

جایگاه خط‌مشی‌گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی

رضا واعظی^۱، میثم چگین^۲، حسین اصلی‌پور^۳

چکیده: گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از بخش‌های رو به رشد و شایان توجه حوزه گردشگری، با عطف نظر به شاخص‌های مهمی از جمله اشتغال، کارآفرینی، رشد اقتصادی، بهبود فضای کسب‌وکار، کاهش وابستگی بودجه دولت به نفت و جذب سرمایه‌های داخلی و خارجی، می‌تواند از زیربناهای مهم تحقق اقتصاد مقاومتی در کشور باشد. هدف پژوهش، پاسخ به این پرسش است که بر اساس راهبردهای اقتصاد مقاومتی، خط‌مشی‌گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی چه جایگاهی دارد؟ در چارچوب پاسخ به این سؤال، از تلفیق روش‌های کیفی تحلیل مضمون و الگوسازی ساختاری - تفسیری استفاده شده است. روش تحلیل مضمون از طریق کدگذاری مصاحبه‌ها و اسناد مکتوب به شکل‌گیری ۱۰ مضمون فراگیر مشترک (عدالت اجتماعی، گفتمان‌سازی، الگوی بومی، درون‌زایی، خط‌مشی‌گذاری کلان، تثبیت سهم بازار، محوریت کارآفرینی، دانش‌محوری، برون‌نگری، مردم‌محوری) منجر شد. در نهایت این مضامین پس از طی مراحل مد نظر در الگوسازی ساختاری - تفسیری و برقراری ارتباطات زوجی در چهار سطح از وابسته‌ترین و در عین حال مهم‌ترین مضامین تا مستقل‌ترین مضامین، سطح‌بندی شدند.

واژه‌های کلیدی: اقتصاد مقاومتی، توسعه اقتصادی، توسعه اجتماعی، خط‌مشی‌گذاری، گردشگری سلامت.

۱. دانشیار مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده حسابداری و مدیریت، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۴

نویسنده مسئول مقاله: میثم چگین

E-mail: maysam64@gmail.com

مقدمه

متأسفانه تحریم‌های گسترده و ناعادلانه علیه نظام اقتصادی ایران در سال‌های گذشته، موجب شد معیشت مردم و توسعه اقتصادی یکی از مهم‌ترین چالش‌های کشور باشد. بر اساس آموزه‌های مدیریت دولتی نیز، پدیده‌های جدید در موارد بسیاری از محیط پیرامون تحمیل می‌شوند، اما چنانچه با تدبیر مناسب دولت‌ها همراه باشد، می‌تواند مخاطرات را به‌شدت کاهش دهد و فرصت‌های مؤثری برای آینده اقتصادی و اجتماعی کشور رقم زند و تأمین منافع عمومی را در پی داشته باشد (جویس، ۲۰۱۵: ۱۳۹). از بارزترین مصادیق «منفعت عمومی»، توجه به سلامت و بهداشت عمومی و همچنین رفاه عمومی است. شفریتز از نظریه‌پردازان مدیریت دولتی، حوزه‌های «خطمشی‌گذاری عمومی» را به هشت گروه کلی دسته‌بندی می‌کند که دو حوزه مهم از آنها، «خطمشی‌های سلامت و بهداشت عمومی» و همچنین «خطمشی‌های رفاه عمومی» نام گرفته‌اند. تأیید این دسته‌بندی توسط محققان دیگر، هر گونه تردید در میزان اهمیت این حوزه‌ها را در مسائل عمومی دولت‌ها از بین می‌برد (تورس، ۲۰۰۳؛ هاگلاند، ۲۰۰۷؛ فیرسوا و تاپلین، ۲۰۰۹؛ فرازمنده، ۲۰۰۹). پژوهش حاضر خطمشی‌گذاری گردشگری سلامت را ذیل پارادایم خدمات عمومی نوین در مکاتب مدیریت دولتی مد نظر دارد. مهم‌ترین مبنای پارادایم یاد شده بر «شهروندی دموکراتیک» و «حکمرانی شهروندی» استوار است. بر خلاف دیدگاه‌های سنتی که شهروندان در آن نقش منفعلی داشتند و نیز بر خلاف مدیریت دولتی نوین که نقش شهروند را در حد «مشتری» تقلیل می‌دهد، در این پارادایم نقش شهروندان به‌عنوان مالکان اصلی بخش عمومی، به زمان رأی‌گیری محدود نیست، بلکه به‌طور مستمر و در جریان مدیریت بخش عمومی جریان می‌یابد (طهماسبی، ۱۳۹۲: ۲۰۳). با توجه به قرار گرفتن صنعت گردشگری ذیل بخش خدماتی، نقش محوری گردشگران در تعریف این صنعت و نیز، نگاه جامع پارادایم خدمات عمومی نوین به مقوله «منفعت عمومی»، پژوهشگران قلمرو موضوعی خطمشی‌گذاری را ذیل این پارادایم مد نظر داشته‌اند.

امروزه در اقتصاد جهانی، گردشگری بزرگ‌ترین کسب‌وکار دنیاست. سهم این صنعت در تولید ناخالص ملی جهان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ دو برابر شده است. بر اساس گزارش شورای جهانی سفر و گردشگری در سال ۲۰۱۷، سفر و گردشگری ۷/۶ تریلیون دلار (۱۰/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی جهانی) و ۲۹۲ میلیون شغل در سال ۲۰۱۶ تولید کرد که برابر با ۱ شغل از ۱۰ شغل در اقتصاد جهانی است. در سال ۲۰۱۶ حدود ۶/۶ درصد از کل صادرات و ۳۰ درصد از کل صادرات خدمات را در جهان، صادرات خدمات گردشگری تشکیل می‌دهد (شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۷، نسخه اول). این در حالی است که بر اساس گزارش دیگری از شورای جهانی سفر و گردشگری، نسبت سهم گردشگری ایران از تولید ناخالص داخلی کشور و نیز، سهم

آن در تولید اشتغال مستقیم به ترتیب ۲/۹ درصد و ۲/۲ درصد بوده و این موضوع با توجه به میانگین سهم گردشگری از تولید ناخالص داخلی و ایجاد شغل مستقیم در کشورهای جهان (به ترتیب ۱۰/۲ و ۱۰ درصد) محل تأمل است (شورای جهانی سفر و گردشگری، ۲۰۱۷، نسخه دوم) و بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، سازمان‌های دولتی و خصوصی، انجمن‌ها، آژانس‌های مسافرتی و جامعه محلی برای موفقیت در این عرصه باید هماهنگی بیشتری داشته باشند (نظری، قادری و فضلوی، ۱۳۹۴).

نگاه به موضوع توسعه گردشگری سلامت از دیدگاه اقتصاد مقاومتی دلایل متعددی دارد که مهم‌ترین آن تلاش‌های برخی جوامع غربی در تحمیل تحریم‌های یک‌جانبه علیه ایران است. گردشگری سلامت اگر در چارچوب اقتصاد مقاومتی به خوبی تعریف شود، در تقابل با اقتصاد وابسته قرار می‌گیرد. ضمن اینکه گردشگری سلامت و اقتصاد مقاومتی ویژگی‌های مشترک و همراستایی دارند که به‌طور تفصیلی درباره آنها بحث خواهد شد.

در این مطالعه ضمن تبیین مفاهیم، انواع و ابعاد گردشگری سلامت، به بررسی مفهوم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های اقتصاد مقاومتی پرداخته می‌شود و پس از بررسی نمونه‌های تئوریک با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون، مؤلفه‌های مشترک اقتصاد مقاومتی و گردشگری سلامت به‌دست می‌آید و در نهایت به تبیین جایگاه خط‌مشی گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی پرداخته خواهد شد.

پیشینه پژوهش

گردشگری سلامت

گردشگری سلامت را می‌توان مسافرت گسترده افراد از محل اقامت خود برای سلامتی تعریف کرد که عوامل مختلف جمعیتی، اقتصادی و سبک زندگی بر این نوع گردشگری تأثیرگذار است (بادولسک، ۲۰۱۴: ۴۱۰). گردشگری سلامت شامل افراد و گروه‌هایی است که برای استفاده از آب و هوای پاک (با هدف پزشکی و درمانی)، استفاده از آبهای معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (عربشاهی و آریان‌فر، ۱۳۹۲: ۱۴۰). در اغلب مقاله‌ها و کتاب‌های موجود، گردشگری سلامت به سه دسته کلی طبقه‌بندی شده است:

- گردشگری تندرستی (پیشگیرانه): مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپا^۱) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی را گردشگری تندرستی گویند (بوکمن و بوکمن، ۲۰۰۷: ۴۴).

