

مقاله اصلی

واکاوی الگوی پیش زمینه‌های تبلیغات شفاهی در توسعه گردشگری سلامت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

خلاصه

مقدمه: گردشگری سلامت یکی از صنایع‌های روبه رشد دنیاست. از این رو هدف اصلی این پژوهش واکاوی الگوی پیش زمینه‌های تبلیغات شفاهی در توسعه گردشگری سلامت بوده است.

روش کار: در این تحقیق پژوهشگر از رویکرد ترکیبی استفاده کرده است. برای این منظور، در مطالعه اول، برای شناخت مؤلفه‌های الگوی پیش زمینه‌های تبلیغات شفاهی در توسعه گردشگری سلامت از رویکرد داده بنیاد و در مطالعه دوم، به آزمون مدل با استفاده از روش کمی پرداخته شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در مطالعه اول، پروتکل و مصاحبه عمیق، با هیجده مدیر بیمارستان بین الملل و در مرحله بعد، داده‌های مورد نیاز بین ۳۸۴ بیمار توزیع و نتایج توسط نرم افزار ایموس تحلیل شده است.

نتایج: محقق با انجام هجده مصاحبه به اشباع نظری و در نهایت ۲۵۰ کد باز استخراج و بر اساس دیدگاه اشتروس و کوربین تحلیل و نتایج را در قالب شش بعد اصلی و سی بعد فرعی ارائه شده است.

نتیجه گیری: محقق تحقیق خود را در قالب یک مدل شامل شش بعد؛ گردشگری سلامت، ارزش ویژه برند مرکز سلامت، تبلیغات شفاهی، کیفیت خدمات درمانی، گردشگری حلال و نهایتاً وفاداری به برند مرکز گردشگری سلامت و سی بعد فرعی ارائه کرده است. همچنین نتایج تحقیق نشان داده است که رضایت از کیفیت درمان و کادر پزشکی و اقامتگاه بیمار و همراهی تاثیر مثبت و معناداری بر افزایش تبلیغات شفاهی از بیمارستان و مراکز درمانی گردشگری سلامت دارد.

کلمات کلیدی: گردشگری، گردشگری سلامت، داده بنیاد، تبلیغات شفاهی

میر محمد پاکیا^۱

حسین شیرازی^{۲*}

پیمان غفاری آشتیانی^۳

حسین جنتی فر^۴

۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت بازرگانی، واحد

قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲ استادیار، گروه مدیریت تکنولوژی، واحد قم، دانشگاه آزاد

اسلامی، قم، ایران (نویسنده مسئول)

۳ دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد

اسلامی، اراک، ایران

۴ استادیار، گروه مدیریت صنعتی، واحد قم، دانشگاه آزاد

اسلامی، قم، ایران

Email:

Hossein.shirazi63@gmail.com

مقدمه

گردشگری سلامت به شکل امروزی، یک پدیده نوظهور است که در آن بیماران متمول، خدمات درمانی ارائه شده در جوامع خود را کنار می گذارند و در جستجوی خدمات پزشکی با کیفیت بالاتر و ارزان به کشورهای دیگر (که بسیاری از آنها کشورهای کمتر توسعه یافته هستند) سفر می کنند (۱).

امروزه با توجه به کم هزینه بودن و پردرآمد بودن این صنعت، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، توجه خود را بر این بخش از صنعت متمرکز و برای آن برنامه ریزی می کنند. از این رو با افزایش رشد بین المللی، علاقه به مقاصد گردشگری موجب شده که روز به روز تقسیم بندی های مختلفی از گردشگری همچون گردشگری آموزشی، مذهبی، روستایی، ورزشی، پزشکی و غیره ایجاد شود که در میان آنها، گردشگری سلامت با توجه به ارزآوری بسیار بالا برای کشورها از رشد و اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده و به یکی از موضوعات درآمدزا در دنیا تبدیل شود (۲).

سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را مسافرت بیماران برای دریافت خدمات پزشکی با قیمتی پایین به کشورهای خارجی تعریف کرده که ممکن است هزینه درمان بسیار کمتر از درمان در کشور مبدا باشد (۳). اولین نمونه گردشگری سلامت به هزاران سال قبل و زمانی باز می گردد که زائران یونانی از سراسر مدیترانه به سرزمین کوچکی در خلیج سارونیک موسوم به اپیداروس سفر می کردند. این سرزمین جایگاه مقدس خدای شفا، آسکلپیوس، بود. اپیدوریا به یک مقصد گردشگری اصلی برای گردشگری سلامت تبدیل شد.

می توان شهرهای آبگرم و آسایشگاه ها را بعنوان شکل اولیه گردشگری سلامت در نظر داشت. برای مثال در قرن هجدهم در انگلیس، بیماران از چشمه های آبگرم بازدید می کردند، چرا که آنها مکان هایی با آب های معدنی فرضا شفا دهنده بودند، که بیماری هایی از نقرس گرفته تا اختلالات کبدی و برونشیت را درمان می کردند (۴).

در عصر حاضر ترکیبی از عوامل متعددی موجب رشد صعودی گرایش مردم به مسافرت های پزشکی شده است که از

جمله هزینه بالای زندگی در کشورهای صنعتی، آسان شدن مسافرت های بین المللی و اصلاح و بهبود سطح تکنولوژی و استانداردهای پزشکی در بسیاری از کشورهای جهان، قابل ذکر است (۵).

بر اساس یک مطالعه در تایلند، یک طبقه بندی چهارگانه را برای متمایزسازی مسافران پزشکی از سایر گردشگران یا بیماران پیشنهاد کرده است:

گردشگران پزشکی (که از یک کشور برای درمان پزشکی بازدید می کنند، یا ممکن است زمانی که در یک کشور هستند در مورد یک رویه درمانی تصمیم بگیرند).

گردشگران درمان شده (که درمان را بخاطر سوانح یا مشکلات سلامتی که در طول یک تعطیلات در خارج رخ می دهند، دریافت می کنند).

بیماران تعطیلاتی (که عمدتاً برای درمان پزشکی سفر می کنند، اما معمولاً بصورت تصادفی از فرصت های تعطیلاتی در دوره نقاهت استفاده می کنند).

