

Research Paper

Identifying the Challenges of Tehran's Health Tourism Network with a Network Management Approach

Farnaz Nikkhah¹ , Sayyed Saeed Hashem^{*2} , Zahra Nadalipour³ 

¹ PhD Student, Tourism Management, Faculty of Tourism, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

² Associate Professor, Tourism Management, Faculty of Tourism, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

³ Associate Professor, Tourism Management, Faculty of Tourism, University of Science and Culture, Tehran, Iran.



© The Author(s)

publisher: University of Mazandaran



[10.22080/jtpd.2025.29734.4019](https://doi.org/10.22080/jtpd.2025.29734.4019)

Received:

July 11, 2025

Accepted:

September 18, 2025

Available online:

October 16, 2025

Keywords:

Health tourism, network management, structural challenge, institutional challenge, technological challenge

Abstract

Context and Purpose: Health tourism, a prominent subset of the tourism industry, has economic, cultural, and social impacts. Tehran, with its reputable medical centers, expert workforce, and strategic location, has a high capacity for developing regional and international health tourism. Lack of network management is the main challenge for planners. This qualitative study identifies the challenges in managing the health tourism network in Tehran. **Design/methodology/approach:** This qualitative study was conducted using content analysis. Data were collected from 15 semi-structured in-depth interviews with university professors, hospital administrators, health tourism agencies, experts from the Ministry of Health and Tourism, and insurance officials. Purposive sampling continued until theoretical saturation. Data analysis was conducted in three stages: open, axial, and selective coding. **Findings:** Data analysis showed that the development of health tourism in Tehran faces structural (parallel work and lack of referral chain), institutional (weak coordination and multiple supervisions), and technological (lack of digital infrastructure and integrated system) challenges. **Conclusion:** Without an integrated framework, it is not possible to exploit the potential. The proposals include a central coordination unit, an information system, service standardization, technology enhancement, and inter-agency relationships. This framework will serve as a model for other cities. **Originality/value** This research is the first study to combine network and institutional theories, identifying the challenges of managing the health tourism network in Tehran.

***Corresponding Author:** Seyyed Saeed Hashemi

Address: Tehran, Ashrafi Isfahani Highway, Qomushi Street, University of Science and Culture

Email: hashemi@usc.ac.ir

Tel: 09123128056



Extended Abstract

1. Introduction

Health tourism, a prominent subset of the tourism industry, has economic, cultural, and social impacts. Tehran, with its reputable medical centers, expert staff, and strategic location, has a high capacity for developing regional and international health tourism. Lack of network management is the main challenge for planners. Since the beneficiaries of the health tourism network are the main players and key elements of this system, analyzing the roles, interactions, and synergies between these components is of great importance. It is clear that incoherence, conflicts of interest, and issues within each part of the network will impact the entire network, resulting in irreparable negative effects on the quality of the output product, which is the health tourist experience. From this perspective, increasing coordination and cohesion among members, improving the quality of services and customer experience, enhancing synergy, boosting productivity, and reducing costs are essential for the optimal management of the health tourism network. Emphasizing the stakeholders and role players in this extensive network is crucial. On the other hand, flexibility in the face of changes and crises is another advantage of this optimal management, as managed networks respond more quickly to environmental changes and redesign processes faster. Therefore, we need to provide an appropriate framework for managing health tourism networks with an innovative and data-driven approach. This framework should adapt to the environmental, structural, and cultural conditions of Tehran and be used operationally for effective planning, coordination, and implementation of

health tourism services. This framework must not only respond to dynamic internal and external conditions but also adapt to Iran's political, economic, and cultural structures. Since the requirement for providing such a framework is, first of all, to identify existing challenges and weaknesses, the present study, with a qualitative approach, seeks to analyze these challenges.

2. Research Methodology

This research was conducted with a qualitative approach and thematic analysis method. This approach is particularly suitable for studying complex social and organizational phenomena such as multi-actor and multi-institutional networks in health tourism. The statistical population of the research includes key stakeholders in the field of health tourism in Tehran. These stakeholders include managers of hospitals and international medical centers, managers of health tourism agencies, experts from the Ministry of Health, the Ministry of Tourism and Tehran Municipality, officials of insurance institutions in Tehran, and representatives of organizations facilitating international health services. In this research, a purposive and judgmental sampling method was used. The sample size was determined gradually until theoretical saturation was reached. This means that sampling and interviews continued until new data no longer added new concepts or codes to the analyses. Finally, 12 in-depth semi-structured interviews were conducted with key stakeholders, achieving theoretical saturation. Data analysis was conducted in three stages: open coding, axial coding, and selective coding. The open coding stage resulted in the extraction of more than 120 initial codes. As a result of axial coding, six axial categories were extracted, and in the

selective coding stage, a central core was identified around which other categories were placed. Then, cause-and-effect, conditional, and intervening relationships were drawn between the central core and axial categories to design a native conceptual framework.

3. Research Findings

This section presents the findings from the analysis of qualitative data extracted through open, axial, and selective coding. These findings are described in the form of three key dimensions (structural, institutional, and technological components). In the structural dimension, the lack of organization between actors, parallelism in service provision, and the absence of a referral chain are the most important factors for developing an efficient network. In the institutional dimension, weaknesses in coordination mechanisms, a lack of binding contracts, and multiple supervisions without specific divisions have created an uncertain environment for service provision and tourists. In the technological dimension, the lack of digital infrastructure, the absence of an integrated system, and the use of inappropriate technologies in services have led to changes aimed at improving the efficiency and transparency of network management.

4. Conclusion

The present study sought to identify the challenges of managing the health tourism network in Tehran, aiming to include various stakeholders and actors in the field of health tourism as the target community. These challenges were identified as structural issues, informal relationships, lack of a coordination center, limited flexibility, heterogeneity of services, and lack of technological infrastructure. The present study also showed that without a

common database, transparent and accurate management of the health tourism network is impossible. This finding confirms the successful experience of countries such as Malaysia, which have significantly increased the efficiency of their network by creating integrated digital platforms. In addition, the need for dual standardization (medicine + tourism) was introduced in this study as one of the key pillars. This study showed that the existence of multiple regulatory bodies without a clear division of duties leads to an uncertain environment for tourists and service providers. Therefore, a central management unit can play an essential role in facilitating interactions and increasing trust. In addition to these considerations, the lack of integrated information systems, specialized training, and regional differences in service quality were other prominent challenges extracted from the data. Ultimately, this research concluded that only by simultaneously strengthening all dimensions—structural, institutional, and technological—can the sustainable and efficient development of health tourism in Tehran be achieved. Without this integrated approach, the industry will only operate in an insular and uncoordinated manner. Identifying these challenges can provide useful information to officials and planners in the field of health tourism. By optimally managing such challenges, we can witness improved coordination, coherence, and synergy in the extensive health tourism network of Tehran.

Funding

There is no financial support.

Authors' Contribution

The authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All authors approved the content of



the article and agreed on all aspects of the work.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

We are grateful to all the persons for scientific consulting in this paper.



علمی پژوهشی

شناسایی چالش‌های شبکه گردشگری سلامت شهر تهران با رویکرد مدیریت شبکه

فرناز نیک خواه^۱ ID، سید سعید هاشمی^{۲*} ID، زهرا نادعلی پور^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری، مدیریت گردشگری، دانشکده گردشگری، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، مدیریت گردشگری، دانشکده گردشگری، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

^۳ دانشیار، مدیریت گردشگری، دانشکده گردشگری، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.



©نویسندگان

ناشر: دانشگاه مازندران



[10.22080/jtpd.2025.29734.4019](https://doi.org/10.22080/jtpd.2025.29734.4019)

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری سلامت، زیرمجموعه‌ای برجسته از صنعت گردشگری، تأثیرات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی دارد. شهر تهران با مراکز درمانی معتبر، نیروی متخصص و موقعیت استراتژیک، ظرفیت بالایی برای توسعه گردشگری سلامت منطقه‌ای و بین‌المللی داراست. فقدان مدیریتی شبکه‌ای، چالش اصلی برنامه‌ریزان است. این پژوهش با رویکرد کیفی، به شناسایی چالش‌های موجود در مدیریت شبکه گردشگری سلامت شهر تهران می‌پردازد. **روش‌شناسی:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا انجام شد. داده‌ها از ۱۵ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختارمند با اساتید دانشگاه، مدیران بیمارستان‌ها، آژانس‌های گردشگری سلامت، کارشناسان وزارت بهداشت و گردشگری و مسئولان بیمه‌ای جمع‌آوری شدند. نمونه‌گیری هدفمند تا اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی اجرا شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که توسعه گردشگری سلامت در تهران با چالش‌های ساختاری (موازی‌کاری و نبود زنجیره ارجاع)، نهادی (ضعف هماهنگی و تعدد نظارت‌ها)، و فناورانه (کمبود زیرساخت دیجیتال و سامانه یکپارچه) مواجه است. **نتیجه‌گیری و پیشنهادها:** بدون چارچوب یکپارچه، بهره‌برداری از ظرفیت‌ها ممکن نیست. پیشنهادها شامل واحد مرکزی هماهنگی، سامانه اطلاعاتی، استانداردسازی خدمات، ارتقاء فناوری و روابط بین‌سازمانی است. این چارچوب الگویی برای سایر شهرها می‌شود. **نوآوری و اصالت:** این پژوهش با تلفیق نظریه‌های شبکه‌ها و نهادگرایی، برای اولین بار به شناسایی چالش‌های مدیریت شبکه گردشگری سلامت شهر تهران پرداخته است.

