



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

ناهید جلیلیان

دانشجو دکتری کارآفرینی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین، قزوین، ایران

بیژن رضایی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه مدیریت، دانشکده مدیریت کارآفرینی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

b.rezaee@razi.ac.ir

علی بدیع زاده

استادیار گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین، قزوین، ایران

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران بوده است. همچنین، این پژوهش بررسی می‌کند که پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای چه نقشی در تقویت یا تضعیف این رابطه ایفا می‌کنند. جامعه تحقیق را افراد و متخصصان فعال در حوزه گردشگری سلامت استان کرمانشاه به تعداد ۹۴ نفر تشکیل می‌دهند. پارادایم این پژوهش اثبات باوری، رویکرد آن قیاسی و استراتژی آن پیمایش است. بر این اساس و پس از مرور ادبیات و طراحی مدل مفهومی، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳۴ پرسش به نمونه آماری متشکل از ۷۵ متخصصان این حوزه ارائه شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه بر اساس نظر متخصصان و استفاده از پرسشنامه استاندارد و روایی سازه نیز بر اساس تحلیل عاملی تأییدی تأیید شد. پایایی از مجرای آزمون‌های آلفای کرونباخ، پایایی مرکب و میانگین واریانس تأیید شد. سپس، داده‌های گردآوری‌شده به کمک نرم‌افزار اسمارت پی‌ال‌اس و از طریق ماتریس همبستگی، آزمون معادلات ساختاری و آزمون برازش مدل مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم مؤثر است. شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است. همچنین پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان کرمانشاه بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است. در نهایت، پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت نقش تعدیلی ایفا می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اکوسیستم، کارآفرینی، گردشگری سلامت، ایران

گردشگری سلامت به صورت امروزی تقریباً موضوع جدیدی است که پس از بحران مالی آسیا به وجود آمد و منجر به این شد که تعدادی از بیمارستان‌های خصوصی در برخی کشورها به دنبال خلع منابع جدید مالی باشند. در سال ۲۰۰۳ حدود ۳۵۰۰۰۰۰ بیمار از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه به منظور دریافت خدمات سلامت سفر کردند (جباری و همکاران، ۲۰۱۲). کارشناسان پیش‌بینی می‌کنند صنعت گردشگری در سال ۲۰۲۰ به سودآورترین صنعت جهان تبدیل شود. بنابراین گرایش کشورها در سطوح مختلف برای کسب مزیت در این حوزه بیشتر شده است (استاسکوتنریداک، ۲۰۱۷). کشور ایران نیز از این قائله مستثنا نیست. جایگاه صنعت گردشگری در اصول و سیاست‌های کلی نظام، سند چشم‌انداز و برنامه ششم توسعه و احکام دائمی برنامه‌های توسعه نیز به رسمیت شناخته شده است به نحوی که کشور امیدوار است تا پایان افق ۱۴۰۴ صنعت گردشگری کشور به ۲۰ میلیون گردشگر دست یابد. همچنین بند «پ» ماده ۲ احکام برنامه ششم توسعه کشور (به‌عنوان یکی از موضوعات خاص بخش پیشروی اقتصاد)، بند ب ماده ۹۷ (توسعه گردشگری مذهبی)، جزء ۲ بند الف ماده ۹۸ (اعطای معافیت‌های مالیاتی به منظور توسعه گردشگری)، ماده ۹۹ (بهسازی و احیای روستاهای دارای ارزش تاریخی فرهنگی باهدف تقویت گردشگری روستایی)، ماده ۱۰۰ (تکلیف به تنظیم سند راهبردی توسعه گردشگری با محوریت بخش خصوصی)، ماده ۲۳ احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (اعطای معافیت‌های مالیاتی به منظور توسعه گردشگری) (مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۵) گواه این مدعا هستند. به اعتقاد دکتر مارک سرمدی کارگزار گردشگری سلامت کشور آلمان و آمریکا در ایران، گردشگری سلامت در ایران از سه مزیت نسبی «هزینه»، «کیفیت» و «امنیت» برخوردار است. به اعتقاد وی هزینه‌های درمانی در ایران به‌طور متوسط ۱۰ الی ۱۵ درصد کمتر از سایر کشورهای خارجی است. این میزان در برخی از اعمال جراحی بسیار کمتر است. به‌عنوان مثال هزینه انجام عمل جراحی دریچه قلب در آمریکا ۱۵۰ هزار دلار است ولی در ایران این هزینه ۱۵ هزار دلار است. همچنین هزینه ایمپلنت در آمریکا ۴ تا ۵ هزار دلار است ولی در ایران ۱۰۰۰ دلار هزینه دارد (سرمدی، ۱۳۹۶). بنابراین توجه به امر گردشگری سلامت یکی از راه‌های توسعه کشورها دیده می‌شود. اما راه‌های مختلفی برای تقویت و توسعه این حوزه وجود دارد. یکی از این راه‌ها، پرورش گردشگری سلامت در بستر اکوسیستمی نوآورانه است (بجازویچ و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی برخی از محققان توسعه کارآفرینی را درگرو شناخت اکوسیستم آن می‌دانند. به عبارتی به اعتقاد وی موفقیت در کارآفرینی با موفقیت در یک عامل محقق نخواهد شد و مجموعه‌ای از عوامل در یک اکوسیستم باید مطالعه گردد. عواملی همچون خط‌مشی‌ها، تأمین مالی، فرهنگ، حمایت و پشتیبانی، سرمایه انسانی و بازار که هر یک از آن‌ها زیرمجموعه‌ای از مقوله‌ها و شاخص‌های مختلف را شامل می‌گردد (آمولو و میگیرو، ۲۰۱۵). برخی از عناصر این اکوسیستم در پژوهش‌های پیشین حوزه کارآفرینی مورد توجه قرار گرفته‌اند. برای مثال اندیشمندان پیشروی حوزه کارآفرینی همچون شومپتر (۱۹۳۴) ضمن اشاره به کارآفرینی به‌مثابه نوآوری به نقش نوآوری در توسعه کسب‌وکارها اشاره نموده‌اند (سودبرگ، ۲۰۰۷). ولیکن ۶۰ سال به طول انجامید تا مقوله نوآوری در دیدگاه اکوسیستمی توسط مور (۱۹۹۳) به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم اکوسیستم تبیین و دیدگاهی کل‌نگر به اکوسیستم شکل گیرد (مور و کوری، ۱۹۹۶). بنابراین توجه به یک و سیستم‌های کارآفرینانه برای رشد و ارتقای گردشگری سلامت یکی از مهم‌ترین راهبردها خواهد بود. اما این امر به‌آسانی امکان‌پذیر نیست و برای نیل به آن نیازمند فراهم آوردن زمینه‌ها و محرک‌های مختلفی لازم است. درواقع باید بستری را جهت استقرار نظام کارآفرینی در این حوزه فراهم نمود. عواملی همچون سرمایه‌های انسانی متخصص، حمایت نهادهای حاکمیتی و قانون‌گذار، استفاده از مدل‌های نوین کسب‌وکار و ...

