

Designing and Explaining a Health Tourism Development Model with an Emphasis on Digital Marketing

Parisa Fazeli¹, Mahmoud Rezaei Zadeh^{2✉}, Kiomarth Aria¹

1- Department of Business Administration, Ro. C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Associate Professor, Department of Business Management, Faculty of management, Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Research Paper

Keywords:
Health tourism,
Online marketing,
Culture.

Received:
2025/11/08

Received in revised form:
2025/11/22

Accepted:
2026/02/10
pp.112-132

Abstract

Given the increasing global competition among destinations in providing medical and wellness services, together with the growing importance of digital marketing in attracting health tourists, this study aimed to develop and validate a health tourism development model with an emphasis on digital marketing. This applied study adopted a sequential exploratory mixed-methods design. The qualitative phase consisted of a meta-synthesis of the literature and semi-structured interviews with 20 experts selected through purposive sampling until theoretical saturation was achieved. The quantitative phase employed a descriptive-correlational survey design. The study population comprised managers of tourism companies, from whom 202 participants were selected using multistage cluster random sampling. Data in the quantitative phase were collected using a researcher-developed questionnaire. The validity and reliability of the research instruments were confirmed in both the qualitative and quantitative phases. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using confirmatory factor analysis (CFA) and a one-sample *t*-test. The findings resulted in an indigenous model of health tourism development with an emphasis on digital marketing comprising six principal dimensions: the effectiveness of digital marketing activities, costs, policies and regulations, infrastructure, transparency, and culture. The results further indicated that these dimensions were perceived by the respondents to be at a desirable level. Overall, both the qualitative and quantitative findings supported the proposed health tourism development model, confirming its suitability as a comprehensive framework for strengthening digital marketing strategies and enhancing the attraction of health tourists.

Citation: Fazeli, Parisa, Rezaei Zadeh, Mahmoud, Aria, Kiomarth. (2026). Designing and Explaining a Health Tourism Development Model with an Emphasis on Digital Marketing. Journal of Tourism Management Studies of the smart era, 3 (1), 112-132.

Publisher: Vali-e-Asr University of Rafsanjan

<http://doi.org/10.22072/tmsse.2026.2077154.1092>

The Author(s) ©



* Corresponding Author, Mah.rezaeizade@iauctb.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

With the intensifying global competition in the provision of healthcare and wellness services, many countries have recognized health tourism as a strategic sector for promoting economic growth, enhancing international competitiveness, and strengthening destination attractiveness. In this context, digital marketing has emerged as a critical tool for attracting health tourists because of its broad reach, rapid dissemination of information, cost-effectiveness, and ability to enhance transparency, build trust, and facilitate communication between service providers and prospective patients. Despite its growing importance, the literature lacks a comprehensive indigenous model that systematically integrates digital marketing dimensions into health tourism development. Accordingly, this study seeks to address this gap by developing and validating a localized health tourism development model with an emphasis on digital marketing.

Methodology

This study was conducted as an applied investigation using an exploratory sequential mixed-methods design. In the qualitative phase, a meta-synthesis was undertaken to review and synthesize the existing literature, followed by semi-structured interviews with 20 experts selected through purposive sampling until theoretical saturation was achieved. The quantitative phase employed a descriptive-correlational survey design. The study population comprised managers of tourism companies, from whom 202 participants were selected using multistage cluster random sampling. The sample size was determined in accordance with the requirements for confirmatory factor analysis (CFA). Data were collected using a researcher-developed questionnaire. The validity of the instrument was established through content and construct validity, while its reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficient and composite reliability. Qualitative data were analyzed using thematic analysis, whereas quantitative data were

analyzed using confirmatory factor analysis (CFA) and a one-sample *t*-test.

Results

The findings revealed that the proposed indigenous model of health tourism development comprises six core dimensions: (1) the effectiveness of digital marketing activities, (2) costs, (3) policies and regulations, (4) infrastructure, (5) transparency, and (6) culture. Each dimension consists of several underlying sub-components. The results of the one-sample *t*-test indicated that, from the respondents' perspective, all six dimensions were evaluated positively, with mean scores significantly exceeding the theoretical midpoint. Furthermore, confirmatory factor analysis (CFA) demonstrated a satisfactory fit of the measurement model across all six dimensions, providing empirical support for the proposed model.

Discussion and Conclusion

The findings of this study suggest that the successful development of health tourism requires a holistic approach in which digital marketing functions not merely as a supplementary tool but as a core strategic component. The six identified dimensions operate in an interconnected manner, collectively influencing the effectiveness of health tourism development. For example, transparent digital marketing practices can reduce tourists' perceived risks and costs, while supportive policies, appropriate regulations, and adequate infrastructure enhance the effectiveness of digital marketing initiatives. Furthermore, the cultural dimension, particularly within the Iranian context, plays a pivotal role in fostering trust and facilitating effective communication with international health tourists. The proposed model was validated by both experts and tourism industry managers, supporting its applicability as a comprehensive framework for policymakers and practitioners seeking to strengthen digital marketing strategies and enhance the competitiveness of health tourism destinations. Nevertheless, the study has

several limitations, including its reliance on the perspectives of tourism managers and the cross-sectional nature of the quantitative data, which limits the ability to draw causal inferences. Future research is recommended to examine the applicability of the proposed model in different national and cultural contexts and to incorporate the perspectives of health tourists in order to provide a more comprehensive understanding of the factors influencing health tourism development.

Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process

The authors declare that they did not use any artificial intelligence (AI) tools in the preparation of this manuscript.

Funding

This article is not sponsored

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article.

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

I would like to express my sincere gratitude and appreciation to all those who provided both material and moral support for this research, especially my esteemed professors and my beloved family. Their invaluable support, encouragement, and companionship played a significant role in advancing the objectives of this study and achieving its outcomes.



طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال

پریسا فاضلی^۱، محمود رضایی زاده^۲✉، کیومرث آریا^۱

۱- گروه مدیریت بازرگانی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۸/۱۷

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۴/۰۹/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۲۱

صص. ۱۱۲-۱۳۳

کلید واژه‌ها:

گردشگری سلامت،
بازاریابی دیجیتال،
فرهنگ.

با توجه به گسترش رقابت میان کشورها در ارائه خدمات درمانی و رفاهی و نقش پررنگ بازاریابی دیجیتال در جذب گردشگران سلامت، این پژوهش با هدف طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال انجام شد. این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر نوع داده‌ها آمیخته متوالی با رویکرد اکتشافی است. بخش کیفی شامل فراترکیب و مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۰ نفر از خبرگان منتخب (به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و تا حد اشباع نظری) بود. در بخش کمی، روش توصیفی-تحلیلی از نوع پیمایشی/همبستگی به کار رفت و جامعه آماری شامل مدیران شرکت‌های گردشگری بود که بر اساس روش تحلیل عاملی تأییدی و نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای، ۲۰۲ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی پرسشنامه محقق ساخته بود و روایی و پایایی ابزارها در هر دو بخش تأیید شد. تحلیل داده‌ها در بخش کیفی با تحلیل مضمون و در بخش کمی با تحلیل عاملی تأییدی و آزمون t تک نمونه‌ای انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مدل بومی توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال شامل شش بعد اصلی است: اثربخشی فعالیت‌های بازاریابی دیجیتال، هزینه‌ها، سیاست‌ها و قوانین، زیرساخت، شفافیت و فرهنگ. همچنین مشخص شد که این مؤلفه‌ها از نظر پاسخ‌دهندگان در وضعیت مطلوبی قرار دارند. بر اساس تحلیل کیفی و کمی، مدل پیشنهادی توسعه گردشگری سلامت مورد تأیید خبرگان و مدیران صنعت گردشگری قرار گرفت و می‌تواند به عنوان چارچوبی جامع برای ارتقای بازاریابی دیجیتال و جذب گردشگران سلامت به کار گرفته شود.

استناد: فاضلی، پریسا، رضایی زاده، محمود، آریا، کیومرث. (۱۴۰۵). طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری عصر هوشمند، ۳(۱)، ۱۱۲-۱۳۳.

<http://doi.org/10.22072/tmsse.2026.2077154.1092>

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه ولی عصر رفسنجان



مقدمه

بازاریابی در فضای رقابتی امروز، یکی از عناصر محوری مدیریت کسب و کارهای نوین محسوب می‌شود، زیرا سازمان‌ها برای تبدیل منابع و قابلیت‌ها به دستاوردهای بازارمحور، ناگزیرند به سازوکارهای ارتباطی و ارزش‌آفرین توجه کنند (Mousavi Fard & Hasani, 2022). تحول در فناوری‌های ارتباطی و گسترش رسانه‌های اجتماعی نیز این اهمیت را دوچندان کرده است. رسانه‌های اجتماعی با فراهم کردن امکان تعامل دوطرفه میان سازمان‌ها و مخاطبان، نقش مهمی در ارتقای شناخت برند، تقویت تعامل مشتری و تحریک تبلیغات شفاهی دارند و به همین دلیل، به یکی از ابزارهای اصلی فعالیت‌های بازاریابی در صنایع مختلف تبدیل شده‌اند (Alatawy, 2022).

رشد روزافزون فضای مجازی نشان می‌دهد که رسانه‌های اجتماعی دیگر یک ابزار جانبی نیستند، بلکه بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره مردم شده‌اند؛ به گونه‌ای که در سال ۲۰۲۳ تعداد کاربران فعال این فضا به حدود ۴/۳ میلیارد نفر رسیده است. این روند موجب شده است بازاریابی دیجیتال، مسیرهایی کم‌هزینه‌تر، دقیق‌تر و قابل‌سنجش‌تر برای دستیابی به اهداف بازاریابی فراهم سازد (Dwivedi and et al, 2021). این اهمیت، در صناعی که مبتنی بر تجربه و خدمت هستند، بیشتر به چشم می‌خورد، زیرا مشتری پیش از خرید امکان لمس یا مشاهده فیزیکی خدمت را ندارد و تصمیم او تا حد زیادی بر پایه اعتماد، اطمینان و تصویر ذهنی شکل گرفته در فضای ارتباطی است.

در این میان، صنعت گردشگری یکی از بخش‌هایی است که از گسترش فناوری‌های دیجیتال تأثیر چشمگیری پذیرفته است. گردشگری طی سال‌های اخیر به‌عنوان پدیده‌ای جهانی و از جریان‌های اصلی اقتصاد خدمات مطرح بوده و به دلیل پیوند با جریان سرمایه، فرهنگ و اطلاعات، نقش مهمی در توسعه کشورها ایفا می‌کند (Ayt & Sharifi, 2024). گردشگری با ترکیب منابع مختلف، مزایای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی ایجاد کرده و از این رو، یکی از صنایع بزرگ اشتغال‌زا و درآمدزا در جهان به شمار می‌رود (Aref, 2011). در دل این صنعت، گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از پویاترین و در حال رشدترین شاخه‌ها مطرح است. این حوزه در دهه‌های اخیر با افزایش آگاهی عمومی، رشد انتظارات بیماران از کیفیت خدمات درمانی، ارتقای زیرساخت‌های سلامت در بسیاری از کشورها و نیز افزایش هزینه‌های درمان در کشورهای توسعه‌یافته، اهمیت روزافزونی یافته است. بسیاری از کشورها گردشگری سلامت را به‌عنوان یک فعالیت اقتصادی ارزش‌آفرین و محرک توسعه زیرساخت‌های خدماتی، اشتغال‌زایی و ارزآوری دنبال می‌کنند (Mozaffari and et al, 2020).

