

- وصول مقاله: ۹۸/۴/۲۹
- اصلاح نهایی: ۹۸/۶/۳
- پذیرش نهایی: ۹۸/۶/۱۰

تبیین الگوی پدیدارشناختی مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی مراکز درمانی

محمدعلی عبدالوند^۱/ مهدی بنی‌اسدی^۲

چکیده

مقدمه: امروزه مقوله گردشگری سلامت سهم بالایی از درآمدهای نظام درمانی برخی کشورها را به خود اختصاص داده است. گردشگری سلامت شکل جدیدی از بازاریابی در صنعت گردشگری است که در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده است. گردشگری سلامت به معنای استفاده از خدماتی است که به بهبود و افزایش سلامتی فرد منجر شده و در مکانی خارج از محل سکونت فرد انجام می‌شود. اگرچه جهانی شدن گردشگری سلامت، موضوع جدیدی نیست و از هزاران سال پیش افراد برای درمان بیماری خود به سرزمین‌های خارجی مسافرت می‌کردند، ولی در حال حاضر این مسافرت یک الگوی متفاوتی را نسبت به گذشته در پیش گرفته است؛ و بیماران از کشورهای پیشرفته به کشورهای کمتر توسعه یافته برای استفاده از مزیت‌هایی مثل هزینه‌های پایین‌تر، مسافرت می‌کنند.

روش پژوهش: محقق در این پژوهش برای شناسایی عوامل اثرگذار بر مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر نقش تبلیغات شفاهی از رویکردی پدیدارشناسی استفاده کرده است.

یافته‌ها: پژوهشگران بعد از انجام مصاحبه با خبرگان، داده‌های مورد نیاز را از طریق کدگذاری باز، محوری، انتخابی تحلیل و نتایج نهایی پژوهش خود را در قالب یک الگو، درای ۶ بعد اصلی، شامل جذابیت بازار، تنوع ارائه خدمات، شرایط داخلی کشور، تبلیغات شفاهی، گردشگری سلامت، راهبرد و ۳۳ بعد فرعی ارائه کرده است.

نتیجه‌گیری: به شرط جمع‌آوری و دسته‌بندی مراکز درمانی بر اساس مولفه‌های بدست آمده از روش پدیدارشناختی این موضوع می‌تواند راه گشای متولیان و مسئولین حوزه سلامت کشور در راستای افزایش در آمد کشور باشد.

کلید واژه‌ها: پدیدارشناسی، گردشگری سلامت، تبلیغات شفاهی.

۱- استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Abdolvand_ma@yahoo.com
۲- دکتری مدیریت بازاریابی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

سلامت نظرات و پیشنهادهای دیگر درمان شدگان را مدنظر قرار داده و از آنها برای تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند.

ون و دراک [۲۳] به بررسی و شناسایی عواملی که باعث مسافرت افراد برای درمان به خارج از کشور می‌شود، پرداخته‌اند. آنها نتیجه گرفتند، هزینه‌ی پایین مراقبت‌های پزشکی، جستجو برای یافتن پزشک متخصص و با تجربه، کیفیت مناسب خدمات درمانی، ایمنی و کوتاه‌تر بودن زمان انتظار برای درمان از مهم‌ترین دلایلی هستند که موجب می‌شود تا افراد با هدف درمان مسافرت کنند.

در گذشته کشورهای پیشرفته جهان، از قبیل آمریکا و اتحادیه اروپا، به دلیل این که از زیرساخت‌های فیزیکی، تسهیلات و تکنولوژیکی در ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا برخوردار هستند مقاصد محبوبی برای مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شوند، که این روند امروزه معکوس شده است [۸] همان طور که قبلاً اشاره شد، در گردشگری سلامت، گردشگر جهت درمان خود به کشور و مراکزی که از خدمات پزشکی مطلوب و مناسبی برخوردار است، مسافرت می‌کند [۲۴] و امروزه آسیا یکی از مناطق پرسود گردشگری سلامت در دنیا به شمار می‌رود که انتظار می‌رود این رونق در آینده نیز وجود داشته باشد و این منطقه با کسب بالاترین نرخ رشد گردشگران سلامت، سهم بازار توجهی را داشته باشد. تحقیقات [۲۶] نشان می‌دهد 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.

هم چنین بر اساس تحقیقات انجام شده [۲۶]، پیش‌بینی می‌شود که سه کشور تایلند، هند و سنگاپور بیش از ۸۰ درصد از سهم بازار منطقه را در حوزه سلامت به خود اختصاص داده و در این منطقه کشور تایلند به عنوان رهبر بازار گردشگری سلامت شناخته می‌شود که در سال ۲۰۱۸ بیشترین تعداد گردشگران سلامت را جذب نموده است. هند دومین مقصد گردشگری سلامت در منطقه آسیاست و کشور سنگاپور در رتبه بعدی قرار