تاریخ دریافت:

۲۰ تیر ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش:

۲۷ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار:

۲۴ مهر ۱۴۰۴

کلیدواژه‌ها:

گردشگری سلامت؛ مدیریت

شبکه‌ای؛ چالش ساختاری؛

چالش نهادی؛ چالش فناورانه

* نویسنده مسئول: سید سعید هاشمی

آدرس: هران، بزرگراه اشرفی اصفهانی، خیابان قموشی، دانشگاه ایمیل: hashemi@usc.ac.ir

علم و فرهنگ. تلفن: ۰۹۱۲۳۱۲۸۰۵۶

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول به راهنمایی و مشاوره نویسنده دوم و سوم در دانشگاه علم و فرهنگ تهران است.



۱ مقدمه

Rastem Qaradaghi et Aalikhani,2024)
(al.,2023).

بااین حال، وجود یک چارچوب مدیریتی نظام‌مند برای بهره‌برداری از این ظرفیت‌ها، همواره یکی از چالش‌های اصلی برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان در حوزه گردشگری سلامت بوده است. در حال حاضر، مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده شبکه گردشگری سلامت در تهران — شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌های تخصصی، شرکت‌های گردشگری، نهادهای دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر و تسهیل‌گران گردشگری سلامت — به‌صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند و فاقد ارتباط ساختاریافته و تعامل مؤثر با یکدیگر هستند. این ناهم‌آهنگی نهادی به کاهش کیفیت تجربه گردشگران، اتلاف منابع، و افت رقابت‌پذیری تهران در مقایسه با دیگر مقصدهای گردشگری سلامت منجر شده است. به‌علاوه، عدم وجود سیاست‌های مشخص در زمینه هماهنگی بین وزارت بهداشت، گردشگری و صمت، این وضعیت را تشدید می‌کند (Azar & etal,2023، Asadollahi & etal,2025).

همچنین، مدل‌های پیشین در خصوص مدیریت شبکه‌ای گردشگری سلامت در ایران که با رویکرد مدل تحلیل شبکه‌ای (جباری و همکاران، ۱۴۰۱) و یا حکمرانی شبکه‌ای (قره داغی و همکاران، ۱۴۰۲) ارائه شده است، عمومی و نیازمند بومی‌سازی و انطباق بیشتر با شرایط خاص شهرهای بزرگ مانند تهران هستند. در خصوص مدل‌های بین‌المللی نیز همان‌گونه که آذر و همکاران (۱۴۰۳) بیان داشته‌اند، به دلیل عدم انطباق مدل‌های مدیریتی بین‌المللی با شرایط بومی ایران، انتقال مدل‌های خارجی بدون بازتولید بومی، منجر به شکست در اجرا می‌شود. این عدم انطباق با شرایط محیطی، ساختاری و فرهنگی محلی، یکی از مهم‌ترین شکاف‌های دانش در این حوزه محسوب می‌شود. تاکنون، پژوهشی نظام‌مند با تمرکز بر مطالعات کیفی و مطالعات موردی داخلی در این حوزه انجام نشده است. مطالعات داخلی (برای مثال، اسفهان و همکاران

در دهه‌های اخیر، گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های صنعت گردشگری در سطح جهانی مطرح شده است. این نوع گردشگری علاوه بر نقش اقتصادی و توسعه‌ای قابل توجه، دارای تأثیرات عمیق فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی است (Figueiredo & etal,2015). گردشگری سلامت در سطح جهان اکنون سالانه ۶۵۱ میلیارد دلار ارزش دارد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۷، میانگین رشد هزینه‌های سالانه آن ۱۶٫۶ درصد باشد (مؤسسه تندرستی جهانی^۱، ۲۰۲۵). کشورهایی مانند هند، ترکیه، مالزی و تایلند با طراحی مدل‌های مدیریتی دقیق و شبکه‌ای، موفق به جذب شمار بالایی از گردشگران سلامت شده‌اند. این موفقیت‌ها نه تنها منجر به افزایش درآمد ارزی این کشورها شده، بلکه به ارتقاء شهرت بین‌المللی آن‌ها در حوزه خدمات درمانی نیز کمک کرده است (Karadayi- (Usta,2025).

ایران نیز از مزیت‌های قابل توجهی در حوزه گردشگری سلامت برخوردار است؛ ازجمله: نیروی انسانی متخصص، تجهیزات درمانی پیشرفته، خدمات پزشکی مقرون‌به‌صرفه و منابع طبیعی درمانی (Esfahlan & etal,2021). به‌ویژه در حوزه‌هایی مانند پیوند اعضا، جراحی‌های ترمیمی و زیبایی، داروسازی گیاهی و گردیدن‌های آب درمانی، ایران ظرفیت‌های خاصی دارد که می‌تواند مورد توجه گردشگران بین‌المللی قرار گیرد. در میان شهرهای ایران، تهران به‌عنوان پایتخت و مرکز اقتصادی-فرهنگی کشور، دارای تنوع منحصربه‌فردی از منابع طبیعی، خدمات درمانی متخصص، مراکز آموزشی-پژوهشی، مراکز خرید و خدمات فرهنگی است که می‌تواند به‌عنوان یک مقصد رقابتی گردشگری سلامت در سطح منطقه مطرح شود

¹ Global Wellness Institute

چالش‌هایی را شناسایی و واکاوی نماید. در این راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که شبکه مدیریت گردشگری سلامت شهر تهران با چه چالش‌هایی مواجه است.

۲ ادبیات پژوهش

۲.۱ گردشگری سلامت به‌عنوان یک

سیستم شبکه‌ای چندنهادی

گردشگری سلامت، به‌عنوان یکی از پویاترین و پرسودترین زیرشاخه‌های صنعت گردشگری، در دهه اخیر به‌عنوان یک پدیده چندوجهی و شبکه‌ای مورد توجه فزاینده پژوهشگران و سیاست‌گذاران قرار گرفته است. این نوع گردشگری شامل سفر افراد به منظور دریافت خدمات درمانی، پیشگیری، توان‌بخشی یا بهداشتی به مقاصدی فراتر از محل اقامت دائمی آن‌هاست (Soltanian et al., 2023; Doosti Irani & Eial, 2023). ترکیبی از سفر، اقامت و دریافت خدمات پزشکی را در بر می‌گیرد و معمولاً به سمت مقاصد هدایت می‌شود که دسترسی به خدمات با کیفیت بالاتر یا هزینه مناسب‌تر را فراهم می‌کنند (Vadiba, 2023).

موفقیت کشورهای مانند ترکیه، هند، مالزی و تایلند در جذب گردشگران سلامت، عمدتاً ناشی از اتخاذ مدل‌های مدیریتی شبکه‌ای و حکمرانی یکپارچه است که در آن تعامل سازنده بین نهادهای دولتی، بخش خصوصی و نهادهای بین‌المللی به‌صورت نظام‌مند تسهیل می‌شود (Karadayi, 2024; Usta, 2025; Bentley, 2024). به ارتقاء کیفیت خدمات و تجربه گردشگر منجر شده‌اند، بلکه به‌عنوان ابزاری برای تقویت جایگاه بین‌المللی و افزایش درآمد ارزی عمل کرده‌اند.

در سطح نظری، گردشگری سلامت به‌عنوان یک شبکه چندسازمانی و چندنهادی در نظر گرفته می‌شود که در آن بازیگران متنوعی از بخش‌های عمومی، خصوصی و غیردولتی در یک نظام پیچیده تعامل دارند. (Uygun, 2022; Lia Adelina

۱۴۰۱، سید احمد احمدی و همکاران ۱۴۰۱، روح‌اله شریفی و همکاران ۱۳۹۹) اغلب محدود به بررسی اجمالی شرایط و یا ارائه الگوهای نظری بدون پایه تجربی بوده‌اند و کمبود رویکردهای مبتنی بر داده و شواهد واقعی در این حوزه به‌خوبی مشهود است (Rastem Qaradaghi, 2023). از آنجاکه ذی‌نفعان شبکه گردشگری سلامت، بازیگران اصلی و از ارکان کلیدی این نظام هستند، واکاوی نقش‌ها، تعاملات و هم‌افزایی بین این اجزاء از اهمیت بسزایی برخوردار است. بدیهی است که وجود ناهماهنگی، بروز تضاد منافع و تعارضات در هر بخش از شبکه، کل شبکه را تحت تأثیر قرار داده و در کیفیت محصول خروجی که همان تجربه گردشگر سلامت است، تأثیرات منفی جبران‌ناپذیری خواهد داشت. از این منظر، افزایش هماهنگی و انسجام بین اعضا، بهبود کیفیت خدمات و تجربه مشتری، هم‌افزایی و افزایش بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها، از جمله ضرورت‌های مدیریت بهینه شبکه گردشگری سلامت با تأکید بر ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان در این شبکه گسترده است. از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری در برابر تغییرات و بحران‌ها، از دیگر مزایای این مدیریت بهینه است؛ چراکه شبکه‌های مدیریت‌شده از سرعت بالاتری برای واکنش نسبت به تغییرات محیطی و بازطراحی سریع‌تر فرایندها برخوردارند.

بنابراین، نیازمندیم تا با رویکردی نوآورانه و داده‌محور، یک چارچوب مناسب برای مدیریت شبکه گردشگری سلامت ارائه دهیم که ضمن انطباق با شرایط محیطی، ساختاری و فرهنگی تهران، بتواند به‌صورت عملیاتی برای برنامه‌ریزی، هماهنگی و اجرای مؤثر خدمات گردشگری سلامت مورد استفاده قرار گیرد. این چارچوب نه تنها باید قادر به واکنش به شرایط پویای داخلی و خارجی باشد، بلکه باید قابلیت انطباق با ساختارهای سیاسی، اقتصادی و فرهنگی ایران را نیز داشته باشد. از آنجاکه لازمه ارائه چنین چارچوبی، در وهله نخست، شناسایی چالش‌ها و ضعف‌های موجود است، بنابراین پژوهش حاضر درصدد است تا چنین



۲،۳ چارچوب نظری تلفیقی: تلفیق نظریه شبکه‌های اجتماعی و نهادگرایی

برای تحلیل عمیق این شبکه‌های پیچیده، پژوهش حاضر از تلفیق دو چارچوب نظری کلیدی استفاده می‌کند: نظریه شبکه‌های اجتماعی و نظریه نهادی.

