماری خاص فرصتی برای نام‌گذاری یک کلاس درمانی وجود دارد که در این صورت هر دارو برای منطقه درمانی خاصی از بدن انسان ساخته شده است که هدف آن ایجاد هم‌افزایی از طریق چندین محصول در یک دسته است؛ ۳. برند محصول: برند محصول به خط محصول و نه به شرکت ارتباط دارد و وضعیتی را تشریح می‌کند که در آن هر محصول، برند خاص خود را دارد.

از دیدگاه مالون (۲۰۰۴)، فرآیند برندسازی در صنعت داروسازی شامل ۵ گام اساسی است: گام نخست: تجزیه و تحلیل نام تجاری: لازم است شرکت همه چیز را در مورد برندینگ بداند و این تنها راه حل برای شناخت مخاطبان هدف است؛ گام دوم: چاپ برند: مرحله تمایز برند است. در این مرحله، گروه برندینگ باید بفهمد چرا مخاطبان باید باور کنند که محصول آن‌ها تنها راه حل است؛ گام سوم: صورت (شکل) برند: بخش خلاق فرآیند برندسازی است. گروه برندینگ به محصول شخصیت می‌دهد. صورت برند، چگونگی بسته بندی و ارائه محصول است؛ گام چهارم: فرهنگ برند: فرهنگ معنوی است که بخش مهم دارایی شرکت را تشکیل می‌دهد؛ گام پنجم: بررسی برند: اجرای پژوهش‌های قابل سنجش توسط گروه برند برای مشخص کردن اینکه واقعاً چگونه محصول در بازار پذیرفته شده است و آیا مطابق باهدف شرکت است یا خیر؟ (لادها، ۲۰۰۵).

مزایا و منافع تعیین نام تجاری و داروهای برند دار. برند به عنوان ارزشمندترین دارایی ناملموس هر سازمانی به دلیل مزیت‌های بسیاری که ایجاد می‌کند، نقش مهمی در موفقیت سازمانی و برقراری ارتباط دارد (قلی پور و همکاران، ۱۳۹۴). سیاست برندسازی دارویی مزایای مستقیمی برای تولیدکننده، بیمار، تجویزکنندگان و سایر ذی‌نفعان دارویی به همراه خواهد داشت. این مزایا شامل مزایای رقابتی، بخش‌پذیری ساده‌تر، بازاریابی جهانی، وفاداری مشتری، بسته‌بندی محصول، توسعه راحت‌تر خط، کارایی، اعتماد، احساس خوب، اطلاعات بیشتر، ارتباط مشتری و پشتیبانی مالی است (دوگراماتزیس، ۲۰۰۲). اگر یک شرکت بتواند با یک برند محصول دارویی ارزش ویژه برند ایجاد کند. هم برای مشتری و هم برای خود ارزش افزوده ایجاد کرده است. مشتری (پزشک، داروخانه، مراکز درمانی و دولت) از خطر کاهش یافته در انتخاب دارو و بیمار از افزایش تعهد شخصی به درمان مداوم سوده می‌برد و حتی رضایت پس از تجویز نیز برای تجویزکننده وجود خواهد داشت. مزایای شرکت شامل کاهش هزینه‌های بازاریابی (به دلیل اینکه حفظ مشتری هزینه کمتری نسبت به یافتن مشتری جدید دارد) افزایش قیمت در بازار و درآمد بالقوه طولانی‌تر پس از انقضای حق انحصاری خواهد بود (شریفانی و همکاران، ۱۳۹۰).

دلایل انحلال برند در صنعت داروسازی. وجود برند برتر تضمین کننده تداوم و موفقیت آن برند در طی زمان نیست. برندها باگذشت زمان دچار مشکلاتی می‌شوند و این مشکلات اگر

به‌موقع رفع نشود به شکست برندها منجر می‌شوند. عواملی چون فراموشی برند، خودبینی برند، خودبزرگ‌بینی، تقلب برند، فرسایش برند، و نامربوط‌شدن برند از جمله دلایل شکست برندها عنوان شده است (هیگ، ۲۰۰۳). در صنعت داروسازی، نابودی برند زمانی اتفاق می‌افتد که پزشکان آن را از فرآیند درمان حذف یا مصرف‌کنندگان از خرید محصول خودداری کنند (شریفانی و همکاران، ۱۳۹۰). گاهی اوقات برند در صنعت دارو نمی‌تواند در مقابل خواست مصرف‌کننده مبنی بر قیمت کمتر کارساز شود. مصرف‌کننده ممکن است در مقابل قیمت کمتر و وفاداری به برند قیمت کمتر را انتخاب کند. در واقع حساسیت نسبت به قیمت می‌تواند از خرید داروی برند گران‌جولوگیری کند؛ به‌ویژه اگر تفاوت عمده‌ای بین داروی ژنریک و برند وجود داشته باشد (لادها، ۲۰۰۵). از دیدگاه موس (۲۰۰۸)، علت‌های انحلال برند با فرکانس‌های مختلفی در دنیای داروسازی دیده شده است؛ از جمله جایگزینی فناوری، اشتباهات دامنه، اشتباهات توزیع، خطا در استراتژی ارتباطی، اشتباهات قیمت‌گذاری، تخریب در کیفیت، انقضای حق انحصاری و بی‌توجهی به ایمنی محصول. انحلال یا شکست برند تنها مختص صنعت داروسازی نیست؛ بنابراین لازم است مدیران فعال توجه ویژه‌ای به آن نشان دهند. جدول ۱، پیشینه تجربی پژوهش را نشان می‌دهد:

