

تدوین و ارزیابی شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی کلان‌شهر اهواز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷ تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۰

مجید گودرزی^{*۱} زهرا سلطانی^۲ ابتسام آل بوبالدی^۳

۱. گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۳. گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

این پژوهش باهدف بررسی، تدوین و ارزیابی شاخص‌های کلیدی مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز انجام شده است. این پژوهش با تمرکز بر شهر اهواز به‌عنوان یک مقصد بالقوه گردشگری پزشکی در ایران، به دنبال شناسایی و سنجش عواملی است که می‌توانند وفاداری گردشگران خارجی را تحت تأثیر قرار دهند. در این پژوهش رتبه‌بندی ۳۰ شاخص بر اساس ۵ متغیر شاخص می‌باشد که توسط دو روش PSI و تاپسیس انجام شد. نتایج هر دو روش پژوهش نشان داد در بین ۳۰ شاخص که شفافیت هزینه‌ها رتبه اول را کسب کرده است. تخفیف‌ها و پکیج‌های ویژه رتبه دوم و پذیرش فرهنگی گردشگران به ترتیب رتبه‌های دوم و سوم را کسب کرده‌اند. در این پژوهش نیز از روش بهترین-بدترین (Best-Worst method) استفاده شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز به مجموعه‌ای پیچیده از عوامل وابسته است و صرفاً تمرکز بر یک یا دو عامل، نمی‌تواند به موفقیت در این زمینه منجر شود. بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادهایی برای بهبود کیفیت خدمات گردشگری پزشکی در اهواز ارائه شده است. این پیشنهادها شامل ارتقای استانداردهای درمانی، بهبود خدمات پشتیبانی، ارائه قیمت‌های شفاف و رقابتی، بهبود زیرساخت‌های گردشگری و توجه بیشتر به جنبه‌های فرهنگی و ارتباطی است.

واژه‌های کلیدی: وفاداری، گردشگران پزشکی، روش PSI، کلان‌شهر اهواز.

* نویسنده رابط: m.goodarzi@scu.ac.ir

مقدمه

در سال‌های اخیر، صنعت گردشگری، به منزله صنعت دارای اهمیت افزوده، در بسیاری از کشورها مطرح بوده توجه به گردشگری و آثار مثبت آن بسیار افزایش یافته است و این صنعت تأثیر بسیار زیادی در رفاه اجتماعی و اقتصادی جوامع میزبان دارد (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۱: ۲۰۱). صنعت گردشگری در هزاره سوم به یکی از پررونق‌ترین، جذاب‌ترین، اشتغال‌زاترین و پردرآمدترین صنایع جهان تبدیل شده است (Miller et al., 2021: 17). صنعت گردشگری سلامت که سفر به کشورهای دیگر با اهداف درمانی است، زیرمجموعه صنعت گردشگری به شمار می‌رود که در حال فراگیر شدن می‌باشد (Tong et al., 2021: 73). گسترش فنون ارتباطی همراه با انتقال دانش پزشکی باعث به وجود آمدن شکل جدیدی از گردشگری به نام گردشگری سلامت گردیده است؛ به عبارت دیگر ترکیب پزشکی و گردشگری امروزه به عنوان شکل جدیدی از حوزه گردشگری مطرح است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب‌وهوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد است و زمانی که فرد در آن سپری می‌کند، بیش از ۲۴ ساعت باشد (زیاری و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۹۹). یکی از بخش‌های مهم گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی است. صنعت گردشگری پزشکی از اواخر دهه ۱۹۹۰ بسیار گسترش یافته است (Kim et al., 2019: 1). گردشگری پزشکی در نتیجه مواجهه مصرف‌کنندگان با طیف وسیع‌تری از خدمات پزشکی و رشد نمایی در بازار جهانی بهداشت و درمان ظهور کرده است (Hwang et al., 2018: 2). گردشگری پزشکی محلی نیز به سفرهای داخلی بیمارانی که در پی متخصصان بهتر، خدمات ارزان‌تر و با کیفیت بیشتر هستند گفته می‌شود. این نوع سفرها تعمداً با مداخله مستقیم مسائل پزشکی ارتباط دارد و انتظار می‌رود نتایج چنین مسافرت‌هایی اساسی و طولانی‌مدت باشد موضوعی کاملاً جدید است، این موضوع برطرف‌کننده نیازهای افرادی است که روزبه‌روز بر تعدادشان افزوده می‌شود، این افراد می‌توانند گردشگران و بیماران باشند (گودرزی و تقوایی، ۱۳۹۵: ۲). گردشگری پزشکی فراتر از محدودیت‌هایی است که نظام‌های بهداشتی نامناسب ایجاد کرده‌اند، علاوه بر این گردشگری پزشکی یافتن خدمات درمانی ارزان‌تر، سریع‌تر و بهتر است. همچنین گردشگری پزشکی طرز تفکر اغلب مردم در مورد خدمات بهداشتی و گردشگری را تغییر داده است و اثرات اجتماعی متمایزی دارد (فیروزی و گودرزی، ۱۳۹۷: ۴۹). گردشگری پزشکی نوعی از گردشگری سلامت است که در آن مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انجام می‌شود (یعقوب زاده و میره ای، ۱۴۰۲: ۱۶۴). گردشگری پزشکی عبارت است از سفر بیماران به کشورهای دیگر برای استفاده از خدمات درمانی با کیفیت و قیمت مناسب (Robinson et al., 2019: 2). گردشگری پزشکی یکی از سریع‌ترین بخش‌های در حال رشد در سطح بین‌المللی است. فهرست کشورهایی که در جهت تسلط و برتری قانونی و عملی بر این بازار تلاش می‌کنند، به سرعت در حال افزایش است (فرهادی محلی و همکاران، ۱۴۰۱: ۲۰۴). گردشگری پزشکی می‌تواند به تنوع اقتصادی و افزایش

سودآوری و همچنین بهبود سلامت مردم هر کشوری کمک کند (Vovka et al., 2021: 1). گردشگری پزشکی فرآیند ساده‌ای نیست. این یک تصمیم پیچیده توسط یک مسافر بین‌المللی بر اساس ویژگی‌های کشور میزبان، امکانات متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، هزینه معقول، کیفیت خدمات، مهمان‌نوازی و گردشگری است (Mishra & Sharma, 2021: 2). در دنیای امروز، گردشگری پزشکی به‌عنوان یک پدیده رو به رشد و پویا، به یکی از بخش‌های مهم و تأثیرگذار در اقتصاد جهانی تبدیل شده است. این نوع گردشگری که ترکیبی از خدمات درمانی و تفریحی را ارائه می‌دهد، فرصت‌های بی‌شماری را برای کشورهای مختلف فراهم کرده است تا ضمن بهبود زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی خود، به توسعه اقتصادی نیز دست یابند. در این میان، وفاداری گردشگران پزشکی خارجی به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در موفقیت و پایداری این صنعت، جایگاه ویژه‌ای دارد. گردشگران وفادار، نه تنها خود مجدداً به کشور مقصد بازمی‌گردند، بلکه به‌عنوان سفیران مثبتی نیز عمل کرده و با معرفی تجربیات رضایت‌بخش خود، به جذب گردشگران جدید کمک می‌کنند. ایران به‌عنوان یک کشور با پتانسیل‌های بالقوه در زمینه گردشگری پزشکی، به‌ویژه با داشتن پزشکان متخصص و بیمارستان‌های پیشرفته، می‌تواند سهم قابل توجهی از این بازار جهانی را به خود اختصاص دهد. با این حال، برای تحقق این هدف، نیاز به بررسی و تدوین استراتژی‌های مناسبی است که بتواند رضایت و وفاداری گردشگران پزشکی خارجی را جلب کند. در این راستا، شناخت دقیق شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران، از اهمیت بسزایی برخوردار است. این مطالعه با تمرکز بر کلان‌شهر اهواز، به‌عنوان یکی از شهرهای مهم ایران با امکانات درمانی قابل توجه، به بررسی، تدوین و ارزیابی شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی می‌پردازد. اهواز با داشتن بیمارستان‌های مجهز، پزشکان متخصص و هزینه‌های درمانی نسبتاً پایین‌تر در مقایسه با بسیاری از کشورهای منطقه، پتانسیل بالایی برای جذب گردشگران پزشکی دارد. با این حال، هنوز چالش‌هایی در زمینه ارائه خدمات با کیفیت و جلب رضایت گردشگران وجود دارد که نیازمند شناسایی دقیق و ارائه راهکارهای مناسب است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی جامع عوامل مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز است. این عوامل می‌توانند شامل کیفیت خدمات درمانی، امکانات رفاهی، هزینه‌ها، دسترسی به اطلاعات، کیفیت ارتباطات، فرهنگ و آداب‌ورسوم و سایر موارد مرتبط باشند. با شناسایی این عوامل، می‌توان استراتژی‌های مؤثرتری را برای بهبود تجربه گردشگران پزشکی خارجی تدوین کرد. در این مطالعه، از روش‌های کمی و کیفی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده خواهد شد. از جمله این روش‌ها می‌توان به مصاحبه با گردشگران پزشکی، نظرسنجی، بررسی سوابق و آمارهای بیمارستانی و تحلیل داده‌های موجود اشاره کرد. نتایج حاصل از این پژوهش، در نهایت به ارائه یک چارچوب جامع از شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز منجر خواهد شد. اهمیت این پژوهش از آن جهت است که نتایج آن می‌تواند به سیاست‌گذاران، مدیران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و سایر متصدیان صنعت گردشگری پزشکی در ایران کمک کند تا با درک عمیق‌تر از نیازها و انتظارات گردشگران، استراتژی‌های مناسبی را برای جذب و حفظ آن‌ها تدوین کنند. علاوه بر این، این مطالعه می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات درمانی و ارتقاء جایگاه اهواز

به عنوان یک مقصد جذاب برای گردشگری پزشکی کمک کند. در نهایت، این پژوهش می تواند به توسعه اقتصادی و ارتقاء سطح سلامت جامعه در بلندمدت منجر شود.

