

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت در پساکرونا با بکارگیری تکنیک فرا ترکیب

حکیمه کیا کجوری^۱، محمد علی نسیمی^{۲*}، محمد جواد تقی پوریان^۳، قیدر قنبرزاده^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۵

چکیده

گردشگری سلامت از جمله حوزه‌هایی محسوب می‌شود که از پتانسیل بسیار بالایی در جهت توسعه کسبوکار گردشگری کشور برخوردار است. در حالی که کشورهای صاحب صنعت گردشگری سلامت در این روزها از تبعات و اثرات کرونا ضررهای جبران ناپذیری را متحمل شده‌اند و جبران این خسارت‌ها زمان زیادی را می‌طلبد استفاده از مدل‌های نوین کسبوکار گردشگری سلامت و ظرفیت‌های مختلف می‌تواند در این زمینه کارساز باشد. این پژوهش با هدف ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت در پساکرونا با به کارگیری تکنیک فرا ترکیب انجام شد. بدین منظور ابتدا ۲۳۸ مقاله از پایگاه‌های علمی معتبر داخل و خارج انتخاب شد و پس از چند مرحله نقد و بررسی اطلاعات در انجام فراترکیب، ۴۱ مقاله نهایی باقی ماند. پس از کدگذاری باز و محوری، از این ۴۱ مقاله تعداد ۶ بعد اصلی (فرهنگ، زیرساخت، دسترسی به امکانات، عوامل زیست‌محیطی، قیمت و نیروی متخصص) و ۶۴ مؤلفهٔ کسبوکار گردشگری سلامت به دست آمد. در مرحله بعد با استفاده از تکنیک دلفی از ۱۵ نفر از خبرگان فعلی در این زمینه خواسته شد تا از بین مؤلفه‌های شناسایی شده، عواملی را که به عنوان مزیت رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت در پساکرونا هستند، معرفی نمایند؛ که از ۶۴ عامل پیشنهادی، ۱۹ عامل به عنوان مؤلفه‌های ابعاد مدل مزیت‌های رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت در پساکرونا شناخته شدند.

واژه‌های کلیدی: مزیت رقابتی، کسبوکار گردشگری سلامت، فرا ترکیب، اقتصاد گردشگری

طبقه‌بندی JEL: Z30، C49، Z33، I11

^۱. دانشجوی دکتری مدیریت کارآفرینی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

^۲. استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد تکابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابی، ایران. (نویسنده مسئول: m.ali.nasimi@toniau.ac.ir)

^۳. استادیار گروه مدیریت، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

^۴. استادیار گروه مدیریت، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

مقدمه

ویروس کرونا نه تنها بر سلامت جهانی تأثیر بر جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زندگی انسان نیز تأثیر گذاشت. تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی ما احتمالاً شکل جدیدی از زندگی اقتصادی و اجتماعی را معرفی خواهد کرد. دوران پسا کرونا به همه مدیران یادآوری می‌کند که باید به شکل دیگری از ارتباطات فکر بکنند. در پسا کرونا باید در زیرساخت‌های مربوط به کسبوکار الکترونیک، تبلیغات الکترونیک و کارهای تیمی اقدامات دقیق‌تر و بهتری انجام داد (يانگمن^۱، ۲۰۲۰). امروزه، دیگر صنعت گردشگری و تفریح در طبیعت، به دیدن مناظر طبیعی و آثار تاریخی محدود نمی‌شود، بلکه بیشتر گردشگران با هدف خاصی به سفر می‌روند و مقصد خود را انتخاب می‌کنند تا به گونه‌ای که گردشگری با هدف بازگرداندن سلامتی به بدن و حفظ آن، به یکی از شاخه‌های مهم گردشگری هدفمند تبدیل شده است. شاخه‌ای از گردشگری که در دنیا، طرفداران بسیاری دارد و دولتهای زیادی را هم به سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی برای آن و داشته، صنعت گردشگری سلامت است (عربشاهی کریزی و آریان فر، ۱۳۹۳).

صنعت گردشگری، پس از صنعت نفت و خودروسازی، جزء صنایع بزرگ جهان محسوب می‌شود که تأثیر بسیار زیادی بر درآمدهای ارزی کشورها دارد. با گذر زمان و پیشرفت این صنعت، گردشگری از حالت عام خارج و به شاخه‌های تخصصی نظیر گردشگری فرهنگی، ورزشی، مذهبی، گردشگری سلامت و غیره تقسیم شده است (باغی و همکاران، ۱۳۹۸). در میان حوزه‌های گردشگری، صنعت گردشگری سلامت به دلیل ظرفیت بالا و مزایای رقابتی زیاد از توجه خاصی برخوردار شده است (ابراهیمی و طبی ابولحسنی، ۱۳۹۶؛ منوچهر و محمدی، ۱۳۹۸).

بیشترین تأثیر این تحول در اقتصاد و مشاغل است. باید به تأثیر منفی کرونا بر منافع مشاغلی از جمله رستوران داران، هتل داری، بخش حمل و نقل هوایی، شرکت‌های بیمه مسافری، اتوبوس و تاکسی داران، صنایع دستی و سایر شغل‌هایی که به طور غیر مستقیم از ورود گردشگر خارجی، هم توجه داشت. این تحول همچنین تأثیر عمده‌ای بر گردشگری، به ویژه گردشگری سلامت خواهد داشت. فعالان گردشگری سلامت، باید میزان تأثیرگذاری را مشخص نموده و برنامه‌هایی را برای زنده نگه داشتن این صنعت از طریق همکاری و مشاوره تدوین نمایند (يانگمن، ۲۰۲۰).

گردشگری سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های صنعت گردشگری و دارای منافع اقتصادی و اجتماعی بالایی است که در این فرآیند مردم برای دستیابی به مراقبت‌های درمانی، بهداشتی و جراحی سفر می‌کنند. به طوری که این مهم باعث گردیده سازمان‌های دست اندر کار در کشورهای مستعد بیش از پیش به این بخش از صنعت گردشگری توجه نمایند و برای آن برنامه‌ریزی کنند (الماسی و اکبری، ۱۳۹۸). صنعت گردشگری از جمله صنایعی است که می‌تواند بسیار به رفاه و رشد کشورها کمک نماید. بهخصوص برای آن دسته از کشورهایی که از مناطق گردشگری بالقوه و عالی برخوردار هستند (دشمنگیر و همکاران، ۱۳۹۷). گردشگری به دلیل آثار مثبت اجتماعی، فرهنگی و تأثیر در رشد اقتصادی و درآمدزایی در حال

^۱.Youngman

تبديل شدن به صنعت اول در جهان است و در اغلب کشورها منبع مهمی برای فعالیت‌های تجاری، کسب در آمد، اشتغال زایی و مبادلات خارجی محسوب می‌شود. کشور ایران نیز به دلیل برخورداری از منابع مختلف برای توسعه گردشگری، زمینه‌های لازم را برای توسعه و بهره برداری این صنعت دارد. با توجه به رقابتی شدن این صنعت، کشورها و سازمان‌های ذیرپوش به دنبال استفاده از مزیت‌های رقابتی و تکنولوژی‌های جدید هستند تا بتوانند به خوبی زمینه را برای جذب گردشگران بیشتر فراهم نموده و در نتیجه به رشد صنعت گردشگری و متعاقباً رشد کشورشان کمک کنند (آفایی فر، ۱۳۹۶؛ سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). کشور ایران یکی از پنج کشور مهم جهان در عصر حاضر است که آثار، آداب و سنت باستانی قابل توجهی دارد و تنها کشوری است که با داشتن این همه جاذبه‌های جهانگردی، بخش صنعت جهانگردی رشد و ارتقا داد (استعلامی و نورانی، ۱۳۹۴).

در شرایط فعلی علیرغم همه نقاط قوت و ضعف موجود در مدیریت بحران کرونا، از نظر آماری کشور در رده‌های میانی رو به بالای جداول جهانی قرار گرفته است. در شرایط عبور از بحران ویروس کرونا و عادی شدن تدریجی امور جامعه شاید بازار خدمات پزشکی ایران از نظر قیمت و تخصص حرفه‌ای جذابیت‌هایی برای کشورهای منطقه و فرا منطقه‌ای داشته باشد، اما این فعالیت‌ها مثل همیشه تحت تأثیر مستقیم شرایط دیپلماسی و سیاسی کشور خواهد گرفت. به گونه‌ای که می‌توان امیدوارانه به افزایش طرفیت‌های توریسم سلامت ایران پس از دوران کرونا فکر کنیم و به اتخاذ تصمیمات موقعیت آفرین آینده‌ساز توسط متولی‌های دولتی و بخش خصوصی گردشگری سلامت ایران به شدت احساس می‌شود.

