

## گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی

سید محمد طباطبایی نسب \*

ابوالفضل نوری \*\*

زهره محمد نبی \*\*\*

فرزانه حشمتی \*\*\*\*

### چکیده

تحقیق حاضر با هدف شناسایی راهکارهای مؤثر بر جذب و وفاداری گردشگران پزشکی و ارائه پیشنهاداتی در گردشگری پزشکی انجام یافته است. در این راستا، پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه تحقیق، با استفاده از معیارهای عرضه و تقاضای گردشگری پزشکی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد توسط گردشگران استخراج گردید. سپس گردشگران پزشکی به چهار دسته سرب، آهن، طلا و پلاتینیوم دسته بندی شدند. این تحقیق از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی - پیمایشی می باشد و از پرسشنامه به منظور جمع آوری داده های مورد نیاز استفاده شده است. گردشگران پزشکی شهر یزد جامعه آماری این تحقیق را شکل داده اند. در این پژوهش، از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شد و با بهره گیری از فرمول تعیین حجم نمونه نامحدود و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۰,۱ مقدار حجم نمونه ۱۱۰ نفر برآورد گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیات از نرم افزارهای SPSS و اکسل استفاده شده است. در این فرآیند، از آزمون t و تکنیک تاپسیس فازی استفاده گردید. با توجه به اولویت بندی عوامل مؤثر بر تقاضا، گردشگران پزشکی در یک تقسیم بندی جدید و بر مبنای مشابهت اولویت بندی نیازها به دو گونه الماس و نقره تقسیم گردیدند. در ادامه عوامل مؤثر بر جذب گردشگر پزشکی همانند نظریه هرزبرگ به دو دسته الزامی و انگیزشی طبقه بندی شدند که در سطح گونه الماس عدم ارائه عوامل انگیزشی موجب نارضایتی شدید می گردد. این در حالی است که عدم ارائه این عوامل در سطح گونه نقره منجر به بروز نارضایتی نمی شود.

**واژگان کلیدی:** گردشگری پزشکی، چرخه زندگی گردشگری، وفاداری، عرضه و تقاضای گردشگری پزشکی.

\* استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه یزد

\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه یزد (نویسنده مسئول) Email: abolfazlnouri81@yahoo.com

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه یزد

\*\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه یزد

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۶

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۱۹

## مقدمه

افزایش سلامت و جهانی شدن آن باعث پیدایش مفهوم جدیدی به نام گردشگری پزشکی شده است. گردشگری پزشکی، بازاری در حال توسعه است که می‌تواند موجب ایجاد درآمدی بیش از ۶۰ میلیارد دلار در هر سال شود (Jones & Keith, 2006). از این رو بسیاری از کشورها برنامه‌های قانونی و عملیاتی مختلفی برای خدمت رسانی در این بخش تدوین کرده و به اجرا درآورده‌اند. همچنین، تعداد کشورهایی که با تمام امکانات خود به ارائه تسهیلات پزشکی می‌پردازند، رو به افزایش است. این خدمات پزشکی در سطح بین‌المللی، پتانسیل اقتصادی گسترده‌ای فراهم کرده است. (Bookman & Bookman, 2007).

گردشگری پزشکی به عنوان یکی از بخشهای سود آور برای کشورهای در حال توسعه معرفی شده است. رامیرز دی آلرانو (۲۰۰۷)، سرمایه‌گذاری در این بخش را موجب افزایش درآمد، بهبود خدمات، ایجاد تراز تجاری متعادل تر و رشد صنعت گردشگری می‌داند. برای مثال در سال ۲۰۰۵، هند، مالزی، سنگاپور و تایلند بیش از دو میلیون و پانصد هزار نفر را در بخش گردشگری پزشکی جذب کرده‌اند. (Tata, 2007). پیش‌بینی شده است که درآمد حاصل از گردشگری پزشکی در آسیا به ۴/۴ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ برسد. همچنین کلمبیا، سنگاپور، هند، تایلند، بروئی، کوبا، هنگ کنگ، مجارستان، اردن، لیتوانی، مالزی و امارات مهم‌ترین مقاصد نوظهور در عرصه توریسم پزشکی بوده‌اند و آرژانتین، بولیوی، کاستاریکا، مکزیک و ترکیه نیز در حال تلاش برای مطرح کردن خود به عنوان مقاصد جذاب در زمینه ارائه خدمات پزشکی به خصوص در بخش جراحی‌های زیبایی هستند (Singh, 2008).

بر اساس رده بندی‌های صورت گرفته، ایران در میان کشورهای برتر جذب کننده گردشگر پزشکی جایگاهی ندارد. در واقع ایران در این صنعت جایگاه خود را باز نیافته و گام‌های نخستین را طی می‌کند. گردشگری پزشکی در ایران برای اولین بار در سال ۸۲ از سوی وزارت بهداشت مورد توجه قرار گرفت. البته وزارت بهداشت بیشتر با هدف اشتغال‌زایی برای دانش‌آموختگان پزشکی و نه رشد و توسعه گردشگری پزشکی به این مبحث پرداخت، اما به تدریج، از سال ۸۳ و درست پس از ادغام سازمان‌های میراث فرهنگی و سازمان ایران گردی و جهان گردی با یکدیگر، گردشگری پزشکی به صورت

مستقل در ایران ایجاد شد و دولت ایران بر اساس برنامه ریزی‌های خود باید تا پایان برنامه چهارم توسعه، ۳۰ درصد از نیازهای درمانی و بهداشتی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و گردشگری پزشکی فراهم کند (Masoumi, 2005). با وجود موقعیت‌هایی که کشورهای دیگر در این صنعت سودآور به دست آورده‌اند اقداماتی که در ایران صورت گرفته است کافی به نظر نمی‌رسد و کاستی‌های فراوانی در این زمینه به وضوح قابل مشاهده است. در این مقاله تلاش شده است عوامل مؤثر بر جذب و وفاداری گردشگر پزشکی، با تأکید بر نظریه هرم مشتری زیتامل، راست و لمن (۲۰۰۱)<sup>۱</sup> شناسایی و راهکارهای مناسب جهت ارائه خدمات مناسب برای افزایش جذب و وفاداری این نوع گردشگر ارائه گردد و گامی در راستای رشد و توسعه این صنعت راهبردی برداشته شود.

