

تحلیل زیرساخت‌های گردشگری سلامت با رویکرد نگاشت‌شناختی

میرمحمد اسعدی^۱، مهدی باصولی^۲، مهناز السادات راسخی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۸

چکیده

یکی از انواع گردشگری، گردشگری سلامت است. دسترسی مناسب به زیرساخت‌های گردشگری، در جذب گردشگر سلامت و افزایش ماندگاری آن‌ها تأثیر بسزایی دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تحلیلی زیرساخت‌های گردشگری سلامت در شهر یزد است. جامعه آماری این تحقیق خبرگان سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، مدیران دفاتر خدمات مسافرتی و پزشکان در حوزه گردشگری سلامت هستند. با بررسی ادبیات موضوع و نظرات خبرگان ۴۵ متغیر در قالب ۱۱ عامل شناسایی گردید. در ادامه مدل مفهومی پیشنهادی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته ایجاد گردید. سپس از تکنیک نگاشت شناختی و نرم‌افزارهای Ucinet، Spss، Cognizer استفاده گردید. در نهایت زیرساخت‌های: ۱. امنیت، ۲. اطلاع‌رسانی بازاریابی و تبلیغات، ۳. قوانین و مقررات، ۴. آموزشی، ۵. دفاتر خدمات مسافرتی مهم‌ترین عوامل شناخته شد. خروجی نهایی این پژوهش، الگوی مفهومی جهت بررسی و ارتقاء زیرساخت‌های گردشگری سلامت است.

کلیدواژه‌ها: گردشگری، زیرساخت، گردشگری سلامت، تکنیک نگاشت‌شناختی.

۱. دانشیار گروه مدیریت گردشگری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر. (نویسنده مسئول); asadi@sau.ac.ir

۲. استادیار گروه مدیریت گردشگری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه جهاد دانشگاهی.

۳. کارشناسی ارشد، مدیریت گردشگری، جهاد دانشگاهی، یزد.

مقدمه

امروزه گردشگری یکی از مسائل مهم و مؤثر اقتصادی و از عوامل مهم و برجسته ارتباطی، اجتماعی و فرهنگی در سطح جهان محسوب می‌شود. در واقع گسترش زیرساخت‌های اقتصادی، بهداشتی، امنیتی و ارتباطی در قرن بیست و یکم گردشگری را به واقعیتی اجتناب‌ناپذیر در زندگی انسان‌ها تبدیل کرده است (سقایی و علیزاده، ۱۳۹۲). صنعت گردشگری به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم حدود ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی^۱ جهان را تشکیل می‌دهد و تقریباً ۲۲۷ میلیون شغل را در سراسر جهان پشتیبانی می‌کند (هانگ و کوئلهو^۲، ۲۰۱۷). کاملاً مشهود است که توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت و در بازارهای بین‌المللی سلامت کاملاً به کیفیت تضمین‌شده بین‌المللی وابسته است (شالباغان، ۱۳۸۵).

مجمع جهانی اقتصاد در گزارشی در رابطه با رقابت‌پذیری سفر و گردشگری در سال ۲۰۱۵ با تأکید بر جایگاه ایران منتشر کرده است که کشورهای دنیا را در چهار حوزه: «آمادگی محیطی»، «شرایط و چارچوب قانونی گردشگری»، «زیرساخت» و «منابع فرهنگی و طبیعی» مورد بررسی قرار داده است. در این گزارش در مجموع، ایران رتبه ۹۷ام را در بین ۱۴۱ کشور جهان بر اساس شاخص‌های «رقابت‌پذیری سفر و گردشگری» به دست آورده است. در میان ارکان ایران، بهترین عملکرد متعلق به رکن رقابت‌پذیری قیمتی با رتبه ۱، و ضعیف‌ترین عملکرد به اولویت‌دهی به سفر و گردشگری با رتبه ۱۳۰ و سپس رکن محیط کسب‌وکار و رکن زیرساخت خدمات گردشگری هر دو بار رتبه ۱۱۹ تعلق دارد (مجمع جهانی اقتصاد، ۲۰۱۵).

در حال حاضر با توجه به شرایط عامل و تقاضای مطلوب، ایران از مزایای متعددی برای تبدیل به کشور پیشرو در گردشگری پزشکی در سطح منطقه برخوردار است (تقی زاده یزدی و همکاران، ۱۳۹۵).

استان یزد در سال‌های اخیر پیشرفت‌های قابل توجهی از لحاظ نیروی انسانی و از لحاظ امکانات و تجهیزات داشته است و هم‌اکنون این استان یکی از قطب‌های مهم درمانی در ایران به شمار می‌رود. مراجعه‌ی فراوان بیماران از شهرهای مختلف ایران و خاورمیانه به‌منظور درمان بیماری‌ها گواه این مدعا است (میر فخرالدینی و همکاران، ۱۳۹۱).

1. GDP(Gross Domestice Product)
2. Huang & Coelho

در صورتی که اگر برنامه‌ریزی و طراحی مدلی مناسب و اصولی جهت بهبود زیرساخت‌های گردشگری شهر یزد انجام گیرد، شهر یزد توانایی آن را دارد که به‌عنوان قطب گردشگری سلامت و مکانی مناسب جهت جذب گردشگران داخلی و خارجی مطرح باشند. هدف از این پژوهش بررسی تحلیلی زیرساخت‌های گردشگری سلامت با رویکرد نگاشت شناختی^۱ در استان یزد است تا ضمن شناسایی عوامل اصلی و مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت و ارائه مدلی برای آن، بتوان راهبردهای کاربردی و مناسبی برای توسعه این نوع از گردشگری ارائه دهد. سؤالات پژوهشی که این پژوهش در پی پاسخ به آنهاست به‌صورت زیر مطرح می‌شود:

زیرساخت‌های گردشگری سلامت شهر یزد کدام‌اند؟

شدت روابط علی بین متغیرهای زیرساخت گردشگری سلامت شهر یزد چگونه است؟

راهکارهای مناسب جهت ارتقا زیرساخت‌های گردشگری سلامت شهر یزد چیست؟

مبانی نظری

گردشگری سلامت: گردشگری سلامت گردشگر را از محل زندگی به مکان دیگری منتقل می‌کند تا به بیمار کمک کند تا به سلامت جسمی و روحی خود بازگردد. گردشگری سلامت شامل "گردشگری پزشکی"، "گردشگری حقیقی" و "گردشگری پیشگیرانه" است (ایوبیان، ۲۰۱۸).

