

## طراحی مدل «مفهوم گردشگری سلامت» با تأکید بر تبلیغات شفاهی مراکز درمانی با استفاده از رویکرد «داده بنیاد»

عبدالله نعیمی<sup>\*۱</sup>

۱- گروه مدیریت و بازرگانی واحد تهران جنوب دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

پذیرش مقاله: ۷ مرداد ۹۸

دریافت مقاله: ۲۰ اردیبهشت ۹۸

### چکیده

گردشگری سلامت، شکل جدیدی از بازاریابی در صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده است. گردشگری سلامت، به منظور بهبود سلامتی افراد و در مکانی خارج از محل سکونت آنها انجام می‌شود. هدف پژوهش حاضر ارائه الگوی گردشگری سلامت با تأکید بر تبلیغات شفاهی مراکز درمانی می‌باشد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، غیر آزمایشی و توصیفی می‌باشد. محقق تلاش داشته تا عوامل اثرگذار بر مفهوم گردشگری سلامت با تأکید بر نقش تبلیغات شفاهی را با استفاده از روش کیفی و از طریق مصاحبه با بیست مدیر مرکز گردشگری سلامت و خبرگان دانشگاهی شناسایی و با استفاده از رویکرد «داده بنیاد» تحلیل و ارائه نماید. پژوهشگر در نتیجه تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری-انتخابی نتایج نهایی پژوهش خود را در قالب یک الگو که دارای شش بعد اصلی جذابیت بازار، راهبرد، تنوع ارائه خدمات، شرایط داخلی کشور، تبلیغات شفاهی، گردشگری سلامت و ۳۳ بُعد فرعی است، ارائه کرده است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که به شرط جمع‌آوری و دسته‌بندی عوامل اثرگذار بر مفهوم گردشگری سلامت توسط مدیران تصمیم‌گیر، این موضوع می‌تواند راهگشای متولیان و مسئولین حوزه سلامت کشور در ایجاد و افزایش درآمد ارزی برای کشور باشد.

**کلمات کلیدی:** داده بنیاد، گردشگری سلامت، تبلیغات شفاهی، مراکز درمانی

### مقدمه:

سیاسی و مدیران اجرایی درمانی قرار گرفته است [۱] از این رو افراد کشورهای توسعه یافته، تمایل دارند جهت درمان به کشورهای در حال توسعه و غالباً آسیایی، به دلیل تجهیزات پیشرفته، کیفیت بالای خدمات و مهم‌تر از همه کاهش هزینه‌های درمان سفر کنند. از این رو امروزه، دولت‌ها و مراکز پزشکی، در آسیا توجه بالایی به رشد و توسعه این نوع گردشگری نشان داده و تخمین

امروزه گردشگری از معدود بخش‌های خدماتی است که فرصت‌های مناسبی را در حوزه تجارت بین‌الملل، فارغ از میزان توسعه یافتگی فراهم آورده است، به گونه‌ای که بعد از صنعت نفت و خودرو، به عنوان سومین صنعت درآمد ساز جهان شناخته شده و مورد توجه طیف وسیعی از سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام‌های

\*نویسنده مسئول: ابراهیم نعیمی، آدرس ایمیل: naami122@yahoo.com

[view Journal](#)

<https://doi.org/10.30502/H.2020.104818>



This paper is open access under [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license](#)

موجب می شود تا افراد با هدف درمان مسافرت کنند [۶].

در گذشته کشورهای پیشرفته، به دلیل این که از زیرساخت های تکنولوژیکی بالایی در ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا برخوردار بودند به عنوان مقاصد محبوبی برای درمان پزشکی محسوب می شدند، ولی امروزه این روند معکوس شده است. همان طور که قبلا اشاره شد، در گردشگری سلامت، گردشگر جهت درمان خود به کشور و مراکزی که از خدمات پزشکی مطلوب و مناسبی برخوردار است، مسافرت می کند و امروزه آسیا به یکی از بهترین قطب های گردشگری سلامت در دنیا به تبدیل شده که انتظار می رود این رونق در آینده نیز وجود داشته باشد و این منطقه بتواند با کسب بالاترین نرخ رشد گردشگران سلامت، سهم قابل توجهی را داشته باشد. تحقیقات نشان می دهد که در سال ۲۰۱۸ تعداد گردشگران سلامت در این منطقه از ۱۰ میلیون نفر فراتر رفته و سهم بازار آن نسبت به سال ۲۰۱۷ دو برابر شده است [۷].

هم چنین بر اساس تحقیقات انجام شده، سه کشور تایلند، هند و سنگاپور بیش از ۸۰ درصد از سهم بازار منطقه را در حوزه سلامت به خود اختصاص داده و کشور تایلند به عنوان رهبر بازار گردشگری سلامت شناخته می شود و در سال ۲۰۱۸ بیشترین تعداد گردشگران سلامت را جذب کرده است. هند دومین مقصد گردشگری سلامت در منطقه آسیاست و کشور سنگاپور در رتبه بعدی قرار دارد. فیلیپین و مالزی نیز دیگر کشورهای مهم منطقه در جذب گردشگران با انگیزه سلامت هستند [۸].

در ایران و در ماده ۸۷ برنامه چهارم توسعه، همراه با سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴، از مهم ترین سیاست های

زده می شود که درآمدهای حاصل از گردشگری سلامت تا پایان سال ۲۰۱۹ به حدود ۵۰۰ میلیارد دلار برسد، یعنی هر گردشگر سلامت حدود ۳ برابر گردشگران معمولی، درآمد ارزی ایجاد نماید [۲].

از گردشگری سلامت تعاریف متعددی ارائه شده است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود و یا افزایش سلامتی افراد و در مکانی خارج از محل سکونت آنها می انجامد، تعریف کرده است و برخی دیگر از صاحب نظران، گردشگری سلامتی<sup>۱</sup> را به مفهوم مسافرت به منظور ارتقاء سلامت و رفاه بیماران از طریق فعالیت های جسمانی، روانی و یا معنوی تعبیر کرده اند [۳]. تحقیقات متعددی در این حوزه توسط افراد صورت گرفته است.

تملر در مطالعه ای به بررسی تبلیغات شفاهی افراد از مراکز درمانی گردشگری در کشور سوئد پرداخت. اوسه بعد هزینه، کیفیت خدمات و تجهیزات پیشرفته درمانی را مورد بررسی قرار داد و نتایج، بیانگر این موضوع بوده است که تبلیغات شفاهی مراکز درمانی توسط بیماران، نقش بالایی در جذب افراد جدید دارد [۴]. در تحقیق دیگری که توسط پیتر انجام شده، محرز گردید که حدود ۷۰ درصد از گردشگران سلامت نظرات و تبلیغات شفاهی دیگر بیماران را مدنظر قرار داده و از آنها در تصمیم گیری خود استفاده می کنند [۵]. ون و دراک به بررسی و شناسایی عواملی که باعث مسافرت افراد برای درمان به خارج از کشور می شود، پرداخته اند و نتیجه گرفتند، هزینه ی پایین مراقبت های پزشکی، جستجو برای یافتن پزشک متخصص و باتجربه، کیفیت مناسب خدمات درمانی، ایمنی و کوتاه تر بودن زمان انتظار برای درمان، از مهم ترین دلایلی هستند که

<sup>1</sup> Wellness tourism

کلیدی هستند که از توسعه گردشگری پزشکی حمایت می‌کند و طبق اصل ۴۴ قانون اساسی، دولت را موظف است تا راهکارهای توسعه بخش خصوصی را در تمامی ابعاد اقتصاد عملی سازند.

نظام بهداشت و درمان ایران از بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه تشکیل شده است که بیشتر خدمات سطح اول در قالب شبکه گسترده بهداشتی درمانی ارائه می‌شود، ایران، هم اکنون در برخی از علوم مانند سلول‌های بنیادی و ترمیم ضایعات نخاعی جزو برترین‌های دنیاست و در مباحثی نظیر نابروزی و مباحث تهجمی، رادیولوژی، پیوند قرنیه چشم، پیوند کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان می‌باشد.