ماهیت جهانی شدن تجارت، باعث شده تا پتانسیل‌های سرمایه‌گذاری، منجر به افزایش در آمدزایی برای کشورهای مختلف گردد [۱] و گردشگری یکی از مهم‌ترین پدیده‌هایی شده که مورد توجه قرار گرفته است. امروزه گردشگری از معدود بخش‌های خدماتی است که فرصت‌های مناسبی را در حوزه تجارت بین الملل، فارغ از میزان توسعه‌یافتگی فراهم آورده است، به گونه‌ای که از آن به صنعت تعبیر شده و بعد از صنعت نفت و خودرو، به عنوان سومین صنعت درآمدساز جهان شناخته شده است و در واقع، این صنعت به عنوان فعالیتی اثرگذار، مورد توجه طیف وسیعی از سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام‌های سیاسی و مدیران اجرایی درمانی قرار گرفته است [۲] امروزه، مردم کشورهای توسعه یافته غالباً تمایل دارند جهت درمان به کشورهای در حال توسعه سفر کنند، علت این موضوع، بهبود استانداردهای پزشکی در کشورهای در حال توسعه، جهانی شدن و تجارت آزاد در زمینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی در این کشورها می‌باشد. امروزه، دولت‌ها و مراکز پزشکی، به ویژه در آسیا و کشورهای در حال توسعه، توجه بالایی به رشد و توسعه این نوع گردشگری نشان می‌دهند. تخمین زده می‌شود که درآمدهای حاصل از گردشگری سلامت تا پایان سال ۲۰۱۹ به حدود ۵۰۰ میلیارد دلار برسد، و هر گردشگر سلامت حدود ۳ برابر گردشگران معمول، درآمد ارزی ایجاد نماید [۷].

طبق بررسی‌های صورت گرفته عواملی مانند تجهیزات پیشرفته، کیفیت بالای خدمات و هزینه پایین در گسترش و رشد گردشگری سلامت موثر می‌باشد [۴] تملر [۲۱] در مطالعه‌ای به بررسی تبلیغات شفاهی افراد از مراکز درمانی گردشگری در کشور سوئد پرداخت. او سه بعد هزینه، کیفیت خدمات و تجهیزات پیشرفته درمانی را مورد بررسی قرار داد و نتایج بیانگر این موضوع است که تبلیغات شفاهی، نقش بالایی در جذب افراد دارد. در تحقیق دیگری که توسط پیتر و هلو [۲۲] انجام شده، محرز گردید که حدود ۷۰ درصد از گردشگران

به دلیل ضعف خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی در مقایسه با رقیب، 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 [۱۶].

از سوی دیگر تا به امروز از گردشگری سلامت تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا و یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد می‌انجامد، تعریف کرده است.

گردشگری سلامتی به مفهوم مسافرت به منظور ارتقاء سلامت و رفاه بیماران از طریق فعالیت‌های جسمانی، روانی و یا معنوی است [۱۵].

تبلیغات شفاهی

تبلیغات شفاهی یک شیوه غیررسمی ارتباط میان طرف‌های غیرتجاری و درخصوص ارزیابی خدمات است. تبلیغات شفاهی، روشی کم هزینه و قابل اعتماد برای انتقال اطلاعات مربوط به خدمات بوده و در واقع به طور خیلی ساده می‌توان گفت که تبلیغات شفاهی عبارت است از نفوذی روی رفتار مصرف‌کننده است [۹].

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

۱- تبلیغات شفاهی مثبت

۲- تبلیغات شفاهی منفی

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

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.

دارد. فیلیپین و مالزی نیز دیگر کشورهای مهم منطقه در جذب گردشگران با انگیزه سلامت هستند.

در ایران و در ماده ۸۷ برنامه چهارم توسعه، همراه با سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴، از مهم‌ترین سیاست‌های کلیدی هستند که از توسعه گردشگری پزشکی حمایت می‌کند. از طرف دیگر، اصل ۴۴ قانون اساسی دولت را موظف کرده است تا علاوه بر تأمین امنیت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، 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 مباحث نظیر ناباروری و مباحث تهاجمی، رادیولوژی، پیوند قرنیه چشم، پیوند کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان می‌باشد.

با وجود این که ایران هنوز نتوانسته در زمینه جذب گردشگری سلامت با موفقیت‌های بسیار زیادی روبه‌رو شود اما 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 در کشور بوده و در سال‌های گذشته با برگزاری همایش‌های مختلف گردشگری سلامت، و راه‌اندازی مراکز ویژه درمانی و هم‌چنین ارائه تخفیف ۵۰ درصدی برای کسانی که اقدام به گرفتن ویزای پزشکی می‌کنند، تلاش داشتند تا افراد بیشتری را برای گردشگری سلامت به ایران بکشاند [۱۴].

