

تأثیر پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران (مورد مطالعه: استان کرمانشاه)

ناهید جلیلیان^۱ بیژن رضایی*^۲ علی بدیع‌زاده^۳

چکیده

گردشگری سلامت به صورت امروزی تقریباً موضوع جدیدی است که کشورهای پیشرفته و در حال به‌عنوان یک منبع درآمدی جدید در آن سرمایه‌گذاری می‌کنند. کشور ایران نیز به دلیل امکانات پزشکی و شرایط منطقه‌ای در کشورهای همسایه، پتانسیل بالایی در این حوزه دارد؛ از این رو هدف پژوهش حاضر، تحلیل پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را جامعه متخصصان فعال در حوزه گردشگری سلامت استان کرمانشاه به تعداد ۹۴ نفر تشکیل می‌دهند که ۷۵ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این پژوهش با روش و پارادایم اثبات‌باوری و رویکرد قیاسی به روش پیمایش، اجرا شده است. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای محقق ساخته که روایی صوری و محتوایی پرسشنامه براساس نظر متخصصان، و روایی سازه نیز براساس تحلیل عاملی-تأییدی، تأیید شده و با آزمون آلفای کرونباخ، پایایی آن نیز تأیید گردید. برای تجزیه و تحلیل داده از الگوی معادلات ساختاری با روش PLS به کمک نرم‌افزار Smart-PLS استفاده شد که نتایج آن نشان می‌دهد پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم و شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است. همچنین پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان کرمانشاه، بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر می‌باشد. در نهایت پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت نقش تعدیلی ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: اکوسیستم کارآفرینی، گردشگری سلامت، گردشگری درمانی، گردشگری پزشکی، استان کرمانشاه

^۱ دانشجوی دکتری، گروه کارآفرینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
njjalilian@yahoo.com

^۲ استادیار، گروه کارآفرینی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول)
b.rezaee@razi.ac.ir

^۳ استادیار، گروه کارآفرینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
abadizadeh@gmail.com

مقدمه

یکی از حوزه‌های مهم در گردشگری، «گردشگری سلامت»^۱ بوده که به‌صورت امروزی تقریباً موضوع جدیدی است. این موضوع پس از بحران مالی آسیا به‌وجود آمد و منجر به این شد که تعدادی از بیمارستان‌های خصوصی در برخی کشورها، به‌دنبال خلع منابع جدید مالی باشند. در سال ۲۰۰۳ حدود سه میلیون و پانصد هزار بیمار از کشورهای توسعه‌یافته، به کشورهای در حال توسعه به‌منظور دریافت خدمات سلامت سفر کردند (جباری و همکاران^۲، ۲۰۱۲). کارشناسان پیش‌بینی می‌کنند صنعت گردشگری در سال ۲۰۲۰ به سودآورترین صنعت جهان تبدیل شود؛ بنابراین گرایش کشورها در سطوح مختلف برای کسب مزیت در این حوزه بیشتر شده است (استاسکونتریداکی^۳، ۲۰۱۷). گردشگری سلامت دو حوزه «گردشگری تندرستی»^۴ و «گردشگری پزشکی»^۵ یا «گردشگری درمانی» را شامل می‌شود (وویگت و همکاران^۶، ۲۰۱۱). محققان و سازمان‌های مختلف هر یک بنا به نیاز و درک خود از این صنعت، مدل و طبقه‌بندی مختلفی از گردشگری سلامت ارائه داده‌اند که در برخی جزئیات با یکدیگر تفاوت دارند. به‌عنوان مثال کوکران (۲۰۰۸)، گردشگری سلامت را به قرار زیر به سه بخش عمده تندرستی، درمانی و پزشکی تقسیم کرده است: گردشگری تندرستی، مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آبگرم برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا، بدون مداخله و نظارت پزشکی را گویند. در این نوع از گردشگری سلامت، معمولاً گردشگر بیماری جسمی مشخصی ندارد. گردشگری درمانی، مسافرت به‌منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت، تحت نظارت و مداخله پزشکی را گویند. در گردشگری پزشکی، مسافرت به‌منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی صورت می‌گیرد. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه، نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی (مانند اسپاها) باشد (کائور^۷، ۲۰۱۶).

یکی از شیوه‌های گسترش و توسعه گردشگری سلامت، مطرح کردن آن در قالب اکوسیستم‌های کارآفرینی می‌باشد (بادولسکو و بادولسکو^۸، ۲۰۱۴). اکوسیستم واژه‌ای مرکب از «اکو» و «سیستم» است که ریشه در محیط‌زیست^۹ و روابط چیزهای زنده با محیط پیرامون خود دارد. اکوسیستم مجموعه‌ای از ارگانیزم‌هایی است که در تعامل با یکدیگر

¹ Health Tourism

² Jabbari, A., Delgoshaei, B., Mardani, R., & Tabibi, S. J

³ Skountridaki, L.

⁴ Wellness Tourism

⁵ Medical Tourism

⁶ Voigt, C., Laing, J., Wray, M., Brown, G., Howat, G., Weiler, B., & Trembath, R.

⁷ Kaur, P.

⁸ Badulescu, D., & Badulescu, A.

⁹ Ecology

و محیط اطراف خویش، ماده و انرژی را تبادل می کنند (دورست و پوتنام^۱، ۲۰۱۳). پلتونومی و وری^۲ اکوسیستم کسب و کار را ساختار پویایی می دانند که جمعیت سازمان ها را به هم متصل کرده است. این سازمان ها می توانند شرکت های کوچک و بزرگ، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی، سازمان های بخش دولتی و سایر احزاب باشند که بر سیستم تأثیر می گذارند (پلتونیمی و وری، ۲۰۰۴). اکوسیستم، مجموعه ای از دورنماهای فرهنگی متمرکز، شبکه های اجتماعی، حمایت مالی، دانشگاه ها و سیاست های اقتصادی فعالی است که محیط های حمایتی از کسب و کار مخاطره آمیز مبتنی بر نوآوری را خلق می کند و به عنوان ابزاری حیاتی در ایجاد اقتصادی منعطف، نوآور و کارآفرین نقش دارد. اکوسیستم بجای ارائه یک نظریه و دیدگاه منسجم در حوزه کارآفرینی، مجموعه دیدگاه های مختلف در کارآفرینی را ترکیب و در جغرافیای کارآفرینی ارائه می نماید؛ بنابراین زمینه ورود تجارب اکوس-سیستم های موفق و پررونق^۳ به جوامعی با ویژگی های اقتصادی-فرهنگی متفاوت، فراهم می گردد (اسپیگل^۴، ۲۰۱۷). البته آیزنبرگ^۵ برخلاف اسپیگل، اعتقاد دارد که اکوس-سیستم ها قابل تقلید نبوده و در توسعه کارآفرینی، باید مزیت های منطقه ای و کشوری مورد توجه قرار گیرد. همچنین باید از تقلید اکوسیستم های موفق مانند سیلیکون ولی، اجتناب شود. وی اکوسیستم کارآفرینی را به مثابه ی یک راهبرد جدید و مقرون به صرفه در راستای توسعه کارآفرینی و نهایتاً پیشرفت اقتصادی معرفی می نماید (آیزنبرگ، ۲۰۱۱).

