

Innovative Human-to-Human Marketing in the Service-Oriented Ecosystem of Health Tourism

Ali Pourang¹ | Meysam shirkhodaie² ✉ | Mahmood Yahyazadehfar³ | Mohsen Alizadehsani⁴ | Masoomeh Tavangar⁵

1. PhD student of the field Bussines/Marketing Mngement. Faculty of Economics and Administrative Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. E-mail: A.pourang@stu.umz.ac.ir.
2. Associate Professor/ Department of the field Bussines Mngement, Faculty of Economics and Administrative Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. (Corresponding Author). E-mail: shirkhodaie@umz.ac.ir.
3. Professor, Department of the field Bussines Mngement. Faculty of Economics and Administrative Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. E-mail: m.yahyazadeh@umz.ac.ir
4. Associate Professor, Department of the field Bussines Mngement, Faculty of Economics and Administrative Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. E-mail: alizadehsani@umz.ac.ir
5. Assistant Professor of Tourism Management and Planning Department, University Jihad Tourism Research Institute of Mashhad , Iran. E-mail: tavangar@acecr.ac.ir

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 18 December 2024

revised form: 10 January 2025

Accepted: 9 June 2025

Published online: 22 June 2025

Keywords:

Human-to-Human Marketing, Health Tourism, Integrated Marketing Model, Institutional Mapping

This study aims to propose a comprehensive marketing model for health tourism and its institutional mapping, utilizing the novel human-to-human (H2H) marketing paradigm. It examines the current institutional landscape, identifies gaps, and provides recommendations for improvement. The research was conducted in two phases: theoretical and descriptive, employing qualitative methods for data collection and analysis. Initially, the H2H marketing model proposed by Kotler et al. (2021) was subjected to qualitative content analysis to develop a preliminary framework for designing an interview protocol to gather empirical data. In the field phase, data were collected through semi-structured interviews with 11 experts in commerce, tourism, and health tourism-related services. Sampling was theoretical, using a snowball approach, with sample size determined by theoretical saturation. Data were analyzed using the emergent grounded theory method (Glaser), resulting in an empirical H2H marketing model for health tourism. For institutional mapping, data were gathered via library research and field methods (questionnaires). Through content analysis of resources and questionnaires distributed among eight experts, researchers identified stakeholders aligned with the functions of the comprehensive model and reported the current institutional mapping. The study developed a comprehensive H2H marketing model for health tourism, identified relevant stakeholders for the system's functions, and highlighted institutional gaps. The findings reveal institutional deficiencies in areas such as coordination and integration, dispute resolution, distributive justice regulations, sustainable development policies, futures studies, innovation, and the design of a comprehensive marketing system for the industry. By proposing an integrated and innovative framework, the researchers address these gaps and offer practical recommendations for their resolution.

Cite this article: Pourang, A., Shirkhodaie, M., Yahyazadehfar, M., Alizadehsani, M., & Tavangar, M. (2025). Innovative Human-to-Human Marketing in the Service-Oriented Ecosystem of Health Tourism. *Journal of Innovation Economic Ecosystem Studies*, 5 (2), 83-120. <http://doi.org/10.22111/innoeco.2025.50912.1153>



© The Author(s).

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

بازاریابی نوآورانه انسان به انسان در زیست بوم اقتصاد خدمت محور گردشگری سلامت

علی پورنگ^۱ | میثم شیرخدایی^۲ | محمود یحیی زاده فر^۳ | محسن علیزاده ثانی^۴ | معصومه توانگر^۵

۱. دانشجوی دکتری رشته مدیریت بازرگانی، بازاریابی، دانشکده علوم اقتصادی و اداری دانشگاه مازندران شهر بابلسر، ایران. رایانامه:

A.pourang@stu.umz.ac.ir

۲. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم اقتصادی و اداری دانشگاه مازندران شهر بابلسر، ایران، (نویسنده مسئول). رایانامه:

shirkhodaie@umz.ac.ir

۳. استاد گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم اقتصادی و اداری دانشگاه مازندران شهر بابلسر، ایران. رایانامه: m.yahyazadeh@umz.ac.ir

۴. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم اقتصادی و اداری دانشگاه مازندران شهر بابلسر، ایران. رایانامه: alizadehsani@umz.ac.ir

۵. استادیار گروه مدیریت و برنامه ریزی گردشگری، پژوهشکده گردشگری جهاد دانشگاهی شهر مشهد، ایران. رایانامه: tavangar@acecr.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف پژوهش حاضر، ارائه الگوی جامع بازاریابی گردشگری سلامت و نگاشت نهادی آن با استفاده از پارادایم نوین انسان به انسان است. در این راستا ضمن بررسی وضعیت موجود نهادی، خلاءهای آن شناسایی و پیشنهادهایی برای بهبود شرایط ارائه گردید. این پژوهش در دو بخش نظری و توصیفی انجام شده و از روش‌های کیفی برای گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده کرده است. در بخش اول الگوی بازاریابی انسان به انسان ارائه شده توسط کاتلر و همکاران (۲۰۲۱) تحلیل محتوای کیفی شده و چارچوبی اولیه برای طراحی پروتکل مصاحبه به منظور جمع‌آوری داده‌های تجربی حاصل گردید. در مرحله میدانی، اطلاعات از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ تن از خبرگان و متخصصان حوزه‌های بازرگانی، گردشگری و خدمات مرتبط با گردشگری سلامت جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به صورت نظری و با روش گلوله‌برفی انجام گرفت و حجم نمونه بر مبنای منطق اشباع نظری تعیین شد. داده‌ها با استفاده از روش داده‌بنیاد ظاهرشونده (گلیزری) تجزیه و تحلیل شد و الگوی تجربی بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت حاصل گردید. در مرحله نگاشت نهادی نیز داده‌ها به دو روش کتابخانه‌ای و میدانی (توسط پرسشنامه) جمع‌آوری شد. پژوهشگران با تحلیل محتوای منابع و پرسشنامه‌های توزیع شده میان ۸ خبره، بازیگران متناسب با کارکردهای الگوی جامع را شناسایی و نگاشت نهادی وضع موجود را گزارش نمودند. پژوهشگران ضمن ارائه الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت، بازیگران متناسب با کارکردهای نظام جامع را شناسایی و خلاءهای نهادی را یافته و گزارش نمودند. نتایج نشان‌دهنده خلاءهای نهادی در حوزه‌هایی مانند هماهنگی و یکپارچه‌سازی، داوری اختلافات، قوانین عدالت توزیعی، سند توسعه پایدار، آینده‌پژوهی، نوآوری، و طراحی نظام جامع بازاریابی این صنعت را شامل می‌شود. پژوهشگران با ارائه چارچوبی یکپارچه و نوآورانه، به شناسایی این خلاءها و رفع آن‌ها از طریق پیشنهادات کاربردی پرداخته‌اند.

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۲۸ آذر ۱۴۰۳

تاریخ ویرایش: ۲۱ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۹ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱ تیر ۱۴۰۴

واژه‌های کلیدی:

بازاریابی انسان به انسان، گردشگری سلامت، الگوی یکپارچه بازاریابی، نگاشت نهادی.

استناد: پورنگ، علی؛ شیرخدایی، میثم؛ یحیی‌زاده‌فر، محمود؛ علیزاده ثانی، محسن و توانگر، معصومه. (۱۴۰۴). بازاریابی نوآورانه انسان به انسان در

زیست بوم اقتصاد خدمت محور گردشگری سلامت. *مطالعات زیست بوم اقتصاد نوآوری*، ۵ (۲)، ۸۳-۱۲۰.

<http://doi.org/10.22111/innoece.2025.50912.1153>



۱- مقدمه

صنعت گردشگری به عنوان یکی از محورهای اصلی اقتصاد جهانی، نقش برجسته‌ای در تولید ناخالص داخلی جهانی^۱، ایجاد فرصت‌های شغلی و تحریک رشد اقتصادی ایفا می‌کند. بر اساس آمار منتشر شده توسط سازمان جهانی گردشگری، صنعت گردشگری در سال ۲۰۲۳ حدود ۱۰/۴ درصد از تولید ناخالص جهان را تشکیل داده است که معادل ۹/۶ تریلیون دلار است. همچنین، صادرات حاصل از این صنعت به رقمی بالغ بر ۱/۵ تریلیون دلار رسیده و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۵ به سطح پیش از بحران کووید-۱۹ بازگردد (سازمان جهانی گردشگری^۲، ۲۰۲۴). از نظر اشتغال، از هر ۱۱ شغل ایجاد شده در سطح جهان، یک شغل بصورت مستقیم یا غیرمستقیم با صنعت گردشگری مرتبط است. بر اساس پیش‌بینی‌های این سازمان، با رشد سالانه ۳ تا ۴ درصدی، تعداد گردشگران بین‌المللی تا سال ۲۰۳۰ به ۱.۸ میلیارد نفر خواهد رسید (سازمان جهانی گردشگری، ۲۰۲۰). این آمارها نه تنها اهمیت اقتصادی صنعت گردشگری را نشان می‌دهد، بلکه ضرورت سرمایه‌گذاری استراتژیک در این حوزه را نیز تأکید می‌کند.

در میان زیربخش‌های مختلف این صنعت، گردشگری سلامت به عنوان یکی از پویاترین و سریع‌ترین بخش‌های در حال رشد شناخته می‌شود. این حوزه، که شامل سفرهایی برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و سلامتی است (فیگوردو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴)، در دهه‌های اخیر رشد قابل توجهی داشته است (کیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ قوش و ماندال^۴، ۲۰۱۹؛ اولتین^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). تعداد گردشگرانی که به دلایل پزشکی و سلامت از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه سفر می‌کنند، رو به افزایش است (اسمیت^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). عوامل متعددی مانند هزینه‌های بالای درمان در کشورهای توسعه‌یافته، لیست‌های انتظار طولانی، دسترسی به فناوری‌های پیشرفته در کشورهای در حال توسعه، نرخ ارز مطلوب، و توسعه اینترنت و شرکت‌های تسهیل‌گر، به افزایش جذب گردشگران سلامت در کشورهای در حال توسعه منجر شده است (بویوکوزکان^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سوتین^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). ارزش بازار گردشگری سلامت در خاورمیانه از ۱.۲۴ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۶ به ۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۹ رسیده و این منطقه به یکی از جذاب‌ترین مقاصد جهانی برای گردشگران سلامت تبدیل شده است (پارک^۹ و همکاران، ۲۰۱۹).

توسعه گردشگری سلامت می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اشتغال و کارآفرینی، ایجاد درآمد و نیز توسعه اجتماعی اقتصادی در مقصد گردشگری ایفا نماید (ریدراستات^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ راماناوسکاس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ خووا^{۱۲}،

¹ GDP

² UNWTO

³ Figueiredo

⁴ Ghosh & Mandal

⁵ Oltean

⁶ Smith

⁷ Büyüközkan

⁸ Suthin

⁹ Park

¹⁰ Ridderstaat

¹¹ Ramanauskas

¹² Khoa

۲۰۲۰). بررسی عملکرد کشورهای موفق در زمینه جذب گردشگران سلامت نشان می‌دهد که توسعه زیرساخت‌ها (سهولت ارائه خدمات روادید، فرهنگ‌سازی، تدوین و نظارت بر حسن اجرای قوانین، توسعه هتلینگ، توسعه مراکز تسهیل‌گر و ارائه‌دهنده خدمات سلامت و...) و بهره‌گیری از استراتژی‌های مناسب و موثر بازاریابی و برنامه‌های بازاریابی گردشگری سلامت در جهت ایجاد تصویری مثبت و ذهنیت مطلوب از مقاصد گردشگری در اذهان گردشگران بالقوه، عامل اساسی در کسب مزیت رقابتی آنها بوده است (هاسمان^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). به منظور توسعه خط‌مشی و سیاست‌گذاری در جهت ایجاد برند مقصد، بایستی علاوه بر بکارگیری آخرین روش‌های بازاریابی در مدیریت برند مقصد به رصد ارزش‌ها و نفوذ ذینفعان و بازیگرانی که آن را بسط و توسعه می‌دهند نیز تمرکز نمود (کلاین^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجایی که موفقیت این صنعت در فرآیند برندسازی و بازاریابی وابسته به هماهنگی و نقش‌آفرینی نهادهای مختلف است و هرگونه نقص در عملکرد یک نهاد، کل شبکه ارزش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیوتسو و گلداسمیت، ۱۴۰۰) مشارکت تمامی ذی‌نفعان و بازیگران در فرآیند برندسازی و بازاریابی، فعالیت اساسی و کلیدی محسوب می‌گردد (کالستروم و ریپول گونزالس^۳، ۲۰۲۴). با توجه به تنوع و تعدد نهادهای مؤثر در فرآیند بازاریابی گردشگری سلامت و گستره مسئولیت‌ها و اختیارات آنها، همراه با پراکندگی جغرافیایی و تفاوت در سطح تأثیرگذاری این نهادها، ضرورت طراحی و تدوین یک الگوی جامع بازاریابی مبتنی بر آخرین یافته‌های علم بازاریابی برای این صنعت و همچنین بررسی و آسیب‌شناسی نهادی آن آشکار می‌شود.

با وجود این، بررسی پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات در حوزه بازاریابی گردشگری سلامت به بررسی تأثیر متغیرهای مختلف بازاریابی بر پیامدها، ارائه الگوهای فرآیندی، توسعه استراتژی‌های بازاریابی و همچنین ارائه بسته آمیخته بازاریابی متنوع برای گردشگری سلامت و پزشکی پرداخته‌اند (زکوتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ باقری و همکاران، ۱۴۰۲؛ حسن‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰؛ ملک‌اخلاق، ۱۳۹۵؛ وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۲؛ امید و همکاران، ۲۰۲۱؛ پومرینگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ری^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ صابری و همکاران، ۱۴۰۲؛ لطفی‌آشتیانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۱) و الگوی جامع بازاریابی در این صنعت مغفول واقع گردیده است. الگویی که علاوه بر بهره‌مندی از آخرین یافته‌های علم بازاریابی، نگاهی همه‌جانبه به زیست‌بوم اقتصاد خدمت‌محور گردشگری سلامت داشته و بازاریابی را به شکل فرآیندی منسجم و پایدار برای توسعه اعتماد و تصویر برند مقصد صورت‌بندی نماید.

به منظور تامین مبنای علمی نوین در تدوین ساختار یکپارچه برای فعالیت‌های بازاریابی این صنعت نسل پنجم فلسفه بازاریابی در قالب پارادایمی نوین که بازاریابی انسان به انسان^۷ لقب گرفته، در نظر گرفته شد. بازاریابی انسان به انسان، با بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال پیشرفته و تأکید بر انسان‌محوری و مشارکت مشتری در فرآیند طراحی و ارائه

¹ Hausmann

² Kljin

³ Källström & Ripoll González

⁴ Wang

⁵ Pomeroy

⁶ Cox & Wray

⁷ H2H Marketing

ارزش پیشنهادی در چارچوب اقتصاد خدمت‌محور، قادر است بستری جامع و نظام‌مند برای اجرای فعالیت‌های بازاریابی سیستماتیک در حوزه گردشگری سلامت فراهم آورد. اتخاذ رویکرد الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان، علاوه بر ارائه نگاهی تکاملی به مفهوم بازاریابی و الگوی توسعه آن، بر کل‌نگری، دیدگاه چندسطحی و نظام‌مند تأکید دارد و بر وابستگی متقابل اقدامات بازیگران اکوسیستم گردشگری سلامت و نقش محوری نهادها در موفقیت فعالیت‌های بازاریابی این صنعت تأکید می‌کند. این رویکرد به پژوهشگران کمک می‌کند تا روابط بین نهادها را تحلیل، عملکرد هر یک از بازیگران را ارزیابی، و گسست‌ها را شناسایی کنند و در نهایت راهبردهایی برای ارتقا و توسعه فعالیت‌های بازاریابی این صنعت ارائه دهند.

محققان برآنند تا با بکارگیری پارادایم بازاریابی انسان به انسان در قالب آخرین یافته‌های علم بازاریابی، به تدوین ساختاری منسجم و یکپارچه و مترقی برای عملکرد مطلوب بازیگران و نهادهای متولی در فعالیت‌های بازاریابی این صنعت و ایجاد شفافیت در شناسایی نهادها و روابط میان آنها بپردازند. بنابراین هدف از این پژوهش، تبیین الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت و بررسی وضعیت نهادی آن است. این پژوهش با ارائه چارچوبی نوین و کاربردی، به مدیران، سیاست‌گذاران و پژوهشگران کمک می‌کند تا با استقرار بهینه فرآیند بازاریابی انسان به انسان، به بهبود ترتیبات نهادی و ارتقای سطح عملکرد این صنعت بپردازند.

۲- مبانی نظری و پیشینه تحقیق

بازاریابی انسان به انسان

بازاریابی انسان به انسان به عنوان یک پارادایم نوین در بازاریابی، با هدف غلبه بر بحران اعتماد کنونی در شرکت‌ها و نهادها، توسط فیلیپ کاتلر و همکارانش توسعه یافته و با تغییر از تمرکز صرف بر سهام‌داران به رویکردی ذی‌نفع‌محور، شرکت‌ها را به سوی کسب مزیت رقابتی از طریق پایداری و تعامل انسانی سوق می‌دهد. این پارادایم با بهره‌گیری از دیجیتال‌سازی، رفتار مشتریان را تحلیل کرده و تجربه‌ای یکپارچه در تمامی نقاط تماس ارائه می‌دهد. فعال‌سازی برند، به عنوان تکاملی از مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها، اعتماد را تقویت کرده و برند را به یک خدمت برای تقویت هویت و ارتباطات اجتماعی مشتریان تبدیل می‌کند. این نسل بازاریابی، با ادغام ذهنیت انسان‌محور و ابزارهای نوین، به شرکت‌ها امکان می‌دهد تا به‌عنوان عاملی برای تغییر مثبت، به چالش‌های جهانی مانند پایداری پاسخ دهند و جایگاه بازاریابی را به‌عنوان نیرویی برای خیر عمومی ارتقا دهند (کاتلر^۱ و همکاران، ۲۰۲۴).

