

## ارزیابی روابط درونی توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی با بهره‌گیری از مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)

ساناز منصوریار<sup>۱</sup>، محمدرضا شجاعی<sup>۲</sup>، احسان ساده<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵

### چکیده

توسعه گردشگری پزشکی موجب بهبود اشتغال‌زایی و افزایش جذب بیماران در سطح ملی و بین‌المللی می‌شود. براساس آمار، ایران با وجود داشتن مزیت‌ها و توان‌مندی‌هایی در زمینه گردشگری پزشکی، به علت نداشتن شناخت و توجه به عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی (توان‌مندسازها)، نتوانسته از جایگاه مناسبی در این صنعت برخوردار شود. هدف از این پژوهش شناسایی و بررسی روابط بین توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری است. جامعه پژوهش را پانزده نفر از خبرگان گردشگری پزشکی تشکیل می‌دهند. پژوهش، از نظر ماهیت و روش، از نوع توصیفی-پیمایشی و از نظر نتیجه کاربردی است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه و پرسش‌نامه است. با مرور جامع پیشینه پژوهش و نظرخواهی از خبرگان، پانزده توان‌مندساز گردشگری پزشکی در ایران شناسایی و سپس روابط درونی بین این توان‌مندسازها، با استفاده از روش ISM، بررسی شد. پس از تحلیل داده‌ها، این توان‌مندسازها در شش سطح طبقه‌بندی شدند. توان‌مندساز «سیاست سلامت ملی» در سطح زیرین (سطح ۶) قرار گرفت که اساسی‌ترین و مهم‌ترین توان‌مندساز در مدل توسعه گردشگری پزشکی ایران است و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سایر توان‌مندسازها تأثیر می‌گذارد؛ از این رو ضروری است مورد توجه جدی مدیران این صنعت قرار گیرد. نتایج این پژوهش به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا بتوانند تصمیمات هوشمندانه‌تری بگیرند و مسیر مناسب‌تری برای توسعه این صنعت در ایران انتخاب کنند.

**واژه‌های کلیدی:** گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی، کیفیت خدمات درمانی، توان‌مندسازها،

مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)

۱. نویسنده مسئول: گروه مدیریت بازرگانی، مؤسسه آموزش عالی ارشاد دماوند، تهران، ایران (sanazmansooryar@yahoo.com)

۲. گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. گروه مدیریت، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

## مقدمه

صنعت گردشگری، درحکم یکی از متنوع‌ترین و بزرگ‌ترین صنایع جهان، مهم‌ترین منبع درآمد و ایجاد فرصت‌های شغلی برای بسیاری از کشورهای دنیاست. این صنعت از دو جهت عمده حائز اهمیت است: نخست، موجبات آشنایی ملل با دیگر فرهنگ‌ها، نژادها، قوم‌ها، سرزمین‌ها، گویش‌ها و... را فراهم می‌کند و دوم، از نظر اقتصادی، منبع تأمین درآمد و ارز محسوب می‌شود (جمشیدی، ۱۳۹۳). گسترش صنعت گردشگری، علاوه بر داشتن ابعاد وسیع اقتصادی همچون ایجاد فرصت‌های شغلی، درآمدزایی، کاهش فقر و افزایش رفاه در جامعه، بر ابراز هویت ملی و ایجاد امنیت اجتماعی و گسترش عدالت اجتماعی در جامعه نیز تأثیرگذار است (فیروزجائیان و همکاران، ۱۳۹۲).

صنعت گردشگری در ایران از ظرفیت بسیار زیادی برای رشد و توسعه برخوردار است. براساس گزارش سازمان جهانی گردشگری<sup>۱</sup> (UN-WTO)، ایران دارای رتبه دهم جاذبه‌های باستانی و تاریخی و رتبه پنجم جاذبه‌های طبیعی در جهان است و یکی از امن‌ترین کشورهای منطقه محسوب می‌شود (سازمان توسعه تجارت ایران، ۱۳۸۶).

با درک اهمیت گردشگری از جنبه‌های گوناگون، آشکال نوینی برای آن به وجود آمده و تکامل یافته است. گردشگری سلامت<sup>۲</sup> یکی از آشکال قابل توجه گردشگری نوین است. براساس تعریف‌های سازمان جهانی گردشگری، یکی از اهدافی که می‌تواند گردشگر را به سفر کردن برانگیزد، مسافرت برای کسب سلامتی است.

گردشگری سلامت، به منظور حفظ و بهبود و بازیابی سلامت جسمی و ذهنی فرد، به مدت بیشتر از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال ممکن است به طول بینجامد. به این ترتیب یک گردشگر سلامت می‌تواند از خدمات درمانی مقصد استفاده کند تا سلامت جسمی و روحی خود را به دست آورد (عزیزی و مطهری، ۱۳۹۰). از دلایلی که موجب مسافرت افراد با هدف درمان می‌شود، می‌توان به هزینه پایین مراقبت‌های پزشکی، جست‌وجو برای یافتن یک پزشک متخصص و باتجربه، کیفیت مناسب خدمات درمانی، ایمنی و کوتاه بودن زمان انتظار برای درمان اشاره کرد (سازمان توسعه تجارت ایران، ۱۳۸۶). گردشگری سلامت، به علت قابلیت‌ها و مزیت‌های رقابتی، از اهمیتی دوچندان برخوردار شده و در میان انواع گردشگری رشدی فزاینده دارد (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۸). یکی از بخش‌های مهم گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی<sup>۳</sup> است. مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی عمل جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی می‌گویند (مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی، ۱۳۹۳).

براساس نظر شعبانی و طالقانی (۱۳۹۲)، هر گردشگر که وارد کشور می‌شود برای سه نفر شغل ایجاد می‌کند؛ در گردشگری پزشکی، پزشک و پرستار و... هم به این سه نفر اضافه خواهند شد. همچنین براساس برآوردهای صورت گرفته، هر گردشگر سلامت سه برابر یک گردشگر معمولی موجب

1. World Tourism Organization  
2. Health tourism  
3. Medical Tourism

ارز آوری به کشور می‌شود (نوری و همکاران، ۱۳۹۱). در بخش گردشگری پزشکی تنها به جذب گردشگر توجه نمی‌شود، بلکه فراتر از آن، گردشگری پزشکی موقعیت و جایگاه کشور را از نظر علمی، سیاسی، اجتماعی و منطقه‌ای تقویت می‌کند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲).

از کشورهای فعال در صنعت گردشگری پزشکی می‌توان به تایلند، هند، سنگاپور، مالزی، آرژانتین، مجارستان، کوبا، اسرائیل، برزیل، اردن و ترکیه اشاره کرد (رنجنوش و همکاران، ۱۳۹۵). ایران با داشتن ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل در زمینه گردشگری، پزشکی و درمانی و استفاده مطلوب از آن‌ها می‌تواند به یکی از قطب‌های گردشگری پزشکی آسیا تبدیل شود؛ اما براساس رده‌بندی‌های صورت‌گرفته، تا به امروز نتوانسته در میان کشورهای برتر جذب‌کننده گردشگر پزشکی جایگاهی داشته باشد. در واقع ایران در این صنعت هنوز جایگاه خود را پیدا نکرده و گام‌های نخستین را طی می‌کند (طباطبایی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات گسترده در زمینه گردشگری پزشکی در ایران وجود ندارد و بیشتر مطالعات موجود، صرفاً برای شناسایی موانع و مشکلات گردشگری پزشکی در ایران است و هیچ مطالعه‌ای به شناسایی جامع توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی در ایران و ارزیابی روابط و تأثیرات آن‌ها بر هم نپرداخته است.

توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی<sup>۱</sup>، عوامل تأثیرگذار بر رشد و توسعه گردشگری پزشکی‌اند. از نظر دباتا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، توان‌مندسازها مجموعه‌ای از نقاط قوت و ضعف در هر صنعت‌اند که با شناسایی آن‌ها و رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت می‌توان موجب توسعه صنعت مربوط شد.

متأسفانه ایران، علی‌رغم داشتن ظرفیت‌های فراوان در زمینه گردشگری پزشکی، هنوز نتوانسته از قابلیت‌ها و توان‌مندی‌ها در جهت رشد اقتصادی خود بهره‌کافی ببرد. بنابه اهمیت و میزان تأثیر متفاوت هر کدام از توان‌مندسازها بر هم و بر توسعه گردشگری پزشکی، لازم است برای توسعه این صنعت در ایران به این عوامل توجه ویژه‌ای شود. از این‌رو ضروری است، توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی شناسایی و سپس سطح‌بندی شوند تا معیاری کیفی از اهمیت هر یک به دست آید و تصمیم‌گیری عملی، نظام‌مند و منطقی در خصوص توان توسعه گردشگری هر یک انجام پذیرد. جایگاه هر توان‌مندساز تعیین و متناسب با آن جایگاه، میزان توجه و سرمایه‌گذاری لازم برآورد شود.