بررسی انگیزه‌های مختلف گردشگران سلامت در دنیا نشان می‌دهد که این گروه عمدتاً به دنبال کیفیت و تکنولوژی‌های برتر پزشکی و یا کاهش هزینه‌های درمانی هستند. برخورداری از تیم‌های پزشکی متبحر به ویژه در برخی رشته‌های پزشکی می‌تواند از جمله پتانسیل‌های گردشگری سلامت در کشور می‌باشد اما

با توجه به توضیحات فوق و خلاء مطالعاتی موجود مسئله اصلی این پژوهش پاسخ به این سوال است که پیش زمینه‌ها 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 نوین و 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 قرار می‌گیرد که در آن از رویکرد کیفی (پدیدار شناختی) استفاده شده است و چون هدف این پژوهش توصیف و اکتشاف پدیده مورد بررسی است، به کارگیری ابزارهای پژوهش کیفی (مصاحبه‌های باز و عمیق، مطالعه آرشیوی و بررسی مبانی نظری، مشاهده و ...) 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.

روش پژوهش کیفی: استراتژی پدیدار شناختی

در پژوهش حاضر، محقق در مرحله کیفی برای دستیابی به مدل مفهومی، از رویکرد پدیدار شناختی استفاده کرده است. استراوس و کوربین، سه روش کدگذاری را پیشنهاد داده‌اند که عبارت از: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی [۱]. پدیدارشناسی معادل واژه لاتین فنومنولوژی مرکب از دو واژه "فنومن" به معنای پدیده یا پدیدار و "لوژی" به معنای شناخت، مکتبی است که توسط ادmond هوسرل پایه‌گذاری شد. این مکتب در پی آن است که با تفکیک آگاهی باواسطه و بی‌واسطه از یکدیگر، آگاهی

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.

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

تبلیغات شفاهی تقویت شده: تبلیغات شفاهی تقویت شده هنگامی اتفاق می‌افتد که شرکت از طریق اجرای مجموعه‌ای از برنامه‌های تبلیغاتی سعی می‌کند تمایل افراد برای به اشتراک گذاری اطلاعات خود درباره موضوعی خاص با دیگران را 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 باعث تعجب و رضایت آنها شده باشد به زودی با بیش از ۵۰ مشتری جدید روبرو خواهید شد. امروزه و با گسترش استفاده از شبکه‌های اجتماعی و اینترنت بهترین مکان و روش برای تبلیغ یک کالا، شبکه‌های اجتماعی هستند و بی‌شک 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 [۱۳]. یکی دیگر از مزایای بازاریابی دهانی هزینه‌های کمتر آن نسبت به تبلیغات سنتی است. در این روش هزاران مشتری به صورت داوطلبانه و رایگان تبدیل به فروشندگان و بازاریاب‌های شما شده‌اند. آنها از شما پولی دریافت نمی‌کنند بلکه تنها خواسته آنها اشتراک تجربیات و کسب رضایت طرف مقابل است [۱۲].

زیبایی‌شناسی را به شدت به هم نزدیک و آن دو را در دیدن پدیده‌های عینی می‌داند. امانویل کانت» در معنای سابق پدیدارشناسی، به‌خصوص معنای مورد نظر لامبرت، تحولی به‌نسبت اساسی ایجاد کرده است. کانت معتقد بود که پدیده‌ها در مواجهه با ذهن انسان، تحت تأثیر قوای فاهمه انسانی قرار گرفته تا تبدیل به تجربه شوند. وی در واقع بین فنومن، به معنای آنچه به حس درمی‌آید، و نومن، به معنای حقیقت اشیا، تفاوت قایل شد و پدیدارشناسی را شناخت فنومن‌ها معنا می‌کند این معنا توسط «فیشته»، فیلسوف پس از کانت، به کلی دگرگون و از نظر او، دیگر شناخت فنومن‌های منتج به تجربه نمی‌شود، بلکه روشی است که از طریق آن می‌توان به آگاهی دست پیدا کرد. مهم‌ترین اثر در حوزه پدیدارشناسی «پدیدارشناسی روح» اثر «هگل» است. از نظر هگل، پدیدارشناسی 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 پدیدارشناسی را روشی می‌داند که امکان دست‌یابی به این مهم را میسر می‌سازد. تفاوت عمده پدیدارشناسی در دو مقطع زمانی پیشا و پساهوسرل این است که پدیدارشناسی تا پیش از هوسرل، یک علم پسینی و حاصل فرایند شناخت است، حال آن‌که نزد هوسرل و متأخرین وی پدیدارشناسی، یک علم پیشینی، ماقبل تجربی و ضروری است. لذا همان‌گونه که هایدگر می‌گوید: اتولوژی فقط به مثابه پدیدارشناسی ممکن است. دکتر محمود نوالی در مقاله‌یی به تبیین ایده‌های هوسرل و هایدگر در خصوص پدیدارشناسی پرداخته است که ذکر خلاصه‌یی از آن در این‌جا می‌تواند به درک رویکرد پدیدارشناسی کمک کند. پدیدارشناسی عبارت از مطالعه یا شناخت پدیدار است. پدیدار به امری که می‌تواند موضوع تجربه باشد، یعنی هر چیزی که در زمان و مکان برای ما تظاهر می‌نماید، اطلاق می‌شود. هوسرل پدیدار را آن نوع از شناخت می‌داند که حاصل ترکیب دو محدوده عینیت و ذهنیت باشد. پدیدار واقعیتی است که در حیطه شناخت انسان قرار می‌گیرد و حامل معنا یا نیتی است.

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 پدیدارشناسی را برای «روش» و اصول و مبادی فلسفی خود به کار می‌برد. اندیشه هوسرل با خودآگاهی مبتنی بر پدیدارشناسی 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 پدیدارشناسی با نام ادموند هوسرل، به عنوان پایه‌گذار مکتب، و فیلسوفانی مانند مارتین هایدگر، ژان پل سارتر و موریس مرلوپوتی به عنوان توسعه‌دهنده‌گان این مکتب گره خورده است. در واقع اصطلاح پدیدارشناسی به لحاظ مفهومی به دو دوره تاریخی پیشاهوسرل و پساهوسرل قابل تقسیم است. در مقطع زمانی پساهوسرل، پدیدارشناسی عمدتاً فهم و ادراک هستی را مورد توجه قرار می‌دهد، اما در دوره زمانی پیش از هوسرل، پدیدارشناسی با نوعی از تکثر مفهومی مواجه می‌شود. در دوره پیشاهوسرل، اصطلاح پدیدارشناسی برای اولین بار توسط یوهان هنریش لامبرت [۲] در کتاب *Neues Organon* که در سال ۱۷۶۴ به چاپ رسید، به کار برده شده است. لامبرت [۳] پدیدارشناسی را نظریه پندار تعریف کرده و در آن دست‌یابی به حقیقت مطلق و شناخت کامل را غیرممکن دانسته است. وی 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 انباشتن نمی‌دهد. پس از لامبرت، «هر در» با رویکرد حداقل‌گرایی در معنا، پدیدارشناسی را صرفاً توصیف نموده‌های حس بینایی دانست. در واقع «هردر» مرزهای معنایی و مفهومی پدیدارشناسی و

تجربه، اندیشه‌ها، دردها، عواطف، خاطرات، موسیقی را شامل می‌شود.

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 جهت‌یافتگی، 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 است، هیچ فردی نمی‌تواند تجربه‌ای 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 پدیدارشناسی 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 پدیدارشناسی 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 پدیدارشناسی توصیفی و برخی دیگر، مانند هایدگر طرفدار پدیدارشناسی تفسیری هستند.

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.

ثانیا: پدیده‌ها شهودی هستند، یعنی ماهیت پدیده‌ها از طریق شهود بدست می‌آید. گزاره شهودی، گزاره‌ای است که خود اعتبار بخش، است. یعنی گزاره‌ای که برای احراز درستی آن هیچ مدرکی قوی‌تر از خودش،

پدیدارشناسی، یکی از پرکاربردترین و به عنوان مادر، روش‌های تحقیق کیفی است و هدف آن، مطالعه دنیای افراد بر مبنای تجربه واقعی آنهاست، یعنی افراد دنیا، چگونه از موضوع اصلی محقق کسب تجربه کرده‌اند و محقق در پدیدارشناختی، روی این سؤال اساسی تمرکز دارد که افراد چگونه دنیا را تجربه می‌کنند؟ اساساً روش پدیدارشناسی، مطالعه پدیده‌ها قبل از هر گونه ارزش گذاری، قضاوت ارزشی و توصیف آنها با در نظر گرفتن نحوه بروز تجلی آنهاست. به زبان دیگر، اگر پدیدارشناسی را معناشناسی 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 اضافه می‌شود که آن را «تجربه زندگی» افراد نام‌گذاری می‌کنند.

پدیدارشناسی، 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 پدیدارشناسی 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» بر خلاف شکاکان که موضوع آگاهی را زیر سؤال می‌بردند، معتقد است که، می‌توان از موضوع آگاهی داشت اما خود موضوع را در "پرانتر" قرار می‌دهد. به همین جهت، مکتب او را «پدیدارشناسی» نام نهاده‌اند. یعنی نیازی نیست که از خود اشیا برای کسب معرفت پرسش کنیم، و می‌توانیم اشیا را به جای آنها بگذاریم. پدیدارشناسی، تحلیل چیزی است که بوسیله تجربه حاصل می‌شود. و این

طبقه‌بندی تجارب، دنیای زندگی افراد ارائه کند، شوتز رویکرد پدیدارشناسی را به عنوان روشی که روی جزئیات تجربیهی زندگی افراد متمرکز است، تعریف می‌کند. دنیای زندگی، یعنی دنیایی که در آن افراد در میان سایر انسان‌ها از فرهنگ‌ها و جوامع مختلف تجربه خود را بیان می‌کنند. با توجه به اهداف آنها موضع و، تحت تأثیر آنها قرار می‌گیرند و عمل می‌کنند. گرگوا و میان دنیای زندگی و دنیای اجتماعی تفاوت قائل می‌شود. 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 می‌شود. اساساً هدف پدیدارشناسی گسترش و عمق دادن به تجارب بی‌واسطه است. از نظر مرلو - پونتی نتایج تحقیق پدیدارشناختی باید «توصیف مستقیم تجارب افراد بدون در نظر گرفتن منشأ روانی آنها» و بازتاب تجربیهی آگاهانه افراد است، تا انگیزه‌ی ناخودآگاه.

دیدگاه شوتز، این است که دانش افراد متشکل از ساختار و عُرف تشکیل می‌شود و زبان، رسانه‌ی اصلی برای انتقال معنای دانش است. معنی یک کلمه همان چیزی است که به آن ارجاع می‌شود، این رابطه مبنی بر این فرض است که وظیفه‌ی اصلی زبان بیان اطلاعات و توصیف «واقعیت» است. هم‌چنین، تجربه‌ی افراد از دنیا شبیه یکدیگر است و چندین نفر یک معنای یکسان را برداشت می‌کنند. در فرایند جستار پدیدارشناس تنها یک منبع داده‌ی مقبول دارد که آن هم دیدگاه‌ها و تجربه‌های خود مشارکت‌کننده‌است. لذا به خودی خود فرض بر آن می‌شود که دیدگاه مشارکت‌کننده «حقیقت» است. علاوه بر آن، مشارکت‌کننده‌هایی انتخاب می‌شوند که تجربه‌ی مورد تحقیق را زیسته باشند. بنابراین نمونه‌گیری از ابتدا هدفمند و تعیین‌شده صورت می‌گیرد و ابزار اصلی گردآوری داده، مصاحبه می‌باشد.

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 کلازی همسو می‌باشد:

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 پدیدارشناسی، نباید درباره چیزهایی باشند که قابل دیدن هستند، هر آن چیزی که موجود است قابل تجربه است، اما اگر بود و نبودش مهم نباشد این یعنی اپوخه، یا در پرانتز گذاشتن است [۳].

در رفتار مصرف‌کننده از پدیدارشناسی، به عنوان روش‌شناسی، استفاده شده تا بتوان مسائل پیچیده‌ای که در پاسخ‌های سطحی بی‌واسطه و قطعی نیستند را بهتر درک کرد. با این وجود در حوزه بازاریابی در نوشته‌ی کریگ تامپسون بسیاری از اصول اساسی پدیدارشناسی و کاربردهای آن در شرایط تحقیق مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. نمونه‌هایی از تحقیق‌های پدیدارشناسی عبارتند از تحقیق تامپسون درباره‌ی جنسیت مصرف‌کننده و سبک‌زندگی، تحلیل تامپسون و هیرشمان از فعالیت‌های خود مراقبتی و خودانگاره‌ها، تحقیق تامپسون و همکارانش درباره فعالیت‌های مصرفی روزانه‌ی زنان متأهل و تحقیق تامپسون و هیکتو درباره‌ی ساختارسکنی ساختارهای مد و ربط آن به هویت و خودانگاره و مقاله مایک و دموس و یا اگوبین و فابر درباره‌ی خرید اجباری، تحقیق وودراف - پرتون و همکارانش درباره جنسیت می‌شود. این تحقیق‌های نمونه‌های پدیدارشناسی در عمل محسوب می‌شوند اما برای تشخیص این روش از سایر روش‌های تحقیق کیفی می‌بایست منشأ و تکنیک‌های خاص آن را شناسایی کرد.

تاریخچه‌ی پیشرفت پدیدارشناسی در علوم اجتماعی طولانی و بحث‌انگیز است و به هستی‌شناسی و شناخت‌شناسی افراد، بستگی دارد. پدیدارشناسی، از نظر پیروان تفکر هوسرل و هایدگر یک فلسفه و از نظر پیروان، تفکر شوتز یک روش‌شناسی قلمداد می‌شود. در حالی که هوسرل قصد دارد تا طرحی برای توصیف و

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 هفتگانه پیشنهادی پژوهش کیفی که شامل، تعیین موضوع، طراحی، موقعیت و شرایط مصاحبه، یادداشت‌برداری مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل، تأیید و گزارش‌دهی اعتبار است، این روایی به صورت گام به گام بررسی و تأیید شده است [۳].

یافته‌ها

کد گذاری 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.

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 [۴].

جامعه آماری این پژوهش را خبرگان و صاحب نظران دانشگاهی و پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها 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 سه‌گانه 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

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. (جدول ۲)

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. (جدول ۳)

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. (جدول ۴)

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 پیشنهادها او ارج نهد، و پرسنل درمانی و اداری خود را در مقابل خواسته مشتری پاسخگو سازد. (جدول ۵)

پیامدها:

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

- 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 و نهایی شدن آن و انجام اقدامات لازم برای مراحل کمی پژوهش و آزمون مدل.

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 برچسب‌های مناسب داده شد تا مفاهیم اساسی و مقوله‌های کلیدی پژوهش مشخص 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 جمع 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 از ابزار تحلیلی استراوس و کوربین استفاده شد. 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. (جدول ۱)

شرایط زمینه‌ای:

شرایط زمینه‌ای بیانگر مجموعه خاصی از ویژگی‌های مربوط به پدیده است که به شکل عمومی به مکان

در شکل ۲ نشان می‌دهد.

براساس نتایج به دست آمده از به کارگیری استراتژی پدیدار شناسی، به منظور بررسی ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی، گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی در مجموع شش بُعد اصلی همراه با مؤلفه‌های متناسب هر یک از آنها شناسایی شد. بُعد نخست که «گردشگری سلامت» نام دارد که بر اساس الگوی پدیدارشناسی، به عنوان پدیده یا مقوله محوری در نظر گرفته شده است. برای تبیین ابعاد مختلف این مقوله اصلی، بر طبق نتایج پژوهش، مؤلفه‌های مختلفی شناسایی و معرفی شده است. برای این مقوله محوری هفت مقوله کلیدی شناسایی و معرفی شده است که در مدل مفهومی پژوهش مشاهده می‌شود و از جمله آنها می‌توان 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. بُعد دوم که «راهبرد» نام دارد، که در مجموع پنج مؤلفه کلیدی شناسایی شده است که می‌توان 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. بُعد سوم با عنوان «شرایط علی» شناخته شده که بر اساس الگوی پدیدارشناسی، شامل پنج مؤلفه کلیدی است که شامل امکانات آژانس‌های فعال در حوزه توریسم سلامت، شهرت بیمارستان‌های تخصصی کشور، اعطای معافیت مالیاتی، اطلاع رسانی به موقع از دستاورد پزشکی، هزینه درمانی مناسب می‌شود. بعد چهارم که از نظر مفهومی در الگوی پدیدارشناسی شرایط زمینه‌ای نامیده شده و شامل، داشتن تجهیزات پزشکی جدید، ارائه خدمات عالی به بیماران، پرسنل پزشکی و درمانی مجرب، همکاری شرکت‌های بیمه در صدور بیمه درمانی خارجی، می‌باشد. بُعد پنجم مدل پژوهش که

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 ۶) کدگذاری 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.

هم‌چنین بر مبنای استراتژی پدیدارشناسی، 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 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. (شکل ۱)

بر اساس یافته‌های به دست آمده از استراتژی پدیدارشناسی 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 نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های به دست آمده از استراتژی پدیدارشناسی 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

کشور، ضعف برنامه‌های بازاریابی و اطلاع‌رسانی، ضعف نظام جذب و توزیع گردشگران سلامت از جمله مهم‌ترین ضعف‌های حاکم بر این بخش به شمار می‌رود. هم‌چنین مطالعات پیترا [۲۲] دارای نتایجی مشابهی با تحقیق حاضر بود که تبلیغات شفاهی افراد نقش زیادی در جذب مردم دارد. هم‌چنین نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که عامل رضایت از دسترسی و رضایت از هزینه‌های مراکز درمانی در انتخاب کشور مقصد از اهمیت به‌سزایی برخوردار می‌باشد. از سوی دیگر مطالعه لرونزو [۲۵] نشان داد که مهارت فنی و تشخیص پزشکان مراکز گردشگری سلامت، تاثیر قابل توجهی بر رضایت توریست‌های گردشگری داشته و باعث افزایش تبلیغات شفاهی خواهد شد و نهایتاً نتایج تحقیق کوماری و همکاران [۲۶] نشان داد که عامل هزینه درمان بعد از خدمات پزشکی اثر بسیار زیادی بر تبلیغات شفاهی مراکز گردشگری سلامت خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

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

«تبلیغات شفاهی» نام دارد که به عنوان بخش پیامدها در الگوی داده‌بنیاد، 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، قیمت‌گذاری مناسب درمانی، توسعه روابط درمانی با کشورهای منطقه، ایجاد امنیت برای بیماران خارجی می‌شود. هم‌چنین محقق در این پژوهش به هنگام مصاحبه متوجه شد که برخی عوامل روی گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی اثرگذار است که از آنها به عنوان متغیر مداخله‌گر یاد کرده است که از جمله می‌توان به مطرح بودن ایران به عنوان برند سلامت منطقه، شهرت پزشکان ایرانی، همکاری با بانکها و کارت اعتباری، تکیه بر اقتصاد سلامت اشاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش گردید تا برای طراحی و تبیین الگوی مفهوم گردشگری سلامت با تاکید بر تبلیغات شفاهی پرداخته شود. داده‌های مورد نیاز از خبرگان جمع‌آوری و با استفاده از کدگذاری‌های سه‌گانه تبدیل به الگوی پژوهش شده است. مقایسه الگوی محقق با الگوی تحقیقات پیشین، نشان می‌دهد که در این الگو از رویکردی چندگانه 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 پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که، برای تبدیل شدن ایران به یکی از قطب‌های 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 بیمارستان‌های کشور، نبود پوشش‌های بیمه‌های بین‌المللی در کشور، عدم برخورداری بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور از گواهینامه‌های بین‌المللی، ضعف زیرساخت‌های حمل و نقل بویژه حمل و نقل هوایی

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
	اطلاع رسانی به موقع از دستاوردهای پزشکی
	هزینه‌های درمانی مناسب

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 شرکت‌های بیمه با مراکز درمانی خارجی

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

جدول ۴ - مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پدیده محوری

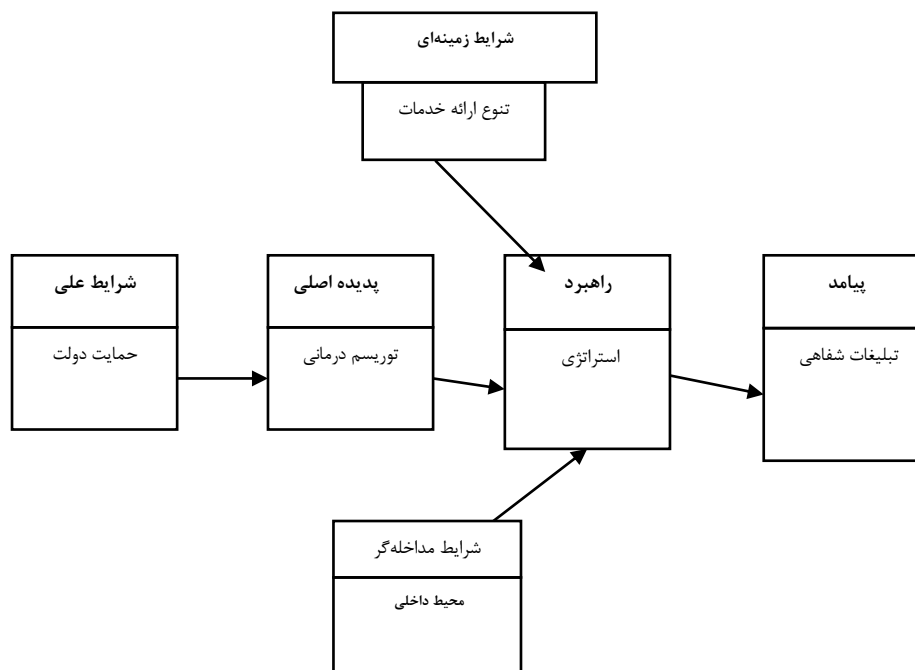
مقوله کلی	مقوله فرعی
مقوله محوری	زیر ساخت کشور در حوزه توریسم سلامت
	استقرار مراکز درمانی با کیفیت در کلان شهرها
	پاسخگویی مراکز درمانی به بیماران خارجی
	داشتن امکانات پیشرفته برای بیماران
	ایجاد امنیت برای بیماران خارجی
	قیمت گذاری مناسب درمانی برای اقشار مختلف جامعه
	توسعه روابط درمانی با کشورهای منطقه

جدول ۵ - مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با راهبردها

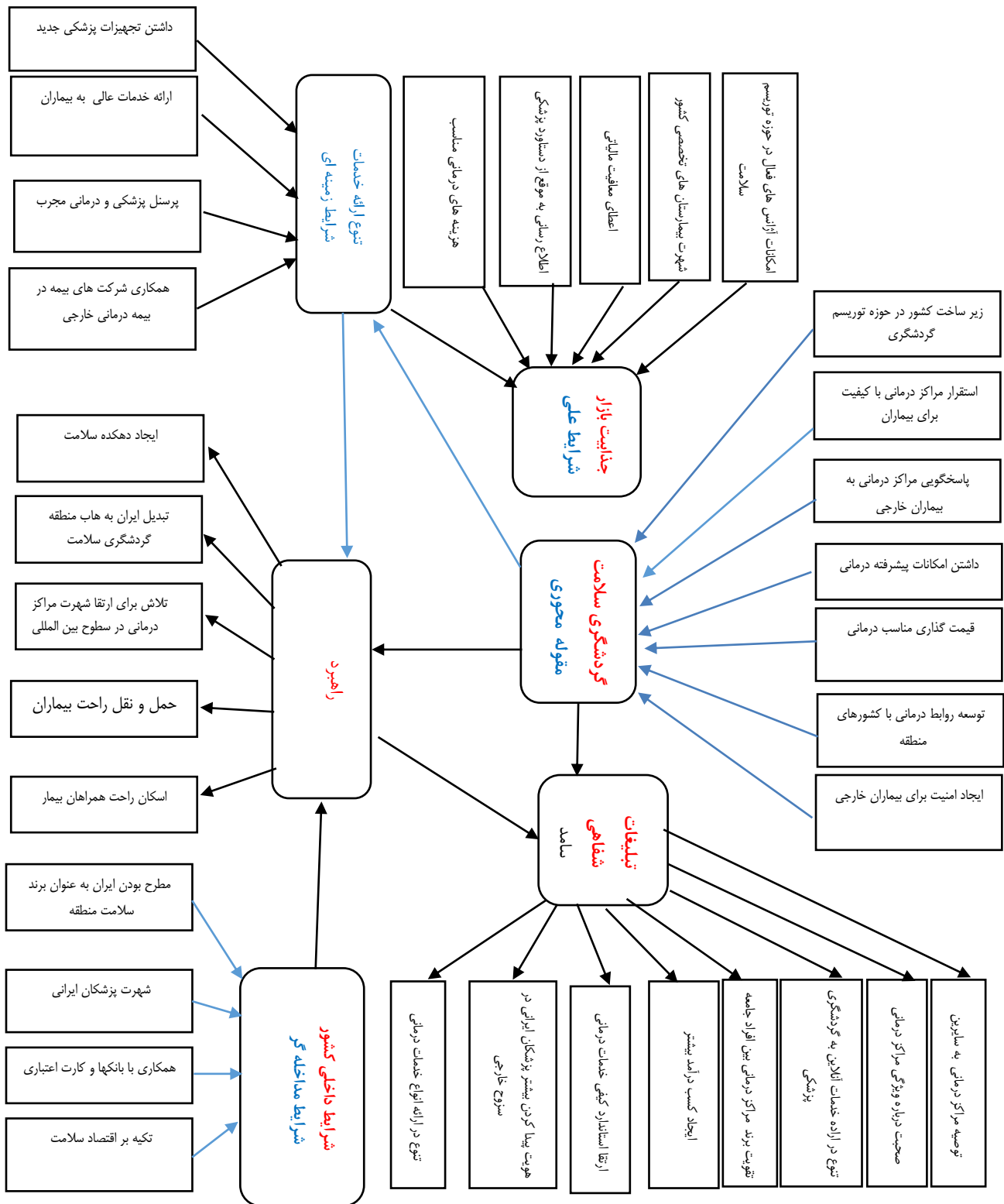
مقوله کلی	مقوله فرعی
مقوله راهبرد	اسکان راحت همراهان بیمار
	حمل و نقل راحت بیمار از فرودگاه تا بیمارستان
	تبدیل ایران به هاب گردشگری سلامت
	ایجاد دهکده سلامت در کشور
	تلاش برای ارتقا شهرت بیمارستان‌های ایران