سازمان میراث فرهنگی و گردشگری ایران با کمک بیمارستان‌ها، وزارت بهداشت و تشکل‌های بخش خصوصی مانند اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی ایران به دنبال رونق بخشیدن به گردشگری سلامت می‌باشند و با برگزاری همایش‌های مختلف گردشگری سلامت، و راه‌اندازی مراکز ویژه درمانی و ارائه تخفیف، برای کسانی که اقدام به گرفتن ویزای پزشکی می‌کنند، تلاش دارند تا افراد بیشتری را برای گردشگری سلامت به ایران جذب نمایند.

بررسی نظرات گردشگران سلامت نشان می‌دهد که این گروه عمدتاً به دنبال کیفیت و تکنولوژی‌های برتر پزشکی و یا کاهش هزینه‌های درمانی هستند و برخورداری از تیم‌های پزشکی متبحر به ویژه در برخی رشته‌های پزشکی می‌تواند از جمله ظرفیت‌های گردشگری سلامت در کشور باشد اما به دلیل ضعف خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی در مقایسه با رقبا، ایران هنوز توان ورود به بازارهای با سطح درآمد بالاتر را

در جهان ندارد. لذا در سال‌های اخیر عمدتاً کشورهای همسایه که با ضعف سیستم خدمات درمانی روبرو هستند بازارهای اصلی گردشگری سلامت را تشکیل داده‌اند [۹]

تبلیغات شفاهی: تبلیغات شفاهی یک شیوه غیررسمی ارتباط میان طرف‌های غیرتجاری و درخصوص ارزیابی خدمات است. تبلیغات شفاهی، روشی کم هزینه و قابل اعتماد در انتقال اطلاعات است و به طور ساده می‌توان گفت که تبلیغات شفاهی نفوذ روی رفتار مصرف‌کننده است [۱۰].

به طور کلی تبلیغات شفاهی به دو نوع تقسیم بندی می‌شود:

۱. تبلیغات شفاهی مثبت

۲. تبلیغات شفاهی منفی

تبلیغات شفاهی مثبت: تبلیغات شفاهی مثبت عبارت است از نوعی ارتباط بین شخصی که به ارائه اطلاعات مثبت در مورد شرکت یا سازمان و نیز ارتقای فروش محصولات و خدمات شرکت منجر می‌شود؛ نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تبلیغات شفاهی مثبت، نتیجه رضایت مشتریان است.

تبلیغات شفاهی منفی: تبلیغات شفاهی منفی عبارت است از نوعی ارتباط بین شخصی در ارتباط با سازمان بازاریابی یا محصول سازمان که موجب بدنام شدن آن سازمان می‌شود. مانند حالتی که در آن یک مشتری به علت یک تجربه ناخوشایند و منفی، از شرکت ناراضی می‌شود و شکایت را آغاز می‌کند.

علاوه بر این تقسیم‌بندی، تبلیغات شفاهی را می‌توان به دو دسته ارگانیک و تقویت شده تقسیم بندی کرد:

<sup>2</sup> Iran chamber of commerce, industries, mines & Agriculture

با توجه به توضیحات فوق و خلاء مطالعاتی موجود، مسئله اصلی این پژوهش پاسخ به این سوال است که پیش زمینه ها و پیامدهای گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی چگونه است؟ انتظار بر این است با انجام این پژوهش؛ الگویی علمی در حوزه مطالعاتی پژوهش و همچنین کاربردی برای جامعه مورد مطالعه و مخاطب این پژوهش ارائه شود.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر با اتکا به داده‌های کیفی گردآوری شده و در صدد آن است که الگوی بومی در حوزه گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی ارائه دهد تا بتواند خلأ نظری موجود را حذف نماید.

این پژوهش از لحاظ هدف، بنیادی و از جهت نحوه گردآوری داده‌ها، در زمره پژوهش‌های غیر آزمایشی و توصیفی است که در آن از رویکرد کیفی پدیدار شناختی استفاده شده و چون هدف این پژوهش توصیف و اکتشاف پدیده مورد بررسی است، محقق با انجام بیست مصاحبه باز و عمیق با خبرگان دانشگاهی و مدیران مراکز گردشگری سلامت و پزشکان، به منظور شناخت بهتر مسئله پژوهش و دستیابی به مدل مفهومی، استفاده کرده که پس از توصیف کافی پدیده و با تسری دادن آن به جامعه آماری، سعی در کسب دیدگاه کل جامعه داشته است.

### روش پژوهش کیفی: استراتژی پدیدار شناختی

در پژوهش حاضر، محقق برای دستیابی به مدل مفهومی، از رویکرد داده بنیاد استفاده کرده است. داده بنیاد معادل واژه لاتین فنومنولوژی<sup>۳</sup> مرکب از دو واژه "فنومن" به معنای پدیده یا پدیدار و "لوژی" به معنای شناخت، مکتبی است که توسط ادmond هوسرل پایه‌گذاری شد.

تبلیغات شفاهی ارگانیک: معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که مشتریان به علت رضایت از خدمت دریافت شده به نام یک تجاری خاص، وفادار بوده و از آن جانب داری و تجربیات خوب را با دیگران در میان می‌گذارند.

تبلیغات شفاهی تقویت شده: هنگامی اتفاق می‌افتد که شرکت از طریق اجرای مجموعه ای از برنامه‌های تبلیغاتی سعی می‌کند تا تمایل افراد در اشتراک گذاری اطلاعات خود درباره موضوعی خاص را با دیگران افزایش دهد [۱۰]

تبلیغات شفاهی مقابل بازاریابی سنتی قرار دارد و اساس آن بر معرفی خدمت توسط مشتریان راضی به دیگران است. مشتریان در صورتی که از خدمات دریافت شده راضی باشند آن را به خانواده و دوستان نزدیک خود توصیه می‌کنند. اگر شما تنها ۱۰ مشتری واقعا راضی داشته باشید و به آنها خدمتی داده باشید که موجب رضایت آنها شده باشد، با بیش از ۵۰ مشتری جدید رو به رو خواهید شد. امروزه و با گسترش استفاده از شبکه های اجتماعی و اینترنت بهترین مکان و روش برای تبلیغ یک کالا، شبکه های اجتماعی هستند و بی شک بهترین تبلیغ کنندگان هر محصول مصرف کنندگان آن هستند. چرا که تحقیقات نشان می‌دهد اکثر مردم در صورتی شنیدن تایید یکی از دوستان و یا اعضای خانواده خود راجع به یک کالا را بشنوند آن را امتحان خواهند کرد یکی دیگر از مزایای بازاریابی شفاهی هزینه های کمتر آن نسبت به تبلیغات سنتی است. در این روش هزاران مشتری به صورت داوطلبانه و رایگان تبدیل به فروشندگان و بازاریاب های شما شده اند. آنها از شما پولی دریافت نمی‌کنند بلکه تنها خواسته آنها اشتراک تجربیات و کسب رضایت طرف مقابل است [۱۱]

<sup>3</sup>Phenomenology

از لامبرت، امانویل کانت معتقد بود که پدیده‌ها در مواجهه با ذهن انسان، تحت تأثیر حواس پنج‌گانه تبدیل به تجربه می‌شوند.

او، بین فنومن، به معنای آنچه به حس درمی‌آید، و نومن، به معنای حقیقت اشیا، تفاوت قایل می‌شود و داده بنیاد را شناخت فنومن‌ها تفسیر می‌کند که این تعبیر، توسط «فیشته»، به کلی دگرگون شد.

از نظر او، شناخت فنومن منتج به تجربه نمی‌شود، بلکه روشی است که از طریق آن می‌توان به آگاهی دست پیدا کرد.

