



تبیین عوامل مؤثر بر توسعه اقتصادی شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت

(مطالعه موردی: شهرهای تهران و شیراز)

پویان رزازان	گروه شهرسازی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران
هاله حسین پور ⁻	گروه شهرسازی، واحد پردیس، دانشگاه آزاد اسلامی، پردیس، ایران
آرش وحید	گروه شهرسازی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر بر توسعه اقتصادی شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت و با تمرکز بر دو شهر تهران و شیراز انجام شده است. این مطالعه با بهره‌گیری از روش کیفی و مبتنی بر مصاحبه‌های عمیق با خبرگان، پزشکان، مدیران و برنامه‌ریزان حوزه گردشگری سلامت، داده‌های گردآوری شده را از طریق کدگذاری و تحلیل محتوا بررسی کرده است. نتایج نشان داد که توسعه گردشگری سلامت به چهار دسته عامل اصلی وابسته است: نخست عوامل درون شهری و زیرساختی شامل کیفیت خدمات درمانی، امنیت شهری و خدمات رفاهی، دوم عوامل مدیریتی و نهادی مانند هماهنگی بین‌بخشی، نقش دولت در تسهیل امور و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، سوم عوامل پشتیبانی‌کننده از جمله فناوری‌های نوین پزشکی و ارتباطی، آموزش نیروی انسانی و بازاریابی و برندسازی بین‌المللی و چهارم عوامل اقتصادی و پیامدهای توسعه همچون افزایش درآمد ارزی، اشتغال‌زایی و بهره‌برداری از ظرفیت‌های فرهنگی و طبیعی. براساس این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که گردشگری سلامت در صورت وجود هم‌افزایی میان دولت و بخش خصوصی، ارتقای زیرساخت‌های پزشکی و رفاهی، توسعه فناوری‌های نوین و بازاریابی هوشمند، می‌تواند به عنوان یک راهبرد پایدار برای رشد اقتصادی شهرها و ارتقای جایگاه بین‌المللی آنها عمل کند.

کلیدواژه‌ها: گردشگری، گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی، توسعه اقتصادی، اقتصاد شهری

۱- مقدمه

شهرها در عصر کنونی به عنوان موتورهای محرک توسعه اقتصادی و اجتماعی شناخته می‌شوند و نقش کلیدی در توزیع منابع، جذب سرمایه و ارتقای سطح زندگی شهروندان دارند. با گسترش پدیده شهرنشینی و تمرکز جمعیت در مراکز شهری، نیاز به راهبردهای نوین برای تضمین توسعه پایدار و متوازن بیش از پیش احساس می‌شود (Kleniewski & Thomas, 2019). یکی از حوزه‌های مهم در این میان، توجه به ظرفیت‌های متنوع اقتصادی شهرها و بهره‌برداری هوشمندانه از آنها برای ایجاد فرصت‌های جدید اشتغال و درآمدزایی است. در این راستا، صنعت گردشگری به عنوان یکی از بزرگترین سریع‌ترین بخش‌های در حال رشد اقتصاد جهانی، می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر توسعه اقتصادی شهرها تأثیر بگذارد و آنها را به مراکز جذاب سرمایه‌گذاری و تعاملات بین‌المللی تبدیل نماید (Azimovna et al., 2022).

در میان شاخه‌های متنوع گردشگری، گردشگری سلامت جایگاه ویژه‌ای یافته است. این نوع گردشگری که تلفیقی از خدمات پزشکی، رفاهی و تفریحی است، به گردشگرانی اختصاص دارد که با هدف بهبود سلامت جسمی و روانی یا دریافت خدمات پزشکی تخصصی به شهرها و کشورهای دیگر سفر می‌کنند (Pessot et al., 2021). رشد روزافزون تقاضا برای این نوع سفر، ناشی از عواملی چون افزایش هزینه‌های درمان در کشورهای توسعه‌یافته، تفاوت‌های کیفیت خدمات پزشکی، پیشرفت فناوری‌های نوین و گسترش آگاهی عمومی نسبت به سبک زندگی سالم است. بنابراین، گردشگری سلامت علاوه بر جنبه درمانی، یک فرصت اقتصادی و فرهنگی نیز محسوب می‌شود که می‌تواند موجب ارزآوری، اشتغال‌زایی و ارتقای برند شهری و ملی شود (Erkanli et al., 2024).

بررسی تجربه کشورهای موفق نشان می‌دهد که گردشگری سلامت نیازمند زیرساخت‌های پیشرفته

درمانی، نیروی انسانی متخصص، فناوری‌های نوین پزشکی، امنیت اجتماعی و فرهنگی و نیز بازاریابی هوشمند است. از سوی دیگر، هماهنگی میان بخش‌های دولتی و خصوصی، سیاست‌گذاری‌های کارآمد و توجه به ابعاد اجتماعی و فرهنگی از ملزومات اساسی برای توسعه این صنعت به شمار می‌روند (Shabankareh et al., 2023). شهرهایی که توانسته‌اند این مجموعه عوامل را در کنار هم فراهم آورند، نه تنها در جذب گردشگران سلامت موفق بوده‌اند بلکه با ایجاد زنجیره ارزش اقتصادی، به تقویت سایر بخش‌های وابسته مانند هتلینگ، حمل و نقل، فناوری و صنایع فرهنگی کمک کرده‌اند (Nouhaila et al., 2024).

با وجود ظرفیت‌های قابل توجه ایران در حوزه پزشکی، فرهنگی و طبیعی، بهره‌برداری مطلوب از این پتانسیل‌ها هنوز به صورت کامل محقق نشده است. شهرهای بزرگی مانند تهران و شیراز با برخورداری از پزشکان متخصص، بیمارستان‌های پیشرفته، جاذبه‌های فرهنگی و تاریخی و موقعیت جغرافیایی ممتاز می‌توانند به قطب‌های گردشگری سلامت در منطقه تبدیل شوند. با این حال، چالش‌هایی همچون: نبود هماهنگی نهادی، ضعف در تبلیغات بین‌المللی، کاستی در زیرساخت‌های رفاهی و اقامتی و عدم توجه کافی به آموزش‌های بین فرهنگی، مانع از تحقق کامل این ظرفیت‌ها شده است. این شرایط، ضرورت بازنگری در سیاست‌ها و راهبردهای شهری و ملی را برای توسعه گردشگری سلامت آشکار می‌سازد.

