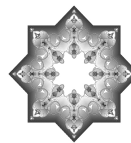


## طراحی مدل جذب گردشگری سلامت در ایران به روش آمیخته اکتشافی



مانیا امین زاده<sup>۱</sup>

علی حاجیها<sup>۲</sup>

حسین وظیفه دوست<sup>۳</sup>

فریدون رهنمای رودپشتی<sup>۴</sup>

صفحات ۴۳ تا ۶۲

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل جذب گردشگری سلامت در ایران، به روش آمیخته اکتشافی انجام شده است؛ درحالی که بیشتر مطالعات با استفاده از منطق قیاسی و رویکرد اثباتی به بررسی عوامل مؤثر در گردشگری سلامت پرداخته‌اند، در این تحقیق با دیدی تحلیلی و استفاده از نظریه داده بنیاد استراس و کوربین به طراحی مدل پرداخته شد. روش نمونه‌گیری به صورت نظری بوده است و برای جمع‌آوری اطلاعات و رسیدن به اشباع نظری، ۱۸ مصاحبه نیمه ساختاریافته با اساتید دانشگاه، پزشکان متخصص و مجریان حوزه گردشگری سلامت انجام شد. برای روایی و پایایی از روش‌های بررسی به وسیله اعضا، مشارکتی بودن، مثلث‌سازی و بازآزمون استفاده گردید. نکات کلیدی مصاحبه‌ها طی مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و انتخابی تجزیه و تحلیل و مدل جذب گردشگری سلامت با ۱۴ مقوله و ۵۰ مفهوم استخراج شد. در بخش کمی و برای اعتبارسنجی مدل از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار لیزرل استفاده شد. با استفاده از پرسشنامه ۵۰ گویه‌ای به جمع‌آوری داده از ۲۰۰ نفر از گردشگران سلامت اقدام گردید که به منظور درمان به ایران آمده بودند. برای بررسی روایی سازه‌های پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی و برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مشخصه‌های نیکویی برازش نشان داد که داده‌ها با ساختار عاملی مدل طراحی شده برازش مناسبی دارد و مدل جذب گردشگری سلامت که با توجه به شرایط و بستر ایران طراحی شده است مورد تأیید می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** جذب گردشگری سلامت، آمیخته اکتشافی، داده بنیاد، معادلات ساختاری.

۱. دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی؛ maniaaminzadeh@yahoo.com

۲. استادیار گروه مدیریت صنعتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ (نویسنده مسئول) ahajjha@gmail.com

۳. استاد گروه مدیریت بازرگانی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ vazifehdust@yahoo.com

۴. استاد گروه حسابداری، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ ahnama.roodposhti@gmail.com

## ۱- بیان مسأله

پدیده‌ای که در آن افراد در سراسر جهان به منظور حفظ، بازیابی و تقویت ذهن و بدن خود از طریق مرزهای بین‌المللی سفر می‌کنند، به عنوان گردشگری سلامت شناخته می‌شود (گوپالان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). طبق گزارش موسسه جهانی سلامتی<sup>۲</sup> در سال ۲۰۲۰ تقاضا برای گردشگری سلامت یکی از سریع‌ترین بازارهای در حال رشد بوده است (دینی و پنکرلی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). بسیاری از کشورها به طور فعال، از گردشگری پزشکی به عنوان محرکی برای رشد اقتصادی خود استفاده می‌کنند (بلادی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). به طور سنتی معیارهای اقتصادی، مانند درآمدهای ارزی گردشگری، سهم گردشگری در تولید ناخالص داخلی و اشتغال به عنوان شاخص‌های کلیدی عملکرد و رقابت مقصد عمل می‌کنند (دوایر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲). در کنار شایستگی کادر پزشکی، امکانات درمانی یک کشور نیز باید از استانداردهای جهانی برخوردار باشد (محمدنیا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بهداشت و درمان یک صنعت قوی است که با بخش‌های دیگر مانند سفر و گردشگری، سلامتی و اطلاعات و ارتباطات و فناوری مرتبط است (ونگ و هازلی<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱). گردشگری سلامت با توجه به ارزآوری بسیار بالا، به یکی از موضوع‌های مهم در میان کشورها تبدیل شده است (هرندی و میرزائیان، ۱۳۹۶). این شکل از گردشگری فرصت‌های مناسبی را در حوزه تجارت بین‌الملل، جدای از میزان توسعه یافتگی کشورها فراهم کرده است و بعد از صنعت نفت و خودرو، به عنوان سومین صنعت درآمدساز جهان شناخته می‌شود (لیوی و تروسی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). آمار موسسه سلامت جهانی نشان می‌دهد که حجم مبادلات گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۷ حدود ۶۳۹ میلیارد دلار بوده است و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۲ به ۹۱۹ میلیارد دلار افزایش پیدا کند (کازاکف و اوینر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹).

محققانی که بر مطالعات مربوط به گردشگری سلامت متمرکز هستند، بر محبوبیت

---

<sup>۱</sup> Gopalan

<sup>۲</sup> Global Wellness Institute

<sup>۳</sup> Dini & Pencarelli

<sup>۴</sup> Beladi

<sup>۵</sup> Dwyer

<sup>۶</sup> Mohammadnia

<sup>۷</sup> Wong & Hazley

<sup>۸</sup> Liuy & Trossi

<sup>۹</sup> Kazakov & Oyner

روزافزون صنعت گردشگری سلامت تأکید کرده و به نقاط قوت و ضعف آن توجه می‌کنند و پیشنهادهایی را برای مدیریت کارآمد و مؤثر این بخش ارائه داده‌اند (لی و فرناندو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). بر اساس گزارش دوسالانه انجمن اقتصاد جهانی<sup>۲</sup> با عنوان «رقابت‌پذیری کشورها در حوزه سفر و گردشگری» که در سال ۲۰۱۹ منتشر شده است، ایران در شاخص رقابت‌پذیری قیمت‌ها در میان ۱۴۰ کشور جهان در رتبه اول قرار دارد. این گزارش، رتبه برتر ایران را به مالیات پایین بلیت و هزینه فرودگاهی (با رتبه هفتم)، سوخت ارزان (رتبه پنجم) و قدرت خرید بالا (رتبه پنجم) نسبت می‌دهد. با وجود این، ضعف در چند شاخص محیط کسب و کار با رتبه ۱۲۱، منابع انسانی ماهر رتبه ۱۰۰، اولویت گردشگری و سفر برای دولتمردان رتبه ۱۱۵، باز بودن بین‌المللی رتبه ۱۱۸، پایداری محیط زیستی رتبه ۱۰۷ و خدمات گردشگری مناسب با رتبه ۱۰۸ موجب شده است که ایران در ارزیابی شاخص‌های رقابت‌پذیری سفر و گردشگری در رده ۸۹ جهان قرار گیرد (انجمن اقتصاد جهانی، ۲۰۱۹). با توجه به اهمیت فراوان موضوع گردشگری سلامت در بخش‌های خصوصی و دولتی و همچنین پتانسیل بسیار بالای ایران برای جذب گردشگر سلامت، در پژوهش حاضر تلاش شده است تا با استفاده از نظر خبرگان، مدل جذب گردشگری سلامت در ایران طراحی و با استفاده از افرادی که ایران را به عنوان مقصد درمان خود انتخاب کرده‌اند، مورد ارزیابی قرار داده شود؛ لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به دو سؤال اساسی می‌باشد: مدل جذب گردشگری سلامت در ایران از چه مقوله‌ها و مفاهیمی تشکیل شده است؟ ارزیابی مدل جذب گردشگری سلامت در ایران، از نظر گردشگران سلامت چگونه است؟