مهم‌ترین اثر در حوزه داده بنیاد «داده بنیاد روح» اثر «هگل» است. از نظر هگل، داده بنیاد علمی است که از رهگذر آن ذهن و روان، آن‌گونه که هست، شناخته می‌شود. در واقع او دستیابی به نومن را امکان‌پذیر دانسته و در این خصوص داده بنیاد را روشی می‌داند که امکان دستیابی به این مهم را میسر می‌سازد [۱۴].

پدیدارشناسی، یکی از پرکاربردترین و به عنوان مادر، روش‌های تحقیق کیفی شناخته می‌شود و هدف آن، مطالعه دنیای افراد بر مبنای تجربه واقعی آنهاست، یعنی افراد دنیا، چگونه از موضوع اصلی محقق کسب تجربه کرده‌اند.

در پدیدارشناختی، محقق روی این سؤال اساسی تمرکز دارد که افراد چگونه دنیا را تجربه می‌کنند؟ اساساً روش داده بنیاد، مطالعه پدیده‌ها قبل از هر گونه ارزش‌گذاری، قضاوت ارزشی و توصیف آنها با در نظر گرفتن نحوه بروز تجلی آنهاست. به زبان دیگر، اگر داده بنیاد را معنا شناسی تعریف کنیم، باید گفت که معنایی که در زندگی انسان پدیدار می‌شوند، نظامی را شکل می‌دهند که شناسایی این نظام معنایی، از همین راه حاصل می‌شود؛ یعنی یک شناخت به زمان و مکان

این مکتب در پی آن است که با تفکیک آگاهی باواسطه و بی‌واسطه از یکدیگر، آگاهی انسان را از پدیدارهای ذهنی که بدون واسطه در ذهن وی ظاهر می‌شوند و ممکن است حتی عینیتی هم نداشته باشند، مورد مطالعه قرار دهد. هوسرل اصطلاح داده بنیاد را برای «روش» و اصول و مبادی فلسفی خود به کار می‌برد. اندیشه هوسرل با خودآگاهی مبتنی بر داده بنیاد آغاز می‌شود و بر نقطه آغازین تفکر تأکید می‌ورزد و به این باور است که اندیشمند می‌تواند در فرآیند شناخت بر سوابق ذهنی و تمایلات غالب آید. مکتب داده بنیاد با نام ادموند هوسرل، به عنوان پایه‌گذار مکتب، و فیلسوفانی مانند مارتین هایدگر، ژان پل سارتر و موریس مرلوپونتی به عنوان توسعه‌دهنده‌گان این مکتب گره خورده است. در واقع اصطلاح داده بنیاد به لحاظ مفهومی به دو دوره تاریخی پیشاهوسرل و پساهوسرل قابل تقسیم است. در مقطع زمانی پساهوسرل، داده بنیاد عمدتاً فهم و ادراک هستی را مورد توجه قرار می‌دهد، اما در دوره زمانی پیش از هوسرل، داده بنیاد با نوعی از تکثر مفهومی مواجه می‌شود. در دوره پیشاهوسرل، اصطلاح داده بنیاد برای اولین بار توسط یوهان هنریش لامبرت در کتاب Neues Organon که در سال ۱۷۶۴ به چاپ رسید، به کار برده شده است [۱۲].

لامبرت، داده بنیاد را در دستیابی به حقیقت مطلق کم اثر دانسته است. او شناخت پدیده‌ها را در دو حوزه نمودی و پنداری مورد توجه قرار می‌دهد. در حوزه نمودی، پدیده‌ها به دو دسته صوری و محتوایی تقسیم می‌شوند، پدیده‌های صوری از نظر لامبرت پدیده‌های عینی و ذهنی هستند و پدیده‌های محتوایی نیز به سه دسته حسی، نفسانی و اخلاقی تقسیم می‌شوند.

لامبرت بر این نکته تأکید می‌کند که تقسیم‌بندی مذکور اگرچه چهره حقیقت را تا حدودی واضح‌تر می‌کند، اما عین حقیقت را به نشان نمی‌دهد [۱۳]. پس

است، افراد نمی‌تواند تجربه ای از چیزی مثل (هنر، دین، فلسفه، علم و ...) کسب کند، مگر با کمک ذهن پرسشگر و روشن خود. بنابراین هوسرل دیدگاه جدیدی را به نام داده بنیاد ارائه نمود که در این نگاه معنی پدیده و روش درک آن متفاوت از روش‌های پذیرفته شده است. اما بعد از هوسرل با ورود افرادی چون هایدگر داده بنیاد در درون دچار تکثر شد، و دو رویکرد عمده توصیفی و تفسیری نمایان گردید که هر یک طرفداران خاص خود را پیدا کردند. لذا برخی پژوهشگران، مانند هوسرل، طرفدار داده بنیاد توصیفی و برخی دیگر، مانند هایدگر طرفدار داده بنیاد تفسیری هستند [۱۵].

در تعریف پدیده سه نکته را باید توجه داشته باشید:

اولاً: پدیده‌ها دارای ماهیت‌اند، و ماهیت ویژگی ضروری و ثابت یک پدیده می‌باشد. برای مثال بزرگی یا کوچکی کوله پشتی جزء ماهیت او محسوب نمی‌گردد، اما شکل آن جزء ماهیت آن است چون ممکن است از شکل کوله پشتی کاملاً خارج گردد.

ثانیاً: پدیده‌ها شهودی هستند، یعنی ماهیت پدیده‌ها از طریق شهود بدست می‌آید. گزاره‌ی شهودی، گزاره‌ای است که خود اعتبار بخش‌ا است. یعنی گزاره‌ای که برای احراز درستی آن هیچ مدرکی قوی‌تر از خودش، نمی‌توانید ارائه کنید. بدین ترتیب ماهیت شهودی، خودش محکم‌ترین دلیل وجود خودش است.

ویژگی سوم پدیده آن است که از طریق تعلیق وجود یا اپوخه بدست می‌آید. به عنوان مثال از آنجا که عمل دیدن، روی چیزی که هست، واقع می‌شود و این موضوع، نشان دهنده تجربی بودن معرفت آدمی است، پس گزاره‌های داده بنیاد، نباید درباره‌ی چیزهایی باشند که قابل دیدن هستند. هر آن چیزی که موجود است قابل

اضافه می‌شود که آن را «تجربه زندگی» افراد نام گذاری می‌کنند.

داده بنیاد، اساساً مطالعه تجربه زیستی افراد از زندگی است که به وسیله یک فرد تجربه می‌شود یعنی این پرسش مطرح می‌شود که «تجربه زیستی چه نوع تجربه‌ای است؟» چون پدیدارشناس می‌کوشد معانی را آنچنان که در زندگی روزمره تجربه می‌شود، آشکارتر نماید. صحبت اصلی «هوسرل» آن است که برای افراد یک چیز واحد وجود دارد که بدون هیچ تردیدی به آن یقین دارند و آن آگاهی آنهاست. تا این جا، مشی «هوسرل» همان روش «دکارت» است، اما او بر خلاف دکارت معتقد است که آگاهی، همیشه آگاهی از موضوع است. این در حالی است که «دکارت» آگاهی، را یک حالت در نظر می‌گیرد. «هوسرل» معتقد است که، می‌توان از موضوع آگاهی داشت اما خود موضوع را در "پرانتر" قرار داد. به همین جهت، مکتب او را «داده بنیاد» نام نهاده‌اند. یعنی نیازی نیست که از خود اشیا برای کسب معرفت پرسش کنیم، و می‌توانیم اشیا را به جای آن‌ها بگذاریم.

اساس اندیشه هوسرل این است که ذهن باید از جنبه خاصی به سوی پدیده (وجود خارجی) جهت پیدا کند. به عنوان مثال، من می‌توانم یک صندلی را به یاد بیاورم و اعتقاد و احساس خاصی در مورد آن داشته باشم. سخن «هوسرل» این است که جهت یافتگی، ویژگی‌ای است که تنها به ذهن افراد منحصر است و چیز دیگری نیست که بتوان به سوی چیزی بیرون از خود، جهت پیدا کند.

