مقاله مروری

طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی به روش فراترکیب

علیرضا پاشایی‌فر [۱]، مجتبی رمضانی [۲*]، علی جنتی [۳]، یعقوب علوی متین [۴]، حسین بوداقی خواجه نوبر [۴]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازاریابی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران
[۳] استاد، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران
[۴] استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

* **نویسنده مسؤول:** مجتبی رمضانی
dmramazani@gmail.com

ارجاع: پاشایی‌فر علیرضا، رمضانی مجتبی، جنتی علی، علوی متین یعقوب، بوداقی خواجه نوبر حسین. طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی به روش فراترکیب. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۳): ۷۵-۲۶۰.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۹
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۸/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری پزشکی و بهداشتی امروزه از روبه‌رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری جهان است که باعث شده سازمان‌های دست‌اندرکار و کشورهای علاقه‌مند به توسعه گردشگری توجه خود را به این بخش از صنعت گردشگری جلب و برای آن برنامه‌ریزی کنند. از این رو هدف این پژوهش طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی به روش فراترکیب در استان آذربایجان شرقی ایران بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به صورت پژوهش فراترکیب در چندین مرحله در استان آذربایجان شرقی ایران طراحی شد. بدین ترتیب که بعد از شناسایی مقولات، مفاهیم و کدهای بازاریابی گردشگری پزشکی و ارزیابی روایی و پایایی آن، مدل مفهومی اولیه تحقیق شکل گرفت. از ۱۰۰ مطالعه‌ی بازیابی شده نهایتاً ۸ مطالعه‌ی کاملاً مرتبط با هدف مطالعه برای انجام فراترکیب وارد شدند. در سطح تجزیه و تحلیل و به‌منظور ارائه الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی، از روش پژوهشی کیفی فراترکیب سندلوسکی و بارسو (۲۰۰۶) استفاده شد.

یافته‌ها: مدل پژوهش حاضر متشکل از ۵ بعد، ۱۰ مؤلفه و ۴۰ شاخص بود که می‌تواند الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی را نمایش دهد. ۵ بعد اصلی شامل؛ کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری، قیمت خدمات پزشکی و گردشگری، توسعه گردشگری و پزشکی، امکانات و تجهیزات پزشکی و گردشگری و فناوری اطلاعات و ارتباطات بود.

نتیجه گیری: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های استخراجی از روش فراترکیب مورد تأیید جامعه خبرگان می‌باشد. یافته‌های حاصل، الگو و دیدگاه جدیدی در راستای چگونگی بازاریابی گردشگری پزشکی برای صنعت گردشگری در استان آذربایجان شرقی ایران ارائه می‌کند که برای مدیران، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران نظام سلامت کمک‌کننده خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: بازاریابی، گردشگری پزشکی، روش فراترکیب

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

مقدمه

امروزه گردشگری به عنوان یکی از صنایع ممتاز دارای اهمیت بسیار فراوانی است و جهانی شدن خدمات بهداشتی نوع جدیدی از گردشگری را ایجاد کرده است که معمولاً به آن گردشگری سلامت می‌گویند (۱) که یکی از صنایع رو به رشد دنیاست. در سبک زندگی معاصر ضرورت گردشگری سلامت بیشتر از پیش آشکار می‌شود چرا که بیماری‌های مختلف جسمی و روانی با گذر زمان ایجاد می‌شود (۲). اخیراً نیز شیوع پاندمی کرونا روی این صنعت تاثیر منفی گذاشته است؛ با این حال کشور ما با توجه به نقاط قوت و فرصت‌هایی که در پیش رو دارد، هر ساله درصد بیشتری از این بازار بین المللی را تصاحب می‌کند. چنانکه برآوردها نشان می‌دهد با توسعه گردشگری سلامت در جمهوری اسلامی ایران تا افق ۱۴۰۴، سالیانه ۱ الی ۲ میلیون گردشگر سلامت وارد کشور خواهند شد (۳). و از طرفی هم آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۷ حدود ۵۵۰-۵۰۰ هزار گردشگر سلامت به کشور وارد شده‌اند. بحران کرونا به علت تضعیف و پویایی بازار گردشگری سلامت، مراکز تشخیصی درمانی و شرکت‌های تسهیلگر را با مشکلاتی در امور مالی روبه‌رو کرده‌است. ولی فرصت مناسبی را برای ایجاد زیر ساخت‌های لازم برای دوران پساکرونا از قبیل سایت‌ها و پلتفرم‌های اینترنتی مناسب در زمینه غربالگری و مراقبت از بیمار (۴)، فعالیت در شبکه‌های اجتماعی، شکل دهی کلینیک‌های مجازی، توسعه بیش از پیش پزشکی از راه دور در امور تشخیصی، مراقبتی و درمانی، مدیریت سیستم پذیرش و نوبت دهی، تسهیل فرآیندهای مربوط به بیماران بین الملل در مؤسسات تشخیصی درمانی، بازبینی سیاست‌های مربوط به بازار گردشگری سلامت و غیره را فراهم آورده است (۳).

برای 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. بدین منظور توسعه گردشگری سلامت نیاز حیاتی به وجود نگرش مطلوب از مقصد در ذهن افراد دارد (۵). در حال حاضر مسافرت برای درمان از اهداف مهم گردشگری است، بنابراین گردشگری پزشکی پدیده‌ای روبه‌رشد و با آینده‌ای روشن است. امروزه کشورهایی با جاذبه‌های گردشگری در حال سرمایه‌گذاری در زمینه گردشگری پزشکی هستند، به‌طوریکه جذب گردشگر خارجی به یک رقابت فزاینده در بین سازمان‌های درگیر در صنعت گردشگری تبدیل شده‌است (۱۰-۶). ویژگی‌هایی مانند وجود بیمارستان‌های چند رشته‌ای، قیمت‌های رقابتی و کیفیت بین‌المللی استانداردهای جهانی، در پیشبرد جهانی شدن بهداشت و درمان مؤثر است (۱۱). پیشرفت در فنآوری پزشکی و رویه‌های درمانی منجر به توسعه گردشگری پزشکی در طول قرن بیستم و جستجوی خدمات پزشکی فراتر از مرزهای ملی شده است و به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود، که در آن گردشگران پزشکی به مکان‌های جدیدی می‌روند و به دنبال درمان و مراقبت هستند (۱۷-۱۲) این خدمات معمولاً به صورت پرداخت از جیب است. کشور تایلند در سال ۲۰۱۸ یکی از بزرگترین مقاصد گردشگری پزشکی در دنیا، ۳۸ درصد از این بازار پررونق را در اختیار داشته و در این کشور اعمال جراحی زیبایی، پیوند اعضاء و جایگزینی مفاصل با کیفیتی بالا انجام می‌شود. کشور ترکیه با کاهش هزینه‌ها و تضمین کیفیت در بیمارستان‌ها و ایجاد شرایط هتل ۵ ستاره و ارتباط با مراکز مشهور علمی در جلب گردشگری پزشکی موفق عمل کرده و بر اساس اعلام سازمان گردشگری پزشکی، کشور ترکیه با رشد ۴۰ درصدی در سال ۲۰۱۸ مواجه بوده است (۱۸).

از طرفی در سطح کلان، دولت‌ها علاقه‌مند به بهره‌مندی از مزایای اجتماعی و اقتصادی ناشی از صنعت گردشگری پزشکی هستند (۱۹). در سال ۲۰۱۰ در خاورمیانه گزارش شده است که حدود ۵ هزار نفر از مردم عمان برای دریافت خدمات پزشکی به انگلیس و هند سفر می‌کنند. علاوه بر این، امارات متحده عربی نیز در سال ۲۰۱۰ حدود ۸۵۰۰ بیمار را برای معالجه به کشورهای دیگر (مانند آلمان، تایلند، سنگاپور و آمریکا) برای درمان اعزام کرده است و هر ساله حدود ۲ میلیارد دلار در این زمینه هزینه کرده است (۲۰). از سوی دیگر، امارات متحده عربی، به ویژه در دبی در سال ۲۰۱۰، بیش از ۷ میلیارد درهم از طریق گردشگری پزشکی درآمد کسب کرده است. علاوه بر این، در سال ۲۰۱۰ کشور اردن سالانه ۵۰۰ میلیون ارز خارجی از طریق گردشگری پزشکی کسب می‌کرده‌است (۲۱). به طور کلی، برآورد شده است که درآمد کشورهای

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

آسیایی از صنعت گردشگری پزشکی در سال ۲۰۱۲ حدود ۴/۴ میلیارد دلار بوده است (۲۰). علاوه بر نیاز به صدور کالا و خدمات پزشکی، درآمد گردشگری پزشکی نیز می‌تواند برای کشورها خصوصاً کشورهای آسیایی که به حرکت در روند توسعه می‌اندیشند وسوسه انگیز باشد. این درآمد باعث شده است که برخی کشورهای آسیایی چون سنگاپور، تایلند و هند به طور چشمگیری در حال تبلیغ سرویس‌های درمانی خود در میان بیماران جهان باشند. درباره گردش مالی حاصل از گردشگری پزشکی آمار دقیقی در دسترس نیست، اما در سال ۲۰۱۴، درآمد حاصل از گردشگری پزشکی تقریباً ۵۵ میلیارد دلار در آمریکا بود که حدود ۱۱ میلیون بیمار برای درمان به کشورهای دیگر ارجاع شدند و هر بیمار معادل ۳۵۰۰ تا ۵ هزار دلار برای هر ویزیت هزینه کرد (۲۲).