جدول ۱. پیشینه تجربی پژوهش

پژوهشگر	عنوان پژوهش	نتیجه	نقد
کهبیاری حقیقت و همکاران (۱۳۹۷)	افول برند در صنعت مواد غذایی	این پژوهش به روش کیفی به شناسایی ۴ مؤلفه عوامل سازمانی (مشتری‌گریزی، برندگریزی، بازارگریزی و سیاست‌های نامناسب آمیزه بازاریابی)، ۶ مؤلفه عوامل محیطی (قدرتمندی رقبا، ضعف در روابط تجاری بین‌الملل، ضعف در سیاست‌های حمایتی دولت، عوامل اقتصادی، خارجی پسندی و عوامل فناورانه) و ۵ مؤلفه افول برند کیفی و کمی (کاهش حضور برند در سطح بازار، روی‌گردانی مشتریان داخلی و خارجی، کاهش بهره‌وری فروش برند، کاهش بهره‌وری مالی برند) منجر شد.	عوامل سازمانی و محیطی تأثیرگذار بر افول برند به‌صورت کاملاً مفهومی بیان شده و مشخص نشده است که هر یک از این عوامل به چه میزان در افول برند تأثیر داشته‌اند. اولویت‌بندی این عوامل کمک شایانی به صاحبان و سایر ذی‌نفعان این صنعت در بهبود عملکرد و کسب‌وکارشان خواهد کرد.
کمیلی و همکاران (۱۳۹۷)	طراحی و تبیین الگوی برندسازی مراکز تجاری در ایران	این پژوهش به روش کیفی، یک الگوی کاربردی - توسعه‌ای ارائه داده است که در آن تجربه خرید به‌عنوان مقوله محوری و برند شدن مرکز تجاری به‌عنوان پیامد آن ذکر شده است.	هرچند الگوی این پژوهش توسعه‌ای قلمداد شده و پژوهش‌هایی مشابه در موضوع مورد مطالعه انجام شده است، اما در بحث نوآوری تمایز خاصی مطرح نشده

پژوهشگر	عنوان پژوهش	نتیجه	نقد
			است.
بروجنی و بارزانی (۱۳۹۲)	آسیب شناسی برند گردشگری ایران	این پژوهش که به روش کمی و بر اساس مدل هانکینسن آسیب شناسی شده است، نشان می دهد که هسته برند گردشگری (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.	این پژوهش با تأکید بر روش کمی و استفاده از مدل هانکینسن بررسی شده و نتایج آن محدود به مؤلفه های تعریف شده در این مدل است؛ بنابراین نادیده گرفتن عوامل و مؤلفه های دیگر و نتایج حاصل از آن دور از تصور نیست.
امیرشاهی و همکاران (۱۳۸۸)	امکان سنجی استفاده از نام تجاری در صنعت داروسازی ایران	این پژوهش به روش کیفی انجام شده و نتایج مطالعه موردی از دو شرکت داروسازی نشان داده است که مدیران ارشد و اجرایی شرکت های منتخب با وجود دارا بودن شناخت از مزایای استفاده از نام تجاری برای محصولات، از فرآیند و پیش نیازهای اجرای این مهم اطلاع چندانی نداشتند و در متمایزسازی نام های تجاری محصولات موفق عمل نکرده اند.	از آنجاکه مطالعات این پژوهش منحصر به دو شرکت داروسازی بوده است، تعمیم نتایج آن به کل صنعت داروسازی مطلوب به نظر نمی رسد.
آنا بیلا و آونیو ویتور (۲۰۱۴)	بررسی نقش برندسازی در بازاریابی محصولات دارویی غنا؛ مطالعه سه شرکت داروسازی	این پژوهش به روش کیفی و کمی انجام شده و نقش مهم برندسازی در فروش محصولات دارویی از منظر پاسخ دهندگان این پژوهش بسیار مهم و حیاتی عنوان شده است.	نتیجه این پژوهش به اهمیت عامل برندسازی اشاره کرده است؛ اما تنها پیشنهادی که برای بهبود این موضوع بیان شده، بهبود کیفیت و بسته بندی محصولات است.
سپرواستاوا و همکاران (۲۰۱۴)	درک آگاهی مصرف کننده درباره برندها در صنعت داروسازی؛ یک مطالعه تجربی	این پژوهش به روش کمی انجام شده است و نتایج آن نشان می دهد که سطح درآمد بیماران، عامل مهمی در تکرار و خرید داروهای برند محسوب می شود.	در این پژوهش راهکارهای اساسی برای ایجاد آگاهی در مصرف کنندگان به شرکت های داروسازی به بحث و پیشنهاد گذاشته نشده است.
لادها (۲۰۰۷)	آیا مصرف کنندگان در هنگام خرید محصولات دارویی واقعاً تحت تأثیر	این پژوهش به روش کمی انجام شده و نتایج آن بر مبنای پاسخ ۳۲ نفر از دانشجویان دانشگاه سیمون نشان می دهد که تفاوت قیمت بین داروی ژنریک و برند	جامعه آماری این پژوهش بر اصول مشخصی انتخاب نشده است. حجم نمونه با توجه به کمی بودن روش کافی نبوده

پژوهشگر	عنوان پژوهش	نتیجه	نقد
	برندها قرار می‌گیرند؟	عامل تصمیم‌گیری در خرید محصولات دارویی با نسخه و بدون نسخه پزشک است.	و نتیجه‌گیری بسیار سطحی بیان شده است.