این یکی از ویژگیهای شگفت‌آمیز عالم است. هوسرل معتقد است، نوعی محتوا باید در ذهن افراد وجود داشته باشد که این جهت‌یافتگی را توجیه کند. هوسرل معتقد

<sup>5</sup> Epoche

<sup>4</sup> Self Validating

تجربه است، اما اگر بود و نبودش مهم نباشد این یعنی ایبوخه، یا در پراتنز گذاشتن [۱۶]

در رفتار مصرف کننده از پدیده‌شناسی، به عنوان روش‌شناسی، استفاده می شود تا بتواند مسائل پیچیده‌ای که در پاسخ‌های سطحی بی‌واسطه و قطعی نیستند را بهتر درک کند. با این وجود در حوزه‌ی بازاریابی کریگ تامپسون<sup>۶</sup> بسیاری از اصول اساسی پدیدار شناسی و کاربردهای آن را مورد تأکید قرار می دهد. از دیگر نمونه‌های تحقیق‌های پدیدار شناسی در حوزه بازاریابی رفتار مصرف کننده عبارتند از تحقیق تامپسون درباره‌ی نقش جنسیت و سبک زندگی [۱۷]، تحلیل تامپسون و هیرشمان<sup>۷</sup> درباره خودانگاره‌ها و برند، مقاله مایک و دموس<sup>۸</sup> و اگویین و فابر<sup>۹</sup> درباره‌ی خرید اجباری می توان اشاره داشت.

تاریخچه‌ی پیشرفت پدیدار شناسی در علوم اجتماعی بحث انگیز بوده و به هستی شناسی و شناخت شناسی افراد، بستگی دارد. داده بنیاد، از نظر پیروان تفکر هوسرل<sup>۱۰</sup> و هایدگر<sup>۱۱</sup> یک فلسفه و از نظر پیروان، تفکر شوتز<sup>۱۲</sup> یک روش شناسی قلمداد می شود.

در حالی که هوسرل قصد دارد تا طرحی برای توصیف و طبقه‌بندی تجارب، دنیای زندگی افراد ارائه کند، شوتز رویکرد پدیدار شناسی را به عنوان روشی که روی جزئیات تجربه‌ی زندگی افراد متمرکز است، تعریف می کند.

دنیای زندگی، یعنی دنیایی که در آن افراد در میان سایر انسان‌ها از فرهنگ‌ها و جوامع مختلف تجربه خود را

بیان می کنند. [۱۸] با توجه به اهداف آنها موضع و، تحت تأثیر آنها قرار می گیرند و عمل می کنند.

گرگوا<sup>۱۳</sup> میان دنیای زندگی و دنیای اجتماعی تفاوت قائل می شود. از نظر او دنیای زندگی ساختارهای رسمی دارد که افراد مستقیماً کمتر از آن آگاه هستند، ولی دنیای اجتماعی به اعمال و تجربه‌های روزمره‌ی افراد مربوط می شود. اساساً هدف پدیدار شناسی گسترش و عمق دادن به تجارب افراد است. از نظر مرلو-پونتی<sup>۱۴</sup> نتایج تحقیق پدیده شناختی باید «توصیف مستقیم تجارب افراد بدون در نظر گرفتن منشأ روانی آنها» و بازتاب دهنده تجربه‌ی افراد است، تا انگیزه‌ی ناخودآگاه [۱۹].

دیدگاه شوتز، این است که دانش افراد متشکل از ساختار و عرف تشکیل می شود و زبان، رسانه‌ی اصلی برای انتقال معنای دانش است. معنی یک کلمه همان چیزی است که به آن ارجاع می شود، این رابطه مبنی بر این فرض است که وظیفه‌ی اصلی زبان بیان اطلاعات و توصیف «واقعیت» است [۲۰]. هم‌چنین، تجربه‌ی افراد از دنیا شبیه یکدیگر است و چندین نفر یک معنای یکسان را برداشت می کنند.

در فرایند جستار پدیده‌شناس تنها یک منبع داده‌ی مقبول دارد که آن هم دیدگاه‌ها و تجربه‌های خود مشارکت کننده است. لذا به خودی خود فرض بر آن می شود که دیدگاه مشارکت کننده «حقیقت» است. علاوه بر آن، مشارکت کننده‌هایی انتخاب می شوند که تجربه‌ی مورد تحقیق را زیسته باشند. بنابراین نمونه‌گیری از ابتدا هدفمند و تعیین شده صورت می گیرد و ابزار اصلی گردآوری داده، مصاحبه می باشد.

<sup>1</sup> Heidegger 1  
<sup>1</sup> Schutz 2  
<sup>1</sup> Life world 3  
<sup>1</sup> Gregova 4  
<sup>1</sup> Merleau-Ponty 5

<sup>6</sup> Craig Thompson  
<sup>7</sup> Thompson and Hirschm  
<sup>8</sup> Mick and Demoss  
<sup>9</sup> O'Guinn and Faber  
<sup>1</sup> Husserl 0



جامعه آماری این پژوهش را خبرگان و صاحب نظران دانشگاهی و پزشکان و مدیران بیمارستان ها و مدیران مراکز گردشگری حوزه سلامت که اثر شایان توجه، علمی و عملی داشته‌اند را تشکیل داده که از بین آنها به روش قضاوتی نمونه‌هایی انتخاب و با آنها مصاحبه عمیق به منظور شناسایی ابعاد صورت گرفته که پس از انجام ۲۰ مصاحبه و رسیدن به اشباع نظری، محقق شروع به کد گذاری سه گانه کرده و در نهایت ۱۵۲ کد باز استخراج و بعد از آن بر اساس ادبیات نظری اقدام به کدگذاری محوری و انتخابی کرده است.

از آنجا که پژوهش کیفی ماهیت اکتشافی دارد و مستلزم مشارکت تعداد معدودی پاسخ‌دهنده است. استراتژی نمونه‌گیری در این تحقیق و در بخش کیفی بصورت گلوله برفی (زنجیره‌ای) بوده است. ملاک اندازه نمونه، در بخش کیفی رسیدن به اشباع نظری بوده است، به این معنا که در مصاحبه‌های صورت گرفته با جامعه آماری، شاخص و یا سازه جدیدی شناسایی نشود.

محقق در بخش کیفی پژوهش، برای بررسی پایایی مصاحبه‌های صورت گرفته از پایایی بازآزمون (شاخص ثبات) و روش توافق درون موضوعی (شاخص تکرارپذیری) استفاده کرده است که نتایج نشان داد که پایایی بازآزمون ۸۴ درصد و شاخص توافق درون موضوعی ۷۷ درصد بوده که با توجه به این که میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است، می‌توان گفت که پایایی یا قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید شده است.

همچنین، روایی در پژوهش کیفی با توجه به رویکرد طبیعت‌گرایانه و کثرت‌گرایی، به توانایی‌های پژوهشگر در اجرای آن بستگی دارد. روایی یا اعتبار در مرحله کیفی به ویژه مصاحبه‌های کیفی، ناظر بر دو موضوع واقعیت و دانش است. برای این منظور در مراحل

تامپسون، تفسیر در تحلیل خود از تجارب مصرف‌کننده در تحلیل اظهارنظرهای مشارکت‌کننده‌ها را در یک فرایند تعاملی پیش می‌برد. این کار این فرایند با هفت گام پیشنهادی گلازی<sup>۱</sup> همسو می‌باشد:

(۱) اولین وظیفه‌ی محقق این است که روایت‌های مشارکت‌کننده‌ها را بخواند تا اندیشه‌های آنها را احساس کرده تا به درک کاملی برسد.

(۲) گام دوم «استخراج عبارت‌های مهم» است. برای این کار محقق باید کلمات و جملات کلیدی مرتبط با پدیده‌ی مورد مطالعه را شناسایی کند.

(۳) محقق سعی می‌کند تا معانی هر یک از این عبارت‌های مهم را تدوین کند.

(۴) این فرایند در مورد داستان‌های همه‌ی مشارکت‌کننده‌ها تکرار می‌شود تا مضامین معنادار دسته‌بندی شوند. ممکن است به پاسخ‌دهنده‌ها رجوع گردد، تا تفاسیر را بررسی و درستی آن را تأیید کنند.