نظریه شبکه‌های اجتماعی که توسط Barnes (1954) مطرح و توسط Granovetter و Burt توسعه یافت، بر ساختار روابط میان بازیگران و تأثیر آن بر دسترسی به منابع، قدرت و تصمیم‌گیری تمرکز دارد. در این رویکرد، سازمان‌ها به‌عنوان گره‌ها و روابط میان آن‌ها به‌عنوان پیوندها در نظر گرفته می‌شوند. شاخص‌هایی مانند مرکزیت، تراکم شبکه و گسست ساختاری به شناسایی بازیگران کلیدی، نقاط ارتباطی ضعیف و فرصت‌های هم‌افزایی کمک می‌کنند (Granovetter, 1973; Burt, 1992). در حوزه گردشگری سلامت، امکان تحلیل الگوهای تعامل واقعی میان بیمارستان‌ها، آژانس‌های گردشگری و نهادهای نظارتی فراهم می‌شود.

در کنار این رویکرد، نظریه نهادی بر نقش ساختارهای رسمی و غیررسمی، هنجارها، قوانین و فشارهای سیاسی-فرهنگی در شکل‌دهی رفتار سازمان‌ها تأکید دارد. این نظریه مفاهیمی مانند تقلید نهادی، فشارهای قانونی و محدودیت‌های نهادی را معرفی می‌کند که توضیح می‌دهند، چرا سازمان‌ها ممکن است رفتارهای یکسانی، حتی در غیاب تعامل عملیاتی اتخاذ کنند. در مورد ایران، این نظریه به تحلیل «شکاف میان قانون و عمل» کمک می‌کند؛ مثلاً بیمارستان‌ها ممکن است برای دریافت مجوزهای بین‌المللی، استانداردهای بین‌المللی را رسماً پذیرفته باشند، اما در عمل هماهنگی شبکه‌ای را با سایر ذی‌نفعان اجرا نکنند (Sabaghpour Azarian, 2021).

ترکیب این دو نظریه، چارچوبی تحلیلی غنی ایجاد می‌کند که هم ساختار روابط (شبکه‌ای) و هم بستر نهادی حاکم (نهادی) را هم‌زمان بررسی می‌کند.

(Harahap, 2023) این بازیگران شامل بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی، شرکت‌های گردشگری پزشکی، شرکت‌های بیمه، نهادهای تنظیم‌گر (وزارت بهداشت، گردشگری)، آژانس‌های تسهیل‌کننده و حتی سفارتخانه‌ها هستند. هریک از این بازیگران دارای اهداف، منافع و منابع متفاوتی هستند و در صورت عدم هماهنگی، ممکن است منجر به موازی‌کاری، تضاد منافع و ناکارآمدی سیستم شوند (Nakhaeinejad & Moeinzadeh, 2022; Fazeli et al., 2022).

۲،۲ ضرورت مدیریت شبکه‌ای در گردشگری سلامت

در این چنین نظام‌های پیچیده، مدیریت سنتی مبتنی بر سلسله مراتب و کنترل متمرکز، دیگر پاسخ‌گوی چالش‌های هماهنگی و هم‌افزایی نیست. در مقابل، مدیریت شبکه به‌عنوان یک رویکرد جایگزین، بر سازمان‌دهی روابط میان بازیگران مستقل، توزیع قدرت، شفافیت ارتباطی و وابستگی متقابل تأکید دارد (Singh et al., 2024; Abbasian, 2024). این مفهوم در ادبیات مدیریت عمومی به‌عنوان الگویی از حکمرانی مشارکتی مطرح شده که در آن دستیابی به اهداف مشترک از طریق تعاملات ساختاریافته و مکانیزم‌های مشترک تصمیم‌گیری ممکن می‌شود (Ratnasari et al., 2022; Rezai et al., 2022).

در حوزه گردشگری سلامت، مدیریت شبکه به‌عنوان یک ضرورت عملیاتی و نظری مطرح است. مدل‌های موفق، مانند آنچه در مالزی و ترکیه اجرا شده، نشان می‌دهند که یکپارچگی در تصمیم‌گیری، تبادل اطلاعات، استانداردهای درمانی و نظارت بر عملکرد، تنها در چارچوبی شبکه‌ای و با هماهنگی نهادی ممکن است. (Karadayi-Usta, 2024) بدون چنین چارچوبی، پراکندگی خدمات، عدم شفافیت و تجربه نامطلوب گردشگر اجتناب‌ناپذیر است. (Ramirez Sierra, 2022; Rahmani et al., 2024)

دیگر ضعف‌های موجود در این بخش می‌توان به ضعف در توانمندسازهای کیفی، مانند هماهنگی بین مراکز درمانی و خدمات همراه (اصفهان و همکاران، ۱۴۰۱) و چیدمان ناهمگون و ناهم‌سوی زیرساخت‌ها که موجب افزایش هزینه و زمان برای گردشگران می‌شود (حیدری و دهقان، ۱۳۹۷) اشاره کرد.

۲/۵ پیشینه پژوهش

مطالعات خارجی انجام شده در حوزه مدیریت گردشگری پزشکی و سلامت، عمدتاً بر اهمیت راهبردهای مدیریتی، شبکه‌سازی و همکاری‌های بین‌بخشی تأکید دارند. برای نمونه، Bentley (۲۰۲۴) با بررسی استراتژی‌های مدیریت گردشگری پزشکی، به نقش برنامه‌ریزی استراتژیک و تضمین کیفیت در بهینه‌سازی تجربه بیماران و ارتقاء جذابیت مقصد تأکید کرده است. همچنین Lia Adelina Harahap (۲۰۲۳) با تمرکز بر مدیریت زنجیره تأمین، سیستم گردشگری پزشکی را به‌عنوان یک شبکه چندجانبه معرفی کرده که نیازمند هماهنگی دقیق بین بازیگران مختلف است. Figueiredo et al. (۲۰۲۱) نیز اهمیت ساختارهای شبکه‌ای همکاری در سطوح محلی و منطقه‌ای را در توسعه گردشگری سلامت در پرتغال نشان داده‌اند.

مطالعات دیگری مانند Gajdošík (۲۰۱۵) به بررسی سازوکارهای شبکه‌ای و زنجیره تأمین در گردشگری پزشکی پرداخته و بر نقش ارتباطات غیررسمی میان بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات تأکید کرده است. Vadiba (۲۰۲۳) نیز با تمرکز بر مشارکت سازمانی منطقه‌ای، نقش دولت در ایجاد و مدیریت همکاری‌های منطقه‌ای را برجسته ساخته است. در همین راستا، نگوین و همکاران (۲۰۲۲) فرآیندهای شبکه‌سازی و تأثیر همگرایی ذی‌نفعان را در پایداری مقاصد گردشگری بررسی کرده‌اند (Nguyen & et al, 2022).

در حوزه بهبود کیفیت خدمات، Bunochois (۲۰۱۹) به کارکردهای شبکه‌سازی در ارتقاء خدمات گردشگری سلامت اشاره کرده و Hector Juan &

این تلفیق برای درک پیچیدگی‌های گردشگری سلامت در تهران — شهری با روابط غیررسمی گسترده و ساختارهای نهادی متعدد و گاه متضاد — ضروری است (Behrens, 2021).

۲/۴ چالش‌های مدیریتی در شبکه گردشگری سلامت تهران: شواهدی از پژوهش‌های داخلی

با وجود ظرفیت‌های قابل توجه ایران در حوزه گردشگری سلامت — ازجمله نیروی انسانی متخصص، تجهیزات پیشرفته و خدمات مقرون‌به‌صرفه — کلان‌شهر تهران با چالش‌های ساختاری و نهادی جدی در مدیریت این صنعت مواجه است. تعدد ذی‌نفعان و بخش‌های مختلف در شبکه گردشگری سلامت شهر تهران و تمرکز سیاسی و جمعیتی آن به‌عنوان پایتخت، همراه با ظرفیت‌هایی که در زمینه گردشگری سلامت در این شهر وجود دارد، همگی باعث شد تا این شهر به‌عنوان مورد مطالعه انتخاب شود. این چالش‌ها، براساس مطالعات داخلی متعدد، به‌طور مستند قابل بررسی هستند. در حال حاضر گردشگری سلامت در ایران فاقد یک مدل حکمرانی شبکه‌ای نظام‌مند است و بازیگران به‌صورت جزیره‌ای و بدون چارچوب مشترک با یکدیگر تعامل دارند. تحقیقات پیشین (قره‌داغی و همکاران، ۱۴۰۲) نشان می‌دهد که از نقطه نظر طراحی شبکه، مدیریت تعاملی و بسترهای لازم، در شبکه گردشگری سلامت شهر تهران عملکرد ضعیفی وجود دارد. همچنین با توجه به ضعف مکانیزم‌های کنترلی و نظارتی در شبکه‌های گردشگری الکترونیکی، بسیاری از خدمات به‌صورت غیررسمی و فاقد نظارت ارائه می‌شوند. این امر منجر به نااطمینانی برای گردشگران و کاهش اعتماد به سیستم شده است (صباغ پور آذریان، ۱۴۰۰). از سوی دیگر، تضاد منافع نهادها و عدم هماهنگی بین وزارت بهداشت و گردشگری ازجمله موانع اصلی توسعه این صنعت است و کمبود شفافیت اطلاعاتی و عدم وجود نظام ارجاع استاندارد ازجمله مشکلات در این بخش می‌باشد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). از



برخی مطالعات مانند پژوهش‌های Hajizadeh & Dehghan (2018) با استفاده از مدل‌های شبکه‌ای، توانمندسازهای کیفی در توسعه گردشگری سلامت را شناسایی کرده و نقش خدمات پزشکی و درمانی را برجسته ساخته و در تحلیل توزیع فضایی اقامتگاه‌ها و جاذبه‌های گردشگری، نکات کاربردی مهمی را ارائه کرده‌اند.

