



فرا تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران

مجید گودرزی^۱

DOI:10.22034/jtd.2024.474178.2955

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۴

چکیده

این پژوهش با هدف فراتحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران انجام شده است. پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر نوع توصیفی تحلیلی است. با توجه به هدف پژوهش، از روش فراتحلیل استفاده شده است. بدین منظور، ۲۱ مقاله از پایگاه‌های آی‌اس‌سی، اسکوپوس، وب‌آو‌ساینس و گوگل اسکالر استخراج و در نهایت ۱۷ مقاله منتخب برای تحلیل وارد نرم‌افزار CMA شد. در این میان، ۱۲ عامل در مطالعات متعدد شناسایی شد و اندازه اثر هریک در ارتباط با توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران به دست آمد. این عوامل عبارت‌اند از ضعف‌های نظام اداری، تحریم‌ها و چالش‌های بین‌المللی، تعدد مراکز تصمیم‌گیر، ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی، ضعف نظام آماری و اطلاعات، ضعف قوانین و نظارت و پایش، ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی، فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی، ضعف رقابت‌پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین‌المللی، موانع سرمایه‌گذاری، موانع بازاریابی و تبلیغات، و موانع فرهنگی. مطالعات منتخب به روش پیمایشی و با ابزار پرسش‌نامه در جوامع آماری متفاوت انجام گرفت. در گام نخست ارزیابی، همگنی و ناهمگنی و سوگیری انتشار بررسی شد، که یافته‌ها نشان از عدم سوگیری انتشار و ناهمگنی مطالعات داشت. در مرحله بعد، ضریب اندازه اثر مستقل و ترکیبی متغیرهای هدف در نرم‌افزار CMA نشان داد که سطح معناداری برای سه متغیر «ضعف نظام آماری و اطلاعات» (۰/۶۵۴)، «فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی» (۰/۴۷۸) و «ضعف رقابت‌پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین‌المللی» (۰/۱۰۳) بیشتر از سطح معناداری استاندارد (۰/۰۵) است، که به معنای غیرقابل قبول بودن اندازه اثر این متغیرها است. به بیان دیگر، سه متغیر یادشده تأثیر معناداری در توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران ندارند. از سوی دیگر، سطح معناداری سایر متغیرها از سطح معنادار استاندارد کمتر است؛ بنابراین، اندازه اثر آن‌ها معنادار است و تأثیر آن‌ها در توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران تأیید می‌شود. شدت تأثیر سه متغیر «ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی»، «موانع سرمایه‌گذاری» و «موانع بازاریابی و تبلیغات» زیاد و بیش از بقیه متغیرها است. در جهت نیل به توسعه گردشگری پزشکی در ایران، باید برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و اجرا در حوزه این سه عامل مدنظر متولیان امر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی:

فرا تحلیل، گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی، ایران.



مقدمه

صنعت گردشگری در هزاره سوم یکی از پررونق‌ترین، جذاب‌ترین، اشتغال‌زاترین و پردرآمدترین صنایع جهان شده است (Miller et al., 2021). توسعه گردشگری، به‌ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته عامل مؤثری در مقابله با فقر است و موجب افزایش درآمد قشرهای مختلف، کاهش بیکاری و رونق اقتصادی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی مردم و افزایش رفاه اجتماعی می‌شود (Asheri, 2016) و یکی از عوامل مهم و مؤثر در پویایی اقتصاد و توسعه پایدار هر کشوری است (Bulatovic & Iankova, 2021). صنعت گردشگری سلامت، که سفر به کشورهای دیگر با اهداف درمانی است، زیرمجموعه صنعت گردشگری به شمار می‌رود که در حال فراگیر شدن است (Tonga et al., 2021). امروزه گردشگری سلامت سهم زیادی از درآمد کشورها را به خود اختصاص داده است (Khodayi Sarkhanlou et al., 2024). گردشگری پزشکی زیرمجموعه‌ای از گردشگری سلامت است که طی چند دهه گذشته یکی از محبوب‌ترین و سریع‌ترین روندهای در حال رشد را در صنعت بهداشت و درمان و گردشگری داشته و امروزه در بازارهای گردشگری بخش روبه‌رشدی از بازار را به خود اختصاص داده است (Aiwerioghene et al., 2021).

گردشگری پزشکی از اواخر دهه ۱۹۹۰ بسیار گسترش یافته است (Kim et al., 2019). گردشگری پزشکی در نتیجه رویارویی مصرف‌کنندگان با طیف وسیع‌تری از خدمات پزشکی و رشد نمایی در بازار جهانی بهداشت و درمان ظهور کرده است (Hwang et al., 2018). هر چند جهانی شدن مراقبت‌های بهداشتی یا گردشگری پزشکی موضوع جدیدی نیست و مردم از هزاران سال پیش برای درمان بیماری به سرزمین‌های خارجی مسافرت می‌کردند، امروزه این مسافرت الگوی متفاوتی را نسبت به قرن گذشته در پیش گرفته است؛ به طوری که بیماران از کشورهای پیشرفته به کشورهای کمتر توسعه یافته مسافرت می‌کنند تا از مزیت‌هایی همچون هزینه‌های کمتر و کیفیت نسبتاً بالای مراقبت‌های بهداشتی بهره ببرند. در قرن گذشته، کشورهای پیشرفته جهان همچون آمریکا، اتحادیه اروپا، به‌علت در اختیار داشتن زیرساخت‌های فیزیکی، تسهیلاتی و فناوریانه برای ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا و در دسترس نبودن این زیرساخت‌ها در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، مقاصد محبوب

برای مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رفتند؛ اما باید خاطر نشان کرد که امروزه و در قرن حاضر این روند معکوس شده است (Lee, 2012). عوامل متعددی در توسعه این صنعت دخیل بوده‌اند، از جمله جهانی شدن، تسهیل حمل‌ونقل بین‌المللی، افزایش ارتباطات، تلاش بیماران برای دستیابی به قیمت‌های کمتر و کیفیت مناسب‌تر و زمان انتظار کوتاه‌تر (De la Hoz-Correa et al., 2018).

امروزه، گردشگری پزشکی یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های صنعت گردشگری به شمار می‌رود که به‌سرعت در حال رشد است (Nilashi et al., 2019; de la Hoz-Correa et al., 2018; Burke, 2018) و به بیماران کمک می‌کند تا خدمات درمانی را با بهترین کیفیت و کمترین هزینه و زمان انتظار دریافت کنند (Turner, 2011). انتظار می‌رود بازار گردشگری پزشکی بین‌المللی تا سال ۲۰۲۵، با متوسط نرخ رشد سالانه ۲۰ درصد، ۱۳۱/۳۵ میلیارد دلار رشد کند (Kim et al., 2019) و شمار گردشگران این حوزه در جهان ۲۵ درصد در سال افزایش یابد (Dalen & Alpert, 2019). این صنعت، مستقیم یا غیرمستقیم، حدود ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی جهان را تشکیل می‌دهد و تقریباً ۲۲۲ میلیون شغل را در سراسر جهان پشتیبانی می‌کند (Huang & Coelho, 2017). امروزه رقابت در صنعت گردشگری پزشکی از سوی دولت‌ها در برخی کشورها به‌ویژه در منطقه آسیا و اقیانوسیه مانند تایلند، کره جنوبی، هند و تایوان تشویق می‌شود. صنعت گردشگری پزشکی در حال توسعه فرصت‌هایی را برای بهبود سیستم مراقبت‌های بهداشتی محلی و مشارکت‌های اقتصادی مرتبط ایجاد کرده است. این امر می‌تواند از طریق بهره‌مندی از مزایای بیشتر از خدمات مرتبط با گردشگران خارجی، رشد و توسعه پایدار صورت گیرد (Choi et al., 2021). این نوع از گردشگری، به‌خاطر کم‌هزینه بودن و درآمد زیاد، در مرکز توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است و بسیاری از کشورهای در حال توسعه برای توسعه این صنعت دست به برنامه‌ریزی‌های کلان می‌زنند. با وجود منافع گردشگری پزشکی، از آنجاکه عوامل مهمی در توسعه این نوع گردشگری مؤثر است، دستیابی به جایگاه و سهم بازار مناسب در این صنعت چندان ساده نیست (Rokni et al., 2017). اگرچه گردشگری پزشکی صنعتی چندمیلیارد دلاری و روبه‌رشد است (Sandberg, 2017) و فرصت کسب‌وکاری بین‌المللی را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورده



بیشترین احتمال انجام فعالیت‌های گردشگری را دارند، زیرا احتمالاً در هتل‌ها اقامت می‌کنند، اما افرادی که به تنهایی سفر می‌کنند در بیمارستان‌ها اقامت می‌کنند (Bookman & Bookman, 2007). از این رو، این پرسش پیش می‌آید که آیا می‌توان عنوان گردشگر را به بیماران اختصاص داد یا معمولاً همراهان آن‌ها را گردشگر می‌شناسند (Nahai, 2009). گردشگری پزشکی ثابت کرده است که موجب افزایش ملاقات‌ها، انگیزه‌ها، همایش‌های مرتبط و همچنین نمایشگاه‌های گردشگری می‌شود که در آن‌ها تمرکز بر فعالیت‌های خاصی است که خود آن فعالیت‌ها رابطه کمی با تفریح و سرگرمی و کسب آرامش دارند. مهم‌تر اینکه گردشگری پزشکی بخش مهمی از شکل جدید پراکندگی درمانی است. به عبارت دیگر، گردشگران به وطن خود برمی‌گردند و پس از آن خویشاوندان دور و نزدیک آن‌ها خدمات درمانی و فرهنگ‌های تقریباً مشابه را تجربه خواهند کرد. بدین ترتیب، هزینه‌ها و زیرساخت‌های گردشگری محلی (مانند هتل‌ها، وسایل حمل و نقل و رستوران‌ها) و گردشگری پزشکی شاخه مهمی از صنعت بین‌المللی گردشگری شده است (Smith & Puczko, 2009). گردشگران درمانی چه کسانی هستند؟

کوهن طبقه‌بندی چهارلایه‌ای برای این موضوع پیشنهاد کرده است: ۱. گردشگران درمان‌شونده (کسانی که معالجاتی برای تصادفات و مشکلات سلامتشان دریافت می‌کنند) که این معالجات در ایام تعطیل کشورهای خارجی انجام می‌شود. ۲. گردشگران درمانی حقیقی (کسانی که برای درمان به کشور دیگری سفر می‌کنند و سفر آن‌ها برای تفریح نیست و شاید تصمیم به طی مراحل درمانی در آن کشور بگیرند). ۳. بیماران در تعطیلات (کسانی که در اصل کشوری را برای درمان انتخاب می‌کنند ولی دوره درمان تصادفاً در تعطیلات قرار می‌گیرد و آن‌ها از این فرصت استفاده می‌کنند؛ فرصتی که معمولاً در دوره نقاهت به دست می‌آید). ۴. بیماران محض (کسانی که صرفاً برای درمان سفر می‌کنند و هیچ استفاده‌ای از تعطیلات نمی‌کنند). کوهن بیان می‌کند که بیشترین قسمت گردشگری پزشکی به بیماران محض و بیماران در تعطیلات اختصاص دارد، در نتیجه بخش درمان این صنعت غلبه پیدا می‌کند و عباراتی چون «سفر درمانی» (به علت ناچیز بودن تفریح و سرگرمی در این گونه سفرها) ترجیح داده می‌شود (Cohen, 2008). با این حال، حتی بیماران محض هم برای کشورهای هدف خود درآمدزایی دارند و به اشتغال‌زایی در آن منطقه، چه بیرون از نظام سلامت

است (Horowitz et al., 2008) و با وجود قابلیت‌های ایران در گردشگری پزشکی، آمارها نشان می‌دهد که درآمد گردشگری پزشکی در ایران در مقایسه با درآمد جهانی این صنعت چندان چشمگیر نیست (Hosseini et al., 2021).

با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهشگران تاکنون مطالعاتی را درباره گردشگری پزشکی و عوامل مؤثر بر توسعه نیافتگی آن در ایران انجام داده‌اند. این مطالعات در قالب مقاله، پایان‌نامه، کتاب و مانند این‌ها منتشر شده است؛ از این رو به نظر می‌رسد توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران مسئله‌ای درخور تأمل و تفکر است که این چنین توجه پژوهشگران و به‌طور کلی جامعه دانشگاهی در ایران را به خود جلب کرده است. با توجه به این امر، مطالعه و شناخت این پدیده و مقابله با آن در سطح مدیریت جامعه ایران ضروری به نظر می‌رسد. بدین منظور، برای ترکیب نظام‌مند روش‌مند پژوهش‌های قبلی و آنچه پژوهشگران پیشین انجام داده‌اند و برای دستیابی به نتیجه یکپارچه، پیدا کردن روند کلی و کشف دانش جدید، از رویکرد کمی/ عددی فرا تحلیل در این پژوهش استفاده شده است. به منظور انجام فراتحلیل، ابتدا باید حوزه‌ای انتخاب شود که نتایج مطالعات در آن حوزه دوپهل و مهم باشد. سپس مراحل ذیل به ترتیب انجام می‌پذیرد:

۱. شناسایی نتایج پژوهش‌ها؛
۲. ترکیب نتایج پژوهش‌های انتخاب‌شده و مقایسه آن‌ها با یکدیگر؛
۳. ارزشیابی نتایج فراتحلیل به منظور کاهش خطا در برآورد.

مبانی نظری

تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی به‌عنوان زیرمجموعه گردشگری سلامت در دهه گذشته تأییدی بر افزایش چشمگیر آن به‌منزله نوعی فعالیت مهم گردشگری است (Hosseini & Taghvaei, 2021). رشد و توسعه سلامت و جهانی شدن آن مفهوم نوینی به نام گردشگری پزشکی را ایجاد کرده است (Bulatovic & Iankova, 2021). گردشگری پزشکی نوعی گردشگری است که در نتیجه افزایش سریع تعداد سفرهای خارج از کشور برای دسترسی به خدمات پزشکی ایجاد می‌شود (Suess et al., 2018). تعریف گردشگری پزشکی دشوار است. بعضی از گردشگران پزشکی به تنهایی یا حتی بی‌نام‌ونشان سفر می‌کنند، ولی بیشتر آن‌ها با آشنایان نشان سفر می‌کنند؛ آن‌ها کسانی هستند که



و چه درون آن، کمک می‌کنند. نقش هدف سفر برای بعضی از نظریه‌پردازان بسیار مهم است، چنان‌که لانگ و کریرا تعریف گردشگری پزشکی را به جابه‌جایی بیمار به اراده خود محدود کرده‌اند، که این تعریف با اعزام بیماران به خارج توسط آژانس‌های درمانی در تقابل است قرار می‌گیرد (Lunt & Carrera, 2010). این اعزام‌ها نتیجه توقف بلندمدت در فهرست‌های انتظار و کمبود متخصص است. زیرمجموعه‌های گردشگری پزشکی بسیار متنوع است (Reisman, 2010)؛ بنابراین، نمی‌توان به‌آسانی مرز مشخصی میان آن‌ها تعیین نمود، زیرا هر بخش دست‌کم در قسمتی با امور درمانی مرتبط است؛ در نتیجه، اصطلاح گردشگری پزشکی مفیدترین اصطلاح ولی درعین حال مهم است. البته این ابهام در مورد گردشگران محض و گردشگران درمان‌شونده صادق نیست. تصمیمات آنی که بخش مهمی از گردشگری دندان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد نیز جزو گردشگری پزشکی است (و این در حالی است که بسیاری از این نوع معالجات بسیار جزئی هستند) (Erfurt-Cooper & Cooper, 2009). چنین تعاریفی از گردشگری پزشکی مطابق تعاریفی همچون تعریف پولارد (2010) از این صنعت است که بیان می‌کند گردشگر پزشکی کسی است که انگیزه‌اش برای مسافرت صرفاً درمان باشد؛ بنابراین، افرادی که تعطیلات خود را در خارج هستند و بیمار می‌شوند یا افرادی که مقیم کشور دیگری هستند و احتیاج به درمان پیدا می‌کنند را جزو گردشگران پزشکی به‌شمار نمی‌آورد (Ehrbeck et al., 2008). در این قسمت، قضاوت در مورد ارزش‌ها به‌صورت ضمنی انجام می‌شود. میلیستین و اسمیت (2006) وضعیت را توصیف می‌کنند که در آن آمریکایی‌هایی که از بیماری‌های سخت رنج می‌برند و بر اثر ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی در کشور خود به‌معالجه در بیمارستان‌های سایر کشورها روی آورده بودند، گردشگران درمانی را که برای جراحی‌های زیبایی غیرضروری سفر می‌کردند به‌تمسخر می‌گرفتند (Zhang et al., 2022).

