مقاله پژوهشی

واکاوی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی؛ موردمطالعه: استان گلستان

حسین لیوانی [۱]، علی فرهادی محلی [۲*]، علیرضا معطوفی [۳]

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت دولتی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
[۳] دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** علی فرهادی محلی
al.farhadi@iau.ac.ir

ارجاع: لیوانی حسین، فرهادی محلی علی، معطوفی علیرضا. واکاوی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی؛ موردمطالعه: استان گلستان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۴): ۳۳۴-۴۶.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری پزشکی به‌عنوان صنعتی ارز آور در دنیا رقابت فزاینده کشورها را برای جذب حداکثری گردشگران در پی داشته است. با توجه به رقابت فزاینده‌ی بین‌المللی در این حوزه، به‌منظور بهره‌برداری مناسب از قابلیت‌های استان گلستان، این پژوهش باهدف واکاوی و تبیین ابعاد و مؤلفه‌های پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان انجام شد.

روش پژوهش: این تحقیق با استفاده از روش کیفی مبتنی بر نظریه‌پردازی داده بنیاد در سال ۱۳۹۹ انجام شد. به‌منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته استفاده شد. جامعه پژوهش شامل صاحب-نظرانی از مدیران و اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، مدیران و مسئولان اداره کل میراث فرهنگی و گردشگری، صاحبان شرکت‌های مسافرتی، پزشکان و پرستاران با حداقل ۵ سال سابقه کار مرتبط درزمینه‌ی گردشگری پزشکی بود. نمونه‌گیری به شکل هدفمند انجام گردید و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت که درنهایت با ۱۳ نفر مصاحبه به عمل آمد. تحلیل داده‌ها نیز هم‌زمان با گردآوری داده‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری، انتخابی و با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 2020 صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان در قالب ۲۶۳ کد، ۶۵ مفهوم، ۹ مقوله فرعی و ۵ مقوله اصلی شامل جاذبه‌های اقلیمی و زیست‌محیطی، معماری سازمان، نظام خط‌مشی‌گذاری، ظرفیت‌سازی و کیفیت خدمات و مدیریت استراتژیک طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: خط‌مشی‌گذاران گردشگری پزشکی استان گلستان با استفاده از نتایج حاصل از این تحقیق می‌توانند با پیش‌بینی ابزار اجرای مناسب در فرایند خط‌مشی‌گذاری در جهت توسعه‌ی گردشگری پزشکی، افزایش درآمد و توسعه کسب‌وکار در استان گلستان اقدام نمایند.

واژه‌های کلیدی: واکاوی، پیش‌برنده، بازدارنده، اجرای خط‌مشی، گردشگری پزشکی، نظریه داده بنیاد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

مقدمه

اجرای خط‌مشی یکی از اصیل‌ترین مراحل فرایند خط‌مشی-گذاری است. عوامل پیش‌برنده، آن دسته از عوامل و شرایطی هستند که اگر وجود داشته باشند تا حد زیادی می‌توان اطمینان حاصل کرد که خط‌مشی به اهداف خود خواهد رسید و عوامل بازدارنده، شرایط و عواملی هستند که اجرا را با مانع مواجه می‌سازند. بی‌شک این دو دسته عوامل دو روی یک سکه‌اند (۱). در کشورهای جهان سوم غالباً به علت ناکارآمدی بوروکراسی‌های دولتی، قوانین و مقررات، در اجرا دچار اختلال شده و به اهداف تعیین‌شده از سوی خط‌مشی‌گذاران نائل نمی-شود (۲).

گردشگری پزشکی با توجه به ارزآوری بسیار بالا برای کشورها از رشد قابل‌توجهی برخوردار بوده و به یکی از موضوعات بسیار پرطرفدار در بسیاری از کشورها تبدیل‌شده است (۳). گردشگری پزشکی، مانند هر نوع دیگری از گردشگری، بدون شک جزء مهمی از یک اقتصاد پایدار است (۴). بسیاری از کشورها ازجمله سنگاپور، هند، تایلند، هنگ-کنگ، مجارستان، اردن، لیتوانی، مالزی و امارات متحده عربی به‌عنوان مقصدهای عمده گردشگری پزشکی شناخته‌شده‌اند (۵). گردشگری پزشکی نوعی از گردشگری سلامت است که برای درمان بیماری‌های جسمی یا انجام عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انجام می‌شود. در این نوع از گردشگری، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری باشد (۶). ایران ازنظر جاذبه‌های گردشگری طبیعی جزو ۱۰ کشور برتر جهان است اما از بازار توریسم و گردشگری سهم شاخصی نبرده است (۷). امروزه، بیماران کمتر مرفه از کشورهای توسعه‌یافته برای استفاده از خدمات و مراقبت‌های پزشکی باکیفیت بالا و قیمت مناسب، به کشورهای به‌اصطلاح «جهان سوم» سفر می‌کنند (۸). مالزی با تبلیغ جاذبه‌های گردشگری مانند سواحل زیبا و تفرجگاه‌ها، تایلند با تأکید بر ارائه خدمات باکیفیت و هزینه کمتر و در مدت‌زمان کوتاه‌تر فعالیت‌های مؤثری را درزمینه‌ی جذب گردشگران پزشکی انجام داده‌اند (۹).

نتایج برخی تحقیقات خارجی مانند گو و همکاران (۲۰۲۱) در کشور آذربایجان نشان داده که سطح بالای فناوری، توانایی-های پزشکی، هزینه‌های حمل‌ونقل، احساس امنیت و بازاریابی اینترنتی، نقش مثبت زیادی در توسعه‌ی گردشگری پزشکی دارد (۱۰). همچنین دوغانجان کاومک و کاومک (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند مقررات - قانون ناسازگار و منابع انسانی بخشی از موانع توسعه گردشگری پزشکی در ترکیه را تشکیل می‌دهند (۱۱). در حال حاضر کشورهای مالزی، هند، سنگاپور، دبی، اردن، ترکیه و آذربایجان علیرغم هزینه بالای درمان در این کشورها ازجمله رقبای ایران در بحث گردشگری سلامت محسوب می‌شوند (۱۲).

مطالعه غلامی و همکاران (۱۴۰۰) که باهدف تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران و با گردآوری داده‌ها از صاحب‌نظران، کارمندان و اساتید دانشگاه در حوزه پزشکی و توریسم انجام‌شده بود، نشان داد عواملی مانند عدم وجود برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در سیاست‌های دولت و مجلس، عدم‌حمایت از بخش خصوصی، عدم‌حمایت دولت از ایجاد زیرساخت‌های گردشگری و روابط خارجه ضعیف ایران با کشورهای اتحادیه عرب ازجمله مهم‌ترین موانع یا عوامل بازدارنده‌ی توسعه گردشگری پزشکی هستند (۱۳). مطالعه آسایش و کمالی (۱۴۰۰) باهدف تخمین تقاضای گردشگر درمانی خارجی در ۴ منطقه آمایش سرزمین دارای مزیت در پزشکی بر روی ۱۸۳ گردشگر خارجی نشان داد که علاوه بر تورم، مقررات و تسهیلات ورود و خروج، شرایط سیاسی و ارتباطی با ایران، زمان انتظار دریافت خدمت و شهرت پزشک و تخصص خاص نیز بر گردشگری پزشکی مؤثرند (۶). حسینی و تقوایی (۱۴۰۰) نیز در تحقیقی به بررسی تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات در استان‌های مرزی کردستان، کرمانشاه و ایلام پرداختند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد؛ تدوین سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، حمایتی و نظارتی، تقویت تعامل و همکاری، دنبال کردن برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت، تأسیس و توسعه‌ی آژانس‌های گردشگری سلامت، توجه و حمایت ویژه دولت از طریق قانون-گذاری، ارتقای تجهیزات پزشکی و توسعه وسایل حمل‌ونقل جاده‌ای، ریلی و هوایی از عوامل پیش‌برنده و مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی هستند (۱۴).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

