



## ارایه الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران

مانیا امین زاده

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبي، امارات متحده عربی

علی حاجیها (مسئول مکاتبات)

استادیار، گروه مدیریت صنعتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ahajihha@gmail.com

حسین وظیفه دوست

استاد تمام، گروه مدیریت بازرگانی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

فریدون رهنمای رودپشتی

استاد تمام، گروه حسابداری، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۰۶

### چکیده

زمینه: با توجه به فرصت‌های مناسب اقتصادی-جغرافیایی کشور و ارزآوری صنعت گردشگری سلامت، استفاده از این فرصت‌ها نیازمند آینده‌نگری و نقشه راه مناسب، به منظور ارائه راهکارهای لازم جهت جذب گردشگران سلامت می‌باشد. هدف: پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی مدیریت جذب گردشگری سلامت کشور، به منظور بهره‌برداری از فرصت‌های آینده این صنعت انجام شده است. روشها: در این پژوهش از استراتژی نظریه داده بنیاد و طرح نظام‌مند اشتراک-کوبین استفاده گردید. روش نمونه‌گیری به صورت نظری و برای جمع‌آوری اطلاعات و رسیدن به اشباع نظری، ۱۸ مصاحبه نیمه ساختار یافته با پزشکان متخصص و مجریان حوزه گردشگری سلامت انجام شد. برای روایی و پایایی پژوهش از شیوه بررسی به وسیله اعضاء، مشارکتی بودن، روش مثلث‌سازی و روش بازآزمون استفاده گردید. نکات کلیدی مصاحبه‌ها طی مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و انتخابی تجزیه و تحلیل و برای اولویت‌بندی آنها از روش دلفی استفاده شد. یافته‌ها: عوامل موثر بر جذب گردشگران سلامت کشور در قالب الگوی پارادایمی، با ۱۶ مقوله و ۵۱ مفهوم استخراج گردید. همچنین اولویت عوامل سازنده الگو با استفاده از روش دلفی و نظر خبرگان طی ۲ مرحله تعیین و با انحراف معیار کمتر از ۰/۰۵ همگرا گردید. نتیجه: نتایج پژوهش نشان داد که به ترتیب چهار مقوله برنامه‌ریزی، شرایط مالی، کیفیت خدمات درمانی، و نیروهای فنی و تخصصی در اولویت بالاتری قرار دارند و باید محور برنامه‌های آینده مدیریت جذب گردشگری کشور قرار گیرند.

واژگان کلیدی: توریسم سلامت، داده بنیاد، دلفی، ایران.

## ۱- مقدمه

تحولات امروزی چنان سریع و غافل گیرکننده هستند که کوچکترین کم توجهی به آنها می تواند به بهای گزاف غافل گیری راهبردی در تمام عرصه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حتی سیاسی تمام شود (جنیدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۸). افزایش متغیرهایی از قبیل رشد بین المللی و افزایش علاقه به مقاصد گردشگری موجب شده که روز به روز تقسیم بندی های مختلفی از گردشگری همچون گردشگری آموزشی، گردشگری مذهبی، گردشگری روستایی، گردشگری ورزشی، گردشگری سلامت و غیره ایجاد شود (مروتی شریف آبادی و اردکانی، ۱۳۹۲؛ سیدجوادین و همکاران، ۱۳۹۲). در میان دسته های اشاره شده، گردشگری سلامت با توجه به ارزآوری بسیار بالا برای کشورها از رشد قابل توجهی برخوردار بوده و به یکی از موضوعات بسیار پرطرفدار در بسیاری از کشورها تبدیل شده است (هرندی و میرزائیان، ۱۳۹۶؛ حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۸). به طوری که از گردشگری به عنوان یک صنعت یاد می شود. صنعتی که تاثیر عمیقی در زیر ساخت های اقتصادی، مالی، اجتماعی و فرهنگی کشورها دارد (سیدجوادین و همکاران، ۱۳۹۲) تا جایی که به دلیل نقش قابل توجه صنعت گردشگری در توسعه همه جانبه کشورها، از این صنعت به عنوان صادرات نامرئی یاد می شود (شاو و ویلیامز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

اگر چه تعریف واحدی برای گردشگری سلامت وجود ندارد، می توان آن را به عنوان مسافرت گسترده افراد از محل اقامت خود برای سلامتی تعریف نمود که عوامل مختلف جمعیتی، اقتصادی و سبک زندگی بر این نوع گردشگری تأثیرگذار است. (عربشاهی، ۱۳۹۲) گردشگران سلامت شامل افراد و گروه هایی هستند که برای استفاده از تغییر آب و هوا، با هدف پزشکی و درمانی، استفاده از آب های معدنی، گذراندن دوران نقامت، معالجه و نظایر آن

اقدام به مسافرت می کنند (چگین، ۱۳۹۷). ایران ظرفیت های زیادی را در حوزه های دندان پزشکی، مراکز دیالیز و انجام انواع جراحی های قلب، پلاستیک، چشم و ارتوپد، انجام پیوند مغز استخوان، پیوند کلیه و کبد و غیره دارا می باشد. ارزان بودن خدمات پزشکی در کنار کیفیت مناسب و برابری با جدیدترین شیوه های علم طب به عنوان مزیتی استراتژیک محسوب می شود و در صورتی که برنامه ریزی مناسبی برای استفاده از این ظرفیت ها در حوزه گردشگری سلامت انجام شود موقعیت ممتازی را در آینده نزدیک فراهم می کند. در ایران شهرها و مناطق زیادی وجود دارد که به لحاظ مسافت و تشابه فرهنگی با کشورهای منطقه، می توان آنها را به عنوان قطب گردشگری سلامت به سایر کشورها معرفی کرد. برای مثال بیماران کشور آذربایجان، شهر تبریز، همسایگان شرقی اطراف ایران مشهد و یزد و بسیاری از کشورهای حاشیه خلیج فارس، شیراز را به عنوان مقصد گردشگری سلامت خود انتخاب می کنند (دهدشتی و همکاران، ۲۰۱۷).

در برنامه چهارم و پنجم توسعه ایران در زمینه بهداشت و درمان، به اهدافی چون حضور فعال در بازارهای جهانی بدلیل رشد فزاینده مقوله جهانی سازی، با هدف اشتغال زایی، رشد کیفی در بخش سلامت کشور و نزدیک شدن به استانداردهای جهانی، کسب درآمد و ارز آوری و حمایت از رشد اقتصادی و تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت در منطقه پرداخته شده است. در بند ۲۹ سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه نیز در سرفصل امور اقتصادی، بر راهبرد توسعه صادرات به ویژه در بخش خدمات با فن آوری بالا، به نحوی که کسری تراز بازرگانی بدون نفت کاهش یابد و در تجارت خدمات توازن ایجاد گردد، تاکید گردیده است (فردوسی و همکاران، ۱۳۹۰). تفاوت هزینه های درمان در ایران و وجود پزشکان و کادر درمانی حاذق و توانمند، انگیزه کافی را در این حوزه ایجاد کرده است و به نوعی حول این فرصت ها باید خدمات و امکانات مکمل شکل بگیرد. با وجود علاقه

<sup>1</sup> - Shaw and Williams

خدمات را در جهان، صادرات خدمات گردشگری تشکیل می‌دهد (شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۷). پیش بینی‌ها نشان می‌دهند که تا سال ۲۰۳۰ مجموع مسافرت‌های بین‌المللی به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید و مسافران حدود ۲ تریلیون دلار خرج خواهند کرد. تنها در آسیا گردشگران بین‌المللی روزانه بیش از ۱/۵ میلیارد دلار هزینه خواهند کرد (یومان، ۲۰۰۸).