بر همین اساس، اگرچه مطالعات متعددی به بررسی جنبه‌های کلی گردشگری یا توسعه اقتصادی پرداخته‌اند، اما پژوهش‌های اندکی به طور جامع و نظام‌مند به عوامل مؤثر بر توسعه اقتصادی شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت و تحلیل پیوند میان این دو مقوله در بافت شهری ایران پرداخته‌اند. مسئله اصلی این است که چه عواملی می‌توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم توسعه اقتصادی شهری را از طریق گردشگری سلامت تقویت کنند و چگونه

تقویت گردشگری سلامت برای بیماران و همراهان آنها نیازمند برنامه‌ریزی براساس این مؤلفه‌ها است.

آذر و سعیدی (۱۴۰۲) در پژوهشی/امکان‌سنجی ظرفیت‌های گردشگری سلامت در شهر مراغه با تأکید بر توسعه پایدار شهری را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند مؤلفه‌های اجتماعی، تنوع‌بخشی اقتصادی، زیست‌محیطی گردشگری و ارتقای کیفیت زندگی، عوامل قدرتمند در ارتقای توریست‌درمانی بوده و در مقابل، کمترین اثرگذاری در مبحث توریست درمانی شامل مؤلفه‌های تجهیز پایانه‌ها، کم‌رنگ‌شدن فرهنگ محلی، سرزندگی و انسجام فرهنگی می‌باشد.

مسیبی (۱۳۹۹) طی پژوهشی به تحلیل اثرات گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی در شهرستان مشگین‌شهر پرداخته است. براساس مدل برازش رگرسیونی شاخص‌های گردشگری سلامت که در تحقیق مورد نظر دسته‌بندی شده‌است، از دیدگاه خبرگان و کارشناسان نشان می‌دهد که تأثیر مؤثر ارتقای گردشگری سلامت بر روی ظرفیت‌های اشتغال، درآمد، تنوع‌بخشی، خدمات و تولید بوده و توانسته به‌طور مستقیم بر شاخص سرمایه‌گذاری، اشتغال و افزایش تولیدات به‌ترتیب اثرگذار باشد.

۳- مبانی نظری

اقتصاد شهری عبارت است از: نوعی کنش و ارتباط اقتصادی دوطرفه میان شهر و انسان؛ به‌عبارت‌دیگر، مجموع داده‌ها و ستانده‌های بین شهر و شهروند. یک تعامل اقتصادی بین مکان و انسان شکل می‌گیرد که علاوه‌براین جریان تعاملی، تأثیر و تأثرات هر یک بر دیگری نیز قابل‌تأمل است. هرگاه تأثیر این تعاملات به سمت معادلات تجاری و تأکید پولی سوق پیدا کند و برای سنجش آن از تغییرات کمی و عددی در سرمایه و دارایی‌های شهر و انسان استفاده شود، درواقع در پی رسیدن به رشد اقتصادی است. اما اگر این مقایسه و تفکر، به سمت تحول اساسی سرمایه‌ای، فرهنگی و محیطی

می‌توان با شناسایی و اولویت‌بندی این عوامل، الگویی مفهومی و کاربردی برای سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان شهری و فعالان بخش خصوصی ارائه داد. این پژوهش تلاش دارد با تمرکز بر دو شهر مهم تهران و شیراز، به این پرسش پاسخ دهد و شکاف موجود در ادبیات و عمل را پر نماید.

۲- پیشینه پژوهش

الف) پژوهش‌های خارجی

فیگوریدو^۱ و همکاران (۲۰۲۴) پژوهشی با عنوان «نگاشتی از توسعه پایدار در گردشگری سلامت: مروری بر ادبیات نظام‌مند» ارائه نمودند. پنج گروه موضوعی در توسعه پایدار در گردشگری سلامت شناسایی شدند که عبارتند از: دینفعان گردشگری پایدار، تأثیر COVID-19، گردشگری سلامت، چالش‌ها و فرصت‌ها و ارزش‌های پایداری.

یان^۲ (۲۰۲۴) پژوهشی تحت عنوان «بررسی سیستماتیک گردشگری سلامت سنتی: پیشینه گردشگری سلامت» ارائه نمودند. عوامل محرک مختلفی مانند: منابع طبیعی، چشم‌انداز، طب سنتی، غذاهای سالم، مزایای هزینه و تعامل اجتماعی دسته‌بندی شدند که آخرین دسته شامل محتوای مقالات از نظر چالش‌های برجسته شده در مقالات مرتبط با گردشگری سلامت سنتی بود که شامل نقش حمایت دولت و همکاری بین ذی‌نفعان بود.

ب) پژوهش‌های داخلی

آجیل‌پی و همکاران (۱۴۰۲) به تبیین برندسازی مکانی بر مؤلفه‌های تجربه گردشگری گردشگران سلامت در شهر تهران پرداختند. مطابق یافته‌های پژوهش، چهار مؤلفه اصلی اقامت، امکانات و فعالیت‌ها، جذابیت و تجربه گردشگری و دسترسی تجربه گردشگری برای تعیین ضریب تعیین براساس شاخص، ارتباطات مستقیم و معناداری را برندسازی مکانی را دارا هستند و ارتقای

² Yan

¹ Figueiredo

میان شهر و انسان جهش یابد، تأکید بر بنیان‌های اقتصادی شهر است که به آن توسعه اقتصادی گفته می‌شود (چنگیزی و همکاران، ۱۳۹۹).

برخی توسعه اقتصادی را فرایندی می‌دانند که موجب افزایش تولید سرانه شاغلین نیروی کار در بلندمدت می‌شود و برخی دیگر نیز توسعه اقتصادی را افزایش ظرفیت‌های تولیدی و تنوع در تولیدات یک جامعه (در حوزه‌های مختلف خدماتی و صنعتی) در بلندمدت می‌دانند (مهرافزون، ۱۳۹۶). توسعه اقتصادی منطقه‌ای و شهری بر اساس دیدگاه‌های بسیار متفاوت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. دیدگاه نئوکلاسیک بر تصمیم‌گیرندگان فردی منطقی و بر افزایش سرمایه (سرمایه‌گذاری)، نیروی کار و فناوری متمرکز است. نظریه کینزی دیدگاه خود را بر انگیزه‌های طرف تقاضا، هم در داخل کشورها و هم ناشی از روابط خارجی استوار کرد و اخیراً، رویکردهای جدید، با تأکید بر نقش نهادها و پویایی‌ها، در اقتصاد و در جغرافیای اقتصادی توسعه یافته- است (Lambooy, 2002).

