

شبکه مضامین مرتبط با ویژگی‌های سازمانی مؤثر بر شکل‌گیری اتحادهای راهبردی گردشگری پزشکی

علی اصغر شالبافیان^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۳۰

چکیده

شکل‌گیری اتحادهای راهبردی در صنایع خدماتی همچون گردشگری از یک سو بنا به شتاب گرفتن رقابت در دنیای تجارت و از سوی دیگر، بنا به ویژگی‌های خاص چنین صناعی، در حال گسترش است. در این میان، در برخی از شاخه‌های گردشگری نظیر گردشگری پزشکی - که خود از دو صنعت مجزای گردشگری و پزشکی تشکیل شده و همکاری میان این دو الزامی است - ضرورت شکل‌گیری چنین اتحادهایی دوچندان است. این در حالی است که به نظر می‌رسد مطالعات چندانی در خصوص ایجاد اتحادهای راهبردی در این صنعت صورت نگرفته است. یکی از موضوعات مهمی که در این زمینه مغفول مانده، تأثیر ویژگی‌های سازمانی بر شکل‌گیری اتحادهای راهبردی است. از این رو، هدف از پژوهش پیش رو شناسایی شبکه مضامین مرتبط با ویژگی‌های سازمانی مؤثر بر شکل‌گیری اتحادهای راهبردی گردشگری پزشکی در کشور است. در این راستا، هفده نفر از خبرگان صنعت با استفاده از نمونه‌گیری گلوله‌برفی شناسایی شده، داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار Maxqda10، براساس منطق روش تحلیل مضمون، تجزیه و تحلیل شده است. تحلیل نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های سازمانی اثرگذار را می‌توان در سه مضمون سازمان‌دهنده دیدگاه راهبردی سازمان، مدیریت سازمان و ویژگی ساختاری سازمان دسته‌بندی کرد.

واژه‌های کلیدی: گردشگری پزشکی، اتحادهای راهبردی، ویژگی‌های سازمان، تحلیل مضمون.

۱- نویسنده مسئول: دکتری مدیریت بازرگانی، استادیار دانشکده گردشگری دانشگاه سمنان (ashalbafian@semnan.ac.ir)

مقدمه

در دنیای رقابتی امروز، تمام سازمان‌ها برای بقا و رشد به برقراری ارتباط با دیگر سازمان‌ها نیاز دارند (Parmigiani and Rivera-Santos, 2011). یکی از پذیرفته‌ترین شکل چنین ارتباطی میان سازمان‌ها همکاری^۱ است. بنا به تعریف لغت‌نامه انگلیسی آکسفورد (2006)، همکاری به مفهوم کار با یکدیگر برای رسیدن به هدفی مشخص یا انجام وظیفه‌ای معین است. در واقع، همکاری نشان‌دهنده روابطی است که سازمان‌ها را به هم نزدیک می‌کند و توانایی آن‌ها را برای رقابت در بازار افزایش می‌دهد (Titmas, 2012). به عبارتی عملیاتی‌تر، همکاری به مفهوم ایجاد ارتباط تعاملی رسمی یا غیررسمی میان سازمان‌ها است که انتفاع هر یک از ایشان در اشکال گوناگونی همچون کاهش هزینه‌ها، افزایش منافع، کاهش ریسک، افزایش رقابت‌پذیری، دسترسی به منابع و... را دربر دارد. اما همکاری ممکن است در قالب‌های متفاوتی شکل گیرد؛ یکی از متداول‌ترین این قالب‌ها در دنیای مدرن امروز اتحادهای راهبردی است. اتحادهای راهبردی نوعی همکاری است که با هدف هم‌افزایی ایجاد می‌شود و شرکا انتظار دارند که عواید این همکاری چیزی فراتر از فعالیت انفرادی ایشان را فراهم آورد (Rigsbee, 2000). در این میان، اگرچه صنایع مختلف به علل گوناگونی نظیر دستیابی به فناوری جدید، تحقق هم‌افزایی بین شرکت‌های مجزا و مستقل، دسترسی به افراد کاردان، اجرای فعالیت‌های اصلی تأمین و توسعه حوزه جغرافیایی سازمان (Drucker, 2008) در پی تشکیل اتحادهای راهبردی‌اند، اما بنابر نظر پژوهشگران بیشترین آمار رشد اتحادهای راهبردی مربوط به صنایع خدماتی است (Gursoy et al., 2015). یکی از مهم‌ترین این صنایع خدماتی گردشگری است. کسب‌وکارهای گردشگری با مجموعه‌ای از تغییرات سریع در نیازها و خواسته‌های گردشگران و تغییرات مداوم محیطی روبه‌رویند. در این حالت فقط کسب‌وکارهایی برجا خواهد ماند که توانایی تشخیص این تغییرات و واکنش پویا در مقابل آن‌ها را داشته باشند. مباحثی نظیر جهانی‌شدن و انقلاب دیجیتال فرصت‌ها و چالش‌هایی را پیش روی مدیریت، بازاریابی و توسعه محصولات و تجارب گردشگری قرار داده است که دیگر کسب‌وکارهای منفرد در آن جایگاهی ندارند و فقط خوشه‌ها و شبکه‌های متولیان گردشگری‌اند که توانایی ادامه حیات در چنین شرایطی را خواهند داشت (Lazzeretti and Petrillo, 2006). به علاوه، درصد بالایی از شرکت‌های فعال در عرضه تجارب گردشگری مؤسسات کوچک و متوسط با توانایی‌های سازمانی و منابع محدودند که حیات برای این سازمان‌ها را به چالشی مهم تبدیل کرده است (Gursoy et al., 2015). از این جهت، همکاری در بخش گردشگری مهم‌ترین شرط رقابت و ادامه حیات بنگاه گردشگری به‌شمار می‌رود (Czemek et al., 2017). یکی دیگر از عواملی که به قدمت زیاد ایجاد اتحادهای راهبردی در حوزه گردشگری منجر می‌شود، گسستگی صنعت گردشگری است که موجب شده مقاصد گردشگری، محصولات و خدمات آن از عناصر مختلفی تشکیل شوند و هر یک از این عناصر در تضمین عملکرد صحیح فعالیت گردشگری نقشی حیاتی داشته باشند (Jamal and Getz, 1995). در این میان، در برخی از شاخه‌های گردشگری نظیر گردشگری پزشکی

- که خود از دو صنعت مجزای گردشگری و پزشکی تشکیل شده و همکاری میان این دو الزامی است - ضرورت شکل‌گیری چنین اتحادیهایی دوچندان است. اما فارغ از شتاب رقابتی در سطح جهانی و ویژگی‌های ناشی از ماهیت صنعت گردشگری به صورت عام و گردشگری پزشکی به صورت خاص، که به عنوان محرک در شکل‌گیری اتحادیهای راهبردی مؤثرند، توجه به ویژگی‌های سازمان به‌منزله بستر داخلی و عواملی مؤثر بر شکل‌گیری اتحادیهای راهبردی گردشگری پزشکی نیز حائز اهمیت است؛ موضوعی که به نظر می‌رسد در پژوهش‌های پیشین بدان پرداخته نشده است. از این رو، هدف از این پژوهش شناسایی مؤلفه‌ها و ابعاد مؤثر سازمانی بر شکل‌گیری اتحادیهای راهبردی است.

مبانی نظری

بنا به موضوع پژوهش، بررسی دو بُعد در این متن ضروری می‌نماید: گردشگری پزشکی و شکل‌گیری اتحادیهای راهبردی در میان کسب‌وکارهای گردشگری.

گردشگری پزشکی

گردشگری پزشکی را سفر سازمان‌دهی شده فرد به خارج از حوزه معمول مراقبت‌های پزشکی خود، به منظور افزایش یا تجدید سلامت فردی به وسیله اقدامات پزشکی (Hoz et al., 2018)، دانسته‌اند. این نوع گردشگری محصول بازار گردشگری جدید و به سرعت در حال رشد در سراسر جهان قلمداد می‌شود که، در حکم یکی از صنایع درآمدزای جهان، هم‌اکنون مورد توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است (Momeni et al., 2018؛ حسن‌پور و عزیزی به نقل از نوری و همکاران، ۱۳۹۳ الف). گسترش این صنعت را تا حد زیادی می‌توان به گسترش محدوده جغرافیایی خدمات پزشکی نسبت داد که محدودیت‌های قانونی میان کشورها را کاهش داده و بیماران را قادر می‌سازد تا برای دریافت معالجات پزشکی با سهولت بیشتری از مرزها عبور کنند (Hall, 2013). از این رو گردشگری پزشکی معمولاً در بعد برون‌مرزی مورد توجه قرار می‌گیرد و گردشگر/بیمار برای درمان به کشورها و مراکز مسافرت می‌کند که از خدمات پزشکی مطلوب و مناسبی برخوردارند (حسن‌پور و عزیزی، ۱۳۹۳ ب).