- گردشگری درمانی (صحت): مسافرت به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آبهای معدنی، نمک، لجن و غیره) برای درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند (هاراشه، ۲۰۰۲: ۴۵).
- گردشگری پزشکی: مسافرت برای درمان بیماری یا عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند (عربشاهی، ۱۳۹۲: ۱۴۵).

خطمشی‌گذاری گردشگری سلامت در کشورهای مختلف

در سایه رشد هزینه‌های درمانی، بسیاری از بیماران در کشورهای توسعه یافته، به استفاده از خدمات پزشکی کشورهای در حال توسعه چشم دوخته‌اند (رایزن، ۲۰۱۰: ۴۴). از جمله رقبای ایران در امر گردشگری سلامت در منطقه، می‌توان به هند، سنگاپور، اردن، مالزی، ترکیه، امارات و کشورهای استقلال یافته حواشی دریای خزر و روسیه سفید اشاره کرد که برای جذب بیماران کشورهای آسیایی و حتی جهان برنامه‌ریزی می‌کنند. در جدول ۱، الگوی برخی کشورها در زمینه گردشگری سلامت مقایسه شده است.

جدول ۱. بررسی مقایسه‌ای الگوی سایر کشورها در زمینه گردشگری سلامت

کشور	خطمشی‌های اختصاصی	خطمشی‌های مشترک
اردن (واتسن، ۲۰۱۲)	جذب پزشکان مجرب (با مدرک و گواهی پزشکی از آمریکا و بریتانیا)	تمرکز بر هزینه‌های کم، تأکید بر ارائه خدمات با کیفیت با هزینه کمتر و در مدت زمان کوتاه‌تر، کسب مجوزهای استاندارد بین‌المللی برای مراکز درمانی، استفاده از کارکنان بیمارستانی مجرب و مسلط به زبان انگلیسی و سایر زبان‌ها
تایلند (هال، ۲۰۱۳)	تمرکز بر حوزه‌های خاص درمانی (درمان‌های زیبایی و تغییر جنسیت) توسعه بیمارستان‌های خصوصی مجهز و پیشرفته	
ترکیه (آلتین، بکتاس و آنتپ و دیگران ۲۰۱۲)	ساخت بیمارستان‌های شهری و مناطق آزاد بهداشت و درمان تسهیل سرمایه‌گذاری خصوصی	
سنگاپور (هال، ۲۰۱۳)	شناسایی تقاضا برای خدمات پزشکی و تضمین سودآوری برای سرمایه‌گذاران خصوصی امضای تفاهم‌نامه‌هایی با برخی از کشورهای خاورمیانه حمایت دولت از بیمارستان‌هایی که قصد خرید زمین دارند سازمان‌دهی سمپوزیوم‌ها، کنفرانس‌ها و دوره‌هایی در زمینه پزشکی	
فیلیپین (شالبافیان، ۱۳۹۴)	تمرکز بر مراقبت‌های بازنستگی/بلندمدت	
مالزی (چی، ۲۰۰۷)	تبلیغ در مورد اجرای برخی از پیچیده‌ترین درمان‌ها در جهان تعادل هزینه معالجات پزشکی با سطح کیفیت خدمات برابری سطح کیفیت خدمات پزشکی با کشورهای توسعه‌یافته تبلیغ جاذبه‌های گردشگری مانند سواحل زیبا و تفرجگاه‌ها	
هند (کوهن، ۲۰۱۲)	ساخت بیمارستان‌های معظم با ظرفیت زیاد و صدور ویزای پزشکی	

خطمشی گذاری گردشگری سلامت در ایران

بر اساس برنامه چشم انداز ۲۰ ساله، ایران باید اولین کشور منطقه در زمینه گردشگری سلامت باشد و تا سال ۱۴۰۴ (۲۰۲۵) با ایجاد توان ارائه خدمات پزشکی و درمانی، پذیرای ۲۰ میلیون گردشگر بوده و ۱۵ میلیارد دلار از این حوزه درآمد کسب کند (مهردی، ۲۰۱۳: ۱۱۵).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، تا سال ۲۰۱۱ میلادی، سالانه ۵۰ میلیارد دلار از طریق گردشگری سلامت عاید کشورهای مقصد شد (برگرفته از تارنمای سازمان بهداشت جهانی)^۱. اعتقاد بر این است که ایران می تواند پذیرای حدود یک میلیون گردشگر سلامت در سال باشد که درآمدی معادل ۷ میلیارد دلار برای کشور به دنبال دارد. ایران در سال ۲۰۰۷ میزان حدود ۲۰ هزار گردشگر سلامت از کشورهای خاورمیانه بوده است و درآمد گردشگری سلامت ایران در سال ۱۳۹۳، یک میلیارد و دویست میلیون دلار تخمین زده شده است (سایت رسمی سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، ۱۳۹۴).

در این بخش به منظور تبیین جایگاه گردشگری سلامت در نظام خطمشی گذاری کشور، ابتدا جایگاه گردشگری سلامت در «اسناد بالادستی» کشور بررسی شده است.

جدول ۲. بررسی اسناد بالادستی کشور در حوزه گردشگری سلامت

سند بالادستی	بندها
خطمشی های کلی سلامت (ابلاغی از سوی رهبری مورخ ۹۳/۱/۱۸)	افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت
	بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایران
مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی	برنامه ریزی برای دستیابی به مرجعیت در ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام
	نقشه مهندسی فرهنگی کشور: برنامه ریزی برای جذب و گسترش گردشگری خارجی به ویژه شیعیان و سایر مسلمانان در زمینه درمانی
قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور	نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی ۹۰/۱۰/۱۴): جمهوری اسلامی ایران قصد دارد تا سال ۱۴۰۴ به قطب پزشکی منطقه تبدیل شود.
	بر اساس ماده ۸۷ قانون برنامه چهارم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور زمینه سازی برای حضور در بازارهای جهانی و تبدیل به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب خطمشی های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده های پزشکی و دارویی ارائه کند.

بررسی اسناد بالادستی کشور نشان می‌دهد در موارد متعددی گردشگری سلامت می‌تواند ابزار تحقق این خطمشی‌ها قلمداد شود و در برخی موارد صریحاً توسعه این نوع گردشگری مد نظر خطمشی‌گذاران نظام بوده است (شالباغیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱). در جدول ۲ اسناد بالادستی کشور در حوزه گردشگری سلامت در سه بخش «خطمشی‌های کلی سلامت»، «مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی» و «قانون برنامه چهارم توسعه کشور» بررسی شده است.

اقتصاد مقاومتی

اقتصاد مقاومتی اصطلاحی است که رهبر جمهوری اسلامی ایران آن را برای نخستین بار در سال ۸۹ مطرح کرد و پس از آن عالی‌ترین مقامات کشور نیز در سخنرانی‌های خود بر آن تأکید کردند. اقتصاد مقاومتی در واقع اقتصادی را ترسیم می‌کند که توانایی مقابله با شوک‌های وارد شده بر اقتصاد و قابلیت انعطاف در شرایط مختلف و توانایی عبور از بحران را دارد (برگرفته از بیانات رهبری، ۱۳۸۹). بر اساس تعریف دیگر، اقتصاد مقاومتی یعنی تشخیص حوزه‌های فشار در وضعیت کنونی تحریم و متعاقب آن، تلاش برای کنترل و بی‌اثر کردن و در موقعیت آرمانی تبدیل چنین فشارهایی به فرصت. به بیان دیگر، اقتصاد مقاومتی کاهش وابستگی‌ها و تأکید بر مزیت‌های تولید داخل و تلاش برای خوداتکایی است (آرام، محمدپور، کاشانی و غیبی، ۱۳۹۱). اقتصاد مقاومتی درباره میزان توانایی اقتصاد برای بازگشت به کارکرد عادی خود پس از مواجهه با تکان وارد شده بحث می‌کند. تکان وارد شده به اقتصاد می‌تواند برخاسته از عوامل بیرونی یا ضعف‌های درونی اقتصاد باشد (مارتین، ۲۰۱۴). البته «تاب‌آوری» مفهومی است که اندیشمندان حوزه‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی پس از بحران مالی ۲۰۰۸ میلادی بر آن توجه بیشتری کردند و همان «بازگشت سریع پس از تنش، تحمل تنش بیشتر، کاهش تخریب در اثر مقدار معینی از تنش» است (غیاثوند، ۱۳۹۳). برای شناخت بیشتر مفهوم اقتصاد مقاومتی، نگاه گذرایی به چیستی و مفهوم اقتصاد مقاومتی در ابلاغیه سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی که در بهمن ۹۲ توسط رهبر انقلاب صورت گرفت، می‌اندازیم:

«مجموعه سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در واقع یک الگوی بومی و علمی است که برآمده از فرهنگ انقلابی و اسلامی ماست؛ متناسب با وضعیت امروز و فردای ماست ... [اقتصاد مقاومتی] یک تدبیر بلندمدت برای اقتصاد کشور است؛ می‌تواند اهداف نظام جمهوری اسلامی را در زمینه مسائل اقتصادی برآورده کند؛ می‌تواند مشکلات را برطرف کند ... اقتصاد سرمایه‌داری با مشکلاتی که ناشی از این اقتصاد بود، از غرب و از آمریکا سرریز شد به بسیاری از کشورها؛ بنابراین خیلی از کشورها درصدد برآمدند که اقتصاد خودشان را مقاوم‌سازی کنند؛ به تعبیری همین اقتصاد مقاومتی را به شکل متناسب با کشورهایشان برنامه‌ریزی کنند، تحقق ببخشند ...