از جمله این موارد هستند (کاپاتینا و رانکاتی، ۲۰۱۷). در این پژوهش مذکور تحت عنوان پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی در گردشگری حوزه سلامت در نظر گرفته شده‌اند. یکی دیگر از عوامل مؤثر که می‌تواند بر استقرار اکوسیستم کارآفرینی تأثیرگذار باشد، عوامل و شرایط رقابتی و منطقه‌ای کسب‌وکارها است. در واقع میزان پویایی کسب‌وکارها در هر اقلیمی می‌تواند بر گرایش به فعالیت‌های کارآفرینانه در آن منطقه تأثیرگذار باشد (ایسیکا و همکاران، ۲۰۱۹). به همین دلیل در این پژوهش نقش تعدیل‌گر پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر مورد بررسی قرار گرفته است. در نتیجه هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران است. در این پژوهش استان کرمانشاه به‌عنوان در نظر گرفته شده است.

ادبیات پژوهش

هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران بوده است. در همین راستا در بخش مطالعه ادبیات نظری پژوهش به بررسی مفهوم گردشگری سلامت، اکوسیستم کارآفرینی در گردشگری سلامت و بررسی پیشینه پژوهش مرتبط با این مسئله پرداخته شده است. گردشگری سلامت در بستر اکوسیستم کارآفرینیک یکی از حوزه‌های مهم در گردشگری، «گردشگری سلامت ۱» است. گردشگری سلامت دو حوزه «گردشگری تندرستی ۲» و «گردشگری پزشکی ۳» یا درمانی را شامل می‌گردد (وویگت و همکاران، ۲۰۱۱). شایان‌ذکر است که محققان و سازمان‌های مختلف هر یک بنا به نیاز و درک خود از این صنعت مدل و طبقه‌بندی مختلفی از گردشگری سلامت ارائه کرده‌اند که البته در برخی جزئیات با یکدیگر تفاوت دارند. برای نمونه کوکران (۲۰۰۸) گردشگری سلامت را به‌قرار زیر به سه بخش عمده تندرستی، درمانی و پزشکی تقسیم کرد. تندرستی: مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدیدقوا بدون مداخله و نظارت پزشکی و در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد را گردشگری تندرستی گویند. علاجی: مسافرت به‌منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند. و پزشکی: مسافرت به‌منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی (مانند اسپاها) باشد (کائور، ۲۰۱۶). یکی از شیوه‌های گسترش و توسعه گردشگری سلامت، مطرح کردن آن در قالب اکوسیستم‌های کارآفرینی است (بادولسکو و بادولسکو، ۲۰۱۴). اکوسیستم واژه‌ای مرکب از «اکو» و «سیستم» است و ریشه در محیط‌زیست ۴ و روابط چیزهای زنده با محیط پیرامون خود دارد. اکوسیستم مجموعه‌ای از ارگانیسم‌هایی است که در تعامل با یکدیگر و محیط اطراف خویش ماده و انرژی را تبادل می‌کنند (دورست و پوتنام، ۲۰۱۳). پلتونومی و وری (۲۰۰۴) اکوسیستم کسب‌وکار را ساختار پویایی می‌دانند که جمعیت سازمان‌ها را به هم متصل کرده است. این سازمان‌ها می‌توانند شرکت‌های کوچک و بزرگ، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی، سازمان‌های بخش دولتی و