بازاریابی انسان به انسان از دو لایه اصلی تشکیل شده است. لایه اول، چارچوب مفهومی مدل را ارائه می‌دهد و شامل سه مفهوم کلیدی است: تفکر طراحی، منطق خدمت‌محوری، و دیجیتال‌سازی شدن. تفکر طراحی به درک اهمیت انسان و دیدگاه‌های عمیق مشتریان کمک می‌کند و بازاریابی را به‌عنوان یک فرآیند نوآورانه و تکرارشونده معرفی می‌سازد. منطق خدمت‌محوری نیز بر ایجاد ساختار نظری بازاریابی انسانی از طریق یکپارچگی بخش‌های مختلف تأکید دارد و

^۱ Kotler

بر هم‌افزایی ارزش در اکوسیستم‌های مبتنی بر همکاری تأکید می‌کند. دیجیتالی شدن نیز امکانات و فرصت‌های جدیدی برای بازاریاب‌ها و مشتریان ایجاد می‌کند و به‌عنوان یک عامل توانمندساز در تعاملات و مبادلات بازاریابی ایفای نقش می‌کند (صنایعی و همکاران، ۱۴۰۰).

دومین لایه مدل، «تفکر مفهومی در بازاریابی» را پیاده‌سازی می‌کند و خود از سه بخش اصلی تشکیل شده است. ذهنیت انسان به انسان (نگرشی)، مدیریت انسان به انسان (راهبردی) و فرآیند انسان به انسان (عملیاتی). ذهنیت انسان به انسان با ویژگی‌هایی چون انسان‌محوری، جهت‌گیری خدماتی، چابکی و همدلی، بستری برای پیاده‌سازی بازاریابی انسانی فراهم می‌کند. مدیریت انسان به انسان بر مدیریت اعتماد (از طریق فعال‌سازی برند، مدیریت تجربه مشتری و مدیریت شهرت) و مدیریت برند (با رویکرد هویت‌محور و هم‌آفرینی معنا با مشتریان) تمرکز دارد. فرآیند انسان به انسان، با رویکردی تکرارشونده و انعطاف‌پذیر، از شناسایی مشکلات انسانی آغاز شده و با توسعه ارزش پیشنهادی، بازاریابی محتوا و یکپارچگی همه‌کاناله به خلق تجربه‌ای یکپارچه برای مشتری می‌انجامد. این مدل، با تأکید بر هم‌آفرینی ارزش و توجه به ذی‌نفعان، بازاریابی را به ابزاری برای حل مسائل اجتماعی و پایداری تبدیل می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۲۳).

بخش اول به ساختار نگرشی انسان به انسان اختصاص دارد که به‌عنوان پیش‌نیازی برای اجرای موفق بازاریابی انسان به انسان محسوب می‌شود. بخش دوم شامل مدیریت انسان به انسان است که امکان برنامه‌ریزی استراتژیک، هماهنگی و کنترل فرآیندهای بازاریابی انسان به انسان را فراهم می‌آورد. در نهایت، سومین بخش از این لایه به اجرای فرآیندهای انسان به انسان اختصاص دارد که به عملیاتی‌سازی این الگوی بازاریابی کمک می‌کند (کاتلر و همکاران، ۲۰۲۱).

شکل ۱. مدل بازاریابی انسان به انسان



منبع: (کاتلر و همکاران، ۲۰۲۱)

منطق حاکمیت خدمت بر اکوسیستم خدماتی تأکید دارد که به‌عنوان سیستمی خودتنظیم، خودبسنده و یکپارچه‌کننده منابع بازیگران تعریف می‌شود. در اقتصاد خدمت‌محور که تمرکز بر مشتری و رفع نیاز اوست، ارزش‌آفرینی مشترک از طریق نهادهای ایجاد شده از سوی بازیگران و ترتیبات نهادی هماهنگ می‌گردد (وارگو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). اکوسیستم‌های خدماتی به قواعد مشترک نیاز دارند تا فعالیت‌های میان بازیگران را هماهنگ کنند. نهادها و ترتیبات نهادی نقش کلیدی در درک این دیدگاه دارند. بازیگران اکوسیستم خدماتی ارتباطات ضعیفی دارند و باید به‌طور مداوم دیگران را برای مشارکت در مبادله خدمات دعوت کنند، که این کار از طریق پیشنهادات ارزش معقول انجام می‌شود. نهادها در منطق حاکمیت خدمت شامل قواعد، هنجارها و باورهای اجتماعی هستند که فعالیت‌ها را پویا یا محدود می‌کنند. نورث^۲ این نهادها را «قواعد بازی» می‌نامد. ترتیبات نهادی مجموعه‌ای از نهادهای به هم پیوسته‌اند که برای مدیریت رفتارهای غیرمنطقی ضروری هستند. نهادها به بازیگران کمک می‌کنند تا تصمیمات منطقی‌تری بگیرند. شرکت‌ها و بازاریابان باید ویژگی‌های اکوسیستم‌های خدماتی و منظر نهادی آن‌ها را شناسایی کنند. میزان انطباق‌پذیری هنجارها و اصول حاکم در محیط اکوسیستم بسته به بافت فرهنگی و جغرافیایی متفاوت است و تأثیر زیادی بر فرایندهای خلق ارزش و الگوهای بازاریابی دارد (کاتلر و همکاران، ۲۰۲۱).

گردشگری سلامت

از نظر سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت شامل استفاده از خدماتی است که منجر به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد است. گردشگری سلامت شامل افراد و گروه‌هایی است که برای استفاده از تغییرات آب و هوا (با هدف پزشکی و درمان)، استفاده از آب‌های معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۹). گردشگری سلامت به منظور حفظ، بهبود و دستیابی به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد که شامل گردشگری صحت، گردشگری پزشکی و گردشگری پیشگیرانه می‌باشد (ثانوی گروسیان و همکاران، ۱۳۹۸).

گردشگری صحت (درمانی): سفر به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (مانند آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند. در این گونه از گردشگری بیمار به منظور درمان اختلال خاص جسمی مانند بیماری‌های پوستی و مشکلات مفصلی، رماتیسم یا بیماری‌های تنفسی یا برای تمدد اعصاب و تفریح، به منابع درمانی طبیعی مانند چشمه‌های معدنی، دریاچه نمک، گل، شن رادیواکتیو، حمام گیاهی، خورشید و آب و هوای خاص و نظایر آن برای یک دوره زمانی مشخص سفر می‌کند (واعظی و همکاران، ۱۳۹۷).

¹ Vargo

² North

گردشگری پزشکی: سفر به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام گونه‌ای از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند. بیمار در این گونه از گردشگری ممکن است پس از درمان نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی (صحت) مانند اسپاها باشد (عربشاهی، ۱۳۹۲).

گردشگری پیشگیرانه (تندرستی): این گونه از گردشگری سلامت شامل سفر به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپاها) به منظور رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و بازیابی توان بدون مداخله و نظارت پزشکی در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد می‌شود. گردشگری تندرستی با هدف بهبود تندرستی و سلامت با استفاده از فعالیت‌های فیزیکی، روانشناسانه یا روحی روانی انجام می‌گردد (دایمون^۱، ۲۰۱۳).

مطالعات متعددی به بررسی ابعاد مختلف بازاریابی در صنعت گردشگری پرداخته‌اند که می‌توان آنها را در چند محور اصلی دسته‌بندی نمود:

در حوزه بازاریابی سبز، مطالعات انجام شده محدود به ارائه مدلی محدود در همین حوزه هستند مانند اگوستینا و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه مقصد لیننگار سلورجو موانع اصلی اجرای بازاریابی سبز را شامل عدم آگاهی، هزینه‌های بالا و نبود حمایت دولتی شناسایی کردند. پومرینگ و همکاران در سلسله مطالعات (۲۰۱۱، ۲۰۱۷، ۲۰۱۸) با توسعه مدل‌های آمیخته بازاریابی پایدار، چارچوبی ۱۰ عنصری ارائه دادند که ابعاد اقتصادی، محیطی و اجتماعی-فرهنگی را پوشش می‌داد. جمروزی^۲ (۲۰۰۷) نیز با رویکردی سیستمی، مدل سه‌بعدی پایداری را پیشنهاد کرد که برخلاف رویکردهای سودمحور سنتی، کیفیت زندگی ذینفعان را محور قرار می‌داد.

در زمینه بازاریابی و توسعه گردشگری نیز مطالعات انجام شده به صورتی محدود به ارائه الگوی پارادایمیک یا تاثیر متغیرهای مختلف بر یکدیگر پرداخته‌اند، از آن جمله زمان‌پور و همکاران (۲۰۲۳) به تبیین الگوی استفاده از بازاریابی تجربی در ساخت رویاهای گردشگری پرداختند. جامعه پژوهش را گردشگرانی که طی سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۲۱ از استان خوزستان بازدید کرده بودند تشکیل می‌داد. وانگ و همکاران (۲۰۲۲) بر ویژگی‌های منحصر به فرد رسانه‌های جدید از جمله شخصی‌سازی و افزایش قدرت انتخاب مخاطب تأکید کردند. اسدی و همکاران (۱۴۰۰) مدل فرآیندی بازاریابی گردشگری تهران را در ۱۲ مقوله اصلی طراحی کردند. پیاهور و همکاران (۱۳۹۹) با ارائه مدل آمیخته ۱۲ عنصری، بر نقش سیاست، امنیت، و پایداری در توسعه گردشگری تأکید کردند.

مطالعات حوزه گردشگری سلامت نیز بر ارائه الگوی پارادایمیک یا شناسایی عوامل موثر بر جذب گردشگران و تاثیر متغیرهای مختلف بر یکدیگر پرداخته‌اند. از آن جمله امیدی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان ارائه مدل قابلیت بازاریابی چابک برای توسعه صنعت گردشگری سلامت، که با استفاده از تئوری داده‌بنیاد انجام شد به ایجاد مدلی از قابلیت بازاریابی چابک در گردشگری سلامت پرداختند. آنها ۱۴ مفهوم اصلی شامل سرمایه انسانی و راهبردهای رهبری

¹ Dimon

² Jamrozy

هزینه را شناسایی کردند. باقری و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی به ارائه مدل بازاریابی گردشگری سلامت شهر تهران پرداختند. چارچوب ارائه شده به صورت یک مدل مفهومی پیشنهادی بود که شامل ۲۲ مؤلفه و ۷ بُعد می‌باشد. نتایج نشان داد با توجه به ضرورت عناصر آمیخته بازاریابی علی‌الخصوص خدمات پزشکی (محصول)، هزینه درمان (قیمت)، عوامل طبیعی و فرایندهای پیشگیرانه، باید پیشنهادهای گردشگری سلامت را برای گروه‌های گوناگون مصرف‌کننده متنوع کرد. زکاوتی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی به طراحی مدل بازاریابی گردشگری سلامت در دهکده‌های سلامت پرداختند. پژوهش از نوع تحقیقات سنتزپژوهی مبتنی بر رویکرد بررسی مطالعاتی در حیطه موضوع مورد بررسی بود و از همین رو جامعه این تحقیق کلیه مقالات و پژوهش‌های در دامنه سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ داخلی و خارجی بود. یافته‌ها نشان داد در زمینه اثرگذاری بر مدل بازاریابی گردشگری سلامت و تاثیر آن در جذب توریسم بر اساس بررسی‌های اولیه در شاخص‌های اثرگذار بر مدل بازاریابی گردشگری سلامت سه طبقه کلی قابل استنباط و بررسی است. این مراحل شامل سه بعد اساسی بازاریابی بین الملل (معرفی بین‌الملل)؛ عناصر بازاریابی و امکانات و تسهیلات موجود می‌باشد. احمدی و همکاران (۱۴۰۱) عوامل مؤثر بر بازاریابی گردشگری سلامت را در ۷ مؤلفه (خدمات، قیمت، مکان، ترفیع، افراد، شواهد فیزیکی، و فرآیند) بررسی کردند. منصوری و همکاران (۱۴۰۰) نیز ۶ بعد کلیدی (رضایت از برند، اعتماد، تنوع خدمات، بازاریابی، بسته درمانی، و وفاداری) را در گردشگری پزشکی مؤثر دانستند. مسعودی اصل و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی الگوی بازاریابی در گردشگری سلامت را با تاکید بر مولفه‌های اخلاقی با هدف بررسی اهمیت مولفه‌های اخلاقی در الگوی بازاریابی گردشگری، ارائه نمودند. زارعی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت ایران با استفاده از روش تحقیق آمیخته اکتشافی به طراحی مدل پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد با استفاده از ابزارهای بازاریابی اجتماعی می‌توان با ایجاد باور مثبت نسبت به مقصد گردشگری سلامت زمینه بروز تمایل به سفر درمانی را فراهم آورد. عوامل مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت شامل رهبری بازارگرا، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت، راهبرد بازاریابی اجتماعی، زیر ساخت‌های بازاریابی، آمیخته بازاریابی اجتماعی و مولفه‌های شناختی بود. رحمانی و عوض‌پور (۱۴۰۱) نشان دادند که کیفیت خدمات پزشکی و شهری، کاهش هزینه‌ها، و درآمد گردشگران بر تقاضای گردشگری پزشکی مشهد تأثیرگذار است. صابری و همکاران (۱۴۰۲) و لطفی آشتیانی و همکاران (۱۴۰۲) به ترتیب بر نقش رضایت از برند و بازاریابی دیجیتال تأکید داشتند.

در حوزه بازاریابی الکترونیک، وو و زیائو^۱ (۲۰۰۸) در پژوهش خود با عنوان «بازاریابی مبتنی بر جامعه مجازی: مدلی مفهومی برای صنعت گردشگری» به ارائه مدلی مفهومی جهت بازاریابی مبتنی بر جامعه مجازی برای صنعت گردشگری پرداختند که بتواند بازاریابی الکترونیکی را با جامعه مجازی ترکیب کند. این مدل مشتریان را تشویق می‌کند تا به عنوان یک بازاریاب داوطلب عمل کنند. این مدل مفهومی بازاریابی جامعه گردشگری مجازی برای صنعت گردشگری را نشان می‌دهد. سعیدبخش و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود به طراحی مدل بازاریابی الکترونیکی گردشگری

^۱ Wu & Jiao.

پزشکی ایران با رویکرد سیستم‌های پیشنهاددهنده پرداختند و پنج بعد مؤثر در گردشگری پزشکی الکترونیک شامل عوامل مرتبط با خدمات پزشکی، عوامل مرتبط با ویژگی‌های فردی، عوامل مرتبط با اطلاع‌رسانی اینترنتی، عوامل مرتبط با جاذبه‌های جنبی گردشگری و عوامل مرتبط با تسهیلات سفر را شناسایی نمودند.

مطالعات فراترکیب مانند پژوهش ارفعی و نامیان (۱۴۰۱) که با فراترکیب ۸۷ مطالعه، ۸ بعد کلیدی (خدمات، قیمت، مکان، ترفیع، افراد، شواهد فیزیکی و فرآیند) را شناسایی نمودند و پاشایی فر و همکاران (۱۴۰۰) که الگویی ۵ بعدی ارائه دادند، نقش مهمی در ترکیب یافته‌های پیشین داشته‌اند.

مطالعات راهبردی مانند لاکي و گمینا^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف تعیین و تجزیه و تحلیل مدل‌های استراتژی بازاریابی گردشگری جهت تعالی فرهنگ اختصاصی را در مقاصد گردشگری جاوه غربی، به گونه‌ای که مسیر برای بهره‌برداری از فرصت‌های تجاری برای کسب و کارهای کوچک و متوسط هموار گردد، به ارائه مدل پرداختند و تأثیر آمیخته بازاریابی بر توانمندسازی کسب و کارهای کوچک و متوسط را تأیید نمودند. اگل^۲ و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی به برنامه‌ریزی استراتژیک بازاریابی برای صنعت گردشگری پرداختند که بر کیفیت، کارایی و اثربخشی در فرآیند بازاریابی تأکید داشت. چارچوب ارائه شده به بازاریابان گردشگری نشان می‌دهد که چگونه می‌توانند بازار خود را تجزیه و تحلیل کنند و یک برنامه بازاریابی استراتژیک برای افزایش فروش در بخش‌های مشتری هدف خود تهیه کنند. نویسندگان یک رویکرد شش مرحله‌ای برای برنامه‌ریزی استراتژیک بازاریابی برای صنعت گردشگری توصیه کرده‌اند. این مراحل شامل تجزیه و تحلیل نیازها، تحقیق و تحلیل، تزریق خلاقیت، موقعیت‌یابی استراتژیک، توسعه برنامه بازاریابی و آموزش، اجرا، ارزیابی و تنظیم است. مشبکی و ملک‌اخلاق (۱۳۸۲) به بررسی ارتباط ابعاد سیاستگذاری و بازاریابی پرداختند، در حالی که امین‌بیدختی و همکاران (۱۳۸۹) تأثیر عناصر آمیخته بازاریابی بر ارتقای صنعت گردشگری را مورد تأیید قرار دادند.

