

ارائه مدل بازاریابی گردشگری سلامت با استفاده از رویکرد ترکیبی

ساناز صابری^۱، عبدالرضا میری^{۲*}، مهدی زکی پور^۳^۱ دانشجوی دکتری، گروه مدیریت بازرگانی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.^۲ (نویسنده مسئول)* استادیار گروه مدیریت بازرگانی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.^۳ استادیار گروه مدیریت بازرگانی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳

Presenting a health tourism marketing model using a hybrid approach

Sanaz Saberi¹, Abdoulreza Miri^{2*}, Mehdi Zakipour³¹ PhD student- Department of Business management, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.² (Corresponding Author) Assistant Professor-Department of Business management, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.³ Assistant Professor - Department of Business management, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

Received: (30/06/2023)

Accepted: (29/07/2023)

شناسه: <https://dorl.net/dor/>

چکیده

Abstract

Oil and gas, as one of the most basic industries in the country, has a prominent role in the economy, especially the resistance economy. The present study was conducted with the aim of evaluating the antecedents and consequences of the export of petroleum products and its derivatives with the approach of resistance economy. This research is applied in terms of purpose and also quantitative in terms of data type. The statistical population of this research is made up of all the senior experts of the country's economic and oil society, whose number is 480 people. In this regard, relying on Cochran's formula, 214 people were selected as a sample. In this research, library and field methods were used to collect data. The validity of the questionnaire includes face validity, content validity and construct validity, and its validity was checked and confirmed by Cronbach's alpha coefficient and composite reliability coefficient. The partial least squares method and smartPLS and SPSS software were used for data analysis. The results showed that financial policies, environmental factors, external pressures, internal power, product, internal regulations, communication factors, support policies and technological factors have a significant effect on the export of petroleum products and its derivatives. Also, the export components of petroleum products have a significant impact on national macro achievements, market development and economic growth.

گردشگری سلامت از زمان یونان و روم باستان وجود داشته و سپس به بسیاری از کشورهای اروپایی و نقاط دیگر دنیا توسعه یافته است. از زمان باستان، افراد زیادی به منظور فراغت روحی و درمان به مجاورت رودخانه و آب‌های معدنی می‌رفتند. آب‌های گرم از قدیم‌الایام با آرامش و تجدیدقوای جسمی و روحی انسان همراه بوده است. استفاده‌کنندگان از این گونه آب‌ها، قرن‌هاست که در آب‌های گرم آب‌تنی می‌کنند و از آب چشمه‌های معدنی می‌نوشند. با توجه به موارد اشاره شده پژوهش حاضر باهدف ارائه مدلی مفهومی برای تبیین مدل بازاریابی گردشگری سلامت با استفاده از رویکرد ترکیبی بوده است. جامعه آماری این تحقیق در بخش کیفی شامل مدیران و مجریان مراکز درمانی و همچنین گردشگران سلامت که تجربه استفاده از این مراکز را داشته و در بخش کمی بیماران مراکز درمانی گردشگری بوده انتخاب شده است. حجم نمونه در بخش کیفی ۱۸ نفر و در بخش کمی ۲۱۴ نفر بوده و محقق برای تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از کدگذاری سه‌گانه و در بخش کمی از نرم‌افزار پی ال اس استفاده کرده و در نهایت الگوی پارادایمی خود شامل شش مولفه رضایت از برند مرکز سلامت، بازاریابی گردشگری سلامت، شهرت مرکز گردشگری سلامت، اعتماد به برند مرکز درمانی در جذب گردشگر سلامت مهم ارائه کرده است. یافته‌های حاصل از تحقیق نشان داد که تمام عوامل شناسایی شده در بخش کیفی بر الگوی محقق موثر است.

واژه‌های کلیدی

Keywords: export, export of oil products, resistance economy

بازاریابی، سلامت، رویکرد ترکیبی، گردشگری سلامت

مقدمه

بر اساس مفهوم گردشگری، گردشگر فعالیت‌هایی را در طول زمانی به دلایل شخصی و کاری خارج از محل زندگی و کاری خود انجام می‌دهد. افزایش متغیرهایی از قبیل رشد بین‌المللی و افزایش علاقه به مقاصد گردشگری موجب شده که روزه‌روز تقسیم‌بندی‌های مختلفی از گردشگری همچون گردشگری آموزشی، گردشگری مذهبی، گردشگری روستایی، گردشگری ورزشی، گردشگری سلامت ایجاد و گردشگری سلامت با توجه به ارزش‌آوری بسیار بالای آن به یکی از موضوعات بسیار پرطرفدار در بسیاری از کشورها تبدیل شده است. (Cham Tat-Huei and etal 2020)

سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد با استفاده از آب‌های معدنی، آب‌وهوا و یا مداخلات پزشکی منجر و در مکانی خارج از محل سکونت فرد انجام شود تعریف کرده است. بر اساس مطالعات صورت گرفته گردشگری سلامت به سه بخش تقسیم شده است که عبارت‌اند از:

- ۱- گردشگری تندرستی: سفر به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب گرم و آب‌معدنی بدون مداخله و نظارت پزشک.
- ۲- گردشگری درمانی: مسافرت در راستای استفاده از منابع طبیعی درمانی همچون آب‌های معدنی، نمک لجن و مناطق آفتاب‌گیر جهت درمان برخی از بیماری‌ها و گذراندن دوران نقاهت تحت نظارت پزشک.
- ۳- گردشگری سلامت: رفتن به سفر برای درمان بیماری‌های جسمی و انجام عمل جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی (Adebayoand Zulu 2019)

در قرن هجدهم الی بیستم، بیماران ثروتمند از کشورهای درحال توسعه به مراکز درمانی کشورهای توسعه‌یافته سفر می‌کردند، اما این روند در اواخر قرن بیستم شروع به معکوس‌شدنی کرد و کشورهای درحال توسعه، شروع به رقابت به‌منظور جذب گردشگر سلامت نمودند.

از سوی دیگر در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ایران در زمینه بهداشت و درمان، حضور فعال در بازارهای جهانی با اهداف اشتغال‌زایی، رشد کیفی در بخش سلامت کشور، نزدیک شدن به استانداردهای جهانی، کسب درآمد و ارزش‌آوری، حمایت از رشد اقتصادی در کشور و تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت در منطقه در نظر گرفته شده است.

