



شناسایی عوامل کلیدی توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل

منصور رحمتی^۱

DOI:10.22034/jtd.2024.478632.2967

چکیده

گردشگری پزشکی، به عنوان شاخه‌ای از گردشگری سلامت، رشد سریع‌تری از شاخه‌های دیگر داشته است و بسیاری از جوامع برنامه‌های مدونی برای توسعه و بهره‌برداری از آن دارند. شهر اردبیل نیز، به علت داشتن ظرفیت‌های زمینه‌ای، مستعد پیشرفت در این زمینه است. در همین خصوص، هدف بر این است که عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی آن شناسایی و معرفی شود. روش این پژوهش از نظر ماهیت، اکتشافی و از نظر هدف، کاربردی است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پرسش‌نامه تأثیرات متقابل، از نظریات کارشناسی که به روش گلوله‌برفی انتخاب شده (ده کارشناس) و روش مدل‌یابی ساختاری - تفسیری استفاده شده است. بنابر نتایج به دست آمده، از بین ۳۵ عامل شناسایی شده اولیه، ۱۸ عامل به عنوان عوامل نهایی توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل مطرح شده است. از بین عوامل نهایی، بیشترین قدرت نفوذ به عامل نهادهای متولی و کمترین آن هم به کمیت مراکز درمانی مربوط است. عوامل رفع محدودیت‌های بین‌المللی، نیروی انسانی متخصص، آگاهی مسئولان از مزایای گردشگری پزشکی و نیازسنجی درمانی عوامل کلیدی توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل به شمار می‌روند؛ عواملی که برای تغییر و تحول اساسی در توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل، باید در اولویت برنامه‌ها قرار گیرند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵

واژه‌های کلیدی:

گردشگری پزشکی، شهر اردبیل، مدل‌یابی ساختاری-تفسیری (ISM).

مقدمه

ساختن و استقلال اقتصاد شهری از منابع مالی حاصل از اقتصاد تک‌محصولی به شمار می‌رود (Sheresheva & Kopiski, 2016, p. 262). این تأثیرات مثبت باعث شده است که شهرهایی با اقتصاد متکی به نفت (همچون شیخ‌نشین‌های خلیج فارس) به صورت فزاینده‌ای بر گردشگری به عنوان مسیری برای رشد و توسعه و کسب درآمدهای ارزی و دوری از مضرات توسعه مبتنی بر درآمد نفتی تمرکز کنند و از آن به عنوان سیاست راهبردی برای توسعه و شکوفایی اقتصادی و اجتماعی شهرهای خود بهره ببرند. درک فواید و مزایای توسعه گردشگری ذکر شده نوعی رقابت برای جذب این منافع در میان شهرها را به وجود آورده است. سیاست‌گذاران شهری، برای دستیابی به این مزایا، بر ابزارهای جدید در راهبردهای برنامه‌ریزی خود تمرکز کرده‌اند و به سمت استفاده از مفاهیم جدیدی در حوزه گردشگری روی آورده‌اند (Andrades & Dimanche, 2017, p. 363).

گردشگری بخش روبه رشد اقتصادی است که به فراخور نوع مکان و منطقه گردشگری شکل‌های گوناگونی به خود می‌گیرد. هر منطقه، مکان یا مقصد ویژگی‌های خاص خود را دارد و باید براساس نقاط قوت آن راهبردهای متفاوتی به کار گرفته شود (Duman et al., 2018, p. 361). در سال‌های اخیر، مقاصد گردشگری زیادی پدید آمده و سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های مرتبط با گردشگری افزایش یافته است (Kani et al., 2017, p. 89). گردشگری در پژوهش‌های شهری راهبردی برای افزایش سرزندگی شهرها از طریق تشویق احیای اجتماعی و بهبود شرایط زندگی در مناطق شهری معرفی شده است. درواقع، گردشگری از عناصری است که همانند بیشتر جوامع در شهرهایی با اقتصاد در حال گذار نیز تغییرات ملموسی ایجاد کرده و عاملی برای متنوع

۱. دانشیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری و روستایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. Rahmati1358@gmail.com



گردشگری پزشکی شاخه‌ای از گردشگری سلامت است که رشد سریع‌تری از شاخه‌های دیگر داشته و امروزه بسیاری از کشورها برنامه‌های قانونی و عملی در آن به کار می‌برند. کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمد بیشتر، انتقال دانش و فناوری و قیمت‌های رقابتی، مسافرت به کشورهای دور به دلایل پزشکی را مطلوب ساخته است (Heung et al., 2011, p. 998). صنعت گردشگری پزشکی در حال رشدی سریع است و یکی از بخش‌های به‌سرعت رو به رشد بازار گردشگری را دارا است. پیش‌بینی می‌شود نرخ رشد افراد متقاضی خدمات بهداشت و درمان بین‌المللی ۲۰ تا ۳۰ درصد باشد (Mohamad et al., 2012, p. 360). تجارت بین‌المللی خدمات پزشکی دارای ظرفیت‌های اقتصادی بزرگ برای اقتصاد جهانی است (Bookman, 2007) و گردشگری پزشکی یک بخش ویژه پرسود برای کشورهای در حال توسعه شناخته می‌شود. به گفته رامیرز، سرمایه‌گذاری در این بخش وسیله‌ای برای افزایش درآمد، بهبود خدمات، تولید درآمد ارزی خارجی، ایجاد تعادل مطلوب‌تر تجارت و به‌طور کلی افزایش گردشگری است (MacReady, 2007, p. 1850). همچنان‌که درآمد گردشگری پزشکی در جهان به‌شدت رو به افزایش است (Mohamad et al., 2012, p. 360)، تعداد کشورهای ارائه‌دهنده خدمات پزشکی نیز در حال افزایش است. بسیاری از کشورها از جمله کلمبیا، سنگاپور، هند، تایلند، برونی، کوبا، هنگ‌کنگ، مجارستان، اردن، لیتوانی، مالزی، فیلیپین و امارات متحده عربی مقصدهای عمده گردشگری پزشکی شناخته شده‌اند. کشورهای آرژانتین، بولیوی، برزیل، کاستاریکا، مکزیک و ترکیه نیز درخصوص ایجاد مقصد جذاب برای گردشگری اقدامات مهمی را انجام داده‌اند (Singh, 2008, p. 51). برای نمونه، کشور هند از کشورهای فعال در زمینه گردشگری پزشکی است که در سال ۲۰۱۰ از حدود ۷۳۰ هزار نفر گردشگر ۲/۲ میلیارد دلار درآمد داشته است، که شامل یک درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) این کشور است (Goel & Kumar, 2010, p. 29). مزیت‌های هند به‌عنوان مقصد پزشکی شامل پزشکان شناخته‌شده، پرستاران آموزش‌دیده، زبان انگلیسی به‌عنوان زبان ارتباطات، هزینه کم و بیمارستان‌های معتبر است (Singh, 2008, p. 74). با عنایت به مطالب مذکور، ایران با داشتن فرصت‌ها و توانایی‌های فراوان در این زمینه می‌تواند به یکی از مقاصد گردشگری پزشکی