ما قصد جداسدن و مُعزّل شدن از اقتصاد جهانی را به هیچ وجه نداریم و در شرایط کنونی دنیا نمی توان هم داشت؛ بنابراین متأثر می شویم از آنچه در دنیا در اقتصادهای جهانی اتفاق می افتد^۱». در جدول ۳ به طور خلاصه به مؤلفه های اقتصاد مقاومتی از دیدگاه رهبر انقلاب اشاره شده است^۲:

جدول ۳. مؤلفه های اقتصاد مقاومتی

مؤلفه های اقتصاد مقاومتی از دیدگاه رهبر انقلاب در سیاست های ابلاغی بهمن ۱۳۹۲		
سیاست های اقتصاد مقاومتی (مقدمه)	حماسه اقتصادی (مقدمه)	رویکرد جهادی (۲۰)
فسادستیزی (۱۹)	مشکلات اقتصادی کشور (مقدمه)	ظرفیت های داخلی (متعدد)
دانش محوری (۲)	الگوی بومی (۱)	عدالت اجتماعی (۴)
گفتمان سازی (۲۱)	اصلاح الگوی مصرف (۸)	مؤلفه های الگوی اقتصاد مقاومتی (متعدد)
سیاست های اجرایی (۲۲)	امنیت اقلام راهبردی (۷)	مقاوم سازی اقتصاد (۱۲)
عمل صالح (مقدمه)	مردم محوری (مقدمه)	جنگ اقتصادی (مقدمه)

روش شناسی پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش اکتشافی است و ساخت مفاهیم، الگوها و چارچوبها را دنبال می کند، یافته های نهایی از پیش معلوم نیستند. با توجه به پیاز فرایند پژوهش، از نظر جهت گیری، این پژوهش بنیادی است و از لحاظ فلسفه، تفسیری است. با توجه به هدف و مسئله ای که این پژوهش دنبال می کند، استراتژی اصلی آن کثرت گرایی روش شناختی با بهره مندی از دو استراتژی است. پژوهش حاضر مبتنی بر رویکرد کیفی بوده و با تلفیق دو روش «تحلیل مضمون» و «مدل سازی ساختاری - تفسیری» اجرا شده است.

در روش تحلیل مضمون، با طی کردن مسیر رفت و برگشتی درون متن، درک بهتری از متن به دست می آید. در هر رفت و برگشت، یافته های جزئی که ناسازگار و متناقض با سایر یافته های محکم تر قبلی هستند، کنار گذاشته می شوند. این مسیر که کمترین تناقض درونی را دارد تا جایی

۱. بیانات جلسه تبیین سیاست های اقتصاد مقاومتی، ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

۲. اعداد داخل پرانتز در مؤلفه های جدول بیان کننده شماره بند متناظر در سند بالادستی «سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی» است که مؤلفه مد نظر از آن بند استخراج شده است.

ادامه می‌یابد که درک قابل قبولی از متن ایجاد شود (پاتون، ۲۰۰۲؛ پاکر، ۱۹۸۹). در این روش مضامین زیر نظام‌مند می‌شود (عابدی جعفری، تسلیمی، فقیهی و شیخ‌زاده، ۱۳۹۰: ۲۳):

الف) مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی موجود در متن)؛

ب) مضامین سازمان‌دهنده (مقوله‌های به‌دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه)؛

ج) مضامین فراگیر (مضامین عالی دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به‌عنوان یک کل).

ارائه این توضیح در اینجا ضروری است که رویه پژوهشگران در استخراج مضامین پایه و سازمان‌دهنده، به‌صورت استقرایی (با توجه به بطن داده‌ها، پایین به بالا) و در استخراج مضامین فراگیر به‌صورت قیاسی و بالا به پایین بوده است. بر اساس دسته‌بندی‌ای که میرینگ (۲۰۰۰) از روش‌های تحلیل محتوا (تحلیل مضمون نیز یکی از شیوه‌های تحلیل محتوای کیفی محسوب می‌شود) ارائه کرده است، تحلیل محتوا به سه شکل کمی، کیفی استقرایی و کیفی قیاسی انجام می‌شود. در تحلیل محتوای استقرایی، پژوهشگر از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین‌شده اجتناب می‌ورزد و به جای اینکه گردآوری داده‌ها با اتکا به فرضیه‌هایی که از دل یک نظریه یا مدل بیرون آمده، آغاز شود، نقطه شروع صرفاً کدگذاری داده‌های مبتنی بر سؤال و هدف پژوهش است (شانون، ۲۰۰۵). در حالی که در تحلیل محتوای قیاسی، مقولات و طبقات در انتهای پژوهش به‌دست نمی‌آیند، بلکه محقق با مفروض گرفتن برخی تعاریفها و تعمیم‌ها به‌عنوان طبقات، متن مد نظر را به‌صورت کیفی تحلیل می‌کند و به‌دنبال مصادیقی از تعاریفها و تعمیم‌ها در کل متن می‌گردد (فردانش، ۱۳۸۷). دلیل اتخاذ رویکرد قیاسی در بخش استخراج مضامین فراگیر این است که منابع تبیین‌کننده مقوله «اقتصاد مقاومتی» بسیار محدودند؛ از این رو پژوهشگران ناگزیر به در نظر گرفتن دسته‌بندی کلی از آنها به‌عنوان قالب‌های ذهنی در برقراری ارتباط با سایر مضامین پایه و سازمان‌دهنده بودند.

«مدل‌سازی ساختاری - تفسیری» نوعی فرایند یادگیری تعاملی است که در آن مجموعه‌ای

از عناصر مختلف و مرتبط با یکدیگر در یک مدل سیستماتیک جامع، ساختار بندی می‌شوند.

این متدولوژی بر ترتیب و جهت روابط پیچیده میان عناصر یک سیستم تمرکز می‌کند و به کمک آن، اعضای یک گروه می‌توانند بر پیچیدگی بین عناصر غلبه کنند. این مدل تفسیری است؛ زیرا تصمیم بر مبنای قضاوت‌های گروهی گرفته می‌شود و سؤال محوری در آن این است که آیا رابطه‌ای بین عناصر وجود دارد؟ و در صورت مثبت بودن جواب، ارتباط آنها چگونه است؟ از طرف دیگر، مدلی ساختاری است، به این معنا که در آن بر مبنای روابط، ساختاری کلی از مجموعه پیچیده عناصر اقتباس می‌شود و در نهایت مدل‌سازی است؛ یعنی اینکه روابط عناصر و

ساختار کلی، در یک مدل گرافیکی مجسم می‌شود (یاوری، ۱۳۹۱: ۲۰۰)

نمونه‌گیری این پژوهش، نظری است. در نمونه‌گیری نظری، از رویدادها - و نه لزوماً از افراد - نمونه‌گیری می‌شود و هدف از مراجعه به اسناد و سخنرانی‌ها، کاوش رویدادهاست. رویدادهایی که مبین مقولات گوناگون مرتبط با پدیده مورد بررسی پژوهش هستند (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸: ۱۸). در بخش تحلیل مضمون پژوهش، همزمان از دو منبع «مصاحبه نیمه ساختاریافته» و «اسناد مکتوب» استفاده شده است. در مجموع ۱۱ مصاحبه با خبرگان انجام شد که در آن علاوه بر استادان دانشگاه (صاحب‌نظران حوزه گردشگری) که جزء خبرگان علمی به‌شمار می‌روند، مصاحبه با مسئولان حوزه گردشگری سلامت (در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، وزارت امور خارجه، سازمان نظام پزشکی، انجمن توسعه گردشگری، اتاق بازرگانی) که به‌عنوان خبرگان اجرایی و کارگزاران این حوزه فعالیت می‌کنند، در دستور کار قرار گرفت.