مانند بسیاری از کشورها، ایران نیز تصمیم گرفته است در زمینه گردشگری پزشکی سرمایه گذاری کند. ایران از ۳۱ استان تشکیل شده و حدود ۸۰ میلیون نفر جمعیت دارد. از نظر اقتصادی، درآمد ارزی ایران به صادرات نفت خام به سایر کشورها وابسته است. با این حال، ایران برای کاهش وابستگی به صنعت نفت در تلاش است تا از گردشگری به عنوان منبع درآمد استفاده کند. گردشگری پزشکی یکی از این طرح‌ها را نشان می‌دهد (۲۳). ایران پتانسیل بسیار جذابی دارد که شامل مراقبت‌های بهداشتی کم هزینه، پزشکان مشهور بین‌المللی، انجام موفقیت آمیز اقدامات جراحی (پیوند کبد، قلب و غیره) در سطح جهانی و زمان انتظار عمل‌های جراحی برای درمان‌هاست (۲۳). همانطور که سازمان جهانی جهانگردی خاطرنشان کرده است، سرمایه‌گذاری در صنعت گردشگری منابع عمده درآمد را برای کشورهای در حال توسعه ایجاد می‌کند (۲۱). ایران به دلیل جاذبه‌های طبیعی، فرهنگی، علمی و مذهبی، ظرفیت بالایی برای جذب گردشگر دارد. با این وجود گردشگری پزشکی آن‌طور که باید رشد نکرده و نیاز به برنامه‌ریزی بیشتری دارد (۲۴,۲۵). در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ ، به ترتیب حدود ۱۲ هزار نفر و ۱۷۵۰۰ نفر تحت درمان قرار گرفته‌اند. با این وجود، در سال ۲۰۱۲، ۰/۳۵ درصد از درآمد جهانگردی جهان برای ایران ثبت شده است و رتبه ۵۳ را در جذب گردشگران پزشکی در جهان کسب کرده است (۲۶). براساس چشم انداز ۱۴۰۴ (۲۰۲۵ میلادی) ایران از نظر جغرافیایی یکی از قطب‌های اصلی گردشگری پزشکی در منطقه خواهد بود، و در نتیجه نه تنها از خروج ارز جلوگیری می‌کند، بلکه ارز خارجی قابل توجهی را برای کشور جذب می‌کند (۲۱). سالانه حدود یک میلیارد دلار توسط ایرانیان متقاضی درمان و تشخیص‌های پزشکی در خارج از کشور، به خارج از ایران منتقل می‌شود. بر اساس گزارش دفتر بررسی بازار و خدمات سازمان توسعه تجارت کشور، ایران می‌تواند به یکی از مراکز اصلی گردشگری در منطقه تبدیل شود و با این کار نه تنها نرخ خروج ارز را کاهش می‌دهد بلکه از درآمد قابل توجه ارزی نیز برخوردار می‌شود و همچنین فرصت‌های شغلی مستقیم و غیر مستقیم ایجاد می‌کند و سرمایه گذاران بیشتری را در این امر جذب می‌کند. به طوریکه برآوردها نشان می‌دهد در سال ۲۰۲۱ این سیاست در ایران می‌تواند منجر به جذب سرمایه‌گذاری و ایجاد اشتغال برای ۵۵۰ هزار گردشگر سلامت ، ۲۷/۵ میلیون دلار درآمد ارزی، ۳۹۲۸۵۷ ایجاد شغل و همچنین ۵۵۰ هزار دلار سرمایه گذاری شود (۲۴). مقرر شده که پس از اجرای بازاریابی اجتماعی بتواند موجب ایجاد اعتبار و خوشنامی و همچنین خلق تصویر مطلوب در ذهن افراد شود. بنابراین انتظار می‌رود با استفاده از بازاریابی اجتماعی بتوان تصویر مطلوب در ذهن گردشگران سلامت ایجاد کرد (۲۷).

با توجه به مسائل بیان شده در خصوص صنعت گردشگری در ایران؛ برای مرتفع نمودن مسائل مطرح شده تحقیق حاضر به طراحی مدل بازاریابی گردشگری درمانی متناسب با ویژگی‌های فرهنگ ایران اسلامی پرداخته است. همچنین براساس مطالب مطرح شده بزرگترین دغدغه صنعت گردشگری در ایران، جدا از مسئله بقا و سودآوری، چگونگی تدوین استراتژی‌های بازاریابی متناسب با شرایط محیطی متحول و پویا در ایران است. صاحب‌نظران بازاریابی معتقدند که بقا و پایداری کسب و کارها در گرو فرآیندهای شناسایی عوامل محیطی و همگام شدن با محیط پویای فعلی است که به‌عنوان بدنه شایستگی‌های اصلی سازمان‌ها به حساب آمده و استراتژی‌های بازاریابی را تشکیل می‌دهند و در طول زمان به برترین رده‌ها می‌رسند و از رقبای خود پیشی می‌گیرند چنانکه به‌طور همزمان به عنوان انگیزه‌ای برای رشد و پیشرفت خود عمل می‌کنند (۱). مدل‌ها و الگوهای مختلفی در حوزه بازاریابی گردشگری پزشکی در خارج از کشور ارائه گردیده است و همچنین تحقیقات دیگری از قبیل حاجی نژاد و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان «تدوین برنامه استراتژیک گردشگری پزشکی

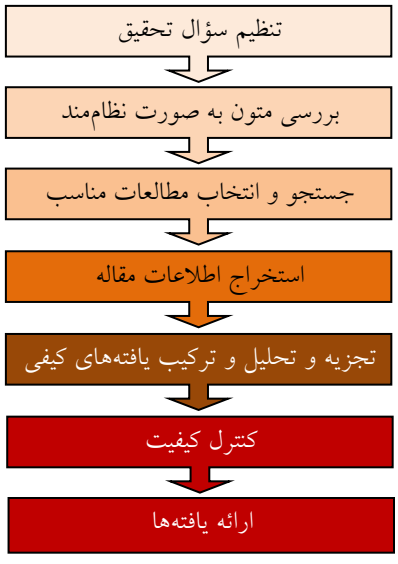
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

با تاکید بر گردشگری مذهبی در شهر مشهد» (۸) و غیره انجام شده است. همه‌ی این پژوهش‌ها بیانگر شناسایی عوامل اثرگذار بر بازاریابی گردشگری پزشکی است و در این خصوص تحقیقات متنوع ملی و بین المللی تا به امروز طراحی و پیاده‌سازی شده است. اما تاکنون پژوهشی در زمینه طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی برای صنعت گردشگری استان آذربایجان شرقی ایران انجام نگرفته است. براین اساس، هدف این پژوهش، طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی در صنعت گردشگری استان آذربایجان شرقی ایران بود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر براساس رویکرد فرا ترکیب به روش سندولوسکی و بارسو (۲۰۰۶) (۲۸) در چندین مرحله طراحی و طی سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ اجرا شد. فراترکیب نوعی مطالعه کیفی می‌باشد که اطلاعات و یافته‌های استخراج‌شده از مطالعات کیفی دیگر با موضوع مرتبط و مشابه را بررسی می‌کند. در نتیجه، نمونه موردنظر برای فراترکیب، از مطالعات کیفی منتخب و بر اساس ارتباط آن‌ها با سؤال پژوهش تشکیل می‌شود. فراترکیب، بر مطالعه‌های کیفی که لزوماً مبانی نظری وسیعی را شامل نمی‌شود، تمرکز دارد و به‌جای ارائه خلاصه جامعی از یافته‌ها، یک ترکیب تفسیری از یافته‌ها را ایجاد می‌کند. در این پژوهش به منظور تحقق این هدف، از روش ۷ مرحله‌ای سندلوسکی و بارسو (۲۰۰۶) استفاده شد (۲۸). گام‌های ۷ مرحله‌ای سندلوسکی و بارسو در شکل ۱ نشان داده شد.



شکل ۱: فرآیند ۷ مرحله‌ای فراترکیب سندلوسکی و بارسو (۲۰۰۶) (۲۸)

گام اول: تنظیم سؤال تحقیق

برای تنظیم سؤال پژوهش مراحل زیر طی گردید:

۱) چه چیزی: برای تنظیم سؤال پژوهش، اولین گام تمرکز بر «چه چیزی» در مطالعه بوده است. هدف این پژوهش شناسایی، مقوله‌بندی و گروه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های بازاریابی گردشگری پزشکی بود.

۲) چه کسی: در پاسخ به این سؤال، جامعه مورد مطالعه مشخص گردید که شامل همه پژوهش‌های در دسترس در حوزه بازاریابی گردشگری پزشکی بود و از محل پایگاه‌های اطلاعاتی تأمین شد. در این پژوهش پایگاه‌های داده، مجلات، کنفرانس‌ها و موتورهای جستجوی مختلف (جهت دانلود مطالعات انگلیسی و فارسی) بررسی شدند.