مناطق مختلف کشور با جاذبه‌های مختلف طبیعی و دسترسی سریع و آسان به دریا، جنگل، کویر، برخورداری از آب و هوای متنوع چهار فصل، هزینه پایین و کیفیت بالای خدمات درمانی، پزشکان زده، تکنولوژی به روز، مناطق درمانی طبیعی می‌تواند به مهترین قطب گردشگری و صنعت توریسم در منطقه تبدیل شود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱). در کنار پارامترهای جهانی مانند جاذبه‌های صنعت گردشگری، آزادی‌های رفاهی، تبلیغات جذب کننده مسافر و نحوه مدیریت بحران کرونای هر کشور هم جز شاخص‌ها و معیارهای مهم اکثر ملت‌ها و بیماران خارجی برای انتخاب مقاصد گردشگری و تندرستی در سال‌های آتی قرار می‌گیرد. صنعت گردشگری سلامت در کشور به چالش‌های نظیر ناهمانگی بین سازمان‌های متولی صنعت گردشگری سلامت و برنامه‌ریزی نامناسب مبتلا است و ساختار این صنعت در کشور به اصلاح و طراحی یک مدل مطلوب نیاز دارد تا بتوان ارزش مورد انتظار گردشگران داخلی و خارجی را به خصوص در حوزه صنعت گردشگری سلامت فراهم نمود (امیری و همکاران، ۱۳۹۷)؛ اما در این دوران کمبود تجهیزات پزشکی، تحریم‌های دارویی ظالمنه و تلاش‌های شبانه‌روزی دانشمندان و کادر درمان رنگ و بوی جهادی و خداپسندانه بیشتری به فضای مدیریت بحران کرونا داده است. پژوهش حاضر ارائه یک مدل کسب‌وکار گردشگری سلامت را با در نظر گرفتن مزیت‌های رقابتی در پسا کرونا برای ایران بررسی می‌کند.

مبانی نظری پژوهش

گردشگری سلامت

برای توریسم درمانی که گاهی از آن با عنوان توریسم سلامت و یا گردشگری سلامت نام برده می‌شود، تعاریف مختلفی بیان شده است (سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ۲۴ ساعت است، تعریف می‌کند (باغی و همکاران، ۱۳۹۸). گردشگری سلامت از زمان یونان و روم باستان وجود داشته و سپس به بسیاری از کشورهای اروپایی و نقاط دیگر دنیا توسعه یافته است (ابراهیمی و طبیی ابوالحسنی، ۱۳۹۶). در حالی که صنعت گردشگری سلامت، در بسیاری از کشورها نقش مهمی در ارزآوری دارد و هر ساله مiliاردها دلار درآمد ارزی از طریق این صنعت عاید کشورهای اروپایی و آمریکا می‌شود، اما در ایران این صنعت جایگاه خود را باز نیافته است (منوچهر و محمدی، ۱۳۹۸).

حتی کشورهای همسایه نیز این فرستاد را مغتنم شمرده و بر روی آن سرمایه‌گذاری کرده‌اند به‌طوری که برخی کشورهای همسایه ایران، سالانه چندین میلیون دلار درآمد ارزی از صنعت گردشگری سلامت دارند (سخدری و همکاران، ۱۳۹۸). مطالعات انجام شده در حوزه صنعت گردشگری سلامت در ایران، نشان می‌دهد که اگر چه صنعت گردشگری سلامت در ایران از دیر باز مورد توجه گردشگران و بیماران خارجی است و در سال‌های اخیر نیز بسترسازی برای آن آغاز شده است ولی در حال حاضر این صنعت جایگاه خود را باز نیافته و مراحل نخستین توسعه خود را طی می‌کند و برای رسیدن به جایگاه شایسته خود با چالش‌هایی مواجه است (آل رسول، ۱۳۹۶؛ الماسی و اکبری، ۱۳۹۸). عواملی همچون هماهنگی نامناسب بین سازمان‌های متولی گردشگری سلامت، فقدان کمیته‌های کاری تخصصی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، فقدان سیستم جامع آوری اطلاعات مربوط به ورود گردشگران سلامت به ایران، ناکارآمدی سیستم اطلاع رسانی درخصوص قابلیت‌های صنعت گردشگری پزشکی ایران، کمبود زیرساخت‌های لازم و خلاء قانونی برای توسعه این صنعت موجب شده است تا صنعت گردشگری سلامت ایران جایگاه مطلوبی نداشته باشد؛ بنابراین مطالعات انجام شده در این زمینه، می‌تواند راه گشایی سیاست‌گذاران این عرصه باشد (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ امیری و همکاران، ۱۳۹۷).

ریسک کسبوکارها در بحران کرونا

امروزه دغدغه بسیاری از مدیران کسبوکارها، دقت در شناسایی، برآورد ریسک و، مدیریت آن جهت کاهش به حداقل ممکن رسیده است (کارگر و زنگنه، ۱۳۹۷). ریسک‌های پیش روی کسبوکارها در مواجه با بحران ویروس کرونا شامل سه سطح است: ریسک سطح بینالمللی: کاهش تولید در جهان به دلیل شیوع کرونا و ریسک‌های منفی قابل توجهی به همراه دارد. بحران کرونا، زنجیره تأمین جهان مانند چین و کشورهای صنعتی را به شدت دچار چالش نموده است و تقاضای نهایی برای کالاها و خدمات کاهش یافته

است. نتیجه آن، شوک‌های کوتاه مدت عرضه و تقاضا برای کسب‌وکارها از جمله صنعت گردشگری سلامت است. ارزش سهام در اکثر کشورهای جهان در حال افول است، عرضه و تقاضای بازار نفت در حال تغییر است. همچنین کشورهای بسیاری در مراحل مختلف بیماری کرونا هستند، بنابراین ریسک بازگشت بیماری هم وجود دارد و زمان پایان کامل بیماری در جهان مشخص نیست. دوم ریسک سطح ملی-اقتصادی: کاهش صادرات به سایر کشورها بر کم شدن درآمدهای کشور تأثیرگذار است. کاهش درآمدهای مالیات از کسب‌وکارها بر محدود شدن درآمدی اصلی دولت هم مؤثر است. از طرفی هزینه‌های دولت به واسطه تخصیص بودجه‌های متعدد بهداشتی و درمانی افزایش یافته است، در نتیجه این ریسک وجود دارد که به دلیل کسری بودجه دولت، کمیت و کیفیت کمک‌های دولتی برای رفع موانع پیش روی کسب‌وکارها کاهش یابد. سوم ریسک سطح صنعت-کسب‌وکار: شرکت‌ها با مشکلات فراوانی در زنجیره تأمین مواد اولیه و لجستیک، کاهش فروش و بهره‌وری مواجه هستند. همچنین نگرش‌ها و انتظار مشتریان در حال تغییر است که پیامد آن افزایش ریسک‌های کسب‌وکارها خواهد بود. کسب‌وکارهای فروش آنلاین، تولیدکنندگان محصولات غذایی و بهداشتی و شرکت‌هایی که قابلیت دورکاری دارند، ریسک پایین‌تری را تجربه می‌کنند. سایر کسب‌وکارها ریسک متوسط تا زیادی خواهند داشت. همچنین احتمال ورشكستگی کسب‌وکارها افزایش یافته است (داوری، ۱۳۹۹؛ داوری و همکاران، ۱۳۹۹).

استراتژی‌های تاب‌آوری کسب‌وکارها

تاب‌آوری^۱ در مفهوم شرکتی به معنی توانایی مقاومت در برابر بحران‌ها و ریسک فاکتورها است. تاب‌آوری، قابلیت‌هایی برای کسب‌وکارها به وجود می‌آورد که بتوانند با وجود شرایط نامطلوب به بقا ادامه داده و در مسیر بازگشت و رشد قرار گیرند (هامل و ولیکانگاس، ۲۰۰۳). طرفیت تاب‌آوری به بقای بلندمدت شرکت کمک می‌کند. استراتژی‌های تاب‌آوری بر روش‌ها و ابزارهای جدید برای مواجه با تغییرات پیچیده تأکید دارند که به انطباق‌بندیری و سازگاری سریع در شرایط عدم اطمینان و بهره‌گیری از فرصت‌های جدید کمک می‌کنند. کرونا شرایطی را در کشور به وجود آورده است که بیشتر کسب‌وکارها به بقا می‌اندیشند و پایان بحران نیز لزوماً به معنی بازگشت به دوره ماقبل بحران نیست. لذا مدیران ارشد کسب‌وکارها برای کاهش تهدیدها، افزایش امکان بقا و بهره‌گیری از فرصت‌های آتی در دوره پساکرونا به استراتژی‌های تاب‌آوری نیاز دارند (داوری، ۱۳۹۹). در چهارچوب پنج استراتژی تاب‌آوری، برخی اقدامات سریع می‌توانند به بقا کسب‌وکارها کمک کنند: اول سرمایه انسانی، سرمایه انسانی بازوی شرکت‌ها برای دستیابی به اهداف است. یکی از مهم‌ترین وظایف مدیران در مواجهه با بحران کرونا توجه به اقدامات پیشگیرانه و حمایتی است تا بتوان محیط کار ایمن و سلامت ایجاد کرد. تشویق کارکنان به اقدامات ابتکاری و مشارکت فعالانه آن‌ها برای کاهش پیامدهای بحران ضروری است. دوم بازاریابی و فروش، بازاریابی، فرایند برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های قیمت‌گذاری، تبلیغات، فروش کالاهای خدمتی است. با شروع بحران کرونا جامعه از