اصولاً گردشگری به اقامت بیش از ۲۴ ساعت در محلی گفته می‌شود، وگرنه این کار صرفاً بازدید است؛ اما فرایندهای کاملاً پیچیده‌ای ممکن است در یک روز اتفاق بیفتد (یک روز، در عصر الکترونیک و سرعت جت، زمانی طولانی است). فرودگاه مونیخ در مانگاهی دارد که می‌توان مراحل پیچیده درمانی را بدون ترک فرودگاه در آن انجام داد. به‌طورکلی، آسانی

سفرهای هوایی موجب شده است که بیماران پروازی یک‌روزه (مخصوصاً بیمارانی که مشکلات دهان و دندان دارند) گسترش یابند که این امر، جدا از بخش دندان‌پزشکان، کمترین بهره را به اقتصاد ملی (کشور مقصد) می‌رساند (Mueller & Kaufmann, 2001, p. 5). بیشتر مباحث گردشگری پزشکی به سفرهای بین‌المللی اشاره می‌کند ولی گردشگری پزشکی شامل سفرهای درون‌کشوری نیز می‌شود (Sobo, 2009, p. 327). این مطلب در تعریف جاگیاسی از گردشگری پزشکی نیز آمده است: مجموعه‌ای از فعالیت‌ها که شخصی مسیری غالباً طولانی را برای دریافت خدمات پزشکی و استفاده مستقیم یا غیرمستقیم از امکانات رفاهی، تجاری یا سایر مقاصد طی می‌کند. اشتراک بیماران که به پایتخت کشورهای گوناگون سفر می‌کنند، معالجات بهتر و بهره‌مندی از متخصصان خاص است، اگرچه این برخلاف آن چیزی است که در گردشگری پزشکی گفته شد و به ابعاد اقتصادی این موضوع توجه چندانی نشده است.

با توجه به کم‌هزینه بودن و پردرآمد بودن این صنعت، بسیاری از کشورهای در حال توسعه توجه خود را بر این بخش از صنعت متمرکز و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند. گردشگری پزشکی دغدغه‌ها و چالش‌های مهم و همچنین، فرصت‌های بالقوه‌ای را ارائه می‌دهد. این روند تأثیر فزاینده‌ای در چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه در سراسر جهان خواهد داشت (Li et al., 2022).

انگیزه گردشگران پزشکی با توجه به کیفیت کادر درمان و امکانات پزشکی، هزینه‌های پزشکی و زیرساخت‌های اقامتی و پذیرایی مقصد شکل می‌گیرد (Suess et al., 2020). از جمله عوامل تقویت‌کننده صنعت گردشگری پزشکی، گسترش شبکه جهانی اینترنت و سهولت اطلاع‌رسانی در دنیا به گردشگران پزشکی و بیماران درباره خدمات درمانی و پزشکی مقصد است (Ridderstaat et al., 2019).

پیشینه پژوهش

گودرزی و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهشی با عنوان «بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز»، به این نتیجه رسیدند که تمامی عوامل کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات رابطه مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارند و عامل قیمت با توسعه گردشگری پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. به بیان



«شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان»، به این نتیجه رسیدند که تأثیرگذارترین معیارهای اصلی در توسعه گردشگری پزشکی استان گلستان، به ترتیب اهمیت، معیار زیرساختار، معیار پزشک و معیار کیفیت شناسایی شده‌اند.

قلی‌پور سوته و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان «واکاوای موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری»، به بررسی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با روش پژوهش کیفی و راهبرد تحلیل مضمون پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سه مانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در ایران و ابعاد فرعی هر یک عبارت است از: ۱. موانع نظام اداری و خط‌مشی‌گذاری شامل ضعف نظام اداری، مسائل ناشی از تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت، ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی، ضعف نظام آماری، ضعف نظارت؛ ۲. موانع زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی شامل ضعف فرایند ارائه خدمت، فعالیت غیررسمی، ضعف رقابت‌پذیری، موانع سرمایه‌گذاری؛ ۳. موانع مربوط به بازارهای هدف شامل تعامل نامناسب با بیمار خارجی، ضعف در بازاریابی و تبلیغات، موقعیت ضعیف رقابتی.

باغی و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان «توسعه گردشگری سلامت در مشهد با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری»، به این نتیجه رسیدند که تحریم‌های دنباله‌دار اقتصادی و سیاسی، تعدد مراکز سیاست‌گذاری و نبود تعامل میان آن‌ها، محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی برای گردشگران خارجی، حمایت نکردن دولت از سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری و تشویق نشدن بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری از تأثیرگذارترین موانع توسعه گردشگری به شمار می‌آیند. کروبسی و احمدی (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان «برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از ماتریس سوات و تکنیک تاپسیس فازی»، به این نتیجه رسیدند که با توجه به تمرکز راهبردهای اول، دوم و سوم حاصل از تلفیق نظر گروه‌های نمونه، راهبرد قانونی برای اقدام راهبرد تهاجمی است.

نوروززاده و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان «تحلیل و بررسی موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل‌سازی تفسیری ساختاری (مطالعه موردی شهرستان مشکین‌شهر)»، به بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت و همچنین طراحی

دیگر، هرچه قیمت افزایش یابد توسعه گردشگری پزشکی با کاهش مواجه می‌شود، و برعکس. همچنین، تحلیل مسیر عوامل گفته‌شده نشان می‌دهد که همه عوامل قیمت، کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات در توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز هم تأثیر مستقیم و هم تأثیر غیرمستقیم می‌گذارند.

حسینی و اسدی (۲۰۱۴)، در پژوهشی با عنوان «بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران»، به این نتیجه رسیدند که مهم‌ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران عبارت است از نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک‌شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک‌شده، تعصب و برخورد کلیشه‌ای. بین این موانع، مانع نبود شناخت مانعی اساسی است که غلبه بر آن نقش حیاتی در تسهیل گردشگری درمانی خواهد داشت.

عزیزی و زاهدی (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان «شناسایی و ارزیابی موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد»، به این نتیجه رسیدند که موانع بالا بودن هزینه‌ها (۰/۰۵۶) و تبلیغات محدود (۰/۰۴۶) بیشترین و کمترین اهمیت را دارند. همچنین، موانع قوانین و مقررات سخت و دشوار، نیازهای درمانی جامعه محلی و کمبود نیروی انسانی به ترتیب از مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد است.

تقوایی و گودرزی (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان «تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: کلان‌شهر شیراز)»، به این نتیجه رسیدند که راهبرد تهاجمی (SO) اولویت نخست و راهبردهای تنوع (ST)، تدافعی (WT) و بازنگاری (WO) به ترتیب در اولویت‌های بعدی قرار می‌گیرند.

نعمتی و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان «ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)»، به این نتیجه رسیدند که موانع گردشگری پزشکی در اردبیل به ترتیب عبارت‌اند از موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی با میانگین ۲۹/۷۵ در رتبه نخست و بقیه به ترتیب موانع سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری با میانگین رتبه ۲۵/۱۴، موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات با میانگین رتبه ۲۴/۸۰، موانع نگرش دولت با میانگین رتبه ۲۴/۴۹، موانع نیروی انسانی با میانگین رتبه ۲۲/۴۶، موانع اجتماعی-فرهنگی با میانگین رتبه ۲۰/۵۴ و موانع اقتصادی با میانگین رتبه ۱۶/۱۹ در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند.

بدیعی و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهشی با عنوان



و آزمون مدل مفهومی این موانع با توجه به ماهیت میان فرهنگی گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل سازی تقسیری ساختاری پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت عبارت است از نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای. همچنین، به شرط جمع آوری و دسته بندی عوامل اثرگذار بر مفهوم گردشگری پزشکی و سلامت توسط مدیران تصمیم گیر در حوزه های مرتبط، این موضوع می تواند راهگشای متولیان و مسئولان حوزه سلامت کشور در ایجاد و افزایش درآمد ارزی برای کشور باشد. حسینی و تقوایی (۲۰۲۱)، در پژوهشی با عنوان «تعیین کننده ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه سازی خدمات، نمونه مورد مطالعه: استان های مرزی منطقه سه سلامت»، به این نتیجه رسیدند که راهبرد بازنگری (WO) در اولویت نخست و راهبرد تدافعی (WT) در اولویت دوم و راهبردهای تنوع (ST) و تهاجمی (SO) در اولویت های بعدی قرار دارند. غلامی و زبیری (2021)، در پژوهشی با عنوان «تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی منطقه ۶ تهران)»، به این نتیجه رسیدند که موانع اقتصادی و زیرساختی تأثیر بیشتری در عدم توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران می گذارند و موانع سیاسی نیز کمترین نقش را در توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران ایفا می نماید.

قبرری و همکاران (۲۰۲۲)، در پژوهشی با عنوان «ارزیابی موانع گردشگری پزشکی شهر تبریز»، به این نتیجه رسیدند که موانع گردشگری پزشکی در تبریز با توجه به ضرایب مسیر متغیرها به این ترتیب است: موانع زبان، ارتباطات و تبلیغات با ضریب مسیر ۰/۲۷۱، بیشترین تأثیر را در عدم توسعه گردشگری پزشکی دارد و موانع نیروی انسانی متخصص با ضریب مسیر ۰/۲۳۰، موانع سیاست گذاری، قانون گذاری و نظارت و ارزیابی با ضریب مسیر ۰/۲۰۵، موانع اقتصادی با ضریب مسیر ۰/۱۸۹، موانع امکانات و زیرساخت ها با ضریب مسیر ۰/۱۸۷، به ترتیب در رتبه های بعدی قرار گرفته اند. نتایج این مطالعه نشان می دهد، به جز متغیر موانع نیروی انسانی، همه متغیرها به نوعی در عدم توسعه گردشگری پزشکی شهر تبریز نقش دارند.