اصطلاح گردشگری برای اولین بار در سال ۱۸۱۱ در یک مجله انگلیسی به نام Sporting Magazine استفاده شد. در آن زمان این اصطلاح به معنای «سفر کردن» بود و برای تماشای مکان‌های تاریخی و بازدید از مناظر طبیعی برای لذت استفاده می‌شد، اما از آن زمان تاکنون معانی و تعاریف مختلفی از سوی کارشناسان ارائه شده است. گردشگری شامل کلیه فعالیت‌هایی است که گردشگر در زمانی که به دلایل شخصی یا شغلی دور از محل زندگی خود زندگی می‌کند انجام می‌دهد (Smid & Zurat, 2002).

طبق تعریف سازمان جهانی گردشگری (WTO) گردشگری شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که فرد در طول سفر در مکانی غیر از محیط بومی خود به مدت حداقل ۲۴ ساعت و حداکثر یک سال با هدف سرگرمی، تفریح، اوقات فراغت، ورزش، دیدار با اقوام و آشنایان، تجارت، مأموریت، شرکت در همایش‌ها یا سمینارها،

درمان، مطالعه، تحقیق، فعالیت‌های مذهبی و مانند آن انجام می‌دهد (صدرموسی، ۱۳۸۶). گردشگری، پدیده‌ای است که ماهیت چندبخشی دارد و نیاز اصلی آن همکاری‌های بین‌بخشی است؛ زیرا بسیاری از ذی‌نفعان مختلف در روند برنامه‌ریزی گردشگری منافع مختلفی دارند و تنها از طریق فرایند اشتراک اطلاعات و تصمیم‌گیری با همه ذی‌نفعان است که گردشگری می‌تواند با حداقل تأثیرات منفی تکامل یابد (معدنی، ۱۴۰۲).

گردشگری، صنعتی است که دارای ابعاد چندگانه است، بنابراین برای تأمین نیازهای گردشگران نیازمند امکانات و زیرساخت‌هایی مانند حمل‌ونقل و اقامت، است. در صورت تعامل گردشگران با مقاصد توریستی که توسط امکانات و زیرساخت‌های پشتیبانی‌کننده موجود در مقاصد توریستی پشتیبانی می‌شوند، فعالیت‌های گردشگری می‌تواند اجرا یا تقویت شود. گردشگری همچنین می‌تواند با ارتقای فرهنگ بومی به‌عنوان یک جاذبه، ابزاری برای حفظ فرهنگ بومی باشد، به‌طوری‌که نقش مشارکت جامعه نه‌تنها به‌عنوان کارگران، بلکه به‌عنوان برنامه‌ریزان و مدیران گردشگری نیز ضرورت می‌یابد (Elystiawati et al, 2024).

گردشگری سلامتی، یکی از ده بخش کلیدی اقتصاد بزرگ سلامتی می‌باشد که شامل صنایعی است در جهت توانمندسازی افراد تا رفتارها، فعالیت‌ها و عادات زندگی را در زندگی خود بگنجانند. برعکس، گردشگری پزشکی عمدتاً واکنشی است و شامل افرادی است که از بیماری رنج می‌برند و با تمایل به دریافت درمان با کیفیت بالاتر با هزینه کمتر انگیزه سفر دارند. با این وجود، بحث پیش‌گفته نشان می‌دهد که گردشگری سلامتی، در واقع زیرمجموعه‌ای است که در زیر چتر بزرگ‌تر گردشگری سلامت قرار دارد که گردشگری پزشکی را نیز دربر می‌گیرد. (GWI, 2018).

توریسم پزشکی که به‌عنوان نوع جدیدی از جایگزین گردشگری ظهور کرده، افرادی را شامل می‌شود که با

صرف نظر از اصطلاح استفاده شده، هر یک از این افراد از همان شاخه جدید صنعت گردشگری برای نیل به هدف استفاده می کنند (Rutherford, 2007).

۴- روش پژوهش

روش تحقیق مطالعه حاضر مبتنی بر روش تحقیق کیفی و مطابق با الگوی شش لایه پیاز ساندرز پیش‌بینی شده است. پیاز تحقیقاتی ساندرز، مراحل توسعه یک کار تحقیقاتی را نشان می‌دهد که توسط ساندرز و همکاران (۲۰۰۷) توسعه یافته است. به عبارت دیگر، لایه‌های پیاز شرح مفصل‌تری از مراحل فرایند تحقیق ارائه می‌دهند. پارادایم فلسفی این پژوهش (لایه نخست) از منظر فلسفه هستی‌شناسی در حوزه اثبات‌گرایی است. نوع پژوهش به لحاظ هدف و ماهیت (لایه دوم) در تحقیق پیش‌رو از حیث هدف، توسعه‌ای و از نوع ماهیت، تحلیلی است. رویکرد پژوهش (لایه سوم)؛ در مقام قیاس با نظریات پایه و متأخر (مبانی نظری) و استقرایی در بخش‌های تحلیلی (براساس استفاده از جامعه نمونه و تعمیم به جامعه اثر) است. روش پژوهش (لایه چهارم)؛ در بخش مبانی نظری از مطالعات اسنادی و در وهله جمع‌آوری داده‌ها از استراتژی پیمایشی استفاده گردیده است. افق زمانی پژوهش (لایه پنجم)؛ بلندمدت در نظر گرفته شده و بازه زمانی حداقل سه ساله مشخص برای بخش‌های مطالعاتی در نظر گرفته شده است. در مورد شیوه‌ها و روش‌های گردآوری داده‌ها (لایه ششم)؛ از پرسشنامه مصاحبه‌های عمیق و مطالعات اسنادی و کتابخانه‌ای بهره برده شده است.

