

واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در گردشگری سلامت

رستم قره داغی^۱ - زهرا رجائی^{۲*} - محمد مهدلو^۳ - آرزو آقامحمدی^۴

چکیده

زمینه: گردشگری پزشکی به عنوان یکی از ابعاد گردشگری به توسعه پایدار، و پویایی کشورها کمک می‌کند. این نوع از گردشگری به خاطر کم هزینه بودن، و درآمد بالای آن در مرکز توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است
هدف: این پژوهش با هدف شناسایی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در راستای گردشگری سلامت انجام شد و اعتبارسنجی مدل با تحلیل عاملی مرتبه اول و دوم انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر نتایج پژوهش، کاربردی، از نظر فرآیند اجرای پژوهش کیفی و کمی و از نظر هدف اکتشافی توصیفی و از نظر جایگاه زمانی مقطعی است. جامعه آماری در بخش کیفی به صورت هدفمند و با شیوه نمونه‌گیری بیشینه تنوع انجام شد که با رسیدن به حد اشباع مقوله‌ای، در نهایت از تعداد ۳۱ نفر خبرگان استفاده شد. به منظور افزایش اعتبار پژوهش و با روش سه سویه‌سازی در منابع داده‌ها، مشارکت‌کنندگان از سه گروه مختلف شامل «معاونین، مدیران و کارشناسان بخش سلامت» بودند. به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، برای اعتباربخشی یافته‌ها از ملاک‌های چهارگانه گوبا و لینکلن و برای تحلیل مباحثه‌ها از تحلیل تم، براون و کلارک استفاده شد. و در بخش کمی پژوهش شامل گردشگران سلامت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تبریز می‌باشد بر اساس جامعه نامحدود، حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شده است. در بخش کمی از پرسشنامه محقق ساخته بر اساس کدهای استخراجی استفاده شد و جهت اعتبارسنجی مدل تحلیل عاملی و الفای کرونباخ و پایایی ترکیبی با استفاده از نرم افزار SPSS و PLS محاسبه شد. تحلیل و کدگذاری مباحثه‌ها در بخش کیفی با کمک نرم افزار MAXQDA انجام شد که در این راستا ۷۹ کد در راستای کدگذاری باز شناسایی شد و اعتبار مدل با تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تبریز به عنوان یکی از قطب‌های پزشکی در کشور و حتی کشورهای منطقه خاورمیانه مطرح است. نتایج پژوهش نشان داده حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت دارای سه تم اصلی طراحی شبکه، مدیریت تعاملی شبکه و بسترهای لازم جهت گردشگری سلامت هستند. بنابراین لازم است در جهت شبکه‌سازی در این صنعت، به عوامل مذکور توجه شود. تا بتوان از منافع سرشار این صنعت در جهت اشتغال‌زایی و ارزآوری برای کشور بهره‌مند شد.

واژگان کلیدی: حکمرانی شبکه‌ای، گردشگری سلامت، مراکز درمانی، تبریز

۱. استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد میانه، دانشگاه آزاد اسلامی، میانه، ایران.

۲. استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، (نویسنده مسئول) (zahrarajaei@pnu.ac.ir)

۳. گروه علوم اقتصادی، واحد میانه، دانشگاه آزاد اسلامی، میانه، ایران.

۴. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد شهرسازی گرایش برنامه‌ریزی منطقه‌ای، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

مقدمه

از زمان شکل گیری نخستین تمدن های بشری، بشر همواره به دنبال راهی برای ادارات بهتر امور جمعی بوده و با گذشت قرن ها، تجربه های مختلفی در زمینه حکمرانی کسب کرده است (سلیمی و مکنون، ۱۳۹۷: ۵). حکمرانی به مثابه «عمل یا شیوه حکومت کردن با کارکرد حکومت» تلقی می شود (سلطان نژاد و گودرزی، ۱۳۹۶: ۸۰). به طور کلی، حکمرانی به نحوه تعامل دولت ها و سایر سازمان های اجتماعی با یکدیگر، شیوه ارتباط آن ها با شهروندان و اتخاذ تصمیم های پیچیده اشاره دارد و فرایندی است که از طریق آن سازمان ها و جوامع، تصمیم های مهم خود را می گیرند و مشخص می کنند که چه کسی در این فرایند درگیر شود و چگونه وظیفه خود را به انجام رساند (قوچانی خراسانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۲).

از طرف دیگر، عصر حاضر را عصر مسائل پیچیده، در هم تنیده و با ارتباطات شبکه ای می نامند و برای حل مسائل شبکه ای، مدیریت دولتی در عصر تحولات مستمر باید خود را در چارچوب پارادایم حکمرانی شبکه ای سازمان دهی کند (آقازاده و همکاران، ۱۳۹۴: ۲). بنابراین، در شرایط فعلی که جامعه از پیچیدگی زیادی برخوردار است، تعریف شبکه ای از حکمرانی به واقعیت نزدیکتر بوده و کارآمدتر است. با توجه به تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، حکمرانی شبکه ای به مجموعه ای از بازیگران دولتی و غیردولتی اشاره دارد که به منظور تصمیم گیری در رابطه با حل مسائل و مشکلات عمومی، ایجاد ارزش عمومی و ارائه خدمات عمومی با یکدیگر به طور رسمی یا غیر رسمی تعامل و مشارکت دارند. یا با به اشتراک گذاری دانش، به هماهنگی فعالیتها و ارائه راه حل های مشترک می پردازند (پالوموناوارو و ناویوماکروه^۱، ۲۰۱۷). حکمرانی شبکه ای هم به عنوان شکلی از مدیریت و هم به عنوان پاسخی برای نگرانی های مربوط به شکست ساز و کارهای ادارات سلسله مراتبی و متمرکز، شکل نوینی از حکمرانی در کنار حکمرانی بازاری و سلسله مراتبی است که ویژگی هایی همچون شکسته شدن ساختار حکمرانی شبکه ای است و در تقابل با ستون حکمرانی

سلسله مراتبی حکمرانی، ایجاد تغییر در مفهوم سیاست، خودکار بودن نظام مند و بالا بردن ظرفیت حل مسائل عمومی را با خود به همراه دارد. این تغییر حرکت در شیوه حکمرانی سنتی به ورود یک سری شرکای گسترده تر در ارائه خدمات از جمله فعالان کسب و کار، سازمان های غیرانتفاعی و جوامع منجر شده است. همچنین، حکمرانی شبکه ای ابزار ویژه ای در اختیار سیاست گذاران و تحلیل گران سیاستی قرار میدهد تا به وسیله آن با مسائل بغرنج رو به رو شوند. مسائلی که هزینه شکست برای پاسخ به آنها بالا است، مانند موضوعاتی که برای نیازهای شهروندان حیاتی است و تعداد زیادی از بازیگران برای حل آنها مسئولیت دارند و در حل مسائل پیچیده و ایجاد سرمایه اجتماعی در میان بازیگران مؤثر است (حاجت پور و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۴). برای حل مسائل شبکه ای، حکمرانی شبکه ای لازم است تا بر اساس نظریه هم شکل شدن، هر سیستمی برای ارتباط با سیستم های دیگر باید یا پیچیدگی هم سطح آن یا بالاتر از آن داشته باشد. از این رو مدل سنتی سلسله مراتبی مدیریت دولتی برای حل مسائل عصر اثربخش نیست. از آن جایی که در چنین دورانی حکمرانی شبکه ای مقرون به صرفه ملی است، مدیریت ارزش عمومی نهضت متناسب با آن باید در پیش گرفته شود. در این نهضت مدیریتی، هدف تولید ارزش عمومی است. مدیران دولتی تلاش می کنند که در پرتو ارزش های اسلامی ایرانی با تشکیل شبکه هایی در حوزه های مختلف هیچ شهروندی را معطل دریافت خدمتی نکنند. از این رو حکمرانی شبکه ای بیش از پیش مطرح می گردد (الوانی و صباغی، ۱۳۹۷: ۴۰). شرایطی خاص مدل شبکه ای را ارجحیت می دهد و با ارزیابی فرصت ها بر اساس این معیارها که به طور تنگاتنگی با مزیت ها و چالش های دولت پیوند می خورد خط مشی گذاران و مدیران ایرانی می تواند از افتادن در دام خطرناک تصمیم های اشتباه دوری گزینند (ایمانیان و منوریان، ۱۳۹۴: ۱۰). جدول زیر معیارهای انتخاب مدل حکمرانی شبکه ای را نشان می دهد که ستون سمت راست در ارتباط با سلسله مراتبی نشان داده شده است.

