

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا با بکارگیری تکنیک فرا ترکیب

حکیمه کیا کجوری^۱، محمد علی نسیمی^{۲*}، محمد جواد تقی پوریان^۳، قیدر قنبرزاده^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۵

چکیده

گردشگری سلامت از جمله حوزه‌هایی محسوب می‌شود که از پتانسیل بسیار بالایی در جهت توسعه کسب و کار گردشگری کشور برخوردار است. در حالی که کشورهای صاحب صنعت گردشگری سلامت در این روزها از تبعات و اثرات کرونا ضررهای جبران‌ناپذیری را متحمل شده‌اند و جبران این خسارت‌ها زمان زیادی را می‌طلبد استفاده از مدل‌های نوین کسب و کار گردشگری سلامت و ظرفیت‌های مختلف می‌تواند در این زمینه کارساز باشد. این پژوهش با هدف ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا با به‌کارگیری تکنیک فرا ترکیب انجام شد. بدین منظور ابتدا ۲۳۸ مقاله از پایگاه‌های علمی معتبر داخل و خارج انتخاب شد و پس از چند مرحله نقد و بررسی اطلاعات در انجام فراترکیب، ۴۱ مقاله نهایی باقی ماند. پس از کدگذاری باز و محوری، از این ۴۱ مقاله تعداد ۶ بعد اصلی (فرهنگ، زیرساخت، دسترسی به امکانات، عوامل زیست‌محیطی، قیمت و نیروی متخصص) و ۶۴ مؤلفه^۱ کسب و کار گردشگری سلامت به دست آمد. در مرحله بعد با استفاده از تکنیک دلفی از ۱۵ نفر از خبرگان فعال در این زمینه خواسته شد تا از بین مؤلفه‌های شناسایی شده، عواملی را که به‌عنوان مزیت رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا هستند، معرفی نمایند؛ که از ۶۴ عامل پیشنهادی، ۱۹ عامل به‌عنوان مؤلفه‌های ابعاد مدل مزیت‌های رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا شناخته شدند.

واژه‌های کلیدی: مزیت رقابتی، کسب و کار گردشگری سلامت، فرا ترکیب، اقتصاد گردشگری

طبقه‌بندی JEL: I11، Z33، C49، Z30.

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت کارآفرینی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

^۲ استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول: m.ali.nasimi@toniau.ac.ir)

^۳ استادیار گروه مدیریت، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

^۴ استادیار گروه مدیریت، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

مقدمه

ویروس کرونا نه تنها بر سلامت جهانی تأثیر بر جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زندگی انسان نیز تأثیر گذاشت. تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی ما احتمالاً شکل جدیدی از زندگی اقتصادی و اجتماعی را معرفی خواهد کرد. دوران پسا کرونا به همه مدیران یادآوری می‌کند که باید به شکل دیگری از ارتباطات فکر بکنند. در پسا کرونا باید در زیرساخت‌های مربوط به کسب و کار الکترونیک، تبلیغات الکترونیک و کارهای تیمی اقدامات دقیق‌تر و بهتری انجام داد (یانگمن^۱، ۲۰۲۰). امروزه، دیگر صنعت گردشگری و تفریح در طبیعت، به دیدن مناظر طبیعی و آثار تاریخی محدود نمی‌شود، بلکه بیشتر گردشگران با هدف خاصی به سفر می‌روند و مقصد خود را انتخاب می‌کنند تا به گونه‌ای که گردشگری با هدف بازگرداندن سلامتی به بدن و حفظ آن، به یکی از شاخه‌های مهم گردشگری هدفمند تبدیل شده است. شاخه‌ای از گردشگری که در دنیا، طرفداران بسیاری دارد و دولت‌های زیادی را هم به سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی برای آن وا داشته، صنعت گردشگری سلامت است (عربشاهی کریزی و آریان فر، ۱۳۹۳).

صنعت گردشگری، پس از صنعت نفت و خودروسازی، جزء صنایع بزرگ جهان محسوب می‌شود که تأثیر بسیار زیادی بر درآمدهای ارزی کشورها دارد. با گذر زمان و پیشرفت این صنعت، گردشگری از حالت عام خارج و به شاخه‌های تخصصی نظیر گردشگری فرهنگی، ورزشی، مذهبی، گردشگری سلامت و غیره تقسیم شده است (باغی و همکاران، ۱۳۹۸). در میان حوزه‌های گردشگری، صنعت گردشگری سلامت به دلیل ظرفیت بالا و مزایای رقابتی زیاد از توجه خاصی برخوردار شده است (ابراهیمی و طیبی ابوالحسنی، ۱۳۹۶؛ منوچهر و محمدی، ۱۳۹۸).

بیشترین تأثیر این تحول در اقتصاد و مشاغل است. باید به تأثیر منفی کرونا بر منافع مشاغلی از جمله رستوران داران، هتل داری، بخش حمل و نقل هوایی، شرکت‌های بیمه مسافری، اتوبوس و تاکسی داران، صنایع دستی و سایر شغل‌هایی که به طور غیر مستقیم از ورود گردشگر خارجی، هم توجه داشت. این تحول همچنین تأثیر عمده‌ای بر گردشگری، به ویژه گردشگری سلامت خواهد داشت. فعالان گردشگری سلامت، باید میزان تاثیرگذاری را مشخص نموده و برنامه‌هایی را برای زنده نگه داشتن این صنعت از طریق همکاری و مشاوره تدوین نمایند (یانگمن، ۲۰۲۰).

گردشگری سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های صنعت گردشگری و دارای منافع اقتصادی و اجتماعی بالایی است که در این فرآیند مردم برای دستیابی به مراقبت‌های درمانی، بهداشتی و جراحی سفر می‌کنند. به طوری که این مهم باعث گردیده سازمان‌های دست اندر کار در کشورهای مستعد بیش از پیش به این بخش از صنعت گردشگری توجه نمایند و برای آن برنامه ریزی کنند (الماسی و اکبری، ۱۳۹۸). صنعت گردشگری از جمله صنایعی است که می‌تواند بسیار به رفاه و رشد کشورها کمک نماید. به خصوص برای آن دسته از کشورهایی که از مناطق گردشگری بالقوه و عالی برخوردار هستند (دشمنگیر و همکاران، ۱۳۹۷). گردشگری به دلیل آثار مثبت اجتماعی، فرهنگی و تأثیر در رشد اقتصادی و درآمدزایی در حال

¹.Youngman

تبدیل شدن به صنعت اول در جهان است و در اغلب کشورها منبع مهمی برای فعالیت‌های تجاری، کسب در آمد، اشتغال زایی و مبادلات خارجی محسوب می‌شود. کشور ایران نیز به دلیل برخورداری از منابع مختلف برای توسعه گردشگری، زمینه‌های لازم را برای توسعه و بهره برداری این صنعت دارد. با توجه به رقابتی شدن این صنعت، کشورها و سازمان‌های ذیربط به دنبال استفاده از مزیت‌های رقابتی و تکنولوژی‌های جدید هستند تا بتوانند به خوبی زمینه را برای جذب گردشگران بیشتر فراهم نموده و در نتیجه به رشد صنعت گردشگری و متعاقباً رشد کشورشان کمک کنند (آقایی فر، ۱۳۹۶؛ سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). کشور ایران یکی از پنج کشور مهم جهان در عصر حاضر است که آثار، آداب و سنن باستانی قابل توجهی دارد و تنها کشوری است که با داشتن این همه جاذبه‌های جهانگردی، بخش صنعت جهانگردی رشد و ارتقا داد (استعلاجی و نورانی، ۱۳۹۴).

در شرایط فعلی علیرغم همه نقاط قوت و ضعف موجود در مدیریت بحران کرونا، از نظر آماری کشور در رده‌های میانی رو به بالای جداول جهانی قرار گرفته است. در شرایط عبور از بحران ویروس کرونا و عادی شدن تدریجی امور جامعه شاید بازار خدمات پزشکی ایران از نظر قیمت و تخصص حرفه‌ای جذابیت‌هایی برای کشورهای منطقه و فرا منطقه‌ای داشته باشد، اما این فعالیت‌ها مثل همیشه تحت تأثیر مستقیم شرایط دیپلماسی و سیاسی کشور قرار خواهد گرفت. به گونه‌ای که می‌توان امیدوارانه به افزایش ظرفیت‌های توریسم سلامت ایران پس از دوران کرونا فکر کنیم و به اتخاذ تصمیمات موقعیت آفرین آینده‌ساز توسط متولیان دولتی و بخش خصوصی گردشگری سلامت ایران به شدت احساس می‌شود.