بر اساس برنامه‌ی چشم‌انداز ۲۰ ساله، ایران باید اولین کشور منطقه درزمینه‌ی گردشگری سلامت باشد و تا سال ۱۴۰۴ با ایجاد توان ارائه‌ی خدمات پزشکی و درمانی، پذیرای ۲۰ میلیون گردشگر بوده و ۱۵ میلیارد دلار از این حوزه درآمد کسب کند (۱۵). استان گلستان در شمال ایران قرار داشته و مرکز آن شهرستان گرگان است. از شمال به جمهوری ترکمنستان، از غرب به استان مازندران و دریای خزر، از جنوب به استان سمنان و از شرق به استان خراسان شمالی محدود می‌شود (۱۶). استان گلستان به علت همسایگی با کشورهایی که ازنظر سطح درمانی و پزشکی، بسیار از کشور ما پایین‌تر هستند و بهره‌مندی از نیروهای مجرب پزشکی و مراکز درمانی قوی، چه در مرکز استان و چه در سایر شهرهای آن می‌تواند یکی از بهترین مقاصد گردشگران پزشکی باشد (۱۷).

مطالعه نظام‌مند ادبیات تحقیق نشان داد باوجود ظرفیت و استعدادهای استان گلستان، تاکنون تحقیقی در خصوص عوامل پیش‌برنده و بازدارنده در توسعه‌ی گردشگری پزشکی این استان انجام‌نشده است. جامعه‌ی آماری اکثر تحقیقات انجام‌شده در کشور صرفاً از ذی‌نفعان یک بخش خاص مانند گردشگران، دانشگاهیان یا جامعه پزشکی بوده است و اغلب مطالعات گردشگری پزشکی با استفاده از روش‌های کمّی و ابزار پرسشنامه انجام‌شده بود درصورتی‌که ظرفیت دسترسی و آگاهی به جزئیات و ابعاد بیشتری از زوایای پنهان این مسئله با استفاده از روش‌های کیفی وجود داشت.

این تحقیق به‌منظور رفع این شکاف و توسعه ادبیات گردشگری پزشکی، با این هدف که حیطه‌ی ذی‌نفعان بیشتری را در برگیرد و نظریه‌های موجود در این بخش را توسعه دهد، صورت پذیرفته است. لذا مطالعه حاضر از منظر بهره‌مندی از تجربیات ذی‌نفعان کلیدی گردشگری پزشکی و تأکید بر اهمیت شناخت عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط-مشی‌های گردشگری پزشکی، احساس ضرورت خط‌مشی‌گذاران به توسعه گردشگری پزشکی، حرفه‌ای شدن در این حوزه و ارتقاء دانش علمی و بسط ادبیات موضوعی دارای اهمیت و ضرورت بوده و خط‌مشی‌گذاران و مجریان در فرایند خط‌مشی-گذاری به‌ویژه در مرحله‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی می‌توانند با برنامه‌ریزی دقیق‌تر، هر چه بیشتر اهداف موردنظر را تحقق بخشند. ازاین‌رو هدف اصلی این تحقیق واکاوی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی و ارائه الگوی مناسب در استان گلستان بود.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع اکتشافی و ازلحاظ هدف، کاربردی-توسعه‌ای بوده که با رویکرد کیفی در سال ۱۳۹۹ در استان گلستان انجام شد. در اجرای تحقیق، از نظریه‌پردازی داده‌بنیاد (grounded theory) بر اساس رهیافت نظام‌مند استراوس و کوربین (۲۰۰۸) استفاده شد. نظریه‌پردازی داده‌بنیاد یکی از رویکردهای پژوهش کیفی است که به‌طور خاص برای پژوهش-های اکتشافی مناسب است (۱۸). هنگام استفاده از روش نظریه‌پردازی داده بنیاد، به مطالب دقیق و عمیق مصاحبه نیاز است و باید بیشتر به کیفیت مصاحبه‌ها توجه شود تا کمّیت آن‌ها (۱۹). مهم‌ترین دلایل استفاده از روش کیفی و نظریه‌پردازی داده‌بنیاد در این پژوهش آمیخته بودن صنعت گردشگری پزشکی از دو حرفه گردشگری و پزشکی و محدودیت شناختی از ابعاد و مؤلفه‌های مسئله تحقیق بود؛ بنابراین برای کسب اطلاعات دست‌اول از صاحب‌نظران در ارتباطی دوطرفه و تعاملی و به دست آوردن نتایج واقع بینانه و عمیق‌تر در جهت شناخت پدیده موردمطالعه، استفاده از این روش ضرورت داشت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از سه نوع کدگذاری باز، محوری و انتخابی و نرم‌افزار MaxQDA 2020 استفاده شد.

جامعه‌ی آماری این پژوهش متشکل از مدیران و اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، مدیران و مسئولان اداره کل میراث فرهنگی و گردشگری، صاحبان شرکت‌های مسافرتی، پزشکان و پرستاران صاحب‌نظر با حداقل ۵ سال سابقه کار مرتبط اجرایی و علمی در حوزه گردشگری پزشکی استان گلستان بود. انتخاب نمونه‌ها به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند با تکنیک گلوله‌برفی تا رسیدن به حد کفایت داده‌ها و اشباع نظری ادامه یافت. منظور از اشباع نظری، مرحله‌ای است که در آن دیگر داده‌های جدیدی در ارتباط با مقوله پدید نیایند و داده‌های قبلی تکرار شوند. معیارهایی که در انتخاب مصاحبه‌شوندگان مؤثر بوده است، شامل لزوم در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف و متنوع افراد با توجه به جایگاه شغلی و تجربی فرد برای شناسایی زوایای مختلف مسئله، داشتن حداقل مدرک کارشناسی از دانشگاه و

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

سطح دانش علمی، حداقل ۵ سال سابقه کار مرتبط با گردشگری پزشکی و درنهایت اخذ موافقت از مصاحبه‌شوندگان و تمایل آن‌ها برای همکاری در انجام مصاحبه بود. بدین ترتیب درمجموع حجم نمونه معادل ۱۳ نفر شد.

ابزار به‌کاررفته شده در این پژوهش، مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته بود. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ الی ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صدا به‌طور کامل ضبط‌شده و نکات کلیدی نیز در حین مصاحبه یادداشت شد. پس از پایان هر مصاحبه، ابتدا متن کامل مصاحبه توسط محقق به‌صورت دست‌نویس بر روی کاغذ نوشته شد و سپس به رایانه منتقل گردید. به‌منظور بررسی قابلیت اعتماد، از چهار معیار لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد. این مفهوم از چهار عنصر قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت اتکا و قابلیت تائید برای ارزیابی و صحت داده‌ها تشکیل‌شده است (۲۰). در این راستا از استراتژی‌های متعددی نظیر درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش، بازبینی مجدد در زمان کدگذاری، تائید همکاران تحقیق، استفاده از یک ناظر بیرونی مسلط به تحقیق کیفی و روش توافق درونی استفاده شد. برای بررسی پایایی به روش توافق درونی از خبره مدنظر درخواست شد تا ۳ مصاحبه از بین مصاحبه‌ها را کدگذاری نماید. نتایج محاسبه پایایی از طریق فرمول زیر نشان داد که میزان شاخص توافق درونی این تحقیق ۸۹ درصد بوده که بالای ۶۰ درصد است پس می‌توان گفت که پایایی کدگذاری‌ها تائید شد.