با توجه به اینکه اقتصاد کشور ایران عمدتاً متکی به نفت است، لزوم توجه به گردشگری سلامت دوچندان گردیده و از طرفی با دارا بودن آب‌وهوای مطبوع، جاذبه‌های گردشگری فراوان، مراکز درمانی مدرن و به همراه نیروی انسانی متخصص در سطح جهانی، محیط مناسبی برای سایر کشورها، موجب افزایش بیماران کشورهای منطقه برای جراحی‌های زیبایی و ترمیم ضایعات نخاعی و درمان ناباروری، از پتانسیل خوبی برخوردار است.

همان‌گونه که اشاره شد، مفهوم گردشگری، پدیده‌ای است که جوامع انسانی از سال‌های دور به آن توجه شده و امروزه به دلیل ارزش‌آوری قابل‌ملاحظه آن، از این نوع گردشگری به‌عنوان صنعت پایه یاد می‌شود- صنعتی که تأثیر عمیقی در اقتصاد، اجتماع و فرهنگ کشورها دارد و به دلیل نقش قابل‌توجه این صنعت در توسعه همه‌جانبه کشورها، از آن به‌عنوان صادرات نامرئی نیز یاد می‌شود. (Aminuddin, 2020)

با توجه به موضوعات مورد اشاره می‌توان گفت که مسئله اصلی این پژوهش پاسخ به این سوال است که الگوی چگونه است ؟

مبانی و پیشینه نظری گردشگری سلامت

بیماریهای جسمی و روانی به علت گسترش زندگی شهری و همچنین توسعه صنعتی شهرها افزایش یافته است. از سوی دیگر، اهمیت چشمگیر گردشگری، بویژه در بخش طبیعت گردی از جنبه های مختلف خصوصاً گردشگری سلامت در سطح جهانی بر همگان آشکار گردیده است.

به علاوه، با برنامه ریزی های بهینه ای که در برخی از کشورها صورت گرفته است، تا حد بالایی هزینه های درمان کاهش یافته و همچنین زمینه بهبود و بازتوانی بیماران فراهم گردیده است. امروزه ارتباط رشد اقتصادی با توسعه بهداشت و درمان هم به خوبی روشن شده است. در رویکردهای جدید نه تنها بخش سلامت از رشد اقتصادی بهره می برد، بلکه خود می تواند مزیت های تجاری زیادی را برای کشورها به وجود آورده و علاوه بر ایجاد منابع جدید مالی برای توسعه زیرساختها و تکنولوژی، نقش مهمی در راهبردهای فرباختی توسعه پایدار به عهده گیرد. (Li, F. and etal 2021)

جهانی شدن بهداشت و درمان باعث ایجاد شکل جدیدی از گردشگری شده که عموماً به عنوان گردشگری سلامت شناخته می شود. (Caballero-Danel S & Mugomba 2021)

در واقع، آشنایی با طب پزشکی و انتقال دانش پزشکی مناطق مختلف دنیا به یکدیگر، باعث بوجود آمدن شاخه ای از صنعت گردشگری با عنوان گردشگری سلامت شده است. عواملی همچون تغییر در ارزشهای مصرف کنندگان، تغییرات سازندگی، مسن تر شدن جمعیت و اقتضاهای سیستم خدمات بهداشتی را می توان از عوامل اصلی ظهور گردشگری سلامت دانست. از مهم ترین عوامل مؤثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت نیز می توان به امنیت اجتماعی، برخورداری از استانداردهای جهانی در مراکز درمانی، صدور روادید درمان، توسعه استراتژی زیرساخت عمومی، استراتژی توسعه منابع انسانی، استراتژی توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی و استراتژی توسعه محصول اشاره کرد (Amna Javed Tiwana and etal 2022).

کلمه گردشگری معادل های فارسی متعددی دارد. گردشگری معادل واژه tourism در زبان های انگلیسی، فرانسه و آلمانی است که به صورت مصطلح در زبان فارسی به شکل جهانگردی ترجمه شده است. ریشه این واژه از اصطلاح tornus یونانی و لاتین گرفته شده که یکی از معانی آن، «گردش کردن» و یا «گشتن» است که با پسوند ISM یا «گری» به صورت اسم مصدر Tourism یا گردشگری درآمده است بر اساس تعریف سازمان جهانی گردشگری، این مفهوم شامل فعالیت هایی است که اشخاص با اقامت و یا عبور از محل زندگی به محل های خارج از محیط های روزمره زندگی خود برای گذران اوقات فراغت، تجارت و یا سایر اهداف انجام می دهند. (Andreade la Hoz and etal 2018)

اسامی جایگزینی همچون "مسافرت پزشکی"، "سفر درمانی"، "گردشگری سلامت"، خدمات درمانی فرامرزی" یا چیزی که توسط بسیاری از تدارک دهندگان خدمات درمانی ترجیح داده می شود، یعنی "خدمات درمانی جهانی"، پیشنهاد شده اند، اما در حال حاضر عنوان اصلی "گردشگری سلامت" در ادبیات رایج بر سر زبانها افتاده و از طریق ایجاد اتحادیه های مختلف باهدف پیشبرد اقدامات آن، تشویق شده است.