پیشینه پژوهش

گودرزی، (۱۳۹۳) در رساله دکتری با عنوان برنامه ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز به این نتیجه رسید که عوامل کیفیت خدمات درمانی و گردشگری؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات، رابطه مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارند و عوامل قیمت درمانی و گردشگری با توسعه گردشگری پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. به بیان دیگر هر چه قیمت افزایش یابد، توسعه گردشگری پزشکی با کاهش مواجه می شود و بالعکس.

گودرزی و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله ای با عنوان توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز به این نتیجه رسیدند که شفاف نمودن قیمت خدمات درمانی و گردشگری؛ بالا بردن کیفیت خدمات درمانی و گردشگری؛ افزایش و ارتقا فرهنگ گردشگر پذیری؛ به کارگیری امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری دارای تکنولوژی بالا و استانداردهای جهانی؛ و به کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور تبلیغات و بازاریابی در حوزه های پزشکی و گردشگری موجب توسعه و ارتقا گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز می شود.

گودرزی، (۱۴۰۰) در مقاله ای با عنوان بررسی و تحلیل ابعاد فرهنگی مؤثر بر جذب گردشگران پزشکی عراقی شهر اهواز به این نتیجه رسید که از بین ابعاد فرهنگی تأثیرگذار به ترتیب؛ فرهنگ عمومی (قومی)، فرهنگ حرفه ای (تخصصی) و فرهنگ ملی (ایرانی - اسلامی) بیشترین اثرگذاری را در جذب گردشگران پزشکی عراقی داشته اند؛ همچنین نتایج رویکرد مدل سازی معادله ساختاری نشان داد که متغیرهای مستقل پژوهش در مجموع ۳۵ درصد از واریانس متغیر جذب گردشگران پزشکی عراقی را تبیین می کنند؛ به عبارت دیگر متغیرهای مستقل پژوهش در حد بالایی توان تبیین واریانس متغیر جذب گردشگران پزشکی عراقی را دارند.

قنبری و همکاران (۱۴۰۱) در مقاله ای با عنوان ارزیابی موانع گردشگری پزشکی شهر تبریز به این نتیجه رسیدند که گردشگری سلامت امروزه از مهم ترین شاخه های صنعت گردشگری است و دارای منافع اقتصادی و اجتماعی بالایی می باشد. تبریز به عنوان شهر دانشگاهی و از قطب های آموزشی و تحقیقاتی کشور در علوم پزشکی می باشد و پذیرای گردشگران پزشکی از کشورهای منطقه است که در این صنعت با موانع و چالش هایی روبرو می باشد.

سرخه دهی (۱۴۰۲) در مقاله ای با عنوان راهبردهای جذب گردشگر در حوزه پزشکی و سلامت: تجارب کشورهای منتخب به این نتیجه رسیدند که بازار گردشگری پزشکی، بازاری جذاب با گردش مالی بسیار بالاست. سودآوری زیاد این بازار باعث شده است که کشورهای بسیاری به سرمایه گذاری در این صنعت رو آورند. در این گزارش به بررسی یکی از مهم ترین رقبای ایران در قاره آسیا پرداخته شد. کشورهای قاره آسیا سهم بالایی در بازار گردشگری پزشکی جهان دارند.

توفیقی اقدام میانجی و منصوری (۱۴۰۳) در مقاله با عنوان تأثیر ارزش ویژه برند بر رضایت و وفاداری در گردشگری پزشکی به این نتیجه رسیدند که ارزش ویژه برند، با رضایت رابطه مثبت و معنی‌داری دارد؛ و همچنین تأثیر مستقیم و معنی‌داری رضایت بر وفاداری داشت.

جاین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان بررسی مدل‌سازی عوامل مؤثر بر بخش گردشگری پزشکی هند به این نتیجه رسیدند که هزینه مراحل پزشکی، تسهیل و مراقبت، زیرساخت‌های بیمارستان‌های هند، تعالی بالینی و صلاحیت پزشکان و کارکنان از عوامل سطح بالا هستند.

ماهندراداتا (۲۰۱۹) در مقاله‌ای با عنوان ارزیابی چالش‌ها و خطرات احتمالی توسعه گردشگری سلامت در اندونزی به این نتیجه رسیدند که سیاست‌گذاران در اندونزی و سایر کشورهای دارای محدودیت منابع که در فکر توسعه گردشگری سلامت هستند، وظیفه اخلاقی دارند که قبل از حرکت به جلو، شواهد را درباره تأثیرات مثبت و منفی احتمالی بسنجند.

اسکیلی و همکاران (۲۰۲۰) در مقاله‌ای با عنوان پیش‌بینی تقاضای گردشگری پزشکی ترکیه به این نتیجه رسیدند که با کاهش هزینه مراقبت‌های پزشکی و سفر، گردشگران بیشتری برای اهداف پزشکی از ترکیه دیدن خواهند کرد. همچنین سرمایه‌گذاری در ظرفیت و کمیت پزشکی (اعم از نیروی انسانی و تجهیزات) همراه با سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های گردشگری و سفر تأثیرات مثبت شایان توجهی در تقاضا دارد.

بولاتوویچ و یانکوا (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای به بررسی موانع توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از مصاحبه با ۱۲ نفر از متخصصان گردشگری پزشکی در امارات متحده عربی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که برخی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در امارات متحده عربی هزینه‌های بالای خدمات گردشگری پزشکی، عدم فعالیت‌های بازاریابی، عدم وجود تسهیل‌کننده‌ها، عدم همکاری بین ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و گردشگری، کمبود منابع انسانی، نبود زیرساخت‌های حمل‌ونقل، عدم مدیریت استراتژیک و شرایط جوی نامناسب در تابستان است.

مبانی نظری

رشد و توسعه سلامت و جهانی شدن آن مفهوم نوینی به نام گردشگری پزشکی را باعث شده است. گردشگری پزشکی نوعی گردشگری است که در نتیجه افزایش سریع تعداد سفرهای خارج از کشور برای دسترسی به خدمات پزشکی ایجاد می‌شود (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۳: ۶). تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی به مثابه زیرمجموعه گردشگری سلامت در دهه گذشته تأییدی بر افزایش چشمگیر آن به منزله نوعی فعالیت مهم گردشگری است (حسینی و تقوایی، ۱۴۰۰). رشد و توسعه سلامت و جهانی شدن آن مفهوم نوینی به نام گردشگری پزشکی را باعث شده است (Bulatovic & Jankova, 2021). گردشگری پزشکی نوعی گردشگری است که در نتیجه افزایش سریع تعداد سفرهای خارج از کشور برای دسترسی به خدمات پزشکی ایجاد می‌شود (Suess et al., 2018). تعریف گردشگری پزشکی دشوار است. بعضی از گردشگران پزشکی به تنهایی و یا حتی بی‌نام‌ونشان

سفر می‌کنند ولی بیشتر آن‌ها با آشنایانشان سفر می‌کنند، آن‌ها کسانی هستند که بیشترین احتمال درگیر شدن به فعالیت‌های گردشگری را دارند، زیرا احتمالاً در هتل‌ها اقامت می‌کنند درحالی‌که آن افراد (افرادی که به‌تنهایی سفر می‌کنند) در بیمارستان‌ها اقامت می‌کنند (Bookman and Bookman, 2007). متعاقباً این پرسش به وجود می‌آید که آیا می‌توان عنوان گردشگر را به بیماران اختصاص داد یا اینکه معمولاً همراهان آن‌ها را به‌عنوان گردشگر می‌شناسند (Nahai, 2009). گردشگری پزشکی ثابت کرده است که موجب افزایش ملاقات، انگیزه‌ها، همایش‌های ذی‌ربط و همچنین نمایشگاه‌های گردشگری می‌شود که در آن‌ها تمرکز بر فعالیت‌های خاصی است که خود آن فعالیت‌ها رابطه کمی با تفریح و سرگرمی و کسب آرامش دارند (Sutherland, 2005). مهم‌تر از این مطلب، این موضوع حائز اهمیت است که گردشگری پزشکی بخش مهمی از شکل جدید پراکندگی درمانی است. به‌عبارت دیگر گردشگران به وطن خود برمی‌گردند و پس از آن خویشاوندان دور و نزدیک آن‌ها خدمات درمانی و فرهنگ‌های تقریباً مشابه را تجربه خواهند کرد. بدین ترتیب هزینه‌ها و زیرساخت‌های گردشگری محلی (مانند هتل‌ها، وسایل حمل‌ونقل و رستوران‌ها) و گردشگری پزشکی شاخه‌ی مهمی از صنعت بین‌المللی گردشگری شده است (Smith and Puczko, 2009). گردشگران درمانی چه کسانی هستند؟