## ۲- ادبیات پژوهش

رفتار مصرف‌کننده در عرصه مطالعات گردشگری با رفتار مصرفی گردشگران قبل از بازدید، در محل و پس از بازدید گردشگران از مقصدی خاص سروکار دارد (دیکسیت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). گردشگری سلامت شامل انواع گردشگری می‌شود که به عنوان انگیزه اصلی به سلامت جسمی، روانی و یا روحی افراد از طریق فعالیت‌های پزشکی و مبتنی بر سلامتی کمک

<sup>۱</sup> Lee & Fernando

<sup>۲</sup> World Economy Forum

<sup>۳</sup> Dixit

می‌کند و افراد را آماده می‌کند تا نیازهای خود را برطرف کرده، عملکرد بهتری در محیط و جامعه داشته باشند (سازمان جهانی گردشگری و کمیسیون سفر اروپا، ۲۰۱۸). در میان انواع حوزه‌های گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی<sup>۲</sup> مهم‌ترین عامل کلیدی در ارزیابی و توسعه مقاصد گردشگری سلامت و رفاه است (پلاکووا و کرسپو، ۲۰۱۹). افزایش علاقه به گردشگری سلامت به عنوان یکی از تحولات کلیدی در بازار خدمات گردشگری دیده می‌شود. با افزایش سن جامعه، گردشگران به دنبال اشکال متنوعی از اوقات فراغت فعال هستند که وضعیت جسمی و روانی آن‌ها را بهبود می‌بخشد و درعین حال، به بدن آن‌ها اجازه می‌دهد تا بهبود یابد. از آنجا که جامعه امروزی به طور فزاینده‌ای ثروتمند می‌شود، مردم تقاضای بیشتری برای کالاها و خدمات لوکس مرتبط با بهبود وضعیت سلامت خود نشان می‌دهند (رومن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در حال حاضر، میلیون‌ها نفر در جستجوی خدمات درمانی با کیفیت و ارزان‌تر به مقاصد گردشگری درمانی سفر می‌کنند. به این افراد گردشگران درمانی گفته می‌شود، زیرا هدف آن‌ها از سفر، استفاده از خدمات درمانی است (طیاری و همکاران، ۱۳۹۶). عوامل کلیدی گردشگری پزشکی شامل تخصص و شهرت پزشکان، کارکنان و پزشکان دارای مجوز بین‌المللی، ایمنی کیفیت دارو، در دسترس بودن دارو، کیفیت درمان‌های پزشکی، خدمات کادر پزشکی، زمان انتظار برای درمان، اطلاعات تماس با بیمارستان و هزینه درمان می‌باشد (ونگ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین ریسک درک شده نیز یک ملاحظه کلیدی به هنگام انتخاب مقصد گردشگری به شمار می‌آید (پرپینا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

در مدل گردشگری مولر و کافمن<sup>۶</sup> گردشگری سلامت به دو بخش گردشگری درمانی/اسپا و گردشگری پیشگیرانه تقسیم شده است. در گردشگری درمانی خدمات پزشکی با هدف درمان بیماری انجام می‌شود. همچنین در این بخش از خدمات اسپا برای دوران بازیابی بیمار استفاده می‌شود؛ درحالی‌که هدف اصلی گردشگری پیشگیرانه جلوگیری از ابتلا به انواع بیماری است، لذا گردشگر بیماری و ناراحتی خاصی ندارد (مولر و کافمن، ۲۰۰۱). یکی از

۱ World Tourism Organization & European Travel Commission

۲ Medical Tourism

۳ Plzakova & Crespo

۴ Roman

۵ Perpina

6 Mueller & Kaufmann

جامع‌ترین گونه شناسی‌ها توسط وویت<sup>۱</sup> و همکاران در پژوهشی که در کشور استرالیا انجام دادند، ارائه شده است. در این پژوهش، گردشگری سلامت به سه دسته اسپاهای زیبایی، اقامتگاه‌های سبک زندگی<sup>۲</sup> و گردشگری معنوی<sup>۳</sup> تقسیم‌بندی می‌شود. درمان‌های زیبایی، درمان‌های اصلاحی و تحرک محور، درمان‌های آب محور، انواع ماساژ، انرژی درمانی، مدیتیشن، درمان‌های تغذیه محور، مطالعه و یادگیری از خدمات این سه کسب و کار است (وویت و همکاران، ۲۰۱۱).

در پژوهشی که توسط هرنندی و میرزائیان با استفاده از راهبرد تئوری داده بنیاد کلاسیک انجام شده است، به تبیین مدل ایرانی جذب گردشگر سلامت پرداخته شده است. در مدل طراحی شده، کیفیت و ارزش آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برند شهری، خدمات درمان اسلامی و زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری به عنوان ابعاد مؤثر در جذب گردشگر سلامت معرفی شده‌اند (هرندی و میرزائیان، ۱۳۹۶). در پژوهش دیگری که توسط قربانخانی و همکاران تحت عنوان «ارائه مدل جذب گردشگر پزشکی در بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تهران» و با استفاده از تحلیل تم انجام شد، ۷ مقوله کیفیت رفتاری کادر درمان، کیفیت تخصصی کادر درمان، هزینه‌های درمان، کیفیت مراکز درمانی، تصویر ادراک شده از برند پزشکی ایران، کیفیت فرآیند درمان و مؤلفه‌های مقصد درمان به عنوان عوامل مؤثر بر انتخاب مقصد گردشگری درمانی شناسایی شدند (قربانخانی و همکاران، ۱۴۰۰).