جامعه آماری در این تحقیق به بهره‌برداران، کارآفرینان، متخصصان، برنامه‌ریزان و مجریان حوزه گردشگری سلامت (توریسم درمانی) اطلاق می‌شود که شامل اساتید دانشگاه، پزشکان، تجار و کارشناسان وزارتخانه‌ها و ادارات مختلف دخیل در موضوع پژوهش می‌باشد. دلیل وسعت جامعه آماری نیز ارتباط مستقیمی به مقیاس عملکردی نمونه‌های مورد مطالعه و نوآوری در موضوع تحقیق دارد. در راستای جمع‌آوری داده‌های مکفی و قابل تحلیل در حیطه موضوعی پژوهش ۵۰ پرسشنامه از

هدف دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی غیراورژانسی به کشور دیگری سفر می‌کنند. به عنوان بخشی از توریسم پزشکی، مردم یا از کشورهای در حال توسعه به کشورهای بسیار توسعه‌یافته برای درمان پزشکی که در کشورشان در دسترس نیست یا قانونی نیست سفر می‌کنند، یا به دلیل کیفیت پایین یا نبود خدمات پزشکی، از کشورهای بسیار توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه سفر می‌کنند تا هزینه و زمان انتظار نسبتاً کوتاه‌تری را نسبت به کشور مبدأ، صرف نمایند (Chaulagain et al., 2020).

گسترش فنون ارتباطی همراه با انتقال دانش پزشکی باعث ایجاد شکل جدیدی از گردشگری به نام سلامت گردیده است. به عبارت دیگر ترکیب پزشکی و گردشگری امروزه به عنوان صنعت جدیدی از حوزه گردشگری مطرح شده است. گردشگری سلامت به گردشگری گفته می‌شود که به کشور دیگر سفر می‌کند تا از آب‌وهوا، جاذبه‌های طبیعی و امکانات پزشکی برای درمان استفاده نماید (نجاری و همکاران، ۱۴۰۰).

گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی صورت می‌پذیرد. گردشگری سلامت، شاخه‌ای از گردشگری عمومی است که سفر گردشگران را با هدف دریافت درمان‌های شفابخش خاص یا افزایش رفاه ذهنی، جسمی یا معنوی آنها برنامه‌ریزی می‌کند. گردشگری پزشکی با درمان انواع بیماری همراه است و به حفظ و ارتقای سلامت و رفاه گردشگران از طریق خدمات ارائه شده مراکز سلامتی به خصوص، رخ می‌دهد (محمودآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

توریست پزشکی به عنوان فردی تعریف می‌شود که به دنبال مراقبت‌های بهداشتی برای هزینه کمتر یا کاهش دوره انتظار در خارج از کشور مبدأ، همراه با قصد لذت بردن از تعطیلات پس از عمل درمان است. باین حال، بسیاری از برچسب‌های دیگر به کسانی که در طول تعطیلات به دنبال درمان پزشکی هستند نسبت داده می‌شود (به عنوان مثال مسافر پزشکی یا توریست سلامت).

استاد دانشگاه و صاحب‌نظران حوزه گردشگری سلامت در دو وزارتخانه میراث تاریخی و گردشگری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولیان امر و ۱۰ مصاحبه عمیق از متخصصان حیطه مذکور (اعم از طراحان، کارآفرینان، متخصصان، دانشجویان دکتری، برنامه‌ریزان و مدیران شهری و وزارتخانه‌های مذکور) پیش‌بینی گردیده است. روش نمونه‌گیری که در پژوهش پیش رو استفاده شده است از نوع احتمالی و چندمرحله‌ای است. نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در واقع نوع دیگری از نمونه‌گیری خوشه‌ای است. زمانی که مورد مطالعه انتخاب شد می‌توان نمونه‌گیری را در داخل حوزه مورد نظر آغاز کرد. به‌عنوان مثال مطالعه‌کننده ممکن است مشخصات کلیه افرادی را که در یک حوزه فعالیت می‌کنند را داشته باشد؛ بنابراین از بین این افراد ۱۰ نفر را به صورت تصادفی انتخاب می‌کند. در روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای فهرست نمونه‌گیری دو بار و در بعضی مواقع بیش از دو بار تهیه می‌شود.

ابزار مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌ها از متخصصان پرسشنامه‌های تخصصی در کنار مصاحبه‌های عمیق با این افراد است. در وهله ورود داده‌ها و تبدیل آنها به اطلاعات متقن و قابل‌اتکا، از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مرتبط استفاده شده و بخش اعظمی ورودی و خروجی‌ها از این نرم‌افزار است. بخش دیگری از داده‌های نرم‌افزاری نیز در نرم‌افزار Super Decision وارد شده تا فرایند مختص تحلیل شبکه‌ای، در این نرم‌افزار انجام شود. در پژوهش حاضر از روش تحلیلی استفاده شده است. پژوهش تحلیلی نوعی از تحقیق است که به‌طور عمده به تجزیه و

تحلیل اطلاعات و داده‌ها برای رسیدن به درک عمیق‌تر از روابط میان متغیرها یا کشف الگوها و روندها متمرکز است. پژوهش تحلیلی معمولاً شامل مراحل زیر است:

۱- تعریف مسأله و اهداف تحقیق: در ابتدا باید مسأله پژوهش به‌وضوح تعریف شود و اهداف تحلیل روشن شوند. این مرحله شامل انتخاب متغیرها و پدیده‌هایی است که قرار است مورد بررسی قرار گیرند.

۲- جمع‌آوری داده‌ها: محقق داده‌های مورد نیاز برای تحلیل را جمع‌آوری می‌کند. این داده‌ها می‌توانند از منابع مختلف مانند نظرسنجی‌ها، مقالات علمی، داده‌های ثانویه یا اسناد دیگر به‌دست آید.

۳- تحلیل داده‌ها: داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش‌های مختلف آماری یا کیفی تحلیل می‌شوند. در تحلیل آماری از ابزارهایی مثل رگرسیون، تحلیل همبستگی یا مدل‌های معادلات ساختاری استفاده می‌شود.

۴- تفسیر نتایج: پس از تحلیل داده‌ها، محقق نتایج را تفسیر کرده و به بررسی و نتیجه‌گیری در مورد روابط علی، الگوها و تغییرات موجود می‌پردازد.

۵- گزارش‌دهی و نتیجه‌گیری: در نهایت، نتایج تحقیق در قالب یک گزارش ارائه می‌شود که در آن نتایج اصلی، تحلیل‌های انجام‌شده و پیشنهادات برای تحقیقات آینده یا کاربردهای عملی ذکر می‌شود.

۵- یافته‌های پژوهش

پس از انجام گام اول، مفاهیم اولیه و کلیدی شناسایی و استخراج گردیدند. در جدول ۱، نمونه‌ای از مصاحبه‌های انجام شده، آورده شده است.