مناطق مختلف کشور با جاذبه‌های مختلف طبیعی و دسترسی سریع و آسان به دریا، جنگل، کویر، برخورداری از آب و هوای متنوع چهار فصل، هزینه پایین و کیفیت بالای خدمات درمانی، پزشکان زبده، تکنولوژی به روز، مناطق درمانی طبیعی می‌تواند به مهم‌ترین قطب گردشگری و صنعت توریسم در منطقه تبدیل شود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱). در کنار پارامترهای جهانی مانند جاذبه‌های صنعت گردشگری، آزادی‌های رفاهی، تبلیغات جذب کننده مسافر و ... نحوه مدیریت بحران کرونای هر کشور هم جز شاخص‌ها و معیارهای مهم اکثر ملت‌ها و بیماران خارجی برای انتخاب مقاصد گردشگری و تندرستی در سال‌های آتی قرار می‌گیرد. صنعت گردشگری سلامت در کشور به چالش‌های نظیر ناهماهنگی بین سازمان‌های متولی صنعت گردشگری سلامت و برنامه‌ریزی نامناسب مبتلا است و ساختار این صنعت در کشور به اصلاح و طراحی یک مدل مطلوب نیاز دارد تا بتوان ارزش مورد انتظار گردشگران داخلی و خارجی را به خصوص در حوزه صنعت گردشگری سلامت فراهم نمود (امیری و همکاران، ۱۳۹۷)؛ اما در این دوران کمبود تجهیزات پزشکی، تحریم‌های دارویی ظالمانه و تلاش‌های شبانه‌روزی دانشمندان و کادر درمان رنگ و بوی جهادی و خدایسندانه بیشتری به فضای مدیریت بحران کرونا داده است. پژوهش حاضر ارائه یک مدل کسب‌وکار گردشگری سلامت را با در نظر گرفتن مزیت‌های رقابتی در پسا کرونا برای ایران بررسی می‌کند.

مبانی نظری پژوهش

گردشگری سلامت

برای توریسم درمانی که گاهی از آن با عنوان توریسم سلامت و یا گردشگری سلامت نام برده می‌شود، تعاریف مختلفی بیان شده است (سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ۲۴ ساعت است، تعریف می‌کند (باغی و همکاران، ۱۳۹۸). گردشگری سلامت از زمان یونان و روم باستان وجود داشته و سپس به بسیاری از کشورهای اروپایی و نقاط دیگر دنیا توسعه یافته است (ابراهیمی و طیبی ابوالحسنی، ۱۳۹۶). در حالی که صنعت گردشگری سلامت، در بسیاری از کشورها نقش مهمی در ارزآوری دارد و هر ساله میلیاردها دلار درآمد ارزی از طریق این صنعت عاید کشورهای اروپایی و آمریکا می‌شود، اما در ایران این صنعت جایگاه خود را باز نیافته است (منوچهر و محمدی، ۱۳۹۸).

حتی کشورهای همسایه نیز این فرصت را مغتنم شمرده و بر روی آن سرمایه‌گذاری کرده‌اند به طوری که برخی کشورهای همسایه ایران، سالانه چندین میلیون دلار درآمد ارزی از صنعت گردشگری سلامت دارند (سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). مطالعات انجام شده در حوزه صنعت گردشگری سلامت در ایران، نشان می‌دهد که اگر چه صنعت گردشگری سلامت در ایران از دیر باز مورد توجه گردشگران و بیماران خارجی است و در سال‌های اخیر نیز بسترسازی برای آن آغاز شده است ولی در حال حاضر این صنعت جایگاه خود را باز نیافته و مراحل نخستین توسعه خود را طی می‌کند و برای رسیدن به جایگاه شایسته خود با چالش‌هایی مواجه است (آل رسول، ۱۳۹۶؛ الماسی و اکبری، ۱۳۹۸). 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 اطلاع رسانی در خصوص قابلیت‌های صنعت گردشگری پزشکی ایران، کمبود زیرساخت‌های لازم و خلاء قانونی برای توسعه این صنعت موجب شده است تا صنعت گردشگری سلامت ایران جایگاه مطلوبی نداشته باشد؛ بنابراین مطالعات انجام شده در این زمینه، می‌تواند راه‌گشای سیاست‌گذاران این عرصه باشد (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ امیری و همکاران، ۱۳۹۷).

ریسک کسب و کارها در بحران کرونا

امروزه دغدغه بسیاری از مدیران کسب و کارها، دقت در شناسایی، برآورد ریسک و، مدیریت آن جهت کاهش به حداقل ممکن رسیده است (کارگر و زنگنه، ۱۳۹۷). ریسک‌های پیش روی کسب و کارها در مواجهه با بحران ویروس کرونا شامل سه سطح است: ریسک سطح بین‌المللی؛ کاهش تولید در جهان به دلیل شیوع کرونا و ریسک‌های منفی قابل توجهی به همراه دارد. بحران کرونا، زنجیره تأمین جهان مانند چین و کشورهای صنعتی را به شدت دچار چالش نموده است و تقاضای نهایی برای کالاها و خدمات کاهش یافته

است. نتیجه آن، شوک‌های کوتاه مدت عرضه و تقاضا برای کسب‌وکارها از جمله صنعت گردشگری سلامت است. ارزش سهام در اکثر کشورهای جهان در حال افول است، عرضه و تقاضای بازار نفت در حال تغییر است. همچنین کشورهای بسیاری در مراحل مختلف بیماری کرونا هستند، بنابراین ریسک بازگشت بیماری هم وجود دارد و زمان پایان کامل بیماری در جهان مشخص نیست. دوم ریسک سطح ملی-اقتصادی: کاهش صادرات به سایر کشورها بر کم شدن درآمدهای کشور تأثیرگذار است. کاهش درآمدهای مالیات از کسب‌وکارها بر محدود شدن منابع درآمدی اصلی دولت هم مؤثر است. از طرفی هزینه‌های دولت به واسطه تخصیص بودجه‌های متعدد بهداشتی و درمانی افزایش یافته است، در نتیجه این ریسک وجود دارد که به دلیل کسری بودجه دولت، کمیت و کیفیت کمک‌های دولتی برای رفع موانع پیش روی کسب‌وکارها کاهش یابد. سوم ریسک سطح صنعت-کسب‌وکار: شرکت‌ها با مشکلات فراوانی در زنجیره تأمین مواد اولیه و لجستیک، کاهش فروش و بهره‌وری مواجه هستند. همچنین نگرش‌ها و انتظار مشتریان در حال تغییر است که پیامد آن افزایش ریسک‌های کسب‌وکارها خواهد بود. کسب‌وکارهای فروش آنلاین، تولیدکنندگان محصولات غذایی و بهداشتی و شرکت‌هایی که قابلیت دورکاری دارند، ریسک پایین‌تری را تجربه می‌کنند. سایر کسب‌وکارها ریسک متوسط تا زیادی خواهند داشت. همچنین احتمال ورشکستگی کسب‌وکارها افزایش یافته است (داوری، ۱۳۹۹؛ داوری و همکاران، ۱۳۹۹).

استراتژی‌های تاب‌آوری کسب‌وکارها

تاب‌آوری^۱ در مفهوم شرکتی به معنی توانایی مقاومت در برابر بحران‌ها و ریسک فاکتورها است. تاب‌آوری، قابلیت‌هایی برای کسب‌وکارها به وجود می‌آورد که بتوانند با وجود شرایط نامطلوب به بقا ادامه داده و در مسیر بازگشت و رشد قرار گیرند (هامل و ویلیکانگاس^۲، ۲۰۰۳). ظرفیت تاب‌آوری به بقای بلندمدت شرکت کمک می‌کند. استراتژی‌های تاب‌آوری بر روش‌ها و ابزارهای جدید برای مواجهه با تغییرات پیچیده تأکید دارند که به انطباق‌پذیری و سازگاری سریع در شرایط عدم اطمینان و بهره‌گیری از فرصت‌های جدید کمک می‌کنند. کرونا شرایطی را در کشور به وجود آورده است که بیشتر کسب‌وکارها به بقا می‌اندیشند و پایان بحران نیز لزوماً به معنی بازگشت به دوره ماقبل بحران نیست. لذا مدیران ارشد کسب‌وکارها برای کاهش تهدیدها، افزایش امکان بقا و بهره‌گیری از فرصت‌های آتی در دوره پسا کرونا به استراتژی‌های تاب‌آوری نیاز دارند (داوری، ۱۳۹۹). در چهارچوب پنج استراتژی تاب‌آوری، برخی اقدامات سریع می‌توانند به بقا کسب‌وکارها کمک کنند: اول سرمایه انسانی، سرمایه انسانی بازوی شرکت‌ها برای دستیابی به اهداف است. یکی از مهم‌ترین وظایف مدیران در مواجهه با بحران کرونا توجه به اقدامات پیشگیرانه و حمایتی است تا بتوان محیط کار ایمن و سلامت ایجاد کرد. تشویق کارکنان به اقدامات ابتکاری و مشارکت فعالانه آن‌ها برای کاهش پیامدهای بحران ضروری است. دوم بازاریابی و فروش، بازاریابی، فرایند برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های قیمت‌گذاری، تبلیغات، فروش کالاها و خدمات است. با شروع بحران کرونا جامعه از