در حوزه گردشگری سلامت، مطالعاتی با اهداف متفاوت به منظور بررسی شایستگی کادر درمانی، درآمد گردشگری، تأثیر عوامل غیر درمانی بر توسعه گردشگری سلامت، بررسی عملکرد و زیرساخت‌های کشور مقصد، عوامل مؤثر بر جذب گردشگران خارجی، امنیت کشور مقصد، تفاوت فرهنگی و سایر حوزه‌های مرتبط انجام شده است. به تعدادی از این مطالعات در جدول ۱ پرداخته شده است.

جدول ۱- مطالعات جذب گردشگری سلامت

عنوان پژوهش	متغیرهای مورد بررسی	منبع
بهره‌وری، عملکرد مقصد و سلامت ذینفعان	عملکرد کشور مقصد	دوایر (۲۰۲۲)

1 Voigt

۲ Lifestyle retreats

3 Spiritual Tourism

ژانگ <sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲)	عملکرد اقتصادی	تحلیل سود اقتصادی صنعت گردشگری پزشکی بر اساس مدل مارکوف
کریمی <sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۱)	عوامل توسعه مدیریت گردشگری سلامت	طراحی مدلی برای توسعه مدیریت گردشگری سلامت در استان فارس، ایران
هوآنگ سادانگ <sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰)	انگیزه، تصمیم‌گیری، خطرات و هزینه‌های درمانی دست‌اول	نظریه سیستم خاکستری و تأثیر اقتصادی آن در مطالعات صنعت گردشگری پزشکی
متایسن <sup>۵</sup> (۲۰۱۹)	انگیزه‌های گردشگری پزشکی دیاسپوریک	درک رفتار گردشگری پزشکی دیاسپوریک <sup>۴</sup> ؛ تحقیق اکتشافی مهاجران لهستانی در بلژیک
محمدنیا و همکاران (۲۰۱۸)	ابعاد ارزیابی عملکرد بیمارستان	نقش ارزیابی عملکرد بیمارستان در توسعه گردشگری پزشکی
گانگولی و ابراهیم <sup>۶</sup> (۲۰۱۷)	استراتژی‌های متنوع توسعه، سیاست‌های منعطف دولت و کارکردهای مدیریتی فعال	تحلیل کیفی رقابت‌پذیری گردشگری پزشکی کشور سنگاپور
ایسیوک <sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۶)	فاصله فرهنگی بین دو کشور مبدأ و مقصد	تأثیر فاصله فرهنگی بر گردشگری پزشکی
محمدی‌پور و مزروعی نصرآبادی (۱۴۰۰)	ریسک‌های زنجیره تأمین گردشگری سلامت	تعیین راهبردهای مقابله با ریسک‌های زنجیره تأمین گردشگری سلامت
حسینقلی‌پور و همکاران (۱۳۹۸)	محیط کلان کسب و کار، محیط خرد صنعت، موانع و چالش‌های توسعه، فرایند شناسایی و تجاری‌سازی	ارائه چارچوبی برای شناسایی و تجاری‌سازی فرصت‌های کارآفرینی در صنعت گردشگری تندرستی
دادگر و همکاران (۱۳۹۷)	ارزیابی عملکرد گردشگری سلامت	بررسی کارایی گردشگری سلامت در ایران و کشورهای منتخب و ارائه راهکارهایی برای ارتقاء موقعیت ایران

بیشتر مطالعات انجام شده در حوزه گردشگری سلامت، با استفاده از منطبق قیاسی و با

1 Zhang

۲ Karimi

۳ Hoang-Sa Dang

۴ Diasporic

۵ Mathijsen

۶ Ganguli and Ebrahim

۷ Esiyok

رویکرد اثبات گرایانه به شناسایی عوامل مؤثر در گردشگری سلامت پرداخته‌اند. در محدود مطالعاتی که به روش کیفی انجام شده است نیز تفاوت‌های زیادی در شناسایی ابعاد گردشگری سلامت وجود دارد؛ لذا با توجه به اهمیت فراوان موضوع گردشگری سلامت، در این پژوهش تلاش می‌شود تا مدلی بومی به منظور جذب گردشگران سلامت با توجه به شرایط و بستر کشور ایران، طراحی شود.

### ۳- روش پژوهش

در خصوص تقسیم‌بندی پژوهش، چارچوب‌های مختلفی وجود دارد. پژوهش حاضر، از نظر روش پژوهش از نوع آمیخته، از نظر هدف از نوع اکتشافی و از نظر میزان کاربرد، پژوهشی کاربردی است (کومار، ۲۰۱۹). روش آمیخته اکتشافی<sup>۱</sup> رویکردی برای ترکیب، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های کمی و کیفی در یک توالی از مراحل است (کرسول و پلینو کلارک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). در بخش کیفی از راهبرد پژوهشی نظریه داده بنیاد<sup>۳</sup> و طرح نظام‌مند<sup>۴</sup> استراس و کوربین<sup>۵</sup> برای نظریه‌پردازی استفاده شده است. این طرح بر استفاده از گام‌های تحلیل داده‌ها که شامل کدگذاری باز<sup>۶</sup>، کدگذاری محوری<sup>۷</sup> و کدگذاری انتخابی<sup>۸</sup> است و تدوین یک الگوی منطقی از نظریه تولیدشده، تأکید دارد. کدگذاری باز، فرآیندی تحلیلی برای شناسایی مفاهیم و کشف ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها در داده‌هاست. در کدگذاری محوری مقوله‌های اصلی به مقوله‌های فرعی ربط داده شده و کدگذاری حول محور یک مقوله تحقق می‌یابد. کدگذاری انتخابی فرآیند یکپارچه‌سازی و توسعه مقوله‌ها برای شکل‌گیری نظریه است (دانایی‌فرد و همکاران، ۲۰۲۱). در این طرح داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در بخش‌های از قبل تعیین‌شده یعنی شرایط علی، مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها قرار می‌گیرند (کرسول و گوترمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). جامعه آماری پژوهش در