۱۰۰ درصد × ((تعداد کل کدها) / (۲ × تعداد توافقات)) = درصد پایایی

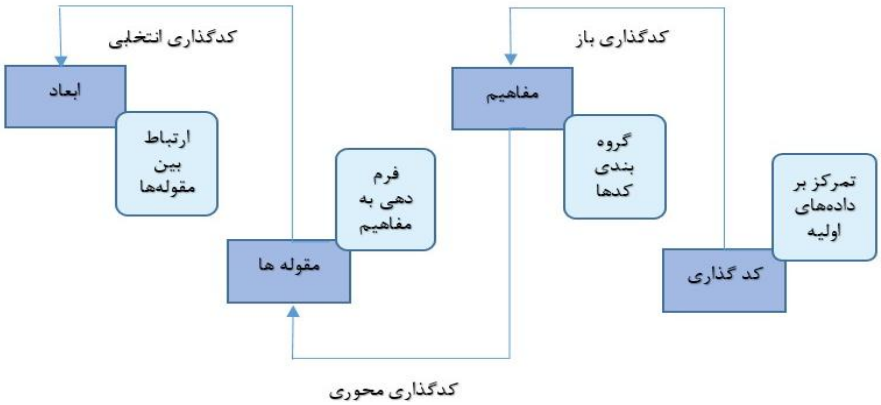
برای حصول اطمینان از روایی ابزار گردآوری داده‌ها، یعنی مصاحبه و سؤالات آن و نیز دقیق بودن یافته‌ها، از نظرات اساتید راهنما و افراد صاحب‌نظر استفاده‌شده و بر اساس جمع‌بندی محقق از مجموع نظرات اخذشده و اصلاح سؤالات مصاحبه، نسبت به روایی صوری و محتوایی ابزار گردآوری داده‌ها به‌طور نسبی و قابل‌قبول اطمینان حاصل گردید.

در فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا هر یک از مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی متن آن‌ها بر روی کاغذ، به فرد مصاحبه‌شونده بازگردانده شد تا آن را بررسی و مطالعه نماید و پس از اخذ صحت و تائید ایشان نسبت به تحلیل آن اقدام شد. تحلیل و کدگذاری داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها آغاز شد.

کدگذاری داده‌ها فرایندی استقرایی بوده و جنبه اکتشافی دارد. اولین مرحله‌ی تحلیل داده‌ها، کدگذاری باز است که داده‌ها به‌دقت موردبررسی قرارگرفته و از جهت شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه شده‌اند و درنهایت با توجه به مفاهیم کلیدی و یادداشت‌های محقق در ضمن مصاحبه، مواردی که ازلحاظ مفهوم، ماهیت یکسان داشته یا ازلحاظ معنایی به هم مربوط بودند، ذیل مفهوم‌های انتزاعی‌تر که «مقوله» می‌نامیم قرارگرفته‌اند.

مرحله دوم کدگذاری مفاهیم حاصل از داده‌ها، کدگذاری محوری است که نیاز به تمرکز بیشتری بوده و در آن مرتبط کردن گروه‌ها به زیرگروه‌هایشان انجام‌شده است. به عبارتی مقوله‌هایی که ازنظر مشخصات و مفهوم به همدیگر مرتبط می‌شوند، حول محور یک گروه قرارگرفته و کدگذاری شده‌اند. درواقع در این مرحله اختصاص کد به مفاهیم موجود در داده‌ها از حالت کاملاً باز خارج‌شده و شکل گزیده‌تری به خود گرفته و محورهای اصلی در مجموعه‌ی داده‌ها مشخص‌شده است. این مقوله‌های محوری تحت عنوان «مؤلفه» شناسایی و تعیین‌شده است. در مرحله سوم و نهایی، کدگذاری انتخابی انجام‌شده است. در این مرحله بر اساس خط داستان که با بازنگری داده‌ها و رفت‌وبرگشت بین داده‌ها و مفاهیم و مؤلفه‌ها انجام می‌شود، مقوله‌ها اصلاح، نظم دهی و مرتب شدند (۲۱). در پایان این فرآیند، مقوله‌های انتخابی طبقه‌بندی‌شده و درنهایت به‌عنوان «ابعاد» تشکیل‌دهنده‌ی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی تعریف‌شده‌اند. شکل ۱ روند تحلیل داده‌ها و پیدایش ابعاد در نظریه‌پردازی داده‌بنیاد را نشان می‌دهد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]



شکل ۱: روند تحلیل داده‌ها و پیدایش ابعاد در نظریه‌پردازی داده‌بنیاد (۲۱)

معیارهای اخلاقی این پژوهش، شامل اخذ رضایت شفاهی افراد شرکت‌کننده در مطالعه و ضبط مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از آن‌ها، حفظ محرمانگی اطلاعات مشارکت‌کنندگان و اخذ کد اخلاق به شناسه IR.GOUMS.REC.1399.103 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان بود. همچنین افراد در هر مرحله از پژوهش، حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر درمجموع با ۱۳ نفر مصاحبه شد که اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده‌شده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	ویژگی دموگرافیک	تعداد	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۱	۷/۷
	مرد	۱۲	۹۲/۳
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۳	۲۳
	کارشناسی ارشد	۴	۳۰/۸
	دکتری عمومی	۱	۷/۷
	دکتری تخصصی	۴	۳۰/۸
	فوق تخصص	۱	۷/۷
سابقه کار	۱۵-۲۰ سال	۴	۳۰/۸
	۲۱-۲۶ سال	۵	۳۸/۴
	بالای ۲۷ سال	۴	۳۰/۸
سن	۳۵-۴۵ سال	۴	۳۰/۸
	۴۶-۵۵ سال	۸	۶۱/۵
	بالای ۵۶ سال	۱	۷/۷
محل خدمت	دانشگاه علوم پزشکی	۶	۴۶/۲
	بیمارستان	۳	۲۳
	اداره کل میراث فرهنگی و گردشگری	۲	۱۵/۴
	شرکت‌های مسافرتی	۲	۱۵/۴