^۱. Resilience

^۲. Hamel & Välikangas

نظر روانی و اقتصادی آسیب دیده است (یونراه^۱، ۲۰۱۶). مشتریان برای انطباق خود با بحران، عادات و رفتار خرید خود را تغییر داده‌اند. لذا شرکت‌ها در این دوران برای تطابق با تغییرات بازار و انطباق با رفتارهای جدید مصرف‌کنندگان بایستی اقدامات مناسبی اتخاذ نمایند. سوم مدیریت زنجیره تأمین مواد اولیه، مدیریت زنجیره تأمین عبارت است از فرایند برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل عملیات مرتبط با زنجیره تأمین و جابجایی و موجودی انبار با هدف حداقل‌سازی هزینه‌ها و حداکثر سازی کارایی و سود. به دلیل افت تولید در کشورهای مختلف، محدودیت جابه‌جایی بین کشورهای مشکلات زیادی را در زنجیره تأمین کسب و کارها به وجود آورده است، لذا بایستی با اقداماتی ابتکاری این مشکلات تأمین مواد اولیه را کاهش داد. چهارم مدیریت مالی، نظام مالی شامل برنامه‌ریزی مالی، پایش، کنترل تعهدات مالی مشتریان و حساب‌های دریافتی و تعهدات مالی به تأمین‌کنندگان، کنترل بودجه عملیاتی و صورت درآمد هزینه را شامل می‌شود (ویلیکانگاس، ۲۰۱۶). در دوره بحران کرونا مدیریت هوشمندانه مالی می‌تواند بقا را تضمین نماید. بحران کرونا باعث کاهش تقاضا و در نتیجه کاهش فروش بسیاری از کسب و کارها شده است، لذا در چنین شرایطی، جریان نقدینگی که حیات کسب و کارها به آن وابسته است با مشکل مواجه شده و تمرکز بر مدیریت منابع مالی و انضباط مالی را ضروری نموده است. پنجم تفکر استراتژیک و کارآفرینانه: تفکر استراتژیک را می‌توان فرایند تحلیل و ارزیابی محیط کسب و کار، خلق چشم‌انداز آینده و توسعه اقدامات ابتکاری برای دستیابی به اهداف کلان شرکت تلقی نمود. این تفکر علاوه بر تحلیل‌های کمی و عددی بر نگرش کارآفرینانه، خلاقانه و غیرخطی تأکید دارد. در دوره بحران کرونا که ویژگی آن تغییر انتظارات مشتری، کارکنان و ذی‌نفعان است، تفکر استراتژیک به‌عنوان هسته مرکزی خلق مزیت رقابتی تلقی می‌گردد تا بتوان با تغییرات همسو شد و پاسخ مناسبی ارائه داد (داوری و همکاران، ۱۳۹۹).

پیشینه پژوهش

جعفری تیتکانلو و اصغرزاده (۱۳۹۹) به پژوهشی با عنوان «تحلیل نقش بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها در توسعه بازارهای بین‌المللی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر فعالیت‌های بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها بر شناسایی فرصت‌های صادراتی و رشد صادرات خدمات در گردشگری پزشکی انجام گرفته است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی است. در این پژوهش پس از توسعه مدل و استخراج فرضیه‌های مربوطه، پرسشنامه‌ای تدوین شد و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش روایی، از روایی صوری و روایی واگرا و جهت سنجش پایایی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل ۵۰ بیمارستان خصوصی شهرهای گردشگر پذیر تهران، مشهد، اصفهان و شیراز بود که اندازه نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر ۴۴ تعیین شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سرانجام پرسشنامه پژوهش در بین کارکنان بخش پذیرش بیمارستان بین‌الملل توزیع شد. به منظور تحلیل داده‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار پی‌ال‌اس به کار گرفته شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد توانمندی‌های بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها بر شناسایی

^۱. Unruh

فرصت‌های صادراتی و رشد صادرات خدمات گردشگری پزشکی مؤثر است. همچنین اثر غیر مستقیم توانمندی‌های بازاریابی اینترنتی بر رشد صادرات خدمات گردشگری پزشکی از طریق شناسایی فرصت‌های صادراتی تأیید گردید.

محمدی و خالدی (۱۳۹۸) به پژوهشی با عنوان «تحلیل عوامل مؤثر بر رضایتمندی گردشگران خارجی سلامت (مطالعه موردی: گردشگران اقلیم کردستان عراق)» پرداختند. پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی و رویکرد اکتشافی انجام شد. داده‌ها از دو منبع اسنادی و میدانی مبتنی بر مصاحبه و توزیع پرسشنامه در میان گردشگران سلامت خارجی وارده شده به کشور جمع‌آوری شد. نتایج پژوهش نشان داد که سطح رضایت گردشگران مطلوب نبوده و بر این عدم مطلوبیت، سه عامل کمبود خدمات و امکانات رفاهی- اقامتی و ضعف زیرساخت‌های حمل‌ونقل، کیفیت نامناسب مراقبت‌های بیمارستانی و زیرساخت‌های آن و ضعف در اطلاع‌رسانی، آموزش و عملکرد نامطلوب نهادهای دولتی مسئول، در این امر تأثیر بسزایی داشته‌اند.

اسعدی و همکاران (۱۳۹۸) به پژوهشی با عنوان «توسعه گردشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و تحلیل عوامل داخلی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت انجام شد. ابتدا با مرور ادبیات تحقیق و نظرات خبرگان، عوامل داخلی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت شناسایی شدند. سپس با استفاده از ابزارها و فنون مربوط به رویکرد نگاشت شناختی فازی و تحلیل شبکه‌های اجتماعی، مدل توسعه گردشگری سلامت استخراج و سناریوهایی جهت بهبود وضعیت بر روی مدل آزمون شد. در مجموع با ۲۸ نفر از خبرگان آشنا با صنعت گردشگری سلامت مصاحبه شد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که جهت رشد هر چه سریع‌تر صنعت گردشگری سلامت در کشور، عوامل متعددی تأثیرگذار هستند که از این میان، عوامل بازاریابی و تبلیغات، امنیت، وجود نیروی متخصص و توانمند در زمینه‌های گوناگون پزشکی و نیز افزایش تعداد مراکز درمانی مهم‌تر تأثیرگذارتر هستند. با توجه به ظرفیت‌های بالقوه‌ای که در حوزه گردشگری سلامت در ایران وجود دارد و نیز بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود به عوامل اصلی توسعه گردشگری سلامت توجه بیشتر توجه شود و با برنامه‌ریزی مناسب قدم‌هایی در این جهت برداشته شود.

امیری و همکاران (۱۳۹۷) به پژوهشی با عنوان «گردشگری سلامت و پزشکی با تأکید بر شناخت منابع و پتانسیل‌های استان کرمانشاه» پرداختند. ایران با داشتن ویژگی‌های زمین‌شناختی، چشمه‌های گرم و معدنی، آب و هوای چهار فصل، امکانات و خدمات پزشکی و پزشکان مجرب در اکثر استان‌ها، جهت بهبود حال بیماران داخلی و خارجی یکی از میزبان‌های گردشگری سلامت و پزشکی در منطقه است. روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی است و در جمع‌آوری اطلاعات از طریق منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی استفاده شده است. تحلیل و نتیجه‌گیری نشان می‌دهد که این استان علاوه بر خدمات دهی به بیماران شهرستان‌های خود و شهرهای اطراف، اولویت استان در حوزه توریسم سلامت به جهت هم‌مرز بودن با کشور عراق است و در زمینه چشمه معدنی و آب گرم رتبه پایین‌تری نسبت به سایر استان‌های فعال در

حوزه توریسم سلامت دارد و علت آن عدم آگاهی و مسائل دیگر نظیر ضعف شدید دفاتر تبلیغاتی گردشگری سلامت، کمبود زیرساخت‌ها و تسهیلات گردشگری ناشناخته است.

ابراهیمی و طیبی ابوالحسنی (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «اهمیت گردشگری سلامت با تأکید بر گردشگری پزشکی» انجام دادند. آن‌ها به کمک منابع کتابخانه‌ای و تحلیل نظرات خبرگان، ماهیت این نوع از گردشگری را مورد توجه قرار داده و وضعیت آن را در ایران بررسی کردند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که اگرچه پزشکی معاصر در ایران شایسته تقدیر است، اما باید در راستای ارتقای روزافزون آن تلاش بیشتر می‌شود و مؤلفه‌های مؤثر بر گردشگری سلامت را شناخت.