اندازه بازار جهانی گردشگری پزشکی در سال ۲۰۱۹ به ارزش ۲۷/۸ میلیارد دلار بوده است و تخمین زده می‌شود با نرخ سالانه ۱۸/۸ درصد رشد تا سال ۲۰۲۴ به ۶۷/۷۹ میلیارد دلار برسد. (بازار جهانی گردشگری پزشکی، شهریور ۹۸) اما به دلیل ضعف در داشتن برنامه‌ای جامع و مدون، ضعف نهادهای مرتبط در حمایت از این صنعت، هماهنگی نامناسب بین سازمان‌های متولی، ضعف در داشتن نظام پاسخگویی مناسب به گردشگران ناراضی، کمبود زیرساخت‌های لازم برای توسعه صنعت گردشگری، ضعف سیستم جامع جمع-آوری اطلاعات ورود گردشگران پزشکی به ایران، ضعف در سیستم بازاریابی و اطلاع رسانی در فرآیندهای پذیرش و درمان، ضعف سیستم پذیرش الکترونیکی بیماران، ضعف سیستم مبادلات مالی و چگونگی نحوه پرداخت هزینه‌ها، ضعف پشتیبانی زبان‌های خارجی در بیمارستان‌ها، ضعف در ارائه بسته‌های کامل گردشگری سلامت، مشکلات مربوط به فرآیندهای اخذ ویزا و حمل و نقل درون شهری و غیره میزان درآمد گردشگری سلامت در کشور در حد پایینی است (ویسی، ۱۳۹۶).

ظرفیت‌های بالای جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و غیره نشان می‌دهد سرمایه‌گذاری در صنعت گردشگری سلامت کشور از ریسک بسیار پایین و بازده بسیار بالا برخوردار است؛ به گونه‌ای که به زعم بسیاری از خبرگان صنعت گردشگری سلامت، ایران یکی از جذابترین حوزه‌های

زیاد به موضوع گردشگری سلامت در بخش‌های خصوصی و دولتی، تاکنون یک مدل جامع که بتواند سیستم جذب گردشگری را مشخص کند و رابطه بین عناصر این مدل را تشریح کند، ارائه نشده است. بنابراین طراحی چنین مدلی که بتواند عناصر جذب گردشگران حوزه گردشگری سلامت را معرفی کند لازم و ضروری است.

## ۲- بیان مساله

سلامت، یکی از حقوق ثابت همه انسان‌هاست. تقریباً در میانه قرن گذشته و در آغاز کار سازمان بهداشت جهانی، متفکران جهان بر این نکته تأکید داشتند که سلامت فقط نداشتن بیماری نیست. برخورداری از رفاه کامل روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی، به عنوان تعریف سلامت در قرون گذشته مورد قبول و اجماع متفکران واقع شد (براون، ۲۰۱۳). با افزایش روزافزون جمعیت جهان و بالارفتن سطح انتظارات انسان‌ها برای داشتن رفاه کامل اجتماعی؛ بهداشت و درمان به یکی از مهم‌ترین مسائل تبدیل شد (شافر، ۲۰۱۱). در عصر جهانی شدن، بیماران در حال خرید خدمات مناسب سلامت در سرتاسر جهان هستند و این امر به توسعه گردشگری سلامت منجر شده است (رامانا، ۲۰۱۶). سلامت و گردشگری سلامت طی دو دهه گذشته رشد فزاینده‌ای داشته است (هوآنگ و ژو، ۲۰۱۴). امروزه در اقتصاد جهانی، گردشگری بزرگترین کسب و کار دنیاست. سهم این صنعت در تولید ناخالص ملی جهان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ دو برابر شده است. براساس گزارش شورای جهانی سفر و گردشگری در سال ۲۰۱۷، سفر و گردشگری ۷/۶ تریلیون دلار (۱۰/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی جهان) و ۲۹۲ میلیون شغل در سال ۲۰۱۶ تولید کرد که برابر با ۱ شغل از ۱۰ شغل در اقتصاد جهانی است. در سال ۲۰۱۶ حدود ۶/۶ درصد از کل صادرات و ۳۰ درصد از کل صادرات

<sup>4</sup> - Huang and Xu

<sup>5</sup> - World Travel & Tourism Council

<sup>6</sup> - Yeoman

<sup>1</sup> - Braveman

<sup>2</sup> - Schäfer

<sup>3</sup> - Ramanna

دانست، بلکه ماهیت پیچیده، چند بعدی و میان رشته‌ای بودن گردشگری منشأ بسیاری از اختلاف نظر هاست. (مروتی شریف آبادی و اردکانی، ۱۳۹۲). یکی از انواع گردشگری، گردشگری سلامت است که بخش کوچک اما مهمی از این بازار را به خود اختصاص داده است و توجه کشورها به این بخش می‌تواند به جذب بیشتر جهانگردان کمک شایان توجهی نماید. (زارزشنی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت<sup>۲</sup> را اینگونه تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا و یا مداخلات پزشکی منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد است و بیش از ۲۴ ساعت به طول می‌انجامد (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۸). کاررا و بریج<sup>۳</sup> (۲۰۰۶)، گردشگری سلامت را به عنوان سفری می‌دانند که به طور منظم به منظور ابقا و نگهداری شرایط سلامت فیزیکی و روانی فرد ایجاد شده است. براساس مطالعات کابالرو و موگومبا<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، گردشگری سلامت به سه بخش تقسیم شده است که عبارتند از: ۱- گردشگری تندرستی (سفر به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب گرم و آب معدنی بدون مداخله و نظارت پزشک). ۲- گردشگری درمانی (مسافرت در راستای استفاده از منابع طبیعی درمانی همچون آب‌های معدنی، نمک لجن و مناطق آفتاب‌گیر جهت درمان برخی از بیماری‌ها و گذراندن دوران نقاهت تحت نظارت پزشک). ۳- گردشگری پزشکی (رفتن به سفر برای درمان بیماری‌های جسمی و انجام عمل جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی). بر اساس پژوهش هیونگ و همکاران (۲۰۱۰) و کونل<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) در میان انواع حوزه‌های گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی<sup>۶</sup> بدلیل کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمد‌های بالا، انتقال فناوری و دانش و قیمت‌های رقابتی از رشد

سرمایه گذاری است که در سال‌های اخیر توجه سرمایه گذاران زیادی را به خود جلب کرده است (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین با توجه به مشکلات و ظرفیت‌های عنوان شده در حوزه جذب گردشگری سلامت، در این پژوهش تلاش شده است با استفاده از روش علمی و نظام‌مند مدلی به منظور مدیریت جذب توریسم سلامت طراحی شود. لذا سوال اصلی پژوهش این است که الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران با توجه به اجزای الگوی پارادایمی چگونه است؟

به منظور پاسخگویی به این سوال و در جهت کشف مفاهیم و مقوله‌های مدل، سوالات فرعی پژوهش به این صورت می‌باشد:

۱. پدیده اصلی مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟
۲. شرایط علی مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟
۳. زمینه و محیط مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟
۴. شرایط مداخله گر مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟
۵. راهبردها و استراتژی‌های مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟
۶. پیامدهای مدیریت جذب توریسم سلامت در آینده ایران چیست؟

### ۳- مبانی نظری

مرور تعریف‌های متعدد ارائه شده توسط صاحب نظران نشان می‌دهد که دشواری‌های زیادی در ارائه تعریفی واحد از گردشگری وجود دارد. تعدد و تنوع ارائه شده از تعاریف گردشگری را نباید فقط ناشی از اختلاف سلیقه نویسندگان

<sup>4</sup> - Caballero and Mugomba

<sup>5</sup> - Connell

<sup>6</sup> - Medical Tourism

<sup>1</sup> - Zarzeshny

<sup>2</sup> - Health Tourism

<sup>3</sup> - Carrera and Bridges

جدول ۱. مطالعات انجام شده در خصوص عوامل موثر بر جذب گردشگران خارجی

منبع	عوامل موثر بر جذب گردشگران خارجی	عنوان پژوهش
هوآنگ و سادانگ <sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰)	انگیزه، تصمیم گیری، خطرات و هزینه های درمانی دست اول	نظریه سیستم خاکستری و تاثیرات اقتصادی آن در مطالعات صنعت گردشگری پزشکی
مومنی و همکاران (۲۰۱۸)	موانع بازاریابی، بین المللی، فرهنگی، زبانی، نقل و انتقال، ساختاری، مدیریت، کارگزاران مالی و قوانین و مقررات	موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان آذربایجان شرقی: یک رویکرد کیفی
ایله <sup>۵</sup> (۲۰۱۷)	هزینه، کیفیت ارائه شده، امنیت کشور مقصد، هزینه سفر هوایی و بیمه	روندهای بازار گردشگری پزشکی: یک پژوهش اکتشافی
گانگولی و ابراهیم <sup>۶</sup> (۲۰۱۷)	استراتژی های متنوع توسعه، سیاست های منعطف دولت و کارکردهای مدیریتی فعال	تحلیل کیفی رقابت پذیری 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
کومار و راج (۲۰۱۵)	روش های استاندارد درمانی و تجهیزات و امکانات بیمارستان ها	وضعیت، رشد و تأثیر گردشگری پزشکی در کشور هند

بیشتری برخوردار است. این مفهوم به معنی مسافرت برای دریافت درمان پزشکی است (کومار و راج، ۲۰۱۵). مولر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) مدلی به منظور شناخت و دسته بندی گردشگری سلامت پیشنهاد داده اند که به عنوان گونه شناسی مولر و همکاران شناخته می شود. براساس این گونه شناسی گردشگران سلامت بر اساس هدف سفر به دو گروه افراد سالم (گردشگری بازدارنده) و افراد بیمار (گردشگری درمانی / اسپا) تقسیم می شوند. خدماتی که گردشگری سلامت برای افراد سالم و به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری ارائه می دهد به دو شکل است. اول اقداماتی برای جلوگیری از ابتلا به بیماری است. برای مثال ارائه غذاهایی با کالری پایین و برنامه های کاهش وزن برای افرادی که زمینه ابتلا به بیماری های تصلب شرایین و چربی را دارا هستند. بخش دوم که گردشگری تندرستی است با اقامت در دهکده های سلامت و هتل اسپاها همراه است و گردشگران خدماتی مانند ماساژ، فیزیوتراپی و یوگا دریافت می کنند. حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۸۴) براساس گونه شناسی خود، گردشگری سلامت را به سه حوزه گردشگری پیشگیرانه، گردشگری درمانی و گردشگری صحت تقسیم کرده اند. در تقسیم بندی دیگری شالبافیان (۱۳۹۴) گردشگری سلامت را علاوه بر قید مکان و زمان بر مبنای هدف مسافر به دو گونه گردشگری تندرستی و گردشگری پزشکی تقسیم می کند. در تحقیق دیگری، ترام<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) گردشگری سلامت را به بخش گردشگری درمانی، گردشگری صحت (تندرستی) و گردشگری پیشگیرانه تقسیم کرده است. در حوزه صنعت گردشگری مطالعات مختلفی با اهداف متفاوت برای شناسایی عوامل موثر بر جذب گردشگران خارجی انجام شده است. خلاصه ای از این مطالعات در جدول ۱ ارائه شده است.

4 - Hoang-Sa Dang

5 - Ile

6 - Ganguli and Ebrahim

7 - Esiyok

1 - Kumar and Raj

2 - Mueller

3 - Tram

گردشگران پزشکی در بیمارستان‌های شهر تهران	بیمارستان، کیفیت درمان، آموزش پزشکان و کادر درمانی، موقعیت اقتصادی، فضای سیاسی، سیاست- های نظارتی و فراهم بودن زیر ساخت‌ها
---	--

#### ۴- روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر که که از نوع پژوهش‌های کیفی به شمار می‌رود، از لحاظ هدف پژوهش از نوع اکتشافی، از نظر کاربرد پژوهشی کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها پژوهشی مقطعی است. به منظور پاسخ به مسأله اصلی و تدوین مدل پژوهش از استراتژی نظریه داده بنیاد<sup>24</sup> و طرح نظام‌مند اشتراک کوربین<sup>25</sup> استفاده شده است.

در این پژوهش، برای طراحی مدل و کشف روابط علی و معلولی از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و از راهبرد مثلث سازی داده‌ها<sup>26</sup> استفاده شده است. بدین صورت که با ۱۸ نفر از پزشکان متخصص و فوق تخصص و همچنین مجریان حوزه گردشگری سلامت کشور به عنوان خبرگان، مصاحبه انجام شد. برای انتخاب خبرگان از نمونه گیری نظری استفاده گردید و فرآیند نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا کرد که مدل به حد ساخت و اشباع رسید. گرچه از مصاحبه پانزدهم به بعد داده‌ها به اشباع نظری رسید اما به منظور اطمینان از کامل بودن داده‌ها، ۱۸ مصاحبه انجام شد. به منظور تعیین روایی و پایایی مصاحبه‌های انجام شده از روش‌های زیر بهره گرفته شد:

شیوه بررسی به وسیله اعضای پژوهش: اعضای پژوهش که شامل ۳ نفر از اساتید دانشگاه و یک دانشجوی دوره

بررسی ادبیات و کاربردهای خدمات سلامت ملی کشور انگلیس	هزینه تمام شده برای گردشگران، مسافت محل اقامت تا مراکز درمانی و میزان منافع ایجاد شده برای بیماران	هانفیلد <sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴)
ارائه یک چارچوب برای ترویج گردشگری پزشکی کشور مالزی	استراتژی‌های بازاریابی و وب-سایت‌های تبلیغاتی در حوزه گردشگری پزشکی	یونگ <sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)
چرا بیماران باید جذب گردشگری پزشکی شوند؟	نوع درمان، مکان درمان و کیفیت ارائه شده به بیماران	رونلز و کارا <sup>۳</sup> (۲۰۱۲)
شناسایی و رتبه‌بندی عوامل موثر بر بازاریابی خدمات در حوزه توریسم سلامت شهر مشهد	هزینه درمان، ایجاد دهکده گردشگری، حسن شهرت پزشکان ایرانی، وجود یک سازمان جهت پیگیری امور بیماران خارجی	وحید ثانوی گروسیان و همکاران (۱۳۹۷)
تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده بنیاد کلاسیک	کیفیت و ارزش آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برند شهری، خدمات درمان اسلامی، زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری	هرندی و میزانیان خمسه (۱۳۹۶)
شناسایی عوامل جذب	هزینه‌های درمان و سفر، اعتبار	بیات و همکاران (۱۳۹۵)