جدول ۴. خلاصه‌ای از اطلاعات مصاحبه‌های انجام شده

بخش	مصاحبه‌شوندگان	تعداد مصاحبه‌ها
دولتی/خصوصی	مسئولان گردشگری سلامت	۳
خصوصی	مدیران آژانس‌های گردشگری	۳
دولتی/خصوصی	مسئولان بیمارستانی	۳
دانشگاه	استادان دانشگاهی	۲
تعداد کل		۱۱

در بخش مراجعه به «اسناد مکتوب»، تمام اسناد بالادستی کشور در حوزه گردشگری سلامت در سه بخش «خط‌مشی‌های کلی سلامت»، «مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی» و «قانون برنامه چهارم توسعه کشور» بررسی شد. همچنین در بخش اقتصاد مقاومتی، ابلاغیه سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی و سخنرانی‌ها و بیانات متعدد رهبر معظم انقلاب در زمینه اقتصاد مقاومتی مطالعه شد.

برای اجرای روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری نمونه‌گیری هدفمند و تئوریک مد نظر قرار گرفت و از ابزار پرسشنامه استفاده شد. ۱۵ پرسشنامه (با حفظ پراکنش قبلی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۴) توزیع شد و در نهایت پس از پیگیری‌های لازم ۱۰ پرسشنامه جمع‌آوری گردید که مبنای این پژوهش قرار گرفتند.

از نظر کرسول پژوهشگران کیفی به‌منظور افزایش اعتبار پژوهش‌های خود، باید در هر پژوهش دست کم از دو راهبرد استفاده کنند که در پژوهش حاضر اقدامات زیر انجام شد:

- تطبیق اعضا: مشارکت‌کنندگان نظر خود را درباره گزارش پژوهش، فرایند و داده‌ها ارائه کردند و مطابق نظر آنها، نتایج بازبینی شد. در این رابطه، نظر چهار نفر از اعضای هیئت علمی رشته مدیریت دولتی و جهانگردی اخذ شد و در فرایند بازبینی نتایج پژوهش اعمال گردید.
- درگیری طولانی مدت پژوهشگران با موضوع تحقیق: از ویژگی‌ها آن است که پژوهشگر ضمن تحلیل داده‌ها فرایند مقایسه و سنجش مستمر را انجام می‌دهد. به این معنا که دائماً یافته‌ها را با تحلیل‌های کیفی قبلی مقایسه می‌کند و این کار مستلزم درگیری طولانی مدت پژوهشگر با موضوع تحقیق است که این فرایند در پژوهش حاضر تقریباً ۱۸ ماه به طول انجامیده است.
- کثرت گرایی: منظور تنوع سطوح مصاحبه‌شوندگان است که این تنوع در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

یافته‌های پژوهش

از آنجا که مضامین استخراج شده در روش تحلیل مضمون، نهایتاً در خدمت روش الگوسازی ساختاری - تفسیری قرار می‌گیرند و بر اساس مراحل این روش سطح‌بندی می‌شوند، در این بخش، یافته‌های پژوهش مبتنی بر مراحل مد نظر در روش الگوسازی ساختاری - تفسیری ارائه شده است.

مرحله اول - شناسایی مضامین مبنا برای مدل‌سازی

الگوسازی ساختاری - تفسیری با شناسایی متغیرها یا مضامینی شروع می‌شود که مربوط به مسئله یا موضوع باشند. در این تحقیق، مضامین فراگیر به دست آمده از طریق تحلیل متن سخنرانی‌ها و اسناد بالادستی با استفاده از روش تحلیل مضمون استخراج شده و در زیر فهرست شده‌اند:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| ۱. عدالت اجتماعی | ۶. تثبیت سهم بازار |
| ۲. گفتمان‌سازی | ۷. محوریت کارآفرینی |
| ۳. الگوی بومی | ۸. دانش محوری |
| ۴. درون‌زایی | ۹. برون‌نگری |
| ۵. خطمشی‌گذاری کلان | ۱۰. مردم‌محوری |

با توجه به آن که انعکاس مشروح کدگذاری‌های صورت‌گرفته در اینجا ممکن نیست، صرفاً به نمونه‌هایی از کدهای استخراج شده اشاره می‌شود.

جدول ۵. نمونه جدول‌های استخراج مضامین پایه و سازمان‌دهنده از کدهای باز مؤلفه‌های اقتصاد مقاومتی

ردیف	کد	مضمون پایه	مضمون سازمان‌دهنده
۱	کسب قدرت برای بازدارندگی تهدیدها	مقاومت در برابر عوامل تهدیدزا	مقاومت و تاب‌آوری
۲	کار، تولید و کارآفرینی برای بازدارندگی تهدیدها	مقاومت در برابر عوامل تهدیدزا	مقاومت و تاب‌آوری
۳	رشد ملی، اشتغال و رفاه ملی نقاط حساس و مورد توجه دشمن در مقابله با اقتصاد مقاومتی	بهبود رشد، اشتغال و رفاه ملی	بهبود شاخص‌های توسعه اقتصادی
۴	هم ارز بودن اقتصاد مقاومتی واقعی و کارآفرینی	تأثیر مستقیم بر کارآفرینی	بهبود کارآفرینی
۵	وجود عناصر آماده به کار (ولی بیکار) در کشور	بهبود شاخص‌های کلان	ظرفیت‌های مستعد
۶	ظرفیت‌های کشور به‌عنوان قوت اقتصاد مقاومتی	تکیه بر ظرفیت‌های داخلی	ظرفیت‌های مستعد
۷	تقویت تولید داخلی، ستون فقرات اقتصاد مقاومتی	بهبود شاخص‌های کلان	ظرفیت‌های مستعد
۸	امکان‌پذیر بودن الگوی اقتصاد مقاومتی در کشور	ابتنا بر الگوی بومی و علمی	ظرفیت‌های مستعد
۹	نگاه به بیرون جامعه در کنار تقویت توانایی درونی	نگاه و گرایش به بیرون جامعه	گرایش به بیرون
۱۰	اقتصاد مقاومتی، متکی به مردم	اتکا به توده مردم	مردم محوری
۱۱	استفاده از پیشرفت‌های علمی در اقتصاد مقاومتی	محوریت پیشرفت‌های علمی	دانش بنیان بودن
۱۲	اقتصاد مقاومتی، متناسب با نیازهای کشور	ابتنا بر الگوی بومی و علمی	سیاست‌های اجرایی
۱۳	ترویج به‌عنوان الگوی مصرف صحیح نه ریاضت	ترویج صحیح الگوی مصرف	ترویج صحیح
۱۴	اقتصاد مقاومتی، راه‌حل پایه‌ای نه سطحی و کوتاه‌مدت	راه حل اساسی و غیرسطحی	سیاست‌های اجرایی
۱۵	قابلیت انطباق با شرایط گوناگون	الگویی منعطف	سیاست‌های اجرایی
۱۶	حل مسائل در گرو تقویت درونی	تقویت نیروهای داخلی	ظرفیت‌های مستعد
۱۷	بومی و علمی بودن الگوی اقتصاد مقاومتی	ابتنا بر الگوی بومی و علمی	دانش محوری
۱۸	مدیرانه بودن فرایند سیاست‌های اقتصاد مقاومتی	ابتنا بر الگوی بومی و علمی	سیاست‌های اجرایی
۱۹	بالفعل کردن ظرفیت‌های داخلی از طریق اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی	تکیه بر ظرفیت‌های داخلی	ظرفیت‌های مستعد
۲۰	کفایت‌کنندگی از مسیر اقتصاد مقاومتی	درون‌زایی و برون‌نگری	ظرفیت‌های مستعد
۲۱	خصوصی‌سازی و تحول اقتصاد بر اساس توان مردمی	خصوصی‌سازی و توان مردمی	اتکا به توده مردم