همانگونه که مشاهده می‌شود پژوهش‌های پیشین در حوزه بازاریابی گردشگری سلامت عمدتاً بر تحلیل تأثیر متغیرهای بازاریابی بر نتایج، تدوین مدل‌های فرآیندی، طراحی استراتژی‌های بازاریابی و ارائه بسته‌های متنوع آمیخته بازاریابی برای گردشگری سلامت و پزشکی متمرکز بوده‌اند و فقدان یک چارچوب جامع بازاریابی در این صنعت که ضمن بهره‌گیری از جدیدترین دستاوردهای علم بازاریابی، رویکردی یکپارچه به زیست‌بوم اقتصاد خدمت‌محور گردشگری سلامت داشته باشد و بازاریابی را به صورت فرآیندی منسجم، پایدار و متمرکز بر تقویت اعتماد و تصویر برند مقصد تدوین کند، به وضوح مشاهده می‌شود.

از سویی دیگر، به دلیل فقدان الگویی جامع و یکپارچه که تمامی کارکردهای متناظر توفیق فعالیت‌های مختلف گردشگری سلامت و از جمله فعالیت‌های بازاریابی آن را در بر داشته باشد، شناسایی دینفعان و بازیگران در کارکردهای موردنظر نیز بخوبی انجام نشده و تصویری کامل و جامع از بازیگران و دینفعان فعالیت‌های بازاریابی در این صنعت در دست نیست. پژوهش‌های گذشته هر یک بخشی از دینفعان و بازیگران در بخش‌های مختلف صنعت گردشگری و

¹ Lucky & Gemina

² Edgell

مقاصد مختلف آن را مورد بررسی قرار داده‌اند از آن جمله: همتی و آمانج رسولی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان «دینفعان و نوع نگاه آن‌ها به اثرات گردشگری در منطقه اورامان تخت، دینفعان حوزه توسعه گردشگری پایدار را مطابق نظر هاردی و بیتون^۱ (۲۰۰۱) به چهار دسته جامعه میزبان، جامعه میهمان، سازمان‌های گردشگری (اپراتورها و تنظیم‌کنندگان) و محیط زیست طبیعی تقسیم کرده است. بیرد^۲ و همکاران (۲۰۰۹) دینفعان عمده گردشگری را به چهار دسته گردشگران، ساکنین، کارآفرینان و مقامات محلی یا مدیران صنایع تقسیم می‌کند. چارتر^۳ (۲۰۱۷) دینفعان گردشگری را مالکان رسانه‌ها، سیاستمداران، گروه‌های حامی محیط زیست، اجتماع عمومی، سطوح دولت، سرمایه‌گذاران، عرضه‌کنندگان، گروه‌های فشار، واحدهای تجاری، انجمن‌های حرفه‌ای و فعالان سطوح آکادمیک معرفی نموده است. اکبریان رونیزی و بدری (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود دینفعان گردشگری را به چهار گروه جامعه محلی، گردشگران، کارآفرینان و مدیران محلی تقسیم نموده‌اند. ضرغام بروجنی نیز بازیگران و دینفعان گردشگری را پژوهشگران و کارشناسان و متخصصان بخش گردشگری، گردشگران، عرضه‌کنندگان کالاها و خدمات خاص گردشگری، رسانه‌ها، دولت و ارگان‌های دولتی، گروه‌های عمل‌گرا، مردم محلی و رقبا معرفی نموده است. رضایی مقدم و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به منظور اولویت‌بندی دینفعان گردشگری مذهبی در کلان‌شهر مشهد، بازیگران این حوزه از گردشگری را در شش دسته جامعه میهمان، جامعه میزبان، رقبا، محققین و کارشناسان، عرضه‌کنندگان کالا و خدمات گردشگری، و سازمان‌ها و نهادها دسته‌بندی نموده است که سازمان‌ها و نهادها را در سه سطح ملی (آستان قدس رضوی، سازمان حج و زیارت، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، سازمان صدا و سیما)، منطقه‌ای (استانداری، اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری) و محلی (شهرداری) جای داده‌اند. جباری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به منظور تحلیل دینفعان صنعت گردشگری پزشکی در شهر اصفهان، دینفعان این صنعت در شهر مذکور را در ۹ دسته اصلی شامل استانداری، اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی، نظام پزشکی، ارائه‌دهندگان خدمات بخش بهداشت و درمان، ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری، بانک توسعه صادرات، سرمایه‌گذاران بخش خصوصی و اتاق بازرگانی تقسیم‌بندی نمودند. چشم‌براه و همکاران (۱۴۰۰) به منظور شناسایی، اولویت‌بندی و تحلیل دینفعان منطقه گردشگری ونک از مدل فریمن جهت شناسایی دینفعان استفاده نموده و آنها را در ۶ دسته سهامداران و مالکان (اداره کل میراث فرهنگی و گردشگری)، مدیران و کارکنان سازمان، گردشگران، دولت (بخش‌های دولتی)، شبکه همکاران (تامین‌کنندگان) و جامعه (نهادهای اجتماعی، انجمن‌های محلی، نهادهای حوزه محیط زیست و رسانه‌ها) تقسیم‌بندی نمودند. کاماسی^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود که به منظور بررسی هویت و نقش دینفعان گردشگری پزشکی انجام دادند، بازیگران این عرصه را گردشگران پزشکی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، آژانس‌های دولتی، تسهیل‌کنندگان، نهادهای اعتبارسنجی و استاندارد، بازاریابان مراقبت‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان بیمه و زیرساخت‌ها و امکانات معرفی نمودند.

^۱ Hardy & Beeton

^۲ Byrd

^۳ Charter

^۴ Kamassi

تام^۱ (۲۰۱۸) در پژوهش خود به منظور ارائه یک مدل مشارکت چند ذینفعی از گردشگری پزشکی داخلی برای ساحل سانشاین استرالیا، ذینفعان این صنعت در منطقه مذکور را سازمان‌های گردشگری، ساکنان محلی، متخصصان پزشکی، اپراتورهای پزشکی، انجمن گردشگری پزشکی گلدکست، مشاوران محلی و متخصصان دانشگاهی در گردشگری پزشکی معرفی نمود.

با مشاهده نتایج مطالعات پیشین در حوزه شناسایی ذینفعان مختلف گردشگری سلامت ملاحظه می‌گردد که به دلیل عدم وجود الگوی جامع و یکپارچه در این صنعت، مطالعه ذینفعان به صورت موضعی و متناسب با شرایط مقصد گردشگری صورت گرفته و شناسایی بازیگران، به شکلی جامع و کامل به گونه‌ای که تمامی ذینفعان در فعالیت‌های مختلف این صنعت در تمامی سطوح را در بر گیرد انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر با بهره‌گیری از نتایج حاصل از طراحی و تبیین الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت و تعیین کارکردهای متناسب با فعالیت‌های متنوع بازاریابی در این حوزه به شناسایی تمامی ذینفعان و بازیگران مرتبط با کارکردهای مذکور در تمامی سطوح پرداخته و تصویری کامل از وضعیت نهادی این بازیگران ترسیم می‌کند.

۳- روش‌شناسی و داده‌های تحقیق

این پژوهش به تبیین الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت و بررسی وضعیت نهادی آن از طریق ارزیابی وجود و ارتباط نهادهای موثر در بازاریابی این صنعت بر مبنای الگوی حاصل پرداخته است. بنابراین پژوهش حاضر از فلسفه تفسیرگرایانه پیروی کرده که در قسمت اول از نظر هدف از نوع نظری و کاربردی و از نظر رویکرد پژوهشی از نوع ترکیبی متوالی کیفی و به لحاظ گردآوری اطلاعات از نوع غیرآزمایشی می‌باشد که از استراتژی‌های پژوهشی تحلیل محتوا با رویکرد قیاسی و داده‌بنیاد ظاهرشونده با رویکرد استقرایی برای تبیین الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان استفاده شده است و در قسمت دوم (نگاشت نهادی) نیز از نوع توصیفی و مقطعی است و بصورت کیفی انجام شده است که در قسمت نگاشت نهادی به دنبال شناخت نهادهای متولی کارکرد موردنظر یا تعیین عدم حضور آنهاست.

از آنجایی که پیش‌تر در ادبیات مدیریت و در حوزه گردشگری سلامت، الگوی جامع بازاریابی مطرح نشده بود؛ از این رو این پژوهش تلاش کرد تا ابتدا الگوی یکپارچه بازاریابی این صنعت را برپایه آخرین یافته‌های علم بازاریابی تبیین نماید. برای دستیابی به این هدف، پژوهشگران ابتدا الگوی بازاریابی انسان به انسان را مورد مطالعه قرار داده و با بررسی الگوی مذکور با روش تحلیل محتوای کیفی قیاسی متعارف، عناصر و مفاهیم اصلی این الگو را برای صنعت گردشگری سلامت استخراج کردند. سپس، چارچوب اولیه‌ای طراحی شد که در ادامه به‌عنوان مبنای پرسش‌های مصاحبه و جمع‌آوری داده‌های تجربی به منظور تبیین الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت به کار رفت.

^۱ Tham

روش تحلیل محتوای کیفی قیاسی متعارف یا سنتی^۱ یکی از رویکردهای تحلیل محتوای کیفی است که در آن پژوهشگر از چارچوب‌های نظری یا مفاهیم از پیش تعیین‌شده برای تحلیل داده‌ها استفاده می‌کند. این روش برای آزمون یا توسعه نظریه‌های موجود مناسب است و بر پایه‌ی قیاس^۲ استوار است. مراحل انجام این روش را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود (هسیه و شانن^۳، ۲۰۰۵):

۱- آماده‌سازی

- تعیین هدف و سؤالات تحقیق: پژوهشگر باید هدف پژوهش و سؤالات تحقیق را به‌طور واضح تعریف کند. این مرحله به تعیین جهت کلی تحلیل کمک می‌کند.
- انتخاب چارچوب نظری: در روش قیاسی متعارف، پژوهشگر از یک چارچوب نظری یا مدل مفهومی از پیش تعیین‌شده استفاده می‌کند. این چارچوب به عنوان پایه‌ای برای تحلیل داده‌ها عمل می‌کند.
- انتخاب نمونه‌های متنی: داده‌های متنی مرتبط با سؤالات تحقیق (مانند مصاحبه‌ها، اسناد، یا مقالات) به‌صورت هدفمند انتخاب می‌شوند.

۲- سازمان‌دهی

- تعیین واحدهای تحلیل: پژوهشگر واحدهای تحلیل (مانند کلمات، جملات، یا پاراگراف‌ها) را تعیین می‌کند. این واحدها به ساختاردهی داده‌ها کمک می‌کنند.
- ایجاد دسته‌بندی‌های اولیه: بر اساس چارچوب نظری، دسته‌بندی‌های^۴ اولیه تعریف می‌شوند. این دسته‌بندی‌ها از مفاهیم نظری موجود استخراج می‌شوند.

۳- کدگذاری قیاسی^۵

- کدگذاری داده‌ها: پژوهشگر داده‌ها را بر اساس دسته‌بندی‌های از پیش تعیین‌شده کدگذاری می‌کند. هر بخش از داده‌ها که با مفاهیم نظری مطابقت دارد، در دسته‌بندی مربوطه قرار می‌گیرد.
- تطبیق داده‌ها با چارچوب نظری: در این مرحله، پژوهشگر بررسی می‌کند که آیا داده‌ها با چارچوب نظری همخوانی دارند یا خیر. در صورت لزوم، دسته‌بندی‌ها اصلاح یا گسترش می‌یابند.

۴- تحلیل^۶

- توصیف دسته‌بندی‌ها: هر دسته‌بندی به‌صورت دقیق توصیف می‌شود و مثال‌هایی از داده‌ها برای حمایت از آن ارائه می‌شود.
- شناسایی روابط بین دسته‌بندی‌ها: پژوهشگر به بررسی روابط بین دسته‌بندی‌ها می‌پردازد و تلاش می‌کند تا الگوها یا مضامین کلی را شناسایی کند.

¹ Conventional Deductive Qualitative Content Analysis

² Deduction

³ Hsieh & Shannon

⁴ Categories

⁵ Deductive Coding

⁶ Analysis

۵- گزارش‌دهی^۱

- ارائه نتایج: یافته‌های پژوهش به صورت ساختاریافته و با استناد به داده‌ها ارائه می‌شوند.
- تفسیر یافته‌ها: پژوهشگر یافته‌ها را در چارچوب نظری موجود تفسیر می‌کند و به بررسی تطابق یا عدم تطابق آن‌ها با چارچوب نظری می‌پردازد.
- نتیجه‌گیری و پیشنهادات: بر اساس یافته‌ها، نتیجه‌گیری‌هایی ارائه می‌شود و پیشنهاداتی برای پژوهش‌های آینده یا کاربرد عملی مطرح می‌شود.

در گام بعدی، از طریق مصاحبه با خبرگان، داده‌های تجربی مربوط به این الگو نیز جمع‌آوری و به روش گراند تئوری (رویکرد ظاهرشونده) تجزیه و تحلیل شده و در قالب الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت سازمان‌دهی شد. داده‌های این پژوهش در قسمت تبیین الگو، از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی گردآوری شدند. در مرحله تحلیل محتوای کیفی از روش کتابخانه‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و منابع موجود در زمینه بازاریابی انسان به انسان مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. ساختار و محورهای اصلی الگوی نظری حاصل از این مرحله دستمایه تدوین پرسش‌های مصاحبه و جمع‌آوری داده‌های تجربی شد. در مرحله میدانی، اطلاعات از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ متخصص در حوزه‌های بازرگانی، گردشگری و خدمات مرتبط با گردشگری سلامت جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به صورت نظری و با روش گلوله‌برفی انجام گرفت و حجم نمونه بر مبنای منطق اشباع نظری تعیین شد. داده‌های حاصل از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به روش داده‌بنیاد ظاهرشونده (گلیزری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و پس از ظهور الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت، کارکردهای این الگو متناسب با مفاهیم و فعالیت‌های حاصل، شناسایی و الگوی حاصل به تأیید خبرگان رسید.

استراتژی پژوهشی داده‌بنیاد یک شیوه پژوهشی اکتشافی محسوب می‌شود که به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که شخصا به تدوین یک تئوری جدید اقدام نماید، اما این تئوری بایستی بر اساس داده‌های فراهم آمده از محیط و شرایط واقعی تدوین گردد و مبتنی بر داده‌های تجربی جمع‌آوری شده از میدان باشد. سه رهیافت کلی برای نظریه‌پردازی داده‌بنیاد ارائه شده است که شامل رهیافت نظام‌مند (مبتنی بر اثر اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)، رهیافت ظاهرشونده (مبتنی بر اثر گلیزر (۱۹۹۲) و رهیافت ساختارگرایانه (مبتنی بر اثر چارمز (۲۰۰۰) می‌باشد (دانایی فرد و امامی، ۱۳۸۶). نوع کدگذاری و مراحل انجام آن از تفاوت‌های اصلی این رویکردها است. در رهیافت ظاهرشونده مراحل کدگذاری شامل مراحل باز، انتخابی و نظری است که در پژوهش حاضر از این رویکرد استفاده شده است.

به منظور شناسایی ذی‌نفعان مرتبط با الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در این صنعت نیز از کارکردهای آن استفاده شد. ذی‌نفعان متولی هر یک از کارکردها با استفاده از اطلاعات و مدارک موجود در اسناد و قوانین موجود و منابع موجود در ادبیات موضوع و همچنین منابع علمی و پایگاه‌های داده و سایت‌های سازمان‌های متولی و... شناسایی شده و در مقابل کارکردهای متناظر درج گردید. به منظور نهایی‌سازی فهرست ذی‌نفعان و اطمینان یافتن از ملاحظه

^۱ Reporting

تمامی ذی‌نفعان متناظر با کارکردهای الگو، پرسش‌نامه‌ای میان هشت تن از خبرگان حوزه گردشگری سلامت توزیع شد که پرسش‌های مصاحبه متناظر با تایید فعالیت ذی‌نفعان شناسایی شده از طریق مطالعه اسناد و همچنین درخواست معرفی ذی‌نفعان دیگر فعال در حوزه کارکرد مربوطه بود. روش نمونه‌گیری در این مرحله بصورت هدفمند بود. نگاشت نهادی ابزاری ارزشمند برای نمایش خلأهای سازمانی و ارائه بینش‌هایی کاربردی درباره ساختار نهادی خاص یک کشور یا بخش است که می‌تواند فرآیند سیاست‌گذاری را تسهیل کند. این ابزار به تحلیل‌گران امکان می‌دهد تا عدم تطابق، همپوشانی‌ها و کمبودهای برنامه‌های حمایتی مرتبط با صنعت مورد نظر را شناسایی کنند (کلانتری و منتظر، ۱۳۹۵).

در این مقاله، نگاشت نهادی با دو هدف اصلی به کار گرفته شده است:

۱. شناسایی نهادها و بازیگرانی که مسئولیت اجرای کارکردهای مختلف در الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت را بر عهده دارند.
۲. تشخیص خلأهای نهادی موجود در این الگو.

به عبارت دیگر، نگاشت نهادی در این پژوهش به روشن‌سازی نقش نهادهای فعلی در الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت می‌پردازد. این روش کمک می‌کند تا کارکردهایی که فاقد پشتیبانی نهادی هستند یا بالعکس با تورم نهادی مواجه‌اند، شناسایی شوند و زمینه بهبود ساختار نهادی فراهم گردد.

قابلیت اعتماد پژوهش

در پژوهش‌های کیفی، قابلیت اعتماد و اطمینان از اهمیت بالایی برخوردارند. اگرچه دستیابی به سطح کامل اعتماد در این پژوهش‌ها چالش‌برانگیز است، اما قابلیت اعتماد گزارش پژوهشی به عنوان محور اصلی پایایی مطرح می‌شود (عباس‌زاده، ۱۳۹۱). برای تأیید دقت علمی در پژوهش‌های کیفی، از مفهوم «قابلیت اعتماد» و راهبردهایی مانند «ردیابی»، «حسابرسی»، «بازبینی در زمان کدگذاری»، «تأیید نتایج از طریق مراجعه به آزمودنی‌ها»، «تأیید همکاران پژوهشی»، و «کفایت منابع مورد ارجاع» استفاده می‌شود. گویا و لینکلن نیز معیار سندیت یا اصالت را برای ارزیابی کیفیت پژوهش‌های کیفی ارائه کردند (دانایی‌فرد و مظفری، ۱۳۸۷).

