

تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده‌بنیاد کلاسیک

عطاءاله هرندی* - دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی دانشگاه علامه طباطبائی
پیوند میرزائیان خمسه - کارشناس ارشد طراحی شهری، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۱۱

چکیده

گردشگری به‌عنوان یکی از صنایع ممتاز، دارای اهمیت فراوان است. امروزه درمان، از اهداف مهم گردشگری به‌شمار می‌رود و گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در دنیا رشد سریعی دارد. مسئله اصلی این پژوهش، دستیابی به مدل جذب گردشگر سلامت در ایران است. همچنین این تحقیق به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد که چه عوامل و مؤلفه‌هایی سبب جذب گردشگر سلامت در ایران می‌شوند و کارکرد این عوامل چیست. مطالعه پیش‌رو به روش کیفی و با اتکا بر فلسفه تفسیری نمادین، به دنبال یافتن چیستی و چرایی مدل جذب گردشگر سلامت در ایران است. به‌منظور تبیین استقرایی نظریه جذب گردشگر سلامت، از راهبرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک با کدگذاری باز، انتخابی و نظری استفاده شده است. داده‌ها به‌وسیله مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ نفر از گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد، از طریق نمونه‌گیری نظری و تا رسیدن به نقطه اشباع نظری جمع‌آوری شدند و پس از تحلیل باز، انتخابی و نظری، مدل جذب گردشگر سلامت کشور تبیین شد. مدل جذب گردشگر سلامت در ایران، شامل پنج مقوله اصلی است که عبارت‌اند از: کیفیت و ارزش‌آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برند شهری، خدمات درمان اسلامی، و زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری.

واژه‌های کلیدی: ارزش ویژه برند شهر، راهبرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک، گردشگر درمانی، گردشگر سلامت.

مقدمه

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، به‌عنوان تعریف سلامت در قرون گذشته مورد قبول و اجماع متفکران واقع شد (Braveman, 2013: 5). 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 (Schäfer, 2011: 8). در عصر جهانی‌شدن، بیماران در حال خرید خدمات مناسب سلامت در سرتاسر جهان هستند و این امر به توسعه گردشگری سلامت منجر شده است (Ramanna, 2006: 56). براساس تعریف سازمان جهانی گردشگری، یکی از اهدافی که گردشگر را به سفر ترغیب می‌کند، کسب سلامتی است. امروزه گردشگری به‌قدری در توسعه اقتصادی- اجتماعی کشورها اهمیت یافته است که اقتصاددانان آن را صادرات نامرئی نام نهاده‌اند. گردشگری به‌عنوان سومین صنعت جهان، اهمیت بسیار زیادی دارد. یکی از پتانسیل‌های گردشگری، سفر با هدف درمان است. گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، در چند سال اخیر رشد شگرفی داشته است. افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی به‌دلیل مسن‌شدن جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته، دردسترس‌بودن خدمات پیشرفته پزشکی باکیفیت و ارزان در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، لیست‌های طولانی انتظار برای عمل جراحی در کشورهای توسعه‌یافته و نبود بیمه درمانی، شایع‌ترین عوامل مسافرت پزشکی است. از طرفی در ایران به‌منظور تنوع‌بخشیدن به منابع رشد اقتصادی، قطع وابستگی از درآمدهای نفتی و نیز ایجاد فرصت‌های مختلف شغلی، توسعه صنعت گردشگری اهمیت دوچندان دارد، اما کشور ما با چالش‌ها و مسائل جدی در جذب گردشگران سلامت روبه‌روست. برخی از این چالش‌ها عبارت‌اند از: نبود برنامه مدون گردشگری پزشکی، ناکارآمدی دولت در حمایت از گردشگری پزشکی، زیرساخت‌های درمانی نیازمند ارتقاء، استانداردهای پایین هزینه‌های درمانی و اعتبار بیمارستان‌ها، همکاری اندک در مشارکت‌های بین‌بخشی در سطح کلان و عملیاتی، کم‌بودن منابع انسانی حرفه‌ای بخش سلامت، نبود بازاریابی منسجم و مؤثر در زمینه گردشگری پزشکی، نداشتن نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی و نبود نظام پاسخگویی به گردشگران ناراضی (Sadre Mommtaz and Agha-Rahimi, 2010: 520). با توجه به مطالب عنوان‌شده، مسئله اصلی این پژوهش، دستیابی به مدل جذب گردشگر سلامت در ایران است. همچنین این تحقیق به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد که چه عوامل و مؤلفه‌هایی سبب جذب گردشگر سلامت در ایران می‌شوند و کارکرد این عوامل چیست. تاکنون پژوهش‌هایی در حوزه گردشگری سلامت انجام گرفته است، اما بیشتر آن‌ها با رویکردی اثبات‌گرایانه و تحلیل مدل‌های غربی و غیربومی، به شناسایی عوامل مؤثر در این حوزه پرداخته‌اند. این مقاله، با مبنای فلسفی تفسیر نمادین و رویکردی کیفی، از طریق راهبرد تئوری داده‌بنیاد کلاسیک، عوامل مؤثر بر جذب گردشگر سلامت را با توجه به بستر و زمینه کشورمان شناسایی می‌کند. نتایج این پژوهش، به مدیران حوزه سلامت، گردشگری و دولت، در جهت طراحی و اتخاذ راهبردهای گردشگری سلامت کمک می‌کند. با توجه به مطالب عنوان‌شده، اهمیت پژوهش درباره گردشگر سلامت، منافع بسیار گردشگری سلامت، خلأ نظری، نبود نظریه‌های بومی مبتنی بر بستر در این حوزه و کاربرد نتایج آن برای مدیران و مسئولان حوزه سلامت و گردشگری، از دلایل انجام‌شدن این پژوهش است.