^۱ Palomo-Navarro & Navío-Marco

جدول (۱) عوامل تعیین کننده حکمرانی شبکه‌ای (ایمانیان و منوریان، ۱۳۹۴: ۱۰).

دولت به انعطاف پذیری نیاز دارد	دولت ثبات را ترجیح می‌دهد.
دولت می‌خواهد به ارباب رجوع و مشتریان واکنش متفاوتی نشان دهد	دولت می‌خواهد واکنش یکسان و مبتنی بر قانون از خود نشان دهد
دولت در ارائه خدمات به مهارت های متنوعی نیاز دارد	لت فقط به یک نوع مهارت حرفه ای نیاز دارد.
بازیگران خصوصی بالقوه متعددی وجود دارد	دولت تنها عرضه کننده خدمات است.
رهاورد و ستاده موردنظر روشن است.	رهاوردها مبهم است
بخش خصوصی شکاف مهارتی را پر می‌کند.	دولت تجربه لازم را دارا است.
اهرم کردن دارایی های بخش خصوصی بسیار مهم است	ظرفیت بیرون از دولت حایز اهمیت نیست
شرکا دسترسی بیش تری به ارباب رجوع دارند یا از اعتبار بیش تری برخوردارند	دولت از تجربه ارائه خدمات به شهروندان در این حوزه برخوردار است.
چندین نوع خدمات به مشتری واحدی ارائه می‌شود.	یک نوع خدمات به صورت نسبتا شایسته عرضه می‌شود.
چند سطح دولت درگیر ارائه خدمات عمومی هستند.	فقط یک سطح دولت درگیر ارائه خدمات است
چندین موسسه از کار ویژه های مشابه استفاده می‌کنند	یک موسسه کار ویژه مشابه دارد

فصلنامه خط مشی گذاری عمومی در مدیریت

سیاستگذاران به پویایی تعاملات محیط تغییر یافته سیاستی عمل می‌کند (خواجه نایینی، ۱۳۹۴) که ضرورت پرداختن به این تحقیق را نشان می‌دهد از طرفی دیگر یکی از مسائلی که می‌تواند در حکمرانی مطرح شود گردشگری است. به خصوص اینکه جهانی شدن برای اقتصاد بین المللی، یک تغییر عمده است (یانگ شنگ^۱، ۲۰۱۳). تغییر در تولید و مدیریت اقتصادی، همچنین آزادسازی پتانسیل های سرمایه گذاری، منجر به تشدید یکپارچه سازی اقتصاد جهانی شده و شهرها هم زمان از مراکز تولید صنعتی به مراکزی برای ارائه خدماتی از قبیل خدمات بانکی و مالی، مراقبت های بهداشتی، آموزش، رسانه و گردشگری تغییر ماهیت داده اند (آسپروگراس^۲، ۲۰۰۷). در این زمینه گردشگری یکی از مهمترین پدیده هایی است که در این تغییر ماهیت، مورد توجه قرار گرفته است. لغت گردشگری تورسم^۳ از کلمه تور^۴ به معنای گشتن أخذ شده که ریشه در لغت لاتین تورنس^۵ به معنای دور زدن رفت و برگشت بین مبدأ و

یکی از مهمترین مزیت های استقرار و توسعه حکمرانی شبکه‌ای در جوامع این است که موجب ایجاد فرایند دموکراسی میشود که این خود نیز زمینه ساز تحقق بخشی از اهداف حکمرانی است (دقتی و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۰۲). به بیان دیگر، برای تحقق حکمرانی در سازمان ها، پذیرش دیدگاه شبکه‌ای میان بازیگران و وجود سرمایه اجتماعی در مراودات آنان اساسی محسوب می‌شود. و استقرار و توسعه حکمرانی شبکه‌ای در سازمان ها موجب ایجاد پاسخ گویی و مسئولیت پذیری بیشتر مسئولان، ارتقای شفافیت در فرایندها و اقدامات دولتی، برقراری عدالت و انصاف، مشارکت بیشتر شهروندان، بخش خصوصی و جامعه مدنی با دستگاههای دولتی و همچنین، حاکمیت قانون در ارائه اطلاعات و خدمات دولتی می‌شود (دقتی و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۰۷) در واقع این حکمرانی شبکه‌ای به عنوان استعاره‌ای برای توصیف رشد مسائل پیچیده، مجزا شدن فزاینده جامعه و پلی برای عبور از مرزهای بخشی به کار رفته و هم به عنوان پاسخی از سوی

⁴ Tour
⁵ Turns

¹ Yung-Sheng
² Asprogerakas
³ Tourism

مقصد و چرخش است (عظیمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۷). که از یونانی به اسپانیایی و فرانسه و در نهایت به انگلیسی راه یافته است. در واقع این واژه به معنای مسافرت کردن، جاب‌هجایی و حرکت به سوی اهداف مختلف به منظور تفریح، تفرج، سیاحت، زیارت، گذران اوقات فراغت، استراحت، آشنایی با سایر حکمرانی^۱، ۲۰۱۲؛ خواجه‌نبی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۴). و بتدریج با طی مراحل تاریخی مختلف به موضوع فنی، اقتصادی و اجتماعی تبدیل شده است (پورسینا و رضانی، ۱۳۹۹: ۱). در واقع امروزه صنعت گردشگری در دنیا به یکی از منابع مهم درآمدی و یک فعالیت عظیم اقتصادی تبدیل گشته است به طوری که صنعت گردشگری و جهانگردی را بایستی نوع ویژه‌ای از فعالیت اقتصادی دانست که به جای صدور کالا و خدمات به بازارهای جهانی، افراد خارجی را برای خرید کالا و خدمات به کشور می‌آورد (مبارکی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۴۶). این صنعت به حدی از رشد رسیده که چهارمین بخش از فعالیت‌های انسان پس از کشاورزی، صنعت و خدمات محسوب می‌گردد (رحیم‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۹). در واقع می‌توان گفت که گردشگری به یکی از بزرگترین و سریع‌ترین، مهم‌ترین بخش‌های اقتصادی در جهان تبدیل شده است (حسن-زاده ۱۳۹۲: ۴۰؛ خلیل‌پور کلاهی، ۱۳۹۵: ۲؛ ناصرپور و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۹۶؛ عظیمی، ۱۴۰۰: ۱). به طوری که بسیاری از کشورها این صنعت پویا را به عنوان منبع اصلی درآمد، اشتغال، رشد بخش خصوصی و توسعه ساختار زیربنایی می‌دانند (کیانی و ایروانی، ۱۳۹۷: ۲). به ویژه در کشورهای در حال توسعه یعنی در آنجا که شکل دیگر توسعه اقتصادی مثل تولید یا استخراج منابع طبیعی، از نظر اقتصادی به صرفه نیست یا نقش چندان مهمی در صحنه تجارت و بازرگانی ندارد به توسعه صنعت گردشگری توجه زیادی می‌شود (حاجی-نژاد و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۰۲) و به عنوان عاملی جهت بهبود کیفیت زندگی جوامع در حال توسعه تلقی می‌گردد (اسماعیل‌زاده و اسماعیل‌زاده، ۱۳۹۵: ۱۱۶). از همین روست که بسیاری از برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران توسعه از صنعت گردشگری به عنوان رکن اصلی

شبکه‌ای ها، باستان‌شناسی و ... است. گردشگری به سفر به خارج از کشور و با مدت زمان بیش از ۲۴ ساعت اطلاق می‌شود (منتظری و براتی، ۱۳۹۳: ۴۱). از طرفی دیگر گردشگری پدیده‌ای است کهن که از دیرباز در جوامع انسانی وجود داشته است (لی

توسعه پایدار یاد می‌کنند) (نجیریان و همکاران ۱۳۹۲: ۲۲). که می‌تواند به نوبه‌ی خود باعث تحولاتی از لحاظ اقتصادی، اجتماعی در یک جامعه شود (زردان و منصوربهمنی، ۱۳۹۴: ۵). گردشگری پزشکی امروزه به عنوان یکی از مهمترین ابعاد صنعت گردشگری بسیار مورد توجه قرار گرفته است (حمزه‌نژاد و همکاران ۱۴۰۰: ۲) و به عنوان شاخه‌ای از گردشگری و شکل جدیدی از بازار در صنعت گردشگری است (جاتاماس و همکاران، ۲۰۱۱).

