



شناسایی و اولویت‌بندی عوامل تأثیرگذار در گردشگری سلامت سالمندی استان یزد با استفاده از رویکرد نگاشت‌شناختی فازی

مهديه زحمت‌کش سردوراهی^۱، مهدی باصولی^۲، محمد سیادتان^۳، آرام آردبان^۴، لیلا اویسی^۵

DOI:10.22034/jtd.2020.236443.2061

چکیده

در میان حوزه‌های گوناگون گردشگری به گردشگری سالمندی، به دلیل قابلیت و مزیت‌های رقابتی، توجه بسیاری شده است. همچنین، با توجه به روند پیر شدن جمعیت کشور ایران و به‌ویژه مردم استان یزد و نیازهای خاص این قشر، در این پژوهش تلاش شده است عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت سالمندی با استفاده از رویکرد نگاشت‌شناختی فازی و تحلیل شبکه‌های اجتماعی شناخته و اولویت‌بندی شوند. این روش پژوهش آمیخته، از لحاظ هدف، کاربردی و، از حیث جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی است. بدین منظور، پس از بیان موضوع و بررسی پیشینه پژوهش، عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی شناسایی شدند و سپس پرسش‌نامه ماتریسی به ۱۶۴ نفر از گردشگران سلامت، که به‌منظور دریافت خدمات سلامت به استان یزد سفر کرده بودند، داده شد و سپس داده‌ها جمع‌آوری شدند. در ادامه، با استفاده از نرم‌افزار FCMapper و Ucinet، داده‌های حاصل تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که، از میان عوامل شناسایی شده، عوامل تصویب قوانین حمایتی، ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار مرکزیت بیشتری از سایر عوامل دارند؛ بدین معنی که تعداد بیشتری فلش به آن وارد و از آن خارج می‌شود. درنهایت، سناریوهایی براساس این سه عامل نوشته و پیشنهادهایی به‌منظور توسعه گردشگری سلامت سالمندی ارائه شدند.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۰

واژه‌های کلیدی:

گردشگری سلامت، گردشگری سلامت سالمندی، نگاشت‌شناختی فازی

مقدمه

گردشگری سلامت است. گردشگری سلامت سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکانی دیگر است که به‌منظور حفظ بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد انجام می‌شود. گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه است (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از دستاوردهای قرن جاری، در پی ارتقای نظام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، پدیده سالمندی است که به افزایش طول عمر و متعاقباً افزایش جمعیت سالمندان جهان منجر شده است. پیش‌بینی می‌شود، تا سال ۲۰۵۰، حدود ۱۶/۵ درصد جمعیت جهان ۶۵ سال و بالاتر و ۴/۳ درصد ۸۰ سال و بالاتر باشند. یعنی تعداد سالمندان به دو میلیارد نفر خواهد رسید که ۷۰ درصد آن‌ها در کشورهای

مسافرت و گردشگری از بزرگ‌ترین و متنوع‌ترین صنعت‌های دنیا به‌شمار می‌رود. بسیاری از کشورها این صنعت پویا را منبع اصلی درآمد، اشتغال، رشد بخش خصوصی و توسعه ساختارهای زیربنایی می‌دانند. همه کشورهای جهان در رقابتی تنگاتنگ در پی بهره‌گیری از مزایای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و به‌ویژه دریافت سهم بیشتری از درآمد و بالاترین سطح اشتغال ناشی از بهینه‌سازی صنعت گردشگری در کشورهای متبوع خود هستند (Hara, 2008؛ اسعدی و همکاران، ۱۳۹۵). این صنعت به دلیل مواجهه با انسان‌ها و نیازهای متفاوت آن‌ها دارای انواع گوناگونی است، به‌نحوی که برخی به حدود ۳۳۰ نوع گردشگری اشاره کرده‌اند (McKercher, 2016). یکی از انواع گردشگری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی گرایش بازاریابی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران (نویسنده مسئول). M.zahmatkesh1@stu.sau.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی گرایش بازاریابی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی گرایش بازاریابی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی گرایش بازاریابی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.



در حال توسعه زندگی خواهند کرد (شعاعی و همکاران، ۱۳۹۲). کشور ما نیز از این تغییر جمعیتی بی‌نصیب نبوده است. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند پیر شدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده و پیش‌بینی می‌شود که در فاصله بیست‌ساله ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور ده سال افزوده شود، در حالی که افزایش امید به زندگی و سالمندی جمعیت جهان بار ناشی از بیماری‌های مزمن را افزایش داده است. بنابراین، تشخیص فاکتورهایی که سبب کاهش این بار می‌شوند چه به لحاظ فردی (که به حفظ کیفیت زندگی منجر می‌شود) و چه به لحاظ اجتماعی (که به کاهش نیاز به منابع مراقبتی منجر می‌شود) مهم است (جوهری و همکاران، ۱۳۹۳). از طرفی، افزایش سریع تعداد سالمندان موجب فرصت‌های بسیاری برای فعالیت‌های اقتصادی از جمله صنعت گردشگری می‌شود و از آن‌جا که سالمندان در سن بازنشتگی وقت آزاد بیشتری دارند، دارای پس‌انداز بیشتر و تعهدات مالی کمتری هستند و همچنین فعالیت‌های حرفه‌ای و مسئولیت‌های خانوادگی آنان کاهش یافته است (Signoretti et al., 2015; Patuelli & Nijkamp, 2016) و، در مقایسه با افراد جوان، سفر را در اولویت زندگی خود قرار می‌دهند (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین، داشتن تجربه گردشگری به کیفیت کلی زندگی گردشگران سالمند و سلامتی آن‌ها کمک کرده و مشارکت در فعالیت‌های گردشگری راهی مؤثر برای ترویج سالمندی سالم است (Gu et al., 2016) که می‌تواند باعث بهبود وضعیت روان، فراموش کردن مشکلات، خروج از انزوا و مانند این‌ها شود. بنابراین، سالمندان بازار جذابی برای صنعت گردشگری هستند (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۶). به‌رغم این‌که پدیده سالمندی می‌تواند موفقیتی بهداشتی برای جامعه محسوب شود، عدم برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری زودهنگام مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد. اولین گام برای برنامه‌ریزی مناسب، به‌منظور ارتقای سلامت، پیشگیری از بروز و ابتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش شیوع بیماری‌های خاص در سالمندان، شناسایی وضعیت و عوامل مؤثر در سلامت آنان است تا بتوان با ارائه مدلی برای پیش‌بینی سلامت روانی و جسمی سالمندان و نیز تعیین سالمندان در معرض آسیب از آسیب‌پذیر شدن آنان پیشگیری کرد (شعاعی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین، مطابق با وضعیت استان یزد از لحاظ جمعیت سالمند و شروع دوره گردشگری پست‌مدرن، توجه به گردشگری سالمندی در این استان و توسعه آن امری ضروری و منطقی به شمار می‌آید.