در دهه های اخیر، و تا قبل از شروع و شیوع پدیده کرونا بدون تردید گردشگری سلامت یکی از پدیده های اجتماعی - اقتصادی مهم با آثار فرهنگی، سیاسی و محیطی در کشور های در حال توسعه بوده که به صورت پدیده ای فراگیر در آمده بود. (Leng, 2019)

بر اساس تعریفی، گردشگری سلامت به مجموعه فعالیتی اطلاق می شود که در جریان مسافرت یک گردشگر اتفاق می افتد و به هر فعالیتی از قبیل برنامه ریزی سفر، سفر به مقصد، بازگشت به مقصد گفته می شود. همچنین فعالیت هایی را که گردشگر به عنوان بخش از سفر انجام می دهد مثل خرید کالاهای مختلف و تعامل میان میزبان و میهمان را نیز در برمی گیرد را شامل می شود. (Albattat and etal 2021)

توریسم واژه ای فرانسوی است و به افرادی که برای انجام امور گوناگون برای مدتی از خانه و سرزمین خود دور شده و در جای دیگری می مانند، اطلاق می شود. گردشگری سلامت علاوه بر مزایای سلامتی برای افراد و جامعه، می تواند به صورت بالقوه از خارج شدن ارز و نیروی انسانی به دیگر کشورها جلوگیری نماید (Haeok Liz Kim & Sunghyup 2022

تاریخچه گردشگری سلامت به یونان باستان برمی گردد، زمانی که مسافری از نقاط گوناگون با گذر از دریای مدیترانه خود را به منطقه ای در خلیج «سرونیک» به نام «اپیدوریا» می رساندند. (Vinaytosh & Mohita G. 2021) چون باور بر این بود که خدای شفابخش یونانی ها، اسقلپیوس، در آنجا قرار دارد. در آنجا بیماران با روزه گرفتن و نیایش به دنبال شفاء بیماری های خود بودند. در حال حاضر اپیدوریا قدیمی ترین خاستگاه گردشگری سلامت در جهان شناخته می شود و از اینرو گردشگری سلامت به قرن ها پیش برمی گردد. لذا می توان گفت سفر درمانی قدمتی به اندازه عمر علم پزشکی دارد (Arkady N. Daykhes, 2020)

گردشگری سلامت در ایران

ایران، یکی از کشورهایی است که علاوه بر جاذبه های طبیعی از قابلیت های مناسبی در زمینه درمان نیز برخوردار است و با وجود همه این پتانسیل ها، تاکنون سازوکار مناسبی برای هدفمند شدن این صنعت در ایران تدوین نشده است. به عنوان مثال در این حوزه وجود افراد غیر حرفه ایی زنگ خطری برای فراری دادن بیماران خارجی محسوب می شود. افرادی که تنها به آوردن بیمار به داخل کشور می پردازند و خدمات خود را با قیمت های گزاف به آن ها ارائه و حتی شرایط اقامتی مناسبی نیز برای این گردشگران آماده نمی نمایند.

بیماران این صنعت علاوه بر خدمات ارزان درمانی، به دنبال کیفیت قابل قبول و شرایط مناسب اقامت نیز می گردند. به همین علت، این بیماران مسیر کشورهایی را در پیش می گیرند که بتوانند علاوه بر قیمت و کیفیت، از اقامت مناسبی هم برخوردار باشند. (Taherimirghaed M, and etal 2020)

از سوی دیگر در ایران پتانسیل های متنوعی در کشور برای جذب گردشگران پزشکی، از آن جمله، آب های معدنی در اکثر استان ها، مناطق بیابانی مانند قم، درمان ناباروری در مرکز شهید صدوقی یزد و ... دندان پزشکی، مراکز دیالیز و انواع جراحی های قلب، جراحی پلاستیک، چشم پزشکی و ارتوپدی در بیمارستان های تهران و مشهد، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد در بیمارستان شهید نمازی شیراز و خدمات طب گیاهی در همدان وجود دارد.

ایران دارای قابلیت های پزشکی مانند تولید داروهای نوترکیب، سلولهای بنیادی، درمان چشم پزشکی و سرطان است. همچنین، هزینه های کم پزشکی در مقایسه با کشورهای اروپایی و آمریکایی، هزینه های مسکونی کم، مشترکات دینی با کشورهای منطقه همراه با پتانسیل های طبیعی مانند تنوع آب و هوایی، لجن درمانی، شن و ماسه درمانی، آتشفشان گل در منطقه آب درمانی و بیش از ۱۰۰۰ چشمه آب گرم از پتانسیل های بیشمار ایران از در زمینه گردشگری سلامت است. با توجه به موارد اشاره شده هدف محقق شناسایی و ارزیابی ابعاد، مولفه ها و شاخص های مدل بازاریابی گردشگری سلامت با استفاده از رویکرد ترکیبی بوده است؟

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با استفاده از مصاحبه و جمع آوری و تحلیل اطلاعات کیفی گردآوری شده و بر آن است که مدل بازاریابی گردشگری سلامت با استفاده از رویکرد ترکیبی ارائه دهد تا بتواند خلأ نظری موجود را حذف نماید. پژوهش حاضر به لحاظ هدف، بنیادی-توسعه ای و از جهت نحوه گردآوری داده ها، غیر آزمایشی و توصیفی است و چون هدف این پژوهش توصیف و اکتشاف پدیده مورد بررسی است، به کارگیری ابزارهای پژوهش کیفی (مصاحبه های باز و نیمه ساختاریافته، مطالعه آرشیوی و بررسی مبانی نظری، مشاهده) به شناخت بهتر از مسئله پژوهش و دستیابی به مدل

مفهومی، به ویژه با توجه به دیدگاه‌های خبرگان، کمک شایانی می‌کند. پس از توصیف کافی پدیده با تسری به جامعه آماری، سعی در کسب دیدگاه کل جامعه به مقوله مورد بررسی خواهد بود (دانایی فر ۱۳۸۳).
در پژوهش حاضر، در مرحله کیفی برای دستیابی به مدل مفهومی، از روش نظریه داده‌بنیاد استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق در بخش کیفی شامل خبرگان و صاحب نظران دانشگاهی که در حوزه بازاریابی گردشگری سلامت که دارای مدرک و سطح علمی و تالیفات و مطالعاتی تالیفات اثر گذار علمی بوده‌اند. بخش دوم شامل مدیران عالی بیمارستان‌های کشور که دارای مراکز درمانی گردشگری سلامت بوده و حداقل سابقه ۱۵ سال سابقه فعالیت داشته و یا مدیران وزارت بهداشت و درمان که حداقل ده سال سابقه کاری و تجربه مدیریتی دارند. برگزیده شده است. در بخش کمی محقق از بیمارانی که تجربه درمان در بیمارستان‌های بینالمللی داشته‌اند انتخاب کرده است. بر این اساس، محقق در بخش کیفی هیجده نفر از خبرگان نمونه مورد بررسی این بخش را شکل داده‌اند. ابزار اساسی گردآوری داده‌ها در مرحله کیفی، مصاحبه نیمه ساختار یافته بوده است.