<sup>۱</sup> Kumar

<sup>۲</sup> Exploratory mixed methods

<sup>۳</sup> Creswell & Plano Clark

<sup>۴</sup> Grounded Theory

<sup>۵</sup> The systematic design

<sup>۶</sup> Strauss and Corbin

<sup>۷</sup> Open coding

<sup>۸</sup> Axial coding

<sup>۹</sup> Selective coding

<sup>۱۰</sup> Creswell & Guetterman

بخش کیفی شامل اساتید دانشگاه، پزشکان و مجریان حوزه گردشگری سلامت کشور به عنوان خبرگان می‌باشند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، به صورت نمونه‌گیری هدفمند بوده است و به منظور جمع‌آوری داده‌ها با ۱۸ نفر از خبرگان مصاحبه انجام شد. ویژگی‌های خبرگان پژوهش شامل تخصص، تحصیلات و تجربه کاری ایشان در جدول ۲ ارائه شده است. انتخاب نمونه‌ها تا جایی ادامه یافت که داده‌های به دست آمده به مرحله اشباع<sup>۱</sup> رسید و برای پژوهشگران مشخص گردید که نمونه‌های بعدی، اطلاعات متفاوتی را در اختیار قرار نمی‌دهند. ابزار گردآوری داده‌ها با توجه به راهبرد مورد استفاده، مصاحبه نیمه ساختاریافته بوده که سوالات آن بر مبنای اجزای مدل پارادایمی طراحی شد. نحوه انجام مصاحبه به این صورت بود که از کلیه مصاحبه‌شوندگان سؤال‌های مشابهی پرسیده شد و مصاحبه‌شوندگان در ارائه نظر خود کاملاً آزاد بودند؛ سپس رمزگشایی پاسخ‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها توسط پژوهشگران انجام شد. برای محاسبه پایایی مصاحبه‌ها از روش بازآزمون استفاده شد. در این مرحله از میان مصاحبه‌های انجام شده، ۳ مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شد و در یک بازه زمانی ۱۰ روزه، دو بار کدگذاری گردید و سپس کدها با هم مقایسه شدند. در نهایت پایایی کل بازآزمون مصاحبه‌های انجام شده برابر با ۸۹ درصد به دست آمد. به منظور تعیین روایی مصاحبه‌های انجام شده از شیوه بررسی توسط اعضای پژوهش و روش مشارکتی بودن استفاده شد؛ به این ترتیب که ۳ استاد دانشگاه و یک دانشجوی دوره دکتری کل فرآیند کدگذاری را بازبینی کرده و نقطه نظرات داده شده در فرآیند کدگذاری اعمال شد. همچنین استفاده از روش مثلث سازی برای جمع‌آوری داده‌ها باعث شد تا داده‌ها از گوناگونی لازم برخوردار باشند.

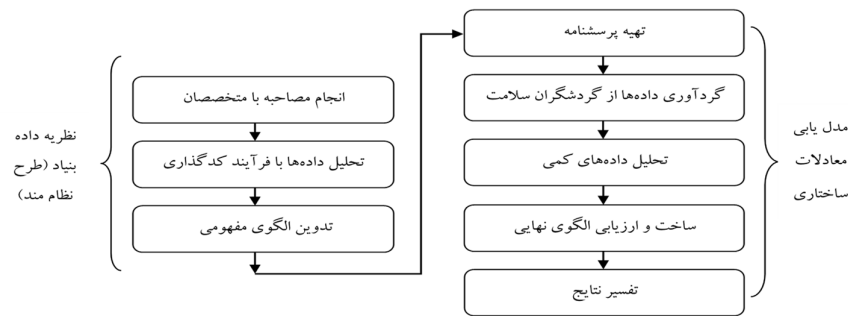
جدول ۲- مشخصات خبرگان

تعداد	سابقه کار	تحصیلات	تخصص
۶	بیش از ۱۵ سال	دکتری تخصصی	هیئت علمی (تخصص گردشگری و بازاریابی)
۳	بیش از ۲۰ سال	جراح تخصصی	متخصص گردشگری سلامت
۴	بیش از ۲۰ سال	پزشک عمومی	متخصص گردشگری سلامت
۵	بیش از ۱۰ سال	کارشناسی ارشد	مدیریت بیمارستانی

در بخش کمی و برای اعتبارسنجی مدل طراحی شده از روش مدل یابی معادلات



ساختاری<sup>۱</sup> و برای انجام محاسبات از نرم‌افزار لیزرل<sup>۲</sup> استفاده شد. مدل معادلات ساختاری از دو بخش ساختاری و مدل اندازه‌گیری تشکیل شده است. بخش اول ساختار علی بین متغیرهای پنهان را مشخص می‌کند و بخش دوم، روابط میان متغیرهای پنهان و مشاهده شده را تعریف می‌کند. برای آزمون مدل پرسشنامه ۵۰ گویه‌ای طراحی شد. جامعه آماری کلیه گردشگران سلامت بودند که ایران را به قصد درمان انتخاب کرده بودند. با وجود تلاش انجام شده، به دلیل این که امکان دسترسی به پایگاه داده‌های بیمارانی که به عنوان گردشگر سلامت وارد کشور شدند میسر نشد، لذا از نمونه‌گیری در دسترس استفاده و ۲۰۰ پرسشنامه تکمیل شده به دست آمد. برای بررسی توزیع داده‌های گردآوری شده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۳</sup> استفاده شد. برای تعیین روایی پژوهش، سنجش مدل اندازه‌گیری و همچنین بررسی رابطه میان سؤال‌ها و مقوله‌های مدل از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. همچنین برای ارزیابی پایایی بخش کمی از آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه مقوله‌ها بیشتر از ۰/۷ است که نشان‌دهنده همبستگی بالای درونی بین مقوله‌های تعریف شده برای سنجش مفاهیم مورد نظر بوده است. مراحل اصلی انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱- مراحل انجام پژوهش

#### ۴- تحلیل تجربی

در بخش کیفی، نکات کلیدی مصاحبه‌ها طی مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و انتخابی

<sup>۱</sup> Structural Equation Model

<sup>۲</sup> LIZREL

<sup>۳</sup> Kolmogorov-Smirnov

تجزیه و تحلیل شد. ابتدا متن مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان و متخصصان پیاده‌سازی شد؛ به این صورت که داده‌ها کلمه به کلمه بررسی و نکات کلیدی هر یک به صورت کد باز استخراج شد. پس از مصاحبه با ۱۸ نفر از خبرگان صنعت گردشگری سلامت، ۳۰۷ کد به عنوان کدهای اولیه استخراج گردید. نمونه‌ای از کدهای اولیه ایجاد شده که مربوط به بخشی از مصاحبه اول می‌باشد، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نمونه‌ای از کدهای اولیه مصاحبه اول