بین‌المللی تبدیل شود. این امر مستلزم برنامه‌ریزی و خط‌مشی‌گذاری‌های بلندمدت با توجه به شناخت نقاط قوت و ضعف درونی و فرصت‌ها و تهدیدات بیرونی در گردشگری پزشکی است. شهر اردبیل، به‌عنوان یکی از مناطق مرزی کشور، به‌خاطر داشتن شرایط جغرافیایی همچون نزدیکی به آب‌های درمانی، کوه، جنگل و دریا و البته داشتن زیرساخت‌های حوزه گردشگری پزشکی با کمیت و کیفیت متنوع، مستعد پیشرفت در زمینه گردشگری پزشکی است؛ همچنان‌که شهر اردبیل مقصد اول مراجعه بیماران کشور آذربایجان است؛ اما، با توجه به قابلیت‌ها و توانمندی‌های زیاد، از جایگاه واقعی خود عقب است. کمبود بیمارستان و مراکز درمانی تخصصی، کمبود پزشک متخصص، کمبود امکانات پزشکی پیشرفته، ضعف زیرساخت‌های ارتباطی و حمل و نقلی، ناکارآمدی مدیریتی در این حوزه تخصصی، مسائل ناشی از تحریم (مشکل صدور ویزا، مشکلات بیمه‌ای و بانکی و...) از موانع توسعه گردشگری پزشکی اردبیل است. ازاین‌رو، مطرح کردن بحث گردشگری پزشکی ضرورتی انکارناپذیر به نظر می‌رسد؛ چراکه این امر به رونق اقتصادی، برندسازی و ارتقای سطح زندگی در شهر اردبیل منجر می‌شود. بنابراین، با در نظر گرفتن مطالب مذکور، این پژوهش در نظر دارد عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل را از نظر کارشناسان شناسایی کند و مشخص نماید که کدام عوامل در تبدیل شدن شهر اردبیل به یکی از قطب‌های گردشگری پزشکی کشور تأثیرگذارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های آتی در این زمینه باشد و آینده قابل قبولی را برای شهر اردبیل در حوزه گردشگری پزشکی به ارمغان آورد.

مروری بر ادبیات موضوع

گردشگری پزشکی اغلب به افزایش سطح خدمات پزشکی به عموم گردشگران اطلاق می‌شود. در گذشته، افراد فقط در محل سکونتشان از خدمات بهداشتی استفاده می‌کردند درحالی‌که در قرن بیست و یکم همه چیز تغییر کرده است. گردشگری پزشکی، به‌عنوان بخشی از صنعت گردشگری، در جهان پسا صنعتی توسط بسیاری از دولت‌ها ارتقای چشمگیری یافته است (Godarzi et al., 2023, p. 7). گردشگری پزشکی، به‌عنوان یکی از اجزای صنعت گردشگری، از طریق هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی، فعالیت‌های رفاهی - تفریحی و تمام زیرساخت‌های مرتبط، با صنعت گردشگری



جنوبی است و نیاز به برنامه‌های ترویجی مناسب، خط‌مشی‌گذاری و قانونمندسازی اقدامات از عوامل مؤثر این حوزه است. ورولا و یوربنادزه^۲ (2018)، در پژوهشی با عنوان «گردشگری پزشکی در گرجستان: موانع موجود و توصیه‌ها»، به این نتیجه دست یافته‌اند که خط‌مشی‌ها و قوانین، حمایت دولت، مشکلات مربوط به ظرفیت، و نیازهای درمانی جامعه محلی مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی در گرجستان است. نیلاشی^۳ و همکاران (2019)، در پژوهشی با عنوان «شناسایی عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی در مالزی»، عوامل انسانی (زبان و ارتباطات، تخصص، کیفیت خدمات متخصصان) و عوامل فناوری (سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد، اینترنت، فناوری پزشکی) را مهم‌ترین عوامل توسعه گردشگری پزشکی در مالزی نتیجه‌گیری کرده‌اند. ثانوی گروسیان (2020)، در مقاله‌ای با عنوان «ارائه مدل گردشگری سلامت با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری (مورد مطالعه شهر مشهد)، به این نتیجه دست یافته‌اند که عواملی همچون نبود برندسازی پزشکی و مرکز درمانی، هماهنگی نامناسب بین سازمان‌های متولی گردشگری سلامت، فقدان سیستم جامع مدیریت اطلاعات (MIS) مربوط به ورود گردشگران سلامت به ایران، ناکارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی در خصوص قابلیت‌های گردشگری پزشکی ایران، کمبود زیرساخت‌های لازم و خلأ قانونی برای توسعه این صنعت موجب شده صنعت گردشگری سلامت ایران از جایگاه مطلوبی برخوردار نباشد. در نتیجه، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، ارزان‌تر بودن (رقابتی بودن) خدمات پزشکی نسبت به سایر کشورها، به‌کارگیری تجهیزات پزشکی دارای فناوری پیشرفته و استانداردهای جهانی و شفاف نمودن هزینه درخواستی از بیماران خارجی مهم‌ترین عوامل افزایش جذب بیمار خارجی است. گودرزی و همکاران (2023) در مقاله «بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز» به این نتیجه رسیده‌اند که متغیرهای مستقل قوانین و مقررات، فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها، عوامل انسانی و فرهنگی و طبیعی، عوامل اقتصادی و عوامل ارتباطی در متغیر وابسته تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز مؤثر و مورد تأیید است. همچنین، بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب شکاف وجود دارد. تاج‌زاده نمین و همکاران (2023)، در مقاله‌ای با عنوان «پیشایندهای جذب گردشگران پزشکی در

در ارتباط است. یکی از مهم‌ترین عواملی که سبب می‌شود بیمار به مسافرت برای درمان اقدام کند ارزان‌تر بودن خدمات است. جست‌وجو برای یافتن کیفیت بهتر درمان، توجه به مسائلی از قبیل فرهنگ و زبان، خدمات بیمه درمانی، دسترسی آسان به اطلاعات و البته رشد صنایع حمل‌ونقل و هتلداری از دیگر عوامل دخیل در توسعه گردشگری پزشکی است (Godarzi et al., 2023, pp. 10-11).