<sup>24</sup> - Grounded Theory

<sup>25</sup> - Strauss and Corbin

<sup>26</sup> - Triangulation

<sup>1</sup> - Hanefeld

<sup>2</sup> - Yoong

<sup>3</sup> - Runnels and Carrera

## ۵- یافته‌های پژوهش

### گام اول: کدگذاری باز

پس از اتمام مصاحبه‌ها، فرایند کدگذاری آغاز شد. کدگذاری باز، فرایند تحلیلی است که از طریق آن مفاهیم، که همان واحدهای خرد تحلیل هستند، شناسایی شده و ویژگی‌ها و ابعاد آنها در داده‌ها کشف می‌شوند. به این ترتیب پس از پیاده سازی متن مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان و متخصصان، داده‌ها کلمه به کلمه بررسی و نکات کلیدی هر مصاحبه به صورت کد باز استخراج شد. در این مرحله پس از مصاحبه با ۱۸ نفر از خبرگان صنعت گردشگری سلامت، ۳۰۷ کد به عنوان کدهای اولیه استخراج گردید.

### گام دوم: کدگذاری محوری

کدگذاری محوری به هم پیوستن مجدد داده‌هایی است که در حین کدگذاری باز شکسته شده‌اند. در این مرحله کدهای مشترک به همراه کدهای با اهمیت از دید تیم پژوهشگر مشخص شدند و در نهایت تعداد ۵۱ مفهوم شناسایی گردید. در کدگذاری محوری فرآیند اختصاص کد به مفاهیم موجود در داده از حالت کاملاً باز خارج شده و شکلی گزیده‌تر به خود می‌گیرد. در واقع پس از انجام کدگذاری محوری پژوهشگر می‌تواند محورهای اصلی در مجموعه داده‌ها را مشخص کند و در مرحله بعد کدگذاری را حول این محورها انجام دهد. در شکل شماره ۱ مدل پارادایمی استخراج شده از کدگذاری محوری ارائه شده است که در ادامه به بررسی مقوله‌های زیرمجموعه آن پرداخته می‌شود. لازم به ذکر است مقوله‌ها، در مقایسه با مفاهیم، انتزاعی‌تر هستند و سطحی بالاتر را نشان می‌دهند. مقوله‌ها از طریق همان فرآیند تحلیلی انجام مقایسات برای برجسته کردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها، که در سطح پایین‌تر برای تولید مفاهیم استفاده شد، تولید می‌شوند.

**شرایط علی:** شامل مواردی از مقولات است که مستقیماً

بر پدیده مدیریت جذب گردشگری سلامت تأثیرگذار است

دکتری بودند کل فرایند کدگذاری را بازبینی کردند و نقطه نظرات ارائه شده توسط ایشان در فرآیند کدگذاری اعمال شد.

مشارکتی بودن پژوهش: در فرآیند پژوهش، رویکرد رفت و برگشتی غالب بود و از نظرات و دیدگاه‌های مشارکت کنندگان در مراحل مختلف تحلیل استفاده شد.

استفاده از راهبرد مثلث‌سازی: به طوری که عنوان شد به منظور جمع‌آوری داده‌ها با ۱۸ نفر از پزشکان متخصص و فوق تخصص و همچنین مجریان حوزه توریسم سلامت کشور به عنوان خبرگان مصاحبه انجام شد تا داده‌های جمع‌آوری شده از گوناگونی لازم برخوردار باشد.

روش بازآزمون: در این پژوهش به منظور سنجش پایایی، از روش بازآزمون استفاده شد. به این صورت که از بین مصاحبه‌های انجام شده، تعداد ۳ مصاحبه انتخاب و هر کدام از آنها دو بار در یک فاصله زمانی ۱۵ روزه توسط پژوهشگر کدگذاری شدند. نتایج حاصل از این کدگذاری‌ها در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲. محاسبه پایایی بازآزمون

ردیف	عنوان مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی بازآزمون (درصد)
۱	۳	۱۶	۷	۲	۸۸٪
۲	۱۰	۱۴	۶	۲	۸۵٪
۳	۴	۱۹	۹	۱	۹۴٪
	کل	۴۹	۲۲	۵	۸۹٪

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ۱۵ روزه برابر ۴۹، تعداد کل توافقات بین کدها در این دو زمان برابر ۲۲ و تعداد کل عدم توافقات در این دو زمان برابر ۵ است. پایایی بازآزمون مصاحبه‌های انجام شده در این پژوهش برابر با ۸۹ درصد است. با توجه به اینکه این میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است (کواله<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۶)، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است.

مرتبط شوند. مقوله محوری حاصل از شرایط علی شامل، مدیریت کیفیت سیستم گردشگری سلامت، مدیریت پایدار منابع مقصد، مدیریت تجارب سفر گردشگران، مدیریت سرمایه‌گذاری‌ها، مدیریت ارتباط با مشتری، مدیریت سلامتی و روحیه فرد و مدیریت سفر درمانی در نظر گرفته شده است که در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پدیده محوری

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
مقوله محوری	مدیریت جذب	مدیریت کیفیت سیستم گردشگری سلامت
		مدیریت پایدار منابع مقصد
		مدیریت تجارب سفر گردشگران
		مدیریت سرمایه‌گذاری‌ها
		مدیریت ارتباط با مشتری
		مدیریت سلامتی و روحیه فرد
		مدیریت سفر درمانی

**شرایط زمینه‌ای:** در الگوی پارادایمی به شرایط خاصی که بر راهبردها تاثیر می‌گذارند و انتخاب راهبردها باید بر اساس آنها صورت گیرد شرایط زمینه‌ای می‌گویند. این شرایط در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط زمینه‌ای

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
شرایط زمینه‌ای	زیرساخت‌ها	حمل و نقل جاده‌ای و هوایی
		هتل‌ها و مراکز اقامتی
		کارگزاران گردشگری
		ساختار بانکی و مالی
	شرایط مالی	مزیت هزینه‌ای
		اثربخشی هزینه
	محیطی - جغرافیایی	موقعیت جغرافیایی و تشابه فرهنگی با کشورهای همسایه
		شرایط آب و هوایی متنوع
		جاذبه‌های گردشگری

و به گونه‌ای ایجاد کننده و توسعه دهنده پدیده آن می‌باشد. این شرایط باعث ایجاد و توسعه مقوله محوری می‌شوند. مقوله‌های مربوط به شرایط علی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط علی

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
شرایط علی	برنامه‌ریزی	تعیین اهداف
		مدیریت زمان
	مهارت ارتباطی	آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران و متخصصین
		تسهیل ارتباط بین بیماران و متخصصان
		ایجاد شبکه ارتباطی بین نهادهای ذینفع
		استفاده از مترجم بیمارستانی

**شرایط مداخله‌گر:** شرایط مداخله‌گر عواملی هستند که شرایط علی را تسهیل می‌کنند یا بر اثر این شرایط تداخل ایجاد کرده و مانع آن می‌شوند. به عبارت دیگر شرایط مداخله‌گر خود به تنهایی منجر به رفتار نمی‌شوند اما می‌توانند بر اثر شرایط علی، بر راهبردهای مدیریت جذب گردشگری سلامت موثر باشند. این عوامل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط مداخله‌گر

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
شرایط مداخله‌گر	شرایط کشور میزبان	قوانین و مقررات
		حمایت و پشتیبانی دولت
		ثبات و امنیت کشور
		برداشت‌های بیماران از کشور میزبان

**مقوله محوری:** مقوله محوری مقوله‌ای است که می‌توان ردپا و اثر آن را در اغلب داده‌ها و نقل قول‌های مصاحبه شوندگان، به وضوح مشاهده کرد. این مقوله باید محوریت داشته باشد. به بیان دیگر همه مقوله‌های دیگر بتوانند با آن



**پیامدها:** پیامدها، نتایج و حاصل راهبردها هستند. مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با نتایج و پیامدهای مورد انتظار ناشی از بکارگیری راهبردها و اقدامات مدیریت جذب توریسم سلامت در جدول ۸ ارائه شده‌اند.