در هر روی، گردشگری پزشکی روندی در حال تکامل است که در آن، بیماران با اهداف درمانی از کشورهای صنعتی به کشورهای کمتر توسعه‌یافته سفر می‌کنند. اگرچه اصطلاح گردشگری پزشکی برای تمام انواع مسافرت با اهداف درمانی به کار می‌رود، اما این پدیده به معنای واقعی از الگوهای سنتی مسافرت پزشکی بین‌المللی متفاوت است؛ چراکه در مدل سنتی، بیماران از کشورهای کمتر توسعه‌یافته برای درمان‌های پیشرفته به مراکز اصلی درمانی در کشورهای توسعه‌یافته سفر می‌کردند؛ اما مدل جدید گردشگری پزشکی بیانگر مسافرت تعداد فزاینده‌ای از بیماران با اهداف درمانی به کشورهایی در سطوح متفاوت توسعه است. در واقع، سیر تکاملی گردشگری پزشکی از خطوط یک‌طرفه جریان حرکت بیماران از کشورهای در حال توسعه به کشورهای صنعتی برای دریافت خدمات درمانی در حال

تبدیل شدن به شبکه پیچیده‌ای از خطوط دوطرفه است (Global Spa Summit¹, 2011). از جمله عوامل مهم در ایجاد بازار مذکور، هزینه‌های هنگفت درمان و زمان انتظار بسیار طولانی برای دریافت خدمات پزشکی در کشورهای توسعه‌یافته، راحتی و دردسترس بودن سفرهای بین‌المللی و بهبود و ارتقای سطح کیفی استانداردهای درمانی در بسیاری از کشورهای درحال توسعه است (Hall, 2013). به همین علت است که درحال حاضر دولت‌ها و مراکز پزشکی در کشورهای درحال توسعه، به‌ویژه در حوزه آسیا، به رشد و توسعه این صنعت توجه زیادی کرده و تلاش‌های گسترده‌ای را در این عرصه به انجام رسانده‌اند (حسن‌پور و عزیزی، ۱۳۹۳ الف).

جدول ۱: انگیزه‌های گردشگری پزشکی

محرک‌های اصلی	محرک‌های فرعی
هزینه	هزینه‌های کمتر در خارج از کشور
	هزینه‌های بیشتر در کشور مبدأ
	نرخ‌های مناسب تبدیل ارز
	هزینه‌های نسبتاً مناسب سفرهای هوایی
زمان	لیست انتظار طولانی در کشور مبدأ
	لیست انتظار کوتاه در خارج از کشور
قوانین	درمان‌های تأیید نشده توسط دولت (مانند درمان سلول‌های بنیادی و سرطان در آمریکا)
	سهولت دسترسی به سایر کشورها
	موارد مربوط به بیمه درمان‌هایی که تحت پوشش بیمه نیستند (مانند دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی، زیبایی، و بارداری) یا کمتر از میزان مشخص بیمه شده یا بیمه پزشکی جهانی ندارند (مانند ایالات متحده آمریکا)
دسترسی به خدمات پزشکی؛ برتری خدمات	بازگشت مهاجران و افرادی که کشور خود را ترک کرده‌اند برای دریافت مراقبت‌های پزشکی
	نبود دسترسی به فرایندهای پزشکی خاص (مانند پیوند اعضا) در کشور مبدأ
کیفیت	کیفیت مشابه یا برتر در سایر کشورها
	تخصص پزشکی
	تجهیزات بیمارستانی
گردشگری اوقات فراغت	مکان‌های جدید و بکر برای تعطیلات
دسترسی به اطلاعات	دسترسی آسان به اطلاعات مرتبط با مقاصد گردشگری پزشکی؛ تبادل دانش و فناوری
	تبلیغات در زمینه تأسیسات و تسهیلات پزشکی

منبع: Hall, 2013

۱. نشست جهانی آسیا

گردشگری پزشکی در ایران

ساکنان کشورهای همسایه، به ویژه کشورهای حاشیه خلیج فارس، برای برخورداری از خدمات درمانی از دیرباز به ایران سفر می کردند، اما از پیشینه دقیق این سفرها اطلاعاتی در دست نیست. این بیماران به علت ارتباطات قومی، نزدیکی فرهنگی و گاه خویشاوندی برای درمان به استان های فارس و آذربایجان مراجعه می کردند و درمان هایی را برای نازایی و پیوند اعضا به ویژه پیوند کلیه، کبد، حلق و گوش و قرنیه چشم رینوپلاستی دریافت می کردند. از علل سفر به ایران در گذشته می توان به دریافت خدمات درمانی، قیمت مناسب و کیفیت مطلوب درمان نسبت به کشورهای منطقه اشاره کرد؛ علاوه بر این دلایل، بیماران از حمایت های اقوام خود در حین درمان نیز برخوردار بودند. با گذشت زمان، به واسطه کیفیت مناسب و تعرفه پایین خدمات درمانی در ایران و توانمندی شایسته کشور در درمان برخی از بیماری ها، تمایل در بخش خصوصی برای بهره گیری از این مزیت به وجود آمد. از این رو، افراد و شرکت های مختلف اعم از گروه های پزشکی، گردشگری و یا سایر تخصص ها به صورت خودانگیخته در این مسیر وارد شدند که گردشگران کشورهای همسایه و کشورهای اروپایی و آمریکایی را، بدون نظارت یا استاندارد خاصی، برای دریافت خدمات درمانی به ایران می آوردند (رهبری و اخوان، ۱۳۸۹). در حال حاضر، کشور ایران نه تنها به لحاظ هزینه درمان، بلکه به لحاظ کیفی و وجود پزشکان مجرب نیز نسبت به بسیاری از کشورها برتر است، چنان که در سال های اخیر، به پیشرفت های چشمگیری در علم پزشکی دست یافته است؛ به طوری که جزو پنج کشور برتر در زمینه زیست فناوری، دوازده کشور برتر در فن داروهای بیولوژیک و کشور نهم از پانزده کشور در زمینه استفاده از ملکول های زیست فناوری به شمار می رود. علاوه بر آن، ایران در برخی از علوم، نظیر سلول های بنیادی و ترمیم ضایعات نخاعی، جزو برترین های دنیاست و در حوزه هایی نظیر ناباروری و مباحث تهاجمی رادیولوژی، پیوند کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان است (Momeni et al., 2018؛ شالبافیان، ۱۳۹۴).

جدول ۲: تخصص های پزشکی در ایران

اورولوژی	تعویض مفصل زانو	تومور	دندان پزشکی
چشم	جراحی جمجمه، مغز و اعصاب	پوست	زیبایی و جراحی پلاستیک
فیزیوتراپی	همودیالیز	اطفال	ارتوپدی
گوش، حلق و بینی	آندوسکوپی	داخلی و غدد	انکولوژی
جراحی قلب	دستگاه تنفسی	ناباروری	پرتودرمانی
تغذیه	زنان و زایمان	تعویض مفصل ران	سلول های بنیادی

منبع: شالبافیان، ۱۳۹۴

نه تنها وجود پتانسیل‌های درمانی بالا در کشور موجبات توسعه صنعت گردشگری پزشکی را فراهم می‌آورد، باید توجه داشت که تطابق بالای این صنعت با اسناد بالادستی توسعه آن را به امری الزامی تبدیل می‌کند. اسناد بالادستی کشور نشان‌دهنده آن است که در موارد متعددی گردشگری پزشکی ابزار تحقق این سیاست‌ها قلمداد شده و در برخی از موارد صریحاً توسعه این نوع گردشگری مدنظر سیاست‌گذاران نظام بوده است.