بیماران محض (که منحصرراً برای درمان پزشکی سفر می کنند و هیچ استفاده ای از فرصت های تعطیلاتی نمی کنند) (۶). گردشگری سلامت نتیجه مستقیم جهانی سازی خدمات درمانی است. این بخش از خدمات درمانی با سرعت زیادی در حال ظهور است. اما این توسعه سریع، نتیجه فعل و انفعال تعدادی از عوامل است که به روشنی شناخته شده نیستند. تعدادی از پرسش ها در رابطه با این توسعه سریع وجود دارند، مثلاً، چرا بیماران برای خدمات درمانی به خارج سفر می کنند. (۲۴).

حال سوال این است که چه عوامل باعث توسعه این صنعت می شوند؟

یافته ها نشان می دهد که علل اصلی تقاضای گردشگری سلامت در سایر کشورها عبارتند از:

- (۱) هزینه بالا در کشور مبدا
- (۲) انتظار طولانی در کشورهای دارای خدمات درمانی عمومی
- (۳) رویه های درمانی تأیید نشده

۴) بعد گردشگری

۵) نرخ‌های ارز مطلوب

از سوی دیگر تبلیغات شفاهی یک شیوه غیررسمی ارتباط میان طرف های غیرتجاری درخصوص ارزیابی کالاها و خدمات تعریف شده است. تبلیغات شفاهی، روشی کم هزینه و قابل اعتماد برای انتقال اطلاعات مربوط به محصولات و خدمات است در واقع به طور خیلی ساده می‌توان گفت تبلیغات شفاهی عبارت است از نفوذی قوی بر روی رفتار مصرف کننده. تبلیغات شفاهی معمولاً تعاملی، سریع و فاقد اساس تجاری است (۱۲). امروزه تبلیغات شفاهی از اهمیت بسیاری نزد بازاریابان برخوردار گردیده است، تا جایی که عده ای معتقدند که تبلیغات شفاهی از جمله موثرترین و کارآمدترین شیوه‌های تبلیغاتی است. با توجه به اهمیت این موضوع و نقش موثر تبلیغات شفاهی در بازاریابی کنونی به نظر می‌رسد که باید به شکل موثری این پدیده را مدیریت کرده و با اتخاذ تدابیری آگاهانه و هدف مند از مزایا و سودمندی‌های بسیار آن بهره برداری نمود (۱۰).

یافته ها نشان می‌دهد که ادغام فناوری اطلاعات درون گردشگری و خدمات درمانی، در کنار رشد کسب و کار واسطه‌های گردشگری سلامت (مثلاً نمایشگاه‌های گردشگری سلامت و شبکه بیمارستان‌های چند ستاره)، راهنمای گردشگری سلامت الکترونیکی و مجلات الکترونیکی تخصصی نظیر مجله بین‌المللی مسافرت پزشکی از جمله نیروهای تقویت کننده قابل اشاره هستند (۲۵). همچنین، هم اکنون بسیاری از شرکت‌های بیمه سلامت در کشورهای توسعه یافته در حال استفاده از جاذبه ترکیب جراحی/درمان با یک تور - در یک بسته - بعنوان ابزاری برای متقاعد سازی مشتریان خود جهت انجام درمان خود در خارج هستند تا بدین ترتیب در هزینه‌های این شرکت ها صرفه جویی شود. هرچند گردشگران بخاطر طیف وسیعی از درمان ها سفر می‌کنند، اما حوزه‌های تخصصی معینی وجود دارند که عمدتاً تصمیم سفر برای گردشگری سلامت را بر می‌انگیزند، از جمله:

الف) پیوند اعضا

ب) جراحی پلاستیک

ج) دندان پزشکی

د) چشم پزشکی

ه) جراحی ارتوپدی (مثلاً تعویض مفصل ران/زانو)

و) درمان ناباروری

ز) جراحی قلب

ک) دیالیز (خدمات پشتیبانی) (۷).

در ایران بیمارستان‌های مجهز در شهرهای مختلفی وجود دارد که می‌شود از اینها را به عنوان قطب گردشگری سلامت برای معرفی به سایر کشورهای حوزه خلیج فارس استفاده کرد، می‌توان، به تهران، اصفهان، شیراز، اهواز، تبریز، مشهد و یزد اشاره کرد (۱۰). لازم به ذکر است که شهرهای نامبرده شده دسترسی خوبی از لحاظ اقلیم جغرافیایی و فرهنگی به تعدادی از کشورها دارند. برای مثال بیماران کشور آذربایجان، شهر تبریز، همسایگان شرقی اطراف ایران مشهد و یزد و بسیاری از کشورهای حاشیه خلیج فارس؛ شیراز را به عنوان مقصد گردشگری سلامت خود انتخاب می‌کنند (۱۰).

پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که واکاوی الگوی پیش زمینه‌های تبلیغات شفاهی در توسعه گردشگری سلامت از چه ابعاد و مولفه تشکیل شده است؟

روش کار

محقق در مرحله کیفی برای دستیابی به مدل مفهومی خود از نظریه داده بنیاد استفاده کرده است. یعنی محقق از منابع اطلاعاتی را به مقوله ها و مفهوم تبدیل کرده است. جامعه آماری بخش کیفی این تحقیق از دو بخش تشکیل شده است. در گام اول محقق از اساتید دانشگاهی گردشگری سلامت و در بخش دوم، مصاحبه با مدیران بیمارستان ها و مراکز گردشگری سلامت، بوده و پس از آن محقق پس از انجام هر مصاحبه با صاحب نظران، شروع به کد گذاری کرده است. ملاک کفایت اندازه نمونه، در بخش کیفی رسیدن به اشباع نظری بوده است و نمونه بخش کیفی قضاوتی احتمالی بوده است.

در بخش پژوهش کمی محقق، از روش توصیفی - پیمایشی استفاده کرده است. روش نمونه‌گیری در این بخش، غیر تصادفی در دسترس بوده و جامعه آماری این بخش، بیمارانی که

در مراکز گردشگری تجربه بهبود و درمان داشته اند انتخاب شده است. بر این اساس ۳۸۴ پرسش نامه مبنای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش در بخش کمی و آزمون مدل بوده است که این داده ها ابتدا با نرم افزار ایموس تحلیل شده است. روایی یا اعتبار ساختاری مدل مفهومی پژوهشگر با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تأییدی نیز بررسی شده قرار گرفته است.