هدف این پژوهش، خلق الگوی داده‌بنیاد جذب گردشگر سلامت در ایران است. در این راستا، پرسش‌های پژوهش به شرح زیر است:

الف) نظریه جذب گردشگر سلامت در ایران چیست؟

ب) عناصر تشکیل‌دهنده مدل جذب گردشگر سلامت در ایران کدام‌اند؟

ج) کارکرد این عوامل، در جذب گردشگر سلامت ایران چیست؟

مبانی نظری

به‌طور کلی، از اوایل دهه ۱۹۷۰ گردشگری به‌عنوان یک صنعت، جایگاه خاصی در میان دیگر صنایع یافت. فلورانس نایتینگل از نخستین افرادی بود که در اواخر قرن ۱۹، گردشگری پزشکی را رواج داد. او بیماران را برای درمان، از چشمه‌های آب‌معدنی سوئیس، به چشمه‌های آب‌معدنی ترکیه که ارزان‌تر بودند، راهنمایی می‌کرد. در اوایل دهه هشتاد خورشیدی، برای نخستین بار در ایران وزارت بهداشت و درمان به این موضوع توجه کرد و پس از ادغام سازمان‌های میراث فرهنگی و ایران‌گردی و جهان‌گردی، گردشگری درمانی به‌صورت مستقل در ایران ایجاد شد (خسروآبادی، ۱۳۸۹: ۴۵). آشنایی با علوم پزشکی و انتقال دانش پزشکی مناطق دنیا، سبب به‌وجود آمدن شاخه‌ای از صنعت گردشگری به‌عنوان گردشگری سلامت شده است. در میان بخش‌های مختلف صنعت گردشگری، گردشگری سلامت اهمیت خاصی دارد و طبق اعلام بانک جهانی، سومین عرصه سرمایه‌گذاری در دنیا مربوط به این حوزه است. گزارش‌ها بیانگر آن است که درآمد گردشگری مالی و فعالیت‌های مربوط به صنعت گردشگری در سال ۲۰۰۴ در دنیا، بیش از ۴۰ میلیارد دلار بوده و در سال ۲۰۱۲ به ۷۵ بیلیون دلار رسیده است؛ درحالی‌که بین ۴ تا ۷ درصد گردشگران خارجی را گردشگران سلامت تشکیل می‌دهند (istta.ir).

گردشگری سلامت

گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به‌منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد (Connell et al, 2006: 342). گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه است (Carrea and Bridges, 2008: 203). در دهه گذشته، تلاش برای دستیابی به سلامت بیشتر در تعطیلات از طریق تمدد اعصاب، ورزش یا بازدید از چشمه‌های معدنی، با ظهور یک بخش متمایز در صنعت گردشگری، یعنی گردشگری پزشکی به سطحی جدید وارد شده است. در حقیقت، گردشگری سلامت، شاخه‌ای از گردشگری پزشکی است که به‌منظور حفظ، بهبود و کسب دوباره سلامت جسمی و ذهنی فرد، به مدت بیشتر از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد. به این ترتیب، یک گردشگر سلامت، با سفر از محل دائم زندگی خود می‌تواند از خدمات درمانی مقصد استفاده کند تا سلامت جسمی و روحی‌اش را به‌دست آورد. در این زمینه، جهانی‌شدن سلامت به‌معنای درنوردیدن مرزهای کشورها به‌وسیله بیماران با هدف درمان است. امروزه سلامت، پدیده‌ای جهانی است. تأسیس بیمارستان‌های چندملیتی، رقابتی‌شدن قیمت‌های درمانی در سطح دنیا، بین‌المللی‌شدن استانداردها و نزدیک‌شدن سطح فناوری‌های تخصصی کشورها، از جمله نشانه‌های جهانی‌شدن سلامت‌اند (Cook and Cook, 2007: 24). دلیل ناشناخته‌ماندن گردشگری پزشکی، نبود تبلیغات مناسب در خارج و حتی داخل کشور بوده است و در واقع، کار فرهنگی بسیار اندکی در این زمینه صورت گرفته است (Connell et al, 2006: 342). این در حالی است که ایران بیشترین ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها را در حوزه گردشگری سلامت در میان کشورهای اسلامی دارد. همچنین از نظر تنوع اقلیمی و جاذبه‌های سیاحتی و زیارتی، کشورمان دارای ظرفیت مناسبی برای جذب گردشگرهای درمانی است، اما متأسفانه کشوری مانند اردن در جذب گردشگری سلامت، بسیار موفق‌تر از ایران بوده است. از جمله ظرفیت‌های ایران می‌توان به چشمه‌های آب‌معدنی در بیشتر استان‌های کشور، مناطق کویری در قم، بخش‌های درمانی ناباروری در یزد، دندان‌پزشکی، مراکز دیالیز و انواع جراحی قلب، پلاستیک و چشم در مشهد و تهران اشاره کرد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵).

جهانی‌شدن یک محصول در کوتاه‌مدت، موجب افزایش یکپارچگی اقتصادی، وابستگی متقابل دولت‌ها و مناطق، و تسریع اثر رشد بازار بین‌المللی در خدمات بهداشتی می‌شود و تولیدات و تبادل آزادانه مردم و کالاها را در پی دارد؛ بنابراین،

در چنین شرایطی، افزایش حرکات برون مرزی، چالش‌های فراوانی را پیش روی حاکمیت و حفظ مراقبت از گردشگران درمانی (بیماران) قرار داده است (Lunt and Carrera, 2010: 28). با وجود این، گردشگری سلامت با صنعت چندمیلیارد دلاری گره خورده است و دلالت بر مسافرت افراد به خارج از محل سکونت خود، برای درمان به موقع و دسترسی ارزان به امکانات و خدمات بهداشتی و پزشکی دارد (Bristow et al, 2009: 70)؛ بنابراین، جهانی شدن بهداشت و درمان، شکل جدیدی از گردشگری است که عمدتاً به عنوان گردشگری سلامت شناخته می‌شود. همگام با توسعه گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی نیز به یکی از بخش‌های سریع تبدیل شده است و بسیاری از کشورها هم‌اکنون در حال ایجاد طرح‌های کاربردی و قانونی خدمات‌رسانی در این زمینه هستند. کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمدهای بالاتر، انتقال فناوری و دانش و کاهش هزینه‌ها بر اثر رقابت کشورهای رقیب، همگی از عوامل اساسی هستند که سبب سفر کردن گردشگران درمانی به کشورهای دور به منظور استفاده از خدمات پزشکی این کشورها می‌شوند. این صنعت، اکنون با سودآوری در سطح جهان، به یکی از بازارهای پررونق گردشگری تبدیل شده است؛ بنابراین، تعداد کشورهایی که خواهان ایجاد تسهیلات و خدمات درمانی برای گردشگران خارجی هستند، رو به افزایش است (Bookman and Bookman, 2008: 126). از طرفی نباید فراموش کرد که گردشگری پزشکی، از جهاتی ممکن است نگرانی‌های اخلاقی متعددی از جمله تشدید نابرابری‌های سلامت در کشور مقصد و اختلال در تداوم مراقبت برای بیماران را نیز به همراه داشته باشد.