از این‌رو هدف از پژوهش حاضر، شناسایی توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی ایران و بررسی روابط بین آن‌ها با استفاده از تکنیک ISM است. شناسایی و اولویت‌بندی توان‌مندسازها سبب بهبود و توسعه سریع‌تر آن‌ها، برنامه‌ریزی بهتر، کمک به تدوین استراتژی به‌منظور غلبه بر مشکلات موجود و در نهایت جذب بیشتر گردشگر پزشکی و رشد اقتصادی کشور خواهد شد.

## مبانی نظری پژوهش

لویس‌ترنر<sup>۳</sup>، گردشگری را امیدبخش‌ترین، پیچیده‌ترین و جایگزین‌ترین صنعتی می‌داند که کشورهای

1. Medical Tourism Enablers(MTE)
2. Debata et al
3. Louise Turner

جهان سوم باید در پی آن باشند؛ صنعتی که می‌تواند عامل مهمی در کاهش فقر و بیکاری آن‌ها باشد (جمشیدی، ۱۳۹۳). حاجی‌پور (۱۳۹۳)، صنعت گردشگری را بهترین گزینه برای جانشینی صنعت نفت در ایران می‌داند؛ چراکه این صنعت با ویژگی‌های خاص خود، صنعتی پویا با آینده‌ای روشن تلقی می‌شود. گردشگری پزشکی، از آنجاکه می‌تواند گردشگران را متقاعد کند که برای دریافت خدمات درمانی، با کیفیت بالا و قیمت پایین، مسافت‌های طولانی بپیمایند، امروزه مورد توجه دوچندان قرار گرفته است. گردشگری پزشکی نتیجه نهایی بهداشت و گردشگری است که قسمت بزرگی از فعالیت‌های اقتصادی فراملیتی را دربر می‌گیرد (بوکمن و بوکمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

براساس نظر گودرزی و همکاران (۱۳۹۲)، گردشگری پزشکی را می‌توان بنیان‌گذار نوعی فرهنگ توده‌پسند تعریف کرد که به موجب آن افراد، درحالی‌که مسافت‌های طولانی طی می‌کنند تا خدمات درمانی، دندان‌پزشکی یا جراحی دریافت کنند، گردشگر نیز محسوب می‌شوند. کونل<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) نیز، گردشگری پزشکی را پدیده رایج فرهنگی می‌داند و معتقد است که این بخش از گردشگری کمک شایانی به اقتصاد می‌کند.

گردشگری پزشکی یکی از بخش‌های سودآور برای کشورهای در حال توسعه شناخته شده و سرمایه‌گذاری در این بخش موجب افزایش درآمد، بهبود خدمات، ایجاد تراز تجاری متعادل‌تر و رشد صنعت گردشگری می‌شود (طباطبایی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). براساس نظر آوادزی و پاندا<sup>۳</sup> (۲۰۰۶)، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گردشگری پزشکی را معدن طلا تلقی می‌کنند و شدیداً به دنبال رشد و توسعه این صنعت در کشورشان هستند و رقابت در این حوزه در حال افزایش است. بنابه گفته آمودئو<sup>۴</sup>، با مروری بر ساختارهای موجود گردشگری پزشکی و معاهدات بین‌المللی، آشکار می‌شود که محبوبیت گردشگری پزشکی در حال افزایش است و این، شناسایی ظرفیت‌های بالقوه گردشگری پزشکی را ضروری می‌کند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲).

ویلسون<sup>۵</sup>، گردشگری پزشکی را نتیجه تعامل سه معیار در سطح شخصی، ملی و جهانی می‌داند که بر اثر فرایند جهانی شدن ایجاد شده است. این رویکرد گستره‌ای از خدمات فراملی تعریف می‌کند که علاوه بر مراقبت‌های انفرادی، آن را عاملی در بازآفرینی معیارهای ملی می‌شناسد (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲). صادرات خدمات پزشکی، از طریق گردشگری پزشکی، یک اصل شناخته شده برای تقویت ساختار بهداشت و درمان کشورها، نیل به استانداردهای جهانی بهداشت و بهبود کیفیت درمانی است؛ که در نهایت رضایت جامعه داخلی را به دنبال خواهد داشت (صدرممتاز و آقارحیمی، ۱۳۸۹). براساس نظر سیف‌زاده بهمبری (۱۳۸۹)، گردشگری پزشکی به مراکز امکان می‌دهد که سرعت، کیفیت و دقت خدمات خود را افزایش دهند و نیز، موقعیت رقابتی قوی برای ارائه خدمات درمانی ایجاد می‌کند. از نظر نوری و همکاران (۱۳۹۱)، برخی از کارکردهای گردشگری پزشکی در ایران عبارتند از:

1. Bokman & Bokman
2. Connell
3. Awadzi & Panda
4. Amodeo
5. Wilson

اشتغال‌زایی برای قشر تحصیل‌کرده به‌ویژه کارکنان بخش سلامت؛ بهبود خدمات و تسهیلات در بیمارستان‌ها و جوامع محلی؛ جلوگیری از فرار مغزها و کاهش مهاجرت؛ تنوع اقتصادی و خروج از اقتصاد تک‌محصولی، توسعه و بهبود تجهیزات زیربنایی (سیستم حمل‌ونقل)؛ رشد کیفی در حوزه گردشگری؛ تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت در منطقه؛ جذب گردشگران سلامت از کشورهای حاشیه خلیج فارس و کشورهای اسلامی.

### پیشینه پژوهش

در حوزه گردشگری پزشکی، مطالعات چندی توسط پژوهشگران داخلی و خارجی انجام گرفته است. در این بخش، برخی از این پژوهش‌ها به تفکیک ارائه می‌شود:

(الف) پژوهش‌های داخلی در حوزه گردشگری پزشکی:

جدول ۱: خلاصه‌ای از پژوهش‌های داخلی انجام‌شده در حوزه گردشگری پزشکی

پژوهشگران، سال	هدف پژوهش	یافته پژوهش
معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)	ارزیابی و اولویت‌بندی عوامل داخلی مؤثر بر جذب گردشگران پزشکی در ایران	معیار اصلی پزشکی و زیرمعیار تجهیزات پزشکی در اولویت‌بندی، بیشترین امتیاز را به خود اختصاص دادند.
ابوالحسنی (۱۳۹۳)	بررسی جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی	مشکلاتی در حیطه‌های دسترسی به خدمات، خطاهای پزشکی، بیمه‌های سلامت، اعطای مجوز و تأییدیه‌های قانونی مراکز، عملیات پزشکی و تکنولوژی‌های پزشکی وجود دارد.
مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی (۱۳۹۳)	ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد	به‌روز بودن اطلاعات کادر بیمارستان و مرتبط بودن تخصص پزشکان با وظایف آن‌ها، اساسی‌ترین عوامل در مدل توسعه گردشگری سلامت هستند
ربیعی و چراغی نیرومند (۱۳۹۳)	ارائه راهبردهای مدیریتی برای توسعه گردشگری درمانی در ایران.	راهبردهای منتخب: سیاست‌گذاری کلان دولت برای رفع موانع گردشگری درمانی و اجرای آن سیاست‌ها، ایجاد مراکز بازاریابی گردشگری درمانی توسط بخش خصوصی برای جذب گردشگران از کشورهای هدف
عربشاهی کریمی و آریان‌فر (۱۳۹۲)	بررسی گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی-درمانی در ایران	براساس یافته‌ها، به‌منظور توسعه گردشگری در ایران باید به‌طور جدی و بنیادی‌تری به گردشگری سلامت و گردشگری درمانی توجه شود و از طریق سرمایه‌گذاری بیشتر و مؤثرتر و دنبال کردن برنامه‌های بلندمدت و جامع در این زمینه راه توسعه گردشگری هموار شود.
میرفخرالدینی و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی رضایت‌مندی گردشگران درمانی شهر یزد و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر آن با روش TOPSIS فازی	بین ادراکات و انتظارات بیماران و همراهان آن‌ها از کیفیت خدمات ارائه‌شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در رتبه‌بندی عوامل مؤثر، داشتن تجهیزات مناسب و مناسب بودن کیفیت درمان، نسبت به سایر عوامل از وضعیت بهتری برخوردارند.
دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران	مشکلات شناسایی‌شده این صنعت در ایران عبارتند از: فقدان برنامه مدون گردشگری پزشکی، حمایت ناکارآمد دولت از گردشگری پزشکی، نبود اعتباربخشی بیمارستان‌ها، فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی.