استراتژی نمونه‌گیری در رویکرد کیفی به صورت گلوله برفی (زنجیره‌ای) و ملاک کیفیت نمونه، رسیدن به اشباع نظری بوده است. در بخش کیفی پژوهش از پایایی بازآزمون (شاخص ثبات) و روش توافق درون موضوعی (شاخص تکرارپذیری) برای بررسی و محاسبه پایایی مصاحبه‌های استفاده شده و نتایج بررسی مصاحبه‌های کدگذاری شده، شاخص پایایی بازآزمون ۸۴ درصد و با شاخص توافق درون موضوعی ۷۷ درصد را نشان می‌دهد که با توجه به اینکه میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است، پایایی و یا قابلیت اعتماد به کدگذاری‌ها تأیید می‌شود. همچنین، روایی در بخش کیفی پژوهش شامل، تعیین موضوع، طراحی، موقعیت و شرایط مصاحبه، یادداشت برداری مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل، تأیید بوده که به صورت گام به گام بررسی و تأیید شده است.

در بخش کمی استراتژی نمونه‌گیری، به صورت تصادفی و برای دستیابی به اندازه نمونه از رابطه کوکران در جامعه آماری نامحدود استفاده شده است که بر اساس پارامترهای آن، حجم نمونه ۳۸۴ نفر مبنای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش قرار گرفته است. بر اساس گردآوری داده‌ها میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۸۶ به دست آمد که نتایج مطالعات تجربی صاحب نظران آمار نشان داده است که چنانچه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابزار اندازه‌گیری، بیشتر از ۰/۶۶۷ (با تقریب $\alpha > 0.7$) باشد، دارای پایایی یا قابلیت اعتماد قابل قبولی است. نتایج اجرای این آزمون در جدول ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱. نتایج آزمون^۱ KMO و بارتلت

| مقادیر آزمون | پارامترهای آزمون |
|--------------|--------------------------------|
| ۰.۸۰۱ | کی ام او برای کیفیت نمونه‌گیری |
| ۲.۷۸۰ | مقدار χ^2 |
| ۱۳۶ | Df خروجی‌های آزمون بارتلت |
| ۰.۰۰۰ | Sig |

همان طور که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، یافته‌های آزمون کی ام او حدود ۰/۸۸ می‌باشد که از حداقل قابل قبول ($KMO > 0.6$) بیشتر است

¹ -Kaiser-Meyer-Olkin Measure

برای بررسی روایی، محقق یافته های پژوهش را برای مشارکت کنندگان ارائه و در انتها، توسط اساتید مورد مطالعه و بازبینی مجدد قرار داده تا مواردی جهت اصلاح مورد اصلاح قرار گیرد. پایایی به گستره تکرارپذیری یافته های پژوهش اشاره دارد.

همان طور که نشان می دهد تعداد کل کدهای ثبت شده توسط هر دو نفر (محقق و فرد همکاری کننده) برابر ۲۴۹، تعداد کل توافقات بین این کدها ۹۵، و تعداد کل عدم توافقات بین این کدها ۳۲ می باشد. پایایی بین دو کد گذار با استفاده از فرمول ذکر شده ۷۶٪ است که از ۶۰٪ بالاتر بوده بنابراین قابلیت اعتماد کد گذاری ها مورد تایید واقع شده است.

جدول شماره ۲. نتایج بررسی پایایی بین دو کد گذار

| ردیف | عنوان مصاحبه | تعداد کل داده ها | تعداد توافقات | تعداد عدم توافقات | پایایی باز آزمون (درصد) |
|------|--------------|------------------|---------------|-------------------|-------------------------|
| ۱ | اول | ۹۰ | ۳۵ | ۷ | ٪۷۷ |
| ۲ | دوم | ۱۰۷ | ۴۲ | ۱۵ | ٪۷۸ |
| ۳ | نهم | ۵۲ | ۱۸ | ۱۰ | ٪۶۹ |
| کل | | ۲۴۹ | ۹۵ | ۳۲ | ٪۷۶ |

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی وضعیت تخصص مصاحبه شوندگان

| تخصص | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی تجمعی |
|--------------------------------------|---------|--------------|---------------|
| اساتید بازاریابی | ۵ | ۱۲/۹۰ | ۱۲/۹۰ |
| مدیران بیمارستان دارای بخش بین الملل | ۵ | ۱۹/۳۵ | ۳۲/۲۵ |
| مدیران مراکز گردشگری سلامت | ۸ | ۲۹/۰۳ | ۶/۲۸ |
| جمع | ۱۸ | ۱۰۰ | - |

یافته های پژوهش

کد گذاری باز

کد گذاری باز

در این تحقیق با اتکا به استراتژی نظریه داده بنیاد، محقق بلافاصله پس از هر مصاحبه فرایند کدگذاری باز را انجام داده است. و ۱۰۰ نکته از مصاحبه های کیفی به دست آمده است. مراحل کد گذاری در گراندد تئوری شامل:

۱. کد گذاری باز^۱

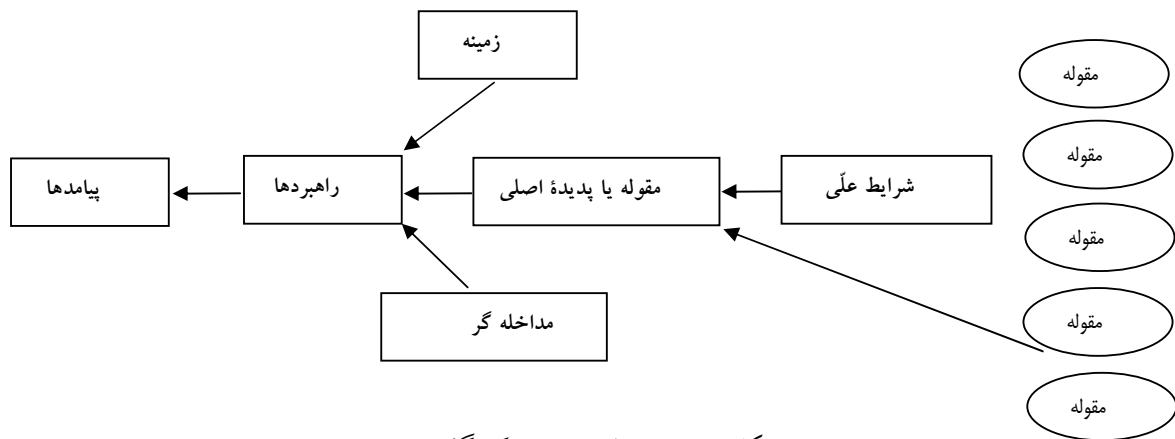
۲. کد گذاری محوری^۲

۳. کد گذاری انتخابی^۳

1- Open Coding
2- Axial Coding
3- Selective Coding

کدگذاری محوری

مقوله‌های کدگذاری باز



شکل شماره ۱. مدل پارادایمی کدگذاری محوری

کدگذاری محوری

در کدگذاری محوری، مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها با یکدیگر مرتبط می‌سازد. کدگذاری محوری، مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها را با توجه به ابعاد و مشخصات آن‌ها با یکدیگر مرتبط می‌سازد. برای کشف نحوه ارتباط مقوله‌ها با یکدیگر از ابزار تحلیلی استراوس و کوربین استفاده شد (دانایی فر ۱۳۸۶). شرایط علی: رویدادهایی هستند که موقعیت‌ها و مسائل مرتبط با یک پدیده را خلق و تشریح می‌کنند. این شرایط شامل مواردی از مقولات است که به‌طور مستقیم بر الگوی بازاریابی سلامت تأثیر می‌گذارد.

جدول شماره ۴. مقوله‌های مربوط به شرایط علی

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|-----------------------------|--|
| رضایت از برند مرکز سلامت | حل مشکلات بیمار در اسرع وقت تطبیق شعار تبلیغاتی با عملکرد ارتباط مرکز با بیمار رضایت بیمار از عملکرد درمان خدمات درمانی رایگان |

شرایط زمینه‌ای: بیانگر مجموعه خاصی از ویژگی‌های مربوط به پدیده است که می‌تواند شرایط خاصی فراهم می‌کند.

جدول شماره ۵. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط زمینه‌ای

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|----------------------------|--|
| اعتماد به برند مرکز درمانی | اطمینان به برند مرکز درمانی صداقت مدیران مرکز درمانی تنوع خدمات درمانی سفارشی سازی خدمات درمانی معروفیت پزشکان |

- شرایط مداخله‌گر: شرایط مداخله‌گر شامل شرایط عام‌تری همچون زمان، فضا و فرهنگ می‌شود.

جدول شماره ۶. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط مداخله‌گر

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|------------------|---|
| قیمت گذاری درمان | بودجه بیمار شرایط اقامتی بیمار تخفیف درمانی |

مقوله محوری: یعنی همه مقوله‌های اصلی دیگر بتوانند به آن ربط داده شوند و به تکرار در داده‌ها ظاهر شود.

جدول شماره ۷. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پدیده محوری

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|----------------------------|---|
| بازاریابی گردشگری سلامت | مرتب بودن پرسنل درمان کیفیت خدمات ادراک شده انتخاب کارکنانی خدمت-محور ارائه خدمات درمانی بی قید و شرط به بیمار |

راهبردها: طرح‌ها و کنش‌هایی هستند که خروجی مقوله محوری مدل بوده و به پیامدها ختم می‌شوند.

جدول شماره ۸. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با راهبردها

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|----------------------------------|---|
| تصویر شهرت مرکز گردشگری سلامت | تصویر ذهنی بهتر از برند درمان تلاش برای خلق تجربه خوشایند پاسخگو بودن کادر درمان پایش نیاز جدید درمانی |

پیامد: همان برون‌دادها یا نتایج کنش‌ها و واکنش‌ها هستند (دانایی فر ۱۳۹۴)

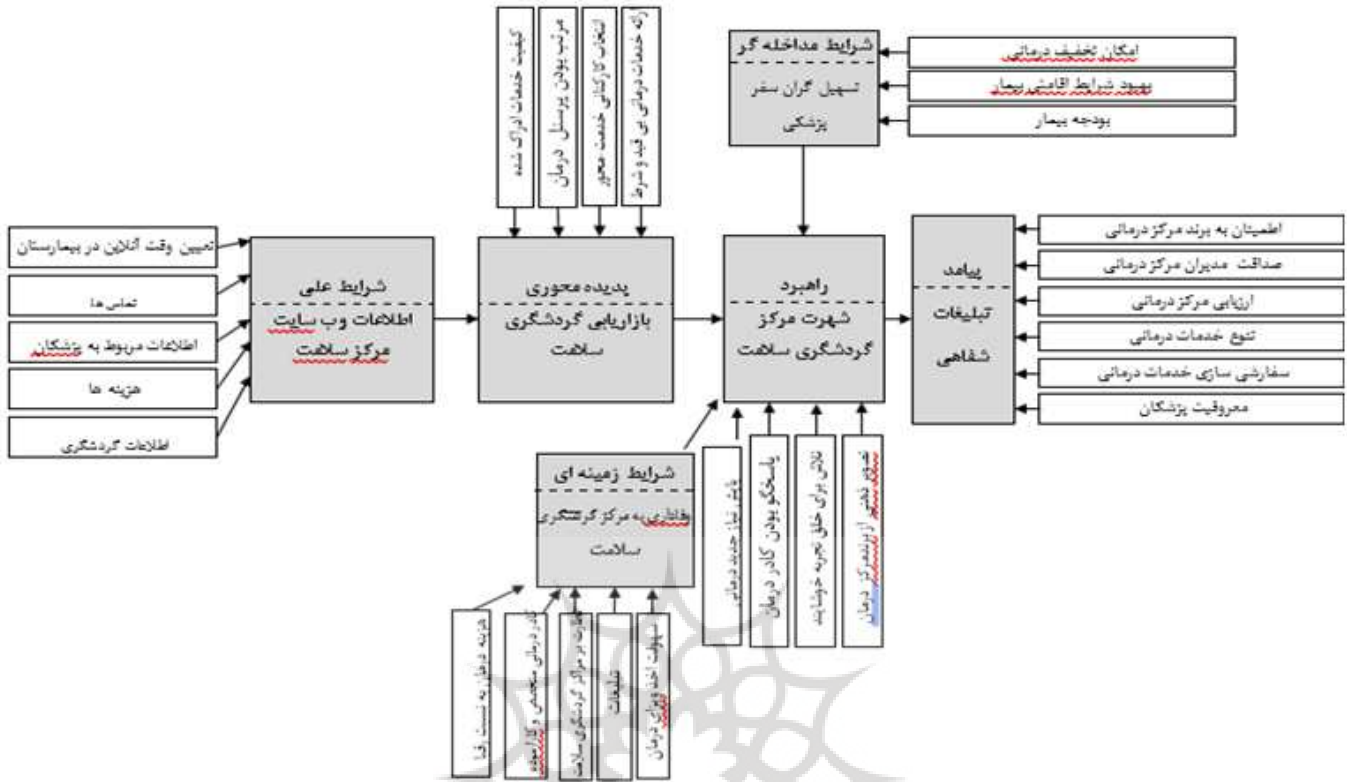
جدول شماره ۹. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پیامدها