(۵) پس از آن محقق باید بتواند مضامین بدست آمده را در یک توصیف غنی، از پدیده‌ی تحت مطالعه، ادغام کند.

(۶) گام بعدی، خلاصه کردن مضامین به صورت یک چارچوب اصلی است که رفتار مورد نظر را توضیح می‌دهد.

(۷) در پایان شاید محقق با مشارکت‌کننده‌ها مصاحبه‌های بیشتری انجام دهد یا نظرات آنها درباره‌ی تحلیل را استنباط کند تا تفسیرهای خود را مجدداً بررسی و اصلاح نماید [۲۱].

<sup>1</sup> Colaizzi



شود. این مقوله‌ها باید به اندازه کافی انتزاعی باشند تا بتوان مفاهیم و کدهای متناسب زیرمجموعه آن‌ها را برای قابلیت بررسی و شمول تئوریک گسترده‌تر، به خوبی جمع‌بندی کرد. از این رو بیش از ۱۵۲ نکته قابل اعتنا یا اساسی از مصاحبه‌های کیفی به دست آمد.

#### کدگذاری محوری:

کدگذاری محوری، مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها را با توجه به ابعاد و مشخصات آنها با یکدیگر مرتبط می‌سازد. برای کشف نحوه ارتباط مقوله‌ها با یکدیگر استفاده شده است. ابزار اصلی این ابزار تحلیلی شامل شرایط، عمل‌ها، عکس‌العمل‌ها و پیامدها می‌شود.

#### شرایط علی:

در این مدل شرایط علی رویدادهایی هستند که موقعیت‌ها و مسائل مرتبط با یک پدیده را خلق کرده و تشریح می‌کنند که افراد و گروه‌ها، چرا و چگونه به روش‌های خاصی پاسخ می‌دهند. شرایط علی شامل مواردی از مقولات است که به طور مستقیم بر پدیده گردشگری سلامت تأثیر می‌گذارد. مقوله‌های مربوط به شرایط علی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول (۱). مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط علی

مقوله کلی	مقوله فرعی
شرایط علی	امکانات تسهیلاتی آژانس‌های فعال در حوزه سلامت
	شهرت بیمارستان‌های تخصصی کشور
	اعطای معافیت مالیاتی
	اطلاع‌رسانی به موقع از دستاوردهای پزشکی
	هزینه‌های درمانی مناسب

هفتگانه پیشنهادی پژوهش کیفی که شامل، تعیین موضوع، طراحی، موقعیت و شرایط مصاحبه، یادداشت برداری مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل، تأیید و گزارش‌دهی اعتبار است، این روایی به صورت گام‌به‌گام بررسی و تأیید شده است [۲۲].

#### یافته‌ها:

#### کدگذاری باز:

در این مرحله گام‌های اساسی زیر طی شده است:

- مطالعه سطر به سطر متون مصاحبه و استخراج جملات مهم و شایان توجه و قابل اتکا به عنوان عبارت‌های اصلی هر مصاحبه.
- تعیین نکات کلیدی، پس از مشخص شدن عبارت‌های اصلی فرآیند کدگذاری باز.
- استخراج مفاهیم مهم و کلیدی با اتکا به ساز و کار کدگذاری باز.
- مشخص کردن و استخراج مقوله‌های اولیه بر اساس همراستایی مفاهیم کلیدی.
- مقایسه مقوله‌ها و متمایز کردن مقوله اصلی از سایر مقوله‌ها و مقوله‌های فرعی.
- مشخص کردن روابط بین مقوله‌ها مبتنی بر الگوی داده‌بنیاد استراوس و کوربین به منظور دستیابی به ابعاد اصلی و در نهایت مدل استخراج پژوهش.
- اتمام مرحله کیفی پس از استخراج مدل پژوهش با اتکا به استراتژی پدیدار شناسی، محقق پس از هر مصاحبه، فرایند کدگذاری باز شروع کرده است. با این روش در هر مرحله به کدهای استخراج شده از مصاحبه‌ها، مفاهیم و برجسب‌های مناسب داده شد تا مفاهیم اساسی و مقوله‌های کلیدی پژوهش مشخص

شرایط زمینه‌ای:

شرایط زمینه‌ای بیانگر مجموعه خاصی از ویژگی‌های مربوط به پدیده است که به شکل عمومی به مکان رویدادها و وقایع مربوطه اشاره دارد. ویژگی‌های زمینه‌ای شامل عواملی می‌شوند که بدون آنها تحقق مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی مکان‌پذیر نیست؛ یعنی زمینه می‌تواند شرایط خاصی را که در آن راهبردها برای اداره، و پاسخ بهتر به پدیده صورت می‌گیرد، را فراهم سازد. این شرایط، را مجموعه‌ای از مفاهیم، مقوله‌ها و متغیرهای زمینه‌ای تشکیل می‌دهند این عوامل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول (۲). مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط زمینه‌ای

مقوله کلی	مقوله فرعی
شرایط زمینه‌ای	داشتن تجهیزات پزشکی جدید
	ارائه خدمات عالی به بیماران در حد مطلوب
	پرسنل درمانی مجرب
	همکاری شرکت های بیمه با مراکز درمانی خارجی

شرایط مداخله‌گر:

شرایط مداخله‌گر شامل شرایط عام‌تری همچون زمان، فضا و فرهنگ می‌شود که به عنوان تسهیل‌گر یا محدودکننده راهبردها عمل می‌کنند. این شرایط در راستای تسهیل یا محدودیت کنشی/ کنشی متقابل در زمینه خاصی عمل می‌کنند. هر یک از این شرایط، طیفی را تشکیل می‌دهند که تأثیر آنها از بسیار دور تا بسیار نزدیک متغیر است. این عوامل در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول (۳). مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط مداخله‌گر

مقوله کلی	مقوله فرعی
شرایط مداخله‌گر	مطرح بودن ایران به عنوان برند سلامت در منطقه
	شهرت پزشکان ایرانی
	همکاری بانکها در ارائه خدمات کارت اعتباری درمانی
	تکیه به درآمد اقتصاد سلامت

مقوله محوری:

پدیده اصلی تحقیق باید محوریت داشته باشد، یعنی همه مقوله‌های اصلی دیگر به آن ربط داده شوند. پدیده محوری، اساس و محور فرآیندی است که تمام مقوله‌های اصلی دیگر به آن ربط داده می‌شود. این عوامل جدول شماره ۴ مقوله محوری را نشان می‌دهد.

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

مقوله کلی	مقوله فرعی
مقوله محوری	زیر ساخت کشور در حوزه توریسم سلامت
	استقرار مراکز درمانی با کیفیت در کلان شهرها
	پاسخگویی مراکز درمانی به بیماران خارجی
	داشتن امکانات پیشرفته برای بیماران
	ایجاد امنیت برای بیماران خارجی
	قیمت گذاری مناسب درمانی برای اقشار مختلف جامعه
	توسعه روابط درمانی با کشورهای منطقه

راهبردها :

راهبردها در واقع طرح‌ها و کنش‌هایی هستند که خروجی مقوله محوری مدل بوده و به پیامدها ختم می‌شوند. راهبردها مجموعه تدابیری هستند که برای مدیریت، اداره یا پاسخ به پدیده تحت بررسی اتخاذ می‌شوند.

پژوهشگر با توجه به مجموعه مفاهیمی که از لابلای مصاحبه‌ها و کدهای نهایی استخراج شده، است. مشتری محور همه فعالیت‌های یک مؤسسه است و همین امر باعث می‌شود که مراکز توریسم درمانی به مشتری توجه کرده و به پیشنهادهای او ارج نهد، و پرسنل درمانی و اداری خود را در مقابل خواسته مشتری پاسخگو سازد، جدول شماره ۵ مقوله‌ها و مفاهیم مربوط به راهبردها را نشان می‌دهد.