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

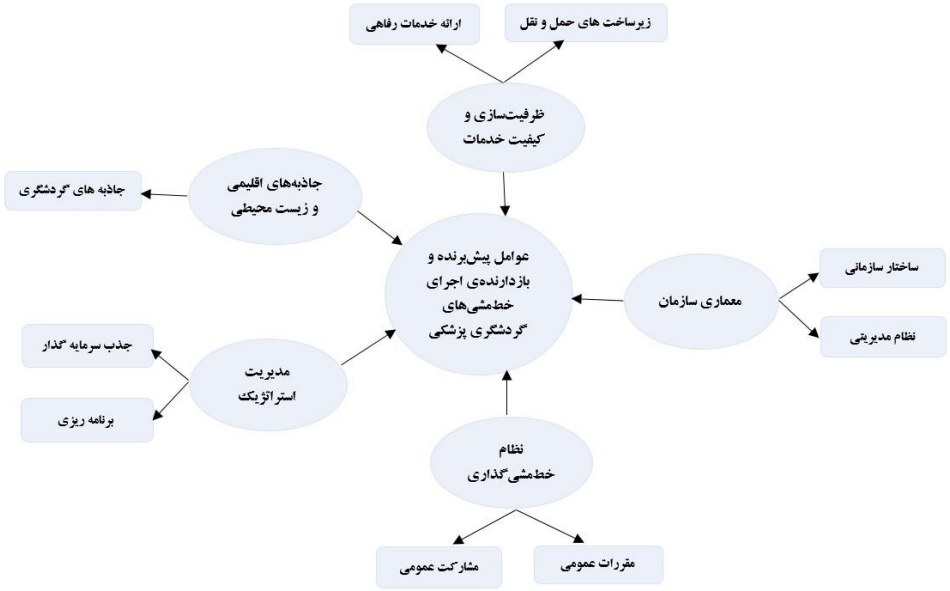
تحلیل داده‌های ناشی از مصاحبه‌ها منجر به استخراج ۲۶۳ کد اولیه شد. بعد از بازبینی متعدد و ادغام کدها بر اساس تشابه در چندین مرحله و مقایسه آن با مقوله‌های شناسایی‌شده و برگرفته از نظریه‌ها و مطالعات انجام‌شده، درنهایت ۶۵ کد استخراج و تحت ۹ مقوله فرعی و ۵ مقوله اصلی طبقه‌بندی شدند. مقوله‌های فرعی یا مؤلفه‌ها شامل: جاذبه‌های گردشگری، ساختار سازمانی، نظام مدیریتی، مشارکت عمومی، مقررات عمومی، زیرساخت‌های حمل‌ونقل، ارائه خدمات رفاهی، جذب سرمایه‌گذار و برنامه‌ریزی و پنج مقوله اصلی که همان ابعاد تعریف‌شده در مدل مفهومی پژوهش است عبارت‌اند از: جاذبه‌های اقلیمی و زیست‌محیطی، معماری سازمان، نظام خط‌مشی‌گذاری، ظرفیت‌سازی و کیفیت خدمات و مدیریت استراتژیک. مفاهیم، مؤلفه‌ها و ابعاد عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان و ارتباط بین آن‌ها با یکدیگر در جدول ۲ به‌طور تفصیلی نمایش داده‌شده است.

خروجی مدل پارادایمی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان بر اساس کدگذاری انتخابی و ابعاد و مؤلفه‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر در شکل ۲ نمایش داده‌شده است.

جدول ۲: مفاهیم، مؤلفه‌ها و ابعاد عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی

مقوله‌های انتخابی (ابعاد)	مقوله‌های محوری (مؤلفه‌ها)	مقوله‌های اولیه (کدهای باز) (مفاهیم)
جاذبه‌های اقلیمی و زیست‌محیطی	جاذبه‌های گردشگری	(۱) وجود آثار تاریخی و کهن در استان گلستان؛ (۲) استفاده از جاذبه‌های گردشگری؛ (۳) اقلیم چهار فصل؛ (۴) جاذبه‌های طبیعی مانند دریا، جنگل و کویر.
معماری سازمان	ساختار سازمانی	(۱) بوروکراسی زائد اداری؛ (۲) برون‌سپاری؛ (۳) وحدت فرماندهی؛ (۴) چابک سازی؛ (۵) اصلاح ساختار؛ (۶) تشکیل یک نهاد ناظر
	نظام مدیریتی	(۱) شایسته‌سالاری؛ (۲) تغییر نگرش نسبت به گردشگری پزشکی؛ (۳) اجرای بسته‌های تشویقی؛ (۴) نگاه فراگیر به ظرفیت‌های گردشگری پزشکی؛ (۵) مشارکت جدی‌تر مسئولین در برنامه‌ها؛ (۶) ثبات مدیریتی؛ (۷) بازآموزی و مدیریت منابع انسانی؛ (۸) درک تأثیرات مثبت گردشگری پزشکی؛ (۹) حمایت‌های مادی و معنوی؛ (۱۰) سازمان‌دهی و تقسیم وظایف
نظام خط‌مشی گذاری	مشارکت عمومی	(۱) همکاری و تعامل دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط؛ (۲) حمایت و هماهنگی بخش‌های دولتی؛ (۳) استفاده از مشارکت بخش خصوصی؛ (۴) استفاده از ظرفیت اشخاص و مقامات ذی‌نفوذ؛ (۵) تدوین خط‌مشی‌ها با مشارکت کلیه ذی‌نفعان؛ (۶) توجه به زنجیره گردشگری پزشکی؛ (۷) تشکیل کمیته‌های تخصصی؛ (۸) استفاده از نخبگان؛ (۹) انجام طرح‌های تحقیقاتی
	مقررات عمومی	(۱) تدوین مقررات مناسب؛ (۲) اصلاح مقررات بازدارنده؛ (۳) تغییر نگرش و همکاری نهادهای نظارتی؛ (۴) تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی شفاف
ظرفیت‌سازی و کیفیت خدمات	زیرساخت‌های حمل‌ونقل	(۱) برقراری پرواز مستقیم از کشورهای هدف؛ (۲) توسعه پروازهای داخلی؛ (۳) توسعه امکانات و تجهیزات حمل‌ونقل؛ (۴) ارتقاء زیرساخت‌های ریلی و جاده‌ای؛ (۵) تدوین تعرفه‌های مناسب حمل‌ونقل؛ (۶) استفاده از شرکت‌های گردشگری برای هدایت گردشگران پزشکی؛ (۷) ارتقاء فرهنگ ترافیک و رانندگی
	ارائه خدمات رفاهی	(۱) افزایش ظرفیت‌های اقامتی و گردشگری؛ (۲) ارتقاء کیفیت امکانات رفاهی و اقامتی؛ (۳) توسعه امکانات و تجهیزات رفاهی؛ (۴) داشتن مترجم و تقویت زبان‌های ارتباطی کارکنان؛ (۵) ایجاد مناطق ویژه مخصوص گردشگری؛ (۶) توسعه شبکه‌های اینترنتی؛ (۷) توسعه زیرساخت مراودات مالی و بانکی
مدیریت استراتژیک	جذب سرمایه‌گذار	(۱) جذب سرمایه‌گذار از سایر کشورها و استان‌ها؛ (۲) سرمایه‌گذاری درزمینهٔ گردشگری پزشکی؛ (۳) تغییر نگرش‌ها نسبت به سرمایه‌گذار خارجی؛ (۴) تسهیل مسیر سرمایه‌گذاری؛ (۵) تشویق فعالان و سرمایه‌گذاران گردشگری؛ (۶) برنامه‌ریزی مناسب برای جذب سرمایه‌گذار؛ (۷) ارائه تسهیلات بانکی و زیرساختی برای جذب سرمایه‌گذار
	برنامه‌ریزی	(۱) برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت؛ (۲) اولویت‌بندی اجرای برنامه‌ها؛ (۳) توجه به قومیت‌های مختلف در برنامه‌ریزی‌ها؛ (۴) گنجاندن برنامه‌های متنوع و سرگرم‌کننده؛ (۵) تخصیص بودجه کافی برای تحقیقات؛ (۶) امکان‌سنجی و ارائه طرح‌های توجیهی؛ (۷) اجرای آزمایشی برنامه‌ها؛ (۸) شناسایی ظرفیت‌های پزشکی داخل و خارج استان؛ (۹) شناسایی نیاز سایر کشورها و استان‌های داخلی؛ (۱۰) ارزیابی برنامه‌ها و مجریان کلیه سطوح گردشگری پزشکی؛ (۱۱) تنظیم بسته‌های متنوع و جذاب گردشگری پزشکی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]



شکل ۲: مدل پارادایمی عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی

بحث

ازآنجایی‌که هر منطقه و محدوده جغرافیایی از ویژگی‌ها و امکانات خاصی برخوردار است، برای اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی باید به آن ویژگی‌ها توجه نموده و سپس ابزار مناسب اجرا برای تحقق اهداف پیش‌بینی‌شده انتخاب شود. با توجه به تنوع، پویایی و پیشرفت‌های مستمر صنعت گردشگری پزشکی، مطالعه حاضر می‌تواند اطلاعات مناسبی را برای ارزیابی، اصلاح و اجرای اثربخش خط‌مشی‌ها در اختیار خط‌مشی‌گذاران قرار داده و به‌عنوان ابزار مناسبی برای توسعه و ارتقاء کیفیت خدمات گردشگری پزشکی، افزایش درآمد و رونق اقتصادی استان‌ها به کار گرفته شود. با توجه به اهمیت و ضرورت موضوع که پیش‌تر بیان شد، تحقیق بر روی عوامل مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان موردتوجه قرار گرفت.