جدول ۶. نمونه جدول‌های استخراج مضامین از کدهای باز سیاست‌های گردشگری سلامت

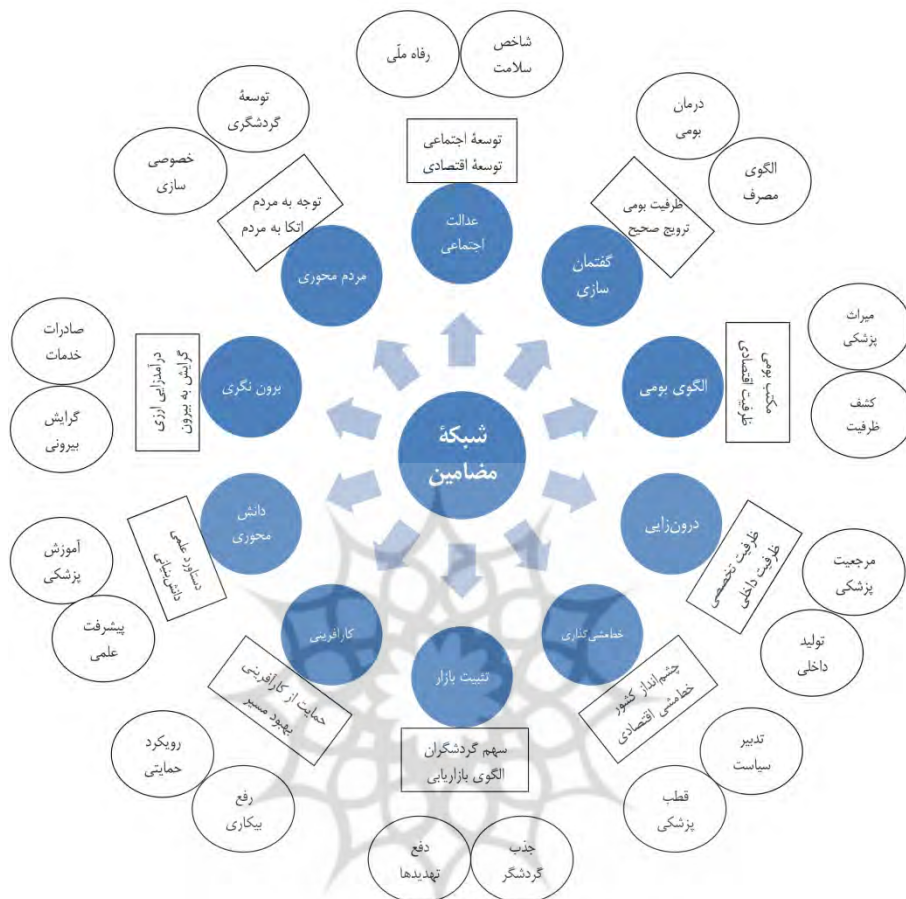
ردیف	کد	مضمون پایه	مضمون سازمان‌دهنده
۱		بهبود شاخص سلامت داخلی و بودجه عمومی دولت	بهبود شاخص‌های توسعه اجتماعی
۲		بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایران	ترویج ظرفیت‌های بومی
۳		ایجاد مراکز ارائه‌دهنده طب سنتی	مکتب بومی پزشکی
۴		برنامه‌ریزی برای مرجعیت پزشکی	ظرفیت‌های تخصصی داخلی
۵		تبدیل به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام	جهت‌دهی به چشم‌انداز کشور
۶		جذب و گسترش گردشگری خارجی	تثبیت سهم گردشگران درمانی
۷		تسهیلات معرفی توانایی‌ها و تولیدات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی	حمایت از کارآفرینی
۸		تسهیلات لازم برای آموزش پزشکی	توجه به دستاوردهای علمی
۹		تأمین ۳۰ درصد ارز بخش بهداشت و درمان از صادرات خدمات و تولیدات	درآمدزایی ارزی
۱۰		توجه به مردم به‌عنوان نقش‌آفرین در عرضه خدمات و توسعه گردشگری	توجه به نقش مردم

توجه به خطمشی گردشگری سلامت بر اساس راهبردهای اقتصاد مقاومتی، دلایل متعددی دارد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به توجه هر دو مقوله به ظرفیت‌های بومی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) و همچنین هم‌پایان در مقوله‌های مهمی از قبیل رفاه و عدالت اشاره کرد. اما تعیین این وجوه مشترک بر اساس مضامین سازمان‌دهنده هر دو مقوله و در قالب مضامین فراگیر مشترک است (جدول ۷).

شکل ۱ شبکه مضامین استخراج شده را نشان می‌دهد که در آن دایره داخلی بیان‌کننده مضامین فراگیر، دایره میانی مضامین سازمان‌دهنده و دایره بیرونی مضامین پایه هستند.

جدول ۷. استخراج مضامین فراگیر مشترک اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های گردشگری سلامت

ردیف	حوزه	مضامین	
		سازمان دهنده	فراگیر مشترک
۱	گردشگری سلامت	شاخص‌های توسعه اجتماعی	عدالت اجتماعی
۲	اقتصاد مقاومتی	شاخص‌های توسعه اقتصادی	
۳	گردشگری سلامت	ترویج ظرفیت‌های بومی	گفتمان‌سازی
۴	اقتصاد مقاومتی	ترویج صحیح	
۵	گردشگری سلامت	برخورداری از مکتب بومی	الگوی بومی
۶	اقتصاد مقاومتی	ظرفیت‌های بومی اقتصادی	
۷	گردشگری سلامت	ظرفیت‌های تخصصی داخلی	درون‌زایی
۸	اقتصاد مقاومتی	ظرفیت‌های اقتصادی داخلی	
۹	گردشگری سلامت	جهت‌دهی به چشم‌انداز کشور	خط‌مشی‌گذاری کلان
۱۰	اقتصاد مقاومتی	خط‌مشی‌های اقتصادی	
۱۱	گردشگری سلامت	اقدامات جذب‌کننده گردشگر	تثبیت سهم گردشگران
۱۲	اقتصاد مقاومتی	الگوی منعطف و مقاوم در برابر عوامل تهدیدزا	تثبیت سهم بازار با الگوی منعطف بازاریابی
۱۳	گردشگری سلامت	حمایت از کسب‌وکارهای تولید و معرفی توانایی‌ها	محوریت کارآفرینی
۱۴	اقتصاد مقاومتی	تأثیر بر کارآفرینی و رفع مشکل اشتغال	بهبود مسیر کارآفرینی
۱۵	گردشگری سلامت	آموزش دستاوردهای نوین پزشکی	دانش‌محوری
۱۶	اقتصاد مقاومتی	محوریت پیشرفت‌های علمی	
۱۷	گردشگری سلامت	کسب درآمد از صادرات خدمات و تولیدات	برون‌نگری
۱۸	اقتصاد مقاومتی	حفظ نگاه و گرایش به بیرون جامعه	
۱۹	گردشگری سلامت	نقش محوری مردم در توسعه گردشگری	مردم‌محوری
۲۰	اقتصاد مقاومتی	خصوصی‌سازی و توان مردمی	



شکل ۱. نمودار شبکه مضامین اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های گردشگری سلامت

مرحله دوم - به دست آوردن ماتریس خود تعاملی ساختاری

ماتریس خود تعاملی ساختاری (SSIM)، ماتریسی به ابعاد عناصر است که این عناصر در سطر و ستون اول آن به ترتیب درج شده و روابط دو به دو متغیرها توسط نمادهایی مشخص می‌شوند. برای تعیین روابط بین عناصر از مقیاس چهار تایی به صورت زیر استفاده شده است:

۳: عامل سطر i روی عامل ستون j کاملاً مؤثر است (تأثیر زیاد)؛

۲: عامل سطر i روی عامل ستون j مؤثر است (تأثیر متوسط)؛

۱: عامل سطر i روی عامل ستون j تأثیر ناچیزی دارد (تأثیر اندک)؛

۰: عامل سطر i روی عامل ستون j بی تأثیر است (بدون تأثیر).

نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ها، با هم جمع شدند که نتایج آن در جدول ۸ آمده است. بنابراین در هر یک از خانه‌های این جدول اعدادی بین ۰ تا ۳۰ قرار می‌گیرد.^۱

جدول ۸. ماتریس خودتعاملی ساختاری مضامین

مضامین کلیدی	عدالت اجتماعی	گفتمان سازی	الگوی بومی	درون زایی	کلان خطمشی گذاری	تثبیت سهم بازار	کارآفرینی محوریت	دانش محوری	برون نگری	مردم محوری
عدالت اجتماعی		۱۴	۶	۲۰	۱۶	۲۴	۲۱	۲۰	۲۲	۲۹
گفتمان سازی	۲۹		۲۰	۲۶	۲۸	۱۶	۱۶	۱۰	۲۱	۲۷
الگوی بومی	۱۶	۲۱		۱۲	۱۶	۱۲	۱۶	۱۶	۱۲	۱۲
درون زایی	۲۹	۱۴	۲۳		۲۰	۲۸	۳۰	۱۰	۳۰	۲۸
خطمشی گذاری کلان	۲۰	۲۱	۱۰	۲۷		۲۰	۳۰	۲۸	۲۹	۲۷
تثبیت سهم بازار	۲۴	۱۰	۱۰	۲۸	۱۰		۲۰	۶	۲۸	۱۸
محوریت کارآفرینی	۱۶	۱۰	۱۲	۳۰	۲۱	۳۰		۲۲	۲۱	۲۰
دانش محوری	۳۰	۲۸	۲۰	۲۹	۳۰	۲۰	۲۲		۲۸	۳۰
برون نگری	۲۸	۲۷	۲۰	۲۴	۲۱	۲۸	۲۹	۲۲		۲۹
مردم محوری	۳۰	۲۹	۲۰	۲۹	۱۰	۲۷	۲۰	۲۸	۲۸	

مرحله سوم - طراحی ماتریس دستیابی

برای رسیدن به ماتریس دستیابی، ابتدا مقیاس عددی واحدی را در نظر گرفته و اعداد جدول مرحله قبل را با آن مقایسه می‌کنیم. در صورتی که عدد مربوطه در جدول از مقیاس بزرگ‌تر باشد، در جدول جدید عدد ۱ و اگر کوچک‌تر باشد، عدد صفر را جایگزین می‌کنیم. بولانوس برای یافتن عدد مقیاس از رابطه ۱ استفاده می‌کند (بولانوس، فونتلا، نکلارس و پاستر، ۲۰۰۵: ۵۶).

$$m = 2 \times n \quad \text{رابطه (۱)}$$

$$m = 2 \times 10 = 20$$

در این رابطه، n معرف تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده و m نشان‌دهنده عدد مقیاس است که برای این تحقیق عدد مقیاس ۲۰ به دست آمده است.