۳. روش‌شناسی

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر رویکرد، ترکیبی است و دارای دو بخش کیفی و کمی است. به منظور تحقق اهداف و سؤال‌های پژوهش از تکنیک دلفی استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش شامل خبرگان و متخصصان شرکت‌های داروسازی کشور است. نمونه‌گیری با روش گلوله برفی صورت گرفت و برای بررسی روایی مصاحبه‌ها از استراتژی بازخورد مشارکت‌کنندگان استفاده شد (جانسون، ۱۹۹۷). به منظور پایایی پژوهش چندین سند از مصاحبه‌ها توسط فرد خبره دیگری کدگذاری شد که نتایج توافق بین دو کدگذار پس از بررسی برای کلیه مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷ به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه از رویکرد روایی همگرایی میان مشارکت‌کنندگان استفاده شد و به منظور پایایی آن ایجاد سطحی از اجماع موردآزمون قرار گرفت. در بخش کیفی مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته تا جایی ادامه پیدا کرد که کفایت یا اشباع نظری برای اعتماد به یافته‌ها حاصل شد. در بخش کمی پرسشنامه‌ها تا جایی تکرار و ارسال شد که سطحی از اجماع میان خبرگان به دست آمد. مقیاس به کاررفته در این بخش، لیکرت هفت گزینه‌ای بود.

۴. تحلیل داده‌ها و یافته‌ها

توصیف متغیرهای جمعیت شناختی. توصیف فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲. توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۵	۳۱/۲۵
	مرد	۱۱	۶۸/۷۵
سن	۳۱-۴۰	۱۱	۶۸/۷۵
	۴۱-۵۰	۴	۲۵
	بالای ۵۰	۱	۶/۲۵

۱۲/۵	۲	مدیران عامل شرکت‌های داروسازی	
۱۲/۵	۲	معاونان مدیران عامل	سیمت سازمانی
۷۵	۱۲	مدیران بازاریابی	
۴۳/۷۵	۷	بیش از ۵ سال	
۳۷/۵	۶	۱۱-۱۵ سال	سابقه فعالیت
۱۸/۷۵	۳	بیش از ۱۵ سال	
۷۵	۱۲	دکتری داروسازی	
۲۵	۴	کارشناسی ارشد علوم پایه	میزان تحصیلات
۱۰۰	۱۶	جمع	

با توجه به اتخاذ رویکرد استقرایی و به دلیل اینکه چارچوب متغیرهای اصلی این پژوهش با مرور مبانی نظری مشخص نشده بود و پژوهشگر قصد اکتشاف چارچوب جدیدی برای این مفاهیم را داشت، در بخش کیفی (دور نخست تکنیک دلفی)، سؤال‌های مصاحبه با توجه به سؤال‌های پژوهش طراحی شد. در آغاز جلسه مصاحبه، معرفی اجمالی موضوع و هدف پژوهش برای مصاحبه‌شونده صورت گرفت. در این مرحله پیرامون چیستی مفهوم آسیب‌شناسی برندسازی به صورت شفاف و واضح توضیحاتی ارائه شد و از مصاحبه‌شونده خواسته شد تا صرفاً با تمرکز بر آسیب‌های برندسازی و مسائل و مشکلات مربوط به آن صحبت کند تا ذهن مخاطب بدون هرگونه سوگیری خاص به سؤال موردنظر پاسخ دهد. این فرآیند برای کلیه مصاحبه‌ها به طور یکسان طی شد. مدت‌زمان انجام مصاحبه به طور متوسط برای هر مصاحبه‌شونده حدود دو ساعت بود. در مجموع با ۱۶ خبره از ۱۵ شرکت دارویی مصاحبه صورت گرفت. از مصاحبه دهم به بعد محتوی جدید به داده‌ها اضافه نشده و اشیاع نظری حاصل شد؛ اما برای دستیابی به اطمینان خاطر از صحت و اعتبار نتایج حاصل از این مرحله، ۶ مصاحبه دیگر نیز انجام شد. پس از پایان یافتن هر مصاحبه، تمامی محتوی آن بدون هیچ کم‌وکاستی و عین صحبت‌های مصاحبه‌شونده پیاده شد. این روند برای هر ۱۶ مصاحبه صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد؛ سپس فهرستی از کدها تهیه شد و با بازبینی، مرور معنایی و تعیین شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در معنی، کدهای مشابه به روشی کاهشی و استقرایی در سطحی انتزاعی‌تر قرار گرفت و با مقایسه مداوم، زیر طبقات و طبقات قابل قبول حاصل شد. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها به شناسایی ۵۳ مفهوم و ۱۵ مؤلفه منجر شد که بنا به تعریف ابعاد سه شاخکی (ساختاری و رفتاری و زمینه‌ای) مفاهیم و مقوله‌های مربوطه در ذیل آن بعد قرار گرفت. در الگوی آسیب‌شناسی سه شاخکی، بُعد ساختاری دربرگیرنده تمام عناصر، عوامل و شرایط فیزیکی و غیرانسانی سازمان است. بُعد رفتاری شامل عوامل و روابط

انسانی درون سازمان است و بعد زمینه‌ای شرایط و عوامل محیطی برون‌سازمانی هستند که محیط سازمان را احاطه می‌کنند، با سازمان تأثیر متقابل دارند و در کنترل سازمان نیستند (میرزایی اهرنجانی، ۱۳۷۷). جدول‌های ۳ و ۴، نتایج بخش کیفی این پژوهش را نشان می‌دهند.