جدول ۸. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پیامدها

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
پیامدها	اقتصادی	ارزآوری پایدار و رونق اقتصادی
		اشتغال زایی
		رونق صنایع دستی
	فرهنگی	فرصت تبادل فرهنگی
معرفی توانمندی‌های کشور		

#### گام سوم: کدگذاری انتخابی

کدگذاری انتخابی فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست. در این مرحله از کدگذاری، پژوهشگر یک نظریه از روابط میان مقوله‌های موجود در مدل کدگذاری محوری به نگارش در می‌آورد. فرایند یکپارچه‌سازی و بهبود بخشی نظریه در کدگذاری انتخابی، از طریق فنونی نظیر نگارش خط داستان که مقوله‌ها را به هم متصل می‌کند و فرآیند دسته‌بندی از طریق یادداشت‌های شخصی در خصوص ایده‌های نظری است. در یک خط داستان، پژوهشگر بررسی می‌کند که چگونه عوامل مخصوصی بر پدیده اثر می‌گذارند و منجر به استفاده از راهبردهایی خاص با خروجی‌های ویژه می‌شوند. به عبارتی دیگر کدگذاری انتخابی، یافته‌های مراحل کدگذاری قبلی را گرفته، مقوله محوری را انتخاب می‌کند، به شکلی نظام مند آن را به دیگر مقوله‌ها ربط می‌دهد، آن روابط را اثبات می‌کند و مقوله‌هایی را که به بهبود و توسعه بیشتری نیاز دارند، تکمیل می‌کند (دانایی فرد و امامی، ۱۳۸۶). الگوی پارادایمی این پژوهش که براساس الگوی پارادایمی اشتراس و کوربین طراحی شده است در شکل ۱ نشان داده شده است.

نیروهای فنی و تخصصی	نیروهای متخصص و کارآزموده
	شهرت جهانی پزشکان
کیفیت خدمات درمانی	مراکز درمانی با استانداردهای جهانی
	کیفیت خدمات
	خدمات بیمه ای

**راهبردها:** بیانگر طرح‌ها و برنامه‌هایی هستند که به باید به منظور اجرای موفقیت آمیز مدیریت جذب توریسم سلامت به کار گرفته شوند. راهبردها در پاسخ به مقوله محوری و تحت تاثیر شرایط مداخله‌گر و بر اساس شرایط زمینه‌ای اتخاذ می‌شوند. این راهبردها در جدول ۷ ارائه شده‌اند.

جدول ۷. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با راهبردها

مقوله کلی	مقوله فرعی	مفاهیم اصلی
راهبردها	آمیخته بازاریابی سلامت	کانال‌های بازاریابی
		شیوه قیمت گذاری
		سیاست‌های ترفیعی
		تبلیغات موثر
	تکریم ارباب رجوع	ارائه تسهیلات مطابق با ملیت و فرهنگ بیماران
		رعایت منشور حقوق بیمار
		رسیدگی سریع به شکایات
	تسهیل خدمات درمانی	حذف دلال ها و واسطه ها
		حمایت و تقویت بخش خصوصی
		الگوپردازی از کشورهای موفق
		تسهیل در فرایند صدور ویزای درمانی
	تسهیل مبادلات مالی	سهولت پرداخت هزینه‌های درمانی
		توسعه خدمات مالی و ارزی در مراکز درمانی
	تحقیقات بازاریابی	جستجوی بازارهای جدید
ایجاد رقابت در مراکز درمانی		

به پاسخ‌های یکی از خبرگان به مقوله‌های شرایط زمینه‌ای می‌باشد ارائه شده است.

جدول ۱۰- مقوله‌های شرایط زمینه‌ای (مرحله دوم دلفی)

ردیف	مفاهیم، مقوله مهارت ارتباطی	نظر قبلی	میانگین پاسخ‌ها	نظر اصلاحی احتمالی
۱	آمیخته بازاریابی سلامت	۰/۶۰	۰/۵۲	۰/۵۰
۲	تکریم ارباب رجوع	۰/۷۵	۰/۶۴	۰/۷۵
۳	تسهیل خدمات درمانی	۰/۶۵	۰/۷۴	۰/۷۵
۴	تسهیل مبادلات مالی	۰/۶۵	۰/۷۱	۰/۷۰
۵	تحقیقات بازاریابی	۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۵۰

نظر به اینکه انحراف معیار پاسخ‌های بدست آمده در مرحله دوم کمتر از ۰/۰۵ بود لذا پاسخ‌های بدست آمده همگرا گردید. در نهایت با استفاده از میانگین نظرهای اصلاحی جدید و نرمالیزه کردن آنها، به تعیین اولویت مقوله‌ها و مفاهیم پرداخته شد. در جدول ۱۱ اولویت مقوله‌های الگوی پژوهش به ترتیب و در سه گروه ارائه شده است.

جدول ۱۱- اولویت مقوله‌های الگوی پژوهش

ضریب اهمیت ۸۰ درصد و بیشتر	
۱- برنامه ریزی	
۲- کیفیت خدمات درمانی	
۳- شرایط مالی	
۴- نیروهای فنی و تخصصی	
۵- عوامل اقتصادی	
ضریب اهمیت ۶۰ تا ۸۰ درصد	
۱- شرایط کشور میزبان	
۲- تسهیل خدمات درمانی	
۳- تسهیل مبادلات مالی	
۴- مهارت ارتباطی	
۵- زیرساخت‌ها	
۶- تکریم ارباب رجوع	
ضریب اهمیت کمتر از ۶۰ درصد	
۱- مدیریت جذب	
۲- آمیخته بازاریابی سلامت	
۳- تحقیقات بازاریابی	
۴- شرایط محیطی جغرافیایی	
۵- عوامل فرهنگی	



شکل ۱. الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در ایران

### اولویت بندی مقوله‌ها و مفاهیم الگو

پس از طراحی الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در ایران، به کمک تکنیک دلفی و با استفاده از گروه خبرگانی که قبلاً با آنها مصاحبه شده بود به تعیین میزان اهمیت مقوله‌ها و مفاهیم الگو پرداخته شد. در این مرحله با طراحی پرسشنامه‌ای از خبرگان خواسته شد میزان اهمیت مقوله‌ها و مفاهیم بدست آمده را به طور جداگانه و در بازه صفر تا ۱۰۰ به صورت درصد ضریب اهمیت مشخص کنند. سپس با گرفتن میانگین پاسخ‌ها میزان اهمیت مقوله‌ها و مفاهیم الگوی طراحی شده به دست آمد. در جدول ۹ میانگین پاسخ‌های حاصل از مرحله اول تکنیک دلفی که مربوط به مقوله‌های شرایط زمینه‌ای می‌باشد ارائه شده است.