ایران نیز با توجه به مزیت‌های رقابتی خود از جمله کیفیت بالای خدمات پزشکی، هزینه‌های پایین درمان و برخورداری از نیروی انسانی متخصص، ظرفیت قابل توجهی برای توسعه گردشگری سلامت دارد (Abolhasani and et al, 2024). افزون بر این، این حوزه می‌تواند در راستای شاخص‌هایی همچون رشد اقتصادی، کارآفرینی، جذب سرمایه و کاهش وابستگی بودجه دولت به نفت، نقش مؤثری داشته باشد و از زیرساخت‌های مهم تحقق اقتصاد مقاومتی محسوب شود (Zekavati and et al, 2023). به‌طور کلی، افزایش رقابت میان مقاصد گردشگری، تغییر الگوهای رفتار مصرف‌کننده و رشد نقش فناوری‌های دیجیتال، زمینه‌ای ایجاد کرده است که بازاریابی دیجیتال به یکی از عوامل راهبردی توسعه گردشگری در سطح بین‌المللی تبدیل گردد. این ابزارها به مقاصد کمک می‌کنند تا اطلاعات معتبر، جذاب و قابل دسترسی درباره مزیت‌های خود منتشر کنند و از این طریق شناخت مقصد، اعتماد و تعامل با مخاطبان را تقویت نمایند (Halkiopoulous and et al, 2021). در نتیجه، بهره‌گیری از ظرفیت‌های دیجیتال در معرفی جذابیت‌های مقصد، افزایش شفافیت اطلاعاتی و تسهیل دسترسی مخاطبان خارجی اهمیت ویژه‌ای یافته است.

مطالعات مدیریت گردشگری عصر هوشمند، دوره سوم، شماره اول، بهار ۱۴۰۵

بنابراین، با توجه به اینکه گردشگری سلامت در سال‌های اخیر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به صورت روزافزون مورد توجه قرار گرفته است، بررسی جایگاه آن و عوامل مؤثر بر توسعه آن، به‌ویژه بازاریابی دیجیتال، ضرورتی علمی و کاربردی محسوب می‌شود. در عین حال، بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که علی‌رغم رشد این حوزه، همچنان مطالعات دانشگاهی مربوط به آن محدود گزارش شده است و خلأهایی در تلفیق نظام‌مند مؤلفه‌های توسعه گردشگری سلامت با رویکردهای بازاریابی دیجیتال دیده می‌شود (Fakoor and et al, 2025).

بر همین مبنا، سؤال محوری پژوهش آن است که چه مدلی برای توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال می‌توان طراحی و تبیین نمود؟ پاسخ به این سؤال می‌تواند از یک سو به ادبیات نظری این حوزه کمک کند و شکاف میان دو جریان پژوهشی «گردشگری سلامت» و «بازاریابی دیجیتال» را کاهش دهد و از سوی دیگر، برای سیاست‌گذاران، مدیران مراکز درمانی، فعالان گردشگری و متولیان بازاریابی مقصد، چارچوبی عملیاتی فراهم آورد تا بتوانند از ظرفیت‌های دیجیتال در جهت معرفی دقیق‌تر مزیت‌های مقصد، هدف‌گیری بازارهای مناسب، افزایش شفافیت و اعتماد و تقویت تعامل مستقیم با بیماران بالقوه بهره بگیرند؛ امری که در نهایت می‌تواند به بهبود جایگاه رقابتی مقصد، افزایش ارزآوری و اشتغال و تقویت نقش گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی منجر شود (Ayt & Sharifi, 2024; Mozaffari and et al, 2020).

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

توسعه گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از حوزه‌های نوظهور و اثرگذار در صنعت گردشگری، مستلزم تبیین مفهومی دقیق، شناسایی عوامل تعیین‌کننده و نیز شناخت سازوکارهای بازاریابی متناسب با ویژگی‌های این نوع سفر است؛ زیرا در گردشگری سلامت، تصمیم‌گیری مخاطب با سطح بالاتری از ریسک ادراک‌شده، حساسیت نسبت به کیفیت و ایمنی و نیاز به اعتماد همراه است و در نتیجه، مدیریت مقصد و ارائه‌دهندگان خدمت باید هم‌زمان به الزامات «خدمت درمانی» و «تجربه گردشگری» پاسخ دهند. در ادبیات سیاست‌گذاری بین‌المللی، سازمان جهانی گردشگری به‌عنوان یکی از نهادهای تخصصی و مرجع در عرصه گردشگری، نقش هدایت، پشتیبانی و توسعه گردشگری در سطح بین‌المللی را ایفا می‌کند و از طریق تعامل با دولت‌ها، بخش خصوصی و نهادهای بین‌المللی، به توسعه پایدار گردشگری، ترویج استانداردها و سیاست‌های جهانی و ارتقای کیفیت خدمات و بهره‌مندی اقتصادی کشورها از ظرفیت‌های گردشگری کمک می‌نماید.

در این چارچوب، گردشگری سلامت عموماً به سفر به کشور یا منطقه‌ای دیگر با هدف دریافت خدمات پزشکی و درمانی اطلاق می‌شود؛ مفهومی که در عمل، طیفی از خدمات از درمان‌های تخصصی تا برخی مراقبت‌های سلامت‌محور را در بر می‌گیرد و در سال‌های اخیر، تحت تأثیر افزایش هزینه‌های درمان در کشورهای توسعه‌یافته و در مقابل، رشد ظرفیت‌ها و پیشرفت‌های پزشکی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، با شتاب بیشتری گسترش یافته است (Fakoor and et al, 2025).

از منظر نظری، انتخاب مقصد گردشگری سلامت تابعی از مجموعه‌ای از عوامل عرضه و تقاضاست که در قالب «جاذبیت مقصد» و «قابلیت اعتماد ارائه‌دهنده خدمت» تبلور می‌یابد. در بعد عرضه، کیفیت خدمات پزشکی و درمانی، هزینه‌های درمان، زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، ظرفیت‌های اقامتی و حمل‌ونقل و نیز وجود جاذبه‌های گردشگری و امکان ترکیب درمان با تجربه سفر، از تعیین‌کننده‌های اصلی جاذبیت مقصد محسوب می‌شوند. در بعد تقاضا نیز انگیزه‌های فردی، سطح آگاهی، ادراک ریسک، نگرش‌های فرهنگی و میزان اعتماد به نظام سلامت مقصد، نقش تعیین‌کننده دارند. بر این اساس، گردشگری سلامت صرفاً «جایجایی بیمار» نیست، بلکه یک نظام خدماتی چندبازبرگه است که در آن هماهنگی میان مراکز درمانی، بازیگران گردشگری، نهادهای پشتیبان و سازوکارهای اطلاع‌رسانی و ارتباط با مخاطب، شرط شکل‌گیری تجربه موفق و پایدار است. از همین نقطه،

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

اهمیت بازاریابی به عنوان پیونددهنده ظرفیت‌های واقعی مقصد با بازار هدف آشکار می‌شود؛ زیرا بازاریابی کارکردی فراتر از تبلیغ دارد و به عنوان یک فرآیند مدیریتی، معرفی پیشنهاد ارزش، شکل‌دهی تصویر ذهنی، کاهش ابهام و تردید و تسهیل تصمیم‌گیری مخاطب را ممکن می‌سازد (Zekavati and et al, 2023).

در عصر دیجیتال، این کارکرد مدیریتی بیش از هر زمان دیگری به بسترهای آنلاین وابسته شده است. بازاریابی دیجیتال از طریق افزایش دسترسی‌پذیری اطلاعات، امکان مقایسه، تعامل مستقیم و شکل‌دهی تجربه ارتباطی پیش از سفر، نقش کلیدی در جذب گردشگران سلامت ایفا می‌کند؛ به‌ویژه آنکه بخش مهمی از جست‌وجو، ارزیابی و انتخاب مقصد توسط بیماران بالقوه در فضای آنلاین انجام می‌شود. بنابراین، بازاریابی دیجیتال می‌تواند با افزایش آگاهی، ارتقای شفافیت، ارائه شواهد و اعتبار (مانند معرفی تخصص‌ها، استانداردها، تجربه‌های قبلی و مسیرهای خدمت‌رسانی) و نیز پاسخ‌گویی سریع و تعاملی، ریسک ادراک‌شده را کاهش دهد و قصد سفر درمانی را تقویت کند. در این بین، دهقان و همکاران (2020) با تمرکز بر شرایط بحرانی (دوران کرونا) بر ضرورت تدوین برنامه‌های راهبردی و ایجاد ساختارهای مستقل برای توسعه گردشگری سلامت تأکید می‌کنند که از منظر نظری بیانگر آن است که حکمرانی و ساختار نهادی مناسب، جزء پیش‌شرط‌های پایداری و تاب‌آوری این صنعت است.

همچنین یافته‌های خسروی لقب و همکاران (2022) درباره اثرگذاری ابزارهای مختلف بازاریابی دیجیتال بر رفتار خرید مصرف‌کنندگان در فروشگاه‌های آنلاین، از منظر نظری تأیید می‌کند که ابزارهای دیجیتال می‌توانند رفتار تصمیم‌گیری را در مسیر ارزیابی تا انتخاب نهایی تحت تأثیر قرار دهند؛ موضوعی که در گردشگری سلامت نیز با توجه به ماهیت تصمیم‌گیری و ضرورت اقناع، اهمیت مضاعف دارد. از منظر شواهد تجربی مرتبط با بازاریابی دیجیتال، پژوهش موسوی فرد و حسنی (2022) نشان می‌دهد بازاریابی دیجیتال بر وفاداری به برند اثر معنادار دارد؛ نتیجه‌ای که در حوزه خدمات سلامت نیز قابل تفسیر است، زیرا وفاداری و ترجیح مقصد ارائه‌دهنده، به شدت تحت تأثیر تجربه ارتباطی، کیفیت تعامل و میزان اعتماد شکل‌گرفته در فرایند بازاریابی قرار می‌گیرد.

ادبیات داخلی گردشگری سلامت نیز نشان می‌دهد که توسعه این حوزه به یک عامل منفرد محدود نیست و مجموعه‌ای از پیشران‌ها و الزامات در آن دخیل‌اند. آیت و شریفی (2024) با شناسایی و ارزیابی عوامل راهبردی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت، بر تنوع و چندبعدی بودن متغیرهای اثرگذار تأکید می‌کنند و نشان می‌دهند توسعه این حوزه در گرو توجه هم‌زمان به ظرفیت‌های مقصد، عوامل اقتصادی، زیرساختی، سازمانی و فرهنگی است. از منظر آینده‌نگرانه نیز پیشران‌های کلیدی مؤثر بر آینده گردشگری سلامت را برجسته می‌سازد و نقش عواملی مانند توجه به نیاز گردشگران، تسهیلات بانکی و تقویت زیرساخت‌های اسکان را معنادار گزارش می‌کند؛ یافته‌ای که از منظر نظری با منطق «رقابت‌پذیری مقصد» همسو است، زیرا زیرساخت و تسهیل‌گری، بخشی از ارزش ادراک‌شده توسط گردشگر سلامت را می‌سازد.