جمع‌بندی پیشنهادی مطالعاتی داخلی و خارجی نشان می‌دهد که گردشگری پزشکی به‌عنوان یک صنعت چندوجهی و شبکه‌ای، نیازمند مدیریت یکپارچه و همکاری بین‌بخشی میان ذی‌نفعان مختلف است. اهمیت استراتژی‌های برنامه‌ریزی، مدیریت زنجیره تأمین، حکمرانی شبکه‌ای و کیفیت خدمات در این حوزه به صورت گسترده مورد تأکید قرار گرفته است. علاوه‌براین، نقش ارتباطات و تعاملات شبکه‌ای به ویژه در تسهیل فرآیندهای گردشگری پزشکی و ارتقاء رضایت بیماران بارها مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات داخلی نیز در این مسیر حرکت کرده و با توجه به ظرفیت‌ها و ویژگی‌های بومی، مدل‌های حکمرانی و مدیریت شبکه‌ای را ارائه داده‌اند که می‌تواند در ارتقاء پایداری و توسعه گردشگری سلامت در کشور مؤثر باشد.

پژوهش‌های پیشین به بررسی زیرساخت‌های گردشگری سلامت (Asadi et al., 2020)، واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در بخش گردشگری سلامت (Gharehdaghi et al., 2023) و ارائه مدل بومی حکمرانی برای کل نظام گردشگری سلامت ایران (Soleimani et al., 2020) پرداخته‌اند. این در حالی است که تحقیق حاضر با تمرکز بر شبکه گردشگری سلامت شهر تهران، درصدد است تا از منظر مدیریت شبکه، به شناسایی چالش‌های موجود بپردازد. با وجود تحقیقات پیشین در این حوزه، شکاف تحقیقاتی مهمی همچنان وجود دارد که در مطالعات پیشین به‌خوبی پوشش داده نشده است. به‌عنوان مثال اکثر مطالعات داخلی، اگرچه به چالش‌های ساختاری و نهادی اشاره دارند، اما عمدتاً محدود به بررسی‌های اجمالی، الگوهای نظری یا

etal (۲۰۱۶) نیز با مرور جامع تحقیقات پیشین، نقاط قوت و ضعف مطالعات موجود را شناسایی کرده‌اند.

مطالعات نوین همچون Abbasian (۲۰۲۴) و Singh et al (۲۰۲۴) بر فرصت‌های اقتصادی، پایداری و مسئولیت اجتماعی گردشگری پزشکی تأکید کرده و Karadayi-Usta (۲۰۲۴) با رویکردی-نفع‌محور به تحلیل پایداری شبکه‌های خدمات گردشگری پزشکی پرداخته‌اند. همچنین، پژوهش‌هایی همچون Lei et al. (2022) و Ramirez Sierra (۲۰۲۲) اهمیت تعاملات و همکاری‌های شبکه‌ای را در بهبود کیفیت خدمات و رضایت بیماران برجسته ساخته‌اند.

مطالعات متنوعی نیز به چالش‌ها و فرصت‌های گردشگری پزشکی در کشورهای مختلف پرداخته‌اند؛ مانند مطالعه Mahida (۲۰۲۴) درباره تأثیرات اقتصادی گردشگری پزشکی در هند و مطالعه Lukose et al. (۲۰۲۴) درباره نقش آژانس‌های مسافرتی گردشگری سلامت در تسهیل مراقبت‌های بهداشتی بین‌المللی.

مطالعات داخلی نیز عمدتاً بر موضوعات شبکه‌سازی، حکمرانی و مدیریت گردشگری سلامت متمرکز بوده‌اند. به‌عنوان مثال، Rostami, & Panahi (۲۰۲۵) در مدل حکمرانی شبکه‌ای در گردشگری سلامت، سه مضمون اصلی طراحی شبکه، مدیریت تعاملی و بسترهای لازم را مطرح کرده‌اند. همچنین، Sabaghpour Azarian (2021) بر ضرورت مکانیزم‌های کنترلی و نظارتی در شبکه‌های گردشگری الکترونیکی در این حوزه تأکید کرده است. Sharifi and et al (۲۰۲۰) نقش رهبری شبکه‌ای را به‌عنوان مقوله محوری در تعالی شبکه‌های دانشگاهی مرتبط با گردشگری سلامت معرفی و در بررسی عوامل مؤثر بر بازاریابی گردشگری سلامت، نیازهای گردشگران پزشکی و نقش این عوامل در جذب گردشگر را مورد توجه قرار داده‌اند.

تا از وضوح و اثربخشی سؤالات اطمینان حاصل شود. مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری یا آن‌لاین (از طریق پلتفرم‌های مجازی) انجام شدند و متوسط هر مصاحبه حدود ۶۰ تا ۷۵ دقیقه طول کشید. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط صوتی شدند و سپس به‌صورت کامل یادداشت‌برداری شد.

تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شد. مرحله کدگذاری باز منجر به استخراج بیش از ۱۲۰ کد اولیه شد. در نتیجه کدگذاری محوری شش مقوله محوری استخراج شد و در مرحله کدگذاری انتخابی یک مضمون پایه شناسایی شد که حول آن سایر مقوله‌ها قرار گرفتند. سپس، روابط علت و معلولی، شرطی و مداخله‌کننده بین هسته مرکزی و مقوله‌های محوری ترسیم شد تا چارچوب مفهومی بومی طراحی شود.

در خصوص روایی محتوا، با مشورت با دو خبره متخصص در حوزه مدیریت عمومی و گردشگری، از تطابق کدها و مقوله‌ها با ادبیات پژوهش اطمینان حاصل شد. از نظر پایایی کدگذار، یک محقق دیگر آشنا با روش داده‌بنیاد، به‌صورت مستقل ۳۰٪ از مصاحبه‌ها را کدگذاری کرد و ضریب توافق (کاپا) بیش از ۰.۸۵ محاسبه شد. از نقطه نظر بازبینی مشارکت‌کننده نیز خلاصه‌ای از یافته‌ها و مقوله‌های استخراج‌شده به چهار شرکت‌کننده ارسال شد و از آن‌ها خواسته شد تا صحت تفسیر پژوهشگر را تأیید یا اصلاح کنند. این ساختار منظم و شفاف از روش تحقیق، ضمن رعایت استانداردهای پژوهش‌های کیفی، توجیه نظری و رویه‌ای کاملی برای انتخاب روش‌ها ارائه می‌دهد. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و قضاوتی، تمرکز پژوهش بر ذی‌نفعان کلیدی را تضمین کرده و فرآیند تحلیل داده، مطابق با منطق نظریه داده‌بنیاد، به استخراج یک چارچوب بومی و عملیاتی منجر شده است. جدول شماره ۱، اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به مصاحبه‌شوندگان را نشان می‌دهد.

تحلیل‌های کیفی عمومی بوده‌اند (Rastem Qaradaghi, 2023). این امر باعث شده تا مدل‌های پیشنهادی بیشتر جنبه نظری داشته باشند و در عمل با مشکلات اجرایی مواجه شوند.

۳ روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با رویکردی کیفی و به روش تحلیل مضمون انجام شده است. این رویکرد، به‌ویژه برای مطالعه پدیده‌های پیچیده اجتماعی و سازمانی مانند شبکه‌های چندبازیکر و چندنهادی در گردشگری سلامت، بسیار مناسب است. جامعه آماری پژوهش شامل ذی‌نفعان کلیدی در حوزه گردشگری سلامت در شهر تهران است. این ذی‌نفعان عبارت‌اند از مدیران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بین‌المللی، مدیران آژانس‌های گردشگری سلامت، کارشناسان وزارت بهداشت، وزارت گردشگری و شهرداری تهران، مسئولان نهادهای بیمه در شهر تهران و نمایندگان سازمان‌های تسهیل‌گر خدمات بین‌المللی سلامت. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند و قضاوتی استفاده شد. حجم نمونه به‌صورت تدریجی و تا رسیدن به اشباع نظری تعیین شد. به این معنا که نمونه‌گیری و مصاحبه تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید دیگر مفاهیم یا کدهای تازه‌ای به تحلیل‌ها اضافه نکردند. درنهایت، ۱۲ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با ذی‌نفعان کلیدی انجام شد که در آن‌ها اشباع نظری حاصل گردید.