۳) چه وقت: در پاسخ به این سؤال، چارچوب یا محدوده زمانی منابع یافت شده از مرحله قبل مشخص گردید و مطالعات انگلیسی در این پژوهش از سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ و مطالعات فارسی از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ بود. مطالعات انگلیسی قبل از سال ۲۰۰۰ چندان مورد توجه قرار نگرفت. دلیل اصلی این بی‌توجهی این است که عبارت «بازاریابی گردشگری پزشکی» در ادبیات موضوعی نسبتاً جدید است و با توجه به استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی بالا، برای واژه «بازاریابی گردشگری پزشکی» نتیجه‌ای برای مطالعات قبل از سال ۲۰۰۰ وجود نداشت.

۴) چگونه: به چگونگی روشی اشاره دارد که برای مطالعه منابع یافت شده، استفاده شد. در فراترکیب متن پژوهش‌های قبلی، داده‌های ثانویه محسوب می‌شوند. بنابراین در این پژوهش، از روش «تحلیل محتوا» برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. مطالعات مناسب که وارد فرآیند فراترکیب و مطالعاتی که از فرآیند خارج می‌شوند شناسایی شد. بعد از بیان پارامترهای اشاره شده، سؤال‌های پژوهش به صورت زیر مطرح شد:

۱. ابعاد بازاریابی گردشگری پزشکی کدام‌اند؟

۲. مؤلفه‌ها و شاخص‌های بازاریابی گردشگری پزشکی کدام‌اند؟

۳. مدل بازاریابی گردشگری پزشکی چگونه مدلی است؟

گام دوم: بررسی متون به صورت نظام مند

استراتژی جستجو

جستجو در Googlescholar، PubMed، Scopus، Web

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

of science، ایرانداک و پایگاه داده اطلاعات علمی (SID) با استفاده از یک استراتژی جستجوی جامع برای شناسایی مطالعاتی که در مورد بازاریابی گردشگری پزشکی هستند، انجام شد. از کلید واژه های انگلیسی و معادل فارسی آن‌ها استفاده شد. کلید واژه های انگلیسی شامل:

medical tourism marketing, tourism marketing, dimentions of medical tourism marketing, medical tourism marketing models, medical tourism marketing definition, marketing varieties

و کلید واژه های فارسی شامل بازاریابی گردشگری پزشکی، بازاریابی گردشگری، ابعاد و مؤلفه‌های بازاریابی گردشگری پزشکی، مدل‌های بازاریابی گردشگری پزشکی، تعریف بازاریابی گردشگری پزشکی و انواع بازاریابی بودند.

گام سوم: جستجو و انتخاب مطالعات مناسب

در ابتدای فرآیند جستجو، محقق مشخص کرد آیا مطالعات یافت شده متناسب با سؤال تحقیق می‌باشد یا خیر؟ به‌منظور رسیدن به این هدف، بر اساس معیارهای پذیرش درنظرگرفته‌شده، مجموعه مطالعات یافت‌شده چندین بار بازبینی شدند. بر این اساس، در هر بازبینی تعدادی از مطالعات رد شدند و در نتیجه در فرآیند فراترکیب بررسی نشدند. فرآیند بازبینی به این صورت انجام شد که محقق پارامترهای مختلفی را مانند؛ عنوان، چکیده، محتوا، جزئیات مقاله (نام نویسنده، سال و غیره) را در نظر گرفته و رویه‌ای به شرح زیر را دنبال نمود؛ ابتدا عنوان مطالعات بررسی و آن‌هایی که با سؤال و هدف تحقیق تناسبی نداشتند، حذف شدند. در مرحله بعد، چکیده‌ها بررسی و آن دسته از مطالعات نامرتبط حذف گردیدند. پس از آن بر اساس محتوا و به عبارتی کل متن بررسی و در صورت غیر مرتبط بودن رد شدند. در انتها مطالعات باقی‌مانده دوباره با دقت بررسی و آن‌هایی که فاقد نام نویسنده و یا جزئیات مربوط به مطالعه بودند، کنار گذاشته شدند. تعداد مطالعات باقی‌مانده وارد گام بعدی روش فراترکیب شدند.

معیارهای پذیرش:

- عناوین، چکیده و محتوای مرتبط با موضوع مطالعه و در رابطه با ابعاد، تعاریف، مدل‌ها و عوامل حفظ و ارتقای بازاریابی گردشگری پزشکی
- تحقیقات منتشرشده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ میلادی برای مطالعات انگلیسی و تحقیقات منتشرشده تا ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ برای مطالعات فارسی
- مطالعات نمایه شده در نشریات و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر
- هر مطالعه‌ای که بر اساس ابزار حیاتی گلین امتیاز بالاتر از ۷۵ درصد را کسب نمود
- مطالعات به زبان فارسی و انگلیسی که متن کامل آن در دسترس بود

به‌محض اینکه تناسب مطالعات با پارامترهای مطالعه حاضر بررسی شد، در قدم بعدی کیفیت روش‌شناختی مطالعات ارزیابی شد. هدف از آن، حذف آن دسته از مطالعاتی بود که محقق به یافته‌های ارائه‌شده اعتمادی نداشت، بنابراین ممکن است مطالعه‌ای قبل از انجام تحلیل محتوای به دلیل عدم کیفیت روش شناختی حذف شود. از اقدامات مبتنی بر شواهد در رشته‌های مختلفی چون علوم اجتماعی، کسب‌وکار، مدیریت، آموزش و به میزان گسترده در تحقیقات پزشکی و سلامت استفاده می‌شود. به‌منظور تعیین اینکه آیا شواهدی که یافت می‌شود دقیق، مرتبط و معتبر می‌باشد محقق باید به‌طور خاص مطالعه را مورد ارزیابی قرار دهد. ارزیابی‌های حیاتی عدم اطمینان را کاهش می‌دهند و به فرد کمک می‌کنند تا بر مسائل مهم متمرکز گردد. برای ارزیابی کیفیت روش‌شناختی مطالعات، از ابزار ارزیابی حیاتی گلین استفاده شد. ارزیابی حیاتی، یک عنصر کلیدی در مرور نظام‌مند می‌باشد که به منظور شناسایی بهترین مطالعات در یک موضوع خاص کاربرد دارد. با استفاده از این ابزار، هر مقاله بر اساس ۴ معیار «جامعه آماری، جمع‌آوری داده‌ها، طرح تحقیق و نتایج» ارزیابی شدند (۲۹). ارزیابی کیفیت مطالعات وارد شده به‌و سیله‌ی ۲ پژوهشگر به طور مستقل انجام شد و اختلافات با بحث و تبادل نظر و در صورت لزوم با تصمیم گیری به‌وسیله‌ی پژوهشگر سوم حل و فصل شد.

گام چهارم: استخراج نتایج

در سرتاسر فراترکیب، به‌طور پیوسته مقالات منتخب و نهایی‌شده، به‌منظور دستیابی به یافته‌های درون مطالعات، چندین‌بار بازخوانی شدند. در تحقیق حاضر، اطلاعات مقالات نهایی به این صورت دسته‌بندی شد: در ستون اول مرجع مربوط به هر مقاله ثبت شد (شامل نام و نام خانوادگی نویسنده به همراه سال انتشار مقاله)؛ در ستون دوم ابعاد و مؤلفه‌ی ارتقاء یا نقض بازاریابی گردشگری پزشکی که هر مقاله به آن اشاره کرده، بیان شد و در ستون سوم جدول نیز اطلاعات

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

روش‌شناختی مطالعه موردنظر آورده شد. نتایج به دست آمده به صورت مجزا برای منابع فارسی و انگلیسی بررسی شد.

گام پنجم: تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی

در طول تجزیه و تحلیل، موضوعات یا تم‌هایی جستجو گردیدند که در میان مطالعات موجود در فراترکیب پدیدار شده بودند. سندلوسکی و بارسو به این مورد به‌عنوان «بررسی موضوعی» اشاره می‌کند. در پژوهش حاضر، ابتدا تمام مؤلفه‌های استخراج‌شده از مطالعات به‌عنوان کد در نظر گرفته شد. سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند. به‌این‌ترتیب مفاهیم (تم‌های) تحقیق شکل گرفت و مفاهیم مرتبط نیز در یک طبقه کلی‌تر به نام مقولات دسته‌بندی شدند.

گام ششم: حفظ کنترل کیفیت

در روش فراترکیب و در این گام، رویه‌های زیر برای حفظ کیفیت مطالعات انتخابی در نظر گرفته شدند:

۱. در سرتاسر تحقیق، تلاش شد تا با فراهم کردن توضیحات و توصیف روشن و واضح برای گزینه‌های موجود در تحقیق، گام‌های اتخاذشده به درستی برداشته شود.

۲. در زمان مناسب، رویکردها و نگرش‌های مستقر جهت تلفیق مطالعات اصلی در تحقیق کیفی استفاده شد.

۳. در زمان مناسب، از برنامه‌های مستقر و محرز مانند ابزار حیاتی ارزیابی گلین برای ارزیابی کیفیت مطالعات اصلی استفاده شد.