از حیث عملکرد کسب‌وکارها، سواله^۱ (2020) نشان می‌دهد اندازه کسب‌وکار و استراتژی تجاری در پیش‌بینی و به‌کارگیری بازاریابی شبکه‌های اجتماعی اثرگذار است که می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای تحلیل ظرفیت سازمان‌های فعال در گردشگری سلامت و ضرورت تدوین استراتژی دیجیتال متناسب با اندازه و منابع آن‌ها در نظر گرفته شود. در نهایت، التین^۲ و همکاران (2020) در بررسی جنبه‌های بازاریابی در گردشگری دندانپزشکی نتیجه می‌گیرد که تقویت بازاریابی استراتژیک می‌تواند به توسعه پایدار این صنعت کمک کند؛ نتیجه‌ای که برای کشورهای در حال توسعه و مقاصدی که در پی جذب گردشگران درمانی هستند، دلالت سیاستی و مدیریتی دارد. در حوزه راهکارهای دیجیتال، پنتلی^۳ و همکاران (2021) با تمرکز بر طراحی سیستم‌های

1. Swallehe
2. Oltean
3. Panteli

توصیه‌گر برای گردشگری سلامت، اهمیت دسته‌بندی و ارائه اطلاعات مرتبط با سلامت، هزینه، زیرساخت و اعتبار را برجسته می‌کند و نشان می‌دهد ابزارهای هوشمند می‌توانند با بهبود تجربه کاربر و کیفیت دسترسی به اطلاعات، فرایند انتخاب را تسهیل نمایند. همچنین وانگ و هازلی^۱ (2021) در بحث آینده گردشگری سلامت در عصر انقلاب صنعتی چهارم، بر نقش پذیرش فناوری‌های جدید در دسترس‌پذیرتر و مقرون‌به‌صرفه‌تر شدن جست‌وجوی درمان‌های برون‌مرزی و نیز تسهیل مدیریت ایمن اطلاعات پزشکی تأکید می‌کنند؛ نکته‌ای که از منظر نظری، پیوند مستقیم میان تحول دیجیتال و توسعه بازار گردشگری سلامت را تقویت می‌کند. از منظر بازاریابی رسانه‌های اجتماعی، آلتاوی (2022) نشان می‌دهد بازاریابی رسانه‌های اجتماعی می‌تواند ارزش برند، آگاهی و تبلیغات شفاهی را تقویت کند؛ هرچند مطالعه در صنعت مد انجام شده، اما سازوکارهای اثرگذاری آن (افزایش آگاهی، تقویت نگرش مثبت و تسهیل انتقال تجربه و توصیه) در گردشگری سلامت نیز قابلیت بهره‌برداری دارد، به‌ویژه در شرایطی که بیماران بالقوه برای کاهش عدم اطمینان، به تجربه‌ها و توصیه‌های دیگران توجه زیادی دارند.

در سطح بین‌المللی نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهند که گردشگری سلامت و جذب مخاطب آن، تحت تأثیر متغیرهای رفتاری، فرهنگی و فناوری قرار دارد. ییلدیز^۲ (2024) با بررسی نقش حساسیت بین‌فرهنگی و قوم‌گرایی در آگاهی گردشگری سلامت، نشان می‌دهد مؤلفه‌های فرهنگی می‌توانند بر سطح آگاهی و نگرش نسبت به این حوزه اثرگذار باشند؛ این نتیجه از منظر نظری برای بازاریابی گردشگری سلامت معنادار است، زیرا پیام‌ها، کانال‌ها و سبک ارتباطات باید متناسب با ویژگی‌های فرهنگی بازارهای هدف طراحی شود.

در جمع‌بندی مبانی نظری و شواهد پژوهشی، می‌توان استنباط کرد که توسعه گردشگری سلامت تابع تعامل چندسطحی میان عوامل زیرساختی و نهادی، کیفیت و قیمت خدمات درمانی، مؤلفه‌های فرهنگی و رفتاری بازار هدف و سازوکارهای بازاریابی، به‌ویژه بازاریابی دیجیتال است. از یک سو، مطالعات داخلی بر ضرورت نگاه چندبعدی به ظرفیت‌های مقصد، اقتصاد، زیرساخت، سازمان و فرهنگ و نیز لزوم برنامه‌ریزی و ساختارسازی تأکید دارند (Ayt & Sharifi, 2024; Dehqan and et al, 2020) و از سوی دیگر، پژوهش‌های مرتبط با بازاریابی نشان می‌دهند ابزارها و راهبردهای دیجیتال می‌توانند بر آگاهی، نگرش، اعتماد وفاداری و رفتار انتخاب اثرگذار باشند (Mousavi Fard & Hasani, 2022; Khosravi Laghab and et al, 2022). همچنین مطالعات بین‌المللی بر نقش عوامل فرهنگی، فناوری‌های نوین و سیستم‌های هوشمند در تسهیل تصمیم‌گیری و ارتقای تجربه کاربر تأکید می‌کنند. در نتیجه، چارچوب نظری این حوزه به سمت این دلالت حرکت می‌کند که موفقیت و پایداری گردشگری سلامت زمانی محتمل‌تر است که «زیرساخت و کیفیت خدمت» با «بازاریابی دیجیتال هدفمند و اعتمادساز» در یک منطق یکپارچه هم‌راستا شود و اقدامات بازاریابی نیز نه به‌صورت پراکنده، بلکه در قالب یک رویکرد راهبردی و متناسب با اقتضات بازارهای هدف طراحی گردد.

مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت مسئله و هدف پژوهش (طراحی و اعتبارسنجی مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال)، طرح تحقیق در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد، زیرا خروجی آن علاوه بر غنای نظری، قابلیت استفاده برای سیاست‌گذاران و مدیران حوزه گردشگری و سلامت را دارد. از منظر رویکرد کلی، پژوهش حاضر با پارادایم عمل‌گرا و با طرح آمیخته متوالی اکتشافی انجام شده است؛ بدین معنا که در گام نخست، داده‌ها و شواهد کیفی برای استخراج ابعاد/مؤلفه‌ها و صورت‌بندی مدل مفهومی گردآوری و تحلیل شده و سپس در گام دوم، مدل استخراج‌شده با داده‌های کمی آزمون و اعتبارسنجی شده است. بنابراین، توصیف

1. Wong & Hazley

2. Yildiz

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

صحيح ماهيت پژوهش اين است كه مطالعه در مرحله اول اكتشافى (كيفى) و در مرحله دوم توصيفى-تحليلى (كمى) است و ادعاى «آينده‌نگر» براى چنين طرحى (كه داده‌هاى ميدانى آن در يك مقطع زمانى گردآورى شده‌اند) لازم و منطبق با منطق تحقيق نيست؛ از اين رو پژوهش از حيث زمان گردآورى داده‌ها مقطعى است و تمرکز آن بر تبیین و آزمون روابط و سازه‌ها در شرايط موجود است، نه پيش‌بینى آينده به معنای آينده‌پژوهی.

همچنين محيط گردآورى داده‌ها تركيبى از كتابخانه‌اى/اسنادى و ميدانى است: بخش كتابخانه‌اى براى شناسايى نظام‌مند ادبيات و استخراج مضامين و بخش ميدانى براى تکميل و پالايش سازه‌ها از طريق خبرگان و سپس آزمون مدل با پرسشنامه در جامعه آمارى. از نظر منطق استدلال نيز پژوهش، به شكل منسجم از استقرا (براى استخراج سازه‌ها از ادبيات و داده‌هاى مصاحبه) و سپس قياس (براى آزمون تجربى روابط در قالب مدل اندازه‌گيرى و مدل ساختارى) بهره گرفته است؛ بنابر اين «آميخته بودن» در اينجا به معنای تركيب داده‌هاى كيفى و كمى و نيز توالى استقرا-قياس در فرآيند پژوهش است، نه برچسب‌گذارى‌هاى متعدد و پراكنده كه موجب ابهام و تناقض مى‌شود. جامعه و نمونه در بخش كيفى در دو زيرفاز تعريف شد. در زيرفاز نخست (فراتركيب/مرور نظام‌مند)، جامعه پژوهش شامل كليۀ آثار علمى مرتبط (مقالات، پايان‌نامه‌ها و گزارش‌هاى علمى معتبر) در پاينگاه‌هاى داخلى و خارجى بود تا چارچوبى جامع از ابعاد گردشگرى سلامت مبتنى بر بازاریابی دیجیتال استخراج شود.

براى جلوگيرى از كلى‌گويى و ابهام، فرآيند جست‌وجو بر مبنای رويکرد پريزما طراحى و اجرا گرديد؛ به اين صورت كه ابتدا كليدواژه‌ها و تركيبات جست‌وجو متناسب با هدف پژوهش مانند «گردشگرى سلامت»، «گردشگرى پزشكى»، «بازاریابی دیجیتال/ديجیتال»، «رسانه‌هاى اجتماعى»، «پلتفرم‌ها»، «انتخاب مقصد»، «اعتماد»، «شفافيت» و معادل‌هاى انگليسى آن‌ها تعيين شد، سپس پاينگاه‌هاى هدف داخلى و خارجى مشخص گرديد، بازۀ زمانى و معيارهاى ورود/خروج (ارتباط موضوعى، كيفيت علمى، دسترسى به متن كامل، زبان، تكرارى نبودن و تناسب روش‌شناختى) اعمال شد و در نهايت پس از غربال‌گرى چندمرحله‌اى، ۲۶ اثر علمى مطابق دستورالعمل پريزما به‌عنوان مجموعه نهايى انتخاب و وارد تحليل مضمون شد. در زيرفاز دوم (مصاحبه)، جامعه هدف شامل دو گروه خبرگان نظرى (اساتيد دانشگاه و پژوهشگران حوزه بازاریابی، بازاریابی دیجیتال و گردشگرى سلامت) و خبرگان تجربى (مدیران/مسئولان شرکتهای گردشگرى و فعالان مرتبط با خدمات گردشگرى سلامت و بازاریابی دیجیتال) بود.

نمونه‌گيرى در اين بخش به‌صورت غيرتصادفى هدفمند انجام شد و حجم نمونه بر مبنای اشباع نظرى تعيين گرديد؛ به‌گونه‌اى كه پس از انجام و تحليل مصاحبه‌ها، در نهايت ۲۰ نفر به‌عنوان مشاركت‌كنندگان نهايى وارد مطالعه شدند. ابزار گردآورى داده در بخش كيفى شامل (۱) پروتكل مرور نظام‌مند ادبيات در فراتركيب و (۲) مصاحبه نيمه‌ساختاريافته بود؛ مصاحبه‌ها در محيطى مناسب براى مشاركت‌كنندگان انجام شد، هر مصاحبه حدود ۶۰ تا ۹۰ دقيقه زمان برد، با رضايَت آگاهانه ضبط و سپس به‌طور كامل پياده‌سازى شد. براى تحليل داده‌هاى كيفى، از تحليل مضمون/تحليل محتواى كيفى استفاده شد و كدگذارى به شكل مرحله‌اى (كدهاى اوليه، تجمع در مقوله‌ها و استخراج مضامين/ابعاد) صورت گرفت. به‌منظور افزايش استحکام نتايج كيفى، كنترل‌هاى مانند بازبينى كدها، مقايسه مستمر داده‌ها و بازخوردگيرى از خبرگان (در حد امكان) براى کاهش سوگيرى تفسير لحاظ شد تا ابعاد نهايى مدل از پشتوانۀ شواهد ادبيات و نيز توافق خبرگان برخوردار گردد.