محتواى مصاحبه	كد و مفهوم استخراج شده
مصاحبه اول	
نقش بسيار مهمى در توسعه اقتصادى تهران و شيراز داشته باشد	توسعه اقتصادى
مراکز درمانى قوى اى دارند كه مى توانند بيماران داخلى و خارجى را جذب كنند و درآمدهاى قابل توجهى ايجاد كنند.	مراکز درمانى قوى جذب بيماران داخلى و خارجى درآمد بالا
از عوامل درون شهرى مهم مى توانم به كيفيت خدمات پزشكى، وجود نيروى متخصص و همچنين امنيت و دسترسى آسان اشاره كنم.	كيفيت خدمات پزشكى وجود نيروى متخصص امنيت دسترسى آسان
زيرساختهاى درمانى كاملاً حياتى هستند. بدون تجهيزات به روز و مراکز مجهز نمى توان انتظار جذب گردشگر سلامت داشت.	تجهيزات به روز زيرساختهاى درمانى
بزرگترين چالش ها، نبود هماهنگى بين دستگاه ها و ضعف تبليغات تخصصى است.	ضعف تبليغات تخصصى نبود هماهنگى بين دستگاه ها
دولت بايد قوانين را تسهيل كند و زيرساخت ها را توسعه دهد. بخش خصوصى هم بايد خدمات نوآورانه ارائه كند.	توسعه زيرساخت ها قوانين دولتى توسعه بخش خصوصى نوآورى در خدمات
ظرفيت هاى بالقوه زيادى وجود دارد، از جمله جاذبه هاى فرهنگى و طبيعت اطراف كه مى توانند تركيب خوبى با گردشگرى سلامت باشند.	جاذبه هاى فرهنگى جاذبه طبيعت ظرفيت هاى بالقوه
فرهنگ محلى نسبتاً پذيراي گردشگران است ولى بايد آموزش هاى بين فرهنگى براى كاركنان فراهم شود تا تعامل بهترى شكل گيرد.	فرهنگ محلى آموزش هاى بين فرهنگى تعامل كاركنان
فناورى هاى نوين به خصوص در حوزه پزشكى از راه دور و پرونده هاى الكترونيكى خيلى كمك كرده اند.	استفاده از فناورى هاى نوين
نيروى انساني متخصص و آموزش ديده در اين حوزه شرط موفقيت است.	نيروى انساني متخصص آموزش
توصيه ام اين است كه هماهنگى بين بخش ها بيشتري شود و بسته هاى درمانى جامع همراه با اقامت و گردشگرى ارائه شود.	هماهنگى بين بخشى شرائط مناسب اقامت و گردشگرى

كدهاى شناسايى شده مشابه، حذف يا ادغام شدند. در نهايت خلاصه كدهاى استخراج شده از هر مصاحبه شونده به شرح جدول ۲ گزارش شده است.

كدهاى استخراج شده تمام مصاحبه ها به طور خلاصه گزارش شده و در اين مرحله، ۳۷۲ كد اوليه از همه مصاحبه ها استخراج شده است. در اين بخش مفاهيم و

جدول ۲- خلاصه کدهای استخراج شده از هر مصاحبه

ردیف	کد مصاحبه‌شونده 8	تعداد کل کدهای استخراج شده	تعداد کدهای استخراج شده بدون تکرار
۱	A	۳۴	۶
۲	B	۳۰	۵
۳	C	۳۲	۵
۴	D	۳۵	۶
۵	E	۲۵	۸
۶	F	۲۶	۵
۷	G	۱۵	۵
۸	H	۲۹	۴
۹	I	۲۲	۴
۱۰	J	۳۰	۷
۱۱	K	۴۵	۸
۱۲	L	۴۹	۷

با مقایسه کدگذاری‌ها و مفاهیم شناسایی شده و استخراج شده در دو مصاحبه آخر (یازدهم و دوازدهم) و مقایسه آن با یافته‌های استخراج شده قبلی، مشخص شد که محتوای جدیدی به پژوهش اضافه نگردیده است که نتیجه‌گیری منطقی آن به اشباع نظری رسیدن در پژوهش است. در نهایت مصاحبه‌ها در این مرحله متوقف شد. تعداد ۷۰ کد اولیه از مجموع مصاحبه‌ها استخراج شد.

در این بخش در دو مرحله مرتبط و پیوسته، مفاهیم و کدهای اولیه در یک دسته‌بندی چندسطحی تقسیم‌بندی می‌شوند به نحوی که در بخش اول، مفاهیم اولیه و پایه‌ای به مقوله‌های فرعی، دسته‌بندی می‌شوند و در نهایت این مقوله‌های فرعی در دسته‌های بزرگتری به مقوله‌های اصلی گروه‌بندی می‌شوند. این دسته‌بندی در جدول ۳، مشخص و گزارش شده است.