افزایش جمعیت سالخورده حاکی از کاهش تمایل به سفر نیست، بلکه گردشگران سالمند، به‌منزله بازار

هدفی جدا از افراد جوان، توجه محققان، برنامه‌ریزان و بازار یابان صنعت گردشگری را به‌ویژه در اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست‌ویکم به‌شدت به خود جلب کرده‌اند. محققان گردشگری باید بین تجارب سفر گردشگران سالمند و گردشگران جوان تمایز قائل شوند (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع، استان یزد به‌دلیل آن‌که دارای پتانسیل و قابلیت‌های بالقوه بسیاری در زمینه گردشگری و همچنین بهره‌مندی از پزشکان متخصص و متبحر است و، با توجه به وضعیت استان از لحاظ جمعیت سالمند، توسعه گردشگری سالمندی می‌تواند، ضمن بهبود وضعیت سلامت و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان این استان، منافع‌های اقتصادی و اجتماعی بسیاری را نیز از گردشگری سالمندی عاید جامعه کند (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۶). از این‌رو، هدف این پژوهش شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت سالمندی با استفاده از رویکرد نگاشت‌شناختی فازی و تحلیل شبکه‌های اجتماعی است.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

گردشگری سلامت موضوعی کاملاً جدید است. این نوع گردشگری با مداخله مستقیم مسائل پزشکی ارتباط دارد و انتظار می‌رود نتایج چنین مسافرت‌هایی اساسی و طولانی‌مدت باشد. در ایام قدیم، افراد فقط در محل سکونتشان از خدمات درمانی استفاده می‌کردند، در حالی که در قرن بیست‌ویکم همه‌چیز تغییر کرد و گردشگری پزشکی سالانه ۶۰ میلیارد دلار درآمد و رشد سالانه ۲۰ درصدی را به خود اختصاص داد (عناستانی و عناستانی، ۱۳۹۴). همچنین، در گذشته، ساکنان کشورهای همسایه به‌ویژه کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس برای دریافت خدمات بهداشتی و سلامت به ایران و مخصوصاً به استان فارس مسافرت می‌کردند. در حال حاضر، علل اصلی مسافرت بیماران به ایران مربوط به کیفیت خدمات سلامت، هزینه‌های کم دارو و درمان در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه، دسترسی به خدمات سلامت و تجهیزات پیشرفته و جدید، وجود متخصصان و وجود نیروی متخصص ماهر در حوزه سلامت در ایران، فرهنگ و زبان مشابه و کمبود یا فقدان تجهیزات و نیروی متخصص در اغلب کشورهای مبدأ است. در عین حال، سابقه برنامه‌ریزی گردشگری در کشور ما به حدود سال ۱۳۴۱ ش، آغاز برنامه سوم عمرانی کشور، برمی‌گردد. پس از انقلاب اسلامی، در ماده ۸۷ از بخش سوم برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی ایران نیز به لزوم زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه اشاره شده است (مصطفوی و همکاران،



انگیزه در توسعه سالم صنعت گردشگری سالمندی کشور در چهار جنبه محصول، هزینه، راحتی و ارتباط می‌شود. پونگ وات (2017)، در پژوهشی، به منظور بررسی اطلاعات گردشگری ارائه شده در وبسایت‌های سازمان مدیریت گردشگری، به ترجیحات، محدودیت‌ها و رفتارهای مسافرتی سالمندان پرداخت تا ارتباط بین آن‌ها را پیدا کند. یافته‌های تریپ ادوایزر^۱ نشان داد که انگیزه فرار از اصلی‌ترین انگیزه‌های مسافران سالمند برای بازدید از تایلند است. با این حال، حتی اگر تایلند در بین مکان‌های برتر سلامتی جهان قرار داشته باشد، گردشگری سلامت به ندرت در سفر به تایلند ذکر شده است. محدودیت‌های مهم مربوط به مشکلات آب‌وهوا، اختلالات جسمی و قابلیت دسترسی هستند. با بررسی وبسایت‌های TAT، اطلاعات بیشتری در خصوص محصولات بهداشتی و پزشکی و خدمات پزشکی یافت شد، در حالی که هیچ اطلاعاتی درباره محصول گردشگری سلامت وجود نداشت. از آن‌جا که TAT و دولت برای جذب گردشگران سالخورده، به منظور دریافت خدمات سلامت بیشتر، باید اطلاعات مرتبط و مفید را که برای برنامه‌ریزی سفر ضروری است ارائه دهند، باید عملکرد وبسایت‌های موجود را برای ارتقای تجربیات کاربران در وبسایت‌ها و شایستگی‌های ارتباطی بهبود بخشند.

روش‌ها

این پژوهش، از نظر هدف، کاربردی است؛ زیرا هدف این پژوهش به‌کارگیری و آزمون مفاهیم نظری برای بررسی عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی است. این پژوهش، از حیث گردآوری داده‌ها، از نوع تحقیقات توصیفی است؛ زیرا در این تحقیق به توصیف و تفسیر شرایط و روابط موجود بین عوامل گوناگون در حوزه گردشگری سلامت سالمندان پرداخته شده است تا بتوان راه‌حلی برای توسعه گردشگری سلامت برای سالمندان پیشنهاد کرد. ضمناً از آن‌جا که هدف مطالعه عمیق موضوع گردشگری سلامت سالمندی و عوامل مؤثر در آن است، این تحقیق تحقیقی موردی است.