جدول 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 استانداردهای کیفی ارائه خدمات درمانی
	تنوع در ارائه خدمات درمانی و زیبایی
	ایجاد وابستگی به برند مراکز درمانی



شکل ۱ - مدل پارادایمی پژوهش



شکل ۲ - مدل پارادایمی پژوهشگر

Reference:

- 1- Liu Y, Teichert T, Rossi M, Li H & Hu F. Big data for big insights: Investigating language-specific drivers of hotel satisfaction with 412,784 user-generated reviews. *Tourism Management*, 2017; 59: 554-563.
- 2- Carrera, Percivil M and Bridge J F.P. Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism, *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 2006; 6(4): 447.
- 3- Connell, J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification, *Tourism Management*, 2013; 34: 1-13.
- 4- Yin, Robert K. Case study research: design and methods, Sage: Thousand Oaks, California; 2014.
- 5- 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*, 2017; 24: 16-25.
- 6- Abubakar AM & Ilkan M. Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, 2016; 5(3): 192-201.
- 7- Abubakar AM, Ilkan M, Al-Tal RM & Eluwole KK. EWOM, revisit intention, destination trust and gender. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 2017; 31: 220-227.
- 8- 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*, 2015; 42: 239-248.
- 9- Bigne E, Ruiz C & Curras-Perez R. Destination appeal through digitalized comments. *Journal of Business Research*; 2019.
- 10- Gavilan D, Avello M & Martinez-Navarro G. The influence of online ratings and reviews on hotel booking consideration. *Tourism Management*, 2018; 66: 53-61
- 11- Mathijssen A. Home, sweet home? Understanding diasporic medical tourism behaviour. Exploratory research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 2019; 72: 373-385.
- 12- 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*, 2017; 16: 22-32.
- 13- 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*, 2017; 24: 16-25.
- 14- Xie KL, Zhang Z & Zhang Z. The business value of online consumer reviews and management response to hotel performance. *International Journal of Hospitality Management*, 2014; 43: 1-12.
- 15- World Health Organization Promoting access to medical technologies and innovation, 2012.
- 16- Intersections between public health, intellectual property and trade. World Health Organization
- 17- Peter PJ, Hervé L, Yola M & Conti R. "21st century pharmacovigilance: efforts, roles, and responsibilities" vol. 17(11), *The Lancet of Oncology*; 2016: 486-492.
- 18- Tourmy I. Medical Tourism in India is Getting Better and Bigger, retrieved on 31st January, 2019 from flocking-india/; 2018.
- 19- Van Wingerden J, Derks D & Bakker AB. The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance.

Human Resource Management, 2017; 56(1): 51-67.

20- Voorhees CM, Fombelle PW, 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; 79: 269-280.

21- Thuemmler C & Bai C. Health 4.0: How virtualization and big data are revolutionizing healthcare. New York, NY: Springer; 2017.

22- Peter PJ, Hervé L, Yola M & Conti R. "21st century pharmacovigilance: efforts, roles, and responsibilities" vol. 17(11), The Lancet of Oncology; 2016: 486-492.

18- TourmyIndia. Medical Tourism in India is Getting Better and Bigger, retrieved on 31st January, 2019 from flocking-india; 2018.

23- Van Wingerden J, Derks D & Bakker AB. The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. Human Resource Management, 2017; 56(1): 51-67.

24- Voorhees CM, Fombelle PW, 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; 79: 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; 24(5): 1124-1144.

26- Kumari A, Tanwar S, Tyagi S & Kumar N. Fog computing for Healthcare 4.0 environment: Opportunities and challenges. Computers & Electrical Engineering, 2018.