درخصوص موضوع پژوهش (گردشگری پزشکی و البته عوامل مؤثر بر توسعه آن) مطالعات چندی توسط پژوهشگران داخلی و خارجی انجام شده است. مهم‌ترین مطالعات بدین شرح است:

دلگشایی و همکاران (2011) در پژوهشی به بررسی وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران و چالش‌های موجود در این زمینه پرداخته‌اند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد ایران در زمینه زیرساخت‌های پایه و درمانی، حمایت‌های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی و مشارکت و هماهنگی بین‌بخشی در سطح کلان و ترفیع و بازاریابی منسجم با چالش‌هایی روبه‌رو است. هیونگ و همکاران^۱ (2011) در پژوهشی کیفی با هدف تعیین عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ نشان دادند سیاست‌ها و مقررات، عدم حمایت دولت، هزینه‌ها، مشکلات ظرفیتی و نیازهای بهداشت و درمان جامعه محلی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ است. آن‌ها برای رفع این موانع راهبردهایی مانند اتخاذ سیاست‌های جدید، فعالیت‌های تبلیغاتی، اقدام دولت برای تشویق سرمایه‌گذاری در بازار گردشگری پزشکی و تلاش‌های تعاونی در بخش مهمان‌نوازی و مؤسسات پزشکی به‌منظور توسعه محصولات گردشگری پزشکی پیشنهاد دادند. ایزدی و همکاران (2012) در پژوهشی با عنوان «وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید» انجام دادند. بنابر یافته‌های پژوهش آنان، ایران دارای نقاط قوت زیادی از جمله پزشکان حاذق، فناوری به‌روز و مناطق درمانی طبیعی برای جذب گردشگران سلامت است، اما با نقاط ضعف و چالش‌هایی نظیر هماهنگی نامناسب سازمان‌های مسئول گردشگری پزشکی و برنامه‌ریزی نامناسب نیز همراه است. رکنی و همکاران (2017) در پژوهش «موانع توسعه گردشگری پزشکی در یک مقصد: مطالعه کره جنوبی» به این نتیجه رسیده‌اند که کمبود تخصص نیروهای انسانی شاغل در بخش درمان در زمینه ارتباطات فرهنگی مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی در کره

2. Verulava & Jorbenadze

3. Nilashi

1. Heung



اثرگذارترین آن‌ها متغیر فناوری و تجهیزات درمان و اثرپذیرترین آن‌ها متغیر هزینه‌های سفر است. با عنایت به مطالعات صورت گرفته می‌توان چنین نتیجه بیان نمود که بیشتر مطالعات درخصوص موانع توسعه گردشگری پزشکی است و مؤلفه‌های گوناگونی برای توسعه گردشگری پزشکی مطرح شده است. شماری از مؤلفه‌ها بارها بررسی شده و از شماری هم غفلت شده است. از آنجاکه براساس شرایط زمانی و مکانی (محدوده مورد مطالعه) امکان تفاوت درجه اهمیت در مؤلفه‌ها وجود دارد، در این پژوهش سعی شده است که مجموعه کاملی از مؤلفه‌ها در چندین مرحله بررسی شود.

در ادامه، مؤلفه‌های استخراجی از پیشینه پژوهشی و مبانی نظری که عامل توسعه گردشگری پزشکی اند ارائه شده است (جدول ۱).

شهرک‌های سلامت اصفهان» به این نتیجه رسیده‌اند که به لحاظ وزن تأثیر، بیشترین وزن مربوط به بعد «هزینه‌های سفر» با وزنی برابر با ۰/۱۹۳ است. در بین معیارها، «هزینه جراحی» اولویت اول را به دست آورد. معیارهای «فاصله از مبدأ» اولویت دوم، «پکیج‌های کامل توریستی و درمانی» اولویت سوم، «هزینه‌های حمل و نقل» اولویت چهارم و «هماهنگی بین کادر درمان» اولویت پنجم و «هزینه دارو» اولویت ششم در بین ۳۶ معیار را به دست آوردند که تقریباً ۲۱ درصد از وزن کل معیارها را به خود اختصاص دادند و این نشان از اهمیت فراوان این معیارها است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای اثرگذار شامل فناوری و تجهیزات درمان، کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری، شرایط فرهنگی، و متغیرهای اثرپذیر شامل هزینه‌های سفر، کارکنان و فرایند درمان، تبلیغات و بازاریابی است که

جدول ۱: عوامل توسعه گردشگری پزشکی

(Nemati et al., 2016, p. 125; Rahmati et al., 2021, pp. 82-84; Safavi et al., 2020, p. 6)

ابعاد	عوامل / مؤلفه‌ها
اقتصادی	هزینه خدمات پزشکی، اقامتی و حمل و نقل؛ رفع محدودیت‌های بین‌المللی (تحریم و نوسان ارز)؛ میزان بودجه.
زیربنایی	کمیت مراکز درمانی؛ کیفیت مراکز درمانی؛ تجهیزات پزشکی پیشرفته کافی در مراکز درمانی؛ تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی؛ مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی؛ کیفیت حمل و نقل جاده‌ای.
آموزشی و نیروی انسانی	نیروی انسانی متخصص مورد نیاز (پزشکان متخصص و فوق تخصص در رشته‌های گوناگون)؛ مراکز آموزشی برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز؛ پزشکان متخصص با توانایی صحبت کردن به زبان‌های خارجی؛ آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان، پرستاران و...؛ گواهی نامه بین‌المللی پزشکان؛ آگاهی مسئولان از مزایای گردشگری پزشکی.
نگرش دولت	حمایت دولت از توسعه گردشگری پزشکی؛ سرمایه‌گذاری کافی دولت در بخش گردشگری پزشکی؛ ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب و کار گردشگری پزشکی؛ حمایت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری در گردشگری پزشکی.
سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	راهبرد بازاریابی منسجم گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان؛ تبلیغات بین‌المللی مناسب برای گردشگری پزشکی؛ سیستم اطلاع‌رسانی درخصوص شناساندن قابلیت‌های گردشگری پزشکی؛ برندسازی گردشگری پزشکی؛ ترویج و توسعه گردشگری پزشکی از طریق برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌ها و کنفرانس‌ها.
سیاست‌گذاری	خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی (داشتن برنامه و طرح جامع گردشگری پزشکی)؛ وجود نهاد بین‌بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی؛ همکاری بین آژانس‌های مسافرتی و مراکز درمانی؛ هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی؛ حضور فعال بخش‌های مختلف صنعت گردشگری نظیر تورگردانان، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی در عرصه گردشگری پزشکی.
اجتماعی- فرهنگی	نیازسنجی درمانی؛ رفتارهای مناسب گردشگران پزشکی و پزشکان؛ شلوغی مراکز درمانی به‌واسطه حضور گردشگران پزشکی.
کیفیت خدمات	کیفیت خدمات ارائه‌شده در مراکز درمانی؛ تأییدیه‌های بین‌المللی کیفیت توسط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛ امکانات رفاهی برای بیمار و همراهان در مراکز درمانی؛ امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص از بیمارستان؛ نظام پاسخ‌گویی به گردشگران پزشکی ناراضی؛ رقابت بین مراکز (بهبود کیفیت خدمات)؛ تنوع در خدمات درمانی.