از منظر روش‌شناختی، این تحقیق براساس روش «تحقیق آمیخته» انجام می‌شود؛ زیرا ترکیبی از روش‌های گوناگون را طی چند مرحله و براساس طرحی ازپیش‌تعیین‌شده به کار گرفته و نتیجه نهایی حاصل ترکیبی از روش‌های تحقیق است نه یک روش خاص (بازرگان هرنندی، ۱۳۸۷). بنابراین، در چهارچوب روش‌شناسی پژوهش آمیخته، فرایند مدل‌سازی در این پژوهش طی چهار گام انجام شده است. گام اول و دوم ماهیت کیفی و گام سوم و چهارم عمدتاً رویکرد

یکی از مهم‌ترین گروه‌هایی که باید در برنامه‌ریزی توسعه گردشگری مورد توجه قرار گیرد سالمندان هستند؛ زیرا سالمندی جمعیت یکی از مسائل عمده جمعیتی است که امروزه در جهان صنعتی شکل گرفته و به تدریج در جهان سوم نیز در حال تکوین و جهانی شدن است و همچنین ایران در دهه‌های اخیر در زمینه مسائل جمعیتی دچار تغییرات گسترده‌ای شده است (سازانی و همکاران، ۱۳۹۷) و در سال‌های آینده ایران یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند خواهد بود (عزیزی زین‌الحاجلو و همکاران، ۱۳۹۴). این افزایش سریع تعداد سالمندان موجب فرصت‌های بسیاری برای فعالیت‌های اقتصادی از جمله صنعت گردشگری می‌شود که، در مقایسه با افراد جوان، سفر را در اولویت زندگی خود قرار می‌دهند (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۳). در این خصوص، سازمان جهانی جهانگردی (2000) نیز بازار هدف سالخوردگان را فرصتی برای رشد صنعت گردشگری در قرن بیست و یکم تشخیص داده است. توسعه گردشگری برای سالمندان به دلایل زیر ضروری و به منزله فرصت تشخیص داده می‌شود:

۱. حجم قابل توجه تعداد افراد سالمند و این مسئله که پیری جمعیت در سراسر جهان روند رو به رشدی دارد.
۲. سالمندان وقت آزاد و منابع مالی بیشتری برای فعالیت‌های گردشگری در اختیار دارند.
۳. افراد سالخورده در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی بیشتر مسافرت می‌کنند و همچنین مدت اقامتشان طولانی‌تر است (مهدوی و همکاران، ۱۳۹۳).

مارسکوا و همکاران (2016) در پژوهشی به بررسی گردشگری سلامت در زمینه جمعیت سلامت پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که ارائه‌دهندگان امکانات مربوطه به مشتریان میانسال و سالخورده باید محصولات نوآورانه و پیچیده را که دارای جنبه‌های اجتماعی و ضد پیری است تولید کنند.

ویگولو (2017) در بخش اول پژوهش خود، پس از به تصویر کشیدن روندهای جمعیتی جهانی و چالش‌های پیری جمعیت، رویکرد پیری فعال را شرح می‌دهد. در بخش دوم، مروری به شرایط افراد مسن در ادبیات و عمل‌بازاریابی کرده است. سرانجام، درباره پتانسیل پیری جمعیت برای صنعت گردشگری و روندهای آینده بحث می‌کند.

وو و همکاران (2017) به ترویج توسعه سالم بازار گردشگری سالمندان در چین پرداخته‌اند. همچنین، براساس بررسی جامع ادبیات در خصوص مصرف گردشگری سالمندی، از استراتژی بازاریابی 4C برای مشخص کردن توصیه‌هایی که توسعه صنعت گردشگری سالمندی را ارتقا می‌بخشد استفاده کرده‌اند. توصیه‌های آن‌ها باعث ایجاد

1. Trip Advisor



تحلیل کمی دارند. در مرحله اول، براساس نتایج مطالعه کتابخانه‌ای درخصوص مبانی نظری و پیشینه پژوهش، چهارچوب مفهومی اولیه عوامل مؤثر گردشگری سلامت سالمندی استخراج می‌شود. در مرحله دوم، مدل ذهنی خبرگان استخراج و نتایج براساس روش نگاشت شناختی فازی تحلیل می‌شود. در مرحله سوم، نقشه ادغامی عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی استخراج و تحلیل‌های لازم مدل کیفی برای آن ارائه و سپس سناریوهایی برای توسعه آن با توجه به مدل شبیه‌سازی تدوین و نتایج آن‌ها به کمک تحلیل شبکه‌های اجتماعی بررسی می‌شود. از نرم‌افزار FcMapper برای نگاشت شناختی فازی و از تحلیل شبکه‌های اجتماعی UCINET برای طراحی مدل نگاشت شناختی فازی استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش را خبرگان حوزه گردشگری به‌ویژه گردشگری سلامت و گردشگران سالمندی، که به‌منظور دریافت خدمات سلامت به استان یزد سفر کرده‌اند، تشکیل می‌دهند. با توجه به روش پژوهش، که مطالعه موردی و کیفی است، برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شده است و طی چندین مرحله برخی کارشناسان زبده شناسایی و پس از دریافت اطلاعات از هرکدام از آن‌ها خواسته شد که افراد صاحب‌نظر دیگر را معرفی کنند. در این پژوهش، از دو نوع جامعه آماری استفاده شد. در مرحله اول، با ۱۵ نفر از خبرگان گردشگری به‌منظور استخراج عوامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت سالمندی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته‌ای انجام شد و سپس در مرحله دوم عوامل استخراج‌شده به‌صورت پرسش‌نامه ماتریسی طراحی شد و به ۱۶۴ نفر از گردشگران سلامت و گردشگران سلامت سالمند، که به‌منظور دریافت خدمات سلامت به استان یزد سفر کرده بودند، داده و خروجی حاصل از داده‌های ذهنی آن‌ها در ساخت مدل استفاده شد (Boddy, 2016).