گردشگری سلامت در ایران

ایران از جمله کشورهایی است که در کسب درآمدهای ارزی به نفت وابسته است؛ در حالی که می‌تواند با استفاده از فرصت‌ها و توانمندی‌های خود در گردشگری و نیز گردشگری پزشکی، به درآمدهای ارزی خود بیفزاید. در این راستا، توجه به فرصت‌ها و چالش‌های کشور در زمینه گردشگری برای جذب سرمایه و گردشگران، ضروری به نظر می‌رسد. ایران با داشتن آب‌وهوایی چهار فصل، جاذبه‌های بی‌شمار گردشگری، تاریخی، مذهبی، طبیعی و درمانی، فرصت‌های متعددی برای جذب گردشگر دارد. پایین بودن هزینه‌های درمانی در مقیاس جهانی و منطقه‌ای، از جمله مؤلفه‌های مثبت در ورود گردشگران پزشکی به ایران به شمار می‌رود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، بنیادی- کاربردی است و با جهت‌گیری اکتشافی، کیفی به شمار می‌رود. راهبرد مورد استفاده، نظریه داده‌بنیاد کلاسیک است. اطلاعات به روش کتابخانه‌ای و مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختارمند از گردشگران سلامت کلان‌شهر مشهد گردآوری شده است.

جدول شماره ۱: روش پژوهش

حجم نمونه	روش نمونه‌گیری	جامعه آماری	روش گردآوری داده‌ها	راهبرد پژوهش	نوع پژوهش			فلسفه
					هدف	نتیجه	رویکرد	
۲۰ نفر	نظری تا رسیدن به نقطه اشباع	گردشگران سلامت کلان‌شهر مشهد	مصاحبه نیمه ساختاریافته	نظریه داده‌بنیاد کلاسیک	هدف	بنیادی- کاربردی	اکتشافی	تفسیری نمادین

جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد است. نمونه‌گیری به صورت نظری و با گفتمان کاوی مصاحبه نیمه ساختاریافته، از ۲۰ نفر در جامعه پژوهش صورت گرفته است. نمونه‌گیری نظری^۱،

نوعی نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی است که پژوهشگر را در خلق یا کشف نظریه یا مفاهیمی که ارتباط نظری آن‌ها با نظریه در حال تکوین اثبات شده است، یاری می‌رساند. در نمونه‌گیری نظری، به اسناد خاص اکتفا نمی‌شود و نمونه‌گیری، از رویدادها و پدیده‌ها صورت می‌گیرد. بدین ترتیب، اگر به سراغ سند مشخصی می‌رویم، با هدف کاوش رویدادهایی است که نشانگر مقوله‌های گوناگون مربوط به پدیده مورد بررسی هستند. راهنمای نمونه‌گیری نظری، پرسش‌ها و مقایسه‌هایی هستند که با تجزیه و تحلیل بروز می‌یابند و موجب می‌شوند مقوله‌های مناسب، خصوصیات و ابعاد آن‌ها کشف شوند. نمونه‌گیری تا زمانی ادامه می‌یابد که مقوله‌ها به اشباع برسند. اشباع نظری، مرحله‌ای است که در آن، داده‌ای به مقوله قبلی اضافه نشود و روابط میان مقوله‌ها تغییر نیابد (خاشعی و هرندی، ۱۳۹۴: ۷۸). برای این مطالعه و با استفاده از نمونه‌گیری نظری و تا رسیدن به اشباع نظری، با ۲۰ نفر از گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد، در مجموعه بیمارستانی رضوی، مصاحبه باز و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۲ آمده است. سپس با بررسی و تحلیل مصاحبه‌ها، با استفاده از راهبرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک، مدل جذب گردشگر سلامت تبیین شد.

جدول شماره ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

سن	نفر
۲۰-۳۰ سال	۵ نفر
۳۰-۵۰ سال	۱۱ نفر
بالاتر از ۵۰ سال	۴ نفر
جنسیت	نفر
زن	۱۲ نفر
مرد	۸ نفر
ملیت	نفر
تاجیکستان	۱ نفر
پاکستان	۳ نفر
امارات	۴ نفر
کویت	۶ نفر
عمان	۴ نفر
افغانستان	۲ نفر

نظریه داده‌بنیاد^۱، شیوه‌ای از پژوهش کیفی است که در آن، با استفاده از دسته‌ای از داده‌ها، نظریه‌ای تکوین می‌یابد. ایده اصلی این راهبرد آن است که نظریه‌پردازی، از داده‌های در دسترس ناشی نمی‌شود، بلکه براساس داده‌های حاصل از تعامل مشارکت‌کنندگان با پدیده مورد نظر که فرایند پژوهش را تجربه کرده‌اند، ایجاد و مفهوم‌سازی می‌شود. بر پایه این رویکرد، نخستین کار کلیدی پژوهشگر، کشف راه‌های جدید به‌منظور معنادار کردن به دنیای اجتماعی است. دوم اینکه هدف تحلیل در این‌گونه مطالعات، ایجاد یک تئوری، یعنی فراهم کردن چارچوب رسمی برای درک پدیده مورد بررسی است. این تئوری باید به‌وسیله داده‌ها زمینه‌دار شود، نه آنکه بر آن تحمیل شود. به بیان دیگر، نظریه داده‌بنیاد، به‌طور اساسی روشی برای تحلیل داده‌هاست و تکنیکی برای گردآوری داده‌ها به‌شمار نمی‌رود. به همین دلیل است که فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، به‌صورت هم‌زمان و در قالب مسیری رفت و برگشتی به انجام می‌رسد (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۸۶: ۸۲). هدف این راهبرد، پررنگ کردن رویکرد استقرایی در پژوهش بوده است؛ زیرا در پی ایجاد نظریه از طریق داده‌های جمع‌آوری شده است و به بررسی ادبیات پژوهش و سپس آزمون نظریه تدوین شده نمی‌پردازد. در دهه گذشته، استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد گسترش یافت، اما تفاوت‌های موجود بین دو بنیان‌گذار این راهبرد، به شکل‌گیری دو شیوه متفاوت از آن منجر شد. یکی روش گلاسر که به‌دلیل وفاداری وی به روش آغازین، از آن به نظریه داده‌بنیاد کلاسیک یاد