سازمان جهانی گردشگری به طور خاص گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا، مداخلات پزشکی) منجر می‌شود (رضایی و طاهر زاده، ۱۳۹۴: ۲۹۲). در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامد (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۵). در واقع گردشگری سلامت آن نوع از جهانگردی است که با فعالیت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط می‌شود (زارعی و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۴). و مورد توجه جهانگردانی قرار دارد که به خواص درمانی منابع طبیعی توجه دارند: مانند چشمه‌های آب گرم، گیاهان دارویی، سواحل لجنی، گل‌های درمانی (عربشاهی-کریزی و آریان‌فر، ۱۳۹۲: ۱۳۴). کامل‌ترین تعریف از نوع گردشگری سلامت عبارت است از: گردشگری سلامت مسافرتی است به مکانی خارج از محیط معمول زندگی، به منظور انجام فعالیت‌های خاص برای حفظ و بهبود سلامتی و تندرستی یا انگیزه جست و جوی تجارب، درمان‌های منحصر به فرد، بومی یا مبتنی بر مکان که در مبدا وجود ندارد (شاهینی‌فر و عزیززی، ۱۳۹۶: ۸۸). در واقع گردشگری سلامت سفری سازمان-یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به

=====

توسعه نیز رونق بیشتری یافته است؛ جهانی شدن و آزادسازی تجارت در حوزه خدمات سلامت بستر رشد سریع این نوع گردشگری است (اسمیت، ۲۰۰۸). بنابراین همان‌طور که ادبیات جمهوری اسلامی ایران کشور نشان می‌دهد در ایران نیز چهار سطح مدیریتی وجود دارد که در تعامل با هم حکمرانی ملی را محقق می‌سازند شامل سطح سیاست‌های کلان (رهبری سیاسی نظام)، سطح سیاست‌های عمومی (مدیریت سیاسی سطح مدیریت دولتی، سطح مدیریت بخش خصوصی (دائاتی‌فرد، ۱۳۹۲: ۷۰). و کشور ما به فراخور فضای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی حاکم بر بخش سلامت بایستی سیاق حکمرانی مناسب خود را در بخش گردشگری پزشکی و گردشگری سلامت انتخاب کند بخصوص گردشگری سلامت به عنوان یکی از ابزارهای مقاومتی در سیاست‌های برنامه ششم مورد توجه دولت است (محمدزاده و جاویدمهر، ۱۳۹۵: ۲۶۵). گردشگری سلامت اگر به عنوان اولویت هم در نظر گرفته شود ایران می‌تواند بالقوه از خارج شدن ارز و نیروی انسانی به دیگر کشورها جلوگیری نماید (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۷۰). چرا که توانمندی‌های بالقوه وسیع کشور عزیزمان در انواع مختلف گردشگری سلامت موجب شده است تا سازمان میراث حکمرانی شبکه‌ای، صنایع دستی و گردشگری، بهره‌برداری از این بازار رو به رشد و رقابتی را با تشکیل کمیته گردشگری سلامت و حمایت‌های ویژه از آن، در دستور کار خود قرار دهد (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۱). و در این صورت است که کشور ایران براساس اهداف توسعه چشم‌انداز ۲۰ ساله خود در افق ۱۴۰۴ یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت در منطقه خواهد گردید (خوارزمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۰۶) که اهمیت تحقیق حاضر را مضاعف می‌نماید. شایان ذکر است که امورتخصصی پزشکی و درمانی در تبریز نشان دهنده توانایی‌های این قطب پزشکی برای پذیرش بیمار از خارج کشور و توسعه گردشگری پزشکی به عنوان یکی از قطب‌های پزشکی-گردشگری کشور است و به لحاظ شبکه‌ای به علت داشتن متولیان متعدد، ناهماهنگی

منظور حفظ بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیر (نظری و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۸). در واقع گردشگری پزشکی اغلب به افزایش سطح خدمات پزشکی به عموم گردشگران اطلاق می‌شود (گودرزی، ۱۳۹۲: ۴۸۶). که از مسافرت به منظور درمان بیماری جسمی و انجام جراحی تحت نظر پزشکان در مراکز درمانی استفاده می‌کنند و ممکن است علاوه بر معالجه و درمان به استفاده از منابع درمانی نیز بیانجامد (رحیمی‌زارچی و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۹). در به عبارت دیگر، گردشگری سلامت، نوعی از گردشگری است که به منظور حفظ بهبود و حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد به مدتی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد عواملی همچون تغییر در ارزش‌های مصرف‌کنندگان، تغییرات سازندگی، مسن ترشدن جمعیت اقتضائات سیستم خدمات بهداشتی را می‌توان عوامل اصلی ظهور گردشگری سلامت دانست (منصوریار و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۰). مجموعه این عوامل موجب گردیده‌اند تا گردشگری سلامت در حال حاضر در زمره‌ی رو به رشدترین انواع گردشگری محسوب شود (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۱). گردشگری سلامت را می‌توان دارای دو دسته جاذبه کلی دانست یکی جاذبه‌های طبیعی و ویژگی‌های زمین شناختی حائز اهمیت درمان و دیگری جاذبه‌هایی که می‌توان آنها را جاذبه‌های فنی و صنعتی نام نهاد که بیشتر متوجه به توان پزشکی و درمانی و امکانات پزشکی موجود در یک کشور می‌باشد (پاشایی اصل و همکاران، ۱۳۹۶: ۶). در واقع بازار گردشگری سلامت به عنوان یکی از صنایع درآمدزا و رقابتی در دنیا مطرح شده و از حوزه‌های نوین گردشگری پیشرفته است. در سطح کلان، دولت‌ها با چارچوب‌های حکمرانی علاقه‌مند به بهره‌مندی از مزایای اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. رقابت فزاینده‌ای میان کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه آسیایی برای جذب گردشگران سلامت آغاز شده است. (اسمیت^۱، ۲۰۰۴) از سوی دیگر، گردشگری سلامت در کشورهای در حال

با فراهم کردن زیر ساخت های لازم در این بخش و اجرای سیاستهای کلان به توسعه این صنعت کمک کنند

پورعینی (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان حکمرانی خوب شهری: توانمندسازی زنان و گردشگری پرداخته‌اند در این مقاله ابراز می‌دارند که امروزه نقش نیروی انسانی در توسعه یافتگی کشورها برکسی پوشیده نیست و صنعت گردشگری راهکاری جدید در نظریه های توسعه پایدار برای توانمندسازی زنان بوده و در عین حال، حکمرانی خوب شهری الگویی برای توسعه سرمایه انسانی و سرمایه اجتماعی با سازوکار تعامل عملی و توانمندسازی زنان و صنعت گردشگری از پیش شرط های توسعه پایدار است. توسعه صنعت گردشگری بخش جدایی ناپذیر و کلیدی توسعه اقتصادی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. گردشگری، با ایجاد اشتغال و درآمدزایی و سود اقتصادی خوب، بهبود کیفیت زندگی، مشارکت مردم در دارایی جامعه، حفاظت از محیط زیست، درآمد ارزی، توزیع مناسب درآمد، ثبات و توسعه عدالت اجتماعی، رفاه جوامع و بهره برداری بهینه از منابع، نقش مهمی در رشد و توسعه اقتصاد دارد.

شیرمحمدی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان اثر ارزش تعامل اجتماعی، ظاهری و اعتباری برندهای گردشگری در فضای مجازی و تاثیر آن بر انتخاب مقصد گردشگران اروپایی (مورد مطالعه: دفاتر خدمات مسافرتی شهر تهران) پرداخته‌اند در این مقاله ابراز می‌دارند که قابلیت‌های شبکه‌های اجتماعی بر قصد سفر گردشگران به واسطه متغیرهای فرایند تجربه گردشگر از شبکه اجتماعی، تعامل با گردشگران، ایجاد خرسندی برای گردشگران و ارزش سود خدمت گردشگری گردشگران اروپایی شهر تهران تاثیر گذار است. پژوهش آنها به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش در زمره پژوهش‌های همبستگی قرار می‌گیرد. جامعه آماری آن، متخصصان گردشگری و مدیران فنی دفترهای خدمات مسافرتی داخل کشور شهر تهران هستند. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS انجام گرفت و از روش bootstrap برای آزمون مسیر فرضیه استفاده شد. یافته‌های پژوهش آنها

نهادهای موثر، عدم تسهیم اطلاعات و مواردی از این قبیل می‌تواند بر گردشگری سلامت تاثیر منفی بر جای گذارد. بنابراین صنعت گردشگری سلامت به عنوان یکی از صنایع حائز اهمیت به ویژه در شهر تبریز نیازمند واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای مناسب در این بخش است با اجرای آن موجبات توسعه این صنعت درآمدزا و رقابتی و استراتژیک فراهم گردد.