آل رسول (۱۳۹۶) به پژوهش با عنوان «مطالعه فرصت‌ها و چالش‌های صنعت گردشگری سلامت در اقتصاد ایران (مطالعه موردی: شهر مشهد)» پرداخت. بدین منظور از تکنیک SWOT نقاط ضعف و قوت صنعت گردشگری سلامت در شهر مشهد بررسی شد؛ نتایج پژوهش نشان داد که پایین بودن هزینه‌های خدمات گردشگری و درمانی بزرگ‌ترین عامل مزیت رقابتی و شیوه بازاریابی در گردشگری سلامت، بزرگ‌ترین ضعف این صنعت در شهر مشهد محسوب می‌شود.

هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت؛ با استفاده از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک» انجام دادند. آن‌ها در مطالعه خود با استفاده از روش پژوهش کیفی و با اتکا بر فلسفه تفسیری نمادین به دنبال استخراج چپستی و چرایی مدل جذب گردشگر سلامت در کشور ایران بودند. در این راستا از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک از طریق کدگذاری باز، انتخابی و نظری به منظور تبیین استقرایی نظریه جذب گردشگر سلامت استفاده شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۰ نفر از گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد از طریق نمونه‌گیری نظری و تا رسیدن به نقطه اشباع نظری جمع‌آوری گردید و بعد از تحلیل باز، انتخابی و نظری، مدل جذب گردشگر سلامت کشور ایران تبیین شد. مدل جذب گردشگر سلامت در ایران از پنج مقوله اصلی کیفیت و ارزش آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برند شهری، خدمات درمان اسلامی و زیرساخت و جاذبه‌های گردشگری تشکیل شده است.

شیباتا و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در مقاله خود با عنوان «دسته‌بندی سفرهای داخل کشور بر اساس نوع توریسم و گردشگر» چالش‌های گردشگری سلامت را بر می‌شمرد و یکی از مهم‌ترین موانع اجرای آن را، فقدان زیرساخت مناسب می‌داند.

سوپا و همکاران^۲ (۲۰۲۰) در مقاله خود با عنوان «ایجاد ارتباط بین کشورهای تایلند و مالزی از طریق گردشگری سلامت» به نقش امکانات در گردشگری سلامت اشاره می‌کنند و معتقدند که گردشگری سلامت و امکانات رابطه‌ای دو سویه دارند به طوری که توسعه و بهبود در هر یک منجر به ارتقاء دیگری می‌شود، بنابراین آن‌ها معتقدند که گردشگری سلامت نیز باعث رشد امکانات منطقه خواهد شد.

^۱.Shibata et al.

^۲.Sopha et al.

آیدین و کرامه‌مت^۱ (۲۰۱۷) به پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر گردشگری سلامت و انتخاب مراکز درمانی بین‌المللی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف ارائه یک مدل جامع از انتخاب مراکز بهداشتی درمانی بین‌المللی است که ابعاد مهم را با ارزیابی محرک‌های رشد و عوامل جایگزین ارائه شده در مبانی نظری و تأیید اعتبار آن‌ها از طریق یک مطالعه پیمایشی، در بر می‌گیرد. عواملی که در مبانی نظری موجود مهم تلقی می‌شود به‌عنوان مبانی یک مطالعه موردی در ترکیه مورد استفاده قرار گرفت. ۶۵ مصاحبه ساختاریافته با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و گردشگران بین‌المللی بهداشت انجام شد تا دیدگاه افرادی که در سیاست‌گذاری تأثیر می‌گذارد، درک شود. یافته‌های این مطالعه اهمیت اکثریت متغیرهای ارائه شده را به‌عنوان عوامل مهم مؤثر در انتخاب مراکز درمانی بین‌المللی تأیید می‌کند. این مطالعه در ۴ بیمارستان بزرگ در ترکیه انجام شد. پیامدهای عملی معیارهای انتخاب از نظر متخصصان و گردشگران بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی تفاوت‌های چشمگیری دارد. این نشان دهنده مشکلات در درک متخصصان بهداشت از روند تصمیم‌گیری مصرف‌کننده است.

سینگ^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی گردشگری پزشکی در هند» به این نتایج دست یافت که گردشگری پزشکی یک صنعت در حال رشد چند میلیارد دلاری در سراسر جهان است که آن را مستلزم تجارت در خدمات دو صنعت بزرگ پزشکی و گردشگری می‌کند. مهم‌ترین مزایای رقابتی هند در عرصه پزشکی هزینه کم، شهرت فراوان در بخش پیشرفته مراقبت‌های پزشکی (جراحی قلب و عروق، پیوند اعضا، عمل جراحی چشم) و تنوع بسیار منحصربه‌فرد گردشگری موجود است.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به‌صورت کیفی و با استفاده از تکنیک فرا ترکیب انجام شده است. به منظور انجام فراترکیب از روش هفت مرحله‌ای سندلوسکی و بارسو^۳ (۲۰۰۷) استفاده شد. ابتدا با استفاده از مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین مهم‌ترین عوامل مؤثر بر جذب گردشگر سلامت در پسا کرونا شناسایی شد و در ادامه با استفاده از تکنیک دلفی، عواملی که منجر به ایجاد مزیت رقابتی برای کسب‌وکار گردشگری سلامت در پسا کرونا در ایران می‌شوند مشخص گردید. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی پژوهش‌های مرتبط با بحث کسب‌وکار گردشگری سلامت در سال‌های ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۹ می‌باشد. به منظور انجام تکنیک دلفی جهت ارائه مدل مزیت رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پسا کرونا از نظر خبرگان حائز شرایط به لحاظ دانش و تجربه کافی، استفاده شده است. مراحل انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

¹.Aydin & Karamehmet

².Singh

³.Sandelowski & Barroso



شکل (۱) گام‌های انجام پژوهش

یافته‌های پژوهش

گام‌های انجام پژوهش در ادامه آمده است:

گام اول: تنظیم سؤال‌های پژوهش

گام نخست انجام فرا ترکیب، تنظیم سؤال‌های پژوهشی است. برای تنظیم سؤال پژوهش، جدول ۱ تنظیم شده است:

جدول (۱) تنظیم سوالات گردشگری سلامت

سؤالات	پاسخ‌ها
چه چیزی؟	ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های گردشگری سلامت
چه کسی؟ (جامعه مورد مطالعه)	مقالات و پایان‌نامه‌های موجود در پایگاه‌های علمی
چه زمانی؟	۲۰۱۳-۲۰۲۰
چگونگی؟	تحلیل اسنادی

گام دوم: مرور ادبیات گردشگری سلامت به شکل نظام‌مند

مرزهای مختلفی برای شناسایی مطالعات مربوطه وجود دارد. برای شروع مطالعه نظام‌مند، مقالات از نظر سه معیار کلی زبان، سال انتشار و هدف از پژوهش بررسی شده و بر این اساس، مقالات مورد نظر انتخاب شدند.

معیار این پژوهش برای سال شروع انتشار مقالات، سال ۲۰۱۳ میلادی و ۱۳۹۱ شمسی می‌باشد چراکه بر طبق نمودار شکل ۱، پس از سال ۱۳۹۱ همواره بحث گردشگری سلامت مورد توجه محققین و پژوهشگران

بوده است. از نظر زبان نیز، با توجه به این که مقالات مناسبی به زبان فارسی و انگلیسی وجود داشت، به بررسی مقالات زبان‌های فارسی و انگلیسی اکتفا شد. محدوده سوم که هدف پژوهش است نیز با تمرکز بر یافتن عوامل مؤثر بر گردشگری سلامت صورت گرفت. مرزهای پیشینه به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) معیارهای پژوهش

معیارهای انتخاب مقالات	نتایج
سال انتشار	۲۰۱۳-۲۰۲۰ و ۱۳۹۱-۱۳۹۸
زبان پژوهش‌ها	فارسی و انگلیسی
هدف پژوهش	طراحی مدل مزیت‌های رقابتی گردشگری سلامت

کلید واژه‌های مرتبط با گردشگری سلامت، در چندین پایگاه علمی داخلی و خارجی به منظور دستیابی به مقالات مرتبط و مناسب برای فرا ترکیب مورد جست‌وجو قرار گرفته‌اند. برای شفاف‌سازی هرچه بیشتر روند طی شده در این مرحله، پایگاه‌های بررسی شده و معیارهای جست‌وجو در قالب جداول ۳ آورده شده‌اند.

جدول (۳) پایگاه‌های علمی مورد بررسی

جمع‌آوری مقالات از منابع داخلی و خارجی	پایگاه‌های اطلاعاتی
داخلی	www.sid.ir
	www.Magiran.com
	www.Noormags.com
	www.ensani.ir
منابع	www.civilica.com
	www.sciencedirect.com
	www.emeraldinsight.com
	www.springer.com
خارجی	www.Scholar.google.com
	www.tandfonline.com

خلاصه مطالب مذکور در قالب شاخص‌های و معیارهای اولیه بررسی مقالات در جدول ۴ نمایش داده شده است.