¹ Health Tourism

² Wellness Tourism

³ Medical Tourism

⁴ ecology

سایر احزاب باشند که بر سیستم تأثیر می‌گذارند (پلتونیمی و وری، ۲۰۰۴). اکوسیستم مجموعه‌ای از دورنماهای فرهنگی متمرکز، شبکه‌های اجتماعی، حمایت مالی، دانشگاه‌ها و سیاست‌های اقتصادی فعالی هستند که محیط‌های حمایتی از کسب‌وکار مخاطره‌آمیز مبتنی بر نوآوری را خلق می‌کند و به‌عنوان ابزاری حیاتی در ایجاد اقتصادی منعطف، نوآور و کارآفرین نقش دارد. اکوسیستم بجای ارائه یک نظریه و دیدگاه منسجم در حوزه کارآفرینی، مجموعه دیدگاه‌های مختلف در کارآفرینی را ترکیب و در جغرافیایی کارآفرینی ارائه می‌نماید و بنابراین زمینه ورود تجارب اکوسیستم‌های موفق و پررونق^۱ به جوامعی با ویژگی‌های اقتصادی-فرهنگی متفاوت فراهم می‌گردد (اسپیگل، ۲۰۱۷). این در حالی است که آیزنبرگ (۲۰۱۱) برخلاف اسپینگل اعتقاد دارد که اکوسیستم‌ها قابل تقلید نیستند و در توسعه کارآفرینی باید مزیت‌های منطقه‌ای و کشوری مورد توجه قرار گیرد و از تقلید اکوسیستم‌های موفق همچون سیلیکون ولی اجتناب شود. وی همچنین اکوسیستم کارآفرینی را به‌مثابه یک راهبرد جدید و مقرون‌به‌صرفه در راستای توسعه کارآفرینی و نهایتاً پیشرفت اقتصادی معرفی می‌نماید. پلتونومی و وری (۲۰۰۴) مبتنی بر اصل پیچیدگی اکوسیستم در کسب‌وکارها، اکوسیستمی خود-پایداری را پیشنهاد می‌نماید که برای ادامه حیات در بازارهای محلی و جهانی نیازی به دخالت دولت نداشته و از طریق خودسازمان‌دهی، نوظهوری، باهم‌تکاملی، سازگاری لازم با محیط را کسب می‌نمایند. در چنین اکوسیستمی رقابت و همکاری هم‌زمان وجود دارد. ولی برخلاف پلتونومی و وری برخی صاحب‌نظران و مدل‌های پیشنهادی دخالت دولت در اکوسیستم‌ها را ضروری می‌دانند. چراکه از نظر آن‌ها در سیاست‌گذاری توسعه کارآفرینی نقش انواع عوامل مؤثر بر اکوسیستم کارآفرینی از جمله نقش دولت باید به‌خوبی تبیین شود. برای مثال می‌توان به نقش دولت‌ها در توسعه کارآفرینی با دو جهت‌گیری کلی حذف و کاهش موانع کارآفرینی و همچنین ترغیب و تشویق کارآفرینی اشاره نمود. این نقش به‌ویژه در قالب نقش خط‌مشی‌گذاری در مدل توسعه کارآفرینی یورواستات (OECD, 2009)، مدل دیده‌بان جهانی کارآفرینی (زالی و همکاران، ۱۳۹۳)، برنامه‌های حمایتی دولت در مدل خط‌مشی‌های توسعه کارآفرینی آنکتاد، کانال‌های مداخله دولت در مدل خط‌مشی‌های کارآفرینی آدرتچ، گریلو و ثرویک (آودرتش و همکاران، ۲۰۰۷)، مدل ارتقاء کارآفرینی با تأکید بر نقش‌های سه‌گانه سیاست‌گذاری دولتی (دانایی‌فرد، فروهی و صالحی ۱۳۸۶) و بسیاری از مدل‌های دیگر تبیین شده است. آمولو و می‌گرو (۲۰۱۵) توسعه کارآفرینی را درگرو شناخت اکوسیستم آن می‌دانند. به عبارتی به اعتقاد وی، موفقیت در کارآفرینی با موفقیت در یک عامل محقق نخواهد شد و مجموعه‌ای از عوامل در یک اکوسیستم باید مطالعه گردد. عواملی همچون خط‌مشی‌ها، تأمین مالی، فرهنگ، حمایت و پشتیبانی، سرمایه انسانی و بازار که هر یک از آن‌ها زیرمجموعه‌ای از مقوله‌ها و شاخص‌های مختلف را شامل می‌گردد (آمولو و میگیرو، ۲۰۱۵). نامبیسان و بارون (۲۰۱۳) نوعی از اکوسیستم نوآوری مبتنی بر هاب (شبکه محور)^۲ را پیشنهاد می‌نمایند که در آن یک شرکت واحد، رهبری اکوسیستم (تنظیم اهداف و پلتفرم نوآوری) را برعهده گرفته و تأثیر قابل توجهی بر استراتژی و آینده سایر اعضا دارد. آن‌ها مبتنی بر ماهیت اجتماع‌محور اکوسیستم، این نوع اکوسیستم را تغییر الگوی ذهنی عدم وابستگی به تغییر الگوی ذهنی اکوسیستمی معرفی می‌نمایند. در چنین اکوسیستمی کارآفرینان نیاز دارند تا استعداد و مهارت‌های خود را با نیازهای ویژه محیطی تطبیق دهند (محیط‌زیست اختصاصی فرد در اکوسیستم). و بنابراین لازم است تا فرآیندهای خودتنظیم‌کنندگی^۳ تقویت گردد. خودتنظیم‌کنندگی شامل: خودکنترلی، ثبات^۴ و آگاهی‌های

¹ Thriving ecosystem

² hub-based innovation ecosystem

³ self-regulatory

⁴ grit

فراشناختی (آگاهی و کنترل بر فرآیندهای شناختی) است. این فرآیندها می‌تواند شامل تکنیک‌هایی مانند تقابل ذهنی^۱ (فکر کردن فرد به اهداف، پیامدها و موانع) و قصد اجرا^۲ (فکر کردن فرد به اینکه در عمل اهداف را چگونه اجرا کند) باشد (نامیسان و بارو، ۲۰۱۳). خودتنظیم‌کنندگی یا خودسازمان‌دهی موضوعی است که مورد توجه پلتونومی و وری (۲۰۰۴) نیز است. آن‌ها مبتنی بر اصل پیچیدگی اکوسیستم در کسب و کارها، اکوسیستمی خود-پایدار را پیشنهاد می‌نمایند که برای ادامه حیات در بازارهای محلی و جهانی نیازی به دخالت دولت نداشته و از طریق خودسازمان‌دهی، نوظهوری، باهم‌تکاملی، سازگاری لازم با محیط را کسب می‌نمایند. در چنین اکوسیستمی رقابت و همکاری هم‌زمان وجود دارد (پلتونومی و وری، ۲۰۰۴). موضوع خودتنظیمی در اکوسیستم‌های نوآورانه موضوع جدیدی است که ورود به آن نیازمند مهارت‌ها و قابلیت‌های ویژه کارآفرینانه است و برای زنده ماندن و موفقیت در آن نیاز به آگاهی‌های فراشناختی^۳ است. بنابراین در این پژوهش الگوی شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت در بستر دو مؤلفه خودتنظیمی و خودپایداری بنا شده است.

پیشینه پژوهش

پس از بررسی اجمالی از ادبیات موضوع پژوهش در این بخش پیشینه‌ای از پژوهش‌های داخلی و خارجی در حوزه کارآفرینی گردشگری سلامت ارائه می‌گردد.