### مبانی نظری پژوهش

پیشرفت تکنولوژی و گستردگی اطلاعات، طبیعت مبادلات و ارتباطات را در دنیا تغییر داده است. گردشگری پزشکی نتیجه جهانی شدن بهداشت و گردشگری است که قسمت بزرگی از فعالیت‌های اقتصادی فراملیتی را در بر می‌گیرد (Bookman & Bookman, 2007). گاپتا (۲۰۰۴)<sup>۲</sup>، گردشگری پزشکی را، ارائه خدمات سودآور در زمینه مراقبت‌های پزشکی به بیماران، در ارتباط با صنعت گردشگری تعریف می‌کند. کونل (۲۰۰۶)<sup>۳</sup>، گردشگری پزشکی را پدیده رایج فرهنگی می‌داند که در آن مردم برای خدمات جراحی، پزشکی و دندانپزشکی سفر می‌کنند. این بخش از گردشگری کمک شایانی به اقتصاد می‌کند. گردشگری پزشکی در هند و کسب و کارهای مربوط به آن، پروژه‌ای به ارزش ۲ میلیارد دلار در سال را در بر می‌گیرد (Bookman, 2007; Singh, Bookman & Bookman, 2008). سنگاپور امید دارد سالانه ۱ میلیون بیمار را جذب کند و از این طریق باعث افزایش ۱/۶ میلیارد دلاری در آمد ناخالص ملی کشورش شود. مالزی نیز انتظار دارد که صنعت گردشگری پزشکی در پنج سال آینده در آمدی معادل ۵۹۰ میلیون دلار نصیب این کشور کند. کره جنوبی و تایلند نیز به دنبال خلق درآمد ۴ میلیارد دلاری از صنعت گردشگری پزشکی تا سال ۲۰۱۲ هستند (Medical Tourism, Asia's Growth

1-Zeithaml, Rust and Lemon, 2001

2 - Gupta (2004)

3 -Connell(2006)

Industry, 2007). طبق گفته آوادزی و پاندا<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، بسیاری از کشورهای جهان سوم، گردشگری پزشکی را به عنوان معدن طلا می دانند و شدیداً به دنبال رشد و توسعه صنعت گردشگری پزشکی و از طرفی در حال رقابت فزاینده در آن هستند. گسترش گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه، باعث تغییراتی در ماهیت خدمات درمانی و تسهیلات اعطایی بیمارستان‌ها شده است. هومی و دمیکو (۲۰۰۷)<sup>۲</sup> بیان می کنند همکاری مشترک بین سازمان‌های ارائه دهنده خدمات پزشکی و مکان‌های اقامتی، راه متمایزی در زمینه توسعه گردشگری پزشکی محسوب می شود.

از سوی دیگر، توسعه گردشگری پزشکی ممکن است اثری منفی بر روی کل سیستم پزشکی مقصد بگذارد. رشد کنترل نشده گردشگری پزشکی ممکن است سلامت فیزیکی و اجتماعی-روانشناختی جمعیت محلی را در معرض خطر قرار دهد؛ (Burkett, Tan, 2007). آوادزی و پاندا (۲۰۰۶)، به این نکته اشاره می کنند که یک اثر منفی گردشگری پزشکی می تواند تغییر مسیر سرمایه‌ها از سایر حوزه‌های اقتصادی به حوزه گردشگری پزشکی باشد. همچنین بسیاری از کشورها نمی توانند و یا نمی خواهند خدمات پرهزینه به گردشگران پزشکی ارائه کنند، اگرچه تقاضا برای دریافت این خدمات از طرف بیماران کشورها و مناطق توسعه یافته، وجود داشته باشد. اما با توجه به موارد ذکر شده، رشد کنترل شده صنعت گردشگری پزشکی می تواند به توسعه یک کشور کم‌کمک شایانی کند و رشد اقتصادی یک منطقه را در پی داشته باشد. این مهم از طریق افزایش رضایت و وفاداری گردشگر پزشکی محقق می شود.

#### وفاداری گردشگر

ارتباط بین رضایت مشتری و موفقیت سازمان موضوعی کاملاً پذیرفته شده است. رضایت مشتری همواره به عنوان یک هدف تجاری ضروری مطرح شده است، زیرا، مشتریان راضی، خرید بیشتری خواهند داشت. با این حال، بسیاری از سازمان‌ها متوجه کاهش زیاد مشتریان، به رغم رضایت بالای آنها شده‌اند (Oliver, 1999; Taylor, 1998). این پدیده باعث تهییج تعدادی از متخصصان و محققان مانند جونز و

1 - Awadzi and Panda (2006) 2001

1 - Gupta (2004)

2 - Hume and DeMicco (2007)

ساسر<sup>۱</sup>(۱۹۹۵)، الیور<sup>۲</sup>(۱۹۹۹) و ریچهد<sup>۳</sup>(۱۹۹۶) شد تا از مطالعه صرف رضایت انتقاد کنند. آنها خواستار تغییر این پارادایم به تلاش برای پژوهش درباره وفاداری به عنوان یک هدف استراتژیک کسب و کار شدند. در نتیجه، سنج رضایت، اخیراً به وسیله مفهوم وفاداری مشتری جایگزین شده است، زیرا وفاداری، رفتار واقعی را بهتر پیش بینی می کند. شاخص های وفاداری مشتری<sup>۴</sup> از دیدگاه تیلور<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) به صورت زیر بیان شده است:

۱. احتمال خرید مجدد محصول یا خدمت،

۲. احتمال پیشنهاد یک محصول یا خدمت به دیگران،

۳. رضایت کلی.

این حرکت به سمت سنجش وفاداری، بر پایه تمایل در جهت درک و حفظ مشتری است. مطالعات نشان داده است افزایش ۵ درصدی در حفظ مشتری، سود را در بین صنایع مختلف ۲۵ تا ۹۵ درصد افزایش می دهد، (Reichheld, 1996; Reichheld & Sasser, 1990). علاوه بر این، حفظ مشتریان موجود دارای هزینه کمتر نسبت به جذب مشتریان جدید می باشد (Fornell & Wernerfelt, 1987). همچنین، مشتریان وفادار به طور غیر رسمی با شبکه ای از دوستان، بستگان و سایر مصرف کنندگان بالقوه، ارتباط برقرار می کنند و به عنوان یک عامل تبلیغاتی برای معرفی محصولات و خدمات، به شمار می روند (Shoemaker & Lewis, 1999). بنابراین، وفاداری، پایه و اساس برنامه های استراتژیک برای سازمان ها است. با این حال، مروری بر ادبیات در زمینه سفر و گردشگری نشان می دهد که در رابطه با رضایت گردشگر، مطالعات زیادی صورت گرفته، اما وفاداری به مقصد، به طور کامل بررسی نشده است (Oppermann, 2000). شناخت عوامل مؤثر بر وفاداری مشتری، به مدیریت اجازه می دهد روی عوامل مؤثر بر حفظ مشتری تمرکز کنند. مطالعات زیادی به بررسی پیشینه ها یا علل قصد تکرار خرید پرداخته اند (Backman & Crompton, 1991; Cronin, Brady & Hult, 2000; Petrick, Morais & Norman, 2001). نتایج حاصل از این پژوهشها نشان داده است که رضایت و کیفیت/عملکرد، پیش بینی کننده های خوبی برای وفاداری ذهنی مشتری است و هر چه میزان رضایت مشتریان افزایش پیدا کند، به خرید مجدد محصولات و خدمات بیشتر منجر

1 - Jones & Sasser, 1995

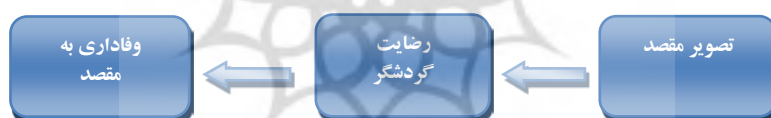
2- Oliver, 1999

3- Reichheld, 1996

4- Customer Loyalty Indices

5 - Taylor(1998)