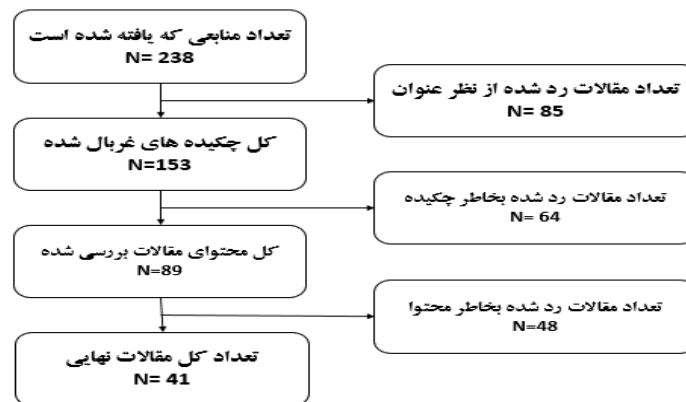
جدول (۴) شاخص‌ها و معیارهای اولیه بررسی مقالات

شاخص‌ها	معیار پذیرش	معیار عدم پذیرش
دوره زمانی	انجام مقالات و پژوهش‌های چاپ شده از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۹ یا پژوهش‌های که قبل از سال ۱۳۹۳ به چاپ پژوهش	۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰
زبان پژوهش	فارسی و انگلیسی	زبان‌های دیگر به غیر از فارسی و انگلیسی
نوع مقالات	پژوهش‌های چاپ شده در پایگاه‌های علمی	سایر (مانند مقالاتی که در روزنامه‌ها و وبلاگ‌ها چاپ شده)
موضوع	گردشگری سلامت و کلید واژه‌های مشابه	موضوعاتی غیر از گردشگری سلامت
نوع مجله	ایندکس شده در پایگاه‌های علمی	سایر

با استفاده از مطالب ذکر شده، پژوهشگر در انتها موفق به یافتن ۲۳۸ مقاله شد که این مقالات وارد گام سوم فرا ترکیب جهت تجزیه و تحلیل بیشتر و گزینش نهایی شدند.

گام سوم: جست‌وجو و انتخاب مقاله‌های مناسب

در ابتدای فرایند جست‌وجو، محقق مشخص می‌کند که آیا متون با سؤال پژوهش متناسب می‌باشد و یا خیر. به منظور رسیدن به این هدف، مجموعه مطالعات منتخب چندین بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند و در هر مرحله مقالات و متونی که با موضوع پژوهش همخوانی و سازگاری ندارند، حذف می‌شوند. در این گام، محقق در هر بازبینی، تعدادی از مقالات را رد می‌کند که این مقاله‌ها در فرایند فراترکیب مورد بررسی قرار نخواهند گرفت. فرایند بازبینی بدین صورت انجام می‌گیرد که محقق پارامترهای مختلفی مانند عنوان، چکیده، محتوا، جزئیات مقاله و غیره را در نظر گرفته و رویه‌ای مانند شکل ۱ را دنبال می‌کند.



شکل (۱) مقالات منتخب بعد از غربال‌سازی اولیه

در این پژوهش ابتدا عنوان مقالات بررسی شد و مقالاتی که با سؤال و هدف پژوهش تناسبی نداشتند، حذف شدند. در مرحله بعد، چکیده مقالاتی که از مرحله قبل باقی مانده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند و مقالات نامربوط حذف شدند. در مرحله سوم مقالاتی که اطلاعات ناقصی داشتند کنار گذاشته شدند؛ که در مجموع ۴۱ مقاله باقی مانده وارد گام بعدی فرا ترکیب شدند. پس از غربال مقالات، با توجه به روند ذکر شده، پژوهشگر با به‌کارگیری ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی و دسته‌بندی مقالات از حیث کیفیت، نسبت به استخراج مقولات، تم‌ها و کدها از متن آن‌ها اقدام نمود. لازم به ذکر است که کیفیت این مطالعه توسط ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP)^۱ که ابزاری در جهت بررسی کیفیت مطالعه‌های اولیه در پژوهش کیفی است، به تأیید رسید. این ابزار دربرگیرنده ده سؤال اساسی است که به پژوهشگران جهت درک پژوهش کیفی و حصول اطمینان از دقت، اعتبار و اهمیت مطالعه‌های کیفی کمک می‌نماید.

^۱ Critical Appraisal Skills Program

گام چهارم: استخراج اطلاعات متون

در سراسر فرا ترکیب، پژوهشگر به طور پیوسته مقالات منتخب و نهایی را به منظور دستیابی به یافته‌های درون، چندین بار مرور می‌کند. در پژوهش حاضر، اطلاعات مقالات بدین صورت پیکربندی شده که در ابتدای امر مرجع مربوط به هر مقاله ثبت و سپس کدهایی که با روش کدگذاری باز و مرتبط با صنعت گردشگری سلامت بود، با استفاده از نرم‌افزار Maxqda استخراج شد.

گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها

در این گام به تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی پرداخته می‌شود. هدف از فرا ترکیب ایجاد تفسیری یکپارچه و جدید از یافته‌ها می‌باشد. این روش برای شفاف‌سازی، مفاهیم الگوها و نتایج در پالایش حالت‌های موجود دانش و ظهور مدل‌های عملیاتی و تئوری‌های پذیرفته شده بکار می‌رود. روند اصلی مورد استفاده در این مرحله به این صورت است که ابتدا تمامی عوامل استخراج شده از مقالات را به‌عنوان کد در نظر گرفته و سپس با قرار دادن کدهای مشابه در قالب تم‌ها و در نهایت تم‌های مشابه در درون مقوله‌ها، کار تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها به انجام می‌رسد. نتایج حاصل از تحلیل‌تم‌ها و کدگذاری باز در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول (۵) نتایج حاصل از تحلیل مقالات

کد محوری	کد باز	منبع
	فرهنگ بومی	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، آلتینای و همکاران ^۱ (۲۰۱۹)
	مهمان‌نوازی	خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)
	پوشش مناسب	هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، وانگ و همکاران ^۲ (۲۰۲۰)
فرهنگ	آثار تاریخی، فرهنگی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، منوچهری و محمدی (۱۳۹۸)
	تنوع فستیوال‌ها	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، آیدین و کرامهت (۲۰۱۷)
	همبستگی ارزشی	دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)
	قرابت فرهنگی	محمدی و خالدی (۱۳۹۸)، سانتینا و همکاران ^۳ (۲۰۲۰)
	راحتی سفر	واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، سخدری و همکاران (۱۳۹۸)
زیرساخت‌ها	مراکز پزشکی بین‌المللی	ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، درایگلاس و سالاماگا ^۴ (۲۰۱۸)
	تجهیزات پزشکی پیشرفته	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، استعلاجی و همکاران (۱۳۹۴)
	داروخانه استاندارد	جلالیان و همکاران (۱۳۹۴)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)
	مراقبت‌های بهداشتی بالا	قنبری و همکاران (۱۳۹۸)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)
	رقابت خدمات دهندگان	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، سخدری و همکاران (۱۳۹۸)

^۱. Altinay et al.

^۲. Wang et al.

^۳. Santinha et al.

^۴. Dryglas & Salamaga

تنوع در خدمات	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، الماسی و همکاران (۱۳۹۸)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
جدید بودن تجهیزات	رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، هان و همکاران ^۱ (۲۰۱۸)	
منطقه امن	امامیان و همکاران (۱۳۹۶)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
امنیت سفر	زارعی و همکاران (۱۳۹۵)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)	
راه‌های مواصلاتی زیاد	عبد الوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، کاشویا و همکاران ^۲ (۲۰۱۷)	
امکانات فنی درمانی	رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
جو اجتماعی آرام	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، مانا و همکاران ^۳ (۲۰۲۰)	
توانایی پاسخگویی در منطقه	رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
رضایت بخشی پروازها	عبد الوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، ساواسان و همکاران ^۴ (۲۰۱۸)	
ایجاد راه ریلی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)	
چشمه‌های آب گرم	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
مراکز درمانی زیاد	اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، سخدری و همکاران (۱۳۹۸)، مدکار ^۵ (۲۰۲۰)، سوفا و همکاران (۲۰۲۰)	
چشمه‌های آب معدنی استاندارد	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، ریدرستات و همکاران ^۶ (۲۰۱۹)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	دسترسی به امکانات رفاهی / اقامتی و تفریحی
خدمات تفریحی	عبد الوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، نیلاشی و همکاران ^۷ (۲۰۱۹)	
روستاهای ویژه دوران نقاهت	واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)	
مشارکت خدماتی و درمانی	بیشمی و همکاران (۱۳۹۵)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)، شیباتا و همکاران (۲۰۲۰)	
صنایع دستی و بازارهای محلی	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، وایلد و همکاران ^۸ (۲۰۱۸)	
اماکن جذاب زیستی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
شرایط آب و هوایی	آل رسول (۱۳۹۶)، محمدی و خالدی (۱۳۹۸)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
طبیعت مطلوب	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، باغی و همکاران (۱۳۹۸)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
تنوع زیستی	ابراهیمی و طیبی ابوالحسنی (۱۳۹۶)، منوچهری و محمدی (۱۳۹۸)	زیست‌محیطی
شرایط مطلوب دوران نقاهت	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)	
جاذبه‌های گردشگری برای همراهان	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، حسن‌زاده قناد و همکاران (۱۳۹۴)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
محیط آرام	جلالیان و همکاران (۱۳۹۴)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)	
مقرون به‌صرفه بودن هزینه	رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، امیری و همکاران (۱۳۹۷)	
پایین بودن هزینه درمانی	حسن‌زاده قناد و همکاران (۱۳۹۴)، دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)	قیمت
تصویر مثبت	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)	

¹. Han et al.