نتایج

۱. کدگذاری باز

با به کارگیری استراتژی نظریه داده بنیاد که به طور مشخص در این پژوهش بر الگوی پیشنهادی استراوس و کوربین متکی بود، داده های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند. با اتکا به استراتژی نظریه داده بنیاد، بلافاصله پس از هر مصاحبه فرایند کدگذاری باز شروع شد. با این روش در هر مرحله به کدهای استخراج شده از مصاحبه ها، مفاهیم و برجسب های مناسب داده شد تا مفاهیم اساسی و مقوله های کلیدی پژوهش مشخص شود. این مقوله ها باید به اندازه کافی انتزاعی باشند تا بتوان مفاهیم و کدهای متناسب زیرمجموعه آنها را برای قابلیت بررسی و شمول ثوریک گسترده تر، به خوبی جمع کرد. از این رو بیش از ۲۵۰ نکته اساسی به دست آمده است.

۲. کدگذاری محوری

کدگذاری محوری، مقوله ها و زیرمقوله ها را با توجه به ابعاد و مشخصات آنها با یکدیگر مرتبط می سازد. برای کشف نحوه ارتباط مقوله ها با یکدیگر از ابزار تحلیلی استراوس و کوربین استفاده شد. ابزار اصلی این ابزار تحلیلی شامل شرایط، عمل ها، عکس العمل ها و پیامد ها می شود.

شرایط علی: رویداد هایی هستند که موقعیت ها و مسائل مرتبط با یک پدیده را خلق کرده و تشریح می کنند که افراد و گروه ها، چرا و چگونه به روش های خاصی پاسخ می دهند. شرایط علی شامل مواردی از مقولات است که به طور مستقیم بر الگوی بازاریابی گردشگری سلامت تأثیر می گذارد.

جدول ۱. مقوله های مربوط به شرایط علی

مقوله کلی	مقوله فرعی
کیفیت	همدلی با بیماران
خدمات	اطمینان به کادر درمان
درمانی	پاسخ گویی مدیران بیمارستان
	قابلیت اطمینان به بیمه درمان
	تجهیزات درمانی مجهز

شرایط زمینه ای: بیانگر مجموعه خاصی از ویژگی های

مربوط به پدیده است که می تواند شرایط خاصی را که در آن راهبرد ها برای اداره، کنترل و پاسخ به پدیده صورت می گیرد، فراهم می کنند.

جدول ۲. مقوله ها و مفاهیم مرتبط با شرایط زمینه ای

مقوله کلی	مقوله فرعی
وفاداری به برند	پذیرایی مناسب در فرودگاه
مرکز گردشگری	سهولت ورود گردشگران سلامت
سلامت	مشاوره و پیگیری های پس از درمان
	شرایط سیاسی کشور مقصد
	شرایط اجتماعی کشور مقصد
	نحوه خدمت دهی شبکه بانکی

- شرایط مداخله گر: شرایط مداخله گر شامل شرایط

عام تری همچون زمان، فضا و فرهنگ می شود که به عنوان تسهیلگر یا محدودکننده راهبرد ها عمل می کنند. این شرایط در راستای تسهیل یا محدودیت کنشی / کنشی متقابل در زمینه خاصی عمل می کنند. این عوامل در (جدول ۳) نشان داده شده است.

جدول (۳) - مقوله ها و مفاهیم مرتبط با شرایط مداخله گر

مقوله کلی	مقوله فرعی
گردشگری حلال	سفر حلال
	هتل داری حلال
	غذای حلال
	مراکز تفریحی و ورزشی حلال

به سایر مقوله‌ها ارتباط می‌دهد، ارتباطات را اعتبار می‌بخشد و مقوله‌هایی را که نیاز به بست و توسعه بیشتری دارند را توسعه می‌دهد. مدل پارادایمی این تحقیق بر اساس الگوی پارادایمی استراوس و کوربین طراحی شد.

همچنین بر مبنای استراتژی نظریه داده بنیاد، بعد از این مرحله فرایند کدگذاری محوری و انتخابی برای دستیابی به ابعاد و مقوله‌های کلیدی و اساسی پژوهش و استخراج مدل مفهومی پژوهش انجام شد. از ترکیب نکات کلیدی و کدهای استخراج شده، در مجموع ۲۵۰ مفهوم اساسی استخراج شد.

مقوله محوری: پدیده مد نظر باید محوریت داشته باشد، یعنی همه مقوله‌های اصلی دیگر بتوانند به آن ربط داده شوند و به تکرار در داده‌ها ظاهر شود. به این معنا که در همه یا تقریباً همه موارد، نشانه‌هایی وجود دارند که به آن مفهوم اشاره می‌کنند.

جدول (۴) - مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پدیده محوری

مقوله کلی	مقوله فرعی
	گردشگری تندرستی
گردشگری سلامت	گردشگری پزشکی
	گردشگری زیبایی
	گردشگری طبیعت
	گردشگری آب درمانی

راهبرد ها: طرح‌ها و کنش‌هایی هستند که خروجی مقوله

محوری مدل بوده و به پیامد‌ها ختم می‌شوند

جدول (۵) - مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با راهبرد‌ها

مقوله کلی	مقوله فرعی
	آگاهی از برند مرکز سلامت
ارزش ویژه	ارائه خدمات درمانی زیبایی
برند مرکز سلامت	کیفیت ادراک شده درمانی
	تداعی برند مرکز درمانی