(توسط استادان انتخابی)، پرسشگری تداوم یافت تا با ده کارشناس پرسشگری پایان یافت (با حصول اطمینان از تکراری شدن نظرها یا همان اشباع نظری). پس از اینکه عوامل/مؤلفه‌ها از طریق مطالعات کتابخانه‌ای استخراج شد، با کارشناسان مذکور مصاحبه شد و پس از جمع‌بندی عوامل، روایی محتوایی آن‌ها به دست آمد (ضریب CVR). درنهایت، پرسش‌نامه تخصصی میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری عوامل توسط ده کارشناس ارزیابی شد. شایان ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و دستیابی به هدف اصلی پژوهش (شناسایی عوامل توسعه گردشگری پزشکی) از روش مدل‌یابی ساختاری-تفسیری (ISM) و تحلیل میک‌مک (MICMAC)، که یکی از روش‌های آینده‌پژوهی است، استفاده شد (از تحلیل میک‌مک برای شناسایی عوامل کلیدی استفاده شده است).

همان‌گونه که توضیح داده شد، برای شناسایی عوامل نهایی توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل از نظرهای ده نفر از کارشناسان آشنا با موضوع گردشگری پزشکی (استادان دانشگاهی فعال در زمینه گردشگری) استفاده شد (رابطه ۱). در این خصوص، عواملی که ضریب CVR آن‌ها بیش از ۰/۷۵ بود به‌عنوان عوامل نهایی انتخاب شدند.

رابطه ۱:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} = \frac{9 - \frac{10}{2}}{\frac{10}{2}} = 0.8$$

جدول ۲: تحلیل محتوای عوامل توسعه گردشگری پزشکی (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲)

R	عوامل	CVR	R	عوامل	CVR
۱	هزینه خدمات پزشکی، اقامتی و حمل و نقل	۰/۸	۱۹	تبلیغات بین‌المللی مناسب برای گردشگری پزشکی	۰/۸
۲	رفع محدودیت‌های بین‌المللی (همچون تحریم و نوسان ارز)	۱	۲۰	ترویج و توسعه گردشگری پزشکی از طریق برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌ها و کنفرانس‌ها	۰/۶
۳	میزان بودجه اختصاصی	۰/۸	۲۱	برندسازی گردشگری پزشکی	۰/۸
۴	کمیت مراکز درمانی	۰/۸	۲۲	خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی (داشتن برنامه و طرح جامع گردشگری پزشکی)	۰/۸
۵	کیفیت مراکز درمانی (تجهیزات پزشکی پیشرفته کافی در مراکز درمانی)	۱	۲۳	وجود نهاد بین‌بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی	۰/۸

شهر اردبیل، محدوده موردپژوهش، در شمال غربی کشور و در همسایگی با کشور آذربایجان قرار گرفته است. دسترسی آسان با کمترین فاصله زمانی به چشمه‌های آبگرم درمانی، کوه، دریا و جنگل، در کنار آب‌وهوای مناسب منطقه، باعث شده شهر اردبیل از موقعیت جغرافیایی ویژه‌ای برخوردار باشد. جدای از ویژگی‌های یادشده، وجود زیرساخت‌هایی با کمیت و کیفیت متنوع (همچون بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی، پزشکان متخصص، هتل‌ها و مهمان‌سراها، خدمات حمل و نقل هوایی و جاده‌ای و...) از توانمندی‌های حوزه گردشگری پزشکی شهر اردبیل است که سالانه پذیرای بیش از ۳ میلیون گردشگر داخلی و خارجی است. با توجه به شرایط جغرافیایی و ویژگی‌های طبیعی شهر اردبیل و مناطق پیرامونی آن، می‌توان گفت درصد زیادی از گردشگران اردبیل به حوزه گردشگری سلامت و پزشکی مربوط است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش پیش‌رو از نظر ماهیت اکتشافی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش را کارشناسان آشنا به گردشگری پزشکی تشکیل می‌دهند که به‌علت ندانستن تعداد و دانش آن‌ها از روش گلوله‌برفی برای انتخاب کارشناسان استفاده شده است. ابتدا، با روش انتخابی، دو نفر از استادان فعال در زمینه گردشگری پزشکی به‌عنوان نمونه آماری مورد پرسشگری قرار گرفتند و در ادامه، با معرفی کارشناسان دیگر



R	عوامل	CVR	R	عوامل	CVR
۶	تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی	۰/۶	۲۴	همکاری بین آژانس های مسافرتی و مراکز درمانی	۰/۶
۷	مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی	۰/۶	۲۵	هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی	۰/۶
۸	کیفیت حمل و نقل	۰/۶	۲۶	نیازسنجی درمانی	۰/۸
۹	نیروی انسانی متخصص مورد نیاز (پزشکان متخصص و فوق تخصص در رشته های گوناگون)	۱	۲۷	حضور فعال بخش های مختلف صنعت گردشگری از جمله تورگردانان، هتل ها و آژانس های مسافرتی در عرصه گردشگری پزشکی	۰/۶
۱۰	مراکز آموزشی برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز	۰/۶	۲۸	رفتارهای مناسب گردشگران پزشکی و پزشکان	۰/۶
۱۱	پزشکان متخصص با توانایی صحبت کردن به زبان های خارجی	۰/۶	۲۹	شلوغی مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی	۰/۶
۱۲	آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان و پرستاران	۰/۶	۳۰	تأییدیه های بین المللی کیفیت	۰/۶
۱۳	گواهی نامه بین المللی پزشکان	۰/۶	۳۱	امکانات رفاهی برای بیمار و همراهان در مراکز درمانی	۰/۸
۱۴	آگاهی مسئولان از مزایای گردشگری پزشکی	۰/۸	۳۲	امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص از بیمارستان	۰/۴
۱۵	سرمایه گذاری کافی دولت در بخش گردشگری پزشکی	۰/۸	۳۳	نظام پاسخ گویی به گردشگران پزشکی ناراضی	۰/۶
۱۶	ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه های فعال در کسب و کار گردشگری پزشکی	۰/۶	۳۴	رقابت بین مراکز (بهبود کیفیت خدمات)	۰/۸
۱۷	حمایت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه گذاری در گردشگری پزشکی	۰/۸	۳۵	تنوع در خدمات درمانی	۰/۸
۱۸	راهبرد بازاریابی منسجم گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان	۰/۸	-	-	-

● ماتریس خودتعاملی ساختاری

مرحله اول تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری (SSIM) است که با توجه به میانگین نظرات کارشناسان از پرسش نامه ۱۸*۱۸ که به صورت مقایسه و امتیازدهی دوبه دویی طراحی شده به دست آمده است. نتایج پرسش نامه به شرح چهار نماد مربوط به آن در جدول ۳ نمایش داده شده است.