در این پژوهش، به منظور تعیین اعتبار پژوهش، از بررسی مداوم داده‌ها و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری (داده‌ها پس از پیاده‌سازی در هر مرحله، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته و فرآیندهای کدگذاری به صورت مداوم انجام گرفته و حرکت رفت و برگشتی در مراحل کدگذاری و تحلیل شکاف‌های اطلاعاتی انجام شد)، مرور کدهای استخراج‌شده توسط مشارکت‌کنندگان (پس از پیاده‌سازی و تحلیل داده‌های تجربی و انجام کدگذاری، کدهای حاصل به رویت و تایید خبرگان رسید)، و درگیری مستمر با داده‌ها (به دلیل انجام پژوهش در پژوهشکده گردشگری جهاد دانشگاهی مشهد درگیری پژوهشگران با موضوع پژوهش و داده‌ها و غوطه‌وری در فضای گردشگری سلامت و پژوهش‌های هم‌ارز به صورت مستمر صورت گرفت) استفاده شد. برای افزایش اعتبارپذیری داده‌ها با رویکرد کثرت‌گرایی و کفایت مراجع از ذی‌نفعان مختلف برای انجام مصاحبه (در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی و اجرا و

همچنین در قسمت داده‌های نظری نیز استفاده از منابع، اسناد و مدارک مختلف دینفعان) استفاده شد. استفاده از منابع مکمل نیز با هدف افزایش اعتبارپذیری از طریق مراجعه به مقالات معتبر و کتب مختلف پیرامون موضوع پژوهش انجام شد که به غنای داده‌ها و افزایش اعتبار آن‌ها افزود و چندجانبه‌نگری تأمین شد. اقدامات منسجمی مانند انجام مصاحبه‌ها در محیط‌های متنوع، جمع‌آوری داده‌های آرشیوی گسترده، مصاحبه با گروه‌های مختلف شرکت‌کنندگان، انجام گرفت. این همکاری‌ها به کاهش سوگیری و افزایش غنای تحلیل‌ها کمک کرد.

همچنین پژوهشگران با بیان مفاهیم استخراج‌شده در مصاحبه‌ها و درخواست بررسی متن مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران دیگر و بررسی روند تجزیه و تحلیل داده‌ها با دو تن از پژوهشگران تحقیق کیفی (فرآیند کدگذاری توسط دو پژوهشگر مستقل انجام گرفته و نتایج مقابله شد که ضریب کاپا ۰/۷۸ حاصل گردید)، سوگیری‌های احتمالی خود را پایش کرده و از اطمینان پذیری داده‌های مصاحبه‌ها و استخراج مفاهیم و مقوله‌ها اطمینان حاصل کردند. در نتایج نیز مفاهیم حاصله با مصاحبه‌شوندگان در میان گذاشته شد و صحت برداشتها (تاییدپذیری) بررسی شد و درنهایت نیز ظهور مقوله‌ها و سازه‌نهایی از طریق مشارکت مصاحبه‌شوندگان تأیید و نظرات اصلاحی آنان اعمال شد. این فرآیند نه تنها اعتبار داده‌ها را تقویت کرد، بلکه اعتماد مشارکت‌کنندگان به یافته‌های پژوهش را نیز افزایش داد.

۴- یافته‌های پژوهش و تجزیه و تحلیل نتایج

از آنجایی که بایستی الگوی یکپارچه بازاریابی گردشگری سلامت بر مبنای الگوی پارادایم انسان به انسان فلسفه بازاریابی ارائه گردد، بنابراین درک روح و درون‌مایه این الگو از اهمیت بسزایی برخوردار بود. در همین راستا پژوهشگران در مطالعه حاضر ابتدا با مطالعه متن منابع ارائه‌دهنده الگوی «بازاریابی انسان به انسان»، مرحله آشنایی با متن و تعیین واحدهای تحلیل که شامل جملات، پاراگراف‌ها و بخش‌هایی از متن هستند که مفاهیم کلیدی را بیان می‌کنند، را طی کردند. در مرحله کدگذاری اولیه، مفاهیم کلیدی و عبارات مهم از متن استخراج می‌شوند. در این بخش، مفاهیم اصلی و کدهای استخراج‌شده از متن منابع استخراج و ثبت گردید که بخشی از آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. کدهای اولیه استخراج شده از متن منابع ارائه‌کننده الگوی بازاریابی انسان به انسان

کدهای استخراج شده از متن			
درک محوریت انسان	تغییر رفتار مشتریان	هم‌آفرینی ارزش	وفاداری
محتوای ارزشمند	تحول دیجیتال	اکوسیستم‌های مشارکتی	دیجیتالی‌سازی، عامل توانمندساز
دیدگاه‌های عمیق مشتری	کالا، به مثابه مکانیزم توزیع برای فراهم کردن خدمات	سیستم خودبسند و خودتنظیم شونده	ایجاد پلتفرم‌های انعطاف‌پذیر محصول خدمت محور
فعالیت اجتماعی برند	مسئولیت اجتماعی شرکتی	یکپارچه‌سازی منابع بازیگران	مدیریت اعتماد یکپارچه
همدلی	فرصت‌های جدید برای بازاریابی	ترتیبات نهادی مشترک،	مدیریت شهرت
تفکر ترکیبی	پایش بی‌وقفه و افزایش کیفیت	خلق ارزش متقابل	مدیریت جامع برند
خوش‌بینی	دوقطبی‌زدایی و پایداری	پیشنهادهای ارزش معقول	شکل‌دهی برند
تجربه‌گرایی	تیم‌های غیرمتمرکز پاسخگویی سریع	ساختار نگرشی انسان به انسان	هم‌آفرینی برند
همکاری	تجزیه و تحلیل در زمان واقعی	ذهنیت انسان‌محور	شبکه ارزش
تعاملات احساسی	فرآیندهای همزمان	یافتن نیازهای انسانی	برند انسانی
افزایش کارایی و بهره‌وری فرآیندها	ماهیت سازماندهی شبکه	بینش عمیق مشتری	همکاری
افزایش شخصی‌سازی و بازاریابی فرد به فرد	ماهیت لزوم روابط ممتد میان بازیگران بازاریابی	تغییر رفتار خرید مشتریان مبتنی بر ساختار نگرشی سولومو	بازاریابی، فرآیند نوآورانه تکرار شونده
کاهش شکاف دیجیتال	خدمات، مبنای بنیادین مبادله	تجربه‌گرایی	ارتباط مؤثر

کاهش موانع ورود و افزایش عدالت	داده‌محوری	همدلی	جذب مشتری
مادیت‌زدایی و افزودن لایه‌های متعدد خدمات	ذینفع‌گرا و رابطه‌ای بودن دیدگاه خدمت‌محور در ذات خود	مشارکت در مسائل اجتماعی و زیست‌محیطی	مشارکت بازیگران تنها در خلق و ارائه ارزش
تحول در مدل‌های کسب و کار	خدمت‌محور بودن همه اقتصادها	خدمت‌محوری	تقویت وفاداری
انسان‌محوری	تفکر پیوستگی	چابکی	مسیر مشتری
کسب اطلاعات عمیق از نیازها و خواسته‌های پنهان مشتریان	منابع عامل، منابع بنیادین منفعت راهبردی	تعیین ارزش به شکل منحصر‌بفرد و پدیدارشناختی توسط ذینفعان	تمرکز بر نیازمندی‌های کاربر و تاکید بر نوآوری
تاثیر بهم‌پیوستگی در تحول بازار	هماهنگی نهادها و ترتیبات نهادی	سرگرم‌سازی مشتری	ان تجربه‌های مثبت و ماندگار
تعالی تجربه مشتری	فرهنگ سازمانی	اعتماد	رضایت مشتریان

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

در مرحله دسته‌بندی کدها و تشکیل مقوله‌ها، کدهای اولیه بر اساس شباهت‌های مفهومی دسته‌بندی شده و مقوله‌های اصلی (مضامین) را شکل دادند. نمونه‌ای از مفاهیم مستخرج از کدگذاری اولیه به همراه دسته‌بندی کدها در قالب مقوله‌های اصلی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. دسته‌بندی کدهای اولیه در قالب مقوله‌های اصلی و تعاریف آن‌ها

مقوله‌های اصلی	کدها	تعاریف و توضیحات
تفکر طراحی	درک محوریت انسان	رویکردی انسان‌محور که بر درک نیازهای مشتریان و حل مشکلات انسانی از طریق نوآوری و تکرار تمرکز دارد.
	بازاریابی به عنوان یک فرآیند نوآورانه تکرارشونده	
	دیدگاه‌های عمیق مشتری	
	ایجاد پلتفرم‌های انعطاف‌پذیر محصول خدمت محور	
	همدلی	
	تفکر ترکیبی	
	خوش‌بینی	
	تجربه‌گرایی	
دیجیتالی شدن	همکاری	رویکردی که بر هم‌آفرینی ارزش در اکوسیستم‌های مشارکتی تاکید دارد.
	تمرکز بر نیازمندی‌های کاربر و تاکید بر نوآوری	
	افزایش کارایی و بهره‌وری فرآیندها	
	افزایش شخصی‌سازی و بازاریابی فرد به فرد	
	کاهش شکاف دیجیتالی	
	کاهش موانع ورود و افزایش عدالت	
	مادیت‌زدایی و افزودن لایه‌های متعدد خدمات	
	تحول در مدل‌های کسب و کار	
	تغییر رفتار خرید مشتریان مبتنی بر ساختار نگرشی سولومو	
	کسب اطلاعات عمیق از نیازها و خواسته‌های پنهان مشتریان	
	درک تاثیر بهم‌پیوستگی در تحول بازار	
	تعالی تجربه مشتری	
	تغییر رفتار مشتریان	
	تحول دیجیتال	
داده‌محوری		
عامل توانمندساز		
فرصت‌های جدید برای بازاریابی		
پایش پی‌وقفه و افزایش کیفیت		

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

پس از دسته‌بندی کدها و تشکیل مقوله‌ها و تعاریف و توضیح مقوله‌های حاصل از این مرحله، از آنجایی که الگوی بازاریابی انسان به انسان دارای دو لایه نظری و عملیاتی است، مفاهیم مرتبط با مولفه‌های سه‌گانه لایه نظری و همچنین

مفاهیم مرتبط با هر مولفه در لایه دوم به تفکیک ارتباط با مولفه اساسی لایه اول (الایه نظری) ثبت و کلاسه‌بندی شد. جدول ۳ مفاهیم مرتبط با مولفه‌های لایه عملیاتی به تفکیک مولفه‌های لایه نظری الگوی بازاریابی انسان به انسان را نمایش می‌دهد.

جدول ۳. مفاهیم مرتبط با مولفه‌های لایه عملیاتی به تفکیک مولفه‌های لایه نظری

مفاهیم عملیاتی متناظر با لایه نظری	مولفه لایه نظری	مولفه لایه عملیاتی
انسان‌محوری و مرکزیت انسان	تفکر طراحی	بینش انسان به انسان (ساختار نگرشی و مدیریت هنجاری)
انعطاف‌پذیری، ذهنیت پویا و تجربه‌گرایی		
همدلی		
دیدگاه تلفیقی مشتری‌محوری	دیجیتالی سازی	مدیریت راهبردی (همسوسازی/تعدیل)
همکاری و مشارکت بازیگران		
درک و تفکر شرایط پیوستگی		
چابکی	منطق خدمت‌محوری	مدیریت راهبردی (همسوسازی/تعدیل)
اولویت انسان بر ماشین در تعاملات برند		
خدمت‌محوری		
تلفیق دیدگاه منبع‌محوری و بازارمحوری	تفکر طراحی	مدیریت راهبردی (همسوسازی/تعدیل)
هم‌آفرینی خدمت		
شکل‌دهی برند		
انسانی‌سازی برند	دیجیتالی سازی	مدیریت راهبردی (همسوسازی/تعدیل)
پایش و معماری برند از دیدگاه مشتری		
مسیر نوین مشتری در تجربه خدمت		
برند به عنوان عامل اعتماد	منطق خدمت‌محوری	مدیریت راهبردی (همسوسازی/تعدیل)
جوامع برند		
هم‌آفرینی برند		
برند به مثابه منبع عامل نه عمل‌وند	تفکر طراحی	مدیریت عملیاتی (اجرا و پیاده‌سازی)
دیدگاه شبکه		
بازاریابی به عنوان فرآیند تکرار شونده		
استفاده از اصل ناب	دیجیتالی سازی	مدیریت عملیاتی (اجرا و پیاده‌سازی)
بازاریابی به مثابه فرآیندی نوآورانه		
بازاریابی بصیرت‌محور		
بازاریابی مبتنی بر داده	منطق خدمت‌محوری	مدیریت عملیاتی (اجرا و پیاده‌سازی)
غیرمادی سازی ارزش پیشنهادی		
کانال‌های همه‌جانبه و تجارت اجتماعی		
ارتباط چند به چند	منطق خدمت‌محوری	مدیریت عملیاتی (اجرا و پیاده‌سازی)
ایجاد ارزش مشترک		
ارتباط دوطرفه تبادل خدمت		
طراحی و نگهداری از بسترهای مشترک	منطق خدمت‌محوری	مدیریت عملیاتی (اجرا و پیاده‌سازی)
تمرکز بر تجربه مشتری		

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

پژوهشگران با تدوین چارچوبی اولیه از یافته‌های گام پیشین برای تکامل چارچوب و تطبیق با ملاحظات و شرایط زمینه‌ای و نهادی در عرصه بازاریابی گردشگری سلامت، به انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ تن از خبرگان این حوزه در تخصص‌های مدیریت بازاریابی، مدیریت گردشگری و همچنین گردشگری سلامت و فعالان در بخش‌های متنوع آن با حداقل پانزده سال سابقه فعالیت در حوزه تخصصی خود و داشتن سمت اجرایی مدیریت یا بالاتر در حوزه فعالیت یا داشتن مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر پرداختند. نمونه‌گیری بصورت نظری و با روش گلوله‌برفی (پژوهشگر ابتدا با یک فرد یا گروه اولیه از افراد یا خبرگان تماس گرفته و این افراد، به دلیل آشنایی با دیگران در حوزه مرتبط، به پژوهشگر کمک می‌کنند تا نمونه‌های دیگر را شناسایی و به مصاحبه بپردازد) انجام شد. مشخصات جمعیت‌شناختی خبرگان در مرحله جمع‌آوری داده‌های تجربی در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۴. مشخصات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

محل فعالیت	میزان تحصیلات	پست سازمانی	سابقه خدمت	حوزه تخصص
وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و ...	دکتری	کارشناس خبره گردشگری	۲۸	سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی گردشگری
دانشگاه علوم پزشکی	دکتری	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	۳۰	مدیریت اجرایی گردشگری سلامت
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	دکتری	دانشیار دانشگاه و پژوهشگر گردشگری	۱۶	مدیریت و برنامه‌ریزی استراتژیک
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	دکتری	دانشیار دانشگاه	۱۵	مدیریت بازاریابی
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	دکتری	دانشیار دانشگاه	۱۷	مدیریت بازاریابی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتری	مدیریت درمان دانشگاه علوم پزشکی	۲۲	گردشگری سلامت
ارائه‌دهنده خدمات گردشگری سلامت	دکتری	مدیر واحد ارائه‌دهنده خدمات سلامت	۲۲	گردشگری سلامت
ارائه‌دهنده خدمات گردشگری سلامت	دکتری	مدیر واحد ارائه‌دهنده خدمات سلامت	۱۷	گردشگری سلامت
وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و ...	کارشناسی ارشد	کارشناس خبره گردشگری	۲۲	کارشناس سرمایه‌گذاری گردشگری
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	دکتری	دانشیار دانشگاه	۱۷	مدیریت بازاریابی
ارائه‌دهنده خدمات گردشگری سلامت	دکتری	مدیر واحد ارائه‌دهنده خدمات سلامت	۱۹	گردشگری سلامت

مفاهیم استخراج‌شده در مرحله اول پژوهش (تحلیل محتوای کیفی)، به‌عنوان پایه‌ای برای تدوین پروتکل مصاحبه با خبرگان و طراحی سوالات مربوط به جمع‌آوری داده‌های تجربی استفاده شدند که پس از بررسی توسط اساتید به تایید آن‌ها رسید. این پروتکل، علاوه بر روشن‌نگری هدف مصاحبه، شامل مواردی نظیر اصول اخلاقی پژوهش، حوزه‌های تخصصی و شرایط لازم برای خبرگی مصاحبه‌شوندگان بود. ساختار پروتکل مصاحبه شامل سوالات عمومی و کلی درباره موضوع پژوهش، سوالات دنباله‌دار و باز، پرسش‌نهایی، نکات کلیدی، شرایط اجرای مصاحبه، روش ثبت و تحلیل داده‌ها، و سوالات محوری برای تعمیق درک مفاهیم استخراج‌شده در مرحله تحلیل محتوای کیفی بود. اشباع نظری در مصاحبه دهم و یازدهم حاصل شد و مفهوم جدیدی استخراج نگردید. زمان صرف‌شده برای مصاحبه‌ها بین ۴۵ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود و سه مصاحبه تا جلسه سوم ادامه یافت.