می شود. در صنعت گردشگری، رضایت همراه با تجربه سفر، منجر به وفاداری به مقصد می شود (Alexandris, Kouthouris & Meligdis, 2006; Bramwell, 1998). درجه وفاداری گردشگران به یک مقصد نیز، در قصد آنها به بازدید مجدد از مقصد و تمایل آن ها به توصیه آن مقصد به دیگران، مشخص می شود (Opperman, 2000). از طرف دیگر، تجربیات خوشایند گردشگران از خدمات، محصولات و دیگر امکاناتی که در مقاصد گردشگری فراهم شده است، می تواند موجب بازدید مجدد و نیز توصیه آن مقصد به دیگران گردد. علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان داده اند که تصویر ذهنی گردشگران از مقصد، در روند انتخاب مقصد، ارزیابی سفر و در نیت آینده آنها تأثیرگذار است. همچنین تصویر مقصد، بر کیفیت ادراک شده و رضایت مشتری تأثیر بسزایی دارد (Baloglu & McCleary, 1999). (Chon, 1990, 1992). تصویر مثبت ناشی از تجربیات خوشایند سفر باعث ارزیابی مثبت مقصد می گردد. رضایت گردشگر نیز در صورت مثبت بودن تصویر مقصد افزایش می یابد. تصویر مقصد همچنین بر نیت رفتاری گردشگر مؤثر است. هر چه این تصویر مطلوب تر باشد احتمال بیشتری برای برگشت به یک مقصد وجود خواهد داشت (شکل ۱).



شکل ۱: رابطه تصویر مقصد با وفاداری به مقصد

### چرخه عمر محصول و مقصد

در سال ۱۹۶۹، پولی و کوک (مفهوم چرخه عمر محصول را مطرح کردند. این نظریه به این نکته اشاره می کند که تمام طبقات محصول از ۴ مرحله اساسی عبور می کنند: (۱) معرفی (۲) رشد (۳) بلوغ (۴) افول در مرحله معرفی، محصولاتی با آخرین نوآوری موجود ارائه می شوند که قیمتی بالا و توزیعی محدود دارند. در مرحله معرفی، مقصد (مکان گردشگری) همانند رازی است که افراد محدود و خاصی در مورد آن می دانند.

در مرحله رشد، آگاهی از مقصد افزایش می یابد و گروه بزرگتری از مسافرانی که افرادی کمتر ماجراجو هستند، نیز از مقصد بازدید می کنند. تکنولوژی و تغییر درآمد، انتقال به این دوره را تحت تأثیر قرار می دهد. توسعه زیر ساخت ها ( مثل راه ها و ریلهای بهبود یافته و سیستم های هوایی ) دسترسی به مقصد را بهبود می بخشد. برخلاف گردشگران مرحله معرفی، گردشگرها در مرحله رشد خواستار تمایز در محصولات و خدمات هستند تا آن ها را جهت سفر ترغیب کند. مقصدهایی که در متمایزسازی پیشنهاد های خود توانا نیستند ممکن است در جذب این گردشگرها دچار مشکل شوند. در این مرحله، ایجاد یک خرده بازار (نیچ)<sup>۱</sup> رقابتی بسیار حیاتی است، زیرا مرحله رشد بزرگترین فرصت رشد اقتصادی یک مقصد را فراهم می کند. شناخت ذائقه های مختلف گردشگرها یا انتظارات آنها، به جذب بازدیدکنندگان مختلف کمک می کند. تجربه سفرهای شاد و بازگو کردن این تجربیات، تعداد بازدیدکنندگان را افزایش می دهد. (Alegre & Garau, 2010; Kozak & Rimmington, 2000; Um et al, 2006).

زمانی که یک مقصد به مرحله ی بلوغ می رسد، درصد سرانه فروش محصول تغییر یافته و شروع به افول می کند (Cook, 1969) (Polli & Cook). مقاصد بالغ از ناتوانی در متمایز ساختن خود از ویژگی های مشابه موجود در سایر مکان های گردشگری رنج می برند. مقصد در مرحله ی افول بازدیدکنندگان کمتری دارد و درآمد در این مرحله کاهش می یابد، اما این لزوماً بدین معنی نیست که مقصد به شهر ارواح تبدیل شود. مقصدها در مرحله افول می توانند با ایجاد یک خرده بازار منحصر به فرد، پا بر جا بمانند و صنعت گردشگری خود را حفظ کنند.

#### استراتژی های رشد برای مقاصد بالغ، چرخه گردشگری

هنگامی که مقصدی به مرحله ی بلوغ می رسد، پایداری آن در جذب مستمر گردشگر کم شده و با رکود ناشی از کاهش گردشگر مواجه می شود. ورنون<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) بیان می کند که هنگام مواجه شدن کسب و کارها با این حالت، یک احساس اجباری برای کاهش قیمت ها برای آن ها به وجود می آید. راه حل بهتر در این هنگام، خلق ایده های نو و پیشنهاد های هیجان انگیز برای تحریک گردشگران خاص یا وسوسه کردن بازدید

1. Niche

2. Vernon, (1977)

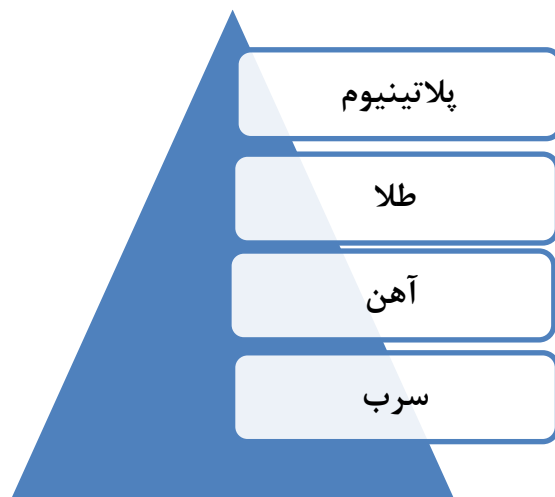
کنندگان است که معمولاً از سایر مقصدها بازدید می‌کنند. در این زمان، جایگاه یابی مجدد به معنی تمرکز بر بهترین استراتژی جهت بهبود تصویر مقصد و راضی نگه داشتن گردشگرها است که فراهم کننده بیشترین فرصت‌های رشد پایدار هستند. اکثر کسب و کارها دریافته‌اند که ۲۰ درصد از مشتریان، ۸۰ درصد فروش یا سود را ایجاد می‌کنند، بنابراین، شناسایی و حفظ ۲۰ درصد بهترین گردشگرها، عاملی کلیدی در رشد پایدار است. در این راستا، زیتامل، راست و لمن (۲۰۰۱) هرم مشتری چهار سطحی را که توصیف کننده تنوع مشتریان است ارائه کرده‌اند. این هرم، چهار سطح از مشتریان را براساس سودآوری آنها به عنوان پلاتینیوم<sup>۱</sup>، طلا<sup>۲</sup>، آهن<sup>۳</sup> و سرب<sup>۴</sup> در نظر می‌گیرد (شکل ۲). تمرکز بر روی مشتریان با سود بیشتر، به ثبات اقتصادی صنعت گردشگری پزشکی و ممانعت از جدایی بازدیدکنندگان وفادار و سودآور، کمک می‌کند. این استراتژی، به مقصد این امکان را می‌دهد تا بتواند تصویری با ثبات از خود ارائه دهد و صنعت گردشگری محکم و با ثبات ایجاد کند.