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

یافته‌ها

در آغاز، با بررسی پیشینه پژوهش و مطالعه کتابخانه‌ای عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی، شناسایی و استخراج شد. در این مرحله، ۱۵ عامل به دست آمد. در

مرحله بعد، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ نفر از خبرگان ادامه یافت. در نتیجه، از فهرست تهیه‌شده تعدادی از عوامل حذف، ادغام یا اضافه شدند. مبنای توافق نیز معنادار بودن مفاهیم در حوزه گردشگری سلامت سالمندان بود و در نهایت تعداد ۱۳ عامل به تأیید تمامی خبرگان رسید. فهرست پالایش‌شده عوامل مرتبط با گردشگری سلامت سالمندی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: فهرست پالایش‌شده از عوامل مرتبط با گردشگری سلامت سالمندی از منظر خبرگان

ردیف	عوامل
۱	ارتقای اطلاعات بهداشتی سالمندان
۲	آموزش خودمراقبتی به سالمندان
۳	به‌روزرسانی اطلاعات کادر درمان
۴	تصویب قوانین حمایتی
۵	ارتقای کیفیت خدمات درمانی
۶	حفظ ایمنی بیمار
۷	مهیا کردن وسایل توان‌بخشی
۸	تسریع در پذیرش و درمان
۹	ارائه حمایت عاطفی به بیمار
۱۰	کاهش هزینه‌های درمان
۱۱	ارائه خدمات بیمه‌ای
۱۲	سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی
۱۳	رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار

استخراج و تحلیل نقشه‌های خبرگان دومین مرحله از فرایند مدل‌سازی کیفی است. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و برگزاری یک تا دو جلسه مصاحبه عمیق با هریک از خبرگان بر مبنای چهارچوبی از پیش تدوین‌شده، بار دیگر جدول عوامل به خبرگان ارائه شد و، پس از تأیید نهایی توسط خبرگان ماتریسی، عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی تهیه و به خبرگان ارائه شدند. خبرگان با نمره‌دهی از ۱- تا ۱+ چگونگی ارتباط بین عوامل و شدت هریک از عوامل در گردشگری سلامت سالمندی را نشان دادند و به این ترتیب ماتریس را تکمیل کردند و بنابراین مدل ذهنی هر خبره به دست آمد. سپس، نقشه‌های هر خبره در نرم‌افزار FcMapper ترسیم شد و، برای اطمینان از دقت فرایند ثبت

هرچند روش نگاشت‌شناختی فزای روشی کیفی است و نیازی به محاسبه آلفای کرونباخ نیست (سعیدی و عندلیب، ۱۳۹۷). با وجود این، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برای سنجش پایایی، توسط نرم‌افزار Spss، برابر ۰/۸۱ به دست آمد. سپس، ماتریس‌های اولیه ادغامی در نرم‌افزار Excel تشکیل و در FCMapper ترسیم و سپس نقشه ادغامی تحلیل شد. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون‌های فوق، مشخص شد که می‌توان برای ادغام نقشه‌های علی‌خبرگان اقدام کرد.

و استخراج مدل ذهنی خبرگان، نقشه علی ترسیم شده به تأیید خبرگان مربوطه رسانده شد. پس از آن که مدل ذهنی خبرگان تعیین و تحلیل‌های اولیه در خصوص آن انجام شد، امکان استخراج نقشه علی ادغامی برای مدل تأثیر گردشگری سلامت سالمندی بررسی و طی مراحل زیر ارائه شد:

۱) بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصی خبرگان (سن، جنسیت، سابقه کار، میزان تحصیلات، نوع سازمان) و شاخص‌های پیچیدگی و قلمروی نقشه علی آن‌ها و ۲) بررسی وضعیت تشابه یا فاصله بین نقشه علی خبرگان.

جدول ۲: ماتریس ادغامی خبرگان

رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار	سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی	ارائه خدمات بیمه‌ای	کاهش هزینه‌های درمان	ارائه حمایت عاطفی به بیمار	تسریع در پذیرش و درمان	مهیّا کردن وسایل توان‌بخشی	حفظ ایمنی بیمار	ارتقای کیفیت خدمات درمانی	تصویب قوانین حمایتی	به‌روزرسانی اطلاعات کادر درمان	آموزش خودمراقبتی به سالمندان	ارتقای اطلاعات بهداشتی سالمندان	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۵	۱	۰	ارتقای اطلاعات بهداشتی سالمندان
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰/۵	۰/۵	۱	۰	۱	۰	۱	آموزش خودمراقبتی به سالمندان
۰	۰	۰	۰	۰/۵	۰	۰/۵	۱	۱	۰/۵	۰	۰/۵	۰/۵	به‌روزرسانی اطلاعات کادر درمان
۰	۰	۰/۲۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	تصویب قوانین حمایتی
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	ارتقای کیفیت خدمات درمانی
۰/۵	۰	۰/۲۵	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	حفظ ایمنی بیمار
۰	۰	۰/۵	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	مهیّا کردن وسایل توان‌بخشی
۰	۰/۲۵	۰/۵	۰	۰	۰	۰	۰/۲۵	۱	۱	۰	۰	۰	تسریع در پذیرش و درمان
۰	۰	۰	۰	۰	۰/۵	۰/۵	۰/۵	۰	۰	۰/۵	۰	۰	ارائه حمایت عاطفی به بیمار
۰	۰	۱	۰	۰/۵	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	کاهش هزینه‌های درمان
۰	۰	۰	۰	۰	۰/۲۵	۰	۰	۰/۲۵	۱	۰	۰	۰	ارائه خدمات بیمه‌ای
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰	سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰	رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار





جدول ۲ ماتریس ادغامی خبرگان را نشان می‌دهد. اعداد این ماتریس میزان تأثیر هر متغیر در دیگری را براساس جمع‌بندی نظر خبرگان نشان می‌دهد. پس از ادغام نظر خبرگان، میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری هر یک از عوامل در نرم‌افزار FCMapper تجزیه و تحلیل می‌شود. این نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. هرچه عاملی میزان مرکزیت بیشتری داشته باشد، در شبکه عوامل دارای تأثیرگذاری بیشتری خواهد بود. با توجه به جدول ۳ و ارزیابی نقش عوامل در

بهبود وضعیت سایر عوامل، سناریوهایی بررسی شدند که نتیجه دو مورد از آن‌ها ارائه شد. در اولین سناریو، وضعیتی شبیه‌سازی شده است که، در آن، به‌رغم توجه به عامل تصویب قوانین حمایتی، کاری برای بهبود عوامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار انجام نمی‌شود. در سناریوی دوم، بهبود عوامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار، بدون توجه به تصویب قوانین حمایتی، بررسی شده است.