در بخش كمى، جامعه آمارى شامل مديران شرکتهای گردشگرى ايران به‌عنوان پاسخ‌دهندگان كليدى بود؛ زيرا اين گروه در عمل، در تصميم‌گيرى و اجراى فعاليت‌هاى بازاریابی و تعامل با بازارهاى هدف نقش محورى دارند و ارزيايى آن‌ها براى سنجش اعتبار مدل و روابط سازه‌ها ضرورى است. حجم نمونه با توجه به الزامات تحليل عاملى تأييدى/مدل‌يابى معادلات ساختارى و كفايت نمونه در رويکرد PLS، ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد؛ پرسشنامه ميان آن‌ها توزيع گرديد و پس از حذف پرسشنامه‌هاى ناقص، تحليل‌ها بر روى ۲۰۲ پرسشنامه قابل استفاده انجام شد. روش نمونه‌گيرى در اين بخش خوشه‌اى چندمرحله‌اى متناسب با پراکندگى

مطالعات مدیریت گردشگری عصر هوشمند، دوره سوم، شماره اول، بهار ۱۴۰۵

جغرافیایی جامعه بود؛ بدین صورت که ابتدا خوشه‌های جغرافیایی (مناطق/استان‌ها/شهرها) تعریف و به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس در هر خوشه، شرکت‌ها و مدیران به صورت تصادفی یا متناسب با دسترسی و حجم، تا رسیدن به حجم نمونه هدف انتخاب شدند (جزئیات تعداد انتخاب در هر مرحله به صورت متناسب با حجم و امکان دسترسی تنظیم شد تا مجموع نمونه به ۲۱۰ نفر برسد). ابزار گردآوری داده در بخش کمی شامل دو پرسشنامه محقق ساخته بود که هر دو بر مبنای خروجی بخش کیفی طراحی شدند: پرسشنامه اصلی سنجش ابعاد مدل توسعه گردشگری سلامت مبتنی بر بازاریابی دیجیتال و پرسشنامه ارزیابی اعتبار مدل توسط خبرگان. در پرسشنامه اصلی، سازه‌ها و گویه‌ها پس از فراترکیب و مصاحبه استخراج شد و در نهایت پرسشنامه با ۴۱ گویه و طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای تنظیم گردید. ابعاد پرسشنامه به صورت منسجم و متناسب با موضوع پژوهش عبارت بودند از: اثربخشی فعالیت‌های بازاریابی دیجیتال (شامل تجزیه و تحلیل رفتار مشتری ۲ گویه، اطلاع‌رسانی ۲ گویه، تعاملات اجتماعی ۲ گویه، تحلیل محتوای دیجیتال ۳ گویه؛ جمعاً ۹ گویه)، هزینه‌ها (هزینه‌های بازاریابی و تبلیغات ۲ گویه، هزینه زیرساخت ۵ گویه؛ جمعاً ۷ گویه)، سیاست‌ها و قوانین (قوانین دولتی ۶ گویه، قوانین گردشگری بین‌المللی ۲ گویه؛ جمعاً ۸ گویه)، زیرساخت (زیرساخت‌های سخت ۴ گویه، زیرساخت‌های نرم ۲ گویه؛ جمعاً ۶ گویه)، شفافیت (ارتباطات و دسترسی به اطلاعات ۲ گویه، شفافیت قیمت‌ها ۱ گویه، شفافیت در خدمات درمانی ۲ گویه؛ جمعاً ۵ گویه) و فرهنگ (آگاهی فرهنگی ۲ گویه، تعامل با جامعه محلی ۴ گویه؛ جمعاً ۶ گویه) که مجموع آن‌ها ۴۱ گویه است.

برای اطمینان از روایی و پایایی ابزار، روایی محتوا با نظر خبرگان بررسی شد و یک اجرای آزمایشی (پایلوت) نیز انجام گرفت و پس از اعمال اصلاحات لازم، نسخه نهایی در جامعه هدف توزیع گردید. پرسشنامه دوم برای ارزیابی اعتبار مدل (اعتبار درونی و بیرونی) بر اساس ابزار اقتباس شده از شوقی و کریمی (۲۰۲۴) طراحی شد که شامل دو بخش اعتبار بیرونی (هدف، طراحی روش پژوهش، کنترل متغیرهای مزاحم، تطبیق) و اعتبار درونی (بازبینی منطقی، بازخورد متخصصان، تحلیل حساسیت) با ۳۴ گویه و طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای بود، این پرسشنامه همراه با مستندات نظری و تجربی پشتیبان مدل و نیز توضیح هدف پژوهش در اختیار خبرگان قرار گرفت تا ارزیابی آن‌ها مبتنی بر شواهد و منطق مدل باشد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها متناسب با ماهیت آمیخته پژوهش تنظیم شد. در بخش کیفی، داده‌های فراترکیب و مصاحبه‌ها با نرم‌افزار (MAXQDA Analytics Pro 2018) تحلیل شد و خروجی آن به استخراج مضامین، ابعاد و مؤلفه‌های مدل انجامید. در بخش کمی، تحلیل‌ها در دو سطح انجام شد: در سطح آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شاخص‌های توصیفی متغیرها (میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) از اس پی اس اس نسخه ۲۳ استفاده شد.

در سطح آمار استنباطی، برای آزمون مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری و اعتبارسنجی روابط، از اسمارت پی ال اس (نسخه ۳) بهره گرفته شد. انتخاب اسمارت پی ال اس به این دلیل است که رویکرد PLS-SEM برای توسعه و اعتبارسنجی مدل‌های نوظهور/اکتشافی، مدل‌های نسبتاً پیچیده با سازه‌های چندگانه و تمرکز بر توان تبیین و پیش‌بینی مناسب است؛ در حالی که اس پی اس برای تحلیل‌های توصیفی و برخی آزمون‌های کلاسیک (مانند آزمون تی تک‌نمونه‌ای) کارآمدتر است. در پی ال اس، روایی و پایایی سازه‌ها از طریق شاخص‌هایی مانند پایایی درونی (آلفای کرونباخ/پایایی ترکیبی)، روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا (مانند HTMT یا معیار فورنل-لارکر) ارزیابی شد و سپس برازش و معناداری مسیرهای ساختاری بررسی گردید. همچنین برای سنجش قدرت پیش‌بینی مدل از شاخص Q^2 (Stone-Geisser) استفاده شد؛ لازم به تصریح است که Q^2 به معنای «اعتبار بیرونی» به مفهوم کلاسیک تعمیم مستقیم نیست، بلکه شاخصی برای ارتباط پیش‌بینانه/پیش‌بینی‌پذیری سازه‌های درون‌زا در چارچوب مدل است و در کنار سایر شواهد، می‌تواند مؤید کفایت پیش‌بینانه مدل باشد.

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

علاوه بر این، برای تحلیل نتایج پرسشنامه اعتبارسنجی مدل (Shoqi & Karimi, 2024) و ارزیابی معناداری نظرات خبرگان درباره ابعاد اعتبار درونی و بیرونی، از آزمون تی تک‌نمونه‌ای در اس پی اس اس استفاده شد تا مشخص شود میانگین ارزیابی خبرگان نسبت به مقدار مبنا (مثلاً سطح متوسط طیف) به‌طور معنادار بالاتر است یا خیر. با این بازنویسی، توصیف روش پژوهش از حالت برچسب‌گذاری‌های متعدد و متعارض خارج شده و به‌صورت یک طرح منسجم، قابل دفاع و دقیق ارائه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که هم توالی «اکتشاف کیفی → آزمون کمی» روشن است و هم منطق استفاده هم‌زمان از SPSS و SmartPLS، MAXQDA و نیز جایگاه درست شاخص Q^2 در تبیین توان پیش‌بینی مدل، بدون تناقض بیان شده است.

یافته‌های پژوهش

در این بخش داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های علمی مورد تحلیل و ارزیابی قرار می‌گیرد؛ که در ابتدا پیش‌پردازش داده‌ها موردبررسی قرار می‌گیرد. در جدول زیر، بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان توصیف آماری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بخش کیفی شامل نوع خبره (نظری و تجربی)، رشته تحصیلی، سن، جنسیت و تجربه کاری (سابقه شغلی/سابقه تدریس) مرتبط پرداخته می‌شود:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	فرآوانی	متغیر	رشته	فرآوانی	متغیر	مقطع	فرآوانی	متغیر	سن	فرآوانی
تجربه کاری (سال)	اساتید دانشگاه	۸	مدیریت بازاریابی	۹	۲	دکتری تخصصی	۱۶	۴	پایین‌تر از ۴۵ سال	۳	۷
	مسئولین و مدیران شرکت‌های گردشگری	۱۲	گردشگری	۹	۱۴	زن	۶	۱۰ تا ۲۰ سال	بالای ۵۵ سال	۵	۵
	کمتر از ۱۰ سال	۶	مرد	۹	۱۴	۶	۱۰ تا ۲۰ سال	۳	۵۱ تا ۵۵ سال	۵	۵

در این پژوهش، بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق پرسشنامه در جدول زیر به توصیف آماری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بخش کمی شامل سن، جنسیت، تحصیلات و سابقه کار پرداخته می‌شود:

جدول ۲. توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی

ویژگی جمعیت شناختی	طبقه	درصد	فراوانی
سن	زیر ۳۰ سال	۴/۹۵	۱۰
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۴۶/۰۳	۹۳
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۴۳/۵۶	۸۸
	بالای ۵۰ سال	۵/۴۴	۱۱
جنسیت	مرد	۷۷/۷۲	۱۵۷
	زن	۲۲/۲۷	۴۵
تحصیلات	لیسانس	۲۴/۷۵	۵۰
	فوق لیسانس	۵۵/۹۴	۱۱۳
	دکتری	۱۹/۳۰	۳۹
سابقه کار	کمتر از ۱ سال	۱۶/۸۳	۳۴
	بین ۱ تا ۳ سال	۲۰/۲۹	۴۱
	بین ۴ تا ۶ سال	۴۳/۵۶	۸۸
	بالای ۶ سال	۱۹/۳۰	۳۹

به منظور پاسخ به سوالات فوق و طراحی مدل توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی دیجیتال با استفاده از سه مرحله که در پی می‌آید شناسایی شد.

الف: مرور نظام‌مند ادبیات و پیشینه پژوهش با استفاده از مدل پریزما:

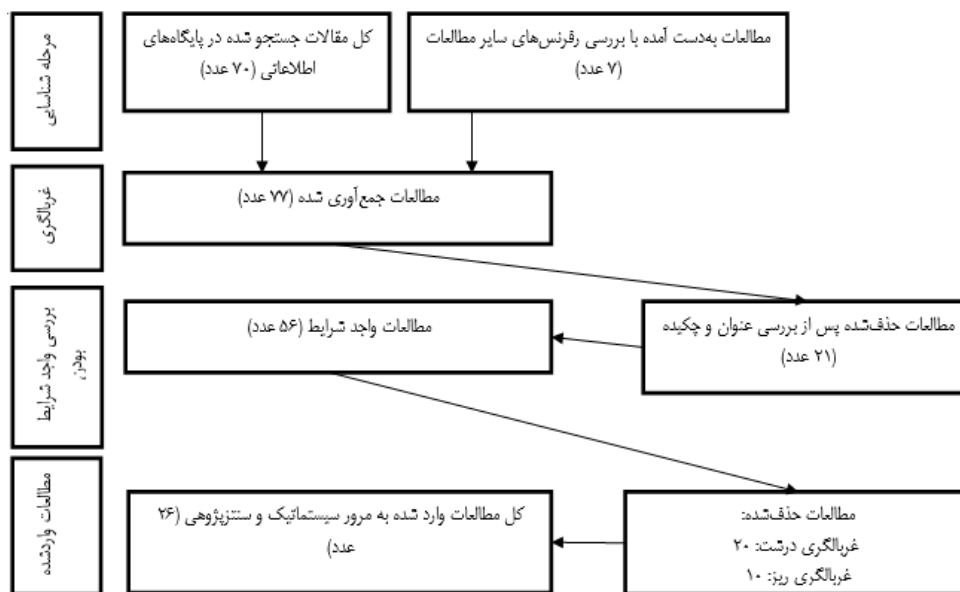
در این مرحله با استفاده از روش فراترکیب با مرور نظام‌مند و با رهیافت مدل پریزما^۱ و با استفاده از روش تجزیه و تحلیل مضمون، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی دیجیتال شناسایی می‌شود. برای این منظور مراحل زیر در پی می‌آید.