شکل ۲. هرم مشتری گردشگری (زیتامل و همکاران (۲۰۰۱))

1. Platinum
2. Gold
3. Iron
4. Lead





ادامه شکل ۲. هرم مشتری گردشگری (زیتامل و همکاران (۲۰۰۱))

گردشگران پلاتینیومی، بازدید کنندگانی همیشگی بوده و به قیمت حساس نیستند. این بازدید کنندگان، وفادار بوده و سودآورترین هستند. هتل‌های ۵ ستاره، تعالی خدمت و جدا بودن از عموم (خاص بودن) برای گردشگران پلاتینیوم جذاب است.

گردشگران طلایی نسبت به پلاتینیوم‌ها، به قیمت‌ها حساس‌تر هستند و انتظار تخفیف‌های قیمتی دارند. این گردشگرها، گرچه به مانند پلاتینیوم‌ها وفادار نیستند، اما معمولاً از مقصد، بازدید مجدد دارند. سوئیت‌های با امکانات بهتر و قرار گرفتن در مقابل خدمات باارزش، باعث تبدیل شدن گردشگران طلا به گردشگران پلاتینیوم می‌گردد.

گردشگران آهنی سوئیت‌های خالی هتل‌ها را پر می‌کنند و ظرفیت ساز هستند. این گردشگرها کمتر پول خرج می‌کنند و وفاداری و سود کمتری دارند. گردشگران آهن آن چنان درآمدی را ایجاد نمی‌کنند که موجب رسیدگی خاص به آنان شود. به مانند گردشگران طلا، برنامه‌های تشویقی، گردشگران آهن را با سطوح خدمات و مهمان‌نوازی بالاتر مواجه کرده و به تبدیل آنها به مشتریان سودآور کمک می‌نماید.

گردشگران سربی، برای شرکتها هزینه آور بوده و مشتریانی هستند که امکانات و منابع شرکت را با تقاضاهای خود، تحلیل می‌برند. آنها تمایل به شکایت در حین سفر و پس از آن را دارند. گردشگران سربی به حقوق محلی، مردم یا سنت‌ها احترام نمی‌گذارند. این بازدید کنندگان نیاز به تغییر مدل هتلها و جایگزینی ابزار و وسایل را افزایش می‌دهند و

زمانی که نیازهای آنان برآورده نشود، خشمگین می شوند. برخی شواهد ارتباط بسیار قوی میان سوء رفتار پیشین و بد رفتاری آنها در آینده را ارائه کرده اند. (Daunt & Harris, in press)