جدول ۱. پیشینه پژوهش

نویسنده / نویسندگان	یافته‌های مهم پژوهش
(V. Heung & Kucukusta, 2013)	الف) ویژگی‌های محیطی و امنیت شامل: هوای تازه و آب پاک، محیط آرام و صلح‌طلب، مناظر زیبا، محیط امن، منابع تندرستی طبیعی - ب) تسهیلات پشتیبان شامل: مراکز همایش عالی، اقامتگاه‌های زیبا و مدرن، امکانات تفریحی عالی، حمل‌ونقل مناسب، غذاهای سالم - ج) تسهیلات سلامت شامل: مراکز سلامت باکیفیت، خدمات درمانی باکیفیت بالا، طب سنتی چینی
(Glavas, Pike, & Mathews, 2014)	داشتن ارزش‌هایی همچون: «داشتن چشم‌انداز بین‌المللی»، «داشتن اهداف بین‌المللی»، «داشتن نوآوری»، «داشتن جهت‌گیری رشد بین‌المللی» موجب بروز رفتارهای کارآفرینی بین‌المللی در حوزه گردشگری می‌گردد
(Mohammed Abubakar, 2016)	تبلیغات دهان‌به‌دهان الکترونیک نقش مؤثری بر شکل‌گیری اعتماد به مقصد و قصد سفر در گردشگری پزشکی دارد.
(Zailani, Rahman, & Musa, 2017)	خدمات اسلامی پزشکی (رعایت شعائر اسلامی توسط تیم پزشکی، فراهم نمودن زمینه عبادت در حین درمان و ...)، فعالیت‌های مجاز (فراهم‌سازی زمینه تمامی فعالیت و خدمات حلال همچون غذای حلال و غیره در طول درمان)، فعالیت‌های ممنوع (پرهیز از کلیه فعالیت‌های حرام در حین درمان) و رفتار کارکنان نقش مهمی در قصد یک گردشگر پزشکی مسلمان دارد.
(Martinez-Juarez, Chiabai, Taylor, & Gómez, 2015)	تندرستی شامل سلامت، روابط خوب اجتماعی، امنیت و آزادی انتخاب و اقدام در اکوسیستمی شامل فرهنگ، تنظیم‌گری، تأمین مالی و از طریق سه مکانیسم: اقدام فعال (گردشگری)، مصرف و منفعل (سرگرمی) رخ می‌دهد.
(Christoforou, 2013)	صدای صنعت شامل انجمن‌هایی مانند اتاق بازرگانی، انجمن‌های تجاری، سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های کارآفرین غیررسمی، انکوباتورها، شتاب‌دهنده‌ها و غیره است.
(Suresh & Ramraj, 2012)	پشتیبانی اجتماعی شامل جوایز از انجمن‌های تجاری، پذیرش شکست در معرض خطر و قرار گرفتن در معرض توسط رسانه‌ها، احترام اجتماعی به کارآفرین است.
رجاییان (۱۳۹۵)	در پژوهشی با عنوان شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت

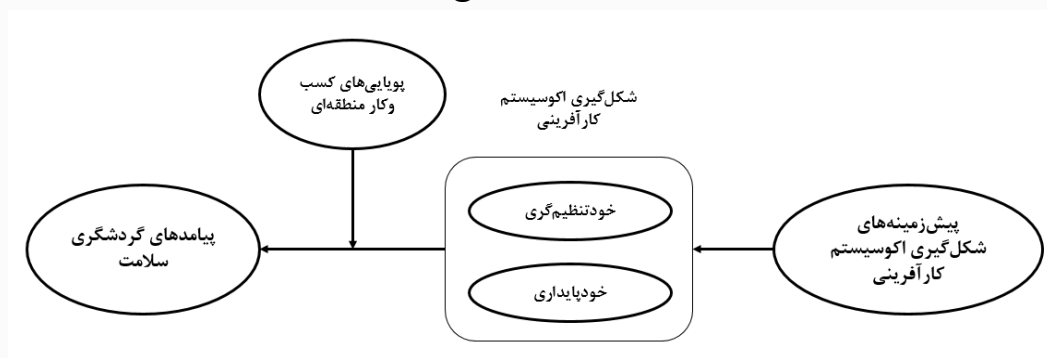
¹ mental contrasting

² implementation intentions

³ metacognitive awareness

نویسنده / نویسندگان	یافته‌های مهم پژوهش
	(مطالعه موردی استان تهران) به ارائه مدلی در حوزه بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه در گردشگری سلامت پرداخته است. در این مدل چهار بعد: ۱. تنظیمی / قانونی / اداری؛ ۲. بعد شناختی آموزشی، ۳. بعد هنجاری و ۴. بعد هدایت‌گر و حمایتی از طریق تأثیر بر توان و تمایل فرد به اقدام کارآفرینانه در حوزه گردشگری سلامت مؤثر است.
(معبودی و حکیمی ۱۳۹۴)	منابع پزشکی مهم‌ترین بعد و هفت آمیخته بازاریابی گردشگری سلامت به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: تخصص و مهارت کادر پزشکی و کارمندان، قیمت، خدمات پزشکی، تجهیزات و امکانات، مدیریت و برنامه‌ریزی، تبلیغات و وضعیت محیطی.
(داوری، سفیدبری، و باقرصاد ۱۳۹۶)	در اکوسیستم کارآفرینی ایران ۶ بعد مهم شامل ۱. سیاست (با دو شاخص رهبری و دولت)، ۲. تأمین مالی، ۳. فرهنگ (با دو شاخص هنجارهای اجتماعی و داستان‌های موفقیت)، ۴. حمایت‌ها (با سه شاخص نهادهای غیردولتی، اصناف و زیرساخت)، ۵. سرمایه انسانی (با دو شاخص مؤسسات آموزشی و نیروی کار)، ۶. بازار (با دو شاخص شبکه‌ها و مشتریان) است که در آن سه بعد حمایت‌ها، سرمایه انسانی و بازار به ترتیب مهم‌ترین ابعاد هستند.
(طباطبایی و همکاران ۱۳۹۳)	گونه شناسی گردشگران پزشکی نشان می‌دهد در تمامی گونه‌ها سه عامل تخصص و مهارت کادر پزشکی، وضعیت محیطی و امنیت شهری و مهمان‌نوازی و عوامل مؤثر بر انتخاب بیمارستان از مهم‌ترین عوامل هستند.
(گودرزی، ۱۳۹۳)	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 عامل قیمت درمانی و گردشگری با توسعه گردشگری پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد.
(تیموری، ۱۳۹۴)	مهم‌ترین عوامل جذب گردشگران پزشکی خارجی در کلان‌شهر تبریز، به ترتیب، مزایای اقتصادی و ارزان‌قیمت بودن خدمات پزشکی، اشتراکات فرهنگی، وجود متخصصین حاذق و تجهیزات مناسب مراکز درمانی در این شهر می‌باشند. و نیز بزرگ‌ترین چالش در این زمینه نبود متولی مشخص و واحد جهت مدیریت و هماهنگی بین سازمان‌های متولی گردشگری پزشکی در این شهر است.