لازم به ذکر است که تا کنون تحقیقی تحت این عنوان در کشور انجام نشده است و در قلمرو موضوعی به نوبه خود نو و جدید و منحصر به فرد می‌باشد. در ادامه به بررسی برخی از مطالعات صورت گرفته در داخل کشور که در رابطه با موضوع می‌پردازیم:

احمدیان (۱۴۰۰) در مقاله‌ی خود با عنوان بررسی عوامل موثر بر توسعه گردشگری پزشکی و درمانی و میزان جذب توریست در ایران پرداخته‌اند در این مقاله ابراز می‌دارد که توریسم پزشکی در جهان امروز از مهمترین شاخص های صنعت توریسم و دارای منافع اقتصادی اجتماعی بالا محسوب میشود. منظور از توریسم پزشکی، مسافرت بیماران به سایر کشورها برای استفاده از سرویسهای درمانی ارزاتر از کشورشان است. یکی از اشکال تجارت خدمات سلامت، گردشگری سلامت بوده و پتانسیل های کشور ایران در زمینه فوق قابلیت توسعه این بخش را فراهم نموده است. کشور ایران در این فعالیت از ظرفیتهای بالایی برخوردار است. این پژوهش با هدف ترسیم وضع سلامت گردشگری در ایران انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریسم در ایران است و پژوهش از نوع کاربردی و از نظر روش، توصیفی تحلیلی است. از بین عوامل مختلف، شرایط کشور، بیمارستان، تیم پزشکی و درمانی و مکان های آب درمانی، شرایط بیمارستان ها به دلیل پایین بودن درجه بندی و استاندارد های لازم در بیمارستان ها و شرایط تیم پزشکی و درمانی به علت آگاهی ضعیف از این ضوابط و ضعف در کسب آمادگی های لازم، رابطه معنی داری با میزان جذب توریسم در ایران نداشتند و این متغیرها در پیش بینی جذب توریسم پزشکی و درمانی موثر نبودند. لذا به مدیران حوزه سلامت و گردشگری پیشنهاد می‌شود که

است. انتخاب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، به صورت هدفمند و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری پیشینه نوع^۲ انجام شد تا پژوهشگر از دیدگاه‌های متنوع و مختلف بهره‌مند شود که در این پژوهش، در نهایت از نظرات تعداد ۳۱ نفر استفاده شد. مشارکت‌کنندگان از سه گروه مختلف شامل «معاونین، مدیران و کارشناسان بخش سلامت» بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در روش تحلیل تم استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته است پس از مصاحبه با تعداد ۲۸ نفر، اشباع مقوله‌ای ایجاد شد؛ یعنی مفهوم جدیدی که موجب ایجاد مقوله محوری جدیدی شود، حاصل نشد. با این حال تعداد مصاحبه‌ها تا ۳۱ نفر ادامه یافت تا اطمینان بیشتری از اشباع مقوله‌ای ایجاد شود. و از نظر منطق استدلال در بخش کمی پژوهش قیاسی و از نظر جایگاه زمانی مقطعی است. جامعه آماری در بخش کمی جهت اعتبارسنجی پژوهش شامل گردشگران سلامت مراجعه کننده به مراکز درمانی تبریز بود براساس جامعه نامحدود، حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شده است. در بخش کمی از پرسشنامه محقق ساخته بر اساس کدهای استخراجی استفاده شد و تحلیل عاملی و الفای کرونباخ و پایایی ترکیبی با استفاده از نرم افزار SPSS و PLS محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

تحلیل و کد گذاری مصاحبه‌ها در بخش کیفی با کمک نرم افزار MAXQDA انجام شد که در این راستا ۷۹ کد در راستای کدگذاری باز، تعداد ۳ کد در راستای کدگذاری محوری شناسایی شد به منظور اعتماد و اعتبار بخشیدن به داده‌های حاصل از پژوهش کیفی از ملاک‌های گوبا و لینکلن^۳ (۱۹۸۵) استفاده شد که عبارتند از: قابلیت اعتبار، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تأییدپذیری (محمدزاده و دیگران، ۱۴۰۰: ۴۲). برای رعایت و افزایش «قابلیت اعتبار» با افرادی مصاحبه و گفتگو شد که در خصوص پدیده مورد پژوهش آگاهی و

نشان می‌دهد قابلیت‌های شبکه‌های اجتماعی بر فرایند تجربه گردشگر از شبکه اجتماعی و تعامل با گردشگران و ایجاد خرسندی برای گردشگران نیز بر قصد سفر آنان تأثیرگذار است؛ اما ارزش سود خدمت گردشگری و تعامل با گردشگران بر قصد سفر گردشگران اثر ندارد. در واقع انتخاب گردشگران اروپایی نیازمند برندی با تعامل حداکثری، ظاهری جذاب و اعتباری مهم نزد گردشگران است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد قابلیت‌های شبکه‌های اجتماعی بر فرایند تجربه گردشگر از شبکه اجتماعی و تعامل با گردشگران تأثیرگذار است. نتایج این پژوهش گویای آن است که فرایند تجربه گردشگر از شبکه اجتماعی بر تعامل با گردشگران اثرگذار نیست، اما فرایند تجربه گردشگر از شبکه اجتماعی بر قصد سفر گردشگران تأثیرگذار است. تانگا و همکاران^۱ (۲۰۲۱) در مقاله‌ای با عنوان نمونه‌های اولیه ممکن از گردشگری پزشکی پرداخته‌اند در این مقاله ابراز می‌دارند که گردشگری پزشکی، نوعی از گردشگری سلامت است که در ربع قرن گذشته توسط بیمارانی که برای درمان پزشکی به مراکز درمانی سفر می‌کنند، به سرعت گسترش یافته است و گردشگری پزشکی ممکن است قبل از قرن بیستم رخ داده باشد دانشفرد و همکاران^۲ (۲۰۱۴) در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی اثرات شبکه‌های خط‌مشی‌گذاری بر کارایی و اثربخشی شبکه به بررسی تأثیر شبکه‌های خط‌مشی‌گذاری بر عملکرد شبکه‌های از نظر کارایی و اثربخشی پرداختند که نتایج تحقیق آنان نشان داد که سرمایه اجتماعی، مدیریت شبکه و ساختار شبکه ۸۹ درصد از کل عملکرد خط‌مشی‌گذاری شبکه و ۸۵ درصد اثربخشی شبکه خط‌مشی‌گذاری را تبیین می‌کند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر نتایج پژوهش، کاربردی، از نظر فرآیند اجرای پژوهش کیفی کمی تحقیق حاضر «پژوهشی کاربردی» است که برای پاسخ دادن به سوالات اصلی آن از روش «تحلیل تم» استفاده شده

³ Goba and Linkoln

¹ Tonga et al 1

² Maximal Variation

باشد اعتبار محتوای آن آیتم پذیرفته شده است. که برای این پژوهش با ۷ نفر ۹۹. گردیده است

در این رابطه nE تعداد متخصصانی است که به گزینه ی موافقم پاسخ داده اند و N تعداد کل متخصصان است. اگر مقدار محاسبه شده از مقدار جدول 2 بزرگتر

جدول 2: حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس تعداد متخصصین نمره گذار