جدول ۳: جایگاه صنعت گردشگری پزشکی در اسناد بالادستی

دسته‌بندی	عنوان	شرح
جایگاه گردشگری در سیاست‌های کلی نظام	سیاست‌های کلی سلامت	گردشگری پزشکی را می‌توان به‌مثابه ابزاری مناسب برای تحقق سه بند از سیاست‌های کلی سلامت قلمداد کرد: بند ۲-۱۰: افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت. بند ۱۲: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه‌کردن طب سنتی ایران. بند ۱۴: برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت در ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.
مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی	نقشه مهندسی فرهنگی کشور	«نقشه مهندسی فرهنگی کشور» بر برنامه‌ریزی برای جذب و گسترش گردشگری خارجی به‌ویژه شیعیان و دیگر مسلمانان در زمینه درمانی تأکید دارد.
فرهنگی	نقشه جامع علمی کشور	بر اساس این سند، جمهوری اسلامی ایران قصد دارد تا سال ۱۴۰۴ به قطب پزشکی منطقه (برای رفع نیازهای پزشکی منطقه) تبدیل شود.
قوانین مرتبط با گردشگری سلامت	قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور	گردشگری پزشکی را می‌توان یکی از ابزارهای تحقق ماده ۸۷ قانون برنامه چهارم توسعه قلمداد کرد: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست‌های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فراورده‌های پزشکی و دارویی ارائه کند، به‌نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل ۳۰ درصد مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان در پایان سال آخر برنامه چهارم باشد.

منبع: شالبافیان، ۱۳۹۴

اتحادهای راهبردی

اتحاد راهبردی نوع دیگری از همکاری یا اصطلاح دیگری برای آن است که در انواع کسب و کارها رواج دارد. ادبیات اتحاد راهبردی، بر ابعاد مشارکتی رابطه بین دو شرکتی متمرکز است که در حال رقابت‌اند و به همکاری رسمی‌تر و ساختاریافته‌تری بین سازمان‌ها اشاره دارد (Terpstra and Simonin, 1993). اتحاد راهبردی را می‌توان هماهنگی‌ها و خط‌مشی‌های عملیاتی سازمان نیز تعریف کرد که سازمان‌های مجزا از طریق آن قدرت مدیریت خود را به اشتراک می‌گذارند و به‌واسطه تمهیدات قراردادی نامحدود وارد روابط اجتماعی با یکدیگر می‌شوند. اما دراکر پنج علت ورود سازمان‌ها به این‌گونه روابط را برمی‌شمرد:

- ۱) دستیابی به فناوری جدید؛
- ۲) تحقق هم‌افزایی بین شرکت‌های مجزا و مستقل؛
- ۳) دسترسی به افراد کاردان؛
- ۴) اجرای فعالیت‌های اصلی تأمین که با عملکرد سایر شرکت‌ها یک‌پارچه است؛
- ۵) توسعه حوزه جغرافیایی سازمان (Drucker, 2008).

اتحادهای راهبردی در گردشگری

اتحاد راهبردی در صنایع خدماتی پدیده جدیدی نیست؛ بنابر نظر بلواستین^۱ (1994)، بیشترین آمار رشد اتحاد راهبردی مربوط به صنایع خدماتی است و در واقع راهبرد اساسی رشد و بقای بسیاری از کسب و کارهای خدماتی به‌شمار می‌رود و نه تنها بین سازمان‌هایی با صنعت مشابه به‌کار رود، بلکه بین سازمان‌های صنایع گوناگون که رابطه هم‌افزایی دارند نیز کاربرد دارد (Gursoy et al., 2015). در میان کسب و کارهای گردشگری، اتحادهای راهبردی می‌تواند با انگیزه‌های گوناگونی شکل گیرد:

- به همکاری پذیرفتن رقبا بالقوه در خدمات و محصولات مشابه؛
- ترکیب مهارت و منابع تخصصی به‌منظور کسب مزیت رقابتی در برابر رقبا، برای مثال صنعت اقامت؛
- کمک به یادگیری و اقتباس مهارت‌های جدید در ساختار سازمانی کنونی؛
- منافع مالی: دستیابی به صرفه‌های هزینه معامله، کارایی دارایی‌ها و راهبردهای مدیریتی؛
- انگیزه‌های منبع‌محور: تکمیل منابع موجود و یا جبران کمبود منابع ضروری؛
- انگیزه‌های جایگاه‌یابی راهبردی: تقویت جایگاه کنونی سازمان در بازار یا صنعت؛
- انگیزه‌های یادگیری: حصول اطمینان از یادگیری ضمنی و رسمی به‌عنوان کاربرد اصلی انگیزه.

1- Bluestein

2- Financial benefits

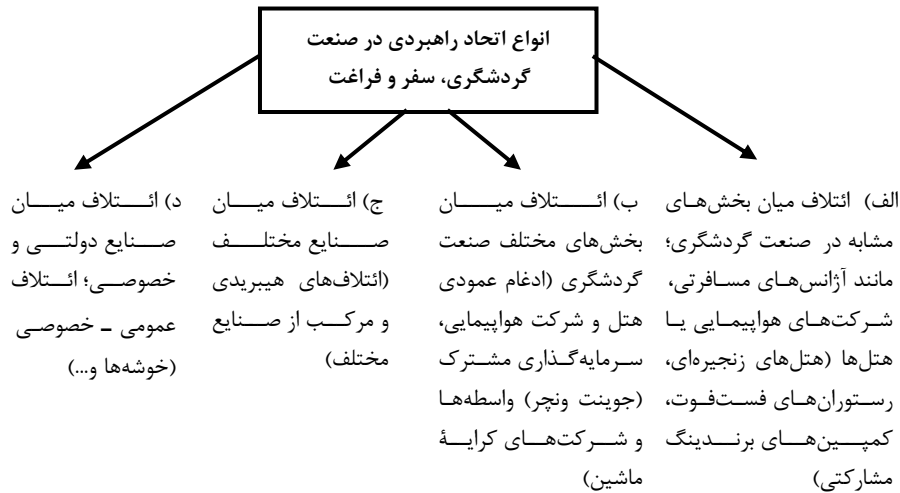
3- Resource-based motivations

4- Strategic-positioning motivations

5- Learning motivations

- کاهش / مدیریت ریسک: ^۱ مزیت رهبری در بازار، سرعت‌بخشیدن به بازار، افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش اطمینان (Doz and Hamel, 1998; Holmberg and Cummings, 2009; Snyman, 2015).

از سوی دیگر، اتحادهای راهبردی گردشگری ممکن است در اشکال گوناگونی میان کسب‌وکارهای گردشگری ایجاد شود (Austin, 2010):



نمودار ۱: کاربرد انواع اتحاد راهبردی در صنعت گردشگری؛ Austin, 2010؛ Pirnar, 2015

آنچه در این پژوهش مدنظر است اتحاد نوع سوم (هیبریدی) است که در آن صنعت گردشگری و صنعت پزشکی، در راستای اهداف مرتبط با گردشگری پزشکی، با یکدیگر همکاری می‌کنند.

مرور پیشینه

اگرچه به نظر می‌رسد پژوهش‌چندانی در زمینه ویژگی‌های سازمانی مؤثر بر شکل‌گیری اتحادها در گردشگری، خصوصاً گردشگری پزشکی، صورت پذیرفته، اما تحقیقات متعددی درباره تأثیر چنین ویژگی‌هایی بر ایجاد اتحاد راهبردی در صنایع دیگر انجام شده است. مطالعاتی که در آنها اثر مؤلفه‌های سازمانی بر ایجاد اتحادهای راهبردی مستقیم یا غیرمستقیم بررسی شده است. یکی از مهم‌ترین این مؤلفه‌ها ویژگی‌های نگرشی سازمان به ایجاد اتحاد راهبردی است؛ این‌که چه دیدگاه مثبت یا منفی در شکل‌گیری اتحاد راهبردی وجود دارد. این دیدگاه را می‌توان در سطح حقوقی (سازمان) (Büchel, 2000; Todeva and Knoke, 2005) یا حقیقی (مدیر در جایگاه هدایت‌گر و تصمیم‌گیر نهایی) (Park and Zhou, 2005; Kauser and Shaw, 2004; McCutcheon and Stuart, 2000; Al Khattab, 2012; Robson and Katsikeas, 2005; Cavazos, 2013) بررسی کرد.

بنابر مطالعات پیشین، علاوه بر نگرش، ویژگی‌های عملکردی سازمان و تجربه قبلی آن نیز در شکل‌گیری اتحاد راهبردی تأثیر می‌گذارد. ویژگی‌های عملکردی مواردی همچون نرخ بازگشت (Pansiri, 2009)، جایگاه رقابتی (Park and Zhou, 2005; Jeje, 2014; Das and Teng, 2002)، استقلال (Rothaermel and Boeker, 2008)، اعتبار (ibid)، قدرت بازار (Rothaermel and Boeker, 2008; Park and Zhou, 2005)، سطح عملکرد (Adnan et al., 2010; Pett and Dibrell, 2001; 2008; Park and Zhou, 2005) و موقعیت کلی سازمان (Adnan et al., 2010) را دربر می‌گیرد. ازسوی دیگر، میزان تجربه سازمان برای ورود به ائتلاف نیز مؤثر خواهد بود. این تجربه را می‌توان هم درخصوص داشتن تجربه فعالیت در صنعتی خاص (Jetter and Chen, 2012) و هم داشتن تجربه تشکیل اتحاد در گذشته (Gulati, 1995; Hoffman and Schlosser, 2001; Holcomb and Hitt, 2007; Nielsen, 2003; Cavazos, 2013) بررسی کرد.