جدول ۹- مقوله‌های شرایط زمینه‌ای (مرحله اول دلفی)

ردیف	مقوله‌های شرایط زمینه‌ای	درصد ضریب اهمیت
۱	آمیخته بازاریابی سلامت	۰/۵۲
۲	تکریم ارباب رجوع	۰/۶۴
۳	تسهیل خدمات درمانی	۰/۷۴
۴	تسهیل مبادلات مالی	۰/۷۱
۵	تحقیقات بازاریابی	۰/۵۲

با توجه به پراکندگی نسبی پاسخ‌های داده شده، مرحله دوم تکنیک دلفی انجام شد. در این مرحله به منظور رسیدن به اجماع نظر خبرگان، میانگین پاسخ‌های به دست آمده و همچنین نظر قبلی هر فرد در پرسشنامه قرار داده شد و از ایشان خواسته شد با در نظر داشتن نظر قبلی و مقایسه آن با میانگین پاسخ‌ها، در صورت داشتن نظر اصلاحی احتمالی، مجدداً پاسخ خود را در بازه صفر تا ۱۰۰ بیان کنند. در جدول ۱۰ نمونه‌ای از پرسشنامه مرحله دوم تکنیک دلفی، که مربوط

## ۶- بحث و نتیجه گیری

با توجه به داده‌های بدست آمده در فرآیند پژوهش و تحلیل‌های انجام شده بر روی داده‌ها با استفاده از روش سه مرحله‌ای کدگذاری باز، محوری و انتخابی، الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در ایران که در شکل ۱ نشان داده شده است طراحی شد. در این پژوهش تلاش شد تا با استفاده از نمونه‌گیری نظری و روش سه سویه سازی با افرادی مصاحبه شود که هم از دانش مناسب در حیطه مدیریت و بازاریابی برخوردار بوده و هم از اطلاعات کافی در صنعت توریسم سلامت برخوردار باشند. لذا پزشکان متخصص و فوق تخصص به عنوان خبرگان و همچنین مجریان حوزه توریسم سلامت کشور که در این حوزه نیز صاحب نظر هستند برای انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انتخاب شدند. در این پژوهش به منظور طراحی مدل از روش‌شناسی کیفی مبتنی بر استراتژی داده بنیاد و طرح نظام‌مند اشتراک کوربین استفاده شد. در حوزه مدیریت جذب توریسم سلامت پژوهش‌های محدودی انجام شده که از جامعیت لازم برخوردار نیستند. لذا در این پژوهش تلاش شد تا با بهره‌گیری از نظر متخصصان مدلی جامع از عوامل تاثیرگذار به همراه نتایج و پیامدها ارائه گردد که آینده‌ای مطلوب را ترسیم و فاصله بین پژوهش‌های گذشته را تکمیل سازد. الگوی نهایی بدست آمده این پژوهش نشان می‌دهد که به منظور مدیریت جذب موفقیت‌آمیز توریسم سلامت باید دیدی کل نگر و آینده نگر داشت و صرفاً به یکسری از عوامل بسنده نکرد. لذا مدل پارادایمی پژوهش حاضر شامل بخش‌های زیر می‌باشد: شرایط علی که متشکل از دو مقوله برنامه‌ریزی و مهارت ارتباطی است، مقوله محوری که مدیریت جذب را دربر می‌گیرد، شرایط زمینه‌ای که متشکل از مقوله‌های زیرساختی، مالی، محیطی - جغرافیایی، نیروهای فنی و تخصصی و کیفیت خدمات درمانی است، عوامل مداخله‌گر که دربرگیرنده شرایط کشور میزبان می‌باشد، راهبردها که متشکل از مقوله‌های آمیخته بازاریابی سلامت، تکریم ارباب رجوع، تسهیل مبادلات مالی، تحقیقات

بازاریابی و تسهیل خدمات درمانی است و پیامدها که متشکل از مقوله‌های پیامد اقتصادی و فرهنگی است. با توجه به نتایج به دست آمده از تکنیک دلفی و اجماع نظر خبرگان، مقوله‌های الگوی مدیریت جذب توریسم سلامت در ایران را می‌توان با در نظر داشتن ضریب اهمیت آنها در سه گروه دارای ضریب اهمیت ۸۰ درصد و بالاتر، دارای ضریب اهمیت بین ۶۰ تا ۸۰ درصد، و دارای ضریب اهمیت کمتر از ۶۰ درصد تقسیم بندی کرد. در ادامه با توجه به درصد ضریب اهمیت هر گروه به ارائه پیشنهادات پرداخته می‌شود.

• گروه اول، مقولاتی که دارای ضریب اهمیت ۸۰ درصد و بالاتر از آن می‌باشند.

ایران دارای ظرفیت‌ها و جاذبه‌های طبیعی فراوانی جهت جذب گردشگری سلامت است اما طبق آمار جهانی بازار گردشگری پزشکی، سهم چندانی از این بازار گسترده نبرده است. این در حالی است که بسیاری از کشورهای جهان با برنامه‌ریزی مناسب، درآمد قابل توجهی را از این صنعت کسب می‌کنند. پژوهش‌های انجام شده در خصوص جذب گردشگران پزشکی نشان می‌دهد کشورهایی در این حوزه موفق عمل می‌کنند که دارای برنامه‌ریزی راهبردی برای دستیابی به اهداف بلند مدت خود هستند. با توجه به نتایج به دست آمده از تکنیک دلفی و اجماع نظر خبرگان مقوله‌های برنامه‌ریزی، کیفیت خدمات درمانی، شرایط مالی، نیروهای فنی و تخصصی و عوامل اقتصادی به ترتیب اولویت در گروه اول قرار می‌گیرند. لذا برنامه‌ریزی آتی جهت جذب گردشگران سلامت باید حول محور این مقوله‌ها انجام شود. ترسیم چشم‌انداز و نقشه راه مناسب و بررسی دقیق نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای بیرونی جذب گردشگران سلامت باید مورد توجه قرار گیرد. در میان مقوله‌هایی که در این گروه قرار دارند قیمت ارزان خدمات پزشکی به نسبت دیگر کشورهای منطقه به عنوان مزیت راهبردی ایران برای فعالیت در حوزه

و تکریم ارباب رجوع به ترتیب اولویت در این گروه قرار دارند.

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 خصوصاً با کمک هم در این زمینه موفق بوده‌اند. حضور فعال بخش خصوصی می‌تواند به عنوان موتور محرکه صنعت گردشگری سلامت باشد. بخش خصوصی بدون حمایت‌های قانونی نمی‌تواند موفقیت‌چندانی بدست آورد و دولت با بهره‌گیری از راهکارهای حمایتی نظیر کاهش مالیات می‌تواند به بخش خصوصی کمک کند.

بدون ارتقا و بهینه کردن زیرساخت‌ها امکان توسعه گردشگری سلامت وجود نخواهد داشت. اگر دولت بتواند زیرساخت‌های لازم برای حضور فعال بخش خصوصی را ایجاد کند و به عنوان سیاستگذار، برنامه‌های راهبردی در حوزه گردشگری سلامت طراحی کند بخش خصوصی با توان بیشتری فعالیت خواهد کرد.