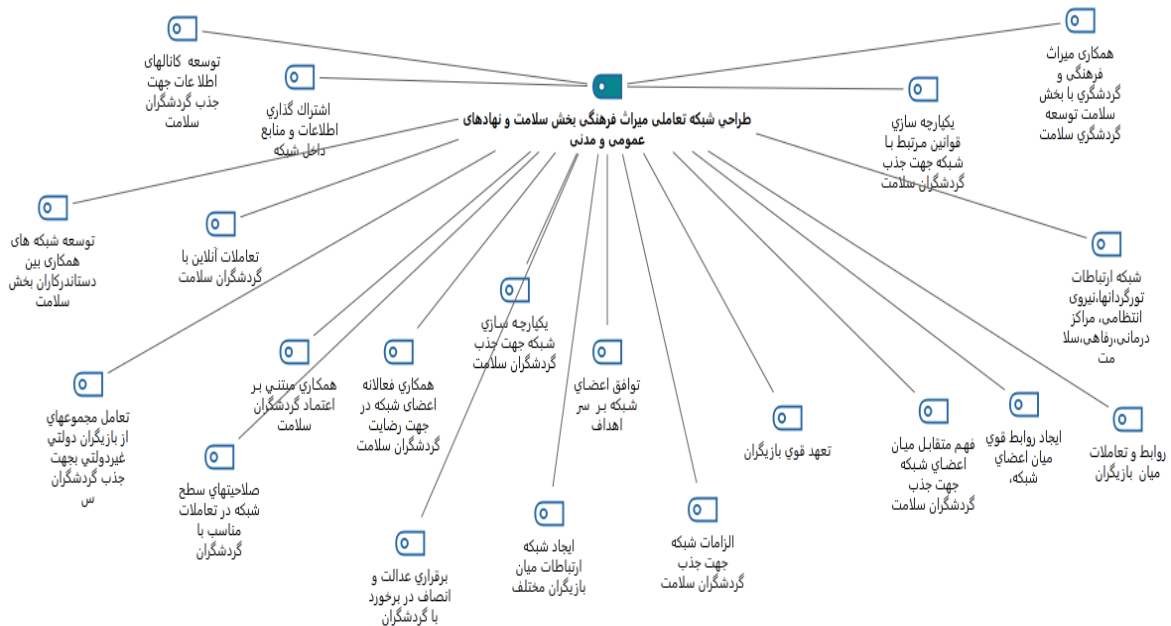
تعداد پانل	مقدار CVR	تعداد پانل	مقدار CVR	تعداد پانل	مقدار CVR
۵	۰/۹۹	۱۱	۰/۵۹	۲۵	۰/۳۷
۶	۰/۹۹	۱۲	۰/۵۶	۳۰	۰/۳۳
۷	۰/۹۹	۱۳	۰/۵۴	۳۵	۰/۳۱
۸	۰/۷۵	۱۴	۰/۵۱	۴۰	۰/۲۹
۹	۰/۷۸	۱۵	۰/۴۹		
۱۰	۰/۶۲	۲۰	۰/۴۲		

یعنی میراث فرهنگی، بخش سلامت و نهادهای عمومی، نهادهای مدنی تورگردانها، نیروی انتظامی، مراکز درمانی-رفاهی، وشبکه‌های همکاری مبتنی بر اعتماد بین دست اندرکاران بخش سلامت در این مضمون قرار می گیرد

بنابراین بررسی روایی محتوایی مضامین حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت تایید می شود پس سه مضمون اصلی حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت عبارتند از
 ۱- طراحی شبکه : در طراحی شبکه، تعاملات و همکار های بین بازیگران بخش گردشگری سلامت

فصلنامه خط مشی گذاری عمومی در مدیریت

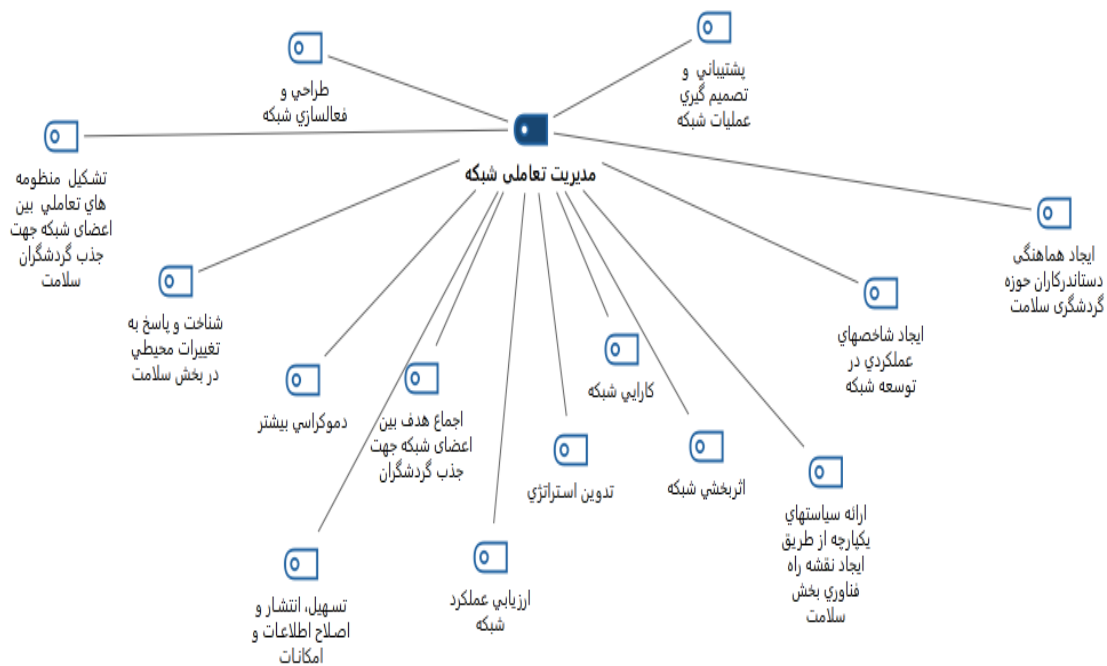
شکل ۱- خروجی نرم افزار MAXQDA از تم‌های طراحی شبکه



ارزیابی عملکرد شبکه، امکان ارائه سیاست‌های یکپارچه از طریق ایجاد نقشه راه فناوری بخش سلامت را مقدور سازد و با ایجاد شاخص‌های عملکردی در توسعه شبکه و همچنین پشتیبانی و تصمیم‌گیری عملیات شبکه، کارایی و اثربخشی شبکه را محقق سازد

۲- در حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت، مدیریت تعاملی شبکه مضمون مهمی دیگر استخراج شده از مصاحبه‌ها است که مدیریت شبکه قادر به شناخت و پاسخ به تغییرات محیطی در بخش سلامت می‌باشد و باید منظومه‌های تعاملی بین اعضای شبکه جهت جذب گردشگران سلامت ایجاد نماید همچنین باید با

شکل ۲- خروجی نرم افزار MAXQDA از تم‌های مدیریت شبکه

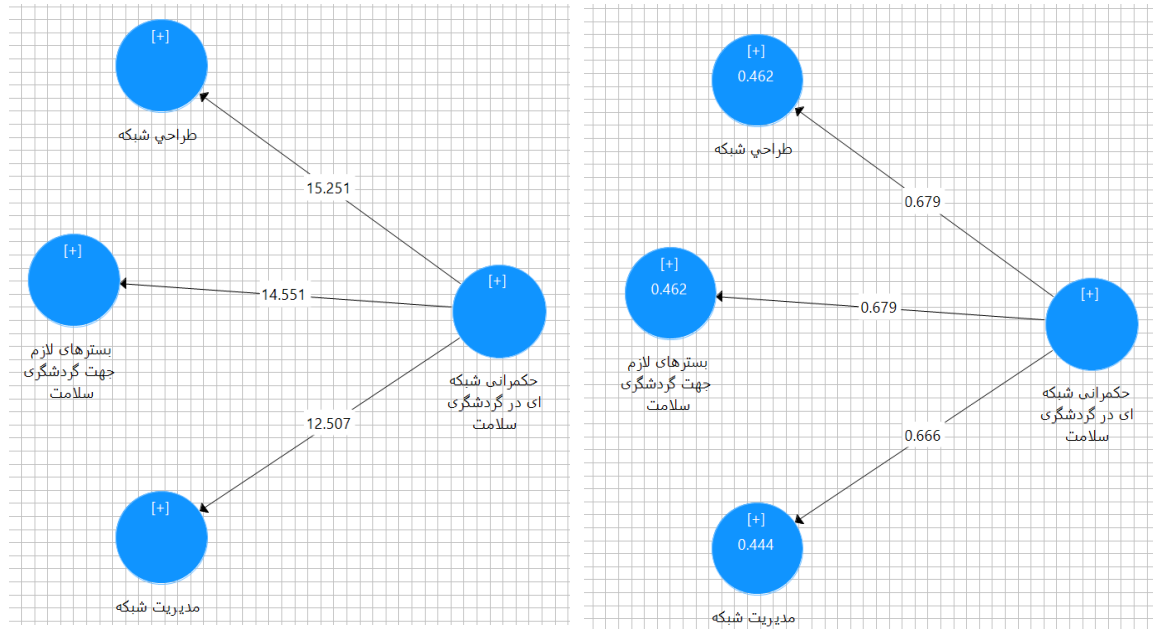


فرایندها و اقدامات دولتی بخش سلامت، آموزش سرمایه انسانی شبکه جهت جذب گردشگران سلامت اقدامات وزارت امور خارجه جهت جذب گردشگران سلامت، تحقق دهکده‌های سلامت با همکاری دانشکده علوم پزشکی و سازمان میراث فرهنگی و اطلاع‌رسانی از جاذبه‌های درمانی چشمه‌های آب گرم، ایجاد امنیت گردشگران در سفر به ایران

۳- بسترهای لازم جهت گردشگری سلامت: در حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت، بسترهای لازم جهت گردشگری سلامت از جمله ثبات سیاسی-اقتصادی-امنیتی باید فراهم گردد همچنین مطابق نظر مصاحبه‌شونده‌ها موارد زیر در این زمینه باید مد نظر قرار گیرد از جمله: تدوین آیین‌نامه‌هایی برای تسهیل ورود و خروج گردشگران درمانی، تقویت زیرساخت‌های تحقیق و توسعه بخش سلامت، زیرساخت قانونی در جهت تسهیل امور گردشگران سلامت، طرح‌های پوشش بیمه‌ای خاص برای گردشگران درمانی، شفافیت در

همانطور که مشاهده می‌شود میزان اعتبار همگرای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۵ بوده و اعتبار همگرای مدل

شکل ۴- مدل تحلیل عاملی تاییدی مرتبه دوم به همراه بارهای عاملی



و طبق شکل ۴ تحلیل عاملی تاییدی مرتبه دوم بعد از حذف شاخص‌های با بار عاملی پایین برای مولفه‌های تحقیق هم تایید گردید.