| مقوله کلی | مقوله فرعی |
|----------------------------------|---|
| وفاداری به مرکز گردشگری سلامت | باور پذیری برند مرکز درمانی قصد مراجعه مجدد برای درمان افزایش سود آوری تبلیغات شفاهی مرکز درمانی ادراک بهتر از کیفیت برند وابستگی به کادر درمان مجرب |

کد گذاری انتخابی

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

شکل شماره ۲. الگوی پارادایمی محقق



بخش کمی

آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی

تحلیل داده‌های کمی نشان می‌دهد که بیشترین درصد پاسخ دهندگان مربوط به جنسیت زن (۶۴ درصد) و کمترین آن به مردان (۳۶ درصد) است. بیشترین درصد برای سنین بین ۳۰ تا ۳۵ (۵۲ درصد) و کمترین آن به بیشتر از ۴۰ (۶ درصد) تعلق داشت. بیشترین درصد تحصیلات به کارشناسی (۷۵ درصد) اختصاص داشت و همچنین ۶۸ درصد از پاسخ دهندگان، مجرد بودند.

جدول شماره ۱۰. خلاصه میانگین

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | واریانس |
|-------------------------------|---------|--------------|---------|
| بازاریابی گردشگری سلامت | ۴/۱۵ | ۰/۷۹ | ۰/۶۳ |
| شهرت مرکز گردشگری سلامت | ۴/۰۲ | ۰/۸۰ | ۰/۷۳ |
| تبلیغات شفاهی | ۴/۱۶ | ۰/۷۲ | ۰/۵۲ |
| اطلاع وب سایت | ۵/۰۱ | ۰/۷۸ | ۰/۶۵ |
| تسهیل گران سفر سلامت | ۴/۱۰ | ۰/۷۴ | ۰/۵۵ |
| وفاداری به مرکز گردشگری سلامت | ۴/۰۳ | ۰/۸۰ | ۰/۷۵ |

روایی^۱ و پایایی^۲ پرسشنامه

جدول شماره ۱۱. مقادیر آلفای کرونباخ - پایایی متغیرها

| متغیر | منبع سوالات تحقیق | آلفای کرونباخ |
|-------------------------------|-------------------|---------------|
| بازاریابی گردشگری سلامت | محقق ساخته | .۸۱ |
| شهرت مرکز گردشگری سلامت | محقق ساخته | .۸۱ |
| تبلیغات شفاهی | محقق ساخته | .۸۷ |
| اطلاع وب سایت | محقق ساخته | .۸۴ |
| تسهیل گران سفر سلامت | محقق ساخته | .۸۵ |
| وفاداری به مرکز گردشگری سلامت | محقق ساخته | ۰.۸۹ |

محقق بررسی میزان پایایی سوالات پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده کرده که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است که ضرایب موردنظر برای پرسشنامه‌ها بیانگر پایایی بالای ابزار سنجش می‌باشد (دانایی فرد، ۱۳۸۳)

آزمون نرمال بودن متغیرها

محقق برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مطابق جدول ۱۲ استفاده کرده که بر اساس نتایج، سطح معنی‌داری تمامی متغیرها کمتر از میزان خطای ۰.۰۵ می‌باشد که بر این اساس، فرض غیرنرمال بودن متغیرها به اثبات رسید و محقق می‌تواند از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده کند (دانایی فرد، ۱۳۸۶).

فرض صفر (H_0): متغیرها نرمال هستند.

فرض مقابل (H_1): متغیرها نرمال نیستند.

جدول شماره ۱۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف

| متغیرها | سطح معنی‌داری | وضعیت |
|-------------------------------|---------------|-------|
| بازاریابی گردشگری سلامت | ۰/۱۲۱ | نرمال |
| شهرت مرکز گردشگری سلامت | ۰/۲۳۵ | نرمال |
| تبلیغات شفاهی | ۰/۳۲۵ | نرمال |
| اطلاع وب سایت | ۰/۴۲۷ | نرمال |
| تسهیل گران سفر سلامت | ۰/۰۷۹ | نرمال |
| وفاداری به مرکز گردشگری سلامت | ۰/۰۵۷ | نرمال |

¹ Validity

² Reliability

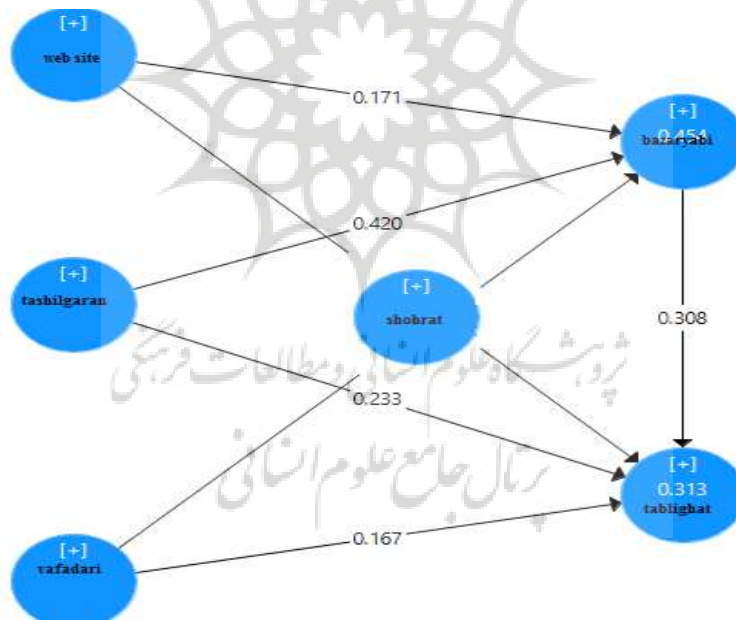
آزمون فرضیه و ضرایب معناداری بر اساس مدل ساختاری