جدول ۳: میزان تأثیرگذاری، تأثیرپذیری و مرکزیت هر عامل

رتبه	مرکزیت	تأثیرپذیری	تأثیرگذاری	عوامل
۷	۵/۰۰	۱/۵۰	۳/۵۰	ارتقای اطلاعات بهداشتی سالمندان
۶	۷/۵۰	۴/۰۰	۳/۵۰	آموزش خودمراقبتی به سالمندان
۴	۸/۵۰	۴/۵۰	۴/۰۰	به‌روزرسانی اطلاعات کادر درمان
۳	۸/۷۵	۰/۲۵	۸/۵۰	تصویب قوانین حمایتی
۱	۱۸/۵۰	۱۲/۰۰	۶/۵۰	ارتقای کیفیت خدمات درمانی
۲	۱۲/۷۵	۶/۷۵	۶/۰۰	حفظ ایمنی بیمار
۵	۸/۰۰	۴/۵۰	۳/۵۰	مهیا کردن وسایل توان‌بخشی
۱۲	۳/۷۵	۲/۰۰	۱/۷۵	تسریع در پذیرش و درمان
۸	۵/۰۰	۲/۰۰	۳/۰۰	ارائه حمایت عاطفی به بیمار
۱۳	۳/۵۰	۲/۵۰	۱/۰۰	کاهش هزینه‌های درمان
۹	۵/۰۰	۱/۵۰	۳/۵۰	ارائه خدمات بیمه‌ای
۱۱	۴/۲۵	۳/۰۰	۱/۲۵	سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی
۱۰	۴/۵۰	۳/۰۰	۱/۵۰	رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار

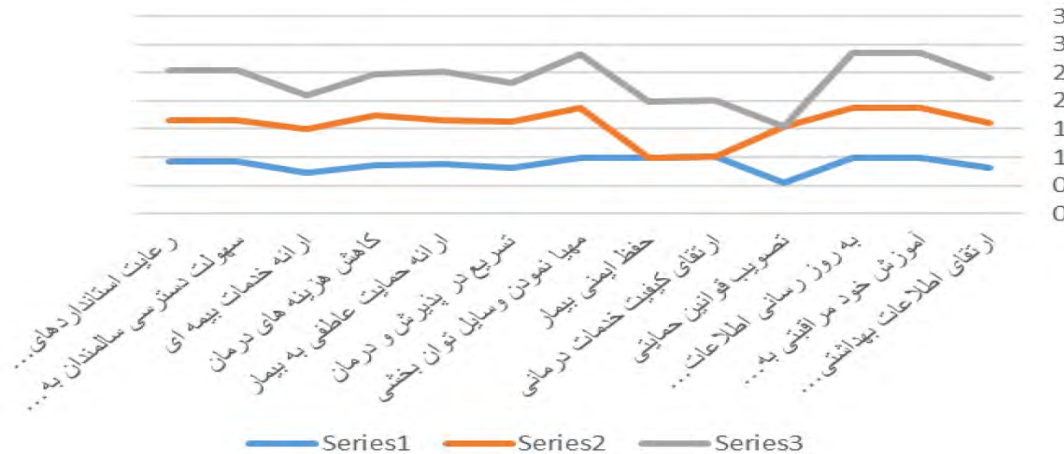
نتایج حاصل از سناریوی اول و دوم نشان می‌دهد، در صورتی که به عامل تصویب قوانین حمایتی توجه شود، ولی تلاشی برای بهبود عوامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار نشود، همه عوامل در جهت منفی حرکت می‌کنند. همچنین، در صورتی که عوامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار را نادیده بگیریم و آن‌ها را توسعه دهیم، تمامی عوامل در جهت منفی حرکت می‌کنند که این بدین معنی است که همه عوامل افت می‌کنند. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که

تصویب قوانین حمایتی، ارتقای کیفیت خدمات درمانی و حفظ ایمنی بیمار به‌تنهایی نمی‌تواند موجب توسعه گردشگری سلامت سالمندی شود، بلکه هر سه عامل لازم و ملزوم یکدیگر هستند و عامل تصویب قوانین حمایتی هم تأثیر بیشتری در بقیه عوامل می‌گذارد و هم تأثیر می‌پذیرد. پس از شبیه‌سازی سناریوهای گوناگون بر روی مدل، داده‌های ماتریس ادغامی خبرگان در نرم‌افزار Ucinet وارد و گرافی از مدل رسم شد.