در نتیجه بررسی مطالعات فوق مدل مفهومی پژوهش حاضر به شرح زیر ارائه می‌شود:



شکل ۱. چارچوب مفهومی پژوهش (محقق ساخت)

۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر از منظر فلسفی در حوزه اثبات باوری قرار می‌گیرد. به لحاظ هدف کاربردی، به لحاظ نتیجه تبیینی و به لحاظ رویکرد کمی (قیاسی) است. استراتژی پژوهش پیمایش بوده است. قلمرو زمانی پژوهش نیمه اول سال ۱۳۹۹ است. جامعه تحقیق را افراد و متخصصان فعال در حوزه گردشگری سلامت استان کرمانشاه به تعداد ۹۴ نفر تشکیل می‌دهند که بر اساس فرمول کوکران ۷۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین ملاک انتخاب و بررسی جامعه آماری عبارت‌اند از فرد موردنظر از کارشناسان، مدیران، صاحب‌نظران یا متخصصان حوزه گردشگری یا سلامت باشد، تجربه تصمیم‌سازی یا تصمیم‌گیری و مشارکت در حوزه سیاست‌گذاری سلامت را داشته، با حوزه

گردشگری به صورت عام و درمان به صورت خاص آشنایی داشته باشد و ترجیحاً با بخش‌های پژوهشی و درمانی سیستم پزشکی ارتباط یا همکاری داشته باشد. و یا در نهایت حداقل ۴ سال در عرصه سلامت و بخش‌های گردشگری یا درمانی کار علمی و یا عملی کرده باشند. روش گردآوری داده‌ها از طریق مطالعه کتابخانه‌ای (شامل کتب و مقالات علمی و پژوهشی، وبسایت‌های اینترنتی و اسناد مرتبط) و پرسشنامه بوده است. داده‌ها از طریق تحلیل آماری توصیفی و تحلیل آماری استنباطی با کمک نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS (به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها نسبت تعداد متغیرها از این نرم‌افزار استفاده شد) مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین ارزیابی ابزار گردآوری داده‌ها به روش بررسی پایایی (از طریق آلفای کرونباخ، میانگین واریانس و پایایی مرکب) و روایی (محتوا و صوری با استفاده از نظر صاحب‌نظران و بهره‌گیری از پرسشنامه‌های استاندارد، روایی سازه با اتکا بر تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرا و واگرا) انجام شده است.

۴- تجزیه و تحلیل یافته‌ها

به منظور دستیابی به اعتبار همگرا و میزان همبستگی، آزمون‌های پایایی مرکب و میانگین واریانس ارزیابی شد. پایایی بالاتر از ۰/۷ همراه با میانگین واریانس حداقل ۰/۵ دو شرط لازم برای اعتبار همگرا و همبستگی یک سازه می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به همراه تعداد پرسش‌های تحقیق، پایایی مرکب و میانگین واریانس در جدول شماره ۲ به تفکیک برای هر یک از متغیرها آورده شده است. در این جدول ضریب آلفای کرونباخ و پایایی مرکب برای هر یک از متغیرها بالای ۰/۷ و میانگین واریانس بالای ۰/۵ و در حد قابل قبول است (فورنل و لاکر، ۱۹۸۱).

جدول ۲. پایایی ابزار گردآوری اطلاعات

شاخص متغیر	آلفای کرونباخ	CR	AVE	Communality	R2
پیامد گردشگری سلامت	۰,۷۵۱	۰,۸۰۳	۰,۵۳۴	۰,۵۳۴	۰,۶۸۰
پیش‌زمینه اکوسیستم	۰,۷۲۵	۰,۷۹۲	۰,۵۴۵	۰,۵۴۵	---
پویایی کسب‌وکار	۰,۷۸۶	۰,۸۶۱	۰,۶۰۸	۰,۶۰۸	---
شکل‌گیری کسب‌وکار	۰,۸۴۳	۰,۸۷۴	۰,۶۱۵	۰,۶۱۵	۰,۵۸۵

جدول شماره ۲ معیار دیگر برای ارزیابی روایی واگرا، روش فورنل و لاکر است. روایی واگرا وقتی در سطح قابل قبول است که میزان AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی آن سازه و سازه‌های دیگر (مربع مقدار ضرایب همبستگی بین سازه‌ها) در مدل باشد (فورنل و لاکر، ۱۹۸۱). طبق یافته‌های جدول ۳، روایی واگرا وجود دارد چون اعداد قطر اصلی که ریشه دوم مقادیر AVE هستند بزرگ‌تر از اعداد زیرین خود که مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه‌ها هستند، می‌باشد (علی داوری و آرش رضازاده، ۱۳۹۳). در نهایت می‌توان گفت مدل اندازه‌گیری از برازش خوبی برخوردار است.

جدول ۳. روایی واگرا به روش فورنل و لاکر

شاخص متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
پیامد گردشگری سلامت	۰,۷۳۰			
پیش‌زمینه اکوسیستم	۰,۴۴۲	۰,۷۳۸		
پویایی کسب‌وکار	۰,۳۱۴	۰,۳۶۶	۰,۷۷۹	
شکل‌گیری کسب‌وکار	۰,۲۵۶	۰,۲۶۷	۰,۱۸۲	۰,۷۸۴

به منظور تحلیل روایی پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل دهنده هر متغیر آشکار، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده می‌شود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های پرسشنامه پژوهش در جدول شماره ۳ خلاصه شده‌اند. بارهای عاملی مربوط به هر یک از سازه‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده‌اند. بنابراین سازه‌های مورد مطالعه از جهت روایی دارای اعتبار بالایی هستند. به کمک بار عاملی می‌توان گفت کدام گویه در سنجش متغیر پنهان خود سهم بیشتری دارد. هر گویه پرسشنامه که بار عاملی بالاتری داشته باشد، قدرت یا سهم بیشتری در سنجش متغیر پنهان مربوط به خود دارد. در جدول ۴ بارهای عاملی مربوط به هر متغیر در ستون مربوط به آن آورده شده است. چنانچه این مقادیر بالای ۰,۴ باشند نیاز به حذف آن‌ها نداریم (علی داوری و آرش رضازاده، ۱۳۹۳).

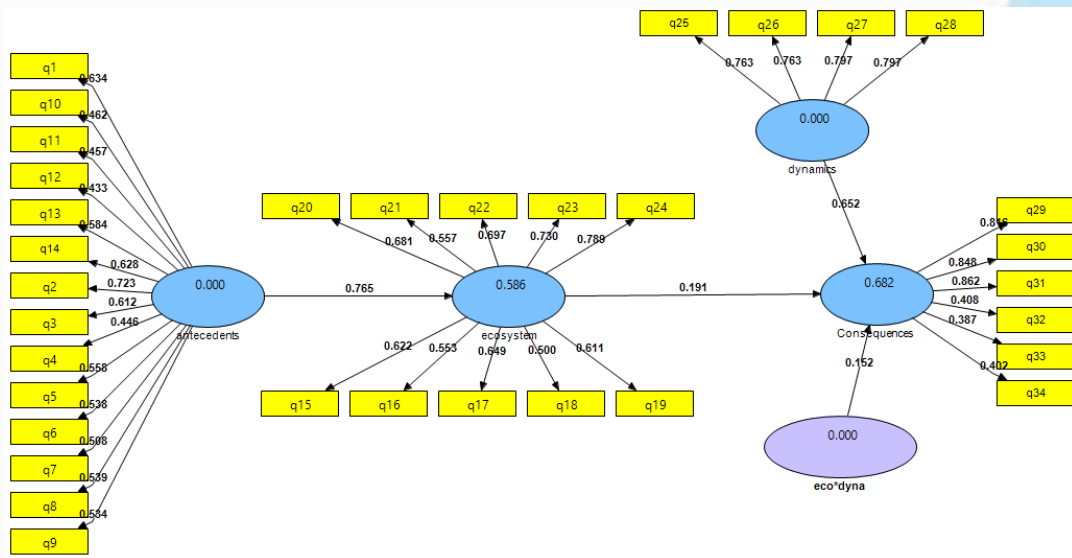
جدول ۴. نتایج تحلیل عاملی تأییدی (ضرایب مسیر)