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. این روش به پژوهشگر امکان می‌دهد تا ضمن رعایت یک ساختار کلی، انعطاف لازم را برای پیگیری موضوعات نوظهور داشته باشد. راهنمای مصاحبه ابتدا براساس ادبیات نظری (مانند مدیریت شبکه، گردشگری سلامت، نظریه نهادی) و یافته‌های مطالعات پیشین طراحی شد. سپس، پس از مشورت با دو کارشناس آشنا با حوزه گردشگری سلامت، راهنما بازبینی و به‌صورت پایلوت با دو شرکت‌کننده مورد آزمایش قرار گرفت



جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی

شماره	جنسیت	مدرک تحصیلی	تخصص/شغل و سمت	سابقه کار (سال)	مدت مصاحبه (دقیقه)
۱	مرد	دکتری مدیریت	مدیر عامل بیمارستان بین‌المللی	۱۸	۶۰
۲	زن	کارشناسی ارشد گردشگری	مدیر توسعه آژانس گردشگری سلامت	۱۲	۵۰
۳	مرد	دکتری پزشکی	متخصص ارتوپدی، بیمارستان دانشگاهی	۱۵	۴۵
۴	زن	کارشناسی ارشد مدیریت	معاون گردشگری وزارت بهداشت	۱۰	۵۵
۵	مرد	کارشناسی ارشد مدیریت	مدیر برنامه‌ریزی وزارت گردشگری	۹	۵۰
۶	زن	کارشناسی ارشد بیمه	مدیر بخش بیمه سلامت بین‌المللی	۱۴	۴۵
۷	مرد	دکتری مدیریت	هیأت علمی دانشگاه	۲۰	۶۰
۸	زن	کارشناسی ارشد گردشگری	متخصص گردشگری سلامت، آژانس بین‌المللی	۸	۴۰
۹	مرد	دکتری مدیریت	مدیر شبکه خدمات درمانی شهری	۱۶	۵۵
۱۰	زن	کارشناسی ارشد مدیریت	مدیر بخش خدمات بین‌المللی بیمارستان	۱۱	۵۰
۱۱	مرد	دکتری پزشکی	سرپرست مرکز تخصصی قلب	۱۷	۶۰
۱۲	زن	کارشناسی ارشد گردشگری	متخصص توسعه محصول گردشگری سلامت	۷	۴۵
۱۳	مرد	دکتری مدیریت	مشاور وزارت گردشگری در حوزه سلامت	۱۹	۶۰
۱۴	زن	کارشناسی ارشد مدیریت	مدیر اجرایی مرکز خدمات طبی بین‌المللی	۱۳	۵۰
۱۵	مرد	دکتری مدیریت	مدیرکل دفتر توسعه گردشگری سلامت	۲۲	۶۵

۴ یافته‌ها و بحث

کدهای اولیه استخراج شده در مرحله کدگذاری باز را نشان می‌دهد. این مرحله به استخراج ۸۷ کد اولیه انجامید که تمامی جنبه‌های ساختاری شبکه گردشگری سلامت در تهران را پوشش می‌دادند. تحلیل کدهای اولیه استخراج‌شده نشان داد که شبکه گردشگری سلامت در تهران با چالش‌های ساختاری متعددی روبه‌رو است.

در این بخش، یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های کیفی ارائه می‌شوند که طی مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراج شده‌اند. این یافته‌ها در قالب سه بعد کلیدی (مؤلفه‌های ساختاری، نهادی و فناورانه) تشریح می‌شوند. جدول شماره ۲، فهرست

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۲. فهرست کدهای اولیه استخراج شده در مرحله کدگذاری باز

توضیح	کد اولیه
عدم وجود تعامل سازمان یافته بین بیمارستان ها و آژانس های گردشگری	هماهنگی ضعیف
ارائه خدمات مشابه توسط نهادهای مختلف بدون هماهنگی	موازی کاری
عدم وجود دستورالعمل مشخص برای انتقال گردشگران بین بخش ها	زنجیره ارجاع غیراستاندارد
عدم وجود یک نهاد واحد که نقش مدیریت شبکه را بر عهده بگیرد.	نبود مرکز هماهنگ کننده
تعارض منافع میان بازیگران به خصوص بین بیمارستان ها و آژانس های گردشگری	تضاد منافع
مقاومت در برابر تغییرات و نیاز به ساختارهای سفت و غیرمنعطف	انعطاف پذیری محدود
فقدان سند راهبردی یا برنامه عملیاتی مشترک برای توسعه گردشگری سلامت	نبود سیاست های مشترک
تفاوت های قابل توجه در کیفیت و نوع خدمات ارائه شده در نقاط مختلف شهر	ناهمگونی خدمات
نبود سامانه یکپارچه برای ثبت و ردیابی خدمات و وضعیت گردشگران	عدم شفافیت اطلاعات
اتکا به شبکه های غیررسمی و شخصی برای انجام مراحل درمانی و گردشگری	وابستگی به روابط شخصی
نبود پلتفرم های اطلاعاتی و دیجیتالی مناسب برای مدیریت گردشگران	کمبود زیرساخت های دیجیتال
عدم رعایت معیارهای بین المللی در ارائه خدمات به گردشگران خارجی	نبود استانداردهای بین المللی
مشکلات ارتباطی ناشی از نبود مترجمان مجرب در مراکز درمانی	محدودیت زبانی
کمبود دوره های آموزشی در حوزه خدمات گردشگری سلامت برای کارکنان	نبود آموزش های تخصصی
عدم دسترسی به آمار دقیق و به روز از تعداد گردشگران سلامت و خدمات ارائه شده	نبود آمار و گزارشگری منظم
وجود چندین نهاد نظارتی بدون هماهنگی و تقسیم بندی واضح وظایف	تعدد نظارت ها
نبود قراردادهای الزام آور بین بازیگران شبکه	عدم تعهد حقوقی
کمبود اطلاع رسانی مناسب درباره خدمات گردشگری سلامت در تهران	نبود آگاهی عمومی

در جدول ۳ گروه بندی کدها را در مرحله کدگذاری محوری نشان می دهد.



جدول ۳. گروه‌بندی کدها در مرحله کدگذاری محوری

مقوله کلیدی	کدهای تشکیل‌دهنده	توضیح
چالش‌های ساختاری	هماهنگی ضعیف، موازی‌کاری، زنجیره ارجاع غیراستاندارد	عدم وجود یک ساختار منسجم و مشخص برای تعامل بین بازیگران شبکه
روابط غیررسمی	روابط شخصی، قراردادهای غیررسمی، دخالت‌های غیراحترافی	وابستگی به شبکه‌های شخصی و غیرقانونی در مدیریت خدمات گردشگری سلامت
نبود مرکز هماهنگی	عدم وجود مدیر شبکه، نبود واحد مرکزی	فقدان یک نهاد یا واحد هماهنگ‌کننده
انعطاف‌پذیری محدود	عدم تطبیق با استانداردهای بین‌المللی، مقاومت در برابر تغییر	سفتی در ساختار موجود و مقاومت در برابر تغییرات لازم
ناهمگونی خدمات	کیفیت متفاوت خدمات، تفاوت‌های منطقه‌ای، نبود استانداردسازی	تفاوت‌های قابل توجه در کیفیت و نوع خدمات ارائه‌شده
کمبود زیرساخت‌های فناورانه	نبود سامانه یکپارچه، کمبود پلتفرم دیجیتال	ضعف در زیرساخت‌های فناوری و نبود سامانه‌های دیجیتالی

بیان داشته است: «بسیاری از قراردادهای شفاهی است. ما نمی‌دانیم آیا بیمار واقعاً تحت پوشش است یا نه» و یا P8 گردشگر سلامت از افغانستان: «من از یک آقا معرفی شدم. همه چیز شفاهی بود. وقتی مشکل پیش آمد، هیچ‌کس مسئولیت نپذیرفت». این یافته نشان می‌دهد که روابط غیررسمی، اگرچه گاهی تسهیل‌کننده هستند، اما بدون نهادینه‌سازی، تهدیدی برای پایداری شبکه محسوب می‌شوند. نبود مرکز هماهنگی و فقدان یک نهاد واحد و رسمی هماهنگ‌کننده جهت هم-سوسازی و ایجاد هماهنگی بین بخش‌ها، کنشگران و اجزای مختلف شبکه نیز ازجمله چالش‌های مدیریتی موجود در این شبکه است. در این راستا P4 کارشناس وزارت بهداشت چنین بیان داشته است: «تا زمانی که وزارت‌خانه‌ها با هم مشارکت نکنند، هیچ ساختار یکپارچه‌ای نخواهیم داشت. ما باید یک سند راهبردی بنویسیم». «ما دو مرجع داریم: یکی وزارت بهداشت، یکی وزارت گردشگری. وقتی دستورالعمل‌ها متفاوت باشد، کدام را اجرا کنیم؟» (P11 مدیر بیمارستان تخصصی). «هر واحد

در مرحله کدگذاری انتخابی، یک هسته مرکزی انتخاب شد و تمامی کدها و مقوله‌ها حول آن سازمان‌دهی شدند. در این پژوهش، هسته مرکزی شناسایی‌شده، مدیریت شبکه‌ای گردشگری سلامت است.

مرحله کدگذاری محوری، کدهای اولیه به دسته‌های معنادار گروه‌بندی شدند. این دسته‌بندی براساس شباهت‌های مفهومی و موضوعی انجام گرفت. مقوله‌های کلیدی در قالب ۶ مقوله چالش‌های ساختاری، روابط غیررسمی، نبود مرکز هماهنگی، انعطاف‌پذیری محدود، ناهمگونی خدمات و کمبود زیرساخت‌های فناورانه شناسایی شدند. چالش‌های ساختاری، به عدم وجود یک ساختار منسجم و مشخص برای تعامل بین بازیگران شبکه گردشگری سلامت در شهر تهران اشاره دارد. روابط غیررسمی، ناظر بر وابستگی به شبکه‌های شخصی و غیرقانونی در مدیریت خدمات گردشگری سلامت است. از سوی دیگر، روابط غیررسمی و وابستگی شبکه‌های شخصی و غیرقانونی از دیگر مشکلات موجود در شبکه گردشگری سلامت شهر تهران است. در این زمینه P2 مدیر بیمه سلامت چنین

بر جای خواهد گذاشت. همان‌گونه که P7 گردشگر سلامت از عراق اشاره کرده است: «عمل جراحی خوب بود، اما هتل پر سروصدا بود و هیچ‌کس انگلیسی نمی‌فهمید. این تجربه متناقض بود». «ما نمی‌دانیم چه استانداردهایی برای میهمانان سلامت لازم است. آیا باید پرستار داشته باشیم؟ آیا نیاز به فضای توان‌بخشی است؟» (P3 مدیر هتل بین‌المللی) و درنهایت ضعف در زیرساخت‌های فناوری و نبود پلتفرم‌های دیجیتال و سامانه‌های یکپارچه که از الزامات عصر فناوری حاضر است، **کمبود زیرساخت‌های فناورانه** در این شبکه را رقم زده است. همان‌گونه که P6 مدیر فناوری اطلاعات بیمارستان بیان داشته است: «ما اطلاعات را به شکل غیراتوماسیون ثبت می‌کنیم. اگر یک سامانه یکپارچه داشتیم، تمامی این فرآیندها ساده‌تر می‌شد. الان باید هر بیمار را دستی جست‌وجو کنیم، این باعث تأخیر می‌شود». «ما نمی‌دانیم وضعیت بیمار در بیمارستان چیست. اگر یک پنل مشترک داشته باشیم، می‌توانیم خدمات اقامتی و حمل‌ونقل را به‌موقع برنامه‌ریزی کنیم» (P9 مدیر آژانس گردشگری پزشکی).