کدهای اولیه	نشانه‌ها	متن مصاحبه
رشد تقاضا	A1B1	در سال‌های اخیر، رشد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به دلایلی مثل افزایش جمعیت مسن کشورهای توسعه‌یافته، سیری صعودی داشته و این موضوع خیلی می‌تواند به توسعه گردشگری سلامت کمک کند.
برنامه‌ریزی مناسب موقعیت جغرافیایی ایران	A1B2	در صورت برنامه‌ریزی درست موقعیت ویژه جغرافیایی ایران در منطقه می‌تواند به جذب سالانه هزاران نفر گردشگر بیمار در مراکز درمانی کشور منجر شود.
خدمات فرودگاهی	A1B3	خدمات فرودگاهی در ایران متناسب با جایگاه یک کشور توریستی نیست.
آموزش نیروهای کاری	A1B4	نیروی‌های کار متخصص برای ورود به این عرصه از مقطع دبیرستان باید آموزش داده شوند.
الگو برداری از کشورهای موفق	A1B5	توجه به برنامه‌هایی که سایر کشورها در توسعه گردشگری سلامت انجام داده‌اند می‌تواند مفید باشد.
امنیت ثبات سیاسی	A1B6	امنیت و ثبات سیاسی عوامل مهمی برای مسافران درمانی در سراسر دنیا هستند که باید توسط دولت تأمین شود.
تقویت بخش خصوصی	A1B7	نقش بخش خصوصی در گردشگری سلامت همیشه کم‌رنگ بوده و کمتر به آن توجه شده است.
هزینه مناسب مزیت رقابتی	A1B8	ارزان بودن قیمت خدمات پزشکی در مقایسه با بسیاری از کشورهای جهان مزیت رقابتی مناسبی در زمینه گردشگری سلامت برای ایران محسوب می‌شود.

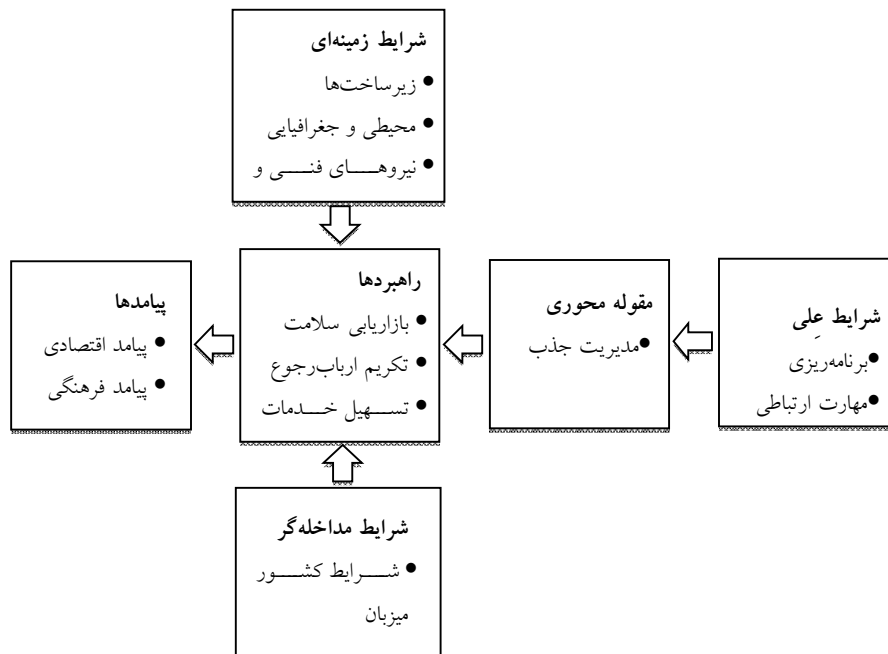
در مرحله کدگذاری محوری، مفاهیم مشابه در کنار هم قرار داده شده و در قالب مقوله دسته‌بندی شدند. مقوله‌ها، در مقایسه با مفاهیم، انتزاعی‌تر هستند و سطحی بالاتر را نشان

می‌دهند؛ در واقع، مقوله‌ها از آن جهت مورد نیاز هستند تا تعداد مفاهیم را کاهش داده و برای درک یک نظریه اجتماعی، تصویری کلی از موضوع ایجاد کنند. در این مرحله تعداد ۵۰ مفهوم برای اجزای اصلی مدل پارادایمی شناسایی شد. برای نمونه در جدول ۴، مقوله‌ها و مفاهیم مربوط به شرایط زمینه‌ای ارائه شده است.

جدول ۴- مقوله‌ها و مفاهیم مربوط به شرایط زمینه‌ای

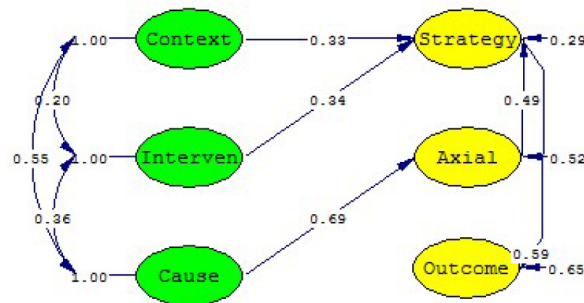
مفهوم اصلی	مقوله فرعی	مقوله کلی
حمل و نقل جاده‌ای و هوایی - هتل‌ها و مراکز اقامتی - کارگزاران گردشگری - ساختار بانکی و مالی	زیرساخت‌ها	شرایط زمینه‌ای
موقعیت جغرافیایی - تشابه فرهنگی با کشورهای همسایه - تنوع شرایط آب و هوایی - جاذبه‌های گردشگری	محیطی - جغرافیایی	
نیروهای فنی و تخصصی و کارآزموده - شهرت جهانی پزشکان	نیروهای فنی و تخصصی	
مراکز درمانی با استانداردهای جهانی - کیفیت خدمات - بیمه‌ای	کیفیت خدمات درمانی	

در مرحله کدگذاری انتخابی، مقوله محوری مشخص شده و این مقوله به شکلی نظام‌مند و منطقی با سایر مقوله‌ها مرتبط شد. به این ترتیب و در قالب کدگذاری انتخابی، ۱۴ مقوله فرعی استخراج شده با استفاده از طرح نظام‌مند استراس و کوربین به یکدیگر مرتبط شدند. مدل پارادایمی جذب گردشگری سلامت در ایران در شکل ۲ نشان داده شده است.