بر اساس یافته‌های این پژوهش بُعد اول از عوامل پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان، جاذبه‌های اقلیمی و زیست‌محیطی است؛ به باور مشارکت‌کنندگان، گردشگران بین‌المللی فقط به دنبال یک بیمارستان یا فضایی نیستند که خدمات پزشکی دریافت نمایند. بلکه لازم است آب‌درمانی، استفاده از طبیعت، جاذبه‌ها، مهمان-نوازی و سنت‌ها نیز موردتوجه قرار گیرد. کروبی و احمدی (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای در شیراز برخورداری از جاذبه‌های مکمل گردشگری پزشکی مانند گردشگری فرهنگی و طبیعت‌گردی را جزء عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی عنوان نمودند (۲۲). نتایج تحقیق اسعدی و همکاران (۱۳۹۹) باهدف بررسی عوامل مرتبط با زنجیره تأمین گردشگری سلامت در شهر یزد نشان داد؛ جاذبه‌های تاریخی، فرهنگی و طبیعی در جلب‌توجه بیماران برای انجام سفرهای پزشکی تأثیرگذار است (۲۳)؛ و مطالعه ریبیرو و آلمیدا (۲۰۱۷) آداب‌ورسوم محلی و شباهت آب‌وهوای شهر پورتوآلگره برزیل با اروپا را جاذبه‌ی بسیار خوبی برای جذب گردشگران پزشکی بیان نمودند (۲۴).

بُعد دوم، نقش معماری سازمان است؛ اولین و مهم‌ترین مؤلفه در این رابطه، نظام مدیریتی است. شایسته‌سالاری ازجمله عواملی است که موجب شکوفایی، وفاداری و تعهد کارکنان به کار و سازمان می‌شود و باید اصول و معیارهای علمی شایستگی را در کارکنان ایجاد و بدان توجه نمود. اگر خط‌مشی به منطقی‌ترین شکل ممکن هم طراحی‌شده باشد، ولی مجریان، تعهد یا توان لازم را برای اجرا نداشته باشند، اهداف مدنظر، محقق نخواهند شد. مطالعه‌ی تباوار و همکاران (۱۳۹۹) درزمینه‌ی اکوتوریسم گردشگری سلامت در خراسان جنوبی نشان داد که استفاده از کارکنان شایسته و برگزاری

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

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

دوره‌های آموزشی فنی تخصصی و آشنایی بافرهنگ گردشگران پزشکی کشورهای مبدأ برای پزشکان و کادر درمان دارای اهمیت است (۲۵). در مطالعه آلمیدا و گوچشاویدر (۲۰۱۷) که به بررسی گردشگری سلامت داخلی در خدمات هتلداری در شهر پورتوآلگره برزیل پرداختند؛ نتایج آن‌ها نشان‌داد که توانمندسازی کارکنان یکی از الزامات کلیدی توسعه گردشگری سلامت می‌باشد (۲۶)؛ و سوئز و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی در شهر لاس و گاس آمریکا نشان دادند که استفاده از مدیران و خط‌مشی‌گذاران متخصص در هر یک از بخش‌های موردنیاز بازار گردشگری پزشکی، ارتقاء مهارت کارکنان و درنتیجه ارتقاء کیفیت خدمات، موجب توسعه‌ی گردشگری پزشکی و افزایش رفاه جامعه خواهد شد (۲۷)؛ که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مؤلفه دوم در بُعد معماری سازمان، ساختار سازمانی است. مطابق نظر مشارکت‌کنندگان، برون‌سپاری و استفاده از ظرفیت شرکت‌های توانمند و مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی موجب می‌شود که دستگاه‌های اصلی و متولی امر بر نقش برنامه‌ریزی و حمایتی خود تمرکز نمایند. تغییر و انعطاف‌پذیری در ساختارهای سازمانی برای توسعه هر چه بیشتر گردشگری پزشکی باید مدنظر بوده و بر اساس تحقیقات و مطالعات علمی و ویژگی‌های منطقه، تغییرات موردنیاز در ساختارهای مرتبط با این صنعت ایجاد شود. همسو با نتایج مطالعه حاضر، سینگ (۲۰۱۵) با بررسی فرصت‌ها و چالش‌های گردشگری سلامت در هند نشان داد که باید یک ساختار تشکیلاتی جدید تحت عنوان بازاریابی در وزارت گردشگری برای توسعه‌ی مقصدهای مراقبت‌های پزشکی آن کشور ایجاد شود (۲۸). بولاتویچ و یانکوا (۲۰۲۱) نیز عدم وجود شرکت‌های تسهیل‌گر دولتی و خصوصی را یکی از موانع و عوامل بازدارنده‌ی توسعه‌ی گردشگری پزشکی در امارات متحده عربی بیان نمودند (۲۹).

بُعد سوم، مقوله‌ی نظام خط‌مشی‌گذاری است. یکی از مؤلفه‌های اثرگذار در این مقوله، مشارکت عمومی است. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، گروه‌های ذی‌نفوذ در تدوین و اجرای خط‌مشی‌ها مؤثر بوده و می‌توانند اجرای آن را متوقف نموده یا با کندی مواجه سازند و به‌عنوان عاملی بازدارنده عمل کنند و یا در صورت مشارکت در اجرای خط‌مشی‌ها به‌عنوان یک عامل کمک‌کننده و پیش‌برنده عمل کنند. قلی پور سوته و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای باهدف واکاوی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری نشان‌دادند که طراحی نظام تعامل بهینه‌ی ذی‌نفعان گردشگری پزشکی کشور برای رفع چالش‌ها و ضعف همکاری بین بخش خصوصی و دولتی لازم می‌باشد (۳۰). نتایج مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که کشورهای آسیای جنوب شرقی برای موفقیت بیشتر درزمینه‌ی گردشگری پزشکی باید بر مشارکت بیشتر جامعه تمرکز نمایند (۳۱). طبق نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق، رقابت و سهم‌خواهی دستگاه‌های متولی گردشگری پزشکی در استان باعث عدم توفیق در اجرای خط‌مشی‌ها و درنتیجه عدم رونق گردشگری پزشکی شده است. در تحقیقی که توسط پاشایی اصل و همکاران (۱۳۹۶) بر روی گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تبریز انجام شد، نشان‌دادند که ضعف هماهنگی بین ارگان‌ها و سازمان‌های مسئول یکی از مشکلات اصلی گردشگران پزشکی قلمداد می‌شود (۱۵).