در تعریف دیگری گردشگری سلامت عبارت است از سفری به خارج از محیط معمول زندگی، به مدت زمان حداکثر یک سال، باهدف حفظ، بهبود و یا حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد (شالبافیان، ۱۳۹۴).

گردشگری سلامت بر مبنای قید هدف به دو گونه گردشگری تندرستی و گردشگری پزشکی^۲ تقسیم می‌شود. گردشگری پزشکی: مسافرتی است به مکانی خارج از محیط معمول

1. Cognitive Mapping

2. Medical

زندگی، به منظور درمان و یا انجام یک عمل جراحی زیبایی و بانگیزه جستجوی هزینه پایین تر و کیفیت بالاتر مراقبت پزشکی متفاوت با آنچه در مبدأ ارائه می شود (شالباغیان، ۱۳۹۴).

سفر به عنوان یک عنصر درمان و توان بخشی یکی از اهداف مهم گردشگری پزشکی است و اغلب در هنگام دریافت درمان پزشکی فعالیت های اوقات فراغت بسته به وضعیت سلامت بیمار افزایش می یابد (ایوبیان، ۲۰۱۸).

گردشگری تندرستی: مسافرتی است به مکانی خارج از محیط معمول زندگی به منظور انجام فعالیت هایی خاص جهت حفظ و یا بهبود سلامتی و تندرستی و بانگیزه جستجوی تجارب/ درمان های منحصر به فرد بومی یا مبتنی بر مکان که در مبدأ وجود ندارد. (شالباغیان، ۱۳۹۴).

از آنجایی که وضعیت مالی و مشکلات زندگی عوامل اصلی منجر به بالا بودن سطح استرس زندگی و مشکلات سلامت روحی است، گردشگری تندرستی انتخاب مثبت برای کسانی است که تصمیم به توجه بیشتر به سلامت و رفاه خود می کنند (ایوبیان، ۲۰۱۸).

زیرساخت های گردشگری: زیرساخت های گردشگری پایه حیاتی برای توسعه گردشگری را تشکیل می دهد. بهره برداری از امکانات، خدمات و امکانات گردشگری اغلب به تعدادی از شبکه های زیربنایی مسافرتی وابسته است. این شبکه ها ممکن است شامل حمل و نقل، تأمین آب، انرژی / قدرت، دفع زباله و ارتباطات مخابراتی باشند (سوراو کومار داس و همکاران، ۲۰۱۷). زیرساخت ممکن است به عنوان زیرساخت نرم و زیرساخت سخت تفسیر شود. زیرساخت های فیزیکی مانند جاده ها، خطوط راه آهن، خطوط تلفن و اینترنت و غیره که متعلق به دسته زیرساخت های سخت هستند و زیرساخت های انسانی مانند کار کارآمد، ایجاد دانش، راه حل برای مدیریت یک سیستم عمومی و شرکتی، استفاده سیاسی از فناوری خوب و غیره تحت دسته زیرساخت های نرم افزاری قرار می گیرند (مانیکال ادھیکاری و همکاران، ۲۰۱۷).

رویکرد نگاشت شناختی: شیوه نگاشت شناختی به عنوان یکی از شیوه های درک پدیده ها، آن چنان که دیگران به آن ها معنا می بخشد و برای استخراج ساختار و محتوای فرایند ذهنی افراد با حداقل مداخلات و سوگیری های احتمالی محقق، طراحی شده است (مژگان ضرغامی فر و همکاران، ۱۳۹۲).

پیشینه تحقیق

در پژوهش نعمتی و همکاران در رابطه با موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل به این نتیجه دستیابی پیدا کرده‌اند که: موانع گردشگری پزشکی در اردبیل به ترتیب عبارت‌اند از: موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی با میانگین رتبه ۲۹/۷۵ در رتبه اول و بقیه به ترتیب موانع سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری میانگین رتبه ۲۵/۱۴، موانع زیرساختی ۲۴/۹۲، موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات ۲۴/۸۰، موانع نگرش دولت ۲۴/۴۹، موانع نیروی انسانی ۲۲/۴۶، موانع اجتماعی- فرهنگی ۲۰/۵۴ و موانع اقتصادی دارای میانگین رتبه ۱۶/۱۹ در رتبه‌های بعدی می‌گیرد (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۵).

برای تبدیل‌شدن به یکی از قطب‌های گردشگری سلامت در منطقه هنوز مشکلات بسیار زیادی وجود دارد؛ در حقیقت نظام‌مند نبودن جذب گردشگری پزشکی، مشکلات مربوط به صدور ویزای پزشکی، کمبود تجهیزات مدرن پزشکی در برخی از بیمارستان‌های کشور، عدم امکان جابجایی پول از طریق کارت‌های اعتباری و حمل پول به صورت دستی به داخل کشور و نگهداری آن در طول سفر درمانی از سوی بیمار و همراه او فقدان پوشش بیمه‌های بین‌المللی در کشور، برخوردار نبودن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور از گواهینامه‌های بین‌المللی، ضعف زیرساخت‌های حمل‌ونقل؛ به‌ویژه حمل‌ونقل هوایی کشور، ضعف برنامه‌های بازاریابی و اطلاع‌رسانی، ضعف نظام جذب و توزیع گردشگران درمانی از جمله مهم‌ترین ضعف‌های حاکم بر این بخش هستند (حسن‌پور و عزیزی، ۱۳۹۳).

ملکی و همکارانش در پژوهشی با عنوان تحلیلی بر توزیع و اولویت‌بندی زیرساخت گردشگری استان یزد با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی، به این نتیجه رسیده‌اند که: برنامه‌ریزی، هدایت و توسعه زیرساخت صنعت گردشگری به‌عنوان یکی از منابع بسیار مهم کسب درآمد و ایجاد اشتغال که دارای تأثیرات اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی فوق‌العاده‌ای نیز است به‌عنوان یک نیاز مطرح می‌شود (ملکی و همکار، ۱۳۹۳).

مرتضی ایزدی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید به این نتیجه رسیدند که اگرچه گردشگری پزشکی در ایران از قابلیت‌های فراوانی برخوردار است؛ اما درعین حال با چالش‌های متعددی در این حوزه مواجه است.

عواملی همچون هماهنگی نامناسب بین سازمان‌های متولی گردشگری سلامت، فقدان کمیته‌های کاری تخصصی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، فقدان سیستم جامع جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ورود گردشگران سلامت به ایران، ناکارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی در خصوص قابلیت‌های گردشگری پزشکی ایران، کمبود زیرساخت‌های لازم و خلأ قانونی برای توسعه این صنعت، موجب شده تا صنعت گردشگری سلامت ایران از جایگاه مطلوبی برخوردار نباشد.

