SJKUMS
Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences
No.4/ Sep-Oct 2026;31(4): 331-338
DOI: 10.22034/31.4.331
https://sjku.muk.ac.ir

Original Article

A Comprehensive Model for the Development of the Health Tourism Industry in Iran with Emphasis on Border Areas

Freyedon Ahmadi[1*], Anvar Ebrahimi[2], Ali Badi Zadeh[3]

1. Associate Professor, Department of Management, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Ph.D. Candidate, Faculty of Management and Accounting, Qazvin Azad University, Qazvin, Iran
3. Associate Professor, Faculty of Management and Accounting, Qazvin Azad University, Qazvin, Iran

Article history:
Received: October 1, 2021
Revised: November 12, 2021
Accepted: August 17, 2026

***Corresponding author:** Freyedon Ahmadi, Associate Professor, Department of Management, Payame Noor University, Tehran, Iran

E-mail: freyedon@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Health tourism is a major branch of international tourism that has attracted considerable attention from many developed countries due to its significant contribution to foreign exchange earnings and economic growth. The present study aimed to design a suitable model for the development of the health tourism industry and present it to the target community.

Materials and Methods: Based on its objective, the present study is developmental. In terms of data collection, it employs an exploratory descriptive design with a qualitative approach. Data required for developing and ultimately validating the proposed model were collected through interviews with 20 experts who had relevant knowledge and expertise in the subject. It should be noted that the Delphi technique was used to reach the consensus of experts, and the AMOS software was used to validate the designed model.

Results: The results of this study revealed several weaknesses in structural factors, including a lack of dynamic organizational structures, inadequate structural monitoring, and insufficient control mechanisms. Weaknesses in behavioral factors, including poor interactions between healthcare staff and foreign patients and the provision of substandard healthcare services to foreign patients, as well as environmental factors, such as inadequate capacity to accommodate foreign patients and limited adaptability to environmental changes, have hindered the effective utilization of health tourism capacities in border areas.

Conclusion: The main findings of this study indicate that strengthening structural, behavioral, and environmental factors, particularly in border areas, and developing an effective model to demonstrate the impact of these factors on the development of health tourism and their relationship with healthcare sector processes and outcomes can enhance the benefits of health tourism. These benefits include job creation and the retention of specialized healthcare personnel in border areas.

Keywords: Behavioral factors, Border areas, Environmental factors, Health tourism, Structural factors

Please cite this article as follows: Ahmadi F, Ebrahimi A, Badi Zadeh A. A Comprehensive Model for the Development of the Health Tourism Industry in Iran with Emphasis on Border Areas. SJKUMS. 2026;31(4):331-338. DOI: 10.22034/31.4.331

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]

Copyright © 2026 Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

SJKUMS
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
دوره ۳۱، شماره ۴ ، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۳۳۱-۳۳۸
DOI: 10.22034/31.4.331
https://sjku.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

ارائهٔ مدل جامع توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت در ایران با تأکید بر مناطق مرزی

فریدون احمدی[1*]، انور ابراهیمی[2]، علی بادی‌زاده[3]

۱. دانشیار مدیریت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری کارآفرینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۹
ویرایش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۶

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** فریدون احمدی، دانشیار مدیریت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

ایمیل: freyedon@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری سلامت یکی از شاخه‌های گردشگری در سطح بین‌المللی است که با توجه به نقش بسیار مهم آن در ارزآوری و رشد اقتصادی، موردتوجه بسیاری از کشورهای پیشرفتهٔ دنیاست. مطالعهٔ حاضر تلاش کرده است تا مدل مناسبی برای توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت طراحی و به جامعهٔ هدف ارائه کند.

مواد و روش‌ها: مطالعهٔ حاضر از نظر هدف توسعه‌ای و براساس شیوهٔ گردآوری داده‌ها، توصیفی‌اکتشافی از نوع تبینی است که با رویکرد کیفی و از طریق مصاحبه با بیست خبرهٔ آگاه به موضوع، داده‌های موردنیاز برای طراحی مدل و در نهایت اعتبارسنجی آن جمع‌آوری شده است. برای به‌اجماع‌رسیدن نظرهای خبرگان از تکنیک دلفی و برای اعتبارسنجی مدل طراحی‌شده از نرم‌افزار AMOS استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد ضعف در عوامل ساختاری، ازجمله نبود ساختاری پویا، نظارت و کنترل ساختاری نامناسب؛ عوامل رفتاری ضعیف، ازجمله نحوهٔ تعامل ضعیف کادر سلامت با بیماران خارجی و ارائهٔ خدمات سلامت پایین‌تر از حد استاندارد و نهایتاً، ضعف در عوامل محیطی، ازجمله فراهم‌نبودن امکان اسکان بیماران خارجی و عدم انطباق‌پذیری سریع با تغییرات محیطی باعث بهره‌نگرفتن از ظرفیت‌های گردشگری سلامت در مناطق مرزی شده است.

نتیجه‌گیری: تقویت عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی، به‌ویژه در مناطق مرزی و ارائهٔ مدلی کارآمد که ضمن نشان‌دادن تأثیر هریک از این عوامل در توسعهٔ گردشگری سلامت، ارتباط آن را با فرایندهای کاری بخش سلامت نشان دهد و خروجی آن بیانگر آثار و پیامدهای توسعهٔ گردشگری سلامت در ایجاد اشتغال و ماندگاری نیروهای متخصص در مناطق مرزی باشد، از مهم‌ترین نتایج مطالعهٔ حاضر است.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، عوامل ساختاری، عوامل رفتاری، عوامل محیطی، مناطق مرزی

استناد: احمدی، فریدون؛ ابراهیمی، انور؛ بادی‌زاده، علی. ارائهٔ مدل جامع توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت در ایران با تأکید بر مناطق مرزی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۳۱(۴): ۳۳۱-۳۳۸.