ویژگی‌های ساختاری موضوع دیگری است که باید در هنگام شکل‌گیری هر اتحاد راهبردی مدنظر سازمان قرار گیرد. ویژگی‌هایی نظیر سن (Adnan et al., 2010; Combs and Ketchen, 2003)، اندازه (Adnan et al., 2010; Mukherjee et al., 2013; Park and Zhou, 2005; Huang, 2006; Jeje, 2014; Hoffman and Schlosser, 2001; Gomes et al., 2013; Pansiri, 2009; Pansiri and Courvisanos, 2010; Combs and Ketchen, 2003; Jaouen and Gundolf, 2009; Rothaermel and Boeker, 2008; Pansiri, 2009)، مشروعیت سازمان (Rothaermel and Boeker, 2008; Pansiri, 2009)، داشتن ظرفیت جذب دانش (Adnan et al., 2010)، ساختار سازمانی (Pansiri, 2009; Pett and Dibrell, 2001; 1993; Cravens et al., 2009)، تعداد کارکنان (Pansiri, 2009) و راهبرد سازمان (Pett and Dibrell, 2001; Ring and Van de Ven, 1994؛ حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۹۲) بر انتخاب یا عدم انتخاب ایجاد ائتلاف به‌منزله راهبردی سازمانی مؤثر خواهد بود. ازسوی دیگر، میزان پراکندگی جغرافیایی واحدها (Combs and Ketchen, 2003) نیز بر تمایل به ایجاد ائتلاف مؤثر خواهد بود. چنانچه سازمان واحدهای متعدد در مکان‌های مختلف داشته باشد، به‌منظور اعمال کنترل بیشتر بر واحدهای خود، به ایجاد ائتلاف متمایل خواهد شد. نقش مدیر و ویژگی‌های وی (Pansiri, 2009; Jetter and Chen, 2012; Arturo Lowensberg, 2010; Cavazos, 2013; Dadfar et al., 2014; Zineldin and Dodourova, 2005؛ حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۹۲) در ایجاد اتحاد نیز نباید نادیده گرفته شود. سن، پیشینه و تحصیلات مدیر بر جهت‌گیری سازمان برای ایجاد ائتلاف مؤثر خواهد بود.

اما باید توجه داشت که یکی از علل اصلی ورود به ائتلاف‌ها، سهیم‌شدن در منابع، دارایی‌ها و دانش شریک است. حال اگر سازمان از چنین منابعی برای به اشتراک‌گذاری برخوردار نباشد، مسلماً ورود آن به اتحاد و متقاعدسازی شرکای احتمالی برای ایجاد ائتلاف با دشواری همراه خواهد بود. بنابراین، برخورداری از منابع (Dias and Magriço, 2011; Sørensen and Reve, 1998) و سطح دانش و توانایی‌ها (Adnan et al., 2010; Cravens et al., 1993; Mukherjee et al., 2013) از مواردی است که در مطالعات پیشین مورد توجه قرار گرفته است.

روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش را می‌توان از نظر هدف اکتشافی، از حیث مخاطب بنیادین و از نظر روش گردآوری داده کیفی دانست. جامعه آماری پژوهش شامل فعالان گردشگری پزشکی است؛ کسانی که برای تشکیل اتحاد تلاش کرده‌اند. نمونه‌گیری به روش قضاوتی - گلوله‌برفی انجام شده است. هفده نفر از خبرگان براساس روش نمونه‌گیری یادشده و با تکیه بر رسیدن به حد اشباع انتخاب شده‌اند. جدول ۱ ویژگی‌ها و ارتباط هریک از مصاحبه‌شوندگان با موضوع را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان و ارتباط ایشان با پژوهش

شماره مصاحبه شونده	جنسیت	تحصیلات	سن	ارتباط با پژوهش
۱	مرد	کارشناسی ارشد	۳۸	رئیس آژانس فعال در زمینه گردشگری پزشکی؛ تجربه فعالیت طولانی در زمینه گردشگری؛ تجربه همکاری با هلدینگ بزرگ گردشگری
۲	زن	کارشناسی ارشد	۳۵	سهام‌دار آژانس فعال در زمینه گردشگری پزشکی؛ تجربه همکاری با هلدینگ بزرگ گردشگری
۳	مرد	دکتری	۳۳	شریک با بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمات درمان نازایی در کشور و ارائه‌دهنده خدمات گردشگری پزشکی در این زمینه به گردشگران خارجی
۴	مرد	دکتری	۳۵	از فعالان دانشگاهی گردشگری، سهام‌دار یک هلدینگ بزرگ گردشگری کشور؛ فعالیت در تجارت الکترونیک گردشگری پزشکی
۵	مرد	کارشناسی ارشد	۳۴	یکی از شرکا در مجموعه بزرگ گردشگری فعال در کشور
۶	مرد	کارشناسی ارشد	۵۰	یکی از شرکا در مجموعه بزرگ گردشگری فعال در کشور
۷	مرد	کارشناسی ارشد	۳۲	یکی از شرکا در مجموعه بزرگ گردشگری فعال در کشور
۸	مرد	دکتری	۴۸	مبدع اصلی ایجاد انجمن گردشگری پزشکی در ایران؛ مبدع ایجاد شراکت در سطح جهانی برای راه‌اندازی فعالیت‌های گردشگری پزشکی در میان کشورهای اسلامی؛ رئیس بیمارستان فعال در حوزه گردشگری پزشکی که با بیمارستان‌ها و مجموعه‌های گردشگری داخلی و خارجی همکاری دارد.
۹	مرد	کارشناسی ارشد	۳۶	فعال در زمینه همکاری در فضای مجازی و بین‌المللی در حوزه گردشگری پزشکی
۱۰	مرد	دکتری	۴۲	رئیس بیمارستان فعال در زمینه گردشگری پزشکی؛ تجربه همکاری با سازمان بیمه و کشورهای خارجی در زمینه گردشگری پزشکی

شماره مصاحبه شونده	جنسیت	تحصیلات	سن	ارتباط با پژوهش
۱۱	مرد	کارشناسی ارشد	۵۲	رئیس آژانس فعال در زمینه گردشگری پزشکی و مبدع سفرهای ترکیبی زیارتی در کشور؛ شراکت با طرفهای خارجی و داخلی در زمینه گردشگری پزشکی
۱۲	مرد	کارشناسی ارشد	۴۷	رئیس شرکت بیمه‌ای فعال در حوزه گردشگری پزشکی؛ همکاری با طرفهای خارجی (دولت‌ها، سازمان‌های بیمه‌ای) و داخلی (بیمارستان‌ها)
۱۳	مرد	کارشناسی	۳۲	رابط بیمار و بیمارستان؛ تأمین‌کننده خدمات اقامتی بیماران و عضو یک ائتلاف گردشگری سلامت در ایران
۱۴	مرد	کارشناسی	۴۰	رابط بیمار و بیمارستان؛ تأمین‌کننده خدمات اقامتی بیماران و عضو یک ائتلاف گردشگری سلامت در ایران
۱۵	مرد	دکتری	۴۸	فعال در اتاق بازرگانی ایران در حوزه گردشگری؛ از نخستین افراد متولی هماهنگی و فعالیت مشارکتی بین ارگان‌های خصوصی و دولتی در حوزه گردشگری
۱۶	مرد	کارشناسی	۶۲	از با سابقه‌ترین فعالان گردشگری؛ رئیس آژانس فعال در همکاری با آژانس‌های خارجی و عضو هیئت‌مدیره یکی از بزرگ‌ترین هلدینگ‌های صنعت گردشگری کشور
۱۷	مرد	دکتری	۵۶	از استادان حوزه گردشگری؛ رئیس آژانس و فعال در همکاری با کسب‌وکارهای داخلی گردشگری