نتیجه گیری

صورت توسعه گردشگری پزشکی به وقوع خواهد پیوست. از دیگر دستاوردهای توسعه گردشگری سلامت، ارتقای کیفیت خدمات سلامت است که اهمیت پرداختن به آن را چندین برابر کرده است. نتایج آمارها حاکی از آن است که چنانچه گردشگری سلامت ۷/۵ تا ۸ درصد رشد داشته باشد ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی از رشد ۲۰ درصدی برخوردار خواهد بود. نتایج تحقیق به طور مستقیم با نتایج تحقیق احمدیان (۱۴۰۰) شیرمحمدی و همکاران (۱۳۹۸) و به طور غیر مستقیم با نتایج تحقیق تانگا و همکاران (۲۰۲۱) و دانشفرد و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است الایفسکی و مایرز (۲۰۰۸) بیان می‌کنند که توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت و در بازار بین‌المللی کاملاً به کیفیت تضمین شده وابسته است. همچنین

گردشگری قسمت اعظمی از درآمدهای ارزی کشورها را تشکیل میدهد. این صنعت رو به رشد طبق اعلامیه سازمان تجارت جهانی رتبه سوم را در تجارت بین الملل در سال ۲۰۰۰ میلادی کسب کرده و پس از نفت و خودروسازی عظیم‌ترین صنعت جهان شناخته شده است. یکی از انواع گردشگری پزشکی می‌باشد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ میلادی، سالانه حدود ۵۰ میلیارد دلار صرف درمان بیماران منطقه در کشورهای اروپایی و آمریکایی می‌شود که جذب درصدی از این مبلغ می‌تواند تأثیر چشمگیری در اقتصاد گردشگری سلامت کشورهای آسیایی داشته باشد. افزایش سرمایه‌گذاری توسط بخش خصوصی که منجر به توسعه اقتصادی و ایجاد اشتغال خواهد شد یکی دیگر از مزایایی است که در

- ✓ توسعه شبکه‌های همکاری و تعاملات آنلاین با گردشگران سلامت
- ✓ یکپارچه سازی قوانین مرتبط با شبکه جهت جذب گردشگران سلامت
- ✓ تدوین آیین نامه‌های برای تسهیل ورود و خروج گردشگران درمانی
- ✓ آموزش سرمایه انسانی شبکه جهت جذب گردشگران سلامت
- ✓ ایجاد پرتال جامع گردشگری پزشکی
- ✓ ارائه بخشی از خدمات گردشگری پزشکی الکترونیکی روی تلفن‌های همراه (اپلیکیشن‌های مورد نیاز)
- ✓ معرفی و فراهم نمودن دسترسی کاربران به وبلاگ های فعال و با محتوایی که در زمینه گردشگری پزشکی فعالیت می کنند، از طریق پیوند دادن سایت مجتمع خدمات گردشگری به آنها
- ✓ تقویت دسترسی وسیع به شبکه ها و پایگاههای اطلاعاتی قوی مانند ارتباط آنلاین بیمار با پزشک و اجرای فناوری از راه دور، مشاوره از راه دور و آموزش از راه دور
- ✓ معرفی توانمندی های منابع انسانی و تکنولوژیکی از طریق تبلیغات الکترونیکی و غیر الکترونیکی
- ✓ ارائه سیاستهای یکپارچه از طریق ایجاد نقشه راه فناوری بخش سلامت

جباری و همکاران (۲۰۰۶) بیان می کنند بیمارانی که در لیست های طولانی مدت قرار دارند و یا از بیمه های سلامت بهره ای نمی برند معمولا خدمات مورد نیاز خود را در کشورهای در حال توسعه جستجو می کنند. ایران هم با عنایت به مزیت های خود در گردشگری پزشکی از جمله هزینه پایین، کیفیت بالای خدمات سلامت، پزشکان صلاحیت دار و دارا بودن جاذبه های طبیعی فراوان، تصمیم دارد از این مزیت استفاده نماید. همچنین تبریز به عنوان یکی از قطب های پزشکی در کشور و حتی کشورهای منطقه خاورمیانه مطرح است. اما متأسفانه در این بخش توسعه به صورت یکجانبه صورت گرفته و بسیاری از زیرساختهای توسعه در این بخش مورد بی توجهی قرار گرفته است و به همین دلیل آن طور که باید در جذب گردشگر سلامت موفق نبوده است در دنیا به ازای هر گردشگر پزشکی بین ۴ تا ۵ هزار دلار عاید کشور میزبان می شود و این میزان در ایران بین ۳ تا ۴ هزار دلار است. کارهای تخصصی پزشکی و درمانی که متخصصان ساکن در تبریز انجام می دهند نشان دهنده توانایی های این قطب پزشکی برای پذیرش بیمار از خارج و توسعه گردشگری سلامت است واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در این بخش موجب می گردد سیاست‌گذاران جهت توسعه این صنعت، به عوامل مذکور توجه کنند تا بتوان از منافع سرشار این صنعت در جهت اشتغال‌زایی و ارزآوری بهره‌مند شد از این رو در راستای تم‌های شناسایی شده پیشنهاد می‌گردد که :

- ✓ با برنامه‌ریزی دقیق راهبردی و عملیاتی در سازمان و ساماندهی فعالیت‌های پراکنده مرتبط با موضوع از اقدامات پراکنده، بخشی و جزیره‌ای اجتناب کرده و با رویکردی منسجم، یکپارچه و کل‌نگر بستر توسعه گردشگری پزشکی در تبریز فراهم شود.
- ✓ طراحی شبکه تعاملی میراث فرهنگی بخش سلامت و نهادهای عمومی و مدنی و شبکه ارتباطات تورگردانها، نیروی انتظامی مراکز درمانی، رفاهی، سلامت و ایجاد شبکه ارتباطات میان بازیگران مختلف
- ✓ همکاری میراث فرهنگی و گردشگری با بخش سلامت توسعه گردشگری سلامت