۱. مراحل انجام سنتز پژوهی جهت شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی

دیجیتال

۲. نمودار جریان (فرایند جستجوی مقالات) شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی دیجیتال: در این مرحله ابتدا محدودیت‌های اعمال شده به لحاظ قلمروهای زمانی (داخلی و خارجی)، مکانی (پایگاه‌های داده داخل و خارج)، ماهیت پژوهش (سنتز، مروری، کیفی و کمی) و موضوعی (کلمات کلیدی برای جستجو) آورده می‌شود، سپس فرایند غربالگری درشت و ریز انجام می‌شود. مشخصات کلی مطالعات منتخب بر اساس مدل پریزما برای تحلیل نهایی در نمودار زیر آورده شده است.

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران



شکل ۱. فرایند انتخاب مقالات بر اساس دستورالعمل پریزما

منبع: یافته‌های تحقیق

همان‌طور که در نمودار جریان بر اساس مدل پریزما قابل ملاحظه است پس از غربالگری‌های صورت گرفته در نهایت ۲۶ مقاله انتخاب شد که کیفیت آن‌ها بررسی و مورد واکاوی قرار گرفت. چک لیست ۲۷ موردی جهت بررسی کیفیت مقالات شناسایی شده در مورد ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال: نتایج جستجوی کلیه مجلات مرتبط با حوزه شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال در داخل و خارج از کشور نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳ در داخل و ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ در خارج از کشور تنها ۲۶ مقاله با رویکرد فراترکیب و بدون فراترکیب با کلمات کلیدی «گردشگری، گردشگری سلامت، بر بازاریابی دیجیتال، دیجیتال مارکتینگ» در این حوزه به چاپ رسیده است. میزان انطباق کلی کیفیت مقالات مورد بررسی با معیارهای گزارش چک لیست ۶۴ درصد برآورد شد.

بیشترین کمبودهای کیفیت در گزارش بخش روش مقالات به میزان ۵۴ درصد تخمین زده شد. مشخص‌ترین نقصان گزارش‌های مطالعات مرور مند مورد بررسی مربوط به خطاهای موجود در مطالعات اولیه و خطاهای حاصل از ترکیب نتایج این مطالعات و عدم اشاره به سوگیری‌ها بوده است. بیشتر مقالات یافت شده مربوط به سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ (۶۸/۲ درصد) و همین‌طور ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰ (۶۴/۷ درصد) بوده است که در مقالات پژوهشگران مدیریت بازرگانی ۴۲/۵ درصد و گردشگری ۳۳/۱ درصد وجود داشته است. از این تعداد مقاله ۳۳/۳ درصد مربوط به مقالات داخلی و ۶۶/۶ درصد مربوط به مقالات خارجی بود. در جدول زیر نتایج آزمون خی دو در خصوص نقش رشته پژوهشگر، سال‌های مختلف چاپ مقاله و تعداد نویسندگان در کیفیت گزارش مقالات آورده شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو در خصوص نقش رشته پژوهشگر، سال‌های مختلف چاپ مقاله و تعداد نویسندگان در کیفیت گزارش مقالات

متغیر	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه
رشته پژوهشگر	۰/۶۹	۱	۰/۴۱	عدم تفاوت
سال چاپ	۰/۵۴	۹	۰/۵۷	عدم تفاوت
تعداد نویسندگان	۰/۷۸	۴	۰/۳۵	عدم تفاوت

بر اساس آزمون خی دو و جدول ۴ می‌توان گفت کیفیت مقالاتی که توسط پژوهشگران دو رشته مدیریت امور مالی و حسابداری نگارش شده بود با یکدیگر تفاوت نداشت ($p=0/41$). در کیفیت گزارش مقالات بین سال‌های مختلف نیز همین آزمون تفاوت آماری معناداری را نشان نداد ($p=0/57$). همچنین تعداد نویسندگان نیز بر کیفیت گزارش مقالات تأثیر معناداری را نشان نداد ($p=0/35$). لازم به توضیح است مقالات منتخب پس از واکاوی بر اساس ماهیت، در چهار دسته سنتز، مروری، کیفی و کمی قرار گرفتند تا شرایط سنتز فراهم شود. در جدول زیر فراوانی و درصد این چهار دسته از مقالات آورده شده است.

جدول ۴. فراوانی و درصد مقالات مورد تحلیل قرار گرفته بر اساس ماهیت

ماهیت مقالات	سنتز	مروری	کیفی	کمی	جمع کل
فراوانی	۱۵	۳	۱۰	۹	۲۶
درصد	۴/۵۴	۸/۱۰	۲۷/۰۲	۲۴/۳۲	۱۰۰

همانطور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بیشترین مقالات مورد تحلیل قرار گرفته در فرایند سنتز پژوهی مقالات سنتز (۱۵ مقاله) و کمترین مقالات مروری (۳) و کیفی (۱۰) بوده است، همچنین ۹ مقاله نیز به صورت کمی بوده است. در نهایت در جدول زیر چک لیست ۲۷ موردی مدل پریزما جهت بررسی کیفیت مقالات منتخب آورده شده است. کاپای کوهن^۱ قرارداد بین دو ارزیاب که هر کدام N مورد را در C طبقه متقابلاً انحصاری مرتب کرده‌اند را اندازه‌گیری می‌کند. معادله برای K عبارتست از:

$$K = \frac{pr(a) - pr(e)}{1 - pr(e)}$$

که در آن $Pr(a)$ قرارداد نسبی مشاهده شده بین ارزیاب‌ها است و $Pr(e)$ احتمال فرض قرارداد شانس است، با استفاده از داده مشاهده شده برای محاسبه احتمال‌های هر مشاهده کننده که به صورت اتفاقی بیانگر یکی از دسته‌ها هستند. با توجه به مقدار ضریب کاپای (۰/۵۶) بدست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که نتیجه بررسی دو ارزیاب مناسب است.

ب: واکاوی و سنتز (تجمیعی و ترکیبی)

در این مرحله واکاوی مقالات منتخب بر اساس پژوهشگر، سال، عنوان، ماهیت مقاله، جامعه آماری، نمونه گیری، ابزار اندازه گیری، روش تجزیه و تحلیل، پایگاه‌های داده، نام مجله، کشور، امتیاز کیفیت مقاله، نتیجه کیفیت آورده شده است. در نهایت سنتز به منظور شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال انجام می‌شود.

تحلیل مضمون ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال مبتنی بر مرور سیستماتیک ادبیات: در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از تحلیل مضمون استفاده شد. ابزارهایی که در تحلیل مضمون مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل کدگذاری، نرم افزار، قالب مضامین و شبکه مضامین می‌باشد. لازم به ذکر است در این پژوهش برای کدگذاری‌های صورت گرفته در تحلیل مضمون از نرم افزارهای مختلفی استفاده می‌شود که در این پژوهش از نرم

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

افزار MaxQda2018 استفاده شد. در کدگذاری‌های صورت گرفته مضامین پایه، به مضامین سازمان دهنده و مضامین سازمان دهنده به مضامین فراگیر تبدیل می‌شوند. با توجه به مطالعه در مبانی نظری و پیشینه پژوهش ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال بررسی و کدگذاری شد که نتایج در جدول زیر قابل ملاحظه است.

جدول ۵. مضامین استخراج شده از مرور سیستماتیک ادبیات جهت شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های توسعه گردشگری سلامت با

تأکید بر بازاریابی دیجیتال

ابعاد	مولفه	شاخص	منبع
اثربخشی فعالیت‌های	تجزیه و تحلیل رفتار مشتری	بررسی نظرات و امتیازات مشتریان در پلتفرم‌های مختلف که می‌تواند به ارزیابی کیفیت خدمات و تأثیر بازاریابی کمک کند	Amin Bidokhti & Nazari, 2009

Khosravi Laghab and et al, 2022	آشنایی بیماران گردشگر از کشورهای دیگر به علت تبلیغات کافی رسانه‌ای خارجی و اینترنتی	اطلاع رسانی	
Anabestani & Safarian, 2016	اطلاع‌رسانی در مورد گردشگری پزشکی از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی (تلویزیون، ماهواره، اینترنت و غیره)		
Oltean and et al, 2020	تقویت بازاریابی استراتژیک کلینیک‌های دندانپزشکی و آژانس‌های گردشگری	تحلیل محتوای دیجیتال	
Amin Bidokhti & Nazari, 2009	فعالیت‌های تبلیغاتی آنلاین در زمینه گردشگری سلامت		
Khosravi Laghab and et al, 2022	ابزارها و کانال‌های بازاریابی دیجیتال		
Kurobi and et al, 2020	تسهیلات بانکی	هزینه‌های بازاریابی و تبلیغات	هزینه‌ها
Kurobi and et al, 2020	مناسب بودن هزینه‌ها	هزینه زیرساخت	
Dehqan and et al, ۲۰۲۰	خصوصی‌سازی خدمات گردشگری	قوانین دولتی	سیاست‌ها و قوانین
Amin Bidokhti & Nazari, 2009	تعدیل سیاست‌گذاری‌های کلان کشوری		
Dehqan and et al, 2020	تدوین برنامه راهبردی توسعه گردشگری سلامت		
Dehqan and et al, ۲۰۲۰	طراحی نظام بیمه گردشگری سلامت		
Dehqan and et al, ۲۰۲۰	طراحی و تدوین سند جامع دیپلماسی گردشگری سلامت ایران		
Anabestani & Safarian, 2016	ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های متولی امر گردشگری و پزشکی	قوانین گردشگری بین‌المللی	
Dehqan and et al, ۲۰۲۰	تامین حمل و نقل	زیرساخت‌های سخت	زیرساخت
Dehqan and et al, ۲۰۲۰	تقویت زیرساخت‌های اسکان و اقامت		
Hadizadeh Moghadam and et al, 2013	تجهیزات پزشکی		
Asadi and et al, 2020; Wong& Hazley, 2021	امنیت	زیرساخت‌های نرم	
Kurobi and et al, 2020	اعتبار مکان درمانی	شفافیت در خدمات درمانی	شفافیت
Kurobi and et al, 2020	آموزش داده شده به پزشک		
Madhoushi & Naserpour, 2004	آموزش و اطلاع‌رسانی مردم در ارتباط با اهمیت وجود گردشگران در منطقه	آگاهی فرهنگی	فرهنگ
Panteli and et al, 2021	توسعه و تقویت زبان‌های ارتباطی	تعامل با جامعه	
Yıldız, 2024	تعدیل حساسیت بین فرهنگی و قوم گرایی	محلی	

به منظور پاسخ به سؤالات پژوهش، بررسی مطالعات کتابخانه‌ای، مبانی نظری و پیشینه پژوهش در مطالعات داخلی و خارجی در گردشگری سلامت مبتنی بر بازاریابی دیجیتال و همچنین مبتنی بر مصاحبه با ۲۰ خبره صورت گرفته و سپس متون مصاحبه پیاده‌سازی شد. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها متون مصاحبه از تحلیل مضمون جهت مقوله‌بندی کدهای حاصل از ادبیات و مصاحبه با خبرگان استفاده شد. ابزارهایی که در تحلیل مضمون مورد استفاده قرار گرفته شده است، شامل کدگذاری، نرم افزار، قالب مضامین و شبکه مضامین می‌باشد. لازم به ذکر است در این پژوهش برای کدگذاری‌های صورت گرفته در تحلیل مضمون از نرم افزار MaxQda-V2018 استفاده شد. در کدگذاری‌های صورت گرفته مضامین پایه، به مضامین سازمان دهنده و مضامین سازمان دهنده به مضامین فراگیر تبدیل شدند.