پلتونومی و وری، مبتنی بر اصل پیچیدگی اکوسیستم در کسب و کارها، اکوسیستم خود-پایداری را پیشنهاد می نمایند که برای ادامه حیات در بازارهای محلی و جهانی، نیازی به دخالت دولت نداشته و از طریق خودسازمان دهی، نوظهوری و باهم تکاملی، سازگاری لازم با محیط را کسب می کند. در چنین اکوسیستمی رقابت و همکاری هم زمان وجود دارد. (پلتونیمی و وری، ۲۰۰۴). ولی برخلاف پلتونومی و وری، برخی صاحب نظران مدل های پیشنهادی دخالت دولت در اکوسیستم ها را ضروری می دانند؛ چراکه از نظر آن ها در سیاست گذاری توسعه کارآفرینی، نقش انواع عوامل مؤثر بر اکوسیستم کارآفرینی از جمله نقش دولت باید به خوبی تبیین شود. برای مثال می توان به نقش دولت ها در توسعه کارآفرینی، با دو جهت گیری کلی حذف و کاهش موانع کارآفرینی و همچنین ترغیب و تشویق کارآفرینی اشاره نمود. این نقش به ویژه در قالب نقش خط مشی گذاری در مدل توسعه کارآفرینی یورواستات (OECD، ۲۰۰۹)، مدل دیده بان جهانی کارآفرینی (زالی و همکاران، ۱۳۹۳)، برنامه های حمایتی دولت در مدل خط مشی های توسعه کارآفرینی آنکتاد، کانال های مداخله دولت در مدل خط مشی های کارآفرینی آدرتیج، گریلو و ثرویک (آودرتش و همکاران^۶، ۲۰۰۷)، مدل ارتقاء کارآفرینی با تأکید بر نقش های سه گانه سیاست گذاری دولتی (دانایی فرد، فروهی و صالحی ۱۳۸۶) و بسیاری از مدل های دیگر تبیین شده است. آمولو و می گرو، توسعه کارآفرینی را درگرو شناخت اکوسیستم آن می دانند. به عبارت دیگر آنان اعتقاد دارند که موفقیت در کارآفرینی با موفقیت در یک عامل، محقق نخواهد شد و مجموعه ای از عوامل

¹ Durst, S., & Poutanen, P.

² Peltoniemi, M., & Vuori, E.

³ Thriving ecosystem

⁴ Spigel, B.

⁵ Isenberg, D.

⁶ Audretsch, D. B., Grilo, I., & Thurik, A. R.

در یک اکوسیستم باید مطالعه گردد. عواملی همچون خط‌مشی‌ها، تأمین مالی، فرهنگ، حمایت و پشتیبانی، سرمایه انسانی و بازار که هر یک از آن‌ها زیرمجموعه‌ای از مقوله‌ها و شاخص‌های مختلف را شامل می‌گردند (آمولو و میگیرو^۱، ۲۰۱۵).

نامبیسان و بارون، نوعی از اکوسیستم نوآوری مبتنی بر هاب (شبکه محور)^۲ را پیشنهاد می‌نمایند که در آن یک شرکت واحد، رهبری اکوسیستم (تنظیم اهداف و پلتفرم نوآوری) را برعهده گرفته و تأثیر قابل‌توجهی بر استراتژی و آینده سایر اعضا دارد. آن‌ها مبتنی بر ماهیت اجتماع محور اکوسیستم، این نوع را تغییر الگوی ذهنی عدم وابستگی به تغییر الگوی ذهنی اکوسیستمی معرفی می‌نمایند. در این نوع کارآفرینان نیاز دارند تا استعداد و مهارت‌های خود را با نیازهای ویژه محیطی تطبیق دهند (محیط‌زیست اختصاصی فرد در اکوسیستم)؛ بنابراین لازم است تا فرآیندهای خودتنظیم‌کنندگی^۳ تقویت گردد (نامبیسان و بارون^۴، ۲۰۱۳).

از این‌رو توجه به امر گردشگری سلامت، یکی از راه‌های توسعه کشورها محسوب شده و راه‌های مختلفی برای تقویت و توسعه این حوزه وجود دارد. یکی از این راه‌ها، پرورش گردشگری سلامت در بستر اکوسیستمی نوآورانه است (بجازویچ و همکاران^۵، ۲۰۱۸). برخی از محققان، توسعه کارآفرینی را درگرو شناخت اکوسیستم آن می‌دانند و به اعتقاد آنان، موفقیت در کارآفرینی با موفقیت در یک عامل محقق نخواهد شد و مجموعه‌ای از عوامل در یک اکوسیستم باید مطالعه گردد. عواملی همچون خط‌مشی‌ها، تأمین مالی، فرهنگ، حمایت و پشتیبانی، سرمایه انسانی و بازار که هر یک از آن‌ها زیرمجموعه‌ای از مقوله‌ها و شاخص‌های مختلف را شامل می‌گردند (آمولو و میگیرو^۶، ۲۰۱۵). برخی از عناصر این اکوسیستم در پژوهش‌های پیشین حوزه کارآفرینی مورد توجه قرار گرفته‌اند. برای مثال اندیشمندان پیشروی حوزه کارآفرینی همچون شومپتر (۱۹۳۴) ضمن اشاره به کارآفرینی به‌مثابه نوآوری، به نقش نوآوری در توسعه کسب‌وکارها نیز اشاره نموده‌اند (سودبرگ^۶، ۲۰۰۷).

زایلانی و همکاران^۷ (۲۰۱۷) در پژوهش خود به بررسی بازار جهانی گردشگری پزشکی در کشورهای مسلمان پرداخته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که خدمات اسلامی پزشکی (رعایت شعائر اسلامی توسط گروه پزشکی، فراهم نمودن زمینه عبادت در حین درمان و ...)، فعالیت‌های مجاز (فراهم‌سازی زمینه تمامی فعالیت و خدمات حلال همچون غذای حلال و غیره در طول درمان)، فعلیتهای ممنوع (پرهیز از کلیه فعلیتهای حرام در حین درمان) و رفتار کارکنان، نقش مهمی در قصد یک گردشگر پزشکی مسلمان دارد (زایلانی و همکاران^۸، ۲۰۱۷).