جدول ۳- مقوله‌بندی تحلیل محتوای مصاحبه‌ها

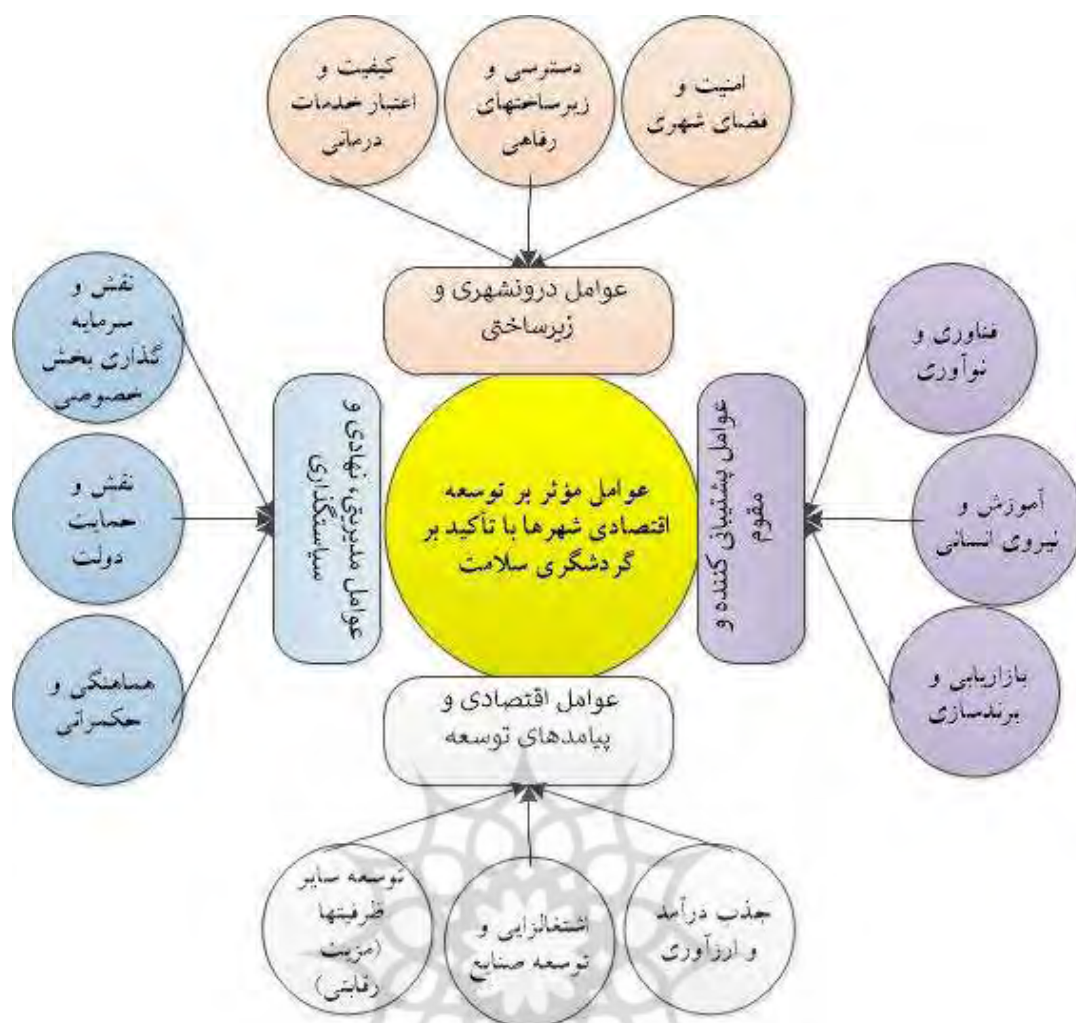
مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم مرتبط
عوامل درون‌شهری و زیرساختی	کیفیت و اعتبار خدمات درمانی	کیفیت خدمات پزشکی، وجود نیروی متخصص، تجهیزات به روز، اعتبار بیمارستان‌ها، استانداردهای بین‌المللی، پزشکان سرشناس، مراکز فوق تخصصی، کیفیت درمان
	دسترسی و زیرساخت‌های رفاهی	دسترسی آسان، حمل‌ونقل مطمئن، خدمات رفاهی، خدمات اقامتی تخصصی، هتلینگ استاندارد، دسترسی به امکانات شهری، دسترسی سریع، زیرساخت رفاهی
	امنیت و فضای شهری	امنیت، فضای امن شهری، اعتماد، اعتمادسازی، پذیرش اجتماعی، مهمان‌نوازی، فرهنگ محلی، امنیت شهر
عوامل مدیریتی، نهادی و سیاست‌گذاری	هماهنگی و حکمرانی	هماهنگی بین‌بخشی، نبود هماهنگی بین دستگاه‌ها، حکمرانی یکپارچه، مدیریت یکپارچه شهری، هماهنگی مشترک دولتی - خصوصی، برنامه‌ریزی راهبردی، ناهماهنگی نهادی، فقدان رویکرد کلان

قوانین دولتی، تسهیل‌گری، نقش دولت در تسهیل امور، سیاست‌گذاری دولت، ارائه مشوق‌های مالی، ایجاد بستر قانونی مناسب، نظارت بر استانداردها، کاهش بوروکراسی	نقش و حمایت دولت	
توسعه بخش خصوصی، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، عملیاتی‌سازی بخش خصوصی، نوآوری در خدمات، بیمارستان‌های مدرن، ارائه خدمات باکیفیت، اجرای فناوری‌های نوین، سرمایه‌گذاری خصوصی خدمات	نقش و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی	
استفاده از فناوری‌های نوین، مشاوره‌های آنلاین، پرونده الکترونیک، هوش مصنوعی، تله‌مدیسین، بازاریابی دیجیتال، پلتفرم‌های هوشمند، فناوری‌های نوین پزشکی و ارتباطی	فناوری و نوآوری	عوامل پشتیبانی‌کننده و مقوم
آموزش، آموزش نیروی انسانی، نیروی انسانی متخصص، آموزش‌های بین‌فرهنگی، مهارت‌های زبان، تربیت نیروی متخصص، آموزش مستمر، مهارت‌های فناوری	آموزش و نیروی انسانی	
تبلیغات بین‌المللی، برندسازی، تبلیغات هدفمند، بازاریابی، weakبازاریابی بین‌المللی، برندینگ شهری، برند بین‌المللی، برندسازی هوشمند	بازاریابی و برندسازی	
توسعه اقتصادی، درآمد بالا، درآمد ارزی، جذب بیماران خارجی، ارزآوری، افزایش درآمد شهری، پيشران اقتصادی، رونق اقتصادی شهری	جذب درآمد و ارزآوری	عوامل اقتصادی و پیامدهای توسعه
اشتغال‌زایی، محرک اشتغال‌زایی، اشتغال پایدار، رشد صنایع وابسته و جنبی، فعال‌کننده زنجیره ارزش خدمات شهری، توسعه هتلینگ، توسعه حمل‌ونقل، توسعه فناوری	اشتغال‌زایی و توسعه صنایع	
ظرفیت‌های بالقوه، جاذبه‌های فرهنگی، جاذبه‌های تاریخی، جاذبه طبیعت، تلفیق درمان با فرهنگ و طبیعت، استفاده از ظرفیت علمی، استفاده از ظرفیت فرهنگی، مزیت رقابتی	تلفیق با سایر ظرفیت‌ها (مزیت رقابتی)	

شوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

بعد از استخراج مقوله‌های اصلی و فرعی، الگوی

مفهومی تحقیق در شکل ۱، ارائه شده است.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

۶- نتیجه‌گیری و پیشنهاد

پژوهش حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر بر توسعه اقتصادی شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت در شهرهای تهران و شیراز انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که توسعه گردشگری سلامت در بستر شهری نه تنها یک صنعت خدماتی بلکه یک موتور محرک اقتصادی محسوب می‌شود که می‌تواند پیشران اصلی رشد اقتصادی، افزایش اشتغال و ارتقای جایگاه بین‌المللی شهرها باشد. در این میان، عواملی همچون زیرساخت‌های درمانی پیشرفته، وجود پزشکان متخصص و مراکز فوق تخصصی و نیز قابلیت‌ها و ظرفیت‌های فرهنگی و طبیعی هر شهر به عنوان عناصر بنیادی این توسعه شناخته می‌شوند. به عبارت دیگر،