نماد V: یعنی i منجر به j می شود.

نماد A: یعنی j منجر به i می شود.

نماد X: ارتباط دوطرفه از i به j و برعکس.

نماد O: هیچ ارتباطی بین i و j وجود ندارد.

جدول ۲ بیانگر آن است که از بین ۳۵ عامل اولیه (ارائه شده در جدول ۱)، ۱۸ عامل ضریب بالای ۰/۷۵ را به دست آوردند و عوامل نهایی توسعه گردشگری پزشکی این پژوهش به حساب می آیند.

یافته های پژوهش

همان گونه که پیش تر توضیح داده شد، در راستای پاسخ به پرسش پژوهش از روش مدل یابی ساختاری - تفسیری استفاده شده است. این روش مراحل خاص خود را دارد که در ادامه به همراه تحلیل های مربوط به آن ارائه شده است.



جدول ۳: ماتریس خودتعاملی ساختاری عوامل توسعه گردشگری پزشکی (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲)

J I	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18
هزینه‌ها (X1)	-	A	X	O	V	X	O	A	X	X	A	A	V	A	O	A	X	X
محدودیت‌های بین‌المللی (X2)	-		X	V	V	V	O	X	X	V	V	V	X	X	A	V	V	V
بودجه (X3)			-	X	X	X	A	X	X	O	V	V	A	X	X	A	O	O
کثیت مراکز درمانی (X4)				-	X	X	O	A	A	O	O	O	V	A	X	O	V	V
کیفیت مراکز درمانی (X5)					-	X	A	A	A	X	X	V	X	X	A	X	V	V
نیروی انسانی (X6)						-	V	V	V	V	V	V	V	X	A	O	X	X
آگاهی مسئولان (X7)							-	V	V	V	V	X	X	X	X	X	X	X
سرمايه‌گذاري دولت (X8)								-	X	V	X	X	X	X	A	V	A	A
بخش خصوصی (X9)									-	X	X	X	X	X	A	A	X	X
بازاریابی (X10)										-	X	X	X	X	X	O	V	V
تیلیغات (X11)											-	X	X	X	A	A	X	A
برندسازی (X12)												-	X	X	A	A	X	O
خط‌مشی‌گذاری (X13)													-	X	X	X	X	X
نهادهای متولی (X14)														-	X	X	V	V
نیازسنجی (X15)															-	X	X	X
امکانات رفاهی (X16)																-	X	X
رقابت (X17)																	-	X
تنوع (X18)																		-

● ماتریس دسترسی اولیه

ماتریس دسترسی اولیه از تبدیل ماتریس خودتعاملی ساختاری به یک ماتریس دو ارزشی (صفر و یک) به دست آمد. برای استخراج ماتریس دسترسی در هر سطر عدد یک جایگزین علامت‌های V و X و عدد صفر جایگزین علامت‌های A و O در ماتریس دسترسی اولیه شد. پس از تبدیل همه سطرها، نتیجه به دست آمده ماتریس دسترسی اولیه شد. در مرحله بعد، روابط ثانویه بین متغیرها کنترل شد. رابطه ثانویه به گونه‌ای است که اگر متغیر J به متغیر I و این متغیر به K منجر شود، پس متغیر J منجر به متغیر K خواهد شد. با تبدیل نمادهای روابط ماتریس SSIM به اعداد صفر و یک برحسب قواعد زیر می‌توان به ماتریس دست یافت:

اگر خانه I, J در ماتریس SSIM نماد V گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دسترسی عدد 1 می‌گیرد و خانه قرینه آن یعنی خانه J, I عدد صفر می‌گیرد. اگر خانه I, J در ماتریس SSIM نماد A گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دسترسی عدد صفر می‌گیرد و خانه قرینه آن یعنی خانه J, I عدد 1 می‌گیرد. اگر خانه I, J در ماتریس SSIM نماد X گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دسترسی عدد 1 می‌گیرد و خانه قرینه آن یعنی خانه J, I عدد صفر می‌گیرد. اگر خانه I, J در ماتریس SSIM نماد O گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دسترسی عدد صفر می‌گیرد و خانه قرینه آن یعنی خانه J, I عدد 1 می‌گیرد. با توجه به قوانین تکنیک ISM، ماتریس دسترسی اولیه مطابق جدول ۴ تبدیل می‌شود.

جدول ۴: ماتریس دسترسی اولیه (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲)

J	I	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18
۱	هزینه‌ها (X1)	-	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۱
۱	محدودیت‌های بین‌المللی (X2)	۱	-	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱
۱	بودجه (X3)	۱	۱	-	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰
۱	کمیت مراکز درمانی (X4)	۰	۰	۱	-	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۱
۱	کیفیت مراکز درمانی (X5)	۰	۰	۱	۱	-	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱
۱	نیروی انسانی (X6)	۱	۰	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱
۱	آگاهی مسئولان (X7)	۰	۰	۱	۰	۱	۰	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱	سرمایه‌گذاری دولت (X8)	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۰
۱	بخش خصوصی (X9)	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱
۱	بازاریابی (X10)	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱
۱	تبلیغات (X11)	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۰
۱	برندسازی (X12)	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۰	۰	۱	۰
۱	خط‌مشی‌گذاری (X13)	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱
۱	نهادهای متولی (X14)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱
۱	نیازسنجی (X15)	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱
۱	امکانات رفاهی (X16)	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱
۱	رقابت (X17)	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	-	۱
۱	تنوع (X18)	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	-

● ماتریس دسترسی نهایی

نفوذ و میزان وابستگی هر متغیر نشان داده می‌شود. قدرت نفوذ هر متغیر عبارت است از تعداد نهایی متغیرهایی (شامل خودش) که می‌تواند در ایجاد آن‌ها نقش داشته باشد. میزان وابستگی عبارت است از تعداد نهایی متغیرهایی که موجب ایجاد متغیر مذکور می‌شوند.