به تنهایی فکر می‌کند، هیچ‌کس مسئولیت هماهنگی را نمی‌پذیرد» (P9 مدیر آژانس گردشگری).

انعطاف‌پذیری محدود نیز از دیگر چالش‌هاست و این در حالی است که یکی از ویژگی‌های یک شبکه منسجم و با مدیریت بهینه، قابلیت انعطاف‌پذیری آن است. از مصادیق این انعطاف‌پذیری محدود می‌توان به عدم تطبیق با استانداردهای بین‌المللی و مقاومت در برابر تغییرات و تحولات ضروری در محیط پیرامونی شبکه اشاره کرد. در این زمینه P10 مشاور گردشگری سلامت بیان داشته است: «بسیاری از بیمارستان‌ها نمی‌خواهند سیستم‌های دیجیتال جدید را بپذیرند. می‌گویند ما قبلاً همین‌طور کار می‌کردیم و یا P5 مدیر کلینیک ترمیمی اشاره داشته است: «می‌خواهیم گواهی JCI بگیریم، اما ما برای پرسنل سیستم آموزشی نداریم. همه چیز باید از صفر شروع شود».

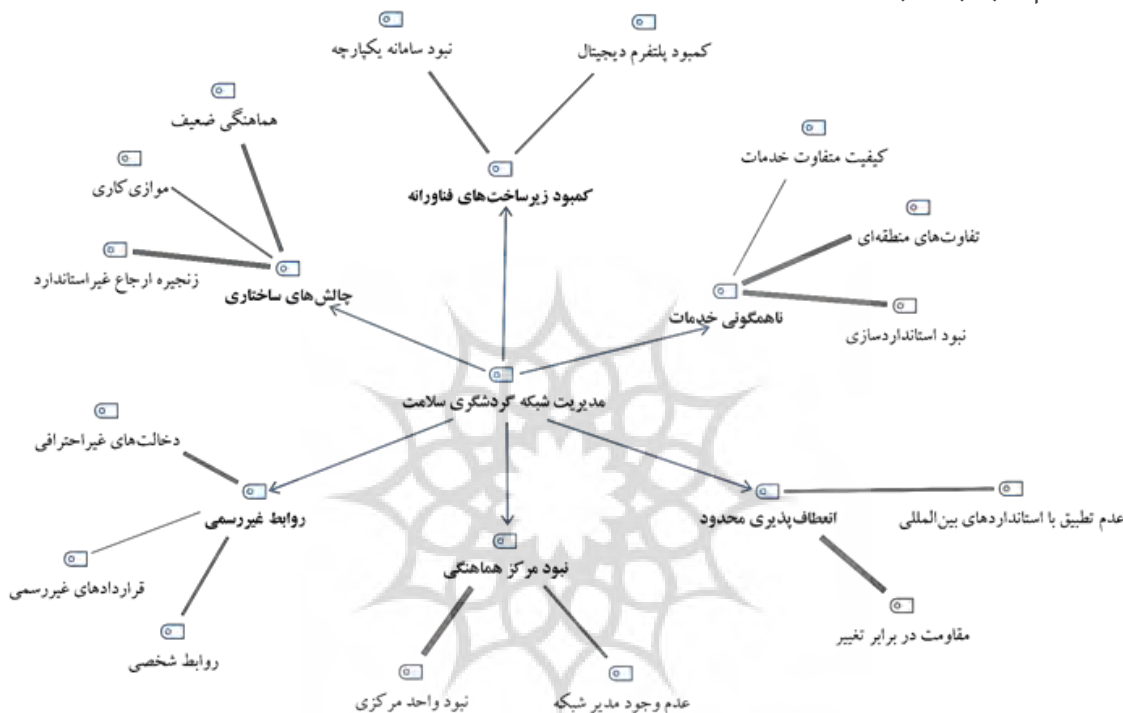
از سوی دیگر، کیفیت متفاوت خدمات، تفاوت‌های منطقه‌ای و نبود استانداردسازی، از مصادیق وجود معضل **ناهمگونی خدمات** است که بر کیفیت محصول و تجربه گردشگر تأثیرات منفی

جدول ۴. روابط بین هسته مرکزی و مقوله‌های محوری

توضیح	مقوله‌های محوری	هسته مرکزی
بدون حل چالش‌های ساختاری، توسعه شبکه کارآمد غیرممکن است.	چالش‌های ساختاری	چالش‌های مدیریت شبکه‌ای گردشگری سلامت
روابط شخصی و غیررسمی مانع از توسعه مدیریت شبکه‌ای می‌شوند.	روابط غیررسمی	
تنها با وجود یک مرکز هماهنگ‌کننده قابل تحقق است.	نبود مرکز هماهنگی	
انعطاف‌پذیری ساختاری یکی از شروط لازم برای همگامی با استانداردهای جهانی است.	انعطاف‌پذیری محدود	
عدم یک‌نواختی در کیفیت خدمات، منجر به کاهش اعتماد گردشگران می‌شود.	ناهمگونی خدمات	
ضعف در زیرساخت‌های فناوری، ارتباط و هماهنگی بین بازیگران را دشوار می‌کند.	کمبود زیرساخت‌های فناورانه	

در تهران محقق نخواهد شد. بنابراین، طراحی یک چارچوب مدیریتی منسجم که این عوامل را در نظر بگیرد، الزامی ضروری است. در ادامه، یافته‌های کلیدی پژوهش در قالب سه بعد ساختاری، نهادی و فناورانه ارائه می‌شوند. این یافته‌ها با استناد مستقیم به نقل‌قول‌های مصاحبه‌شدگان تفسیر و تحلیل شده‌اند.

تحلیل داده‌های مرحله کدگذاری انتخابی نشان داد که چالش‌های مدیریت شبکه‌ای گردشگری سلامت به‌عنوان هسته مرکزی الگوی این پژوهش، نیازمند رفع چالش‌های ساختاری، نهادی و فناوری است. روابط غیررسمی، نبود مرکز هماهنگی و کمبود زیرساخت‌های دیجیتال از موانع توسعه گردشگری سلامت است. بدون پاسخ‌گویی به این چالش‌ها، اجرای یک نظام یکپارچه و پایدار گردشگری سلامت



شکل ۱. چالش‌های مدیریت شبکه گردشگری سلامت شهر تهران (یافته‌های تحقیق ۱۴۰۴)



شکل ۲. نقشه تماتیک چالش‌های مدیریت شبکه گردشگری سلامت شهر تهران

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به دنبال شناسایی چالش‌های مدیریت شبکه گردشگری سلامت شهر تهران، با هدف قراردادادن ذی‌نفعان مختلف و بازیگران در حوزه

چارچوب استخراج‌شده نشان می‌دهد چالش‌های مدیریت شبکه گردشگری سلامت پدیده محوری است که پیرامون آن شش مقوله کلیدی (کد محوری) شکل گرفته‌اند.

مقصد بین‌المللی متمایز می‌کند. نخست، وابستگی شدید به روابط غیررسمی و شخصی. برخلاف کشورهای مانند مالزی یا ترکیه که تعاملات بر اساس قراردادهای رسمی و پروتکل‌های استاندارد صورت می‌گیرد، در تهران، بسیاری از تعاملات بین بیمارستان‌ها، آژانس‌ها و بیمه‌ها از طریق شبکه‌های روابط شخصی و غیرشفاف انجام می‌شود. این یافته با مطالعه رستم قره‌داغی (۱۴۰۲) نیز هم‌سو است که بر «کنش‌های غیررسمی» به عنوان بخشی از حکمرانی شبکه‌ای در ایران تأکید دارد. این واقعیت، هم می‌تواند به عنوان یک فرصت (برای تسهیل تعاملات در محیط‌های پیچیده) و هم به عنوان یک تهدید (در نبود شفافیت و افزایش فساد) عمل کند. بنابراین، چارچوب آسیب‌شناسانه پیشنهادی، به جای حذف کامل این روابط، بر نهادینه‌سازی تدریجی آن‌ها و تبدیل آن‌ها به تعاملات رسمی تأکید دارد. دوم، تضاد منافع ساختاریافته بین نهادها. درحالی‌که در مدل‌های بین‌المللی، نهادهای دولتی به عنوان همکار در توسعه عمل می‌کنند، در تهران، موازی‌کاری وزارت بهداشت و وزارت گردشگری و عدم تعریف مرزهای واضح وظیفه، منجر به تضاد منافع و کاهش کارایی شده است. این یافته با مطالعه آذر و همکاران (۱۴۰۳) نیز تأیید می‌شود که بر «چالش‌های نهادی در هماهنگی بین‌بخشی» تأکید دارند. در نتیجه، نیاز به یک نهاد رگولاتور مشترک را نه به عنوان یک انتخاب، بلکه به عنوان یک ضرورت عملیاتی معرفی می‌کند و درنهایت، مقاومت در برابر تغییر و عدم پذیرش استانداردهای بین‌المللی. برخلاف کشورهایی مانند هند که با استقبال از گواهی‌های بین‌المللی مانند JCI و TEMOS، جایگاه خود را در بازار جهانی تثبیت کرده‌اند، در تهران، مقاومت سازمانی در برابر تغییر و فقدان فرهنگ یادگیری سازمانی، ازجمله موانع اصلی توسعه است. این یافته با مطالعات Ahmadi Sharifi et al (2020) و Ramezani (2022) & هم‌راستا است که بر «مقاومت در برابر نوآوری» و «نیاز به رهبری شبکه‌ای» تأکید دارند. شناسایی این چالش‌ها می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار

گردشگری سلامت شهر تهران به عنوان جامعه مورد نظر بوده است. این چالش‌ها در قالب چالش‌های ساختاری، روابط غیررسمی، نبود مرکز هماهنگی، انعطاف‌پذیری محدود، ناهمگونی خدمات و کمبود زیرساخت‌های فناورانه شناسایی شدند.