می‌شود و دیگری روش استراوس که به‌طور معمول نظریه داده‌بنیاد استراوسی نامیده می‌شود و در محافل آکادمیک کشور نیز بسیار رایج است (Heath and Cowley, 2004: 147). نقدهای بسیاری به روش استراوسی وارد شده است و حتی بسیاری بر این باورند که روش کلاسیک، روش نظریه داده‌بنیاد واقعی است (Rupsiene and Pranskuniene, 2010: 15). از مهم‌ترین انتقادهای بجا، کدگذاری محوری و چارچوب‌بندی ازپیش تعیین‌شده ذهن پژوهشگر است. در روش استراوسی، نظریه براساس یک کد نظری پیش‌پنداشته مرتب می‌شود. در حقیقت، محقق به‌دنبال یافتن کدهایی برای مقوله‌های زمینه‌ای، مداخله‌گر، شرایط علی و... است و این موضوعی است که با روش اصلی مغایرت دارد؛ چراکه گلاسر توضیح می‌دهد که یکپارچه‌شدن نظریه، زمانی مطلوب است که مانند مفاهیم، خودش ظاهر شود. تبیین نظریه هرگز نباید از کنارهم‌گذاردن و دسته‌بندی حاصل شود.

در راهبرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک، داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر می‌شوند. تحلیل داده‌ها در فرایند رفت‌وبرگشت موضوعی به انجام می‌رسد و نظریه تبیین می‌شود. داده‌های به‌دست‌آمده از اسناد و منابع، در قالب کدگذاری باز، انتخابی و نظری دسته‌بندی می‌شوند تا درنهایت، پارادایمی منطقی^۱ یا تصویری عینی از نظریه خلق شده ارائه شود (هرندی، ۱۳۹۳: ۱۷۵).

محدوده مورد مطالعه

این پژوهش، ابتدا با مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ آغاز شد. هم‌زمان با گردآوری داده‌ها، همه مصاحبه‌ها تحلیل و به‌وسیله کدگذاری باز نگارش شدند. مصاحبه تا رسیدن به نقطه اشباع نظری با ۲۰ نفر ادامه یافت. سپس این مصاحبه‌ها در کدگذاری باز، به کدهای بنیادی (مقوله) تحلیل و تفسیر شدند؛ زیرا در راهبرد داده‌بنیاد، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده، به‌صورت رفت و برگشتی و هم‌زمان صورت می‌پذیرد. همچنان‌که داده‌ها جمع‌آوری می‌شد، بازبینی و بررسی آن نیز به‌صورت مقایسه‌ای و فرایند رفت و برگشتی صورت می‌گرفت. سپس مفاهیم از ارتباطات میان مقوله‌ها در کدگذاری انتخابی، ساخته و به‌صورت نظری و تحلیلی در کدگذاری انتخابی به مفهوم اصلی مرتبط شدند. در گام آخر و در کدگذاری نظری، نظریه جذب گردشگران سلامت ارائه و در بخش جمع‌بندی، بحث‌های تکمیلی و تبیین‌های آن مطرح شد.

به‌منظور اطمینان از روایی و پایایی پژوهش و به‌عبارتی دقیق‌بودن یافته‌ها از منظر پژوهشگر و خوانندگان، گزارش اقدامات زیر انجام شد:

- تطبیق به‌وسیله اعضا: فرایند تحلیل داده‌ها، مدل نهایی و گزارش نهایی به‌وسیله مصاحبه‌شوندگان و مشارکت‌کنندگان در تحقیق، بررسی، بازبینی و تأیید شد.
- بررسی همکار^۲: سه تن از استادان حوزه مدیریت گردشگری و دو تن از دانشجویان دکتری گردشگری، به بررسی یافته‌ها، کدها، مفاهیم و مدل نهایی پرداختند و پس از اعمال دیدگاه‌های کارشناسانه آن‌ها، مدل نهایی تأیید شد.
- مشارکتی‌بودن پژوهش: هم‌زمان از مصاحبه‌شوندگان و استادان و کارشناسان حوزه گردشگری و متخصصان حوزه سلامت درخواست می‌شد که در فرایند تحلیل و تفسیر داده‌ها، محققان را یاری رسانند و از کمک‌های آنان بهره گرفته شد.
- پایایی پژوهش: با تهیه و به‌کارگیری چارچوبی مدون و باثبات به‌منظور بررسی و تحلیل و نمونه‌گیری نظری در منابع، پس از تأیید استادان و صاحب‌نظران علم گردشگری و متخصصان حوزه سلامت و روش تحقیق و اطمینان از کارایی آن در پوشش اهداف پژوهش مدنظر قرار گرفت.

1. Logical paradigm
2. Member checking
3. Peer examination

بحث و یافته‌ها

کدگذاری باز

در ادامه، خلاصه‌ای از عبارت‌ها، مقوله‌ها و کدگذاری باز در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: کدگذاری باز