پس از تشکیل ماتریس دسترسی اولیه عوامل توسعه گردشگری پزشکی با دخیل کردن انتقال‌پذیری در روابط متغیرها، ماتریس دسترسی نهایی تشکیل شد تا ماتریس دسترسی اولیه سازگار شود. در این مرحله، همه روابط ثانویه بین متغیرها بررسی شد تا ماتریس دسترسی نهایی به دست آید. در این ماتریس، قدرت



جدول ۵: ماتریس دسترسی نهایی (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲)

قدرت نفوذ	X18	X17	X16	X15	X14	X13	X12	X11	X10	X9	X8	X7	X6	X5	X4	X3	X2	X1	J
۸	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	-	هزینه‌ها (X1)
۱۵	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	-	۱	محدودیت‌های بین‌المللی (X2)
۱۱	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	-	۱	۱	بودجه (X3)
۷	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	-	۱	۰	۰	کمیت مراکز درمانی (X4)
۱۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	-	۱	۱	۰	۰	کیفیت مراکز درمانی (X5)
۱۴	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۰	۱	نیروی انسانی (X6)
۱۳	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۰	۱	۰	۱	۰	۰	آگاهی مسئولان (X7)
۱۲	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	-	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	سرمایه‌گذاری دولت (X8)
۱۳	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	بخش خصوصی (X9)
۱۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	بازاریابی (X10)
۱۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۱	تبلیغات (X11)
۱۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۱	برندسازی (X12)
۱۴	۱	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	خط‌مشی‌گذاری (X13)
۱۷	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	نهادهای متولی (X14)
۱۶	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	نیازسنجی (X15)
۱۲	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	امکانات رفاهی (X16)
۱۱	۱	-	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	رقابت (X17)
۱۰	-	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	تنوع (X18)
-	۱۳	۱۵	۹	۹	۱۳	۱۶	۱۴	۱۵	۱۳	۱۵	۱۲	۹	۱۰	۱۴	۸	۱۲	۶	۱۲	میزان وابستگی

قدرت وابستگی عوامل، می‌توان تمامی عوامل توسعه گردشگری پزشکی را در یکی از گروه‌ها یا خوشه‌های چهارگانه طبقه‌بندی کرد:

گروه اول (ربع اول): متغیرهای مستقل خودمختار که قدرت نفوذ و وابستگی ضعیفی دارند. این متغیرها تا حدودی از سایر متغیرها مجزا هستند و ارتباطات کمی دارند. درواقع این متغیرها قدرت تبیین‌کنندگی کمی در شکل‌گیری روابط در مدل سلسله‌مراتبی دارند.

گروه دوم (ربع دوم): متغیرهای وابسته که قدرت نفوذ ضعیف اما وابستگی زیادی دارند.

گروه سوم (ربع سوم): متغیرهای پیوندی که از قدرت نفوذ (تحریک‌کنندگی) و وابستگی زیادی

با عنایت به جدول ۵، نهادهای متولی (X14) و نیازسنجی (X15) با میزان قدرت نفوذ ۱۷ و ۱۶ بیشترین تأثیر و کمیت/تعداد مراکز درمانی (X4) و هزینه‌ها (X1) با میزان قدرت نفوذ ۸ و ۷ کمترین تأثیر را دارند. همچنین بیشترین میزان وابستگی خط‌مشی‌گذاری (X13) با میزان ۱۵ و کمترین آن برای رفع محدودیت‌های بین‌المللی (X2) با میزان ۶ است.

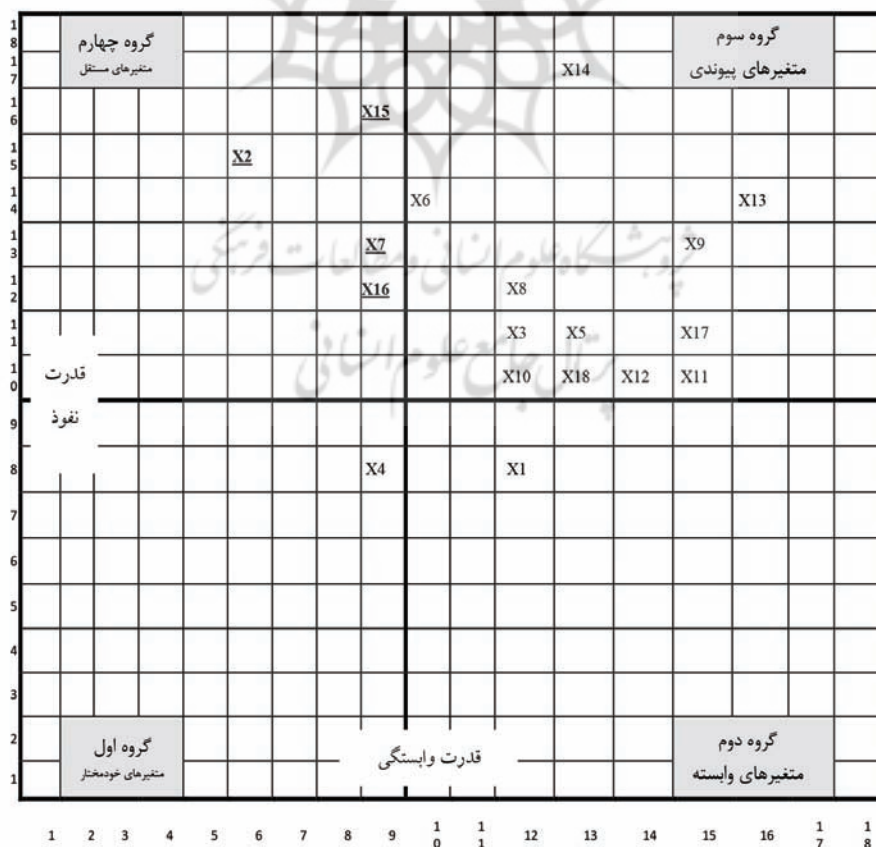
● تحلیل میک‌مک

در این مرحله، با استفاده از میک‌مک نوع متغیرها با توجه به اثرگذاری و اثرپذیری از سایر متغیرها مشخص می‌شود و پس از تعیین قدرت نفوذ یا اثرگذاری و

برخورد دارند. درواقع، هرگونه عملی بر روی این متغیرها باعث تغییر سایر متغیرها می‌شود. گروه چهارم (ربع چهارم): متغیرهای مستقل (کلیدی) که دارای قدرت نفوذ زیاد و وابستگی کمی هستند و مدیریت باید توجه ویژه‌ای به آن‌ها مبذول نماید تا بتواند تأثیر آن‌ها را بر دیگر متغیرها پایش کند و سازوکارهایی را انتخاب کند تا در دیگر متغیرها بهبودی روی دهد.