کوهن یک طبقه‌بندی چهار لایه‌ای برای این موضوع پیشنهاد کرده است: ۱. گردشگران درمان شونده (کسانی که معالجاتی برای تصادفات و مشکلات سلامتی‌شان دریافت می‌کنند) که این معالجات در ایام تعطیل کشورهای خارجی انجام می‌شود. ۲. گردشگران درمانی حقیقی (کسانی که برای درمان به کشور دیگری سفر می‌کنند و سفر آن‌ها برای تفریح نیست و شاید تصمیم به طی مراحل درمانی در آن کشور بگیرند). ۳. بیماران در تعطیلات (کسانی که در اصل کشوری را برای درمان انتخاب می‌کنند ولی دوره درمان تصادفاً در تعطیلات قرار می‌گیرد و آن‌ها از این فرصت استفاده می‌کنند، فرصتی که معمولاً در دوره نقاهت به دست می‌آید) ۴. بیماران محض (کسانی که صرفاً برای درمان سفر می‌کنند و هیچ استفاده‌ای از تعطیلات نمی‌کنند). کوهن بیان می‌کند که بیشترین قسمت گردشگری پزشکی به بیماران محض و بیماران در تعطیلات اختصاص دارد، در نتیجه بخش درمان این صنعت غلبه پیدا می‌کند و واژه‌هایی چون «سفر درمانی» (به دلیل ناچیز بودن تفریح و سرگرمی در این‌گونه سفرها) ترجیح داده می‌شود (Cohen, 2008). باین‌حال حتی بیماران محض هم برای کشورهای هدف خود درآمدزایی دارند و به اشتغال‌زایی در آن منطقه، چه خارج از نظام سلامت و چه داخل آن کمک می‌کنند. نقش هدف سفر برای بعضی از نظریه‌پردازان بسیار مهم است، چنانکه لانت و کریرا تعریف گردشگری پزشکی را به جابجایی بیمار به اراده خود محدود کرده‌اند که این تعریف در تقابل با اعزام بیماران توسط آژانس‌های درمانی به خارج قرار می‌گیرد (Lunt and Carrera, 2010). این اعزام‌ها نتیجه توقف بلندمدت در لیست‌های انتظار و کمبود متخصص می‌باشد. زیرمجموعه‌های گردشگری پزشکی بسیار متنوع‌اند (Reisman, 2010) بنابراین نمی‌توان به‌آسانی مرز مشخصی میان آن‌ها تعیین نمود، زیرا هر بخش حداقل در قسمتی با امور درمانی مرتبط است در نتیجه واژه گردشگری پزشکی مفیدترین واژه ولی درعین حال مبهم است. البته این ابهام در مورد گردشگران محض و گردشگران

درمان شونده صادق نیست. تصمیمات آنی که بخش مهمی از گردشگری دندانی را تشکیل می‌دهد نیز جزء گردشگری پزشکی است (و این در حالی است که بسیاری از این نوع معالجات بسیار جزئی هستند) (Erfurt-Cooper and Cooper, 2009). چنین تعاریفی از گردشگری پزشکی مطابق تعاریفی همچون تعریف پولارد (2010)، از این صنعت است که بیان می‌کند گردشگر پزشکی کسی است که دلیلش برای مسافرت صرفاً درمان باشد، بنابراین افرادی که تعطیلات خود را در خارج هستند و بیمار می‌شوند و یا افرادی که مقیم کشور دیگری هستند و احتیاج به درمان پیدا می‌کنند را جزء گردشگران پزشکی به حساب نمی‌آورد (Ehrbeck et al., 2008). در این قسمت قضاوت در مورد ارزش‌ها به صورت ضمنی انجام می‌شود. میلیستین و اسمیت (2006) وضعیتی را توصیف می‌کنند که در آن آمریکایی‌هایی که از بیماری‌های سخت رنج می‌برند و به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی در کشور خود به معالجه در بیمارستان‌های سایر کشورها روی آورده بودند، گردشگران درمانی را که برای جراحی‌های زیبایی غیرضروری سفر می‌کردند را به تمسخر می‌گرفتند (Zhang et al., 2022).

اصولاً گردشگری به اقامت بیش از ۲۴ ساعت در محلی گفته می‌شود و گرنه این کار صرفاً بازدید است؛ اما فرایندهای کاملاً پیچیده‌ای می‌توانند در یک روز اتفاق بیفتند (یک روز در عصر الکترونیک و سرعت جت زمان طولانی است). فرودگاه مونیخ درمانگاهی دارد که می‌توان مراحل پیچیده درمانی را بدون ترک فرودگاه در آن انجام داد. به طور کلی سهولت سفرهای هوایی موجب شده است تا بیماران پروازی یک‌روزه (مخصوصاً بیمارانی که مشکلات دهان و دندان دارند) گسترش یابند که این امر جدا از بخش دندان پزشکی، کمترین بهره را به اقتصاد ملی (کشور مقصد) می‌رساند (Mueller and Kaufmann, 2001). اکثر مباحث گردشگری پزشکی به سفرهای بین‌المللی اشاره می‌کند ولی گردشگری پزشکی شامل سفرهای درون کشوری نیز می‌شود (Sobo, 2009). این مطلب در تعریف جاگیاوسی از گردشگری پزشکی نیز آمده است: مجموعه‌ای از فعالیت‌ها که شخصی مسیری را که غالباً طولانی است، برای کسب خدمات پزشکی و استفاده مستقیم یا غیرمستقیم از امکانات رفاهی، تجاری و یا سایر مقاصد طی می‌کند (Jagyasi, 2008). شباهت مابین بیمارانی که به پایتخت کشورهای گوناگون سفر می‌کنند، معالجات بهتر و استفاده از متخصصان خاص است، اگرچه این برخلاف آن چیزی است که در گردشگری پزشکی گفته شد و ابعاد اقتصادی این موضوع مورد توجه چندانی قرار نگرفته است (Shanahan, 2009).

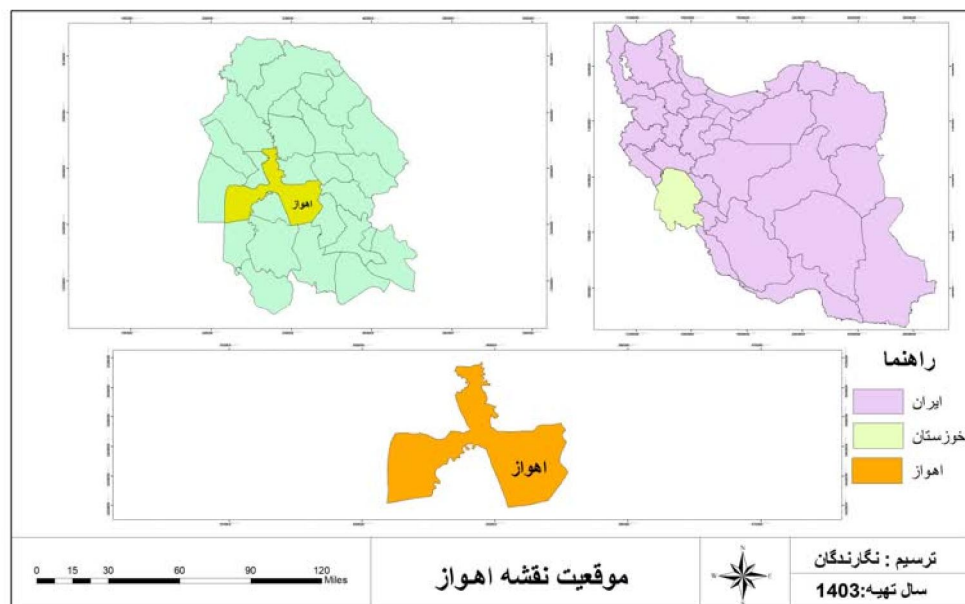
با توجه به کم‌هزینه بودن و پردرآمد بودن این صنعت، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، توجه خود را بر این بخش از صنعت متمرکز و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند. گردشگری پزشکی، دغدغه‌ها و چالش‌های مهم و همچنین، فرصت‌های بالقوه‌ای را ارائه می‌دهد. این روند، تأثیر فزاینده‌ای بر چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای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

انگیزه گردشگران پزشکی با توجه به کیفیت کادر درمان و امکانات پزشکی، هزینه‌های پزشکی و زیرساخت‌های اقامتی و پذیرایی مقصد شکل می‌گیرد (Suess et al., 2020). از جمله عوامل

تقویت‌کننده صنعت گردشگری پزشکی، گسترش شبکه جهانی اینترنت و سهولت اطلاع‌رسانی در دنیا به گردشگران پزشکی و بیماران درباره خدمات درمانی و پزشکی مقصد می‌باشد (Ridderstaat et al., 2019).

قلمرو پژوهش

اهواز، مرکز استان خوزستان یکی از کلان‌شهرهای ایران است. این شهر که در بخش مرکزی شهرستان اهواز و در محدوده جغرافیایی ۳۱ درجه و ۲۰ دقیقه عرض شمالی از خط استوا و ۴۸ درجه و ۴۰ دقیقه طول شرقی از نصف‌النهار گرینویچ قرار دارد. استان خوزستان از دو ناحیه عمده کوهستانی و جلگه‌ای تشکیل شده است. شهر اهواز در ناحیه جلگه‌ای خوزستان واقع شده است که بخش عمده آن از آبرفت‌های رودهای کارون، کرخه و جراحی به وجود آمده است. شهر اهواز از سمت شمال به شهرهای شیبان، ویس، ملاثانی، شوشتر، دزفول و شوش؛ از شرق به شهرستان رامهرمز؛ از غرب به شهر حمیدیه و دشت آزادگان و از سمت جنوب به شهرهای شادگان، بندر ماهشهر، خرمشهر و آبادان محدود می‌گردد. مساحت شهر اهواز ۲۰۴۷۷ هکتار است که ۶۹۲۳ هکتار آن را بافت شهری تشکیل می‌دهد و همچنین چهارمین شهر وسیع ایران پس از تهران، مشهد و تبریز می‌باشد. این شهر در بخش جلگه‌ای با ارتفاع ۱۸ متر از سطح دریا واقع می‌باشد (آل بوبالدی، ۱۳۹۷: ۱۲۹).



شکل ۱. موقعیت جغرافیایی شهر اهواز
 مأخذ: استانداری خوزستان، ۱۴۰۳؛ ترسیم: نگارندگان

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نوع و ماهیت، در زمره تحقیقات توصیفی – تحلیلی است. حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از کارشناسان و خبرگان حوزه گردشگری پزشکی می‌باشد. در این پژوهش ابتدا با بررسی ادبیات موضوع، معیارها و زیرمعیارهای مؤثر در انتخاب وفاداری گردشگران پزشکی خارجی کلان‌شهر اهواز مشخص خواهد شد. تکنیک تجزیه و تحلیل در این پژوهش، PSI و تاپسیس است که از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند معیاره می‌باشد.