منابع

- مجموعه مقالات همایش ملی زن و توسعه گردشگری روستایی، ۱۰-۱.
۱۱. حاجت پور، س.، دانش فرد، ک.، امیرنژاد، ق. و تابان، (۱۳۹۶). ارائه مدلی برای ارزشیابی خط مش‌های عمومی (پس از اجرا) با رویکرد حکمرانی شبکه (مورد مطالعه: سازمان تامین اجتماعی). فصلنامه خط مش-گذاری عمومی در مدیریت، ۷(۲۸)، ۱۳-۲۵.
۱۲. حاجی نژاد، ع.، عنابستانی، ع. ا. و صفریان، م. (۱۳۹۵). تدوین برنامه استراتژیک پزشکی با تاکید بر گردشگری مذهبی در شهر مشهد. فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، سال سی و یکم، شماره دوم، شماره پیاپی ۱۲۱. ۱۱۴-۱۰۱.
۱۳. حسن زاده، م. رئوف، ح. ر. (۱۳۹۲). پیوند اندیشه عرفانی مولانا با محیط زیست، پژوهشنامه عرفان، دو فصلنامه، شماره یازدهم، ۸۸-۶۵.
۱۴. حقیقی کفاش، م.، ضیایی، م. و جعفری، ق. (۱۳۸۸). اولویت بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران، فصلنامه مطالعات جهانگردی، شماره ۱۱ و ۱۲، ۴۰-۲۱.
۱۵. حمزه نژاد، ن.، ابری، م. و وارزنلو، م. (۱۴۰۰). مروری بر صنعت گردشگری پزشکی و عوامل موثر بر آن در ایران، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات هفتمین کنفرانس بین المللی گردشگری، فرهنگ و هنر، ۱۷-۱.
۱۶. خدشاهی، ع.، رهنمایی، م. ت. و مدیری، م. (۱۳۹۸). تحلیل راهبردی چالشهای مدیریتی کلان شهر تهران با رویکرد مدیریت یکپارچه شهری. نگرشهای نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۲)، ۲۱۷-۲۳۸.
۱۷. خلیل پور کلاهی، ن. (۱۳۹۵). بررسی و تبیین جایگاه صنعت توریسم و گردشگری در توسعه اقتصادی کشور، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات اولین همایش بین المللی انسجام مدیریت و اقتصاد در توسعه شهری، ۱۲-۱.
۱۸. خواجه نبی، ف.، زندمقدم، م. و کرکه آبادی، ز. (۱۳۹۹). تحلیل ساختارهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، محیطی و نهادی در رشد و توسعه گردشگری شهری، مطالعه موردی: شهر گلوگاه، فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های بوم شناسی شهری، دوره ۱۱، شماره ۲۱، ۲۸-۱۳.
۱۹. خوارزمی، ا. ع.، رهنما، م.، جوان، ج. و اجزاشکوهی، م. (۱۳۹۵). عوامل موثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛
۱. احمدیان، س. (۱۴۰۰). بررسی عوامل موثر بر توسعه گردشگری پزشکی و درمانی و میزان جذب توریست در ایران، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات ششمین همایش بین المللی گردشگری، جغرافیا و محیط زیست پاک، ۱۰-۱.
۲. اسماعیل زاده، ح.، اسماعیل زاده، ی. (۱۳۹۵). ارزیابی پایداری گردشگری و تعیین راهبرد بهینه توسعه گردشگری در بندر انزلی، مطالعات برنامه ریزی سکونتگاه-های انسانی، سال یازدهم، شماره ۳۴، ۱۳۱-۱۱۵.
۳. ایزدی، م.، ایوبیان، ع.، نصیری، ط.، جنیدی، ن. (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران، فرصت یا تهدید، مجله طب نظامی، دوره ۱۴، شماره ۲، ۷۵-۶۹.
۴. ایمانیان، ز. و منوریان، ع. (۱۳۹۴). حکمرانی شبکه ای و بررسی موقعیت و چالش های آن در ایران، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات نخستین کنفرانس ملی مدیریت دولتی ایران، ۲۳-۱.
۵. آقازاده، م.، عسگری، ط.، شاهی، ع. و فرهمند، آ. (۱۳۹۴). طراحی مدل فرایندی تدوین استراتژی‌های سازمان‌های حاکمیتی بر مبنای پارادایم حکمرانی شبکه‌ای، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات فصلنامه مدیریت سازمان های دولتی، دوره: ۴، شماره: ۱، ۲۴-۱.
۶. الوانی، م. و شریف زاده، ف. (۱۳۹۴). فرآیند خط مشی گذاری عمومی، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
۷. پارسایی، ا. (۱۳۹۶). نقش بازاریابی دیجیتال در صنعت گردشگری پزشکی از دیدگاه سیاستگذاران گردشگری پزشکی شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد، باراهنمایی عباس یزدان پناه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۸. پاشایی اصل ی، جنتی ع، قلی زاده م، جعفری پویان ا، خدایاری م، عرب م (۱۳۹۶). بررسی میزان رضایت گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تبریز، فصلنامه بیمارستان، ۵۱-۴۴.
۹. پورسینا، ن. و رضانی، م. (۱۳۹۹). توریسم مذهبی و گردشگری پایدار، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات کنفرانس بین المللی عمران، معماری، توسعه و بازآفرینی زیرساخت های شهری در ایران، ۱۴-۱.
۱۰. پورعینی، م. (۱۳۹۸). حکمرانی خوب شهری: توانمندسازی زنان و گردشگری، مقاله پذیرفته شده در

شده در مجموعه مقالات همایش ملی عمران و معماری با رویکرد توسعه پایدار، ۱۵-۱. ۲۹. سلطانی نژاد، ا. و گودرزی، س (۱۳۹۶). فنآوری اطلاعات و تحول در مفهوم حکمرانی خوب، فصلنامه سیاست، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۷، شماره ۱، ۹۷-۷۹. ۳۰. سلیمی، ج. و مکنون، ر. (۱۳۹۷). فراتحلیل کیفی پژوهش‌های علمی ناظر بر مسئله حکمرانی در ایران، مدیریت دولتی، ۱۰(۱)، ۱-۳۰. ۳۱. شاهینی فر، م. و عزیزی ن، (۱۳۹۶). نقش گردشگری سلامت (با تاکید بر گردشگری پزشکی) بر توسعه اقتصادی- اجتماعی شهر کرمانشاه، سال پنجم، شماره هشتم، ۹۵-۸۷. ۳۲. شیرمحمدی، ی.، زرغام‌بروجنی، ح. و جوانی، م. (۱۳۹۸). اثر ارزش تعامل اجتماعی، ظاهری و اعتباری برندهای گردشگری در فضای مجازی و تاثیر آن بر انتخاب مقصد گردشگران اروپایی (مورد مطالعه: دفاتر خدمات مسافرتی شهر تهران)، تحقیقات بازاریابی نوین، دوره ۹، شماره ۳، شماره پیاپی ۳۴، ۱۰۰-۷۹. ۳۳. عربشاهی کریزی، ا و آریان فر، م. (۱۳۹۲). گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی - درمانی در ایران، ۱۵۲-۱۳۳. ۳۴. عظیمی، ر (۱۴۰۰). گردشگری سلامت در ایران و بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مقاله پذیرفته شده در مجموعه مقالات کنفرانس ملی مدیریت گردشگری و خدمات سلامت بین الملل، ۹-۱. ۳۵. عظیمی، ش.، پرتوی، پ.، شهابیان، پ (۱۳۹۰). مدل مفهومی و چارچوب تحلیلی ساختار فضایی - عملکردی باززنده‌سازی بافت‌های تاریخی، با تکیه بر گردشگری شهری، نمونه موردی: محدوده مرکزی تهران، نامه معماری و شهرسازی، ۹۳-۷۵. ۳۶. قوچانی خراسانی، م.م. و حسین پور، د. (۱۳۹۶). حاکمیت شبکه‌ای در نهادهای پژوهشی امنیت سایبری، فرایند مدیریت و توسعه، دوره ۳۰، شماره ۱، ۸۰-۵۱. ۳۷. کیانی، گ. و ایروانی، ا. (۱۳۹۷). نقش سازمان های غیر دولتی NGOها در توسعه صنعت توریسم با تاکید بر استان چهار محال و بختیاری، معمارشناسی، دوره ۱، شماره ۲، ۱۱-۱.

مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۸(۳)، ۴۱۶-۴۰۵. ۲۰. دانائی فرد، ح. (۱۳۹۲). مدیریت دولتی شبکه‌ای در ایران، خردمایه‌ی نظری و علمی و استلزامات، پژوهش‌های مدیریت در ایران، دوره ۱۷، شماره ۲، ۱۰۴-۶۹. ۲۱. دقتی، ع.، یعقوبی، ن.، کمالیان، ا.ر. و دهقانی، م. (۱۳۹۸). ارائه الگوی توسعه مرحله‌ای حکمرانی شبکه‌ای با استفاده از رویکرد فراترکیب، فصلنامه مدیریت دولتی، دوره ۱۱، شماره ۲، ۲۲۸-۲۰۱. ۲۲. رحیم‌نیا، ف.، پورسلیمی، م. و کریمی مزیدی، ا. (۱۳۹۳). تاثیر صادرات نامرئی کالا و خدمات گردشگری بر اشاعه‌ی فرهنگ (نقش تعدیل‌گری تصویر ذهنی مقصد گردشگری)، مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال سوم، شماره ۱۱، ۱۱۷-۹۶. ۲۳. رحیمی زارچی، م.ک.، شفقت، ط. و حاتم، ن. (۱۳۹۶). صنعت گردشگری پزشکی شهر شیراز: راهکارهایی توسعه‌ای، راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال دوم، شماره دوم، شماره پیاپی ۴، ۹۵-۸۸. ۲۴. رشیدی، م.، رامشت، م.ح.، سیف، ع. و خوشحال دستجردی، ج. (۱۳۹۱). گردشگری سلامت در ایران (با تاکید بر رتبه‌بندی خواص درمانی چشمه‌های منتخب استان اردبیل)، مجله سلامت و بهداشت اردبیل، دوره سوم، شماره اول، ۵۷-۴۹. ۲۵. رضایی، م. و طاهرزاده، ز. (۱۳۹۴). ارزیابی ظرفیت‌های خدماتی - فضایی مراکز درمانی بر میزان گردشگری درمانی (مطالعه موردی: شهر یزد)، گردشگری شهری، دوره ۲، شماره ۳، ۳۰۳-۳۸۴. ۲۶. رنجبریان، ب.، غفاری، م. و امامی، ع. (۱۳۹۲). شناسایی و تجزیه و تحلیل انگیزه‌های گردشگران خارجی جهت سفر به شهر اصفهان، مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، سال پنجم، شماره هفدهم، ۳۶-۲۱. ۲۷. زارعی، ع.، آذر، ع. و رضایی‌راد، م. (۱۳۹۵). سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت، مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال پنجم، شماره ۱۸، ۵۳-۳۳. ۲۸. زردان، م. و منصوربهمنی، م. (۱۳۹۴). گردشگری روستایی و اصول توسعه گردشگری پایدار، مقاله پذیرفته