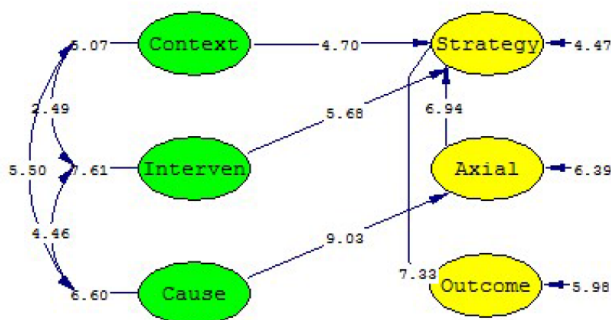
## شکل ۲- مدل مفهومی پژوهش

مدل ساختاری پژوهش: در بخش کمی و به منظور ارزیابی مدل طراحی شده از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل‌سازی معادلات از دو بخش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری تشکیل شده است و متغیرهای مدل در دو دسته متغیرهای پنهان و آشکار تقسیم‌بندی می‌شوند. به طوری که ابعاد علی، شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر در نقش متغیر مستقل یا پیش‌بین یا برون‌زا و ابعاد مقوله محوری، راهبردها و پیامدها به عنوان متغیر وابسته یا ملاک یا درون‌زا می‌باشند. ابتدا برای اطمینان از نرمال بودن داده‌های به دست آمده از پرسشنامه، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد و مشخص شد که داده‌های به دست آمده نرمال هستند؛ سپس با استفاده از نرم‌افزار لیزرل، تحلیل عاملی تأییدی انجام شد تا مشخص شود تا چه اندازه سؤال‌های طراحی شده، موفق به تبیین مقوله‌های مدل شدند. با توجه به مدل پارادایمی جذب گردشگری سلامت در ایران، شکل‌های ۳ و ۴ مدل ساختاری پژوهش را در دو حالت معناداری و استاندارد نشان می‌دهند. با توجه به اینکه قدرمطلق بار عاملی در حالت معناداری بیشتر از  $1/96$  می‌باشد لذا بارهای عاملی روابط معنادار هستند.



Chi-Square=1276.78, df=456, P-value=0.00000, RMSEA=0.075

شکل ۳- مدل ساختاری (حالت استاندارد)



Chi-Square=1276.78, df=456, P-value=0.00000, RMSEA=0.075

شکل ۴- مدل ساختاری (حالت معناداری)

بارهای عاملی بین ابعاد اصلی مدل نشان می‌دهد که در مدل ساختاری پژوهش، تمامی روابط معنی‌دار هستند. نتایج مدل ساختاری پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج مدل ساختاری پژوهش

متغیر	مقوله محوری		راهبردها		پیامدها	
	معناداری	استاندارد	معناداری	استاندارد	معناداری	استاندارد
علّی	9.03	0.69				
مقوله محوری			6.94	0.49		
شرایط زمینه‌ای			4.70	0.33		
شرایط مداخله‌گر			5.68	0.34		
راهبردها					7.33	0.59

نتایج حاصله نشان داد سه بعد مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر ۷۱٪ از بعد راهبردها را تبیین می‌کنند. مقوله شرایط علّی ۴۸٪ از بعد مقوله محوری را تبیین می‌کند و در نهایت، مقوله راهبردها ۳۵٪ از مقوله پیامدهای مدل جذب گردشگری سلامت در ایران را

تیین می‌کند. همچنین، مقادیر برآورد شده برای شاخص‌های مدل که در جدول ۵ ارائه شده است، نشان می‌دهد که داده‌های مدل پژوهش با ساختار عاملی و زیربنایی نظری پژوهش برازش مناسبی دارد و بیانگر همسویی سؤال‌ها با سازه‌های نظری است. شاخص‌های برازش مدل نشان داد که ریشه میانگین مربعات خطای تخمین (RMSEA) برابر ۰/۰۷۵، شاخص‌های برازندگی مدل شامل نیکویی برازش  $GFI=0.95$ ، برازندگی تعدیل یافته  $CFI=0.93$ ، برازندگی نرم شده  $NFI=0.93$ ، برازندگی فزاینده  $IFI=0.93$  و نسبت کای دو به درجه آزادی برابر ۲/۸ به دست آمد و می‌توان نتیجه گرفت که مدل پژوهش تأیید می‌شود.

### ۵- نتیجه‌گیری و ارائه دلالت‌های نظری و عملی پژوهش

بر اساس گزارش رقابت‌پذیری جهانی<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۸، ایران از نظر هزینه‌های معالجه و درمان در حوزه گردشگری سلامت، رتبه اول را دارد (گزارش رقابت‌پذیری جهانی، ۲۰۱۸). با وجود این، مطالعه مقایسه‌ای انجام شده بین ایران و سایر کشورها نشان می‌دهد که به غیر از قیمت رقابتی، تقریباً تمامی شاخص‌های مربوط به گردشگری پزشکی ایران، در مرتبه پایین‌تری قرار دارند. (مومنی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در ادامه با توجه به مقوله‌های تعریف شده در مدل، به ارائه پیشنهادها کاربردی پرداخته می‌شود.

مصاحبه‌های انجام شده با متخصصان نشان می‌دهد که در زمینه مدیریت جذب گردشگری سلامت، ضعف در برنامه‌ریزی وجود دارد. بر اساس آمار جهانی بازار گردشگری پزشکی، درحالی‌که بسیاری از کشورهای جهان با برنامه‌ریزی مناسب، درآمد قابل توجهی از این صنعت را کسب می‌کنند، سهم ایران از این بازار گسترده، اندک است. پژوهش‌های انجام شده در خصوص جذب گردشگران پزشکی نشان می‌دهد که کشورهایی در این حوزه موفق عمل می‌کنند که دارای برنامه‌ریزی راهبردی برای دستیابی به اهداف بلندمدت خود هستند؛ لذا برنامه‌ریزی آتی به منظور جذب گردشگران سلامت، باید با ترسیم چشم‌انداز و نقشه راه مناسب و بررسی دقیق نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای جذب گردشگران سلامت مورد توجه قرار گیرد. در این رابطه، قیمت ارزان خدمات پزشکی به عنوان مزیت راهبردی ایران برای فعالیت در حوزه گردشگری سلامت محسوب می‌شود. سیستم آموزش پزشکی و

<sup>۱</sup> The Global Competitiveness Report

<sup>۲</sup> Momeni

تولید علم پزشکی ایران نیز از جایگاه مناسبی در میان کشورهای جهان برخوردار است و برنامه‌ریزی مناسب به منظور بهره‌گیری از دو مزیت رقابتی فوق، می‌تواند به ارتقاء این صنعت کمک قابل توجهی کند. اگرچه کیفیت خدمات درمانی و استانداردهای مراکز درمانی در مجموع مناسب است، اما ضعف عمده این مجموعه به ارائه خدمات بیمه به بیماران باز می‌گردد.

در مصاحبه‌های انجام شده با متخصصان آنچه بارها مورد تأکید قرار داده شد، تقویت عوامل اقتصادی و مالی و تسهیل مبادلات مالی بوده است. به نظر متخصصان، در حوزه مالی و زیرساخت‌های بانکی، فاصله زیادی با کشورهای جهان و منطقه وجود دارد؛ لذا توسعه مبادلات مالی به عنوان عاملی تأثیرگذار در افزایش گردشگران سلامت، پیشنهاد می‌شود. تسهیل مبادلات مالی باعث می‌شود ذهنیت نسبت به ظرفیت‌های ایران و همچنین خدمات با کیفیت و ارزان در حوزه گردشگری سلامت تغییر کرده و جذابیت آن برای ورود سرمایه‌گذاران به این حوزه افزایش یابد. تمرکز بر این موضوع می‌تواند ایران را به عنوان کشوری به دنیا معرفی کند که ظرفیت سرمایه‌گذاری بالایی در صنعت گردشگری سلامت دارد و با انجام برنامه‌ریزی اصولی، سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی را متقاعد کند تا توجه ویژه‌ای در انتخاب خود به این حوزه داشته باشند.