جدول ۴: نتایج شبیه سازی سناریوها بر روی مدل پیشنهادی

عامل	ارزقای اطلاعات بهداشتی سالمندان	آموزش خودمراقبتی به سالمندان	کادر درمان	تصویب قوانین حمایتی	ارزقای کیفیت خدمات درمانی	حفظ ایمنی بیمار	مهمی کردن وسایل توان بخشی	تسریع در پذیرش و درمان	ارزاق حمایت عاطفی به بیمار	کاهش هزینه های درمان	ارزاق خدمات بیمه ای	سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی	رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار
سیاست اول	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
سیاست دوم				۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سیاست سوم				۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
نتایج سیاست اول	۰/۸۱	۰/۹۷۷۷۲۵	۰/۹۸۳۵۰۵۱	۰/۵۴۵۵۱۲۵	۰/۹۹۹۹۹۹۴	۰/۹۹۷۳۸۳۹	۰/۹۷۷۵۸۹۴	۰/۸۰۰۹۷۳	۰/۸۶۷۵۸۰	۰/۸۴۶۷۷۵	۰/۷۳۰۲۲۲	۰/۹۲۷۰۹۳	۰/۹۲۷۰۹۳
نتایج سیاست دوم	۰/۷۹	۰/۸۹۴۸۴۹۶	۰/۸۹۹۰۶۲۱	۱	۰	۰	۰/۸۹۷۷۷۵	۰/۸۲۴۴۶۶۴	۰/۷۸۷۸۷۱۳	۰/۸۹۶۹۴۰۱	۰/۶۹۶۷۴۳	۰/۷۳۱۰۵۹	۰/۷۳۱۰۵۹
نتایج سیاست سوم	۰/۸۱۵۳۷۵	۰/۹۷۷۴۶۷۵	۰/۹۷۸۲۱۱۹۲	۰	۱	۱	۰/۹۵۳۵۲۲۴	۰/۸۳۹۶۶۶۴	۰/۸۵۹۴۵۴۳۹	۰/۷۳۷۵۸۳۷۶	۰/۶۳۷۲۰	۰/۸۸۰۷۹۷	۰/۸۸۰۷۹۷
مقایسه سیاست دوم و اول	-۰/۱۹۷۷۷۴۱	-۰/۸۲۹۲۳۹۲	-۰/۸۴۴۳۰۰۰	۰/۴۵۴۸۷۴۶	-۰/۹۹۹۹۹۹۴۰	-۰/۹۹۷۳۸۳۸۶	-۰/۷۸۸۱۴۴۴	-۰/۲۶۶۷۳۰۲	-۰/۷۹۷۰۸۳۱	-۰/۵۰۱۶۵۵۶	-۰/۳۹۵۲۱۳۷	-۰/۱۹۶۰۳۴۱۹	-۰/۱۹۶۰۳۴۱۹
مقایسه سیاست سوم و اول	-۰/۰۰۰۰۴۴۶۶۹	-۰/۰۰۰۰۲۹۵۷۴	-۰/۰۰۰۵۲۹۲۰	-۰/۰۰۵۴۵۵۱۲۵۴	۰/۰۰۰۰۳۰۶۰	۰/۰۰۲۶۱۶۱۴	-۰/۰۱۸۳۳۷۷	-۰/۱۱۷۰۰۷۱۲	-۰/۰۰۸۱۲۵۵	-۰/۱۰۹۱۹۰۸۰	-۰/۱۲۶۵۰۱۳۱	-۰/۰۴۶۲۹۵۶۹	-۰/۰۴۶۲۹۵۶۹

نتایج شبیه سازی سناریو



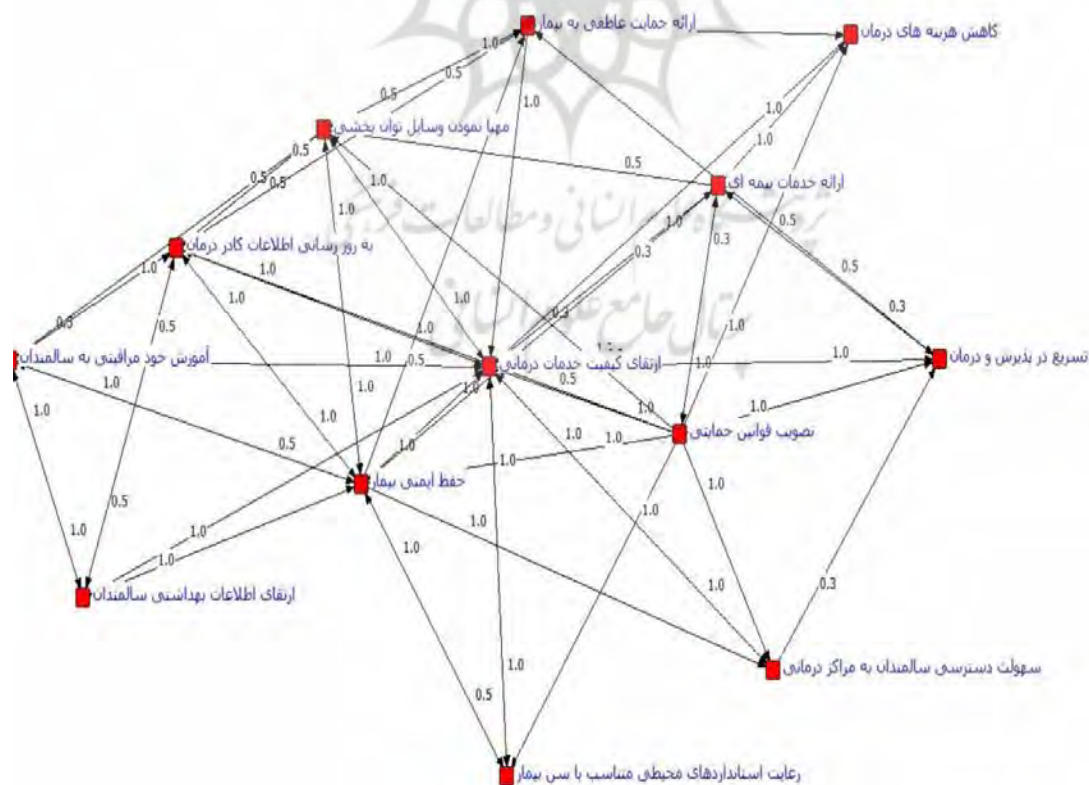
فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه



انجمن علمی گردشگری ایران

نمودار ۱: نتایج شبیه‌سازی سناریوها بر روی مدل پیشنهادی

این گراف در واقع مهم‌ترین عوامل مؤثر در گردشگری سلامت سالمندی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گراف ترسیمی، با توجه به روابط علی بین عوامل، هر عاملی که اهمیت و نقش مهم‌تری در توسعه گردشگری سلامت سالمندی دارد در مرکز شکل قرار دارد