توسعه اقتصادی از طریق گردشگری سلامت مستلزم یک نگاه چندبعدی و هماهنگ است که در آن اقتصاد، فرهنگ، سلامت و فناوری در تعامل نزدیک قرار می‌گیرند. یک نتیجه مهم پژوهش آن است که توسعه گردشگری سلامت صرفاً به تجهیز بیمارستان‌ها و ارتقای خدمات پزشکی محدود نمی‌شود، بلکه به شکل گسترده‌ای وابسته به امنیت شهری، فضای اجتماعی پذیرا و اعتماد متقابل میان گردشگران و جامعه میزبان است. یافته‌ها نشان دادند که گردشگران سلامت علاوه بر درمان به دنبال تجربه مثبت از اقامت، رفاه، حمل و نقل مطمئن و ارتباط سازنده با فرهنگ محلی هستند. این مسئله موجب می‌شود که توسعه اقتصادی در این حوزه در گرو سرمایه

اجتماعی و فرهنگی و نیز بهبود کیفیت زندگی شهروندان باشد. در نتیجه، توسعه پایدار در گردشگری سلامت تنها در صورتی محقق خواهد شد که به موازات بعد اقتصادی، ابعاد اجتماعی و فرهنگی نیز تقویت شود.

در بعد سیاست‌گذاری و نهادی، پژوهش حاضر نشان داد که هماهنگی بین دستگاه‌های دولتی و خصوصی و یکپارچگی در حکمرانی شهری، یکی از الزامات اصلی برای توسعه گردشگری سلامت است. عدم هماهنگی میان نهاد‌های مختلف، بوروکراسی پیچیده و نبود رویکرد کلان راهبردی؛ از جمله چالش‌هایی است که مانع از شکوفایی کامل ظرفیت‌های گردشگری سلامت می‌شود. از طرف دیگر، نقش تسهیل‌گری دولت در کاهش موانع اداری و قانونی، حمایت از سرمایه‌گذاری‌های خصوصی و ایجاد بسترهای حقوقی و مالی مناسب برای فعالیت‌های نوآورانه و بین‌المللی بسیار حیاتی است. به طور همزمان، بخش خصوصی باید با توسعه خدمات نوآورانه، ارتقای کیفیت و سرمایه‌گذاری هدفمند، سهم خود را در این صنعت افزایش دهد.

عوامل پشتیبانی‌کننده همچون فناوری‌های نوین و آموزش نیروی انسانی نیز نقش اساسی در تقویت زیرساخت گردشگری سلامت دارند. استفاده از فناوری‌های نوین مانند پزشکی از راه دور، پرونده الکترونیک و بازاریابی دیجیتال می‌تواند علاوه بر بهبود کارایی خدمات پزشکی، امکان دسترسی گسترده‌تر گردشگران بین‌المللی را فراهم آورد. همچنین، آموزش‌های تخصصی و بین فرهنگی برای کارکنان، پزشکان و نیروهای خدماتی ضروری است تا تعامل سازنده و حرفه‌ای با گردشگران سلامت شکل گیرد. برندسازی و بازاریابی هوشمند نیز به عنوان رکن مهمی از جذب گردشگران بین‌المللی شناخته شد که در صورت توجه به آن، می‌تواند شهرهای تهران و شیراز را به قطب‌های منطقه‌ای گردشگری سلامت تبدیل کند.

بنابراین، پژوهش حاضر نشان داد که گردشگری سلامت آثار مستقیم و غیرمستقیمی بر اقتصاد شهری دارد. از یک سو موجب ارزآوری و افزایش درآمدهای شهری

می‌شود و از سوی دیگر، صنایع وابسته همچون هتلینگ، حمل و نقل، خدمات فرهنگی و رفاهی را فعال می‌کند و اشتغال پایدار را به وجود می‌آورد. علاوه بر این، تلفیق گردشگری سلامت با ظرفیت‌های فرهنگی، تاریخی و طبیعی شهرها می‌تواند مزیت رقابتی منحصربه‌فردی ایجاد کند و سهم ایران را در بازار جهانی گردشگری سلامت ارتقا بخشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اگرچه چالش‌هایی در مسیر توسعه وجود دارد، اما فرصت‌های بزرگی برای تحقق الگوی موفق در سطح ملی و بین‌المللی فراهم است. براساس نتایج پژوهش، توصیه می‌شود که دولت با کاهش موانع قانونی و بوروکراسی‌های پیچیده، فضای تسهیل‌گر برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی فراهم سازد. همچنین تدوین سند جامع ملی برای توسعه گردشگری سلامت با مشارکت همه ذینفعان از جمله وزارت بهداشت، وزارت میراث فرهنگی و گردشگری، شهرداری‌ها و انجمن‌های صنفی می‌تواند موجب هم‌افزایی و یکپارچگی در حکمرانی شود. از طرف دیگر، باید سرمایه‌گذاری‌های هدفمند در زیرساخت‌های درمانی، حمل‌ونقل و اقامت انجام شود و خدمات رفاهی و اقامتی ویژه گردشگران سلامت با استانداردهای بین‌المللی گسترش یابد. توسعه تبلیغات بین‌المللی و بازاریابی دیجیتال برای معرفی ظرفیت‌های پزشکی و فرهنگی ایران به بازارهای هدف نیز از ضرورت‌های اساسی است.

از منظر شهری، توجه به امنیت، رفاه و فضای پذیرا برای گردشگران سلامت باید در دستورکار قرار گیرد. شهرها باید در کنار تجهیزات پزشکی پیشرفته، خدمات فرهنگی و اجتماعی مناسبی را برای گردشگران فراهم آورند تا تجربه‌ای مطلوب و جامع برای آنها ایجاد شود. همچنین آموزش بین فرهنگی و ارتقای مهارت‌های زبان و ارتباطی برای کارکنان و کادر درمانی ضروری است تا تعامل حرفه‌ای با گردشگران بین‌المللی شکل بگیرد. تقویت نوآوری‌های فناورانه و ایجاد پلتفرم‌های هوشمند برای رزرو خدمات، ارائه مشاوره و پیگیری درمان نیز

می‌تواند جایگاه ایران را در بازار منطقه‌ای و جهانی ارتقا بخشد.