¹. Resilience

². Hamel & Välikangas

نظر روانی و اقتصادی آسیب دیده است (یونراه، ۲۰۱۶). مشتریان برای انطباق خود با بحران، عادات و رفتار خرید خود را تغییر داده‌اند. لذا شرکت‌ها در این دوران برای تطابق با تغییرات بازار و انطباق با رفتارهای جدید مصرف‌کنندگان بایستی اقدامات مناسبی اتخاذ نمایند. سوم مدیریت زنجیره تأمین مواد اولیه، مدیریت زنجیره تأمین عبارت است از فرایند برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل عملیات مرتبط با زنجیره تأمین و جابجایی و موجودی انبار با هدف حداقل‌سازی هزینه‌ها و حداکثر سازی کارایی و سود. به دلیل افت تولید در کشورهای مختلف، محدودیت جابجایی بین کشورها مشکلات زیادی را در زنجیره تأمین کسبوکارها به وجود آورده است، لذا بایستی با اقداماتی ابتکاری این مشکلات تأمین مواد اولیه را کاهش داد. چهارم مدیریت مالی، نظام مالی شامل برنامه‌ریزی مالی، پایش، کنترل تعهدات مالی مشتریان و حسابهای دریافتی و تعهدات مالی به تأمین‌کنندگان، کنترل بودجه عملیاتی و صورت درآمد هزینه را شامل می‌شود (ویلیکانگاس، ۲۰۱۶). در دوره بحران کرونا مدیریت هوشمندانه مالی می‌تواند بقا را تضمین نماید. بحران کرونا باعث کاهش تقاضا و در نتیجه کاهش فروش بسیاری از کسبوکارها شده است، لذا در چنین شرایطی، جریان نقدینگی که حیات کسبوکارها به آن وابسته است با مشکل مواجه شده و تمرکز بر مدیریت منابع مالی و اضطراب مالی را ضروری نموده است. پنجم تفکر استراتژیک و کارآفرینانه: تفکر استراتژیک را می‌توان فرایند تحلیل و ارزیابی محیط کسبوکار، خلق چشم‌انداز آینده و توسعه اقدامات ابتکاری برای دستیابی به اهداف کلان شرکت تلقی نمود. این تفکر علاوه بر تحلیل‌های کمی و عددی بر نگرش کارآفرینانه، خلاقانه و غیرخطی تأکید دارد. در دوره بحران کرونا که ویژگی آن تغییر انتظارات مشتری، کارکنان و ذی‌نفعان است، تفکر استراتژیک به عنوان هسته مرکزی خلق مزیت رقابتی تلقی می‌گردد تا بتوان با تغییرات همسو شد و پاسخ مناسبی ارائه داد (داوری و همکاران، ۱۳۹۹).

پیشنهاد پژوهش

جعفری تیتكانلو و اصغرزاده (۱۳۹۹) به پژوهشی با عنوان «تحلیل نقش بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها در توسعه بازارهای بین‌المللی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر فعالیت‌های بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها بر شناسایی فرصت‌های صادراتی و رشد صادرات خدمات در گردشگری پژوهشی انجام گرفته است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی است. در این پژوهش پس از توسعه مدل و استخراج فرضیه‌های مربوطه، پرسشنامه‌ای تدوین شد و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش روایی، از روایی صوری و روایی واگرا و جهت سنجش پایایی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل ۵۰ بیمارستان خصوصی شهرهای گردشگر پذیر تهران، مشهد، اصفهان و شیراز بود که اندازه نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر ۴۴ تعیین شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سرانجام پرسشنامه پژوهش در بین کارکنان بخش پذیرش بیماران بین‌الملل توزیع شد. به منظور تحلیل داده‌های مدل سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار پی‌ال‌اس به کار گرفته شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد توانمندی‌های بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها بر شناسایی

^۱. Unruh

فرصت‌های صادراتی و رشد صادرات خدمات گردشگری پژوهشی مؤثر است. همچنین اثر غیر مستقیم توانمندی‌های بازاریابی اینترنتی بر رشد صادرات خدمات گردشگری پژوهشی از طریق شناسایی فرصت‌های صادراتی تأیید گردید.

محمدی و خالدی (۱۳۹۸) به پژوهشی با عنوان «تحلیل عوامل مؤثر بر رضایتمندی گردشگران خارجی سلامت (مطالعه موردی: گردشگران اقلیم کردستان عراق)» پرداختند. پژوهش حاضر با روشنی توصیفی- تحلیلی و رویکرد اکتشافی انجام شد. داده‌ها از دو منبع اسنادی و میدانی مبتنی بر مصاحبه و توزیع پرسشنامه در میان گردشگران سلامت خارجی وارد شده به کشور جمع‌آوری شد. نتایج پژوهش نشان داد که سطح رضایت گردشگران مطلوب نبوده و بر این عدم مطلوبیت، سه عامل کمبود خدمات و امکانات رفاهی- اقامتی و ضعف زیرساخت‌های حمل و نقل، کیفیت نامناسب مرافق‌های بیمارستانی و زیرساخت‌های آن و ضعف در اطلاع‌رسانی، آموزش و عملکرد نامطلوب نهادهای دولتی مسئول، در این امر تأثیر بسزایی داشته‌اند.

اسعدی و همکاران (۱۳۹۸) به پژوهشی با عنوان «توسعه گردشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و تحلیل عوامل داخلی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت انجام شد. ابتدا با مرور ادبیات تحقیق و نظرات خبرگان، عوامل داخلی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت شناسایی شدند. سپس با استفاده از ابزارها و فنون مربوط به رویکرد نگاشت شناختی فازی و تحلیل شبکه‌های اجتماعی، مدل توسعه گردشگری سلامت استخراج و سناریوهایی جهت بهبود وضعیت بر روی مدل آزمون شد. در مجموع با ۲۸ نفر از خبرگان آشنا با صنعت گردشگری سلامت مصاحبه شد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که جهت رشد هر چه سریع‌تر صنعت گردشگری سلامت در کشور، عوامل متعددی تأثیرگذار هستند که از این میان، عوامل بازاریابی و تبلیغات، امنیت، وجود نیروی متخصص و توانمند در زمینه‌های گوناگون پژوهشی و نیز افزایش تعداد مراکز درمانی مهم‌تر تأثیرگذارتر هستند. با توجه به ظرفیت‌های بالقوه‌ای که در حوزه گردشگری سلامت در ایران وجود دارد و نیز بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود به عوامل اصلی توسعه گردشگری سلامت توجه بیشتر توجه شود و با برنامه‌ریزی مناسب قدم‌هایی در این جهت برداشته شود.

امیری و همکاران (۱۳۹۷) به پژوهشی با عنوان «گردشگری سلامت و پژوهشی با تأکید بر شناخت منابع و پتانسیل‌های استان کرمانشاه» پرداختند. ایران با داشتن ویژگی‌های زمین‌شناختی، چشم‌های گرم و معدنی، آب و هوای چهار فصل، امکانات و خدمات پژوهشی و پژوهشکار مهربانی در اکثر استان‌ها، جهت بهبود حال بیماران داخلی و خارجی یکی از میزبان‌های گردشگری سلامت و پژوهشی در منطقه است. روش پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی است و در جمع‌آوری اطلاعات از طریق منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی استفاده شده است. تحلیل و نتیجه‌گیری نشان می‌دهد که این استان علاوه بر خدمات دهی به بیماران شهرستان‌های خود و شهرهای اطراف، اولویت استان در حوزه توریسم سلامت به جهت هم‌مرز بودن با کشور عراق است و در زمینه چشم‌های معدنی و آب گرم رتبه پایین‌تری نسبت به سایر استان‌های فعال در

حوزه توریسم سلامت دارد و علت آن عدم آگاهی و مسائل دیگر نظری ضعف شدید دفاتر تبلیغاتی گردشگری سلامت، کمبود زیرساخت‌ها و تسهیلات گردشگری ناشناخته است.

ابراهیمی و طبیبی ابوالحسنی (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «اهمیت گردشگری سلامت با تأکید بر گردشگری پژوهشکی» انجام دادند. آن‌ها به کمک منابع کتابخانه‌ای و تحلیل نظرات خبرگان، ماهیت این نوع از گردشگری را مورد توجه قرار داده و وضعیت آن را در ایران بررسی کردند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که اگرچه پژوهشکی معاصر در ایران شایسته تقدیر است، اما باید در راستای ارتقای روزافزون آن تلاش بیشتر می‌شود و مؤلفه‌های مؤثر بر گردشگری سلامت را شناخت.

آل رسول (۱۳۹۶) به پژوهش با عنوان «مطالعه فرستادها و چالش‌های صنعت گردشگری سلامت در اقتصاد ایران (مطالعه موردي: شهر مشهد)» پرداخت. بدین منظور از تکنیک SWOT نقاط ضعف و قوت صنعت گردشگری سلامت در شهر مشهد بررسی شد؛ نتایج پژوهش نشان داد که پایین بودن هزینه‌های خدمات گردشگری و درمانی بزرگ‌ترین عامل مزیت رقابتی و شیوه بازاریابی در گردشگری سلامت، بزرگ‌ترین ضعف این صنعت در شهر مشهد محسوب می‌شود.