۴. هر دو استراتژی جستجوی الکترونیکی پایگاه‌ها و جستجوی دستی با استفاده از روش گلوله برفی‌که آسیه موسی لو و همکاران در متدلوژی خودشان استفاده نموده‌اند، به کار گرفته شد تا اطمینان حاصل شود که سایر مطالعات واجد شرایط با توجه به فهرست منابع و استناد مطالعات موجود شناسایی شوند (۳۰).

۵. از روش‌های کنترل کیفیت استفاده‌شده در مطالعات تحقیق کیفی استفاده شد.

۶. در ارزیابی کیفیت مطالعات تحقیق اصلی، از ابزار ارزیابی تحقیق کیفی گلین (۲۹) برای ارزیابی مطالعات استفاده شد که شامل سؤال‌هایی بود که کمک می‌کرد تا بررسی‌ها معقول به نظر برسد.

در این پژوهش، علاوه بر موارد اشاره شده برای کنترل مفاهیم استخراجی محقق از مقایسه نظرات خود با یک خبره دیگر نیز استفاده نمود. برای حصول این منظور تعدادی از مقالات انتخابی در اختیار یکی از خبرگان قرار گرفت و نتایج حاصله از طریق شاخص پایایی ارزیاب‌ها، ارزیابی شد. مقدار ضریب محاسبه‌شده ۰/۸۳ بود.

گام هفتم: ارائه یافته‌ها

در این مرحله از روش فراترکیب، خلاصه‌ای از گروه‌بندی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی که از ادبیات مربوط به بازاریابی گردشگری پزشکی استخراج‌شده‌اند، نشان داده شد. بدین‌صورت که بعد از سنتز ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های نهایی، از جدول روش‌شناسی مشخصات استفاده شد. گروهی از افراد متخصص در زمینه گردشگری سلامت، مؤلفه‌های موجود در هر بعد را بررسی کردند. در عمل، همترازی یک دسته از مؤلفه‌ها که در ردیف‌هایی کنار هم قرار داشتند با ابعاد موجود که در ستون‌ها قرار داشتند، بررسی شدند. سپس در یک پانل خبرگان و به روش کیفی شاخص‌ها و مؤلفه‌های استخراج شده مورد بحث و بررسی مجدد قرار گرفته و با نظر متخصصین نهایی شدند. در نهایت، نسخه آلفا از ابزار طراحی شد.

روایی و پایایی ابزارهای اندازه‌گیری

پایایی: به‌منظور تعیین پایایی روش فراترکیب از روش پایایی ارزیاب‌ها استفاده‌شد. بدین‌صورت‌که روند کدگذاری به صورت مستقل به وسیله ۲ محقق انجام شد. درصورتیکه کدهای این ۲ محقق به هم نزدیک باشد، نشان‌دهنده توافق بالا بین این ۲ کدگذاری می‌باشد که بیان‌کننده پایایی است. برای محاسبه پایایی ارزیاب‌ها، تعداد ۶ مقاله در اختیار محقق دیگری قرار گرفت. محقق از درون مقالات انتخاب‌شده ۱۸ کد را استخراج نموده بود و کدگذار دیگر ۱۶ کد را از درون این مقالات استخراج کرد. جدول ۱ نشان‌دهنده کدهای استخراجی توسط ۲ کدگذار می‌باشد. در این جدول عدد ۱ نشان دهنده توافق بین ۲ کد گذار و عدد ۰ نشان‌دهنده عدم توافق بین این ۲ محقق می‌باشد. ضرایب توافق ۲ کدگذاری یا پایایی ارزیاب از طریق فرمول زیر محاسبه شد.

$$\text{پایایی ارزیاب‌ها} = \frac{\text{تعداد توافق}}{\text{تعداد توافق امکان‌پذیر}}$$

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

جدول ۱: کدهای استخراجی توسط ۲ کدگذار

کدهای استخراجی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
کدگذار ۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
کدگذار ۲	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱

بین ۲ کدگذار ۱۵ بار توافق و ۳ بار عدم توافق بود. بنابراین ضریب پایایی ارزیاب‌های به‌دست‌آمده معادل ۰/۸۳ بود. با توجه به اینکه ضریب پایایی ارزیاب‌ها از ۰/۶۰ بیشتر بود؛ بنابراین می‌توان ادعا نمود که ابزار مورد استفاده برای استخراج کدها از پایایی قابل‌توجهی برخوردار است.

روایی: به‌منظور تعیین روایی روش فراترکیب از ابزار ارزیابی حیاتی گلین استفاده شد. این ابزار به محقق کمک می‌کند تا دقت، اعتبار و اهمیت مطالعات کیفی و هم مطالعات کمی را مشخص کند. برای این منظور، مقاله‌ها با استفاده از مجموعه سؤالاتی ارزیابی شدند. یافته‌های حاصل از اندازه‌گیری ابزار ارزیابی حیاتی گلین در جدول ۲ نشان داده‌شد.

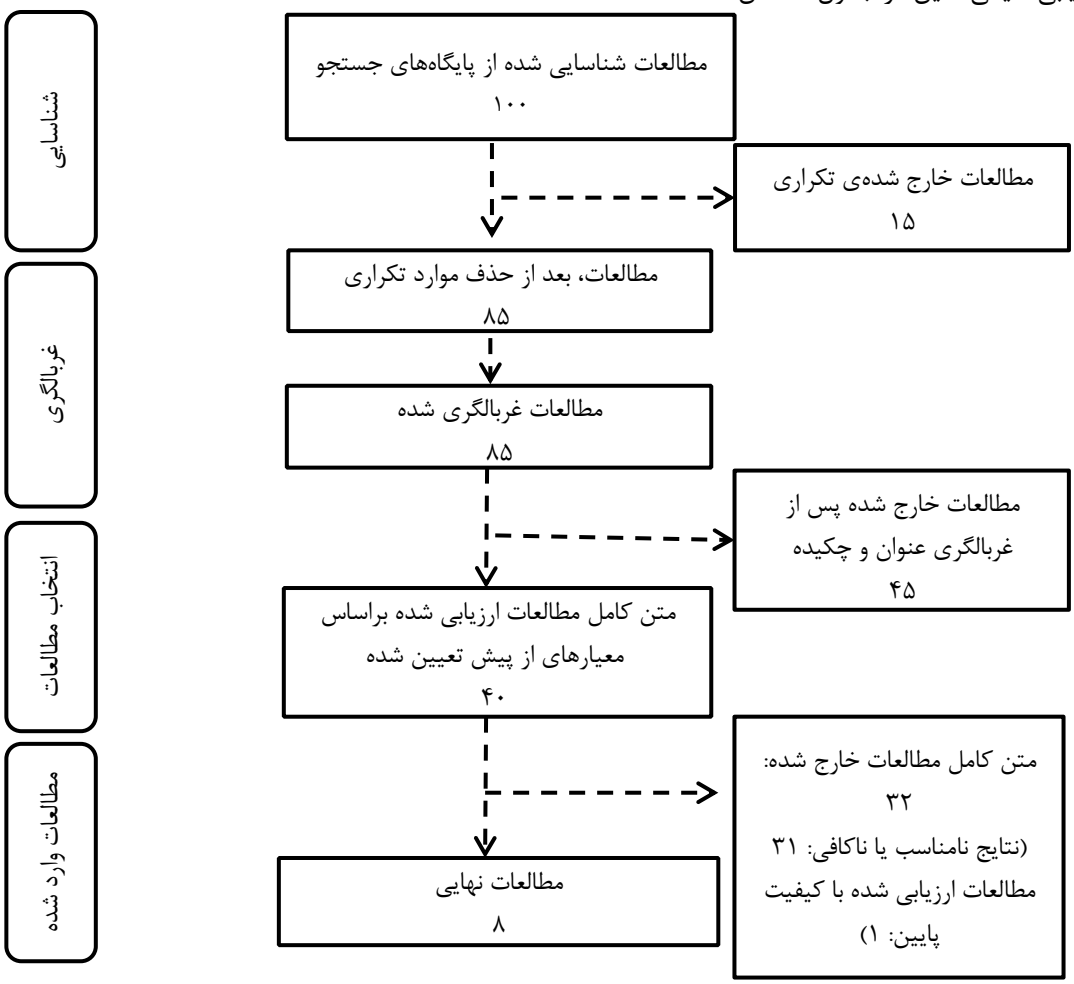
یافته‌ها

انتخاب مطالعات

پس از جستجوی گسترده در زمینه مورد مطالعه، از ۱۰۰ مطالعه‌ی بازیابی شده (۴۰ منبع انگلیسی و ۶۰ منبع فارسی) نهایتاً ۸ مطالعه‌ی کاملاً مرتبط با هدف مطالعه برای انجام فراترکیب وارد شدند (شکل ۲)

ارزیابی کیفیت مطالعات

نتایج ارزیابی کیفی مربوط به مطالعات در جدول ۲ ارائه شد. با توجه به نتایج ارزیابی ابزار گلین نمره ۸ مطالعه بالاتر از ۷۵ بود.



