



مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری

سال پنجم، شماره‌ی ۱۸، پاییز ۱۳۹۵

صفحات ۵۳-۳۳

سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت^۱

عظیم زارعی^۲

عادل آذر^۳

مصطفی رضایی راد^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۳

چکیده

بازاریابی اجتماعی می‌کوشد با بهره‌مندی از اصول بازاریابی تجاری بر رفتار و نگرش افراد تاثیرگذار باشد. از طرفی به منظور توسعه گردشگری سلامت به عنوان یکی از حوزه‌های نوین گردشگری مدرن نیاز حیاتی به ایجاد نگرش مطلوب از مقصد وجود دارد. بدین منظور می‌توان از اصول بازاریابی اجتماعی به منظور توسعه تصویر مطلوب از مقصد در ذهن گردشگران سلامت بهره برد. از این‌رو هدف اصلی این تحقیق سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت ایران می‌باشد. بدین منظور از روش تحقیق آمیخته اکتشافی استفاده شده است. نوع تحقیق در مرحله طراحی مدل، بنیادین و در مرحله آزمون مدل، کاربردی می‌باشد. در بخش کیفی از روش‌های تحلیل محتوای کیفی و روش کدگذاری نظری و در بخش کمی از معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد با استفاده از ابزارهای بازاریابی اجتماعی می‌توان با ایجاد باور مثبت نسبت به مقصد گردشگری سلامت زمینه بروز تمایل به سفر درمانی را فراهم آورد. عوامل مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت شامل رهبری بازارگرا، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت، راهبرد بازاریابی اجتماعی، زیر ساخت‌های بازاریابی، آمیخته بازاریابی اجتماعی و مولفه‌های شناختی می‌باشد. هم‌چنین نتایج تحقیق حکایت از تایید مدل کاربرد عوامل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت با استفاده از مدل معادلات ساختاری دارد.

واژه‌های کلیدی: بازاریابی اجتماعی، نگرش، گردشگری سلامت، رویکرد ترکیبی.

مقدمه

^۱ مقاله حاصل بخشی از رساله دوره ی دکتری مدیریت بازرگانی(بازاریابی بین الملل) در دانشگاه سمنان می‌باشد.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه مدیریت بازرگانی دانشگاه سمنان (a_zarei@semnan.ac.ir)

^۳ استاد گروه مدیریت صنعتی دانشگاه تربیت مدرس

^۴ دانشجوی دکتری بازاریابی بین‌الملل دانشگاه سمنان

بازاریابی اجتماعی می‌کوشد با بهره‌مندی از اصول بازاریابی تجاری بر پذیرش رفتار و نگرش جدید و رد رفتار و نگرش نامطلوب در مخاطبان هدف تأثیرگذار باشد (لfebvre^۱، ۲۰۱۲). علیرغم این‌که بازاریابی اجتماعی در قیاس با بازاریابی تجاری بسیار نوپا است، اما کارکرد و اهمیت آن در توسعه اجتماعی و تغییر نگرش‌های نامطلوب موجب شده تا به میزان بسیار زیادی مورد توجه قرار گیرد. از این‌رو اولویت اصلی بازاریابی اجتماعی تأثیرگذاری بر نگرش‌ها و رفتارهای افراد در جوامع مختلف به منظور اصلاح نگرش‌ها و رفتار نادرست و بهبود نگرش‌ها و رفتار مثبت به شکل داوطلبانه می‌باشد (خدادادحسینی و مسیبی، ۱۳۹۳). اثربخشی بازاریابی اجتماعی در تأثیرگذاری بر نگرش‌ها و رفتارهای افراد در تحقیقات متعدد نظیر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای و سبک مناسب زندگی (کوالهو^۲ و مازون^۳، ۲۰۱۵)، ایجاد تصویر مطلوب از مقصد (باچ^۴ و همکاران، ۲۰۱۳)، تشویق و ترغیب به تفکر و رفتار خاص (ساکي^۵ و همکاران، ۲۰۱۶)، نوع مدل مصرف (ونگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۴)، و ترویج استفاده استفاده از خدمات سلامت (لfebvre، ۲۰۱۲) به تأیید رسیده است. همچنین می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره نمود که ادعان دارند توسعه‌ی موفقیت‌آمیز برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌تواند منافع اقتصادی بلند مدتی را به دنبال داشته باشد، منافعی که به دلایلی هم‌چون افزایش اعتبار و خوش نامی شرکت در نزد مشتریان بالفعل و بالقوه و نیز افزایش انگیزه متخصصین مختلف برای همکاری با شرکت مورد نظر حاصل خواهند شد (مک‌کینز^۷، ۲۰۰۶).

در سبک زندگی معاصر به دلیل ظهور بیماری‌های مختلف جسمی و روانی ضرورت گردشگری سلامت بیشتر شده است (سینگال^۸، ۲۰۱۴). در سطح کلان، دولت‌ها علاقمند به بهره‌مندی از مزایای اجتماعی و اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. از این‌رو گردشگری سلامت به عنوان یکی از راهبردهای مهم بازاریابی بین الملل محسوب می‌گردد (ساکي و همکاران، ۲۰۱۶). امروز رقابت فزاینده‌ای بین کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه برای جذب گردشگران سلامت آغاز شده است (امین بیدختی و همکاران، ۱۳۸۹). کارشناسان پیش بینی می‌کنند صنعت گردشگری در سال ۲۰۲۰ میلادی به سودآورترین صنعت جهان تبدیل شود (نوری حکمت و همکاران، ۱۳۹۳). گفتنی است در ایران توسعه گردشگری سلامت علیرغم ظرفیت فراوان آن‌طور که باید و شاید مورد توجه نهادهای متولی امر قرار نگرفته است (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲). به منظور توسعه گردشگری سلامت بایستی مجموعه‌ای از عوامل را مورد توجه قرار داد. محققان مهم‌ترین عامل در توسعه گردشگری سلامت را چگونگی نگرش گردشگران به مقصد می‌دانند (فرهنگی و

¹ Lefebvre

² Carvalho

³ Mazzon

⁴ Bach

⁵ Suki

⁶ Wong

⁷ McKinsey

⁸ Singal

همکاران، ۱۳۹۴). بدین منظور توسعه گردشگری سلامت نیاز حیاتی به وجود نگرش مطلوب از مقصد در ذهن افراد دارد (رینا^۱، ۲۰۰۵). از آنجا که منطبق با افق ۱۴۰۰ در برنامه‌ی چهارم توسعه و سند چشم انداز، کشور ایران در گردشگری سلامت بایستی به عنوان یکی از قطب‌های اصلی منطقه مبدل شود، ضرورت دارد در زمینه تغییر نگرش به گردشگری سلامت کشور اقداماتی اساسی صورت گیرد (فرهنگی و همکاران، ۱۳۹۴). از طرفی، اجرای بازاریابی اجتماعی می‌تواند موجب ایجاد اعتبار و خوش نامی و همچنین خلق تصویر مطلوب در ذهن افراد شود (کالس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین انتظار می‌رود با بهره‌گیری از بازاریابی اجتماعی بتوان تصویر مطلوب از مقصد در ذهن گردشگران سلامت را بهبود بخشید. با توجه به آنچه گفته شد هدف اصلی پژوهش حاضر، ارائه مدل بازاریابی اجتماعی در تغییر نگرش‌ها نسبت به گردشگری سلامت در کشور ایران می‌باشد.