تکنیک شاخص انتخاب ارجحیت

روش شاخص انتخاب ارجحیت (PSI)^۱ یکی از روش‌های تصمیم‌گیری چند معیاره است که هدف آن محاسبه وزن معیارها و رتبه‌بندی گزینه‌ها می‌باشد. در بیشتر روش‌های تصمیم‌گیری در یک مسئله، برای رتبه‌بندی گزینه‌ها باید اهمیت نسبی معیارها مشخص شود که این اهمیت نسبی معمولاً با روشی دیگر صورت می‌گیرد. در تکنیک PSI تعیین وزن نسبی معیارها در خود روش صورت می‌گیرد که از این جهت باعث تمایز و برتری این روش نسبت به تکنیک‌های دیگر می‌شود. مراحل این روش در ادامه آورده شده است.

گام اول: تشکیل ماتریس تصمیم

در این بخش ماتریس تصمیم تشکیل می‌شود. ماتریس تصمیم این روش یک ماتریس معیار گزینه می‌باشد یعنی ماتریسی که گزینه‌ها در سطرها و معیارها در ستون‌ها قرار می‌گیرند و هر سلول این ماتریس ارزیابی هر گزینه نسبت به هر معیار است.

گام دوم: بی‌مقیاس کردن ماتریس تصمیم

برای بی‌مقیاس کردن معیارهای مثبت و منفی به ترتیب از روابط ۱ و ۲ استفاده می‌شود. با نرمال‌سازی، کلیه درایه‌ها در بازه ۰ تا ۱ قرار می‌گیرند.

$$r_{ij} = \frac{x_{ij}}{\max_i x_{ij}} \quad (1)$$

$$r_{ij} = \frac{\min_i x_{ij}}{x_{ij}} \quad (2)$$

گام سوم: محاسبه مقدار تفاوت هر معیار

در این گام با استفاده از رابطه ۳ مقدار تفاوت هر معیار را محاسبه می‌کنیم؛ که در این رابطه میانگین حسابی درایه‌های هر ستون معیار است که از رابطه ۴ محاسبه می‌شود.

$$PV_j = \sum_{i=1}^N [R_{ij} - \bar{R}_j]^2 \quad (3)$$

$$\bar{R}_j = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N R_{ij} \quad (4)$$

گام چهارم: محاسبه میزان انحراف هر شاخص

در این گام با استفاده از رابطه ۵ انحراف هر شاخص محاسبه می‌شود. درواقع انحراف هر شاخص از تفاضل تفاوت هر شاخص با عدد ۱ حاصل می‌شود.

¹ Preference selection index

$$\varphi_j = 1 - PV_j \quad (۵)$$

گام پنجم: محاسبه مقدار ارجحیت کل (وزن معیارها)
در این گام با استفاده از رابطه ۶ مقدار ارجحیت کل هر معیار به دست می‌آید همچنین رابطه همواره برقرار می‌باشد.

$$\psi_j = \frac{\varphi_j}{\sum \varphi_j} \quad (۶)$$

گام ششم: محاسبه امتیاز نهایی و رتبه گزینه‌ها
در این گام با استفاده از رابطه ۷ امتیاز نهایی هر گزینه محاسبه می‌شود به بیان دیگر امتیاز نهایی هر گزینه از مجموع ضرب وزن معیارها در ماتریس نرمال حاصل می‌شود. سپس بر اساس امتیاز، رتبه گزینه‌ها محاسبه می‌شود.

$$I_i = \sum_{j=1}^m (R_{ij} \times \psi_j) \quad (۷)$$

تکنیک تاپسیس

گام ۱- تشکیل ماتریس تصمیم

در تکنیک تاپسیس با استفاده از n معیار به ارزیابی m گزینه پرداخته می‌شود؛ بنابراین به هر گزینه بر اساس هر معیار امتیازی داده می‌شود. این امتیازات می‌تواند بر اساس مقادیر کمی و واقعی باشد یا اینکه کیفی و نظری باشد. در هر صورت باید یک ماتریس تصمیم $m \times n$ در تشکیل شود
گام ۲- نرمال کردن ماتریس تصمیم

مانند سایر روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره ماتریس تصمیم باید نرمال شود. برای نرمال‌سازی مقادیر از روش برداری استفاده می‌شود. روش برداری برخلاف روش ساده نرمال‌سازی خطی به صورت زیر انجام می‌شود:

$$r_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m x_{ij}^2}} \quad (۱)$$

گام ۳- تشکیل ماتریس تصمیم نرمال موزون

گام بعدی تشکیل ماتریس نرمال موزون بر اساس وزن معیارها است؛ بنابراین باید از پیش اوزان معیارها با استفاده از تکنیکی مانند AHP یا آنتروپی شانون محاسبه شده باشد. موزون کردن بسیار ساده است و وزن هر معیار در درایه‌های مربوط به آن معیار ضرب می‌شود.

گام ۴- محاسبه ایده‌آل‌های مثبت و منفی

محاسبه PIS^1 و NIS^2 گام بعدی است. در این گام برای هر شاخص یک ایده‌آل مثبت (A^+) و یک ایده‌آل منفی محاسبه می‌شود.

- برای معیارهایی که بار مثبت دارند ایده‌آل مثبت بزرگ‌ترین مقدار آن معیار است.
- برای معیارهایی که بار مثبت دارند ایده‌آل منفی کوچک‌ترین مقدار آن معیار است.

¹ Positive ideal point

² Negative ideal point

- برای معیارهایی که بار منفی دارند ایده‌آل مثبت کوچک‌ترین مقدار آن معیار است.
 - برای معیارهایی که بار منفی دارند ایده‌آل منفی بزرگ‌ترین مقدار آن معیار است.
- گام ۵- فاصله از ایده‌آل‌های مثبت و منفی و محاسبه راه‌حل ایده‌آل
- در این گام میزان نزدیکی نسبی هر گزینه به راه‌حل ایده‌آل حساب می‌شود. فاصله اقلیدسی هر گزینه از ایده‌آل مثبت و منفی با فرمول زیر محاسبه خواهد شد.
- گام ۶- محاسبه راه‌حل ایده‌آل
- در این گام میزان نزدیکی نسبی هر گزینه به راه‌حل ایده‌آل حساب می‌شود. برای این کار از فرمول زیر استفاده می‌کنیم.

$$d_i^+ = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^+)^2} \quad (2)$$

$$d_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2} \quad (3)$$

$$cl_i^* = \frac{d_i^-}{d_i^- + d_i^+} \quad (4)$$

مقدار CL بین صفر و یک است. هرچه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد راه‌کار به جواب ایده‌آل نزدیک‌تر است و راه‌کار بهتری می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

شناسایی معیارها و زیرمعیارها

با مطالعه پژوهش‌های انجام‌شده و مصاحبه با خبرگانی که در زمینه موضوع این پژوهش سابقه کاری مناسب دارند تعداد ۳۰ شاخص گزینه‌های پژوهش تأثیرگذار بر انتخاب تدوین و ارزیابی شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی (مطالعه موردی؛ کلان‌شهر اهواز) استخراج شد که در جدول ۱ آورده شده است. همچنین ۳۰ زیرمعیار گزینه‌های پژوهش به‌عنوان گزینه انتخاب شدند که در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱. معیارها و زیرمعیارها

منبع مورد استفاده	گزینه‌های پژوهش	معیار	ردیف
Akehurst, 2009	کیفیت خدمات پزشکی	تجربه خدمات	۱
	برخورد کارکنان		۲
	درصد موفقیت درمان		۳
	تسهیلات و تجهیزات پزشکی		۴
	متناسب بودن هزینه‌ها		۵
	خدمات جانبی		۶
Enz, 2010	شفافیت هزینه‌ها		۷
	خدمات رایگان		۸
	امکان پرداخت اقساطی		۹