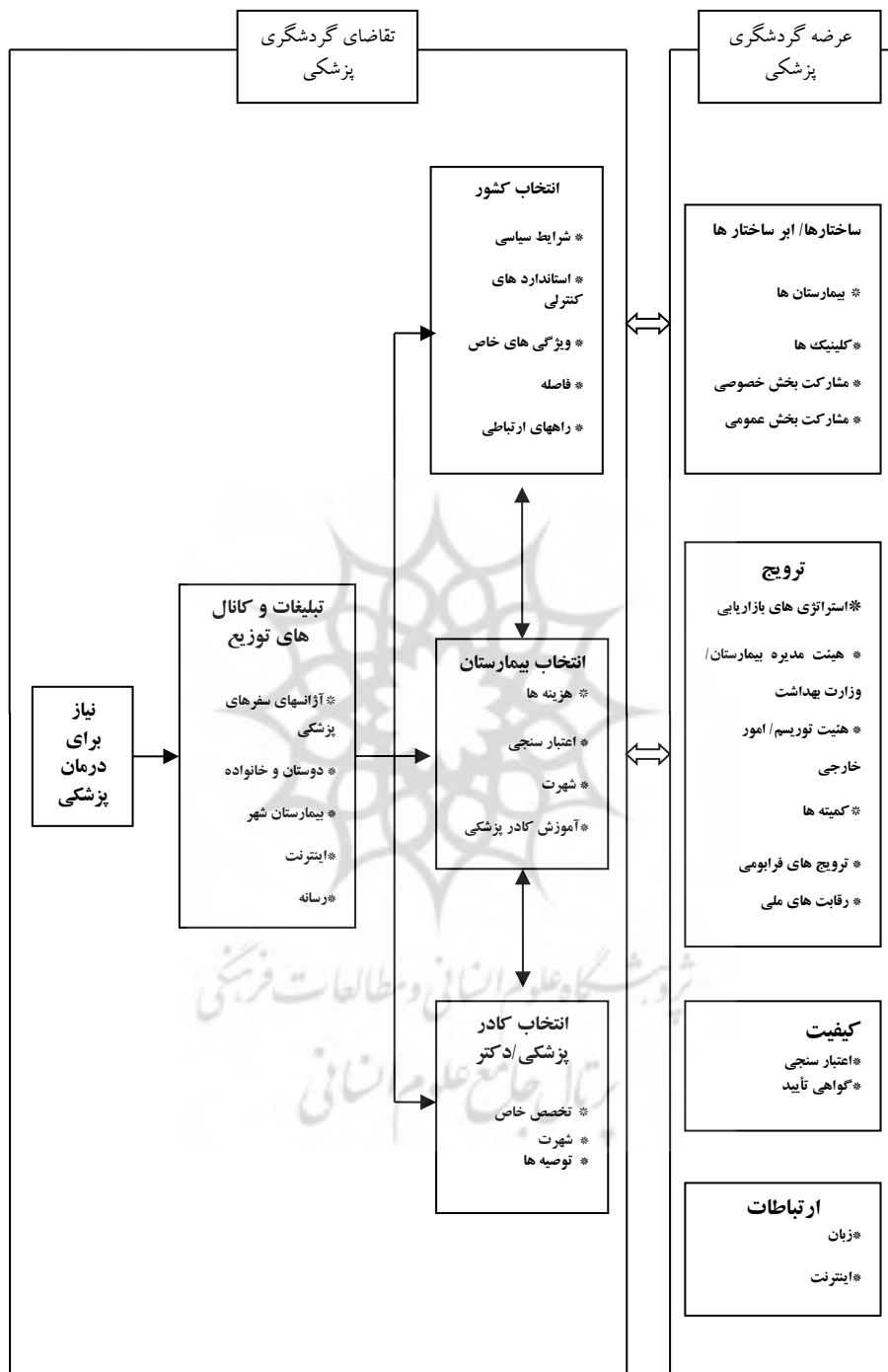
### پیشینه تحقیق

مطالعات متعددی در مورد عوامل و ابعادی که صنعت گردشگری پزشکی را تحت تأثیر قرار داده، انجام شده است. برای مثال اسمیت و فورگیونی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) یک مدل دو مرحله‌ای از عوامل تأثیر گذار بر تصمیم بیماران در مورد تصمیم به سفر به خارج از کشور برای درمان ارائه کرده‌اند که در مرحله اول، آن‌ها عوامل انتخاب شده توسط بیمار برای انتخاب کشور مقصد را شناسایی کرده‌اند و در مرحله دوم، عوامل مشخص شده برای انتخاب تسهیلات درمانی را ارزیابی نموده‌اند. آن‌ها بیان می‌کنند که ویژگی‌های خاص هر کشور مثل شرایط اقتصادی، فضای سیاسی و مقررات، بر انتخاب کشور اثر می‌گذارد. این در حالی است که عواملی چون هزینه‌ها، اعتبار بیمارستان، کیفیت مراقبت از بیمار و فرهیختگی پزشک، بر روی انتخاب تسهیلات پزشکی تأثیر دارد. آن‌ها همچنین اظهار می‌نمایند که در انتخاب مقصد، تسهیلات پزشکی مهم ترین اولویت را دارند و قوانین کنترلی و شرایط اقتصادی مهم ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی هستند. یی، یوهان، کیو و زهانگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، انگیزش گردشگران پزشکی هنگ کنگ را براساس مطالعه موردی بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که گردشگرها به جنبه‌های پزشکی توجه می‌کنند تا ویژگی‌های مکان‌های گردشگری. عوامل محرکی که آن‌ها ارائه کردند شامل ویژگی‌های مقصد<sup>۳</sup>، کیفیت مراقبت‌های پزشکی<sup>۴</sup>، ترویج<sup>۵</sup>، همدلی (هم نشینی)<sup>۶</sup>، هزینه‌ها و شهرت است. هیانگ، کاکوکاستا و سانگ<sup>۷</sup> (۲۰۱۰)، مدلی مفهومی از گردشگری پزشکی ارائه کرده‌اند. (شکل ۳). این مدل شامل دو بخش عرضه و تقاضا بوده و در برگیرنده عواملی است که تصمیم گردشگر برای درمان پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بخش عرضه بیانگر این مطلب است که کشور مقصد چه امکاناتی در اختیار

1. Smith and Forgione(2007)
2. Ye, Yuen, Qiu, and Zhang (2008)
3. Destination attributes
4. Healthcare Quality
5. Promotion
6. companionship
7. Heung, Kucukusta, and Song (2010)

گردشگران پزشکی قرار می‌دهد و بخش تقاضا شامل عواملی است که انتخاب کشور مقصد توسط گردشگران پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.





شکل ۳: مدل عرضه و تقاضای گردشگری پزشکی (هیونگ و همکاران، ۲۰۱۰)

## روش شناسی تحقیق

تحقیق حاضر از نوع توصیفی و به لحاظ روش پیمایشی می‌باشد. در این تحقیق به منظور شناسایی عوامل مؤثر بر جذب گردشگر پزشکی، مبانی نظری و پیشینه تحقیق مورد بازنگری قرار گرفته و پس از مصاحبه با خبرگان (اساتید دانشگاهی و رؤسای بیمارستانها)، پرسشنامه تحقیق توسط محققین طراحی گردید. جهت اولویت بندی عوامل مؤثر بر جذب گردشگر پزشکی نیز از تکنیک تاپسیس فازی و از نظرات گردشگران پزشکی شهر یزد استفاده شده است، بنابراین، جامعه آماری تحقیق را گردشگران پزشکی شهر یزد تشکیل می‌دهد. شایان ذکر است که یزد علاوه بر جاذبه های توریستی شناخته شده بالاترین رتبه را از لحاظ شاخص سلامت در کشور دارا می‌باشد و از طرفی با بهره گیری از مشاهیر نامدار در عرصه پزشکی و دارا بودن بیمارستان‌های متعدد، خدمات مختلفی را در انواع زمینه‌های پزشکی ارائه می‌دهند. مرکز تحقیقات ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به عنوان قطب علمی ناباروری کشور معرفی شده است و همچنین، پروژه احداث مرکز بین المللی قلب محمد رسول الله که بزرگترین مرکز قلب خاورمیانه محسوب می‌شود، یزد را در ارائه خدمات پزشکی به عنوان یکی از شاخص ترین شهرهای ایران مطرح می‌کند. بنا به دلایل فوق شهر مذکور به عنوان جامعه آماری در این تحقیق انتخاب گردیده است.

در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد و با بهره گیری از فرمول تعیین حجم نمونه نامحدود و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۰,۱ مقدار حجم نمونه ۱۱۰ نفر برآورد شد. پرسشنامه مذکور با هدف رواسازی محتوا، در اختیار خبرگان و صاحب نظران علمی قرار گرفت و اصلاحات مورد نظر آنها بر روی شکل و محتوای پرسشنامه لحاظ گردید. ضمناً پایایی پرسشنامه تحقیق با استفاده از شاخص مرسوم سازگاری درونی یعنی آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۱ ابزار تحقیق دارای پایایی لازم می‌باشند.

جدول ۱- مقدار آلفای کرونباخ برای سازه ها

مقدار آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	سازه
۰,۶۶۹	۹	انتخاب بیمارستان
۰,۶۰۹	۲	تخصص کادر پزشک
۰,۸۴۷	۱۰	انتخاب شهر مقصد
۰,۶۳۷	۳	قابلیت دسترسی
۰,۸۲۰	۴	وضعیت محیطی
۰,۶۲۰	۳	هزینه بازدید از اماکن تاریخی
۰,۷۷۳	۱۳	تمایل گردشگر به مقصد

جهت تعیین مسیر تحلیل‌های آماری (پارامتریک یا ناپارامتریک) باید ابتدا نرمال بودن یا نبودن سازه‌ها و ابعاد آن‌ها بررسی شود. بدین منظور نرمال بودن سازه‌های تحقیق با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون، بیانگر رد نشدن فرضیه نرمال بودن سازه‌های تحقیق می‌باشد. بدین ترتیب در ادامه تحقیق به منظور انجام تحلیل‌های آماری بر روی داده‌ها، از شاخه آمار پارامتریک استفاده شد. از آنجا که در این تحقیق از طیف لیکرت ۵ تایی<sup>۲</sup> استفاده شده است، عدد سه به عنوان حد متوسط در نظر گرفته شده است. در این راستا، «آزمون T یک نمونه‌ای»<sup>۳</sup> برای آزمون فرضیات ۱ تا ۶ به کار رفته است (جدول ۲).

$$\begin{cases} H_0: \mu \leq 3 \\ H_1: \mu > 3 \end{cases}$$

با توجه به اینکه سطح معنی داری<sup>۴</sup> هر شش عامل، کوچکتر از ۰,۰۵ می باشد، لذا، فرض صفر تحقیق رد و فرضیه مقابل تأیید می گردد. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت میانگین مربوط به عوامل مورد بررسی بیشتر از مقدار آزمون (۳) می باشد. پس نتایج نشان می دهد که هر شش عامل تأثیر معنی داری بر جذب گردشگر پزشکی دارند.