هرندی و میرزائیان خمسه (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت؛ با استفاده از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک» انجام دادند. آن‌ها در مطالعه خود با استفاده از روش پژوهش کیفی و با اتکا بر فلسفه تفسیری نمادین به دنبال استخراج چیستی و چرایی مدل جذب گردشگر سلامت در کشور ایران بودند. در این راستا از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک از طریق کدگذاری باز، انتخابی و نظری به منظور تبیین استقرایی نظریه جذب گردشگر سلامت استفاده شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۰ نفر از گردشگران خارجی سلامت کلان‌شهر مشهد از طریق نمونه‌گیری نظری و تا رسیدن به نقطه اشباع نظری جمع‌آوری گردید و بعد از تحلیل باز، انتخابی و نظری، مدل جذب گردشگر سلامت کشور ایران تبیین شد. مدل جذب گردشگر سلامت در ایران از پنج مقوله اصلی کیفیت و ارزش آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژه برنده شهری، خدمات درمان اسلامی و زیرساخت و جاذبه‌های گردشگری تشکیل شده است.

شیباتا و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در مقاله خود با عنوان «دسته‌بندی سفرهای داخل کشور بر اساس نوع توریسم و گردشگر» چالش‌های گردشگری سلامت را بر می‌شمرد و یکی از مهم‌ترین موانع اجرای آن را، فقدان زیرساخت مناسب می‌داند.

سوفا و همکاران^۲ (۲۰۲۰) در مقاله خود با عنوان «ایجاد ارتباط بین کشورهای تایلند و مالزی از طریق گردشگری سلامت» به نقش امکانات در گردشگری سلامت اشاره می‌کنند و معتقدند که گردشگری سلامت و امکانات رابطه‌ای دو سویه دارند به طوری که توسعه و بهبود در هریک منجر به ارتقاء دیگری می‌شود، بنابراین آن‌ها معتقدند که گردشگری سلامت نیز باعث رشد امکانات منطقه خواهد شد.

¹.Shibata et al.

².Sopha et al.

آیدین و کرامهمت^۱ (۲۰۱۷) به پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر گردشگری سلامت و انتخاب مراکز درمانی بین‌المللی» پرداختند. پژوهش حاضر با هدف ارائه یک مدل جامع از انتخاب مراکز بهداشتی درمانی بین‌المللی است که ابعاد مهم را با ارزیابی محرک‌های رشد و عوامل جایگزین ارائه شده در مبانی نظری و تأیید اعتبار آن‌ها از طریق یک مطالعه پیمایشی، در بر می‌گیرد. عواملی که در مبانی نظری موجود مهم تلقی می‌شود به عنوان مبنای یک مطالعه موردی در ترکیبیه مورد استفاده قرار گرفت. ۶۵ مصاحبه ساختاریافته با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و گردشگران بین‌المللی بهداشت انجام شد تا دیدگاه افرادی که در سیاست‌گذاری تأثیر می‌گذارند، درک شود. یافته‌های این مطالعه اهمیت اکثریت متغیرهای ارائه شده را به عنوان عوامل مؤثر در انتخاب مراکز درمانی بین‌المللی تأیید می‌کند. این مطالعه در ۴ بیمارستان بزرگ در ترکیب انجام شد. پیامدهای عملی معیارهای انتخاب از نظر متخصصان و گردشگران بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی تفاوت‌های چشمگیری دارد. این نشان دهنده مشکلات در درک متخصصان بهداشت از روند تصمیم‌گیری مصرف‌کننده است.

سینگ^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «ازیابی گردشگری پزشکی در هند» به این نتایج دست یافت که گردشگری پزشکی یک صنعت در حال رشد چند میلیارد دلاری در سراسر جهان است که آن را مستلزم تجارت در خدمات دو صنعت بزرگ پزشکی و گردشگری می‌کند. مهم‌ترین مزایای رقابتی هند در عرصه پزشکی هزینه کم، شهرت فراوان در بخش پیشرفته مراقبت‌های پزشکی (جراحی قلب و عروق، پیوند اعضاء، عمل جراحی چشم) و تنوع بسیار منحصر به فرد گردشگری موجود است.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به صورت کیفی و با استفاده از تکنیک فرا ترکیب انجام شده است. به منظور انجام فراترکیب از روش هفت مرحله‌ای سندلوسکی و بارسو^۳ (۲۰۰۷) استفاده شد. ابتدا با استفاده از مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین مهم‌ترین عوامل مؤثر بر جذب گردشگر سلامت در پساکرونا شناسایی شد و در ادامه با استفاده از تکنیک دلفی، عواملی که منجر به ایجاد مزیت رقابتی برای کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا در ایران می‌شوند مشخص گردید. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی پژوهش‌های مرتبط با بحث کسب‌وکار گردشگری سلامت در سال‌های ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۹ می‌باشد. به منظور انجام تکنیک دلفی جهت ارائه مدل مزیت رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا از نظر خبرگان حائز شرایط به لحاظ دانش و تجربه کافی، استفاده شده است. مراحل انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

¹.Aydin & Karamehmet
².Singh

³.Sandelowski & Barroso



شکل (۱) گام‌های انجام پژوهش

یافته‌های پژوهش

گام‌های انجام پژوهش در ادامه آمده است:

گام اول: تنظیم سوالات پژوهش

گام نخست انجام فرا ترکیب، تنظیم سوال‌های پژوهشی است. برای تنظیم سوال پژوهش، جدول ۱ تنظیم شده است:

جدول (۱) تنظیم سوالات گردشگری سلامت

سوالات	پاسخها
چه چیزی؟	ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های گردشگری سلامت
چه کسی؟ (جامعه مورد مطالعه)	مقالات و پایان‌نامه‌های موجود در پایگاه‌های علمی
چه زمانی؟	۲۰۲۰-۲۰۱۳
چگونگی؟	تحلیل استادی

گام دوم: مرور ادبیات گردشگری سلامت به شکل نظام مند

مرزهای مختلفی برای شناسایی مطالعات مربوطه وجود دارد. برای شروع مطالعه نظاممند، مقالات از نظر سه معیار کلی زبان، سال انتشار و هدف از پژوهش بررسی شده و بر این اساس، مقالات مورد نظر انتخاب شدند.

معیار این پژوهش برای سال شروع انتشار مقالات، سال ۲۰۱۳ میلادی و ۱۳۹۱ شمسی می‌باشد چراکه بر طبق نمودار شکل ۱، پس از سال ۱۳۹۱ همواره بحث گردشگری سلامت مورد توجه محققین و پژوهشگران

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا با ... ۵۵

بوده است. از نظر زبان نیز، با توجه به این که مقالات مناسبی به زبان فارسی و انگلیسی وجود داشت، به بررسی مقالات زبان‌های فارسی و انگلیسی اکتفا شد. محدوده سوم که هدف پژوهش است نیز با تمرکز بر یافتن عوامل مؤثر بر گردشگری سلامت صورت گرفت. مرزهای پیشینه به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) معیارهای پژوهش

معیارهای انتخاب مقالات	نتایج
سال انتشار ۱۳۹۸-۱۳۹۱ و ۲۰۲۰-۲۰۱۳	
فارسی و انگلیسی	زبان پژوهش‌ها
طراحی مدل مزیت‌های رقابتی گردشگری سلامت	هدف پژوهش

کلید واژه‌های مرتبط با گردشگری سلامت، در چندین پایگاه علمی داخلی و خارجی به منظور دستیابی به مقالات مرتبط و مناسب برای فرا ترکیب مورد جستجو قرار گرفته‌اند. برای شفافسازی هرچه بیشتر روند طی شده در این مرحله، پایگاه‌های بررسی شده و معیارهای جستجو در قالب جداول ۳ آورده شده‌اند.

جدول (۳) پایگاه‌های علمی مورد بررسی

جمع‌آوری مقالات از منابع داخلی و خارجی	پایگاه‌های اطلاعاتی
داخلی	www.sid.ir www.Magiran.com www.Noormags.com www.ensani.ir www.civilica.com www.sciencedirect.com www.emeraldinsight.com www.springer.com www.Scholar.google.com www.tandfonline.com
منابع	
خارجی	

خلاصه مطالب مذکور در قالب شاخص‌های و معیارهای اولیه بررسی مقالات در جدول ۴ نمایش داده شده است.