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

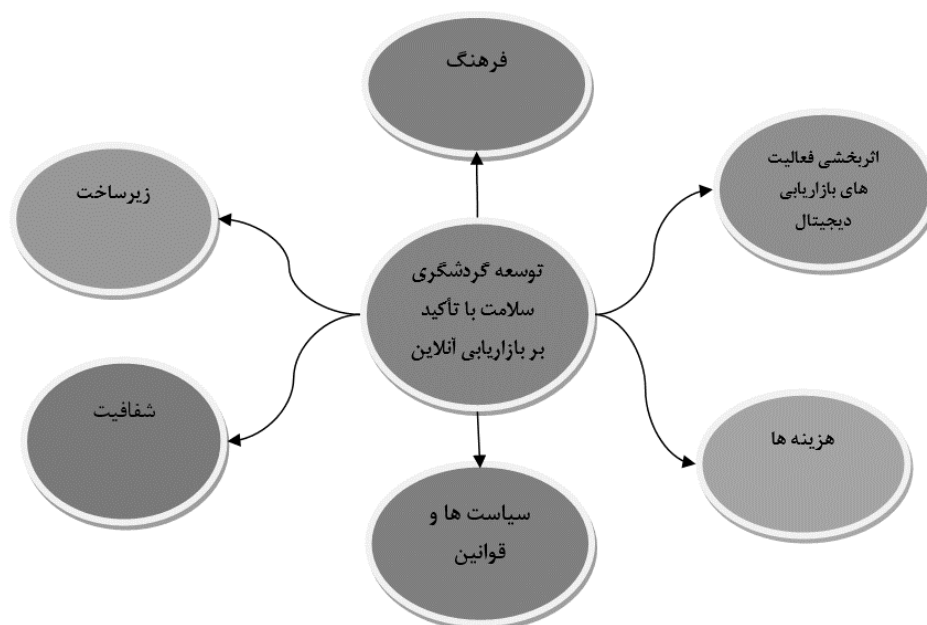
لازم به ذکر است که در مجموع ۳۱ مضمون پایه از متون مصاحبه استخراج شد. همان طور که پیشتر بیان شد، تحلیل محتوای متون مصاحبه با استفاده از تحلیل مضمون و با استخراج مضامین پایه آغاز گردید و مضامین بی ربط و تکراری حذف گردیدند و بعد از دسته بندی مضامین پایه، مضامین سازمان دهنده و در نهایت پس از دسته بندی مضامین سازمان دهنده، مضامین فراگیر احصا و نام گذاری شدند. در جدول زیر مضامین پایه، سازمان دهنده، فراگیر، کد مصاحبه شونده ها، فراوانی و منبع مرتبط آورده شده است.

جدول ۶. نتایج مصاحبه و فراترکیب برای ابعاد، مولفه ها و شاخص های توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال

ابعاد	مولفه	شاخص	کد مصاحبه شونده
انبخشی فعالیت های بازاریابی دیجیتال	تجزیه و تحلیل رفتار مشتری	بررسی نظرات و امتیازات مشتریان در پلتفرم های مختلف، که می تواند به ارزیابی کیفیت خدمات و تأثیر بازاریابی کمک کند	I8. I2. I1. I16
	اطلاع رسانی	درصد بازدید کنندگانی که اقدام به رزرو، ثبت نام یا خرید خدمات می کنند	I3. I1. I8. I6. I16
	اطلاع رسانی	آشنایی بیماران گردشگر از کشورهای دیگر به علت تبلیغات کافی رسانه ای خارجی و اینترنتی	I9, I12, I16, I18
	اطلاع رسانی	اطلاع رسانی در مورد گردشگری پزشکی از طریق رسانه های ارتباط جمعی (تلویزیون، ماهواره، اینترنت و غیره)	I13.I5. I6
	تعاملات اجتماعی	تعداد فالوورهای جدید در شبکه های اجتماعی در یک دوره زمانی مشخص	I5. I9.I6.I13.I7
	تعاملات اجتماعی	درصد بازدید کنندگانی که پس از مشاهده یک صفحه وب سایت را ترک می کنند. نرخ پایین تر نشان دهنده جذابیت محتوای وب سایت است	I9.I8.I12.I11.I20
	تحلیل محتوای دیجیتال	تقویت بازاریابی استراتژیک کلینیک های دندانپزشکی و آژانس های گردشگری	I6.I12.I9.I20
	تحلیل محتوای دیجیتال	فعالیت های تبلیغاتی آنلاین در زمینه گردشگری سلامت	I13.I14.I7.I6.I5
	تحلیل محتوای دیجیتال	ابزارها و کانال های بازاریابی دیجیتال	I20.I5.I8
	تحلیل محتوای دیجیتال	تسهیلات بانکی	
هزینه ها	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	میزان سرمایه گذاری در تبلیغات دیجیتال مانند تبلیغات گوگل و شبکه های اجتماعی	I2.I5.I19
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	هزینه های مربوط به نرم افزارهای مدیریت مشتری و سیستم های رزرو آنلاین	I2.I1.I8.I9
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	هزینه های مربوط به طراحی، به روز رسانی و بهینه سازی وب سایت.	I20.I5.I7.I6
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	مقایسه هزینه های درمانی در مقاصد مختلف برای جذب مشتریان	I1.I3.I8.I4
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	خدماتی مانند مترجمی، راهنمایی و خدمات پس از درمان	I11.I12.I8.I16.I20
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	مناسب بودن هزینه ها	
	هزینه های بازاریابی و تبلیغات	خصوصی سازی خدمات گردشگری	I20.I4.I14
سیاست ها و قوانین	قوانین دولتی	برنامه ها و سیاست های دولتی برای حمایت از صنعت گردشگری سلامت	I17.I3.I5
	قوانین دولتی	تعدیل سیاست گذاری های کلان کشوری	
	قوانین دولتی	تدوین برنامه راهبردی توسعه گردشگری سلامت	I3.I9
	قوانین دولتی	طراحی نظام بیمه گردشگری سلامت	
	قوانین دولتی	طراحی و تدوین سند جامع دیپلماسی گردشگری سلامت ایران	
	قوانین دولتی	نیاز به مجوزها و رعایت استانداردهای بین المللی در ارائه خدمات درمانی	I14.I15.I16
	قوانین دولتی	ایجاد هماهنگی بین سازمان های متولی امر گردشگری و پزشکی	
	قوانین دولتی	تأمین حمل و نقل	I2.I1.I15.I18.I13
	قوانین دولتی		
	قوانین دولتی		

کدمصاحبه شونده	شاخص	مولفه	ابعاد
I20.I19.I18.I12	وجود هتل‌ها و مراکز اقامتی با کیفیت برای پذیرش گردشگران سلامت	ی سخت	
	تقویت زیرساخت‌های اسکان و اقامت		
I2.I10	تجهیزات پزشکی		
	امنیت		
I11.I10.I12.I13	وجود سیستم‌های IT و نرم‌افزارهای مناسب برای مدیریت اطلاعات بیماران و خدمات آنلاین	زیرساخت‌ها ی نرم	
I2.I8.I4.I6	توضیحات واضح درباره فرآیندهای رزرو و پرداخت آنلاین	ارتباطات و	
I6.I15.I5.I12	دسترسی آسان به اطلاعات دقیق درباره خدمات درمانی، پزشکان و امکانات	دسترسی به اطلاعات	
I9.I5.I3.I15	ارائه قیمت‌های واضح و شفاف برای خدمات درمانی و گردشگری	شفافیت قیمت‌ها	
I3.I8.I4	اعتبار مکان درمانی	شفافیت در	
	آموزش داده شده به پزشک	خدمات درمانی	
I9	آموزش و اطلاع رسانی مردم در ارتباط با اهمیت وجود گردشگران در منطقه	آگاهی	
I14.I15.I2.I18.I10.I16	ارائه خدمات متناسب با نیازهای فرهنگی و مذهبی مختلف مشتریان	فرهنگی	
I20.I5.I7.I13.I9.I6	ایجاد ارتباط و تعامل مثبت با جامعه محلی به منظور جلب اعتماد و همکاری	تعامل با جامعه محلی	
I3.I8.I12.I10.I17	ترویج و حمایت از فرهنگ و آداب و رسوم محلی در خدمات گردشگری سلامت		
	توسعه و تقویت زبان‌های ارتباطی		
I14.I5.I6.I8	تعدیل حساسیت بین فرهنگی و قوم گرایی		

بر اساس نتایج بدست آمده، مدل بومی توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی دیجیتال به صورت شکل زیر است.



شکل ۲. مدل بومی توسعه گردشگری سلامت با تاکید بر بازاریابی دیجیتال
منبع: یافته‌های تحقیق.

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

جدول ۷. آزمون تی تک نمونه‌ای به منظور بررسی وضعیت موجود مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال

ارزش آزمون = ۳				مؤلفه	
مقدار تی	Sig.	اختلاف میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪ از اختلاف		
			حد پایین	حد بالا	
۵۱/۴۳۱	۰/۰۰۰	۳/۲۳	۲/۸۹۸	۳/۱۲۹	اثربخشی فعالیت‌های بازاریابی دیجیتال
۷۰/۷۲۲	۰/۰۰۰	۳/۲۲	۳/۴۰۵	۳/۶۰۱	هزینه‌ها
۶۰/۴۶۶	۰/۰۰۰	۳/۲۶	۳/۲۳۵	۳/۴۵۴	سیاست‌ها و قوانین
۴۶/۲۹۱	۰/۰۰۰	۳/۲۴	۳/۰۲۲	۳/۲۹۲	زیرساخت
۶۸/۹۶۶	۰/۰۰۰	۳/۱۹	۳/۳۵۶	۳/۵۵۴	شفافیت
۵۱/۹۱۰	۰/۰۰۰	۳/۲۷	۳/۴۰۹	۳/۶۷۹	فرهنگ

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، سطح معناداری در همه مؤلفه‌ها کمتر از ۰/۰۵ می‌شود و بنابراین فرض صفر با ۹۵ درصد اطمینان برای این مؤلفه‌ها رد و فرض پژوهش تأیید می‌شود. به عبارت دیگر وضعیت این مؤلفه‌ها در حد مطلوب (با توجه به اختلاف میانگین که اعدادی مثبت هستند) است.