لقمان استرکی و حکیم (۲۰۲۳)، در پژوهشی با عنوان «ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا»، به این نتیجه رسیدند که

قابلیت های اصلی توسعه گردشگری پزشکی کشور شامل کیفیت خدمات، نظام درمانی پیشرفته، هزینه، جاذبه های گردشگری و قابلیت های اجتماعی است. همچنین، موانع اصلی این الگو موانع بین المللی، موانع ساختاری، امور بیمه و بانکی، موانع ارتباطی و موانع اطلاعاتی شناسایی شد. راهبردهای این الگو شامل توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک، بازاریابی و تبلیغات، سیاست گذاری و مدیریت، راهبردهای قانونی، راهبرد توسعه دهکده های مدرن سلامت، آموزش و زنجیره تأمین گردشگری پزشکی است.

حکیم و لقمان استرکی (۲۰۲۳)، در پژوهشی با عنوان «رهیافت های توسعه گردشگری پزشکی در ایران از دیدگاه مدیران»، به این نتیجه رسیدند که اهداف توسعه گردشگری پزشکی شامل اهداف اقتصادی، سیاسی، فرهنگی - اجتماعی و بهبود زیرساخت های درمانی و گردشگری است. همچنین، نهادهای اصلی در توسعه گردشگری پزشکی شامل نهادهای دولتی، نهادهای غیردولتی، بخش خصوصی و نهادهای مردمی شناسایی شد. ابزارهای اساسی شامل ابزارهای سازمانی، مالی، قانونی و اطلاعاتی است.

گودرزی و همکاران (۲۰۲۳)، در پژوهشی با عنوان «بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان شهر اهواز»، به این نتیجه رسیدند که متغیرهای مستقل قوانین و مقررات، فضای کسب و کار و زیرساخت ها، عوامل انسانی و فرهنگی و طبیعی، عوامل اقتصادی و عوامل ارتباطی در متغیر وابسته تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان شهر اهواز تأثیرگذار بوده است. در خصوص بررسی تفاوت بین وضعیت موجود (عینی) و وضع مطلوب (ذهنی) شاخص های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز، نتایج آزمون تی زوجی حاکی از وجود شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب است. با بررسی ۲۱ مقاله مرتبط با گردشگری پزشکی از پایگاه های آی اس سی، اسکوپوس، وب آو ساینس و گوگل اسکالر^۱، در نهایت ۱۷ مقاله منتخب (به علت همسویی با هدف مقاله) برای تحلیل وارد نرم افزار CMA شد. در این میان، ۱۲ عامل در مطالعات مربوط به پیشینه پژوهش شناسایی شد که عبارت اند از: ضعف های نظام اداری؛ تحریم ها و چالش های بین المللی؛ تعدد مراکز تصمیم گیر؛ ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی؛ ضعف نظام آماری و اطلاعات؛ ضعف قوانین، نظارت و پایش؛ ضعف فرایند ارائه خدمت در

1. ISC, Scopus, Web of Science, Google Scholar



چمران اهواز بود. از آنجا که پژوهش‌های انتخاب‌شده باید از لحاظ روایی، اعتبار ابزار اندازه‌گیری و روش نمونه‌گیری بررسی می‌شدند، پژوهش‌هایی که از لحاظ روش شناختی شرایط لازم را احراز کرده بودند در نظر گرفته شدند، که تعداد آن‌ها ۱۷ مقاله از ۲۱ مقاله بود. معیارهای ارزیابی و انتخاب مقاله‌ها در این پژوهش عبارت بودند از: داشتن شرایط لازم از نظر روش‌شناسی (فرضیه‌سازی، روش تحقیق، جامعه، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، روایی و اعتبار ابزار، مفروضه‌های آماری، روش تحلیل آماری و صحیح بودن محاسبات آماری)، همخوانی موضوع پژوهش با گردشگری پزشکی در ایران، کمی بودن پژوهش.

مراحل اجرای این فراتحلیل عبارت است از: تعریف مسئله پژوهش، کدگذاری پژوهش‌ها، بیان تفصیلی معیارهای انتخاب پژوهش‌ها، جست‌وجوی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه گردشگری پزشکی ایران، انتخاب پژوهش‌ها برای فراتحلیل، ارزیابی مقاله‌های پژوهشی، خلاصه کردن نتایج، محاسبه اندازه اثرها، تجزیه و تحلیل توصیفی پژوهش‌ها، توصیف و تفسیر اندازه اثرها و ترکیب مطالعات.

یافته‌های پژوهش

پس از جست‌وجو و پالایش و ارزیابی پژوهش‌های مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی، ۱۷ مقاله برای انجام فراتحلیل انتخاب شد. اطلاعات توصیفی مربوط به پژوهش‌های منتخب در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات و اطلاعات توصیفی مطالعات برگزیده برای فراتحلیل

نمونه پژوهش	جامعه آماری	منطقه مطالعه شده	پژوهشگر
۷۶۰	گردشگران پزشکی داخلی و خارجی	شیراز	گودرزی و همکاران (۱۳۹۲)
۳۰۰		ایران	حسینی و اسعدی (۱۳۹۳)
۳۸۲	۷۰۰۰	شیراز	گودرزی و همکاران (۱۳۹۳)
۱۰	۱۰	یزد	عزیزی و زاهدی (۱۳۹۴)
۲۰	خبرگان	شیراز	تقوایی و گودرزی (۱۳۹۵)
۱۰۰	صاحب‌نظران بخش پزشکی و گردشگری	استان گلستان	بدیعی و همکاران (۱۳۹۵)
۱۲۰	استادان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، استادان گروه مدیریت جهانگردی دانشگاه محقق اردبیلی، معاونان و کارکنان سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان اردبیل، پزشکان و متخصصان مراکز درمانی دولتی و خصوصی شهر اردبیل	اردبیل	نعمتی و همکاران (۱۳۹۵)

زنجره خدمات گردشگری پزشکی؛ فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجره ارائه خدمات گردشگری پزشکی؛ ضعف رقابت‌پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین‌المللی؛ موانع سرمایه‌گذاری؛ موانع بازاریابی و تبلیغات؛ موانع فرهنگی.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نوع توصیفی تحلیلی است. با توجه به هدف پژوهش، از روش فراتحلیل استفاده شده است. در روش فراتحلیل، پژوهشگر با ثبت و ویژگی‌ها و یافته‌های چندین پژوهش در قالب مفاهیم کمی آن‌ها را آماده استفاده از روش‌های نیرومند آماری می‌کند (Delavar, 2004). فراتحلیل برای بررسی ترکیبی نتایج پژوهش‌های مشابه اما مستقل به کار می‌رود (Sharon & Normand, 1999). اصل اساسی فراتحلیل محاسبه اندازه اثر برای پژوهش‌های مجزا، برگرداندن آن‌ها به ماتریس مشترک (عمومی) و ترکیب آن‌ها برای دستیابی به میانگین اثر است (Howit & Cramer, 2017).

جامعه آماری پژوهش را مقاله‌های چاپ‌شده در مجله‌های علمی پژوهشی معتبر تشکیل می‌دهد که در طول سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ در زمینه گردشگری پزشکی در ایران به صورت بخشی یا ملی تدوین شده‌اند.