شناسخت و تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی اصفهان و ارائه راهبردهای مؤثر در توسعه آن	جباری و همکاران (۱۳۹۱)
براساس نتایج، ۹ دسته اصلی شناسایی شدند و راهبردهای مؤثر شامل راهبردهای متمرکز بر افزایش قدرت، متمرکز بر افزایش موافقت و متمرکز بر حفظ موضع است.	
بررسی موانع توسعه صنعت گردشگری در جمهوری اسلامی ایران	محرابی و همکاران (۱۳۹۱)
۱. عامل زیربنایی؛ ۲. عامل سیاسی؛ ۳. عامل فرهنگی؛ ۴. عامل دولتی؛ ۵. عامل انسانی؛ ۶. عامل مدیریتی؛ ۷. عامل اقتصادی. نتایج بیانگر این است که ضعف امکانات زیربنایی و زیرساختی از مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری است.	
اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری پزشکی ایران	حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۸۹)
۱. برندسازی در حوزه درمان؛ ۲. هماهنگی کامل نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی؛ ۳. وجود نهاد بین‌بخشی متولی و سیاست‌گذار.	
ارائه راهکارهایی برای توسعه گردشگری پزشکی	شالیبافیان (۱۳۸۹)
مهم‌ترین راهکارها: مشخص کردن تعرفه‌های خدمات پزشکی برای بیماران خارجی و اعمال سیستم قیمت‌گذاری واحد، تنظیم برنامه همکاری متقابل با بیمارستان‌های خارجی	

ب) پژوهش‌های خارجی در حوزه گردشگری پزشکی:

جدول ۲: خلاصه‌ای از پژوهش‌های خارجی انجام‌شده در حوزه گردشگری پزشکی

پژوهشگران، سال	هدف پژوهش	یافته پژوهش
بلادی و همکاران <sup>۱</sup> (۲۰۱۵)	بررسی تأثیر توسعه گردشگری پزشکی بر مهاجرت کارکنان بهداشت در کشورهای در حال توسعه	گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه، باعث افزایش حقوق کارکنان ماهر پزشکی می‌شود و در نتیجه مانع از ترک کشور توسط آن‌ها می‌شود.
هان و سین هیان <sup>۲</sup> (۲۰۱۵)	بررسی تأثیر رضایت، اعتماد و قیمت معقول بر حفظ مشتری در گردشگری پزشکی	بین کیفیت درک‌شده، رضایت، و اعتماد به کارکنان و کلینیک ارتباط معنی‌داری وجود دارد و بر قصد بازگشت مجدد به کلینیک و کشور مقصد تأثیر می‌گذارد. رضایت و اعتماد در نقش واسطه مهم عمل می‌کنند.
لی و فرناندو (۲۰۱۵)	بررسی پیشایندها و نتایج زنجیره تأمین گردشگری پزشکی	وابستگی متقابل، قوی‌ترین تأثیر عوامل پیشایندها است. هماهنگی و اشتراک‌گذاری اطلاعات زنجیره تأمین گردشگری پزشکی، تأثیر مستقیم بر عملکرد سازمانی دارد.
نگام وچایکت و بایزی <sup>۳</sup> (۲۰۱۴)	بررسی نیازهای ارتباطی گردشگران پزشکی در تایلند	ایجاد مدل ارتباطی یک‌پارچه برای ترویج اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماران که موجب رضایت آن‌ها می‌شود.
ویلادریچ و بارون فاوست <sup>۴</sup> (۲۰۱۴)	بررسی نقش برندسازی اینترنتی جراحی زیبایی در توسعه گردشگری پزشکی آرژانتین	در بازاریابی‌های آنلاین، آرژانتینی‌ها به‌عنوان مدل ارتقایافته جراحی توسط بازدیدکننده‌ها به‌تصویر کشیده می‌شوند و تبلیغات با مضموم افزایش جاذبه جنسی با بهبود ظاهر فیزیکی به گردشگران پزشکی ارائه می‌شود.

1. Beladi et al

2. Han & Sean Hyun

3. Ngamvichaikit & Beise-Zee

4. Viladrich & Baron-Faust

لزوم مهم دانستن عوامل ایجاد انگیزه در گردشگران پزشکی و خواسته‌های آن‌ها از کیفیت، برای اپراتورهای گردشگری، مؤسسات پزشکی و برنامه‌ریزان گردشگری پزشکی به‌منظور توسعه و سازماندهی خدمات و کمک به اپراتورهای گردشگری در طرح برنامه‌های سفر سفارشی و خدمات بهداشت و درمان، از جمله امکانات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، به گردشگران چینی.	بررسی انگیزه گردشگران پزشکی چینی بازدیدکننده تایوان و ادراکات آن‌ها از کیفیت بسته‌های گردشگری و خدمات پزشکی مصرفی	پان و چن <sup>۱</sup> (۲۰۱۴)
۹ طرح کلیدی موجب ارتقای تمرکز بر مشتری و بهره‌وری عملیاتی و کیفی بیمارستان می‌شود. این طرح‌ها، تمایز محصول و قیمت‌های رقابتی در سطح جهان را در مدل دو قسمتی BIH پشتیبانی می‌کنند؛ در نتیجه فعالیت‌های این بیمارستان موجب یک‌پارچه‌سازی خدمات بیمارستانی و پزشکی می‌شود. یک‌پارچه‌سازی خدمات بیمارستان سبب ایجاد روند هم‌گرایی خدمات در صنعت گردشگری پزشکی می‌شود.	بررسی هم‌گرایی و یک‌پارچه‌سازی خدمات در گردشگری پزشکی بیمارستان بامگراد (BIH)	ورنز و همکاران <sup>۲</sup> (۲۰۱۴)
تعاریف گردشگری پزشکی محدود به گردشگران پزشکی است. تعاریف اغلب تلفیقی از گردشگری پزشکی، گردشگری سلامت و سفر پزشکی است؛ درحالی‌که پوشش رسانه‌ای نشان می‌دهد سفر از راه دور بیماران اروپایی طبقه متوسط برای جراحی‌ها، در گردشگری پزشکی روبه‌افزایش است.	بررسی مفهوم‌سازی و فرهنگ در تعاریف گردشگری پزشکی	کونل (۲۰۱۳)
یازده توان‌مندساز شناسایی شده، در هشت سطح، سطح‌بندی شدند؛ که مهم‌ترین آن‌ها، سیاست سلامت ملی بهداشت و درمان، تعهد مدیریت ارشد و صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی است.	ارزیابی توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری	دباتا و همکاران (۲۰۱۳)

با مطالعه و بررسی ادبیات حوزه گردشگری پزشکی و پیشینه‌های داخلی و خارجی پژوهش، مؤلفه‌هایی برای توان‌مندسازی گردشگری پزشکی استخراج شد که با نظرخواهی از خبرگان، نوزده مؤلفه به‌عنوان توان‌مندسازهای اولیه گردشگری پزشکی ایران شناسایی شد. این مؤلفه‌ها عبارتند از:

۱. پوشش بیمه پزشکی؛
۲. تحقیقات در زمینه علوم پزشکی و دارویی؛
۳. زیرساخت تجهیزات بهداشت و درمان؛
۴. همکاری‌های بین‌المللی در زمینه خدمات پزشکی؛
۵. قیمت رقابتی؛
۶. قوانین پیوند عضو؛
۷. تعهد مدیریت ارشد؛
۸. سیاست سلامت ملی؛
۹. صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی؛
۱۰. سیستم اطلاعاتی کارآمد؛
۱۱. زیرساخت نرم (آموزش، فرهنگ، امنیت)؛
۱۲. زیرساخت سخت (هتل‌داری، حمل‌ونقل هوایی، حمل‌ونقل زمینی)؛
۱۳. استانداردهای بین‌المللی برای بیمارستان‌ها؛
۱۴. بازاریابی همه‌جانبه و کارآمد؛
۱۵. سرمایه‌گذاری در حوزه پزشکی و گردشگری؛
۱۶. طراحی شبکه ذی‌نفعان گردشگری پزشکی؛
۱۷. یک‌پارچگی کیفیت خدمات بیمارستانی و پزشکی؛
۱۸. چارچوب‌های قانونی شفاف؛
۱۹. تبلیغات داخلی و خارجی کارآمد.

1. Pan&amp;Chen

2. Wernz et al

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از حیث روش توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را پانزده نفر از خبرگان گردشگری پزشکی تشکیل می‌دهند که دارای تحصیلات دانشگاهی مرتبط یا سابقه کاری مرتبط یا هر دو هستند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه و پرسش‌نامه است. برای تهیه لیست اولیه از توان‌مندسازها و سنجش روایی آن، از ابزار مصاحبه با خبرگان، که شامل پنج نفر از اساتید دانشگاهی و مدیران بیمارستانی بودند، استفاده شده است. برای تأیید نهایی توان‌مندسازها و بررسی ارتباط بین آن‌ها، از ابزار پرسش‌نامه با طیف لیکرت استفاده شده است. پاسخ‌دهندگان به پرسش‌نامه‌های این پژوهش پانزده نفر از اعضای شورای راهبردی گردشگری سلامت، اساتید گردشگری، صاحب‌نظران بخش گردشگری، مدیران و پزشکان دپارتمان بیماران بین‌الملل بیمارستان‌ها هستند. از تمامی افراد مورد مصاحبه برای پاسخ به پرسش‌نامه‌ها استفاده شده است.