گردشگری پایدار (مطالعه موردی: شهر یزد)، برنامه ریز راهبردی توسعه گردشگری، هفت شهر، شماره ۴۷-۴۸، ۴۰-۵۷.

۴۳. منصوریار، س.، شجاعی، م. و ساد، ا. (۱۳۹۶). ارزیابی روابط درونی توانمندسازی های گردشگری پزشکی با بهره گیری از مدل ساختاری تفسیری، فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، سال ششم، شماره سوم، ۳۸-۱۸.

۴۴. ناصریور، م.، موسوی، س.ن. و سپهوند، ر. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت، فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، سال هفتم، شماره سوم، ۲۱۲-۱۹۵.

۴۵. نصیری، عذرا (۱۳۹۷). ارزیابی مؤلفه های مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، با راهنمایی دکتر مبارکی، دانشگاه مراغه.

۴۶. نظری، ع.ا. طالبی، ط.، عبدالمالکی، ا. (۱۳۹۶). بررسی زنجیره تامین گردشگری پزشکی با تاکید بر جراحی زیبایی در ایران، فصلنامه میراث گردشگری، سال دوم، شماره پنجم، ۳۳-۱۳.

۳۸. کیانی سلمی، ص. و عباسیان، س. (۱۳۹۹). تحلی پیامدهای توسعه گردشگری ب توانمندسازی مناطق روستایی (مورد مطالعه: روستاهای بخش نطنز)، نشریه علمی جغرافیا و برنامه ریزی، سال ۲۴، شماره ۷۱، ۳۶۷-۳۳۹.

۳۹. گودرزی، م.، تقوایی، م. و زنگی آبادی، ع. (۱۳۹۲). بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز، فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری، سال هشتم، شماره ۲۳، ۲۵-۱.

۴۰. مبارکی، ا. ولیقلی زاده، ع. و نصیری، ع. (۱۳۹۹). ارزیابی مؤلفه های مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در شهر تبریز، فصلنامه گردشگری شهری، دوره ۷، شماره ۴، ۱۴۵-۱۵۹.

۴۱. محمدزاده، ر. و جاویدمهر، م. (۱۳۹۵). تحلیل مزیت رقابتی مکان های بالقوه برای احداث مراکز درمانی با استفاده از روش تحلیل فرایند شبکه ای نمونه موردی: کلان شهرهای تهران، مشهد و تبریز، دوره ۲۱، شماره ۶۲، ۲۳۸۴-۲۶۳.

۴۲. منتظری، م.، براتی، ن. (۱۳۹۳). برنامه ریز راهبردی توسعه گردشگری، رهیافتی کارآمد جهت تحقق

- Asprogerakas, E. (2007). City competition and urban marketing: The case of tourism industry in Athens, *Tourism: An International Multidisciplinary Journal of Tourism*, 2(1): 1-26.
- Beth, K. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29(4): 344-362.
- Jutamas, R. and Ilian, A. (2011). Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand, *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*, 3(2): 95-105.
- Daneshfard, K., Rajaei, Z., & Baklu, S. S. (2014). Studying the effects of policy making networks on efficiency and effectiveness of policy. *Advances in Environmental Biology*, 1295-1301.
- Lee, C.A. (2012). *Health Careata Crossroads: Medical Tourism and the Dismantling of Costa Rican Exceptionalism* (Doctoral dissertation),

Retrieved from Proquest Dissertations and Theses database.

- Marlowe, J., & Sullivan, P. (2007). Medical tourism: the ultimate outsourcing. *Human Resources Planning*, 30(2), 8-10
- Minhye. P, Minjung .K, Sungmin. R(2019). The relationship between network governance and unilateral governance in dynamic consumer demand. *Industrial Marketing Management*, In press, corrected proof, Available online 1 July 2019. 1-8.
- Pittman, J., & Armitage, D. (2017). How does network governance affect social-ecological fit across the land-sea interface? An empirical assessment from the Lesser Antilles. *Ecology and Society*, 22(4).
- Rollandi, I. (2014). Top 10 Best Countries for Medical Tourism, Cited 9 July 2015 Schulz, T., Lieberherr, E., & Zabel, A. (2018). Network governance in national Swiss forest policy: Balancing effectiveness and legitimacy. *Forest Policy and Economics*, 89, 42-53.

=====

- Smith, P., and Forgione, D.A. (2008). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model, retrieved from, *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3): 19-30.
- Smith, R.D. (2004). Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature, *Social Science & Medicine*, (59): 2313-2323.
- Stewart Jr, J., Hedge, D. M., & Lester, J. P. (2007). *Public Policy: An Evolutionary Approach*. Cengage Learning
- Tonga, F., ükrü ÇAĞLAR, Y., Serhat Aktan, E. (2021). Possible Early Examples of Medical Tourism. *The American Journal of the Medical Sciences* Volume 362, Issue 3, September 2021, Pages 227-232.
- Yung-Sheng, Y. (2013). Key success factors in medical tourism marketing, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3): 152-158.
- Palomo-Navarro, A., & Navío-Marco, J. (2017). Smart city networks' governance: The Spanish smart city network case study. *Journal of Telecommunications Policy*, 42(10), 1-9.

The Analysis of the Concepts of Network Governance in Medical Tourism

Rostam Qara Daghi¹ - Zahra Rajai^{2*} - Mohammad Mahdlo³ - Arezou Aghamohammadi⁴

Abstract

Background: As one of the aspects of tourism, medical tourism contributes to the sustainable development and dynamism of countries. This kind of tourism has been well received due to low costs and high income by many countries.

Purpose: This research was carried for identifying the themes of network governance in the direction of medical tourism, and the validation of the model was done with first and second order factor analysis.

Methodology: The current research is applied, qualitative and quantitative in terms of the implementation process, descriptive in terms of exploratory purpose, and cross-sectional in terms of time. The statistical population in the qualitative section was conducted purposefully and with the maximum diversity sampling method, and after reaching the category saturation limit, 31 experts were finally used. And in the quantitative part of the research, it includes medical tourists referring to medical centers in Tabriz, the sample size was 384 people. In the quantitative part of the questionnaire made by the researcher based on extracted codes, the analysis and coding of interviews was done in the qualitative part with the help of MAXQDA software, in this regard, 79 codes were identified in line with open coding, 3 codes were identified in line with axial coding, and the validity of the model was confirmed by factor analysis.

Conclusion: Tabriz is considered as one of the medical poles in the country and even in the Middle East. The results of the research show that network governance of medical tourism comprises three major themes; designing the network, interactive management of the network, and necessary conditions for medical tourism. Therefore, it is essential to notice the mentioned factors in networking this industry to take advantage of its potentials for employment and the power to earn foreign currency.

Keywords: Network Governance, Medical Tourism, Healthcare Centers, Public Policy-making.

¹ Assistant Professor, Department of Public Administration, Miyaneh Branch, Islamic Azad University, Miyaneh, Iran

² * Assistant Professor, Department of Public Administration, Payam Noor University, Tehran, Iran, (**Corresponding Author**) (zahrarajaei@pnu.ac.ir)

³ Department of Economic Sciences, Middle Branch, Islamic Azad University, Middle, Iran.

⁴ Master's degree in urban planning, regional planning, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.