متغیر	شاخص	بار عاملی	متغیر	شاخص	بار عاملی
پیش‌زمینه شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q1	۰,۶۳۴	شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q18	۰,۵۰۰
	Q2	۰,۷۲۳		Q19	۰,۶۱۱
	Q3	۰,۶۱۲		Q20	۰,۶۸۱
	Q4	۰,۴۴۶		Q21	۰,۵۵۷
	Q5	۰,۵۵۸		Q22	۰,۶۹۷
	Q6	۰,۵۳۸		Q23	۰,۷۳۰
	Q7	۰,۵۰۸		Q24	۰,۷۸۹
	Q8	۰,۵۳۹	پویایی کسب‌وکار	Q25	۰,۷۶۱
	Q9	۰,۵۸۴		Q26	۰,۷۶۳
	Q10	۰,۴۶۲		Q27	۰,۷۹۷
	Q11	۰,۴۵۷		Q28	۰,۷۹۶
شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی	Q12	۰,۴۳۳	پیامدهای گردشگری سلامت	Q29	۰,۸۱۶
	Q13	۰,۵۸۴		Q30	۰,۸۴۸
	Q14	۰,۶۲۸		Q31	۰,۸۶۳
	Q15	۰,۶۲۲		Q32	۰,۴۰۷
	Q16	۰,۵۵۲		Q33	۰,۴۸۶
	Q17	۰,۶۴۹		Q34	۰,۴۰۱

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

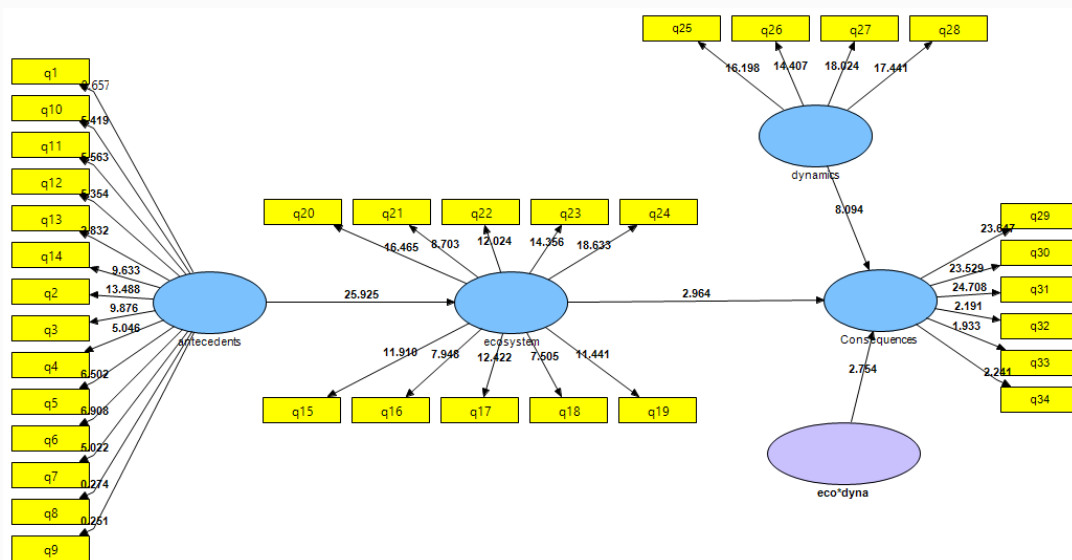
$$GOF = \sqrt{\text{Communality} * R \text{ Square}} = \sqrt{0.730 * 0.795} = 0.761$$

حاصل آزمون برای شاخص برازش مدل برابر با ۰,۷۶۱ است. از آنجاکه حداقل مقدار قابل قبول برای این شاخص ۰,۳۶ است (هالند، ۱۹۹۹)، پس می‌توان ادعا کرد مدل پژوهش برازش بالا و قوی دارد. ال نوبت آزمون معناداری فرضیه‌ها که از دو شاخص جزئی ضریب مسیر و t-value استفاده شده است، می‌باشد. توسط مقادیر t-value معنی‌داری ضرایب مسیر بررسی می‌شود. در سطح اطمینان ۹۵ درصد چنانچه مقادیر آماری t بالاتر از ۱,۹۶ باشد فرضیه تأیید و در صورت کم‌تر بودن، فرضیه رد می‌گردد (Hulland, 1999). در شکل‌های ۲ و ۳ مدل پژوهش که دربرگیرنده فرضیات فرعی پژوهش و یا به عبارتی معادله ساختاری دوم تحقیق است.



شکل ۲. ضرایب مسیر

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



شکل ۳. ضرایب آماره t -value

با توجه به توضیحات داده شده و مدل تحقیق در اشکال ۲ و ۳ می‌توان وضعیت فرضیه‌ها را مشخص نمود. جدول ۴ خلاصه نتایج فرضیه‌های پژوهش را منعکس می‌کند.