با توجه به شکل شماره ۳ چون ضرایب t برای همه متغیرها و فرضیه‌ها بیشتر از ۱/۹۶ به دست آمده‌اند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که این فرضیه‌ها معنادار بوده و آزمون مدل مورد نظر مورد تأیید می‌باشد.

جدول شماره ۱۳. ضریب مسیر تحقیق

| فرضیه‌ها | ESTIMATE تخمین غیر استاندارد | SE خطای استاندارد | CR نسبت بحرانی | P | ضریب مسیر |
|---|------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------|--------------|
| اطلاعات وب سایت مرکز سلامت بر بازاریابی گردشگری سلامت تاثیر دارد؟ | ۰.۲۰۸ | ۰.۰۶۷ | ۳.۰۹۳ | ۰.۰۲ | ۰.۱۸۰ |
| بازاریابی گردشگری سلامت بر شهرت مرکز گردشگری سلامت تاثیر دارد | ۰.۶۴۹ | ۰.۰۹۶ | ۶.۷۴۹ | *** | ۰.۴۸۸ |
| بازاریابی گردشگری سلامت بر تبلیغات شفاهی تاثیر دارد | ۰.۳۲۵ | ۰.۰۶۲ | ۵.۲۲۵ | *** | ۰.۳۴۳ |
| تسهیل گران سفر بر شهرت مرکز گردشگری سلامت تاثیر دارد | ۰.۵۸۰ | ۰.۱۵۴ | ۳.۷۷۳ | *** | ۰.۴۱۸ |
| شهرت مرکز گردشگری سلامت بر تبلیغات شفاهی تاثیر دارد | -۰.۱۲۳ | ۰.۱۰۱ | -۱.۲۱۶ | ۰.۲۲۴ | -۰.۰۷۷ |

شکل شماره ۳. ضرایب مسیر



جدول شماره ۱۴. برازش مدل

| مقدار بدست آمده | حد مجاز | نوع شاخص برازش | شاخص‌های برازش |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| ۱.۶۲۳ | کوچکتر از ۳ | شاخص‌های مقتصد | CMIN/df |
| ۰.۷۵۲ | کوچکتر از ۰.۰۸ | شاخص‌های مقتصد | RMSEA |
| ۰.۶۷۶ | بزرگتر از ۰.۵ | شاخص‌های مقتصد | PNFI |
| ۰.۹۸۶ | بزرگتر از ۰.۸ | شاخص‌های مطلق | GFI |

| مقدار بدست آمده | حد مجاز | نوع شاخص برازش | شاخص های برازش |
|-----------------|---------------|--------------------|----------------|
| ۰.۹۵۸ | بزرگتر از ۰.۸ | شاخص های مطلق | AGFI |
| ۰.۹۹۱ | بزرگتر از ۰.۹ | شاخص های مقایسه ای | NFI |
| ۰.۹۳۹ | بزرگتر از ۰.۹ | شاخص های مقایسه ای | TLI |
| ۰.۹۴۷ | بزرگتر از ۰.۹ | شاخص های مقایسه ای | CFI |
| ۰.۸۷۴ | بزرگتر از ۰.۹ | شاخص های مقایسه ای | RFI |
| ۰.۹۴۸ | بزرگتر از ۰.۹ | شاخص های مقایسه ای | IFI |

معیار R Squares یا R^2 یا ضریب تعیین

جدول شماره ۱۵. مقدار ضریب تشخیص متغیرها

| R^2 | متغیرهای مکنون درون‌زا |
|-------|-------------------------------|
| 0.635 | بازاریابی گردشگری سلامت |
| 0.780 | شهرت مرکز گردشگری سلامت |
| 0.356 | تبلیغات شفاهی |
| 0.823 | اطلاع وب سایت |
| 0.816 | تسهیل گران سفر سلامت |
| 0.863 | وفاداری به مرکز گردشگری سلامت |

همان‌گونه که مشاهده می‌شود در جدول فوق، ضریب تعیین برای تمامی متغیرها بیشتر از $0/67$ می‌باشد و این بدین معناست که در این پژوهش، متغیرها به‌درستی شناسایی شده‌اند.

نتیجه گیری

از طریق نتایج مصاحبه مشخص شد، که در بخش علی اطلاعات وب سایت مرکز سلامت، عواملی مثل تعیین حل مشکلات بیمار در اسرع وقت، قوانین درمانی حمایتی از بیمار، رضایت بیمار از عملکرد کادر درمان، خدمات درمانی با کیفیت، ارتباط مرکز با بیمار مشتریان شود.

(۱) از طریق مصاحبه مشخص شده که در بخش محوری بازاریابی گردشگری سلامت، عواملی مثل ارائه خدمات درمانی بی قید و شرط به بیمار، انتخاب کارکنانی خدمت‌محور، مرتب بودن پرسنل درمان و کیفیت خدمات ادراک شده شود.

(۲) از طریق مصاحبه مشخص شده که در بخش راهبرد شهرت مرکز گردشگری با بکارگیری استراتژی‌هایی مثل پایش نیاز جدید درمانی، پاسخگو بودن کادر درمان، تلاش برای خلق تجربه خوشایند و تصویر ذهنی از برند مرکز درمان ارتقا می‌یابد.

(۳) از طریق مصاحبه مشخص شده که در بخش پیامد و تبلیغات شفاهی عواملی مثل اطمینان به برند مرکز درمانی، صداقت مدیران مرکز درمانی، ارزیابی مرکز درمانی، تنوع خدمات درمانی، سفارشی سازی خدمات درمانی، معروفیت پزشکان باشد.