این پژوهش با استفاده از روش کیفی و تحلیل مصاحبه‌های خبرگان انجام شد که اگرچه داده‌های عمیقی را فراهم آورد، اما به دلیل محدودیت در تعداد مصاحبه‌ها و تمرکز بر دو شهر تهران و شیراز، نتایج آن به صورت کلی قابل تعمیم به تمام شهرهای ایران نیست. در پژوهش‌های آتی می‌توان با بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) و نمونه‌گیری گسترده‌تر، تصویر جامع‌تری از وضعیت گردشگری سلامت در کشور ارائه داد. همچنین، بررسی مقایسه‌ای میان شهرهای ایران و کشورهای موفق در حوزه گردشگری سلامت می‌تواند برای استخراج الگوهای موفق و کاربردی مفید باشد. از دیگر پیشنهادات پژوهشی، مطالعه تأثیر فناوری‌های نوین همچون هوش مصنوعی، بلاکچین و پلتفرم‌های دیجیتال بر تجربه گردشگران سلامت و نیز تحلیل نقش فرهنگ و هویت بومی در جذب و نگهداری این نوع گردشگران است.

۷- منابع

آجیل‌چی، مهتا؛ اسماعیل‌پور، حسن؛ و سعیدنیا، حمیدرضا. (۱۴۰۲). تبیین برندسازی مکانی بر مؤلفه‌های تجربه گردشگری گردشگران سلامت در شهر تهران. گردشگری شهری، ۱۰(۳)، ۴۹-۶۷.

آذر، علی؛ و سعیدی، رقیه. (۱۴۰۲). امکان‌سنجی ظرفیت‌های گردشگری سلامت در شهر مراغه با تأکید بر توسعه پایدار شهری. فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه محیط شهری، ۳(۱۰)، ۳۸-۵۰.

چنگیزی، پریسا؛ سعیده زراآبادی، زهراسادات؛ و ماجدی، حمید. (۱۳۹۹). تدوین متغیرهای رشد و توسعه اقتصادی شهرها در جهت رقابت‌پذیری مجموعه‌های شهری، فصلنامه علمی اقتصادی و مدیریت شهری، ۱۹(۳۳)، ۴۹-۶۸.

صدرموسی، میرستار؛ دخیلی کهنوجی، جواد. (۱۳۸۶). ارزیابی وضعیت تسهیلات گردشگری استان

آذربایجان شرقی از دید گردشگران. پژوهش‌های جغرافیایی، ۳۹(۶۱)، ۱۲۹-۱۴۳.

مسیبی، سمانه. (۱۳۹۹). تحلیل اثرات گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی (مطالعه موردی: شهرستان مشگین‌شهر). جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، ۱۸(۲)، ۱۶۹-۱۹۹.

معدنی، جواد. (۱۴۰۲). پیوند مفهومی گردشگری و سرمایه اجتماعی در توسعه و تحول جامعه (مطالعه ترکیبی). مطالعات اجتماعی گردشگری، ۱۱(۲۲)، ۲۵۷-۲۸۴.

مهرافزون، محمد. (۱۳۹۶). تبیین نقش توزیع خدمات شهری در توسعه اقتصادی شهری (مطالعه موردی شهر بروجرد). جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری چشم‌انداز زاگرس، ۹(۳۳)، ۱۸۹-۲۱۲.

نجاری، حمیدرضا؛ دیده‌خانی، حسین؛ مستقیمی، محمودرضا؛ و حسینی، محمدرضا. (۱۴۰۰). شناسایی و اولویت‌بندی ابعاد توریسم‌درمانی با تأکید بر کارآفرینی فناورانه. مدیریت سلامت، ۲۴(۱)، ۱۱-۲۲.

Azimovna, M. S., Ilkhomovna, U. D., & Shokhrukhovich, U. F. (2022). Innovative Strategies Of Tourism Development In Uzbekistan. *European Journal Of Innovation In Nonformal Education*, 2(1), 1-4.

Chaulagain, S., Pizam, A., & Wang, Y. (2021). An integrated behavioral model for medical tourism: An American perspective. *Journal of Travel Research*, 60(4), 761-778.

Elistyawati, I. A., Wendri, I. G. M., Suarta, I. K., & Lastari, N. K. H. (2024). "Megibung" In Tourism: Concept, Ethics And Comodification In Karangasem Regency, Bali Province. *Migration Letters*, 21(S3), 894-901.

Erkanli, E., Kilic, H., & Ozturen, A. (2024). Sustainable recovery in health

- Yan, L. (2024). A systematic review of traditional health tourism: A priori of wellness tourism. *Multidisciplinary Reviews*, 7(5), 2024096-2024096.
- tourism: Managerial insights from a mediterranean destination during the COVID-19 pandemic. *Sustainability*, 16(18), 8171.
- Figueiredo, N., Abrantes, J. L., & Costa, S. (2024). Mapping the Sustainable Development in Health Tourism: A Systematic Literature Review. *Sustainability*, 16(5), 1901.
- Kleniewski, N., & Thomas, A. R. (2019). *Cities, change, and conflict: A political economy of urban life*. Routledge.
- Lambooy, J. G. (2002). Knowledge and urban economic development: an evolutionary perspective. *Urban Studies*, 39(5-6), 1019-1035.
- Nouhaila, B. K., Aarabe, M., & Alla, L. (2024). The impact of digitalisation on the customer experience in medical tourism: A systematic review. *Impact of AI and tech-driven solutions in hospitality and tourism*, 408-428.
- Pessot, E., Spoladore, D., Zangiacomi, A., & Sacco, M. (2021). Natural resources in health tourism: a systematic literature review. *Sustainability*, 13(5), 2661.
- Rutherford, A. S. (2009). *India health: impact of medical tourism facilities on state health and economy*. Iowa State University.
- Shabankareh, M., Nazarian, A., Golestaneh, M. H., & Dalouchi, F. (2023). Health tourism and government supports. *International Journal of Emerging Markets*.
- Smid, S., & Zwart, P. (2002). Financial Services on Cyprus: Study on the Situation of Enterprises, the Industry and the Service Sections in Turkey. *IBM Report, Cyprus and Malta, Annexe II of the contract. ETD/00/503332. Reference*, 326.