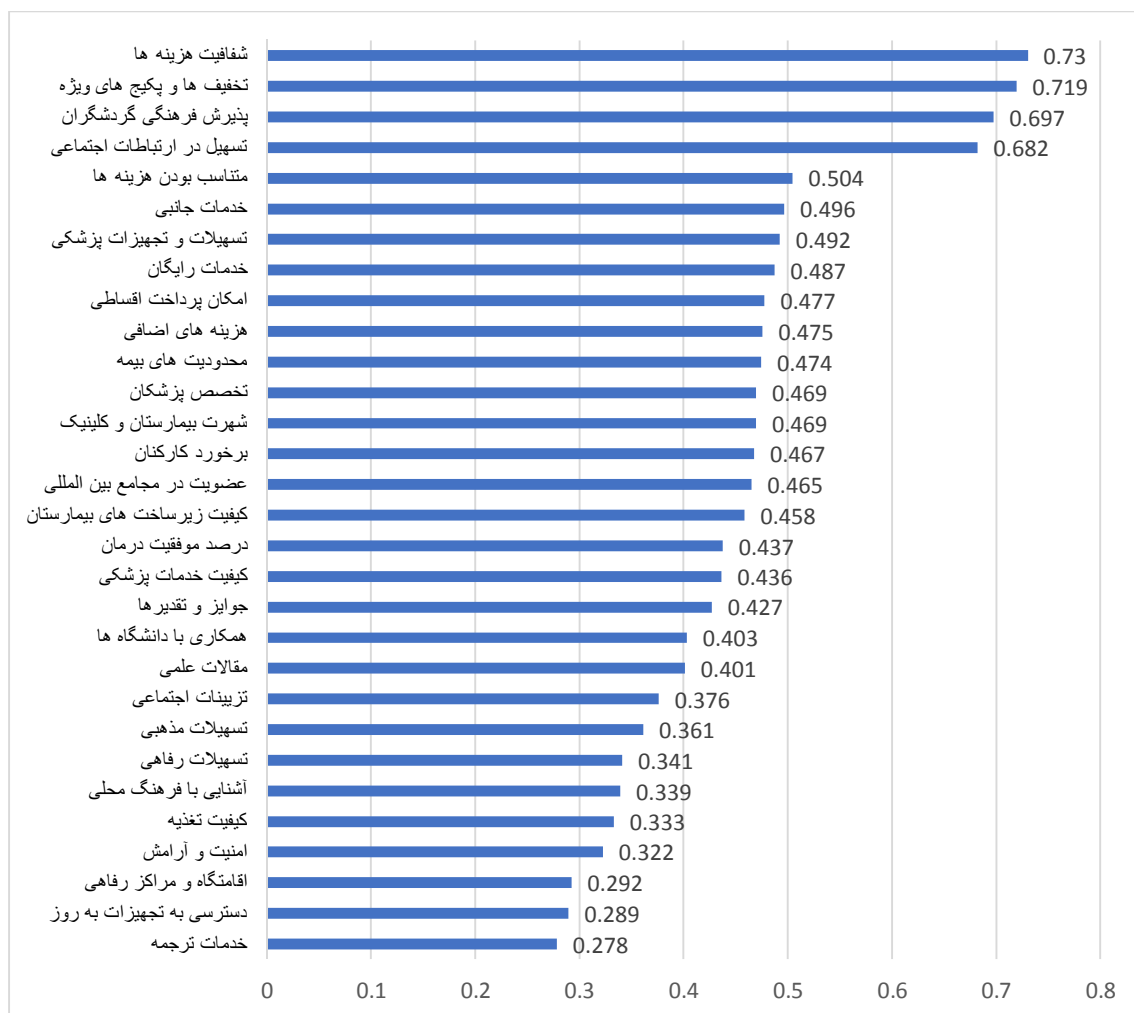
	تخفیف‌ها و پکیج‌های ویژه	قیمت و هزینه‌ها	۱۰
	هزینه‌های اضافی		۱۱
	محدودیت‌های بیمه		۱۲
Cottam,2021	شهرت بیمارستان و کلینیک	اعتبار و شهرت	۱۳
	تخصص پزشکان		۱۴
	همکاری با دانشگاه‌ها		۱۵
	مقالات علمی		۱۶
	عضویت در مجامع بین‌المللی		۱۷
	جوایز و تقدیرها		۱۸
Jindal,2018	کیفیت زیرساخت‌های بیمارستان	امکانات و تسهیلات	۱۹
	دسترسی به تجهیزات به‌روز		۲۰
	اقامتگاه و مراکز رفاهی		۲۱
	کیفیت تغذیه		۲۲
	تسهیلات رفاهی		۲۳
	امنیت و آرامش		۲۴
Kst,2019	آشنایی با فرهنگ محلی	فرهنگ و رفت‌وآمد	۲۵
	تسهیل در ارتباطات اجتماعی		۲۶
	پذیرش فرهنگی گردشگران		۲۷
	خدمات ترجمه		۲۸
	تزیینات اجتماعی		۲۹
	تسهیلات مذهبی		۳۰

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

نتایج روش PSI

اولین گام تشکیل ماتریس تصمیم می‌باشد ماتریس تصمیم این روش یک ماتریس سطری ستونی می‌باشد که معیارها (۵ شاخص پژوهش) در ستون و ۳۰ گزینه پژوهش در سطر قرار می‌گیرند و هر سلول نیز ارزیابی هر گزینه بر اساس هر شاخص می‌باشد. در این پژوهش شاخص‌ها از نوع شاخص کیفی هستند که با استفاده از طیف ۱ تا ۵ (= خیلی کم تا ۵ = خیلی زیاد) تکمیل شدند. ماتریس تصمیم در جدول ۳ آورده شده است.

گام بعد نرمال‌سازی ماتریس تصمیم و سپس تعیین امتیاز نهایی شاخص‌ها بر اساس گام‌های روش PSI می‌باشد که در شکل ۱ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که شفافیت هزینه‌ها رتبه اول را کسب کرده است. تخفیف‌ها و پکیج‌های ویژه رتبه دوم و پذیرش فرهنگی گردشگران رتبه سوم را کسب کرده است.



شکل ۲. امتیاز و رتبه شاخص‌های وفاداری گردشگران پزشکی با استفاده از روش PSI

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

جدول ۲. معرفی شاخص گزینه‌های پژوهش

ردیف	نام گزینه‌های پژوهش	کد
۱	کیفیت خدمات پزشکی	A1
۲	برخورد کارکنان	A2
۳	درصد موفقیت درمان	A3
۴	تسهیلات و تجهیزات پزشکی	A4
۵	متناسب بودن هزینه‌ها	A5
۶	خدمات جانبی	A6
۷	شفافیت هزینه‌ها	A7
۸	خدمات رایگان	A8
۹	امکان پرداخت اقساطی	A9
۱۰	تخفیف‌ها و پکیج‌های ویژه	A10
۱۱	هزینه‌های اضافی	A11

ردیف	نام گزینه‌های پژوهش	کد
۱۲	محدودیت‌های بیمه	A12
۱۳	شهرت بیمارستان و کلینیک	A13
۱۴	تخصص پزشکان	A14
۱۵	همکاری با دانشگاه‌ها	A15
۱۶	مقالات علمی	A16
۱۷	عضویت در مجامع بین‌المللی	A17
۱۸	جوایز و تقدیرها	A18
۱۹	کیفیت زیرساخت‌های بیمارستان	A19
۲۰	دسترسی به تجهیزات به‌روز	A20
۲۱	اقامتگاه و مراکز رفاهی	A21
۲۲	کیفیت تغذیه	A22
۲۳	تسهیلات رفاهی	A23
۲۴	امنیت و آرامش	A24
۲۵	آشنایی با فرهنگ محلی	A25
۲۶	تسهیل در ارتباطات اجتماعی	A26
۲۷	پذیرش فرهنگی گردشگران	A27
۲۸	خدمات ترجمه	A28
۲۹	تزئینات اجتماعی	A29
۳۰	تسهیلات مذهبی	A30

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

نتایج روش تاپسیس

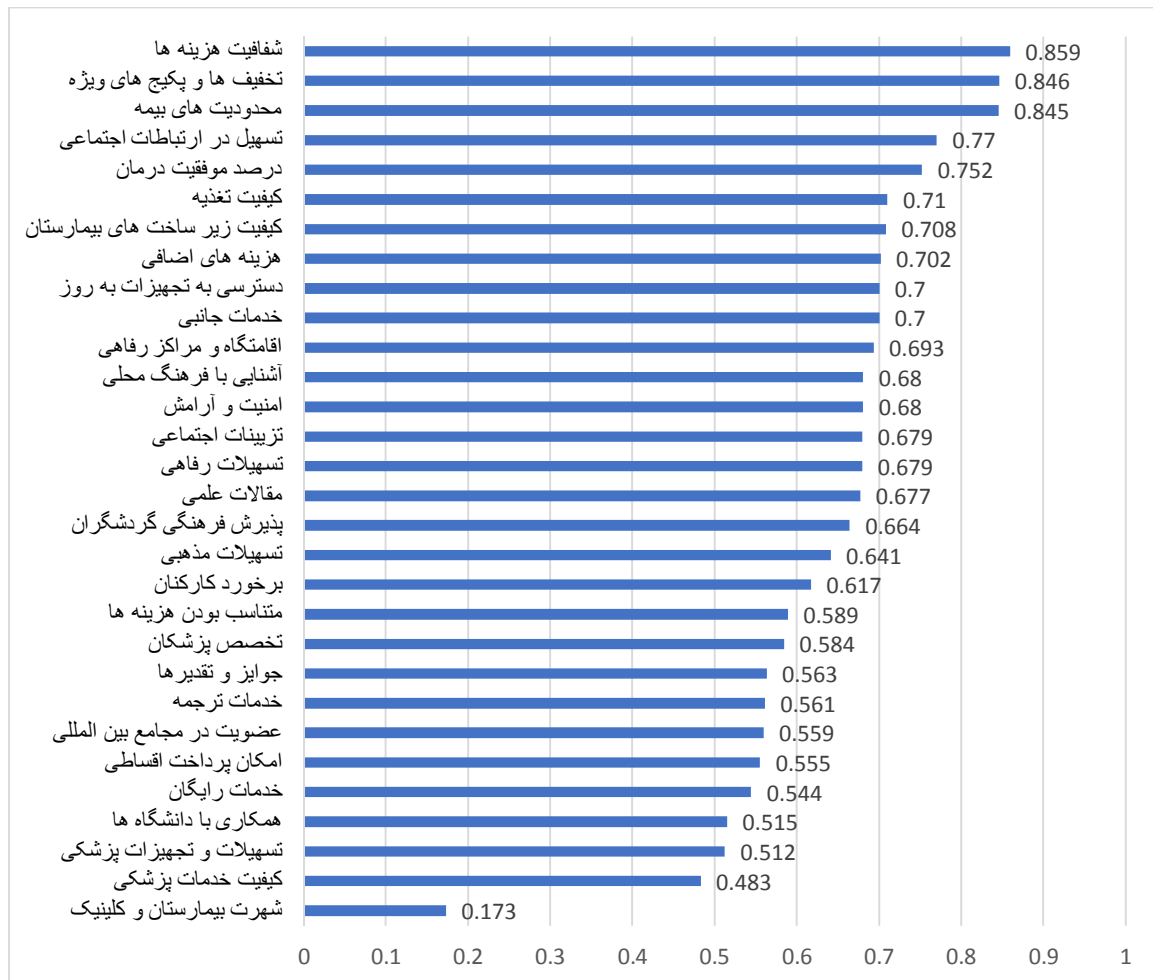
در این بخش از روش تاپسیس، برای اعتبارسنجی نتایج روش PSI استفاده می‌شود اولین گام در این روش تشکیل ماتریس تصمیم می‌باشد که همان ماتریس تصمیم جدول ۳ می‌باشد در مراحل بعد باید ماتریس تصمیم نرمال و سپس وزن‌دار شود و در انتها نیز امتیاز هر گزینه بر اساس روش تاپسیس محاسبه می‌گردد نتایج نشان داد که شفافیت هزینه‌ها رتبه اول را کسب کرده است. تخفیف‌ها و پکیج‌های ویژه رتبه دوم و پذیرش فرهنگی گردشگران رتبه سوم را کسب کرده است که در شکل ۳ نیز آورده شده است.