۴) از طریق مصاحبه مشخص شده که در بخش شرایط زمینه‌ای وفاداری به مرکز گردشگری سلامت، عواملی مثل هزینه درمان به نسبت رقبا، کادر درمانی متخصص و کار آزموده، نظارت بر مراکز گردشگری سلامت و سهولت اخذ ویزای درمان نقش مهمی دارد.

از طریق نتایج مصاحبه مشخص شد، که در بخش شرایط مداخله گر، تسهیل گران سفر سلامت عواملی مثل تخفیف درمانی، شرایط اقامتی بیمار و بودجه بیماران نقش مهمی دارد.

محدودیت های تحقیق

از نظر محدودیت زمانی این پژوهش جز پژوهش های مقطعی و از نظر محدودیت مکانی این پژوهش نزد مدیران مراکز درمانی و بیماران در شهر تهران انجام شده است. یکی از ویژگی های پژوهش کیفی بررسی پدیده در بافت طبیعی آن است و این امر موضوع باعث محدود شدن بررسی می شود زیرا پژوهشگر به دلیل بررسی عمیق پدیده، امکان دسترسی به بافت و محیط گوناگون و متنوع را ندارد که این موضوع نتیجه تعمیم پذیری را کم می کند. ولی این امر چیزی از ارزش های کار کیفی کم نمی کند. این پژوهش از نظر زمانی جز پژوهش های مقطعی است و جمع آوری و تحلیل داده ها در آذر و دی ماه سال ۱۴۰۱ صورت گرفته است. هم چنین عدم همکاری افراد در مصاحبه و همکاری افراد در هنگام پر کردن پرسشنامه جز دیگر محدودیت های تحقیق بوده است.

پیشنهاد به محققین آتی

- مهم ترین پیشنهاد در ارتقا بازاریابی گردشگری سلامت توسعه ارتباطات الکترونیکی بین بیمار و بیمارستان می باشد که پیشنهاد می شود این موضوع مورد بررسی قرار گیرد.
- بحث تصدی گری دولت در گردشگری سلامت مورد بررسی قرار گیرد.
- تجارب کشورهای موفق و مسلمان در توسعه گردشگری سلامت مورد بررسی قرار گیرد.
- بحث گردشگری سلامت حلال در کشورهای اسلامی مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- دانایی فرد، حسن، (۱۳۸۳)، هم سازی شیوه های کمی و کیفی در پژوهش های سازمانی: تاملی بر استراتژی پژوهش ترکیبی.
- دانایی فرد، حسن، (۱۳۹۴)، روش شناسی مطالعات دلالت پژوهی در علوم اجتماعی و انسانی: بنیان ها، تعاریف، اهمیت، رویکردها و مراحل اجرا. روش شناسی علوم انسانی، ۸۶(۲۲)، ۳۹-۷۲.
- دانایی فرد، حسن و امامی، کریم، (۱۳۸۶)، الزامات عصر فناوری اطلاعات و ارتباطات: نظریه پردازی در مدیریت دولتی. دانش مدیریت، ۶۴(۱۷)، ۶۱-۸۰.

Adebayo R.O. and Zulu S.P. (2019). Miracle as a spiritual event and as a marketing tactic among Neo-Charismatic churches: a comparative study. Journal for Christian Scholarship (Tydskrif Vir Christelike Wetenskap). 55(1-2): 105 –125.

Albattat Ahmad, Azizul Jamaludin, Nini Shaliza Mohd Zuraimi & Marco Valeri (2021). "Visit intention and destination image in post-Covid-19 crisis recovery". *Current Issues in Tourism*, Volume 24, Issue 17, Pages 2392-2397

Aminuddin, Mohd Don, Basari, M., & Farid, Shamsudin, M. (2020). Does Customer Satisfaction Matters? *Abrn.Asia*, 2(1), 2710–6918. www.jusst.abrn.asia.

Amna Javed Tiwana, Muhammad Zeeshan, Tabinda Ashraf, Muhammad Umar Farooq, Kashif Shahzad & Adnan Akhuzada, (2022). Dynamic link adaptation for filterband multicarrier in networks with diverse service quality and throughput requirements. *Telecommunication Systems* volume 79, pages 109–122

Andreade la Hoz-Correa Francisco Muñoz-Leiva Márta Bakucz (2018) Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis, *Tourism Management*, Volume 65, Pages 200-211

Arkady N. Daykhes, Mihajlo Jakovljevic, Vladimir A. Reshetnikov & Vasily V. Kozlov (2020) "Promises and Hurdles of Medical Tourism Development in the Russian Federation". <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01380>

Caballero-Danel S & Mugomba C. (2021) Medical Tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry", Goteborg University, School of Business, Economics and Law, Master Thesis No. 2006(91), p 27-70

Cham Tat-Huei, Lim, Yet-Mee, Bee-Chuan Sia, Jun-Hwa Cheah & Hiram Ting (2020) 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*, vol 23 no 15 page 10

Haeok Liz Kim & Sunghyup Sean Hyun (2022) "The Future of Medical Tourism for Individuals' Health and Well-Being: A Case Study of the Relationship Improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5735; <https://doi.org/10.3390/ijerph19095735>.

Leng, C. H. (2019). Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. Asia Research Institute Working Paper Series, 83. Retrieved from http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps07_083.pdf

Li, F., Lu, H., Hou, M., Cui, K., & Darbandi, M. (2021). Customer satisfaction with bank services: The role of cloud services, security, e-learning and service quality. *Technology in Society*, 64(July 2020), 101487. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101487>

Taherimirghaed M, Ahmadi B, Rahimiforushani A, Rajabivasoukolaii G, Arab M. (2020) The status of medical tourism marketing in private and public hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Payavard*; vol 13(6): 492-500

Thilagavathi, K., Shankar, C. & Jayaraman, M. (2020). Competitive advantage and customer satisfaction in health industry: A study in private hospitals in Malaysia. Saarbrucken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing.

Vinaytosh Mishra & Mohita G. Sharma. (2021). Framework for Promotion of Medical Tourism: A Case of India. *International Journal of Global Business and Competitiveness* volume 16, pages103–111.