جدول ۳. مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با آسیب‌های زمینه‌ای برندسازی

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم	کل فراوانی مقوله‌های هر مؤلفه
	پوشش نادرست بیمه	حمایت بیمه بر پایه نفوذ و رابطه، حمایت بیمه از داروی برند با حداقل یا عدم پوشش کامل آن	۱۱
	برگشت طولانی سرمایه	تأخیر طولانی در حصول مطالبات، وابستگی ذی‌نفعان در وصول هزینه‌ها به یکدیگر	۷
	نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو	وجود واسطه‌ها، ممنوعیت استفاده از ابزارهای تبلیغاتی مؤثر، تبلیغات محدود به مجلات و نشریه‌های تخصصی	۱۶
	قیمت‌گذاری دستوری دارو	عدم تفاوت معنادار قیمت داروی برند با ژنریک، تمایز قائل نشدن قیمت بین داروهای مشابه با کیفیت نابرابر، تمایز قیمت برندهای وارداتی نسبت به مشابه داخلی، چندانگانه بودن قیمت دارو	۲۱
	سیاست‌های ناپایدار ارزی	چندنرخ بودن ارز، نحوه تخصیص ارز، نوسانات نرخ ارز	۱۲
عوامل زمینه‌ای	فرآیند نامناسب ثبت برند	عدم پذیرش اسامی پیشنهادی برند به‌دفعات، زمان طولانی ثبت برند، اعمال سلیقه و رابطه در تأیید برند، فقدان نرم‌افزار جامع از اسامی برندها	۱۳
	فقدان فضای فعال برندسازی	وابسته بودن شرکت‌های داروسازی به دولت، حضور دولت به‌عنوان سهامدار بخشی از شرکت‌های داروسازی، حمایت غیرمستقیم وزارتخانه از داروی ژنریک، نوپا بودن مبحث برندسازی	۱۲
	خطای کادر درمانی	به‌روز نبودن اطلاعات کادر درمانی در مورد داروها، توجه به نوشته روی دارو	۵
	تمایل پزشک به نسخه کردن داروی خارجی	پیشنهادهای مالی و رفاهی چشمگیر، احساسات و هنجارهای مثبت عموم در خصوص داروی خارجی، تصور به کیفیت و اثربخشی بهتر داروی خارجی	۱۷
	رقابت ناسالم و غیرمنصفانه	به‌کارگیری حربه‌های فروش (ترفیح فروش)، تجاری و سودجو بودن ذی‌نفعان، برابر نبودن شرایط و فرصت رقابت بین تولیدکننده و واردکننده، استفاده از روابط به‌جای ضوابط	۲۴

جدول ۴. مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با آسیب‌های ساختاری و رفتاری برندسازی

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم	کل فراوانی مقوله‌های هر مؤلفه
عوامل ساختاری	تشابه برند	شباهت نوشتاری برندها، شباهت آوایی برندها، شباهت برندها در شکل و بسته‌بندی	۱۲
	نام‌گذاری نامناسب برند	اسم طولانی و سخت برند، عدم حمایت اسم برند بانام ژنریک و کاربرد دارو، اسم برند یادآوری-کننده برندی دیگر با کاربردی دیگر	۹
	مقاومت و عدم تخصیص بهینه بودجه	شفاف نبودن نتایج حاصل از سرمایه‌گذاری برند، بودجه ناکافی، وابسته بودن برندسازی به فروش و درآمد سالیانه شرکت، کوچک بودن اندازه شرکت، بالا بودن هزینه تبلیغات	۱۸
عامل رفتاری	ضعف در ثبات مدیریتی	سیاست‌گذاری و معیار نادرست در انتخاب مدیران، دوره مدیریت کوتاه‌مدت مدیران ناشی از تغییرات ساختاری	۷
	تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو	ملاک‌قراردادن فروش بالای یک دارو در دنیا به منظور تولید، پایین بودن میزان پژوهش و توسعه، بی‌توجهی به نیاز واقعی مصرف‌کننده، نداشتن کمیته تخصصی انتخاب محصول، تجاری و سودجو بودن ذی‌نفعان	۱۵
	عدم مهارت‌های فردی مدیریتی	فردمحور بودن در تصمیم‌گیری‌ها، نداشتن تجربه، تخصص و دانش مرتبط با بازاریابی و برندسازی، ضعف در خود‌انگیزی و ایجاد انگیزش در دیگران	۹
	عدم نگرش مثبت به برند	ذهنیت سنتی و تفکر فروش محور به کسب‌وکار، هزینه‌بر تلقی کردن برند، نه سرمایه	۱۴

در مرحله بعد، نتایج حاصل از مصاحبه‌های عمیق در قالب پرسشنامه‌ای طراحی شد و در بخش کمی (دور دوم و متعاقب تکنیک دلفی) به کار رفت؛ سپس در اختیار تمامی اعضای خبرگان قرار گرفت تا این بار میزان موافقت و اتفاق نظر آن‌ها برای هر یک از زیر عامل‌ها اخذ شود. پس از گردآوری پاسخ خبرگان در مرحله نخست نظرسنجی، میزان توافق اعضا از طریق نرم‌افزار SPSS و با محاسبه ضریب توافق کندال برای پرسشنامه‌ها بررسی و آزمون شد. ضریب توافق بین خبرگان برای ۱۲ عامل بیشتر از ۰/۵ به دست آمد که نشان می‌دهد خبرگان در میزان اهمیت این ۱۲ عامل موافق هستند. ضریب توافق برای ۵ عامل (در جدول ۵ با رنگ خاکستری مشخص شده است)، کمتر از ۰/۵ به دست آمد که نشان‌دهنده عدم توافق خبرگان بر میزان اهمیت هر یک از آن‌ها است؛ در نتیجه انجام دور دوم دلفی برای کسب