شکل ۲: نتایج جستجو و چگونگی انتخاب مقالات مناسب

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

جدول ۲: نتایج ارزیابی ابزار گلین برای ۸ مقاله

ردیف	ابعاد ارزیابی / سؤالات / تحقیقات	جامعه آماری						جمع‌آوری داده				طرح تحقیق					نتایج						امتیاز
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱	هرندی و میرزاییان خمسه (۱۳۹۵) (۳۱)	خ	ب	ب	خ	ن	ب	ب	ب	ب	غ	ب	ب	ب	ب	غ	ب	ب	ب	غ	ب	ب	> ۷۵
		۲۰ نفر از گردشگران خارجی سلامت کلان شهر مشهد						مصاحبه نیمه ساختار یافته				مطالعه اکتشافی و کیفی											
۲	معبودی و حکیمی (۱۳۹۴) (۳۲)	ن	ن	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ن	غ	ب	ب	ب	ن	ب	ب	> ۷۵
		۳۰ نفر از افراد صاحب تخصص						پرسشنامه				مطالعه توصیفی و همبستگی											
۳	زارعی و همکاران (۱۳۹۵) (۲۷)	ب	ن	ب	ب	خ	غ	ب	ن	ب	ب	ب	ب	ن	غ	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ن	> ۷۵
		در بخش بخش کیفی مصاحبه با ۲۲ نفر از مدیران ارشد فعال در حوزه مدیریت بیمارستان (بیمارستان نمازی شیراز، نور تهران و رضوی مشهد) و در بخش کمی ۸۵ نفر از اساتید و دانشجویان دکتری رشته های مدیریت بازرگانی، مدیریت سلامت و مدیریت بهداشت شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی همدان و دانشگاه بوعلی سینا						در بخش کیفی روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه عمیق و بررسی اسناد و مدارک و در بخش کمی پرسشنامه				مطالعه آمیخته اکتشافی (کیفی و کمی)											
۴	بدیعی و همکاران (۱۳۹۴) (۳۳)	ب	غ	ب	ب	ب	ب	ب	ب	خ	ن	ب	ب	ن	غ	ب	ب	ب	ب	خ	ب	ب	> ۷۵
		مصاحبه و پرسش از صاحبنظران بخش پزشکی و گردشگری در استان گلستان						مصاحبه و پرسشنامه				مطالعه کیفی کاربردی با ماهیت پیمایشی											
۵	نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹) (۳۴)	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ن	> ۷۵
		۶۳ نفر از پزشکان و پرستاران						پرسشنامه				مطالعه پیمایشی											
۶	ملکی و توانگر (۱۳۹۴) (۳۵)	خ	ب	ب	ب	ب	خ	ب	ب	ن	ب	ب	ب	ب	غ	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	> ۷۵
		۱۲۸ نفر بیمار خارجی پذیرش شده در بیمارستان‌های اما رضا (ع)، بنت الهدی، مهر و جواد الائمه مشهد						پرسشنامه				مطالعه توصیفی و تحلیلی											
۷	حسینی و فرهادی‌نهاد (۱۳۹۱) (۳۶)	خ	خ	خ	ب	خ	ب	ب	خ	ب	ب	ب	خ	خ	غ	خ	ب	ب	خ	غ	خ	ب	> ۷۵
		۳۳ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور						مصاحبه با روش تداعی آزاد				تحلیل محتوا											
۸	حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵) (۳۷)	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ب	ب	ب	ن	ب	ب	ب	> ۷۵
		۴۰ نفر از اساتید دانشگاه، کارشناسان گردشگری در شهرداری و جهاد دانشگاهی مشهد و پزشکان و پرستاران مشهد						کتابخانه‌ای و مصاحبه				مطالعه توصیفی و تحلیلی											

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی

ابتدا تمام ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های استخراج‌شده از مطالعات، به‌عنوان کد در نظر گرفته‌شد. سپس به بررسی کدها پرداخته شد و با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند. به‌این‌ترتیب مفاهیم (تم‌ها) تحقیق شکل گرفت و مفاهیم نیز در یک طبقه کلی‌تر به نام ابعاد دسته‌بندی شدند. در نهایت پس از ارزیابی جامعه خبرگان با استفاده از جدول روش‌شناسی مشخصات، نهایتاً ۵ بعد، ۱۰ مؤلفه و ۴۰ شاخص که می‌توانست الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی را نمایش دهد، ترسیم شد (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳: منابع و فراوانی مقوله‌ها، مفاهیم و کدهای استخراج‌شده

متغیر	مقوله	مفاهیم	کدها (شاخص‌ها)	منبع
بازاریابی گردشگری پزشکی	**کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری**	گردشگری	حمل و نقل عمومی درون و برون شهری، پارکینگ‌ها و مراکز خرید ، خدمات هتلداری به همراهان بیمار، کیفیت بالای خدمات شهری	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹) (۳۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)(۲۷)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)،
		پزشکی	کیفیت و تنوع خدمات پزشکی، خدمات خاص به بیماران خارجی، پوشش مناسب و رفتار اخلاقی پزشک با بیمار، خدمات و تسهیلات بانکی و صرافی به بیماران	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیرپور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)،
	قیمت خدمات پزشکی و گردشگری	گردشگری	هزینه پایین اقامتی، هزینه پایین حمل و نقل، هزینه پایین خدمات راهنمای تور، قیمت رقابتی مراکز خرید	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)(۲۷)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)، حسینی و فرهادی‌نهاد (۱۳۹۱)(۳۶)
		پزشکی	هزینه پایین خدمات درمانی، هزینه هتلینگ بیمار، حق‌العمل جراحی پزشکان، هزینه تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)
	توسعه گردشگری پزشکی	گردشگری	توسعه ناوگان هوایی و زمینی، تبلیغات جذاب چند رسانه‌ای، تبلیغات دهان به دهان، وجود آژانس‌های گردشگری پزشکی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)
		پزشکی	توسعه تجهیزات مدرن پزشکی، پشتیبانی زبان‌های خارجی در مراکز درمانی، تقویت شهرت مراکز درمانی، ایجاد بیمارستان‌های بین‌المللی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)
	امکانات و تجهیزات پزشکی و گردشگری	گردشگری	امکانات ارتباطی و مخابراتی در طول اقامت، جاذبه‌های گردشگری، مکان‌های طبیعی جهت معالجه، وجود وب‌سایت‌ها و بازاریابی جذب گردشگران پزشکی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، حاجی‌نژاد و عنابستانی (۱۳۹۵)(۳۷)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)(۲۷)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)
		پزشکی	تجهیزات پیشرفته درمانی، امکانات هتلینگ بیمارستان‌ها، پزشکان متخصص و فوق متخصص، تنوع مراکز درمانی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)(۳۲)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)(۲۷)، هرندی و میرزاییان‌خمسه (۱۳۹۶)(۳۱)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)
	فناوری اطلاعات و ارتباطات	گردشگری	کیفیت ارتباطات الکترونیکی، کیفیت سرعت اینترنت، کیفیت تماس تصویری، دسترسی به تلفن ثابت	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)
		پزشکی	پذیرش الکترونیکی بیماران خارجی، خدمات فناوری از راه دور (تله مدیسن، مشاوره و آموزش از راه دور)، سیستم پرونده الکترونیک، تبلیغات الکترونیکی مراکز درمانی	ملکی و توانگر (۱۳۹۴)(۳۵)، نصیری‌پور و سلمانی (۱۳۸۹)(۳۴)، بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)(۳۳)

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

جدول ۴: خلاصه یافته‌های فرا ترکیب الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی

مقوله‌ها	مفاهیم	کدها
کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری	گردشگری	حمل و نقل عمومی درون و برون شهری پارکینگ‌ها و مراکز خرید خدمات هتلداری به همراهان بیمار کیفیت بالای خدمات شهری
	پزشکی	کیفیت و تنوع خدمات پزشکی خدمات خاص به بیماران خارجی پوشش مناسب و رفتار اخلاقی پزشک با بیمار خدمات و تسهیلات بانکی و صرافی به بیماران
قیمت خدمات پزشکی و گردشگری	گردشگری	هزینه پایین اقامتی هزینه پایین حمل و نقل هزینه پایین خدمات راهنمای تور قیمت رقابتی مراکز خرید
	پزشکی	هزینه پایین خدمات درمانی هزینه هتلینگ بیمار حق‌العمل جراحی پزشکان هزینه تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی
توسعه گردشگری پزشکی	گردشگری	توسعه ناوگان هوایی و زمینی تبلیغات جذاب چند رسانه‌ای تبلیغات دهان به دهان وجود آژانس‌های گردشگری پزشکی
	پزشکی	توسعه تجهیزات مدرن پزشکی پشتیبانی زبان‌های خارجی در مراکز درمانی تقویت شهرت مراکز درمانی ایجاد بیمارستان‌های بین‌المللی
امکانات و تجهیزات پزشکی و گردشگری	گردشگری	امکانات ارتباطی و مخابراتی در طول اقامت جاذبه‌های گردشگری در تبریز مکان‌های طبیعی جهت معالجه وجود وب‌سایت‌ها و بازاریابی جذب گردشگران پزشکی
	پزشکی	تجهیزات پیشرفته درمانی امکانات هتلینگ بیمارستان‌ها پزشکان متخصص و فوق متخصص تنوع مراکز درمانی
فناوری اطلاعات و ارتباطات	گردشگری	کیفیت ارتباطات الکترونیکی کیفیت سرعت اینترنت در تبریز کیفیت تماس تصویری دسترسی به تلفن ثابت
	پزشکی	پذیرش الکترونیکی بیماران خارجی خدمات فناوری از راه دور (تله مدیسن، مشاوره و آموزش از راه دور) سیستم پرونده الکترونیک تبلیغات الکترونیکی مراکز درمانی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