مدیریت جذب که به عنوان مقوله محوری شناسایی شده، شامل مفاهیم مختلفی نظیر مدیریت ارتباط با مشتری، مدیریت کیفیت سیستم گردشگری، مدیریت تجارب سفر گردشگران و مدیریت سفر درمانی است. جذب بیماران بین‌المللی، هسته اصلی بازار گردشگری پزشکی است. با افزایش رقابت در بازار سفرهای پزشکی، کشورهای پیشرو برای نشان دادن مزیت رقابتی و کیفیت خدمات برتر نسبت به رقبای راهبردهای بازاریابی متفاوتی استفاده می‌کنند. بسیاری از مراکز درمانی با ایجاد تخصص و مهارت در زمینه‌ای ویژه، موقعیت ممتازی در صنعت سفرهای سلامت برای خود ایجاد کرده‌اند. استفاده از مجوزها و اعتبارنامه‌های بین‌المللی راهبردی است که به کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده در یک مرکز درمانی اعتبار می‌بخشد. سلامت الکترونیک راهبرد نوین دیگری در بازاریابی پزشکی است. سلامت الکترونیک نه تنها برای افراد جامعه و زنجیره سلامت مفید است، بلکه باعث افزایش اعتبار و درآمد مراکز خدمات درمانی و پزشکی می‌شود. با وجود روش‌های مختلف بازاریابی

پزشکی، ضعف بازاریابی سلامت کشور تا جایی است که حتی مراکز درمانی آمار دقیقی از گردشگرانی که برای معالجه به آن‌ها مراجعه کنند، در اختیار ندارند تا بتوان برای ارتباط بهتر با مشتری و طراحی برنامه‌های آتی، از آن‌ها استفاده کرد. استفاده از موتورهای جستجو در فضای وب و شبکه‌های اجتماعی، اعتبار مراکز پزشکی را در دید گردشگران سلامت، به شدت افزایش می‌دهد. طراحی سیستم‌های مدیریت ارتباط با مشتری، طراحی وب سایت‌های جذاب پزشکی پاسخگو به منظور معرفی توانمندی‌ها و پاسخ به سؤالات بیماران، راهبردهای دیگری هستند که باید به آن‌ها توجه ویژه داشت.

شرایط کشور میزبان به حمایت و پشتیبانی دولت، قوانین و مقررات و امنیت کشور اشاره دارد. بررسی کشورهایی که در حوزه گردشگری پزشکی موفق عمل کرده‌اند، نشان می‌دهد که بخش دولتی و خصوصی با کمک هم در این زمینه موفق بوده‌اند. بخش خصوصی بدون حمایت‌های قانونی نمی‌تواند موفقیت چندانی به دست آورد و دولت با بهره‌گیری از راهکارهای حمایتی نظیر کاهش مالیات می‌تواند به بخش خصوصی کمک کند.

در مصاحبه‌های انجام شده به زیرساخت‌ها به عنوان مهم‌ترین شرایط زمینه‌ای تأکید شده است. بدون ارتقا و بهینه کردن زیرساخت‌ها، امکان توسعه گردشگری سلامت وجود ندارد، لذا دولت باید زیرساخت‌های لازم برای حضور فعال بخش خصوصی را ایجاد و به عنوان سیاست‌گذار، برنامه‌های راهبردی در حوزه گردشگری سلامت طراحی کند. رعایت منشور حقوق بیمار، رسیدگی سریع به شکایات و به‌طور کلی رضایت بیماران، از عوامل مؤثر جهت رشد و توسعه گردشگری سلامت است. رعایت منشور بین‌المللی حقوق بیمار، توسعه گردشگری پزشکی را به همراه خواهد داشت.

به‌طوری‌که در جدول ۱ شرح داده شد، بیشتر مطالعات انجام شده در حوزه گردشگری سلامت، به روش قیاسی و با نگرش اثباتی به شناسایی عوامل مؤثر بر این حوزه پرداختند؛ در حالی که در این مطالعه از روش آمیخته اکتشافی برای طراحی و اعتبار سنجی استفاده و مدلی بومی برای کشور ایران طراحی شد. در نتیجه مقایسه با تحقیقات انجام شده در حوزه گردشگری سلامت را دشوار می‌کند. در میان پژوهش‌های داخلی، ۲ پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از نظریه داده بنیاد کلاسیک و تحلیل تم انجام شده است که فقط در مقوله کیفیت درمان با هم مشترک می‌باشند. در پژوهش حاضر نیز مقوله کیفیت خدمات درمانی با هر دو

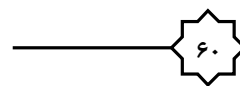


پژوهش مشترک است. همچنین مقوله زیرساخت‌ها با پژوهش انجام شده توسط هرنندی و میرزائیان و ۳ مقوله نیروهای فنی و متخصص، شرایط مالی و شرایط کشور میزبان با پژوهش انجام شده توسط قربانخانی و همکاران دارای اشتراک زیادی می‌باشد. در مجموع، بیشتر مقوله‌های به‌دست آمده در هر سه پژوهش اشتراک کمی با هم دارند که عمده دلایل آن به روش‌شناسی انجام پژوهش، جامعه خبرگان و ماهیت پژوهش کیفی در شناسایی مقوله‌ها باز می‌گردد.