جدول ۵. یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

نتیجه	آماره t	ضریب مسیر	فرضیه‌های پژوهش
تأیید	۲۵,۹۲۵	۰,۷۶۵	(۱) پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم مؤثر است.
تأیید	۲,۹۶۴	۰,۱۹۱	(۲) شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
تأیید	۸,۰۹۴	۰,۶۵۲	(۳) پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است.
تأیید	۲,۷۵۴	۰,۱۵۲	(۴) نقش تعدیلی پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت

فرضیه ۱: نشان‌دهنده رابطه میان پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری اکوسیستم است با توجه به ضریب مسیر ۰/۰,۷۶۵ و آماره $t\text{-value}$ ۲۵/۹۲۵ به‌دست آمده، فرضیه تأیید می‌گردد. فرضیه ۲: نشان‌دهنده رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت است. با توجه به ضریب مسیر ۰/۱۹۱ و آماره $t\text{-value}$ ۲/۹۶۴ به‌دست آمده، فرضیه تأیید می‌گردد. فرضیه ۳: نشان‌دهنده رابطه میان پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در استان بر پیامدهای گردشگری سلامت است. با توجه به ضریب مسیر ۰/۱۹۱ و آماره $t\text{-value}$ ۸/۰۹۴ به‌دست آمده، فرضیه تأیید می‌گردد. فرضیه ۴: نشان‌دهنده نقش تعدیلی پویایی‌های کسب‌وکار منطقه‌ای در رابطه میان شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی و پیامدهای گردشگری سلامت است با توجه به ضریب مسیر ۰/۱۵۲ و آماره $t\text{-value}$ ۲/۷۵۴ به‌دست آمده، فرضیه به‌دست آمده تأیید می‌گردد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران بوده است. در این راستا مدل مفهومی پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده این امر است که پیش‌زمینه‌های شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل‌گیری این سیستم مؤثر خواهد بود. در واقع جهت استقرار و شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی گردشگری سلامت در استان کرمانشاه لازم است پیش‌زمینه‌ها و ضروریات رعایت شوند. تقویت سرمایه‌های انسانی، پشتیبانی دولت نهادهای حاکمیتی از طریق خط‌مشی‌ها و مقررات تقویت‌کننده اکوسیستم، ترویج فرهنگ کارآفرینی، شکل‌دهی کسب‌وکارهای نوآور در حوزه گردشگری، همکاری نهادهای پژوهشی و دانشگاهی با کسب‌وکارهای فعال حوزه گردشگری و... از جمله مهم‌ترین پیش‌زمینه‌ها و شرایط علی‌موردنیاز جهت پیگیری اکوسیستم کارآفرینی خواهد بود. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با مطالعات کولتای و همکاران (۲۰۱۳)، دی ریتر و روییک (۲۰۱۵)، دلپسند و محقق (۱۳۹۷)، ملکی و توانگر (۱۳۹۴) و مروتی و اسدیان (۱۳۹۳) مطابقت دارد. همچنین نشان داده شد که شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت تأثیرگذار است. دو بعد شکل‌گیری اکوسیستم کارآفرینی در این پژوهش شامل خودتنظیم‌گری و خود پایداری بوده است. بنابراین می‌توان انتظار داشت که با ارتقای این دو بعد دست یافتن به پیامدهای مثبت گردشگری سلامت امکان‌پذیر خواهد بود. در این حوزه نیز یافته‌های پژوهش با مطالعه آیزنبرگ (۲۰۱۱)، کولتای (۲۰۱۳)، بایسون (۲۰۱۵)، جم (۲۰۱۷)، سزرب و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دارد. در حوزه خود پایداری با مطالعه پلتونومی و وری (۲۰۰۴) مطابقت دارد. همچنین این پژوهش نشان داده شد که ارتقای گردشگری سلامت به‌خصوص در استان کرمانشاه می‌تواند در دو سطح کسب‌وکارهای فعال در این حوزه و سطح کلان کمک کند. در صورت کسب‌وکارها این امر به ترویج فعالیت‌های کارآفرینانه منجر خواهد شد. در سطح کلان و ملی نیز ارتقای گردشگری سلامت به اشتغال‌زایی، درآمدزایی، ارتقای و بهره و در نهایت رفاه ملی منجر شود. در این حوزه نیز یافته‌های پژوهش با مطالعه ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، نیلی پور و همکاران (۱۳۹۴) و خادم‌الحسینی و ادهم (۱۳۹۵) مطابقت دارد. همچنین در پایان پیشنهادات زیر برای مدیران ارشد و سیاست‌گذار حوزه گردشگری سلامت ارائه می‌شود. از آنجاکه محور توجه اکوسیستم پیشنهادی همکاری و تعامل دوسویه بین بخش دولتی به‌عنوان تنظیم‌گر و بخش خصوصی به‌عنوان عامل کارآفرینی است در نتیجه، ارتباط صحیح و پویا بین این دو حوزه اهمیت بسیار زیادی دارد. در این راستا شکل‌گیری نهادی تنظیم‌گر که هسته اصلی آن متشکل از نمایندگان بخش خصوصی (اعم از کارآفرینان حقیقی و حقوقی، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی/تندرستی بخش خصوصی)، نمایندگان بخش دولت محلی (استانداری‌ها و ادارات کل

مرتبط با حوزه گردشگری سلامت در استان کرمانشاه، دانشگاه‌ها و مراکز علوم پزشکی و غیره)، نمایندگان دولت ملی (نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه‌بودجه، وزارت گردشگری میراث فرهنگی و غیره) می‌باشد، می‌تواند نقش مهمی را در توسعه گردشگری سلامت ایفا نماید. همچنین ترویج فرهنگ گردشگری سلامت در قالب آموزش و برنامه‌های ترویجی و استفاده از ظرفیت رسانه‌ها، تشویق فعالان بخش خصوصی به تشکیل خوشه‌های گردشگری سلامت به‌منظور هم‌افزایی و ارتباط مؤثر و تقویت نام و برند گردشگری سلامت استان کرمانشاه از طریق کیفی‌گرایی و اولویت دادن به کیفیت خدمات در مقابل کمیت خدمات توصیه می‌گردد. همچنین با توجه به نقش تعدیل‌گری پویایی‌های کسب‌وکار لازم است عوامل زیر مدنظر راهبران اکوسیستم کارآفرینی گردشگری سلامت استان کرمانشاه قرار گیرد: پایش مستمر عوامل و مقتضیات محیطی در قالب عوامل ملاحظاتی محیط اقتصادی، قانونی، فرهنگی/اجتماعی و سیاسی مؤثر بر اکوسیستم گردشگری سلامت. پایش مستمر ملاحظات مربوط به پویایی کسب‌وکار منطقه‌ای شامل پیشینه تاریخی، حقایق فرهنگی، حقایق سیاسی، جاذبه‌های گردشگری و موقعیت جغرافیایی. اعمال سیستم‌های نظارتی دقیق به‌منظور اخذ بازخورد از عملکرد اکوسیستم گردشگری سلامت و ارائه این بازخوردها به متولیان امر در نهاد تنظیم‌گر.