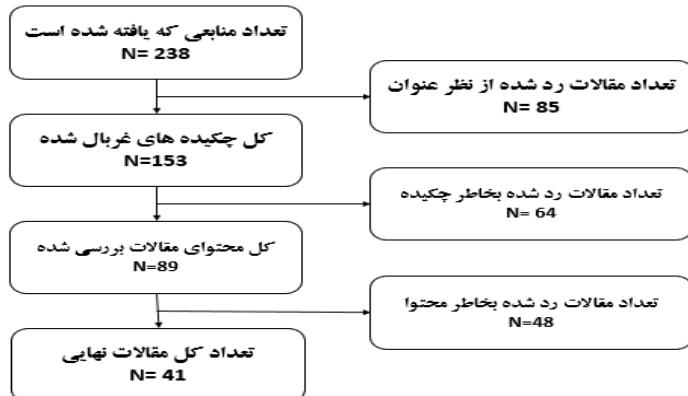
جدول (۴) شاخص‌ها و معیارهای اولیه بررسی مقالات

شاخص‌ها	معیار عدم پذیرش
دوره زمانی	انجام مقالات و پژوهش‌های چاپ شده از سال ۱۳۹۹ تا ۱۳۹۱ یا پژوهش‌های که قبل از سال ۱۳۹۳ به چاپ رسیده‌اند.
پژوهش	۲۰۲۰ تا ۲۰۱۳
زبان پژوهش	فارسی و انگلیسی
نوع مقالات	پژوهش‌های چاپ شده در پایگاه‌های علمی سایر (مانند مقالاتی که در روزنامه‌ها و وبلاگ‌ها چاپ شده)
موضوع	گردشگری سلامت و کلید واژه‌های مشابه
نوع مجله	ایندکس شده در پایگاه‌های علمی سایر

با استفاده از مطالب ذکر شده، پژوهشگر در انتهای موفق به یافتن ۲۳۸ مقاله شد که این مقالات وارد گام سوم فرا ترکیب جهت تجزیه و تحلیل بیشتر و گزینش نهایی شدند.

گام سوم: جستجو و انتخاب مقاله‌های مناسب

در ابتدای فرایند جستجو، محقق مشخص می‌کند که آیا متون با سؤال پژوهش مناسب می‌باشد و یا خیر. به منظور رسیدن به این هدف، مجموعه مطالعات منتخب چندین بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند و در هر مرحله مقالات و متونی که با موضوع پژوهش همخوانی و سازگاری ندارند، حذف می‌شوند. در این گام، محقق در هر بازبینی، تعدادی از مقالات را رد می‌کند که این مقاله‌ها در فرایند فراترکیب مورد بررسی قرار نخواهند گرفت. فرایند بازبینی بدین صورت انجام می‌گیرد که محقق پارامترهای مختلفی مانند عنوان، چکیده، محتوا، جزئیات مقاله و غیره را در نظر گرفته و رویه‌ای مانند شکل ۱ را دنبال می‌کند.



شکل (۱) مقالات منتخب بعد از غربال‌سازی اولیه

در این پژوهش ابتدا عنوان مقالات بررسی شد و مقالاتی که با سؤال و هدف پژوهش تناسبی نداشتند، حذف شدند. در مرحله بعد، چکیده مقالاتی که از مرحله قبل باقی مانده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند و مقالات نامربوط حذف شدند. در مرحله سوم مقالاتی که اطلاعات ناقصی داشتند کنار گذاشته شدند؛ که در مجموع ۴۱ مقاله باقی مانده وارد گام بعدی فرا ترکیب شدند. پس از غربال مقالات، با توجه به روند ذکر شده، پژوهشگر با به کار گیری ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی و دسته‌بندی مقالات از حيث کیفیت، نسبت به استخراج مقولات، تمها و کدها از متن آن‌ها اقدام نمود. لازم به ذکر است که کیفیت این مطالعه توسط ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP)^۱ که ابزاری در جهت بررسی کیفیت مطالعه‌های اولیه در پژوهش کیفی است، به تأیید رسید. این ابزار در برگیرنده ده سؤال اساسی است که به پژوهشگران جهت درک پژوهش کیفی و حصول اطمینان از دقت، اعتبار و اهمیت مطالعه‌های کیفی کمک می‌نماید.

¹.Critical Appraisal Skills Program

گام چهارم: استخراج اطلاعات متون

در سراسر فرا ترکیب، پژوهشگر به طور پیوسته مقالات منتخب و نهایی را به منظور دستیابی به یافته‌های درون، چندین بار مرور می‌کند. در پژوهش حاضر، اطلاعات مقالات بدین صورت پیکربندی شده که در ابتدای امر مرجع مربوط به هر مقاله ثبت و سپس کدهایی که با روش کدگذاری باز و مرتبط با صنعت گردشگری سلامت بود، با استفاده از نرم‌افزار Maxqda استخراج شد.

گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها

در این گام به تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی پرداخته می‌شود. هدف از فرا ترکیب ایجاد تفسیری یکپارچه و جدید از یافته‌ها می‌باشد. این روش برای شفاف‌سازی، مفاهیم الگوها و نتایج در پالایش حالتهای موجود دانش و ظهور مدل‌های عملیاتی و تئوری‌های پذیرفته شده بکار می‌رود. روند اصلی مورد استفاده در این مرحله به این صورت است که ابتدا تمامی عوامل استخراج شده از مقالات را به عنوان کد در نظر گرفته و سپس با قرار دادن کدهای مشابه در قالب تمها و در نهایت تمها مشابه در درون مقوله‌ها، کار تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها به انجام می‌رسد. نتایج حاصل از تحلیل‌تمها و کدگذاری باز در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول (۵) نتایج حاصل از تحلیل مقالات

کد محوری	کد باز	منبع
فرهنگ	فرهنگ بومی	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، آلتینای و همکاران ^۱ (۲۰۱۹)
	مهمازنوازی	خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)
	پوشش مناسب	هرندی و میرزاییان حمسه (۱۳۹۶)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، وانگ و همکاران ^۲ (۲۰۲۰)
	آثار تاریخی، فرهنگی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، منوچهری و محمدی (۱۳۹۸)
	تنوع فسیوال‌ها	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، آیدین و کرامه‌مت (۲۰۱۷)
	همبستگی ارزشی	دشمگیر و همکاران (۱۳۹۷)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)
	قرابت فرهنگی	محمدی و خالدی (۱۳۹۸)، سانتینا و همکاران ^۳ (۲۰۲۰)
	Rahati سفر	واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، سخدری و همکاران (۱۳۹۸)
	مراکز پژوهشی بین‌المللی	ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، درایگلاس و سلاماکا ^۴ (۲۰۱۸) ^۴
	زیرساخت‌ها	تجهیزات پژوهشی پیشرفته مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، استعلامی و همکاران (۱۳۹۴)
مراقبت‌های بهداشتی بالا	تجهیزات پژوهشی پیشرفته	تجهیزات پژوهشی پیشرفته مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، استعلامی و همکاران (۱۳۹۴)
	داروخانه استاندارد	جلالیان و همکاران (۱۳۹۴)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)
	مراقبت‌های بهداشتی بالا	قنبی و همکاران (۱۳۹۸)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)
رقابت خدمات دهنده‌گان	امیری و همکاران (۱۳۹۷)	رقابت خدمات دهنده‌گان
	Dryglas & Salamaga	امیری و همکاران (۱۳۹۸)

¹. Altinay et al.

². Wang et al.

³. Santinha et al.

⁴. Dryglas & Salamaga

۵۸ مدیریت کسبوکارهای بینالمللی، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

تتنوع در خدمات	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، العاسی و همکاران (۱۳۹۸)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)
جدید بودن تجهیزات	رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، هان و همکاران ^۱ (۲۰۱۸)
منطقه امن	امامیان و همکاران (۱۳۹۶)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینیا و همکاران (۲۰۱۹)
امنیت سفر	زارعی و همکاران (۱۳۹۵)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)
راههای مواصلاتی زیاد	عبدالوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، کاشوبا و همکاران ^۲ (۲۰۱۷)
امکانات فنی درمانی	رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)
جو اجتماعی آرام	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، مانا و همکاران ^۳ (۲۰۲۰)
توانایی پاسخگویی در منطقه	رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، آلتینیا و همکاران (۲۰۱۹)
رضایت بخشی پروازها	عبدالوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، ساواسان و همکاران ^۴ (۲۰۱۸)
ایجاد راه ریلی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)
چشممهای آب گرم	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)
مراکز درمانی زیاد	اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)، سخدری و همکاران (۱۳۹۸)، مدکار ^۵ (۲۰۲۰)، سوفا و همکاران (۲۰۲۰)
دسترسی به امکانات رفاهی / اقامتی و تفریحی	امیری و همکاران (۱۳۹۷)، ریدرسات و همکاران ^۶ (۲۰۱۹)، آلتینیا و همکاران (۲۰۱۹)
خدمات تفریحی	عبدالوند و بنی اسدی (۱۳۹۸)، نیلاشی و همکاران ^۷ (۲۰۱۹)
روستاهای ویژه دوران نقاہت	واعظی و همکاران (۱۳۹۷)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)
مشارکت خدماتی و درمانی	بیشمی و همکاران (۱۳۹۵)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)، شیباتا و همکاران (۲۰۲۰)
زیستمحیطی	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، واپد و همکاران ^۸ (۲۰۱۸)
شرایط دستی و بازارهای محلی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)
اماکن جذاب زیستی	آل رسول (۱۳۹۶)، محمدی و خالدی (۱۳۹۸)، آلتینیا و همکاران (۲۰۱۹)
شرایط آب و هوایی	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، باعی و همکاران (۱۳۹۸)، قبیری و همکاران (۱۳۹۸)
طبعیت مطلوب	ابراهیمی و طبی ابوالحسنی (۱۳۹۶)، منوچهری و محمدی (۱۳۹۸)
تنوع زیستی	دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)
شرایط مطلوب دوران نقاہت	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، حسن‌زاده قناد و همکاران (۱۳۹۴)، آلتینیا و همکاران (۲۰۱۹)
جادیههای گردشگری برای همراهان	جلالیان و همکاران (۱۳۹۴)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)
محیط آرام	رضاکی و همکاران (۱۳۹۴)، امیری و همکاران (۱۳۹۷)
مقرون به صرفه بودن هزینه	حسن‌زاده قناد و همکاران (۱۳۹۴)، دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)
قیمت	پایین بودن هزینه درمانی
تصویر مثبت	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)