جدول (۵) مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با راهبردها

مقوله کلی	مقوله فرعی
مقوله راهبرد	اسکان راحت همراهان بیمار
	حمل و نقل راحت بیمار از فرودگاه تا بیمارستان
	تبدیل ایران به هاب گردشگری سلامت
	ایجاد دهکده سلامت در کشور
	تلاش برای ارتقا شهرت بیمارستان های ایران

پیامدها:

پیامدها همان برون‌دادها یا نتایج کنش‌ها و واکنش‌ها هستند. بخش آخر الگوی مفهوم گردشگری سلامت با

تاکید بر تبلیغات شفاهی شامل پیامدهای مشهود و نامشهودی می‌شود. با توجه به کدگذاری باز، مفاهیم مربوط به پیامدهای مدل استخراج شده‌اند، سپس با توجه به حرکت رفت و برگشت میان تم‌ها و مفاهیم مقوله‌های اصلی استخراج و نام‌گذاری شده‌اند و بر همین اساس پیامدها در سه بخش مربوط به سازمان، مشتری و جامعه طبقه‌بندی شده است. جدول شماره ۶ به مقوله‌ها و مفاهیم مربوط به پیامدها می‌پردازد.

جدول شماره (۶). مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پیامدها

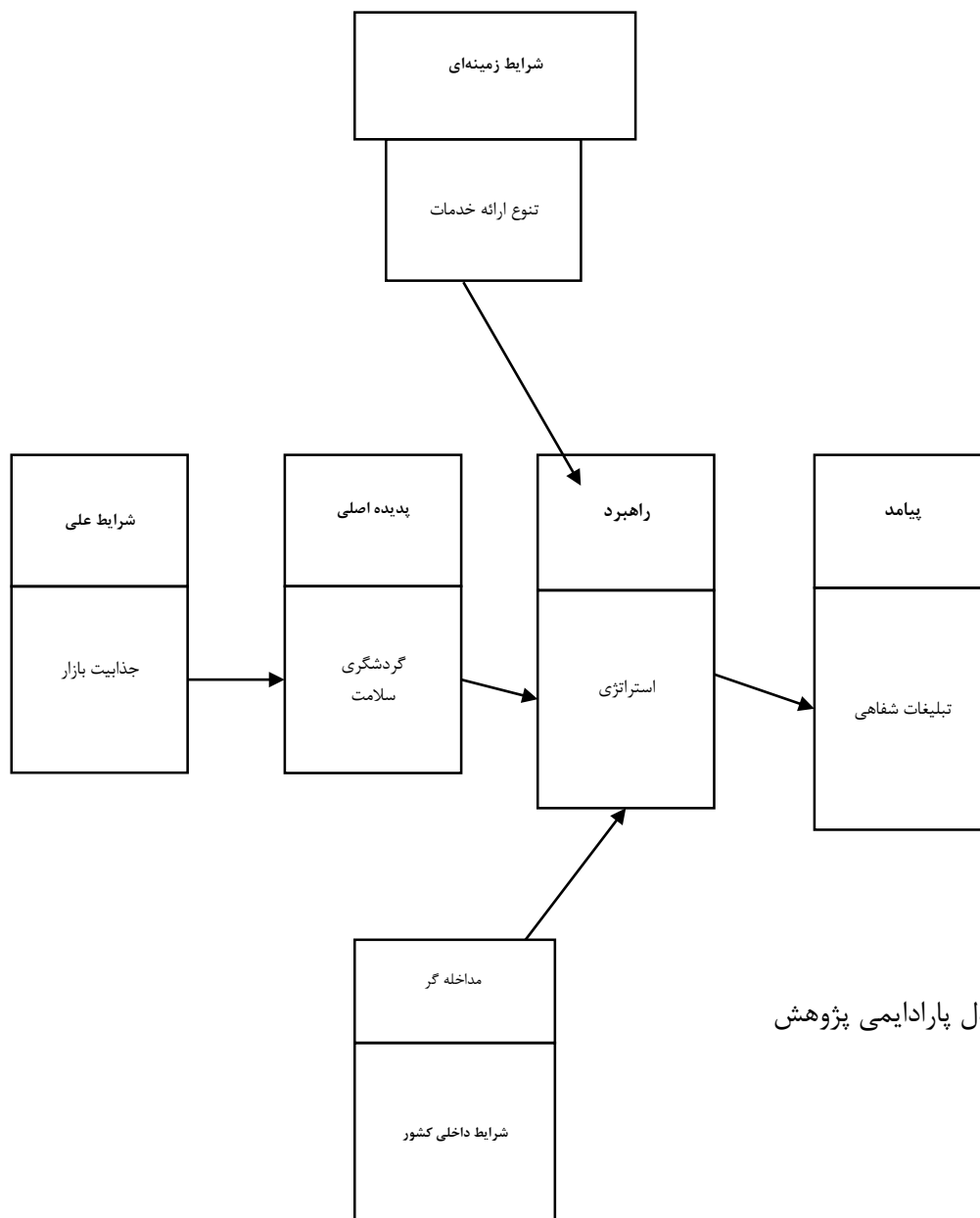
مقوله کلی	مقوله فرعی
مقوله پیامد	افزایش شهرت مرکز درمانی
	افزایش درآمد از طریق آکادمی گردشگری سلامت
	ارائه خدمات آنلاین به گردشگران پزشکی
	تقویت برند مراکز درمانی بین افراد جامعه
	ایجاد مزیت رقابتی در کسب درآمد
	ارتقا استاندارد های کیفی ارائه خدمات درمانی
	تنوع در ارائه خدمات درمانی و زیبایی
ایجاد وابستگی به برند مراکز درمانی	

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.

یا کلیدی به دست آمد و از این طریق و بر مبنای آن‌ها، شش مقوله اصلی مدل پژوهش استخراج شد. شکل شماره ۱ مدل پارادایمی مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی بر اساس رویکرد پدیدار شناسی نمایش می‌دهد.