در این پژوهش، برای شناسایی مهم‌ترین توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی ایران، از نظر خبرگان صنعت و دانشگاه بهره گرفته شد. به این ترتیب که نوزده مؤلفه شناسایی شده، که پیش‌تر به آن‌ها اشاره شد، در پرسش‌نامه‌ای با طیف لیکرت هفت‌تایی در اختیار خبرگان قرار گرفت. از خبرگان خواسته شد تا میزان تأثیر هر یک از این مؤلفه‌ها را بر توسعه گردشگری پزشکی در ایران مشخص کنند. در تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه، مؤلفه‌هایی انتخاب شد که فراوانی پاسخ‌های متوسط به بالای آن‌ها بیشتر بود. به این ترتیب پانزده توان‌مندساز مهم برای گردشگری پزشکی ایران شناسایی شد که در جدول ۳ به آن‌ها اشاره شده است. در ادامه، با به‌کارگیری مدل‌سازی ساختاری تفسیری، این توان‌مندسازها تحلیل می‌شود.

جدول ۳: توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی ایران

توان‌مندساز	توان‌مندساز	توان‌مندساز
۹ زیرساخت سخت (هتل‌داری، حمل‌ونقل هوایی، حمل‌ونقل زمینی)	۱ زیرساخت تجهیزات بهداشت و درمان	۱
۱۰ استانداردهای بین‌المللی برای بیمارستان‌ها	۲ همکاری‌های بین‌المللی در زمینه خدمات پزشکی	۲
۱۱ بازاریابی همه‌جانبه و کارآمد	۳ قیمت رقابتی	۳
۱۲ سرمایه‌گذاری در حوزه پزشکی و گردشگری	۴ تعهد مدیریت ارشد	۴
۱۳ یک‌پارچگی کیفیت خدمات بیمارستانی و پزشکی	۵ سیاست سلامت ملی	۵
۱۴ چارچوب‌های قانونی شفاف	۶ صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی	۶
۱۵ تبلیغات داخلی و خارجی کارآمد	۷ سیستم اطلاعاتی کارآمد	۷
	۸ زیرساخت نرم (آموزش، فرهنگ، امنیت)	۸

منبع: یافته‌های پژوهش

### رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)

رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری، روشی است که در این پژوهش برای بررسی روابط درونی توان‌مندسازها و تأثیر هر یک بر سایر توان‌مندسازها به‌کار گرفته شده است. رویکرد ISM، روشی مبتنی بر نظر خبرگان است و تعداد خبرگان پیشنهاد شده برای این روش، بین پنج تا پانزده نفر است. رویکرد



ISM روشی مؤثر و کارا برای موضوعاتی است که در آن متغیرهای کیفی، در سطوح متفاوت اهمیت، بر یکدیگر آثار متقابل دارند؛ با به‌کارگیری این فن، ارتباطات و وابستگی‌های بین متغیرهای کیفی مسئله را می‌توان یافت (رضانیان و همکاران، ۱۳۹۴). این روش به برقراری نظم در روابط پیچیده میان عناصر یک نظام کمک زیادی می‌کند. همچنین، ISM می‌تواند عناصر یک نظام را تعیین سطح و اولویت‌بندی کند؛ این امر به مدیران، برای اجرای بهتر مدل طراحی‌شده، کمک شایانی می‌کند. این روش، ترتیب و جهت روابط پیچیده میان عناصر یک سیستم را بررسی می‌کند. به بیان دیگر، ابزاری است که گروه می‌تواند به‌وسیله آن بر پیچیدگی بین عناصر غلبه کند (آذر و همکاران، ۱۳۸۷). از جمله ویژگی‌های این روش، به قابل‌درک بودن آن برای طیف وسیعی از کاربران، یک‌پارچگی آن در ترکیب نظرهای خبرگان و قابلیت کاربرد آن در مطالعه سیستم‌های پیچیده و دارای اجزای متعدد می‌توان اشاره کرد.

رویکرد ISM، روش‌های گوناگونی را برای تعیین روابط مفهومی بین هر جفت از متغیرها معرفی می‌کند. در پژوهش حاضر، برای تعیین روابط مفهومی میان توان‌مندسازها از نظر خبرگان استفاده شد. رابطه منطقی، زیربنای نظریه‌های خبرگان درباره ارتباطات مفهومی بین توان‌مندسازها قرار گرفت.

### گام‌های مدل‌سازی ساختاری تفسیری

۱. تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری (SSIM): توان‌مندسازهای شناسایی‌شده وارد ماتریس خودتعاملی ساختاری می‌شوند. این ماتریس از ابعاد توان‌مندسازها و مقایسه آن‌ها تشکیل شده است. برای تعیین نوع رابطه میان توان‌مندسازها در این ماتریس، از روابط  $V^1, X^2, O^3, A^4$  استفاده می‌شود.
۲. تشکیل ماتریس دستیابی اولیه (RM): این ماتریس نمادهای روابط ماتریس SSIM را به اعداد صفر و یک تبدیل می‌کند (قواعد آن در جدول ۴ بیان شده است).

جدول ۴: نحوه تبدیل روابط مفهومی به اعداد

نماد مفهومی	i به j	j به i
V	۱	۰
A	۰	۱
X	۱	۱
O	۰	۰

منبع: جتیش تاکار<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷

۳. تشکیل ماتریس دستیابی نهایی: این ماتریس با اعمال روابط تعدی موجود در بین متغیرها

۱. V: اگر توان‌مندساز سطر i منجر به توان‌مندساز ستون j شود.  
 ۲. X: اگر رابطه بین توان‌مندسازها دوطرفه باشد.  
 ۳. O: اگر بین توان‌مندسازها هیچ ارتباطی نباشد.  
 ۴. A: اگر توان‌مندساز ستون j منجر به توان‌مندساز سطر i شود.

تشکیل می‌شود. در این ماتریس روابط ثانویه بین ابعاد/ شاخص‌ها کنترل می‌شود. رابطه ثانویه به‌صورتی است که اگر بُعد I به بُعد J و بُعد J به بُعد K منجر شود، پس بُعد I به بُعد K منجر خواهد شد و اگر در ماتریس دستیابی این حالت برقرار نبود، باید ماتریس اصلاح و روابطی که از قلم افتاده جایگزین شود. البته عملیات به توان رساندن ماتریس باید طبق قاعده بولین<sup>۱</sup> (براساس این قاعده  $1+1=1, 1 \times 1=1$ ) باشد (هانگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). بدین ترتیب برخی از عناصر صفر تبدیل به یک خواهد شد که به‌صورت «\*۱» نشان داده می‌شود. با شناسایی روابط ثانویه و اصلاح ماتریس دریافتی، ماتریس نهایی به‌دست می‌آید.

۴. تعیین سطح و اولویت متغیرها: پس از تعیین مجموعه دست‌یابی و مجموعه پیش‌نیاز برای هر عنصر و تعیین مجموعه مشترک، سطح‌بندی متغیرها انجام می‌شود. مجموعه دست‌یابی برای هر عنصر، مجموعه‌ای است که در آن سطرهای ماتریس دست‌یابی نهایی به‌صورت ۱ ظاهر شده باشند و مجموعه پیش‌نیاز، مجموعه‌ای است که در آن ستون‌ها به‌صورت ۱ ظاهر شده باشند. با به‌دست آوردن اشتراک این دو مجموعه، مجموعه مشترک به‌دست خواهد آمد. عناصری که در آن‌ها مجموعه مشترک با مجموعه دست‌یابی یکسان است، سطح اول اولویت را به خود اختصاص می‌دهند. با حذف این عناصر و تکرار این مرحله برای سایر عناصر، سطح تمام عناصر تعیین می‌شود.

۵. ترسیم مدل ساختاری تفسیری: این مدل براساس ماتریس دست‌یابی نهایی و سطوح تعیین‌شده ترسیم می‌شود.

۶. تجزیه و تحلیل قدرت نفوذوابستگی (روش میک‌مک<sup>۳</sup>): جمع سطری مقادیر در ماتریس دست‌یابی نهایی برای هر عنصر، بیانگر میزان نفوذ و جمع ستونی، نشان‌دهنده میزان وابستگی خواهد بود. براساس این دو عامل، چهار گروه از عناصر قابل‌شناسایی خواهد بود: عوامل خودمختار، وابسته، متصل و مستقل. گروه اول عوامل خودمختارند که قدرت نفوذ و وابستگی ضعیفی دارند و تا حدودی از سایر عوامل مجزا هستند. گروه دوم عوامل وابسته‌اند که قدرت نفوذ ضعیف، اما وابستگی بالایی دارند. گروه سوم شامل عوامل متصل‌اند که قدرت نفوذ و وابستگی بالایی دارند؛ درواقع، هرگونه عملی روی این عوامل موجب تغییر سایر عوامل می‌شود. گروه چهارم عوامل مستقل‌اند که از قدرت نفوذ بالا و وابستگی پایینی برخوردارند و در اصطلاح عوامل کلیدی خوانده می‌شوند. عوامل کلیدی در یکی از دو گروه مستقل یا متصل قرار می‌گیرند.