جدول ۸. یافته‌های حاصل از آزمون تی تک نمونه‌ای به منظور سنجش اعتبار مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	t محاسبه شده	سطح معناداری	اختلاف میانگین	حد پایین	حد بالا
اعتبار بیرونی	۴/۲۰	۰/۶۵	۹/۰۰	۰/۰۰۰	۱/۲۰	۳/۹۰	۴/۵۰
هدف	۴/۲۰	۰/۷۰	۸/۹۰	۰/۰۰۰	۱/۲۰	۳/۹۰	۴/۵۰
طراحی روش پژوهش	۴/۲۵	۰/۷۰	۹/۱۰	۰/۰۰۰	۱/۲۵	۳/۹۰	۴/۶۰
کنترل متغیرهای مزاحم	۴/۱۰	۰/۷۵	۸/۳۰	۰/۰۰۰	۱/۱۰	۳/۸۰	۴/۴۰
تطبیق	۴/۰۵	۰/۸۰	۷/۵۰	۰/۰۰۰	۱/۰۵	۳/۷۰	۴/۴۰
اعتبار درونی	۴/۳۵	۰/۶۰	۹/۲۰	۰/۰۰۰	۱/۳۵	۴/۰۰	۴/۷۰
بازبینی منطقی	۴/۱۵	۰/۷۵	۸/۰۰	۰/۰۰۰	۱/۱۵	۳/۸۰	۴/۵۰
بازخورد متخصصان	۴/۳۰	۰/۶۰	۹/۵۰	۰/۰۰۰	۱/۳۰	۴/۰۰	۴/۶۰
تحلیل حساسیت	۴/۴۰	۰/۵۵	۹/۸۰	۰/۰۰۰	۱/۴۰	۴/۱۰	۴/۷۰

باتوجه به جدول فوق می‌توان گفت، سطح معناداری برای اعتبار بیرونی و درونی و تمامی مؤلفه‌های هر یک از اعتبارهای بیرونی و درونی کمتر از ۰/۰۰۱ و همچنین میانگین‌های محاسبه شده در دامنه ۴/۰۵ تا ۴/۴۰ است که به‌وضوح نشان‌دهنده معناداری آماری یافته‌ها با ۹۹ درصد اطمینان می‌باشد. این به این معناست که یافته‌های به‌دست‌آمده به‌طور تصادفی به‌دست نیامده و اعتبار بالای مدل را تأیید می‌کند. بنابراین می‌توان استنباط کرد، مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال طراحی شده، با تأکید بر ابعاد دارای اعتبار قابل‌توجهی است و می‌تواند به‌عنوان یک مدل مفید در تحلیل و توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال مورد استفاده قرار گیرد.

علاوه بر موارد فوق الذکر، بر اساس نظر خبرگان میزان اعتبار درونی مدل طراحی شده با میانگین ۴/۳۵ و t محاسبه‌شده ۹/۲۰، بیشتر از اعتبار بیرونی است. همچنین در میان مؤلفه‌های اعتبار بیرونی طراحی روش پژوهش با میانگین ۴/۲۵ و t محاسبه‌شده ۹/۱۰، بیشترین میزان اعتبار را به خود اختصاص داده است و از طرف دیگر در میان مؤلفه‌های اعتبار درونی مؤلفه تحلیل حساسیت با میانگین ۴/۴۰ و t محاسبه‌شده ۹/۸۰، بیشترین میزان اعتبار را به خود اختصاص داده است. در ادامه، به بررسی روابط علی بین

متغیرها پرداخته می‌شود. با توجه به اینکه مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای بود و همچنین توزیع داده‌ها نرمال بود از آزمون‌های پارامتریک مناسب از جمله آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج این آزمون در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۹. همبستگی بین عوامل

مولفه		اثر بخشی فعالیت‌های بازاریابی دیجیتال	هزینه‌ها	سیاست‌ها و قوانین	زیر ساخت	شفافیت
اثر بخشی فعالیت‌های بازاریابی دیجیتال	همبستگی					
	Sig.					
هزینه‌ها	همبستگی	**۰/۷۵۷				
	Sig.	۰/۰۰۰				
سیاست‌ها و قوانین	همبستگی	**۰/۷۷۳	**۰/۶۸۸			
	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰			
زیر ساخت	همبستگی	**۰/۷۲۳	**۰/۵۹۵	**۰/۶۹۷		
	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		
شفافیت	همبستگی	**۰/۷۶۹	**۰/۶۲۳	**۰/۷۰۲	**۰/۷۲۳	
	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	
فرهنگ	همبستگی	**۰/۷۵۴	**۰/۷۷۲	**۰/۵۶۸	**۰/۶۹۷	**۰/۷۰۵
	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

همان‌طور که از جدول فوق مشخص است، علامت ** نشان‌دهنده وجود همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ را نشان می‌دهد؛ یعنی، بین متغیرها رابطه مستقیم وجود دارد. شدت رابطه نیز از جدول فوق قابل مشاهده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش به طور قطعی نشان می‌دهد که توسعه موفق گردشگری سلامت در ایران مستلزم اتخاذ رویکردی سیستمی و یکپارچه است که در آن شش بعد «اثر بخشی بازاریابی دیجیتال»، «هزینه‌ها»، «سیاست‌ها و قوانین»، «زیر ساخت»، «شفافیت» و «فرهنگ» نه به صورت جزیره‌ای و مستقل، بلکه در تعامل و هم‌افزایی با یکدیگر عمل می‌کنند. مهم‌ترین دستاورد پژوهش، اثبات این واقعیت است که بازاریابی دیجیتال به تنهایی و بدون پشتیبانی سایر ابعاد، نمی‌تواند جذب پایدار گردشگر سلامت را محقق سازد؛ چراکه اثر بخشی آن مستقیماً به شفافیت اطلاعات و قیمت‌ها، کیفیت زیرساخت‌های فیزیکی و فناوریانه، سیاست‌های حمایتی و قوانین هماهنگ، مدیریت هوشمند هزینه‌ها و نیز حساسیت‌های فرهنگی و تعامل مثبت با جامعه محلی وابسته است. در مقابل، هرگونه سرمایه‌گذاری در زیر ساخت یا تدوین سیاست‌های پیشرفته، بدون بهره‌گیری از ظرفیت‌های بازاریابی دیجیتال هدفمند و اعتمادساز، به شکست در تبدیل آگاهی به اقدام (رزرو و سفر) منجر خواهد شد.

آزمون‌های آماری انجام‌شده وجود همبستگی‌های معنادار میان تمامی شش بعد را تأیید کرده است؛ به گونه‌ای که بهبود زیر ساخت اثر بخشی بازاریابی دیجیتال را تقویت می‌کند، شفافیت کارایی جذب را بالا می‌برد، فرهنگ پایدارکننده رضایت و پذیرش اجتماعی است، سیاست‌ها زمینه‌ساز اعتماد بین‌المللی می‌شوند و مدیریت هزینه‌ها بازدهی سرمایه‌گذاری را افزایش می‌دهد. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین آیت و شریفی (۲۰۲۴)، موسوی فرد و حسینی (۲۰۲۲)، پنتلی و همکاران (۲۰۲۱)، بیلدیز (۲۰۲۴) در مؤلفه‌های تکی همسویی دارد، اما تفاوت اصلی این پژوهش در یکپارچه‌سازی شش بعد در قالب یک مدل سیستمی و آزمون

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کاف فاضلی و همکاران

همبستگی میان آن‌هاست؛ درحالی‌که بیشتر پژوهش‌های قبلی عمدتاً بر عوامل موفقیت به‌صورت مجزا تمرکز داشته‌اند و برخلاف مطالعه دهقان و همکاران (۲۰۲۰) که به شرایط بحرانی پرداخته، این پژوهش بر تعامل پایدار میان ابعاد در شرایط عادی تأکید دارد.

بنابراین، مدل بومی ارائه‌شده با تأکید بر همبستگی‌های معنادار میان ابعاد شش‌گانه، یک چارچوب عملیاتی برای سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی فراهم می‌کند تا با تقویت هم‌زمان «بازاریابی دیجیتال»، «شفافیت» و «فرهنگ» در کنار «زیرساخت»، «قوانین» و «مدیریت هزینه»، بتوانند ضمن کاهش ریسک ادراک‌شده بیماران خارجی، افزایش نرخ تبدیل بازدیدکننده آنلاین به بیمار-گردشگر واقعی و بهبود جایگاه رقابتی ایران در سطح بین‌المللی، زمینه‌ساز توسعه پایدار و تاب‌آور گردشگری سلامت شوند. به عبارت دیگر، این پژوهش به روشنی نشان می‌دهد که موفقیت و پایداری گردشگری سلامت زمانی محتمل‌تر است که «زیرساخت و کیفیت خدمت» با «بازاریابی دیجیتال هدفمند و اعتمادساز» در یک منطق یکپارچه هم‌راستا شود و اقدامات توسعه‌ای نیز نه به‌صورت پراکنده، بلکه در قالب یک رویکرد راهبردی و متناسب با اقتضات بازارهای هدف طراحی گردد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بوده است. اولاً، مدل عمدتاً بر اساس دیدگاه خبرگان و ادبیات نظری طراحی شده و اگرچه آزمون‌های آماری همبستگی میان ابعاد را تأیید کرده، اما روابط علی و معلولی دقیق میان ابعاد (مثلاً اثر علی شفافیت بر اثربخشی بازاریابی دیجیتال) نیازمند پژوهش‌های تجربی با طرح‌های طولی یا آزمایشی است. ثانیاً، پژوهش به‌طور خاص بر بازارهای هدف بین‌المللی (بیماران خارجی) متمرکز بوده و تعمیم نتایج به گردشگری سلامت داخلی نیاز به احتیاط دارد. ثالثاً، به دلیل ماهیت مقطعی داده‌ها، امکان رصد تغییرات ابعاد در طول زمان (مثلاً تغییرات در سیاست‌ها یا فناوری‌های بازاریابی دیجیتال) وجود نداشته است. چهارم، برخی شاخص‌ها مانند «نرخ خروج از سایت» یا «نرخ تبدیل بازدیدکننده به رزرو» به داده‌های واقعی از پلتفرم‌های عملیاتی نیاز دارد که دسترسی به آن‌ها به دلیل محرمانه بودن اطلاعات تجاری محدود بود. پنجم، پژوهش عمدتاً از روش‌های کمی استفاده کرده و بینش‌های عمیق کیفی از تجربه زیسته بیماران خارجی در تعامل با مؤلفه‌های فرهنگی و شفافیت، به‌طور سیستماتیک گردآوری نشده است.

نوآوری اصلی این پژوهش در ارائه یک مدل بومی و یکپارچه از توسعه گردشگری سلامت است که برای اولین بار شش بعد اثربخشی بازاریابی دیجیتال، هزینه‌ها، سیاست‌ها و قوانین، زیرساخت، شفافیت و فرهنگ را در یک چارچوب سیستمی و با تأکید بر روابط هم‌افزای میان آن‌ها ترکیب کرده است. درحالی‌که بیشتر مدل‌های پیشین (چه در داخل و چه در سطح بین‌المللی) یا صرفاً بر بازاریابی متمرکز بوده‌اند یا صرفاً بر زیرساخت و سیاست‌گذاری، این پژوهش نشان می‌دهد که اثربخشی بازاریابی دیجیتال به‌طور مستقیم تحت تأثیر شفافیت و فرهنگ قرار دارد و هزینه‌ها نیز بدون سیاست‌های حمایتی نمی‌توانند به بازدهی مناسب برسند. همچنین، تعریف عملیاتی و ارائه شاخص‌های عینی برای هر بعد (مانند نرخ تبدیل، رصد نظرات کاربران، هزینه نرم‌افزارهای مدیریت مشتری، الزام به مجوزهای بین‌المللی و شاخص‌های فرهنگی مانند تقویت زبان‌های ارتباطی) از دیگر نوآوری‌های این پژوهش است که امکان سنجش و پایش هر بعد را برای سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی فراهم می‌کند. علاوه بر این، تأکید بر نقش تعدیل‌کننده فرهنگ و شفافیت در افزایش بازدهی سرمایه‌گذاری بازاریابی دیجیتال، دیدگاهی جدید و کاربردی در ادبیات گردشگری سلامت محسوب می‌شود.