در پژوهش مشابه دیگر، محمد ابوبکر^۹ (۲۰۱۶) به بررسی نقش تبلیغات دهان‌به‌دهان^{۱۰} الکترونیک در گردشگری پزشکی قبرس پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تبلیغات دهان‌به‌دهان الکترونیک، نقش مؤثری بر شکل‌گیری اعتماد به قصد و مقصد سفر در گردشگری پزشکی دارد (ابوبکر^۹، ۲۰۱۶).

¹ Amolo, J., & Migiro, S. O.

² hub-based innovation ecosystem

³ self-regulatory

⁴ Nambisan, S., & Baron, R. A.

⁵ Bjažević, T., Knezović, D., & Dumanić, S.

⁶ Swedberg, R

⁷ Zailani, S., Rahman, M. K., & Musa, G.

⁸ Zailani, S., Rahman, M. K., & Musa, G.

⁹ Mohammed Abubakar, A.

¹⁰ electronic word-of-mouth (eWOM)

هیونگ و کوکوکوستا^۱ (۲۰۱۳) به مطالعه پتانسیل های گردشگری سلامت در چین پرداخته اند. یافته های پژوهش حاکی از این است که: الف) ویژگی های محیطی و امنیت شامل هوای تازه و آب پاک، محیط آرام و صلح طلب، مناظر زیبا، محیط امن و منابع تندرستی طبیعی ب) تسهیلات پشتیبان شامل مراکز همایش عالی، اقامتگاه های زیبا و مدرن، امکانات تفریحی عالی، حمل و نقل مناسب و غذاهای سالم ج) تسهیلات سلامت شامل مراکز سلامت باکیفیت، خدمات درمانی باکیفیت بالا و طب سنتی چینی می باشد.

با وجود اینکه سیستم های کارآفرینانه برای رشد و ارتقای گردشگری سلامت، یکی از مهم ترین راهبردها خواهند بود؛ ولی این امر به آسانی امکان پذیر نیست و برای نیل به آن نیازمند فراهم آوردن زمینه ها و محرک های مختلفی است. در واقع باید بسترهایی را جهت استقرار نظام کارآفرینی در این حوزه فراهم نمود. عواملی همچون سرمایه های انسانی متخصص، حمایت نهادهای حاکمیتی و قانون گذار، استفاده از مدل های نوین کسب و کار و... از جمله این موارد هستند (کاپاتینا و رانکاتی، ۲۰۱۷). از عوامل مؤثر که می توانند بر استقرار اکوسیستم کارآفرینی تأثیر گذار باشند، عوامل و شرایط رقابتی و منطقه ای کسب و کارها است. در واقع میزان پویایی کسب و کارها در هر اقلیمی می تواند بر گرایش به فعالیت های کارآفرینانه در آن منطقه تأثیر گذار باشد (ایسیکا و همکاران، ۲۰۱۹). فان و سان^۲ (۲۰۰۸) در پژوهشی به ارزیابی یک اکوسیستم گردشگری سلامت پرداخته اند که: ۱) فراوانی منابع گردشگری ۲) فشار رشد اقتصادی-اجتماعی ۳) شدت فعالیت منابع انسانی ۴) کیفیت اکولوژی محیط گردشگری ۵) سطح توسعه اقتصاد گردشگری ۶) آگاهی های زیست محیطی گردشگری ۷) خط مشی های مطلوب صنعت گردشگری ۸) پویایی های حفاظت محیطی، از جمله موارد ارزیابی شاخص ها در این حوزه به شمار می روند.

جایگاه صنعت گردشگری در اصول و سیاست های کلی ایران، سند چشم انداز برنامه ششم توسعه و احکام دائمی برنامه های توسعه نیز به رسمیت شناخته شده است؛ به نحوی که کشور امیدوار است تا پایان افق ۱۴۰۴، صنعت گردشگری به ۲۰ میلیون گردشگر دست یابد. همچنین بند «پ» ماده ۲ احکام برنامه ششم توسعه کشور (به عنوان یکی از موضوعات خاص بخش پیشروی اقتصاد)، بند «ب» ماده ۹۷ (توسعه گردشگری مذهبی)، جزء ۲ بند «الف» ماده ۹۸ (اعطای معافیت های مالیاتی به منظور توسعه گردشگری)، ماده ۹۹ (بهبودی و احیای روستاهای دارای ارزش تاریخی- فرهنگی باهدف تقویت گردشگری روستایی)، ماده ۱۰۰ (تکلیف به تنظیم سند راهبردی توسعه گردشگری با محوریت بخش خصوصی)، ماده ۲۳ احکام دائمی برنامه های توسعه کشور (اعطای معافیت های مالیاتی به منظور توسعه گردشگری) (مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۵) گواه این مدعا هستند. به اعتقاد مارک سرمدی، کارگزار گردشگری سلامت کشور آلمان و آمریکا در ایران، گردشگری سلامت در ایران از سه مزیت نسبی «هزینه»، «کیفیت» و «امنیت» برخوردار است. وی می گوید هزینه های درمانی در ایران به طور متوسط ۱۰ الی ۱۵ درصد کمتر از سایر کشورهای خارجی است که در برخی از اعمال جراحی بسیار کمتر می شود. به عنوان مثال، هزینه انجام عمل جراحی دریچه قلب در آمریکا ۱۵۰ هزار دلار ولی در ایران ۱۵ هزار دلار است. همچنین ایمپلنت در آمریکا ۴ تا ۵ هزار دلار ولی در ایران ۱ هزار دلار هزینه دارد (سرمدی، ۱۳۹۶). پژوهش های متعدد داخلی در زمینه گردشگری پزشکی انجام شده است؛ برای مثال مهربانخو (۱۳۹۸) در پژوهش خود، به شناسایی عوامل مؤثر بر تبدیل گردشگری مذهبی به گردشگری

¹ V. Heung & Kucukusta

² Fan, Q., & Sun, T.

پزشکی پرداخته است. عوامل مؤثر در چهار سطح کلی طبقه‌بندی شده که به ترتیب عبارت‌اند از: (۱) مؤلفه عوامل فردی، (۲) مؤلفه عوامل محیطی و مناسبت‌های مذهبی، (۳) مؤلفه‌های بازاریابی، تبلیغات، خدمات پزشکی و هزینه، (۴) مؤلفه محرک‌ها.