در نتیجه پژوهشی توسط گورکو^۱ (۲۰۱۷) تحت عنوان گردشگری سلامت مبتنی بر بازاریابی مقصد بیان شده است که تمرکز بر بازار بین‌المللی در روند گردشگری سلامت ضروری است. سیاستمداران و دولت نقش مهمی در یک مقصد در بخش گردشگری سلامت دارند. همه عوامل در فرایند خدمات گردشگری سلامت بخش مهمی از دو عنوان: کیفیت خدمات و فرایند تجاری است.

پژوهش صورت گرفته از مدهکار و همکارانش (۲۰۱۵) توسط گزارش گردشگری دولت هندوستان، هند را به سبب داشتن پزشکان و جراحان باتجربه که در کشورهای توسعه‌یافته آموزش دیده‌اند، تسلط کادر درمانی به زبان انگلیسی، مجهز شدن به تجهیزات پزشکی مدرن، کیفیت بالای مراقبت‌های پرستاری، مراقبت‌های اولیه برای جراحی‌های پیچیده، درمان در بیمارستان‌های پزشکی ۵ ستاره خصوصی باقیمت‌های جهان سوم یک مزیت رقابتی به‌عنوان یک مقصد گردشگری برای بیماران از کشورهای توسعه‌یافته دانسته است.

پژوهش صورت گرفته توسط کروکس و همکاران (۲۰۱۱) در مورد ترویج گردشگری پزشکی هند به این نتیجه می‌رسد که موفقیت در زمینه گردشگری پزشکی به موفقیت در اطلاع‌رسانی به بیماران در مورد رویه‌های درمانی، امکانات درمان، فرصت‌های گردشگری، ترتیبات سفر و کشورهای مقصد گردشگری پزشکی بستگی دارد و ترویج گردشگری پزشکی شامل طیف گسترده‌ای از ابزارهای بازاریابی مانند آگهی‌ها، کتابچه‌ها و وبسایت‌ها است.

روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش از بعد هدف از نوع کاربردی است زیرا در این پژوهش هدف به کارگیری و آزمون مفاهیم نظری در موقعیت‌های مسائل واقعی حوزه گردشگری است تا بتوان راه‌حلی برای تقویت زیرساخت‌های گردشگری سلامت پیشنهاد کرد. ضمناً از حیث چگونگی به دست آوردن داده‌ها یک تحقیق توصیفی است زیرا در این تحقیق به توصیف و تفسیر شرایط و روابط موجود بین عوامل مختلف در حوزه زیرساخت‌های گردشگری سلامت استان یزد پرداخته شده است و از آنجا که هدف مطالعه عمیق موضوع بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت استان یزد و عوامل مؤثر بر آن است، این تحقیق یک تحقیق موردی است.

از منظر روش‌شناسی، این تحقیق بر اساس روش تحقیق آمیخته انجام می‌شود زیرا ترکیبی از روش‌های مختلف را طی چند مرحله و بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده بکار گرفته و نتیجه نهایی، حاصل ترکیبی از روش‌های تحقیق است نه یک روش خاص. بنابراین در چارچوب روش‌شناسی پژوهش آمیخته، فرایند مدل‌سازی زیرساخت‌های گردشگری سلامت در این مقاله طی سه مرحله انجام می‌شود. در مرحله اول بر اساس ادبیات موضوع و تحلیل محتوا و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با خبرگان، چارچوب مفهومی اولیه زیرساخت‌های گردشگری سلامت در استان یزد استخراج می‌شود. در مرحله دوم مدل ذهنی خبرگان صنعت گردشگری سلامت نیز بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته استخراج و بر اساس روش نگاشت علی نتایج تحلیل می‌شود. در مرحله سوم نقشه ادغامی زیرساخت‌های گردشگری سلامت استان یزد استخراج و پس از انجام تحلیل‌های لازم مدلی برای بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت در استان یزد ارائه می‌شود. در این مرحله برای انجام تحلیل‌ها و مدل‌سازی از تکنیک نگاشت علی و همچنین تکنیک تحلیل شبکه‌های اجتماعی^۱ کمک گرفته شده است. تکنیک نگاشت شناختی تکنیکی قدرتمند در مدل‌سازی و ترسیم نقشه‌های علی با استفاده از نظر خبرگان است توانایی استخراج و ادغام علی نقشه‌های ذهنی خبرگان را دارد (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۶). نگاشت شناختی از لحاظ مبانی فلسفی شبیه به پارادایم تفسیری بوده و در گردآوری و تحلیل داده‌ها از روش‌شناسی کیفی و همین‌طور تا حدی از ابزارهای آماری و

ریاضی روش کمی هم بهره می‌گیرد (مژگان ضرغامی فر و همکاران، ۱۳۹۲). نرم‌افزار مورد استفاده برای اجرای تکنیک نگاشت شناختی Cognizer TM و نرم‌افزار مورد استفاده در تحلیل شبکه‌های اجتماعی UCINET است و از نرم‌افزار SPSS 21 نیز استفاده شده است. جامعه آماری مورد نظر تحقیق عبارت است از خبرگان سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، مدیران دفاتر خدمات مسافرتی و پزشکان و کادر درمانی که در حوزه گردشگری سلامت دارای تجربیات کاری و مناسب هستند. با توجه به روش پژوهش که مطالعه موردی و آمیخته (گنجانده شده یا تودرتو) بر اساس تقسیم‌بندی کرسول است (سید مصطفی رضوی و همکاران، ۱۳۹۲) و شرایط جاری در گردشگری سلامت که عده‌ای خاص و با تعداد کم در این زمینه تخصص کافی داشتند، برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد و طی چندین مرحله برخی کارشناسان زبده شناسایی و پس از دریافت اطلاعات از هر کدام از آن‌ها خواسته شد که افراد صاحب نظر دیگر را معرفی نمایند و در نهایت تعداد ۱۰ نفر از خبرگان جامعه آماری برای مشارکت در ساخت مدل انتخاب شدند. طبق نظر کرسول تعداد نمونه در مطالعه موردی ۳ تا ۵ نفر کافی است (کلینز و همکاران، ۲۰۰۷).