سپس ماتریس به دست آمده در مرحله اول را با ماتریس واحد جمع می‌کنیم.

$$RM = M + I \quad \text{رابطه (۲)}$$

۱. علت قرار گرفتن اعداد در این بازه نیز این است که در هر یک از ۱۰ پرسشنامه تکمیل شده، خبرگان در مورد تأثیر سطرهای ماتریس بر ستون‌های آن، نمره‌ای بین ۰ تا ۳ اختصاص داده‌اند. بنابراین حداقل تأثیر ۰ و حداکثر آن ۳۰ خواهد بود.

در این رابطه، RM ماتریس دستیابی؛ M ماتریس به دست آمده در مرحله اول و I ماتریس واحد است.

حاصل این محاسبات که ماتریس دستیابی است در جدول زیر آمده است.

$$M = \begin{cases} a_{ij} = 1 & \text{if } a_{ij} \geq m \\ a_{ij} = 0 & \text{if } a_{ij} < m \end{cases}$$

جدول ۹. ماتریس خودتعاملی ساختاری مضامین کلیدی

مضامین کلیدی	عدالت اجتماعی	گفتمان سازی	الگوی بومی	درون زایی	کلان	خطمشی گذاری	تثبیت سهم بازار	محوریت کارآفرینی	دانش محوری	برون نگری	مردم محوری	قدرت نفوذ
عدالت اجتماعی	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۶
گفتمان سازی	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۶
الگوی بومی	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
درون زایی	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۷
خطمشی گذاری کلان	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۸
تثبیت سهم بازار	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۴
محوریت کارآفرینی	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۶
دانش محوری	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۹
برون نگری	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۹
مردم محوری	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۸
وابستگی	۷	۵	۵	۸	۵	۷	۷	۷	۵	۸	۷	

مرحله چهارم - تعیین سطح عوامل

برای تعیین سطح و اولویت عوامل، مجموعه دستیابی^۱ (عوامل تأثیرپذیر) و مجموعه پیش نیاز^۲ (عوامل تأثیرگذار) برای هر عامل تعیین می شود. این تأثیرگذاری و تأثیرپذیری ها با استفاده از ماتریس دستیابی مشخص می شود. پس از تعیین مجموعه دستیابی و پیش نیاز هر عامل، عناصر مشترک این دو مجموعه برای هر عامل شناسایی می شود. سپس نوبت به تعیین سطح عوامل می رسد. در اولین جدول عاملی بالاترین سطح را دارد که مجموعه دستیابی و عناصر مشترک آن

1. Reachability set
2. Antecedent set

کاملاً یکسان باشند. پس از تعیین این عامل یا عوامل، آنها را از جدول حذف کرده و با عناصر باقی مانده جدول بعدی را تشکیل می‌دهیم. در جدول دوم نیز همانند جدول اول متغیر سطح دوم را مشخص می‌کنیم و این روند را تا تعیین سطح همه متغیرها ادامه می‌دهیم (جدول ۱۰).

جدول ۱۰. تعیین سطح عوامل (سطح اول)

عوامل	مجموعه دریافتنی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۱۰-۹-۸-۷-۶-۴	۱۰-۹-۸-۶-۵-۴-۲	۱۰-۹-۸-۶-۴	-
۲	۱۰-۹-۴-۳-۲-۱	۱۰-۹-۸-۵-۳	۱۰-۹	-
۳	۲	۱۰-۹-۸-۴-۲	۲	یک
۴	۱۰-۹-۷-۶-۵-۳-۱	۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۲-۱	۱۰-۹-۷-۶-۵-۱	-
۵	۱۰-۹-۸-۷-۶-۴-۲-۱	۹-۸-۷-۴-۲	۹-۸-۷-۴-۲	-
۶	۹-۷-۴-۱	۱۰-۹-۸-۷-۵-۴-۱	۹-۷-۴-۱	یک
۷	۱۰-۹-۸-۶-۵-۴	۱۰-۹-۸-۶-۵-۴-۱	۱۰-۹-۸-۶-۵-۴	یک
۸	۱۰-۹-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۱۰-۹-۷-۵-۱	۱۰-۹-۷-۵-۱	-
۹	۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۲-۱	۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۲-۱	-
۱۰	۹-۸-۷-۶-۴-۳-۲-۱	۹-۸-۷-۵-۴-۲-۱	۹-۸-۷-۴-۲-۱	-

بر اساس توضیحات پیشین مشخص شد که تنها سه عامل «الگوی بومی»، «تثبیت سهم بازار» و «محوریت کارآفرینی» در مدل نهایی بیشترین تأثیر را از سایر عوامل می‌پذیرند و کمترین تأثیر را بر آنها می‌گذارند و بالاترین سطح مدل را به خود اختصاص می‌دهند. با حذف این سه عامل، سطح دوم عوامل مشخص می‌شود (جدول ۱۱).

جدول ۱۱. تعیین سطح عوامل (سطح دوم)

عوامل	مجموعه دریافتنی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۱۰-۹-۸-۴	۱۰-۹-۸-۵-۴-۲	۱۰-۹-۸-۴	دو
۲	۱۰-۹-۴-۳-۱	۱۰-۹-۸-۵	۱۰-۹	-
۴	۱۰-۹-۵-۱	۱۰-۹-۸-۵-۲-۱	۱۰-۹-۵-۱	دو
۵	۱۰-۹-۸-۴-۳-۱	۹-۸-۴-۲	۹-۸-۴-۲	-
۸	۱۰-۹-۵-۴-۳-۱	۱۰-۹-۵-۱	۱۰-۹-۵-۱	-
۹	۱۰-۸-۵-۴-۳-۱	۱۰-۸-۵-۴-۲-۱	۱۰-۸-۵-۴-۳-۱	دو
۱۰	۹-۸-۴-۳-۱	۹-۸-۵-۴-۲-۱	۹-۸-۴-۳-۱	دو

باتوجه به جدول ۱۱ عوامل ۱، ۴، ۹ و ۱۰ یعنی «عدالت اجتماعی»، «مردم‌محوری»، «برون‌نگری» و «درون‌زایی» نیز در سطح دوم مدل قرار می‌گیرند.

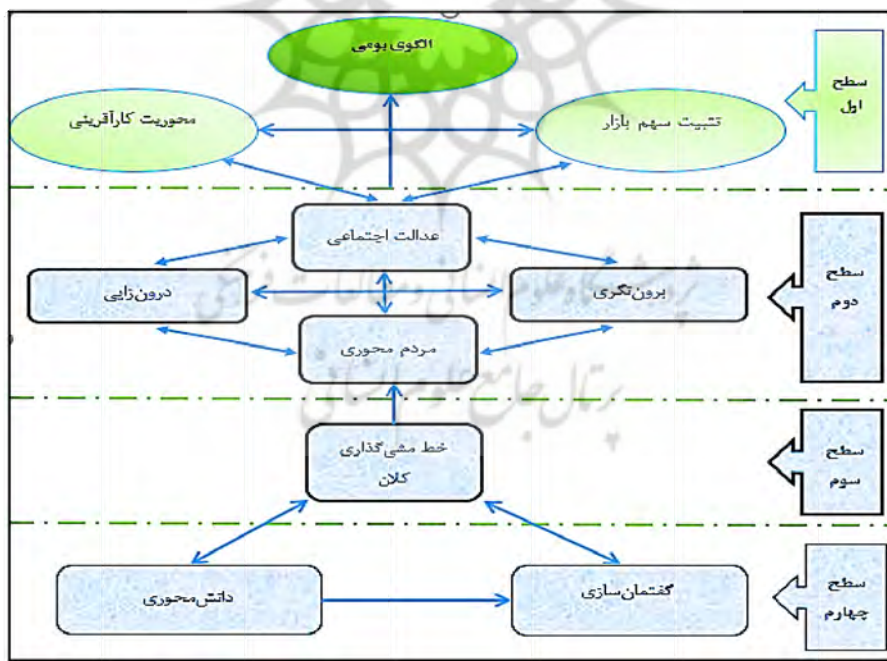
جدول ۱۲. تعیین سطح عوامل (سطح سوم)

عوامل	مجموعه دریافتی	مجموعه پیش‌نیاز	مشترک	سطح
۲	۲	۸-۵	-	-
۵	۸-۲	۸-۲	۸-۲	سوم
۸	۵-۲	۵	۵	-

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تنها عامل ۵ یعنی «خطمشی گذاری کلان» در سطح سوم قرار می‌گیرد و دو عامل ۲ و ۸ «گفتمان‌سازی» و «دانش‌محوری» در سطح پایانی و چهارم مدل جایابی می‌شوند.