مقوله	عبارت	کد
کیفیت بیمارستان‌ها	کیفیت زیرساختی و امکانات بیمارستان‌های مشهد به‌ویژه بیمارستان رضوی فوق‌العاده است و من از بستری شدن در این بیمارستان احساس رضایت می‌کنم.	VA001
تجهیزات درمانی باکیفیت و روزآمد	تجهیزات پزشکی بیمارستان‌های مشهد، کامل، جدید و مطابق با استانداردهای جهانی است.	VA002
تنوع تخصص‌های درمان	تخصص‌های درمانی متعدد و متنوعی در شهر مشهد وجود دارد.	VA003
کیفیت نیروی درمان	پزشکان بیمارستان‌های مشهد، از تخصص، تجربه، وجدان و مهارت بسیار بالایی برخوردارند و خطای تجویز آن‌ها نادر است.	VA004
هزینه درمان	هزینه‌های درمان در مشهد بسیار ارزان‌تر از سایر کشورهاست.	VA005
صف درمان و پاسخگویی	زمان انتظار و صف درمان در بیمارستان‌های مشهد بسیار کم است. بیماران به‌سرعت بستری می‌شوند و فرایند درمان آنان آغاز می‌شود.	VA006
تعدد و تنوع مراکز درمانی	تعداد بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها، فیزیوتراپی و سایر مراکز درمانی، زیاد و در دسترس است.	VA007
طب اسلامی	متخصصان طب اسلامی در این شهر بسیار باتجربه‌اند و از مهارت بالایی برخوردارند.	VA008
درمان گیاهی	گیاهان دارویی و مراکز فروش داروهای گیاهی، زیاد و در دسترس هستند.	VA009
زیرساخت حمل‌ونقل	راه‌های حمل‌ونقل هوایی و ریلی به شهر آسان و در دسترس است و کیفیت و قیمت مطلوبی دارد.	VA010
خدمات گردشگری و مسافرتی سلامت	آژانس‌های مسافرتی و دفاتر خدمات گردشگری که ارائه‌کنندهٔ پکیج‌های گردشگری سلامت هستند، در این شهر خدمات بسیار مفید و ارزنده‌ای به گردشگران ارائه می‌کنند.	VA011
اماکن اقامتی	شهر مشهد دارای هتل‌ها، مسافرخانه‌ها و اماکن اقامتی بسیار باکیفیت و متنوع برای تمامی سلیقه‌ها، با هزینه‌های متنوع است.	VA012
خدمات مالی و بانکی	مؤسسات بانکی و مالی مشهد، سبب سهولت انتقال وجه از سایر کشورها شده‌اند و این امر برای انتقال وجه هزینه‌های درمان بسیار مفید و ضروری است.	VA013
خدمات بیمه	مؤسسات بیمه، تسهیلات مناسبی در اختیار گردشگران سلامت در مشهد ارائه می‌کنند.	VA014
جاذبه‌های مذهبی و گردشگری	شهر مشهد دارای جاذبه‌های مذهبی و گردشگری و تفریحی است که گردشگران سلامت می‌توانند دوران بیماری و نقاهت پس از آن را در آنجا سپری کنند.	VA015
تصویر برند شهر	شهر مشهد به‌خاطر حرم مطهر رضوی، همواره از جایگاه ویژه‌ای در ذهن من به‌عنوان مقصدی برای سفر برخوردار بوده است.	VA016
کیفیت ادراک‌شده از برند شهر	مدیریت شهری و امکانات زیرساختی شهر ملموس و برجسته است.	VA017
تداعی از برند شهر	مشهد همواره به‌عنوان شهری مذهبی، معنوی، تمیز و مجهز در ذهن من بوده است و اکنون نیز متخصصان پزشکی شهر، تصاویر ذهنی مرا ارتقا بخشیده‌اند.	VA018
وفاداری به برند شهر	در گذشته نیز چندین مرتبه به شهر مشهد سفر کرده بودم. همواره مسافرت و خاطراتم را برای دیگران تعریف می‌کنم و سفر به این شهر را به آنان توصیه می‌کنم.	VA019
مدیریت شهری	رستوران‌ها، هتل‌ها، بیمارستان‌ها، خدمات زیرساختی درمان و حمل‌ونقل، همگی به‌صورت مطلوبی سازمان‌دهی شده‌اند.	VA020
امنیت شهری	ایران و به‌خصوص شهر مشهد را مقصدی امن برای درمان می‌دانم.	VA021
ثبات سیاسی	شرایط سیاسی کشور ایران و شهر مشهد را مطلوب و باثبات ارزیابی می‌کنم.	VA022
دسترسی آسان	رسیدن و مسافرت کردن به شهر مشهد آسان است و با هزینه مناسب و کیفیت مطلوب صورت می‌پذیرد.	VA023
مهمان‌نوازی	مردم مشهد مهمان‌نواز هستند.	VA024
انسان‌دوستی کادر درمان	پزشکان و پرستاران مشهد مهربان، انسان‌دوست هستند و برخورد آنان با بیماران، همواره با محبت، انسانیت و لطف همراه است.	VA025
تبلیغات دهان‌به‌دهان	اقوام و دوستانم و پزشکان کشورم به من توصیه کردند که مشهد را به‌عنوان مقصد درمانی انتخاب کنم.	VA026
تبلیغات چندرسانه‌ای	با تبلیغاتی که در بیمارستان‌ها، نشریات و آژانس‌های مسافرتی کشورم شده بود، با ظرفیت درمانی مشهد آشنا شدم و آن را به‌عنوان مقصد درمانی انتخاب کردم.	VA027
معنویت	مشهد، شهری معنوی است که از بودن در آن احساس آرامش می‌کنم.	VA028
ارتباط با کادر درمان	اطلاعات پزشکان و متخصصان مشهد در دسترس است و ارتباط با آنان قبل از سفر آسان است.	VA029
موقعیت جغرافیایی	به نظر من مشهد در منطقه، بهترین مقصد و نزدیک‌ترین مقصد برای درمان بود.	VA030

کدگذاری محوری

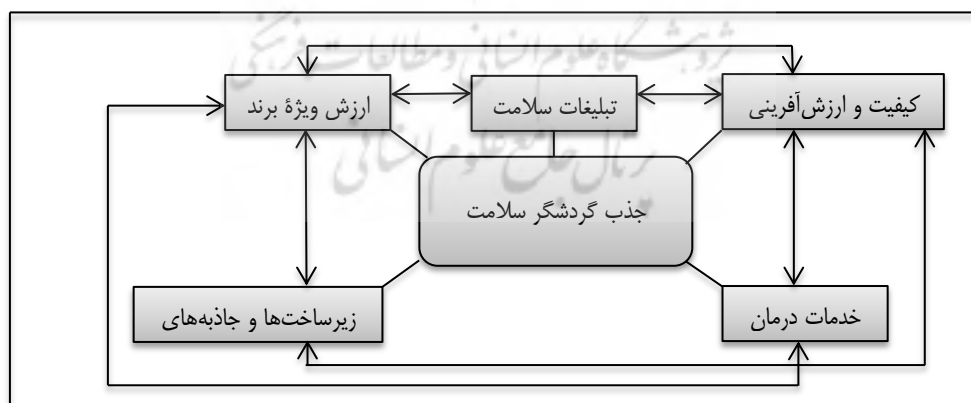
در این مرحله، مفاهیم از دل ارتباط میان مقوله‌ها و در فرایند کدگذاری انتخاب ارائه می‌شوند. جدول ۴ نشانگر ارتباط میان کدها، مقوله‌ها و مفاهیم با یکدیگر است.