بحث

در جذب گردشگر بایستی به انواع جاذبه‌های طبیعی، تاریخی، معماری و برگزاری جشنواره توجه شود و علاوه بر آن، توجه به شرایط مساعد محیطی و امکانات مورد نیاز گردشگران نیز ضروری و حیاتی است. یکی از مهمترین ملزومات مورد نیاز گردشگران، وجود امکانات بهداشتی درمانی و شرایط محیطی ایمن و سالم می‌باشد. جوامعی که از جاذبه‌های گردشگری بسیار خوب برخوردارند ولی از لحاظ امکانات بهداشتی درمانی ضعیف هستند با مشکلات و خطرات زیادی برای مسافران مواجهه خواهند شد و بدین صورت توسعه گردشگری در آن منطقه با موانع جدی روبه‌رو خواهد شد (۳۸). مطابق یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به مسائل و مشکلات مطرح شده در خصوص صنعت گردشگری در ایران؛ محققین حیطه‌های تاثیرگذار در بازاریابی گردشگری پزشکی را شناسایی کردند و برای مرتفع نمودن این مشکلات به طراحی مدل متناسب با ویژگی‌های فرهنگ ایران اسلامی پرداختند. مدیران، کارکنان، سیاستگذاران برای موفقیت و افزایش سطح کیفیت این صنعت مهم، ضروری است که چالش‌های پایه پیش رو را از طریق مناسب حل کرده تا منجر به رشد و توسعه این صنعت باشند.

به عنوان شکل جدیدی از گردشگری و صنعت، گردشگری پزشکی طی سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است. گردشگری پزشکی ممکن است به عنوان یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر خدمات یکپارچه ارائه شده توسط ۲ بخش، یعنی پزشکی و گردشگری تعریف شود (۳۹). به دلیل پتانسیل‌هایی که ارائه می‌دهد، بازار گردشگری پزشکی به سرعت در حال گسترش است و آن را به شدت در مقیاس بین المللی قابل رقابت می‌کند (۴۰). علاوه بر این، گردشگری پزشکی به بیماران امکان می‌دهد تا با هزینه و زمان انتظار کمتری برای درمان، از مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا برخوردار شوند. بر این اساس، بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های پزشکی هستند، مایل هستند از کشورهای پیشرفته مانند استرالیا، انگلستان و ایالات متحده آمریکا برای درمان پزشکی به کشورهای در حال توسعه مانند کاستاریکا، هند و تایلند سفر کنند (۴۱). در سال ۲۰۱۰ گزارش شده است که تایلند، سنگاپور و هند بیشترین سهم را در بازار گردشگری پزشکی در آسیا داشتند. همچنین، در سال ۲۰۰۹ آمریکای لاتین یک مقصد مهم برای گردشگری پزشکی از جمله کشورهایی مانند کلمبیا، برزیل و مکزیک و همچنین کشورهای آسیای میانه (خاورمیانه) مانند اردن، ترکیه و امارات بود. بر این اساس، هر یک از کشورهای فوق الذکر در تلاشند تا مشکلات خود را برطرف کرده و گردشگری پزشکی جهانی را ارتقا دهند (۳۸).

مهمترین شکاف کیفیت خدمات به عواملی مانند هزینه خدمات بهداشتی، محیط بیمارستان، اطلاعات دادن به بیمار در ارائه خدمات، امکان ارتباط شخصی با پزشک، راحتی و آرامش اتاق انتظار بیمارستان، نگرش پرسنل در هنگام ارائه خدمات بهداشتی، ارائه مشاوره در زمان ترخیص، ارائه توضیحات کافی در مورد مشکل پزشکی توسط ارائه دهندگان مربوطه می‌شود (۴۲). مطالعه جانستون و همکاران (۲۰۱۳) نگرانی از کفایت خدمات و پیگیری پزشکان خانواده کانادا را بعد از بازگشت بیماران به کشورشان آشکار کرد (۴۳). در مطالعه‌ای که موسی و همکاران (۲۰۱۲) در مالزی بر روی گردشگران پزشکی انجام دادند، ارائه توصیه‌های مناسب در زمان ترخیص به عنوان جزء اساسی رضایت بیمار گزارش شد (۴۴).

صنعت گردشگری پزشکی بخش روبه‌رشدی از بازار جهانی است و آثار آن از جنبه‌های اقتصادی و تجاری فراتر رفته است. با افزایش تقاضا برای گردشگری و نقش مهم صنعت گردشگری، بسیاری از کشورها سعی کرده‌اند این پتانسیل را برای جذب گردشگران سالم، به ویژه کشورهای در حال توسعه آسیا، افزایش دهند (۴۵). بر اساس گزارشات جهانی، بازار جهانی گردشگری پزشکی در سال ۲۰۱۶ به ارزش ۶۱/۱ میلیارد دلار ارزش‌گذاری شده بود و پیش بینی می‌شد که تا سال ۲۰۲۳ به ۱۶۵/۳ میلیارد دلار برسد و مجموعاً ۱۵ درصد رشد داشته باشد (۴۶). مطالعه تورنر (۲۰۱۱) نشان داد هند، سنگاپور، تایلند و فیلیپین تبدیل به مقاصد برتر گردشگری پزشکی برای کسانی شده‌اند که به دنبال مراقبت‌های پزشکی تخصصی در آسیا هستند (۴۷). سرمایه گذاری در این بخش می‌تواند منجر به افزایش درآمد، بهبود خدمات و درآمد ارزی بیشتر شود (۴۸). در سال ۲۰۱۰ درآمد جهانی سالانه گردشگری پزشکی حدود ۲۰ درصد رشد کرده است (۴۹). آمار مربوط به افرادی که برای دریافت خدمات پزشکی به کشورهای دیگر سفر می‌کنند قابل اعتماد نیست و ارقام ارائه شده توسط

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

مطالعات مختلف، از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. با این حال، تعداد مراجعه بیماران به کشورهای خارجی سالانه در حال افزایش است و انتظار می‌رود این افزایش در سال‌های آینده حتی با شدت بیشتری باشد. با توجه به درآمد جهانی این صنعت، ایران اقدامات زیادی را برای افزایش سهم خود از بازار گردشگری پزشکی انجام داده است. با این وجود، هنوز یک سری موانع از جمله پیش شرط‌های بین المللی و زیرساختی برای مشارکت کشور در بازار جهانی وجود دارد (۵۰).

در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه خاورمیانه، ایران دارای پتانسیل جالبی برای توسعه گردشگری پزشکی است، از جمله طبیعت چهار فصل، منابع طبیعی فراوان، قیمت پایین خدمات پزشکی، پزشکان معتبر بین المللی و عملکرد موفق در جراحی‌ها در سطح جهانی (۲۳). با این حال، با وجود این پتانسیل برای توسعه گردشگری پزشکی در ایران، این کشور بر اساس شاخص گردشگری پزشکی در سال ۲۰۱۶ در بین ۳۰ مقصد برتر گردشگران پزشکی قرار نگرفت (۵۱). در حالیکه اقدامات لازم برای افزایش سهم بازار صنعت گردشگری پزشکی در سال‌های گذشته انجام شده است، صنعت گردشگری پزشکی ایران با موانعی از جمله عدم وجود سیستم جامع مدیریت اطلاعات ویژه گردشگران پزشکی، بازاریابی ناکافی، زیرساخت‌های ناکافی، کمبود متخصصین در این زمینه و کمبود برنامه‌های آموزشی مربوطه روبه‌روست (۵۲). مؤمنی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای روی موانع طراحی گردشگری پزشکی در استان آذربایجان شرقی به این نتیجه دست یافتند که عواملی از قبیل بازاریابی، موضوعات بین المللی، مسائل فرهنگی، ارتباطات، مراکز درمانی، انتقال بیماران بین المللی، فروشندگان، مسائل ساختاری، مسائل مدیریتی و سیاسی به عنوان موانع مهم در این خصوص می‌باشند و برای بهبود این موانع مفاهیم کلی را برای توسعه صنعت گردشگری پزشکی در استان آذربایجان شرقی ایران پیشنهاد کرده‌اند (۵۰). همچنین آزادی و همکاران (۲۰۱۲) الزامات بین‌المللی و ساختاری برای حضور در بازار جهانی، ضعف سیستم مدیریت اطلاعات گردشگری پزشکی و همچنین مسائل سیاسی، مشکلات مدیریتی، کارگزاری، حمل و نقل، فرهنگی و بازاریابی را به عنوان موانع توسعه گردشگری پزشکی شناخته‌اند (۵۳). طبق سند ۱۴۰۴ ایران (۲۰۲۵ میلادی)، پیش بینی می‌شود که ۱ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر جذب گردشگری پزشکی شوند. از اینرو، ایران توانایی کسب رتبه برتر در گردشگری پزشکی در خاورمیانه را دارد (۵۴). به طور متناقضی، ایران در رده دهم جاذبه‌های گردشگری جهان قرار دارد؛ درحالیکه رتبه آن در جذب گردشگر ۵۲ است. متأسفانه، آماری در مورد تعداد گردشگران پزشکی که وارد ایران می‌شوند در دسترس نیست (۲۴).