در راستای توسعه دانش موجود و تکمیل یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از طرح‌های پژوهشی طولی برای بررسی روابط علی میان ابعاد مدل استفاده شود، به‌ویژه اثر متقابل شفافیت و فرهنگ بر نرخ تبدیل بازاریابی دیجیتال در بازه‌های زمانی حداقل دو تا سه ساله. چنین پژوهش‌هایی می‌تواند نشان دهد که آیا بهبود شفافیت قیمت‌ها به‌طور مستقیم منجر به افزایش نرخ رزرو آنلاین می‌شود یا این اثر با تأخیر زمانی و از طریق افزایش اعتبار برند مقصد ظاهر می‌شود. انجام پژوهش‌های تطبیقی و بین‌کشوری که مدل شش‌بعدی را در دو یا چند کشور با سطوح مختلف توسعه گردشگری سلامت (مانند ترکیه، تایلند،

مالزی و ایران) مقایسه کند. این پژوهش می‌تواند نشان دهد که وزن و اهمیت هر یک از شش بعد در بافتارهای نهادی، فرهنگی و اقتصادی متفاوت چگونه تغییر می‌کند و چه درس‌هایی برای سیاست‌گذاری در ایران قابل استخراج است. انجام پژوهش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) با تمرکز بر تجربه زیسته بیماران خارجی که از خدمات گردشگری سلامت ایران استفاده کرده‌اند، به‌ویژه می‌توان از روش نظریه زمینه‌ای برای کشف سازوکارهای روانشناختی و فرهنگی مؤثر بر ادراک شفافیت و اعتماد در مواجهه با بازاریابی دیجیتال استفاده کرد.

در راستای پژوهش، پیشنهادهای کاربردی و عملیاتی زیر ارائه می‌شود:

وزارت بهداشت و سازمان گردشگری باید یک سامانه ملی یکپارچه برای رصد نظرات و امتیازدهی کاربران در پلتفرم‌های بین‌المللی (مانند Google Maps، Trustpilot و شبکه‌های اجتماعی) راه‌اندازی کنند و به صورت هفتگی گزارش «شاخص شفافیت و رضایت» را برای مراکز درمانی منتشر نمایند. همچنین مراکز درمانی ملزم شوند که قیمت بسته‌های درمانی را به صورت واضح و قابل مقایسه در وبسایت خود منتشر کرده و فرآیند رزرو و پرداخت آنلاین را به همراه گارانتی بازگشت وجه شفاف سازی کنند.

دولت باید صندوق توسعه گردشگری سلامت را با مشارکت بخش خصوصی ایجاد کند که وظیفه آن تأمین سرمایه‌گذاری اولیه برای تبلیغات دیجیتال هدفمند در بازارهای اولویت‌دار (مانند کشورهای عربی، آسیای میانه و کشورهای همسایه) و نیز یارانه‌دهی به هزینه‌های طراحی و بهینه‌سازی وبسایت و سامانه‌های رزرو مراکز درمانی کوچک و متوسط است. همچنین معافیت‌های مالیاتی برای مراکزی که استانداردهای بین‌المللی (مانند JCI) را کسب کرده‌اند، در نظر گرفته شود.

شهرداری‌های کلانشهرهای دارای قطب‌های درمانی (تهران، شیراز، اصفهان، مشهد) باید اقامتگاه‌های ویژه بیماران خارجی را با استانداردهای دسترسی به مراکز درمانی، مترجم حرفه‌ای و خدمات غذایی متناسب با نیازهای فرهنگی و مذهبی طراحی کنند. همچنین دوره‌های آموزش حساسیت بین‌فرهنگی و زبان‌های خارجی (به ویژه عربی، روسی و انگلیسی) برای کادر درمان، پذیرش هتل‌ها و رانندگان تاکسی الزامی شود و گواهی آن به عنوان یکی از مجوزهای فعالیت در حوزه گردشگری سلامت در نظر گرفته شود.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در فرایند نگارش مقاله از هیچ هوش مصنوعی استفاده نکرده‌اند.

حامی مالی

ندارد

سهام نویسندگان در پژوهش

سهام نویسندگان برابر است.

تضاد منافع

ندارد

سپاسگزاری

طراحی و تبیین مدل توسعه گردشگری سلامت با تأکید بر بازاریابی دیجیتال / کج فاضلی و همکاران

بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از تمامی حامیان مادی و معنوی این پژوهش که همانا اساتید بزرگوار و خانواده مهربانم هستند، ابراز می‌دارم. حمایت‌ها و همراهی‌های ارزشمند ایشان، نقش مؤثری در پیشبرد اهداف تحقیق و دستیابی به نتایج آن داشته است.

References

- Abolhasani, F., Zangiabadi, A., & Jabbari, A. R. (2024). Identifying key drivers affecting the development of medical tourism (Case study: Isfahan metropolitan area). *Quarterly Journal of Tourism Management Studies*, 19(66), 67–106. **[in Persian]**
doi: 10.22054/tms.2024.77140.2901
- Alatawy, S (2022). The Role Social Media Marketing Plays in Customers' Purchase Decisions in the Context of the Fashion Industry in Saudi Arabia, *International Journal of Business and Management*, 17(1). 117-129.
<https://ccsenet.org/journal/index.php/ijbm/article/view/0/46481>
- Amin Bidokhti, A. A., & Nazari, M. (2009). The role of marketing in the development of the tourism industry. *Perspectives of Business Management (Management Perspectives)*, 9(32), 49–68. **[in Persian]**
<https://sid.ir/paper/455773/fa>
- Anabestani, H. N., & Safarian. (2016). Developing a strategic plan for medical tourism with emphasis on religious tourism in Mashhad. *Geographical Research*, 31(2), 101–114. **[in Persian]**
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1174494/>
- Aref, F. (2011). The effects of tourism on quality of life: A case study of Shiraz, Iran. *Life Science Journal*, 8(2), 26-30.
https://www.researchgate.net/publication/266284194_The_Effects_of_Tourism_on_Quality_of_Life_A_Case_Study_of_Shiraz_Iran
- Asadi, M., Basouli, M., & Rasekhi, M. S. (2020). Analysis of healthcare tourism infrastructures with a cognitive mapping approach. *Journal of Tourism Management Studies*, 15(50), 212–222. **[in Persian]**
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1679466/>
- Ayt, M., & Sharifi, M. (2024). Identification and evaluation of strategic factors affecting the development of health tourism. *Quarterly Journal of Strategic Management Studies*, 15(59). 129-149. **[in Persian]**
<https://civilica.com/doc/2095990/>
- Dehqan, R., Rashaditjo, H., Talebi, K., & Dargahi, H. (2020). Strategic analysis of Iran's health tourism industry during the pandemic. *Payavard Health*, 14(6), 519–534. **[in Persian]**
<http://payavard.tums.ac.ir/article-1-7051-fa.html>
- Dwivedi, Ismagilova, E., Hughes, D. L., Carlson, J., Filieri, R., Jacobson, J., & Wang, Y. (2021). Setting the future of digital and social media marketing research: Perspectives and research propositions. *International Journal of Information Management*, 59, 102168.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401220308082>
- Fakoor Arya, J., Jalali, S. M., & Taheri Kia Firz. (2025). Designing and validating an experiential marketing model in Iran's health tourism industry. *Management, Education and Development in the Digital Era*, 2(1), 291–309. **[in Persian]**
<https://www.sid.ir/paper/1538206/fa>
- Hadizadeh Moghadam, Z., Zahiānnejād, Qanbarzadeh Miandehi, F., & Sina. (2013). A model of factors affecting the motivation of medical tourists to enter Iran. *Perspectives of Business Management*, 12(16), 49–66. **[in Persian]**
https://jbmp.sbu.ac.ir/article_95247.html
- Halkiopoulous, C., Dimou, E., Kompothrekas, A., Telonis, G., Boutsinas, B. (2021). The E-Tour Facilitator Platform Supporting an Innovative Health Tourism Marketing Strategy. In: Katsoni, V., van Zyl, C. (eds) *Culture and Tourism in a Smart, Globalized, and Sustainable World*. Springer Proceedings in Business and Economics. Springer, Cham.
https://www.researchgate.net/publication/352635098_The_E-Tour_Facilitator_Platform_Supporting_an_Innovative_Health_Tourism_Marketing_Strategy

- Khosravi Laghab, Z., Siavashi, R., & Basir, L. (2022). Investigating the effect of digital marketing on consumer buying behavior (Case study: customers of Digikala online store). *New Marketing Research*, 12(2), 21–42. **[in Persian]**
doi: 10.22108/nmrj.2022.132236.2635
- Kurobi, M., Mahmoudzadeh, S. M., & Jazayeri, R. (2020). The role of e-tourism in the development of medical tourism in Mashhad. *Social Welfare and Development Planning*, 12(42), 235–272. **[in Persian]**
- Madhoushi, M., & Naserpour, N. (2004). Evaluating barriers to the development of the tourism industry in Lorestan Province. *Business Research Journal*, 7(28), 25–58. **[in Persian]**
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/114880/>
- Mousavi Fard, S., & Hasani, S. (2022). The effect of digital marketing on brand loyalty with the mediating role of product innovation (Case study: Manizan Kermanshah dairy products company). *Business Management*, 14(55), 75–94. **[in Persian]**
<https://www.noormags.ir/view/en/articlepage/1909289/text/>
- Mozaffari, J., Pourmohammadi, M., & Ezzatpanah, B. (2020). Feasibility study of health tourism in Tabriz metropolitan area. *Journal of Geography (Regional Planning)*, 10(2), 897–916. **[in Persian]**
https://www.jgeoqeshm.ir/article_109473.html
- Oltean, F. D., Gabor, M. R., Stăncioiu, A. F., Kardos, M., Kiss, M., & Marinescu, R. C. (2020). Aspects of marketing in dental tourism—factor of sustainable development in Romania. *Sustainability*, 12(10), 4320.
<https://www.mdpi.com/2071-1050/12/10/432>
- Panteli, A., Kompothrekas, A., Halkiopoulou, C., Boutsinas, B. (2021). An Innovative Recommender System for Health Tourism in a Smart Digitalized World, *International Journal of Cultural and Digital Tourism*, 8(Special Issue), 33–43.
https://www.researchgate.net/publication/352594134_An_Innovative_Recommender_System_for_Health_Tourism
- Shoqi, B., Karimi, M. (2024). Fundamentals of statistics and research methods with a dissertation-writing approach. Tehran: Monzomeh Kherad-Pazhouhan Publications. **[in Persian]**
- Swallehe, O. (2020). Adoption of Digital Marketing Initiatives and SMEs Performance in Tanzania: Technological Innovation Theory.
https://www.researchgate.net/publication/346758471_Adoption_of_Digital_Marketing_Initiatives_and_SMEs_Performance_in_Tanzania_Technological_Innovation_Theory
- Wong, B.K.M. and Sa'aid Hazley, S.A. (2021), The future of health tourism in the industrial revolution 4.0 era, *Journal of Tourism Futures*, 7(2), 267–272.
<https://www.emerald.com/jtf/article/7/2/267/253981/The-future-of-health-tourism-in-the-industrial>
- Yıldız, N. (2024). Turizm Öğrencileri Bakış Açısıyla Güncel Sağlık Turizmi Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 69–86.
<https://dergipark.org.tr/pub/saktad/article/1400309>
- Zekavati, F., Andravaj, L., & Zarinjui, S. (2023). Designing a marketing model for health tourism in health villages. *Health Education and Health Promotion*, 11(1), 81–93. **[in Persian]**
<https://journal.ihepsa.ir/article-1-2137-fa.html>