1. Kolmogorov-Smirnov test
2. five point Likert scale
3. One sample T test
4. Level of significance

جدول ۲: آزمون t

مقدار معناداری (sig-2tailed)	آماره‌ی آزمون (t)	درجه آزادی (df)	فرضیه
۰,۰۰۰	۱۵,۵۸۹	۱۰۹	تخصص کادر پزشک
۰,۰۰۰	۵,۰۰۶	۱۰۹	وضعیت محیطی
۰,۰۰۰	۴,۰۰۴	۱۰۹	انتخاب بیمارستان
۰,۰۱۸	-۲,۴۰۲	۱۰۹	انتخاب شهر مقصد
۰,۰۰۰	-۴,۲۲۱	۱۰۹	هزینه بازدید از اماکن تاریخی
۰,۰۰۱	-۳,۳۲۱	۱۰۹	قابلیت دسترسی

در این تحقیق، ابتدا با استفاده از معیارهای اخذ شده از مقاله زیتامل و همکاران (۲۰۰۱) و به کمک طبقه بندی داده‌ها گردشگران پزشکی در شهر یزد به چهار دسته سرب، آهن، طلا و پلاتینیوم دسته بندی شدند. با توجه به احتمال وجود عدم اطمینان در نظرات جمع-آوری شده، منطق فازی برای تفسیر و تحلیل بهتر داده‌ها در دستور کار قرار گرفت. لذا، ابتدا اعداد قطعی پرسشنامه به اعداد فازی تبدیل شد و سپس بر اساس رویکرد TOPSIS فازی، عوامل مذکور رتبه بندی گردید. این روش در سال ۱۹۸۱ توسط هوانگ و یون<sup>۱</sup> ارائه گردید. تاپسیس یکی از بهترین مدل‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره است. همچنان که خواهیم دید از این تکنیک امروزه در حوزه‌های مختلف استفاده زیادی می‌شود. در این روش  $m$  گزینه به وسیله  $n$  شاخص، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این تکنیک بر این مفهوم استوار است که گزینه انتخابی باید کمترین فاصله را با راه حل ایده آل مثبت (بهترین حالت ممکن) و بیشترین فاصله را با راه حل ایده آل منفی (بدترین حالت ممکن) داشته‌اند. در حقیقت، میزان فاصله یک عامل با عامل ایده آل مثبت یا منفی مورد سنجش قرار می‌گیرد و این خود معیار رتبه بندی و اولویت بندی عوامل مورد نظر می‌باشد.

بیشتر مدیران عملیات نمی‌توانند یک عدد دقیق را برای بیان عقیده و نظر خود ارائه دهند و به همین جهت از ارزیابی کلامی به جای ارزش‌های عددی خاص استفاده می‌شود. با عنایت به موارد فوق‌الذکر به نظر می‌رسد ارائه یک مدل ساده و مبتنی بر منطق فازی برای تعامل با ابهام موجود در ابزارهای اندازه‌گیری، ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، در

1. Hwang and Yoon (1981)

این بخش ما سعی داریم از تکنیک TOPSIS فازی معرفی شده توسط چن، جهت رتبه بندی عوامل موثر بر مدیریت دانش استفاده نمائیم. در این تکنیک، بر اساس ترتیب نزولی  $C_i$  می توان گزینه های موجود از مساله مفروض را رتبه بندی نمود. لازم به ذکر است که مبنای اعداد و طیف فازی بکار گرفته در این پژوهش، اعداد معرفی شده توسط چنگ می باشد. نتایج حاصل از رتبه بندی گروه عامل ها در جدول های زیر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج حاصل از رتبه بندی فازی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر در سطح سرب

رتبه	عامل	فاصله از ایده آل مثبت	فاصله از ایده آل منفی	$C_i$
۱	تخصص و مهارت کادر پزشکی	۲,۶۸۱۳	۴,۶۸۰۵	۰,۶۳۵۸
۲	وضعیت محیطی، امنیت شهری و مهمان نوازی	۲,۷۷۱۰	۴,۷۷۰۲	۰,۶۳۲۶
۳	عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان	۳,۰۶۵۵	۵,۰۶۵۰	۰,۶۲۳۰
۴	عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد	۴,۱۶۳۲	۶,۱۶۲۹	۰,۵۹۶۸
۵	هزینه بازدید از اماکن تاریخی	۴,۲۸۵۸	۶,۲۸۵۶	۰,۵۹۴۶
۶	قابلیت دسترسی	۶,۰۳۳۳	۸,۰۳۳۰	۰,۵۷۱۱

جدول ۴: نتایج حاصل از رتبه بندی فازی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر در سطح آهن

رتبه	عامل	فاصله از ایده آل مثبت	فاصله از ایده آل منفی	$C_i$
۱	تخصص و مهارت کادر پزشکی	۳,۱۷۳۵	۵,۱۷۳۲	۰,۶۱۹۸
۲	وضعیت محیطی، امنیت شهری و مهمان نوازی	۳,۳۱۱۹	۵,۳۱۱۴	۰,۶۱۵۹
۳	عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان	۳,۵۱۹۱	۵,۵۱۸۷	۰,۶۱۰۶
۴	عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد	۴,۳۸۳۶	۶,۳۸۳۶	۰,۵۹۲۹
۵	هزینه بازدید از اماکن تاریخی	۴,۷۱۴۴	۶,۷۱۴۲	۰,۵۸۷۵
۶	قابلیت دسترسی	۶,۱۷۶۰	۸,۱۷۵۸	۰,۵۶۹۷



جدول ۵: نتایج حاصل از رتبه بندی فازی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر در سطح طلا

رتبه	عامل	فاصله از ایده آل مثبت	فاصله از ایده آل منفی	$C_i$
۱	تخصص و مهارت کادر پزشکی	۴,۰۰۸۸	۶,۰۰۸۵	۰,۵۹۹۸
۲	وضعیت محیطی، امنیت شهری و مهمان نوازی	۴,۴۸۹۸	۶,۴۸۹۶	۰,۵۹۱۱
۳	عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان	۴,۵۳۲۴	۶,۵۳۲۲	۰,۵۹۰۴
۴	قابلیت دسترسی	۵,۲۴۹۵	۷,۲۴۹۳	۰,۵۸۰۰
۵	عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد	۵,۹۰۵۹	۷,۹۰۵۶	۰,۵۷۲۴
۶	هزینه بازدید از اماکن تاریخی	۶,۴۷۱۶	۸,۴۷۱۳	۰,۵۶۶۹

جدول ۶: نتایج حاصل از رتبه بندی فازی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر در سطح پلاتینیوم