۱. Han et al.

۵. Medhekar

۲. Kashuba et al.

۶. Ridderstaat et al

۳. Manna et al.

۷. Nilashi

۴. Savaşan

۸. Wilde et al

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا با ... ۵۹

هزینه مناسب بلیط	کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، بیشهی و همکاران (۱۳۹۵)
بهای خدمات	رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، رستگار و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸)
مراکز خرید مطلوب نزدیک مراکز درمانی	دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۷)، باغی و همکاران (۱۳۹۸)
تنوع تخصص پزشکان	خوازمی و همکاران (۱۳۹۵)، امیری و همکاران (۱۳۹۷)
ارتباط با پزشکان و پرسنل	خوازمی و همکاران (۱۳۹۵)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)
پزشکان مجرب	امامیان و همکاران (۱۳۹۶)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)
بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مناسبی	مروتی و همکاران (۱۳۹۳)، خوازمی و همکاران (۱۳۹۵)
متخصص و ماهر / مهارت	هرندی و میرزاچیان خمسه (۱۳۹۶)، الماسی و همکاران (۱۳۹۸)
پزشکان	ملکی و همکاران (۱۳۹۵)، هرندی و میرزاچیان خمسه (۱۳۹۶)
همکاری بین بخش ارزیابی	استعلامی و همکاران (۱۳۹۴)، واعظی و همکاران (۱۳۹۷)
عملکرد و رسیدگی به شکایات	خوازمی و همکاران (۱۳۹۵)، هرندی و میرزاچیان خمسه (۱۳۹۶)، آلتینای و همکاران (۲۰۱۹)
بیمارستان‌ها و پزشکان معابر	مهارت و دانش کاری
اکاظمی و همکاران (۱۳۹۴)، سعدی و همکاران (۱۳۹۸)	

گام ششم: کنترل کیفیت

در این پژوهش تلاش شده است که همه مقالات منتخب از مجلات و پایگاه‌های معیبر انتخاب شوند؛ بنابراین مقالاتی که از درجه اعتبار کافی برخوردار نبودند، از فرایند فرا ترکیب حذف شدند. همچنین از ابزار CASP برای بررسی روایی فرا ترکیب استفاده شد. این ابزار ۱۰ سؤال دارد که اهداف مطالعه، منطق روش، طرح مطالعه، روش نمونه‌برداری، جمع‌آوری داده‌ها، انکاپس‌پذیری، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیان واضح و روشن یافته‌ها و ارزش پژوهش را شامل می‌شود. امتیاز داده شده به هر مقاله از ۰ تا ۵ است. در این پژوهش کمترین امتیاز لازم برای هر مقاله ۳۰ در نظر گرفته شد. برای این منظور تمام پژوهش‌های منتخب به کمک ۱۰ معیار CASP ارزشیابی و مشاهده شد که ۴۱ کار پژوهشی منتخب، ارزش بالاتر از ۳۳ داشتند. همچنین شیوه کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات نیز چند بار بررسی شد. همه این فعالیت‌ها برای تضمین کیفیت یافته‌های پژوهش انجام شده است. بر اساس امتیازهای دریافت شده ۴۱ مقاله برگزیده شدند. کمترین میانگین امتیاز داده شده به مقالات ۳۳ و بیشترین آن ۴۷ بوده است که ۱۲ مقاله در دسته امتیازی عالی (۴۰-۵۰) و ۲۹ مقاله در دسته خیلی خوب (۳۱-۴۰) هستند؛ از این رو می‌توان گفت مقالات منتخب برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش در سطح شایان قبولی قرار دارند. همچنین روش کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات نیز بارها بررسی شد. همه این فعالیت‌ها برای تضمین کیفیت یافته‌های پژوهش انجام شده است. یکی از ابزارهای اصلی برای دستیابی به بیشترین میزان روایی نظری و عملی، استفاده از نظر خبرگان در تأیید و اعتباربخشی به دستاوردهای پژوهش است که از طریق آن افراد خبره فرایندها و نتایج یک مطالعه را به طور مستمر بررسی و نقد می‌کنند. با توجه به این موضوع،

پژوهشگر در این پژوهش برای نظارت بر مفاهیم استخراجی خود و ارزیابی پایایی از مقایسه نظرات خود با یک خبره دیگر نیز بهره برده است. در این مرحله از فرد خبره که فارغ‌التحصیل دکتری مدیریت و مدرس دانشگاه است خواسته شد دیدگاه‌های خود را در رابطه با روش انتخابی فرا ترکیب برای انجام پژوهش، مناسب و کافی بودن مقالات منتخب، روش انتخاب مقالات، پوشش داده شدن حوزه مورد نظر در مقالات و مفاهیم و کدهای استخراج شده از مقالات بیان کند تا از این طریق ارزیابی کیفی مقالات (نموده‌های) را به کمک ابزار CASP نیز انجام دهد. زمانی که در رتبه دهنده، پاسخ را رتبه‌بندی می‌کنند، برای ارزیابی میزان توافق بین آن دو از شاخص کاپای کوهن استفاده می‌شود. شاخص کاپا فقط برای متغیرهایی استفاده می‌شود که سطح سنجش آن‌ها یکی باشد و همچنین تعداد طبقات آن‌ها با یکدیگر برابر باشد. مقدار شاخص کاپا بین صفر تا یک نوسان دارد.

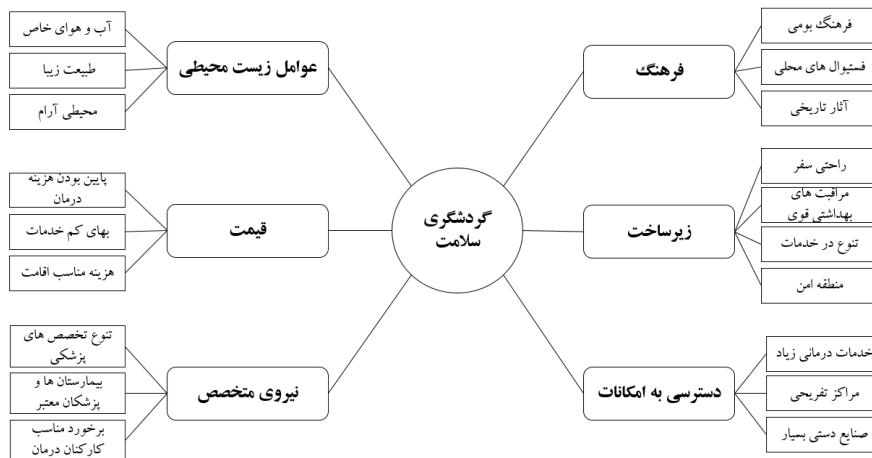
برای بررسی نتایج استخراجی از طریق ضریب توافق بین دو کدگذار با شاخص کاپا از نرمافزار SPSS استفاده شد. با در نظر گرفتن تعداد زمینه‌های ایجادشده مشابه و مختلف، مقدار شاخص کاپا برابر ۰،۷۸۲ به دست می‌آید که با توجه به قرار گرفتن ضریب در دسته ۰،۸۰-۰،۶۱ می‌توان گفت ضریب توافق در سطح خوبی هستند و مقالات استخراج شده با روش فرا ترکیب از پایایی خوبی برخوردارند.

گام هفتم: ارائه یافته‌ها

با توجه به مراحل انجام شده مشخص شد که ابعاد مدل کسبوکار گردشگری سلامت در پژوهش‌های پیشین شامل شش بعد اصلی فرنگ، زیرساخت، دسترسی به امکانات رفاهی، عوامل زیستمحیطی، قیمت و نیروی متخصص می‌باشد. هر کدام از این عوامل شامل مجموعه‌ای از زیر بعدهای مهم هستند که در پژوهش‌های مختلف بدان اشاره شده است.