منابعی که برای گردآوری پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه به آن‌ها مراجعه شد، پایگاه‌های اطلاعات علمی قابل دسترس از طریق دانشگاه شهید



نمونه پژوهش	جامعه آماری	منطقه مطالعه شده	پژوهشگر
۴۷	خط‌مشی‌گذاران، استادان دانشگاه، پژوهشگران و خبرگان فعال در زمینه گردشگری پزشکی ایران در بخش‌های خصوصی و دولتی	ایران	قلی‌پور سوته و همکاران (۱۳۹۷)
۱۰	خبرگان	مشهد	باغی و همکاران (۱۳۹۸)
۱۰۰	خبرگان	شیراز	کروبی و احمدی (۱۳۹۹)
۱۵۰	صاحب‌نظران، کارمندان و استادان دانشگاه در حوزه پزشکی و گردشگری	مشکین‌شهر	نوروززاده و همکاران (۱۴۰۰)
۸	خبرگان	استان‌های مرزی منطقه سه سلامت	حسینی و تقوایی (۱۴۰۰)
۵۰	صاحب‌نظران، کارمندان و استادان دانشگاه در حوزه پزشکی و گردشگری	منطقه ۶ تهران	غلامی و زیاری (۱۴۰۰)
۷۳	کارکنان اداره کل میراث فرهنگی و صنایع دستی استان آذربایجان شرقی، استادان دانشکده برنامه‌ریزی و علوم محیطی دانشگاه تبریز و پزشکان و متخصصان مراکز درمانی دولتی و خصوصی شهر تبریز	تبریز	قبری و همکاران (۱۴۰۱)
۱۰	خبرگان، کارشناسان و متصدیان صنعت گردشگری پزشکی ایران	ایران	لقمان استرکی و حکیم (۱۴۰۲)
۹	خبرگان	ایران	حکیم و لقمان استرکی (۱۴۰۲)
۳۰۲	۲۰۰۰	اهواز	گودرزی و همکاران (۱۴۰۲)

پرسش‌نامه بوده است. همه مطالعات انجام‌شده در این حوزه فرایند اجرایی و راهبرد پژوهشی مشابهی بدین شرح داشته‌اند: انتخاب متغیرهای پژوهشی، فرموله کردن مسئله در قالب فرضیه‌های پژوهشی، مراجعه به جوامع آماری و گردآوری داده‌های میدانی و تحلیل داده‌های گردآوری‌شده در قالب مقایسه میانگین، تفسیر نتایج و خروجی‌های مقایسه‌ای.

پس از مطالعه دقیق و استخراج اطلاعات مربوط به روش‌شناسی پژوهش‌ها، متغیرهای مرتبط با هدف اصلی این پژوهش (متغیر مستقل تأثیرگذار در توسعه‌نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران) در هر مقاله شناسایی شد و فراوانی متغیرها در کل پژوهش‌ها بررسی و تعیین شد.

در جدول ۱ اطلاعاتی درباره سال اجرا، قلمرو مکانی، جامعه آماری و حجم نمونه پژوهش‌های بررسی‌شده ارائه شده است. بر این اساس، سال‌های ۱۳۹۵، ۱۴۰۰ و ۱۴۰۲ هر یک با ۳ پژوهش و به صورت کلی در سطح کشور (ایران) با انجام ۴ پژوهش در گردشگری پزشکی از بین ۱۷ پژوهش منتخب بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند.

همچنین، حجم نمونه آماری کل مطالعات ۲۴۵۱ نفر است که با توجه به تعداد مطالعات (۱۷ مقاله) می‌توان گفت در هر مطالعه، به‌طور میانگین، دیدگاه‌ها و نظرهای حدود ۱۴۴ نفر بررسی شده است. راهبرد اجرایی پژوهش در همه مقالات به صورت توزیع

جدول ۲: نام و فراوانی متغیرهای هدف شناسایی‌شده در مقاله‌های برگزیده برای فراتحلیل

فراوانی مشاهده‌شده	نام متغیر
۸ بار	ضعف‌های نظام اداری
۴ بار	تحریم‌ها و چالش‌های بین‌المللی
۱۰ بار	تعدد مراکز تصمیم‌گیر
۷ بار	ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی



نام متغیر	فراوانی مشاهده شده
ضعف نظام آماری و اطلاعات	۴ بار
ضعف قوانین، نظارت و پایش	۱۰ بار
ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی	۱۳ بار
فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی	۴ بار
ضعف رقابت پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین المللی	۶ بار
موانع سرمایه گذاری	۸ بار
موانع بازاریابی و تبلیغات	۱۴ بار
موانع فرهنگی	۱۲ مرتبه

نام و فراوانی متغیرهای شناسایی شده در مقاله های منتخب در جدول ۲ درج شده است. همان گونه که مشاهده می شود، بیشترین فراوانی مربوط به متغیرهای موانع بازاریابی و تبلیغات با ۱۴ بار تکرار، ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی با ۱۳ بار تکرار، و موانع فرهنگی با ۱۲ بار تکرار است و کمترین فراوانی مربوط به متغیرهای تحریم ها و چالش های بین المللی، ضعف نظام آماری و اطلاعات؛ و فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی هر کدام به ۴ بار تکرار است.

جدول ۳: نتایج محاسبه اندازه اثر مستقل و ترکیبی متغیرهای هدف در نرم افزار CMA

متغیر	نوع اثر	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	z-value	p-value	شدت تأثیر
ضعف های نظام اداری	اثر ترکیبی	۰/۴۸۷	۰/۳۶۴	۰/۶۰۱	۴/۴۳۶	۰/۰۰۰	کم
تحریم ها و چالش های بین المللی	اثر ترکیبی	۰/۴۴۱	۰/۳۲۵	۰/۵۳۳	۱/۸۹۱	۰/۰۰۲	کم
تعدد مراکز تصمیم گیر	اثر ترکیبی	۰/۷۲۷	۰/۵۴۳	۰/۷۱۲	۳/۵۱۳	۰/۰۰۴	متوسط
ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی	اثر ترکیبی	۰/۸۱۱	۰/۲۳۲	۰/۵۴۸	۰/۷۸۸	۰/۰۰۰	زیاد
ضعف نظام آماری و اطلاعات	اثر ترکیبی	-۰/۴۰۳	-۰/۶۸۴	۱/۰۷۱	-۳/۳۴۲	۰/۶۵۴	-
ضعف قوانین، نظارت و پایش	اثر ترکیبی	-۰/۲۴۱	-۰/۱۱۵	-۰/۴۱۲	-۱/۴۳۱	۰/۰۰۱	کم
ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی	اثر ترکیبی	۱/۸۴۱	۰/۴۵۶	۰/۶۷۷	۰/۲۹۶	۰/۰۰۰	زیاد
فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی	اثر مستقل	۰/۱۷۷	-۰/۲۴۳	۰/۵۱۳	۲/۸۴۳	۰/۴۷۸	-
ضعف رقابت پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین المللی	اثر مستقل	-۰/۰۳۳	-۰/۲۴۱	۰/۴۶۳	۶/۳۷۶	۰/۱۰۳	-
موانع سرمایه گذاری	اثر مستقل	۰/۹۶۳	۰/۴۸۲	۰/۵۸۹	۵/۱۴۶	۰/۰۰۰	زیاد
موانع بازاریابی و تبلیغات	اثر مستقل	۰/۹۴۲	۰/۶۳۱	۰/۸۱۲	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱	زیاد
موانع فرهنگی	اثر مستقل	-۰/۳۰۱	-۰/۴۸۲	-۰/۷۷۱	-۲/۱۷۸	۰/۰۳۳	کم



با توجه به اینکه هیچ‌یک از مطالعات انتخاب‌شده برای انجام فراتحلیل اندازه اثرها را مستقیم گزارش نکرده بودند، ابتدا آماره‌های هر یک از مطالعات منتخب در قالب جدول‌های جداگانه استخراج شد؛ سپس با استفاده از روش‌های آماری و به‌صورت دستی به شاخص‌های r و d تبدیل شد. برای محاسبه شاخص‌های r و d از نسخه ۷.۴ نرم‌افزار CMA و پایگاه علمی دکتر ویلسون (دانشگاه جورج ماسون) نیز استفاده شد. بدین ترتیب، اندازه اثرهای محاسبه‌شده مطالعات و سایر داده‌ها و شاخص‌های آماری، به تفکیک هر متغیر، وارد نرم‌افزار CMA شد و از نظر وزنی با یکدیگر ترکیب شدند و اندازه اثر کلی (اثر ترکیبی) هر متغیر به دست آمد. نتایج محاسبه‌ها و تفسیر اندازه اثر هر یک از متغیرهای هدف (متغیرهای مستقل مؤثر بر توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران) در جدول ۳ درج شده است.

همان‌گونه که نتایج مربوط به اندازه اثر مستقل و ترکیبی متغیرهای هدف در نرم‌افزار CMA نشان می‌دهد، سطح معناداری برای سه متغیر ضعف نظام آماری و اطلاعات (۰/۶۵۴)، فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی (۰/۴۷۸) و ضعف رقابت‌پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین‌المللی (۰/۱۰۳) بیشتر از سطح معناداری استاندارد (۰/۰۵) به دست آمده که به معنای غیرقابل قبول بودن اندازه اثر این متغیرها است. به بیان دیگر، سه متغیر یادشده تأثیر معناداری در توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران ندارند. از سوی دیگر، سطح معناداری سایر متغیرها از سطح معنادار استاندارد کمتر است، بنابراین اندازه اثر آن‌ها معنادار است و تأثیر آن‌ها در توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران تأیید می‌شود.

بر اساس طبقه‌بندی کوهن (۱۹۸۸)، اندازه اثر (d) کمتر از ۰/۵ به معنای شدت تأثیر کم است، اندازه اثر بین ۰/۵ تا ۰/۸ شدت تأثیر متوسط را نشان می‌دهد و اندازه اثر بیشتر از ۰/۸ نشان‌دهنده شدت تأثیر زیاد است. با توجه به طبقه‌بندی یادشده، شدت تأثیر سه متغیر ضعف فرایند ارائه خدمات در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی، موانع سرمایه‌گذاری، و موانع بازاریابی و تبلیغات زیاد و بیش از بقیه متغیرها است.