جدول ۳. ماتریس تصمیم PSI

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
A1	۱۶	۶۰	۲۲	۴,۸	۵,۵	۳	۱	۱۴	۲۲	۱۱	۱	۷۸۲۰۰۰
A2	۱۱,۶	۵۳,۶	۸,۲	۰,۴۵	۰,۴۵	۴	۳	۱۲,۱	۶,۹	۱۱,۶	۲	۲۶۷۰۰۰
A3	۱۱,۶	۵۰,۶	۶,۵	۰,۳۵	۰,۳۵	۱	۴	۱۴,۳	۳,۱	۱۳,۹	۷	۲۵۳۰۰۰
A4	۱۶,۵	۵۷,۲	۱۶,۵	۵,۶	۵,۵	۳	۳	۹,۶	۱۸,۲	۷,۸	۱	۹۸۰۰۰۰
A5	۱۵,۴	۵۶,۲	۱۴,۸	۲,۳	۰,۸۵	۴	۲	۸	۱۱,۲	۶,۵	۲	۶۸۲۰۰۰
A6	۱۱,۲	۵۰,۵	۶,۹	۰,۷	۰,۵	۴	۴	۱۲,۸	۵,۶	۱۲	۵	۵۵۰۰۰۰

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
A7	۱۲	۴۹	۵,۲	۰,۶۵	۰,۵	۱	۴	۱۵	۱,۴	۱۴	۱۲	۵۳۴۰۰۰
A8	۱۹	۵۸	۱۸	۲,۳	۲	۴	۳	۶,۸	۱۴	۸,۵	۱	۶۴۵۰۰۰
A9	۲۳	۶۴	۲۳	۰,۶	۰,۶	۵	۲	۷۵۰	۲۸	۱۴	۸	۶۲۹۰۰۰
A10	۱۱	۴۸	۴,۱	۰,۱	۰,۱	۱	۵	۱۶	۱,۷	۱۴	۱۲	۳۲۸۰۰۰
A11	۱۰,۴	۵۰,۴	۷,۹	۰,۶۵	۰,۶۵	۴	۲	۱۳,۴	۶,۷	۱۳	۵	۵۷۵۰۰۰
A12	۱۳	۴۹	۵,۷	۰,۴	۰,۷	۱	۵	۱۶	۱,۹	۱۵	۱۲	۱۲۵۰۰۰
A13	۴۵	۳۰۰	۴۸	۰,۳	۱۷	۴	۱	۶۸	۵۳	۵۸	۱	۳۴۰۰۰۰
A14	۱۸	۵۸	۱۰	۰,۸۵	۱,۴	۴	۲	۱۰	۸,۸	۸,۷	۱	۴۸۰۰۰۰
A15	۱۶	۵۷	۱۶	۵,۵	۵,۵	۳	۳	۱۱	۱۸	۷,۸	۱	۴۹۷۰۰۰
A16	۱۲,۴	۵۲,۴	۸,۲	۱	۱	۴	۲	۱۲,۲	۵,۷	۱۱,۸	۴	۴۸۴۰۰۰
A17	۱۳,۴	۵۴,۱	۱۳,۴	۴,۶	۱,۶	۴	۳	۱۰,۲	۱۲,۶	۵,۸	۱	۶۲۴۰۰۰
A18	۱۷,۱	۵۸,۲	۱۴,۹	۲,۴	۲	۴	۳	۶,۶	۱۱,۵	۸	۱	۷۵۰۰۰۰
A19	۱۱,۵	۴۸	۷,۲	۰,۹	۱,۳	۴	۳	۱۲,۸	۴,۹	۱۲,۴	۵	۴۵۰۰۰۰
A20	۱۰,۵	۵۰,۶	۷	۱,۱	۰,۹	۴	۴	۱۳,۶	۵,۷	۱۲	۵	۴۴۸۰۰۰
A21	۱۰,۸	۵۲,۹	۸,۳	۰,۳۵	۰,۴	۴	۴	۱۳	۶,۹	۱۱,۱	۵	۴۰۲۰۰۰
A22	۹,۸	۵۱,۴	۶,۶	۱,۱	۰,۴	۴	۳	۱۳,۶	۴,۵	۱۳,۱	۵	۳۶۲۰۰۰
A23	۷,۸	۴۷,۳	۵,۵	۰,۸	۰,۹۵	۱	۵	۱۵,۶	۶,۱	۱۱,۹	۵	۲۶۴۰۰۰
A24	۱۱,۳	۵۱,۴	۷	۰,۶۵	۰,۶	۴	۳	۱۲,۶	۴,۷	۱۲,۲	۴	۲۵۹۰۰۰
A25	۱۱,۸	۵۲,۲	۷,۶	۰,۴۵	۰,۴۵	۴	۳	۱۲,۶	۴,۵	۱۲,۱	۴	۳۸۷۰۰۰
A26	۱۲,۴	۴۹,۴	۵,۳	۰,۳۵	۰,۳۵	۴	۵	۱۵,۳	۱,۴	۱۴,۹	۷	۲۲۰۰۰۰
A27	۱۰,۸	۵۳,۲	۸,۳	۰,۲۳	۰,۲۳	۴	۴	۱۲,۷	۷	۸,۹	۴	۵۳۲۰۰۰
A28	۱۵,۹	۵۶,۸	۱۵,۳	۳,۲	۰,۶۵	۴	۱	۹,۴	۱۲,۶	۷	۱	۴۱۴۰۰۰
A29	۱۱,۵	۵۱,۵	۷,۲	۰,۶۵	۰,۶	۴	۳	۱۲,۸	۴,۹	۱۲,۳	۴	۳۳۰۰۰۰
A30	۱۰,۴	۵۱,۳	۷,۸	۱,۵	۱,۵	۴	۲	۱۳,۲	۷,۵	۹,۵	۳	۷۵۰۰۰۰

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)



شکل ۳. امتیاز و رتبه نهایی شاخص های وفاداری گردشگران پزشکی با روش تاپسیس

مأخذ: (یافته های پژوهش، ۱۴۰۳)

روش بهترین-بدترین (Best-Worst method)

در این روش تعدادی گزینه با توجه به تعدادی شاخص ارزیابی می شود تا بهترین گزینه انتخاب شود. بر اساس روش بهترین بدترین که توسط رضایی (۲۰۱۵) ارائه شده است، بهترین و بدترین شاخص توسط تصمیم گیرنده مشخص می شود و مقایسه زوجی بین هر یک از این دو شاخص (بهترین و بدترین) و دیگر شاخص ها صورت می گیرد؛ سپس یک مسئله حداکثر حداقل برای مشخص کردن وزن شاخص های مختلف فرموله و حل می شود؛ همچنین در این روش فرمولی برای محاسبه نرخ ناسازگاری به منظور بررسی اعتبار مقایسات در نظر گرفته شده است (Guo & Zhao, 2017: 25).

نتایج روش بهترین بدترین فازی

در این بخش از روش بهترین بدترین فازی جهت وزن دهی و اولویت بندی به عوامل پژوهش استفاده می شود.

تعیین بااهمیت‌ترین و کم‌اهمیت‌ترین شاخص‌ها

در اولین گام روش بهترین بدترین باید بااهمیت‌ترین (بهترین) و کم‌اهمیت‌ترین (بدترین) شاخص مشخص شود در این پژوهش با استفاده از نظرات خبرگان پژوهش بااهمیت‌ترین (بهترین) و کم‌اهمیت‌ترین (بدترین) شاخص مشخص شدند که بهترین معیار C5 و بدترین معیار C3 انتخاب شدند.

تشکیل مقایسات زوجی

در این قسمت مقایسات زوجی بهترین معیار نسب به دیگر معیارها (BO) و دیگر معیارها نسبت به بدترین معیار (OW) انجام می‌شود که در این پژوهش ابتدا مقایسات زوجی تشکیل و در اختیار ۳ خبرگان قرار داده شد تا بر اساس طیف جدول ۵ تایی فازی، میزان ارجحیت در مقایسات زوجی را مشخص کنند بعد از پاسخگویی، مقایسات زوجی با روش میانگین هندسی ادغام شدند که در ادامه آورده شده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی معیارها

	C1	C2	C3	C4	C5
بهترین معیار	C5 (۱,۴۱۳,۱۸۸,۲۰۴,۴۱۴)	(۱,۱,۳۲,۱۰۶,۹۷)	(۳,۰۵۹,۳۰۵,۵۴۵,۴۰۷)	(۱,۳۳۱,۱۰۷,۷۸۷,۳۰۲,۳۳۲)	(۱,۰۲۲,۱,۴۳۱,۱,۹۶۸)
بدترین معیار	C3 (۰,۹۴۲,۱,۲۰۴,۴۱۴,۳۰۹)	(۱,۲,۰۱۰,۱۰۶,۴۴۴,۲,۱۸)	(۱,۱,۱)	(۰,۷۸۷,۱,۱,۲۷۵)	(۰,۸۵۱,۱,۱۴۹,۱,۵۳۳)