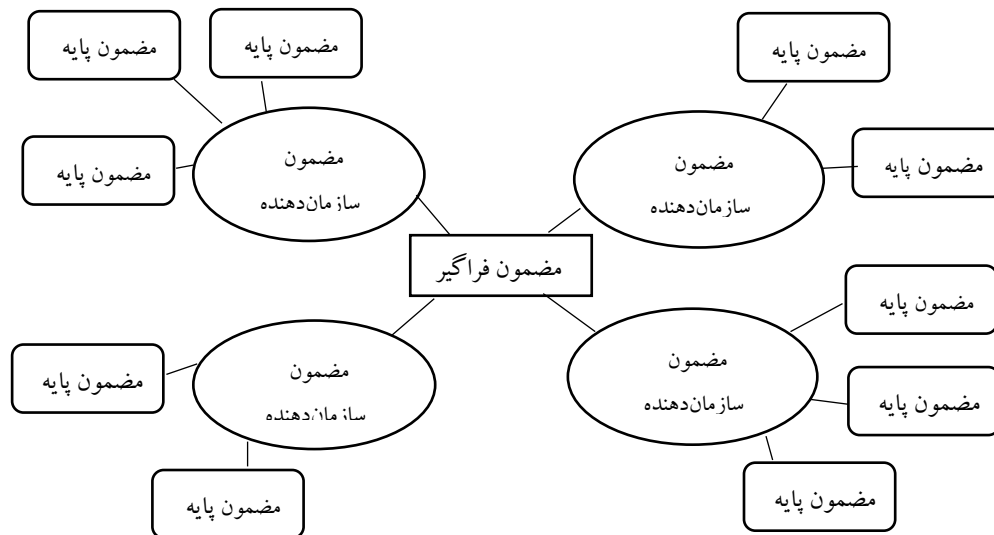
مصاحبه به صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون (تم) و نرم‌افزار Maxqda10 بهره گرفته شده است. تحلیل مضمون به روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی اطلاق می‌شود. این روش فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌های غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند (Braun and Clarke, 2006). مقصود از مضمون یا تم الگویی است که در داده‌ها یافت می‌شود و حداقل به توصیف و سازمان‌دهی مشاهدات و حداکثر به تفسیر جنبه‌هایی از پدیده می‌پردازد (Boyatzis, 1998, p. 4). به عبارتی، مضمون بیانگر اطلاعات مهمی درباره داده‌ها و سوالات تحقیق است و تا حدی معنی و مفهوم الگوی موجود در مجموعه‌ای از داده‌ها را نشان می‌دهد (Braun and Clarke, 2006). تحلیل مضمون به چهار روش مرسوم قابل اجرا است (شیخ‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰):

۱. قالب مضامین: معمولاً در تحقیقاتی با تعداد متون و داده‌های زیاد به کار می‌رود و ویژگی اصلی این روش سازمان‌دهی سلسله‌مراتبی مضامین و گروه‌بندی مضامین سطوح پایین‌تر در قالب خوشه‌ها و ایجاد مضامین سطح بالاتر از آنهاست (King, 1998, p. 267).

۲. ماتریس مضامین: ^۱ این ماتریس برای مقایسه مضامین با یکدیگر و مضامین در منابع داده‌ها به کار می‌رود. ردیف‌ها و ستون‌های ماتریس مضامین به مضمون‌ها یا منبع داده‌ها یا سایر موارد اختصاص می‌یابد (Miles and Huberman, 1994).

۳. تحلیل مقایسه‌ای: ^۲ از تحلیل مقایسه‌ای می‌توان برای قیاس مضامین در بین پاسخ‌دهندگان متفاوت (از لحاظ جنسیت، سن، سمت و...) و همچنین برای منابع داده‌ها (مانند مصاحبه، پرسش‌نامه، گروه کانونی و...) استفاده کرد.

۴. شبکه مضامین: ^۳ آنچه شبکه مضامین عرضه می‌کند نقش‌هایی شبیه تارنما به‌مثابه اصل سازمان‌دهنده و روش نمایش است. شبکه مضامین، براساس روندی مشخص، پایین‌ترین سطح قضایا را از متن بیرون می‌کشد (مضامین پایه ^۴)، سپس با دسته‌بندی این مضامین پایه‌ای و تلخیص آن‌ها به اصول مجردتر و انتزاعی‌تر دست می‌یابد (مضامین سازمان‌دهنده ^۵). در قدم سوم، این مضامین عالی در قالب استعاره‌های اساسی گنجانده می‌شود و به‌صورت مضامین حاکم بر کل متن در می‌آید (مضامین فراگیر ^۶). سپس این مضامین، به‌صورت نقشه‌های شبکه تارنما، رسم می‌شود و مضامین برجسته هریک از این سه سطح همراه با روابط میان آن‌ها نشان داده می‌شود (Attride-Stirling, 2001). در نمودار ۲، رابطه میان سطوح مختلف مضامین به‌صورت گرافیکی نشان داده شده است:



نمودار ۲: رابطه میان سطوح مختلف مضامین در شبکه مضامین؛ Attride-Stirling, 2001

- 1- Thematic Matrix
- 2- Comparative Analysis
- 3- Thematic Network
- 4- Basic Theme
- 5- Organizing Theme
- 6- Global Theme

در این پژوهش، برای تحلیل متن به دست آمده از مصاحبه‌ها، از روش شبکه مضمین استفاده شده است. به منظور اجرایی سازی روش شبکه مضمون باید سه گام اصلی پیگیری شود (جدول ۴):

جدول ۴: مراحل تنظیم شبکه مضمونی

مرحله تحلیلی	گام	اقدام
الف) تحویل یا خرد کردن متن	گام اول: کدگذاری	تهیه چارچوب کدگذاری تجربه متن به پاره گفتارها با استفاده از چارچوب کدگذاری
	گام دوم: شناخت مضمین	انواع مضمین از پاره گفتارها تصحیح مضمین
	گام سوم: ساخت شبکه‌های مضمونی	منظم کردن مضمین یافتن مضمین پایه‌ای بازآرایی مضمین پایه‌ای برای یافتن مضمین سازمان دهنده استخراج مضمین فراگیر ترسیم شبکه مضمونی بازبینی و تصحیح شبکه مضمونی
ب) کاوش متن	گام چهارم: توصیف و کشف شبکه‌های مضمونی	توصیف شبکه اکتشاف شبکه
	گام چهارم: خلاصه کردن شبکه مضمونی	
ج) یک پارچه سازی اکتشافها	گام ششم: توصیف الگوها	

منبع: Attride-Stirling, 2001

یافته‌ها

در این بخش، به خروجی هریک از گام‌های سه گانه تحلیل شبکه مضمون اشاره می‌شود:

الف) تحویل متن

در گام نخست تحلیل مضمون، از متن‌های مصاحبه مضمون‌های پایه استخراج می‌شود. به عبارتی مفهوم مستفاد از گفته‌های افراد در مصاحبه‌ها را می‌توان در قالب مضمون‌های پایه جای داد. در جدول ۵، به نمونه‌ای از مضمین پایه به دست آمده و نقل قول‌هایی که این مضمین از آن استخراج شده اشاره شده است.