گام هشتم: ارائه مدل مزیت رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت

با توجه به این که هدف این پژوهش ارائه مدل مزیت رقابتی کسبوکار گردشگری سلامت در پساکرون می‌باشد. از ۱۵ نفر از صاحب‌نظران که هم از دانش مربوط به حوزه کسبوکار گردشگری سلامت برخوردار بودند و هم تجربه کار عملی در این حوزه را داشته‌اند، خواسته شد تا نظرات خود را در رابطه با عواملی از ابعاد کسبوکار گردشگری سلامت کشور می‌توانند به عنوان مزیت رقابتی محسوب شوند، در قابل پرسشنامه دلفی بیان کنند. نتایج حاصل در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل (۲) مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا

همان طور که مشاهده می‌شود، این مدل دارای ۶ بعد اصلی و ۱۹ مؤلفه فرعی می‌باشد که از تعدیل عوامل شناسایی شده در بخش فرا ترکیب توسط خبرگان، بدست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا با به کارگیری تکنیک فراترکیب انجام شد. یافته‌های پژوهش که حاکی از تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش‌های پیشین، مصاحبه‌ها و نظرسنجی‌های انجام شده با خبرگان این حوزه است، نشان می‌دهد که فرهنگ کشور، مستعد جذب گردشگر سلامت است. چراکه فرهنگ بومی مهمان‌نوازی، آثار تاریخی و فرهنگی و فستیوال‌های فصلی که در این منطقه برگزار می‌شود می‌تواند حس خوب و با نشاطی را به گردشگر سلامت منتقل کند. این موضوع با یافته‌های دادگر و همکاران (۱۳۹۷) و آلتینای و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. بعد دیگری که در بین پژوهش‌های گذشته به دفعات مختلف بدان اشاره شده بود و در مصاحبه‌ها هم از آن زیاد سخن به میان می‌آمد، عامل زیرساخت است. اگر چه هنوز زیرساخت‌های لازم در کشور به حدی که باید نرسیده است، اما به دلیل اهمیت این عامل، به ایجاد کمترین بهبود در زیرساخت‌های راحتی سفر، مراقبت‌های بهداشتی، تنوع خدمات و منطقه امن، می‌توان بهبود چشمگیری در ارتقاء جایگاه ایران، در صنعت گردشگری سلامت را شاهد بود. این یافته با نتایج پژوهش شیباتا و همکاران (۲۰۲۰) که زیرساخت را از پیش‌نیازهای اصلی گردشگری سلامت می‌داند، مطابقت دارد. عامل بعدی که در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفته است، عامل دسترسی به امکانات است؛ یعنی هر چقدر که دسترسی به امکانات ساده‌تر باشد، صنعت گردشگری سلامت رونق بیشتری خواهد یافت. این یافته اگر چه در پژوهش‌های بسیاری مورد تأکید قرار گرفته اما با نتایج کار سوفا و همکاران (۲۰۲۰) تفاوت دارد. چراکه آن‌ها معتقدند صنعت گردشگری سلامت

با امکانات، رابطه‌ای دو سویه داشته به نحوی که گرددشگری سلامت خود پس از مدتی باعث ارتقاء امکانات در منطقه می‌شود. باید به این نکته توجه داشت که در این صورت، دسترسی به امکانات را نمی‌توان به عنوان مزیت رقابتی به شمار آورد. از جمله سایر عواملی که در این پژوهش به عنوان مزیت رقابتی در صنعت گرددشگری برای کشور در نظر گرفته شده است آب و هوای خاص، طبیعت زیبا و محیطی آرام است که به عنوان زیرمجموعه بعد زیستمحیطی، محسوب می‌شود. این نتیجه با یافته‌های باگی و همکاران (۱۳۹۸)، دادگر و همکاران (۱۳۹۷)، قنبری و همکاران (۱۳۹۸) مطابقت دارد. دو بعد اصلی دیگر یعنی قیمت و نیروی متخصص را می‌توان از جمله مزیت‌های رقابتی گرددشگری سلامت در ایران به شمار آورد چراکه این ویژگی‌ها منجر به ورود گرددشگران سلامت خارجی به استان‌های مستعد کشور شده و در اکثر پژوهش‌های مانند پژوهش محمدی و خالدی (۱۳۹۸) و ابراهیمی و طبیی ابوالحسنی (۱۳۹۶) نیز به آن اشاره شده است. پیشنهاد می‌شود تا مسئولان با استفاده از مدل پیشنهادی، هنگام برنامه‌ریزی استراتژیک و طرح‌ریزی تصمیمات استانی، ابعاد اصلی مدل مزیت رقابتی کسبوکار گرددشگری سلامت را مدنظر داشته باشند تا با تمرکز نیروها بر تقویت این ابعاد، بتوانند به بهترین شکل از مزایای آن بهره‌مند شوند. محدودیتی که در این پژوهش وجود داشت بحث مربوط به مباحث اخلاقی و تفاوت‌های فرهنگی بود. همچنین برای پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند معیاره، مؤلفه‌های معرفی شده در این پژوهش، رتبه‌بندی و وزن دهی شوند تا اولویت آن‌ها در برنامه‌ریزی مشخص شود.

منابع

- ابراهیمی، مهدی و طبیی ابوالحسنی، سید امیرحسین. (۱۳۹۶). اهمیت گرددشگری سلامت با تأکید بر گرددشگری پژوهشکی. *نشریه نشاء علم*, ۱(۱)، ۵۶-۴۶.
- استعلامی، علیرضا و نورانی، رقیه. (۱۳۹۴). قابلیت‌های گرددشگری ایران با تأکید بر اکوتوریسم و جغرافیای سلامت. *فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)*, ۶(۱)، ۹-۲۰.
- اسعدی، میرمحمد؛ باصولی، مهدی؛ برومذاد، یاسمون و درخش، سعیده. (۱۳۹۸). توسعه گرددشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی. *مجله پایش*, ۱۸(۵)، ۴۵۵-۴۶۴.
- امامیان، فرشید و فوزیه طاهری، مینا. (۱۳۹۶). پدیدارشناسی توریسم سلامت. *نشریه میراث و گرددشگری*, ۲(۶)، ۲۰۱-۲۱۴.
- امیری، پریان؛ احترام یاری، سمیه و امیری پریان، زینب. (۱۳۹۷). گرددشگری سلامت و پژوهشکی با تأکید بر شناخت منابع و پتانسیل‌های استان کرمانشاه. *مجله جغرافیا و روابط انسانی*, ۱(۱)، ۶۲۵-۶۴۲.
- ایزدی، مرتضی؛ ابوییان، علی؛ نصیری، طله؛ جنبی، نعمت‌الله؛ فاضل، مژگان و حسین پور فرد، محمدمجواه. (۱۳۹۱). وضعیت گرددشگری سلامت در ایران، فرصت یا تهدید. *مجله طب نظامی*, ۱۴(۲)، ۶۹-۷۵.

ارائه مدل مزیت‌های رقابتی کسب‌وکار گردشگری سلامت در پساکرونا با ... ۶۳

آقایی فر، محمد زمان. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر تصویر برنده مقصد و نگرش به مقصد بر تمایل به بازدید و تمایل به پیشنهاد مقصد گردشگران. *پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت دولتی*. استاد راهنمای محمود جواد تقی پوریان، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس.

آل رسول، سیده محبوبه. (۱۳۹۶). مطالعه فرصت‌ها و چالش‌های صنعت گردشگری سلامت در اقتصاد ایران (مطالعه موردی: شهر مشهد). *پایان نامه کارشناسی ارشد توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی*. استاد راهنمای محمود هوشمند، دانشکده اقتصاد، دانشگاه فردوسی مشهد.

باغی، احمد؛ وظیفه دوست، حسین و میرانی، وحید رضا. (۱۳۹۸). توسعه گردشگری سلامت در مشهد با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری، *فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)*، ۹(۳)، ۶۱۳-۶۲۳.

بیشمی، بهار و ورمذیار، آرزو. (۱۳۹۵). بررسی قابلیت‌های گردشگری پژوهشکی بیمارستان بین‌المللی نجات تبریز و اولویت‌بندی آنها با فرایند سلسله مراتبی AHP. *نشریه میراث و گردشگری*، ۱(۲)، ۹۳-۱۰۸.

جعفری تیتكانلو، سعید و اصغرزاده، حسن. (۱۳۹۹). تحلیل نقش بازاریابی اینترنتی بیمارستان‌ها در توسعه بازارهای بین‌المللی. *مدیریت کسب‌وکار بین‌المللی*، ۱۳(۱)، ۶۵-۸۲.

جلالیان، فرزانه؛ رحمانی قصبه، محمد و دشتی تهرانی، مهران. (۱۳۹۴). تبارشناسی گردشگری سلامت بر گردشگر پذیری شهری با تأکید بر اصول طراحی مراکز آب‌درمانی. *مدیریت شهری*، ۱۴(۴۰)، ۲۸۵-۳۱۲.

حسن‌زاده قناد، نگین؛ جواهر زاده، فرید و شجاعی، عباس. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌ها و توانمندی‌های گردشگری سلامت در شهر مشهد. *مجله سازمان نظام پژوهشکی مشهد*، ۱۸(۳)، ۱۲۶-۱۳۰.

دادگر، یدالله؛ امام قلی پور، سارا و حسینی، سیده مائده. (۱۳۹۷). بررسی کارایی گردشگری سلامت در ایران و کشورهای منتخب و ارائه راهکارهایی برای ارتقاء موقعیت ایران. *دوفصلنامه علمی مطالعات و سیاست‌های اقتصادی*، ۱۴(۲)، ۵۳-۷۶.