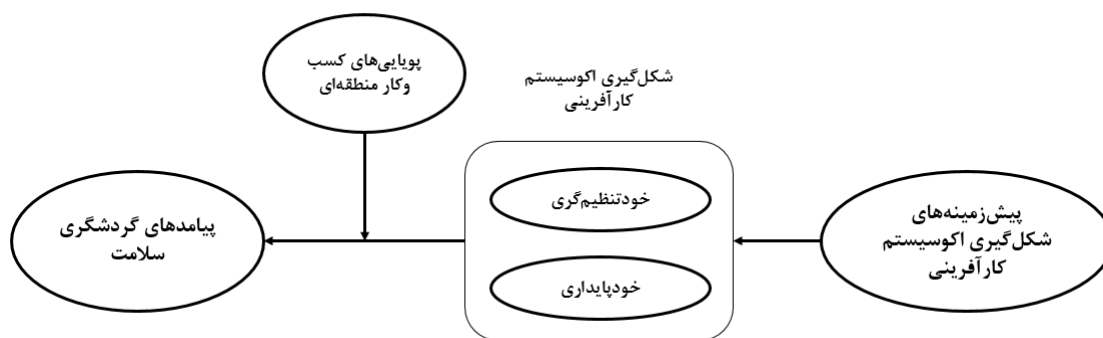
غلامی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به تحلیل نقش ذینفعان گردشگری در توسعه پایدار گردشگری پزشکی شهر تبریز پرداخته است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در صنعت گردشگری پزشکی تبریز، ذینفعان مختلفی وجود دارند و بخش غیردولتی کمترین تأثیر را در توسعه پایدار گردشگری پزشکی شهر تبریز داشته است؛ بنابراین می‌توان با طراحی شبکه‌ی ذینفعان گردشگری پزشکی، تشکیل شورای استانی گردشگری پزشکی و مشخص شدن نقش و وظایف هر یک از ذینفعان به صورت نظام‌مند و منسجم در راستای توسعه گردشگری پزشکی تبریز، برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری نمود و راهبردهای مؤثری را در جهت تحقق اهداف مربوط به کار گرفت.

در پژوهشی دیگر، پیشکوی (۱۳۹۵) به شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت استان کرمان پرداخته است. نتایج نشان می‌دهند که افزایش نرخ ارز با وزن ۰/۱۱۰ و اثر تحریم‌ها بر تأمین داروهای خارجی با وزن ۰/۱۰۳ به ترتیب در میان فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی توسعه کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، رتبه اول و از بین عوامل داخلی مؤثر بر توسعه کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، جاذبه‌های طبیعی برای درمان با وزن ۰/۰۸۰ و کمبود نیروی انسانی متخصص در زمینه خدمات پزشکی با وزن ۰/۰۸۶ به ترتیب در میان نقاط قوت و ضعف استان کرمان در زمینه توسعه کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، رتبه اول را به خود اختصاص داده‌اند.

در کشور ایران، شکاف بین وضع موجود و وضع مطلوب است. گزارش رقابت‌پذیری سفر و گردشگری مجمع جهانی اقتصاد نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۵، ایران از میان ۱۳۱ کشور رتبه ۱۹ و در منطقه رتبه ۱۲ را به خود اختصاص داده است. به عبارتی دیگر، اگرچه به لحاظ رقابت‌پذیری قیمتی و ارزان بودن خدمات، ایران (شاید به لحاظ کاهش ارزش پول ملی ایرانیان و نرخ ضعیف برابری آن با ارز خارجی) مقصدی مطلوب برای گردشگری می‌باشد ولی متأسفانه به لحاظ کیفیت منابع انسانی و پایداری محیطی، رتبه بسیار نامطلوبی دارد (گروتی و میسراهی^۱، ۲۰۱۵). توجه به موارد فوق‌الذکر و پتانسیل بالای گردشگری طبیعی (اکوتوریسم)، تاریخی و مذهبی ایران، و همچنین توجه کشورهای مسلمان منطقه به گردشگری حلال، می‌تواند به تشدید حلقه‌های موفقیت حوزه گردشگری سلامت به صورت عام و گردشگری پزشکی به صورت خاص، منجر شود که از این شرایط و مقتضیات زمینه‌ای کشور (پنجره‌های فرصت پیش‌رو) می‌توان بهره برد. به همین دلیل در این پژوهش نقش تعدیل‌گر پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای، به عنوان متغیر تعدیل‌گر مورد بررسی قرار گرفته است.

¹ Crotti & Misrahi

- هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران، بخصوص استان کرمانشاه است که با بررسی مطالعات فوق، مدل مفهومی پژوهش، حاضر به شرح شکل شماره (۱) تهیه و فرضیه‌های زیر با توجه به مدل مفهومی برای این پژوهش طرح گردید:
- (۱) پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم مؤثر است.
 - (۲) شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
 - (۳) پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
 - (۴) نقش تعدیلی پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت.



شکل ۱: چارچوب مفهومی پژوهش

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از منظر فلسفی، در حوزه اثبات‌باوری قرار می‌گیرد. به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نتیجه، تبیینی و همچنین به لحاظ رویکرد، کمی (قیاسی) می‌باشد. استراتژی پژوهش، پیمایشی بوده و قلمروی زمانی نیم‌سال اول ۱۳۹۹ است. جامعه تحقیق را افراد و متخصصان فعال در حوزه گردشگری سلامت استان کرمانشاه به تعداد ۹۴ نفر تشکیل می‌دهند که براساس فرمول کوکران، ۷۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای انتخاب و بررسی جامعه آماری عبارت‌اند از کارشناسان، مدیران، صاحب‌نظران و متخصصان حوزه گردشگری یا سلامت که تجربه تصمیم‌سازی یا تصمیم‌گیری و مشارکت در حوزه سیاست‌گذاری سلامت را داشته‌باشند. این اشخاص باید با حوزه گردشگری به‌صورت عام و حوزه درمان به‌صورت خاص آشنا باشند. همچنین ترجیحاً با بخش‌های پژوهشی و درمانی سیستم پزشکی، ارتباط یا همکاری داشته باشد یا در نهایت حداقل ۴ سال در عرصه سلامت و بخش‌های گردشگری یا درمانی کار علمی یا عملی انجام داده‌باشند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که باتوجه به مؤلفه و شاخص‌های شناسایی شده از مرحله کیفی پژوهش، تهیه شده بود. این پرسشنامه برای متغیرهای پیش‌زمینه شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی، شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی، پویایی کسب‌وکار و پیامدهای گردشگری سلامت ۳۴ گویه دارد.

داده‌ها از طریق تحلیل آماری توصیفی و تحلیل آماری استنباطی، با کمک نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS (به‌دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها نسبت تعداد متغیرها از این نرم‌افزار استفاده شد) مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین ارزیابی ابزار گردآوری داده‌ها به روش بررسی پایایی (از طریق آلفای کرونباخ، میانگین واریانس و پایایی مرکب) و روایی (محتوا و صوری با استفاده از نظر صاحب‌نظران و بهره‌گیری از پرسشنامه‌های استاندارد، روایی سازه با اتکا بر تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرا و واگرا) انجام شده است.