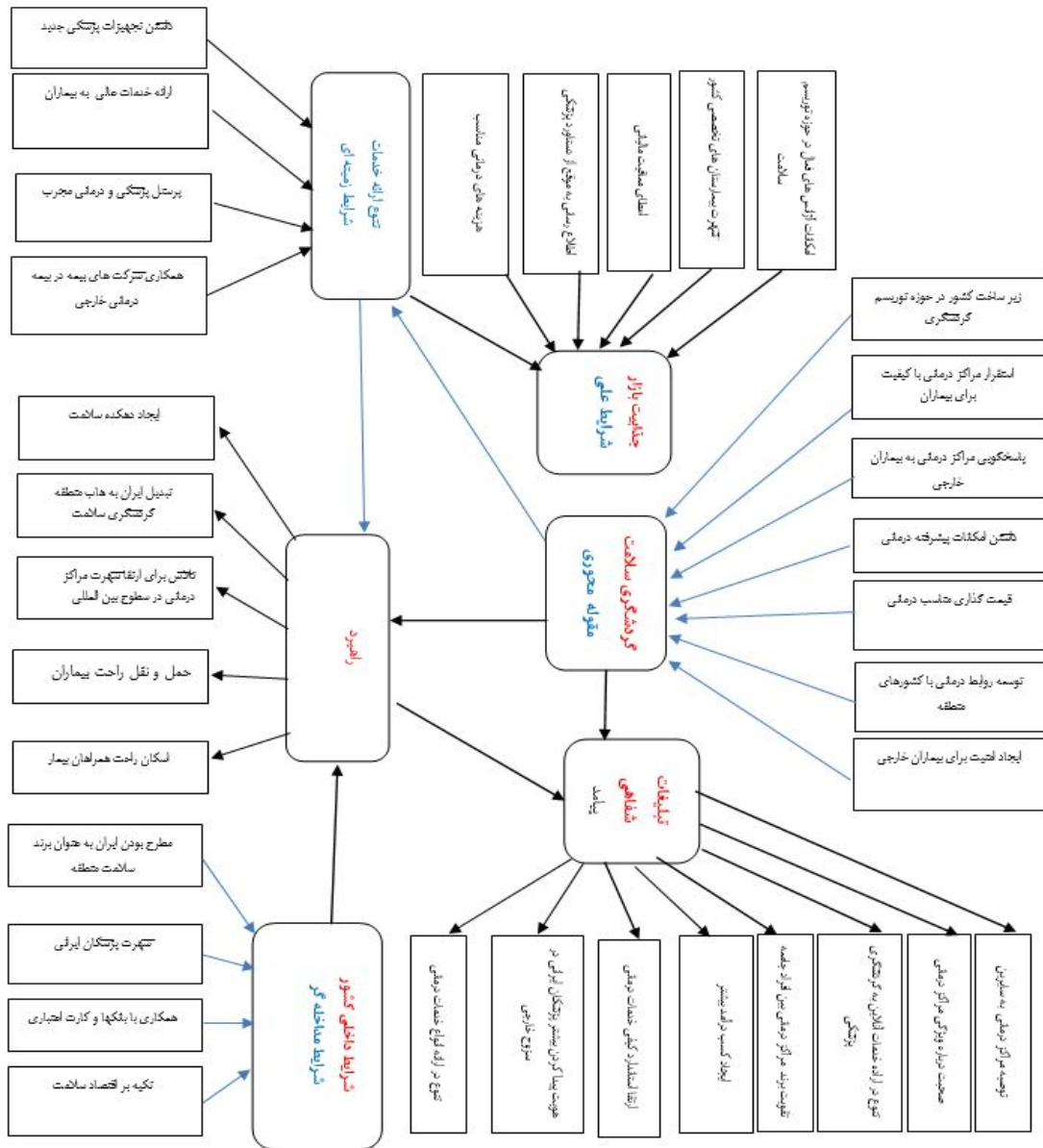
همچنین بر مبنای استراتژی پدیدار شناسی، بعد از این مرحله فرایند کدگذاری محوری و انتخابی برای دستیابی به ابعاد و مقوله‌های کلیدی و اساسی پژوهش و استخراج مدل مفهومی پژوهش انجام شد. از ترکیب نکات کلیدی و کدهای استخراج شده، در مجموع ۱۵۲ مفهوم اساسی



شکل ۱ مدل پارادایمی پژوهش

بر اساس یافته‌های به دست آمده از استراتژی پدیدار شناسی و با اتکا به نتایج تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه و بررسی ارتباطات معنایی و مفهومی میان کدها، مفاهیم و مقوله‌ها، کلیه ابعاد به طور کامل تعریف شده و مورد تبیین قرار گرفتند. شکل ذیل، یافته‌های مطالعه حاضر را در قالب مدل پیشنهادی مستخرج از پژوهش در شکل ۲ نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از استراتژی پدیدار شناسی و با اتکا به نتایج تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه و بررسی ارتباطات معنایی و مفهومی میان کدها، مفاهیم و مقوله‌ها، کلیه ابعاد به طور کامل تعریف شده و مورد تبیین قرار گرفتند. شکل شماره ۱، یافته‌های مطالعه حاضر را در قالب مدل پیشنهادی مستخرج از پژوهش در شکل ۲ نشان می‌دهد.



شکل شماره ۲ مدل پارادیمی پژوهشگرا

پزشکی جدید، ارائه خدمات عالی به بیماران، پرسنل پزشکی و درمانی مجرب، همکاری شرکت های بیمه در صدور بیمه درمانی خارجی، می باشد.

بعد پنجم مدل پژوهش که «تبلیغات شفاهی» نام دارد که به عنوان بخش پیامدها، در نظر گرفته شده و شامل هفت مؤلفه کلیدی، شامل زیر ساخت کشور در حوزه توریسم، استقرار مراکز درمانی با کیفیت برای بیماران، پاسخگویی مراکز درمانی به بیماران خارجی، داشتن امکانات پیشرفته درمانی، قیمت گذاری مناسب درمانی، توسعه روابط درمانی با کشورهای منطقه، ایجاد امنیت برای بیماران خارجی می شود.

همچنین محقق در این پژوهش به هنگام مصاحبه متوجه شد که برخی عوامل روی گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی اثر گذار است که از آنها به عنوان متغیر مداخله گر یاد کرده است که از جمله می توان به مطرح بودن ایران به عنوان برند سلامت منطقه، شهرت پزشکان ایرانی، همکاری با بانکها و کارت اعتباری، تکیه بر اقتصاد سلامت اشاره کرد.

### نتیجه گیری

در این پژوهش تلاش گردید تا برای طراحی و تبیین الگوی مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی پرداخته شود.

داده های مورد نیاز از خبرگان جمع آوری و با استفاده از کد گذاری های سه گانه تبدیل به الگوی پژوهش شده است. مقایسه الگوی محقق با الگوی تحقیقات پیشین، نشان می دهد که در این الگو از رویکردی چند گانه استفاده شده و به روابط علی بین متغیرها پرداخته شده است و تلاش گردیده تا نواقص تحقیقات گذشته برطرف گردد. مقایسه نتایج این تحقیق با پژوهش های قبلی نشان می دهد که، برای تبدیل شدن ایران به یکی از قطب های

براساس نتایج به دست آمده از به کارگیری استراتژی پدیدار شناسی، به منظور بررسی ابعاد و مؤلفه های کلیدی، گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی در مجموع شش بُعد اصلی همراه با مؤلفه های متناسب هر یک از آنها شناسایی شد. بُعد نخست که «گردشگری سلامت» نام دارد که بر اساس الگوی پدیدار شناسی، به عنوان پدیده یا مقوله محوری در نظر گرفته شده است.

برای تبیین ابعاد مختلف این مقوله اصلی، بر طبق نتایج پژوهش، مؤلفه های مختلفی شناسایی و معرفی شده است. برای این مقوله محوری هفت مقوله کلیدی شناسایی و معرفی شده است که در مدل مفهومی پژوهش مشاهده می شود و از جمله آن ها می توان به زیر ساخت کشور در حوزه توریسم گردشگری، استقرار مراکز درمانی با کیفیت برای بیماران، پاسخگویی مراکز درمانی به بیماران خارجی، داشتن امکانات پیشرفته درمانی، قیمت گذاری مناسب درمانی، توسعه روابط درمانی با کشورهای منطقه، ایجاد امنیت برای بیماران خارجی اشاره کرد.

برای بُعد دوم که «راهبرد» نام دارد، که در مجموع پنج مؤلفه کلیدی شناسایی شده است که می توان به ایجاد دهکده سلامت، تبدیل ایران به هاب منطقه گردشگری سلامت، تلاش برای ارتقا شهرت مراکز درمانی در سطوح بین المللی، حمل و نقل راحت بیماران، اسکان راحت همراهان بیمار اشاره داشت.

بعد سوم با عنوان «شرایط علی» شناخته شده که بر اساس الگوی پدیدار شناسی، شامل پنج مؤلفه کلیدی است که شامل امکانات آژانس های فعال در حوزه توریسم سلامت، شهرت بیمارستان های تخصصی کشور، اعطای معافیت مالیاتی، اطلاع رسانی به موقع از دستاورد پزشکی، هزینه درمانی مناسب می شود.

بعد چهارم که از نظر مفهومی در الگوی پدیدار شناسی شرایط زمینه ای نامیده شده و شامل، داشتن تجهیزات

فنی و تشخیص پزشکان مراکز گردشگری سلامت، تاثیر قابل توجهی بر رضایت توریست های گردشگری داشته و باعث افزایش تبلیغات شفاهی خواهد شد [۲۵]

همچنین نتایج تحقیق کوماری و همکاران نشان داد که عامل هزینه درمان بعد از خدمات پزشکی اثر بسیار زیادی بر تبلیغات شفاهی مراکز گردشگری سلامت خواهد داشت [۲۶].