رتبه	عامل	فاصله از ایده آل مثبت	فاصله از ایده آل منفی	$C_i$
۱	تخصص و مهارت کادر پزشکی	۳,۹۸۸۳	۵,۹۸۸۱	۰,۶۰۰۲
۲	وضعیت محیطی، امنیت شهری و مهمان نوازی	۴,۹۳۹۱	۶,۹۳۸۸	۰,۵۸۴۲
۳	عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان	۴,۹۶۷۷	۶,۹۶۷۴	۰,۵۸۳۸
۴	سهولت دسترسی	۵,۷۷۱۰	۷,۷۷۰۶	۰,۵۷۳۸
۵	عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد	۶,۸۲۶۲	۸,۸۲۶۱	۰,۵۶۳۹
۶	هزینه بازدید از اماکن تاریخی ( قیمت)	۷,۱۸۷۳	۹,۱۸۶۹	۰,۵۶۱۱

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف شناسایی و اولویت بندی عوامل مؤثر بر جذب گردشگر پزشکی در شهرستان یزد انجام شده است. در این تحقیق با استفاده از معیارهای عرضه و تقاضای گردشگری پزشکی که در شکل ۳ تشریح شده است، عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد توسط گردشگران استخراج شد و بر مبنای آن سنجه های مناسب جهت بررسی گونه گردشگر و عوامل اثرگذار تعیین گردید. همچنین با استفاده از معیارهای اخذ شده از مقاله زیتامل و همکاران (۲۰۰۱) و به کمک تکنیک طبقه بندی داده ها، گردشگران پزشکی در

شهر یزد به چهار دسته سرب، آهن، طلا و پلاتینیوم دسته بندی شدند. سپس با بهره گیری از روش تاپسیس فازی، عوامل مؤثر بر انتخاب مقصد پزشکی در هر کدام از چهار گروه به طور مجزا بررسی و اولویت بندی گردید. هدف اساسی از رتبه بندی عوامل بر حسب گونه گردشگر، بررسی تفاوت های ادراکی بین گونه ای است تا بتوان به اتکای شناخت به دست آمده، برنامه های مناسب تری در جذب و نگهداشت گردشگران ارائه نمود.

بر اساس نتایج به دست آمده، در گونه سرب، تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان نوازی، عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان، عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد، هزینه بازدید از اماکن تاریخی و قابلیت دسترسی، به ترتیب از اهمیت برخوردار بود. در گونه آهن، تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان نوازی، عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان، عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد، هزینه بازدید از اماکن تاریخی و قابلیت دسترسی، به ترتیب دارای اهمیت بود. در گونه طلا، تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان نوازی و همچنین عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان به ترتیب دارای بالاترین اهمیت بود و قابلیت دسترسی، عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد و هزینه بازدید از اماکن تاریخی، در اولویت های بعدی قرار گرفتند.

در گونه پلاتینیوم نیز تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان نوازی و همچنین عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان به ترتیب دارای اولویت های بالاتر بودند و سهولت دسترسی، عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مقصد و هزینه بازدید از اماکن تاریخی در اولویت های بعدی قرار گرفتند.

مبتنی بر نتایج به دست آمده در این تحقیق، دو نکته دارای اهمیت ویژه ای است:

۱- در همه سطوح چهارگانه، سه عامل تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان نوازی و همچنین عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان دارای بیشترین اهمیت هستند. به عبارت دیگر این سه عامل، عوامل اساسی و الزامی از دیدگاه گردشگران در هر چهار گروه است که موجب جذب گردشگر پزشکی به یک مقصد پزشکی می شود.

۲- با نگاهی دقیق تر به جداول ارائه شده در مورد رتبه بندی عوامل، مشخص می شود که رتبه عوامل مؤثر بر انتخاب مقصد پزشکی در دو گروه سرب و آهن و همچنین در دو گروه طلا و پلاتینیوم، کاملاً یکسان هستند. در واقع این تحقیق مشخص می کند که می توان

گردشگران دسته‌های پلاتینیوم و طلا را در یک طبقه و گردشگران دسته‌های آهن و سرب را نیز در یک مجموعه قرار داد. از این رو، نگارندگان مقاله گردشگران دو گونه طلا و پلاتینیوم را به دلیل وفاداری بیشتر به مقصد پزشکی و نیز مشابهت خواسته‌ها و نیازها در انتخاب مقصد در طبقه‌ای با نام الماس و گردشگران دو گونه آهن و سرب را با سطح وفاداری کمتر و مشابهت نیازها در طبقه‌ای با نام نقره قرار دادند (شکل ۴).

شکل ۴: دسته بندی عوامل الزامی و انگیزشی بر حسب گونه گردشگر

سطح خدمات ارائه شده			
عوامل الزامی + انگیزشی	عوامل الزامی		
رضایت کاهش یافته B	رضایت حداکثر A	نقره	گونه گردشگری
رضایت حداکثر D	رضایت کاهش یافته C	الماس	

### پیشنهادها

طبق نظریه هرزبرگ، دو دسته از نیازها وجود دارند که شامل نیازهای الزامی و انگیزشی هستند. عواملی که وجود آنها منجر به رضایت افراد می‌شود را عوامل انگیزشی می‌نامند و به دسته‌ای از عوامل که نبود آنها ایجاد نارضایتی می‌کند اما وجود آنها سبب رضایت نمی‌گردد، عوامل الزامی اطلاق می‌گردد. در واقع عکس نارضایتی، عدم نارضایتی و عکس رضایت، نبودن رضایت است. هنگامی که نیازهای الزامی افراد برآورده می‌شود حالت نارضایتی فرد به نبودن نارضایتی تبدیل می‌شود. همچنین زمانی که نیازهای انگیزشی افراد پاسخ داده می‌شود حالت نبودن رضایت به حالت رضایت تبدیل می‌گردد. بنابراین با توجه به بخش بندی بازار، اگر قرار است بازار هدف برای یک مرکز ارائه خدمت تعیین گردد، ضرورت دارد که از ابتدا بر اساس ماتریس و ربع مورد نظر برنامه - ریزی صورت گردد (شکل ۴). براساس ماتریس فوق پیشنهاد می‌شود یکی از دو ربع a و d به عنوان بازار هدف انتخاب شود. چنانچه ربع a انتخاب شود می‌بایست تمرکز استراتژی‌های سازمان بر ارائه نیازهای الزامی به بهترین صورت باشد و در صورتی که ربع d

انتخاب شود برآورده سازی نیازهای الزامی به همراه ارائه سطوح عالی از نیازهای انگیزشی مد نظر قرار گیرد.

طبقه بندی دوگانه مشتریان به گونه های الماس و نقره ضمن ساده سازی تقسیم بندی مشتریان و سهولت کاربرد آن توسط مدیران اجرایی از جهات دیگر نیز بر دسته بندی چهار گونه ای برتری دارد، چرا که در این روش علاوه بر توجه به سطح وفاداری مشتریان، مشابهت نیازها در انتخاب مقصد پزشکی نیز بررسی شده است و لذا تقسیم بندی جدید حداقل در جامعه مورد بررسی از پشتوانه نظری و شواهد تجربی بیشتری برخوردار است. همچنین پیشنهاد می شود که برنامه ریزان توسعه استانی و نیز مسئولان در برنامه ریزی های کلان خود شهرهایی که علاوه بر قابلیت درمانی از مزیت های میراث فرهنگی نیز برخوردار هستند، در اولویت سرمایه گذاری در بخش توسعه توریسم پزشکی قرار دهند چرا که هر دو دسته این عوامل بر انتخاب مقصد توسط گردشگران مؤثر شناخته شد.