جدول ۵: نمونه‌هایی از تبدیل نقل قول به مضامین پایه

شماره مصاحبه	نقل قول	مضمون پایه
۱۰	هدف ما از تشکیل اتحاد چیست و انتظار داریم چه منفعی به دست آید؟ آن وقت هرکسی دید کاملاً واقع‌بینانه‌ای به موضوع خواهد داشت و تعهدش بر مبنای منفعی خواهد بود که قرار است به دست آورد. اتحاد به گونه‌ای باید طراحی شود که هرکس به منافعش رسید دیگری هم به صورت خودکار به منافع خود دست یابد.	تعیین اهداف سازمانی
۹	قبل از انتخاب بیمارستان برای همکاری، باید بدانیم که کدام بیماری را می‌خواهیم درمان کنیم. تا نفهمیم کدام کشور را برای درمان کدام بیماری باید انتخاب کنیم هرگز سراغ بیمارستان نخواهیم رفت. سال گذشته ۴۰۰ هزار نفر بابت یک بیماری از چین به کره جنوبی رفته‌اند. پس، بعد از این که کشور و بیماری مشخص شد، اول باید بازار را بشناسیم و برای شناخت بازار باید یک سری المان‌ها را بدانیم.... فرض کنید در حوزه درمان چشم از ۲۰۰ مورد روی سه مورد دست گذاشته‌ایم که یکی از آن‌ها لیزیک است، این را بازار به من تحمیل کرده ... اولین سؤال من این است که چه تعداد مریض می‌خواهیم جذب کنیم؟ اگر ۵ هزار مریض مدنظر من باشد، شهر تهران کافی است؛ اما به محض این که ۱۰ هزار بیمار هدف من باشد باید دو شهر را انتخاب کنم.	انتخاب بازار هدف؛ انتخاب حجم بازار هدف
۸	رئیس بیمارستان هستم و در بخش خصوصی باید بدانم چه چیزهایی لازم است. در این سال‌ها هم‌زمان در بیمارستان هم کار می‌کردم. در تشکل‌ها سعی می‌کردیم حضور داشته باشیم. چهار کنگره گردشگری سلامت کشورهای اسلامی را برگزار کردیم که در سه کنگره خودم دبیر علمی بودم. در یک کنگره هم در کمیته علمی حضور داشتیم. همچنین کنگره کشورهای آکو را برگزار کردیم.	شناخت مدیر از فضای کسب و کار
۶	آدم‌ها، مدیران و مجموعه در مواردی تصور کردند که دیگر نیازی به شریک نداریم؛ کارمان را انجام می‌دهیم و این هم‌گرایی دیگر به درد نمی‌خورد... اما آقای X [پیشرو در ایجاد اتحاد راهبردی میان شرکای گردشگری] هنوز در مورد هم‌گرایی ذهنیت مثبتی دارند و این یکی از مزایای ایشان است.	دیدگاه مدیر به ایجاد ائتلاف
۱۶	در جهان متمدن امروزی مؤسسات کوچک از دیدگاه اقتصادی خیلی سخت توانسته‌اند پابرجا بمانند و به خاطر بقای اقتصادی، شرکت‌ها، مؤسسات و افراد با هم جمع شدند و پتانسیل‌ها و توانمندی‌های خود را اصطلاحاً در یک مجموعه پیاده کردند.	اندازه سازمان
۳	پژوهشگاه بسیار بزرگ است. داشتن بخش گردشگری پزشکی فعالیت عمده پژوهشگاه X نیست. درآمدی این بخش در مقایسه با مجموع گردش مالی پژوهشگاه رقم چندانی نیست. بنابراین روی این کار انرژی نمی‌گذارد. چرا؟ چون اگر بخواهد روی این کار انرژی بگذارد به امور مهم‌تر نمی‌رسد... کار را به بیرون می‌سپارد... شرکت سهام‌داری ایجاد می‌کند.	اندازه سازمان

ب) تبدیل مضامین

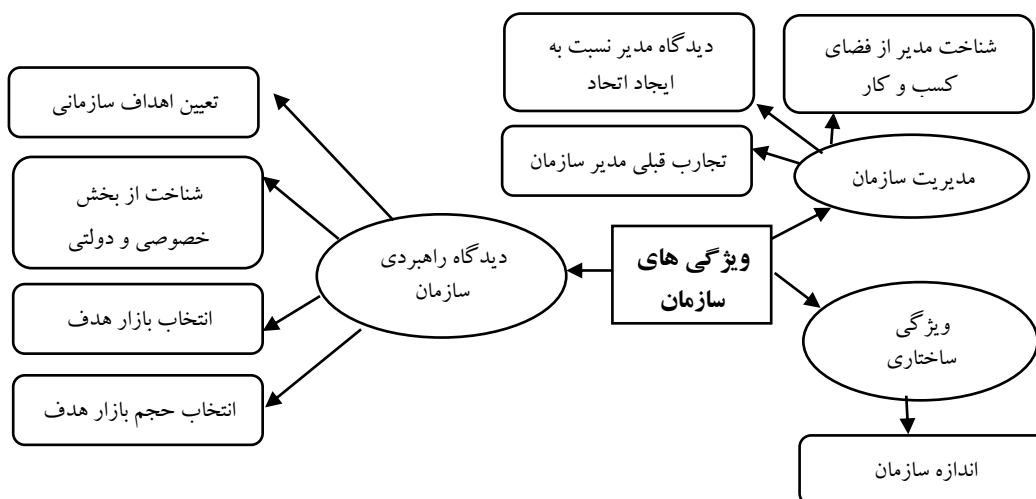
پس از استخراج مضامین پایه، باید آن‌ها را در درجه نخست در قالب مضامین انتزاعی تر سازمان‌دهنده و در درجه دوم در مضامین فراگیر دسته‌بندی کرد (جدول ۶).

جدول ۶: دسته‌بندی مضامین پایه در قالب مضامین دسته‌بندی و مضامین فراگیر

مضمون پایه	مضمون سازمان‌دهنده	مضمون فراگیر	
مضمون پایه	دیدگاه راهبردی سازمان	تعیین اهداف سازمانی	
		شناخت از بخش خصوصی و دولتی	
		انتخاب بازار هدف	
		انتخاب حجم بازار هدف	
	مدیریت سازمان	شناخت مدیر از فضای کسب و کار	
		دیدگاه مدیر در خصوص ایجاد ائتلاف	
		تجارب قبلی مدیر سازمان	
	ویژگی‌های سازمان	ویژگی‌های ساختار سازمان	اندازه سازمان

ج) کشف و توصیف شبکه مضامین

با بررسی و تحلیل مضامین مرتبط با انتخاب شریک در اتحادهای راهبردی، سه مضمون فراگیر اصلی شناسایی شده که در ادامه توضیح داده خواهد شد.



نمودار ۳: شبکه مضمونی ویژگی‌های سازمان در اتحادهای راهبردی گردشگری پزشکی

- دیدگاه راهبردی سازمان

دیدگاه راهبردی سازمان، به‌منزله مضمون سازمان‌دهنده در این پژوهش، نشانگر دیدگاه کلان سازمان در خصوص هدف تشکیل اتحاد راهبردی، شناخت از بخش خصوصی و دولتی فعال در زمینه گردشگری

پزشکی به‌عنوان شرکا یا حتی رقبای احتمالی سازمان و در نهایت انتخاب بازار هدف و حجم آن به‌عنوان ترسیم ایدئال سازمانی است. باید توجه داشت که هر سازمان در هنگام شکل‌گیری اتحاد راهبردی می‌تواند انتظار و هدفی متفاوت را برای خود ترسیم نماید. هدف مزبور جهت‌گیری گام‌های بعدی در شکل‌گیری اتحاد نظیر انتخاب شریک یا شکل اتحاد مدنظر را متأثر می‌سازد. از سوی دیگر، داشتن آگاهی از جایگاه فعالان بخش خصوصی و دولتی در هنگام شکل‌گیری اتحاد راهبردی گردشگری پزشکی خود عاملی تعیین‌کننده در موفقیت آن به‌شمار می‌رود. چنان‌که، با داشتن اطلاعاتی از این دست، نگرشی جامع به‌دست آمده که انتخاب مناسب‌ترین شریک احتمالی را برای ما میسر می‌سازد. علاوه‌براین، انتخاب بازار هدف و حجم آن نشانگر جایگاه مطلوب مدنظر است که ما را در تعیین هدف تشکیل اتحاد و شریک مناسب یاری می‌کند.

– مدیریت سازمان

مدیریت سازمان، به‌عنوان کلیدی‌ترین جایگاه تصمیم‌گیری، در وهله نخست در خصوص ورود یا عدم ورود به اتحادهای راهبردی و در وهله دوم در خصوص شکل و نوع اتحاد حائز اهمیت است. چنان‌که آگاهی مقام مدیریت از فضای حاکم در کسب‌وکار مدنظر (در اینجا گردشگری پزشکی) و دیدگاه وی در خصوص ایجاد اتحاد و تجارب قبلی مدیریت هر دو نوع تصمیمات مورد اشاره را در هنگام شکل‌گیری یک اتحاد راهبردی در گردشگری پزشکی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

– ویژگی ساختاری سازمان

در این پژوهش، ویژگی ساختاری سازمان به‌طور خاص به اندازه سازمان اشاره دارد. کوچکی و بزرگی سازمان، هرکدام در جایگاه خود، محرکی برای شکل‌گیری اتحادهای راهبردی در گردشگری پزشکی به‌شمار می‌رود. چنان‌که سازمان‌های کوچک، به‌منظور دسترسی به منابع و مهارت‌های کلیدی و رفع خلأ موجود در منابع مزبور، به ایجاد اتحادهای راهبردی در این زمینه روی می‌آورند. مثلاً آژانس مسافرتی، که در پی ورود به بازار گردشگری پزشکی است، برای دستیابی به خدمات درمانی ناگزیر است با یک بیمارستان اتحاد ایجاد کند. در مقابل، سازمان‌های بزرگی که مایل به ورود به حوزه گردشگری پزشکی‌اند اما زمان کافی برای پیگیری چنین فعالیت‌هایی ندارند ممکن است با انتخاب شریک این دسته از فعالیت‌ها را برون‌سپاری کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش شناسایی ویژگی‌های سازمانی مؤثر بر شکل‌گیری اتحادهای راهبردی در میان کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی بوده است. بدین منظور، با هفده نفر از خبرگان این صنعت که تجربه ورود به اتحادهای راهبردی را داشتند مصاحبه شده است. براساس تحلیل نتایج این مصاحبه‌ها، ویژگی‌های سازمانی اثرگذار را می‌توان در سه مضمون سازمان‌دهنده دیدگاه راهبردی سازمان، مدیریت سازمان و ویژگی ساختاری سازمان، دسته‌بندی کرد. نتایج به‌دست‌آمده نشانگر برخی تمایزات

جالب توجه است که شاید بتوان آن‌ها را ناشی از اقتصاد سنتی فردمحور در کشور، نوظهور بودن پدیده گردشگری پزشکی و همچنین طرح جدید موضوع اتحادهای راهبردی در این زمینه دانست.