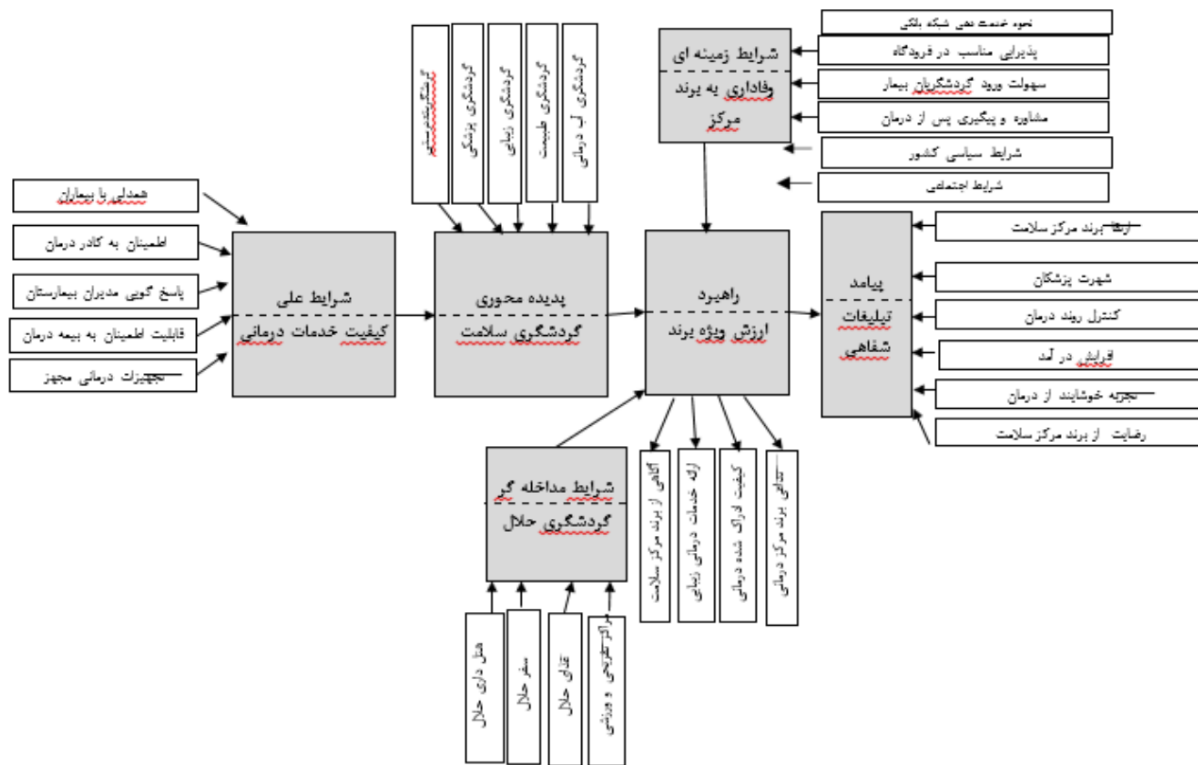
پیامد: همان بروندادها یا نتایج کنش‌ها و واکنش‌ها هستند.

جدول ۶. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پیامد‌ها

مقوله کلی	مقوله فرعی
	ارتقا برند مرکز سلامت
	شهرت پزشکان
تبلیغات	کنترل روند درمان
شفاهی	افزایش در آمد
	تجربه خوشایند از درمان
	رضایت از برند مرکز سلامت

۶- کد گذاری انتخابی

کدگذاری انتخابی نتایج گام‌های قبلی کدگذاری را به کار برده، مقوله‌های اصلی را انتخاب می‌کند، آن را به شکل نظام‌مند



شکل ۱- مدل پارادایمی پژوهشگر

معنی‌داری با هم نداشته و در نتیجه امکان شناسایی عامل‌های جدید، بر اساس همبستگی متغیرها با یکدیگر وجود ندارد. حالت دوم زمانی که ماتریس همبستگی بین متغیرها یک ماتریس واحد و همانی نباشد که در این صورت ارتباط معنی‌داری بین متغیرها وجود داشته و بنابراین امکان شناسایی و تعریف عامل‌های جدیدی بر اساس همبستگی متغیرها وجود دارد اگر معنی‌داری آزمون بارتلت کوچک تر از ۵٪ باشد عاملی مناسب است، زیرا فرض شناخته شده بودن ماتریس همبستگی رد می‌شود.

مقصود از پایایی آن است که اگر ابزار اندازه‌گیری را در یک فاصله‌ی زمانی کوتاه چندین بار و به گروه واحدی از افراد بدهیم نتایج حاصل نزدیک به هم باشد. برای اندازه‌گیری پایایی از شاخصی به نام «ضریب پایایی» استفاده می‌کنیم و اندازه‌ی آن معمولاً بین صفر تا یک تغییر می‌کند. ضریب پایایی «صفر» معرف عدم پایایی و ضریب پایایی «یک»، معرف پایایی کامل است هدف اصلی استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بررسی میزان همسانی درونی گویه‌های یک مقیاس است که از طریق فرایند شاخص سازی تهیه می‌گردد.

در این پژوهش برای بررسی میزان پایایی پرسشنامه از آزمون آلفای کرونباخ استفاده گردیده که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است. معمولاً آلفای کمتر از ۰/۶ پایایی ضعیف، ۰/۶ تا ۰/۸ قابل قبول و بالاتر از ۰/۸ نشان دهنده‌ی پایایی بالا می‌باشد. بدیهی است که هر چه این عدد به یک نزدیک تر باشد بهتر است. در این تحقیق همان طور که ذکر شد پس از جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌ی اولیه، داده‌ها وارد نرم افزار Spss گردید و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب مورد نظر برای پرسشنامه‌ها بیانگر پایایی بالای ابزار سنجش می‌باشد.

بر اساس نتایج آمار توصیفی، بیشترین درصد پاسخ دهندگان مربوط به جنسیت مردان (۷۱ درصد) و کمترین آن به زنان (۲۹ درصد) تعلق داشت. بیشترین درصد برای سن بین ۶۰ تا ۸۵ (۵۲ درصد) و کمترین آن به بیشتر از ۳۰ (۶ درصد) تعلق داشت. بیشترین درصد تحصیلات به کارشناسی (۷۵ درصد) اختصاص داشت و همچنین ۶۸ درصد از پاسخ دهندگان، مجرد بودند.