به منظور ارزیابی روایی این پژوهش در بخش کیفی از روش‌های مشارکت بلندمدت و مشاهده مصراانه، همه‌جانبه‌نگری، مرور یا بازخورد همتایان و روش کنترل اعضا استفاده شده است. در پژوهش‌های کیفی پایایی اغلب اشاره به ثبات پاسخ کدگذاران متعدد به مجموعه داده‌ها دارد (عباس زاده، ۱۳۹۱) که در این تحقیق توافق بین کدگذاران به دست آمده است.

تجزیه و تحلیل

در ابتدا با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و پیشینه‌ی پژوهش ۵۳ مفهوم یا عامل به عنوان مفاهیم بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت با شاخص‌های سنجش مربوطه در قالب چارچوب مفهومی از مبانی نظری و پیشینه تحقیق استخراج گردید. به منظور تطبیق فهرست مفاهیم مربوط به گردشگری با فضای گردشگری سلامت در استان یزد، فهرست گفته شده بر اساس نظرات استخراج شده از مطالعه مبانی نظری، در پانل خبرگان صنعت مورد بازبینی قرار گرفت؛ و با تحلیل محتوا و هم‌چنین در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با خبرگان به ۴۵ عامل تقلیل یافت و

سپس در قالب ۱۱ عامل اصلی به‌عنوان عوامل مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت در یزد شناسایی و در جدولی تنظیم گردید.

جدول (۱): عوامل مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت بر اساس نظر خبرگان

عامل	تعریف عملیاتی	عامل	تعریف عملیاتی	عامل
	وضعیت و کیفیت ایمنی جاده‌ها (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳) تأسیسات زیربنایی جاده‌ها (باباخان زاده، ۱۳۸۹) فرودگاه‌های بین‌المللی با امکان پروازهای مستقیم از کشورهای بازار هدف (احمد عربشاهی کریزی و مرتضی آریان فر، ۱۳۹۳) کیفیت پروازها (ابراهیم‌زاده و آقاسی زاده، ۱۳۸۸) وجود وسایل حمل‌ونقل عمومی شهری (غلام عباس واحد پور و مهتاب جعفری، ۱۳۹۰) زیرساخت‌های حمل‌ونقل ریلی (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳) مجهز بودن قطارها (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳) سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و دولتی در جهت توسعه فرودگاه‌ها (ابوالفضل قنبری و همکاران، ۱۳۹۳)	زیرساخت‌های حمل‌ونقل و گسترش راه‌ها	سهولت پرداخت هزینه درمانی به‌صورت الکترونیک (غلام عباس واحد پور و مهتاب جعفری، ۱۳۹۰) سهولت امکان برقراری ارتباطات الکترونیکی مخابراتی آنلاین (فریده مصطفی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰) امکان ایجاد ارتباطات بین‌المللی برای بیمار (مرتضی ایزدی و همکاران، ۲۰۱۲) ایجاد سیستم ثبت الکترونیک اطلاعات پرونده‌های بیماران طبق استانداردهای بین‌المللی (شالباغیان، ۱۳۹۴) ایجاد وبسایت به‌صورت آنلاین (تقی زاده یزدی و همکاران، ۱۳۹۵)	زیرساخت‌های الکترونیکی

<p>سرویس بهداشتی مناسب (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>دسترسی به آب سالم (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>دفع مناسب انواع زباله (فریده مصطفی زاده و همکاران، ۱۳۹۰)</p> <p>فاضلاب‌های بیمارستانی (فریده مصطفی زاده و همکاران، ۱۳۹۰)</p>	<p>زیرساخت‌های تأسیسات بهداشتی</p>	<p>بهبود زیرساخت‌های اقامتی، رستوران‌ها در سطح استانداردها جهانی و متناسب با سلیقه‌های متفاوت و طبقه‌های مختلف اجتماعی (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>احداث اقامتگاه و مهمان‌خانه‌های باکیفیت</p> <p>(عیسی ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱)</p> <p>وجود مکان‌های فروش اغذیه باکیفیت</p> <p>(ابوالفضل قنبری و همکاران، ۱۳۹۳)</p>	<p>مراکز اقامتی و رستوران‌ها</p>
<p>وجود مراکز درمانی متعدد تخصصی و فوق تخصصی در سطح بین‌المللی (فاطمه عزیزی و شمس سادات زاهدی، ۱۳۹۴)</p> <p>تأسیس و تجهیز بیمارستان‌ها و مراکز تحقیقاتی (فریده مصطفی زاده و همکاران، ۱۳۹۰)</p> <p>در اختیار داشتن جدیدترین تجهیزات تشخیصی و بهداشتی درمانی (مرتضی ایزدی و همکاران، ۲۰۱۲)</p> <p>سایت‌هایی برای گذراندن دوران نقاهت گردشگران پزشکی (زری پور، ۱۳۹۴)</p> <p>بروز بودن امکانات پرستاری، مامایی، آزمایشگاهی (مروتی و اسدیان، ۱۳۹۲)</p>	<p>زیرساخت‌های خدمات درمانی، پزشکی، تندرستی</p>	<p>ایجاد دفاتر خدمات مسافرتی در زمینه گردشگری سلامت (علی شمعی و جعفر موسوی و نند، ۱۳۹۰)</p> <p>بهبود دفاتر خدمات مسافرتی (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>وجود ارتباطات مابین دفاتر خدمات مسافرتی و بیمارستان‌ها (ابوالفضل قنبری و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>معرفی آژانس‌های دارای خدمات پزشکی به بازار هدف (شالبافیان، ۱۳۹۴)</p>	<p>زیرساخت‌های دفاتر خدمات مسافرتی</p>

<p>استفاده از ظرفیت ترفیعی سفارتخانه‌ها برای معرفی پتانسیل‌های درمانی کشور (اصغر ضرابی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>ایجاد پرتال اطلاع‌رسانی در زمینه گردشگری سلامت (غلام عباس واحد پور و مهتاب جعفری، ۱۳۹۰)</p> <p>حضور فعال در همایش‌ها و نمایشگاه‌های گردشگری پزشکی منطقه‌ای بین‌المللی (مده کار و همکاران، ۲۰۱۴)</p> <p>ترتیب سفرهای آشناسازی برای گروه‌های هدف (استفانو و کوک، ۲۰۱۰)</p>	<p>تبلیغات، اطلاع‌رسانی و بازارپایایی</p>	<p>آموزش راهنمایان گردشگری فعال خصوصاً در زمینه خدمات گردشگری سلامت (امین بیدختی و اکرمی، ۱۳۹۳)</p> <p>آموزش و فرهنگ‌سازی گردشگری سلامت به مردم جامعه (فاطمه عزیزی و شمس سادات زاهدی، ۱۳۹۴)</p> <p>استخدام کارکنان ماهر و مجرب در خدمات سلامت و اسپاها (غلام عباس واحد پور و مهتاب جعفری، ۱۳۹۰)</p> <p>جذب و استخدام مترجم‌های مسلط به زبان‌های کشورهای بازار هدف گردشگری سلامت (مروتی و اسدیان، ۱۳۹۲)</p>	<p>زیرساخت‌های آموزش</p>
<p>وضع قوانین تسهیل‌کننده ورود و خروج افراد تحت درمان (حسن پور و عزیزی، ۱۳۹۳)</p> <p>ویزاهای پزشکی (فاطمه عزیزی و شمس سادات زاهدی، ۱۳۹۴)</p> <p>تسهیل کردن امکانات تبدیل ارز و پرداخت وجه به وسیله کارت‌های اعتباری بین‌المللی (فریده مصطفی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰)</p>	<p>تبلیغات و معرفی</p>	<p>وجود بیمه‌های درمان‌های خاص (مرتضی ایزدی و همکاران، ۲۰۱۲)</p> <p>وجود بیمه‌های خدمات پزشکی بین‌المللی (شالبافیان، ۱۳۹۴)</p>	<p>دفاتر خدمات بیمه‌ای</p>
		<p>احساس امنیت (هادی زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۲)</p> <p>ثبات سیاسی (مروتی و اسدیان، ۱۳۹۲)</p> <p>نبود جنگ‌های داخلی و خارجی (تبتوتی، ۱۳۸۵)</p>	<p>امنیت</p>

استخراج نقشه علی خبرگان و تحلیل آن

استخراج و تحلیل نقشه علی خبرگان دومین مرحله از فرآیند مدل‌سازی کیفی است. در این مرحله بار دیگر جدول تکمیلی به خبرگان ارائه گردید و پس از تأیید نهایی توسط خبرگان ماتریسی از عوامل مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت تهیه و به خبرگان ارائه گردید. خبرگان با نمره دهی از ۳- تا ۳+ چگونگی ارتباط بین عوامل و شدت هر یک از عوامل بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت را نشان داده و به این ترتیب ماتریس را تکمیل نمودند و بنابراین مدل ذهنی هر خبره به دست آمد. سپس نقشه‌نگاشتی هر خبره در نرم‌افزار معتبر CognizerTM ترسیم گردید و برای اطمینان از دقت فرآیند ثبت و استخراج مدل ذهنی خبرگان، نقشه علی ترسیم شده و به تأیید خبرگان مربوط رسانده شد. در این مرحله پس از آنکه مدل ذهنی خبرگان تعیین و تحلیل‌های اولیه در رابطه با آن انجام گرفت، امکان استخراج نقشه علی ادغامی برای مدل زیرساخت‌های گردشگری سلامت بررسی شده که این امر طی مراحل زیر صورت گرفته است:

بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصی خبرگان (سن، جنسیت، سابقه کار، میزان تحصیلات، نوع سازمان) و شاخص‌های پیچیدگی و قلمرو نقشه علی آن‌ها
 بررسی وضعیت تشابه یا فاصله بین نقشه علی خبرگان
 پاسخگویی به این موارد امکان‌پذیری ادغام نقشه‌های علی خبرگان برای دستیابی به نقشه علی ادغامی را نشان می‌دهد. برای پاسخ به سؤال‌های مختلف از آزمون‌های مختلف در نرم‌افزارهای متفاوتی استفاده شده است که به‌طور خلاصه به شرح زیر است:
 الف. آزمون کروسکال_والیس، آزمون یومن-وایت نی و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم-افزار spss.

ب. آزمون DR^۱ در نرم‌افزار Cognizer و آزمون QAP^۲ در نرم‌افزار Ucinet.

ج. تشکیل ماتریس‌های اولیه ادغامی در نرم‌افزار Excel و ترسیم آن‌ها در Cognizer با استفاده از تابع Aggregate و سپس تحلیل نقشه‌های ادغامی.

در این قسمت شاخص‌های پیچیدگی و قلمرو نقشه علی خبرگان از نرم‌افزار Cognizer استخراج می‌شود.

1. Distance Rate
2. Quadratic Assignment Procedure Correlation

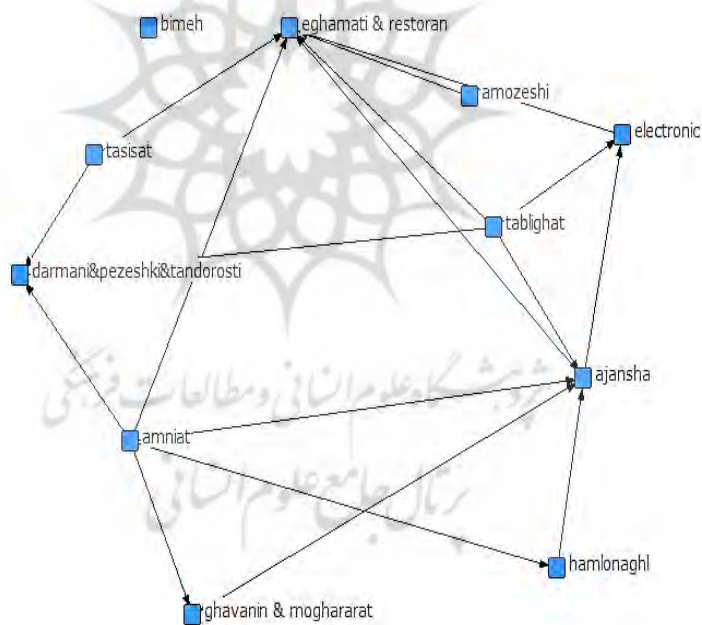
جدول (۲) شاخص‌های پیچیدگی و قلمرو نقشه‌های خبرگان گردشگری

متوسط شاخص قلمرو چگالی شدت روابط	شاخص‌های پیچیدگی			نقشه‌های علی
	چگالی نقشه	چگالی روابط	تعداد روابط	
۱۵ / ۱۸	۰ / ۸۳	۸ / ۲۷	۹۱	۱
۷ / ۸۲	۰ / ۸۶	۸ / ۶۴	۹۵	۲
۰ / ۶۴	۰ / ۸۴	۸ / ۳۶	۹۲	۳
۱۷ / ۵۵	۱	۱۰	۱۱۰	۴
۱۲ / ۵۵	۰ / ۷۴	۷ / ۳۶	۸۱	۵
۱۶ / ۹۱	۰ / ۷۹	۷ / ۹۱	۸۷	۶
۱۰ / ۷۳	۰ / ۷۲	۷ / ۱۸	۷۹	۷
۱۸ / ۳۶	۰ / ۸۳	۸ / ۲۷	۹۱	۸
۲۷ / ۴۵	۱	۱۰	۱۱۰	۹
۰ / ۴۵	۰ / ۵۹	۵ / ۹۱	۶۵	۱۰

سپس برای بررسی امکان ادغام نقشه‌های شناختی خبرگان با استفاده از آزمون اسپیرمن روابط بین ویژگی‌های شخصی خبرگان (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، نوع سازمان و سابقه کار) و شاخص‌های پیچیدگی و قلمرو نقشه‌های علی آن‌ها بررسی می‌شود.