یافته‌ها

به‌منظور دستیابی به اعتبار همگرا و میزان همبستگی، آزمون‌های پایایی مرکب و میانگین واریانس ارزیابی شد. پایایی بالاتر از ۰/۷ همراه با میانگین واریانس حداقل ۰/۵، دو شرط لازم برای اعتبار همگرا و همبستگی یک سازه می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، به‌همراه تعداد پرسش‌های تحقیق، پایایی مرکب و میانگین واریانس در جدول شماره (۱) به تفکیک برای هر یک از متغیرها آورده شده است. در این جدول ضریب آلفای کرونباخ و پایایی مرکب برای هر یک از متغیرها بالای ۰/۷ و میانگین واریانس بالای ۰/۵، در حد قابل قبول است (فورنل و لاکر، ۱۹۸۱).

جدول ۱: پایایی ابزار گردآوری اطلاعات

R ²	Communality	AVE	CR	آلفای کرونباخ	شاخص متغیر
۰.۶۸۰	۰.۵۳۴	۰.۵۳۴	۰.۸۰۳	۰.۷۵۱	پیامد گردشگری سلامت
—	۰.۵۴۵	۰.۵۴۵	۰.۷۹۲	۰.۷۲۵	پیش‌زمینه اکوسیستم
—	۰.۶۰۸	۰.۶۰۸	۰.۸۶۱	۰.۷۸۶	پویایی کسب‌وکار
۰.۵۸۵	۰.۶۱۵	۰.۶۱۵	۰.۸۷۴	۰.۸۴۳	شکل‌گیری کسب‌وکار

در جدول شماره (۱) معیار دیگر برای ارزیابی روایی واگرا، روش فورنل و لاکر است. روایی واگرا وقتی در سطح قابل قبول است که میزان AVE برای هر سازه، بیشتر از واریانس اشتراکی آن سازه و سازه‌های دیگر (مربع مقدار ضرایب همبستگی بین سازه‌ها) در مدل باشد (فورنل و لاکر، ۱۹۸۱). طبق یافته‌های جدول شماره (۳)، روایی واگرا وجود دارد زیرا اعداد قطر اصلی که ریشه دوم مقادیر AVE هستند، بزرگ‌تر از اعداد زیرین خود که مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه‌ها هست، می‌باشد (علی داوری و آرش رضازاده، ۱۳۹۳). درنهایت می‌توان گفت که مدل اندازه‌گیری از برازش خوبی برخوردار است.

جدول ۲: روایی واگرا به روش فورنل و لاکر

شاخص متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
پیامد گردشگری سلامت	۰.۷۳۰	—	—	—
پیش زمینه اکوسیستم	۰.۴۴۲	۰.۷۳۸	—	—
پویایی کسب و کار	۰.۳۱۴	۰.۳۶۶	۰.۷۷۹	—
شکل گیری کسب و کار	۰.۲۵۶	۰.۲۶۷	۰.۱۸۲	۰.۷۸۴

به منظور تحلیل روایی پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل دهنده هر متغیر آشکار، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده می شود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه های پرسشنامه پژوهش، در جدول شماره (۲) خلاصه شده اند. بارهای عاملی مربوط به هر یک از سازه ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده اند؛ بنابراین سازه های مورد مطالعه از جهت روایی، دارای اعتبار بالایی هستند. به کمک بار عاملی می توان گفت که کدام گویه در سنجش متغیر پنهان خود، سهم بیشتری دارد. هر گویه پرسشنامه که بار عاملی بالاتری داشته باشد، قدرت یا سهم بیشتری در سنجش متغیر پنهان مربوط به خود دارد. در جدول شماره (۳) بارهای عاملی مربوط به هر متغیر در ستون مربوط به آن نوشته شده است. چنانچه این مقادیر بالای ۰.۴ باشند، نیاز به حذف آن ها نداریم (علی داوری و آرش رضازاده، ۱۳۹۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی تأییدی (ضرایب مسیر)

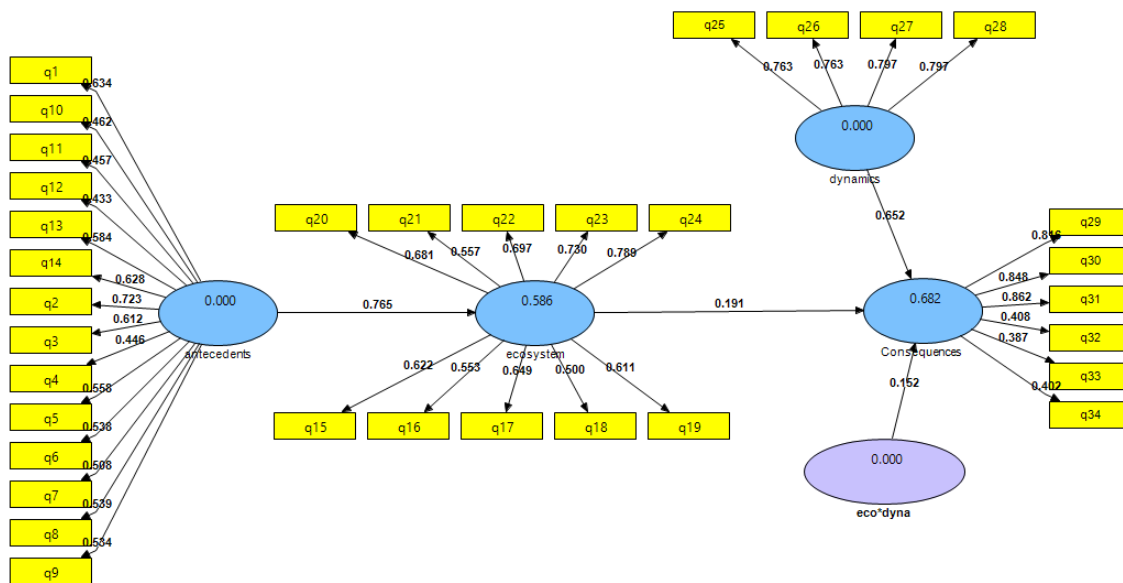
متغیر	شاخص	بار عاملی	متغیر	شاخص	بار عاملی
پیش زمینه شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q۱	۰.۶۳۴	شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q۱۸	۰.۵۰۰
	Q۲	۰.۷۲۳		Q۱۹	۰.۶۱۱
	Q۳	۰.۶۱۲		Q۲۰	۰.۶۸۱
	Q۴	۰.۴۴۶		Q۲۱	۰.۵۵۷
	Q۵	۰.۵۵۸		Q۲۲	۰.۶۹۷
	Q۶	۰.۵۳۸		Q۲۳	۰.۷۳۰
	Q۷	۰.۵۰۸		Q۲۴	۰.۷۸۹
شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q۸	۰.۵۳۹	پویایی کسب و کار	Q۲۵	۰.۷۶۱
	Q۹	۰.۵۸۴		Q۲۶	۰.۷۶۳
	Q۱۰	۰.۴۶۲		Q۲۷	۰.۷۹۷
	Q۱۱	۰.۴۵۷		Q۲۸	۰.۷۹۶
	Q۱۲	۰.۴۳۳		Q۲۹	۰.۸۱۶
شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q۱۳	۰.۵۸۴	پیامدهای گردشگری سلامت	Q۳۰	۰.۸۴۸
	Q۱۴	۰.۶۲۸		Q۳۱	۰.۸۶۳
	Q۱۵	۰.۶۲۲		Q۳۲	۰.۴۰۷
	Q۱۶	۰.۵۵۲		Q۳۱	۰.۴۸۶
	Q۱۷	۰.۶۴۹		Q۳۴	۰.۴۰۱