یافته‌های پژوهش حاضر با چارچوب‌های موفق مدیریت شبکه گردشگری سلامت در کشورهای پیش‌رو مانند ترکیه، مالزی و هند هم‌سویی قابل توجهی دارد. به عنوان مثال، نیاز به یک واحد هماهنگ‌کننده متمرکز (شبکه اورکستراتور) با مدل «حکمرانی شبکه‌ای» در ترکیه (Karadayi-Usta, 2025) و مفهوم «شبکه‌سازی منطقه‌ای» در پرتغال (Figueiredo et al., 2021) هم‌خوانی دارد. این کشورها نیز با ایجاد نهادهای رگولاتور مشترک، توانسته‌اند هماهنگی بین وزارتخانه‌های بهداشت و گردشگری را بهبود بخشند. همچنین، اهمیت زیرساخت‌های فناورانه و نیاز به یک سامانه یکپارچه اطلاعاتی (IHS)، یافته‌ای است که در مطالعات بین‌المللی مانند (Behrens, Khizzou, 2025) و (Mahdi et al., 2024) به طور مکرر مورد تأکید قرار گرفته است.

پژوهش حاضر نیز نشان داد که بدون یک پایگاه داده مشترک، مدیریت شفاف و دقیق از شبکه گردشگری سلامت غیرممکن است. این یافته، تجربه موفق کشورهایی مانند مالزی را تأیید می‌کند که با ایجاد پلتفرم‌های دیجیتال یکپارچه، کارایی شبکه خود را به طور چشمگیری افزایش داده‌اند. علاوه بر این، نیاز به استانداردسازی دوگانه (پزشکی + گردشگری) که در این پژوهش به عنوان یکی از ارکان کلیدی معرفی شد، با مطالعات Hector Juan (2016) و Wadiba (2023) هم‌راستا است. این مطالعات نشان می‌دهند که تمرکز صرف بر کیفیت خدمات درمانی، بدون توجه به تجربه گردشگری (اقامت، حمل‌ونقل، خدمات فرهنگی)، منجر به رضایت نامطلوب گردشگران می‌شود. از سوی دیگر، پژوهش سه ویژگی را شناسایی کرد که مدیریت شبکه گردشگری سلامت در تهران را از کشورهای



مسئولان و برنامه‌ریزان در حوزه گردشگری سلامت قرار دهد. با مدیریت بهینه چنین چالش‌هایی، می‌توان شاهد بهبود هماهنگی، انسجام و هم‌افزایی در شبکه گسترده گردشگری سلامت شهر تهران باشیم.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده صرف از روش کیفی اشاره کرد که محدودیت‌های خاص خود را دارد. تلفیق روش کیفی با روش‌های کمی می‌تواند به اعتبار بیشتر داده‌ها کمک کرده و ضمن اولویت‌بندی برای رفع چالش‌ها، سناریوهایی نیز برای مدیریت چالش‌ها ارائه دهد. تحقیقات آتی می‌توانند با کاربرد روش آمیخته و تلفیق روش‌های کمی و کیفی، به‌طور دقیق‌تری به شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های دخیل در مدیریت شبکه گردشگری سلامت بپردازند. همچنین این تحقیق تنها شهر تهران را هدف قرار داده بود و عمومیت دادن آن به سایر شهرهای ایران نیازمند تطبیق با شرایط محلی است. در مطالعات بعدی، انجام مطالعه مقایسه‌ای در سایر مقصدهای داخلی که دارای پتانسیل گردشگری سلامت هستند، می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهادهای کاربردی به شرح زیر ارائه می‌شود

ایجاد «دبیرخانه گردشگری سلامت تهران» به‌عنوان یک شبکه اورکستریاتور محلی

با توجه به یافته‌ها در خصوص فقدان یک مرجع واحد و موازی‌کاری وزارتخانه‌ها، ازجمله موانع اصلی هماهنگی است. پیشنهاد می‌شود که وزارتخانه بهداشت، گردشگری و شهرداری تهران، با همکاری سازمان توسعه تجارت ایران، «دبیرخانه گردشگری سلامت تهران» را به‌عنوان یک شبکه اورکستریاتور محلی تأسیس کنند. این دبیرخانه، باید به‌عنوان یک سازمان شهری طراحی شود که:

- دارای اختیارات تصمیم‌گیری محلی است؛
- قادر به نظارت بر تعاملات بین بیمارستان‌ها، آژانس‌ها و هتل‌ها در سطح شهری است؛

- و می‌تواند به‌عنوان مرجع ارجاع، نظارت و حل تعارض عمل کند.

این پیشنهاد، مستقیماً از یافته «نبود مرکز هماهنگی» و «روابط غیررسمی غالب» ناشی شده و با توجه به ساختار شهرداری محور مدیریت شهری در ایران، بومی‌سازی شده است.

طراحی «استاندارد تهران» برای خدمات گردشگری سلامت

یافته‌ها نشان می‌دهند که گردشگران در مناطق مختلف تهران (مثلاً منطقه ۳ و منطقه ۱۱) تجربه‌های ناهمگونی دارند. این ناهمگونی، نه‌تنها به کیفیت درمانی، بلکه به خدمات اقامتی، حمل‌ونقل و ارتباطات برمی‌گردد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که وزارت میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، وزارت بهداشت و شورای شهر تهران، به همراه انجمن بیمارستان‌های خصوصی تهران، یک سند استاندارد محلی به نام «استاندارد تهران» طراحی کنند. این استاندارد باید ترکیبی از استانداردهای بالینی (مانند JCI) و استانداردهای گردشگری (HOTREC) باشد، اما با الحاق بخش‌های بومی مانند:

- الزام به داشتن مترجم پزشکی فارس - عربی و فارس - انگلیسی؛
- وجود فضای اقامتی مناسب برای همراهان بیمار؛
- دسترسی به شبکه حمل‌ونقل شهری و ترانزیت هوایی؛
- رعایت حساسیت‌های فرهنگی و مذهبی گردشگران خاورمیانه‌ای.

این استاندارد، نه یک کپی از ISO است، بلکه یک فرآیند بومی‌سازی است که از تجربه کشورهایمانند ترکیه (Karadayi-Usta, 2025) اقتباس شده، اما با واقعیت‌های فرهنگی، شهری و نهادی تهران تطبیق یافته است.

توسعه «سامانه یکپارچه اطلاعات گردشگر سلامت تهران (Teh-IHS)

براساس یافته‌ها، عدم وجود سامانه مشترک باعث اتلاف منابع و خطاهای اطلاعاتی شده است. در پاسخ، پیشنهاد می‌شود که مرکز فناوری اطلاعات شهرداری تهران، وزارت بهداشت و شرکت‌های فناوری بومی (مثل شرکت‌های فعال در حوزه سلامت دیجیتال)، یک سامانه محلی به نام Teh-IHS راه‌اندازی کنند. این سامانه باید:

- از زیرساخت‌های موجود (مثل سامانه سلامت، سامانه گردشگری الکترونیک) استفاده کند؛

- اما از طریق API اختصاصی، داده‌ها را بین بیمارستان‌ها، آژانس‌ها، هتل‌ها و نهادهای نظارتی به اشتراک بگذارد؛

- دارای پنل چندزبانه برای گردشگران باشد؛

- و قابلیت ردیابی فرآیند گردشگر از ورود تا خروج را فراهم کند.

این پیشنهاد، نه یک پروژه ملی، بلکه یک راهکار شهری-محلی است که با توجه به زیرساخت‌های فناوری موجود در تهران و نیاز به خوداتکایی دیجیتال طراحی شده است.

نهادینه‌سازی تعاملات از طریق «قراردادهای الکترونیک شهری»

یافته‌ها نشان می‌دهند که بیشتر تعاملات از طریق روابط شخصی و غیررسمی صورت می‌گیرد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که دبیرخانه گردشگری سلامت تهران، سامانه قراردادهای الکترونیک شهری را راه‌اندازی کند که:

- تمامی قراردادهای بین بیمارستان‌ها، آژانس‌ها و هتل‌ها را ثبت و نظارت کند؛

- قراردادها دارای شناسه واحد و قابلیت پیگیری باشند؛

- و امضای قراردادهای رسمی، شرط لازم برای دریافت مجوزهای شهری (مانند مجوز فعالیت گردشگری) باشد.

این سازوکار، به‌جای حذف کامل روابط غیررسمی، آن‌ها را نهادینه و به یک بخش قانونی و شفاف تبدیل می‌کند.

ایجاد «مرکز آموزش تخصصی گردشگری سلامت تهران» در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یافته‌ها نشان می‌دهند که کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده یکی از چالش‌های اصلی است. در پاسخ، پیشنهاد می‌شود که دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با همکاری سازمان گردشگری و انجمن آژانس‌های گردشگری تهران، یک مرکز آموزش تخصصی گردشگری سلامت ایجاد کند. این مرکز باید:

- دوره‌های مترجم پزشکی، کارشناس گردشگری سلامت و مدیر شبکه‌ای را ارائه دهد؛

- برنامه‌های آموزشی براساس نیازهای واقعی بازار تهران (مثلاً زبان عربی، مدیریت بحران گردشگر) طراحی شود؛

- و فارغ‌التحصیلان، گواهی تخصصی تهران دریافت کنند که شرط لازم برای فعالیت در این حوزه باشد.

این پیشنهاد، با توجه به تراکم مراکز آموزشی تهران و نیاز به نیروی انسانی متخصص محلی، بومی‌سازی شده است.