ادبیات نظری

پیشینه تحقیق

در سال ۱۹۵۲ میلادی اندیشمندی به نام وایبه یک سؤال انقلابی مطرح کرد که پاسخ به آن به پایه گذاری بازاریابی اجتماعی منجر شد. او پرسید چرا نمی‌توانیم برادری را هم مثل صابون به مردم بفروشیم؟! او نتیجه گرفت با کمک فنون بازاریابی می‌توان یک موضوع اجتماعی را به مخاطبین فروخت (حسنقلی پور و همکاران، ۱۳۹۳). کاتلر بازاریابی اجتماعی را به عنوان طراحی و اجرای برنامه‌های پذیرش ایده، خلق تصویر مطلوب، ترویج رفتار اجتماعی مناسب و یا ترک رفتار نامناسب به صورت داوطلبانه در مخاطبان هدف مطرح می‌نماید (کوهن^۳، ۲۰۰۲). در واقع کاتلر بر این اعتقاد بود که می‌توان از اصول بازاریابی تجاری به منظور فروش ایده و رفتار به جامعه استفاده نمود (اسملتزر^۴ و همکاران، ۲۰۰۵). قابل ذکر است پیشینه تجربی تحقیقات در حوزه بازاریابی اجتماعی در جدول ۱ آمده است.

¹ Raina

² Coles

³ cohn

⁴ Smeltzaer

جدول ۱: پیشینه تجربی مرتبط با موضوع تحقیق

نویسندگان	موضوع تحقیق	
فرهنگی و همکاران (۱۳۹۴)	شرح مراحل نظریه هویت برند توریسم سلامت ایران	۱
ایزدی و همکاران (۱۳۹۱)	وضعیت گردشگری سلامت در ایران	۲
خدادحسینی و مسیبی (۱۳۹۳)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در تغییر رفتار هواداران باشگاه ورزشی	۳
قاسمی و بردبار (۱۳۹۳)	بررسی تأثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر اثربخشی تبلیغات	۴
حسنقلی پور و همکاران (۱۳۹۳)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در نهادینه سازی مولفه‌های قدرت نرم	۵
رضایی پندری و کشاورز محمدی (۱۳۹۳)	کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت	۶
حاتمی نژاد و همکاران (۱۳۹۳)	توسعه ابعاد شهرنشینی از طریق رویکرد مکتب بازاریابی اجتماعی	۷
طیبی و همکاران (۱۳۹۱)	مکانیزم های جذب گردشگران سلامت در بیمارستان‌های تهران	۸
اژدری و همکاران (۱۳۹۴)	تأثیر بازاریابی اجتماعی بر ارزش ویژه برند بیمارستان	۹
ساکي و همکاران (۲۰۱۶)	کارکرد بازاریابی اجتماعی بر تمایلات خرید مشتریان	۱۰
کوالهو و مازون (۲۰۱۵)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در ایجاد امکان زندگی بهتر	۱۱
گایدري ^۱ و همکاران (۲۰۱۴)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در استفاده از شبکه‌های اجتماعی	۱۲
کامین ^۲ و آنکر ^۳ (۲۰۱۴)	تبیین سرمایه فرهنگی از طریق بازاریابی اجتماعی	۱۳
سینگال (۲۰۱۴)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در صنعت گردشگری سلامت	۱۴
باچ و همکاران (۲۰۱۳) کالس و همکاران (۲۰۱۳) اینوبی ^۴ و لی ^۵ (۲۰۱۱)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در صنعت گردشگری	۱۵
زپان ^۶ و میلفلنر ^۷ (۲۰۱۳)	کارکرد بازاریابی اجتماعی بر رضایتمندی و انگیزه مسافران	۱۶
کاسیولوس ^۸ و همکاران (۲۰۰۷)	کارکرد بازاریابی اجتماعی در مدیریت ارتباط با مشتریان	۱۷

آمیخته بازاریابی اجتماعی مجموعه‌ای از ابزارهای قابل کنترل است که با مدیریت یکپارچه آنها می‌توان نگرش مخاطبان هدف را اصلاح کرد تا رفتارهای مطلوب در سطح جامعه نهادینه شود (کاتلر^۹ و آرمسترانگ^{۱۰}، ۲۰۱۳). در ادامه آمیخته بازاریابی اجتماعی تشریح می‌گردند:

¹ Guidry
² Kamin
³ Anker
⁴ Inoue
⁵ Lee
⁶ Zupan
⁷ Milfelner
⁸ Katsioloudes
⁹ Kotler
¹⁰ Armstrong

۱- محصول: کالا، خدمت یا ایده ای است که به مخاطبان هدف مورد نظر عرضه می شود تا نیاز یا خواسته آنها را برآورده سازد (شیزوما^۱، ۲۰۰۳). مخاطبان هدف بایستی در ابتدا آگاه شوند که مشکلی وجود دارد و محصول (ایده) مورد نظر راه حل مناسبی برای آن مشکل است تا برای اصلاح رفتار خود در جهت استفاده از آن محصول، خدمت یا ایده قدم بردارند. در مورد ترویج تفکر مثبت نسبت به گردشگری سلامت، تمامی افراد کشورهای مختلف به ویژه کشورهای همسایه و مسلمان هستند که به مراقبت های جسمی و روحی نیاز دارند.

۲- قیمت: هزینه‌هایی از قبیل هزینه مالی و عوامل دیگر مانند صرف زمان، انجام سعی و تلاش و یا حتی تحمل اضطراب و نگرانی که مشتری باید پرداخت کند. برای استقبال از محصول یا ایده بایستی قیمت محصول از منافع حاصل از آن کمتر باشد (کاتلر و آرمسترانگ، ۲۰۱۳). در بازاریابی اجتماعی می توان با استفاده از تکنیک قیمت گذاری از طریق بالا بردن هزینه انجام رفتارهای نامطلوب، ترک این رفتارها را موجب شد.

۳- مکان (توزیع): مسیر و فعالیت هایی که انجام می شود تا محصول یا ایده مورد نظر در دسترس مشتریان قرار گیرد (کنت^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). در مورد گردشگری سلامت، امکانات حمل و نقلی مختلف نظیر شبکه‌های هوایی و ریلی مطمئن و در دسترس و همچنین مکان‌هایی مانند اماکن متبرکه حرم مطهر رضوی در شهر مشهد مقدس، فضای آرام و دور از تنش محل سفر و غیره شامل سیستم توزیع می شوند.

۴- ترویج: فعالیت‌هایی که ارائه دهنده محصول یا ایده انجام می‌دهد تا بتواند در مورد ارزش محصول یا ایده خود اطلاعات مفیدی به مشتریان بدهد و آنان را تشویق کند تا آن محصول یا ایده را بخرند (لفبور، ۲۰۱۲). این بخش از آمیخته بازاریابی را گاه به اشتباه معادل کل بازاریابی اجتماعی می‌دانند. ترویج تنها بخشی از آمیخته بازاریابی است و شامل استفاده از مجموعه تبلیغات، روابط عمومی، پیشبرد فروش، حمایت های رسانه‌ای، ارتباطات فردی و فعالیت‌هایی از این قبیل است که محور آن خلق پیام و انتقال آن به مخاطبان هدف است.

۵- عمومیت: برای کسب موفقیت در بازاریابی اجتماعی باید علاوه بر مخاطبان هدف، سایر افراد و گروه‌ها که بر تصمیمات و رفتارهای مخاطبان هدف تأثیرگذارند، مورد توجه قرار گیرند (چاندراسکار^۳، ۲۰۱۰). در زمینه گردشگری سلامت، مسافری و بیمارانی که تجربه بهره‌مندی از توریسم سلامت را دارند می توانند به عنوان گروه مرجع در نظر گرفته شوند.

۶- شراکت: برای مؤثر واقع شدن برنامه، نیاز است تیمی متشکل از کلیه سازمان‌های جامعه که اهداف مشابه (نه الزاماً اهداف یکسان) دارند، در کنار هم قرار گیرند. برای مثال برای بازاریابی اجتماعی در

¹ Shizumu

² Cant

³ Chandrasekar

گردشگری سلامت، سازمان‌هایی از قبیل صداوسیما، سازمان گردشگری، سفارتخانه‌ها، بیمارستان‌ها و فرهنگ‌سراها باید همکاری تنگاتنگی داشته باشند.

۷- سیاست‌گذاری: تداوم تغییر رفتار اجتماعی تنها با تغییر در سیاست‌های کلان جامعه امکان‌پذیر است و در این عرصه حمایت رسانه‌ای مکمل برای فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی حیاتی محسوب می‌شود (کاتلر و لی، ۲۰۰۸).