داشتن دیدگاهی راهبردی، به مفهوم داشتن دیدگاهی جامع و هدفمند توسط سازمان، در پژوهش‌های پیشین نظیر مطالعات محققانی همچون پت و دبیرل (2001)، رینگ و وان د ون (1994)، حقیقی کفاش و همکاران (۱۳۹۲) در ذیل مفهوم راهبرد سازمانی نیز تبیین شده بود. اگرچه در این پژوهش آنچه دیدگاه راهبردی عنوان شده نه صرفاً مقصود نهایی یک سازمان در حالت مجرد بلکه اهدافی است که می‌تواند آن‌ها را در قالب شکل‌گیری یک اتحاد راهبردی پیگیری کند، چنان‌که مضامینی همچون انتخاب بازار هدف و حجم آن نیز در ذیل این مضمون سازمان‌دهنده مطرح می‌شود. به علاوه، دیدگاه راهبردی شامل شناخت از بخش خصوصی و دولتی به عنوان بستر فعالیت و ظهور شرکا یا رقبای احتمالی آینده نیز هست؛ موضوعی که به نظر می‌رسد در تحقیقات پیشین مورد توجه قرار نگرفته است.

اما باید توجه داشت که بستر این تحقیق کیفی در جامعه‌ای با بنیان‌های اقتصادی سنتی شکل گرفته است. جامعه‌ای که هنوز هم برای اشخاص حقیقی جایگاه و اعتبار بالایی قائل است. در چنین جامعه‌ای یک فرد به تنهایی می‌تواند برای یک سازمان اعتبار آفرین باشد. اگر این فرد را مدیریت سازمان در نظر بگیریم، مسلماً شناخت وی از فضای کسب و کار و همچنین دیدگاه و تجربه وی از اتحادهای پیشین می‌تواند تأثیر چشمگیری داشته باشد. در تحقیقات پیشین، اگرچه جایگاه مدیر در مواردی همچون تأثیر نگرش وی بر ایجاد اتحاد و همچنین ویژگی‌هایش نیز مورد تأکید قرار گرفته است. اما خصوصیات عملکردی سازمان نظیر نرخ بازگشت، جایگاه رقابتی، استقلال، اعتبار، قدرت بازار، سطح عملکرد و موقعیت کلی سازمان نیز مورد توجه بوده‌اند. به عبارتی نقش شخصیت حقیقی در کنار شخصیت حقوقی سازمان هم‌زمان دیده شده است. حال آن‌که به نظر می‌رسد جایگاه شخصیت حقیقی در کشور ما بنابه اقتضائات ساختار اقتصادی پررنگ‌تر است. البته شاید بتوان نوبادون صنعت گردشگری پزشکی در ایران، تجربه‌های محدود در زمینه اتحادهای راهبردی در این حوزه و همچنین رقابت اندک که موجب عدم افزایش حساسیت در خصوص ویژگی‌های سازمانی است را عواملی برای توجه کمتر به شاخص‌های عملیاتی و دارایی‌های سازمانی (منابع و مهارت‌های کلیدی) از سوی مصاحبه‌شوندگان پژوهش دانست.

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های ساختار سازمانی که خود انگیزه‌ای کلیدی در شکل‌گیری یا عدم شکل‌گیری اتحادهای راهبردی در گردشگری پزشکی به شمار می‌رود، اندازه سازمان است. موضوعی که محققانی همچون آدان و همکاران (2010)، موخرجی و همکاران (2013)، پارک و ژو (2005)، هانگ (2006)، ججی (2014)، هافمن و اسپلوسر (2010)، گومز و همکاران (2013)، پانسیری (2009)، پانسیری و کوریسانوس (2010)، کامبس و کنچن (2003)، جاوئن و گاندولف (2009) نیز بدان اشاره داشته‌اند.

در پایان، باید تأکید داشت که تحقیق حاضر با توجه به اندک بودن پژوهش‌ها در خصوص شکل‌گیری اتحادهای راهبردی در حوزه گردشگری پزشکی زمینه خوبی برای پژوهش‌های بیشتر و گسترده‌تر در گردشگری پزشکی و انواع خاص دیگری از گردشگری فراهم می‌آورد. از سوی دیگر، نتایج به دست آمده راهنمایی برای فعالان گردشگری پزشکی است تا در هنگام شکل‌دهی به اتحادهای راهبردی در این حوزه با نگرشی جامع‌تر به ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر سازمان خود بر این پدیده بنگرند.

منابع

حقیقی کفاش، مهدی، صادقی، داود و قاسمی، احمد (۱۳۹۲). «رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر موفقیت ائتلاف استراتژیک شرکت‌های هواپیمایی از دید خبرگان». *فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری*، سال هشتم، شماره ۲۳، ص ۲۷-۵۰.

حسن پور، محمود و عزیزی، عذرا (۱۳۹۳ الف). «مطالعه تطبیقی وضعیت گردشگری درمانی ایران و جهان در راستای تدوین راهبردهای توسعه محصول». *دبیرخانه کمیسیون‌های تخصصی اتاق بازرگانی ایران*، کمیسیون گردشگری و خدمات، شماره ۶۸.

حسن پور، محمود و عزیزی، عذرا (۱۳۹۳ ب). «مطالعه تطبیقی هزینه‌ها در کشورهای مقصد گردشگری درمانی». *دبیرخانه کمیسیون‌های تخصصی اتاق بازرگانی ایران*، کمیسیون گردشگری و خدمات.

رهبری، مریم و اخوان بهبهانی، علی (۱۳۸۹). *نگاهی به وضعیت گردشگری سلامت در ایران و جهان*. تهران: دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

شالبافیان، علی اصغر (۱۳۹۴). *گردشگری سلامت در رویکردی جامع*. تهران: انتشارات مهکامه.

شیخ‌زاده، محمد، تسلیمی، محمد، عابدی، جعفری، حسن و فقیهی، ابوالحسن (۱۳۹۰). «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی». *اندیشه مدیریت راهبردی*، دوره ۵، شماره ۲، صص ۱۵۱-۱۹۸، پاییز و زمستان ۱۳۹۰.

- Adnan, S. M., Ramanathan, K., Turpin, T. and Chapman, R. L. (2010). "A conceptual model of the strategic alliance process: from initiation to conclusion". *Int. J. Networking and Virtual Organisations*, 7(1), 39-62.
- Al Khattab, S. A. (2012). "Marketing strategic alliances: The hotel sector in Jordan". *International Journal of Business and Management*, 7(9), 222-232.
- Arturo Lowensberg, D. (2010). A "new" view on "traditional" strategic alliances' formation paradigms. *Management Decision*, 48(7), 1090-1102.
- Attride-Stirling, J. (2001). "Thematic Networks: An Analytic Tool for Qualitative Research". *Qualitative Research*, Vol. 1, No. 3, pp. 385-405.
- Austin, J. E. (2010). *The Collaboration Challenge: How Nonprofits and Businesses Succeed through Strategic Alliances*. San Francisco, CA: Wiley.
- Bluestein, A. I. (1994). "A four-step process for creating alliances". *Directors and Boards-American Edition*, 18, p. 25.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*, Sage.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006), "Using thematic analysis in psychology". *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, No. 2, pp. 77-101.
- Büchel, B. (2000). "Framework of joint venture development: Theory-building through qualitative research". *Journal of Management Studies*, 37(5), 637-661.
- Cavazos, C. (2013). "Entering into strategic alliances: an empirical test of the direct and interaction effects of managers' attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control". *Journal of Strategic Marketing*, 21(1), 3-24.
- Cravens, D. W., Shipp, S. H. and Cravens, K. S. (1993). "Analysis of co-operative interorganizational relationships, strategic alliance formation, and strategic alliance effectiveness". *Journal of Strategic Marketing*, 1(1), 55-70
- Combs, J. G. and Ketchen Jr, D. J. (2003). "Why do firms use franchising as an