جدول شماره (۷)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	CR	واریانس
تبلیغات شفاهی	۳/۲۵	۰/۸۹	۰/۶۲۳	۰/۵۳
کیفیت خدمات درمانی	۳/۱۲	۰/۸۵	۰/۷۰۵	۰/۶۳
گردشگری حلال	۳/۱۶	۰/۸۲	۰/۶۰۹	۰/۶۲
وفاداری به برند مرکز	۲/۲۶	۰/۸۶	۰/۷۵۴	۰/۷۴
گردشگری سلامت	۳/۱۳	۰/۸۴	۰/۷۹۵	۰/۶۵
ارزش ویژه برند	۳/۲۳	۰/۸۶	۰/۷۵۴	۰/۶۵

روایی و پایایی پرسشنامه

روایی بدین معنا است که چگونه می‌توان مطمئن بود که سؤالات تنظیم شده در ابزار اندازه‌گیری همان چیزی را که باید بسنجد، اندازه‌گیری می‌کنند. برای تضمین روایی در پرسش نامه‌ی این پژوهش از روایی محتوای و روایی سازه استفاده شده است. KMO: مشخص می‌سازد آیا واریانس متغیرهای تحقیق، تحت تأثیر واریانس مشترک برخی عامل‌های پنهانی و اساسی است یا خیر. این شاخص در دامنه صفر تا یک قرار دارد. اگر مقدار شاخص نزدیک به یک باشد، داده‌های مورد نظر نتایج تحلیل عاملی برای داده‌های مورد نظر برای تحلیل عاملی مناسب هستند و در غیر این صورت معمولاً کمتر از ۰/۵ چندان مناسب نمی‌باشند.

آزمون کرویت بارتلت: این آزمون بررسی می‌کند چه هنگام ماتریس همبستگی، شناخته شده از نظر ریاضی ماتریس واحد و همانی است. ماتریس همبستگی دارای دو حالت است: حالت اول زمانی که ماتریس همبستگی بین متغیرها، یک ماتریس واحد و همانی می‌باشد، در این صورت متغیرها ارتباط

جدول شماره (۸)

متغیر	بار عاملی	آلفای کرونباخ
تبلیغات شفاهی	۰/۷۵	۰/۸۳
کیفیت خدمات درمانی	۰/۸۵	۰/۸۷
گردشگری حلال	۰/۷۹	۰/۸۸
وفاداری به برند مرکز	۰/۸۹	۰/۸۸
گردشگری سلامت	۰/۸۶	۰/۸۹
ارزش ویژه برند	۰/۸۷	۰/۸۹

برون زا باشد، مقدار ضریب تعیین حداقل باید در سطح قابل توجه قرار داشته باشد؛ یعنی اینکه بیشتر از ۰/۶۷ باشد.

در غیر این صورت در مورد زیربنای تئوریک مدل شبهاتی مطرح می‌شود و نشان می‌دهد که مدل در شرح متغیرهای مکنون درون زاناتوان است که پس از اجرا در نرم افزار ایموس، نتایج به شرح زیر می‌باشد:

جدول شماره (۱۰)

متغیرهای مکنون درون زا	R ^۲
تبلیغات شفاهی	۰/۳۵۷
کیفیت خدمات درمانی	۰/۲۵۸
گردشگری حلال	۰/۴۵۹
گردشگری سلامت	۰/۳۵۸
ارزش ویژه برند	۰/۵۴۷
وفاداری به برند مرکز	۰/۳۵۷

ضریب تعیین برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۶۷ می‌باشد و این موضوع بدان معناست که متغیرها به درستی شناسایی و اندازه گیری شده است.

شاخص براز مدل

جدول شماره (۱۱)

شاخص برازش	مقدار بدست آمده	حدقابل قبول
کای دو به درجه آزادی	۱/۹۴۲	کمتر از سه
نیکویی برازش	۰/۹۰۴	نزدیک به ۰/۹
نیکویی برازش تعدیل شده	۰/۹۰۳	نزدیک به ۰/۹
بrazندگی نرم	۰/۹۰۲	نزدیک به ۰/۹

شاخص برازش نشان می‌دهد که مدل محقق تا چه میزان با مدل واقعی تطابق دارد که نتایج آن در جدول آمده است.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی

شاخص برازش کلی مدل نشان دهنده این است که مدل به کار گرفته شده دارای برازش خوبی است به این معنی که داده‌های جمع‌آوری شده مدل مفهومی پژوهش را حمایت

آزمون فرضیه و ضرایب معنا داری بر اساس مدل

ساختاری

چون ضرایب t برای همه مسیرها بیشتر از ۱/۹۶ به دست آمده اند، لذا می‌توان نتیجه گرفت که این مسیر معنا دار بوده و مدل مورد نظر در سطح اطمینان ۹۵٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول شماره (۹)

ضرایب مسیر	مسیر
۴/۲۲۵	گردشگری سلامت → کیفیت خدمات درمانی
۶/۳۲۶	تبلیغات شفاهی → گردشگری سلامت
۵/۲۳۶	ارزش ویژه برند → وفاداری به برند مرکز سلامت
۵/۲۳۶	گردشگری سلامت → ارزش ویژه برند
۴/۱۲۳	ارزش ویژه برند → گردشگری حلال
۳/۲۵۶	گردشگری سلامت → تبلیغات شفاهی