مبانی نظری

گردشگری سلامت مفهومی با ابعاد فراوان است و نگرش مخاطبین هدف به گردشگری سلامت بر اساس باور آنها نسبت به آن شکل می‌گیرد، به نحوی که نوع باور به کشور مقصد باعث ایجاد همان نگرش نسبت به آن کشور می‌شود (لویز^۱، ۲۰۰۸). از این‌رو، برای تغییر نگرش منفی به کشور مقصد، بایستی ابتدا بر تغییر باورهای جامعه‌ی هدف نسبت به کشور مقصد تمرکز کرد. نکته‌ی مهم در این است که به منظور تغییر باور منفی می‌توان از اصول بازاریابی اجتماعی بهره برد (حسنقلی پور و همکاران، ۱۳۹۳).

چگونگی شکل‌گیری نگرش در افراد به پژوهشگران کمک می‌کند تا رفتار افراد نسبت به پدیده گردشگری سلامت را پیش بینی نمایند. نگرش شامل سه مؤلفه شناختی، عاطفی و رفتاری است (استید^۲ و همکاران، ۲۰۰۶):

- ۱- مؤلفه شناختی به باور فرد نسبت به پدیده (گردشگری سلامت) اشاره دارد.
- ۲- مؤلفه عاطفی به احساسات فرد نسبت به پدیده (گردشگری سلامت) اشاره دارد.
- ۳- مؤلفه رفتاری شامل نیت رفتاری فرد برای انجام عمل نسبت به پدیده (گردشگری سلامت) است. قابل ذکر است سه مؤلفه شناختی، عاطفی و رفتاری با هم در تعامل بوده و بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارند (واتسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

برای ایجاد یا تغییر نگرش لازم است هر سه مؤلفه شناختی، عاطفی و رفتاری مورد توجه قرار گیرد و نگرش‌های فرد نسبت به یک پدیده را تنها نمی‌توان با شناسایی باورهای او در مورد آن پدیده تعیین کرد (ریتسون^۴، ۲۰۰۳). نکته‌ی کلیدی در اینجاست که با شناسایی کارکردها و مزایای اصلی گردشگری سلامت، می‌توان با در نظر گرفتن این عوامل در طراحی آمیخته بازاریابی اجتماعی نوع نگرش به گردشگری سلامت را بهبود بخشید. با توجه به ماهیت گردشگری سلامت، شکل‌گیری نگرش در مورد آن از فرآیند سلسله مراتب پایین پیروی می‌کند (بلایت^۵، ۲۰۰۸).

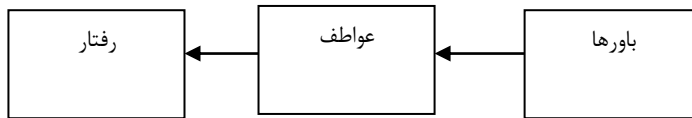
¹ Lewi

² Stead

³ Watson

⁴ Ritson

⁵ Blythe



نمودار ۱. سلسله مراتب شناخت ذهنی

منبع: (حسنقلی پور و همکاران، ۱۳۹۳)

این فرایند موجب ایجاد باورها و نگرش‌های عمیق و درگیری زیاد در فرد می‌شود که به راحتی دچار تغییر و تحول نمی‌شود (سالومون^۱، ۲۰۰۶).

این حالت در مورد پدیده‌های با درگیری زیاد (دغدغه ذهنی زیاد) مانند وقایع مهم زندگی مانند ازدواج و سفر به خارج از کشور برای درمان کاربرد فراوان دارد. برای مثال، فرد به علت اهمیت سفر به خارج از کشور برای درمان، اطلاعاتی در مورد آن گردآوری می‌کند. اطلاعاتی از قبیل هزینه گردشگری سلامت، نحوه برخورد با مسافران در کشور مقصد، امنیت سفر، امکانات بیمارستان‌ها و غیره را از طریق صحبت با آشنایان و سایر منابع اطلاعات شخصی گردآوری می‌کنند. در مرحله بعد بر اساس ارزیابی این اطلاعات، احساسات مثبت یا منفی نسبت به گردشگری سلامت در فرد شکل می‌گیرد. در نهایت با توجه به این باورها و احساسات نسبت به گردشگری سلامت، فرد تصمیم خود را نسبت به این پدیده (نیت رفتاری) می‌گیرد، مثلاً تصمیم می‌گیرد تا سفر درمانی خود به کشور مقصد را انجام داده یا به تعویق بیندازد.

تئوری قضاوت اجتماعی توضیح می‌دهد که افراد چگونه اطلاعات جدید نسبت به پدیده مورد نگرش را با دانش یا احساس قبلی خود تلفیق می‌کنند. جهت تغییر و اصلاح نگرش باید آمیخته بازاریابی اجتماعی بر اساس نظریه قضاوت اجتماعی طراحی شود. در طراحی عنصر ترویج (تبلیغات) آمیخته بازاریابی اجتماعی باید در نظر داشت که افراد از لحاظ اطلاعاتی که آنها را قابل قبول یا غیرقابل قبول می‌یابند، متفاوتند. آنها یک دامنه پذیرش و یک دامنه رد پیرامون نگرش فعلی خود شکل می‌دهند. ایده‌ها و اطلاعاتی که در دامنه پذیرش قرار می‌گیرند، کاملاً و به طور مطلوب پذیرفته می‌شوند، در حالی که ایده‌های در خارج از این دامنه پذیرش پذیرفته نخواهند شد (لندیس، ۱۳۹۰).

روش‌شناسی تحقیق

این مطالعه بر اساس چارچوب فرآیند پژوهش از لحاظ جهت‌گیری در مرحله طراحی مدل، بنیادین و در مرحله آزمون مدل کاربردی است (دانایی فرد و آذر، ۱۳۸۳). همچنین در این تحقیق

^۱ Solomon

از روش آمیخته اکتشافی استفاده شده است. بدین منظور راهبرد آن ترکیبی از رویکردهای کیفی و کمی می‌باشد که با شیوه‌های ترکیبی اکتشافی صورت می‌پذیرد.

نخست داده‌های کیفی جهت موشکافی پدیده مورد بررسی، جمع آوری و سپس داده‌های کمی در جهت تعیین نوع روابط بین متغیرها گردآوری و تحلیل می‌شوند (تشکری^۱ و تدیل^۲، ۲۰۰۳). دلیل به کارگیری این روش ضعف در پیشینه نظری و تجربی تحقیق در زمینه گردشگری سلامت و بازاریابی اجتماعی می‌باشد. در مرحله طراحی مدل با بهره‌مندی از روش کیفی، پدیده گردشگری سلامت مورد بررسی قرار گرفته و از طریق فن مصاحبه مولفه‌های شکل‌دهنده‌ی نگرش به گردشگری سلامت از منظر آمیخته بازاریابی اجتماعی شناسایی شدند. همچنین در مرحله آزمون مدل، ضمن آزمون صحت معیارهای شناسایی شده در مرحله اکتشافی، چگونگی ارتباط آنها از طریق روش‌های تحلیل عاملی و تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت.

بخش کیفی تحقیق

در این بخش، روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه عمیق و بررسی اسناد و مدارک بود. البته روش تعیین مشارکت کنندگان در بخش کیفی روش نمونه‌گیری هدفمند می‌باشد. بر این اساس در این تحقیق با اجرای ۲۲ مصاحبه مولفه‌های شکل‌دهنده‌ی نگرش به گردشگری سلامت به حد اشباع رسید که با بررسی‌های انجام گرفته کفایت مصاحبه‌ها معلوم شد. به منظور فهم آسان‌تر نتایج حاصل از مصاحبه‌ها، مصاحبه شونده‌گان به دو طیف خبرگان علمی و خبرگان اجرایی طبقه‌بندی شدند. بدین منظور مدیران ارشد فعال در سه حوزه مدیریت بیمارستان (مدیران بیمارستان نور تهران، نمازی شیراز و رضوی مشهد) به عنوان بیمارستان‌های پیشرو در گردشگری سلامت کشور، اساتید رشته بازاریابی به دلیل آشنایی با اصول و راهبردهای بازاریابی اجتماعی و مدیران ارشد حوزه درمان (مدیران وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی) به دلیل اتخاذ تصمیمات کلان و آشنایی با زیر ساخت‌ها و راهبردهای حوزه درمان و بهداشت به عنوان جامعه آماری تحقیق در نظر گرفته شدند. گفتنی است که در جامعه مورد نظر خبرگان اجرایی به منظور مصاحبه افراد مصاحبه شونده دست کم یک سال در حوزه گردشگری سلامت سابقه کار داشتند و در سمت سازمانی خود، مسئولیت تصمیمات راهبردی یا اجرایی برعهده آنها بوده است. جریان هر کدام از مصاحبه‌ها ضبط شدند و مصاحبه‌ها انفرادی انجام گرفت. سؤال‌ها به صورت کلی بوده و در آن، سوال اصلی در مورد مولفه‌های شکل‌دهنده‌ی نگرش به وضعیت گردشگری سلامت ایران و همچنین چگونگی اثرگذاری بر این مولفه‌ها از طریق آمیخته بازاریابی اجتماعی بود. در هر مصاحبه از سؤال‌های کلی مشترک استفاده شد و پس از آن با سؤال‌های خرد (برگرفته از پاسخ افراد در مصاحبه) ادامه پیدا کرد.

¹ Tashakkori

² Teddlie

مصاحبه‌ها تا حدی ادامه داشت که از دید محققان، مولفه‌های شناسایی شده به حد اشباع رسیده بودند (لاک^۱، ۲۰۰۳). گفتنی است برای افزایش اعتبار و روایی تحلیل محتوا، از روش بررسی‌های اعضا (از پاسخ دهندگان پرسیده شد که آیا نتایج به دست آمده از تحلیل مورد پذیرش آنهاست؟) و بررسی زوجی (از استادان و اعضای دانشکده و برخی خبرگان سلامت درخواست شد تا بر یافته‌های به دست آمده یادداشت گذاشته و انتقادهای خود را بیان کنند) استفاده شد (هیس^۲ و شرلین^۳، ۲۰۱۰). همچنین به منظور پایا بودن یافته‌ها از روش ممیزی کردن از سوی داور استفاده شد (کی-وال^۴، ۱۹۹۶). روش تجزیه و تحلیل اطلاعات در بخش کیفی استفاده ترکیبی از روش‌های تحلیل محتوای کیفی و روش کدگذاری نظری (بر گرفته از روش نظریه پردازی داده - بنیاد) می‌باشد. کدگذاری نظری عبارت است از عملیاتی که طی آن داده‌ها تجزیه، مفهوم سازی و به شکل تازه‌ای در کنار یکدیگر قرار داده می‌شوند (استراس^۵ و کربین^۶، ۱۹۹۸). مراحل کدگذاری مورد استفاده در این تحقیق شامل کدگذاری باز بر مبنای مقولات استخراج شده از مطالعه مقدماتی مبانی نظری تحقیق، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی می‌باشد.

بخش کمی تحقیق

در مرحله آزمون کمی مدل، اساتید و دانشجویان دکتری رشته‌های مدیریت بازرگانی، مدیریت سلامت و مدیریت بهداشت شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی همدان و دانشگاه بوعلی سینا به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. منطبق با فرمول کوکران ۸۵ نفر از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. در این بخش از پرسشنامه به منظور جمع آوری اطلاعات استفاده است. پس از استخراج مولفه‌ها و همسانی درونی بین مفاهیم در بخش کیفی، سؤال‌هایی برای سنجش هریک از ابعاد طراحی شد. به منظور روایی سؤالات، از اعتبار محتوا و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بهره برده شد. با توجه به مقدار (کا^۷ ام^۷) برابر ۰/۸۵۲ و ضریب معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵، تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار مناسب تشخیص داده شد. همچنین با استفاده از روش تحلیل عامل‌های اصلی و چرخش واریماکس، کلیه سؤالات باقی مانده پژوهش در هشت مقوله خلاصه شدند که این هشت عامل بیان‌کننده‌ی مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت هستند. پس از تعیین مدل-های اندازه‌گیری از طریق تحلیل عاملی تأییدی، مدل معادلات ساختاری با بکارگیری نرم افزار (پی‌ال‌اس)^۸ مورد برآزش قرار گرفت. گفتنی است Pls محدودیت حجم نمونه ندارد و همچنین به عنوان

¹ Locke

² Hesse

³ Sharlene

⁴ Kvale

⁵ Strauss

⁶ Corbin

⁷ Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)

⁸ Partial Least Squares(Pls)

متدی قدرتمند در شرایطی که تعداد نمونه‌ها و آیت‌های اندازه‌گیری کم و توزیع متغیرها نامعین می‌باشد مطرح می‌شود (ون^۱، ۲۰۱۰).

تجزیه و تحلیل اطلاعات

مرحله کیفی طراحی مدل

جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در مرحله کیفی طراحی مدل با مطالعه مقدماتی مبانی نظری آغاز شد. به این ترتیب اجزای مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت تعیین شده و مقوله‌هایی که می‌توانست بر روی داده‌های ناشی از مصاحبه‌های عمیق و تجزیه و تحلیل کتاب‌ها و مقالات مرتبط اعمال شود، استخراج شدند. مقوله‌های استخراج شده برای تدوین معیارهای مدل نیز عبارت از رهبری بازارگرا، راهبردهای بازاریابی‌های اجتماعی، تحلیل و درک بازار، آمیخته بازاریابی اجتماعی، زیر ساخت بازاریابی و مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بودند. تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی ابتدا بر مبنای روش کدگذاری نظری صورت گرفت. سپس کدگذاری باز در طی مرور داده‌های جمع‌آوری شده و بر مبنای مقوله‌های استخراج شده از طریق صورت‌بندی آنها در جداول متناسب انجام شد. این کار برای شناسایی معیارها و زیر معیارها انجام شد. مقولاتی که از ادبیات نظری و مصاحبه‌ها استخراج شده بودند، به تعداد مورد اصلاح و تعدیل قرار گرفت که در نهایت ۸ مقوله به عنوان مقولات نهایی انتخاب شد. این مقوله‌ها عبارت از رهبری بازارگرا، راهبرد بازاریابی اجتماعی، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت، آمیخته بازاریابی اجتماعی، زیر ساخت بازاریابی و مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. در کنار این ۸ مقوله اصلی زیر مقوله‌ها شامل ۶۴ زیر معیار مرتبط با معیارهای کاربرد بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت با روش کدگذاری باز مقوله پردازای شدند.

^۱ Wen

جدول ۲: معیارها و زیرمعیارهای مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت

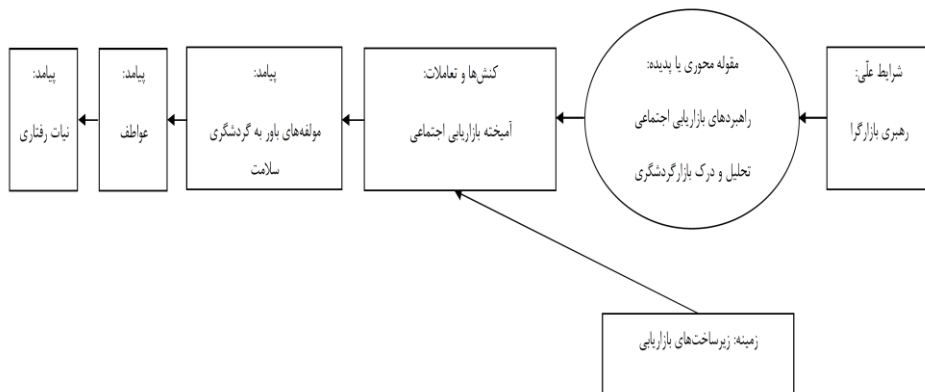
مقوله	مفهوم (گویه)	عامل
درک و تحلیل عوامل موثر در بازار گردشگری سلامت	حمل و نقل	کافی بودن تعداد پرواز ها به کشور
		کیفیت و سرویس دهی رضایت بخش پرواز ها
	تبلیغات	اطلاع رسانی مناسب گردشگری سلامت در رسانه های مختلف
	تخصص	مرتبط بودن تخصص پزشکان با وظایف آن ها
		به روز بودن اطلاعات کادر بیمارستان
		اثر بخشی کیفیت خدمات در انتخاب مقصد گردشگری سلامت
	ارتباطات	مناسب بودن رفتار مردم کشور
		نظم و ترتیب فرایند انجام کارها در بیمارستان
		رسیدگی کامل به بیماران
		توانایی پزشکان در برقراری ارتباط مناسب با بیماران
		رضایت از تعدد، مهارت و برخورد افراد مسئول رسیدگی به بیمار
		تسلط کادر بیمارستان به زبان انگلیسی
	امنیت	سهولت امکان برقراری ارتباطات الکترونیکی و مخابراتی
		ایمن بودن جاده های منتهی به کشور و استان ها
		جو امنیت اجتماعی در کشور
		آرام بودن محیط بیمارستان
	هزینه	هزینه ی پایین درمان
		هزینه های مناسب حمل و نقل
		جامع بودن قوانین مربوط به تخلفات پزشکی و حفظ حقوق بیمار
		سهولت پرداخت هزینه های درمانی
پذیرفتن انواع بیمه های رایج کشور		
جذابیت	وجود جاذبه های گردشگری	
	وجود جاذبه های زیارتی	
امکانات	احداث و راه اندازی بیمارستان مطابق با استانداردهای بین المللی	
	نوآوری های فناورانه در سطح مطلوب	
	به روز بودن امکانات، تجهیزات و دستگاه های بیمارستان	
	نزدیکی فاصله محل اقامت به مرکز درمانی	
	امکان انجام امور مالی از طریق سیستم بانکداری الکترونیکی	
عواطف	رضایت مندی از بهداشت بیمارستان	
	ایجاد احساس مثبت	
	ایجاد احساس منفی	
	عدم وجود احساس	
نیات رفتاری	عدم سفر درمانی	
	به تاخیر انداختن	
	سفر درمانی	

ادامه جدول ۲: معیارها و زیرمعیارهای مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت

مقوله	مفهوم (گویه)	عامل
آمیخته بازاریابی اجتماعی		طراحی آمیخته محصول و اجزای تشکیل دهنده آن بر اساس راهبردهای بازاریابی اجتماعی
		بهبود آمیخته ایده و خدمت و اجزای تشکیل دهنده آن بر اساس راهبردها و نیاز مشتریان
		تولید آمیخته ایده و خدمت و اجزای تشکیل دهنده آن
		تعیین اهداف قیمت گذاری با توجه به راهبردهای بازاریابی اجتماعی
		تعیین حساسیت قیمتی محصول، تخمین منحنی تقاضا و میزان کشش قیمتی تقاضا
		طراحی کانال‌های توزیع و فروش بر مبنای راهبردهای بازاریابی و نیازهای مشتریان
		مدیریت کانال‌های توزیع و فروش محصول و یا ایده
		ارائه خدمات از طریق کانال‌های توزیع و تحویل آن در زمان و مکان مناسب
		تعیین کانال ارتباطی و ترکیب فعالیت‌های ترفیع شامل تبلیغات، پیشبرد فروش، روابط عمومی و فروش شخصی بر مبنای راهبرد بازاریابی، جایگاه یابی صورت گرفته و اجرای آن
		تمرکز بر مخاطبان هدف و گروه‌های تاثیرگذار بر تصمیمات و رفتار مخاطبان هدف
		تعیین تیمی متشکل از سازمان‌های با اهداف مشابه و نه الزاماً یکسان در کنار یکدیگر
		تداوم تغییر رفتار از طریق تغییر در سیاست‌های کلان جامعه و بهره از حمایت رسانه‌ای
زیر ساخت بازاریابی		وجود کارکنان دارای مهارت، توان و دانش کاری
		به کارگیری سازماندهی مناسب برای فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی
		مدیریت منابع مالی در راستای تحقق راهبردها و اجرای بهره‌ور فعالیت‌های بازاریابی
راهبرد بازاریابی		مدیریت همکاران بیرونی برای ایجاد ارزش برای مشتریان
		تدوین راهبردهای بازاریابی بر مبنای چشم انداز، مأموریت و راهبردهای واحد کسب و کار
		تدوین راهبردهای بازاریابی بر مبنای اطلاعات حاصل از تحلیل و درک بازار
		بررسی محیط داخلی، شناسایی قابلیت‌ها و منابع داخلی و صلاحیت‌های متمایز آن
		تقسیم بازار و انتخاب بازارهای هدف
		موضع یابی خدمت به صورت متمایز نسبت به رقبا
رهبری بازارگرا		تعیین راهبردهای بازاریابی و جایگاه یابی صورت گرفته برای خدمات بر مبنای چرخه عمر
		مهارت درک بازار و مشارکت در تدوین راهبردهای بازاریابی
		نقش فعال در ایجاد و توسعه فرهنگ ایجاد ارزش
		حصول اطمینان از هم راستا بودن زیرساخت‌های بازاریابی با عناصر آمیخته بازاریابی اجتماعی
		تجزیه و تحلیل محیط کلان بازاریابی

منبع: (یافته‌های تحقیق)

در ادامه، کدگذاری محوری بر روی معیارهای مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت با استفاده از مدل پارادایم انجام شد. بنابراین دسته‌بندی‌های فرعی با دسته بندی اصلی مطابق با مدل پارادایم مرتبط شد. هدف اصلی این بود که امکان تفکر نظام مند در مورد داده ها و چگونگی مرتبط کردن آنها با یکدیگر را فراهم سازد.

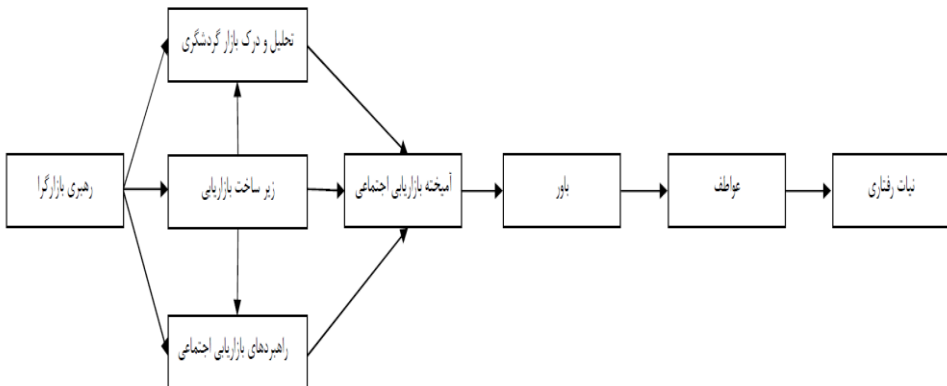


نگاره ۱: کدگذاری محوری بر اساس مدل پارادایم

منبع: (یافته‌های تحقیق)

بر مبنای مدل پارادایم، راهبردهای بازاریابی اجتماعی و تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت به عنوان پدیده و رهبری بازارگرا به عنوان شرایط علی که باعث ایجاد و توسعه پدیده می‌شوند، انتخاب شدند. آمیخته بازاریابی اجتماعی شامل محصول، قیمت، توزیع، ترویج، عمومیت، شراکت و سیاستگذاری به عنوان راهبردهای کنش یا تقابل که بیانگر رفتارها و تعاملات هدفداری هستند که در پاسخ به پدیده و تحت تاثیر زمینه اتخاذ می‌شوند، مورد توجه قرار گرفتند. زیر ساخت‌های بازاریابی به عنوان عواملی که تحت شرایط خاص بر راهبردهای کنش یا تقابل تاثیرگذار هستند، به عنوان زمینه مورد توجه قرار گرفتند. در نهایت نتایج بازاریابی به عنوان پیامدهایی که در اثر اتخاذ راهبردهای کنش یا تقابل (عناصر بازاریابی اجتماعی) ایجاد می‌شوند، تلقی شدند.

در مرحله کدگذاری انتخابی نیز ارتباط میان عوامل در قالب تحلیل روایی تحقیق تعیین شد. بر این اساس راهبردهای بازاریابی اجتماعی و تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت به عنوان مقوله محوری بر مبنای شرط علی رهبری بازارگرا در سازمان محقق می‌شوند. آمیخته بازاریابی اجتماعی نیز با توجه به راهبردهای بازاریابی اجتماعی و تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت با در نظر گرفتن زیر ساخت‌های بازاریابی طراحی و تبیین شده و منجر به تحقق نتایج بازاریابی می‌شوند. با توجه به مرحله کیفی، مدلی مفهومی تحقیق (نگاره ۲) که بیانگر ارتباط معیارهای مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت است ارائه شده است.



نگاره ۲: مدلی مفهومی بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت

منبع: (یافته‌های تحقیق)

تجزیه و تحلیل اطلاعات در مرحله کمی آزمون مدل

مدل‌یابی در این بخش در دو مرحله انجام شد. در اولین مرحله، مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل‌روایی، پایایی، تحلیل عامل تائیدی و اکتشافی صورت گرفت و در دومین مرحله، مدل ساختاری به وسیله‌ی برآورد مسیر بین متغیرها و تعیین شاخص‌های برازش مدل^۱ و بررسی فرضیات بررسی شد (ون، ۲۰۱۰). پایایی برای همه‌ی متغیرهای پرسشنامه بین ۰/۸۱۱ تا ۰/۹۰۴ و میانگین واریانس بین ۰/۷۲۲ تا ۰/۸۳۱ بدست آمد که حکایت از اعتبار همگرایی بالا دارد. همچنین با توجه به این‌که فرنل^۲ و لاکر^۳ بارهای عاملی بزرگتر از ۰/۵ را دارای اعتبار مناسب می‌دانند (سانچز^۴ و اینیستا^۵، ۲۰۰۶). سوالاتی از پرسشنامه که دارای بار عاملی بزرگتر از ۰/۵ می‌باشند مورد تایید قرار گرفتند.

به منظور تعیین مدل ساختاری، ابتدا شاخص‌های برازش بررسی می‌شوند. شاخص‌های PIs کیفی بوده و هرچه مقدار آنها به یک نزدیکتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل می‌باشد (ون، ۲۰۱۰). با استناد بر جدول ۳ مدل تحقیق از برازندگی خوبی برخوردار می‌باشد.

^۱:Fit Index

^۲: Fornell

^۳: Larcker

^۴ Sanchez

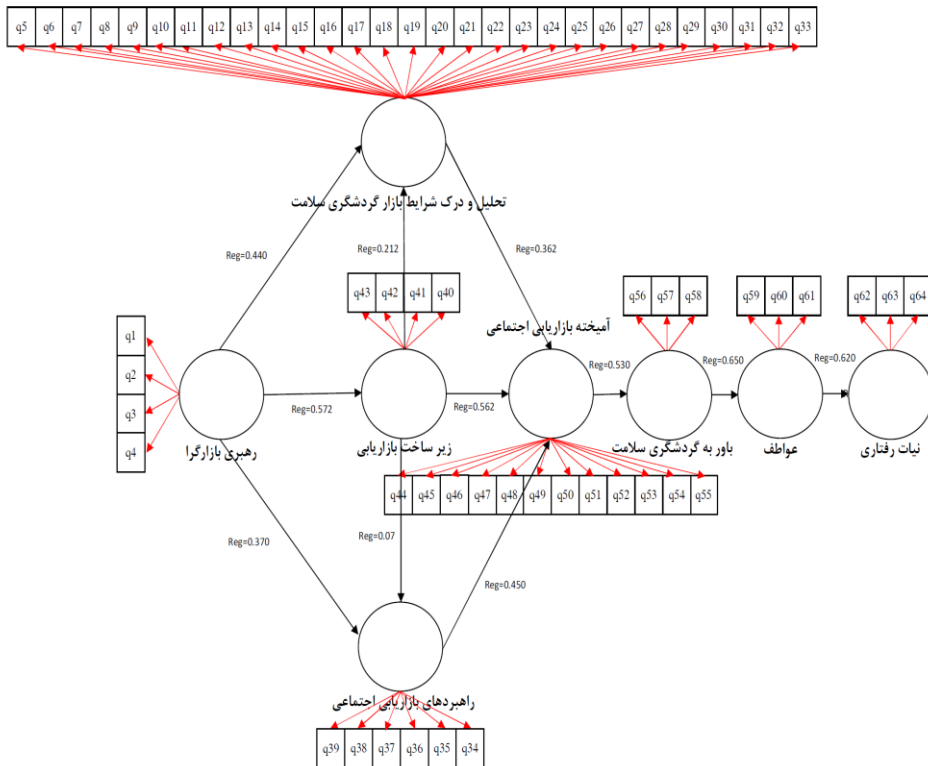
^۵ Iniesta

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

میزان	شاخص برازش
۰/۷۸۱	شاخص مطلق
۰/۹۱۳	شاخص نسبی
۰/۹۶۵	مدل بیرونی
۰/۹۵۴	مدل درونی

منبع: (یافته‌های تحقیق)

نگاره شماره ۳ نشان دهنده مدل ساختاری برازش یافته است و شدت روابط بین متغیرها را روشن می‌سازد. در مدل برازش یافته تمامی روابط بین متغیرها از لحاظ آماری معنادار بوده ($t < 1/64, p < 0/05$) و از میان فرضیه‌های اصلی پژوهش، به غیر از یک مورد همه تایید شدند.



نگاره ۳: مدل ساختاری تحقیق

منبع: (یافته‌های تحقیق)

جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون فرضیات را در قالب ضرایب مسیر نشان می‌دهد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌ها

نتیجه آزمون	ضریب مسیر	T	Prob. Level	فرضیات	
تایید	۰/۳۷	۹/۲۷	۰/۰۴۱	رهبری بازارگرا بر راهبرد بازاریابی	۱
تایید	۰/۴۴	۲۸/۲۸	۰/۰۴۳	رهبری بازارگرا بر درک بازار گردشگری سلامت	۲
تایید	۰/۵۷	۹/۲۸	۰/۰۳۲	رهبری بازارگرا بر زیر ساخت‌های بازاریابی	۳
تایید	۰/۲۱	۸/۱۰	۰/۰۴۸	زیرساخت بازاریابی بر درک بازار گردشگری سلامت	۴
رد	۰/۰۷	۱/۲۴	۰/۱۴۷	زیرساخت بازاریابی بر راهبردهای بازاریابی اجتماعی	۵
تایید	۰/۴۱	۱۲/۲۰	۰/۰۴۱	زیرساخت‌های بازاریابی بر آمیخته بازاریابی اجتماعی	۶
تایید	۰/۳۶	۱۰/۶۲	۰/۰۱	درک بازار گردشگری سلامت بر آمیخته بازاریابی اجتماعی	۷
تایید	۰/۴۵	۱۱/۹۵	۰/۰۲۹	راهبردهای بازاریابی اجتماعی بر آمیخته بازاریابی اجتماعی	۸
تایید	۰/۵۳	۷/۲۹	۰/۰۳	آمیخته بازاریابی اجتماعی بر مولفه باور	۹
تایید	۰/۶۵	۱۳/۹۲	۰/۰۲۴	مولفه باور بر مولفه عواطف	۱۰
تایید	۰/۶۲	۷/۵۶	۰/۰۱	عواطف بر نیت رفتاری	۱۱

منبع: (یافته‌های تحقیق)

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

همانگونه که مطرح شد بازاریابی اجتماعی با بهره‌مندی از اصول بازاریابی تجاری نگرش‌های نامطلوب را تغییر داده و رفتارها و نگرش‌های مطلوب را بهبود بخشد (خورشیدی و مقدمی، ۱۳۸۲). از طرفی گردشگری سلامت به عنوان یکی از حوزه‌های نوین و درآمدزای گردشگری پیشرفته بهره‌مندی‌هایی فراوانی در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی را فراهم می‌آورد (حقیقی و همکاران، ۱۳۸۵). مشخص شده در گردشگری سلامت نوع نگرش ذهنی افراد از مقصد عاملی بسیار تعیین کننده می‌باشد (رینا، ۲۰۰۵). از آنجا که کشور ایران در گردشگری سلامت بایستی به عنوان یکی از قطب‌های اصلی منطقه مبدل شود ضرورت دارد در زمینه تغییر نگرش به گردشگری سلامت کشور اقداماتی صورت گیرد. به همین دلیل این تحقیق با هدف اساسی بررسی کاربرد اصول بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت شکل گرفت که بدین منظور از روش تحقیق آمیخته اکتشافی بهره برد. ابتدا با کمک مرور ادبیات نظری و سپس انجام مصاحبه با خبرگان حوزه گردشگری سلامت و

بازاریابی اجتماعی مقولات کاربرد بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت مورد شناسایی قرار گرفتند. عناصر مدل طراحی شده شامل رهبری بازارگرا، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت، راهبردهای بازاریابی اجتماعی، آمیخته بازاریابی اجتماعی و مولفه‌های شناختی باورها، عواطف و نیت رفتاری بودند که روابط علی این عناصر به کمک معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت.

مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت منطبق با شرایط ایران بوده و با نگاهی تخصصی، خلا موجود در مدل‌های گردشگری سلامت که ناتوانی در ایجاد تصویر و اعتبار مناسب در ذهن افراد است را از طریق از بازاریابی اجتماعی رفع می‌نماید. در قیاس مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت با مدل‌های موجود در مبانی نظری بازاریابی، این مدل علاوه بر این که فرآیندهای بازاریابی نظیر الگوی کاتلر، مک دونالد^۱ را در بر داشته، معیارهای بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت و چگونگی تحقق نتایج مناسب از این معیارها را هم تشریح می‌نماید. تمایز دیگر این مدل با مدل‌های مذکور، توجه به رهبری بازارگرا به عنوان محرک تحقق بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت و تعریف دقیق نتایج آمیخته بازاریابی اجتماعی بر باورها، عواطف و نیت رفتاری افراد می‌باشد. هم‌چنین مدل ارائه شده تحقق نگرش مثبت به گردشگری سلامت کشور را از طریق بازاریابی اجتماعی میسر می‌سازد.

منطبق با مدل برآمده از بخش کیفی، فرضیات اول تا سوم به منظور بررسی تاثیر رهبری بازارگرا بر زیر ساخت‌های بازاریابی، راهبردهای بازاریابی اجتماعی و تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت مورد تایید واقع شد. با استناد بر این یافته‌ها می‌توان پیشنهاد نمود با تجزیه و تحلیل محیط کلان بازار گردشگری سلامت، بهبود مهارت درک بازار، تدوین راهبردهای بازاریابی اثربخش و توسعه فرهنگ خلق ارزش بر عوامل زیر ساخت‌های بازاریابی، راهبردهای بازاریابی اجتماعی و درک بازار گردشگری سلامت اثر گذاشت.

در ادامه مرحله کمی در قالب فرضیات چهارم تا ششم تاثیر زیرساخت‌های بازاریابی بر راهبردهای بازاریابی اجتماعی، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت و آمیخته بازاریابی اجتماعی مورد تایید واقع شد. از این رو پیشنهاد می‌شود با پرورش کارکنان بالنده، سازماندهی مناسب فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی، مدیریت موثر منابع مالی و هماهنگی با شرکای تجاری موجب توسعه تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت و آمیخته بازاریابی اجتماعی شد.

در قالب فرضیه هفتم تاثیر تحلیل بازار گردشگری سلامت تاثیر معناداری بر آمیخته بازاریابی اجتماعی مورد تایید واقع شد. بایستی اذعان نمود با بهبود مولفه‌هایی نظیر وضعیت حمل و نقل، تبلیغات، تخصص، ارتباطات، امنیت، هزینه، جذابیت و امکانات می‌توان در طراحی آمیخته بازاریابی اجتماعی اثربخش عمل نمود. با توجه به تایید تاثیر راهبردهای بازاریابی اجتماعی بر آمیخته بازاریابی اجتماعی در قالب فرضیه هشتم انتظار می‌رود با تدوین راهبردهای بازاریابی بر مبنای

^۱ Mc Donald

تحلیل و درک بازار، چشم انداز، محیط داخلی و بازارهای هدف بر اجرای یکپارچه بازاریابی آمیخته تاثیر گذاشت.

در نهایت با تایید تاثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر مولفه‌های باور، عواطف و نیت رفتاری مشخص شد می‌توان با طراحی و اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی موجب تغییر نگرش‌ها و رفتارها شد. این یافته دقیقاً حکایت از آن دارد که بازاریابی اجتماعی می‌تواند کارکردی حیاتی در گردشگری سلامت با ایجاد تصویر مطلوب در ذهن افراد داشته باشد. از این رو لزوم توجه روزافزون مدیران ارشد سازمان‌ها به نقش حیاتی و بی‌بدیل بازاریابی اجتماعی ضرورت دارد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر در این حوزه، از نخستین مطالعات در این محور محسوب می‌گردد ارائه مدل فرآیندی بازاریابی اجتماعی، تبیین ارزیابی اثربخشی آمیخته بازاریابی اجتماعی، طراحی مدل بازاریابی اجتماعی در سایر زمینه‌ها نظیر فعالیت‌های سیاسی، فرهنگی، بانکی، رفتار شهروندی و ورزشی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

۱. اژدری، علی؛ نایب زاده، شهناز و حیرانی، فروغ (۱۳۹۴). بررسی تأثیر مسئولیت اجتماعی بر ارزش ویژه برند بیمارستان، **مجله علمی پژوهشی طلوع بهداشت**، دوره ۱۲: شماره ۲: ۲۳-۳۷.
۲. امین بیدختی، علی اکبر؛ زرگر، مجتبی و نظری، ماشاا.. (۱۳۸۹). آمیخته بازاریابی راهبردی در صنعت گردشگری، **فصلنامه مطالعات مدیریت راهبردی**، دوره ۱، شماره ۳: ۴۹-۶۸.
۳. ایزدی، مرتضی؛ ایوبیان، علی و نصیری، طه (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران فرصت یا تهدید، **مجله طب نظامی**، دوره ۱۴، شماره ۲: ۶۹-۷۵.
۴. لنديس، دیوید (۱۳۹۰). **بازاریابی اجتماعی بازیافت در اوهایو**، ترجمه محمدرضا جوادی یگانه و علیرضا صادقی، تهران: طرح آینده (معاونت خدمات شهری شهرداری تهران).
۵. حسنقلی پور، طهمورث؛ موسوی، نقابی و سید مجتبی، طاهری (۱۳۹۳). نهادینه سازی مؤلفه های قدرت نرم نظام جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر رهیافت بازاریابی اجتماعی، **پژوهشنامه انقلاب اسلامی**، سال ۴، شماره ۱۲: ۷۹-۵۹.
۶. حقیقی کفاش، مهدی؛ ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۵). اولویت بندی عوامل مرتبط با توسعه گردشگری سلامت ایران، **فصلنامه مطالعات جهانگردی**، شماره ۱۱ و ۱۲. زمستان و بهار: ۲۳-۴۰.
۷. حاتمی نژاد، حسین؛ پورا احمد، احمد و قالیباف، محمد باقر (۱۳۹۳). توسعه ابعاد شهرنشینی با رویکرد مکتب بازاریابی اجتماعی، **فصلنامه اقتصاد و مدیریت شهری**، شماره ۸: ۷۹-۹۶.
۸. خداد حسین، سید حمید و مسیبی، علی رضا (۱۳۹۳). بررسی اثر اعتبار باشگاه‌های ورزشی بر تغییر رفتار هواداران با رویکرد بازاریابی اجتماعی، **فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت ورزشی**، دوره ۶، شماره ۴: ۶۲۷-۶۴۲.
۹. خورشیدی، غلامحسین و مقدمی، صابر (۱۳۸۲). تبیین مفهوم بازاریابی اجتماعی، **فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی**، دوره ۷، شماره ۲۸: ۱۶۳-۱۴۱.
۱۰. دانایی فرد، حسن؛ الوانی، سید مهدی و آذر، عادل (۱۳۸۳). **روش شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع**، انتشارات صفار تهران.
۱۱. رضایی پندری، حسن و کشاورز محمدی، نسترن (۱۳۹۳). کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت: مطالعه ای مروری، **مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران**، شماره ۶: ۱۲۳-۱۰۹.
۱۲. فرهنگی، علی اکبر؛ کروی، مهدی و صادق وزیر، فراز (۱۳۹۴). نظریه داده بنیاد کلاسیک؛ شرح مراحل تولید نظریه مرکز ثقلی هویت برند توریسم سلامت ایران، **نشریه علمی پژوهشی مدیریت بازرگانی**، دوره ۷، ۱۶۲-۱۴۵.
۱۳. طیبی، سید جمال الدین؛ نصیری پور، امیر اشکان و ایوبیان، علی (۱۳۹۱). مکانیزم های اطلاع رسانی و جذب گردشگران پزشکی در بیمارستانهای شهر تهران، **مدیریت اطلاعات سلامت**، سال ۳، شماره ۹: ۴۱۶-۴۲۳.
۱۴. قاسمی، فاطمه و بردباری، غلامرضا (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر اثربخشی تبلیغات، **دو فصلنامه مدیریت فردا**، شماره ۴۰: ۶۳-۷۶.

۱۵. نوری حکمت، سمیه؛ جباری، علیرضا و دهنویه، رضا (۱۳۹۳). آمادگی بیمارستان‌ها برای ورود به صنعت گردشگری پزشکی، **مدیریت اطلاعات سلامت**، سال ۴، شماره ۱۱: ۵۱۴-۵۰۶.
۱۶. گودرزی، مجید؛ تقوایی، مسعود و زنگی آبادی، علی (۱۳۹۳). توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز، **مدیریت اطلاعات سلامت**، سال ۴، شماره ۱۱: ۴۹۶-۴۸۵.
17. Bach, M.P., Zorojam, J., and Merkac, M. (2014). Social responsibility in tourism: system archetypes approach, **Emerald Group Publishing Limited**, 43 (3/4): 86-102.
18. Cant, M C., Strydom, C., Jooste, P. and Plessis, F. (2009). **Marketing Management**, 15th ed, Juta Academic and Company Ltd.
19. Carvalho, H. and Mazzon, J.A. (2015). A better life is possible: the ultimate purpose of social marketing, **Journal of Social Marketing**, 5(2): 169 –186.
20. Chandrasekar, K.S. (2010). **Marketing Management: Text & Cases**, Tata McGraw-Hill Education.
21. Cohn, L., Hernandez, D. and Thresa, C. (2002). A program to increase seatbelt use along the Texas-Mexico border, **American Journal of Public Health**, 92(12): 1918-1920.
22. Coles, T., Fenclova, E. and Dinan, C. (2014). Tourism and corporate social responsibility: A critical review and research agenda, **Tourism Management Perspectives**, 6: 122–141.
23. Guidry, J.P., Waters, R.D. and Saxton, G.D. (2014). Moving social marketing beyond personal change to social change: Strategically using Twitter to mobilize supporters into vocal advocates, **Journal of Social Marketing**, 4(3): 240 - 260.
24. Hesse, B. and Sharlene, N. (2010). **Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice**, 1th ed, Publisher Guilford Press.
25. Inoue, Y. and Lee, S. (2011). Effects of different dimensions of corporate social responsibility on corporate financial performance in tourism-related industries, **Tourism Management**, 32(2): 790-804.
26. Kamin, T. and Anker, T. (2014). Cultural capital and strategic socialmarketing orientations, **Journal of Social Marketing**, 4(2): 94-110.
27. Katsiolouides, M., Grant, J. and McKechnie, D.S. (2007). Social marketing: strengthening company-customer bonds, **Journal of Business Strategy**, 28(3): 56-64.
28. Kotler, P. and Armstrong, G. (2013). **Principle of Marketing**, 15th ed, Prentice Hall.
29. Kotler, P. and Lee, N. (2008). **Social Marketing: Influencing Behaviours for Good**, 4th ed, Sage Publications.
30. Kvale, J. (1996). **Interviews: An introduction to qualitative research interviewing**, London: Sage Publications.
31. Lefebvre, R.C. (2012). Transformative social marketing: co-creating the social marketing discipline and brand, **Journal of Social Marketing**, 2(1): 513 - 521.
32. Lewis, A. (2008). The Cambridge handbook of psychology and economic behaviour, Cambridge University Press, **Journal of Economic Issues**, 43(3): 825-827.
33. Locke, K.D. (2003). **Grounded Theory in Management Research**, London: SAGE Publications.
34. McKinsey, K. and Company, C. (2006). **The McKinsey Global Survey of Business Executives: Business and Society**, McKinsey & Company, New York, NY.
35. McDonald, M. (2004). **Marketing Plans: How to Prepare Them, How to Use Them**, Butterworth-Heinemann, Oxford.

36. Raina A.K. (2005). **Ecology Wildlife and Tourism development: Principles, Practices and Strategies**, New Delhi: Published by Sarup.
37. Ritson, M. (2003). Polysemy: The Multiple Meanings of Advertising, **European Advances in Consumer Research**, 21(2): 341-356.
38. Minazzi, R. (2015). Social media marketing in tourism and hospitality, **Annals of Tourism Research**, 7(2): 253 – 270.
39. Sanchez, R. and Iniesta, M.A. (2006). Consumer perception of value: literature review and a new conceptual framework, **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, 19(40): 67-81.
40. Shizumu, K. (2003). **Symbiotic Marketing Strategy**, Souseisha Book Company: Japan.
41. Singal, M. (2014). Corporate social responsibility in the hospitality and tourism industry: Do family control and financial condition matter?, **International Journal of Hospitality Management**, 36(3): 81– 89.
42. Smeltzer, J.L., Neiger, B. and McKenzie, A. (2005). **Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs**, 4th ed, USA: Pearson Benjamin Cummings.
43. Solomon, M.R. (2007). **Consumer Behavior**, 7th ed, Prentice Hall: New Jersey.
44. Stead, M., Gordon, R. and McDermott, L. (2007). A Systematic review of social marketing effectiveness, **Journal of Health Education**, 107(2): 126-140.
45. Strauss, A. and Corbin, J. (1998). **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**, 2th ed, Sage, Thousand Oaks: CA.
46. Sukia, N.M., Sukib, N.M. and Amana, N. (2016). Impacts of corporate social responsibility on the links between green marketing awareness and consumer purchase intentions, **Procedia Economics and Finance**, 37(2): 262 – 268.
47. Tashakkori, A. and Teddlie, C. (2003). **Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research**, Thousand Oaks, CA: Sage.
48. Watson, J., Steven, L., Tamara, G. and Leslie, R. (2002). Cultural values and important possessions: A cross-cultural analysis, **Journal of Business Research**, 12(55): 923-31.
49. Wen, S. (2010). Linking Bayesian networks and PLS path modeling for causal analysis, **Expert Systems with Applications**, 37(1): 134–139.
50. Wong, F., Huhman, M., Heitzler, C. and Ionde, P. (2004). A Social marketing campaign to increase physical activity among youth, **Public Health Research, Practice and Policy**, 1(3): 2-12.
51. Zupan, S. and Milfelner, B. (2014). Social responsibility, motivation and satisfaction: small hotels guests' perspective, **Group Publishing Limited**, 43(3/4): 513-528.