برای بررسی برازش کلی مدل نیز از معیار GOF استفاده می‌کنیم. این معیار طبق معادله زیر به دست می‌آید و در آن از دو شاخص میانگین شاخص تجمعی و میانگین توان دوم ضرایب همبستگی بین سازه‌ها استفاده می‌شود (با استخراج از جدول شماره ۲).

$$GOF = \sqrt{\text{Communality} * R \text{ Square}} = \sqrt{0.730 * 0.795} = 0.761$$

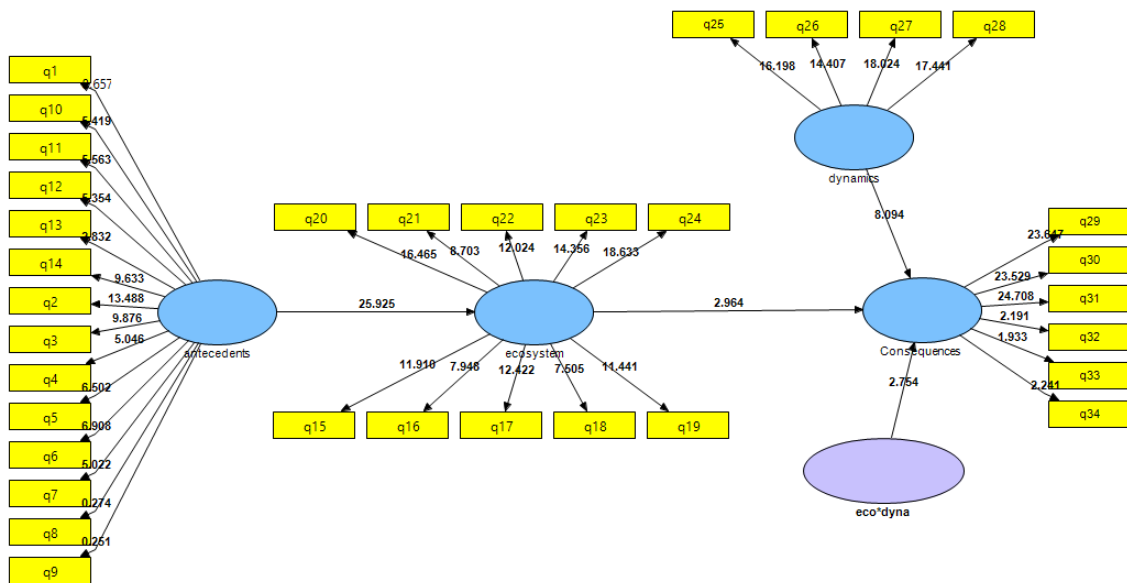
حاصل آزمون برای شاخص برازش مدل، برابر با ۰/۷۶۱ است. از آنجاکه حداقل مقدار قابل قبول برای این شاخص ۰/۳۶ بوده (هالند، ۱۹۹۹)، پس می‌توان ادعا کرد که مدل پژوهش، برازش بالا و قوی دارد.

حال نوبت آزمون معناداری فرضیه‌ها می‌باشد که از دو شاخص جزئی ضریب مسیر و t-value استفاده شده است. توسط مقادیر t-value معنی‌داری ضرایب مسیر بررسی می‌شود. در سطح اطمینان ۹۵ درصد، چنانچه مقادیر آماره‌ی t بالاتر از ۱.۹۶ باشد، فرضیه تأیید و در صورت کمتر بودن، فرضیه رد می‌گردد (هالند، ۱۹۹۹). در شکل‌های ۲ و ۳ مدل پژوهش که دربرگیرنده فرضیات فرعی پژوهش و یا به عبارتی معادله ساختاری دوم تحقیق است، مشخص می‌باشد.



شکل ۲: ضرایب مسیر

دو حالت تخمین ضرایب مسیر و معنی‌داری در شکل‌های ۲ و ۳ مشخص است. شکل ۲ در واقع همان مقدار ضریب مسیر و ضریب تعیین، و شکل ۳ نیز مقدار آماره t را نشان می‌دهند.



شکل ۳: ضرایب آماری t-value

باتوجه به توضیحات ذکر شده و مدل تحقیق در اشکال ۲ و ۳ می توان وضعیت فرضیه ها را مشخص نمود. جدول شماره (۴) خلاصه نتایج فرضیه های پژوهش را منعکس می کند.

جدول ۴: یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

نتیجه	آماره t	ضریب مسیر	فرضیه های پژوهش
تأیید	۲۵.۹۲۵	۰.۷۶۵	(۱) پیش زمینه های شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل گیری اکوسیستم مؤثر است.
تأیید	۲.۹۶۴	۰.۱۹۱	(۲) شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
تأیید	۸.۰۹۴	۰.۶۵۲	(۳) پویایی های کسب و کار منطقه ای در استان بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
تأیید	۲.۷۵۴	۰.۱۵۲	(۴) نقش تعدیلی پویایی های کسب و کار منطقه ای در رابطه میان شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت.

فرضیه ۱: نشان‌دهنده رابطه میان پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم است که باتوجه به ضریب مسیر 0.765 و آماره $t\text{-value}$ $25/925$ به‌دست‌آمده، فرضیه تأیید می‌گردد.

فرضیه ۲: نشان‌دهنده رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت است که باتوجه به ضریب مسیر $0/191$ و آماره $t\text{-value}$ $2/964$ به‌دست‌آمده، فرضیه تأیید می‌گردد.

فرضیه ۳: نشان‌دهنده رابطه میان پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان بر پیامدهای گردشگری سلامت است که باتوجه به ضریب مسیر $0/191$ و آماره $t\text{-value}$ $8/094$ به‌دست‌آمده، فرضیه تأیید می‌گردد.