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

محاسبه وزن معیارها

در این گام با استفاده رابطه ۷ مدل بهینه‌سازی غیرخطی مسئله را تشکیل خواهیم داد اما جو و ژائو (۲۰۱۷) بیان کردند که در مدل‌های دارای سه معیار یا بیشتر بهتر است مدل به خطی تبدیل شود؛ بنابراین مدل خطی روش BWM فازی تشکیل شد و توسط نرم‌افزار Lingo17 حل گردید و اوزان معیارها حاصل شد که در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. وزن و رتبه نهایی معیارهای اصلی

رتبه	وزن قطعی	وزن فازی	معیار
۴	۰,۱۱۶۸	(۰,۰۸۵۲,۰,۱۱۷۸,۰,۱۴۴۲)	C1
۲	۰,۱۴۹۱	(۰,۱۳۵۸,۰,۱۴۴۵,۰,۱۸۰۵)	C2
۸	۰,۰۶۹۲	(۰,۰۶۷۱,۰,۰۶۷۱,۰,۰۷۹۴)	C3
۷	۰,۱۰۴۴	(۰,۱۰۱۳,۰,۱۰۱۳,۰,۱۱۹۸)	C4
۵	۰,۱۱۵۰	(۰,۱۰۸,۰,۱۱۱۳,۰,۱۳۷)	C5

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

در جدول ۵ وزن فازی مستقیماً از حل مدل در نرم‌افزار Lingo حاصل شده است سپس این اوزان فازی توسط رابطه $R(\tilde{a}_i) = \frac{l_i + 4m_i + u_i}{6}$ تبدیل ب وزن قطعی شده است. به‌عنوان مثال وزن فازی معیار C1 به‌صورت (۰,۰۸۵۲,۰,۱۱۷۸,۰,۱۴۴۲) است که وزن قطعی آن برابر با $\frac{0.0852 + 4 \times 0.1178 + 0.1442}{6} = 0.1168$ می‌شود

محاسبه نرخ ناسازگاری

در این بخش به محاسبه نرخ ناسازگاری مقایسات زوجی پژوهش پرداخته می‌شود ابتدا با استفاده از رابطه ۸ با حل یک معادله درجه‌دو برای هر جدول مقایسه زوجی مقدار مجهول ξ را محاسبه می‌کنیم که همان شاخص سازگاری است سپس مقدار بهینه تابع هدف (ξ^*) هر مدل خطی برای جداول مقایسه زوجی را بر این مقدار شاخص سازگاری تقسیم می‌کنیم تا نرخ ناسازگاری حاصل شود به بیان ریاضی نرخ ناسازگاری برابر است با: $\frac{\xi^*}{\xi}$. هر چه نرخ ناسازگاری به صفر نزدیک‌تر باشد نشان از سازگارتر بودن مقایسه زوجی است. این نرخ در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نرخ ناسازگاری مقایسات زوجی

ξ	ξ^*	نرخ ناسازگاری
۷,۴۶۷	۰,۵۱	۰,۰۶۸

مأخذ: (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۳)

بحث و نتیجه‌گیری

گردشگری از پویاترین بخش‌های اقتصاد جهانی است که دارای سریع‌ترین نرخ رشد جهانی بوده و تنوع گسترده و رشد مداومی را در طول چند دهه اخیر تجربه کرده است؛ که امروزه گردشگری پزشکی از مهم‌ترین شاخه‌های صنعت گردشگری به شمار می‌رود که منافع اقتصادی _ اجتماعی بالایی را برای کشور ایران به همراه دارد؛ که بازار گردشگری پزشکی به‌عنوان یکی از صنایع درآمدزا و رقابتی در دنیا مطرح شده و از حوزه‌های نوین گردشگری پیشرفته است. در سطح کلان، دولت‌ها علاقه‌مند به بهره‌مندی از مزایای اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. همچنین این نوع از گردشگری کمک شایان توجهی به توسعه اقتصادی کشور نموده و فرصت‌های درآمدی متعددی را

برای بخش‌های مختلف اقتصادی فراهم می‌کند. پژوهش حاضر باهدف بررسی، تدوین و ارزیابی شاخص‌های مؤثر بر وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز انجام شد. یافته‌های این تحقیق که بر پایه داده‌های جمع‌آوری شده از مصاحبه‌های عمیق با گردشگران پزشکی و تحلیل کمی پرسشنامه‌ها استوار است، نشان می‌دهد که وفاداری گردشگران پزشکی خارجی یک پدیده چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد. این عوامل نه تنها شامل کیفیت خدمات پزشکی، بلکه خدمات پشتیبانی، هزینه‌های درمان، شرایط محیطی و فرهنگی و ارتباطات زبانی نیز می‌شوند. کی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، تأیید نقش محوری کیفیت خدمات پزشکی در وفاداری گردشگران است. تخصص و مهارت پزشکان، به کارگیری فناوری‌های نوین، رعایت استانداردهای بهداشتی و درمانی و دسترسی به امکانات پیشرفته، همگی به عنوان عوامل کلیدی در ارزیابی کیفیت خدمات پزشکی توسط گردشگران پزشکی شناخته شده‌اند. این یافته نشان می‌دهد که برای جذب و حفظ گردشگران پزشکی خارجی، سرمایه‌گذاری در ارتقاء سطح دانش و مهارت کادر پزشکی و بهبود زیرساخت‌های درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علاوه بر کیفیت خدمات پزشکی، کیفیت خدمات پشتیبانی نیز نقش بسزایی در وفاداری گردشگران ایفا می‌کند. گردشگران پزشکی، به ویژه کسانی که از کشورهای دیگر به اهواز سفر می‌کنند، نیازمند خدماتی چون راهنمایی و مشاوره، خدمات ترجمه، سهولت در پذیرش و ترخیص و امکانات رفاهی مناسب هستند. ارائه این خدمات باکیفیت و به صورت منظم و هماهنگ، می‌تواند تجربه مثبتی را برای گردشگران ایجاد کرده و حس اعتماد و رضایت آن‌ها را تقویت کند. این موضوع نشان می‌دهد که مراکز درمانی باید توجه بیشتری به ارائه خدمات پشتیبانی داشته باشند و کارکنان خود را به خوبی در این زمینه آموزش دهند. هزینه‌های درمانی نیز به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر وفاداری گردشگران پزشکی شناسایی شده است. اگرچه قیمت مناسب خدمات پزشکی یکی از مزیت‌های نسبی اهواز در مقایسه با سایر کشورهای منطقه محسوب می‌شود، اما یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شفافیت در هزینه‌ها و ارائه تخمین دقیق از هزینه‌های درمان نیز برای گردشگران بسیار مهم است. گردشگران تمایل دارند از قبل بدانند که چه هزینه‌هایی را باید بپردازند و از هرگونه سورپرایز ناخوشایند در این زمینه جلوگیری شود. علاوه بر عوامل ذکر شده، شرایط محیطی و فرهنگی و ارتباطات زبانی نیز تأثیر قابل توجهی بر وفاداری گردشگران پزشکی دارند. گردشگران پزشکی اغلب به دنبال محیطی آرام و امن هستند که در آن بتوانند به خوبی استراحت کنند و دوران نقاهت خود را بگذرانند. همچنین، آشنایی با فرهنگ و آداب و رسوم محلی و وجود ارتباطات زبانی مناسب می‌تواند تجربه خوشایندی را برای آن‌ها رقم بزند. این یافته نشان می‌دهد که برای جذب گردشگران پزشکی، لازم است که علاوه بر بهبود خدمات پزشکی و پشتیبانی، به مسائل فرهنگی و محیطی نیز توجه شود. به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که وفاداری گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز به مجموعه‌ای از عوامل وابسته است که باید به صورت هماهنگ و یکپارچه مورد توجه قرار گیرند. صرف تمرکز بر یک یا دو عامل نمی‌تواند به موفقیت در این زمینه منجر شود. بلکه، لازم است که یک رویکرد جامع و سیستماتیک برای بهبود تجربه گردشگران پزشکی در نظر گرفته شود. در این پژوهش رتبه‌بندی ۳۰

شاخص بر اساس ۵ متغیر شاخص می‌باشد که توسط دو روش PSI و تاپسیس انجام شد. نتایج هر دو روش پژوهش نشان داد در بین ۳۰ شاخص که شفافیت هزینه‌ها رتبه اول را کسب کرده است. در آخر از روش بهترین-بدترین (Best-Worst method) می‌باشد که در این قسمت مقایسات زوجی بهترین معیار نسب به دیگر معیارها (BO) و دیگر معیارها نسبت به بدترین معیار (OW) انجام می‌شود که در این پژوهش ابتدا مقایسات زوجی تشکیل و در اختیار ۳ نفر از خبرگان قرار داده شد تا بر اساس طیف جدول ۵ تایی فازی، میزان ارجحیت در مقایسات زوجی را مشخص کنند بعد از پاسخگویی، مقایسات زوجی با روش میانگین هندسی ادغام شدند که در ادامه آورده شده است. در این بخش به محاسبه نرخ ناسازگاری مقایسات زوجی پژوهش پرداخته می‌شود ابتدا با استفاده از رابطه ۸ با حل یک معادله درجه دو برای هر جدول مقایسه زوجی مقدار مجهول ξ را محاسبه می‌کنیم که همان شاخص سازگاری است سپس مقدار بهینه تابع هدف (ξ^*) هر مدل خطی برای جداول مقایسه زوجی را بر این مقدار شاخص سازگاری تقسیم می‌کنیم تا نرخ ناسازگاری حاصل شود به بیان ریاضی نرخ ناسازگاری برابر است با: $\frac{\xi^*}{\xi}$. هر چه نرخ ناسازگاری به صفر نزدیک‌تر باشد نشان از سازگارتر بودن مقایسه زوجی است. این نرخ در جدول ۶ آورده شده است.