شکل ۱: نقشه شناختی فازی عوامل تأثیرگذار در گردشگری سلامت سالمندی

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، پس از مطالعه مفاهیم نظری و مصاحبه‌هایی که با ۱۵ نفر از خبرگان حوزه گردشگری انجام شد، تعداد ۱۳ عامل استخراج شد که این عوامل در قالب پرسش‌نامه ماتریسی به ۱۶۴ نفر از گردشگران سلامت و گردشگران سلامت سالمند، که به‌منظور دریافت خدمات سلامت به استان یزد سفر کرده بودند، داده شد. سپس، داده‌های حاصل از نقشه ذهنی آن‌ها وارد نرم‌افزار اکسل شد و، پس از دیفازی شدن آن، داده‌ها وارد نرم‌افزار FCMapper شدند. بر این اساس، نتایج تحلیل نگاشت‌شناختی فازی نشان داد که عامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی تأثیرپذیرترین و تأثیرگذارترین عامل در سایر عوامل است؛ زیرا مرکزیت بیشتری از سایر عوامل دارد (جدول ۳). بدین معنی که تعداد بیشتری فلش به آن وارد و از آن خارج شده است (شکل ۱). همچنین، همان‌گونه که شکل ۱ نشان می‌دهد، این عامل در مرکز قرار گرفته که اهمیت بیشتر این عامل از سایر عوامل و میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری این عامل را نشان می‌دهد. از این رو، می‌توان بدین‌گونه تفسیر کرد که مؤثرترین عامل، از نظر گردشگران، عامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی است. از طرف دیگر، تأثیرگذاری بالای ارتقای کیفیت خدمات درمانی در سایر عوامل مؤثر نشان می‌دهد که این عامل نقش زیادی در ایجاد هر نوع بهبود در توسعه صنعت گردشگری سلامت سالمندی دارد. با جمع مقادیر مربوط به تأثیرپذیری و تأثیرگذاری عوامل گوناگون، مرکزیت هر یک از عوامل مؤثر محاسبه شده است. مرکزیت یک عامل اهمیت نسبی آن از نظر تأثیرگذاری در سایر عوامل و یا تأثیرپذیری از آنان را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت مرکزیت یک گره میزان فعال بودن آن در ماتریس مجاورت را نشان می‌دهد. سپس، مدل کیفی برای تبیین عوامل تأثیرگذار در گردشگری سلامت سالمندی با استفاده از ابزارها و رویکردهای نگاشت‌شناختی فازی و تحلیل شبکه‌های اجتماعی ارائه شده است. به همین منظور، سناریوهایی براساس این سه عامل نوشته شد. نتایج سناریوها حاکی از آن است که، در صورتی که هرکدام از این عوامل نام‌برده (ارتقای کیفیت خدمات درمانی، حفظ ایمنی بیمار و تصویب قوانین مقرراتی) صفر شوند یعنی هیچ تلاشی برای بهبود آن‌ها انجام نشود و در عوض عوامل دیگر فعال باشند، سایر عوامل در مدل افت پیدا می‌کنند. همچنین، نتایج سناریو نشان می‌دهد که هر سه عامل باید با هم ارتقا پیدا کنند تا شاهد توسعه گردشگری سلامت سالمند در یزد باشیم. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مدل عوامل تأثیرگذار در گردشگری سلامت سالمندی شامل عوامل

ارتقای اطلاعات بهداشتی سالمندان، آموزش خودمراقبتی به سالمندان، به‌روزرسانی اطلاعات کادر درمان، تصویب قوانین حمایتی، ارتقای کیفیت خدمات درمانی، حفظ ایمنی بیمار، مهیا کردن وسایل توان‌بخشی، تسریع در پذیرش درمان، ارائه حمایت عاطفی به بیمار، کاهش هزینه‌های درمان، ارائه خدمات بیمه‌ای، سهولت دسترسی سالمندان به مراکز درمانی و رعایت استانداردهای محیطی متناسب با سن بیمار است. نقش این عوامل در مدل به‌منزله محرک/بازدارنده برای توسعه گردشگری سلامت سالمندی مورد توجه است. تأثیر ارتقای کیفیت خدمات درمانی در محیط رقابتی به‌منزله یک متغیر محرک از ویژگی‌های اختصاصی مدل ارائه‌شده در این پژوهش است که در پژوهش‌های ترنر (2011)، وربیک و همکاران (2020)، گلیسون و همکاران (2020) به آن توجه خاص شده است. همچنین، تأثیر حفظ ایمنی بیمار، که در مدل نشان داده شده است، با یافته‌های اولوسوی و توسان (2020) و وانگ (2012) تطابق دارد. همچنین، تأثیرپذیری گردشگری سلامت سالمندی از تصویب قوانین حمایتی، که در مدل مدنظر قرار گرفته است، با نتایج ارائه‌شده توسط کوهن (2009) همخوانی دارد.

پیشنهاد می‌شود، از طریق ارتقای کیفیت خدمات درمانی از قبیل دارا بودن امکانات درمانی مجهز و به‌روز، آموزش کادر درمان و نحوه برخورد شایسته با سالمندان، ارائه خدمات ویژه سالمندی مثل پرستار شبانه‌روزی و ویلچر و همچنین ارائه برنامه‌های خودمراقبتی و پیشگیری از ابتلای بیماری و حفظ ایمنی بیمار و تصویب قوانین حمایتی — که می‌تواند شامل تصویب قوانین درباره پذیرش زود هنگام، ارائه خدمات به سالمندان برای دسترسی سریع به مراکز درمانی، خدمات بیمه‌ای، تصویب قوانین در زمینه نحوه برخورد پزشکان و پرستاران با سالمندان و حفظ حقوق آنان می‌شود — موجب تشویق سالمندان به سفر به‌منظور دریافت خدمات سلامت شود. همچنین، با ایجاد گروهی متخصص از پزشکان حرفه‌ای، پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها، روان‌پزشک‌ها، مددکاران اجتماعی و غیره، خدماتی باکیفیت و همچنین حمایت‌هایی عاطفی به سالمندان در مراکز درمانی ارائه کرد. از طرفی، به‌دلیل سالمند بودن و نداشتن توانایی اکثر بیماران سالخورده، ارائه خدمات بیمه‌ای و اجتماعی و بیمه‌های خاص به این قشر از گردشگران، بیمه‌های مسافرتی با هزینه‌های بیشتر ولی با پوشش و خدمات گسترده‌تر برای سالمندان تأثیر بسزایی در توسعه گردشگری سالمندی خواهد داشت. برگزاری تورهای مسافرتی با قیمت مناسب برای سالمندان، و همچنین ارائه تخفیف‌های ویژه در مراکز اقامتی ویژه سالمندان، برپایی تورهای تفریحی — درمانی و انجام



مشاوره‌های پزشکی رایگان با سالمندان هنگام وارد شدن به مقصد به منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی، تمایل سالمندان را برای گردشگری افزایش خواهد داد.