فرضیه ۴: نشان‌دهنده نقش تعدیلی پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت است که باتوجه به ضریب مسیر $0/152$ و آماره $t\text{-value}$ $2/754$ به‌دست‌آمده، فرضیه تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران بوده‌است. در این راستا مدل مفهومی پژوهش مورد آزمون قرارگرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهند که پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی، بر شکل‌گیری این سیستم مؤثر خواهد بود. در واقع جهت استقرار و شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی گردشگری سلامت در استان کرمانشاه، لازم است پیش‌زمینه‌ها و ضروریات رعایت شوند. تقویت سرمایه‌های انسانی، پشتیبانی دولت نهادهای حاکمیتی از طریق خط‌مشی‌ها و مقررات تقویت‌کننده اکوسیستم، ترویج فرهنگ کارآفرینی، شکل‌دهی کسب‌وکارهای نوآور در حوزه گردشگری، همکاری نهادهای پژوهشی و دانشگاهی با کسب‌وکارهای فعال در حوزه گردشگری و... از جمله مهم‌ترین پیش‌زمینه‌ها و شرایط علی‌موردنیاز جهت پیگیری اکوسیستم کارآفرینی خواهند بود. نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با مطالعات کولتای و همکاران (۲۰۱۳)، دی ریترو و روبیک (۲۰۱۵)، دلپسند و محقق (۱۳۹۷)، ملکی و توانگر (۱۳۹۴) و مروتی و اسدیان (۱۳۹۳) مطابقت دارد. همچنین نشان داده‌شد که شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت تأثیرگذار است. دو بعد شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی در پژوهش حاضر، شامل خودتنظیم‌گری و خودپایداری بوده‌است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که با ارتقای دو بعد مذکور، دست‌یافتن به پیامدهای مثبت گردشگری سلامت امکان‌پذیر خواهد شد. در این حوزه نیز یافته‌های پژوهش با مطالعات آیزنبرگ (۲۰۱۱)، کولتای (۲۰۱۳)، بایسون (۲۰۱۵)، جم (۲۰۱۷)، سزرب و همکاران (۲۰۱۷) و در حوزه خودپایداری با مطالعه پلتونومی و وری (۲۰۰۴) مطابقت دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ارتقای گردشگری سلامت به‌خصوص در استان کرمانشاه می‌تواند در دو سطح کسب‌وکارهای فعال این حوزه و سطح کلان کمک کند که در این صورت کسب‌وکارها به ترویج فعالیت‌های کارآفرینانه منجر خواهند شد. در سطح کلان و ملی نیز ارتقای گردشگری سلامت به اشتغال‌زایی، درآمدزایی، ارتقاء بهره‌وری و درنهایت رفاه ملی منجر می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش با مطالعه ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، نیلی پور و همکاران (۱۳۹۴) و خادم‌الحسینی و ادهم (۱۳۹۵) مطابقت دارد. در پایان نیز پیشنهادت زیر برای مدیران ارشد و سیاست‌گذار حوزه گردشگری سلامت ارائه می‌شوند:

از آنجایی که محور توجه اکوسیستم پیشنهادی، همکاری و تعامل دوسویه بین بخش دولتی به‌عنوان تنظیم‌گر و بخش خصوصی به‌عنوان عامل کارآفرینی است؛ در نتیجه ارتباط صحیح و پویا بین این دو حوزه اهمیت بسیار زیادی دارد. در

این راستا شکل گیری نهادی تنظیم گر که هسته اصلی آن متشکل از نمایندگان بخش خصوصی (اعم از کارآفرینان حقیقی و حقوقی، بیمارستان ها و مراکز درمانی/تندرستی بخش خصوصی)، نمایندگان بخش دولت محلی (استانداری ها و ادارات کل مرتبط با حوزه گردشگری سلامت در استان کرمانشاه، دانشگاه ها و مراکز علوم پزشکی

و...) و نمایندگان دولت ملی (نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه و بودجه، وزارت گردشگری میراث فرهنگی و...) می باشد، می تواند نقش مهمی را در توسعه گردشگری سلامت ایفا نماید. همچنین ترویج فرهنگ گردشگری سلامت در قالب آموزش و برنامه های ترویجی، استفاده از ظرفیت رسانه ها و تشویق فعالان بخش خصوصی به تشکیل خوشه های گردشگری سلامت به منظور هم افزایی، ارتباط مؤثر، تقویت نام و برند گردشگری سلامت استان کرمانشاه از طریق کیفی گرایي و اولویت دادن به کیفیت خدمات در مقابل کمیت خدمات توصیه می گردد. پیشنهادات پژوهشگر به شرح ذیل می باشد:

- پایش مستمر عوامل و مقتضیات محیطی در قالب عوامل ملاحظات محیط اقتصادی، قانونی، فرهنگی/اجتماعی و سیاسی مؤثر بر اکوسیستم گردشگری سلامت.
- پایش مستمر ملاحظات مربوط به پویایی کسب و کار منطقه ای شامل پیشینه تاریخی، حقایق فرهنگی، حقایق سیاسی، جاذبه های گردشگری و موقعیت جغرافیایی.
- اعمال سیستم های نظارتی دقیق به منظور اخذ بازخورد از عملکرد اکوسیستم گردشگری سلامت و ارائه این بازخوردها به متولیان امر در نهاد تنظیم گر.

فهرست منابع فارسی

- تیموری، علی. (۱۳۹۴). بررسی و ارائه استراتژی های گردشگری سلامت مطالعه موردی: گردشگری پزشکی خارجی کلان شهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- خادم الحسینی، احمد؛ ادهم، نفیسه. (۱۳۹۵). نقش گردشگری سلامت در توسعه پایدار شهری با تأکید بر شاخص های اجتماعی - اقتصادی (مورد مطالعه: آبگرم محلات). نشریه پژوهش های مکانی فضایی، ۱ (۱)، ۲.
- دانایی فرد، حسن؛ فروهی، مهشید؛ صالحی، علی. (۱۳۸۶). ارتقا کارآفرینی در ایران: تحلیلی بر نقش دولت. فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی، ۱۱ (۴۲)، ۲۲۱-۲۶۲.
- داوری، علی؛ سفیدبری، لیلا؛ باقرصاد، وجیه. (۱۳۹۶). عوامل اکوسیستم کارآفرینی ایران بر اساس مدل آیزنبرگ. فصلنامه توسعه کارآفرینی، ۱۰ (۱)، ۱۰۱-۱۲۰.
- دلپسند، افسون؛ محقق، نادر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر هوش تجاری بر چابکی سازمان در بیمارستان های مقصد گردشگری سلامت (مطالعه موردی شهر تهران). فصلنامه علمی تخصصی رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۲ (۸)، ۲۷-۳۸.