داده‌های به‌دست‌آمده از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها با استفاده از روش داده‌بنیاد (رویکرد ظاهرشونده) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای این منظور، در مرحله اول (کدگذاری باز)، با تحلیل دقیق متن پیاده‌سازی شده مصاحبه‌ها و بررسی یادداشت‌های زمینه‌ای ثبت‌شده، مفهوم‌سازی و تفکیک انجام شد. در نهایت، ۲۳۷ کد در مرحله کدگذاری باز استخراج شد. در مرحله کدگذاری انتخابی (مرحله دوم تجزیه و تحلیل در روش داده‌بنیاد ظاهرشونده)، کدهای حاصل از مرحله کدگذاری باز با روندی استقرایی، فشرده و متراکم شده، مفاهیم مشابه و مرتبط در کنار یکدیگر قرار گرفتند و عنوان‌هایی در سطح انتزاعی بالاتر (مقوله‌های اصلی) به خود اختصاص دادند و در ادامه روند و در نهایت مضامین نهایی تبلور یافتند. نمونه‌ای از دسته‌بندی مفاهیم مستخرج از مصاحبه‌ها و تبلور مقوله‌ها و مضامین نهایی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نمونه‌ای از دسته‌بندی مفاهیم مستخرج از مصاحبه‌ها و تبلور مقوله‌ها و مضامین نهایی

مفاهیم (فعالیت‌ها)	مقولات اصلی	مضمون نهایی	خبرگان
تبیین مفاهیم کرامت انسانی و انسان‌محوری در شکل‌دهی برند ملی	برندسازی ملی	مدیریت سطح کلان	۱-۳-۴-۵
بکارگیری نتایج پژوهش‌ها و تحلیل داده‌های مشتریان منطقه‌ای و بین‌المللی از برند ملی			
برنامه‌ریزی ایجاد هم‌افزایی سرمایه‌های ملی در هویت‌سازی برند ملی			۱-۸-۷
تدوین برنامه‌های اعتمادسازی در سرمایه‌گذاری بخش خصوصی			

-۶-۵-۲-۱ ۱۱-۱۰-۸	مدیریت سطح کلان	اعتمادسازی	اعتمادسازی در جامعه در خصوص توسعه عدالت توزیعی منافع گردشگری سلامت
			تمرکز بر ایجاد اعتماد در میان بازیگران حوزه گردشگری سلامت در تمامی سطوح
			برنامه‌ریزی اعتمادسازی منطقه‌ای و بین‌المللی
-۶-۵-۴-۱ ۱۰-۹	مدیریت سطح کلان	هماهنگی	تقویت ارتباط دستگاه‌های سیاست‌گذاری و نظارت با همتایان منطقه‌ای و بین‌المللی
			تسهیل ارتباطات نهادهای متولی
			تعیین متولی آمار و اطلاعات گردشگری سلامت
-۸-۷-۵-۲ ۹	مدیریت سطح کلان	یکپارچه‌سازی	ایجاد نهاد یکپارچه متولی گردشگری سلامت
			توسعه نگرش پیوستگی در دستگاه‌های سطح کلان
			تقویت کارگروه مشترک دستگاه‌های سیاست‌گذار و ناظر با بازیگران سطوح دیگر
-۵-۴-۲-۱ -۱۰-۷-۶ ۱۱	مدیریت سطح میانی	فرهنگ‌سازی در بازیگران	ایجاد و توسعه فرهنگ هم‌آفرینی در شبکه‌ها
			توسعه نگرش پایداری در میان بازیگران
			گنجاندن اقتصاد تجدیدپذیر در ارزش‌های سازمان‌ها
			توسعه نگرش تسهیل‌کنندگی تجربه مشتری
			ایجاد روحیه برد-برد میان بازیگران
			توسعه نگرش تفکر پیوستگی میان بازیگران
			توسعه نگرش شراکت میان تمامی بازیگران
			توسعه روحیه خدمت به بشریت در میان بازیگران
			بازیگران H2H مدیریت بروز ذهنیت
			علاقه‌مندانه به دیدگاه‌های همه بازیگران
-۶-۵-۳-۲ ۱۱-۱۰-۸	مدیریت سطح عملیاتی	فرهنگ‌سازی در شبکه ارزش	مقابله با غیرانسانی‌سازی ناشی از دیجیتالی‌سازی با انسان‌محوری
			ایجاد و توسعه فرهنگ هم‌آفرینی در شبکه ارزش سازمان
			ایجاد بینش و فرهنگ تفکر طراحی در شبکه ارزش سازمان
			حاکمیت دیدگاه مشتری‌محور و خدمت به بشریت
			تحول ساختار نگرشی بازارباان در تحول دیجیتال بنگاه‌ها برای پایداری
			اولویت ارتباط انسانی پویا و چابک بر ارتباط ماشینی
			توجه به ذهنیت فرد در مرحله جذب نیرو
			توسعه نگرش همدلی و شراکت میان تمامی بازیگران شبکه ارزش
			آموزش و بکارگیری دانشمندان کلان داده
			آموزش و توانمندسازی کارکنان
در شبکه ارزش H2H توسعه فرهنگ پیشنهاد			

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

در این مرحله، مفاهیم کدگذاری شده در مرحله اول، پس از فشرده‌سازی، در قالب ۲۴ مقوله اصلی و سه مضمون نهایی که سطوح سه‌گانه بازیگران را شامل می‌شود، دسته‌بندی شدند و فعالیت‌های کلیدی بازیگران حوزه گردشگری سلامت را نشان می‌دهند. جدول ۶ نمونه‌ای از خروجی مرحله کدگذاری انتخابی را در مضمون اصلی سطح کلان به تصویر کشیده است.

جدول ۶. نمونه‌ای از کدگذاری اولیه و دسته‌بندی مقوله‌های اصلی و مضامین نهایی متن مصاحبه‌های خبرگان

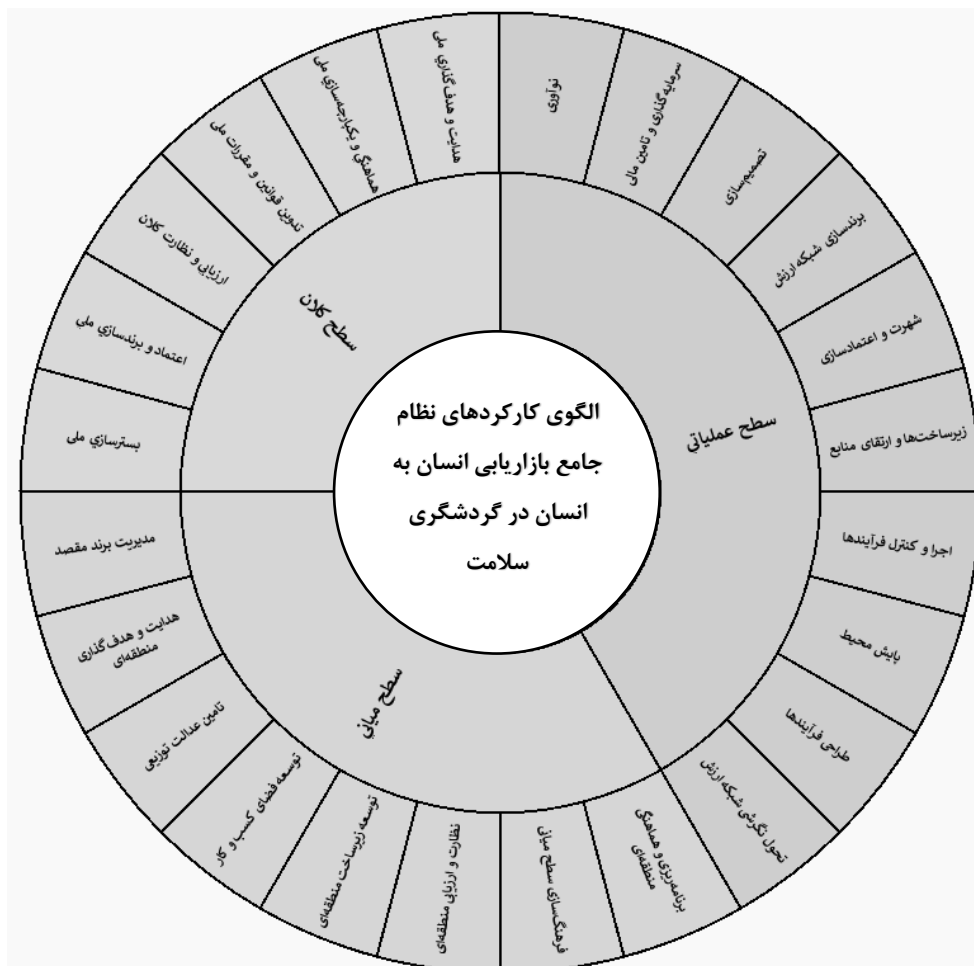
مقولات اصلی	مفاهیم (فعالیت‌ها)	سطوح ذینفعان
اعتماد و برندسازی ملی	تبیین کرامت انسانی و انسان‌محوری در شکل‌دهی برند ملی	سطح کلان
	بکارگیری نتایج پژوهش‌ها و تحلیل داده‌ها از برند ملی	
	برنامه‌ریزی اعتمادسازی منطقه‌ای و بین‌المللی	
	تدوین برنامه‌های اعتمادسازی در سرمایه‌گذاری بخش خصوصی	
	اعتمادسازی در جامعه در خصوص توسعه عدالت توزیعی منافع	
	تمرکز بر ایجاد اعتماد در میان تمامی بازیگران در تمامی سطوح	
هماهنگی و یکپارچه‌سازی	تقویت ارتباط دستگاه‌های سیاست‌گذار و ناظر با همتایان بین‌المللی	سطح کلان
	تقویت کارگروه مشترک دستگاه‌های سیاست‌گذار و ناظر	
	تسهیل ارتباطات نهادهای متولی	

	نوآوری در خدمات و توسعه نگرش پیوستگی در دستگاه‌ها
	تعیین متولی آمار و اطلاعات گردشگری سلامت
هدایت و هدف‌گذاری	تقویت نگرش مرکزیت انسان و خدمت‌محوری در دستگاه‌ها
	طراحی نظام آینده‌پژوهی و فن‌کاوی گردشگری سلامت پایدار
	طراحی نظام رصد و دیده‌بانی گردشگری سلامت
	طراحی نظام نوآوری گردشگری سلامت
	طراحی نظام توانمندسازی علم و فناوری گردشگری سلامت
	طراحی مسیر مشتری مطلوب همه کاناله و رفع عوامل شکست آن
	توسعه بازار هدف گردشگری ایران
	ایجاد نگرش سیستمی و پیوستگی در میان ذینفعان
بستر سازی	تسهیل تبادلات و تعاملات بین‌المللی
	ایجاد سازوکار مشارکت تمامی ذینفعان در تصمیم‌سازی
	ایجاد بستر شبکه‌سازی بازیگران سلامت داخلی با همتایان بین‌المللی
	زمینه‌سازی ایجاد اکوسیستم کارآفرینی نوآورانه در گردشگری سلامت
	زمینه‌سازی ایجاد و توسعه اکوسیستم خدماتی
ارزیابی و نظارت	نظارت بر عملکرد اکوسیستم خدماتی کلان
	شفاف‌سازی عملکرد نظارتی نهادهای متولی
	چابک‌سازی دستگاه‌های سیاست‌گذار در پایش و کنترل مصوبات
تدوین قوانین و مقررات	تدوین و ابلاغ سند توسعه متوازن و پایدار نظام سلامت
	تدوین و ابلاغ قوانین توسعه اقتصاد اشتراکی
	تدوین و ابلاغ قوانین عدالت داده و اطلاعات
	تدوین قوانین محرمانگی اطلاعات بازیگران
	تدوین قوانین امنیت اطلاعات بازیگران
	سند توسعه گردشگری سلامت
	تقویت مشوق‌ها و مجازات‌های اقتصاد تجدیدپذیر

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

در انتهای مرحله کدگذاری انتخابی، مفاهیم کدگذاری شده در مرحله اول، پس از فشرده‌سازی، در قالب ۲۴ مقوله اصلی دسته‌بندی شدند که فعالیت‌های کلیدی بازیگران حوزه گردشگری سلامت را نشان می‌دهند. این کارکردها در سه مضمون نهایی مدیریت کلان، میانی و عملیاتی دسته‌بندی شدند که نتیجه کدگذاری انتخابی را می‌توان در شکل ۲ مشاهده نمود.

شکل ۲. مقوله‌ها و مضامین نهایی بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت



در مرحله کدگذاری نظری، پژوهشگر به تفکر درباره مقوله‌های حاصل در مرحله قبل پرداخته و به صورت تحلیلی به پیوند و ارتباط میان مقوله‌ها می‌پردازد و سعی در کشف ارتباط میان مقوله‌ها دارد. نتیجه حاصل از این مرحله الگوهایی انتزاعی است که مقوله‌های حاصل را در قالب نظریه‌ای علمی با یکدیگر ترکیب می‌کند (گلنزر^۱، ۲۰۰۷). نظریه حاصل نیز مانند کدهای تبلور یافته در مراحل قبلی به شکلی خودجوش ظاهر می‌شوند و اجزای پراکنده ظاهر شده را با منطقی علمی به یکدیگر پیوند می‌دهد (سافروانی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه صنعت گردشگری سلامت شامل طیف گسترده‌ای از ذینفعان و نهادهاست که در سطوح مختلف فعالیت می‌کنند، مفاهیم و مقوله‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌ها بر اساس ماهیت اجرایی یا راهبردی آن‌ها دسته‌بندی شدند. این دسته‌بندی در سه سطح کلان (سازمان‌های ملی و بین‌المللی)، میانی (نهادهای منطقه‌ای و محلی)، و عملیاتی (ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری سلامت) انجام شد. در ادامه و پس از ظهور الگوی نظری نظام یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در صنعت

^۱ Glaser

گردشگری سلامت ، کارکردهای الگوی بازاریابی انسان به انسان در صنعت مذکور، متناظر با مفاهیم و شرح
فعالیت‌های مندرج در جدول، شناسایی شده و نظام جامع به تایید خبرگان رسید.

پس از تبیین الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در صنعت گردشگری سلامت و شناسایی کارکردهای متناظر با مقولات اصلی شناسایی شده در این الگو و تایید خبرگان، به منظور شناسایی ذی‌نفعان مرتبط با هر یک از کارکردهای الگوی حاصل، اطلاعات و مدارک موجود در اسناد، قوانین و منابع موجود در ادبیات موضوع و همچنین منابع علمی و پایگاه‌های داده و... مورد بررسی قرار گرفته و لیستی ابتدایی از بازیگران این حوزه متناسب با کارکردهای الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان و فعالیت‌ها و ماموریت‌های نهادهای مذکور، فراهم گردید. جدول شماره ۷ نمایانگر لیست مستخرج از بررسی اسناد و مدارک علمی و قانونی در حوزه گردشگری سلامت است.

جدول ۷. ذی‌نفعان صنعت گردشگری سلامت مستخرج از مطالعه اسناد

ردیف	حوزه فعالیت نهاد	نهادهای و بازیگران فعال
۱	ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کلینیک‌های تخصصی مراکز توانبخشی و فیزیوتراپی مراکز طب سنتی و مکمل آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی چشمه‌های آب معدنی و آب گرم دریاچه‌های نمک و مراکز نمک‌درمانی مراکز لجن‌درمانی مراکز اسپا و حمام‌های گیاهی دهکده‌های سلامت و مراکز تندرستی مراکز ارائه‌دهنده خدمات ماساژ، یوگا و مدیتیشن شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات تفریحی مراکز ارائه‌دهنده خدمات تغذیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره توسعه فردی مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌درمانی ریزورت‌های تندرستی
۲	ارائه‌دهندگان خدمات اقامتی	هتل‌ها و هتل آپارتمان‌ها مراکز اقامتی ویژه بیماران اقامتگاه‌های سلامت مراکز اقامتی مجاور منابع طبیعی سلامت خانه‌های اجاره‌ای و ویلاها
۳	ارائه‌دهندگان خدمات حمل‌ونقل	شرکت‌های هواپیمایی شرکت‌های حمل‌ونقل زمینی شرکت‌های حمل‌ونقل ریلی خدمات آمبولانس هوایی و زمینی
۴	شرکت‌های تسهیل‌گر و آژانس‌های مسافرتی	آژانس‌های مسافرتی تخصصی گردشگری سلامت شرکت‌های خدمات مسافرتی پلتفرم‌های آنلاین
۵	ارائه‌دهندگان خدمات پشتیبانی	خدمات ترجمه و راهنمایی خدمات بیمه‌ای خدمات امنیتی مراکز اورژانس هلال احمر خدمات لجستیک و تامین‌کنندگان خدمات توریستی و تفریحی
۶	مؤسسات آموزشی و پژوهشی	دانشگاه‌های علوم پزشکی فنی حرفه‌ای مراکز تحقیقاتی
۷	نهادهای نظارتی و حمایتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی سازمان نظام پزشکی

سازمان های استانداردسازی نهادهای قانون گذار		
انجمن های تخصصی گردشگری سلامت سازمان های مردم نهاد سازمان های خیریه	سازمان های غیردولتی مردم نهاد	۸
بانک ها و مؤسسات مالی سرمایه گذاران بخش خصوصی سرمایه گذاران خطرپذیر تامین کنندگان مالی گروهی صرافی ها	ارائه دهندگان خدمات مالی	۹
شرکت های توسعه دهنده نرم افزار شرکت های ارائه دهنده خدمات ارتباطی	ارائه دهندگان خدمات فناوری اطلاعات	۱۰
پارک های علم و فناوری مراکز رشد شتاب دهنده های استارت آپی مراکز تحقیق و توسعه	ارائه دهندگان خدمات نوآوری و توسعه فناوری	۱۱
شرکت های تبلیغاتی رسانه ها مؤسسات فرهنگی مراکز اطلاع رسانی	ارائه دهندگان خدمات فرهنگی و تبلیغاتی	۱۲

منبع: یافته های پژوهش حاضر

به منظور نهایی سازی فهرست ذی نفعان (بازیگران) و اطمینان یافتن از ملاحظه تمامی ذی نفعان متناظر با کارکردهای نظام جامع بازاریابی انسان به انسان، پرسش نامه ای میان پنج تن از خبرگان حوزه گردشگری سلامت توزیع شد که پرسش ها متناظر بر تایید فعالیت ذی نفعان شناسایی شده از طریق مطالعه اسناد و همچنین درخواست معرفی ذی نفعان دیگر فعال در حوزه کارکرد مربوطه بود. روش نمونه گیری در این مرحله بصورت هدفمند بود. جدول شماره ۸ ذی نفعان الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان در گردشگری سلامت به تفکیک سطوح سه گانه کلان (سازمان های ملی و بین المللی)، میانی (نهادهای منطقه ای و محلی)، و عملیاتی (ارائه دهندگان خدمات گردشگری سلامت) را نشان می دهد.