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای شاخص پیچیدگی (تعداد روابط، چگالی روابط، چگالی نقشه) و شاخص قلمرو (کل شدت روابط) با ویژگی‌های شخصی خبرگان رابطه معناداری وجود ندارد. پیش از ادغام نقشه‌های علی خبرگان باید میزان تشابه یا فاصله بین نقشه‌های علی خبرگان را بررسی کرد با استفاده از دو روش همبستگی QAP و شاخص نسبت فاصله DR، درجه تشابه یا عدم تشابه بین نقشه‌های علی خبرگان تعیین می‌شود. در این پژوهش برای محاسبه نسبت فاصله بر اساس گروه نقشه‌ها در نرم‌افزار CognizerTM از فرمول مارکوکزی و گلدبرگ استفاده شده است که نشان‌دهنده میزان فاصله یا تفاوت بین نقشه‌های علی است؛ و سپس از آزمون همبستگی QAP در نرم‌افزار

UciNet برای بررسی همبستگی بین نقشه‌ها استفاده شده است. بررسی نتایج حاصله مربوط به تحلیل همبستگی QAP (داده‌های شباهت) و نسبت فاصله (داده‌های تفاوت) بین نقشه‌های علی خبرگان نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین نقشه‌های علی هر گروه از خبرگان وجود ندارد. با توجه به نتایج بررسی‌های بالا ادغام نقشه‌های شناختی خبرگان بلامانع تشخیص داده شد، از این رو می‌توان نسبت به ادغام نقشه‌های علی خبرگان و تلفیق نتایج حاصله در راستای ارائه مدل علی زیرساخت‌های گردشگری سلامت در استان یزد و به اشتراک گذاری اطلاعات اقدام کرد. بعد از اینکه داده‌های ماتریس ادغامی خبرگان در نرم‌افزار UciNet وارد شد، گراف ۳۰ درصدی آن به دست آمد که شکل آن در زیر آورده شده است. گراف ۳۰ درصدی در واقع مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت را از طریق نرم‌افزار UciNet نشان می‌دهد. جهت فلش‌ها بیانگر نحوه ارتباط بین متغیرها است که در شکل (۲) آمده است.



شکل (۱) گراف ۳۰ درصدی عوامل مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت در نرم‌افزار UciNet

Od	زیرساخت امنیت	زیرساخت تبلیات، اطلاع رسانی و بازاریابی	زیرساخت خدمات یه ای	زیرساخت قوانین و مقررات	زیرساخت آموزشی	زیرساخت خدمات درمانی، پزشکی، تدریس مسافرتی	زیرساخت وکام خدمات بهداشتی	زیرساخت تسلیات الکترونیکی	زیرساخت مراکز اقامتی و رستوران ها	زیرساخت حمل و نقل و گسترش راه ها	
10	16	1	5	6	5	14	21	10	9	0	زیرساخت حمل و نقل و گسترش راه ها
10	14	8	5	13	12	17	17	13	15	10	زیرساخت مراکز اقامتی و رستوران ها
10	9	9	10	14	9	18	15	5	0	8	زیرساخت الکترونیکی
10	6	6	9	7	15	21	5	0	1	14	زیرساخت تسلیات بهداشتی
10	11	17	17	19	18	15	0	4	21	15	زیرساخت وکام خدمات مسافرتی
10	11	10	13	16	11	0	7	17	15	11	زیرساخت خدمات درمانی، پزشکی، تدریس
10	12	9	9	9	0	9	15	9	10	9	زیرساخت آموزشی
10	16	7	16	0	14	16	19	6	11	11	زیرساخت قوانین و مقررات
10	16	10	0	12	6	18	12	6	8	15	زیرساخت خدمات یه ای
10	16	0	10	14	14	20	24	10	22	13	زیرساخت تبلیات، اطلاع رسانی و بازاریابی
10	0	17	6	20	10	21	22	11	17	21	زیرساخت امنیت
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	Id

شکل (۲) ماتریس ادغامی خبرگان

ادغام نقشه علی خبرگان

در ابتدا به تعداد خبره‌ها یعنی ۱۰ نفر، نقشه علی تشکیل شد. سپس رابطه بین ویژگی‌های شخصی خبرگان و شاخص‌های پیچیدگی و قلمرو و نقشه علی و هم‌چنین میزان تشابه یا فاصله بین نقشه علی خبرگان با استفاده از آزمون‌های معتبر موردبررسی قرار گرفت و در نهایت با توجه به نتایج آزمون‌ها مشخص شد که می‌توان نسبت به ادغام نقشه‌ای علی خبرگان اقدام کرد. شکل (۲) ماتریس ادغامی خبرگان را نشان می‌دهد اعداد این ماتریس میزان تأثیر هر متغیر بر دیگری را بر اساس نظر ۱۰ خبره نمایش می‌دهد و قطر اصلی این ماتریس، ۰ است زیرا دو متغیر مشابه روی هم اثری ندارند.

نتیجه‌گیری

با توجه به داده‌های حاصل از نقشه‌های ادغامی خبرگان، جهت تفسیر، نتایج در ۳ طیف ۰-۹ (ارتباط کم بین متغیرها)، ۱۰-۱۸ (تا حدودی ارتباط بین متغیرها)، بالای ۱۹ (ارتباط زیاد بین متغیرها)، تقسیم‌بندی شد.

در این قسمت مشخص می‌شود که کدام گره (متغیر) از سایر گره‌ها اهمیت بیشتری دارد و یا هر گره بر روی کدام گره و به چه میزان تأثیر دارد. در این پژوهش زیرساخت‌های عوامل امنیت، تبلیغات/ اطلاع‌رسانی/ بازاریابی، دفاتر خدمات مسافرتی، تأسیسات بهداشتی، قوانین و مقررات، آموزشی، الکترونیکی، حمل‌ونقل و گسترش راه‌ها برای بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت از زیرساخت‌های عوامل دیگر مهم‌تر شناخته شدند؛ بنابراین با توجه بیشتر به آن‌ها می‌توان گامی اساسی در جهت ایجاد و ارتقاء زیرساخت‌های گردشگری سلامت برداشت.

جدول (۳) عوامل نهایی مؤثر در بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت

ردیف	عوامل	شدت تأثیر
۱	تبلیغات، اطلاع‌رسانی و بازاریابی ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۵
۲	تبلیغات، اطلاع‌رسانی و بازاریابی ← دفاتر خدمات مسافرتی	۲۴
۳	امنیت ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۴
۴	امنیت ← دفاتر خدمات مسافرتی	۲۲
۵	تبلیغات، اطلاع‌رسانی و بازاریابی ← زیرساخت‌های الکترونیکی	۲۲
۶	زیرساخت‌های آموزشی ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۲
۷	امنیت ← زیرساخت‌های خدمات درمانی، پزشکی و تندرستی	۲۱
۸	امنیت ← زیرساخت‌های حمل‌ونقل و گسترش راه‌ها	۲۱
۹	دفاتر خدمات مسافرتی ← زیرساخت‌های الکترونیکی	۲۱
۱۰	تأسیسات بهداشتی ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۱
۱۱	تأسیسات بهداشتی ← خدمات درمانی، پزشکی و تندرستی	۲۱
۱۲	زیرساخت‌های الکترونیکی ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۱

۱۳	زیرساخت‌های حمل‌ونقل و گسترش راه‌ها ← دفاتر خدمات مسافرتی	۲۱
۱۴	امنیت ← قوانین و مقررات	۲۰
۱۵	تبلیغات، اطلاع‌رسانی و بازاریابی ← زیرساخت‌های خدمات درمانی، پزشکی و تندرستی	۲۰
۱۶	دفاتر خدمات مسافرتی ← مراکز اقامتی و رستوران‌ها	۲۰
۱۷	قوانین و مقررات ← دفاتر خدمات مسافرتی	۱۹
۱۸	دفاتر خدمات مسافرتی ← قوانین و مقررات	۱۹

بر اساس نتایج به‌دست آمده از عوامل نهایی مؤثر بر زیرساخت‌های گردشگری سلامت ۱۸ رابطه از امتیاز بالا برخوردار شده‌اند که بر اساس آن پیشنهادها و راهکارهایی بیان شده است. تأمین مالی برای فعال‌تر نمودن ستاد تبلیغات و برگزاری نمایشگاه‌های سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری در زمینه ترویج توانمندی‌های جمهوری اسلامی ایران در زمینه پزشکی و درمان و معرفی جاذبه‌های درمانی کشور در تمام محصولات فرهنگی توزیع شده در بازار هدف است.

ایجاد شبکه گسترده بازاریابی و فروش: با توجه به اهمیت بسزای دسترسی به بازار کشورهای هدف گردشگری سلامت، ایجاد دفاتر مشترک با شرکت‌های فعال در حوزه گردشگری درمانی در هر کشور، امکان فعالیت مشترک را در زمینه تبلیغات و بازاریابی، جذب بیمار، انجام امور اولیه مانند ارسال مدارک پزشکی، دریافت هزینه‌های اولیه، تنظیم برنامه سفر، دریافت بلیت و ویزا و... فراهم می‌کند. علاوه بر اینکه به خاطر حضور در کشور مبدأ و آشنایی با بازار هدف، برنامه‌های تبلیغات، متناسب با آن بازار طراحی و اجرا می‌شود که مؤثرتر خواهد بود.

ایجاد ویزاهای پزشکی با مدت زمان مورد نیاز برای گردشگر پزشکی.

ایجاد هتل‌های نزدیک به مراکز درمانی جهت رفاه حال گردشگران درمانی و همچنین در نظر گرفتن امکانات رفاهی برای همراهان گردشگران سلامت داخلی و خارجی.

تقویت سیستم حمل‌ونقل و استفاده از استانداردهای بین‌المللی و فناوری‌های نوین در احداث و بهره‌برداری جاده‌ها و زیرساخت‌های حمل‌ونقل جاده‌ای.

قرار دادن توصیه‌نامه‌های گردشگران سلامت در وبسایت‌ها با مشخصات (نام، نام خانوادگی، آدرس و ایمیل)، در نظر گرفتن امکانات رفاهی برای همراهان بیماران غیربومی.

ایجاد رستوران‌های سلامت با منوی غذایی مناسب گردشگران سلامت.

ایجاد امکان پرداخت‌های الکترونیکی با کارت‌های بین‌المللی برای گردشگران سلامت خارجی.

آموزش نیروی انسانی مرتبط با گردشگری سلامت که دربرگیرنده لیدرهای متخصص در زمینه گردشگری سلامت برای همراهی با گردشگران سلامت از زمان ورود تا زمان خروج و نیروی انسانی در بیمارستان‌ها که مهم‌ترین امر این آموزش تسلط به زبان‌های بین‌المللی.

ایجاد سیستم رزرواسیون خودکار برای گرفتن وقت ویزیت پزشکان متخصص برای گردشگران سلامت داخلی و خارجی.

تسهیل قوانین مجوزهای تورهای پزشکی و تندرستی و دادن مجوز برگزاری تورهای پزشکی و تندرستی توسط دفاتر خدمات مسافرتی.

ایجاد محیطی آرام و به‌دوراز استرس برای گردشگران پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها و تدارک امکانات لازم برای مشاوره پزشکی با بیمار خارجی قبل از اعزام بیمار.

عقد قرارداد با بیمه‌های بین‌المللی در خصوص ارائه خدمت به بیماران خارجی.

تهیه و تدوین تعرفه‌های درمانی به تفکیک نوع بیماری در چند سطح برای بیمار خارجی و داخلی که این سطوح با لحاظ کیفیت و نوع خدمات متفاوت است (به‌عنوان مثال بسته ارائه خدمت در بیمارستان درجه یک عالی با اتاق خصوصی و همراه در هتل ۵ ستاره یا بسته به ارائه خدمت در بیمارستان درجه یک با اتاق دوتخته و همراه در هتل ۳ ستاره، انتقال بیمار با آمبولانس هوایی و ...)