- تیموری، علی (۱۳۹۴). بررسی و ارائه استراتژی‌های گردشگری سلامت مطالعه موردی: گردشگری پزشکی خارجی کلان‌شهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- خادم الحسینی، احمد؛ ادهم، نفیسه. (۱۳۹۵). نقش گردشگری سلامت در توسعه پایدار شهری با تاکید بر شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی (موردمطالعه: آبگرم محلات)، نشریه پژوهش‌های مکانی فضایی، ۱(۱)، ۲.
- داوری، ع.، سفیدبری، ل.، و باقرصاد، و. (۱۳۹۶). عوامل اکوسیستم کارآفرینی ایران بر اساس مدل آیزنبرگ. فصلنامه توسعه کارآفرینی، ۱۰(۱)، ۱۰۱-۱۲۰.
- دلپسند افسون؛ محقق نادر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر هوش تجاری بر چابکی سازمان در بیمارستان‌های مقصد گردشگری سلامت (مطالعه موردی شهر تهران). فصلنامه علمی تخصصی رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۲(۸)، ۲۷-۳۸.
- رجاییان، ع. (۱۳۹۵). شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت (مطالعه موردی استان تهران). دانشگاه تهران.
- طباطبایی، س. م.، نوری، ا.، محمد نوری، ز.، و حشمتی، ف. (۱۳۹۳). گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی. مطالعات مدیریت گردشگری، ۸(۲۶)، ۵۳-۷۶.
- گودرزی، م. (۱۳۹۳). برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلانشهر شیراز. دانشگاه اصفهان.
- مروتی شریف آبادی علی، اسدیان اردکانی فائزه (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. فصلنامه مدیریت سلامت. ش ۱۷ (۵۵): ۷۳-۸۸
- معبودی، م.، و حکیمی، ه. (۱۳۹۴). عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی؛ نمونه موردی ایران. فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۴(۱۵)، ۸۰-۱۰۶.
- ملکی، سعید، رخشانی مقدم، حیدر، زادولی خواجه، شاهرخ. (۱۳۹۵). شناسایی و تدوین استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت (مطالعه موردی: کلانشهر تبریز). جغرافیای اجتماعی شهری، ۳(۲)، ۱۱۳-۱۳۰.
- ملکی، س.؛ توانگر، م. (۲۰۱۶). بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی. جغرافیا و توسعه فضای شهری، ۲(۲)، ۱۵۳-۱۶۵.
- نیلی پور، سید علی اکبر، تقوایی، مسعود، نصر اصفهانی، محمد حسین، کوهی اصفهانی، مجید. (۱۳۹۴). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۴(۴)، ۴۵-۶۰.

Amolo, J., & Migiro, S. O. (2015). An entrepreneurial flair development: the role of an ecosystem. *Problems and Perspectives in Management*, 13(2), 495-505.

Audretsch, D. B., Grilo, I., & Thurik, A. R. (2007). Explaining entrepreneurship and the role of policy: a framework. *The Handbook of Research on Entrepreneurship Policy*, 1-17.

Badulescu, D., & Badulescu, A. (2014). Medical tourism: between entrepreneurship opportunities and bioethics boundaries: narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 406.

Bjažević, T., Knezović, D., & Dumanić, S. (2018). Entrepreneurship in medical tourism. In 5. međunarodna konferencija, Inovacije, tehnologije, edukacija i menadžment, Sv. Martin na Muri, Croatia, travanj 2018. Glavna tema: Inovacije,

- sigurnost i održivost u razvoju društva, Svezak 2. Zbornik radova (pp. 72-76). Međimursko veleučilište u Čakovcu.
- Capatina, A., & Rancati, E. (Eds.). (2017). Key challenges and opportunities in web entrepreneurship. IGI Global.
- Christoforou, C. (2013). Cyprus Entrepreneurship Ecosystem: A Roadmap for economic growth. Retrieved from www.cyproman.com.cy
- Glavas, C., Pike, S., & Mathews, S. (2014). Internet- enabled Tourism Entrepreneurs. International Entrepreneurial Values Elicited through Repertory Test and Laddering Analysis. *International Journal of Tourism Research*, 16(1), 44–55.
- Heung, V., & Kucukusta, D. (2013). Wellness tourism in China: Resources, development and marketing. *International Journal of Tourism Research*, 15(4), 346–359.
- Isenberg, D. (2011). The entrepreneurship ecosystem strategy as a new paradigm for economic policy: Principles for cultivating entrepreneurship. Presentation at the Institute of International and European Affairs.
- Işıka, C., Küçükaltanb, E. G., Çelebic, S. K., Çalkınd, Ö., Ensere, İ., & Çelikle, A. (2019). Tourism and entrepreneurship: A literature review. *Journal of Ekonomi*, 1(1), 1-27.
- Jabbari, A., Delgoshaei, B., Mardani, R., & Tabibi, S. J. (2012). Medical tourism in Iran: Issues and challenges. *Journal of Education and Health Promotion*, 1.
- Kaur, P. (2016). Entrepreneurship in Medical Tourism Industry. *International Journal of Information Movement*, 22-25.
- Martinez-Juarez, P., Chiabai, A., Taylor, T., & Gómez, S. Q. (2015). The impact of ecosystems on human health and well-being: A critical review. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 10, 63–69.
- Mohammed Abubakar, A. (2016). Does eWOM influence destination trust and travel intention: a medical tourism perspective. *Economic Research-Ekonomiska Istraživanja*, 29(1), 598–611.
- Nambisan, S., & Baron, R. A. (2013). Entrepreneurship in innovation ecosystems: entrepreneurs' self- regulatory processes and their implications for new venture success. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 37(5), 1071–1097.
- OECD. (2009). *Measuring Entrepreneurship: A Collection of Indicators*, 2009 Edition. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1581491>
- Peltoniemi, M., & Vuori, E. (2004). Business ecosystem as the new approach to complex adaptive business environments. In *Proceedings of eBusiness research forum* (Vol. 2, pp. 267–281).
- Skountridaki, L. (2017). Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professionals. *Tourism Management*, 59, 254-266.
- Spigel, B. (2017). The relational organization of entrepreneurial ecosystems. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 41(1), 49–72.
- Suresh, J., & Ramraj, R. (2012). Entrepreneurial ecosystem: case study on the influence of environmental factors on entrepreneurial success.
- Voigt, C., Laing, J., Wray, M., Brown, G., Howat, G., Weiler, B., & Trembath, R. (2011). Health tourism in Australia: Supply, demand and opportunities.
- Zailani, S., Rahman, M. K., & Musa, G. (2017). Tapping into the emerging Muslim friendly medical tourism market: evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing*, (just-accepted), 0