مقررات عمومی یکی دیگر از مؤلفه‌های نظام خط‌مشی‌گذاری است. برای اجرای موفقیت‌آمیز خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی، لازم است کارهایی که باید به‌وسیله‌ی هر ذی‌نفع انجام شود، با جزئیات کامل مشخص و نظام ارزیابی مشخصی برای آن موجود باشد. اصلاح قوانین بیمه‌های درمانی، تسهیل در صدور روادید و ورود و خروج گردشگران پزشکی به‌عنوان عوامل پیش‌برنده راهگشا خواهد بود. از سوی دیگر، باید تلاش شود نگرش منفی دستگاه‌های نظارتی و نگاه امنیتی شدید به موضوع گردشگری پزشکی و محدودیت‌های کشورهای همسایه مانند ترکمنستان برای ورود اتباعشان جهت درمان به ایران به‌عنوان عوامل بازدارنده کاهش یابد. طبق نتایج تحقیقات بدیعی و همکاران (۱۳۹۵) که باهدف شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی در گلستان انجام‌شد؛ نشان‌دادند یکی از راهکارهای مطرح‌شده، بازبینی برخی قوانین است (۱۷)؛ و نتایج مطالعه تباوار و همکاران (۱۳۹۹) در خراسان جنوبی نشان داد، سیاست‌های نظارتی، استانداردها و قوانین بر اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی تأثیرگذار است (۲۵). در تحقیق سئو و پارک (۲۰۱۷) که باهدف بررسی خط‌مشی‌های ترویج گردشگری پزشکی در کره جنوبی انجام‌شد، بیان کردند که باید قوانینی مانند ایجاد زیرساخت-

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

های اشتغال و اعطای سهمیه‌های استخدامی به بیمارستان‌هایی که مجوز پذیرش بیماران بین‌الملل را دارند برای ورود به بازارهای جهانی در مجلس ملی تصویب و اجرا گردد (۳۲)؛ که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد.

بُعد چهارم، نقش ظرفیت‌سازی و کیفیت خدمات است. دو مؤلفه در این حیطه شناسایی‌شده که یکی از مؤلفه‌های اثرگذار در این بُعد زیرساخت‌های حمل‌ونقل است. طبق بررسی‌های صورت گرفته، فقدان پروازهای مستقیم خارجی به استان و زمان‌های نامناسب پروازهای داخلی، موجب کاهش ورود گردشگران پزشکی به استان شده است. با توجه به اینکه شمار زیادی از قزاق‌ها در استان گلستان سکونت دارند، چنانچه پرواز مستقیمی بین فرودگاه بین‌المللی گرگان و قزاقستان برقرار گردد نه‌تنها باعث ورود گردشگران در شاخه‌های مختلف از قزاقستان می‌شود بلکه راه را برای توسعه صنعت گردشگری با کشورهای آسیای میانه نیز هموار می‌نماید. در همین زمینه نتایج مطالعه کروبی و احمدی (۱۳۹۹) نشان داد که برخورداری از امکانات حمل‌ونقل مناسب مانند فرودگاه بین‌المللی و قطار از عوامل اصلی تأثیرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز است (۲۲). نتایج تحقیقات غلامی و همکاران (۱۴۰۰) باهدف تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران نشان داد، موانع زیرساختی مانند عدم وجود تاکسی‌های اختصاصی مراکز درمانی ازجمله موانع توسعه گردشگری پزشکی هستند (۱۳)؛ و سادانگ و همکاران (۲۰۲۰) تعداد شرکت‌های هواپیمایی ارزان قیمت را عامل مؤثری در توسعه‌ی صنعت گردشگری پزشکی تایوان برشمرده‌اند (۳۳).

یکی دیگر از مؤلفه‌های پیش‌برنده یا بازدارنده در اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی، ارائه خدمات رفاهی است. مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند در کنار توسعه حمل‌ونقل باید خدمات رفاهی مناسبی را به گردشگران پزشکی و همراهانشان ارائه نمود تا اعتماد و رضایت آنان حاصل گشته و باعث تبلیغ خدمات پزشکی و امکانات رفاهی استان گلستان در داخل و خارج از کشور شده و ورود گردشگران به استان افزایش یابد. نتایج تحقیق آسایش و کمالی (۱۴۰۰) که باهدف تخمین تقاضای گردشگر درمانی خارجی در ۴ منطقه آمایش سرزمین ایران انجام شد، نشان داد که هزینه اقامت، ایجاد و افزایش امکانات خدمت‌رسانی موجب افزایش تقاضای خدمات گردشگری درمانی می‌گردد (۶). نیک‌رفتار و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که به‌منظور شناسایی عوامل مؤثر در جذب گردشگران پزشکی در شیراز پرداختند؛ بیان داشتند که امکانات و تسهیلات موجود در هتل‌ها، مهمانسراها و مراکز درمانی نقش مهمی در انتخاب مقصد دارند (۸). مؤمنی و همکاران (۲۰۱۸)، مشکل مبادله پول در بانک‌های محلی و به‌روز نبودن هزینه‌های درمانی در وب‌سایت بیمارستان‌ها را جزء موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان آذربایجان شرقی بیان نمودند (۳۴). نتایج تحقیق روگری و همکاران (۲۰۱۸) باهدف بررسی خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی نشان داد که ارائه یک بانک اطلاعاتی شامل اطلاعات ضروری سفر به گردشگران پزشکی، اشتراک‌گذاری سوابق بیمار بین مؤسسات خصوصی و دولتی و حمایت‌های اقتصادی از بیماران در اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی، پیش‌برنده و مؤثر است (۳۵)؛ و در مطالعه هونگ چن و چنگ چنگ (۲۰۲۰) که به‌منظور ارزیابی رقابت‌پذیری صنعت گردشگری پزشکی در تایوان انجام شد، نشان‌دادند که ارائه شفاف تمام هزینه‌های بیماران و اجرای بیمه‌ی بین‌المللی به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در انتخاب کشور تایوان برای انجام سفرهای درمانی می‌باشد (۳۶)؛ که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد.

پنجمین بُعد، مدیریت استراتژیک است؛ این بُعد تحت دو مؤلفه اساسی تعریف می‌شود که اولین مؤلفه، جذب سرمایه‌گذار است. یکی از موضوعات اساسی برای توسعه موفقیت‌آمیز صنعت رقابتی گردشگری پزشکی، جذب، بسترسازی و حمایت از کارآفرینی و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی اعم از داخلی و خارجی است. انتظار می‌رود که خط‌مشی‌گذاران با اتخاذ ابزار تشویقی مناسب برای سرمایه‌گذاران، بازاریابی و اقدامات انگیزشی، زمینه رابرای توسعه این صنعت آماده سازند. طبق مطالعه حسینی و تقوایی (۱۴۰۰) ایجاد تسهیلات کافی برای سرمایه‌گذاران و مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی، از راهبردهای مؤثر در توسعه گردشگری پزشکی است (۱۴). یافته‌های مطالعه‌ی الطالبانی و همکاران (۲۰۱۹) باهدف دستیابی به سیستم مراقبت سلامت پایدار در امارات متحده عربی نشان داد که سیاست کاهش مالیات بر واردات تجهیزات پزشکی، کمک بزرگی به صنعت گردشگری پزشکی

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

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

می‌نماید (۳۷).

دومین مؤلفه‌ی تأثیرگذار در این بُعد، برنامه‌ریزی است. برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت، اولویت‌بندی اجرای برنامه‌ها، توجه به قومیت‌های مختلف، برنامه‌های متنوع و سرگرم‌کننده، تخصیص بودجه کافی برای تحقیق، اجرای آزمایشی برنامه‌ها، شناسایی ظرفیت‌های پزشکی داخل و خارج استان، شناسایی نیاز سایر کشورها و استان‌های داخلی و تنظیم بسته‌های متنوع و جذاب گردشگری و پزشکی ازجمله مفاهیم پیش‌برنده و بازدارنده‌ی اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در این بخش بودند. نتایج مطالعه کروبی و احمدی (۱۳۹۹) باهدف برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در شیراز نشان داد برنامه‌ریزی سفر برای گردشگران پزشکی باید به‌گونه‌ای صورت گیرد که در درجه اول خدمات پزشکی مناسبی دریافت کنند و درنهایت بسته سفر ترکیبی مناسب با ذائقه خود را داشته باشند (۲۲). نتایج تحقیق مؤمنی و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن بود که استان آذربایجان شرقی باید استراتژی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت را متناسب با مشکلات مطرح‌شده، طراحی و اجرا کند (۳۴). میشرا و شارما (۲۰۲۱) در تحقیق دیگری در شرق هند نشان دادند که ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و خط‌مشی‌گذاران باید استراتژی‌هایی را مناسب آن منطقه برای ترویج گردشگری پزشکی طراحی کنند (۳۸). کیم و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی که به بررسی چشم‌انداز خدمات تا وفاداری در صنعت گردشگری پزشکی کره جنوبی پرداختند؛ نشان دادند که مدیران و خط‌مشی‌گذاران باید با تدوین راهبردها و تلاش‌های خدماتی، هم گردشگران پزشکی جدید را جذب نموده و هم آن‌ها را به خرید مکرر محصولات گردشگری پزشکی ترغیب نمایند (۳۹).