خوارزمی، امیرعلی؛ رهنما، محمدرحیم؛ جوان، جعفر و شکوهی محمد اجزا. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی. *مجله دانشگاه علوم پژوهشی خراسان شمالی*، ۸(۳)، ۴۰۵-۴۱۶.

داوری، علی. (۱۳۹۹). گزارش بحران کرونا و اقدامات ابتکاری شرکت‌ها و کسب‌وکارها. *سایت خبرگزاری جمهوری اسلامی*.

داوری، علی؛ جعفر زاده، هدی و چیتساز، احسان. (۱۳۹۹). پنج استراتژی تاب‌آوری کسب‌وکار در شرایط بحران کرونا. *مجله دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران*، ۱-۱-۳۲.

دشمنگیر، لیلا؛ دشمنگیر، پری ناز؛ سجادی، حانیه سادات و علیزاده بی‌پناه، گیسو. (۱۳۹۷). تحلیل وضعیت نظام گردشگری سلامت ایران. *مجله تصویر سلامت*، ۹(۲)، ۷۳-۸۰.

رستگار، امیر؛ ساروخانی، باقر؛ هاشمی، شهناز و حبیب زاده، اصحاب. (۱۳۹۷). تدوین الگوی دیپلماسی رسانه‌ای برای اطلاع رسانی بین‌المللی در حوزه گردشگری سلامت، *مجله پایش*، ۱۷(۴)، ۳۴۹-۳۶۰.

۶۴ مدیریت کسبوکارهای بینالمللی، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

رضایی، محمدرضا و طاهرزاده، زهرا. (۱۳۹۴). ارزیابی تأثیر ظرفیت‌های خدماتی-فضایی مراکز درمانی بر میزان گردشگران درمانی (مطالعه موردی: شهر بیزد). *نشریه گردشگری شهری*، ۲(۳)، ۲۹۱-۳۰۳.

زارعی، عظیم؛ آذر، عادل و رضایی راد، مصطفی. (۱۳۹۵). سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت. *نشریه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، ۵(۱۸)، ۳۳-۵۳.

سخدری، کمال؛ سید امیری، نادر؛ رجاییان، علیرضا و سخدری، جواد. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت در ایران (مطالعه: استان تهران). *نشریه مطالعات اجتماعی گردشگری*، ۷(۱)، ۸۱-۱۰۰.

عبدالوند، محمدعلی و بنی اسدی، مهدی. (۱۳۹۸). تبیین الگوی پدیدار شناختی مفهوم گردشگری سلامت با تأکید بر تبلیغات شفاهی مراکز درمانی. *مجله مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۰(۲)، ۷-۲۲.

عربشاهی کریزی، احمد و آریان فر، مرتضی. (۱۳۹۳). بررسی جایگاه چشم‌های آب گرم و معدنی در توسعه توریسم درمانی در ایران. *فضای گردشگری*، ۴(۱)، ۱۴۱-۱۶۷.

قنبیری، ابوالفضل؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و آدمی، معصومه. (۱۳۹۸). بررسی نقش گردشگری در کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: شهر تبریز). *نشریه گردشگری شهری*، ۶(۴)، ۳۹-۵۶.

کارگر، حامد و زنگنه، سمیه. (۱۳۹۷). تأثیر استراتژی کسبوکار بر رابطه بین ریسک‌پذیری و ارزش شرکت. *چشم‌انداز حسابداری و مدیریت*، ۳(۱)، ۱۴-۲۷.

کاظمی سهلوانی، حسن و مددی، فیض‌الله. (۱۳۹۶). زبان عربی در خدمت صنعت گردشگری، *مجله انجمن ایرانی زبان و ادبیات عربی*، ۱۱(۳۶)، ۱۵۳-۱۶۵.

الماضی، عباس و اکبری، علی. (۱۳۹۸). تحلیل قیاسی-تطبیقی مکان‌یابی احداث مجتمع‌های گردشگری سلامت بر اساس الگوی راهبردی SOWT و فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP (مطالعه موردی: شهر قم). *نشریه مدیریت شهری*، ۱۷(۵)، ۳۲۷-۳۵۰.

محمدی، سعدی و خالدی، فریدون. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر رضایتمندی گردشگران خارجی سلامت (مطالعه موردی: گردشگران اقلیم کردستان عراق). *نشریه گردشگری شهری*، ۳(۶)، ۱-۱۶.

مروتی شریف‌آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۳۹۳). ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان بیزد. *نشریه مدیریت سلامت*، ۱۷(۵۵)، ۷۳-۸۸.

ملکی، سعید؛ رخشانی مقدم، حیدر و زاد ولی خواجه، شاهرخ. (۱۳۹۵). شناسایی و تدوین استراتژی‌های توسعه گردشگری سلامت (مطالعه موردی: کلان‌شهر تبریز). *نشریه جغرافیای اجتماعی شهری*، ۳(۷)، ۱۱۳-۱۳۰.

منوچهری، سوران و محمدی، سعدی. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت در مناطق مرزی (مطالعه موردی: استان کردستان). *فصلنامه علوم و فنون مرزی*، ۸(۳۰)، ۹۵-۱۳۰.

واعظی، رضا؛ چکین، میثم و اصلی پور، حسین. (۱۳۹۷). چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون. *فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۳ (۴۱)، ۴۰-۱.

هرندی، عطاءالله و میرزائیان خمسه، پیوند. (۱۳۹۶). تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از استراتژی تئوری داده بنیاد کلاسیک. *نشریه گردشگری شهری*، ۱(۴)، ۸۷-۹۸.

Altinay, F., Dagli, G., & Altinay, Z. (2019). The role of technology in tourism and health services for accessibility in service management. *Postmodern Openings*, 10(4), 1-7.

Aydin, G., & Karamehmet, B. (2017). Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1), 16-36.

Dryglas, D., & Salamaga, M. (2018). Segmentation by push motives in health tourism destinations: A case study of Polish spa resorts. *Journal of Destination Marketing & Management*, 9, 234-246.

Hamel, G., & Välikangas, L. (2003). The quest for resilience, *Harvard Business Review*, 81(9), 52-63.

Han, J. S., Lee, T. J., & Ryu, K. (2018). The promotion of health tourism products for domestic tourists. *International Journal of Tourism Research*, 20(2), 137-146.

Kashuba, V.O., Goncharova, N. N., & Butenko, H. O. (2016). Effectiveness of health tourism application as the basis of health related recreational technology in primary school pupils' physical education. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 20(2), 19-25.

Manna, R., Cavallone, M., Ciasullo, M. V., & Palumbo, R. (2019). Beyond the rhetoric of health tourism: shedding light on the reality of health tourism in Italy. *Current Issues in Tourism*, 1-15.

Medhekar, A. (2020). Emerging trends of wellness and medical tourism in India. In *Global Developments in Healthcare and Medical Tourism*, 1-22.

Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A.A., Ahmadi, H., Rashid, T. A., Munshi, A., & Ahmed, O.H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. *Computers & Industrial Engineering*, 137, 1-11.

Ridderstaat, J., Singh, D., & De Micco, F. (2019). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of destination marketing & management*, 11, 270-280.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). Handbook for synthesizing qualitative research. *New York, NY: Springer*.

- Santinha, G., Breda, Z., & Rodrigues, V. (2020). Perspectives for medical tourism development in Portugal's central region: The view of healthcare stakeholders. *In Global Developments in Healthcare and Medical Tourism*, 112-133.
- Savaşan, A., Yalvaç, M., Uzunboylu, H., & Tuncel, E. (2018). The attitudes of education, tourism and health sector managers in Northern Cyprus towards Education on Health Tourism. *Quality & Quantity*, 52(1), 285-303.
- Shibata, N., Shinoda, H., Nanba, H., Ishino, A., & Takezawa, T. (2020). Classification and visualization of travel blog entries based on types of tourism. *In Information and Communication Technologies in Tourism 2020*, 27-37.
- Singh, L. (2014). An evaluation of medical tourism in India. *African Journal of Hospitality Tourism & Leisure*, 3,115-131.
- Sopha, C., Jittithavorn, C., & Lee, T.J. (2020). Cooperation in health and wellness tourism connectivity between Thailand and Malaysia. *International Journal of Tourism Sciences*, 4, 248-257.
- Unruh, G. (2016). Strategies for business resilience. *MIT Sloan Management Review*, available at: sloanreview.mit.edu.
- Välikangas, L. (2016). Strategic resilience. In: Augier M., Teece D. (eds) *The Palgrave Encyclopedia of Strategic Management*. Palgrave Macmillan, London.
- Wang, K., Xu, H., & Huang, L. (2020). Wellness tourism and spatial stigma: A case study of Bama, China. *Tourism Management*, 78, 1-12.
- Wilde, C., Ross, A. R., & Maharajan, S. (2018). Health tourism and the need for occasional strong paternalism: complications and management of cosmetic anterior chamber iris implantation. *Eye*, 32(12), 1915-1916.
- Youngman, I. (2020), COVID-19: medical tourism could be affected until 2021. *International Medical Travel Journal*, 1-5.