#### تشکر و قدردانی:

از کلیه اساتید دانشگاه هوایی شهید ستاری و مسئولین بیمارستان نهاجا و بیمارستان حضرت بقیه الله که در انجام این مقاله ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

#### تعارض منافع

نتایج حاصل از این مطالعه با منافع دیگر نویسندگان در تعارض نمی باشد.

گردشگری سلامت در منطقه هنوز مشکلات بسیار زیاد و جدی، از جمله سخت و طولانی بودن فرآیند صدور ویزای پزشکی و نبود تضمین برای صدور چندباره این ویزا در طول درمان، نبود تجهیزات مدرن پزشکی در بسیاری از بیمارستان های کشور، نبود پوشش های بیمه های بین المللی در کشور، عدم برخورداری بیمارستان ها و مراکز درمانی کشور از گواهینامه های بین المللی، ضعف زیرساخت های حمل و نقل بویژه حمل و نقل هوایی کشور، ضعف برنامه های بازاریابی و اطلاع رسانی، ضعف نظام جذب و توزیع گردشگران سلامت از جمله مهمترین ضعف های حاکم بر این بخش به شمار می رود. هم چنین مطالعات پیتردارای نتایجی مشابهی با تحقیق حاضر بود که تبلیغات شفاهی افراد نقش زیادی در جذب مردم دارد [۲۳] همچنین نتایج پژوهش آن ها نشان داد که عامل رضایت از دسترسی و رضایت از هزینه های مراکز درمانی در انتخاب کشور مقصد از اهمییت به سزایی برخوردار می باشد. [۲۴] از سوی دیگر مطالعه لرونزو نشان داد که مهارت



Research article Journal of Halal Research/ 2020; 2(2): 47-64

## Designing the Model of "the Concept of Health Tourism" by Emphasizing on Verbal Advertising of Therapy Centers Using the "Data Based" Approach

Abdollah Naami<sup>1\*</sup>

*1- Department of Management and Commerce, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

*Received: 10 May 2019*

*Acceptance: 29 July 2019*

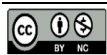
### ABSTRACT

Health tourism is a new form of marketing in the tourism industry that has grown rapidly recently. Health tourism helps improve the wellbeing of those who are outside up their place of residence. The current study offers a model of health tourism with emphasis on verbal advertising in health centers. This study has practical proposes and in terms of data collection, it is descriptive and non-experimental. The researcher attempts to offer and analyze the factors influencing the concept of health tourism by emphasizing the role of verbal advertising by qualitative method and by interviewing twenty managers of health tourism centers and academic experts and using the "database" approach. Because of analyzing data through open source coding, the researcher offers the final results of his research in a model that has six main elements: market attractiveness, strategy, variety of services, territorial conditions of the country, verbal advertising, health tourism and 33 sub dimensions. According to the results of this study, it can be said that this can be an opportunity for health authorities in creating and increasing foreign exchange incomes for the country, provided the decision-makers collect and classify factors affecting the concept of health tourism.

**Keyword:** Data Based , Health tourism, Verbal Advertising, Medical centers

\* Correspondance to: Abdollah Naami, naami122@yahoo.com  
[view Journal](#)

<https://doi.org/10.30502/H.2020.104818>



This paper is open access under [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license](#)

## References

- 1- Liu, Y, Teichert, T., Rossi, M., Li, H., & Hu, F. Big data for big insights: Investigating language-specific drivers of hotel satisfaction. USA, Emerald publication, 2(8) 2017: 554-563.
- 2-Carrera, Percivil M and Bridge J F.P. Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism, England, 2(7)2006:447
- 3- Connell, J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification, Tourism Management, USA, Thomson Reuters, 12(1) 2013:1-13
- 4- Thuemmler, C, & Bai, C. Health 4.0: How virtualization and big data are Revolutionizing healthcare. New York, 2(6) 2017:12-15
- 5-Peter, P. J., Hervé, L, Yola, M., & Conti, R. "21st century pharmacovigilance: efforts, Roles, and Responsibilities, New York, 4(7) 2016: 486-492.
- 6- Van Wingerden, J., Derks, D., & Bakker, A. B, The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. *Human Resource Management journal*, Taiwan 4(6) 2017. 56-67.
- 7-Yin, Robert K, Case study research design and methods, Sage publication, Taiwan 1(2)2014, 110-116
- 8- Rodrigues, H., Brochado, A., Troilo, M., & Mohsin, A Mirror, mirror on the wall, who's the fairest of them all? A critical content analysis on medical tourism. *Tourism Management Perspectives* Polish, 4(4) 2017, 16-25
- 9-TourmyIndia, *Medical Tourism in India is Getting Better and Bigger*, retrieved on 21st January, -India, 6(11)2018, 115-124
- 10-Abubakar, A. M., & Ilkan, M. Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, Kuwait 4(3) 2016, 192-201.
- 11-Abubakar, A. M., Ilkan, M., Al-Tal, R. M., & Eluwole, K. K. E. WOM, revisit intention, destination trust and gender. *Journal of Hospitality and Tourism Management* publication, 3(7) 2017, 220-227.
- 12-Basfirinci, C., & Mitra, A. A cross cultural investigation of airlines service quality through integration of Servqual and the Kano model. *Journal of Air Transport Management*, 4(11) 2015, 239-248.
- 13- Bigne, E., Ruiz, C., & Curras-Perez, R. Destination Appeal through digitalized comments. *Journal of Business Research*, 4(7) 2019, 201-213
- 14-Gavilan, D., Avello, M., & Martinez-Navarro, G. The influence of online ratings and reviews on hotel booking consideration. *Tourism Management journal*, 3(6) 2018, 66, 53-61
- 15-Mathijssen, A Home, sweet home? Understanding diasporic medical tourism behaviour. Exploratory Research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 2(3) 2019, 373-385.
- 16-Majeed, S., Lu, C., & Javed, T. The journey from an allopathic to natural treatment approach: A scoping Review of medical tourism and health systems. *European Journal of Integrative Medicine*, 2(8)2017, 22-32.
- 17-Rodrigues, H., Brochado, A., Troilo, M., & Mohsin, A. Mirror, mirror on the wall, who's the fairest of them all? A critical content analysis on medical tourism. *Tourism Management Perspectives*, 2(3)2017, 16-25.
- 18-Xie, K. L., Zhang, Z., & Zhang, Z. The business value of online consumer reviews and management response to hotel performance. *International Journal of Hospitality Management*, 2(1) 2014. 43, 1-12.
- 19-Xian, a World Health Organization *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade*. USA, 7(8) 2012, 41-50
- 20-Peter P. J., Hervé, L., Yola, M., & Conti, R "21st century pharmacovigilance: efforts, roles, and responsibilities, *The Lancet of Oncology*, china, 5(8)2016, 486-492.
- 21-TourmyIndia *Medical Tourism in India is Getting Better and Bigger*, retrieved on 31st January, from flocking-india, 2018, 9(8)411-420
- 22- Van Wingerden, J., Derks, D., & Bakker, A. B, The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. *Human Resource Management*, 2017, 51-67.

23-Voorhees, C. M., Fombelle, P.W., Gregoire, Y., Bone, S., Gustafsson, A., Sousa, R., & Walkowiak, T., Service encounters, experiences and the customer journey: Defining the field and a call to expand our lens. *Journal of Business Research*, 2017, 2(3) 269-280.

24-Voorhees, C. M., Fombelle, P. W., Gregoire, Y., Bone, S., Gustafsson, A., Sousa, R., & Walkowiak, T., Service encounters, experiences and the customer journey: Defining the field and a call to expand our lens. *Journal of Business Research*, 2017, 4(8) 269-280.

25-Laurenza, E., Quintano, M., Schiavone, F., & Vrontis, D. The effect of digital technologies adoption in healthcare industry: a case-based analysis. *Business Process Management Journal*, 2018, 2(8)124-134.

26- Kumari, A., Tanwar, S., Tyagi, S., & Kumar, N. Fog computing for Healthcare 4.0 environment: Opportunities and challenges. *Computers & Electrical Engineering*, Netherland, 2(8) 2018, 60-71