جدول شماره ۴: کدگذاری انتخابی

مفاهیم	مقوله‌ها	کدها
کیفیت و ارزش آفرینی خدمات درمانی	کیفیت بیمارستان، تجهیزات درمانی باکیفیت و روزآمد، تنوع تخصص‌های درمانی، کیفیت نیروی درمان، هزینه درمان، صف درمان و پاسخگویی، تعداد و تنوع مراکز درمانی، انسان‌دوستی کادر درمان و ارتباط با کادر درمان از سایر کشورها	VA001- VA002- VA003- VA004- VA005- VA006- VA007- VA025- VA029
خدمات درمانی اسلامی	طب اسلامی، درمان گیاهی	VA008- VA009
زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری سلامت	زیرساخت حمل‌ونقل، خدمات گردشگری و مسافرتی سلامت، اماکن اقامتی، خدمات مالی و بانکی، خدمات بیمه، جاذبه‌های مذهبی و گردشگری، مدیریت شهری، امنیت شهر، ثبات سیاسی، دسترسی آسان، مهمان‌نوازی مردم شهر، معنویت شهر، موقعیت جغرافیایی	VA012- VA011- VA010- VA015- VA014- VA013- VA022- VA021- VA020- VA023- VA028- VA024- VA030
ارزش ویژه برند شهر	تصویر برند شهر، کیفیت ادراک‌شده از برند شهر، تداعی از برند شهر، وفاداری به برند شهر	VA016- VA017- VA018- VA019
تبلیغات سلامت	تبلیغات دهان‌به‌دهان، تبلیغات چندرسانه‌ای	VA026- VA027

مدل جذب گردشگر سلامت (کدگذاری نظری)

کدگذاری نظری، چگونگی ارتباط مقوله‌ها با یکدیگر را مفهوم‌سازی می‌کند. به‌طور معمول در زمان مرتب‌سازی و یکپارچه‌کردن کدها، گراف اولیه کدگذاری نظری شکل می‌گیرد. کدگذاری باز و انتخابی، به طبقه‌بندی و درواقع تکه‌تکه کردن داده‌ها می‌پردازد، اما در این مرحله و از طریق کدگذاری نظری، مفاهیم را به یکدیگر ارتباط می‌دهیم تا مدل نهایی جذب گردشگر سلامت ترسیم شود.



شکل شماره ۱: مدل جذب گردشگر سلامت

کیفیت بیمارستان، تجهیزات درمانی باکیفیت و روزآمد، تنوع تخصص‌های درمانی، کیفیت نیروی درمان، هزینه درمان، صف درمان و پاسخگویی، تعداد و تنوع مراکز درمانی، انسان‌دوستی کادر درمان و ارتباط با کادر درمان از سایر کشورها سبب ارتقای ارزش آفرینی درمان در ایران شده است که خود بر ارزش ویژه برند شهری در مشهد و ارتقای کیفیت خدمات درمان اسلامی مؤثر است.

توسعه طب اسلامی و درمان گیاهی در ایران، به توسعه خدمات درمانی اسلامی و سنتی منجر شده و به جذب گردشگران کشورهای اسلامی انجامیده است، اما نباید فراموش کرد که جذب گردشگر سلامت، بدون زیرساخت‌ها و جاذبه‌های مناسب گردشگری موفق نخواهد بود. زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری، بر تمامی مقوله‌های مدل جذب گردشگر سلامت مؤثرند. زیرساخت حمل‌ونقل، خدمات گردشگری و مسافرتی سلامت، اماکن اقامتی، خدمات مالی و بانکی، خدمات بیمه، جاذبه‌های مذهبی و گردشگری، مدیریت شهری، امنیت شهر، ثبات سیاسی، دسترسی آسان، مهمان‌نوازی مردم شهر، معنویت شهر و موقعیت جغرافیایی از زیرمقوله‌های مقوله اصلی زیرساخت و جاذبه‌های گردشگری به‌شمار می‌روند.

تصویر برند شهر، کیفیت ادراک‌شده از برند شهر، تداعی از برند شهر و وفاداری به برند شهر، سبب ارتقای ارزش ویژه برند شهر شده است که خود در جذب گردشگر سلامت تأثیر بسزایی دارد و همان‌گونه که در این پژوهش مشخص شد، بسیاری از پاسخگویان به دلیل تصویر مثبتی که از برند شهر در ذهن داشتند، مشهد را به‌عنوان مقصد درمانی انتخاب کرده بودند. سیاست جامع و نهایی در جذب گردشگر سلامت، تبلیغات سلامت است. در حقیقت، ارزش‌آفرینی سلامت، خدمات درمانی اسلامی، زیرساخت‌ها و جاذبه‌ها و ارزش ویژه برند شهری باید با تبلیغات سلامت و توسعه رسانه‌ای اطلاع‌رسانی شوند و این اطلاع‌رسانی باید به‌صورت هدفمند، آدرس‌دار و مشخص باشند. تبلیغات دهان‌به‌دهان و تبلیغات چندرسانه‌ای، دو ابزار بسیار مهم در تبلیغات سلامت هستند و نقش بسزایی در ارتقای جذب گردشگر سلامت دارند.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش، مدل ایرانی جذب گردشگر سلامت، با استفاده از راهبرد نظریه داده‌بنیاد کلاسیک تبیین شد. همان‌گونه که از تحلیل داده‌ها مشخص شد، کیفیت و ارزش‌آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برند شهر، زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری و خدمات درمانی اسلامی، از جمله ابعاد مؤثر در جذب گردشگر سلامت هستند.

افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی، به دلیل مسن‌شدن جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته، در دسترس بودن خدمات پیشرفته پزشکی باکیفیت و ارزان در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، لیست‌های طولانی انتظار برای عمل جراحی در کشورهای توسعه‌یافته و نداشتن بیمه درمانی، شایع‌ترین عوامل مسافرت پزشکی است. امروزه صنعت گردشگری درمانی در جهان، بالاتر از صنایع نفت و طلا قرار دارد و کم‌هزینه و پردرآمد است. اهمیت بخش گردشگری درمانی، فقط در جذب گردشگر نیست، بلکه این حوزه قابلیت آن را دارد که موقعیت و جایگاه ایران را نیز از نظر علمی، سیاسی، اجتماعی و منطقه‌ای تقویت کند. ایران در سال ۱۳۸۳ توانست تقریباً ۱۲۰۰۰ بیمار خارجی را پذیرش کند که این میزان در سال ۱۳۸۴ به ۱۷،۵۰۰ نفر افزایش یافت. به‌طور متوسط، هر گردشگر پزشکی بین ۳ تا ۴ هزار دلار در کشور هزینه می‌کند.