در این پژوهش، ابتدا ماتریس خودتعاملی ایجاد می‌شود. در ماتریس خودتعاملی از نمادهایی استفاده می‌شود که در گام ۱ شرح داده شد. برای استخراج این ماتریس از نظر خبرگان استفاده شده که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود.

1. Boolean  
2. Huang et al  
3. MICMAC

جدول ۵: ماتریس خودتعاملی ساختاری (SSIM)

MTE <sup>۱</sup>	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱		V	V	A	A	A	V	O	O	V	X	X	V	A	V
۲				V	A	O	A	A	A	X	A	V	V	O	V
۳					A	A	A	A	A	A	A	X	A	O	V
۴						A	V	V	V	V	V	V	V	V	A
۵							V	V	V	V	V	V	V	V	V
۶								O	V	O	V	V	V	V	A
۷									V	V	V	V	V	X	V
۸											A	A	O	A	X
۹											X	X	V	A	V
۱۰												A	A	A	V
۱۱													V	V	A
۱۲														V	A
۱۳															A
۱۴															V
۱۵															

منبع: محاسبات پژوهش

جدول ۶: ماتریس دستیابی نهایی<sup>۲</sup> (اصلاح شده)

قدرت نفوذ	MTE	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱*	۱
۲	۱*	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱*	۱	۱	۱	۱
۳	۱*	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱*	۱	۱	۱	۱
۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۵	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۶	۱	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱*	۱	۱
۷	۱*	۱	۱	۱	۱*	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۸	۱*	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۹	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۲	۱	۱*	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۳	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱	۱
۱۵	۱*	۱	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*	۱*	۱*	۱	۱	۱	۱*	۱*	۱*
قدرت وابستگی	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	۱۵	۱۲	۱۴	۱۱	۵	۱	۵	۱۵	۱۴	۱۴	۶	۱۵

منبع: محاسبات پژوهش

۱. توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی (Medical Tourism Enablers)

۲. برای کاهش نمایشگرها، از ذکر نمایشگر ماتریس دستیابی اولیه خودداری شده است. تمامی درایه‌هایی که در این جدول دارای مقدار ۱\* هستند، در ماتریس دستیابی اولیه دارای مقدار صفر بودند.

جدول ۷: تعیین سطوح توان‌مهندس‌ها

سطح	مجموعه مشترک	مجموعه پیش‌نیاز	مجموعه دستیابی	MTE
۳	-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۲-۱۱-۱۰	-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲	۱
۲	-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۲-۱ ۱۵	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	-۱۱-۱۰-۹-۸-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳-۱۲	۲
۱	۱۵-۱۳-۱۲-۱۱-۹-۸-۷-۳-۱	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	-۱۳-۱۲-۱۰-۸-۷-۳-۱ ۱۵	۳
۴	۱۴-۷-۶-۴	۱۴-۷-۶-۵-۴	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	۴
۶	۵	۵	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	۵
۴	۷-۶-۴	۱۴-۷-۶-۵-۴	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳-۱۲-۱۱	۶
۳	-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۴-۳-۱ ۱۴	-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۵-۴-۳-۱ ۱۴-۱۲	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	۷
۲	۱۵-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۸-۲-۱	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	-۱۲-۱۰-۹-۸-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳	۸
۳	-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۲-۱ ۱۵-۱۴	-۱۱-۹-۱۲-۷-۶-۵-۴-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲	-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲	۹
۱	-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	-۱۲-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳	۱۰
۳	۱۲-۱۱-۹-۷-۲-۱	۱۴-۱۲-۱۱-۹-۷-۵-۴-۲-۱	-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳-۱۲	۱۱
۱	-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳-۱۲	۱۲
۲	۱۵-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۸-۲	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۸-۳-۲ ۱۵	۱۳
۵	۱۴-۹-۷-۴-۱	۱۴-۹-۷-۵-۴-۱	-۱۰-۹-۸-۷-۶-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱	۱۴
۱	۱۵-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۸-۳-۲-۱	-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰	-۱۲-۱۰-۹-۸-۳-۲-۱ ۱۵-۱۳	۱۵

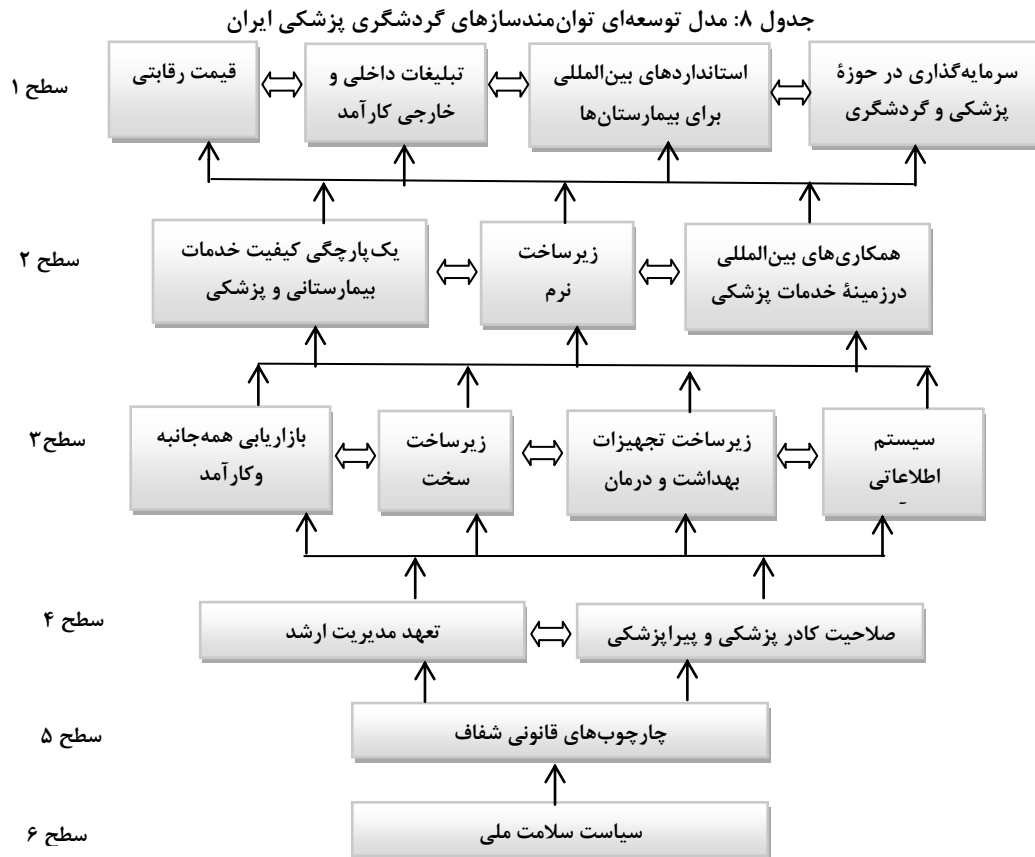
منبع: محاسبات پژوهش

### تشکیل مدل ساختاری تفسیری

پس از مشخص شدن سطوح هریک از توان‌مهندس‌ها و با در نظر گرفتن ماتریس دستیابی نهایی، مدل ساختاری تفسیری ترسیم می‌شود. مدل نهایی در جدول ۸ مشاهده می‌شود. این مدل از شش سطح تشکیل شده است.

توان‌مهندس‌هایی که در سطوح بالای سلسله‌مراتب قرار دارند، تأثیرگذاری کمتری دارند (سطوح

۱، ۲ و ۳). درمقابل توان‌مندسازهایی که در سطوح پایین سلسله‌مراتب قرار دارند، مانند سیاست سلامت ملی، چارچوب‌های قانونی شفاف، صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی و تعهد مدیریت ارشد، تأثیرگذاری زیادی بر سایر توان‌مندسازها و در نتیجه بر گردشگری پزشکی دارند (سطوح ۴، ۵ و ۶).