مرحله پنجم - ترسیم الگوی (مدل) مضامین

پس از تعیین سطح عوامل در بخش قبل، برای نتیجه‌گیری ابتدا به تحلیل MICMAC پرداخته می‌شود. هدف MICMAC، تشخیص و تحلیل قدرت هدایت و وابستگی متغیرهاست. در این تحلیل، متغیرها بر اساس قدرت هدایت (جمع ضرایب ۱ عوامل در سطر) و وابستگی (جمع ضرایب ۱ عوامل در ستون) به چهار دسته طبقه‌بندی می‌شوند (یاوری، ۱۳۹۱: ۲۰۷).



شکل ۲. شبکه روابط بین مضامین فراگیر پژوهش

جدول ۱۲. تحلیل MICMAC

عوامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
قدرت نفوذ	۶	۶	۱	۷	۸	۴	۶	۹	۹	۸
میزان وابستگی	۷	۵	۵	۸	۵	۷	۷	۵	۸	۷

- متغیرهای خودمختار: این متغیرها هم قدرت هدایتی (عامل تقویت‌کننده عقلایی در سایر عوامل) کمی دارند و هم وابستگی آنها به سایر عوامل کم است. بر اساس جدول ۱۲ تنها عامل ۳ (الگوی بومی) که میزان وابستگی و میزان هدایت شونده آن کم است، در این دسته قرار می‌گیرد.
 - متغیرهای وابسته: این متغیرها قدرت هدایتی کم، اما وابستگی زیادی به سایر عوامل دارند که عوامل ۲، ۵ و ۸، یعنی «گفتمان‌سازی»، «خط مشی‌گذاری کلان» و «دانش‌محوری» در این دسته قرار می‌گیرند.
 - متغیرهایی که هم هدایت‌کننده سایر عوامل اند و هم به آنها وابسته‌اند؛ از این رو تغییر در آنها بر کل سیستم تأثیر می‌گذارد. در این دسته، عوامل ۱، ۷، ۴، ۹ و ۱۰ (عدالت اجتماعی، محوریت کارآفرینی، درون‌زایی، برون‌نگری و مردم‌محوری) قرار دارند.
 - متغیرهای مستقل: این متغیرها قدرت هدایت قوی، ولی وابستگی ضعیفی دارند. در این دسته تنها عامل ۶ یعنی «تثبیت سهم بازار» قرار می‌گیرد.
- طبقه‌بندی یادشده در شکل ۳ به تصویر کشیده شده است. شماره‌های درج شده در آن نشان‌دهنده ۱۰ مضمون فراگیر استخراج شده از پژوهش است.
- در پاسخ به سؤال اصلی تحقیق (جایگاه خط‌مشی‌گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی چیست؟)، بر اساس نظر خبرگان و تحلیل داده‌ها، چهار سطح به‌دست آمد. مهم‌ترین سطحی که نسبت به سایر سطوح اهمیت بیشتری دارد و در عین حال تحت تأثیر سایر عوامل قرار می‌گیرد، همان الگوی بومی مبتنی بر تثبیت سهم بازار و محوریت کارآفرینی است. قرار گرفتن مضمون «الگوی بومی» در کنار مضامین «تثبیت سهم بازار» و «محوریت کارآفرینی»، نشان می‌دهد گفتمان‌سازی و دانش‌محوری بر چگونگی خط‌مشی‌گذاری تأثیرگذارند، اما توجه به «تثبیت سهم بازار» و «محوریت کارآفرینی» در طراحی الگوی بومی از اهمیت بیشتری برخوردار است و در صورت وجود تمام متغیرها، بدون توجه به رویکرد کارآفرینی و بدون هدف تثبیت و افزایش سهم بازار، فرایند خط‌مشی‌گذاری بی‌نتیجه خواهد ماند.

۱۰										
۹										
۸						۴		۹		
۷				۶		۷-۱		۱۰		
۶										
۵	۳					۲		۵	۸	
۴										
۳										
۲										
۱										
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰

شکل ۳. ماتریس قدرت نفوذ و وابستگی عوامل

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

یافته‌های مدل‌سازی ساختاری تفسیری بیان‌کننده سطح‌بندی مؤلفه‌های مختلف تأثیرگذار در راهبردهای تحقق اقتصاد مقاومتی است. بر اساس اظهار نظر خبرگان، عدالت اجتماعی، برون‌نگری، درون‌زایی و مردم‌محوری، نسبت به سایر مؤلفه‌ها اهمیت بیشتری دارند؛ به طوری که در سطح دوم الگوسازی ساختاری - تفسیری قرار گرفته‌اند. مطابق با کدهای تحلیل کیفی، سیاست‌های گردشگری سلامت این‌گونه اقتضا می‌کند که ضمن توجه به امکانات و ظرفیت‌های داخلی و مردم‌محوری، باید به سلايق و رفتارشناسی و برنامه‌ریزی دولت‌ها و شهروندان سایر کشورها نیز توجه داشت؛ در این صورت، راهبردهای مهم اقتصاد مقاومتی از جمله عدالت اجتماعی تحقق می‌یابد. همچنین برای تحقق اقتصاد مقاومتی در فرایند خطمشی‌گذاری گردشگری سلامت، باید از میان مؤلفه‌های مختلف، به مؤلفه‌های یاد شده توجه ویژه‌ای شود.

«خطمشی‌گذاری کلان» سطح سوم الگو را تشکیل می‌دهد. نکته مهمی که از کدهای باز استخراج شده در نتیجه مصاحبه‌ها به دست آمد و مؤید جایگاه خطمشی‌گذاری کلان در این سطح است؛ نبود نقشه اجرایی مشخص و کم‌رنگ‌شدن بندهای مربوط به خطمشی‌های گردشگری سلامت در برنامه‌های اجرایی کشور است. به بیان دیگر، خطمشی‌های کلان گردشگری سلامت و مصادیق اجرایی این خطمشی‌ها باید در برنامه‌های توسعه دولت جای خود را پیدا کند تا اهمیت این عامل در تحقق راهبردهای اقتصاد مقاومتی، پدیدار شود. شاید بتوان یکی از دلایل قرار گرفتن این موضوع در سطح سوم را حذف موضوع گردشگری سلامت از متن

این برنامه‌ها در سال‌های اخیر دانست که باید دوباره به‌طور مشخص در متن برنامه‌های توسعه تصریح شود.

در نهایت، «گفتمان‌سازی» و «دانش‌محوری» در سطح پایانی الگو قرار گرفته‌اند. بی‌توجهی به خط‌مشی‌های گفتمان‌ساز مهم از قبیل معرفی قوت‌های کشور و ضعف در ارائه توانایی‌های مختلف پزشکی و اقتصادی، سبب شده است که اهمیت عامل گفتمان‌سازی در تحقق راهبردهای اقتصاد مقاومتی کمتر باشد. حال آن که در برخی کشورها، یکی از مهم‌ترین تبلیغات در شبکه‌های پرمخاطب رسانه‌ای، نمایش دستاوردهای پزشکی و تجهیزات بیمارستان برای جذب بیماران خارجی است. دانش‌محوری نیز به دلیل بی‌توجهی به تئوریزه کردن مکاتب پزشکی بومی و همچنین عدم انتخاب الگوی بومی توسعه گردشگری سلامت و سرگردانی بین الگوهای متعدد کشورهای موفق، مطابق با نظر خبرگان در سطح چهارم مدل جانمایی شده است.

همان‌گونه که بیان شد، دسته سوم متغیرهایی هستند که هم هدایت‌کننده سایر عوامل‌اند و هم به آنها وابسته‌اند؛ بنابراین تغییر در آنها بر کل سیستم تأثیر می‌گذارد. در این دسته، عوامل عدالت اجتماعی، محوریت کارآفرینی، درون‌زایی، برون‌نگری و مردم‌محوری قرار گرفته است. در ادامه متناسب با متغیرهای یاد شده در این دسته، پیشنهادهای اجرایی زیر ارائه می‌شود:

۱. یکی از شاخص‌های مهم عدالت اجتماعی، بهبود شاخص رفاه و شاخص‌های کلان توسعه است و شاخص سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه، در گرو بهبود جنبه‌های درآمدزای حوزه سلامت است. بنابراین پیشنهاد می‌شود گردشگری سلامت به‌طور صریح در برنامه‌های توسعه مد نظر قرار گیرد و تکالیف دستگاه‌های اجرایی عضو شورای راهبری گردشگری سلامت با عطف نظر به موضوع اقتصاد مقاومتی، بازبینی و اصلاح شوند.