². Kashuba et al.

³. Manna et al.

⁴. Savaşan

⁵. Medhekar

⁶. Ridderstaat et al

⁷. Nilashi

⁸. Wilde et al

هزینه مناسب بلیط	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، بیشمی و همکاران (۱۳۹۵)	
بهای خدمات	رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)	
مراکز خرید مطلوب نزدیک مراکز درمانی	دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)، باغی و همکاران (۱۳۹۸)	
تنوع تخصص پزشکان	خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، امیری و همکاران (۱۳۹۷)	
ارتباط با پزشکان و پرسنل	خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
پزشکان مجرب	امامیان و همکاران (۱۳۹۶)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)	
بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مناسبی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)	نیروی انسانی متخصص و ماهر/ مهارت پزشکان
توانایی پرسنل	هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶)، الماسی و همکاران (۱۳۹۸)	
حس رضایت	ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶)	
همکاری بین بخش ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات	استلاجی و همکاران (۱۳۹۴)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)	
بیمارستان‌ها و پزشکان معتبر	خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)	
مهارت و دانش کاری	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، سعدی و همکاران (۱۳۹۸)	

گام ششم: کنترل کیفیت

در این پژوهش تلاش شده است که همه مقالات منتخب از مجلات و پایگاه‌های معتبر انتخاب شوند؛ بنابراین مقالاتی که از درجه اعتبار کافی برخوردار نبودند، از فرایند فرا ترکیب حذف شدند. همچنین از ابزار CASP برای بررسی روایی فرا ترکیب استفاده شد. این ابزار ۱۰ سؤال دارد که اهداف مطالعه، منطق روش، طرح مطالعه، روش نمونه‌برداری، جمع‌آوری داده‌ها، انعکاس‌پذیری، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیان واضح و روشن یافته‌ها و ارزش پژوهش را شامل می‌شود. امتیاز داده شده به هر مقاله از ۰ تا ۵ است. در این پژوهش کمترین امتیاز لازم برای هر مقاله ۳۰ در نظر گرفته شد. برای این منظور تمام پژوهش‌های منتخب به کمک ۱۰ معیار CASP ارزشیابی و مشاهده شد که ۴۱ کار پژوهشی منتخب، ارزش بالاتر از ۳۳ داشتند. همچنین شیوه کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات نیز چند بار بررسی شد. همه این فعالیت‌ها برای تضمین کیفیت یافته‌های پژوهش انجام شده است. بر اساس امتیازهای دریافت شده ۴۱ مقاله برگزیده شدند. کمترین میانگین امتیاز داده شده به مقالات ۳۳ و بیشترین آن ۴۷ بوده است که ۱۲ مقاله در دسته امتیازی عالی (۴۰-۵۰) و ۲۹ مقاله در دسته خیلی خوب (۳۱-۴۰) هستند؛ از این رو می‌توان گفت مقالات منتخب برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش در سطح شایان قبولی قرار دارند. همچنین روش کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات نیز بارها بررسی شد. همه این فعالیت‌ها برای تضمین کیفیت یافته‌های پژوهش انجام شده است. یکی از ابزارهای اصلی برای دستیابی به بیشترین میزان روایی نظری و عملی، استفاده از نظر خبرگان در تأیید و اعتباربخشی به دستاوردهای پژوهش است که از طریق آن افراد خبره فرایندها و نتایج یک مطالعه را به طور مستمر بررسی و نقد می‌کنند. با توجه به این موضوع،

پژوهشگر در این پژوهش برای نظارت بر مفاهیم استخراجی خود و ارزیابی پایایی از مقایسه نظرات خود با یک خبره دیگر نیز بهره برده است. در این مرحله از فرد خبره که فارغ‌التحصیل دکتری مدیریت و مدرس دانشگاه است خواسته شد دیدگاه‌های خود را در رابطه با روش انتخابی فرا ترکیب برای انجام پژوهش، مناسب و کافی بودن مقالات منتخب، روش انتخاب مقالات، پوشش داده شدن حوزه مورد نظر در مقالات و مفاهیم و کدهای استخراج شده از مقالات بیان کند تا از این طریق ارزیابی کیفی مقالات (نمره دهی) را به کمک ابزار CASP نیز انجام دهد. زمانی که در رتبه دهنده، پاسخ را رتبه‌بندی می‌کنند، برای ارزیابی میزان توافق بین آن دو از شاخص کاپای کوهن استفاده می‌شود. شاخص کاپا فقط برای متغیرهایی استفاده می‌شود که سطح سنجش آن‌ها یکی باشد و همچنین تعداد طبقات آن‌ها با یکدیگر برابر باشد. مقدار شاخص کاپا بین صفر تا یک نوسان دارد.

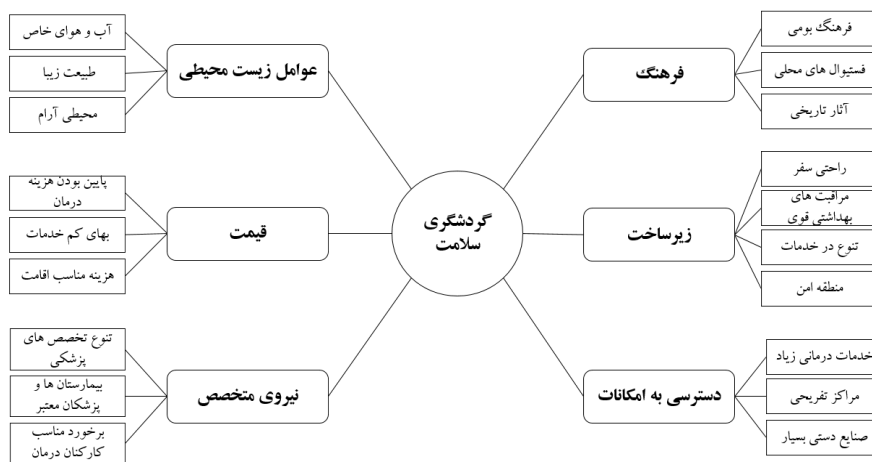
برای بررسی نتایج استخراجی از طریق ضریب توافق بین دو کدگذار با شاخص کاپا از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. با در نظر گرفتن تعداد زمینه‌های ایجاد شده مشابه و مختلف، مقدار شاخص کاپا برابر ۰,۷۸۲ به دست می‌آید که با توجه به قرار گرفتن ضریب در دسته ۰,۶۱ - ۰,۸۰ می‌توان گفت ضریب توافق در سطح خوبی هستند و مقالات استخراج شده با روش فرا ترکیب از پایایی خوبی برخوردارند.

گام هفتم: ارائه یافته‌ها

با توجه به مراحل انجام شده مشخص شد که ابعاد مدل کسب و کار گردشگری سلامت در پژوهش‌های پیشین شامل شش بعد اصلی فرهنگ، زیرساخت، دسترسی به امکانات رفاهی، عوامل زیست‌محیطی، قیمت و نیروی متخصص می‌باشد. هر کدام از این عوامل شامل مجموعه‌ای از زیر بعدهای مهم هستند که در پژوهش‌های مختلف بدان اشاره شده است.