با توجه به اینکه تحقیق اخیر بر هرم مشتری در حوزه گردشگری پزشکی به دسته بندی جدیدی دست یافت، پیشنهاد می شود که با نگاه به همین روش شناسی، این موضوع در مورد سایر انواع گردشگرها از قبیل طبیعت گردان، گردشگران فرهنگی و ... بررسی شود. همچنین مبتنی بر دسته بندی جدید می توان ویژگی ها و خصایص رفتاری گردشگران پزشکی را مورد بررسی و تحلیل بیشتر قرار داد تا شناخت بیشتری در این حوزه فراهم شود. در حوزه اجرا نیز مدیران بازاریابی و اجرایی می توانند بخش بندی بازار را با توجه به این دو گونه انجام داده و برنامه های بازاریابی خود را با توجه به بازار هدف خاص خود تنظیم نمایند، به عبارت دیگر این دسته بندی، خود می تواند مبنایی برای بخش بندی باشد.

## منابع

- Jones, C. A., & Keith, L. G. (2006). Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare. *International Journal Fertility Women's Medicine*, 51, 251-255
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries* New York: Palgrave Macmillan.
- Tata, S. (2007). *Medical travel in Asia and the Pacific: Challenges and opportunities*. United National Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Retrieved 02.06.09, from. [http://www.unescap.org/ESID/hds/lastestadd/Medical Tourism Report 09. pdf](http://www.unescap.org/ESID/hds/lastestadd/Medical%20Tourism%20Report%2009.pdf).
- Singh, P. K. (2008). *Medical tourism*. India: Kanishka
- Gupta, A. S. (2004). Medical tourism and public health. *People's Democracy*, 27(19). Retrieved 12.05.09, from. [http://pd.cpim.org/2004/05092004\\_snd.htm](http://pd.cpim.org/2004/05092004_snd.htm).
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093e1100.
- Medical Tourism, Asia's Growth Industry. (2007, April 4). *Hotel Marketing.com*. Retrieved 18.03.08, from. [http://www.hotelmarketing.com/index.php/content/article/060410\\_medical\\_tourism\\_asias\\_growth\\_industry](http://www.hotelmarketing.com/index.php/content/article/060410_medical_tourism_asias_growth_industry).
- Awadzi, W., & Panda, D. (2006). Medical tourism: globalization and the marketing of medical services. *Consortium Journal of Hospitality and Tourism*, 11(1), 75-81
- Hume, L. F., & DeMicco, F. J. (2007). Bringing hotels to healthcare: a rx for success. *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 8(1), 75-84.
- Burkett, L. (2007). Medical tourism: concerns, benefits, and the American perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28, 223-245.
- Tan, K. B. H. (2007). Aesthetic medicine: a health regulator's perspective. *Clinical*
- Tan, K. B. H. (2007). Aesthetic medicine: a health regulator's perspective. *Clinical*
- Oliver, R. L. (1999). Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Taylor, T. B. (1998). Better loyalty measurement leads to business solutions. *Marketing News*, 32(22), 41-42.
- Jones, T. O., & Sasser, W. E., Jr. (1995). Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, 73(November/December), 88-99.
- Reich held, F. F. (1996). *The loyalty effect*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

- Reichheld, F. F. & Sasser, W. E. (1990). Zero defections: Quality comes to services. *Harvard Business Review*, 68 (September/October), 105–111.
- Fornell, C., & Wernerfelt, B. (1987). Defensive marketing strategy by customer complaint management. *Journal of Marketing Research*, 24(November), 337–346.
- Shoemaker, S., & Lewis, R. C. (1999). Customer loyalty: The future of hospitality marketing. *International Journal of Hospitality Management*, 18, 345–370.
- Oppermann, M. (2000). Tourism destination loyalty. *Journal of Travel Research*, 39(1), 78–84.
- Backman, S. J., & Crompton, J. L. (1991). The usefulness of selected variables for predicting activity loyalty. *Leisure Science*, 13, 205–220.
- Cronin, J. J., Jr., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193–218.
- Petrick, J. F., Morais, D. B., & Norman, W. (2001). An examination of the determinants of entertainment vacationers' intentions to visit. *Journal of Travel Research*, 40(1), 41–48.
- Alexandris, K., Kouthouris, C., & Meligdis, A. (2006). Increasing customers' loyalty in a skiing resort: The contribution of place attachment and service quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 18(5), 414–425.
- Bramwell, B. (1998). User satisfaction and product development in urban tourism. *Tourism Management*, 19(1), 35–47.
- Pritchard, M., & Howard, D. R. (1997). The loyal traveler: Examining a typology of service patronage. *Journal of Travel Research*, 35(4), 2–10.
- Baloglu, S., & McCleary, K. W. (1999). A model of destination image formation. *Annals of Tourism Research*, 26(4), 868–897.
- Chon, K. S. (1990). The role of destination image in tourism: A review and discussion. *Tourist Review*, 45(2), 2–9.
- Zeithaml, V., Rust, R. T., & Lemon, K. N. (2001). The customer pyramid: creating and servicing profitable customers. *California Management Review*, 43(4), 118e142
- Polli, R., & Cook, V. (1969). Validity of the product life cycle. *The Journal of Business*, 42(4), 385e400.
- Vernon, R. (1968). Economic sovereignty at bay. *Foreign Affairs*, 47(1), 110e122.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. London: Free Press.
- Garland, A. (1998). *The beach*. NY: Riverhead Books.

- Alegre, J., & Garau, J. (2010). Tourist satisfaction and dissatisfaction. *Annals of Tourism Research*, 37(1), 52e73.
- Kozak, M., & Rimmington, M. (2000). Tourist satisfaction with Mallorca, Spain, as an off-season holiday destination. *Journal of Travel Research*, 39(3), 259e268.
- Um, S., Chon, K., & Ro, Y. H. (2006). Antecedents of revisit intention. *Annals of Tourism Research*, 33(4), 1141e1158.
- Vernon, R. (1977). *Storm over the multinationals: The real issues*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Daunt, K.L., & Harris, L.C. Customers acting badly: evidence from the hospitality industry. *Journal of Business Research*, in press.
- Reichheld, F. R. (1996). Learning from customer defections. *Harvard Business Review*, 7(2), 56e69.
- Smith, P. C., & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19e30.
- Caballero-Danell, S., & Mugomba, C. (2007). Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. Master Thesis, Goteborg University. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2077/4671>.
- Ye, B. H., Yuen, P. P., Qiu, H. Z., & Zhang, V. H. (2008). Motivation of medical tourists: an exploratory case study of Hong Kong medical tourists. In A PTA annual conference, Bangkok, Thailand.
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27(3), 236e251.
- Smith, P. C., & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19e30.
- Masumi, M. *The Nature Of Tourism: Economic, Cultural, Social, Environmental, Political Dimensions Of Tourism*. Tehran, Peyk Cousar Publication. 2005.