۲. نگاه به گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از صنایع پراشتغال در دنیا، باید در کانون توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرد. برای این کار باید تقسیم وظایف صحیحی بین دولت و بخش خصوصی صورت گیرد و علاوه بر منظورشدن خدمات گردشگری سلامت به‌عنوان صادرات خدمات از سوی سازمان توسعه تجارت و اعطای جوایز صادراتی، تسهیلات لازم اعم از تسهیلات بانکی برای کارآفرینان فراهم شود.

۳. درون‌زایی و برون‌نگری به‌عنوان دو بال پرواز اقتصاد مقاومتی از مهم‌ترین ویژگی‌های گردشگری سلامت نیز محسوب می‌شوند. تقویت زیرساختی و علمی ظرفیت‌های داخلی از قبیل کارآفرینان، پزشکان و دانشگاه‌های علوم پزشکی و از سوی دیگر اهتمام به گفتمان‌سازی بین‌المللی از طریق تبلیغات رسانه‌ای گسترده در حوزه‌های تخصصی پزشکی، تجهیزات و بیمارستان‌ها از مهم‌ترین پیشنهادهای این حوزه هستند.

سازمان‌های مردم‌نهاد و کارآفرینان بخش خصوصی، بخش مهمی از رونق گردشگری سلامت در دنیا را تشکیل می‌دهند. در این عرصه دولت باید به‌عنوان سیاست‌گذار و ناظر سیاست‌ها، عرصه اجرایی را به مردم واگذار کند. طراحی الگوی نهادی ایران در زمینه گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از موضوعات پژوهشی، پیشنهادی است که در صورت تحقق می‌تواند مأموریت‌ها و وظایف واقعی مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد را در گسترش گردشگری سلامت تبیین کند.

منابع

- آرام، م.؛ محمدپور، ف.؛ کاشانی، ح.؛ غیبی، ا. (۱۳۹۱). نقش صنعت گردشگری در رشد و توسعه اقتصاد مقاومتی با تکیه بر درآمدزایی، توسعه زیرساخت‌ها، اشتغال‌زایی و فقرزدایی. *مجموعه مقالات همایش ملی بررسی و تبیین اقتصاد مقاومتی، رشت، دانشگاه گیلان.*
- شالباغیان، ع. ا. (۱۳۹۴). *گردشگری سلامت در رویکردی جامع.* تهران: نشر مه‌کامه.
- طهماسبی، ر. (۱۳۹۲). *درآمدی بر نظریه‌های مدیریت دولتی.* تهران: انتشارات سمت.
- عابدی جعفری، ح.؛ تسلیمی، م.س.؛ فقیهی، ا.؛ شیخ‌زاده، م. (۱۳۹۰). تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روش ساده و کارآمد تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی. *دوفصلنامه اندیشه مدیریت راهبردی، ۵ (۲)، ۱۹۸-۱۵۱.*
- عربشاهی، ا.؛ آریان‌فر، م. (۱۳۹۲). گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی - درمانی ایران. *فصلنامه فضای گردشگری، ۳ (۹)، ۱۵۳-۱۳۳.*
- غیاثوند، ا. (۱۳۹۳). درباره سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (مروری بر ادبیات جهانی درباره تاب‌آوری). *دفتر مطالعات اقتصادی مرکز پژوهش‌های مجلس، گزارش شماره ۱۳۵۸۲.*
- فردانش، ه. (۱۳۸۷). طبقه‌بندی الگوهای طراحی سازنده‌گرا بر اساس رویکردهای یادگیری و تدریس. *فصلنامه مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، ۹ (۲)، ۲۱-۵.*
- نظری، م.؛ قادری، ز.؛ فضلوی، س. ف. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر عوامل مؤثر بر اجرای موفق رویدادهای فرهنگی از دیدگاه گردشگران. *فصلنامه مدیریت دولتی، ۷ (۴)، ۷۲۰-۶۹۹.*
- یاوری، و. (۱۳۹۱). *طراحی مدل مفهومی مدیریت عملکرد سازمانی برای سازمان اوقاف و امور خیریه.* رساله دکتری مدیریت دولتی، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی (ه).

References

- Abedi Jafari, H., Taslimi, M., Faghihi, A., Sheikh Zadeh, M. (2012). Content Analysis and Content Network: A Simple and Effective Method for Explaining the Patterns in Qualitative Data. *Strategic Management Thought, 5 (2), 198-151. (in Persian)*

- Altin, U., Bektas, G., & Antep, Z. (2012). The international patient's portfolio and marketing of turkish health tourism. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 58,1004-1007.
- Arabshahi, A., Arianfar, M. (2014). Health Tourism and Medical Tourism Opportunities of Iran. *Tourism Space Quarterly*, 3 (9), 153-133. (in Persian)
- Aram, M., Mohammadpour, F., Kashani, H., Gheibi, A. (2013). The role of the tourism industry in the growth and development of Moqawama economy, relying on income generation, infrastructure development, job creation and poverty eradication. *A collection of articles from the National Conference on Exploring and Moqawama Economics*, Rasht, Gilan University. (in Persian)
- Badulescu, D. (2014). Medical Tourism: Between Entrepreneurship Opportunities and Bioethics Boundaries. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 406-415.
- Bolanos, R., Fontela, E., Nenclars, A. & Paster, P. (2005). Using Interpretive Structural Modeling in Strategic Decision Making Groups. *Management Decision*, 43(6), 877-895.
- Bookman, M. Z., Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. USA: Palgrave Macmillan.
- Chee, H. (2007). Medical Tourism In Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare. *Asia Research Institute Working Paper*, 83, 1-32.
- Cohen, I.G. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing World Bioethics*, 12(1), 9-20.
- Farazmand, A. (2009). *Bureaucracy and Administration*. CRC Press, Taylor & Francis Group, USA.
- Fardanesh, H. (2009). Classification of constructivist design patterns based on learning and teaching approaches. *Journal of Educational Studies and Psychology*, 9 (2), 21-5. (in Persian)
- Firsova, A., Taplin, R. (2009). Australi and Russia: How do their Environmental Policy Processes Difer. *Environment, Development and Sustainability*, 11(2), 407-426.
- Ghyasvand, A. (2015). On General Moqawama Economics (Review of World Literature on Resilience). *Office of Economic Studies Research Center of the Majles*, No. 13582. (in Persian)
- Hall, M.C. (2013). *Medical tourism: The ethics, regulation and marketing og health mobility*. Abingdon: Routledge.
- Harahsheh, S. S. (2002). *Curative tourism in jordan and its potential development*. jordan: Bournemouth University, United Kingdom.
- Heggelund, G., Backer, E.B. (2007). China and UN Environmental Policy: Institutional Growth, Learning and Implementation. *International Environmental Agreements: Politics, Law and Economics*, 7(4), 415-438.

- Joyce, P. (2015). *Strtegic management in the public sector*. UK: Routledge masters in public management.
- Mahdavi, Y. (2013). The Factors in Development of Health Tourism in Iran. *International Journal of Travel Medicine & Global Health*, 1(3), 113-118.
- Martin, R. & Sunley, P. (2014). On the notion of regional economic resilience: conceptualization and explanation. *Journal of Economic Geography*, 15(1), 1-42.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
- Nazari, M., Qaderi, Z, Fazlavi, S. (2016). Investigating the Effect of Factors Influencing the Successful Implementation of Cultural Events from the Viewpoint of Tourists. *Public Administration Chart*, 7(4), 720-699. (in Persian)
- Packer, M. J. (1989). *Entering the circle. Hermeneutic investigations in psychology*. Albany. NY, US: State University of New York Press.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: California.
- Reisman, D. (2010). *Health Tourism: Social welfare through international trade*, UK: Edward Elgar.
- Shalbafian, A. (2016). *Health tourism in a comprehensive approach*. Tehran: Mahkameh Publication. (in Persian)
- Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277-1288.
- Strauss, A. & Corbin J. (1998). *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Tahmasebi, R. (2014). Introduction to an government management theories. Tehran, SAMT Publication. (in Persian)
- Torres, F. (2003). How Efficient is Decision-making in the EU, Environmental Policies and the co-decision Procedure. *Intereconomics Journal*, 38(6), 312-322.
- Watson, S. (2012). *Medical Tourism*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- World Travel & Tourism Council (a) (2017). Travel & Tourism Economic Impact United States, United Kingdom, www.wttc.org.
- World Travel & Tourism Council (b) (2017). Travel & Tourism Ecoomic Impact 2017 Iran, www.wttc.org.
- Yavari, V. (2013). Designing a Conceptual Model for Organizational Performance Management for the Endowment and Charity Organization. Doctorate in Public Administration, Tehran: Allameh Tabataba'i University. (in Persian)