توافق بیشتر الزامی است. در دور دوم دلفی، ضریب توافق بین خبرگان برای ۱۶ عامل بیشتر از ۰/۵ به دست آمد و برای ۱ عامل (در جدول ۵ با رنگ خاکستری مشخص شده است) کمتر از ۰/۵ است که نشان‌دهنده عدم توافق خبرگان بر میزان اهمیت آن است؛ در نتیجه انجام دور سوم دلفی برای کسب توافق بیشتر الزامی شد. در مرحله سوم میزان توافق خبرگان بیشتر از حد آستانه ۰/۵ به دست آمد؛ بنابراین نظرسنجی در این مرحله متوقف شد؛ بنابراین طی سه مرحله نظرسنجی از ۵۳ زیر عامل، ۳ زیر عامل (تبلیغات محدود به مجله‌ها و نشریه‌های تخصصی و غیرعمومی، چندگانه بودن قیمت دارو، ضعف در خود انگیزی و ایجاد انگیزش در دیگران) به دلیل اینکه از نظر خبرگان دارای اهمیت کمتر از ۵ بودند، حذف شدند و وجود ۵۰ زیر عامل به‌عنوان عامل‌های اصلی آسیب ساز از نظر خبرگان تثبیت شد. علاوه بر این اولویت‌بندی زیر عامل‌ها نیز بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از نتایج نظرسنجی نیز مشخص شد که در آن زیر عامل «بودجه ناکافی» از بالاترین اهمیت برخوردار شد. زیر عامل «تأخیر طولانی در حصول مطالبات» در رتبه دوم قرار گرفت و زیر عامل‌های «شباهت نوشتاری برندها، وابسته بودن شرکت‌های داروسازی به دولت، بالا بودن هزینه تبلیغات، ملاک‌قراردادن فروش بالای یک دارو در دنیا، پایین بودن میزان پژوهش و توسعه، پیشنهادهای مالی چشمگیر»، رتبه سوم را از نظر اهمیت کسب کردند. از طرف دیگر سه زیر عامل «ضعف در خود انگیزی و ایجاد انگیزش در دیگران»، «تبلیغات محدود به مجله‌ها و نشریه‌های غیرتخصصی» و «چندگانه بودن قیمت دارو» به ترتیب دارای کمترین اهمیت بودند. نتایج کمی حاصل از نظرسنجی اعضای خبرگان در سه دور متوالی در جدول‌های ۵ و ۶، نشان داده‌شده است. بر این اساس شکل ۱، ارتباط بین مقوله‌های اصلی و فرعی در قالب الگوی مفهومی این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج دور اول، دوم و سوم نظرسنجی خبرگان

ضریب توافق			عوامل
دور سوم	دور دوم	دور اول	
	۰/۵۰۰	۰/۲۷۸	پوشش نادرست بیمه
	۰/۷۵۰	۰/۶۲۵	برگشت طولانی سرمایه
	۰/۸۹۱	۰/۸۳۸	نبود فضای مطلوب تبلیغ دارو
	۰/۶۷۱	۰/۴۷۷	قیمت‌گذاری دستوری دارو
	۰/۶۵۸	۰/۴۳۰	سیاست‌های ناپایدار ارزی
۰/۵۸۹	۰/۳۵۳	۰/۱۱۱	فرآیند نامناسب ثبت برند
	۰/۵۶۵	۰/۵۶۵	فقدان فضای فعال برندسازی
	۰/۵۲۱	۰/۵۲۱	خطای کادر درمانی

ضریب توافق			عوامل
دور سوم	دور دوم	دور اول	
	۰/۶۸۲	۰/۶۸۰	تمایل پزشک به نسخه کردن داروی خارجی
	۰/۷۲۴	۰/۷۲۴	رقابت ناسالم و غیرعادلانه
	۰/۵۹۸	۰/۵۹۸	تشابه برند
	۰/۵۲۱	۰/۴۷۰	نام گذاری نامناسب برند
	۰/۷۱۶	۰/۶۲۳	مقاومت و عدم تخصیص بهینه بودجه
	۰/۷۵۰	۰/۷۵۰	ضعف در ثبات مدیریتی
	۰/۷۰۱	۰/۷۰۱	تکراری و غیرهوشمندانه بودن انتخاب نوع دارو
	۰/۸۱۵	۰/۸۱۵	فقدان مهارت های فردی مدیریتی
	۰/۷۵۰	۰/۵۰۰	عدم نگرش مثبت به برند