در زمینه گردشگری درمانی و جذب گردشگران سلامت، همواره باید به چهار عامل اساسی توجه داشت که عبارت‌اند از: توانمندی‌های شاغلان حرفه پزشکی، فناوری‌های روز و استانداردهای جهانی، اقتصاد درمان و هزینه‌های درمانی و مقررات داخلی کشورها. در این پژوهش، به مدلی بومی در حوزه جذب گردشگران سلامت رسیدیم. این مدل در حقیقت، طرحی نوین از جذب گردشگر سلامت با توجه به بستر کشور است و با مطالعات افسون (۲۰۱۴)، براومن (۲۰۱۳)، چو و همکاران (۲۰۱۲) و کوک و کوک (۲۰۰۷) هم‌راستاست.

ایران در موارد فوق، در مقایسه با کشورهای همسایه و خاورمیانه، از توانمندی‌های بالاتری برخوردار است، اما متأسفانه تبلیغات مناسبی برای شناسایی توانمندی‌های پزشکی و گردشگری ایران در خارج از کشور صورت نگرفته است. در این امر، رسانه‌های دولتی و سفارتخانه‌ها می‌توانند نقش مؤثری داشته باشند.

مهم‌ترین مزیت رقابتی ایران این است که هزینه‌های درمانی در ایران، نه تنها با کشورهای توسعه‌یافته، بلکه با کشورهای در حال توسعه نیز قابل رقابت است. هزینه بیشتر مداخلات درمانی در ایران، در مقایسه با کشورهای منطقه بسیار پایین و در حدود پنجاه درصد است. در منطقه خاورمیانه، ترکیه، اردن، عربستان سعودی و امارات متحده، از رقبای جهانی و منطقه‌ای ایران هستند. ایران به دلیل تقاضای بالای داخلی انواع جراحی زیبایی به ویژه جراحی بینی، از شهرت جهانی برخوردار است. همچنین ایران به دلیل برخورداری از فضای فرهنگی مناسب، قرار گرفتن در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا و نیز مجاورت با کشورهای اسلامی متعدد، تقاضای بالایی از سوی کشورهای مسلمان برای انجام شدن خدمات درمانی دارد. همچنین با داشتن آب‌وهوایی مطبوع و طبیعت چهار فصل و جاذبه‌های گردشگری، تاریخی، مذهبی، فرهنگی و مراکز مدرن و مجهز درمانی، به ویژه در کشورهای منطقه شهرت جهانی دارد.

مطابق گزارش دفتر بررسی بازار و خدمات سازمان توسعه تجارت ایران، با ترسیم افق صنعت گردشگری سلامت در ایران، در سال ۱۴۰۰ می‌توان کشور را به یکی از قطب‌های اصلی این صنعت در منطقه تبدیل کرد. از این رهگذر، نه تنها از میزان خروج ارز کاسته می‌شود، بلکه درآمد ارزی بالایی حاصل می‌شود و زمینه اشتغال‌زایی مستقیم و غیرمستقیم و جذب سرمایه‌گذاری فراهم می‌آید. این در حالی است که کمتر از نیمی از بیمارستان‌های خصوصی مجهز و پیشرفته، در تهران قرار دارند و بعد از تهران، شیراز، مشهد و تبریز، از عمومی‌ترین مقاصد برای مسافرت‌های درمانی به‌شمار می‌روند.

منابع

۱. پاکزاد، جهان‌شاه (۱۳۸۹) مبانی نظری و فرایند طراحی شهری، انتشارات شهیدی، تهران.
۲. خاشعی، وحید و عطاءالله هرنندی (۱۳۹۴) تبیین مدل کنترل راهبردی در صنعت توزین: با استفاده از تئوری داده‌بنیاد کلاسیک، فصلنامه مطالعات مدیریت راهبردی، سال ششم، شماره ۲۲، صص ۶۱-۸۰.
۳. خسروآبادی، قاسم (۱۳۸۹) گردشگری سلامت و تجربه برخی کشورهای پیشرو در این صنعت، مرکز تحقیق، توسعه و سیاست‌گذاری درمان، تهران.
۴. دانایی‌فرد، حسن و سیدمجتبی امامی (۱۳۸۶) راهبردهای پژوهش کیفی: تأملی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، دوفصلنامه اندیشه مدیریت راهبردی، سال اول، شماره ۲، صص ۶۹-۹۷.
۵. رحیم‌نیا، فریبرز، فاطمی، زهرا و عطاءالله هرنندی (۱۳۹۲) بررسی آثار متقابل ابعاد ارزش ویژه برند مبتنی بر مشتری (مورد مطالعه: هتل‌های پنج‌ستاره کلان‌شهر مشهد)، نشریه مدیریت بازرگانی، دوره پنجم، شماره ۴، صص ۱-۲۰.
۶. صدرممتاز، ناصر و زهرا آقارجمی (۱۳۸۹) صنعت گردشگری پزشکی در ایران، راهکارهایی برای توسعه، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره هفتم، شماره ۴، صص ۵۱۶-۵۳۹.
۷. فرهنگی، علی‌اکبر، کروی، مهدی و فراز صادق وزیری (۱۳۹۴) نظریه داده‌بنیاد کلاسیک؛ شرح مراحل تولید نظریه مرکز ثقلی هویت برند گردشگری سلامت ایران، فصلنامه مدیریت بازرگانی، دوره هفتم، شماره ۲۳، صص ۱۴۵-۱۶۲.
۸. موحد، علی، امان‌پور، سعید و کاوه نادری (۱۳۹۰) بازاریابی گردشگری شهری براساس برندبایی با مدل فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی (AHP)، مجله علمی- تخصصی برنامه‌ریزی فضایی، دوره اول، شماره ۳، صص ۱۷-۳۶.
۹. میرزائیان‌خمس، پیوند و عطاءالله هرنندی (۱۳۹۳) تبیین نقش برند شهری در تأثیر زیبایی‌شناسی شهر بر احساس تعلق خاطر شهروند ایرانی، کنگره تخصصی مدیریت شهری در ایران، ساری، صص ۱۷۱-۱۹۱.
۱۰. نوری حکمت، سمیه، جباری، علی‌رضا، دهنویه، رضا و رجا مردانی (۱۳۹۳) آمادگی بیمارستان‌ها برای ورود به صنعت گردشگری پزشکی: شهر اصفهان، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره یازدهم، شماره ۳۸، صص ۵۰۶-۵۱۴.
۱۱. هرنندی، عطاءالله (۱۳۹۳) تبیین نقش سرمایه اجتماعی و انتقال دانش در یادگیری سازمانی شرکت‌های دانش‌بنیان، فصلنامه مدیریت توسعه فناوری، دوره اول، شماره ۴، صص ۱۶۱-۱۸۲.