جدول ۸. ذی نفعان الگوی یکپارچه بازاریابی انسان به انسان گردشگری سلامت و کارکردهای متناظر

سطوح ذی نفعان	کارکردها	بازیگران و ذی نفعان
سطح کلان	هدایت و هدف گذاری ملی	وزارت امور خارجه مجلس شورای اسلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی
	هماهنگی و یکپارچه سازی ملی	مجلس شورای اسلامی وزارت امور خارجه وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرکز ملی آمار ایران معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری
	تدوین قوانین و مقررات ملی	مجلس شورای اسلامی وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان محیط زیست قوه قضائیه سازمان ملی استاندارد ایران
	ارزیابی و نظارت کلان	وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان برنامه و بودجه وزارت اقتصاد و دارایی

سازمان بازرسی کل کشور سازمان ملی استاندارد		
وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان برنامه و بودجه وزارت امور خارجه وزارت کشور مجمع تشخیص مصلحت نظام سازمان صدا و سیما سازمان تبلیغات اسلامی اتاق ایران مجلس شورای اسلامی	اعتماد و برندسازی ملی	
وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت امور خارجه وزارت کشور وزارت آموزش و پرورش موسسات فرهنگی پارک‌های علم و فناوری دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی موسسات پژوهشی وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری وزارت راه و شهرسازی سازمان هواپیمایی کشوری سازمان حمل و نقل و پایانه‌های کشور بیمه مرکزی ایران	بستر سازی ملی	
معاونت فرهنگی اجتماعی استانداری شهرداری اتاق بازرگانی نهادهای مردمی مجمع امور صنفی استان	مدیریت برند مقصد	
دانشگاه علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی اداره استاندارد ایران اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی استان انجمن حرفه‌ای گردشگری استان	هدایت و هدف‌گذاری منطقه‌ای	
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان کارگروه گردشگری استان اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی استان دانشگاه علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی استانداری بانک توسعه صادرات	تامین عدالت توزیعی	سطح میانی
پارک‌های علم و فناوری اتاق بازرگانی اداره کل صمت دانشگاه علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی سازمان فنی حرفه‌ای دانشگاه‌ها و مراکز علمی پژوهشی بانک‌ها، موسسات مالی و سرمایه‌گذاران انجمن حرفه‌ای گردشگری استان اداره کل ارتباطات و فناوری اطلاعات	توسعه فضای کسب و کار	
اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی استان دانشگاه علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی پارک‌های علم و فناوری و مراکز رشد و شتاب‌دهنده دانشگاه‌ها و موسسات پژوهشی بانک‌ها، موسسات مالی و سرمایه‌گذاران سازمان منابع طبیعی و آبخیزداری	توسعه زیرساخت منطقه‌ای	

دانشگاه علوم پزشکی اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی انجمن حرفه‌ای گردشگری استان کارگروه گردشگری استان سازمان نظام پزشکی	نظارت و ارزیابی منطقه‌ای	
اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی استان استانداری دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی موسسات پژوهشی و فرهنگی اداره کل آموزش و پرورش استان اداره کل صحت استان انجمن‌ها و مجامع علمی صدا و سیمای استانی اداره کل حفاظت محیط زیست استان ثمنه و سازمان‌ها و انجمن‌های مردم‌نهاد کارگروه تخصصی گردشگری استان	فرهنگ‌سازی سطح میانی	
اداره کل میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی استان دانشگاه علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی کارگروه گردشگری استان انجمن‌های حرفه‌ای گردشگری	برنامه‌ریزی و هماهنگی منطقه‌ای	
مدیران و کارکنان تمامی تامین‌کنندگان و ارائه‌دهندگان پیشانی خدمات گردشگری سلامت و اعضای شبکه ارزش در صنعت مذکور اعم از: بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کلینیک‌های تخصصی مراکز توانبخشی و فیزیوتراپی مراکز طب سنتی و مکمل آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی چشمه‌های آب معدنی و آب گرم دریاچه‌های نمک و مراکز نمک‌درمانی مراکز لجن‌درمانی مراکز اسپا و حمام‌های گیاهی دهکده‌های سلامت و مراکز تندرستی مراکز ارائه‌دهنده خدمات ماساژ، یوگا و مدیتیشن شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات تفریحی مراکز ارائه‌دهنده خدمات تغذیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره توسعه فردی مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌درمانی ریزورتهای تندرستی هتل‌ها و هتل‌آپارتمان‌ها مراکز اقامتی ویژه بیماران مراکز اقامتی مجاور منابع طبیعی سلامت خانه‌های اجاره‌ای و ویلاها شرکت‌های هواپیمایی شرکت‌های حمل‌ونقل زمینی خدمات آمبولانس هوایی و زمینی آژانس‌های مسافرتی تخصصی گردشگری سلامت شرکت‌های خدمات مسافرتی خدمات ترجمه و راهنمایی خدمات بیمه‌ای خدمات توریستی و تفریحی سازمان‌های خیریه صرافی‌ها هلال احمر مراکز اورژانس مراکز اطلاع‌رسانی و تبلیغاتی رسانه‌ها مراکز فرهنگی شرکت‌های توسعه‌دهنده نرم‌افزار شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات ارتباطی	تحول نگرشی شبکه ارزش	سطح عملیاتی
	طراحی فرآیندها	
	پایش محیط	
	اجرا و کنترل فرآیندها	
	زیرساخت‌ها و ارتقای منابع	
	شهرت و اعتمادسازی	
	برندسازی شبکه ارزش	
	تصمیم‌سازی	
	سرمایه‌گذاری و تامین مالی	
	نوآوری	

نگاشت نهادی انجام‌شده در این مطالعه، نقش‌ها و مسئولیت‌های بازیگران در سطوح کلان، میانی، و عملیاتی را مشخص کرده و خلأهای موجود در پشتیبانی نهادی از کارکردهای الگوی پیشنهادی را آشکار ساخته است. این تحلیل، نقشه راهی برای سیاست‌گذاران، مدیران مقاصد گردشگری، و ارائه‌دهندگان خدمات فراهم می‌کند تا با رفع این خلأها، هماهنگی بین‌نهادی را تقویت کرده و زیست‌بومی نوآورانه و پایدار در گردشگری سلامت ایجاد کنند. الگوی پیشنهادی، با تأکید بر مدیریت اعتماد، برندسازی انسان‌محور، و تجربه مشتری، زمینه‌ساز ارتقای تصویر برند مقصد و جلب اعتماد گردشگران سلامت در بازارهای جهانی است.

از منظر نظری، این پژوهش با بسط پارادایم بازاریابی انسان به انسان به حوزه گردشگری سلامت، به غنای ادبیات بازاریابی کمک کرده و چارچوبی چندسطحی برای تحلیل تعاملات نهادی و بازاریابی ارائه می‌دهد. از منظر عملی، پیشنهادات سیاستی ارائه‌شده، از جمله ایجاد نهادهای یکپارچه متولی، تقویت همکاری‌های بین‌نهادی، و بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال برای شخصی‌سازی خدمات، می‌توانند به بهبود عملکرد این صنعت منجر شوند. در نهایت، این پژوهش بر ضرورت گذار به رویکردی انسان‌محور در بازاریابی گردشگری سلامت تأکید دارد که با تقویت اعتماد، هم‌آفرینی ارزش، و پایداری، این صنعت را به‌عنوان محرکی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی جایگاه‌یابی می‌کند.

یافته‌های این پژوهش، با تکیه بر الگوی جامع بازاریابی انسان به انسان، چارچوبی یکپارچه و نظام‌مند برای بازاریابی گردشگری سلامت ارائه می‌دهد که نه تنها از آخرین دستاوردهای علم بازاریابی بهره می‌برد، بلکه با شناسایی جامع ذینفعان در تمامی سطوح و کارکردهای مرتبط، گامی نوین در جهت توسعه پایدار این صنعت برمی‌دارد. این الگو با تأکید بر انسان‌محوری، دیجیتالی‌سازی، و منطق خدمت‌محوری، به‌عنوان رویکردی تکاملی در بازاریابی، توانسته است خلأهای موجود در مطالعات پیشین را پر کند و چارچوبی منسجم برای هماهنگی نهادها و بازیگران در زیست‌بوم اقتصاد خدمت‌محور گردشگری سلامت ارائه دهد.

یکی از نقاط قوت اصلی این پژوهش، شناسایی جامع و کامل ذینفعان در تمامی سطوح (کلان، میانی، و عملیاتی) متناسب با کارکردهای الگوی بازاریابی انسان به انسان است. برخلاف مطالعات پیشین که شناسایی ذینفعان را به‌صورت موضعی و محدود به مقاصد خاص یا بخش‌های خاصی از صنعت گردشگری انجام داده‌اند (مانند هم‌تیمی و آمانج رسولی، ۱۳۹۵؛ بیرد و همکاران، ۲۰۰۹؛ جباری و همکاران، ۱۳۹۱)، این پژوهش با بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و یکپارچه، تمامی ذینفعان مرتبط با فعالیت‌های بازاریابی گردشگری سلامت را در گستره جغرافیایی کشور شناسایی کرده است. این شناسایی شامل نهادهای سیاست‌گذار در سطح کلان (مانند وزارت بهداشت، وزارت میراث فرهنگی، و مجلس شورای اسلامی)، نهادهای منطقه‌ای (مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی و ادارات کل میراث فرهنگی استانی)، و بازیگران عملیاتی (مانند بیمارستان‌ها، آژانس‌های مسافرتی، و مراکز اقامتی) می‌شود. این جامعیت، امکان تحلیل دقیق‌تر روابط بین نهادی و شناسایی خلأهای نهادی را فراهم کرده و به سیاست‌گذاران و مدیران این صنعت کمک می‌کند تا با درک بهتری از نقش هر بازیگر، هماهنگی و هم‌افزایی را در فعالیت‌های بازاریابی تقویت کنند.

مقایسه یافته‌های این پژوهش با مطالعات پیشین نشان‌دهنده برتری الگوی پیشنهادی در ارائه دیدگاهی کل‌نگر و چندسطحی است. برای مثال، مطالعات زکوتی و همکاران (۱۴۰۲) و باقری و همکاران (۱۴۰۲) به ارائه مدل‌های بازاریابی محدود به ابعاد خاصی از آمیخته بازاریابی یا مقاصد خاص (مانند تهران یا دهکده‌های سلامت) پرداخته‌اند. در مقابل، الگوی بازاریابی انسان به انسان این پژوهش، با ادغام مفاهیم تفکر طراحی، دیجیتالی‌سازی، و منطق خدمت‌محوری، چارچوبی ارائه می‌دهد که نه تنها به جنبه‌های عملیاتی بازاریابی (مانند طراحی فرآیندها و پایش محیط) توجه دارد، بلکه بر مدیریت راهبردی (مانند برندسازی و اعتمادسازی) و نگرش انسان‌محور (مانند همدلی و همکاری) تأکید می‌کند. این رویکرد با یافته‌های کاتلر و همکاران (۲۰۲۱، ۲۰۲۳) هم‌راستاست که بر ضرورت تغییر پارادایم بازاریابی از سهام‌دارمحوری به ذینفع‌محوری و تقویت اعتماد از طریق فعال‌سازی برند تأکید دارند.

در حوزه برندسازی، یافته‌های این پژوهش با مطالعات پومرینگ و همکاران (۲۰۱۱، ۲۰۱۷) و وانگ و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد که بر نقش تصویر مثبت برند مقصد در جذب گردشگران تأکید کرده‌اند. با این حال، الگوی پیشنهادی این پژوهش با افزودن بعد انسان‌محوری و هم‌آفرینی ارزش، گامی فراتر از مدل‌های سنتی برندسازی برمی‌دارد. برای مثال، تأکید بر «شکل‌دهی برند انسانی» و «هم‌آفرینی برند» در این الگو، امکان ایجاد ارتباط عمیق‌تر با مشتریان و ذینفعان را فراهم می‌کند که این امر در مطالعات پیشین کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، تمرکز بر مدیریت اعتماد در سطح کلان و میانی، با یافته‌های هاوسمن^۱ و همکاران (۲۰۱۷) که بر نقش اعتماد در کسب مزیت رقابتی تأکید دارند، هم‌راستاست، اما این پژوهش با ارائه راهکارهای عملی مانند برنامه‌ریزی اعتمادسازی منطقه‌ای و بین‌المللی، رویکردی کاربردی‌تر ارائه می‌دهد.

در زمینه دیجیتالی‌سازی، این پژوهش با مطالعات وو و ژیاو (۲۰۰۸) و سعیدبخش و همکاران (۱۳۹۹) که بر نقش بازاریابی الکترونیک و پلتفرم‌های آنلاین در گردشگری سلامت تأکید دارند، همخوانی دارد. با این حال، الگوی بازاریابی انسان به انسان، با تأکید بر «کاهش شکاف دیجیتالی» و «ایجاد پلتفرم‌های انعطاف‌پذیر محصول خدمت‌محور»، رویکردی جامع‌تر ارائه می‌دهد که نه تنها به جنبه‌های فنی دیجیتالی‌سازی توجه دارد، بلکه بر انسان‌محوری و تعاملات احساسی در بستر دیجیتال تأکید می‌کند. این امر به‌ویژه در مقایسه با مدل‌های سنتی بازاریابی الکترونیک که عمدتاً بر شخصی‌سازی و اطلاع‌رسانی متمرکز هستند، تمایز ایجاد می‌کند.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان‌دهنده اهمیت هماهنگی نهادی در موفقیت فعالیت‌های بازاریابی است، که با دیدگاه‌های کلیجین^۲ و همکاران (۲۰۱۲) و سیوتسو و گلداسمیت (۱۴۰۰) مبنی بر تأثیر هماهنگی نهادها بر عملکرد شبکه ارزش هم‌راستاست. نگاشت نهادی انجام‌شده در این پژوهش، خلأهای نهادی (مانند نبود متولی واحد برای آمار و اطلاعات گردشگری سلامت) و تورم نهادی (مانند همپوشانی وظایف در برخی نهادهای کلان) را شناسایی کرده است. این تحلیل، در مقایسه با مطالعات پیشین مانند مسعودی اصل و همکاران (۱۳۹۹) که به جنبه‌های اخلاقی بازاریابی پرداخته‌اند، دیدگاهی عملیاتی‌تر و ساختاری‌تر ارائه می‌دهد.

^۱ Hausmann

^۲ Klijn

از منظر پایداری، این پژوهش با تأکید بر فرهنگ‌سازی و توسعه نگرش پایداری در میان بازیگران، با یافته‌های اگوستینا و همکاران (۲۰۲۳) و جمروزی (۲۰۰۷) که بر ضرورت توجه به ابعاد اجتماعی و زیست‌محیطی در بازاریابی گردشگری تأکید دارند، همخوانی دارد. با این حال، الگوی پیشنهادی این پژوهش با ادغام پایداری در فرآیندهای بازاریابی انسان به انسان (مانند توسعه فرهنگ هم‌آفرینی و نگرش برد-برد)، رویکردی یکپارچه‌تر ارائه می‌دهد که نه تنها به پایداری زیست‌محیطی، بلکه به پایداری اجتماعی و اقتصادی نیز توجه دارد.