### تحلیل شدت نفوذ و وابستگی (MIMAC)

با استفاده از شدت نفوذ و وابستگی هر یک از توان‌مندسازها (جدول ۸)، می‌توان به گروه‌بندی توان‌مندسازها با استفاده از روش تحلیل میک‌مک پرداخت (جدول ۹). براساس نتایج، پانزده توان‌مندساز مؤثر بر گردشگری پزشکی ایران از بُعد شدت نفوذ و وابستگی در سه دسته وابسته، متصل و مستقل قرار گرفتند. هیچ‌یک از توان‌مندسازها در گروه خودمختار قرار نگرفته‌اند و این نشان‌دهنده اهمیت همه توان‌مندسازها در توسعه گردشگری پزشکی در ایران است. قرارگرفتن توان‌مندساز قیمت رقابتی در گروه وابسته نشان‌دهنده تأثیرپذیری زیاد این توان‌مندساز از توان‌مندسازهای سطح پایین‌تر از خود است. همان‌طور که در جدول ۹ مشخص است، ده توان‌مندساز که در گروه متصل قرار گرفته‌اند، همه از شدت نفوذ و وابستگی بالایی برخوردارند و هرگونه تغییر در هر یک از این توان‌مندسازها موجب تغییر در سایر توان‌مندسازها می‌شود. در مدل ISM، این توان‌مندسازها شامل سطح ۱، ۲ و ۳ می‌شوند. درنهایت، توان‌مندسازهای سیاست سلامت ملی، چارچوب‌های قانونی شفاف،

تعهد مدیریت ارشد و صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی در گروه توان‌مندسازهای مستقل قرار می‌گیرند و دارای بالاترین شدت نفوذ و کمترین تأثیرپذیری‌اند. قرارگرفتن توان‌مندساز سیاست سلامت ملی در بالاترین نقطه در نمودار شدت نفوذ-وابستگی، نشان‌دهنده کلیدی بودن این توان‌مندساز و اهمیت زیاد آن در توسعه گردشگری پزشکی در ایران است.

جدول ۹: نمودار قدرت نفوذ و وابستگی

	۱۵	۵																			
	۱۴				۴	۱۴				۷											
	۱۳																				
	۱۲				۶						۹		۱								
	۱۱									۱۱										۱۲	
	۱۰			مستقل					متصل					۲	۱۰						
	۹			مستقل					متصل							۱۵					
	۸																			۱۳و۸	
قدرت نفوذ	۷																				
	۶			خودمختار					وابسته											۳	
	۵			خودمختار					وابسته												
	۴																				
	۳																				
	۲																				
	۱																				
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷		۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵			
	وابستگی																				

### نتیجه‌گیری و پیشنهادها

توسعه گردشگری پزشکی در ایران نیازمند آن است که توان‌مندسازهای مهم و اصلی شناسایی و ارتباط بین آن‌ها مشخص شود. از این‌رو، در این پژوهش ابتدا سعی شده توان‌مندسازهای اصلی در متون نظری حوزه گردشگری پزشکی پیدا شود که در نتیجه پانزده توان‌مندساز، که بیشتر مدنظر خبرگان این صنعت بود، انتخاب شد. از آنجاکه این توان‌مندسازها در دنیای واقعی اولویت یکسانی ندارند، مستقل از هم نیستند و وابستگی‌های درونی و ذاتی با یکدیگر دارند، از روش ISM استفاده شد تا ارتباط و توالی آن‌ها مشخص شود. توان‌مندسازها در شش سطح طبقه‌بندی شدند:

- توان‌مندساز «سیاست سلامت ملی» که در قسمت زیرین مدل (سطح ششم) قرار دارد؛ این توان‌مندساز سنگ زیربنای توسعه سایر توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی است و باید پیش از هر چیز به این توان‌مندساز کلیدی توجه شود. قرار گرفتن این توان‌مندساز در گروه توان‌مندسازهای مستقل، نشان‌دهنده نقش بسیار مهم آن است؛ بنابراین به توجه بیشتر از سوی دولت، به‌خصوص

سیاست‌گذاران بخش گردشگری، نیازمند است و می‌توان استدلال کرد که سیاست سلامت ملی موفق، با مزایای گردشگری پزشکی، مطمئناً باعث تقویت دیگر توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی خواهد شد. در مدل توسعه‌ای توان‌مندسازهای گردشگری پزشکی در هند نیز، این توان‌مندساز در پایین‌ترین سطح از مدل قرار گرفت. نتایج این بخش از پژوهش هم‌راستا با نتایج پژوهش دباتا و همکاران (۲۰۱۳) است. براساس نظر دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱)، اقدامات دولت‌ها می‌تواند توان رقابتی یک مقصد گردشگری پزشکی را کاهش یا افزایش دهد؛ ضمن آنکه نباید از نقش دولت به‌عنوان مجری امنیت چشم پوشید. همچنین سرمایه‌گذاری در بخش زیرساخت‌ها، دولت را به عنصری مهم در توسعه صنعت گردشگری پزشکی تبدیل کرده است. از نظر گودرزی و همکاران (۱۳۹۲)، دولت باید سیاست‌گذاری کلانی برای رفع موانع گردشگری پزشکی، نظارت بر قیمت و کیفیت خدمات درمانی و گردشگری ارائه‌شده به بیماران انجام دهد. پیشنهادهای ارائه‌شده برای این توان‌مندساز عبارتند از: تهیه برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی؛ تشویق و حمایت سرمایه‌گذاران برای سرمایه‌گذاری در حوزه پزشکی و گردشگری و تلاش برای تسهیل سرمایه‌گذاری خارجی و داخلی در بخش گردشگری پزشکی با استفاده از مشوق‌های دولتی مانند معافیت‌های مالیاتی، اعطای وام با نرخ بهره پایین، کاهش تعرفه‌های گمرکی تجهیزات پزشکی، فراهم کردن شرایط دریافت اعتبارهای بین‌المللی از جمله JCI<sup>۱</sup>؛ به‌کارگیری مکانیزم‌هایی برای جلوگیری از مهاجرت پزشکان زبده از کشور.

- توان‌مندساز «چارچوب‌های قانونی شفاف» که در سطح پنجم و در گروه توان‌مندسازهای مستقل قرار می‌گیرد. این توان‌مندساز نیز، جزو توان‌مندسازهای کلیدی در توسعه گردشگری پزشکی ایران است. نتیجه این بخش از پژوهش هم‌راستا با نتایج پژوهش فرهادی (۱۳۹۰) است مبنی بر اینکه قوانین بیشترین تأثیر را بر رونق گردشگری سلامت دارند. قانون‌گذاری در زمینه گردشگری پزشکی و شفاف‌سازی قوانین می‌تواند موجب توسعه مستقیم و غیرمستقیم سایر توان‌مندسازها و درنهایت توسعه این صنعت در کشور شود. از نظر ابوالحسنی (۱۳۹۳)، مشکلاتی در زمینه جنبه‌های حقوقی و قانونی گردشگری پزشکی شامل حیطه‌های دسترسی به خدمات، خطاهای پزشکی، بیمه‌های سلامت، اعطای مجوز و تأییدیه‌های قانونی مراکز و عملیات پزشکی وجود دارد که باید با قوانین شفاف رفع شود. یکی از راهکارهای پیشنهادی شالیبافیان (۱۳۸۶)، وضع قوانین برای تسهیل صدور ویزای پزشکی است. تدوین قوانین شفاف برای مدیریت خطای پزشکی و عوارض ناخواسته دارویی برای این توان‌مندساز پیشنهاد می‌شود.

- توان‌مندسازهای «تعهد مدیریت ارشد» و «صلاحیت کادر پزشکی و پیراپزشکی» در سطح چهارم و در گروه توان‌مندسازهای مستقل قرار می‌گیرند. این توان‌مندسازها را می‌توان قطب سیستم دانست؛ زیرا به‌طور مستقیم روی توان‌مندسازهای زیادی تأثیر می‌گذارند. نتایج این بخش، تأییدکننده نتایج پژوهش برگمن و کلفسجو<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) و دباتا و همکاران (۲۰۱۳) است که در آن به اهمیت تعهد مدیریت ارشد و تأثیر کیفیت مدیریت بر توسعه گردشگری پزشکی اشاره شده است. همچنین نتایج

1. Joint Commission International  
2. Bergman & Klefsjo

این بخش پژوهش با نتایج پژوهش‌های هادی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) و شعبانی و طالقانی (۱۳۹۲)، مبنی بر تأثیر زیاد درمان توسط پزشکان و متخصصان برجسته بر انگیزه بیماران و قصد بازگشت مجدد آنان به مقصد گردشگری پزشکی هم‌راستا است. براساس نتایج پژوهش نوری و همکاران (۱۳۹۱)، کمبود پزشکان، پرستاران و نیروی انسانی ماهر و متخصص در حوزه گردشگری پزشکی یکی از مشکلات این صنعت در ایران است. پیشنهادهای این پژوهش عبارتند از: استفاده مدیران از نظرها و انتقادات بیماران؛ به‌روز کردن اطلاعات کادر بیمارستانی؛ نظام آموزش و ارجاع کادر حرفه‌ای درمانی؛ مرتبط بودن تخصص پزشکان با وظایف آن‌ها؛ استفاده از پزشکان مجرب و سرشناس با شهرت جهانی.