- رجاییان، علی. (۱۳۹۵). شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت (مطالعه موردی استان تهران). تهران: دانشگاه تهران.
- زالی، محمدرضا؛ رضوی، سیدمصطفی؛ کابلی، الهام؛ میرزائی، مریم؛ معماریانی، محمدمهدی؛ سررشته‌داری، لیلا. (۱۳۹۳). ارزیابی شاخص‌های کارآفرینی در ایران بر اساس مدل دیده‌بانی جهانی کارآفرینی (نتایج برنامه GEM2014). تهران.
- سرمدی، م. (۱۳۹۶). همایش تخصصی ساماندهی طرح گردشگری پزشکی تأمین اجتماعی. هفته‌نامه تأمین، ص ۵. برگرفته از: www.weekly.tamin.ir
- طباطبایی، سیدمحمد؛ نوری، ابوالفضل؛ محمد نوری، زهره؛ حشمتی، فرزانه. (۱۳۹۳). گونه‌شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی. مطالعات مدیریت گردشگری، ۸(۲۶)، ۵۳-۷۶.
- گودرزی، مجید. (۱۳۹۳). برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلانشهر شیراز. اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- مجلس شورای اسلامی. (۱۳۹۵). لایحه برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰). ایران.
- مروتی شریف‌آبادی، علی؛ اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. فصلنامه مدیریت سلامت. ش ۱۷ (۵۵): ۷۳-۸۸.
- معبودی، محمدتقی؛ حکیمی، هادی. (۱۳۹۴). عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی ایران. فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۴(۱۵)، ۸۰-۱۰۶.
- ملکی، سعید؛ رخشانی مقدم، حیدر؛ زادولی خواجه، شاهرخ. (۱۳۹۵). شناسایی و تدوین استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت (مطالعه موردی: کلان‌شهر تبریز). جغرافیای اجتماعی شهری، ۳(۲)، ۱۱۳-۱۳۰.
- ملکی، سعید؛ توانگر، معصومه. (۲۰۱۶). بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی. جغرافیا و توسعه فضای شهری، ۲(۲)، ۱۵۳-۱۶۵.
- نیلی پور، سید علی‌اکبر؛ تقوایی، مسعود؛ نصر اصفهانی، محمدحسین؛ کوهی اصفهانی، مجید. (۱۳۹۴). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۷(۴)، ۴۵-۶۰.

فهرست منابع انگلیسی

- Amolo, J., & Migiros, S. O. (2015). An entrepreneurial flair development: the role of an ecosystem. *Problems and Perspectives in Management*, 13(2), 495-505.
- Audretsch, D. B., Grilo, I., & Thurik, A. R. (2007). Explaining entrepreneurship and the role of policy: a framework. *The Handbook of Research on Entrepreneurship Policy*, 1-17.
- Badulescu, D., & Badulescu, A. (2014). Medical tourism: between entrepreneurship opportunities and bioethics boundaries: narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 406.

- Bjažević, T., Knezović, D., & Dumanić, S. (2018). Entrepreneurship in medical tourism. In 5. međunarodna konferencija, *Inovacije, tehnologije, edukacija i menadžment, Sv. Martin na Muri, Croatia, travanj 2018. Glavna tema: Inovacije, sigurnost i održivost u razvoju društva, Svezak 2. Zbornik radova* (pp. 72-76). Međimursko veleučilište u Čakovcu.
- Capatina, A., & Rancati, E. (Eds.). (2017). Key challenges and opportunities in web entrepreneurship. IGI Global.
- Christoforou, C. (2013). Cyprus Entrepreneurship Ecosystem: A Roadmap for economic growth. Retrieved from www.cyproman.com.cy
- Durst, S., & Poutanen, P. (2013). Success factors of innovation ecosystems-Initial insights from a literature review. In *Proceedings of Co-Creat 2013: The Boundary-Crossing Conference on Co-Design in Innovation* (pp. 16–19). Aalto University Espoo, Finland.
- Glavas, C., Pike, S., & Mathews, S. (2014). Internet-enabled Tourism Entrepreneurs. International Entrepreneurial Values Elicited through Repertory Test and Laddering Analysis. *International Journal of Tourism Research*, 16(1), 44–55.
- Heung, V., & Kucukusta, D. (2013). Wellness tourism in China: Resources, development and marketing. *International Journal of Tourism Research*, 15(4), 346–359.
- Isenberg, D. (2011). The entrepreneurship ecosystem strategy as a new paradigm for economic policy: Principles for cultivating entrepreneurship. Presentation at the Institute of International and European Affairs.
- Işıka, C., Küçükaltanb, E. G., Çelebic, S. K., Çalkınd, Ö., Ensere, İ., & Çelikf, A. (2019). Tourism and entrepreneurship: A literature review. *Journal of Ekonomi*, 1(1), 1-27.
- Jabbari, A., Delgoshaei, B., Mardani, R., & Tabibi, S. J. (2012). Medical tourism in Iran: Issues and challenges. *Journal of Education and Health Promotion*, 1.
- Kaur, P. (2016). Entrepreneurship in Medical Tourism Industry. *International Journal of Information Movement*, 22-25.
- Martinez-Juarez, P., Chiabai, A., Taylor, T., & Gómez, S. Q. (2015). The impact of ecosystems on human health and well-being: A critical review. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 10, 63–69.
- ecosystems on human health and well-being: A critical review. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 10, 63–69.
- Mohammed Abubakar, A. (2016). Does eWOM influence destination trust and travel intention: a medical tourism perspective. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 29(1), 598–611.
- Mohammed Abubakar, A. (2016). Does eWOM influence destination trust and travel intention: a medical tourism perspective. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 29(1), 598–611.
- Nambisan, S., & Baron, R. A. (2013). Entrepreneurship in innovation ecosystems: entrepreneurs' self-regulatory processes and their implications for new venture success. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 37(5), 1071–1097.
- OECD. (2009). *Measuring Entrepreneurship: A Collection of Indicators*, 2009 Edition. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1581491>
- Peltoniemi, M., & Vuori, E. (2004). Business ecosystem as the new approach to complex adaptive business environments. In *Proceedings of eBusiness research forum* (Vol. 2, pp. 267–281).

- Skountridaki, L. (2017). Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professionals. *Tourism Management*, 59, 254-266.
- Spigel, B. (2017). The relational organization of entrepreneurial ecosystems. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 41(1), 49–72.
- Suresh, J., & Ramraj, R. (2012). Entrepreneurial ecosystem: case study on the influence of environmental factors on entrepreneurial success.
- Swedberg, R. (2007). Rebuilding Schumpeter's Theory of Entrepreneurship. In Conference on Marshall, Schumpeter and Social Science. Hitotsubashi: Hitotsubashi University.
- Voigt, C., Laing, J., Wray, M., Brown, G., Howat, G., Weiler, B., & Trembath, R. (2011). Health tourism in Australia: Supply, demand and opportunities.
- Zailani, S., Rahman, M. K., & Musa, G. (2017). Tapping into the emerging Muslim friendly medical tourism market: evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing*, (just-accepted)