بحث و نتیجه‌گیری

برخورداری از انبوه مزیت‌ها در حوزه گردشگری پزشکی کافی نیست؛ بلکه غلبه بر انبوهی از موانع

بین‌المللی و ملی نیز برای توسعه این صنعت ضروری است. با توجه به اینکه همه کشورهای در حال توسعه با محیط بین‌المللی یکسانی روبه‌رویند که در آن تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی در حال افزایش است و از طرفی انعطاف‌پذیری درآمدی بالایی برای خدمات پزشکی و افزایش برون‌سپاری همه خدمات وجود دارد، چرا برخی از کشورها موفق می‌شوند صنعت گردشگری پزشکی خود را توسعه دهند در حالی که برخی دیگر نمی‌توانند؟ برخی از کشورها دارای مزیت‌هایی هستند که توسعه گردشگری پزشکی را ممکن ساخته است. این مزایا شامل هزینه کم تولید و در نتیجه توانایی ارائه خدمات پزشکی ارزان، سرمایه انسانی داخلی، تحقیق و توسعه داخلی، زیرساخت فیزیکی توسعه‌یافته، نهادهای حقوقی و سیاسی توسعه‌یافته و اقتصاد بازار آزادسازی شده است. به علاوه، هم‌آمیزی علم پزشکی پیشرفته و طب سنتی و از طرفی وفور جذابیت‌های گردشگری به جذابیت این کشورها می‌افزاید. هیچ مزیتی به‌تنهایی برای توسعه گردشگری پزشکی لازم یا کافی نیست، بلکه به ترکیبی از آن‌ها نیاز است. بی‌شک، فقط داشتن نیروی کار ارزان کافی نیست؛ این نیرو باید آموزش‌دیده باشد. داشتن بیمارستان کافی نیست؛ بیمارستان‌ها باید مجهز باشند. برخی از مزایا کاربرد جایگزینی دارند و در برخی مواقع یک مزیت می‌تواند فقدان دیگری را جبران کند. برخورداری از مزایای گردشگری پزشکی به این معنا نیست که کشورها در فرایند توسعه گردشگری پزشکی هیچ مانعی ندارند. موانع بومی و بین‌المللی متعددی وجود دارد که باید بر آن‌ها غلبه کرد. میزان موفقیت کشورها در بخش توسعه گردشگری پزشکی نشان می‌دهد که مزیت‌های رقابتی‌شان توانسته است موانع را جبران کنند.

به نظر می‌رسد علل متعددی در توسعه نیافتگی گردشگری پزشکی تأثیرگذار است. مطالعات متعددی درباره این عوامل در سطح کلان و خرد انجام گرفته است. این پژوهش با هدف بررسی مطالعات انجام‌شده درباره موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران صورت گرفته است. در این پژوهش، ۱۷ مقاله با رویکرد فراتحلیل بررسی شده و در مجموع ۱۲ متغیر در مطالعات منتخب شناسایی شده است. نتایج مربوط به اندازه اثر مستقل و ترکیبی متغیرها نشان می‌دهد اندازه اثر سه متغیر «ضعف نظام آماری و اطلاعات»، «فعالیت غیررسمی و زیرزمینی در زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی» و «ضعف رقابت‌پذیری خدمات گردشگری پزشکی ایران در بازارهای بین‌المللی» معنادار نیست.



- ارائه تسهیلات مطابق با ملیت و فرهنگ بیماران و همراهانشان و ارائه بسته‌های خدماتی متنوع و اعطای تسهیلات و تخفیف‌هایی برای بیماران و همراهان آن‌ها.
- ساختن هتل آپارتمان در محوطه بیمارستان برای اقامت بیماران و همراهان آنان یا برای گذراندن دوران نقاهت و مجهز کردن مراکز درمانی به تاکسی‌های گردشگری برای تردد و انتقال بیماران و همراهان آنان.

- تدوین کتاب‌های راهنمای گردشگری پزشکی به زبان‌های بین‌المللی خصوصاً عربی و انگلیسی.

- تهیه بروشورهایی در زمینه توان‌های پزشکی و گردشگری کشور به زبان‌های بین‌المللی خصوصاً عربی و انگلیسی و توزیع آن در مراکز گردشگری و فرودگاه‌ها.

- برپایی نمایشگاه‌های گردشگری پزشکی در داخل و خارج از کشور به منظور آشنا کردن افراد داخلی و خارجی با توان‌های پزشکی و گردشگری ایران.

- تهیه برنامه‌های متنوع، پرداختن به مسائل مربوط به گردشگری پزشکی و ترویج این نوع گردشگری در تلویزیون و روزنامه‌های محلی برای جذب گردشگران پزشکی.

- تبلیغات ماهواره‌ای برای شناساندن توان‌های گردشگری پزشکی و آشنایی مردم جهان با قیمت و کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری ایران.

- حفظ مشتری و نفوذ بازار، شناسایی درست بازارهای هدف در منطقه با مشترکات فرهنگی، مذهبی، زبانی و نزدیکی جغرافیایی.

- بهره‌گیری از مشاوران بازاریابی، بستن قرارداد با شرکت‌های گردشگری پزشکی یا ایجاد شرکت‌های خدمات گردشگری پزشکی، ایجاد دفاتر نمایندگی در سایر کشورها، استفاده از نماینده هتلداران در هیئت‌مدیره بیمارستان‌ها.

- راه‌اندازی وبگاه‌های مربوط به گردشگری پزشکی توسط هر مرکز به زبان‌های بین‌المللی برای دسترسی بیماران به اطلاعات.

- تقویت دسترسی گسترده به شبکه‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی قوی، ارتباط برخط بیمار با پزشک و اجرای فناوری از راه دور مانند تله‌مدیسین، مشاوره از راه دور، آموزش از راه دور، و امکان پیگیری الکترونیکی پس از درمان.

- یکپارچه‌سازی سیستم اطلاعات بیمارستانی و ارتقای آن و اصلاح روش‌های گردآوری، ثبت و گزارش اطلاعات بیماران.

از این حیث، همسو با نتایج پژوهش قلی‌پور سوتو و همکاران (2017) است که این سه متغیر را در زمره موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران می‌دانند. یافته‌های پژوهش‌های یادشده نشان می‌دهد که بیشتر عوامل بررسی شده در این مقاله، به جز این سه عامل، با نتایج آن‌ها همسو است. برای مثال، در پژوهش قلی‌پور سوتو و همکاران (2017) به متغیرهای تعدد مراکز تصمیم‌گیر، ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی، ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی، موانع سرمایه‌گذاری، موانع بازاریابی و تبلیغات، و ضعف‌های نظام اداری به عنوان موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران نیز اشاره شده است. به جز سه متغیر یادشده که دارای سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ هستند و به لحاظ آماری معنادار نشدند، اندازه اثر (اثر مستقل) ۹ متغیر دیگر شامل «ضعف‌های نظام اداری»، «موانع فرهنگی»، «تعدد مراکز تصمیم‌گیر»، «ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی»، «ضعف قوانین، نظارت و پایش»، «ضعف فرایند ارائه خدمت در زنجیره خدمات گردشگری پزشکی»، «موانع سرمایه‌گذاری»، «موانع بازاریابی و تبلیغات» و «تحریم‌ها و چالش‌های بین‌المللی» معنادار و قابل قبول است. همه این نتایج به صورت تکی یا گروهی همسو با سایر پژوهش‌های بررسی شده در این مقاله بوده است.

با عنایت به موارد مذکور و با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی در ایران به این شرح است:

- مراکز درمانی، در راستای بهبود شرایط ساختار جذب بیمار خارجی، باید امکان استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته و استاندارد مطابق با کلاس جهانی را فراهم آورند و بتوانند آخرین روش‌های درمانی پیشرفته روز را ارائه دهند. همچنین، مراکز درمانی باید برای اجرای استانداردهای خدمات درمانی در سطح جهانی و فراهم آوردن شرایط برای دریافت اعتبارهای بین‌المللی از جمله JCI اقدام کنند.

- مشخص کردن تعرفه درمان‌های متفاوت برای گردشگران پزشکی خصوصاً گردشگران خارجی توسط مراکز درمانی گردشگرپذیر.

- نظارت بر قیمت و کیفیت خدمات پزشکی و گردشگری ارائه شده به بیماران.

- ارائه تسهیلات برای ورود راحت خارجی‌ها به ایران از قبیل صدور ویزای درمانی برای گردشگران پزشکی سایر کشورها و رفع مشکل ویزا و تمدید آن در صورت نیاز.