در نهایت، این پژوهش با ارائه الگویی جامع که تمامی مقاصد گردشگری در گستره جغرافیایی کشور را در بر می‌گیرد، به خلأ موجود در مطالعات پیشین که عمدتاً بر مقاصد خاص متمرکز بودند (مانند رحمانی و عوض‌پور، ۱۴۰۱؛ صابری و همکاران، ۱۴۰۲) پاسخ داده است. این جامعیت، همراه با شناسایی دقیق ذینفعان و کارکردهای متناظر، امکان پیاده‌سازی الگوی بازاریابی انسان به انسان را در مقیاس ملی فراهم می‌کند و به سیاست‌گذاران و مدیران این صنعت کمک می‌کند تا با بهبود ترتیبات نهادی، تصویر برند مقصد را تقویت کرده و اعتماد گردشگران بالقوه را جلب کنند. پژوهشگران طی فرآیند شناسایی بازیگران و انجام مصاحبه‌ها با خبرگان، با خلاءهای نهادی مواجه شده‌اند که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌گردد:

- خبرگان با اشاره به لزوم ایجاد نهادی متشکل از بازیگران مختلف در سطح کلان گردشگری سلامت به منظور هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت‌های مختلف موثر بر بازاریابی و سیاست‌گذاری در صنعت مذکور، به خلاء این نهاد اشاره نموده و تقویت فعالیت‌های آن را ضامن همسویی اقدامات و سیاست‌گذاری‌ها در صنعت گردشگری سلامت دانسته‌اند. تمرکز این نهاد بر سیاست‌گذاری و اقدامات همسو در کلیه سطوح و ایجاد هماهنگی میان بازیگران در سطوح مختلف و همچنین ایجاد ارتباطات مطلوب به منظور دریافت بازخوردهای لازم و هموارسازی تصمیم‌سازی از لایه‌های پایین‌تر جهت تدوین قوانین و سیاست‌گذاری موثرتر، می‌تواند بسیاری از تنگناها را مرتفع سازد.
- تدوین سند توسعه متوازن پایدار گردشگری سلامت، یکی دیگر از خلاءهای شناسایی شده در جهت بهبود اقدامات و فعالیت‌های بازاریابی در صنعت مذکور است که خود می‌تواند یکی از برون‌دادهای تشکیل و تقویت نهاد پیشنهادی قبلی جهت هماهنگی و یکپارچه‌سازی گردشگری سلامت کشور باشد.
- تدوین قوانین لازم به منظور انجام پیگیری‌های حقوقی و شکایات گردشگران سلامت و ایجاد نهاد داور به منظور رفع خلاء موردنظر، می‌تواند ضمن تامین رضایت گردشگران سلامت، به تقویت اعتماد آن‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر ایجاد برندی مطلوب از این صنعت در اذهان گردشگران و ایجاد تبلیغات شفاهی از طریق آنان منجر گردد.
- شناسایی نهادهای متولی و بازیگران در صنعت گردشگری سلامت که مانند انواع دیگر گردشگری، دارای ضرایب فزاینده و انتفاع‌ذینفعان در لایه‌های متعدد می‌باشد، می‌تواند امکان شناخت روابط میان آن‌ها و نیز اهمیت اقدامات آن‌ها را فراهم نماید. طبیعی است که تدوین قوانین مربوط به تامین عدالت توزیعی منافع و منابع این صنعت میان بازیگران در سطوح مختلف می‌تواند به کارایی و اثربخشی بالاتر اقدامات آنان منجر گردد.

• پارادایم نوین بازاریابی انسان به انسان تمرکز ویژه‌ای بر دیجیتالی‌سازی و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین دیجیتالی جهت جمع‌آوری داده‌های حجیم و درک مشتریان و نیازها و خواسته‌های آنان، به منظور شخصی‌سازی بیشتر خدمات و ایجاد ارتباطی موثرتر دارد. تحقق این مهم منوط به انتصاب متولی واحد و نهادی مسئول دارد تا علاوه بر گردآوری داده‌های موردنیاز گردشگری سلامت برای سیاست‌گذاری مطلوب‌تر و ایجاد ارتباطات نهادی موثرتر، امکان دریافت بازخوردهای مناسب‌تر و به‌هنگام را در صنعت گردشگری سلامت فراهم آورد.

• صنعت گردشگری سلامت از یک سو با اقدامات و فعالیت‌های پیشگیرانه، درمانی و پزشکی و فناوری‌های نوین مرتبط با این حوزه‌ها در بخش‌های تجهیزات و ملزومات سروکار دارد و از سوی دیگر با گسترش روزافزون مسیرهای ارتباطی و همچنین تنوع خواسته‌ها و نیازهای گردشگران سلامت و روندهای متنوع بازار روبروست. بدین سبب طراحی نظام آینده‌پژوهی، نوآوری و فن‌کاوی گردشگری سلامت که به عواملی از این دست پرداخته و ضمن بررسی روندهای ملی، منطقه‌ای و جهانی به سناریونویسی و انجام تدابیر مقتضی در جهت تامین شرایط مطلوب بهره‌برداری از فرصت‌های محیطی پرداخته و بستری مناسب به منظور سیاست‌گذاری و هماهنگی را فراهم سازد، ضروری است.

• با توجه به گستردگی و تنوع نهادهای فعال در حوزه بازاریابی گردشگری سلامت و تفاوت در مسئولیت‌ها، اختیارات، و سطح تأثیرگذاری آن‌ها، طراحی و استقرار نظام جامع بازاریابی برای این صنعت ضروری به نظر می‌رسد. این نظام باید بتواند هماهنگی و هم‌افزایی بین نهادهای مختلف را فراهم کند و خلأها و چالش‌های موجود را شناسایی و رفع نماید. این نظام باید بتواند ارزش‌آفرینی مشترک را برای تمامی ذینفعان، از جمله مشتریان، ارائه‌دهندگان خدمات، و سیاست‌گذاران، به ارمغان آورد. انجام پژوهش حاضر خود در جهت تامین این نیاز از طریق بهره‌گیری از رویکرد نوین بازاریابی انسان به انسان اقدام نموده است.

در بخش تحلیل بازیگران با توجه به ماتریس نهاد/ کارکرد (جدول شماره ۵) می‌توان موارد زیر را بیان نمود:

۱. نهادهای کلیدی در سطح کلان:

وزارت بهداشت و وزارت میراث فرهنگی در اکثر کارکردهای ملی (مانند هدایت و هدف‌گذاری، هماهنگی، تدوین قوانین، اعتماد و برندسازی، و بسترسازی) نقش اصلی را ایفا می‌کنند.

مجلس شورای اسلامی در تدوین قوانین و هدایت و هدف‌گذاری ملی نقش کلیدی دارد.

سازمان برنامه و بودجه و سازمان ملی استاندارد در ارزیابی و نظارت کلان مشارکت دارند.

۲. نهادهای کلیدی در سطح منطقه‌ای:

دانشگاه علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی در کارکردهای منطقه‌ای مانند هدایت و هدف‌گذاری منطقه‌ای، توسعه فضای کسب و کار، و نظارت و ارزیابی منطقه‌ای نقش فعالی دارند.

اداره کل میراث فرهنگی و گردشگری استان در فرهنگ‌سازی سطح میانی و برنامه‌ریزی منطقه‌ای مشارکت می‌کند.

۳. نقش بخش خصوصی:

بخش خصوصی (مانند هتل‌ها و کلینیک‌ها) در کارکردهایی مانند توسعه فضای کسب و کار و برندسازی شبکه ارزش مشارکت دارد، اما نقش آن در کارکردهای کلیدی مانند هدایت و هدف‌گذاری ملی محدود است. این خلاء با تقویت نقش این نهادها در کارکردهای تصمیم‌سازی و مطالبه‌گری قابل بازیابی است. بازیگران سطح عملیاتی در قالب شبکه ارزش قابلیت ایجاد اکوسیستم گردشگری سلامت را دارند که درک اهمیت تقویت و توسعه اکوسیستم و شبکه ارزش در اقبال تمامی بازیگران (حتی رقبا) و ایجاد تحول نگرشی در تمامی سازمان‌ها و کارکنان فعال در این سطح، نقشی اساسی در بهبود عملکرد آن‌ها در کارکردهای دیگر این سطح دارد. تمامی بازیگران در این سطح بایستی نقشی فعال در کارکردهای سطح عملیاتی داشته باشند و هم‌آفرینی ارزش و برند را در قالب شبکه ارزش پیگیری نمایند.

پیشنهاد‌های اجرایی

- در ساختار نظام یکپارچه بازاریابی انسان به انسان، حرکت دوسویه در تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری الزامی است. مشتری نقش کلیدی در طراحی و ارائه خدمات دارد، بنابراین آموزش انسان‌گرایی و استفاده از بینش مشتری در فرآیندهای اداری ضروری است. با تقویت فرهنگ خدمت‌گزاری به مشتری در کلیه ارکان شبکه ارزش می‌توان نتایج بهتری در حوزه سیاست‌گذاری را حاصل نمود.
- توسعه گردشگری پایدار با تمرکز بر دستیابی به اهداف توسعه پایدار، بر ایجاد آینده‌ای پایدارتر و بهبود یافته برای همه تأکید دارد و شامل جنبه‌هایی مانند رفاه انسان، سلامت سیستم‌های طبیعی، صلح، توسعه و حقوق بشر می‌شود. گردشگری پایدار با کاهش اثرات زیست‌محیطی، حفظ فرهنگ‌های محلی و حمایت از جوامع محلی، نقش مهمی در دستیابی به این اهداف ایفا می‌کند. با اتخاذ روش‌های پایدار و همسویی با اهداف توسعه پایدار، شرکت‌های تسهیل‌گر و ارائه‌دهنده خدمات گردشگری سلامت می‌توانند به رشد پایدار صنعت کمک کرده و اثرات منفی محیطی و اجتماعی آن را به حداقل برسانند. در این راستا تدوین سند توسعه متوازن پایدار گردشگری سلامت می‌تواند هماهنگی و همسویی لازم میان بازیگران را جهت تحقق اهداف ایجاد نماید.
- کیفیت زندگی اجتماعی به عنوان یک عامل کلیدی در توسعه گردشگری پایدار مطرح شده است. ساکنان محلی نقش حیاتی در پیشبرد این فرآیند ایفا می‌کنند بنابراین، ایجاد نگرش مثبت و فراهم آوردن تجربیات مطلوب برای ساکنان و گردشگران، به طور همزمان منافع متعددی را برای همه ذینفعان به همراه خواهد داشت. تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی و استفاده از رسانه‌های محلی (رادیو، تلویزیون، شبکه‌های اجتماعی) برای انتشار اطلاعات مرتبط با گردشگری سلامت و اهداف توسعه پایدار، تشکیل کمپین‌های فرهنگ‌سازی، مشارکت دادن رهبران محلی و چهره‌های شناخته‌شده در این کمپین‌ها برای افزایش تأثیرگذاری، ایجاد مشوق‌های اقتصادی و اجتماعی (مانند تخفیف‌های خدمات بهداشتی یا آموزشی) به جوامع محلی که در فعالیتهای گردشگری سلامت مشارکت می‌کنند، تقدیر از افراد و گروه‌هایی که در حفظ محیط زیست و فرهنگ محلی نقش فعالی ایفا می‌کنند، توسعه زیرساخت‌های مشارکتی از طریق ایجاد پلتفرم‌های مشارکتی (مانند انجمن‌های محلی یا گروه‌های آنلاین) برای تسهیل تعامل بین جامعه میزبان و فعالان صنعت گردشگری سلامت و همچنین تشویق جامعه محلی به

مشارکت در طراحی و اجرای برنامه‌های بازاریابی گردشگری سلامت، ارتقای نگرش مثبت نسبت به گردشگران سلامت از طریق برگزاری رویدادهای فرهنگی و اجتماعی که تعامل بین جامعه میزبان و گردشگران سلامت را افزایش می‌دهد و نیز آموزش جامعه محلی درباره اهمیت احترام به تنوع فرهنگی و نیازهای ویژه گردشگران سلامت و در نهایت حفظ و تقویت فرهنگ محلی از طریق حمایت از پروژه‌هایی که به حفظ و معرفی فرهنگ محلی به گردشگران سلامت کمک می‌کنند و ایجاد فرصت‌های اقتصادی برای جوامع محلی از طریق فروش محصولات و خدمات فرهنگی به گردشگران سلامت، اقداماتی در جهت بهبود کیفیت زندگی اجتماعی و توسعه گردشگری پایدار و در نتیجه همسویی بیشتر جامعه محلی و صنعت گردشگری سلامت را سبب می‌گردد.

- منطق حاکمیت خدمت بر اساس شاخص‌های اقتصاد خدمت‌محور، بر یکپارچه‌سازی بخش‌های جدا از هم و هم‌آفرینی ارزش در اکوسیستم‌های مبتنی بر همکاری تأکید دارد. برای دستیابی به این هدف، باید از بخشی‌نگری در سیاست‌گذاری‌های کلان و میانی پرهیز کرد و سیاست‌های مرتبط با صنعت گردشگری سلامت را با مشارکت بخش‌ها و نهادهای متنوع و متکثر تدوین و اجرا نمود. این رویکرد به برآوردن نیازهای مشتریان در سطوح مختلف و در نهایت رضایت مشتری نهایی منجر می‌شود. بنابراین زمینه‌سازی برای یکپارچه‌سازی متولی گردشگری سلامت در بخش‌های مختلف این صنعت از طریق ایجاد چارچوب‌های همکاری بین بخش‌های دولتی، خصوصی و نهادهای عمومی برای ارائه خدمات یکپارچه و توسعه شبکه‌های ارزش که ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، هتل‌ها، آژانس‌های مسافرتی و سایر بازیگران را مرتبط سازد و طراحی سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه برای تسهیل تبادل داده‌ها و هماهنگی بین بخش‌ها در کنار تدوین سیاست‌های کلان و میانی مبتنی بر هم‌آفرینی از طریق تشکیل کمیته‌های سیاست‌گذاری با مشارکت نمایندگان بخش‌های مختلف (دولتی، خصوصی، دانشگاهی و جامعه مدنی) و تدوین سیاست‌هایی که نیازهای مشتریان و بازیگران را در سطوح مختلف (کلان، میانی و عملیاتی) را در نظر بگیرند و ایجاد مکانیزم‌های نظارتی برای اطمینان از اجرای مؤثر سیاست‌ها و هماهنگی بین بخش‌ها الزامی است.

- توسعه اکوسیستم‌های مبتنی بر همکاری از طریق تشویق همکاری بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، مراکز اقامتی، آژانس‌های مسافرتی و سایر بازیگران برای ایجاد ارزش مشترک و حمایت از تشکیل کنسرسیوم‌ها و اتحادیه‌های صنفی برای تسهیل همکاری و اشتراک‌گذاری منابع و همچنین ایجاد پلتفرم‌های دیجیتالی برای تسهیل تعامل و هماهنگی بین بازیگران مختلف در کنار تمرکز بر نیازهای مشتریان اکوسیستم گردشگری سلامت در سطوح مختلف از طریق انجام تحقیقات بازار برای شناسایی نیازها و ترجیحات مشتریان در سطوح مختلف (کلان، میانی و عملیاتی) و طراحی خدمات و محصولات متناسب با نیازهای خاص هر گروه از مشتریان و ایجاد سیستم‌های بازخورد سریع برای بهبود مستمر خدمات بر اساس نظرات مشتریان می‌تواند تحقق هدف را تسهیل سازد.

- به منظور دیجیتالی‌سازی فرآیندها و ایجاد تجربه‌های ناب برای مشتریان و خدمت‌رسانان در گردشگری سلامت، تدوین و اجرای قوانین محرمانگی داده‌ها از طریق ایجاد چارچوب‌های قانونی برای حفظ حریم خصوصی و امنیت داده‌های مشتریان و بازیگران و نیز آموزش کارکنان و ذینفعان درباره اهمیت رعایت اصول اخلاقی در استفاده از داده‌ها در کنار نظارت مستمر بر اجرای قوانین و اعمال جریمه‌های مناسب در صورت تخلف، توسعه زیرساخت‌های تبادل و پردازش داده‌ها و ایجاد پلتفرم‌های امن و یکپارچه برای تبادل داده‌ها میان ارائه‌دهندگان خدمات، مشتریان و نهادهای مرتبط و استفاده از فناوری‌های پیشرفته مانند هوش مصنوعی و یادگیری ماشین برای تحلیل داده‌ها و بهبود

تصمیم‌گیری به همراه توسعه سیستم‌های مدیریت داده‌ها برای جمع‌آوری، ذخیره‌سازی و پردازش اطلاعات به صورت کارآمد، سرمایه‌گذاری در فناوری‌های دیجیتال و اختصاص بودجه‌های لازم برای خرید و توسعه فناوری‌های نوین در حوزه گردشگری سلامت و تشویق بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در پروژه‌های دیجیتالی‌سازی فرآیندها در کنار حمایت از استارت‌آپ‌ها و شرکت‌های فناوری‌محور فعال در این حوزه، آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی و برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان و مدیران در زمینه فناوری‌های دیجیتال و مدیریت داده‌ها در کنار توسعه برنامه‌های آموزشی برای بومی‌سازی فناوری‌ها و تطبیق آن‌ها با نیازهای محلی به همراه ایجاد مراکز آموزشی تخصصی برای تربیت نیروهای متخصص در حوزه دیجیتالی‌سازی، ارتقای تجربه مشتریان از طریق دیجیتالی‌سازی از طریق طراحی پلتفرم‌های آنلاین برای رزرو خدمات، مشاوره پزشکی و پیگیری درمان و ارائه خدمات شخصی‌سازی شده بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده از مشتریان در کنار استفاده از واقعیت مجازی^۱ و واقعیت افزوده^۲ برای بهبود تجربه گردشگران سلامت می‌تواند شرایط لازم برای تحقق یکی از سه مولفه اصلی الگوی بازاریابی انسان به انسان را فراهم سازد. در این راستا ایجاد شبکه‌های ارزش دیجیتال و همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، هتل‌ها، آژانس‌های مسافرتی و سایر بازیگران برای ایجاد شبکه‌ای یکپارچه و توسعه مکانیزم‌های هماهنگی و تبادل اطلاعات بین بازیگران مختلف صنعت گردشگری سلامت و ایجاد سیستم‌های بازخورد سریع برای بهبود مستمر خدمات، می‌تواند تحقق هدف را دست‌یافتنی‌تر نماید.