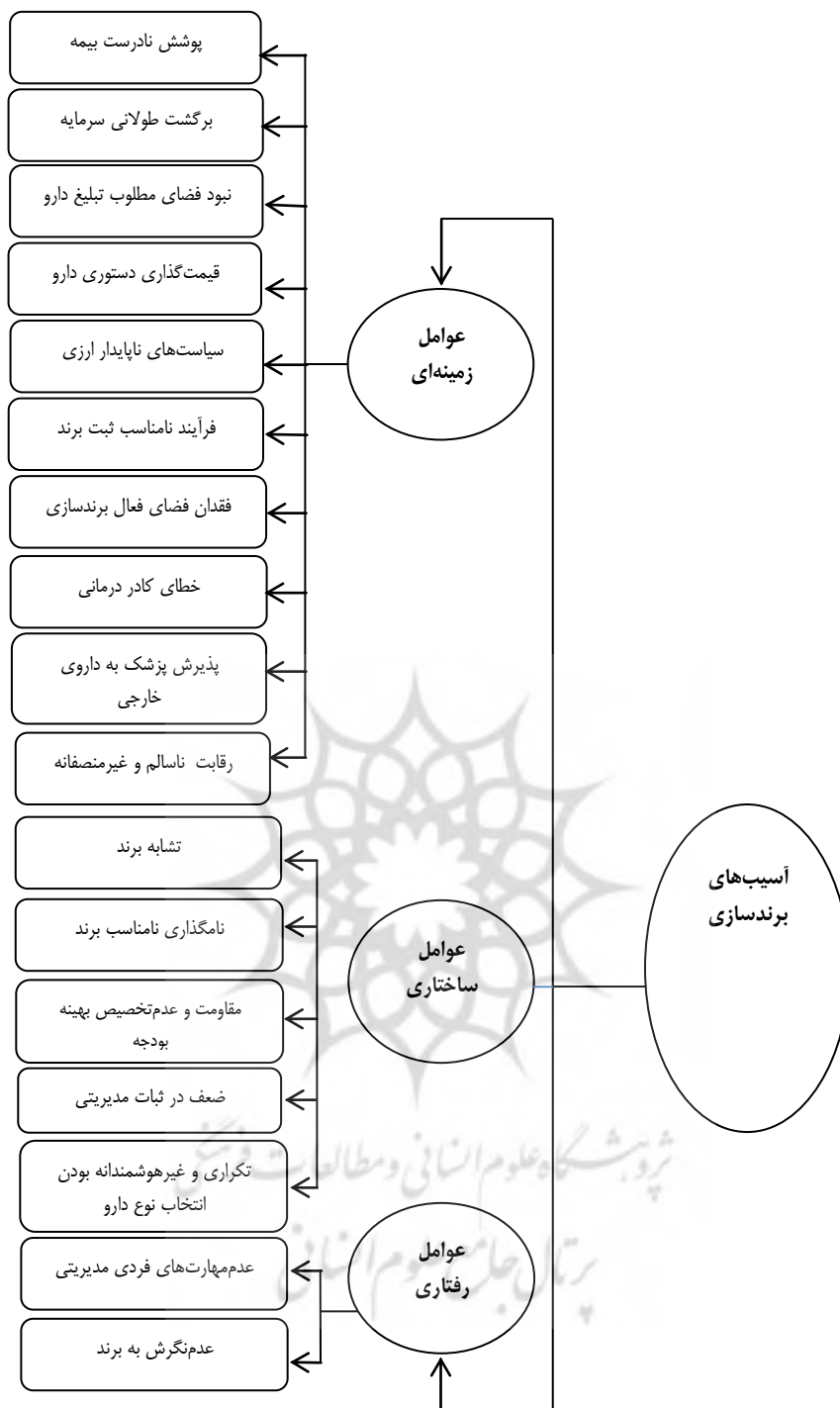
جدول ۶. نتایج حاصل از اولویت بندی زیر عامل ها بر اساس اهمیت آن ها

وضعیت	میانگین	زیر عامل ها
پذیرش	۶/۹۴	بودجه ناکافی
پذیرش	۶/۸۷	تأخیر طولانی در حصول مطالبات
پذیرش	۶/۸۱	شباهت نوشتاری برندها
پذیرش	۶/۸۱	وابسته بودن شرکت های داروسازی به دولت
پذیرش	۶/۸۱	بالا بودن هزینه تبلیغات
پذیرش	۶/۸۱	ملاک قراردادن فروش بالای یک دارو در دنیا به منظور تولید
پذیرش	۶/۸۱	پایین بودن میزان پژوهش و توسعه
پذیرش	۶/۸۱	پیشنهاد های مالی و رفاهی چشمگیر
پذیرش	۶/۷۵	حمایت غیرمستقیم وزارتخانه از داروی ژنریک
پذیرش	۶/۷۵	به کارگیری حربه های فروش (ترفیع فروش)
پذیرش	۶/۶۹	تمایز قیمت برندهای وارداتی نسبت به مشابه داخلی
پذیرش	۶/۶۸	برابر نبودن شرایط و فرصت رقابت بین تولیدکننده و واردکننده
پذیرش	۶/۶۲	حمایت حداقلی بیمه از داروی برند یا عدم حمایت کامل آن
پذیرش	۶/۶۲	نوسانات نرخ ارز
پذیرش	۶/۵۰	اسم برند یادآور برندی دیگر با کاربردی دیگر است
پذیرش	۶/۵۰	ممنوعیت استفاده از ابزارهای تبلیغاتی مؤثر
پذیرش	۶/۵۰	نحوه تخصیص ارز
پذیرش	۶/۵۰	هزینه بر تلقی کردن برند، نه سرمایه
پذیرش	۶/۵۰	نداشتن کمیته تخصصی انتخاب محصول
پذیرش	۶/۴۴	توجه نکردن به نوشته روی دارو

وضعیت	میانگین	زیر عامل‌ها
پذیرش	۶/۳۸	اسم طولانی و سخت برند
پذیرش	۶/۳۸	دوره مدیریت کوتاه‌مدت مدیران ناشی از تغییرات ساختاری
پذیرش	۶/۳۷	عدم تفاوت معنادار قیمت داروی برند با ژنریک
پذیرش	۶/۳۷	تمایز قائل نشدن قیمت بین داروهای مشابه با کیفیت نابرابر
پذیرش	۶/۲۵	فقدان نرم‌افزار جامع از اسامی برندها
پذیرش	۶/۱۹	شباهت آوایی برندها
پذیرش	۶/۱۹	کوچک بودن اندازه شرکت
پذیرش	۶/۱۳	وابستگی ذی‌نفعان در وصول هزینه‌ها به یکدیگر
پذیرش	۶/۱۲	حضور دولت به‌عنوان سهامدار بخشی از شرکت‌های داروسازی
پذیرش	۶/۰۶	حمایت بیمه بر پایه نفوذ و رابطه
پذیرش	۶/۰۶	زمان طولانی ثبت برند
پذیرش	۶/۰۶	نوپا بودن مبحث برندسازی
پذیرش	۶/۰۶	تجاری و سودجو بودن ذی‌نفعان
پذیرش	۶	عدم پذیرش اسامی پیشنهادی برند به‌دفعات
پذیرش	۵/۹۳	نداشتن تجربه و تخصص و دانش مرتبط با بازاریابی و برندسازی
پذیرش	۵/۸۱	تصور به کیفیت و اثربخشی بهتر داروی خارجی
پذیرش	۵/۸۱	فردمحور بودن در تصمیم‌گیری‌ها
پذیرش	۵/۶۳	وابسته بودن برندسازی به فروش و درآمد سالیانه شرکت
پذیرش	۵/۶۲	شباهت برندها در شکل و بسته‌بندی
پذیرش	۵/۶۲	اعمال سلیقه و رابطه در تأیید برند
پذیرش	۵/۵۶	سیاست‌گذاری و معیار نادرست در انتخاب مدیران
پذیرش	۵/۵۰	عدم هم‌خوانی اسم برند بانام ژنریک و کاربرد دارو
پذیرش	۵/۵۰	چند نرخی بودن ارز
پذیرش	۵/۳۷	احساسات و هنجارهای مثبت عموم در خصوص داروی خارجی
پذیرش	۵/۳۱	وجود واسطه‌ها
پذیرش	۵/۲۵	ذهنیت سنتی و تفکر فروش محور به کسب‌وکار
پذیرش	۵/۲۵	استفاده از روابط به‌جای ضوابط
پذیرش	۵/۱۸	به‌روز نبودن اطلاعات کادر درمانی در مورد داروها
پذیرش	۵/۱۲	بی‌توجهی به نیاز واقعی مصرف‌کننده
پذیرش	۵/۰۶	شفاف نبودن نتایج حاصل از سرمایه‌گذاری برند
رد	۴/۶۹	چندگانه بودن قیمت دارو
رد	۳/۳۱	تبلیغات محدود به مجله‌ها و نشریه‌های تخصصی و غیرعمومی

وضعیت	میانگین	زیر عامل‌ها
رد	۲/۸۸	ضعف در خود انگیزی و ایجاد انگیزش در دیگران





شکل ۱. الگوی آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت دارو

۵. نتیجه گیری و پیشنهادها

در این پژوهش، ۱۷ مؤلفه اصلی از عوامل آسیب ساز برندسازی در قالب سه بُعد زمینه‌ای، ساختاری و رفتاری شناسایی شد. بر اساس یافته‌ها، بیشترین عوامل آسیب ساز در بُعد زمینه‌ای و بعد از آن در بُعد ساختاری و بُعد رفتاری این الگو قرار گرفته است. از نتایج پژوهش چنین استنباط می‌شود که مؤلفه‌های آسیب ساز چون برگشت طولانی سرمایه، فقدان فضای فعال برندسازی و تمایل پزشک به نسخه کردن داروی خارجی به ترتیب اساسی‌ترین آسیب‌های زمینه‌ای به شمار می‌آیند؛ علاوه بر این، در بُعد ساختاری، مقاومت و عدم تخصیص بهینه بودجه، تشابه برند و در بُعد رفتاری نیز عدم نگرش مثبت به برند از اصلی‌ترین مؤلفه‌های آسیب ساز قلمداد می‌شوند.

پژوهشگران مختلف در مطالعات پراکنده‌ای که در زمینهٔ برند در صنعت داروسازی و سایر صنایع انجام داده‌اند، معیارهای متفاوتی را بررسی کرده‌اند که دلیل این تفاوت در ارائه روش‌ها، درک آن‌ها از اهداف بازاریابی، متفاوت بودن میحث برندسازی در بازار دارو از سایر بازارهای غیر دارویی و همین‌طور تفاوت موجود در فضای کسب‌وکار کشور ایران با سایر کشورها بوده است. در این پژوهش مؤلفه‌های جدیدی برای آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت داروسازی شناسایی شد که قبلاً در پژوهش‌های پیشین مشخص نشده بود. این پژوهش یک پژوهش میدانی مستقل پیرامون آسیب‌شناسی برندسازی در صنعت داروسازی کشور است که با توجه به رویکرد کیفی و اکتشافی بودن آن و گردآوری مستقیم داده‌ها از متخصصان این امر به‌عنوان الگوی عملیاتی برای آسیب‌شناسی برندسازی شرکت‌های داروسازی کشور قابل استناد است.

تصمیم‌گیرندگان اصلی و مدیران اجرایی و بازاریابی و برندسازی شرکت‌های داروسازی کشور با الهام گرفتن از الگوی ارائه‌شده در این پژوهش می‌توانند پیش از ایجاد و خلق برندهای دارویی خود، موانع و عوامل آسیب ساز را مدنظر قرار داده و با دیدی وسیع‌تر و نگرشی برند محور و نه صرفاً خلق نام تجاری، نسبت به ایجاد و توسعه و پایداری برندهای خود اقدام کنند. چالش‌های شناسایی شده می‌تواند بسیاری از کجروی‌های احتمالی را اصلاح کرده و بهبود ببخشد و راهگشایی کارساز در فعالیتهای برند و برندسازی صنعت داروسازی کشور باشد. درواقع الگوی این پژوهش می‌تواند به‌عنوان دانسته‌ها و پیش‌نیازهای ضروری در تدوین استراتژی‌های خرد و کلان شرکت‌های داروسازی و «وزارت بهداشت و درمان» موردتوجه قرار گیرد.

طولانی شدن زمان هماهنگی برای مصاحبه با مدیران بازاریابی تعدادی از شرکت‌های داروسازی که محل اقامت آن‌ها در شهرستان‌های دور و خارج از تهران بود یکی از مهم‌ترین

محدودیت‌های این پژوهش بود. علاوه بر آن ارسال و دریافت پرسشنامه‌ها طی چندین مرحله زمان بر طی شد و پاسخگویی در فاصله زمانی متفاوتی حاصل شد. در پژوهش‌های آتی، موضوع این پژوهش می‌تواند از دیدگاه بیماران و سایر ذی‌نفعان صنعت داروسازی کشور، از جمله شرکت‌های پخش، داروخانه‌دارها و پزشکان بررسی شود. مبحث آسیب‌شناسی برندسازی می‌تواند در بسیاری از صنایع کشور مورد بررسی و واکاوی مستمر قرار گیرد؛ همچنین به علاقه‌مندان این حوزه و صنعت دارو پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش را با طرح فرضیه‌های مناسب با موضوع پژوهش خود در پژوهش‌های آتی استفاده کنند.



منابع

1. Anabila, P. & Awunyo-Vitor, D. (2014). Assessing the role of branding in the marketing of pharmaceutical products in Ghana: A case of three pharmaceutical companies. *African Journal of Business Management*, 8(13), 502-510.
2. Amirshahi, M.A. Haghghinasab, M. Habibi, A. & Ahmadiyani, A. (2009). Feasibility of using brand name in the pharmaceutical industry in Iran. *Pajohandeh Magazine*, 2(68), 99-107(In Persian).
3. Ahranjani-Mirzaee, H. (1998). *Analysis of effective factors on work conscience and Social decipline*. Tehran: Qazvin Islamic Azad University (In Persian).
4. Delor, K. (2004). What's in a name? *Journal of Pharmaceutical Executive*, 24(9), 149-152.
5. Dogramatiz, D. (2002). *Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide*. Florida: CRC Press.
6. Fuqua, D. R. & Kurpius, D.J. (2011). Conceptual models in organizational consultation. *Journal of Counseling and Development*, 71, 607-618.
7. Gholipour, R. Aghazadeh, H., & Bakhshizadeh, E. (2015). The effect of brand equity on purchase intention by mediatory of perceived value. *Journal of Business Management*, 23, 157-175 (In Persian).
8. Haig, M. (2003). *Brand failures: the trust about the 100 biggest branding mistake of all time*. London: Kogan Page Business Book.
9. Johnson, R.B. (1997). Examining the validity structure of qualitative research. *Journal of Education*, 2(118), 282-292.
10. Kahyari-Haghigat, A., Feiz, D., Azar, A., & Dehdashti-Shahrokh, Z. (2018). A Pattern of brand decline in the food Industry. *Journal of Business Management*, 34(67), 71-89 (In Persian).
11. Komeyli, H., Hamidzadeh, M.R., & Aminbidakhti, A. (2018). A Pattern of commercial center branding in Iran. *Journal of Business Management*, 34(17), 31-55 (In Persian).
12. Ladha, Z. (2005). *The significant of branding in the pharmaceutical industry*. (Master Thesis). Simon Fraser University, Canada.
13. Ladha, Z. (2007). Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products? *Journal of Medical Marketing*, 7(2), 146-151.
14. Moss, G. (2011). Pharmaceutical brands: do really exist?. *International Journal of Medical Marketing*, 2(1), 23-32.
15. Moss, G. (2008). Marketing master class brand domination VS brand decline. *Journal of medical marketing*, 8(4), 287-292.
16. Schuiling, I. & Moss, G. (2004). How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast moving consumer goods sectors? *Journal of Brand Manage*, 11(5), 366-380.
17. Seget, S. (2006). *Pharmaceutical Branding Strategies "thought leader perspective on brand building" effective communication and future brand models*. London: Business Insight Ltd.
18. Sharifani, A.A., & Zahedi, M.H. (2011). Brand name in pharmaceutical products in comparison with fast moving consumer goods. *Razi Magazine*, 11(263), 40-50 (In Persian).

19. Sirvastava, S. & Kumar, S.J. (2014). Understanding of consumer's awareness about brand in pharmaceutical industry: an empirical study. *Journal of medical marketing*, 14(2-3), 99-107
20. Tahsiri, A. (2014). The necessity of brand building in the pharmaceutical industry in Iran. *Razi Magazine*, 3(291), 25-35 (In Persian).
21. Zarghami, H. & Barzani, H. (2013). The pathology of Iran Tourism brand. *Journal of New Marketing Rresearch*, 1(8), 63-80 (In Persian).