منابع و مأخذ:

۱. آل بوبالدي، ا، ۱۳۹۷، بررسی وضعیت نورپردازی و روشنایی پارک‌های شهری (نمونه موردی: منطقه ۴ اهواز)، پایان‌نامه کارشناسی، استاد راهنما: دکتر سعید امان پور، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
۲. توفیقی اقدام میانجی، م، منصوری، ح، ۱۴۰۳، تأثیر ارزش ویژه برند بر رضایت و وفاداری در گردشگری پزشکی، بیست و یکمین کنفرانس ملی اقتصاد، مدیریت و حسابداری.
۳. حسینی، س، تقوایی، م، ۱۴۰۰، تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات نمونه مورد مطالعه: استان‌های مرزی منطقه سه سلامت. گردشگری و توسعه، ۱۰(۴)، ۲۱۴ – ۱۹۹. doi: 10.22034/jtd.2020.250391.2138
۴. زیاری، ی، غلامی، ز، اقبالی، ن، ۱۴۰۰، تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: منطقه ۶ تهران). فصلنامه علمی مطالعات بین‌رشته‌ای دانش راهبردی، ۱۱(۴۲)، ۳۲۴ – ۲۹۵.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24234621.1400.111.42.11.6
۵. سرخه دهی، ف، ۱۴۰۲، راهبردهای جذب گردشگر در حوزه پزشکی و سلامت: تجارب کشورهای منتخب. ماهنامه علمی «امنیت اقتصادی»، ۱۱(۸)، ۱۶ – ۴.
https://es.tesrc.ac.ir/article_709514.html
۶. فرهادی محلی، ع، لیوانی، ح، معطوفی، ع، ۱۴۰۱، الزامات کلیدی مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های گردشگری پزشکی در استان گلستان. مجله مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۷(۵۸)، ۲۳۳ – ۱۹۹.
https://doi.org/10.22054/tms.2022.67209.2704
۷. فیروزی، م، ع، گودرزی، م، ۱۳۹۷، گردشگری پزشکی. چاپ دوم، انتشارات آراد کتاب، نشر تهران.
۸. قنبری، ا، کرمی، ف، ایمان زاده، ط، ۱۴۰۱، ارزیابی موانع گردشگری پزشکی شهر تبریز. فصلنامه گردشگری شهری، ۹(۲)، ۳۹ – ۲۷. https://doi.org/10.22059/jut.2021.316388.868
۹. گودرزی، م، ۱۳۹۳، برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز. استاد راهنما: تقوایی، مسعود، دانشکده علوم جغرافیایی و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان.
۱۰. گودرزی، م، سلطانی، ز، متینی نژاد، ا، ۱۴۰۳، تدوین و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر اهواز. مجله گردشگری شهری، ۱۱(۱)، ۲۰ – ۱.
https://doi.org/10.22059/jut.2024.373612.1195
۱۱. گودرزی، م، سلطانی، ز، پور مقدم، ع، ۱۴۰۱، بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز. فصلنامه علمی پژوهشی گردشگری و توسعه، ۱۲(۱)، ۲۱۸ – ۱۰۲. https://doi.org/10.22034/jtd.2022.331809.2577
۱۲. گودرزی، م، ۱۴۰۰، بررسی و تحلیل ابعاد فرهنگی مؤثر بر جذب گردشگران پزشکی عراقی شهر اهواز. فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۱۵(۳)، ۲۸ – ۱.
https://doi.org/10.22055/qjsd.2020.31313.2062
۱۳. گودرزی، م، تقوایی، م، ۱۳۹۵، تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: کلان‌شهر شیراز). نشریه پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، ۷(۲۴)، ۲۲ – ۱.
https://dori.net/dor/20.1001.1.22285229.1395.7.24.3.0

۱۴. گودرزی، م، تقوایی، م، زنگی‌آبادی، ع، ۱۳۹۳، توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز. فصلنامه مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۱(۴)، ۴۹۶-۴۸۵.
https://him.mui.ac.ir/article_11325.html
۱۵. یعقوب زاده، ر، میره‌ای، م، ۱۴۰۲، شناسایی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت در استان مازندران با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودی. فصلنامه علمی مطالعات راهبردی فرهنگ، ۳(۳)، ۱۸۲-۱۵۵.
<https://doi.org/10.22083/scsj.2023.423738.1126>
16. Akehurst, G. (2009). "Modeling the relationship between destination image, tourist satisfaction, and intention to revisit". *Information Technology & Touris*.
17. Bookman, M., & Bookman, K. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hants, UK.
18. Bulatovic, I., & Iankova, K. (2021). Barriers to Medical Tourism Development in the United Arab Emirates (UAE). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1365, 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031365>
19. Bulatovic, I., & Iankova, K. (2021). Barriers to Medical Tourism Development in the United Arab Emirates (UAE). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1365.
20. Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. In: Cohen, E. (ed.) *Explorations in Thai Tourism*. Emerald, Bingley, West Yorkshire, UK, 225-255. <file:///C:/Users/C/Downloads/008.pdf>
21. Cottam, H. (2021). "Elderly Medical Tourist Characteristics: A Study of Health and Medical Travel Trends". *Journal of Travel Research*.
22. Ehrbeck, T., Guevara, C., & Mango, P. (2008). Mapping the market for medical tourism. *The McKinsey Quarterly* May, 1-11. https://www.researchgate.net/publication/265184262_Mapping_the_market_for_medical_travel.
23. Enz, C. A. (2010). "Hospitality strategic management: Concepts and cases". John Wiley & Sons.
24. Erfurt-Cooper, P., & Cooper, M. (2009). *Health and Wellness Tourism*. Channel View Publications, Bristol.
25. Guo, S. and Zhao, H., 2017. Fuzzy best-worst multi-criteria decision-making method and its applications. *Knowledge-Based Systems*, 121, pp.23-31.
26. Hwang, Soonae. & Lee, Donhee. & Kang, Chang-yuil. (2018) Medical tourism: focusing on patients' prior, current and post experience. *International Journal of quality Innovation*, Vol.
27. Isikli, E., SerdarAsan, S., & Karadayi-Usta, S. (2020). Predicting the medical tourism demand of Turkey. In *Industrial Engineering in the Digital Disruption Era: Selected papers from the Global Joint Conference on*

- Industrial Engineering and Its Application Areas, GJCIE2019, September 2-3, 2019, Gazimagusa, North Cyprus, Turkey (pp. 119-132).
28. Jagyasi, P. (2008). Defining medical tourism. Another approach. *Medical Tourism Magazine*, 6, 9–11.
 29. Jain, V. and Ajmera, P. (2018), "Modelling the factors affecting Indian medical tourism sector using interpretive structural modeling", *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 25 No. 5, pp. 1461-1479.
 30. Jindal, R. (2018). "Health Tourism: A Study on the Factors Influencing Medical Tourists' Behavior". *International Journal of Health Services*.
 31. Kim, Soojung. & Arcodia, Charles. & Kim, Insin. (2019) Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Vol.6, No.12, pp.1-15.
 32. Kst, H. R. (2019). "Cultural Influences on Health Care Delivery". *International Journal of Cultural Healt*.
 33. Li, H., Du, Y., Xue, T., & Jenkins, C. L. (2022). Chinese medical tourism: review and research agenda. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2022.2073939>
 34. Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 66, 27–32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017
 35. Mahendradhata, Y. (2019). Proceed with caution: Potential challenges and risks of developing healthcare tourism in Indonesia. *Global Public Health*, 14(3), 340-50.
 36. Miller, A., Smith, R., Woods, N., & Warholak, T. (2021). Analysis of medical tourism at the Andrade port of entry. *J Am Pharm Assoc*, 61(2), e114-9.
 37. Mishra, V., Sharma, M. (2021). Framework for Promotion of Medical Tourism: A Case of India. *International Journal of Global Business and Competitiveness*.
 38. Mueller, H., & Kaufmann, E. (2001). Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7, 5–17. DOI:10.1177/135676670100700101
 39. Nahai, F. (2009). It's procedure, not tourism. *Medica Tourism* 1, 106.
 40. Reisman, D. (2010). *Health Tourism, Social Welfare through International Trade*. Edward Elgar, Cheltenham, Glos, UK.
 41. Ridderstaat, J., Singh, D., & DeMicco, F. (2019). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of Destination Marketing & Management*, 11, 270-280. <https://doi.org/10.1016/j.jdmm.2018.05.003>
 42. Robinson, D, Newman, S, & Stead, S. (2019), Community perceptions link environmental decline to reduced support for tourism development in small

- island states: A case study in the Turks and Caicos Islands. *Marine Policy*, 108, 51-65.
43. Shanahan, B. (2009). Dental as anything. *Sunday Magazine* (Sunday Telegraph) 29 March, 21-22.
44. Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Elsevier, Oxford.
45. Sobo, E. (2009). Medical travel: what it means, why it matters. *Medical Anthropology* 28, 326-335. DOI: 10.1080/01459740903303894
46. Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management*, 69, 232-245. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.06.006>
47. Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2020). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management*, 69, 232-245. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.06.006>
48. Sutherland, J. (2005). Pilgrims on the prescription drugs trail. *Guardian Weekly* 8 April, 20. doi: 10.3390/healthcare9060626
49. Tonga, F., Caglar, Y.S., Aktan, E.S. (2021). Possible early examples of medical tourism. *Am J Med Sci*, 362(3), 227-232.
50. Vovka, V., Beztelesna, L., & Pliashko, O. (2021). Identification of Factors for the Development of Medical Tourism in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 11205.
51. Zhang, W., Zhaoxiang, Qin., & Jun, T. (2022). Economic Benefit Analysis of Medical Tourism Industry Based on Markov Model. *Journal of Mathematics*, Volume 2022, Article ID 6401796. <http://dx.doi.org/10.1155/2022/6401796>.