در تحقیق حاضر سعی شد تنوع لازم در انتخاب نمونه‌ها لحاظ شود و از بازیگران و ذی‌نفعان کلیدی حوزه‌های مختلف این صنعت با توجه به اهداف و سؤالات تحقیق استفاده و داده‌های موردنیاز جمع‌آوری شود که این تنوع در حیطه فعالیت مشارکت‌کنندگان، منجر به ایجاد اطلاعاتی نسبتاً جامع درزمینه‌ی موضوع موردتحقیق شد به‌طوری‌که از قابلیت اتکای بالایی برای بازیگران دخیل در فرایند خط‌مشی‌گذاری، به‌خصوص اجرا برخوردار بوده و به درک اهمیت معیارها و مؤلفه‌های تصمیم‌گیری برای توسعه گردشگری پزشکی کمک می‌نماید. علیرغم دستیابی به شواهد علمی و کاربردی در این مطالعه محدودیت‌هایی نیز وجود داشت. این مطالعه‌ی کیفی با نمونه‌های محدودی که به‌طور هدفمند انتخاب‌شده بودند، انجام شد که امکان تعمیم دهی یافته‌های پژوهش را محدود می‌سازد اما سعی شد تا حداکثر تنوع در نمونه‌ها در نظر گرفته شود. به‌عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، همه‌گیری بیماری کرونا و مشکل جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد. این پژوهش صرفاً در حوزه صنعت گردشگری پزشکی و برای مقصد استان گلستان انجام‌شده است، بنابراین نتایج حاصل از آن به‌طور کامل قابل‌تعمیم به سایر مقاصد گردشگری نخواهد بود و نیازمند تحقیق است. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا ابعاد و مؤلفه‌های حاصل از این تحقیق را به‌صورت کیفی و کمّی در سایر مقاصد، بررسی و نتایج آن را با این تحقیق مقایسه و در صورت امکان یک مدل ملّی ارائه نمایند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که تقویت همکاری بین خط‌مشی‌گذاران و مجریان بخش‌های سفر، گردشگری و درمانی ضرورت دارد. خط‌مشی‌گذاران باید راهبردهای مناسبی را برای تشویق سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی و افزایش مشارکت آنان طراحی و اجرا کنند، به‌گونه‌ای که استان گلستان را قادر به رقابت با سایر رقبای خود در ایران و سایر کشورهای پیشرو مانند ترکیه و امارات متحده عربی در منطقه نماید. درنهایت برای بهبود گردشگری پزشکی در استان گلستان باید به ۳ مسئله توجه ویژه‌ای شود. اول تقویت و تسهیل زیرساخت‌های حمل‌ونقل، دوم سرمایه‌گذاری و حمایت‌های مالی دولت و سوم استفاده از ظرفیت نخبگان. عوامل ذکرشده باید به نحوی تدوین و اجرا شوند که استان گلستان به یک برند در گردشگری پزشکی کشور تبدیل‌شده و الگویی برای سایر استان‌ها شود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مشارکت‌کنندگان و کلیه کسانی که در انجام این تحقیق همکاری داشتند سپاسگزاری نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ح. ل، ع. ف، ع. م

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

جمع‌آوری داده‌ها: ح. ل
تحلیل داده‌ها: ح. ل
نگارش و اصلاح مقاله: ح. ل، ع. ف، ع. م

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی با گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان است که توسط هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Monavvarian A. Implement and evaluate public policy. 4th ed. Tehran: Mehraban nashr book institute; 2017: 157-75. [Persian]
2) Alvani SM, Sharif Zadeh F. Public policy making process. 14th ed. Tehran: Allameh Tabatabai university; 2015: 151-2. [Persian]
3) Mansouri SH, Esmalpour H, Saeednia H. Designing a medical tourism marketing model by using the grounded theory approach. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2021; 64(3): 3505-16. doi: 10.22038/MJMS.2021.19565. [Persian]
4) Vovk V, Beztelesna L, Pliashko O. Identification of factors for the development of medical tourism in the world. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(21): 11205. doi: 10.3390/ ijerph182111205.
5) Nemati V, Ebrahimpour H, Babaee Y, Abbasgholizadeh N. Assessing barriers to the development of medical tourism Case study: Ardabil. Journal of Health 2016; 7(2): 118-33. [Persian]
6) Asayesh H, Kamali M. Estimating the demand of foreign medical tourism four zones of land use planning with medical advantage. Journal of Urban Tourism 2021; 8(3): 91-105. doi: 10.22059/jut. 2021.320358.891. [Persian]
7) Almasi A, Akbari A. Comparative-deductive analysis of location of construction of health tourism complex based on SOWT strategic model and AHP analytic hierarchy process (a case study Qom city). Urban Management 2019; 17(53): 327-50. [Persian]
8) Nikraftar T, Hosseini E, Moghadam A. Identify factors affecting medical tourism attraction in Iran. Journal of Health Administration 2017; 20(67): 64-74. [Persian]
9) Sakhdari k, Seydamiri N, Rajaeean A, Sakhdari J. Identifying the institutional factors affecting the exploitation of entrepreneurial opportunities for health tourism in Iran (case study: Tehran province). Journal of Tourism Social Studies 2019; 7(13): 81-100. [Persian]
10) Gu D, Humbatova G, Xie Y, Yang X, Zolotarev O, Zhang G. Different roles of telehealth and telemedicine on medical tourism: an empirical study from Azerbaijan. Healthcare 2021; 9(8): 1073. doi: 10.3390/healthcare9081073.
11) Cavmak D, Cavmak S. Using AHP to prioritize barriers in developing medical tourism: case of Turkey. International Journal of Travel Medicine and Global Health 2020; 8(2): 73–9. doi: 10.34172/ijtmgh.2020.12.
12) Mansooryar S, Shojaei MR, Sadeh E. Evaluating the internal relations between medical tourism enablers using interpretive structural modeling (ISM). Journal of Tourism and Development 2017; 6(3): 18-38. [Persian]
13) Gholami Z, Ziari YA, Eghbali N. Analysis of barriers to medical tourism development (case study: district 6 of Tehran). Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies on Strategic Knowledge 2021; 11(42): 295-324. [Persian]
14) Hosseini SS, Taghvaei M. Medical tourism development determinants & strategies by taking an approach towards services integration (case study of three health areas). Journal of Tourism and Development 2022; 10(4): 199-214. doi: 10.22034/ jtd.2020.250391.2138. [Persian]
15) Pashaei Asl Y, Janati A, Gholizadeh M, Jaafaripooyan E, Khodayari MT, Arab M. Assessing the medical tourists satisfaction referee to hospitals of Tabriz city. Journal of Hospital 2018; 16(4): 43-51. [Persian]
16) Shahoseini Q, Ramezanzadeh Lasbovee M, Dorbeiki M. Development of design criteria of ecolodges in the north of Iran (the case of Golestan province). Journal of Tourism Planning and Development 2022; 11(40): 79-102. doi: 10.22080/ JTPD.2022.19670.3365.
17) Badei F, Ebrahimi AH, Dideh Khani H. Medical tourism development in Golestan province; an assessment of identified solutions. New Marketing Research Journal 2017; 6(4): 25-36. [Persian]
18) Mahmoudi V, Feizpour MA, Amoozad Mahdiraji H, Dahmoubed Sharifabadi B. Designing a model for assessing the sustainable supply chain performance of governmental hospitals using grounded theory approach. Journal of Health Administration 2019; 22(1): 103-18. [Persian]
19) Madani J. Formulation of desired pattern regarding environmental policy-making in the context of green tourism. Tourism Management Studies 2022; 16(56):

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

251-78. doi: 10.22054/tms.2021.63777.2621. [Persian]
20) Hosseini Zare SM, Pourreza A, Esfahani P, Abdi K. Determination and analysis of leisure time patterns in the elderly: qualitative content analysis. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2022; 29(1): 88-100. [Persian]
21) Davar T, Safariyan Hamedani S, Zameni F. Presenting the entrepreneurial leadership model based on the qualitative approach of grounded theory. Public Organizations Management 2021; 9(2): 105-20. doi: 10.30473/IPOM.2020.56196.4260. [Persian]
22) Karoubi M, Ahmadi S. Strategic planning of medical tourism using the SWOT matrix - fuzzy topsis technique. Tourism Management Studies 2020; 15(51): 1-30. doi: 10.22054/tms.2020.17137.1480. [Persian]
23) Asadi MM, Fallah Tafti H, Zahmatkesh Saredorahi M, Roasaei M. Factors related to health tourism supply chain (case study of Yazd). Health Information Management 2020; 17(3): 104-10. doi: 10.22122/him.v17i3.4076. [Persian]
24) Ribeiro HC, Almeida ICS. Health tourism in the city of Porto Alegre: marketing and hospitality. Proceedings of the international conference on marketing, tourism & hospitality; 2017 Jul 7-9; Zurich, Switzerland. Global Business Research Journals; 2017: 1-6.
25) Tabavar AA, Omidvar M, Mokhtari Masinaei M. Designing a health tourism ecotourism pattern in South Khorasan province with a mix method approach. Public Management Researches 2021; 13(50): 117-47. doi: 10.22111/JMR.2021.32596.4912. [Persian]
26) Almeida ICS, Gutschwager R. Domestic health tourism: alternatives for increasing the occupancy rate in hospitality services. Proceedings of the international conference on marketing, tourism & hospitality; 2017 Jul 7-9; Zurich, Switzerland. Global Business Research Journals; 2017: 1-6.
27) Suess C, Baloglu S, Busser JA. Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. Tourism Management 2018; 69: 232-45. doi: 10.1016/j.tourman.2018.06.006.
28) Singh JP. Healthcare tourism in India: opportunity and callenges. Asian Journal of Multidimensional Research 2015; 4(3): 37-47.
29) Bulatovic I, Iankova K. Barriers to medical tourism development in the United Arab Emirates (UAE). International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(3): 1-14. doi: 10.3390/ijerph18031365.
30) Gholipour Soute R, Amiry M, Zargham Boroujeny H, Kiani Feizabadi Z. Exploring the barriers of medical tourism development in Iran with an emphasis on policymaking requirements. Journah of Tourism and Development 2019; 7(4): 38-60. doi: 10.22034/JTD.2018.142305.1473. [Persian]
31) Zhong L, Deng B, Morrison AM, Coca-Stefaniak JA, Yang L. Medical, health and wellness tourism research-a review of the literature (1970–2020) and research agenda. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(20): 1-16. doi: 10.3390/ijerph182010875.
32) Seo BR, Park SH. Policies to promote medical tourism in Korea: a narrative review. Iranian Journal of Public Health 2018; 47(8): 1077-83. PMID: 30186778.
33) Sa Dang H, Nguyen TMT, Wang CN, Der Day J, Han Dang TM. Grey system theory in the study of medical tourism industry and its economic impact. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17(3): 1-23. doi: 10.3390/ijerph17030961.
34) 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.
35) Ruggeri K, Ivanovic N, Razumd J, Kácha O, Menezes IG, Zafari Z, et al. An evidence-based policy for improving choice in global health access through medical travel. Health Policy 2018; 122(12): 1372–76. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.09.017.
36) Hung Chen y, Chang TC. Analysis and evaluation of competitiveness in medical tourism industry in Taiwan. Advances in Science, Technology and Engineering Systems Journal 2020; 5(6): 1690-7. doi: 10.25046/aj0506201.
37) Al-Talabani H, Kilic H, Ozturen A, Othman Qasim S. Advancing medical tourism in the United Arab Emirates: toward a sustainable health care system. Sustainability 2019; 11(1): 1-15. doi: 10.3390/su11010230.
38) Mishra V, Sharma MG. Framework for promotion of medical tourism: a case of India. International Journal of Global Business and Competitiveness 2021; 16(1): 103-11. doi: 10.1007/s42943-021-00027-7.
39) Kim M, Koo DW, Shin DJ, Lee SM. From servicescape to loyalty in the medical tourism industry: a medical clinic's service perspective. INQUIRY: a Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing 2017; 54: 1-16. doi: 10.1177/0046958017746546.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]

Research Article

Analysis of Promoting and Hindering Factors for Implementation of Medical Tourism Policies: Case Study in Golestan Province

Hossein Livani [1], Ali Farhadi Mahalli [2]*, Alireza Matoufi [3]

[1] Ph.D student of Public Administration, Department of Public Administration, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Public Administration, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Public Administration, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

*** Corresponding Author:** Ali Farhadi Mahalli
al.farhadi@iau.ac.ir

Citation: Livani H, Farhadi Mahalli A, Matoufi A. Analysis of Promoting and Hindering Factors for Implementation of Medical Tourism Policies: Case Study in Golestan Province. Manage Strat Health Syst 2023; 7(4): 334-46.

Received: October 22, 2022
Revised: January 07, 2023
Accepted: February 15, 2023

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

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Medical tourism as a money-making industry in the world has led to the increasing competition of countries to attract the maximum number of tourists. Considering the growing international competition in this field, in order to properly utilize the capabilities of Golestan province, this research was conducted with the aim of analysis and explaining the dimensions and components that promote and hinder the implementation of medical tourism policies in Golestan province.

Methods: This research was conducted using the qualitative method based on the Grounded theory in 2020. Data collection was conducted through in-depth and semi-structured interviews. The research population included experts such as managers and faculty members of the university of medical sciences and public and private hospitals, managers and officials of the General Office of Cultural Heritage and Tourism, and travel agencies, doctors and nurses with at least 5 years of relevant work experience and expertise in the field of medical tourism. Purposive sampling was done and continued until data saturation. Finally, 13 people were interviewed. Data analysis was done simultaneously with data collection through Open, Axial and Selective coding and MaxQDA 2020 software.

Results: The findings of the present study showed that the promoting and hindering factors for the implementation of medical tourism policies in Golestan province were categorized in the form of 263 codes, 65 concepts, 9 subcategories and 5 main categories. They consisted of climatic and environmental attractions, organizational architecture, policymaking system, capacity development and service quality and strategic management.

Conclusion: Using the results of this study, the policymakers of medical tourism in Golestan province can predict the appropriate implementation instrument regarding the policy-making process to develop medical tourism, income and business in Golestan province.

Key words: Analysis, Promoting, Hindering, Policy implementation, Medical tourism, Grounded theory

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12176]