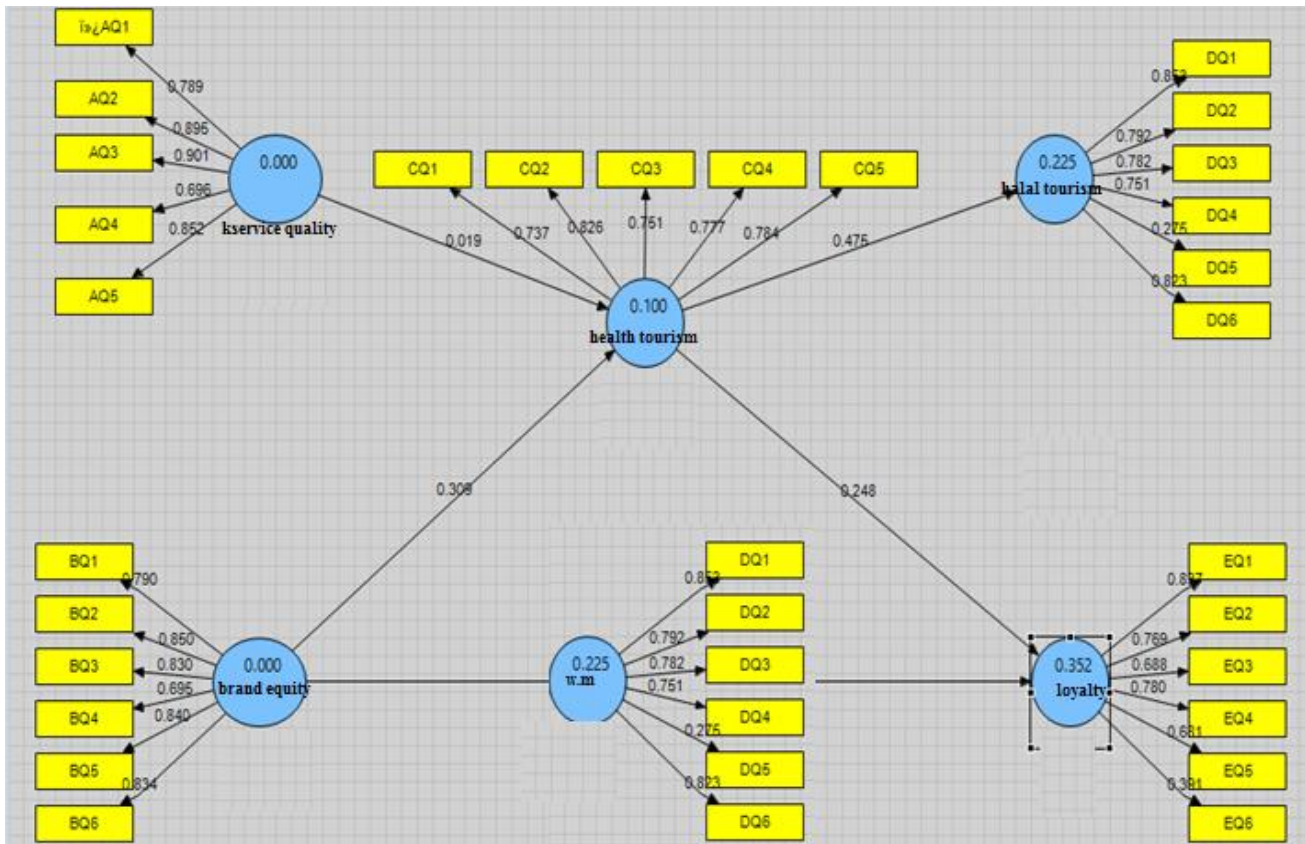
معیار RSquares یا R^۲ یا ضریب تعیین

ضریب تعیین معیار اصلی برای ارزیابی متغیرهای مکنون درون زای مدل ساختاری می‌باشد. مقدار ضریب تعیین همیشه عددی بین صفر و یک است. مقادیر ضریب تعیین برابر با ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ در مدل‌های مسیری پی‌ال‌اس، به ترتیب قابل توجه، متوسط و ضعیف توصیف می‌شوند.

اگر ساختارهای یک مدل مسیری داخلی معین، یک متغیر مکنون درون‌زا را با تعداد معدودی (یک یا دو) متغیرهای مکنون برون‌زا شرح دهد، ضریب تعیین متوسط قابل پذیرش است؛ اما اگر متغیر مکنون درون‌زا متکی به چند متغیر مکنون

سنجش مدل پژوهش در بخش کمی

می‌کند و مدل مورد نظر به واقعیت نزدیک است که مقدار آن تعیین می‌کند مدل دارای برازش خوبی است.



شکل شماره ۲

جدول شماره (۱۲)

ضریب مسیر	متغیرهای مکنون درون زا
۰/۷۸۱	تبلیغات شفاهی
۰/۵۸۰	کیفیت خدمات درمانی
۰/۶۲۳	گردشگری حلال
۰/۷۱۶	گردشگری سلامت
۰/۸۵۲	وفاداری به برند مرکز
۰/۹۶۱	ارزش ویژه برند

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه یکی از ضروریات مدیریت ارشد هر سازمان، ایجاد نام و نشان‌های تجاری قدرتمندی است که ضمن عمل به وعده‌ها و تعهدات خود، بتواند قدرت و توانمندی‌های خود را در طول زمان ترفیع دهد، از این رو می‌توان گفت که ایجاد تجربه

ضریب مسیر متغیرهای مدل

در راستای پاسخ‌گویی به سوال اصلی تحقیق، ضرایب مسیر به دست آمده نشان می‌دهد که متغیرهای شناسایی شده در بخش کیفی در این تحقیق از روایی بالایی برخوردار هستند و در راستای سوالات اصلی پژوهش می‌باشند. چرا که اگر مقدار ضریب مسیر بین متغیر مکنون مستقل و متغیر مکنون وابسته مثبت باشد نتیجه می‌گیریم که با افزایش متغیر مستقل شاهد افزایش در متغیر وابسته خواهیم بود و بالعکس اگر مقدار ضریب مسیر بین متغیر مکنون مستقل و متغیر مکنون وابسته منفی باشد نتیجه می‌گیریم که با افزایش متغیر مستقل شاهد کاهش در متغیر وابسته خواهیم بود که در این تحقیق ضرایب مسیر همه مثبت و بالاتر از ۰/۴ می‌باشند که نشان می‌دهد رابطه قوی و بالا بین متغیرهاست.

کشورهای در حال توسعه، از سهم بزرگی از صنعت گردشگری برخوردار است و ظرفیت تبدیل شدن به یک مقصد برتر را دارا است.

نتایج نشان داد که توسعه و ارتقاء گردشگری بدون چارچوب هدایت کننده و استراتژی‌های از قبل تعیین شده دارد (۲۳). یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ایران دارای فرصتهای زیادی در حوزه گردشگری سلامت است. که از دلایل آن میتوان به مواردی مثل:

- ۱- رشد مستمر تقاضا برای گردشگری سلامت در سراسر جهان، بخصوص در کشورهایی با جمعیت سالمند.
 - ۲- هزینه بالای خدمات سلامت در برخی کشورها، بخصوص کشورهای غربی.
 - ۳- وجود تقاضا توسط کشورهای همسایه و آسیای مرکزی، که از نظام سلامت ضعیفی در مقایسه با ایران برخوردار هستند؛ مثل کشورهای جدیدا استقلال یافته در آسیای مرکزی، عراق، افغانستان و پاکستان.
 - ۴- وجود حجم بالایی از گردشگران بالقوه، مثلا ایرانیان ساکن در کشورهای غربی، مردم کشورهای همسایه یا کشورهای اسلامی که از قرابت‌های تاریخی، دینی یا فرهنگی با ایران برخوردار هستند.
 - ۵- موقعیت جغرافیایی ایران و نزدیکی به کشورهای مولد گردشگری سلامت.
 - ۶- دسترسی با کشتی، هواپیما، قطار و اتومبیل.
 - ۷- سطح بالای توسعه فناوری سلامت و سیستم‌های تشخیص.
 - ۸- وجود جاذبه‌های مکمل در کنار جاذبه‌های گردشگری سلامت (۱۱).
- تبلیغات شفاهی یک شیوه غیررسمی ارتباط میان طرف های غیرتجاری درخصوص ارزیابی کالاها و خدمات است. تبلیغات

مثبت نزد مشتریان نسبت به یک برند و بیان این تجربه در قالب تبلیغات شفاهی را می‌توان به عنوان یکی از روش‌های دستیابی به مزیت رقابتی پایدار یاد کرد (۱۶).

از این رو سرمایه گذاری در ارتقا کیفیت خدمات مراکز گردشگری سلامت به عنوان یک مزیت استراتژیک در اقتصاد پزشکی مطرح است و همواره بر نقش آن در تبلیغات شفاهی، تاکید می‌شود. بسیاری از شرکت ها برای ایجاد و انتقال تبلیغات شفاهی از جانب مشتری، به این نکته واقف هستند که باید برای ارتقا کیفیت خدمات خود اعتبار ایجاد کنند تا از این طریق ارتقای بتوانند تبلیغات شفاهی بیشتری نزد مشتریان بوجود آورند (۱۷).

هدف از پژوهش حاضر طراحی الگوی پیش زمینه‌های تبلیغات شفاهی در توسعه گردشگری سلامت بوده است. یافته‌ها بیانگر آن است که در زمینه جذب گردشگران سلامت و توریسم درمانی همواره می‌بایست به مهارت حرفه پزشکی، استانداردهای جهانی، تکنولوژی‌های روز، مقررات داخلی کشورها، هزینه‌های درمانی و اقتصاد درمان که نسبت به آسیای میانه و کشورهای همسایه، توجه داشت که ایران در هر ۴ مورد از توانمندی‌های خوبی برخوردار است، اما متأسفانه تبلیغات خوبی برای شناسایی توانمندی‌های گردشگری و پزشکی ایران در خارج صورت نگرفته است که سفارتخانه ها و رسانه‌های دولتی، نقشی موثر در این زمینه دارند که با نتایج تحقیقات خدادوست و همکاران (۱۰). همسویی دارد. همچنین گردشگری یا مسافرت با هدف تفریح یکی از صنایع و بخش‌های اقتصادی بزرگ در جهان و یکی از مهمترین منابع ارز آوری و فرصت‌های شغلی است. اکثر دولت‌ها، گردشگری را بدلیل اثرات تکاثری در آمد گردشگری، بعنوان راهکاری برای توسعه کشور تلقی می‌کنند، چرا که ارز خارجی فراهم شده توسط گردشگران به دلیل گسترش محصولات و خدمات محلی کمک می‌کند. همچنین، بدلیل اهمیت اقتصادی گردشگری و نقش آن در تقلیل بحران اقتصادی، اکثر دولت‌ها گردشگری را بعنوان راهکاری برای توسعه کشور تلقی می‌کنند و این صنعت هر روز اهمیت بیشتری کسب می‌کند. ایران، بعنوان یکی از

هستند و احساس رضایت می‌کنند ولی زمانیکه منفی باشد افراد شکایت می‌کنند.

تبلیغات شفاهی در صنایع خدماتی نقش مهمی دارد زیرا افراد به منبع اطلاعاتی قابل اعتمادی در این موارد احتیاج دارند که فرستنده آن مستقل از سازمان ارائه‌کننده خدمات باشد و هیچ سودی در این زمینه به او نرسد. چون افراد قبل از خرید نمی‌توانند این اجناس را امتحان و آزمایش کنند همچنین در خدمات پیچیده و یا خریدهای با ریسک ادراکی بالا کاربرد زیادی دارد (۲۲).

در نهایت باید گفت که از آنجایی که این پژوهش بیمارانی که در مراکز گردشگری سلامت در بیمارستان خصوصی شهر تهران صورت گرفته است تعمیم نتایج به سایر بیماران شهرها با محدودیت مواجه است. عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی از کل بیماران و عدم همسان سازی در انتخاب آزمودنی‌ها موجب شده است که نتایج این پژوهش قابل تعمیم با سایر مناطق نباشد. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی سایر بیماران در شهرهای مختلف مثل شیراز، یزد و سایر شهرها نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت بیمارستان‌های به خاطر کمک در انجام مصاحبه با مدیران واحد بین‌الملل و توزیع پرسشنامه‌ها در این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

شفاهی، روشی کم هزینه و قابل اعتماد برای انتقال اطلاعات مربوط به محصولات و خدمات است (۱۲). در واقع به طور خیلی ساده می‌توان گفت تبلیغات شفاهی عبارت است از نفوذی قوی بر روی رفتار مصرف‌کننده. تبلیغات شفاهی معمولاً تعاملی، سریع و فاقد اساس تجاری است. امروزه تبلیغات شفاهی از اهمیت بسیاری نزد بازاریابان برخوردار گردیده است، تا جایی که عده‌ای معتقدند که تبلیغات شفاهی از جمله موثرترین و کارآمدترین شیوه‌های تبلیغاتی است (۱۳). با توجه به اهمیت این موضوع و نقش موثر تبلیغات شفاهی در بازاریابی کنونی به نظر می‌رسد که باید به شکل موثری این پدیده را مدیریت کرده و با اتخاذ تدابیری آگاهانه و هدف‌مند از مزایا و سودمندی‌های بسیار آن بهره‌برداری نمود (۱۴).

مطالعات نشان می‌دهد که مصرف‌کنندگان زمانی تجربه مثبت خود را از محصول ابزار می‌کنند که بدنبال محصول ایده آل خود هستند و هرچه جذابیت محصول بیشتر باشد رضایت بیشتری برای مشتری فراهم می‌شود، احتمال تبلیغات شفاهی افزایش می‌یابد (۱۹).

چون تبلیغات شفاهی اشاره به احساس مثبت مصرف‌کننده به یک برند خاص دارند. اثر توانایی افراد روی نظرات دیگران برای سازمان‌ها بسیار مهم می‌باشد به خصوص در آن دسته از پیشنهادات بازاریابی و آن دسته از خریدهایی که به راحتی قابل آزمایش کردن نمی‌باشند. البته مهم است که بدانیم تبلیغات شفاهی مثبت به عنوان یک منبع اثرگذار به تنهایی کافی نیست و دریافت‌کننده هم لازم است تا این اثر مثبت را نشان دهد.