- entrepreneurial strategy?: A meta-analysis". *Journal of management*, 29(3), 443-465.
- Czemek, K., Czakon, W. and Marszalek, P. (2017). Trust and formal contracts: complements or substitutes? A study of tourism collaboration in Poland. *Destination Marketing and Management*, 6(4), 318-326, December 2017.
- Dadfar, H., Dahlgaard, J. J., Brege, S. and Arzaghi, B. J. (2014). "International strategic alliances in the Iranian pharmaceutical industry: an analysis of key success and failure factors". *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7-8), 812-826.
- Das, T. K. and Teng, B. S. (2002). "The dynamics of alliance conditions in the alliance development process". *Journal of management studies*, 39(5), 725-746.
- Dias, J. and Magriço, V. M. (2011). "The impact of resource conditions and environmental uncertainty on inter-firm alliance strategies". *Applied Economics*, 43(6), 757-765.
- Doz, Y.L. and G. Hamel. (1998). *Winning alliances*, Harvard Business School Press, Boston.
- Drucker, P. F. (2008). *Management*. New York: Harper Collins Publishing.
- Dias, J. and Magriço, V. M. (2011). The impact of resource conditions and environmental uncertainty on inter-firm alliance strategies. *Applied Economics*, 43(6), 757-765.
- Drucker, P. F. (2008). *Management*. New York: Harper Collins Publishing
- Das, T. K. and Teng, B. S. (2002). The dynamics of alliance conditions in the alliance development process. *Journal of management studies*, 39(5), 725-746.
- Doz, Y.L. and G. Hamel. (1998). *Winning alliances*, Harvard Business School Press, Boston.
- Dadfar, H., Dahlgaard, J. J., Brege, S. and Arzaghi, B. J. (2014). "International strategic alliances in the Iranian pharmaceutical industry: an analysis of key success and failure factors". *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7-8), 812-826.
- Drucker, P. F. (2008). *Management*. New York: Harper Collins Publishing.
- Global Spa Summit (2011). *Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit?*
- Gomes, E., Angwin, D. N., Weber, Y. and Yedidia Tarba, S. (2013). "Critical success factors through the mergers and acquisitions process: revealing pre-and post-M&A connections for improved performance". *Thunderbird international business review*, 55(1), 13-35.
- Gulati, R. (1995). "Social structure and alliance formation patterns: A longitudinal analysis". *Administrative science quarterly*, 40(4), 619-652, Decembre 1995 .
- Gusory, D., Saayman, M., Sotiriadis, M. (2015). *Collaboration in Tourism Business and Destinations: A Hand Book*. Emerald Group Publishing.
- Hall, C. M. (Ed.). (2013). *Medical Tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility*. Abingdon: Routledge.
- Hoffman, W. H. and Schlosser, R. (2001). "Success factors of strategic alliances in small and medium-sized enterprises: An empirical survey". *The Journal of the Society for Long Range planning of European Planning Federation*, 34(3), 357-382.
- Holcomb, T. R. and Hitt, M. A. (2007). "Toward a model of strategic outsourcing". *Journal of operations management*, 25(2), 464-481.
- Holmberg, S. R., and Cummings, J. L. (2009). "Building successful strategic alliances: Strategic process and analytical tool for selecting partner industries and companies". *Long Range Planning*, 42, 164-193.
- Hoz, C. D., Munoz-Leiva, F. and Bakucz, M. (2018) "Past themes and future trends in

- medical tourism research: a co-word analysis". *Tourism management*, 65, 200-211.
- Huang, L. (2006). "Building up a B2B e-commerce strategic alliance model under an uncertain environment for Taiwan's travel agencies". *Tourism Management*, 27(6), 1308-1320.
- Jamal, T. and Getz, D. (1995). "Collaboration theory and community tourism planning". *Annals of Tourism Research*, (22)1, 186-204.
- Jaouen, A. and Gundolf, K. (2009). "Strategic alliances between microfirms: Specific patterns in the French context". *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, 15(1), 48-70.
- Jeje, K. (2014). "Motives behind Strategic Alliance Formation among Medium-Sized Manufacturing Firms in Tanzania". *Journal of Management and Strategy*, 5(3), 76-88.
- Jetter, L. G. and Chen, R. J. (2012). "An exploratory investigation of knowledge sharing and cooperative marketing in tourism alliances". *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 13(2), 131-144.
- King, N. (1998). "Template analysis", in G. Symon and C. Cassell (eds.) *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research*, London: Sage.
- Kauser, S., and Shaw, V. (2004). "International Strategic Alliances: objectives, motives and success". *Journal of Global Marketing*, 17(2-3), 7-43.
- Lazzeretti and Petrillo, C. (Eds.). (2006). *Tourism local systems and networking*. Oxford, UK: Elsevier.
- Oxford English Dictionary (2006), Oxford University Press, United Kingdom.
- McCutcheon, D. and Stuart, F. I. (2000). Issues in the choice of supplier alliance partners. *Journal of Operations Management*, 18(3), 279-301.
- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Momeni, K, Janati, A, Imani, A, and, Khodayari-Zamaq, R. (2018). "Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study". *Tourism Management*, 69, 307-316.
- Mukherjee, D., Gaur, A. S., Gaur, S. S. and Schmid, F. (2013). "External and internal influences on R&D alliance formation: Evidence from German SMEs". *Journal of Business Research*, 66(11), 2178-2185.
- Nielsen, B. B. (2003). "An empirical investigation of the drivers of international strategic alliance formation". *European Management Journal*, 21(3), 301-322.
- Pansiri, J. (2009). "Strategic motives for alliance formation in the travel sector of tourism". *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 10(2), 143-173.
- Pansiri, J. and Courvisanos, J. (2010). "Attitude to risk in technology-based strategic alliances for tourism". *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 11(3), 275-302.
- Park, S. H. and Zhou, D. (2005). "Firm heterogeneity and competitive dynamics in alliance formation". *Academy of Management Review*, 30(3), 531-554.
- Parmigiani, A., Rivera-Santos, M. (2011). "Clearing a Path Through the Forest: A MetaReview of Interorganizational Relationships". *Journal of Management*, 37(4), 1108-1136.
- Pett, T. L. and Dibrell, C. C. (2001). "A process model of global strategic alliance formation". *Business Process Management Journal*, 7(4), 349 – 364.

- Pirnar, I. (2015). "Partnerships and Alliances in Tourism: Aims and Functions". A chapter in Gursoy, D. Sayyman, M. and Sotiriadis. (eds.). *Collaboration in Tourism Businesses and Destinations: A Handbooks*. Emerald.
- Rigsbee, E. R. (2000). *Developing Strategic Alliances*. Mississauga, Canada: Crisp Learning.
- Ring, P. S. and Van de Ven, A. H. (1994). "Developmental processes of cooperative interorganizational relationships". *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Robson, M. J. and Katsikeas, C. S. (2005). "International strategic alliance relationships within the foreign investment decision process". *International Marketing Review*, 22(4), 399-419.
- Rothaermel, F. T. and Boeker, W. (2008). "Old technology meets new technology: Complementarities, similarities, and alliance formation". *Strategic Management Journal*, 29(1), 47-77.
- Snyman, J. (2015). Hotel Industry: Forming a Strategic Alliance with Tourism Service Providers. A chapter in D. Gursoy, M. Sayyman and M. Sotiriadis. (eds.). *Collaboration in Tourism Businesses and Destinations: A Handbooks*. Emerald.
- Sørensen, H. B. and Reve, T. (1998). "Forming strategic alliances for asset development". *Scandinavian Journal of Management*, 14(3), 151-165.
- Terpstra, V. and Simonin, B. (1993). "Strategic alliances in the triad". *Journal of International Marketing*, 1, 4-25.
- Titmas, K. (2012). "Coopetition Amongst Hotels in South Africa: A Case Study of Coopetition Amongst Five-Star Hotels in Cape Town, South Africa". Research report presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Business Administration at the University of Stellenbosch.
- Todeva, E. and Knoke, D. (2005). "Strategic alliances and models of collaboration". *Management Decision*, 43(1), 123-148.
- Zineldin, M. and Dodourova, M. (2005). "Motivation, achievements and failure of strategic alliances: The case of Swedish auto-manufacturers in Russia". *European Business Review*, 17(5), 460-470.