جدول ۶: درجه قدرت هدایت (نفوذ یا تحریک‌کنندگی) و وابستگی متغیرها (یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲)

عوامل	نفوذ	وابستگی
هزینه‌ها (X1)	۸	۱۲
رفع محدودیت‌های بین‌المللی (X2)	۱۵	۶
بودجه (X3)	۱۱	۱۲
کفایت مراکز درمانی (X4)	۷	۸
کفایت مراکز درمانی (X5)	۱۱	۱۴
نیروی انسانی متخصص (X6)	۱۴	۱۰
آگاهی مسئولان (X7)	۱۳	۹
سرمايه‌گذاری دولت (X8)	۱۲	۱۲
حمایت از بخش خصوصی (X9)	۱۳	۱۵
بازاریابی (X10)	۱۰	۱۲
تبلیغات (X11)	۱۰	۱۵
برندسازی (X12)	۱۰	۱۴
خط‌مشی‌گذاری (X13)	۱۴	۱۶
نهادهای متولی (X14)	۱۷	۱۳
نیازسنجی (X15)	۱۶	۹
امکانات رفاهی (X16)	۱۲	۹
رقابت (X17)	۱۱	۱۵
تنوع (X18)	۱۰	۱۳



شکل ۱: دسته‌بندی عوامل توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از روش میک‌مک



درمانی، دسترسی آسان به کوه، دریا، جنگل برخوردار است؛ ظرفیت‌هایی که زمینه اولیه را برای توسعه گردشگری سلامت و پزشکی فراهم کرده است، اما در بعد سرمایه‌گذاری و سیاست‌گذاری توجه جدی به خود ندیده است. توسعه روابط خارجی (دست‌کم با کشورهای همسایه مثل آذربایجان)، چاره‌اندیشی برای برون‌رفت از محدودیت‌های تحریم، ثبات ارزی، جذب و آموزش و نگاه‌داشت نیروی انسانی متخصص، آگاهی دادن به مسئولان درباره مزایای گردشگری پزشکی با استناد به کشورهای توسعه‌یافته در این حوزه، نیازسنجی درمانی و خدماتی بیماران از قبیل اسکان، حمل‌ونقل، منابع مالی و هزینه‌ای و سایر خدمات و امکانات مربوط به آن و البته تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های جامع و سرمایه‌گذاری در حوزه زیرساخت‌ها از پیشنهاد‌های مهم این پژوهش است.

قدردانی

از استادان گروه مدیریت و جهانگردی و همچنین گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری و روستایی دانشگاه محقق اردبیلی (کارشناسان این پژوهش) بابت همکاری در نگارش این مقاله قدردانی می‌شود.

منابع فارسی که معادل لاتین آن در فهرست منابع آمده است:

دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا، شهربافچی‌زاده، نسرين و طیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۹۱). وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران. پایش، ۱۷۱-۱۷۹. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1391.11.2.1.5>

ایزدی، مرتضی، ایوبیان، علی، نصیری، طه، جنیدی، نعمت‌اله، فاضل، مژگان و حسین‌پورفرد، محمدجواد (۱۴۰۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید. طب نظامی، ۲۴(۲)، ۶۹-۷۵. <https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article-1000477.html>

گودرزی، مجید، سلطانی، زهرا و پورمقدم، علی (۱۴۰۲). بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز. گردشگری و توسعه، ۱۲(۱)، ۲۰۱-۲۰۹. <https://www.itsairanj.ir/>

نتایج به‌دست‌آمده از دسته‌بندی متغیرهای پژوهش در شکل ۱ نشان می‌دهد که در گروه متغیر خودمختار، عامل هزینه‌ها (X1) قرار گرفته است (عاملی که قدرت نفوذ و وابستگی ضعیفی دارد). در گروه متغیرهای وابسته، عامل کمیت مراکز درمانی (X4) قرار گرفته است (عاملی که از قدرت نفوذ، توان و وابستگی زیادی برخوردار است و هرگونه عملی بر روی این متغیر باعث تغییر سایر متغیرها می‌شود). در گروه متغیرهای پیوندی، عوامل بودجه (X3)، کیفیت مراکز درمانی (X5)، سرمایه‌گذاری دولت (X8)، حمایت از بخش خصوصی (X9)، بازاریابی (X10)، تبلیغات (X11)، برندسازی (X12)، خط‌مشی‌گذاری (X13)، نهادهای متولی (X14)، امکانات رفاهی (X16)، رقابت (X17) و تنوع (X18) قرار گرفته‌اند. در گروه متغیرهای مستقل (کلیدی)، عوامل رفع محدودیت‌های بین‌المللی (X2)، نیروی انسانی متخصص (X6)، آگاهی مسئولان (X7) و نیازسنجی (X15) قرار گرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، عوامل رفع محدودیت‌های بین‌المللی (همچون تحریم و نوسانات ارزی)، نیروی انسانی متخصص موردنیاز (پزشکان متخصص و فوق‌تخصص در رشته‌های گوناگون)، آگاهی مسئولان از مزایای گردشگری پزشکی و نیازسنجی درمانی عوامل کلیدی توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل به شمار می‌روند. این عوامل مانند سنگ‌بنای ساختاری سیستم عمل می‌کنند و برای تغییر و تحول اساسی در عملکرد سیستم باید در وهله نخست روی آن‌ها تأکید کرد.

در این باره، نتایج پژوهش درخصوص کلیدی بودن عامل نیروی انسانی متخصص با نتایج پژوهش‌های گودرزی و همکاران (۲۰۲۳)، ثانوی‌گروسیان و همکاران (۲۰۲۰)، ایزدی و همکاران (۲۰۱۲)، کاظمی (۲۰۰۸)، رکنی و همکاران (۲۰۱۷) و کیم و همکاران (۲۰۱۲)، همچنین عامل کلیدی نیازسنجی درمانی با نتایج پژوهش‌های هیونگ و همکاران (۲۰۱۱) و ورولا و یوربناده (۲۰۱۸) همخوانی دارد.

گفتنی است، در برنامه‌ریزی برای توسعه گردشگری پزشکی اردبیل، اولویت با عوامل کلیدی خواهد بود؛ هرچند در تأکید عوامل کلیدی نباید از سایر عوامل مطرح‌شده در این پژوهش غافل ماند.