اما تبلیغات شفاهی در همه افراد یکسان نبوده و اثر آن مثبتی را منتقل می‌کند، وقتی این تبلیغات بیشتر باشد افراد راضی

References

1. Connell J: Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery: *Tourism Management*, 20۰۶; ۲۷(1):
2. Garcia-Altes A: The development of health tourism services.: *Annals of Tourism Research*, 2005; 32(1): 712-719.
3. Goodrich JN, Goodrich GE: Health care tourism-an exploratory study: *Tourism Management*. ۱۹۷۸; 20(1): 9-21.

4. Crooks V, Snyder J: Medical tourism: What Canadian family physicians need to know. *Canadian Family Physician*, 2011; 9(2): 1-30.
5. MacReady N: Developing countries court medical tourists. *Lancet*, 2007; 119(1), 150-156.
6. Ramirez de Arellano AB: Patients without borders: The emergence of medical tourism. *IJHS*, 2007; 90(5), 546.
7. Unti JA: Medical and surgical tourism: The new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 2009; 1(1): 1-41.
8. Behrmann J, Smith E: Top 7 issues in medical tourism: challenges, knowledge gaps, and future directions for research and policy development. *Global Journal of Health Science*, 2010; 25(2): 1-
9. Lunt N, Carrera P: Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 2010; 19(86): 229-236.
10. Khodadust S, Ebrahimi Moghadam H. Effectiveness of Olson circumplex model training on attachment styles and marital conflicts in couples exposed emotional divorce. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2020; 9(2): 53-72.
11. Hopkins L, Labonte R, Runnels V, Packer C: Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 2011; 39 (1): 5-
12. Yeon EM, Choi HS. Trajectories of Mothers' Perceived Marital Conflict and its Relationship to Depression and Children' School Readiness, Self-esteem, and Happiness. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 2020; 21(5): 344-352.
13. Crooks VA, Kingsbury P, Snyder J, Johnston R: What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 2010; 63(1): 42-53.
14. Carrera P, Bridges JF: Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 2006; 58(1): 165-178.
15. Kaspar C: A new lease on life for spa and health tourism. *Annals of Tourism Research*. 1999; 20(1): 1-10.
16. Turner L: 'Medical tourism' and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals, and the search for affordable health care. *IJHS*, 2010; 9(31): 131-146.
17. Milstein A, Smith M: America's new refugees-seeking affordable surgery offshore. *NEJM* 2006; 14(1): 9-33.
18. Schiano TD, Rhodes R: The dilemma and reality of transplant tourism: an ethical perspective for liver transplant programs. *Liver Transplantation*. 2010; 21 (2): 70-76.
19. Kiatpongson S, Sipp D: Monitoring and regulating offshore stem cell clinics. *Science* 2009; 9 :61-71.
20. Smith E, Behrmann J, Martin C, Williams-Jones B: Reproductive tourism in Argentina: clinic accreditation and its implications for consumers, health professionals and policy makers. *Developing World Bioethics*, 2018; 9(34): 77-101.
21. Huxtable R: The Suicide tourist trap: compromise across boundaries. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2009; 4 (6): 59-64.
22. T Bagga, SK Vishnoi, S Jain Medical Tourism: Treatment, Therapy & Tourism, *International Journal Of medical marketing*. 2009; 3 (3): 41-52.
23. Taherimirghaed M, Ahmadi B, Rahimiforoushani A, Rajabivasoukolaii G, Arab M. , The status of medical tourism marketing in private and public hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Payavard*, 2009; 17(72): 937-944.
24. Seow Ai Na Predicting medical tourism behavioural intention using social cognition models, *Tourism Review*. ISSN, 2020; 18(83): 2223-2232.
25. Tat-Huei Chama xoner, Yet-Mee Lim, Bee-Chuan Sia, Jun-Hwa Cheah & Hiram Ting Medical , Tourism Destination Image and its Relationship with the Intention to Revisit: A Study of Chinese Medical Tourists in Malaysia, *Journal of China Tourism Research*, 2009; 12(Special Issue), 563-669.

*Original Article***Discovering The Consequences Model Of Word Of Mouth Advertising
In The Development Of Health Tourism**

Received: 12/11/2022 - Accepted: 11/12/2022

Mir Mohammad Pakia¹
Hossein Shirazi^{2*}
Peyman Ghafari Ashtiani³
Hossein Jannati Far⁴

¹ Ph.D student of Department of
Business Management, Qom Branch,
Islamic Azad University, Qom, Iran

² Assistant Professor of Department of
Technology Management, Qom
Branch, Islamic Azad University, Qom,
Iran. (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Department of
Business Management, Arak Branch,
Islamic Azad University, Arak, Iran.

⁴ Assistant Professor of Department of
Industrial Management, Qom Branch,
Islamic Azad University, Qom, Iran.

Email: Hossein.shirazi63@gmail.com

Abstract

Introduction: Health tourism is one of the growing industries in the world. The main goal of this research was discovering the background model of word of mouth advertising in the development of health tourism.

Methods: In this research, the researcher has used a mixed approach. For this purpose, in the first study, in order to know the components of the background model of word of mouth advertising in the development of health tourism from the foundation data approach, and in the second study, the model was tested using a quantitative method. In the first study, the required data collection tool was the protocol and in-depth interview with eighteen hospital managers, and in the next step, the required data was distributed among 384 patients and the results were analyzed by AMOS software.

Results: The researcher has conducted eighteen interviews to theoretical saturation and finally extracted 250 open codes and based on Strauss and Corbin's point of view, the analysis and results have been presented in the form of six main dimensions and thirty sub-dimensions.

Conclusion: The researcher presented his research in the form of a model including six dimensions, health tourism, brand equity of the health center brand, word of mouth advertising, quality of medical services, halal tourism, loyalty to the therapy center brand, and thirty sub-dimensions. Also, the results of the research have shown that the satisfaction with the treatment and medical staff and the accommodation of the patient and companion has a positive and significant effect on the increase of word of mouth advertising from the hospital and medical centers.

Keywords: Tourism, Health Tourism, Grounded Theory, Word Of Mouth Advertising