- توان‌مندسازهای «زیرساخت تجهیزات بهداشت و درمان»، «سیستم اطلاعاتی کارآمد»، «زیرساخت سخت» و «بازاریابی همه‌جانبه و کارآمد» در سطح سوم و در گروه توان‌مندسازهای متصل قرار می‌گیرند و تغییر هر یک از این توان‌مندسازها موجب تغییر سایر توان‌مندسازهای این سطح می‌شود. براساس نظر مصباحی و همکاران (۱۳۹۱)، برای توسعه گردشگری پزشکی استفاده از سامانه‌های اطلاعاتی تحت وب، به‌منظور معرفی خدمات قابل‌ارائه و ایجاد ارتباط بین ارائه‌دهنده خدمات و مشتری، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ چراکه اکثر گردشگران پزشکی نیازهای خود را از طریق اینترنت جست‌وجو می‌کنند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۳). دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱) و صدرممتاز و آقارحیمی (۱۳۸۹)، بر این نظرند که باید بر توسعه کیفیت زیرساخت‌ها تأکید شود، زیرا مهم‌ترین عامل مؤثر در توسعه گردشگری سلامت از دید مدیران است. براساس نظر شعبانی و طالقانی (۱۳۹۲)، امکان تغییر مکان مراکز درمانی وجود ندارد؛ اما می‌توان با توسعه زیرساخت سخت، تا حدود زیادی از نارضایتی گردشگران کاست. درخصوص توان‌مندساز بازاریابی، نوری و همکاران (۱۳۹۱) کمبود برنامه‌های بازاریابی مدرن و کارا برای جذب گردشگر سلامت را از علل توسعه‌نیافتگی این صنعت در ایران می‌دانند. از نظر فردوسی و همکاران (۱۳۹۰)، در راهبردهای بازاریابی کشورهای گوناگون در زمینه گردشگری پزشکی به PS7<sup>۱</sup> توجه شده است. پیشنهادهای ارائه‌شده برای این سطح از توان‌مندسازها عبارتند از: ایجاد سامانه اطلاع‌رسانی گردشگری پزشکی؛ استانداردسازی زیرساخت‌های پزشکی مطابق با استانداردهای کشورهای پیشرفته در زمینه گردشگری پزشکی؛ ایجاد دفاتر بازاریابی در بازارهای هدف؛ بررسی نقاط ضعف و قوت گردشگری پزشکی در مراکز درمانی و مقایسه آن با مراکز درمانی کشورهای موفق.

- «همکاری‌های بین‌المللی در زمینه خدمات پزشکی»، «زیرساخت نرم» و «یک‌پارچگی کیفیت خدمات بیمارستانی و پزشکی» در سطح دوم و در گروه توان‌مندسازهای متصل قرار می‌گیرند. همکاری‌های بین‌المللی به افراد کمک می‌کند تا در مورد دریافت خدمات پزشکی تصمیمات آگاهانه بگیرند. براساس نتایج پژوهش شعبانی و طالقانی (۱۳۹۲)، زیرساخت نرم، به‌ویژه از منظر امنیت، موضوعی بسیار مهم در جذب گردشگر برای یک کشور است که بر انتخاب مقصد ایدئال تأثیر می‌گذارد. وجود توان‌مندساز یک‌پارچگی کیفیت خدمات بیمارستانی و پزشکی در این سطح، هم‌راستا

۱. قیمت، تولید، مکان، ترویج، افراد، فرایند و شواهد فیزیکی



با نتایج مطالعه ابوالحسنی (۱۳۹۳) مبنی بر زمینه‌ساز بودن این توان‌مندساز در دریافت استانداردهای بین‌المللی برای بیمارستان‌ها است. آنچه بیمارستان‌ها را در بازارشان حفظ یا نابود می‌کند، نبودن یا بودن شکاف بین خدمات ارائه‌شده توسط بیمارستان‌ها و خدمات موردانتظار مشتریان است (میرفخرالدینی و همکاران، ۱۳۹۱). پیشنهادهای ارائه‌شده برای این سطح از توان‌مندسازها عبارتند از: ایجاد ارتباط با مراکز درمانی کشورهای مبدأ و تبادل تفاهم‌نامه همکاری؛ فراهم کردن امنیت روانی-اجتماعی و مالی گردشگران.

- توان‌مندسازهای «قیمت رقابتی»، «استانداردهای بین‌المللی برای بیمارستان‌ها»، «سرمایه‌گذاری در حوزه پزشکی و گردشگری» و «تبلیغات داخلی و خارجی کارآمد» در سطح اول و در گروه توان‌مندسازهای متصل قرار می‌گیرند؛ به‌جز توان‌مندساز قیمت رقابتی که جزو گروه توان‌مندساز وابسته است. قرارگرفتن این چهار توان‌مندساز در سطح اول، نشان می‌دهد که سایر توان‌مندسازها زمینه‌ساز بهبود این توان‌مندسازها هستند. توان‌مندسازهای این سطح بر هم تأثیر متقابل می‌گذارند؛ به این معنی که توسعه هرکدام موجب توسعه دیگر توان‌مندسازهای این سطح می‌شود. برای مثال، داشتن استاندارد بین‌المللی بیمارستان‌ها می‌تواند موجب اثربخشی بیشتر تبلیغات و تشویق بیشتر سرمایه‌گذاران برای سرمایه‌گذاری در حوزه پزشکی شود و بالعکس. قرارگرفتن قیمت رقابتی در گروه توان‌مندسازهای وابسته، نشان‌دهنده وابستگی این توان‌مندساز به سایر توان‌مندسازها است؛ مثلاً سیاست سلامت ملی، قوانین شفاف و یک‌پارچگی کیفیت خدمات بیمارستانی و پزشکی بر این توان‌مندساز تأثیر می‌گذارند و موجب افزایش یا کاهش آن می‌شوند. یکی دیگر از توان‌مندسازهای این سطح، سرمایه‌گذاری است. از نظر نوری و همکاران (۱۳۹۱)، سرمایه‌عامل مهمی در پارامترهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است، به‌طوری‌که افزایش ورود گردشگران خارجی به کشور با تجهیز و گسترش برخی از امکانات رابطه مستقیمی دارد. همچنین اذعان می‌کنند، تبلیغات می‌تواند موجب ایجاد تمایل در سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی برای سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری پزشکی شود. نتایج پژوهشی نشان داد که تبلیغات و اطلاع‌رسانی نقش بسزایی در توسعه گردشگری دارد و کشورها برای موفقیت در زمینه گردشگری باید تبلیغات و اطلاع‌رسانی را در فعالیتهای بازاریابی خود گسترش دهند (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۱). پیشنهادهای ارائه‌شده برای این سطح از توان‌مندسازها عبارتند از: برابر قراردادن استانداردهای مراقبت‌های پزشکی با استانداردهای بین‌المللی؛ تأسیس دفاتر نمایندگان ترفیع در خارج از کشور؛ از بین بردن دیدگاه منفی گردشگران از شرایط سیاسی و امنیتی ایران از طریق تبلیغات معکوس؛ تمرکز تبلیغات بر کم بودن هزینه درمانی در ایران.

## منابع

- ابوالحسنی، نازنین (۱۳۹۳). جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی. *فصل‌نامه اخلاق زیستی*، سال ۴، شماره ۱۲، صص ۸۱-۱۰۰
- آذر، عادل و بیات، کریم (۱۳۸۷). طراحی مدل فرایندمحوری کسب‌وکار با رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)، *نشریه مدیریت فناوری اطلاعات*، دوره ۱، شماره ۱، صص ۱۸-۳
- ایزدی، مرتضی، ایوبیان، علی، نصیری، طه. جنیدی، نعمت‌الله، فاضل، مژگان و حسین پورفرد، محمدجواد (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید. *مجله طب نظامی*، دوره ۱۴، شماره ۲، صص ۶۹-۷۹
- رضانیان، محمدرحیم، مرادی، محمود و سلطانی، فاطمه (۱۳۹۴). تحلیل موانع تعامل‌پذیری فرهنگی در زنجیره تأمین صنعت خودرو با به‌کارگیری رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM)، *مدیریت فرهنگ سازمانی*، دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۳۶۹-۳۹۱
- رنجنوش، راحله، ضرغام‌بروجنی و حمیدی، ناصر (۱۳۹۵). بخش‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی، *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، سال ۵، شماره ۱۸، صص ۵۴-۷۲
- جباری، علیرضا، فردوسی، مسعود، کیوان‌آرا، محمود و آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۱). تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۹، شماره ۶، صص ۹-۱
- جمشیدی، اکبر (۱۳۹۳). اهمیت صنعت گردشگری در توسعه اقتصادی، شهریور ۱۳۹۳. *دردسترس*  
<http://www.ghatreh.com/news/n21754192>
- حاجی‌پور، منصور (۱۳۹۴). گردشگری جایگزینی مناسب برای نفت، شهریور ۱۳۹۴، *دردسترس* /  
<http://www.irna.ir/fa/News/81286972>
- حقیقی کفاش، مهدی، ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۸). اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران. *فصل‌نامه مطالعات جهان‌گردی*، شماره ۱۱، صص ۲۳-۴۱
- دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا، شعربافچی‌زاده، نسرین و طبیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۹۱). وضعیت موجود گردشگری پزشکی: مطالعه موردی ایران. *فصل‌نامه پایش*، سال ۱۱، شماره ۲، صص ۱۷۹-۱۷۱
- ریبعی، علی و چراغی نیرومند، مهناز (۱۳۹۳). راهبردهای مدیریتی برای توسعه گردشگری درمانی در ایران. اولین همایش بین‌المللی علمی راهبری توسعه گردشگری جمهوری اسلامی ایران، چالش‌ها و چشم‌اندازها.
- سازمان توسعه تجارت ایران (۱۳۸۶). *طرح تحقیقاتی توریسم‌درمانی در ایران و جهان*. معاونت بررسی بازار و بازاریابی، صص ۴۰-۱.
- سیف‌زاده بهمبیری، کبری (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر در توسعه توریسم‌درمانی در بیمارستان‌های شهر کرج*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی
- شالیبافیان، علی‌اصغر (۱۳۸۶). *راهکارهای توسعه گردشگری سلامت (با رویکرد گردشگری پزشکی)*.
- پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت جهان‌گردی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده مدیریت و حسابداری.
- شعبانی، عاطفه و طالقانی، محمد (۱۳۹۲). تأثیر بازدیدهای قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت مجدد آن‌ها (مطالعه موردی: گردشگران سلامت). *فصل‌نامه جغرافیا و مطالعات محیطی*، سال ۲،