حامی مالی

بنا به اظهار نویسنده مسؤول، این مقاله حامی مالی نداشته است.

سهم نویسندگان در پژوهش

مقاله، مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول به راهنمایی و مشاوره نویسنده دوم و سوم بوده است. نویسنده اول، دوم و سوم، در نهایی‌سازی موضوع و



تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان، از همه افرادی که در مصاحبه‌ها مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تدوین طرح اولیه پژوهش مشارکت داشته‌اند. نویسنده اول، مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تدوین گزارش نهایی پژوهش را انجام داده است. نویسنده دوم و سوم در بررسی و تفسیر داده‌ها و یافته‌های نهایی مشارکت داشته‌اند. گزارش نهایی مقاله توسط نویسنده اول تهیه و توسط نویسنده دوم و نویسنده سوم، بازنگری و ویرایش علمی شد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- Aalikhani, R., Rasouli, M. R., Ghanbari, H., Fathian, M., & Ahmadi, A. (2024). Network governance in healthcare systems: a systematic review of the network-level factors. *Journal of Health Organisation and Management*.
<https://doi.org/10.1108/jhom-05-2024-0171>.
- Abbasian-Naghneh S. (2024). Identifying and Prioritizing Economic Opportunities for Medical Tourism Management: An Analytic Hierarchy process. *Manage Strat Health Syst* 2024; 9 (1):17-31.
<http://mshsj.ssu.ac.ir/article-1-736-fa.html> (In Persian).
- Ahmadi, F., & Ramezani, M. (2022). Challenges of infrastructure development in Iran's medical tourism sector. *Journal of Health Tourism Studies*, 10(2), 45-60(In Persian).
- Asadi, M. M., Basoli, M. and Rasekhi, M. A. (2020). Analytical Investigation of Yazd Health Tourism Infrastructure Using Cognitive Mapping Approach. *Tourism Management Studies*, 15(50), 227-297. doi: 10.22054/tms.2020.18955.1525 (In Persian).
- Asadollahi, A., Esmailpour, M., & Mohammadi, M. (2025). *Identifying and prioritizing factors affecting the development of health tourism entrepreneurship: A case study of Yazd city*. *Journal of Entrepreneurship Research*, 13(1), 89-107. (In Persian).
- Azar, S., Saedi, R., & Rahimi, M. (2023). Feasibility of health tourism capacities in Maragheh with emphasis on sustainable urban development. *Urban Planning and Environmental Development Journal*, 15(4), 112-128.(In Persian).
- Behrens, H. (2021). *ComHeNet project: Integrated digital platforms for health tourism networks in Europe*. *European Journal of Health Tourism*, 7(2), 101-115. ISBN: 978-3-89275-281-3
- Burt, R. S. (1992). *Structural holes: The social structure of competition*. Cambridge-London: Harvard University Press.
- Bentley, L. (2024). *Medical Tourism Management*. Deleted Journal, 2(1), 162-168.
<https://doi.org/10.56778/rjhs.v2i1.250>
- Doosti Irani, A., Asaadi, M., & Doosti Irani, M. (2023). Cognitive model of key factors influencing residents' support for sustainable health tourism development: A case study of Isfahan Health Town. *Journal of Tourism and Development*, 12(2), 78-95.(In Persian)
- Esfahlan, J., Karimi, H., & Gholami, Z. (2021). *Qualitative enablers in health tourism development using a*



- network approach. *Journal of Tourism Studies*, 19(3), 56-72. (In Persian)
- Fazeli, M., Izadi, N., Ayoubian, M., & Janidi, H. (2022). *Health tourism in Iran; opportunity or threat?* *Military Medicine Journal*, 24(1), 44-52. (In Persian).
- Figueiredo, V., Silva, C., & Costa, P. (2021). *Regional cooperation networks in health tourism development: The Portuguese experience*. *Tourism Management Perspectives*, 38, 100-112. ISBN 2510-5000
- Gajdošík, T. (2015). *Network Analysis of Cooperation in Tourism Destinations*. *Czech Journal of Tourism*, 4(1), 26-44. DOI: 10.1515/cjot-2015-0002
- Gharehdaghi, R., Rajaei, Z., Aghamohammadi, A., Mahdilo, M. (2023). *The Analysis of the Concepts of Network Governance in Medical Tourism Field*. *Journal of public Administration Mission*, 14(1), 93-110. (In Persian).
- Global Wellness Institute (2024). *Wellness Tourism Initiative 2024 Trends*. <https://globalwellnessinstitute.org/global-wellness-institute-blog/2024/04/30/wellness-tourism-initiative-trends-for-2024/>
- Granovetter, M. (1973). *The strength of weak ties*. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Hajizadeh, M., & Dehghan, A. (2018). *Spatial distribution analysis of accommodation centers and tourist attractions: Case study of Mashhad*. *Journal of Geography and Regional Development*, 15(2), 123-140. (In Persian)
- Karadayi-Usta, S. (2025). *Sustainable medical tourism service network with a stakeholder perspective*. *Current Issues in Tourism*, 28(2), 134-150. <https://doi.org/10.1080/13683500.2024.2309148>
- Khizzou, N., Alaoui, A., & Touahni, R. (2025). *The digital transformation of medical tourism: A systematic and bibliometric review of the literature*. In A. Abouabdellah & H. Medromi (Eds.), **Revolutionizing healthcare experience with digital medical tourism** (pp. 256-274). IGI Global. [\[https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7888-5.ch015\]](https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7888-5.ch015)
- Lei Jiang a, Huazhang Wu b, Yang Song c, (2022). *Diversified demand for health tourism matters: From a perspective of the intra-industry trade*, *journal homepage*, 29(3), 11_30, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114630>
- Lia Adelina Harahap, R. (2023). *Supply chain management in medical tourism: A multi-stakeholder approach*. *International Journal of Supply Chain Management*, 18(4), 210-225.

- <https://doi.org/10.35449/jemasi.v19i2.663>
- Lukose, A., Thomas, S. N., Shaiju, K. S., Bose, J., Jacob, G., & Simon, B. (2024). Exploring the frontiers of health tourism: A bibliometric analysis of research themes and trends. *Cureus*, 16(8).
<https://doi.org/10.7759/cureus.66832>
- Mahdi E. T., Al-Barzinji, S. M., Awad, W. K. (2024). Object Detection Using Capsule Neural Network: An Overview, *Babylonian Journal of Machine Learning*, 157-165 DOI: <https://doi.org/10.58496/BJML/2024/016>
- Nakhaeinejad, M., & Moeinzadeh, M. H. (2022). A framework for medical tourists' satisfaction and loyalty through customer segmentation and quality improvement. *Journal of Medical Tourism and Tourism Insights*, 4(1), 12-28.
<https://doi.org/10.1108/JHTI-03-2021-0069>
- Rahmani, F., Rezaei, M., & Sheikh, A. (2024). Paradigmatic development of medical tourism industry in J.A.A with a new approach to health communication. *Journal of Tourism and Development*, 22(1), 55-70. (In Persian).
- Ramírez Sierra, Yuly Andrea Sierra, D. (2021). Challenges of medical and health tourism: a literature review from 2009 to 2020, *NA* (27), 15, Enero-Junio, ISSN: 2011-2106 / 2145-9363.
- Rastem Qaradaghi, M., Azizi, A., & Sabaghpoor, A. (2023). Identification and validation of network governance model in health tourism. *Journal of Health Tourism Research*, 11(2), 33-50. (In Persian).
- Ratnasari, R. T., Gunawan, S., & Pitchay, A. A. (2022). Sustainable medical tourism: Investigating health-care travel in Indonesia and Malaysia. *Journal of Healthcare Tourism*, 14(3), 211-227.
<https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1870365>
- Rezai, A., Sheikhi, M., Chaipaz, M. R., & Gholami, S. (2022). Entrepreneurial development of Iranian health tourism with metaverse and meta-human approach. *Journal of Innovation in Medical Tourism*, 10(1), 66-81. (In Persian).
- Rostami, S., & Panahi, H. (2025). Identifying components influencing policy-making and planning for the development of health tourism (Case Study: Tabriz Metropolitan). *Journal of Economic Geography Research*, 23(2), 88-104. (In Persian).
- Sabaghpoor Azarian, M. (2021). Designing a Tourism E-Business Network Management Model (Case Study, Eco-tourism Residences in Iran), PhD Thesis, University of Science and Culture (In Persian).



- Sharifi, R., Hosseini, S., & Ahmadi, M. (2020). *The role of network leadership as a core category in the excellence of university-based health tourism networks*. *Journal of Health Tourism Leadership*, 7(2), 120-135. (In Persian).
- Singh, R., Iqbal, J., Kukreja, P., & Yadav, M. (2024). *Metaverse? It is virtual hell! Understanding the dark side of the metaverse (darkverse) for hospitality and tourism customers*. *Tourism Review*.
<https://doi.org/10.1108/TR-12-2023-0861>
- Soleimani, H., Hosseinpour, D. and Seyed-Naghavi, M. (2023). *Formulation of the Local Model of Governance for Iran's Health System with a Network Approach*. *Governance and Development Journal*, 3(2), 147-176. doi:
- 10.22111/jipaa.2023.414955.1136(In Persian).
- Soltanian, M. Ch., Panahi, M., & Taghavi, M. (2025). *Health tourism as an important form of tourism: Rapid growth and attracting large crowds of tourists*. *Journal of Economic Geography Research*, 24(1), 110-128. (In Persian).
- Uygun, M. (2022). *An evaluation of Turkey's health tourism policies using a social network analysis approach*. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(4), 1023-1039.
<https://doi.org/10.1002/hpm.3362>
- Vadiba, S. (2023). *Regional collaboration and the role of government in developing sustainable health tourism*. *Journal of Regional Tourism Development*, 19(2), 88-102.