بر اساس نتایج مصاحبه با گردشگران در مطالعه حاضر، هزینه بالای خدمات بهداشتی و اطلاعات نامناسب در مورد تعرفه خدمات بهداشتی و درمانی مهمترین دلیل نارضایتی گردشگران پزشکی در تبریز است که به نوبه خود باعث کاهش تعداد گردشگران پزشکی مراجعه کننده به مراکز درمانی در این شهر می‌شود (۴۲). در مطالعه‌ای که حسینی و همکاران (۲۰۱۶) انجام دادند، گردشگران پزشکی که به مراکز بهداشتی درمانی کودکان در تهران مراجعه می‌کردند شفافیت هزینه‌های درمانی را بسیار ضعیف ارزیابی کردند و از سیستم‌های پرداخت نامناسب و نبود امکانات مبادله ارز شکایت کردند (۵۵). در مقابل، مطالعه‌ای (۲۰۱۴) که با مصاحبه ۱۵ سهامدار اصلی صنعت گردشگری در استان آذربایجان شرقی انجام شد نشان داد که گردشگران پزشکی از هزینه خدمات درمانی راضی هستند (۲۱). براساس این یافته‌ها، بدیهی است که شفافیت هزینه‌های درمانی ممکن است رضایت گردشگران آذربایجانی را که به مراکز درمانی شهر تبریز ایران مراجعه می‌کنند ، افزایش دهد.

وجود فاصله زمانی بین انجام مطالعه و انتشار یافته‌ها، عدم اشراف و تجربه ناکافی خبرگان و متخصصین داخلی به مسایل گردشگری پزشکی و در دسترس نبودن متن کامل برخی از منابع، از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. پیشنهاد می‌شود محققان در مطالعات آینده، استفاده از تجربیات وسیع‌تر با اولویت کشورهای پیشرو در صنعت گردشگری پزشکی را مد نظر قرار دهند. همچنین با توجه به انجام مطالعه در کشور ایران و وجود تفاوت‌های فرهنگی و زیر ساختی شاید نتایج مطالعه به طور کامل قابل تعمیم برای سایر کشورها نباشد. لذا لازم است پژوهشگران، سیاستگذاران و مدیران قبل از به‌کارگیری این الگو آن را با مسایل زیرساختی و فرهنگی خود تطبیق داده و براساس نیازهای خود مورد استفاده قرار دهند. از جمله نقاط قوت این الگوی ارائه شده استفاده از یک روش ساختارمند به نام فراترکیب است که در این روش به‌جای ارائه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

خلاصه جامعی از یافته‌ها، یک ترکیب تفسیری از یافته‌ها ارایه می شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت مسئله پژوهش و همچنین مروری بر ادبیات و پیشینه تحقیق، ضرورت طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی احساس گردید. محقق در گام‌های اول ابتدایی تحقیق و با توجه به مطالعات اولیه خود در زمینه موضوع پژوهش، به این نکته رسید که محققان گذشته اجماع قابل‌توجهی در خصوص تعریف، انواع و ابعاد مختلف بازاریابی گردشگری پزشکی ندارند. بررسی‌ها نشان می‌داد از دید برخی از صاحب‌نظران، دلیل اصلی تحقق نیافتن چنین اجماعی، عدم توجه مناسب به ماهیت چندوجهی بازاریابی گردشگری پزشکی بود. بازاریابی گردشگری پزشکی، یک مفهوم نسبتاً جدید و گسترده در زمینه بازرایابی گردشگری است. بازاریابی گردشگری پزشکی در دل تحقیقات رشته بازاریابی و گردشگری یافت می‌شود. با توجه به گستردگی تحقیقات در خصوص بازاریابی گردشگری پزشکی هم در حوزه بازاریابی و هم گردشگری، احتمال طراحی مدلی جامع که بتواند قابلیت استفاده در بیمارستان‌های استان آذربایجان‌شرقی را داشته باشد ضعیف جلوه می‌داد. بنابراین یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند در شناسایی عوامل تأثیر گذار بر بازاریابی گردشگری پزشکی به مقامات، مدیران و برنامه ریزان وزارت بهداشت و همچنین سیاستگذاران نظام سلامت مفید باشد. علاوه بر آن، الگو و دیدگاه جدید را ارائه می‌کند که در راستای چگونگی بازاریابی گردشگری پزشکی برای صنعت گردشگری ایران کمک کننده خواهد بود.

همان‌طور که با استفاده از روش فراترکیب برای استخراج ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های بازاریابی گردشگری پزشکی و نیز در تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از جامعه هدف نشان داده شد، مدل پژوهش حاضر متشکل از ۵ بعد، ۱۰ مؤلفه و ۴۰ شاخص است که می‌تواند الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی را در سطح استان آذربایجان شرقی نمایش دهد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ایشان را یاری رساندند، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ع. پ، م. ر، ع. ج، ی. ع، م. الف ب

جمع آوری داده‌ها: ع. پ

تحلیل داده‌ها: ع. ج

نگارش و اصلاح مقاله: ع. پ، م. الف ب، م. ر، ع. ج، ی. ع

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته مدیریت بازرگانی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز با کد ۱۶۲۲۸۶۶۰۶ استخراج شده و از هیچگونه حمایت مالی برخوردار نشده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Heung VC, Kucukusta D, Song H. Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. Tourism Management 2011; 32(5): 995-1005. doi:10.1016/j.tourman.2010.08.012.
2) Singal M. Corporate social responsibility in the hospitality and tourism industry: do family control and financial condition matter?. International Journal of Hospitality Management 2014; 36: 81-9.
3) Rahmani H, Arab M, Saeedpour J, Rajabi Vasokolaei G, Mirzaii H. Iran's health tourism market during and after the corona pandemic: letter to the editor. Manage Strat Health Syst 2020; 5(3): 165-8. [Persian]
4) Amir-Behghadami M, Janati A. Iranian national covid-19 electronic screening system: experience to share. Emergency Medicine Journal 2020; 37(7): 412-3. doi:10.1136/emermed-2020-209806.
5) Raina A. Ecology, wildlife and tourism development: principles, practices and strategies. Available from URL: https://books.google.com/books/ about/ Ecology_Wildlife_and_Tourism_Development.html?id=6IY2U H9c8QC. Last access: nov 3, 2021.
6) Zamani-Farahani H, Musa G. Residents' attitudes and perception towards tourism development: a case study of Masooleh, Iran. Tourism Management 2008; 29(6): 1233-6. doi:10.1016/j.tourman.2008.02.008.
7) Abd Manaf NH, Maulan S, Hussin H, Jahn Kassim PN, Alavi R. Service quality, value, satisfaction and future intention in medical tourism. JTHCA 2017; 9(3): 1-12.
8) Nilashi M, Samad S, Manaf AA, Ahmadi H, Rashid