اردبیل، به‌عنوان شهر گردشگری، از نعمات خدادادی همچون تنوع اقلیمی، زیبایی و تمیزی، آب‌های



- Bookma, M. Z. & Bookman, K. R (2007). Medical tourism in developing countries. New York: Palgrave Macmillan. https://books.google.com/books/about/Medical_Tourism_in_Developing_Countries.html?id=oyqOFoKyy0oC
- Delgoshai, B., Jabari, A., Farzin, M., Shaerbachizadeh, N., & Tabibi, J. (2012). Current medical tourism in Iran: a case study. Payesh, 11(2), 171-179. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1391.11.2.1.5> [In Persian]
- Duman, T., Ozbal, O. & Duerod, M. (2018). The role of affective factors on brand resonance: Measuring customer-based brand equity for the Sarajevo brand. Journal of Destination Marketing & Management, 8, 359-372. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdmm.2017.08.001>
- Izadi, M., Ayoobian, A., Nasiri, T., Joneidi, N., Fazel, M., & Hosseinpourfard, M. J. (2012). Situation of health tourism in Iran opportunity or threat. JI Mil Med, 14(2), 69-75. https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000477.html . [In Persian]
- Goel, S. L., & Kumar, R. (2010). Medical tourism and hospital services. New Delhi, India: Deep & Deep Publications PVT. Ltd. <https://www.amazon.com/Medical-Tourism-Hospital-Services-Goel/dp/8184502222>.
- Godarzi, M., Soltani, Z., & Pourmoghadam, A. (2023). Investigation and analysis of factors affecting the demand for foreign medical tourism in Ahvaz metropolis. Tourism and development, 12(1), 201-218. <https://doi.org/10.22034/jtd.2022.331809.2577> [In Persian]
- article_162291.html#:~:text=10.22034/JTD.2022.331809.2577
- نعمتی، ولی، ابراهیم‌پور، حبیب، بابایی، یاور و عباسقلی‌زاده، ناطق (۱۳۹۵). ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). سلامت و بهداشت، ۲۷(۱۱۸-۱۳۳). <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-910-en.html>
- رحمتی، منصور، پاشازاده، اصغر و فروشه، رضا (۱۴۰۰). شناسایی و دسته‌بندی چالش‌های توسعه گردشگری شهر گرمی. گردشگری و توسعه، ۳۸(۳)، ۸۱-۹۵. <https://doi.org/10.22034/jtd.2020.231781.2035>
- صفوی، سیمین، حسین‌نژاد، تیمور و سمیع‌زاده، پروانه (۱۳۹۹). بررسی و تحلیل زیرساخت‌های گردشگری پزشکی و سلامت در شهر اردبیل. مدیریت کسب و کار دانش بنیان، ۴۸(۲۸-۱). <https://ensani.ir/file/download/article/1628236914-10444-1400-8.pdf>
- ثانوی‌گروسیان، وحید، میرابی، وحیدرضا، کردلویی، حمیدرضا و حسن‌پور، اسماعیل (۱۳۹۹). ارائه مدل گردشگری سلامت با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM) (مورد مطالعه: شهر مشهد). پژوهشنامه بازرگانی، ۲۵(۹۷)، ۲۳-۵۰. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.1735.0794.1399.25.97.2.0>
- تاج‌زاده نمین، ابوالفضل، اردشیر، سلیمی، مونا و تاج‌زاده‌نمین، امیررضا (۱۴۰۲). پیشایندهای جذب گردشگران پزشکی در شهرهای سلامت اصفهان. گردشگری و توسعه، ۳۲(۲)، ۱-۱۴. https://www.itsairanj.ir/article_162292.html#:~:text=doi%3A%2010.22034/jtd.2022.333348.2582
- Andrades, L. & Dimanche, F. (2017), Destination competitiveness and tourism development in Russia: Issues and challenges. Tourism Management, 62, 360-376. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2017.05.008>



- doi.org/10.1016/J.CIE.2019.106005
- Rahmati, M., Pashazadeh, A., & Afrosheh, R. (2021). Identifying and categorizing the challenges of tourism development in the city of Garmi, *Tourism and Development*, 10(3), 81-95. <https://doi.org/10.22034/jtd.2020.231781.2035> [In Persian]
- Rokni, L., Avci, T., & Park, S. H. (2017). Barriers of developing medical tourism in a destination: a case of South Korea. *Iranian journal of public health*, 46(7), 930-937. <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/10393>
- Safavi, S., Hosseinnajad, T., & Samizadeh, P. (2020), investigation and analysis of medical and health tourism infrastructures in Ardabil city. *Knowledge-based business management*, 1(4), 1-28. <https://ensani.ir/file/download/article/1628236914-10444-1400-8.pdf> [In Persian]
- Sanavigarousiyan, V., Mirabi, V., kordlouie, H., & hasanpour, E. (2020). Modeling of Health Tourism Using Interpretative Structural Modeling (ISM) (Case Study of Mashhad). *Iranian Journal of Trade Studies*, 25(97), 23-50. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17350794.1399.25.97.2.0> [In Persian]
- Sheresheva, M., & Kopiski, J. (2016). The main trends, challenges and success factors in the Russian hospitality and tourism market. *Worldwide Hospitality Tourism Themes*, 8, 260-272. <https://doi.org/10.1108/WHATT-02-2016-0004>
- Singh, P. (2008). *Medical tourism*. New Delhi, India: Kanishka Publishers. <https://scholarworks.calstate.edu/downloads/zw12z750m>
- Tajzadeh Namin, A., Ardeshir, Salimi, M., & Tajzadeh Namin, A. (2023). Antecedents
- Heung, V., Kucukusta, D. & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32, 995-1005. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.08.012>
- Kani, Y., Aziz, Y. A., Sambasivan, M., & Bojei, J. (2017). Antecedents and outcomes of destination image of Malaysia. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 32, 89-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhtm.2017.05.001>
- Kim S., Lee J. & Jung J. (2012). Assessment of Medical Tourism Development in Korea for the Achievement of Competitive Advantages. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 18, 421-445. <http://dx.doi.org/10.1080/10941665.2012.658416>
- MacReady, N. (2007). Developing countries court medical tourists. *Lancet*, word report, 369, 1849-1859. https://digitalcommons.pittstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=communication_faculty
- Mohamad, W., Omar, A., & Haron, M. (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facilitation in Medical Tourism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 65, 358-363. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.134>
- Nemati, V., Ebrahimpour, H., Babaei, Y., & Abbasqolizadeh, N. (2016). Assessing Barriers to the Development of Medical Tourism Case Study: Ardabil. *j.health*, 7(2), 118-133. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-910-en.html> [In Persian]
- Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A., Ahmadi, H., Rashid, T. A., Munshi, A., & Ahmed, O. H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A Dematel-Fuzzy Topsis approach. *Comput. Computers & Industrial Engineering*, 43(137), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cie.2019.106005>

Verulava, T., & Jorbenadze, R. (2018). Medical tourism in Georgia: current barriers and recommendations. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 18(1), 81-87. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-732454>

of attracting medical tourists in the health towns of Isfahan. *Tourism and development*, 12(2), 1-14. https://www.itsairanj.ir/article_162292.html#:~:text=doi%3A%2010.22034/jtd.2022.333348.2582 [In Persian].