مقدمه

گردشگری پزشکی، توریسم درمانی و جهانگردی پزشکی به‌عنوان «سفر به کشور دیگر با هدف دستیابی به مراقبت‌های درمانی (جراحی، درمان دندان‌پزشکی، درمان ناباروری، پیوند اعضا، معاینات پزشکی، و غیره)» تعریف شده است [۱]. گردشگری پزشکی نوعی مراقبت پزشکی خصوصی مقرون‌به‌صرفه برای بیماران است و به‌عنوان ترکیبی از محصولات و خدمات با هدف تشویق بیماران در حفظ سلامتی خود از طریق ترکیبی از گذران تعطیلات و فعالیت‌های تفریحی دیگر در مکانی متفاوت با محل سکونت تبیین می‌شود [۲]. در تعریفی دیگر، گردشگری پزشکی را به‌عنوان سفر بیمار برای دریافت خدماتی که به بهبود بیماری او کمک می‌کند، در خارج از کشور خود برای مدت‌زمان کمتر از ۲۴ ساعت و حداکثر تا یک سال طبقه‌بندی کرده‌اند که در آن، بیمار قصد کار و اقامت دائم ندارد [۳]. در تعریفی دیگر، گردشگری پزشکی معمولاً پدیدهٔ مسافرت مردم کشورهای مختلف برای خدمات پزشکی به کشورهای دیگر توصیف می‌شود؛ یا به بیمارانی گفته می‌شود که به‌منظور دستیابی به خدمات بهداشتی به خارج از کشور سفر می‌کنند که انگیزهٔ سفر به خارج از کشور، از نظر هزینهٔ مناسب، کیفیت بهتر یا درمان سریع‌تر و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]

همچنین دریافت خدماتی است که در کشور محل اقامت آن‌ها در دسترس نیست [۴].

گردشگری پزشکی می‌تواند به‌عنوان راهی برای دستیابی به درمان باکیفیت در کشوری دیگر با هزینهٔ مقرون‌به‌صرفه تعریف شود؛ درحالی‌که بیمار همچنین ممکن است از تعطیلاتی زیبا لذت ببرد. انگیزه‌های فردی برای ورود به جهانگردی پزشکی نیز بسیار متفاوت و ممکن است شامل موارد ضروری، چون پرهیز از زمان انتظار، کاهش هزینه‌ها، بهبود کیفیت و دسترسی به درمان‌هایی باشد که در حوزهٔ قضایی داخل کشور در دسترس یا قانونی نیستند، یا اینکه فرد واجد شرایط استفاده از آن‌ها نیست [۵].

گردشگری سلامت یکی از سریع‌ترین صنایع دارای رشد در جهان امروز است که از نظر کسب‌وکار و درآمدزایی، تا سال ۲۰۲۱ در رأس تمام فعالیت‌های خدماتی قرار خواهد گرفت که منشأ عمیق‌ترین آثار فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی است و آثار تخریبی و زیست‌محیطی کمی دارد و فاقد خصلت استهلاکی و منبع لایزال و تمام‌نشدنی است که از آن به‌عنوان صادرات نامرئی یاد می‌شود. دولت‌ها و شرکت‌های خصوصی فعال در زمینهٔ بهداشت و درمان به‌دنبال توسعهٔ تجارت گردشگری سلامت به‌عنوان بخش جدیدی از بازار آن هستند و مسافرت برای درمان و بازیابی انرژی ازدست‌رفته، در جهان امروز موضوعی انکارناپذیر به شمار می‌رود [۶].

ترکیبی از عوامل مختلف، نظیر هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت‌های پزشکی در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت مسافرت‌های بین‌المللی، نرخ‌های مطلوب تبدیل ارز در اقتصاد جهانی، پیشرفت‌های سریع تکنولوژیکی پزشکی و استانداردهای مراقبت در بیشتر کشورها از یک طرف و اینترنت از طرف دیگر، به افزایش و عمومیت‌یافتن گردشگری پزشکی منجر شده است [۷]. در بخش سلامت، ترتیبات نهادی لازم در ابعاد قانونی‌هنجاری و شناختی، نقش مهم و برجسته‌ای در جذب گردشگران خارجی دارد [۸]. همچنین، در جذب گردشگران سلامت علاوه‌بر عوامل پزشکی، از قبیل تخصص و مهارت کادر پزشکی [۹]، به‌روزبودن اطلاعات کادر بیمارستان و مرتبط‌بودن تخصص پزشکان با وظایف آن‌ها [۱۰]، عوامل اقتصادی، زیرساختی و حاکمیتی [۱۱]، عوامل فرهنگی [۱۲] و عوامل بازاریابی [۱۳] نیز تأثیرگذارند. همچنین، ضعف‌های فناورانه - نیروی انسانی و محیطی [۱۴] و انطباق‌نداشتن سیاست‌های حاکمیتی با جذب گردشگری سلامت [۱۵] باعث می‌شود کشورها از مزایای جذب گردشگری سلامت محروم شوند.

جذب بیماران خارجی، به‌ویژه در مناطق مرزی که هزینهٔ حمل‌ونقل آن کم و تردد راحت‌تر است، مزیتی رقابتی برای این مناطق محسوب می‌شود. همچنین، با جذب بیماران خارجی، نیروی‌های متخصص مناطق مرزی، که قبلاً به‌دلیل نبود امکانات رفاهی یا دریافتی نامناسب به مناطق مرکزی کشور مهاجرت می‌کردند، در همان مناطق می‌مانند. استان‌های مرزی مورد مطالعه کردستان، کرمانشاه و ایلام هستند که قابلیت‌ها و ظرفیت‌های مناسب نیروی انسانی و امکانات زیربنایی مستعد را برای جذب گردشگران سلامت از کشورهای همسایه دارند، اما متأسفانه، آمارهای موجود نشان می‌دهد ایران به‌طور کلی و مناطق مرزی به‌طور خاص، سهم بسیار ناچیزی از جذب گردشگران سلامت داشته‌اند.

لذا، مطالعهٔ حاضر درصدد است تا با الگوگیری از مدل سه‌شاخگی میرزایی اهرنجانی (عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی)، مدل مفهومی جامعی را برای شناسایی عوامل تأثیرگذار در بهینه‌سازی صنعت گردشگری سلامت در کشور ارائه دهد.

روش کار

پژوهش حاضر، که به‌دنبال ارائهٔ مدل جامع توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت با تأکید بر مناطق مرزی است، پژوهشی بنیادی‌کاربردی محسوب می‌شود و از نظر نحوهٔ گردآوری داده‌ها نیز در دسته پژوهش‌های غیرآزمایشی قرار می‌گیرد. این پژوهش به‌صورت کتابخانه‌ای و میدانی انجام شده است. ابتدا با مطالعهٔ ادبیات گردشگری سلامت، مدل‌های موجود در این حوزه پایش شد. سپس مؤلفه‌های استخراج‌شده از مدل‌های موجود استخراج شد. در گام بعد، برای تکمیل مؤلفه‌های جامانده از ادبیات، مصاحبه‌ای با خبرگان دانشگاهی (پنج نفر از استادان دارای دکتری گردشگری) و کادر درمان فعال در زمینهٔ گردشگری سلامت (پانزده نفر از پزشکان استان‌های کردستان، کرمانشاه و ایلام که حداقل تجربهٔ ویزیت بیست بیمار خارجی را داشته‌اند) انجام شد.

درمجموع، ۲۰ مصاحبه به‌منظور انجام تحلیل تم انجام شد. در گام بعد، با استفاده از روش تحلیل تم، به دسته‌بندی عوامل و استخراج مدل تلفیقی ادبیات و مصاحبه پرداخته شد. در این مرحله، فرایند کدگذاری اولیهٔ ۲۰ مصاحبه انجام شد. پس از تلفیق کدهای مشابه، در نهایت ۶۴ کد منحصربه‌فرد شناسایی شد. از ۶۴ کد به‌دست‌آمده، ۴۱ کد مشابه کدهای شناسایی‌شدهٔ در پیشینه‌پژوهی بود. بنابراین، در این مرحله ۲۳ کد جدید شناسایی شدند. کدهای تعیین‌شده از مصاحبه‌ها با کدهای استخراج‌شده از پیشینه‌پژوهی تلفیق و برای ورود به مرحلهٔ بعد و تعیین تم‌های پژوهش، کدهای تکراری حذف شدند. در این مرحله، کدها به‌منظور دستیابی به تم‌های پژوهشی دسته‌بندی شدند. در این مرحله، کدهایی که در قالب یک تم دسته‌بندی شده بودند، در صورت تناظر معنایی با تم‌های کشف‌شده در بخش تحلیل پیشینه‌پژوهی به‌صورت مشابه نام‌گذاری شدند. تم‌هایی که حامل معانی جدیدی بودند نیز به‌صورت مجزا نام‌گذاری شدند. کدهای اولیه در قالب پنج تم متمایز طبقه‌بندی شدند. تم‌های شناسایی‌شده چندین بار به‌منظور دستیابی به دسته‌بندی‌های

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]

دیگر بازبینی شدند و در نهایت، همان دسته‌بندی قبل تأیید شد که حاصل چندین مرحلهٔ رفت‌وبرگشتی بود.

پس از شناسایی کدها و تلفیق کدهای مشابه و جست‌وجوی تم‌ها و مقوله‌های اصلی، مدل مفهومی پژوهش استخراج شده است. پس از استخراج مدل مفهومی پژوهش از طریق ادبیات پژوهش و تحلیل تم، پرسش‌نامهٔ راند اول دلفی بین خبرگان دانشگاهی و کادر درمان توزیع و بیست پرسش‌نامهٔ تکمیل‌شده برگشت داده شد. در پرسش‌نامهٔ دور اول روش دلفی، از خبرگان خواسته شد تا با توجه به وضعیت گردشگری سلامت در مناطق مرزی، به هریک از مؤلفه‌های شناسایی‌شده امتیازی بر مبنای طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت دهند. پس از گردآوری دیدگاه خبرگان، میانگین نمرهٔ نظرهای آن‌ها دربارهٔ هر زیر بعد محاسبه شد. پس از جمع‌آوری دیدگاه خبرگان در دور اول و محاسبهٔ میانگین نظرهای آن‌ها، پرسش‌نامهٔ دور دوم به‌همراه نتایج دور اول در اختیار خبرگان قرار گرفت. در این مرحله، خبرگان با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از دور اول، نظرهای خود را بازنگری و تعدیل کردند. سپس میزان وحدت‌نظر بین خبرگان بررسی شد تا مشخص شود وحدت‌نظر حاصل شده است یا خیر.

به‌منظور سنجش وحدت‌نظرها، خبرگان در روش دلفی از ضریب هماهنگی کندال استفاده شد. در این زمینه، مقدار ضریب هماهنگی کندال در دور اول ۰/۸۶۰ محاسبه شد. به‌منظور توقف فرایند دلفی مقدار ضریب کندال را در دو دور متوالی مقایسه می‌شود و اگر این ضریب در دو دور ثابت بماند، یا رشد ناچیزی داشته باشد، فرایند متوقف می‌شود. بر این اساس، پرسش‌نامهٔ دور دوم فرایند دلفی طراحی شد و به‌همراه بازخورد دور اول در اختیار خبرگان قرار گرفت. مقدار ضریب هماهنگی کندال در این قسمت ۰/۹۴۱ محاسبه شد. پس از محاسبه ضریب هماهنگی کندال، مشخص شد که افزایش چشمگیری در مقدار این ضریب صورت گرفت. لذا، نمی‌توان در این دور فرایند نظرخواهی را متوقف کرد.

پرسش‌نامهٔ دور سوم دلفی تهیه و به‌همراه بازخورد دور دوم در اختیار خبرگان قرار داده شد. مقدار ضریب هماهنگی کندال در این قسمت ۰/۹۴۴ محاسبه شد. پس از محاسبهٔ ضریب کندال مشخص شد که افزایش محسوسی ایجاد نشده است و ضریب هماهنگی کندال در دو دور متوالی دوم و سوم تقریباً ثابت مانده است. لذا، وحدت‌نظر حاصل شد. بر این اساس، میانگین دور نهایی به‌عنوان وزن نهایی هریک از زیربعدها در نظر گرفته و بنا به اینکه از طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت استفاده شد، میانگین زیر ۳ مبنای حذف عوامل قرار گرفت. درنهایت، با استفاده از روش دلفی، مدل توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت در مناطق مرزی ارائه شد. در مرحلهٔ نهایی با استفاده از معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار AMOS، اعتبار و روایی مدل احراز شده است.

نتایج

همان‌طور که بیان شد، برای طراحی مدل بهینهٔ گردشگری سلامت از تکنیک دلفی به شیوه به‌اجماع‌رسیدن نظر خبرگان بهره گرفته شده است. در ابتدا، براساس بررسی مبانی تجربی و نظری، عوامل تأثیرگذار در توسعهٔ گردشگری سلامت احصا و سپس از نمونهٔ آماری درخواست شد تا میزان موافقت خود را با دسته‌بندی انجام‌شده براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای اعلام و ابعاد و شاخص‌های مدنظر خود را به این دسته‌بندی اضافه کنند. دوباره دسته‌بندی عوامل براساس داده‌های به‌دست‌آمده از مرحلهٔ اول در اختیار خبرگان قرار گرفت که مجدد ارزیابی کنند و برای بار سوم هم این توزیع انجام شد. ضریب هماهنگی کندال پاسخ‌های دور اول معادل ۰/۸۶، دور دوم ۰/۹۴۱ و دور سوم ۰/۹۴۴ به دست آمده که نشان‌دهندهٔ افزایش توافق بین اعضای خبرگان است. نتایج حاصل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج تلفیقی سه دور تکنیک دلفی

شرح عوامل	زیرعوامل	میانگین پاسخ‌ها	شرح عوامل	زیرعوامل	میانگین پاسخ‌ها
عوامل ساختاری	ساختار سازمانی پویا	۳/۵۶	فرایندها	اصلاح فرایندهای کاری و گردش کار	۳/۵۴
	تفویض اختیار به بخش خصوصی	۳/۴۳		تفکر درمانی	۳/۷۸
	تقسیم بهینه وظایف در بخش سلامت	۳/۵۵		تیم‌سازی	۳/۲۳
	کنترل ساختاری بر فعالیت‌های درمانی	۳/۶۵		توانمندسازی نیروی انسانی	۳/۵۶
	تعدد خدمات	۴/۲۳		استقرار فناوری	۳/۴۴
	نظام مدیریتی مبتنی‌بر شواهد پزشکی	۴/۱۱		ارزیابی عملکرد	۳/۶۷
	ارتباطات بین‌المللی	۴/۳۲		دسترسی به اطلاعات سلامت	۳/۲۴
	ساختارمندشدن گردشگری سلامت	۳/۹۸		تأمین مناسب منابع	۳/۶۵
	سازمان غیررسمی	۳/۴۵		تحقیق و توسعه	۳/۵۴
	استاندارد نمونهٔ فعالیت‌ها	۳/۶۵		فرایندگرایی	۳/۲۳
	به‌کارگیری تجارب	۳/۴۶		توجه به انگیزش	۳/۶۵
عوامل رفتاری	آموزش فنی و تخصصی	۳/۲۱		دانش سازمانی	۳/۷۸
	یادگیری مستمر	۳/۷۸		خلاقیت	۳/۵۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]

	استعداد فردی	۳/۲۳		تکریم ارباب‌رجوع	۳/۲۱
	اخلاق کاری	۳/۵۵		عقد قرارداد با شرکت‌های مطرح	۳/۶۷
	پیشنهادها و انتقادات فردی	۳/۲۴		شفاف‌سازی مالی	۳/۲۴
	روابط انسانی	۳/۵۶		نیازسنجی آموزشی	۳/۵۴
	چشم‌انداز مشترک	۳/۴۴		تمرکز بر عملیات	۳/۲۳
	پذیرش حاکمیت گردشگر	۴/۲۱		خلق ارزش برای مشتریان	۴/۵۴
	قوانین و مقررات	۴/۳۴		نوآوری	۴/۳۳
	خواستهٔ ذی‌نفعان	۳/۵۴		خودکنترلی	۳/۲۱
	مدیریت اقتصادی	۳/۵۶		منش رفتاری و اخلاقی	۳/۴۵
عوامل محیطی	سیاست‌های دولتی	۳/۲۱	پیامد	کیفیت خدمات	۳/۶۵
	رقابت‌پذیری	۳/۶۷		بازاریابی خدمات	۳/۲۱
	مدیریت تغییرات محیطی و درمانی	۴/۳۲		توسعهٔ اقتصادی	۳/۷۶
	همسویی با جهانی‌شدن	۴/۳۴		ایجاد نمایندگی	۲/۴۵
	مسئولیت اجتماعی نظام سلامت	۳/۵۴		مدیریت کارآمد گردشگر	۲/۲۷
	توجه به خواسته‌های مشتریان	۳/۲۳		وجود سلامت اداری	۳/۲۴
	تنوع خدمات	۳/۵۶		افزایش سود سهامداران	۳/۶۷
	پاسخ‌گویی سریع	۳/۳۴		برنامه‌ریزی جذب گردشگر	۳/۸۹
	ارتباطات همه‌جانبه	۳/۶۵		افزایش آزادی عمل	۳/۴۲
	خودارزیابی	۴/۱۲		معرفی خدمات	۳/۶۲
خروجی	تیم‌های دارای عملکرد	۳/۴۳		حذف مقررات مازاد	۳/۵۴
	توسعه ظرفیت‌های درمانی	۳/۴۲	اثر	اعضای شایسته و هم‌افزایی	۳/۶۷
	روحیهٔ تحول‌گرایی	۳/۵۴		تضمین خدمات	۳/۲۴
	ارزش‌مداری سازمان	۳/۲۵		وجود سیستم مدیریت مشتری	۴/۱۱
	سیستم اطلاعات مدیریت	۳/۱۱		سرمایه‌گذاری برون‌مرزی	۲/۸۱
	مسئولیت‌پذیری فردی	۴/۲۳			

بررسی کیفیت مدل

برای بررسی کیفیت مدل از شاخص بررسی افزونگی و ضریب تعیین استفاده شده است. نتایج حاصل از بررسی این شاخص در جدول ۲ نشان داده شده است.

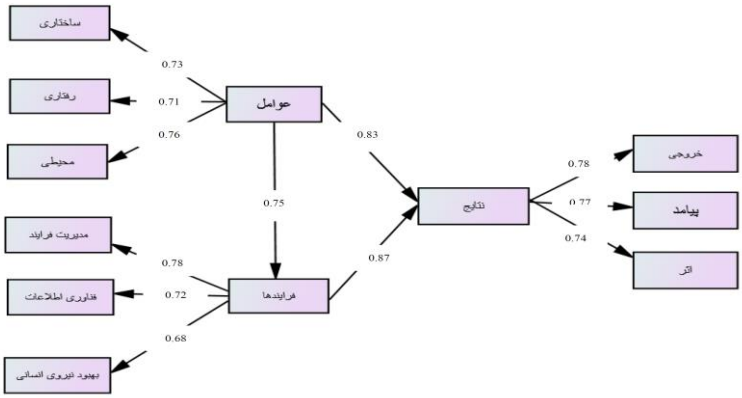
جدول ۲. شاخص‌های بررسی کیفیت مدل

مدل	ضریب تعیین	افزونگی
مدل بهینه‌سازی صنعت گردشگری سلامت کشور	۰/۸۸۷	۰/۵۶۶

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که ۸۸/۷ درصد از تغییرات مدل با متغیرهای مستقل (ابعاد مدل) پیش‌بینی می‌شود. اگر شاخص افزونگی بیشتر از صفر باشد، مقادیر مشاهده‌شده خوب بازسازی می‌شود و مدل توانایی پیش‌بینی دارد. در این تحقیق، این شاخص برای متغیر مدل بهینه‌سازی صنعت گردشگری سلامت کشور بالای صفر است.

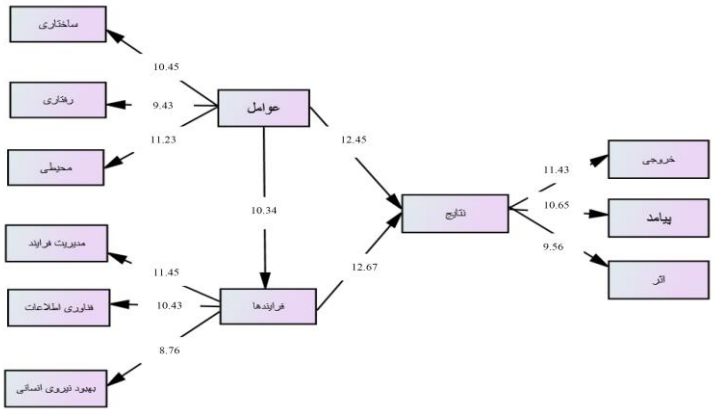
کمی‌سازی مدل

در این بخش، با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده از تحلیل محتوای نظرهای خبرگان و پیشینهٔ تجربی موجود با کمک تکنیک مربعات جزئی و آزمون t بوت استراپینگ، کمی‌سازی مدل انجام شده و نتایج در شکل‌های ۱ و ۲ آمده است.



شکل ۱. روابط علی میان متغیرهای مدل در حالت تخمین استاندارد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]



شکل ۲. روابط علی میان متغیرهای مدل در حالت تخمین معناداری

نتایج شکل ۲ نشان می‌دهد که تمامی ضرایب به‌دست‌آمده برای ابعاد مدل مثبت است و تمامی مقادیر به‌دست‌آمدهٔ t بیشتر از ۱/۹۶ جدول Z بوده‌اند که می‌توان نتیجه گرفت مدل معنادار بوده است و می‌توان به نتایج به‌دست‌آمده استناد کرد.

مدل فوق نشان می‌دهد که به‌ترتیب، عوامل محیطی، ساختاری و رفتاری بیشترین تأثیر را در توسعهٔ گردشگری سلامت دارند. با بهبود عوامل سه‌گانه و اصلاح فرایندهای موجود، شاهد نتایج مثبتی خواهیم بود که خروجی آن افزایش درآمد ارزی برای مناطق مرزی خواهد بود و پیامد این افزایش، درآمد نگهداشت نیروهای متخصص در مناطق محروم و مرزی خواهد بود و شاید مهم‌ترین اثر آن ایجاد اشتغال غیرمستقیم برای ساکنان مناطق مرزی به‌واسطهٔ مواردی چون سکنی‌گزیدن گردشگران سلامت در این مناطق و تأمین نیازمندی‌های زیستی و گاهی خرید صنایع دستی آنان باشد.

برازش مدل

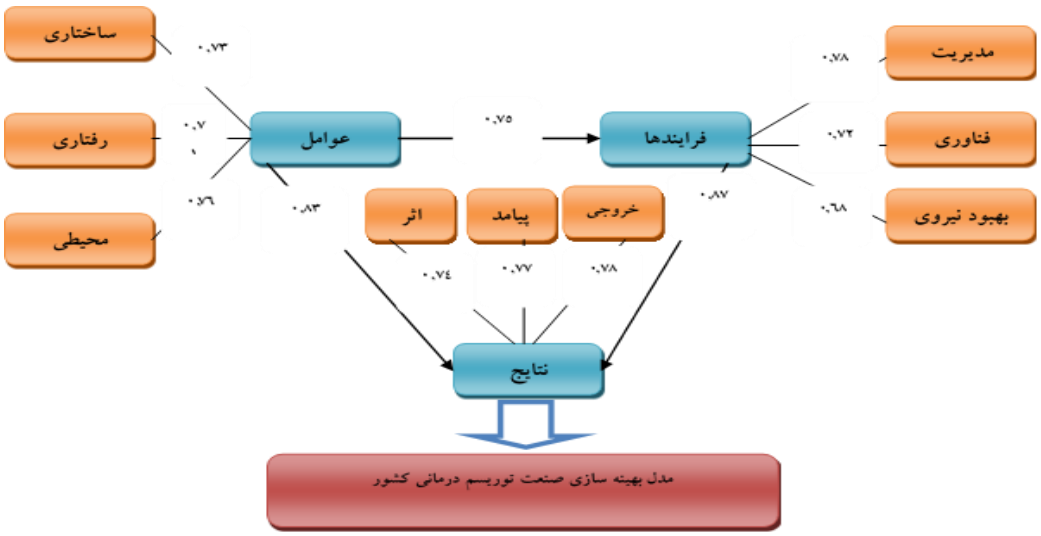
در ادامه، به‌منظور برازش مدل از شاخص‌های نیکویی برازش شامل GFI، AGFI و RMSEA استفاده شده است.

جدول ۳. آماره‌های مربوط به نیکویی برازش ارائهٔ مدل گردشگری سلامت

نتیجه برازش	مقادیر پژوهش	ملاک	نماد	شاخص‌های برازش
برازش خوب	۱/۳۴	≤۳	X^2/df	تقسیم کای - مربع بر درجهٔ آزادی
برازش خوب	۰/۰۳	≤۰/۰۸	RMSEA	ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد
برازش خوب	۰/۹۴	≥۰/۹	GFI	شاخص نیکویی برازش
برازش خوب	۰/۹۱	≥۰/۹	AGFI	شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده
برازش خوب	۰/۹۵	≥۰/۹	CFI	شاخص برازش مقایسه‌ای
برازش خوب	۰/۹۳	≥۰/۹	IFI	شاخص برازش افزایشی
برازش خوب	۰/۹۲	≥۰/۹	NFI	شاخص برازش نرم
برازش خوب	۰/۹۶	≥۰/۹	NNFI	شاخص برازش غیر نرم

نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ نشان می‌دهد مدل طراحی‌شده اعتماد قابل‌قبولی دارد؛ زیرا شاخص‌های GFI و AGFI، هر دو بیش‌تر از حد مدنظر برآورد شده‌اند که این آماره بزرگ‌تر از حد ملاک ۰/۹۰ است. نسبت مربع کای به درجهٔ آزادی (X^2/df) مقدار مناسبی را نشان داده است. همچنین، معیار خطای RMSEA نیز ۰/۰۳ برآورد شده که این مقدار کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۰۸ بوده است. براساس برآوردهای ارائه‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که مدل تست‌شده در جامعهٔ مدنظر برازش نسبتاً خوب و قابل قبولی دارد. بر این اساس، مدل نهایی بهینه‌سازی صنعت گردشگری سلامت ارائه شد (شکل۳).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]



شکل ۳. مدل نهایی توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت

مدل ارائه‌شده برای تعمیم اعتبار مناسبی دارد و بهره‌گیری از این مدل برای خدمات دیگر امکان‌پذیر است.

بحث

صنعت گردشگری قابلیت‌های عمدهٔ دارد؛ مانند گسترش انواع خدمات، ایجاد فرصت‌های شغلی، توسعهٔ زیرساخت‌ها و تعامل فرهنگ‌ها. این صنعت یکی از مؤلفه‌های تجارت است که به آن صادرات نامرئی نیز گفته می‌شود و به‌عنوان اقتصاد پایدار، به آن اهتمام ویژه‌ای شده است و بسیاری از کشورها، ازجمله بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه، غالباً به منافع چشمگیر اقتصادی آن چشم دوخته و آن را راهی برای نیل به توسعه و مقابله با تنگناهای پیچیدهٔ اقتصادی خود یافته‌اند. امروزه در بازارهای گردشگری، گردشگری سلامت بخش روبه‌رشدی از بازار را به خود اختصاص داده است. مطالعات اندکی روابط و تعاملات موجود بین عوامل مؤثر در توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت را بررسی کرده‌اند. این پژوهش مدلی را برای تعیین روابط علّی در توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت ارائه می‌کند که تأثیر سه عامل عمدهٔ ساختاری، رفتاری و محیطی و پیامدهای حاصل از تأثیرگذاری آن‌ها را نشان می‌دهد. بنابر یافته‌های مطالعهٔ حاضر، درصورتی‌که بخش سلامت ساختاری پویا داشته باشد، اختیارات مناسب درمانی را به بخش خصوصی تفویض کند، نظارت و کنترل ساختاری مناسبی بر فعالیت‌های بخش سلامت اعمال شود، نظام مدیریتی مبتنی‌بر شواهد پزشکی مورد تأکید باشد و از همه مهم‌تر، ارتباطات بین‌المللی به‌طور مناسبی بین بخش سلامت کشور با کشورهای همسایه برقرار باشد، می‌توان انتظار داشت بیماران بیشتری از کشورهای همسایه جذب کرد و صنعت گردشگری سلامت را توسعه داد. یافته‌های این بخش از تحقیق با مطالعات انجام‌شدهٔ محققانی که عوامل ساختاری، ازجمله حاکمیتی را در جذب گردشگران سلامت مؤثر می‌دانند، هم‌خوانی دارد [۸]، [۱۱] و [۱۵].

همچنین، با تقویت بعد رفتاری، ازجمله به‌کارگیری تجارب موفق کشورهای دیگر در توسعهٔ گردشگری سلامت، یادگیری مستمر و کسب تجربه در ارائهٔ خدمات سلامتی به افراد خارجی که برای مداوا به کشور مراجعه کرده‌اند، به‌کارگیری استعدادهای فردی پزشکان به ارائهٔ خدماتی که دیگر متخصصان داخلی به‌راحتی قادر به ارائهٔ آن خدمات نباشند، رعایت اخلاق کاری به‌گونه‌ای که بیمار خارجی این احساس را نداشته باشد که پزشک معالج بین او و دیگر بیماران داخلی تبعیض قائل می‌شود و ارائهٔ خدمات درمانی مناسب را از وی دریغ می‌کند، تقویت روابط انسانی بین بخش‌های مختلف سلامت و بیمار به‌گونه‌ای که بیمار خارجی به‌راحتی بتواند با پزشک و دیگر اعضای کادر سلامت ارتباط برقرار کند و خواسته‌های خود را به‌درستی انتقال کند، می‌توان صنعت گردشگری سلامت در داخل کشور را توسعه داد. نتایج این بخش از مطالعهٔ حاضر با مطالعات محققانی که عوامل فرهنگی و انسانی را به‌عنوان عوامل رفتاری مؤثر در جذب گردشگری سلامت عنوان کرده‌اند هم‌خوانی کامل دارد [۱۲]، [۹]، [۱۰] و [۱۴].

درنهایت، می‌توان با تقویت عامل محیطی، ازقبیل ترسیم چشم‌انداز مشترک سلامتی با ارائهٔ خدمات مناسب درمان به هر فرد صرف‌نظر از هویت مکانی و اعتقادی، پذیرش حاکمیت گردشگری سلامت به‌گونه‌ای که دولت‌ها از طریق دیپلماسی اقتصادی درصدد جذب منابع اعتباری خارجی برآیند، تدوین قوانین و مقررات حمایتی از جذب گردشگری چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی، دقت در اعمال مناسب خدمات سلامتی حتی فراتر از انتظار متقاضیان، به‌کارگیری راهبردهای مناسب رقابتی در جذب متقاضیان خدمات سلامتی در مقایسه با کشورهای رقیب همسایه و انطباق‌پذیری مناسب و به‌موقع با تغییرات محیطی درجهت جذب هرچه بیشتر گردشگرهای متقاضی خدمات سلامتی، در زمینهٔ بهینه‌سازی صنعت گردشگری و برخورداری از مزیت‌های آن اهتمام ورزید. این بخش

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]

از یافته‌های تحقیق با یافته‌های محققانی که عوامل بازاریابی و زیرساختی را در جذب گردشگر سلامت مؤثر می‌دانند، هم‌خوانی کامل دارد [۱۳] و [۱۴].

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مناطق مرزی، به‌ویژه مناطق مرزی غرب کشور، باوجود برخورداری از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های نیروی انسانی و زیرساختی مناسب در جذب گردشگران سلامت چندان موفق نبوده است. به گمان خبرگان مشارکت‌کننده در مطالعهٔ حاضر، ضعف در عوامل ساختاری، از قبیل نبود ساختاری پویا در فعال‌سازی بخش‌های مختلف سلامت کشور، کم‌توجهی مدیران در جذب گردشگران سلامت به‌ویژه در مناطق مرزی، نظارت ناقص و ناکارآمد بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و ضعف قوانین و مقررات حاکمیتی باعث شده است صنعت گردشگری سلامت در مناطق مرزی در حد انتظار رشد و توسعه پیدا نکند.

همچنین، خبرگان تحقیق بر این مهم اجماع دارند که ضعف در عوامل رفتاری باعث بهره‌گیری ناکامل مناطق مرزی از ظرفیت‌های گردشگری سلامت شده است؛ به‌طوری‌که بی‌توجهی به مسائل فرهنگی گردشگران سلامت، ضعف در برقراری ارتباط با گردشگران سلامت خارجی، نگاه کالایی و درآمدی صرف به این بیماران، ارائهٔ خدمات عادی و کمتر از حد استاندارد به گردشگران سلامت و ... باعث شده است که بیماران خارجی تمایل زیادی برای مداوای خود در مناطق مرزی نداشته باشند.

نهایتاً اینکه عوامل محیطی از دیگر عواملی است که خبرگان بر این باورند اگر توجه ویژه‌ای به آن‌ها نشود، صنعت گردشگری سلامت به‌ویژه در مناطق مرزی آسیب می‌بینند؛ مواردی از قبیل بازاریابی مناسب با استفاده از معرفی خدمات پزشکی بخش سلامت در مناطق مرزی از طریق شبکه‌های اجتماعی، کانال‌های تلویزیونی و ماهواره‌ای، فراهم‌کردن تسهیلات رفاهی و اقامتی برای گردشگران سلامت خارجی، صدور به‌موقع ویزا و امکان تردد راحت آن‌ها از مرزها نقش مهم و برجسته‌ای در توسعهٔ گردشگری سلامت در مناطق مرزی دارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه اساتید گرامی، صاحب‌نظران و خبرگان حوزه گردشگری سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی که با مشارکت ارزشمند خود در مراحل مصاحبه و پانل‌های دلفی به غنای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از رسالهٔ دکتری با کد ۹۳۶۴۶۲۳۴۶۲۹۱۱۶۵۶۸۱۶۰۲۱۴۴ است که در دانشگاه آزاد قزوین به تصویب رسیده است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اذعان می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در ارائهٔ این مقاله ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. Lunt N, Smith R, Exworthy M. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011. [Link]
2. Avant LC, Swetz KM. Revisiting beneficence: what is a 'benefit', and by what criteria? Am J Bioeth. 2020;20(3):75-7. [DOI: 10.1080/15265161.2020.1714808]
3. Rahman M, Moghavvemi S, Thirumoorthi T, Rahman MK. The impact of tourists' perceptions on halal tourism destination: a structural model analysis. Tour Rev. 2020. [Link]
4. Sarwar AA, Manaf NA, Omar A. Medical tourists' perception in selecting their destination: a global perspective. Iran J Public Health. 2012;41(8):1. [Link]
5. Kim DH, Sheppard CE, de Gara CJ, Karmali S, Birch DW. Financial costs and patients' perceptions of medical tourism in bariatric surgery. Can J Surg. 2016;59(1):59. [Link]
6. Saidi KIA, M. Principles and foundations of entrepreneurial culture. Tehran: Kia Publishing; 2015. [Link]
7. Hashemi S, Fooladian M, Mirmohammadtabar SA, Teimouri M, Teimouri M. Investigating factors affecting the success of cooperatives in Iran: a meta-analysis study. Local Dev (Rural-Urban). 2022;14(1):27-54.[DOI:10.22059/jrd.2022.340085.668708]
8. Sakhdari K. Identifying institutional factors affecting the utilization of entrepreneurial opportunities for health tourism in Iran: Tehran Province. Soc Tour Stud. 2019;7(13):81-100. [Link]
9. Tabataba'i Nasab SM, Nouri A, Mohammadnabi Z, Heshmati F. Customers' typology in medical tourism. Tourism Management Studies. 2014;9(26):60-82. [In Persian].[Link]
10. Morvati Sharifabadi A, Asadian Ardakani F. Presenting a health tourism development model with a combined approach of fuzzy TOPSIS and interpretive structural modeling in Yazd Province. Health Manage. 2013;17(55):73-88. [Link]
11. Naserpour M, Mousavi SN. Evaluation of the impact of social capital on the development of health tourism with the mediating role of public safety feeling. J Geogr Stud Mt Areas. 2023;4(1):207-18. [In Persian] [DOI: 10.52547/gsma.4.1.207]
12. Kharazmi AA, Rahnama MR, Young J, Ajzashkoohi M. Factors affecting the promotion of health tourism: comparison of the views of foreign tourists and domestic managers. J North Khorasan Univ Med Sci. 2016;8(3):405-16. [Link]
13. Maleki S, Tavangar M. Study and analysis of Mashhad health tourism challenges from the perspective of foreign patients. Geogr Urban Space Dev. 2015;2(2):153-65.[Link]
14. Nilashi M, Samad S, Manaf AA, Ahmadi H, Rashid TA, Munshi A, et al. Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: a DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. Comput Ind Eng. 2019;137:106005. [DOI:10.1016/j.cie.2019.106005]
15. Ebrahim A, Ganguli S. A comparative analysis of medical tourism competitiveness of India, Thailand and Singapore. Tour. 2019;67:102-15. [Link]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-25]