¹ Virtual Reality (VR)

² Augmented Reality (AR)

منابع

- احمدی، سید احمد؛ پاک نژاد ریزی، سید محمدمهدی؛ رئیسی، پوران، (۱۴۰۱)، بررسی عوامل مؤثر بر بازاریابی گردشگری سلامت در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران. بیمارستان، (۲۱(۲)، ۴۸-۵۹.
- [20.1001.1.20081928.1401.21.2.5.9](https://doi.org/10.1001.1.20081928.1401.21.2.5.9)
- ارفعی، عزیز؛ نمایان، فرشید، (۱۴۰۱)، شناسایی مولفه‌های بازاریابی گردشگری با استفاده از روش فراترکیب، *مطالعات اجتماعی گردشگری*، (۲۰(۱۰)، ۲۱۱-۲۳۴.
- اسدی، عباس؛ حیدرزاده، کامبیز؛ خون سیاوش، محسن؛ علیقلی، منصوره، (۱۴۰۰)، ارائه الگوی بازاریابی گردشگری در شهر تهران با رویکرد آمیخته و اعتباریابی آن. *گردشگری و توسعه*، (۴(۱۰)، ۳۱-۵۰. doi:10.22034/jtd.2020.224218.2033
- اسعدی، میرمحمد؛ باصولی، مهدی؛ راسخی، مهنازالسادات، (۱۳۹۹)، تحلیل زیرساخت‌های گردشگری سلامت با رویکرد نگاشت‌شناختی، *مطالعات مدیریت گردشگری*، (۵۰(۱۵)، ۲۷۷-۲۹۷. doi: 10.22054/tms.2020.18955.1525
- اکبریان رونیزی، سعیدرضا و بدری، سیدعلی، (۱۳۹۴)، تحلیل درک ذینفعان از آثار و پیامدهای توسعه گردشگری در نواحی روستایی نمونه موردی: منطقه لوانانات، *جغرافیا و توسعه*، (۳۸(۱۳)، ۴۷-۶۲.
- امین بیدختی، علی اکبر؛ زرگر، سید مجتبی؛ نظری، ماشالله، (۱۳۸۹)، آمیخته بازاریابی راهبردی در صنعت گردشگری، *مطالعات مدیریت راهبردی*، (۳(۱)، ۴۹-۶۸. doi:10.1001.1.22286853.1389.1.3.3.6
- باقری، علی؛ روستا، علیرضا؛ فروزنده، لطف‌الله؛ آسایش، فرزاد، (۱۴۰۲)، مدل بازاریابی گردشگری سلامت (مطالعه موردی: شهر تهران). *گردشگری فرهنگ*، (۱۳(۴)، ۴۶-۶۱. doi: 10.22034/toc.2023.389929.1114
- پاشایی‌فر، علیرضا؛ رضانی، مجتبی؛ جنتی، علی؛ علوی متین، یعقوب؛ بوداقی خواجه نوبر، حسین، (۱۴۰۰)، طراحی الگوی بازاریابی گردشگری پزشکی به روش فراترکیب، *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، (۳(۶)، ۲۶۰-۲۷۵. doi:10.18502/mshsj.v6i3.8043
- پیاهور، محمد؛ کریمی زند، مهدی؛ عسگری، غلامرضا، (۱۳۹۹)، ارائه مدل آمیخته بازاریابی برای توسعه صنعت گردشگری ایران، *چشم‌انداز مدیریت بازرگانی*، (۱۹(۴۱)، ۱۱۹-۱۳۶. doi:10.52547/jbmp.19.41.119
- ثانوی گروسیان، وحید؛ میرابی، وحیدرضا؛ کردلویی، حمیدرضا؛ حسن پور، اسماعیل، (۱۳۹۹)، ارائه مدل گردشگری سلامت با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری (مورد مطالعه شهر مشهد)، *پژوهشنامه بازرگانی*، (۹۷(۲۵)، ۲۳-۵۰. doi:10.1001.1.17350794.1399.25.97.2.0
- جباری، علیرضا؛ فردوسی، مسعود؛ کیوان آرا، محمود و آقارجمی، زهرا، (۱۳۹۱)، تحلیل ذینفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان، *مدیریت اطلاعات سلامت*، (۶(۹)، ۸۱۶-۸۷۸.
- چشم‌براه، محسن؛ آصفی، سمانه و منصوریان، علیرضا، (۱۴۰۰)، شناسایی، اولویت بندی و تحلیل ذینفعان منطقه گردشگری ونک مبتنی بر دوگانه پتانسیل همکاری- تهدید و روش SAW، *فضای گردشگری*، (۴۱(۱۱)، ۱۷-۳۶.
- حسن زاده، مریم؛ دل افروز، نرگس؛ قلی پور سلیمانی، علی؛ شاهرودی، کامبیز، (۱۴۰۰)، طراحی مدل هم‌آفرینی ارزش در صنعت گردشگری سلامت استان گیلان، *مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی*، (۲(۶)، ۳۲۳-۳۰۹. doi:10.1001.1.25385968.1400.16.2.7.2.309
- دانایی فرد، حسن؛ امامی، سیدمجتبی، (۱۳۸۶)، استراتژی‌های پژوهش کیفی: تاملی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، *اندیشه مدیریت*، (۲(۲)، ۶۹-۹۷. doi:10.30497/smt.2007.104
- دلنایی فرد، حسن و مظفری، زینب، (۱۳۸۷)، ارتقای روایی و پایایی در پژوهش‌های کیفی مدیریتی: تاملی بر استراتژی‌های ممیزی پژوهشی، *پژوهش‌های مدیریت*، (۱(۱)، ۱۶۲-۱۳۱.

- رحمانی، فاطمه؛ عوض پور، پژمان، (۱۴۰۱)، بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی در شهر مشهد، *مطالعات اجتماعی گردشگری*، ۱۱(۲۱)، ۱۱۹-۱۴۴.
- رضایی مقدم، علی؛ مشکینی، ابوالفضل و رکن‌الدین افتخاری، عبدالرضا، (۱۳۹۸)، اولویت‌بندی ذینفعان گردشگری مذهبی کلان‌شهر مشهد، *گردشگری شهری*، ۶(۴)، ۱۲۹-۱۴۳.
- زارعی، عظیم؛ آذر، عادل؛ رضایی راد، مصطفی، (۱۳۹۵)، سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت، برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۵(۱۸)، ۳۳-۵۳.
- زکاوتی، فروغ؛ آندرواژ، لیلا؛ زرین جویی، سهیلا، (۱۴۰۲)، طراحی مدل بازاریابی گردشگری سلامت در دهکده‌های سلامت، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱۱(۱)، ۹۳-۸۱. [doi: 10.52547/ijhehp.11.1.81](https://doi.org/10.52547/ijhehp.11.1.81)
- ساغروانی، سیمیا؛ مرتضوی، سعید؛ لگزیان، محمد و رحیم نیا، فریبرز، (۱۳۹۳)، «تحمیل» نظریه به داده‌ها و یا «ظهور» نظریه از داده‌ها: نظریه پردازی در علوم انسانی و اجتماعی، با روش‌شناسی نظریه داده‌بنیاد، *پژوهش‌نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۴(۱)، ۱۷۰-۱۵۱. [doi: 10.22067/fe.v4i1.32079](https://doi.org/10.22067/fe.v4i1.32079)
- سیو تسو، رودولا اچ و گلداسمیت، رونالد ارل، (۱۴۰۰)، بازاریابی استراتژیک در خدمات‌دهی گردشگری، ترجمه شفیع، زاهد، چاپ اول، اصفهان، انتشارات کنکاش.
- صابری، ساناز؛ میری، عبدالرضا؛ زکی پور، مهدی، (۱۴۰۲)، ارائه مدل بازاریابی گردشگری سلامت با استفاده از رویکرد ترکیبی، *مدیریت تبلیغات و فروش*، ۴(۳)، ۲۱۰-۱۹۵. [doi: JABM.3.2.15564.980251521](https://doi.org/10.215564.980251521)
- صنایعی، علی؛ سلیمی، احمد؛ امامی، مهدی، (۱۴۰۰)، بازاریابی ۵ و بازاریابی انسان به انسان، تهران: انتشارات چاپ و نشر بازرگانی.
- ضرغام بروجنی، حمید؛ ایوبی یزدی، حمید؛ اکبرپور، تقی، (۱۳۹۰)، مشارکت ذینفعان در برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری؛ جایگاه، مدیریت و چالش‌ها، همایش مدیریت و توسعه گردشگری، چالش‌ها و راهکارها، تهران.
- عباس‌زاده، محمد، (۱۳۹۱)، تاملی بر اعتبار و پایایی در پژوهش‌های کیفی، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۴۵)، ۳۴-۱۹. [20.1001.1.20085745.1391.23.1.2.5](https://doi.org/10.1001.1.20085745.1391.23.1.2.5)
- عربشاهی، احمد؛ آریان‌فر، مرتضی، (۱۳۹۲)، گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی-درمانی ایران، فضای گردشگری، ۳(۹)، ۱۵۳-۱۳۳.
- لطفی آشتیانی، سید محسن؛ اندرواژ، لیلا و آلبونعمی، ابراهیم، (۱۴۰۲)، ارائه مدل بازاریابی دیجیتال در صنعت گردشگری پزشکی ایران، *فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۸(۶۲)، ۱۶۱-۲۰۲. [doi: 10.22054/tms.2023.73715.2837](https://doi.org/10.22054/tms.2023.73715.2837)
- مسعودی اصل، ایروان؛ نجفی پور مقدم، فاطمه؛ حسام، سمیه؛ محمودی فراهانی، محمود، (۱۳۹۹)، الگوی بازاریابی در گردشگری سلامت با تاکید بر مولفه‌های اخلاقی، *اخلاق در علوم و فناوری*، ۱۵(۴)، ۱۱۳-۱۲۱. [20.1001.1.22517634.1399.15.4.16.8](https://doi.org/10.1001.1.22517634.1399.15.4.16.8)
- مشبکی، اصغر؛ ملک‌اخلاق، اسماعیل، (۱۳۸۲)، طراحی الگوی سیاست‌گذاری در بازاریابی صنعت جهانگردی ایران، *راهبردهای بازرگانی*، ۱(۲)، ۶۵-۷۴.
- ملک اخلاق، اسماعیل؛ اکبری، محسن؛ مقدادی کاسانی، حسن، (۱۳۹۵)، بررسی تاثیر بازاریابی رسانه‌های اجتماعی بر اثربخشی تبلیغات و جذب گردشگران سلامت، دومین همایش بین‌المللی نوآوری، توسعه و کسب و کار، تهران، <https://civilica.com/doc/573305>
- منصوری، سیدحسین؛ اسماعیل پور، حسن؛ سعیدنیا، حمیدرضا، (۱۴۰۰)، طراحی مدل بازاریابی گردشگری پزشکی با استفاده از رویکرد داده بنیاد (یک مطالعه کیفی)، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۴)، ۳۵۱۶-۳۵۰۵. [doi:10.22038/mjms.2021.19565](https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19565)

واعظی، رضا؛ چکین، میثم؛ اصلی پور، حسین، (۱۳۹۷)، چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون. مطالعات مدیریت گردشگری، (۴۱) ۱۳، ۴۰-۱. [doi: 10.22054/tms.2018.19752.1548](https://doi.org/10.22054/tms.2018.19752.1548).

همتی، محمد؛ آمانج رسولی، محمد، (۱۳۹۵)، ذی‌نفعان و نوع نگاه آن‌ها به اثرات گردشگری (مطالعه موردی: اورامان تخت). فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، (۲۵) ۶، ۸۴-۶۹.

References

- Agustina, Y., Wijijayanti, T., Winarno, A., & Rahayu, W. P. (2023). The Economarketing Model: Development of Productive and Sustainable Tourism Area. *International Journal of Professional Business Review*, 8(2), 5.
- Büyüközkan, G., Mukul, E., & Kongar, E. (2021). Health tourism strategy selection via SWOT analysis and integrated hesitant fuzzy linguistic AHP-MABAC approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 74, 100929.
- Byrd, E. T., Bosley, H. E., & Dronberger, M. G. (2009). Comparisons of stakeholder perceptions of tourism impacts in rural eastern North Carolina. *Tourism management*, 30(5), 693-703.
- Charter, M. (Ed.). (2017). *Greener marketing: A responsible approach to business*. Routledge.
- Courtney, L., & Valverde, L. (2010). Potential impacts of medical tourism on health care in Costa Rica. *Costa Rica: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica*, 1-10.
- Dimon, A. (2013). *Wellness travel: 10 trends for 2014 and beyond*. *Travelmarketreport.com*. Retrieved 2013-12-01.
- Edgell Sr, D. L., Ruf, K. M., & Agarwal, A. (2000). Strategic marketing planning for the tourism industry. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 8(3), 111-120.
- Figueiredo, N., Abrantes, J. L., & Costa, S. (2024). Mapping the Sustainable Development in Health Tourism: A Systematic Literature Review. *Sustainability*, 16(5), 1901.
- Klijjn, E. H., Eshuis, J., & Braun, E. (2012). The influence of stakeholder involvement on the effectiveness of place branding. *Public management review*, 14(4), 499-519.
- Ghosh, T., & Mandal, S. (2019). Medical tourism experience: Conceptualization, scale development, and validation. *Journal of travel research*, 58(8), 1288-1301.
- Glaser, B. G., & Holton, J. (2007). Remodeling grounded theory. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung. Supplement*, 47-68.
- Hardy, A. L., & Beeton, R. J. (2001). Sustainable tourism or maintainable tourism: Managing resources for more than average outcomes. *Journal of Sustainable tourism*, 9(3), 168-192.
- Hausmann, A., Slotow, R., Fraser, I., & Di Minin, E. (2017). Ecotourism marketing alternative to charismatic megafauna can also support biodiversity conservation. *Animal Conservation*, 20(1), 91-100.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Källström, L., & Ripoll González, L. (2024). Unravelling the link between actors' roles in place branding processes and brand citizenship behaviour. *Place Branding and Public Diplomacy*, 1-10. [doi:10.1057/s41254-024-00350-9](https://doi.org/10.1057/s41254-024-00350-9).
- Kamassi, A., Abd Manaf, N. H., & Omar, A. (2020). The identity and role of stakeholders in the medical tourism industry: state of the art. *Tourism Review*, 75(3), 559-574.
- Khoa, N. D. (2020). Economic Motives and Problems of Health Tourism in Asia Pacific. *Czech Journal of Tourism*, 9(1), 22-40. DOI: 10.2478/cjot-2020-0002.
- Kim, H. L., & Hyun, S. S. (2022). The future of medical tourism for individuals' health and well-being: a case study of the relationship improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5735.
- Kotler, P., Pfoertsch, W., Sponholz, U., & Sulaj, K. (2024). *An Instructor's Manual to H2H Marketing Case Studies*. Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-49005-7>.
- Kotler, P., Pfoertsch, W., Sponholz, U. & Maximilian H. (2023). *H2H Marketing Case Studies on Human-to-Human Marketing*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-22393-8>

- Kotler, P., Pfoertsch, W., & Sponholz, U. (2021). *H2H Marketing: The Genesis of Human-to-Human Marketing*. Cham: Springer.
- Lucky, H. M., & Gemina, D. (2018, September). Tourism Marketing Model Based on Culture That Triggers the Empowerment of SMEs (The Study on KSPN in West Java, Indonesia). In 2nd Bogor International Conference for Social Science (BICSS) . LPPM Universitas Djuanda.
- 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.
- Omidi, A., Pooya, A., Bastam, H., & Hosseinzadeh, A. (2021). Provide agile marketing capability model for the development of health tourism industry. *Iranian Journal of Operations Research*, 12(1), 93-108.
- Park, E., Choi, B. K., & Lee, T. J. (2019). The role and dimensions of authenticity in heritage tourism. *Tourism Management*, 74, 99-109.
- Pomering, A. (2017). Marketing for sustainability: Extending the conceptualisation of the marketing mix to drive value for individuals and society at large. *Australasian Marketing Journal*, 25(2), 157-165.
- Pomering, A., & Johnson, L. W. (2018). Building Sustainability into Services Marketing: Expanding decision-making from a mix to a matrix. *Sustainability*, 10(9), 2992.
- Pomering, A., Noble, G., & Johnson, L. W. (2011). Conceptualising a contemporary marketing mix for sustainable tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 19(8), 953-969.
- Ramanauskas, J., Banevičius, Š., & Jerochina-Labanauskienė, J. (2023). Aspects of the socio-economic impact of health tourism. *Baltic Journal of Economic Studies*, 9(5), 23-32. DOI: 10.30525/2256-0742/2023-9-5-23-32
- 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. doi.org/10.1016/j.jdmm.2018.05.003
- Smith, R., Álvarez, M. M., & Chanda, R. (2011). Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health policy*, 103(2-3), 276-282.
- Suthin, K., Assenov, I., & Tirasatayapitak, A. (2007, May). Medical Tourism: Can supply keep up with the demand. In *Proceedings, APac-CHRIE & Asia Pacific Tourism Association Joint Conference* (pp. 23-27).
- Tham, A. (2018). Sand, surgery and stakeholders: A multi-stakeholder involvement model of domestic medical tourism for Australia's Sunshine Coast. *Tourism management perspectives*, 25, 29-40.
- (2020). UNWTO World Tourism Barometer. Madrid, Spain: UNWTO. 18 (2).
- Vargo, S. L., Lusch, R. F., Akaka, M. A., & He, Y. (2017). Service-dominant logic: A review and assessment. *Review of marketing research*, 125-167.
- Wang, L., Wang, X., Song, M., & Niu, T. (2022). Marketing Model of Tourism Enterprises Based on New Media Environment. *International Journal of Antennas and Propagation*, 2022(1), 5273167.
- Wray, M., Dredge, D., Cox, C., Buultjens, J., Hollick, M., Lee, D., ... & Lacroix, C. (2010). Sustainable regional tourism destinations: Best practice for management, development and marketing. *Goldcoast: CRC for Sustainable Tourism Pty Ltd*.
- Wu, S., & Jiao, J. (2008, October). Virtual Community based marketing: A conceptual model for tourism industry. In *2008 4th International Conference on Wireless Communications, Networking and Mobile Computing* (pp. 1-5). IEEE.
- ZamanPour, O., Andervazh, L. and Arya, K. (2024). Explaining the pattern of using experiential marketing in building tourism dreams. *International Journal of Nonlinear Analysis and Applications*, 15(4), 195-202. doi: 10.22075/ijnaa.2023.29784.4257.