گام هشتم: ارائه مدل مزیت رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت

با توجه به این که هدف این پژوهش ارائه مدل مزیت رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا می‌باشد. از ۱۵ نفر از صاحب‌نظران که هم از دانش مربوط به حوزه کسب و کار گردشگری سلامت برخوردار بودند و هم تجربه کار عملی در این حوزه را داشته‌اند، خواسته شد تا نظرات خود را در رابطه با عواملی از ابعاد کسب و کار گردشگری سلامت کشور می‌توانند به‌عنوان مزیت رقابتی محسوب شوند، در قابل پرسشنامه دلفی بیان کنند. نتایج حاصل در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل (۲) مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پسا کرونا

همان‌طور که مشاهده می‌شود، این مدل دارای ۶ بعد اصلی و ۱۹ مؤلفه فرعی می‌باشد که از تعدیل عوامل شناسایی شده در بخش فرا ترکیب توسط خبرگان، بدست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پسا کرونا با به‌کارگیری تکنیک فراترکیب انجام شد. یافته‌های پژوهش که حاکی از تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش‌های پیشین، مصاحبه‌ها و نظرسنجی‌های انجام شده با خبرگان این حوزه است، نشان می‌دهد که فرهنگ کشور، مستعد جذب گردشگر سلامت است. چراکه فرهنگ بومی مهمان‌نوازی، آثار تاریخی و فرهنگی و فستیوال‌های فصلی که در این منطقه برگزار می‌شود می‌تواند حس خوب و با نشاطی را به گردشگر سلامت منتقل کند. این موضوع با یافته‌های دادگر و همکاران (۱۳۹۷) و آلتینای و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. بعد دیگری که در بین پژوهش‌های گذشته به دفعات مختلف بدان اشاره شده بود و در مصاحبه‌ها هم از آن زیاد سخن به میان می‌آمد، عامل زیرساخت است. اگر چه هنوز زیرساخت‌های لازم در کشور به حدی که باید نرسیده است، اما به دلیل اهمیت این عامل، به ایجاد کمترین بهبود در زیرساخت‌های راحتی سفر، مراقبت‌های بهداشتی، تنوع خدمات و منطقه امن، می‌توان بهبود چشمگیری در ارتقاء جایگاه ایران، در صنعت گردشگری سلامت را شاهد بود. این یافته با نتایج پژوهش شیباتا و همکاران (۲۰۲۰) که زیرساخت را از پیش‌نیازهای اصلی گردشگری سلامت می‌دانند، مطابقت دارد. عامل بعدی که در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفته است، عامل دسترسی به امکانات است؛ یعنی هر چقدر که دسترسی به امکانات ساده‌تر باشد، صنعت گردشگری سلامت رونق بیشتری خواهد یافت. این یافته اگر چه در پژوهش‌های بسیاری مورد تأکید قرار گرفته اما با نتایج کار سوفا و همکاران (۲۰۲۰) تفاوت دارد. چراکه آن‌ها معتقدند صنعت گردشگری سلامت

با امکانات، رابطه‌ای دو سویه داشته به نحوی که گردشگری سلامت خود پس از مدتی باعث ارتقاء امکانات در منطقه می‌شود. باید به این نکته توجه داشت که در این صورت، دسترسی به امکانات را نمی‌توان به‌عنوان مزیت رقابتی به شمار آورد. از جمله سایر عواملی که در این پژوهش به‌عنوان مزیت رقابتی در صنعت گردشگری برای کشور در نظر گرفته شده است آب و هوای خاص، طبیعت زیبا و محیطی آرام است که به‌عنوان زیرمجموعه بعد زیست‌محیطی، محسوب می‌شود. این نتیجه با یافته‌های باغی و همکاران (۱۳۹۸)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸) مطابقت دارد. دو بعد اصلی دیگر یعنی قیمت و نیروی متخصص را می‌توان از جمله مزیت‌های رقابتی گردشگری سلامت در ایران به شمار آورد چراکه این ویژگی‌ها منجر به ورود گردشگران سلامت خارجی به استان‌های مستعد کشور شده و در اکثر پژوهش‌ها مانند پژوهش محمدی و خالدی (۱۳۹۸) و ابراهیمی و طیبی ابوالحسنی (۱۳۹۶) نیز به آن اشاره شده است. پیشنهاد می‌شود تا مسئولان با استفاده از مدل پیشنهادی، هنگام برنامه‌ریزی استراتژیک و طرح‌ریزی تصمیمات استانی، ابعاد اصلی مدل مزیت رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت را مدنظر داشته باشند تا با تمرکز نیروها بر تقویت این ابعاد، بتوانند به بهترین شکل از مزایای آن بهره‌مند شوند. محدودیتی که در این پژوهش وجود داشت بحث مربوط به مباحث اخلاقی و تفاوت‌های فرهنگی بود. همچنین برای پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند معیاره، مؤلفه‌های معرفی شده در این پژوهش، رتبه‌بندی و وزن دهی شوند تا اولویت آن‌ها در برنامه‌ریزی مشخص شود.

منابع

- ابراهیمی، مهدی و طیبی ابوالحسنی، سید امیرحسین. (۱۳۹۶). اهمیت گردشگری سلامت با تأکید بر گردشگری پزشکی. *نشریه نشاء علم*، ۱۸(۱)، ۵۶-۶۴.
- استعلاجی، علیرضا و نورانی، رقیه. (۱۳۹۴). قابلیت‌های گردشگری ایران با تأکید بر اکوتوریسم و جغرافیای سلامت. *فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)*، ۶(۱)، ۱۰۹-۱۲۰.
- اسعدی، میرمحمد؛ باصولی، مهدی؛ برومندزاد، یاسمن و درخش، سعیده. (۱۳۹۸). توسعه گردشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی. *مجله پایش*، ۱۸(۵)، ۴۵۵-۴۶۴.
- امامیان، فرشید و فوزیه طاهری، مینا. (۱۳۹۶). پدیدارشناسی توریسم سلامت. *نشریه میراث و گردشگری*، ۲(۶)، ۲۰۱-۲۱۴.
- امیری، پریان؛ احترام یاری، سمیه و امیری پریان، زینب. (۱۳۹۷). گردشگری سلامت و پزشکی با تأکید بر شناخت منابع و پتانسیل‌های استان کرمانشاه. *مجله جغرافیا و روابط انسانی*، ۱(۱)، ۶۲۵-۶۴۲.
- ایزدی، مرتضی؛ ابوبیان، علی؛ نصیری، طه؛ جنیدی، نعمت‌الله؛ فاضل، مژگان و حسین پور فرد، محمدجواد. (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران، فرصت یا تهدید. *مجله طب نظامی*، ۱۴(۲)، ۶۹-۷۵.

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پسا کرونا با ... ۶۳

آقایی فر، محمد زمان. (۱۳۹۶)، بررسی تأثیر تصویر برند مقصد و نگرش به مقصد بر تمایل به بازدید و تمایل به پیشنهاد مقصد گردشگران. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت دولتی**، استاد راهنما: محمود جواد تقی پوریان، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس.

آل رسول، سیده محبوبه. (۱۳۹۶). مطالعه فرصت‌ها و چالش‌های صنعت گردشگری سلامت در اقتصاد ایران (مطالعه موردی: شهر مشهد)، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی**. استاد راهنما: محمود هوشمند، دانشکده اقتصاد، دانشگاه فردوسی مشهد.

باغی، احمد؛ وظیفه دوست، حسین و میرابی، وحید رضا. (۱۳۹۸). توسعه گردشگری سلامت در مشهد با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری، **فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)**، ۹ (۳)، ۶۱۳-۶۲۳.

بیشمی، بهار و ورمزیا، آرزو. (۱۳۹۵). بررسی قابلیت‌های گردشگری پزشکی بیمارستان بین‌المللی نجات تبریز و اولویت‌بندی آنها با فرایند سلسله مراتبی AHP. **نشریه میراث و گردشگری**، ۱ (۲)، ۹۳-۱۰۸.

جعفری تیتکانلو، سعید و اصغرزاده، حسن. (۱۳۹۹). تحلیل نقش بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها در توسعه بازارهای بین‌المللی. **مدیریت کسب‌وکار بین‌المللی**، ۳ (۱)، ۶۵-۸۲.

جلالیان، فرزانه؛ رحمانی قصبه، محمد و دشتی تهرانی، مهران. (۱۳۹۴). تبارشناسی گردشگری سلامت بر گردشگرپذیری شهری با تأکید بر اصول طراحی مراکز آب‌درمانی. **مدیریت شهری**، ۱۴ (۴۰)، ۲۸۵-۳۱۲.

حسن‌زاده قناد، نگین؛ جواهر زاده، فرید و شجاعی، عباس. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌ها و توانمندی‌های گردشگری سلامت در شهر مشهد. **مجله سازمان نظام پزشکی مشهد**، ۱۸ (۳)، ۱۲۶-۱۳۰.

دادگر، یداله؛ امام قلی پور، سارا و حسینی، سیده مائده. (۱۳۹۷). بررسی کارایی گردشگری سلامت در ایران و کشورهای منتخب و ارائه راهکارهایی برای ارتقاء موقعیت ایران. **دو فصلنامه علمی مطالعات و سیاست‌های اقتصادی**، ۱۴ (۲)، ۵۳-۷۶.