حسینی، مهدی و اسعدی، محمود (۱۳۹۳). بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری در مانی در ایران. فصلنامه بیمارستان، ۱۳(۱)، ۸۹-۷۹. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5295-fa.html>

حکیم، امین و لقمان استرکی، سمیرا (۱۴۰۲). رهیافت‌های توسعه گردشگری پزشکی در ایران از دیدگاه مدیران. گردشگری و توسعه، ۱۲(۴)، ۴۷-۲. <https://doi.org/10.22034/jtd.2023.385022.2738>

خدایی سرخانلو، جابر، قره‌بیگللو، حسین، ایران‌زاده، سلیمان و شاهین‌پور، علی (۱۴۰۲). نقش بازاریابی محتوا در توسعه گردشگری سلامت در ایران مطالعه موردی: شهر تهران. گردشگری شهری، ۱۰(۴)، ۹۷-۱۱۳. <https://doi.org/10.22059/jut.2023.363230.1148>

دلور، علی (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ چهارم، تهران: انتشارات رشد.

عاشری، عظمت. (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد اکوتوریسم، دانشکده منابع طبیعی و علوم زمین، دانشگاه کاشان.

عزیزی، فاطمه و زاهدی، شمس‌السادات (۱۳۹۴). شناسایی و ارزیابی موانع توسعه گردشگری سلامت در استان یزد. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۲(۶)، ۸۰۶-۷۹۹.

غلامی، زهرا و زیاری، یوسفعلی (۱۴۰۰). تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: منطقه ۶ تهران). مطالعات بین‌رشته‌ای دانش راهبردی، ۱۱(۴۲)، ۳۲۴-۲۹۵. <https://dorl.net/dor/20.10.01.1.24234621.1400.111.42.11.6>

قلی‌پور سوته، رحمت‌الله، امیری، مجتبی، ضرغام بروجنی، حمید و کیانی فیض‌آبادی، زهره (۱۳۹۷). واکاوی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری. گردشگری و توسعه، ۷(۴)، ۶۰-۳۸. <https://doi.org/10.22034/jtd.2018.142305.1473>

قنبری، ابوالفضل، کرمی، فریبا و ایمان‌زاده، طاهیا (۱۴۰۱). ارزیابی موانع گردشگری پزشکی شهر تبریز. گردشگری شهری، ۹(۲)، ۳۹-۲۷. <https://doi.org/10.22059/jut.2021.316388.868>

- بستن قرارداد با بیمه‌های بین‌المللی فعال و ارائه تسهیلات در زمینه نحوه پرداخت هزینه‌های درمانی و گردشگری مطابق با سایر کشورها، از طریق چک‌های مسافرتی، کارت‌های اعتباری، انتقال با پول‌های رایج جهان.

- به‌کارگیری مترجمانی به زبان‌های بین‌المللی به‌ویژه انگلیسی و عربی در مراکز درمانی.

- توسعه منابع انسانی به لحاظ کمی و کیفی.

- نظارت بر عملکرد آژانس‌های مسافرتی.

- به‌کارگیری سازوکارهایی برای جلوگیری از مهاجرت پزشکان زبده.

- مشخص کردن نقش سازمان‌های مرتبط برای ارتقای صنعت گردشگری پزشکی ایران و جذب سرمایه‌گذاران خارجی در راستای توسعه و تقویت زیرساخت‌های گردشگری و پزشکی.

- تهیه طرح جامع گردشگری پزشکی کشور.

منابع فارسی که معادل لاتین آن‌ها در فهرست منابع آمده است:

باغی، احمد، وظیفه‌دوست، حسین و میرابی، وحیدرضا (۱۳۹۸). توسعه گردشگری سلامت در مشهد با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری. جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۹(۳۵)، ۶۲۳-۶۱۳. <https://dorl.net/do.613-623.1398.9.3.16.4>

بدیعی، فرناز، ابراهیمی، عبدالحمید و دیده‌خانی، حسین (۱۳۹۵). شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان. تحقیقات بازاریابی نوین، ۶(۴)، ۳۶-۲۵. <https://doi.org/10.22108/nmrj.2017.21266>

تقوایی، مسعود و گودرزی، مجید (۱۳۹۵). تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: کلان‌شهر شیراز). پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، ۷(۲۴)، ۲۲-۱. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285229.1395.7.24.3.0>

حسینی، سیده سمیه و تقوایی، مسعود (۱۴۰۰). تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت. گردشگری و توسعه، ۱۰(۴)، ۲۱۴-۱۹۹. <https://doi.org/10.22034/jtd.2020.250391.2138>



interpretive structural modelling approach. *International Journal of Healthcare Management*, 14(2), 563-575. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1677036>

Asheri, A. (2016). *Investigating factors affecting the development of medical tourism in Tehran*. Master's thesis, Ecotourism, Faculty of Natural Resources and Earth Sciences, Kashan University. [In Persian]

Azizi, F., & Zahedi, S. (2016). Assessment of the Barriers to the Development of Health Tourism in Yazd Province, Iran. *Health Information Management*, 12(6), 799-806. https://him.mui.ac.ir/article_11470_en.html?lang=fa [In Persian]

Badieei, F., Ebrahimi, A., & Didekhani, H. (2017). Medical Tourism Development in Golestan Province; An Assessment of Identified Solutions. *New Marketing Research Journal*, 6(4), 25-36. <https://doi.org/10.22108/nmrj.2017.21266> [In Persian]

Baghi, A., Vazifeh Doost, H., & Mirabi, V. R. (2019). Development of Mashhad's health system through the interpretation model (ISM). *Geography (Regional Planning)*, 9(35), 613-623. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22286462.1398.9.3.16.4> [In Persian]

Bookman, M., & Bookman, K. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hants, UK.

Bulatovic, I., & Iankova, K. (2021). Barriers to Medical Tourism Development in the United Arab Emirates (UAE). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1365. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031365>

کروبی، مهدی و احمدی، ساسان (۱۳۹۹). برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از ماتریس سوات و تکنیک تاپسیس فازی. *مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۵(۵۱)، ۳۰-۱. <https://doi.org/10.22054/tms.2020.17137.1480>

گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود و زنگی‌آبادی، علی (۱۳۹۳). توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۱(۴)، ۴۹۵-۴۸۵.

گودرزی، مجید، سلطانی، زهرا و پورمقدم، علی (۱۴۰۲). بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز. *گردشگری و توسعه*، ۱۲(۱)، ۲۱۸-۲۰۱. <https://doi.org/10.22034/jtd.2022.331809.2577>

لقمان استرکی، سمیرا و حکیم، امین (۱۴۰۲). ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا. *طب و تزکیه*، ۳۲(۱)، ۷۲-۵۸.

نعمتی، ولی ابراهیم‌پور، حبیب، بابایی، یاور و عباسقلی‌زاده، ناطق (۱۳۹۵). ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). *سلامت و بهداشت*، ۷(۲)، ۱۳۳-۱۱۸. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-910-fa.html>

نوروززاده، احد، حسینی، مهدی و معتمدی، مجید (۱۴۰۰). تحلیل و بررسی موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل‌سازی تفسیری ساختاری (مطالعه‌ی موردی: شهرستان مشکین‌شهر). *فصلنامه جغرافیایی فضای گردشگری*، ۱۰(۳۹)، ۳۴-۲۱. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22518827.1400.10.39.2.8>

هویت، دنیس و کرامر، دانکن (۱۳۹۶). روش‌های آماری در روان‌شناسی و سایر علوم رفتاری. حسن پاشاشریفی، جعفر نجفی‌زند، مالک میرهاشمی، داود معنوی‌پور، نسترن شریفی (مترجمان). تهران: سخن.