رعایت منشور حقوق بیمار، رسیدگی سریع به شکایات و به طور کلی رضایت بیماران از عوامل موثر جهت رشد و توسعه گردشگری سلامت است. رعایت منشور بین‌المللی حقوق بیمار، توسعه گردشگری پزشکی را به همراه خواهد داشت.

• **گروه سوم، مقوله‌هایی که دارای ضریب اهمیت کمتر از ۶۰ درصد می‌باشند.**

مقوله‌های مدیریت جذب، آمیخته بازاریابی سلامت، تحقیقات بازاریابی، شرایط محیطی جغرافیایی و عوامل فرهنگی به ترتیب اولویت در این گروه قرار دارند. در میان مقوله‌های این گروه، مدیریت جذب در اولویت بالاتری قرار دارد. مدیریت جذب شامل مفاهیم مختلفی نظیر مدیریت ارتباط با مشتری، مدیریت کیفیت سیستم گردشگری، مدیریت تجارب سفر گردشگران و مدیریت سفر درمانی

گردشگری سلامت محسوب می‌شود. سیستم آموزش پزشکی و تولید علم پزشکی ایران نیز از جایگاه مناسبی در میان کشورهای جهان برخوردار است و برنامه‌ریزی مناسب به منظور آشنا کردن سیستم پزشکی با مقوله توریسم سلامت می‌تواند به ارتقا این صنعت کمک قابل توجهی کند. اگر چه کیفیت خدمات درمانی و استانداردهای مراکز درمانی در مجموع مناسب است اما ضعف عمده این مجموعه را باید در ارائه خدمات بیمه به بیماران عنوان کرد.

در میان مقوله‌های مطرح شده در این گروه آنچه که بارها مورد تأکید بوده، تقویت عوامل اقتصادی و مالی و تسهیل مبادلات مالی است که مسئولین حوزه گردشگری کشور باید بدان توجه جدی داشته باشند چرا که در حوزه مالی و زیرساخت‌های بانکی فاصله زیادی با کشورهای جهان و منطقه وجود دارد. با توجه به شرایط شکل گرفته تحریم‌ها بر اقتصاد ایران، بهینه کردن مبادلات مالی از جمله زیرساخت‌هایی است که تأثیر بسزایی در افزایش گردشگران سلامت برای استفاده از خدمات این حوزه دارد و باید روشهای مالی موجود به طور جدی توسعه داده شود. 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 مزیت رقابتی می‌تواند ایران را به عنوان کشوری که ظرفیت سرمایه‌گذاری بالایی در صنعت گردشگری سلامت دارد به دنیا معرفی کند و با انجام برنامه‌ریزی اصولی، سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی را متقاعد کند تا توجه ویژه‌ای در انتخاب خود به این حوزه داشته باشند.

• **گروه دوم، مقوله‌هایی که دارای ضریب اهمیت بین ۶۰ تا ۸۰ درصد می‌باشند.**

مقوله‌های شرایط کشور میزبان، تسهیل خدمات درمانی، تسهیل مبادلات مالی، مهارت ارتباطی، زیرساخت‌ها

شده‌اند و می‌توان هر منطقه جغرافیایی از کشور را با برنامه‌ریزی صحیح به قطبی قوی و فعال در گردشگری پزشکی تبدیل کرد. همچنین همجواری با کشورهای متعدد به دلیل وسعت و موقعیت استراتژیک ایران، فرصت مناسبی را به لحاظ جغرافیایی برای کشور آماده کرده است.

بررسی ادبیات و مطالعات انجام شده در خصوص عوامل موثر بر جذب گردشگران خارجی نشان می‌دهد مطالعه‌ای جامع که به بررسی ابعاد مختلف تاثیر گذار بر جذب گردشگران سلامت بپردازد انجام نشده است. بیشتر مطالعات انجام شده با استفاده از مطالعات موردی و کمی و با دیدی اثبات گرایانه به بررسی حوزه‌ای از این عوامل پرداخته‌اند. مدل بدست آمده از پژوهش حاضر از دیدگاه کاربردی، دیدی جامع و کلان را به شرکت‌های گردشگری فعال در حوزه سلامت و همچنین متولیان این حوزه ارائه می‌کند تا بتوانند به این مدل به عنوان یک نقشه راهبردی نگاه کنند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، دسترسی بسیار سخت به مجریان حوزه گردشگری سلامت و همچنین پزشکان متخصص این حوزه بوده است که در نتایج به دست آمده بی تاثیر نبوده است. با وجود این تلاش شد تا حد امکان با بهره برداری از نظر متخصصین دست اندرکار الگوی ارائه شده از جامعیت لازم برخوردار باشد.

است. جذب بیماران بین‌المللی هسته اصلی بازار گردشگری پزشکی است. با بیشتر شدن رقابت در بازار مسافرت‌های پزشکی، کشورهای پیشرو برای متمایز کردن خود و نشان دادن کیفیت خدمات برتر نسبت به رقبای از راهبردهای بازاریابی متفاوتی استفاده می‌کنند.

توانمند شدن در زمینه‌ای خاص راهبرد مورد استفاده دیگری در بازاریابی پزشکی است. بسیاری از مراکز درمانی با ایجاد تخصص و مهارت در زمینه‌ای ویژه، در موقعیت ممتازی در صنعت سفرهای سلامت قرار گرفته‌اند. راهبرد دیگری که توسط مراکز درمانی بکار گرفته می‌شود استفاده از مجوزها و اعتبارنامه‌های بین‌المللی است که به کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده در یک مرکز درمانی اعتبار می‌بخشد. یکی از راهبردهای نوین بازاریابی پزشکی استفاده از سلامت الکترونیک است. سلامت الکترونیک نه تنها برای افراد جامعه و زنجیره سلامت مفید است بلکه باعث افزایش اعتبار و درآمد مراکز خدمات درمانی و پزشکی می‌گردد. 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 سوالات بیماران از راهبردهایی هستند که باید در آنها حضور پررنگ و قوی داشت. با وجود روش‌های مختلف بازاریابی پزشکی، ضعف بازاریابی سلامت کشور تا آنجا بالاست 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.

کشور چهار فصل ایران دارای ظرفیت‌ها و جاذبه‌های طبیعی فراوانی است که می‌تواند گردشگران زیادی را به خود جذب کند. یکی از جاذبه‌ها و امتیازات محیطی - جغرافیایی ایران در گردشگری پزشکی در حوزه آب درمانی است. به طوری که در حال حاضر صدها چشمه آب گرم و معدنی که قابلیت درمانی دارند در نقاط مختلف کشور پراکنده