شماره ۶، صص ۵۵-۶۴

صدرممتاز، ناصر و آقارحیمی، زهرا (۱۳۸۹). صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه. *مجله مدیریت اطلاعات سلامت*، ویژه نامه، صص ۵۱۶-۵۲۴

طباطبایی نسب، سیدمحمد، نوری، ابوالفضل، محمدنبی، زهره و حشمتی، فرزانه (۱۳۹۳). گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی. *فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری*، سال ۸، شماره ۲۶، صص ۷۳-۵۳

عربشاهی کریزی، احمد و آریان فر، مرتضی (۱۳۹۲). گردشگری سلامت و قابلیت های گردشگری پزشکی - درمانی در ایران. *فصلنامه فضای گردشگری*، سال ۳، شماره ۹، صص ۱۳۳-۱۵۲

عزیزی، پروانه و مطهری، سیده لیلا (۱۳۹۰). جاذبه های طبیعی و امتیازات گردشگری درمانی در ایران (مطالعه موردی: چشمه های آب گرم و معدنی منطقه دماوند). همایش گردشگری توسعه پایدار.

فردوسی، مسعود، جباری، علیرضا، کیوان آرا، محمود و آقارحیمی، زهره (۱۳۹۰). مرور سیستماتیک بررسی های انجام شده در زمینه صنعت گردشگری پزشکی. *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۸، شماره ۸، صص ۱۱۶۹-۱۱۷۸.

فرهادی، فرناز (۱۳۹۰). *بررسی عوامل مؤثر بر رونق صنعت گردشگری سلامت در ایران از دید مدیران و متخصصان سلامت استان تهران*. پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، دانشکده آموزش های مجازی گروه مدیریت

فیروزجائیان، علی اصغر، فیروزجائیان، مجتبی، هاشمی پطرودی، سیدحمید و غلامرضازاده، فاطمه (۱۳۹۲). کاربرد تکنیک مدل سازی ساختاری تفسیری (ISM) در مطالعات گردشگری (تحلیلی با رویکرد آسیب شناسانه). *مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری*، سال ۲، شماره ۶، صص ۱۲۹-۱۵۹

کشاوری، حمید، جباری فر، سیدابراهیم و حسین پور، کبری (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و زیرساخت های مؤثر بر توسعه گردشگری دندان پزشکی در شهر اصفهان. *مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان*، دوره ۸، شماره ۷، صص ۶۸۴-۶۹۴

گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود و زنگی آبادی، علی (۱۳۹۲). بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز. *فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری*، سال ۸، شماره ۲۳، صص ۱-۲۵

گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود و زنگی آبادی، علی (۱۳۹۳). توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز. *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۱۱، شماره ۴، صص ۴۸۵-۴۹۶

مروتی شریف آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. *مدیریت سلامت*، دوره ۱۷، شماره ۵۵، صص ۷۳-۸۸

محرابی، جواد، خلیلی شورینی، سیاوش و خلفی، احمد (۱۳۹۱). بررسی موانع توسعه صنعت گردشگری در جمهوری اسلامی ایران، *فصلنامه مدیریت توسعه و تحول*، دوره ۴، شماره ۹، صص ۱-۱۰.

مصباحی، سیداحسان، جانقربان لاریچه، میلاد، هاشمی، فاطمه، طاهری، آرزو، توفیقی، شهرام، غریب، روح انگیز، تقی پور رودسری، فاطمه و خشنود، محمدرضا (۱۳۹۱). ارائه مدلی برای طراحی ساختار داده منطقی سامانه اطلاعاتی توریسم درمانی، به عنوان ابزاری برای توسعه گردشگری پزشکی، نخستین کنفرانس تله

مدیسین، دانشگاه صنعتی امیرکبیر.

- معبودی، محمدتقی و حکیمی، هادی (۱۳۹۴). عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی: نمونه موردی: ایران. *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، سال ۴، شماره ۱۵، صص ۸۰-۱۰۶
- میرفخرالدینی، سیدحیدر، میرفخرالدینی، فائزه‌السادات و صدریباغقی، سیدمهدی (۱۳۹۱). بررسی میزان رضایت‌مندی گردشگران درمانی شهر یزد و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر آن با روش TOPSIS فازی. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۲۰، شماره ۵، صص ۶۶۸-۶۷۸
- نصیری‌پور، امیراشکان و سلمانی، لیلا (۱۳۸۹). نقش توان‌مندی بیمارستان‌های تهران در توسعه توریسم‌درمانی. *فصل‌نامه بیمارستان*، سال ۹، شماره ۳ و ۴، صص ۵۷-۶۷
- نوری، غلامرضا، تقی‌زاده، زهرا و شیرانی، زیبا (۱۳۹۱). نقش ایران در گردشگری درمانی جهان اسلام با تأکید بر طبیعت‌درمانی (کارکردها، چالش‌ها و راهکارها). *فصل‌نامه فضای گردشگری*، سال ۱، شماره ۳، صص ۱۹-۱
- هادی‌زاده مقدم، اکرم، زاهدیان‌نژاد، محمدحسین، قنبرزاده میاندهی، رضا و فخارمنش، سینا (۱۳۹۲). الگوی عوامل مؤثر بر انگیزه گردشگران پزشکی برای ورود به ایران. *چشم‌انداز مدیریت بازرگانی*، شماره ۱۵، صص ۷۹-۵۹

Awadzi, W., & Panda, D. (2006). Medical tourism: globalization and the marketing of medical services. *Consortium Journal of Hospitality and Tourism*, 11(1), 75-81.

Beladi H, Chao CC, Shan Ee M, Hollas D.(2015). Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling*, Volume 46, April 2015, Pages 391-396.

Bergman, B. and Klefsjo, B.(2007). *Quality from Customer Needs to Customer Satisfaction*, 3rd ed., Studentlitteratur, Lund.

Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.

Connell J.(2013).Contemporary medical tourism: Conceptualisation , culture and commodification. *Tourism Management* 34 (2013)1-13.

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.

Debata BR, Sree K., Patnaik B, Mahapatra SS.(2013). Evaluating medical tourism enablers with interpretive structural modeling. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 20 Iss 6 pp.716 – 743.

Han H, Sean Hyun S.(2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, Volume 46, February 2015, Pages 20-29.

Huang, J.J., Tzeng, G.H. and Ong, C.S. (2005), "Multidimensional data in multidimensional scaling using the analytic network process", *Pattern Recognition Letters*, Vol. 26 No. 6, pp. 755-767.

Jitesh Thakkar.( 2007). "Development of a balanced scorecard An integrated approach of Interpretive Structural Modeling (ISM) and Analytic Network Process(ANP)",*International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 56 No.1,pp.25-59.

Lee HK, Fernando Y.(2015). The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain. *Tourism Management* 46(2015) 148-157.

Nagarajan GS.(2004). *Medical tourism in India: strategy for its development*,

[Thesis] Bangalore: Crisil young Thought leader series; 2004.

Ngamvichaikit A, Beise-Zee R.(2014)."Communication needs of medical tourists: an exploratory study in Thailand", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 8 Iss 1 pp. 98 – 117.

Pan TJ, Chen WC.(2014). Chinese medical tourists-Their perceptions of Taiwan. *Tourism Management* 44 (2014) 108-112.

Viladrich A, Baron-Faust R.(2014). Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina. *Annals of Tourism Research* 45 (2014) 116–131.

Wernz C, Wernz PT, Phusavat K. (2014),"Service convergence and service integration in medical tourism", *Industrial Management & Data Systems*, Vol. 114 Iss 7 pp. 1094 – 1106.