References

Aiwerioghene, E. M., Singh, M., & Ajmera, P. (2021). Modelling the factors affecting Nigerian medical tourism sector using an

- Ghanbari, A., Karami, F., & Imanzadeh, T. (2022). Assessment of Medical Tourism Barriers In Tabriz City. *Urban tourism*, 9(2), 27-39. <https://doi.org/10.22059/jut.2021.316388.868> [In Persian]
- Gholami, Z., & Ziari, Y. (2021). Analysis of Barriers to Medical Tourism Development (Case Study: District 6 of Tehran). *Strategic Management Studies of National Defence Studies*, 11(42), 324-295. https://smsnds.sndu.ac.ir/article_1453.html?lang=en [In Persian]
- Gholipour Soute, R., Amiry, M., Zargham Boroujeny, H., & Kiani Feizabadi, Z. (2019). Exploring the barriers of medical tourism development in Iran with an emphasis on policymaking requirements. *Journal of Tourism and Development*, 7(4), 38-60. <https://doi.org/10.22034/jtd.2018.142305.1473> [In Persian]
- Goodarzi, M., Soltani, Z., & Poormoghadam, A. (2023). Investigation and Analysis of Factors Affecting the Demand for Foreign Medical Tourism in Ahvaz Metropolis. *Journal of Tourism and Development*, 12(1), 201-218. <https://doi.org/10.22034/jtd.2022.331809.2577> [In Persian]
- Goodarzi, M., Taghvaei, M., & Zangiabadi, A. (2014). Developing of Domestic Medical Tourism in Shiraz. *Health Information Management*, 11(4), 485-496. https://him.mui.ac.ir/article_11325.html?lang=en [In Persian]
- Hakim, A., & Longman estarki, S. (2023). Approaches to The Development Of Medical Tourism In Iran From The Point Of View Of Managers. *Journal of Tourism and Development*, 12(4), 29-47. <https://doi.org/10.22034/jtd.2023.385022.2738> [In Persian]
- Burke, R.J. (2018). Human resource management in the hospitality and tourism sector. In *Handbook of human resource management in the tourism and hospitality industries* (3-39). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781786431370>
- Choi, Y., Ashurova, Z., & Lee, H. (2021). Sustainable Governance on the Intention of Medical Tourism in Uzbekistan. *Sustainability*, 13(12), 6915. <https://doi.org/10.3390/su13126915>
- Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. In: Cohen, E. (ed.) *Explorations in Thai Tourism: Collected Case Studies* (pp.225-255). Emerald, Bingley, West Yorkshire, UK.
- Dalen, J. E., & Alpert, J. E. (2019). Medical Tourists: Incoming and Outgoing. *The American Journal of Medicine*, 132(1), 9-10.
- De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., & Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: A cword analysis. *Tourism Management*, 65, 200-211. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2017.10.001>
- Delavar, A. (2004). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. 4th edition, Tehran: Rushd Publications. [In Persian]
- Ehrbeck, T., Guevara, C., & Mango, P. (2008). Mapping the market for medical tourism. *The McKinsey Quarterly May*, 11, 1-11. <https://strategie.archives-spm.fr/cas/system/files/bf12e815d01.pdf>.
- Erfurt-Cooper, P., & Cooper, M. (2009). *Health and Wellness Tourism*. Channel View Publications, Bristol.





- quality Innovation, 4(4), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s40887-018-0024-2>
- Karoubi, M., & Ahmadi, S. (2020). Strategic planning of medical tourism using the SWOT Matrix - Fuzzy Topsis Technique. *Tourism Management Studies*, 15(51), 1-30. <https://doi.org/10.22054/tms.2020.17137.1480> [In Persian]
- Khodayi Sarkhanlou, J., Gharehbiglo, H., Iranzadeh, S., & Shahinpour, A. (2024). Analysis of the relationship between the development of health tourism in Iran and content marketing Case example: Tehran city. *Urban tourism*, 10(4), 97-113. <https://doi.org/10.22059/jut.2023.363230.1148> [In Persian]
- Kim, Soojung. & Arcodia, Charles. & Kim, Insin. (2019) Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6(24), 4964. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244964>
- Lee, C. A. (2012). Health Create Crossroads: *Medical Tourism and the Dismantling of Costa Rican Exceptionalism* (Doctoral dissertation, University of Colorado Denver).
- Li, H., Du, Y., Xue, T., & Jenkins, C. L. (2022). Chinese medical tourism: review and research agenda. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 24(5), 663-687. . <https://doi.org/10.1080/1528008X.2022.2073939>
- Loghman Estarki, S., & Hakim, A. (1402). Providing a strategic model for the development of medical tourism in the country in the post-corona era. *Medicine and Cultivation*, 32(1), 58-72. [In Persian]
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 66, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.017>
- Hosseini, M., & As'adi M. (2014). The Study of Communicational Barriers of medical Tourism in Iran. *Jhosp*, 13(1), 79-89. http://jhosp.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5296&sid=1&slc_lang=en [In Persian]
- Hosseini, S. S., & Taghvaei, M. (2021). Medical tourism development determinants & strategies by taking an Approach towards Services Integration (Case study of three health areas). *Journal of Tourism and Development*, 10(4), 199-214. <https://doi.org/10.22034/jtd.2020.250391.2138> [In Persian]
- Hosseini, S. S., Tagvayi, M., Ataev, Z. V., & Bratkov, V. V. (2021). Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province). *South of Russia: Ecology, Development*, 15(3), 97-116. <https://doi.org/10.18470/1992-1098-2020-3-97-116>
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2008). Medical tourism vs. traditional international medical travel: A tale of two models. *MTJ - International Medical Travel Journal*, 9(4), 33- 47.
- Howit, D. & Cramer, D. (2017). *Introduction to Statistics in Psychology*. Translated by Pashasharifi, H., Najafi Zand, J., Mirhashemi, M., Sharifi, N., & Manavipour, D, Tehran, Sokhan Press. [In Persian]
- Huang, Y., & Coelho, V.R. (2017). Sustainability performance assessment focusing on coral reef protection by the tourism industry in the coral Triangle region. *Journal of Tourism management*, 59, 510-527. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2016.09.008>
- Hwang, S., Lee, D., & Kang, C. Y. (2018). Medical tourism: focusing on patients' prior, current and post experience. *International Journal of*

- Ridderstaat, J., Singh, D., & DeMicco, F. (2019). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of Destination Marketing & Management*, 11, 270-280. <https://doi.org/10.1016/j.jdmm.2018.05.003>
- Rokni, L., Avci, T., & Park, S. H. (2017). Barriers of developing medical tourism in a destination: a case of South Korea. *Iran J Public Health*, 46(7), 930-937. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5563875/>
- Sandberg, D. S. (2017). Medical tourism: An emerging global healthcare industry. *International Journal of Healthcare Management*, 10(4), 281-288. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1296213>
- Sharon, L. & Normand, T. (1999). Tutorial in biostatistics: Meta-analysis formulating evaluating combining and reporting. *Statistic in medicine*, 18(3), 321- 359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19990215\)18:3<321::AID-SIM28>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19990215)18:3<321::AID-SIM28>3.0.CO;2-P)
- Smith, M., & Puczko, L. (2009). Health and wellness tourism. Elsevier, Oxford.
- Sobo, E. (2009). Medical travel: what it means, why it matters. *Medical Anthropology*, 28, 326-335. <https://doi.org/10.1080/01459740903303894>
- Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management*, 69, 232-245. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.06.006>
- Suess, C., Kang, S., Dogru, T., & Mody, M. (2020). Understanding the influence of "feeling at home" on healthcare travelers' Miller, A., Smith, R., Woods, N., & Warholak, T. (2021). Analysis of medical tourism at the Andrade port of entry. *J Am Pharm Assoc*, 61(2), e114-9. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.10.018>.
- Mueller, H., & Kaufmann, E. (2001). Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7, 5-17. <https://doi.org/10.1177/135676670100700101>
- Nemati, V., Ebrahimipour, H., Babae, Y., & Abbasgholizadeh, N. (2016). Assessing Barriers to the Development of Medical Tourism Case Study: Ardabil. *j.health*, 7(2), 118-133. URL: <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-910-fa.html> [In Persian]
- Nhai, F. (2009). It's procedure, not tourism. *Medica Tourism* 1, 106.
- Nilashia, M., Samad, S., Manaf, A. A., Ahmadi, H., Rashid, T. A., Munshid, A., Almkadih, W., Ibrahim, O., & Hassan Ahmed, O. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A Dematel-Fuzzy Topsis approach. *Computers and Industrial Engineering*, 137(43), 106005. <https://doi.org/10.1016/j.cie.2019.106005>
- Norouzzadeh, A., Hosseini, M., & Motamedi, M. (2020). Analysis and investigation of communication and cultural barriers to the development of medical and health tourism using structural interpretive modeling (case study: Meshkinshahr city). *Geographical Journal of Tourism Space*, 10(39), 21-34. [In Persian]
- Reisman, D. (2010). *Health Tourism, Social Welfare through International Trade*. Edward Elgar, Cheltenham, Glos, UK.



Am J Med Sci, 362(3), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2021.05.026>

Turner, L. (2011). Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Globalization and Health*, 7(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-40>

Zhang, W., Zhaoxiang, Qin., & Jun, T. (2022). Economic Benefit Analysis of Medical Tourism Industry Based on Markov Model. *Journal of Mathematics*, 2022(1), 6401796. <http://dx.doi.org/10.1155/2022/6401796>

well-being: a comparison of Airbnb and hotel homescapes. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 37(4), 479-494. <http://dx.doi.org/10.1080/10548408.2020.1759481>

Taghvaei, M., & Goodarzi, M. (2016). Developing and Prioritizing the Formation of Strategies in Medical Tourism (Case Study: Shiraz Metropolis). *Journal of Urban Research and Planning*, 7(24), 1-22. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285229.1395.7.24.3.0> [In Persian]

Tonga, F., Caglar, Y. S., & Aktan, E. S. (2021). Possible early examples of medical tourism.