12. Adams, J., Archbold, B. A., Mounib, E.L., & New, D., (2007), *Healthcare 2015 and US Health Plans: New Roles, New Competencies*, Somers, IBM Institute for Business Values, New York.
13. 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.
14. Bristow, R. S., Yang, W. T., & Mei-Tsen, L. (2009), *An Application of the Global Sustainable Tourism Criteria in Health Tourism*, *Northeastern Recreation Research Symposium Gtr-Nrs*, P. 66.
15. Carrera, P., & Bridges, J. (2008), *Health and Medical Tourism: What They Mean and Imply for Health Care Systems*, In: Merz, F. (Ed.), *Hanser Verlag*, New York.
16. Chou, S. Y., Kiser, A. I. T., & Rodriguez, E. L., (2012), *An Expectation Confirmation Perspective of Medical Tourism*, *Journal of Service Science Research*, 4(DOI 10.1007/s12927-012-0012-3, PP. 299–318.
17. Connell, J., (2006), *Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Y Surgery*, *Tourism Management*, Australia: School of Geosciences University of Sydney.
18. Cook, P., & Cook, S., (2007), *What is Health and Medical Tourism*, *Humanities Research Program Queensland University of Technology*.
19. Delgoshayi, B., (2011), *Present Situation of Medical Tourism: The Case Study of Iran Payesh*, *Payesh*, Vol. 11, No. 2, PP. 171–179.
20. Edwards, A., & Skinner, J., (2009), *Qualitative Research in Strategic Management*, *Butter Worth-Heinmann*, Oxford.
21. Efe Sevin, H., (2014), *Understanding Cities through City Brands: City Branding as a Social and Semantic Network*, *Cities*, No. 38, PP. 47–56.
22. Havermans, D., Meulenbroek, R., & Smeets, J., (2008), *Rebranding the City, the Case of Eindhoven, Corporations and Cities: Envisioning Corporate Real Estate in the Urban Future*, It's available on: <http://corporationsandcities.org>, PP.1–12.
23. Heath, H., & Cowley, S., (2004), *Developing a Grounded Theory Approach: A Comparison of Glaser and Strauss*, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41, No. 2, PP. 141–150.
24. Helmy, M., (2008), *Urban Branding Strategies and the Emerging Arab City Scape: The Image of the Gulf City*, *HBRC Journal*, Vol. 8, No. 3, PP. 237–251.
25. Herrick, D. M., (2007), *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, *National Center for Policy Analysis*, NCPA Policy Report No. 304, It's available on: <http://ncpa.org/pub/st/st304>, Accessed on 6 November 2008.
26. Hunter, J. P., (2003), *The Perceived Effects of Holiday, Taking upon the Health and Wellbeing of Patients Treated for Cancer*, *International Journal of Tourism Research*, Vol. 5, No. 3, PP. 183–196.
27. Johnston, R., (2010) *What is Known about the Effects of Medical Tourism in Destination and Departure Countries, A Scoping Review*, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 9, No. 24, PP. 1–13.
28. Kavartzis, M., (2004), *From City Marketing to City Branding: Towards a Theoretical Framework for Developing City Brands*, *Place Branding*, Vol. 1, No. 1, PP. 58–73.
29. Kavartzis, M., (2007), *City Marketing, the Past, the Present and Some Unresolved Issues*, *Geography Compass*, Vol. 1, No. 3, PP. 695–712.
30. Kavartzis, M., (2004), *From City Marketing to City Branding: Towards a Theories Framework for Developing City Brands*, *Place Branding*, Vol. 1, No. 1, PP. 58–73.
31. Kavartzis, M., (2009), *Cities and Their Brands: Lessons from Corporate Branding, Place Branding and Public Diplomacy*, Vol. 5, No. 1, PP. 26–37.
32. Kavartzis, M. A., (2005), *Place Branding: A Review of Trends and Conceptual Models*, *Westburn Publishers Ltd*, Vol. 5, No. 4, PP. 329–342.

33. Konecnik Ruzzier, M., (2012), Developing Brand Identity for Slovenia with Opinion Leaders, *Baltic Journal of Management*, Vol. 7, No. 2, PP. 124–142.
34. Lunt, N., & Percivil, C., (2010), Review Medical Tourism: Assessing the Evidence on Treatment Abroad, *Maturitas*, Vol. 66, No. 1, PP. 27–32.
35. Ramanna, J. D., & LL.M., (2006), Candidate Medical Tourism and the Demand for Hospital Accreditation Overseas, It's available on: <http://law.uh.edu>
36. Reeman, M. R., (2013), Urban Branding as an Effective Sustainability Tool in Urban Development, *HBRC Journal*, Vol. 8, No. 9, PP. 183–192.
37. Rupsiene, L., & Pranskuniene, R., (2010), The Variety of Grounded Theory: Different Versions of the Same Method or Different Methods, *Social Sciences*, Vol. 4, No. 70, PP. 7–19.
38. Sadre Mommtaz, N., & Agha-Rahimi, Z., (2010), Medical Tourism Industry in Iran: Strategies for Developing, Manegment of Heath Information, Vol. 7, No. 3, PP. 516–524.
39. Sassen, S., (2000), *Cities in a World Economy*, Thousand Oaks: Pine Forge Press, PP.1–26.
40. 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.
41. Shaw G., & Williams, M. A., (2004), *Tourism and Tourism Space*, Sage Publications, London.
42. Sny Der, J., Crooks, V., & Turner, L., (2011), Issues and Challenges in Research on the Ethics of Medical Tourism: Reflections from a Conference, *Journal of Bioethical Inquiry* 8(DOI 10.1007/s11673-010-9272-0): PP. 3–6.
43. Winfield Pfefferkorn, J., (2005), *The Branding of Cities: Exploring City Branding and the Importance of Brand Image*, MS Thesis in Advertising Design, Syracuse University, PP. 1–146.