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

TA, Munshi A, et al. Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: a dematel-fuzzy topsis approach. Computers & Industrial Engineering 2019; 137: 106005. doi:10.1016/j.cie.2019.106005.
9) Samadbeik M, Asadi H, Mohseni M, Takbiri A, Moosavi A, Garavand A. Designing a medical tourism website: a qualitative study. Iran J of Public Health 2017; 46(2): 249-57.
10) Ahani A, Nilashi M, Ibrahim O, Sanzogni L, Weaven S. Market segmentation and travel choice prediction in Spa hotels through tripadvisor's online reviews. International Journal of Hospitality Management 2019; 80: 52-77. doi:10.1016/ j.ijhm.2019.01.003.
11) Heydari M, Yousefi M, Derakhshani N, Khodayari-Zarnaq R. Factors affecting the satisfaction of medical tourists: a systematic review. Health Scope 2019; 8(3): e80359.
12) Cannon Hunter W. Medical tourism: a new global niche. International Journal of Tourism Sciences 2007; 7(1): 129-40. doi:10.1080/15980634. 2007. 11434599.
13) Béland D, Zarzeczny A. Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda. Globalization and Health 2018; 14(1): 1-7. doi: 10.1186/s12992-018-0387-0.
14) Junio MMV, Kim JH, Lee TJ. Competitiveness attributes of a medical tourism destination: the case of South Korea with importance-performance analysis. Journal of Travel & Tourism Marketing 2017; 34(4): 444-60. doi:10.1080/10548408.2016.1182454.
15) Sandberg DS. Medical tourism: an emerging global healthcare industry. International Journal of Healthcare Management 2017; 10(4): 281-8. doi:10.1080/20479700.2017.1296213.
16) Aziz A, Yusof RM, Ayob M, Bakar NTA. Measuring tourist behavioural intention through quality in Malaysian medical tourism industry. Procedia Economics and Finance 2015; 31: 280-5. doi:10.1016/S2212-5671(15)01179-X.
17) Lunt NT, Mannion R, Exworthy M. A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flowsspol. Social Policy & Administration 2011; 47(1): 1-25.
18) Gualano MR, Bert F, Passi S, Stillo M, Brescia V, Scaioli G, et al. Could shared decision making affect staying in hospital? a cross-sectional pilot study. BMC Health Services Research 2019; 19(1): 174.
19) Uki NM, Suki NM, Azman NS. Impacts of corporate social responsibility on the links between green marketing awareness and consumer purchase intentions. Procedia Economics and Finance 2016; 37(16): 262-8.
20) Ricafort KMF. A study of influencing factors that lead Medical tourists to choose Thailand hospitals as medical tourism destination [master thesis]. Webster university, School of Business and Technology; 2011.
21) Momeni K, Janati A, Imani A, Khodayari-Zarnaq R, Arab-Zozani M. An analysis of competitive situation medical tourism industry: a case study in northwest Iran. Bali Med J 2014; 6(2): 279-88. doi:10. 15562/bmj.v6i2.529.
22) John SP, Larke R. An analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. Tourism Review International 2016; 20(2): 73-90.
23) Jabbari A, Ferdosi M, Keyvanara M, Agharahimi Z. Stakeholders' analysis of the medical tourism industry: development strategies in Isfahan. Journal of Education and Health Promotion 2013; 2: 44.
24) Izadi M, Ayoobian A, Nasiri T, Joneidi N, Fazel M, Hosseinpourfard M. Situation of health tourism in Iran; opportunity or threat. Journal of Military Medicine 2012; 14(2): 69-75.
25) Moghimehfar F, Nasr-Esfahani MH. Decisive factors in medical tourism destination choice: a case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. Tourism Management 2011; 32(6): 1431-4. doi:10.1016/j. tourman.2011.01.005.
26) Maboodi MT, Hakimi H. Determinant factors on medical tourism (case study: Iran). Journal of Tourism Planning and Development 2016; 4(15): 80-106.
27) Zarei A, Azar A, Rezaei Rad M. Measuring social marketing in health tourism. Tourism Planning and Development 2016; 5(18): 33-53. [Persian]
28) Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research: Springer publishing company; 2006. 1-79.
29) Glynn L. A critical appraisal tool for library and information research. Library Hi Tech 2006; 24(3): 387-99.
30) Mousaloo A, Amir-Behghadami M, Janati A, Gholizadeh M. Exploring the challenges and features of implementing performance-based payment plan in hospitals: a protocol for a systematic review. Systematic Reviews 2021; 10(1): 1-7. doi: 10.1186/s13643-021-01657-x.
31) Harandi A, Mirzaeian Khamseh P. Explaining the model of attracting health tourists: using the data theory strategy of the classical foundation. Journal of Urban Tourism 2016; 4(15): 80-106. [Persian]
32) Maboudi MT, Hakimi H. Determinants of medical tourism; case study of Iran. Tourism Planning and Development 2017; 4(1): 87-98. [Persian]
33) Badiei F, Ebrahimi A, Didekhani H. Medical tourism development in golestan province; an assessment of identified solutions. New Marketing Research Journal 2017; 6(4): 25-36. [Persian]
34) Nasiripour A, Salmani L. The role of empowerment of Tehran hospitals in the development of medical tourism. Hospital 2006; 9(3): 57-67. [Persian]
35) Maliki S, Tavangar M. Study and analysis of Mashhad health tourism challenges from the

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

perspective of foreign patients. Geography and Development of Urban Space 2015; 2(2): 153-65. [Persian]
36) Husseini MH, Farhadinahad R. Towards the identification of university brand image measurement scales. Educational Measurement 2012; 2(8): 109-32. [Persian]
37) Hajinejad A, Annabestani S. Develop a strategic medical tourism plan with emphasis on religious tourism in Mashhad. Geographical Research Quarterly 2016; 31(2): 101-14. [Persian]
38) Beladi H, Chao C-C, Ee MS, Hollas D. Medical tourism and health worker migration in developing countries. Economic Modelling 2015; 46: 391-6.
39) Heung VC, Kucukusta D, Song H. A conceptual model of medical tourism: implications for future research. Journal of Travel & Tourism Marketing 2010; 27(3): 236-51.
40) Han H, Hyun SS. Customer retention in the medical tourism industry: impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. Tourism Management 2015; 46: 20-9.
41) Yeoh E, Othman K, Ahmad H. Understanding medical tourists: word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. Tourism Management 2013; 34: 196-201.
42) Khodayari-Zarnaq R, Yousefi M, Hajizadeh M, Heydari M. Medical tourists' perspectives on the quality of care in Iran. Anatolia 2021; 32(1): 70-9.
43) Johnston R, Crooks VA, Snyder J, Dharamsi S. Canadian family doctors' roles and responsibilities toward outbound medical tourists:"Our true role is... within the confines of our system". Canadian Family Physician 2013; 59(12): 1314-9.
44) Musa G, Doshi DR, Wong KM, Thirumoorthy T. How satisfied are inbound medical tourists in Malaysia? a study on private hospitals in Kuala Lumpur. Journal of Travel & Tourism Marketing 2012; 29(7): 629-46.
45) Ganguli S, Ebrahim AH. A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. Tourism Management Perspectives 2017; 21: 74-84.
46) Campbell CA, Restrepo C, Navas G, Vergara I, Peluffo L. Plastic surgery medical tourism in Colombia: a review of 658 international patients and 1,796 cosmetic surgery procedures. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open 2019; 7(5): e2233.
47) Turner LG. Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. International Journal for Quality in Health Care 2011; 23(1): 1-7.
48) Johnston R, Crooks VA, Ormond M. Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica. Globalization and Health 2015; 11(1): 1-13.
49) Yu JY, Ko TG. A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. Tourism Management 2012; 33(1): 80-8.
50) Momeni K, Janati A, Imani A, Khodayari-Zarnaq R. Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: a qualitative study. Tourism Management 2018; 69: 307-16. doi:10.1016/j.tourman.2018.05.007.
51) Fetscherin M, Stephano RM. The medical tourism index: scale development and validation. Tourism Management 2016; 52: 539-56.
52) Azadi F, Maleki MR, Tabibi SJ, Azmal M. A medical tourist perception of Iranian hospital quality: limited employee foreign language skills negatively impact communication. International Journal of Hospital Research 2012; 1(2): 85-90.
53) Azadi F, Maleki M, Tabibi SJ, Azmal M. A medical tourist perception of Iranian hospital quality: limited employee foreign language skills negatively impact communication. International Journal of Hospital Research 2012; 1(2): 85-90.
54) Mahdavi Y, Mardani S, Hashemidehaghi Z, Mardani N. The factors in development of health tourism in Iran. International Journal of Travel Medicine and Global Health 2013; 1(2): 113-8.
55) Hosseini SM, Mohammadzadeh KA, Bakhsh FZ, Nabian MH. Medical tourists' perception of service quality in children's medical center of Tehran, Iran. Journal of Orthopedic and Spine Trauma 2016; 2(3): e11195.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]

Manage Strat Health Syst

Review Article

Developing a Medical Tourism Marketing Model by a Meta-Synthesis Method

Alireza Pashaeifar [1], Mojtaba Ramezani [2*], Ali Janati [3], Yaghoub Alavi Matin [4], Hossein Bodaghi Khajeh Noubar [4]

[1] Ph.D. student of Business Management, Department of Marketing Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Business Management, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran
[3] Professor, Department of Health Management and Policy, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Business Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

* **Corresponding Author:** Mojtaba Ramezani
dmramazani@gmail.com

Citation: Pashaeifar A, Ramezani M, Janati A, Alavi Matin Y, Bodaghi Khajeh Noubar H. Developing a Medical Tourism Marketing Model by a Meta-Synthesis Method Manage Strat Health Syst 2021; 6(3): 260-75.

Received: June 30, 2021
Revised: October 25, 2021
Accepted: November 02, 2021

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors declare that they have no competing interests.

A B S T R A C T

Background: Today, medical and health tourism is one of the most promising sectors in the tourism industry in the world, which has led the organizations involved ,and the countries interested in developing tourism ,to focus their attention on this aspect of the tourism industry and plan for it. Hence, the aim of this study was to design the marketing model of medical tourism using meta-synthesis method.

Methods: The present study was designed as a meta-synthesis research in several stages for East Azerbaijan Province, Iran. Accordingly, after identifying the categories, concepts and marketing codes of medical tourism and evaluating its validity and reliability, the initial conceptual model of the research was formed. Out of 100 retrieved studies, 8 studies completely related to the purpose of the study were included in final analysis. In order to present the marketing model of medical tourism, the qualitative research method of meta-synthesis's Sandlowski and Barroso (2006) was used.

Results: The conceptual model in the present study consists of 5 dimensions, 10 components and 40 indicators which can show the marketing model of medical tourism. 5 main dimensions included; quality of medical and tourism services, price of medical and tourism services, development of tourism and medicine, medical and tourism facilities and equipment, and information and communication technology.

Conclusion: The results of the research show that the dimensions, components and indicators extracted from the meta-synthesis method are approved by the panel of experts. The findings provide a new model and perspective on how to market medical tourism for the Iranian tourism industry, which will help managers, planners and policy makers of the healthcare system.

Key words: Marketing, Medical tourism, Meta-Synthesis method

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.2.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8043]