منابع

- اسعدی، میر محمد؛ برومند زاد، یاسمین؛ مالکی نژاد، آسیه. (۱۳۹۶). بررسی تحلیلی توسعه گردشگری سالمندی با رویکرد نگاشت شناختی (مورد مطالعه: استان یزد)، فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۶(۲۲)، ۷۷-۹۶.
- ایزدی، مرتضی. ایوبیان، علی. نصیری، طه. خبیری، نعمت‌الله. فاضل، مژگان. حسین پور فرد، محمدجواد. (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران، فرصت یا تهدید. مجله طب نظامی، ۱۴(۲)، ۶۹-۷۵.
- تقی زاده یزدی، محمدرضا. شامی زنجانی، مهدی. حقیقی، محمد. ابوهاشم آبادی، فرزانه. (۱۳۹۵). مؤلفه‌ها و محتوای وبسایت‌های تسهیل‌گر گردشگری پزشکی، فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۱(۳۳)، ۱-۱۸.
- آذر، عادل؛ خسروانی، فرزانه. جلالی، رضا. (۱۳۹۲). تحقیق در عملیات نرم رویکردهای ساختاردهی مسئله، سازمان مدیریت صنعتی، ۲۱۲-۱۹۳.
- حسن پور، محمود؛ عزیزی، عذرا. (۱۳۹۳). مطالعه تطبیقی وضعیت گردشگری درمانی ایران و جهان در استان قزوین راهبردهای توسعه محصول، دبیرخانه کمیسیون‌های تخصصی اتاق بازرگانی ایران، کمیسیون گردشگری و خدمات، شماره ۶۸.
- رضوی، سید مصطفی. اکبری، مرتضی. جعفر زاده، مرتضی. زالی، محمدرضا. (۱۳۹۲). بازکاوی روش تحقیق آمیخته، انتشارات دانشگاه تهران
- سقایی، مهدی؛ علیزاده، سید دانا. (۱۳۹۲). "امکان‌سنجی محصول گردشگری روستایی در شهرستان پاوه". فصلنامه فضای جغرافیایی، ۱۳(۴۱)، ۳۵-۲۰.
- شالباغیان، علی‌اصغر. (۱۳۹۴). گردشگری سلامت در رویکردی جامع. تهران: انتشارات مهکامه.
- شالباغیان، علی‌اصغر. (۱۳۸۵). راهکارهای توسعه گردشگری سلامت: با رویکرد گردشگری پزشکی. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه علامه طباطبائی.

ضرغامی فرد، مزگان. آذر، عادل. (۱۳۹۳). تحلیلی بر شیوه نگاشت شناختی در ساختار بندی داده‌های کیفی مطالعات سازمانی: فصلنامه‌ی مطالعات رفتار سازمانی، ۳(۱ و ۲)، ۱۸۵-۱۵۹.

ملکی، سعید. مودت، الیاس. (۱۳۹۳). تحلیلی بر توزیع و اولویت بندی زیرساخت گردشگری استان یزد با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی، نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، ۴(۳۴)، ۶۸-۴۷.

میر فخرالدینی سید حیدر، میر فخرالدینی فائزه السادات، صدر بافقی سید مهدی، (۱۳۹۱)، بررسی میزان رضایت‌مندی گردشگران درمانی شهر یزد و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر آن با روش تاپسیس فازی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰(۵): ۶۷۸-۶۶۸.

نعمتی، ولی. ابراهیم پور، حبیب. بابایی، یاور. عباسقلی زاده، ناطق. (۱۳۹۵). ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی مطالعه موردی: شهر اردبیل. ۷(۲)، ۱۳۳-۱۱۸.

Abubakar, A. M., & Ilkan, M. (2016). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, 1-10.

Alsharif, M., Labonte. R., & Zuxun, Lu. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 315-336.

A. Ayoubian. (2018). Health Tourism in Iran: Medical Tourism: Breakthroughs in Research and Practice, page 352-374

Ackermann, F., Eden, C., Cropper, S. (1992). Getting Started with Cognitive Mapping, vth Young OR Conference, University of Warwick, (13-15) pp.65-82.

Battistoni, G., Genco, M., Marsilio, M., Pancotti, ch. Rossi, S., & Vignetti, s. (2016). Cost-benefit analysis of applied research infrastructure, Evidence from health care. *Technological forecasting & social change*.

Creswell, John, *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*, sage, 2007. pp. 201-220.

Cassell, C., G. Simon. (2004). *Essential guide to qualitative methods in organizational research*, Sage Publications.

Cormany, D., & Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism management*, 32(4), 709-716.

Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726-732.

Collins, K.M.T. Onwuegbuzie, A.J. and Jiao, Q.G. (2007). A Mixed Methods Investigation of Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research. *Journal of Mixed Methods Research*. 13 July 200 267-294.

Eden, C., F. Ackermann (2004). Cognitive mapping expert views for policy analysis in the public sector, *European Journal of Operational Research*, 152(3), pp 615-630

Esiyok, B., Çakar, M. & Kurtulmuşoğlu, F. B. (2016). The effect of cultural distance on medical tourism. *Journal of Destination Marketing & Management*.

Gürçü.M, Tengilimoğlu.T.(2017).Health Tourism-Based Destination Marketing,*journal of Strategic Place Branding Methodologies and Theory for Tourist Attraction,chapter15,308-331.*

Hanefeld, J., Lunt, N., Smith, R., & Horsfall, D. (2015). Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science & Medicine*, 124, 356-363.

Huang, Y., & Coelho, V.R. (2017). Sustainability performance assessment focusing on coral reef protection by the tourism industry in the coral Triangle region. *Journal of Tourism management*, Vol.59, PP.510-527.

Maniklal Adhikary (The University of Burdwan, India) and Melisha Khatun (The University of Burdwan, India).(2017). Infrastructural Development: An Engine of Growth – An Empirical Study in SAARC Countries. *Handbook of Research on Economic, Financial, and Industrial Impacts on Infrastructure Development* , page1-22.

Medhekar,A.,Wong,H.,&Hall,J.(2015).Innovation in Medical Tourism Service Marketing: A Case of India.*journal of Hospitality, Travel, and Tourism: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications,1587-1605.*

Sourav Kumar Das, Tonmoy Chatterjee.(2017). Infrastructure and Tourism Development: A Panel Data Analysis. *Handbook of Research on Economic, Financial, and Industrial Impacts on Infrastructure Development* .pages 224-237.

Papageorgiou, E. I. and., Stylios, C. D. (2008). Fuzzy Cognitive Maps, in *Handbook of Granular Computing* (Eds W. Pedrycz, A. Skowron and V.Kreinovich), John Wiley & Sons Ltd,Chichester, UK.