با توجه به بیماری فراگیر کووید و این که ابعاد گردشگری سلامت را تحت تأثیر قرار داده است و این که صنعت گردشگری سلامت، یکی از مستعدترین و آسیب‌پذیرترین صنایع در برابر بحران‌ها می‌باشد، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که به بررسی تأثیر کووید در بخش گردشگری سلامت و همچنین در رفتار گردشگران سلامت بپردازند. به این ترتیب، ارزیابی میزان خساراتی که به بخش‌های مختلف درمان در زمان بیماری کووید وارد شده است، ارزیابی میزان ریسک‌های زنجیره تأمین سلامت و بررسی اثر آن بر عملکرد و بهره‌وری، بررسی تأثیر عوامل غیر درمانی بر توسعه گردشگری سلامت، طراحی مدل با استفاده از سایر صاحب‌نظران صنعت گردشگری سلامت، نظیر مدیران هتل‌ها، مراکز تفریحی و سایر خدمات مرتبط با حوزه گردشگری سلامت و ارزیابی مدل طراحی شده با استفاده از جوامع آماری و گردشگران سلامت کشورهای منطقه نظیر آذربایجان، تاجیکستان، عراق و ترکیه، به منظور بررسی جامعیت مدل طراحی شده به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌های مختلفی به وجود آمد. در بخش آزمون مدل طراحی شده به دلیل این که پایگاه داده‌های مشخصی برای بیمارانی که به عنوان گردشگر سلامت وارد کشور می‌شوند وجود نداشت، لذا از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد که تعمیم نتایج پژوهش از نمونه مورد نظر به جامعه آماری را محدود می‌کند. دسترسی بسیار سخت به مجریان حوزه گردشگری سلامت و همچنین پزشکان متخصص، به منظور انجام مصاحبه‌ها و همچنین عدم همکاری مراکز درمانی و کلینیک‌ها برای ملاقات یا برقراری ارتباط با بیماران خارجی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بوده است. محدودیت مهم دیگری که در انجام پژوهش به وجود آمد بروز بیماری کووید بوده است. این بیماری زمانی شیوع پیدا کرد که بخش طراحی مدل انجام شد و پرسشنامه پژوهش تهیه

پژوهش‌های مدیریت راهبردی، دوره بیست و نهم، شماره ۹۰، پاییز ۱۴۰۲



گردید.

## منابع

- Beladi, H., Chao, C., Ee, M. S. & Hollas, D. (2019). Does medical tourism promote economic growth? A cross-country analysis, *Journal of travel research*, Vol 58 (1), 121-135.
- Creswell, John W & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*, 3rd edition, SAGE publication.
- Creswell, J. W. & Guetterman, T. C. (2018). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*, 6th Edition, Pearson.
- Danaeifard, H., Alvani, M. & Azar, A. (2021). *Qualitative research methodology in management: a comprehensive approach*, Tehran: Saffar Publications, 7th Edition, [In Persian].
- Dang, H-S., Nguyen T-M-T., Wang C-N., Day, J-D. & Dang, TMH. (2020). Grey system theory in the study of medical tourism industry and its economic impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(3):961.
- Dini, M. & Pencarelli, T. (2021). Wellness tourism and the components of its offer system: a holistic perspective, *Tourism Review*, 1-19.
- Dwyer, L. (2022). Productivity, Destination performance, and stakeholder well-being. *Tourism and Hospitality*, 3, 618–633.
- Esiyok, B., Çakar, M. & Kurtulmuşoğlu, F.B. (2016). The effect of cultural distance on medical tourism, *Journal of Destination Marketing & Management*, 6 (1), 66-75.
- Fong, H. I. V., Wong, I. K. A., & Hong, F. L. J. (2018). Developing institutional logics in the tourism industry through coepetition. *Tourism Management*; 66: 244-262.
- Ganguli, S. & Ebrahim, A. H. (2017). A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness, *Tourism Management Perspectives*, 21, 74-84.
- Ghorbankhani, S., Rahimi Nik, A. & Aligholi, M. (2021). Designing a model for attracting medical tourists to public hospitals of Tehran, Vol. 10, Issue 1. [In Persian].
- Global Spa, Wellness Economy Monitor. Global Wellness Institute, (2014), New York, [www.gswws.org](http://www.gswws.org)
- Gopalan, N., Mohamed Noor, S. N. & Salim Mohamed, M. (2021). The pro-medical tourism stance of Malaysia and how it affects stem cell, *Tourism Industry*. SAGE Open, 11(2).

- Harandi, M. & Mirzaian, P. (2017). Explaining health tourism attraction model: Using classic grounded theory strategy, *Journal of Urban Tourism*, Vol. 4. Issue 1, 87-98. [In Persian].
- Karimi, R., Hesam, S. & Ostovar, R. (2021). Designing a model for the management of health tourism development in Fars province, Iran. *Health Man & Info Sci.*; 8(2): 107-118.
- Kazakov, S. & Oyner, O. (2020). Wellness topersianurism: a perspective article, *Tourism Review* ahead-of-print (ahead-of-print).
- Klosters, D. (2019). World Economic Forum Annual Meeting, Switzerland, 22-25.
- Kumar, R. (2019) *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. 5th edition, SAGE Publications Limited, p.45.
- Liuy, T. & Trossi, L. (2017). Big data for big insights: Investigating language-specific drivers of hotel satisfaction. USA: Emerald publication; 554-563.
- Mathijssen, A. (2019). Understanding diasporic medical tourism behaviour. Exploratory Research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*. Vol. 72, 373-385.
- Mohammadipour, E. & Mazroui Nasrabadi, E. (2022). Determining coping strategies with health tourism supply chain risks (Case study: Ayatollah Yasrebi Hospital, Kashan), *Journal of healthcare management research*, Vol 12, Issue 3, 37-46. [In Persian].
- Mohammadnia, M., Hajinabi, K., Mahmoudi Majd Abadi, M. & Komeli, A. (2018). The role of hospital performance assessment on medical tourism development. *JBE*. 4 (3):162-166.
- Momeni, K., Janati, A., Imani, A. & Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study, - Mueller, H., & Kaufmann, E. L., (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry, *Journal of Vacation Marketing*, Vol. 7 No. 1, pp. 5-17.
- Perpina, L., Pratt, L. & Corby, R. (2020). Image and risk perceptions and integrated approach.
- Plzakova, L. & Crespo, S. (2019). Environment as a key factor of health and well-being tourism destinations in five European countries, *IBIMA Business Review*.
- Roman, M., Roman, M. & Wojcieszak-Zbierska, M. (2022). Health tourism- Subject of scientific research: A literature review and cluster analysis. *International Journal of - Seyyedamiri, N., Rahmani, Z. & Hasangholi Pour, T. (2019). Providing a framework for identifying and commercializing*

entrepreneurship opportunities in wellness industry, *Journal of tourism and development*, Vol 8, Issue 2, 1-22. [In Persian].

- Tayari, S., Famini, M. T. & Zardowi, A. (2016). Determination and investigation of factors affecting Iran's health tourism using the matrix of importance, Performance, heritage and tourism, Vol 2, No. 5, 73-85. [In Persian].

- The global competitiveness report, (2018). Hampshire: Palgrave Macmillan, 51-80.

- Voigt, C., Brown, G. & Howat, G. (2011). Wellness Tourists: in Search of Transformation. *Tourism Review*, 66, 16-30.

- World tourism organization and European travel commission (2018). Exploring health tourism, Executive Summary, UNWTO, Madrid.

- Zhang, W., Qin, Z. & Tang, J. (2022). Economic benefit analysis of medical tourism industry based on Markov model, *Journal of mathematics*, 1-9.