## منابع

- (۱) بیات، سوده؛ حسینی هاشم زاده، داوود؛ مهدیه بد. (۱۳۹۵)، شناسایی عوامل جذب گردشگران پزشکی در بیمارستان‌های شهر تهران، فصلنامه بیمارستان، سال شانزدهم، شماره ۱، صص ۳۵-۵۳.
- (۲) جنیدی جعفری، مهدی؛ بیات، روح اله؛ درویشی، فرهاد؛ فضل‌ی، صفر. (۱۳۹۸)، طراحی مدل آینده نگاری شرکتی و اثر آن بر عملکرد سازمانی (مورد مطالعه: صنعت بانکداری)، فصلنامه آینده پژوهی مدیریت، سال سی ام، شماره ۱۱۸، صص ۳۹-۶۲.
- (۳) چگین، میثم (۱۳۹۷)، تدوین الگویی برای خط مشی گذاری گردشگری پزشکی در ایران، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده مدیریت و حسابداری.
- (۴) حقیقی کفاش، مهدی؛ ضیایی، محمود؛ جعفری، قاسم. (۱۳۸۸)، اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران، فصلنامه مطالعات جهانگردی، شماره ۱۱ و ۱۲، صص ۲۳-۴۰.
- (۵) دانایی فرد، حسن؛ الوانی، مهدی؛ آذر، عادل. (۱۳۹۲)، روش شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع، تهران: انتشارات صفار.
- (۶) دانایی فرد، حسن و امامی سید مجتبی. (۱۳۸۶). استراتژی‌های پژوهش کیفی: تأملی بر نظریه پردازی داده بنیاد. اندیشه مدیریت، سال ۱، شماره ۲: صص ۶۹-۹۷.
- (۷) سید جوادین، سید رضا؛ شفقانی، مریم؛ شفقت لنبی، حسین؛ نجفی، بهزاد. (۱۳۹۲)، بررسی توسعه بخش خصوصی در گردشگری سلامت (بر مبنای مدل کرت لوین)، فصلنامه حسابداری سلامت، سال دوم، شماره ۲، صص ۱۵-۳۲.
- (۸) شالبافیان، علی اصغر. (۱۳۹۴). گردشگری سلامت در رویکردی جامع. چاپ اول، نشر: مهکامه.
- (۹) عربشاهی، احمد؛ آریان فر، مرتضی (۱۳۹۲) گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی-درمانی ایران. فصلنامه فضای گردشگری، سال سوم شماره ۹، صص ۱۳۳-۱۵۳.
- (۱۰) فردوسی، مسعود؛ جباری، علیرضا؛ کیوان آرا، محمود؛ آقارحیمی، زهرا. (۱۳۹۰)، مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام شده در زمینه صنعت گردشگری پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت، سال هشتم، شماره ۸، صص ۱۱۶۹-۱۱۷۸.
- (۱۱) مروتی شریف آبادی، علی؛ اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۳۹۲)، ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد، مدیریت سلامت، سال هفدهم، شماره ۵۵، صص ۷۳-۸۸.
- (۱۲) نرگسی، شهین؛ بابکی، روح اله؛ عفتی، مهناز. (۱۳۹۷)، بررسی رابطه بین گردشگری، رشد اقتصادی و توسعه مالی در ایران، رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دانشکده آموزش و بهداشت.
- (۱۳) ویسی، هادی. زمستان (۱۳۹۶)، بررسی سیاست گذاری صنعت گردشگری در قوانین بالا دستی جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه مطالعات راهبردی سیاست گذاری عمومی، دوره ۷، شماره ۲۵.
- (۱۴) هزندی، عطاءاله؛ میزائیان خمسه، پیوند. (۱۳۹۶)، تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده بنیاد کلاسیک، گردشگری شهری، دوره چهارم، شماره ۱، صص ۸۷-۹۸.
- 15) Braveman, P. (2013), What is Health Equity and How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It, *Matern Child Health Journal*, Vol. 6, No. 26, PP. 1-7.
- 16) Caballero, Danell, S., Mugomba, C. (2006). *Medical Tourism and Entrepreneurial Opportunities-a conceptual framework for entry into industry* [MS. Thesis]. Goteborg University, School Economic and Law.
- 17) Carrera, P. M., Bridges, J.S. (2006). *Health and Medical Tourism: What They Mean and Imply for Health Care Systems*. Geneva Association Information Newsletter, Vol. 15, PP. 1-4.
- 18) Connell, J. (2013). *Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification*. *Tour Management*. Vol. 34, PP. 1-13.
- 19) Dehdashti Shahrokh, Z., Zarghami Brojeni, H., Nasehifar, V., Nakhaei Kamalbandi, H. (2017). *A Progressive Multilevel Model for Selecting Medical Tourism Destinations: A Qualitative Study*. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 5 (2), PP. 60-68.
- 20) 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.

- 33) Schäfer, W., (2011), QUALICOPC, a Multi-Country Study Evaluating Quality, Costs and Equity in Primary Care, BMC Family Practice, Vol. 115, No. 12, PP. 1-9.
- 34) Strauss, A. & Corbin, J.M. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Sage Publications, Inc.: Thousand Oaks, CA.
- 35) Strauss, A., and Corbin, J. (1998). Basics of Qualitative research: Grounded Theory Procedures and techniques, Newbury Park, CA: Sage.
- 36) TRAM (2006), Medical Tourism: A Global Analysis: A Report by Tourism Research and Marketing, Atlas Publication, Netherlands.
- 37) The World Travel & Tourism Council (WTTC).(2017).
- 38) Yoong, W.L., Sulaiman, N., Baldry, D. (2013). A Framework Development for Promoting Medical Tourism (MT) to Malaysia Using Internet Strategy for International Patient Tourists (IPT): The Functionality of Medical Tourism Websit, FPTP Postgraduate Seminar, At FPTP, Universiti Tun Hussein Onn Malaysia, Johor, Malaysia.
- 39) Yeoman, I. (2008), Tomorrow's Tourist: Scenarios and Trends, Amsterdam: Elsevier
- 40) Zarzeshny, M. Z., (2010). Medical tourism in developing countries. New York: Palgrave Macmillan.
- 21) Ganguli, S., Ebrahim, A.H. (2017). A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness, Tourism Management Perspectives, 21, 74-84.
- 22) Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., Lunt, N. (2014). What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System, Journal of Travel Medicine, 21 (6), 410-417.
- 23) Huang, L. and & Xu, H. (2014). A Cultural Perspective of Health and Wellness Tourism in China, Journal of China Tourism Research, 10:4, 493-510.
- 24) Hoang-Sa Dang, Thuy-Mai-Trinh Nguyen, Chia-Nan Wang, Jen-Der Day and Thi Minh Han Dang (February 2020) International Journal of Environmental Research and Public Health 17(3):961.
- 25) Ile, F.L., (2017). Medical tourism market trends-an exploratory research, Proceedings of the International Conference on Business Excellence, Sciendo, 11(1), 1111-1121.
- 26) Kumar, G.S., Raj, R.K. (2015). Status, growth and impact of medical tourism in India. Int J Pharm Sci Rev Res. 34 (1), 284-291.
- 27) Kvale, S. (1996). Inter Views: An introduction to qualitative research writing. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- 28) Market Data Forecast, Publication ID:1769, Published: August 2019, <https://www.marketdataforecast.com/market-reports/medical-tourism-market>.
- 29) Mueller, Hansruedi. & Kaufmann, Eveline Lanz. (2001). "Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry". Journal of Vacation Marketing, 7, 1, 5-17.
- 30) Momeni, Kh., Janati, A., Imani, A., Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study, Tourism Management, 69, 307-316.
- 31) Ramanna, J. D., & LL.M., (2016), Candidate Medical Tourism and the Demand for Hospital Accreditation Overseas, It's available on: <http://law.uh.edu>.
- 32) Runnels, V., Carrera, P.M. (2012). Why do patients engage in medical tourism?, Maturitas, 73 (4), 300-304.