خوارزمی، امیرعلی؛ رهنما، محمدرحیم؛ جوان، جعفر و شکوهی محمد اجزا. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی**، ۸ (۳)، ۴۰۵-۴۱۶.

داوری، علی. (۱۳۹۹). گزارش بحران کرونا و اقدامات ابتکاری شرکت‌ها و کسب‌وکارها. **سایت خبرگزاری جمهوری اسلامی**.

داوری، علی؛ جعفر زاده، هدی و چیت‌ساز، احسان. (۱۳۹۹). پنج استراتژی تاب‌آوری کسب‌وکار در شرایط بحران کرونا. **مجله دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران**، ۱-۳۲.

دشمنگیر، لیلا؛ دشمنگیر، پری ناز؛ سجادی، حانیه سادات و علیزاده بی‌پناه، گیسو. (۱۳۹۷). تحلیل وضعیت نظام گردشگری سلامت ایران. **مجله تصویر سلامت**، ۹ (۲)، ۷۳-۸۰.

رستگار، امیر؛ ساروخانی، باقر؛ هاشمی، شهناز و حبیب زاده، اصحاب. (۱۳۹۷). تدوین الگوی دیپلماسی رسانه‌ای برای اطلاع‌رسانی بین‌المللی در حوزه گردشگری سلامت. **مجله پایش**، ۱۷ (۴)، ۳۴۹-۳۶۰.

- رضایی، محمدرضا و طاهرزاده، زهرا. (۱۳۹۴). ارزیابی تأثیر ظرفیت‌های خدماتی- فضایی مراکز درمانی بر میزان گردشگران درمانی (مطالعه موردی: شهر یزد). *نشریه گردشگری شهری*، ۲(۳)، ۲۹۱-۳۰۳.
- زارعی، عظیم؛ آذر، عادل و رضایی راد، مصطفی. (۱۳۹۵). سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت. *نشریه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، ۵(۱۸)، ۳۳-۵۳.
- سخدردی، کمال؛ سید امیری، نادر؛ رجبیان، علیرضا و سخدردی، جواد. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت در ایران (مورد مطالعه: استان تهران). *نشریه مطالعات اجتماعی گردشگری*، ۷(۱)، ۸۱-۱۰۰.
- عبد الوند، محمدعلی و بنی اسدی، مهدی. (۱۳۹۸). تبیین الگوی پدیدار شناختی مفهوم گردشگری سلامت با تأکید بر تبلیغات شفاهی مراکز درمانی. *مجله مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۰(۲)، ۷-۲۲.
- عربشاهی کریمی، احمد و آریان فر، مرتضی. (۱۳۹۳). بررسی جایگاه چشمه‌های آب گرم و معدنی در توسعه توریسم درمانی در ایران. *فضای گردشگری*، ۴(۱۳)، ۱۴۱-۱۶۷.
- قنبری، ابوالفضل؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و آدمی، معصومه. (۱۳۹۸). بررسی نقش گردشگری در کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: شهر تبریز). *نشریه گردشگری شهری*، ۶(۴)، ۳۹-۵۶.
- کارگر، حامد و زنگنه، سمیه. (۱۳۹۷). تأثیر استراتژی کسب‌وکار بر رابطه بین ریسک‌پذیری و ارزش شرکت. *چشم‌انداز حسابداری و مدیریت*، ۱(۳)، ۱۴-۲۷.
- کاظمی سهلوانی، حسن و مددی، فیض‌الله. (۱۳۹۴). زبان عربی در خدمت صنعت گردشگری، *مجله انجمن ایرانی زبان و ادبیات عربی*، ۱۱(۳۶)، ۱۵۳-۱۶۵.
- الماسی، عباس و اکبری، علی. (۱۳۹۸). تحلیل قیاسی-تطبیقی مکان‌یابی احداث مجتمع‌های گردشگری سلامت بر اساس الگوی راهبردی SOWT و فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP (مطالعه موردی: شهر قم). *نشریه مدیریت شهری*، ۱۷(۵۳)، ۳۲۷-۳۵۰.
- محمدی، سعدی و خالدی، فریدون. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر رضایتمندی گردشگران خارجی سلامت (مطالعه موردی: گردشگران اقلیم کردستان عراق). *نشریه گردشگری شهری*، ۳(۶)، ۱-۱۶.
- مروتی شریف‌آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. *نشریه مدیریت سلامت*، ۱۷(۵۵)، ۷۳-۸۸.
- ملکی، سعید؛ رخشانی مقدم، حیدر و زاد ولی خواجه، شاهرخ. (۱۳۹۵). شناسایی و تدوین استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت (مطالعه موردی: کلان‌شهر تبریز). *نشریه جغرافیای اجتماعی شهری*، ۳(۷)، ۱۱۳-۱۳۰.
- منوچهری، سوران و محمدی، سعدی. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت در مناطق مرزی (مطالعه موردی: استان کردستان). *فصلنامه علوم و فنون مرزی*، ۸(۳۰)، ۹۵-۱۳۰.

واعظی، رضا؛ چکین، میثم و اصلی پور، حسین. (۱۳۹۷). چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۳ (۴۱)، ۱-۴۰.

هرندی، عطاءاله و میرزائیان خمسه، پیوند. (۱۳۹۶). تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک. نشریه گردشگری شهری، ۴ (۱)، ۸۷-۹۸.

Altinay, F., Dagli, G., & Altinay, Z. (2019). The role of technology in tourism and health services for accessibility in service management. *Postmodern Openings*, 10(4), 1-7.

Aydin, G., & Karamehmet, B. (2017). Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1), 16-36.

Dryglas, D., & Salamaga, M. (2018). Segmentation by push motives in health tourism destinations: A case study of Polish spa resorts. *Journal of Destination Marketing & Management*, 9, 234-246.

Hamel, G., & Välikangas, L. (2003). The quest for resilience, *Harvard Business Review*, 81(9), 52-63.

Han, J. S., Lee, T. J., & Ryu, K. (2018). The promotion of health tourism products for domestic tourists. *International Journal of Tourism Research*, 20(2), 137-146.

Kashuba, V.O., Goncharova, N. N., & Butenko, H. O. (2016). Effectiveness of health tourism application as the basis of health related recreational technology in primary school pupils' physical education. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 20(2), 19-25.

Manna, R., Cavallone, M., Ciasullo, M. V., & Palumbo, R. (2019). Beyond the rhetoric of health tourism: shedding light on the reality of health tourism in Italy. *Current Issues in Tourism*, 1-15.

Medhekar, A. (2020). Emerging trends of wellness and medical tourism in India. *In Global Developments in Healthcare and Medical Tourism*, 1-22.

Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A.A., Ahmadi, H., Rashid, T. A., Munshi, A., & Ahmed, O.H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. *Computers & Industrial Engineering*, 137, 1-11.

Ridderstaat, J., Singh, D., & De Micco, F. (2019). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of destination marketing & management*, 11, 270-280.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). Handbook for synthesizing qualitative research. *New York, NY: Springer*.

- Santinha, G., Breda, Z., & Rodrigues, V. (2020). Perspectives for medical tourism development in Portugal's central region: The view of healthcare stakeholders. *In Global Developments in Healthcare and Medical Tourism*, 112-133.
- Savaşan, A., Yalvaç, M., Uzunboylu, H., & Tuncel, E. (2018). The attitudes of education, tourism and health sector managers in Northern Cyprus towards Education on Health Tourism. *Quality & Quantity*, 52(1), 285-303.
- Shibata, N., Shinoda, H., Nanba, H., Ishino, A., & Takezawa, T. (2020). Classification and visualization of travel blog entries based on types of tourism. *In Information and Communication Technologies in Tourism 2020*, 27-37.
- Singh, L. (2014). An evaluation of medical tourism in India. *African Journal of Hospitality Tourism & Leisure*, 3, 115-131.
- Sopha, C., Jittithavorn, C., & Lee, T.J. (2020). Cooperation in health and wellness tourism connectivity between Thailand and Malaysia. *International Journal of Tourism Sciences*, 4, 248-257.
- Unruh, G. (2016). Strategies for business resilience. *MIT Sloan Management Review*, available at: sloanreview.mit.edu.
- Välakangas, L. (2016). Strategic resilience. In: Augier M., Teece D. (eds) *The Palgrave Encyclopedia of Strategic Management*. Palgrave Macmillan, London.
- Wang, K., Xu, H., & Huang, L. (2020). Wellness tourism and spatial stigma: A case study of Bama, China. *Tourism Management*, 78, 1-12.
- Wilde, C., Ross, A. R., & Maharajan, S. (2018). Health tourism and the need for occasional strong paternalism: complications and management of cosmetic anterior chamber iris implantation. *Eye*, 32(12), 1915-1916.
- Youngman, I. (2020), COVID-19: medical tourism could be affected until 2021. *International Medical Travel Journal*, 1-5.