منابع

- اسعدی، میرمحمد، رحیم‌زاده ترابی، نگار و احمدخانی، مسعود (۱۳۹۵). راهکارهای توسعه گردشگری سالمندی با رویکرد تکنیک مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM) در استان یزد. *مطالعات اجتماعی گردشگری*، ۴(۷)، ۸۳-۱۰۴.
- اسعدی، میرمحمد، برومندزاد، یاسمین و مالکی نژاد، آسیه (۱۳۹۶). بررسی تحلیلی توسعه گردشگری سالمندی با رویکرد نگاشت‌شناختی (مورد مطالعه: استان یزد). *برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، ۶(۲۲)، ۷۷-۹۶.
- ایزدی، مرتضی، ایوبیان، علی، نصیری، طه، جنیدی، نعمت‌الله، فاضل، مژگان و حسین‌پور فرد، محمدجواد (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید. *مجله طب نظامی*، ۱۴(۲)، ۶۹-۷۵.
- بازرگان هرنیدی، عباس (۱۳۸۷). روش تحقیق آمیخته: رویکردی برتر برای مطالعات مدیریتی. *دانش مدیریت*، ۸۱، ۱۹-۳۶.
- جوهری، سحر، مصلی نژاد، زهرا و فلسفیان، رضیه (۱۳۹۳). بررسی ارتباط سبک زندگی و سلامتی در سالمندان مراجعه‌کننده به بوستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۹. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴(۳)، ۱۰-۱۴.
- سارانی، حمید، آقائی، نجف، صفاری، مرجان و اکبری یزدی، حسین (۱۳۹۷). راهبردهای ارتقای سلامت سالمندان با استفاده از فعالیت‌های ورزشی: یک مطالعه کیفی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۶(۴)، ۳۲۵-۳۳۹.
- سعیدی، حسین و عندلیب، داوود (۱۳۹۷). شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در مدیریت شهری با رویکرد نقشه‌شناختی فازی. *مدیریت شهری*، ۱۷(۵۳)، ۲۳۴-۲۲۱.
- شعاعی، فاطمه، ازخوش، منوچهر و عالی زاد، ویلا (۱۳۹۲). تبیین سلامت سالمندان: یک مدل جمعیت‌شناختی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۸(۲)، ۶۰-۶۹.
- عباس‌زاده، محمد (۱۳۹۱). تأملی بر اعتبار و پایایی در پژوهش‌های کیفی. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۴۵)، ۱۹-۴۳.
- عزیزی زین‌الحاجلو، اکبر، امینی، ابوالقاسم و صادق تبریزی، جعفر (۱۳۹۴). پیامدهای سالمندی جمعیت در ایران با تأکید بر چالش روزافزون نظام سلامت (مطالعه مروری). *تصویر سلامت*، ۶(۱)، ۵۴-۶۴.
- عنابستانی، علی اکبر و عنابستانی، زهرا (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مشهد به‌عنوان هدف گردشگری پزشکی. *نشریه گردشگری شهری*، ۲(۳)، ۲۷۵-۲۸۹.
- مصطفوی، حکیمه، شمسی گوشکی، احسان و عباسی، محمود (۱۳۹۱). اخلاق در گردشگری سلامت. *اخلاق زیستی*، ۲(۴)، ۱۶۱-۱۸۰.
- مهدوی، شیرین، عمادزاده، مصطفی و انصاری، آذرناش (۱۳۹۳). راهبردهای توسعه گردشگری سالمندی براساس رهیافت بخش‌بندی بازار با استفاده از شبکه‌های عصبی. *همایش بین‌المللی علمی راهبردی توسعه گردشگری جمهوری اسلامی ایران چالش‌ها و چشم‌اندازها، دوره ۱*.
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 19(4), 426-432.
- Cohen, I. G. (2009). Protecting patients with passports: medical tourism and the patient-protective argument. *Iowa L. Rev.*, 95, 1467.
- Gleeson, D., & Labonte, R., Gleeson, D., & Labonte, R. (2020). Health Services and Access to Medicines and Other Health Technologies. *In Trade Agreements and Public Health* (pp. 39-65). Palgrave Pivot, Singapore.
- Gu, D., Zhu, H., Brown, T., Hoenig, H., & Zeng, Y. (2016). Tourism experiences and self-rated health among older adults in China. *Journal of Aging and Health*, 28(4), 675-703.
- Hara, T. (2008). *Quantitative tourism industry analysis: introduction to input-output, social accounting matrix modeling and tourism satellite accounts*. Routledge.
- Marcekova, R., Simockova, I., & Sebova, L. (2016). Health tourism in the context of active ageing of



Strategic Innovative Marketing and Tourism (pp. 385-392). Springer, Cham.

- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(1), 43-47.
- Vigolo, V. (2017). Population Aging: Challenges and Opportunities for the Tourism Industry. *In Older Tourist Behavior and Marketing Tools* (pp. 3-23). Springer, Cham.
- Wang, H. Y. (2012). Value as a medical tourism driver. *Managing Service Quality: An International Journal*, 22(5), 465-491.
- World Tourism Organization (2000), Major trends in travel and tourism demand, tourism marketing strategy 2000-2005, Québec, Québec.
- Wu, S., Wang, Z., Wingate, N., & Guo, H. (2017, October). Developing the Elderly Tourism Market in China. *In 2017 International Conference on Education Science and Economic Management (ICESEM 2017)* (pp. 27-30). Atlantis Press.
- Slovak population. *Економічний часопис-XXI*, 156(1-2), 109-111.
- McKercher, B. (2016). Towards a taxonomy of tourism products. *Tourism Management*, 54, 196-208.
- Patuelli, R., & Nijkamp, P. (2016). Travel motivations of seniors: a review and a meta-analytical assessment. *Tourism Economics*, 22(4), 847-862.
- Pongwat, A. (2017, December). An investigation of tourism information on destination management organization websites as the pull factor: A case study of health and wellness tourism information. *In 2017 11th International Conference on Software, Knowledge, Information Management and Applications (skima)* (pp. 1-8). IEEE.
- Signoretti, A., Martins, A. I., Almedia, N., Vieira, D., Rosa, A. F., Costa, C.M., & Teixeira, A. (2015). Trip4 All: A Ramified App to provide a new way to elderly people to travel. *Procedural Computer Science*, 67, 301-331.
- Turner, L. G. (2011). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), 1-7.
- Ulusoy, H., & Tosun, N. (2020). Comparisons of Health Tourism within the EU Countries. *In*



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی