

Identifying and Prioritizing Effective Indicators in Health Medical Tourism Using the SWARA Method

Norouzzadeh A*

Assistant Professor, Department of Management, Germe Branch, Islamic Azad University, Germe, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989144034735, Fax: +984532639733, E-mail: Ahad.norouzzadeh@iau.ac.ir

Received: Feb 25, 2023 Accepted: May 13, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: Medical health tourism is an important factor in promoting tourism. This industry not only showcases national identity but also helps to alleviate poverty, generate income, create job opportunities, improve welfare and social justice in society, and contribute to the sustainable growth of the economy and overall living standards. This study aimed to identify and prioritize the factors that impact medical tourism, with a focus on Ardabil province.

Methods: A mixed research methodology with an exploratory approach was utilized to examine 43 articles related to medical tourism using the meta-composite method. The components were measured using expert opinion and the fuzzy Delphi method, then prioritized with the SWARA method. To conduct data analysis, Maxqda version 10 and Smart PLS software were utilized.

Results: According to the research, the most significant factors that contribute to medical tourism in Ardabil province are economic growth indicators, the entrepreneurial ecosystem, quality of laws, social networks, challenges, variety of attractions and leisure opportunities, expert staff, development of tourism policies, respect for beliefs, sustainable income, Islamic medical services, effectiveness and efficiency, participation, language in common, medical infrastructure, costs, natural capacities, and medical service tariffs.

Conclusion: According to the research findings, the medical service tariff index, which had a final weight of 0.131, was deemed the most crucial component in health medical tourism.

Keywords: Tourism; Medical Tourism; Fuzzy Delphi; SWARA Method; Ardabil Province

شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های مؤثر در گردشگری پزشکی سلامت با استفاده از روش SWARA

احد نوروززاده*

استادیار، گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن ۰۹۱۴۴۰۳۴۷۳۵ فکس: ۰۴۵۳۲۶۳۹۷۳۳ ایمیل: Ahad.norouzzadeh@iau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری پزشکی سلامت از حوزه‌هایی است که می‌تواند نقشی اساسی در توسعه گردشگری ایفا کند. ارتقاء این صنعت علاوه بر تأثیر و نقش آن در ابراز هویت ملی، باعث کاهش فقر، درآمدزایی، فرصت‌های شغلی، رفاه و عدالت اجتماعی در جامعه می‌شود و در مجموع به توسعه پایدار و استانداردهای زندگی کمک می‌کند. پژوهش حاضر نیز با هدف شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل انجام شده است.

روش کار: روش پژوهش برحسب هدف کاربردی و برحسب نوع داده‌ها آمیخته (کیفی- کمی) با رویکرد اکتشافی است؛ بدین ترتیب که با استفاده از روش فراترکیب تعداد ۴۳ مقاله در حوزه گردشگری پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. مؤلفه‌های شناسایی‌شده با نظر خبرگان و روش دلفی فازی سنجیده شده و با روش SWARA اولویت‌بندی گردیدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار Maxqda-10 و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد شاخص‌های رشد اقتصادی، اکوسیستم کارآفرینی، کیفیت قوانین، شبکه‌های اجتماعی، چالش‌ها، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی، نیروی متخصص، توسعه سیاست‌های گردشگری، احترام به عقاید، درآمد پایدار، خدمات اسلامی پزشکی، اثربخشی و کارایی، مشارکت، زبان مشترک، زیرساخت‌های پزشکی، هزینه‌ها، ظرفیت‌های طبیعی و تعرفه خدمات پزشکی مهمترین مؤلفه‌های گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل می‌باشند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شاخص تعرفه خدمات پزشکی با وزن نهایی (۰/۱۳۱) مهمترین مؤلفه گردشگری پزشکی سلامت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: گردشگری، گردشگری پزشکی، دلفی فازی، روش سوارا، استان اردبیل

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۶ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۲۳

مقدمه

گردشگری یکی از ارکان اساسی فرآیند توسعه در کشورهای در حال توسعه است (۱). این صنعت با ویژگی‌هایی مانند تقاضای متغیر و خواهان نوآوری و قابلیت تولید ثروت در جوامع و توسعه اقتصادی و اجتماعی بستری مناسب برای فعالیت‌های کارآفرینانه به شمار می‌رود (۲). در این میان گردشگری سلامت

به عنوان یکی از بزرگ‌ترین و سودآورترین شاخه‌های گردشگری دنیا محسوب می‌شود و در سال‌های اخیر رشد آن بسیار چشم‌گیر بوده است (۳). درمیان حوزه‌های گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی از سایر حوزه‌ها، آهنگ رشد سریع‌تری دارد. از این رو کشورهای زیادی در حال ایجاد و تصویب طرح‌های قانونی و کاربردی با هدف اجرای گردشگری پزشکی

هستند. کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمدهای بالا، انتقال فناوری و دانش و قیمت‌های رقابتی، همگی دلایلی هستند که گردشگران پزشکی را به سفر در کشورهای دوردست و می‌دارد (۴). گردشگری پزشکی به منزله یکی از اجزای صنعت گردشگری، از طریق هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی، فعالیت‌های رفاهی تفریحی، و همه زیرساخت‌های مرتبط با صنعت گردشگری در ارتباط است (۵) و با دیگر مؤسسات مثل بیمارستان‌ها، شرکت‌های بیمه و آژانس‌های مسافرتی جدیدالتأسیس هماهنگی پیدا می‌کند (۶). گردشگری پزشکی یکی از انواع گردشگری است که به عنوان یکی از پدیده‌های جهانی اواخر قرن بیستم محسوب شده که به تازگی و به سرعت روبه پیشرفت است (۷). در مطالعات اخیر برآورد شده است که صنعت گردشگری پزشکی جهان در حدود ۶۰ میلیارد دلار در سال گردش مالی دارد که سالانه حدود ۲۰ درصد افزایش می‌یابد (۸) و طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت و انجمن گردشگری پزشکی، تخمین زده می‌شود درآمد گردشگری پزشکی در جهان با ادامه روندهای موجود و با رشد نمایی در سال ۲۰۲۵ به ۳ تریلیون دلار برسد (۸). گردشگری پزشکی به طور خاص شامل سفر به خارج از مرزهای بین‌المللی با هدف دریافت مراقبت‌های پزشکی است و بیمار به دلیل صرفه جویی در هزینه و یا کاهش زمان انتظار برای دریافت مراقبت نسبت به کشور خود این سفر را انجام می‌دهد (۹). اگرچه ادبیات مربوط به گردشگری پزشکی تقریباً بر روی بخش گردشگری پزشکی بین‌المللی تمرکز کرده است اما ممکن است شکل گردشگری پزشکی مختص بیمارانی نباشد که برای جراحی یا معالجه سلامتی خود به خارج سفر می‌کنند و تعداد فزاینده‌ای از بیمارانی که برای مراقبت‌های پزشکی در داخل کشور خود جابه‌جا میشوند نیز جزء این مقوله قلمداد می‌شود (۱۰). از سوی دیگر آشنایی با طب و انتقال دانش پزشکی مناطق دنیا با یکدیگر باعث ایجاد این شاخه جدید در

صنعت گردشگری شده است (۱۱). امروزه بیماران در حال خرید خدمات پزشکی در سراسر جهان هستند و این موجب توسعه گردشگری سلامت شده است (۱۲): به صورتی که میزان مسافران گردشگران سلامت از کشورهای توسعه‌یافته به سمت کشورهای کمتر توسعه‌یافته افزایش یافته است و مقصدهای گردشگری سلامت به ۵۰ کشور در جهان گسترش یافته‌اند (۱۳). گردشگران سلامت در ایران بیشتر از کشورهای جمهوری آذربایجان، عراق، ترکمنستان، افغانستان، کویت، عمان، سوریه، لبنان و بحرین هستند و ایران طی دهه‌ی گذشته پیشرفت ۱۵ تا ۲۰ درصدی در حوزه گردشگری سلامت داشته است (۱۴). لزوم توسعه گردشگری پزشکی در ایران به دلیل این مسئله است که هنگامی که گردشگران پزشکی برای درمان به شهری سفر می‌کنند، در کنار درمان، از جاذبه‌های متنوعی همانند اماکن تاریخی، موزه‌ها، مراکز خرید و... که در آن شهر استقرار یافته‌اند، بازدید می‌کنند؛ بنابراین اکثر گردشگران در کنار درمان به تفریح و گردش نیز می‌پردازند (۱۵). طبق سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ ایران، پیش‌بینی می‌شود که یک میلیون و چهارصد هزار نفر گردشگر پزشکی به ایران وارد شوند. از این رو، ایران پتانسیل کسب رتبه برتر در گردشگری پزشکی در خاورمیانه را دارد. بنابراین بدیهی است که توجه به زنجیره تأمین گردشگری پزشکی می‌تواند به رشد بهتر این صنعت کمک فراوانی کند. اگرچه اهمیت گردشگری پزشکی در رشد این صنعت بر مدیران این حوزه پوشیده نیست اما پژوهش‌های انجام شده در این حوزه بسیار کم است. طبق رده‌بندی‌های صورت گرفته، ایران در میان کشورهای برتر جذب‌کننده گردشگر پزشکی جایگاهی ندارد و گام‌های نخستین را طی می‌کند (۱۶)، اما از نظر ارزش در جهانگردی پزشکی، توسط IMTJ به عنوان دهمین کشور برتر گزارش شده است. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده، در این پژوهش سعی شده است عوامل و شاخص‌های مرتبط با گردشگری

پزشکی سلامت با توجه به توانمندی‌ها، مزیت‌های نسبی، امکانات موجود ارائه خدمات در کشور، به منظور ظرفیت‌سازی بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری پزشکی و با رویکرد یکپارچه‌سازی در ارائه این خدمات، جهت رفاه حال گردشگران این بخش و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق، با رویکرد فراتحلیل، شناسایی و با استفاده از روش سوارا^۱ (SWARA) اولویت‌بندی شوند.

روش کار

این پژوهش بر اساس هدف، کاربردی است و به کاربرد نتایج حاصل از پژوهش در زمینه شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل و ارائه الگوی کاربردی در این زمینه می‌پردازد. برای تحقق هدف مذکور، در روش تحقیق از رویکرد تحقیقات ترکیبی (کیفی- کمی) از نوع متوالی- اکتشافی استفاده شده است. در بخش

کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل فراترکیب و همچنین دلفی به ارائه یک مدل بومی جهت مدل گردشگری پزشکی پرداخته شده است. بعد از تأیید شاخص‌های پژوهش و پس از مصاحبه با خبرگان و به روش دلفی فازی، در نهایت به اولویت‌بندی شاخص‌ها با استفاده از روش سوارا (SWARA) پرداخته شده است. جامعه آماری در بخشی کیفی و فراترکیب مقالات علمی معتبر و در بخش دلفی شامل خبرگان بود که ۱۱ نفر از خبرگان دانشگاهی و حرفه‌ای آشنا با موضوع که به صورت غیراحتمالی و قضاوتی انتخاب و با روش دلفی فازی اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار Maxqda-10 و همچنین نرم‌افزار Smart PLS استفاده شده است. همچنین برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی همگرا و برای بررسی پایایی آن از شاخص‌هایی استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

^۱ Step-Wise Weight Assessment Ratio Analysis

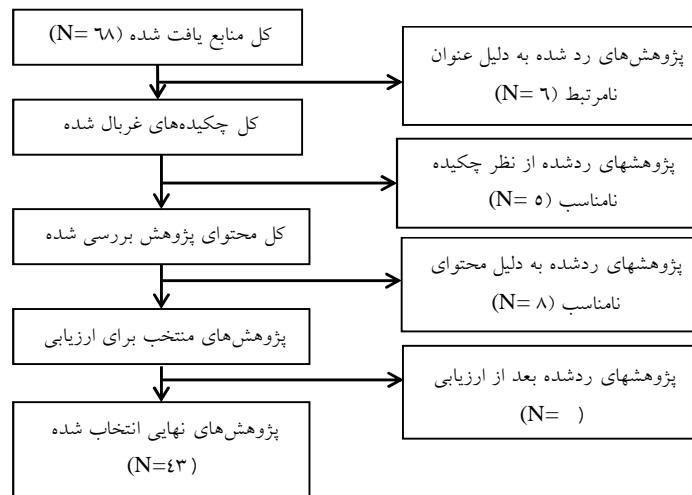
جدول ۱. خلاصه‌ی شاخص‌های استفاده‌شده برای متغیرهای پژوهش برای سنجش روایی و پایایی پرسشنامه

شاخص نیکویی برازش	پایایی همگون	شاخص افزونگی	شاخص اشتراکی	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (C.R)	MSV	AVE	سطح معناداری	مقدار بحرانی	ضریب تأثیر	ضریب تعیین	متغیرهای پژوهش
-/۶۸۲	-/۹۱۴	-/۵۷۰	-/۶۲۲	-/۹۳۰	-/۹۴۷	-/۳۱۱	-/۷۸۱	-/۰۰۰	۳۱/۱۶۸	۰/۸۹۱	۰/۷۹۰	تعرفه خدمات پزشکی
	-/۸۹۷	-/۵۰۱	-/۵۶۳	-/۷۲۴	-/۸۴۷	-/۲۵۸	-/۷۲۱	-/۰۰۰	۴۹/۵۹۰	۰/۹۴۲	-/۸۸۵	نیروی متخصص
	-/۸۸۴	-/۵۵۴	-/۵۳۹	-/۸۷۷	-/۹۲۴	-/۳۴۸	-/۸۰۳	-/۰۰۰	۱۳/۳۸۰	۰/۸۲۵	۰/۸۹۶	درآمد پایدار
	-/۹۰۱	-/۵۳۷	-/۵۸۴	-/۹۰۹	-/۹۳۶	-/۲۴۱	-/۷۸۶	-/۰۰۰	۳۳/۳۵۸	۰/۹۳۲	۰/۸۶۶	احترام به عقاید
	-/۸۸۹	-/۶۲۱	-/۴۳۸	-/۸۰۷	-/۸۸۹	-/۳۷۴	-/۷۲۹	-/۰۰۰	۳۶/۰۱۱	۰/۹۳۷	-/۸۷۶	توسعه سیاست‌های گردشگری
	-/۸۵۹	-/۶۵۲	-/۵۷۳	-/۹۰۴	-/۹۳۳	-/۳۵۹	-/۷۷۸	-/۰۰۰	۱۶/۰۰۰	۰/۸۶۲	۰/۷۳۹	کیفیت قوانین
	-/۸۳۵	-/۶۵۳	-/۵۷۹	-/۹۱۳	-/۹۳۹	-/۲۵۱	-/۷۹۴	-/۰۰۰	۴۲/۰۸۸	۰/۹۴۱	۰/۸۸۳	اثر بخشی و کارایی
	-/۸۹۴	-/۵۶۶	-/۵۷۴	-/۷۷۶	-/۸۷۲	-/۱۰۹	-/۶۹۵	-/۰۰۰	۳۶/۵۴۰	۰/۹۲۸	-/۸۵۸	مشارکت
	-/۸۸۷	-/۶۱۶	-/۵۶۳	-/۸۹۸	-/۹۲۹	-/۲۷۴	-/۷۶۷	-/۰۰۰	۳۷/۹۶۳	۰/۹۰۶	-/۸۱۹	ظرفیت‌های طبیعی
	-/۸۶۵	-/۶۳۵	-/۶۹۸	-/۹۲۵	-/۹۵۲	-/۲۴۲	-/۸۶۹	-/۰۰۰	۵۰/۲۴۷	۰/۹۵۳	۰/۹۰۷	تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی
	-/۸۵۴	-/۶۸۴	-/۶۴۰	-/۹۲۸	-/۹۵۴	-/۲۵۸	-/۸۷۴	-/۰۰۰	۴۸/۹۰۱	۰/۹۴۸	۰/۸۹۸	هزینه‌ها
	-/۸۹۳	-/۵۳۱	-/۵۵۶	-/۸۹۵	-/۹۳۵	-/۳۵۸	-/۸۲۷	-/۰۰۰	۴۰/۹۴۹	۰/۹۱۸	-/۸۴۰	خدمات اسلامی پزشکی
	-/۹۰۸	-/۶۸۳	-/۵۷۳	-/۸۸۷	-/۹۳۰	-/۳۷۴	-/۸۱۵	-/۰۰۰	۳۸/۶۰۰	۰/۹۲۶	-/۸۵۵	رشد اقتصادی
	-/۸۶۴	-/۶۳۱	-/۵۵۶	-/۸۸۷	-/۹۳۰	-/۳۵۹	-/۸۱۶	-/۰۰۰	۵۳/۵۹۶	۰/۹۵۶	۰/۹۱۳	چالش‌ها
	-/۸۴۹	-/۵۷۷	-/۶۰۱	-/۹۱۴	-/۹۳۹	-/۲۵۱	-/۷۹۵	-/۰۰۰	۱۶/۹۳۶	۰/۸۶۷	-/۷۴۷	شبکه‌های اجتماعی
	-/۸۳۴	-/۵۸۸	-/۶۰۵	-/۹۲۳	-/۹۴۳	-/۳۰۸	-/۷۶۸	-/۰۰۰	۱۹/۳۳۹	۰/۹۱۲	-/۸۳۰	زبان مشترک
-/۸۲۹	-/۶۲۹	-/۶۴۰	-/۹۲۸	-/۹۴۹	-/۲۹۷	-/۹۰۶	-/۰۰۰	۲۶/۳۰۹	۰/۸۷۷	-/۸۸۴	زیرساخت‌های پزشکی	
-/۸۸۲	-/۵۳۷	-/۴۴۴	-/۸۳۸	-/۸۹۴	-/۳۰۲	-/۶۸۰	-/۰۰۰	۱۲/۶۱۰	۰/۸۲۱	-/۷۲۷	اکوسیستم کارآفرینی	

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر جهت انتخاب منابع مناسب، تعداد کل مقالات یافت شده با در نظر گرفتن معیارهای ورودی، ۶۸ مقاله (فارسی و انگلیسی) بود که پس از بررسی تمامی آنها و در نظر گرفتن معیارهای

خروجی از منظر معیار محتوا و یا عدم دسترسی، نهایتاً تعداد ۴۳ مقاله (۱۱ مقاله انگلیسی و ۳۲ مقاله فارسی) معیار ورود به تحلیل را بدست آورد. فرآیند بازبینی و انتخاب مقالات در این پژوهش به صورت خلاصه در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. فرایند بازبینی و انتخاب مقالات پژوهش

سراسر انجام پس از چهار مرحله پالایش از میان ۶۸ مطالعه، ۲۵ مورد آن حذف و ۴۳ مقاله برای تجزیه و تحلیل در بخش فراترکیب مناسب تشخیص داده شد. برای غربالگری مؤلفه‌ها و شاخص‌ها، ابتدا تمام نکات و عوامل کلیدی استخراج شده از مستندات به عنوان کد در نظر گرفته شد و سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها، آنها با یکدیگر مقایسه شده و در یک مقوله مشابه با در نظر گرفتن وجه اشتراک شان، تلخیص و دسته بندی شدند. در مرحله بعد پس از مرور چندبارۀ مطالعات و شناسایی درست مفاهیم و ارتباط بین آنها به منظور ترکیب نتایج، با استفاده از روش کدگذاری محوری و با برقراری پیوند بین

مقوله‌ها و استراتژی‌ها، اطلاعات به شیوه جدیدی با یکدیگر ارتباط داده شد که در جدول ۲ منعکس شده است. لازم به توضیح است که علامت اختصاری L در بخش ردیف نشان‌دهنده مقالات لاتین و P نشان‌دهنده مقالات فارسی می‌باشد. در گام بعدی به منظور تجزیه و تحلیل و سپس ترکیب یافته‌های کیفی ابتدا خلاصه سازی کدهای استخراجی در مرحله قبل انجام شد، در نتیجه در این مرحله برخی کدها ترکیب و تجمیع گردید که تمامی این مراحل با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-10 انجام یافته است. جدول ۳ مقوله بندی یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. اطلاعات مقالات داخلی و خارجی منتخب استفاده شده در پژوهش

ردیف	نویسنده/ سال	هدف/ سوال تحقیق	روش تحقیق	نتیجه گیری	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی سلامت
L1	هان و هون (۱۷)	بررسی اثر کیفیت، رضایت، اعتماد و منطقی بودن قیمت بر بازگشت مشتریان گردشگری سلامت به کشور مقصد و استفاده مجدد از خدمات درمانی	کمی	نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثر مستقیم کیفیت درک شده، رضایت و اعتماد به مراکز درمانی و کارکنان آن بر بازگشت گردشگران سلامت بود	بازگشت مشتریان، احترام به عقاید برند مراکز درمانی
L2	رنجان دباتا و همکاران (۱۸)	ارزیابی توانمندسازهای گردشگری پزشکی. با رویکرد معادلات ساختاری در کشور هند	کمی	نتایج نشان داد که گسترش گردشگری پزشکی توانمندی های جامعه هدف افزایش می‌یابد.	افزایش توانمندی ها، افزایش اعتماد، درآمد پایدار
L3	شارما (۱۹)	گردشگری پزشکی، چالش‌های نوظهور و چشم‌اندازهای آینده	کمی/ کیفی	نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهنده این بود که کشور هند دارای مزیت‌ها و ظرفیت‌های زیادی در زمینه جذب گردشگران سلامت خصوصا از لحاظ هزینه و نیروی انسانی بوده اما در زمینه برنامه‌ریزی دولت و ارتقاء زیرساخت‌ها ضعف‌هایی وجود دارد	رشد اقتصادی، اثربخشی، توسعه سیاست‌های گردشگری، نیروی متخصص، درآمد پایدار
L4	کیم و همکاران (۲۰)	کیفیت خدمات پزشکی، رضایت و وفاداری مشتری با تمرکز بر رویارویی‌های خدمات پزشکی میان فردی و اثربخشی درمان: یک مطالعه سطح مقطعی چند مرکز	مطالعه کیفی	عوامل اندازه گیری شده از عملکرد پزشک و فرایندهای کیفیت خدمات تأثیر مثبتی بر اثربخشی درمان دارند. اثرات امکانات و محیط به طور مستقیم بر میزان رضایتمندی افراد در رویارویی‌های خدمات پزشکی بین فردی تأثیر گذاشت، در حالی که اثربخشی درمان به طور مثبت بر رضایت از کیفیت خدمات پزشکی تأثیر گذاشت	احترام به عقاید نیازهای مراقبتی، برند پزشک، اکوسیستم کارآفرینی برنامه ریزی و چشم انداز توسعه پایدار
L5	رائی و لی (۲۱)	تحلیل عوامل تأییدی ابعاد خدمات در زمینه بهداشت و درمان	کیفی	مقایسه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با انتظارات و ادراکات نشان می‌دهد که مشتریان از بیمارستان‌های خصوصی انتظارات بیشتری دارند و همچنین درک بیمارستان‌های خصوصی بیشتر است	احترام به عقاید مشارکت، اثربخشی، مسئولیت، ظرفیت مدنی، برنامه‌ریزی، پایداری
L6	هو و همکاران (۲۲)	استفاده از تحلیل شکاف فازی برای اندازه گیری کیفیت خدمات گردشگری پزشکی در تایوان	کمی/کیفی	توانایی ارائه کننده خدمات در ارائه خدمات گردشگری پزشکی تعهد شده با اطمینان و بدرستی؛ امکانات ارائه دهنده خدمات در رابطه با خدمات ارائه شده؛ نگرش صمیمی و مودبانه ارائه دهنده خدمات که منجر به ایجاد حس اعتماد از جانب مشتری می‌شود؛ توانایی حرفه ای پرسنل پزشکی (پرستاری) در بیمارستان و قابلیت اطمینان ارائه دهنده خدمات	پیامدهای گردشگری، احترام به عقاید توسعه زیرساختها، زبان مشترک، رشد اقتصادی
L7	مارکوویچ و همکاران (۲۳)	کیفیت خدمات و رضایت مشتری در صنعت مراقبت درمانی و بهداشتی - به سوی بازار گردشگری سلامت	کمی/کیفی	نتایج به دست آمده مفاهیم عملی و توصیه هایی به مدیریت بیمارستان‌های تخصصی ارائه می‌دهد. بیماران اهمیت زیادی برای پاکیزگی امکانات و تجهیزات، حرفه ای بودن کارکنان، نگرش آنها نسبت به بیماران و قابلیت اطمینان خدمات ارائه شده می‌دهند	بالا بردن فرهنگ عامه، نظارت و ارزیابی فرآیندها، احترام به عقاید خدمات پزشکی اسلامی، حمایت از محیط زیست و منابع طبیعی
L8	وو و شوارتز (۲۴)	به سوی ارزیابی شکاف دانش در گردشگری پزشکی	کمی/کیفی	کیفیت و قیمت، در ادبیات مربوط به ادراکات خود گردشگران نیز یافت می‌شوند	احترام به عقاید مشارکت، رشد اقتصادی، پویایی کسب و کار، آموزش، دسترسی به مراقبت
L9	کیم و همکاران (۲۵)	تجزیه و تحلیل روند عمومی در بازار گردشگری پزشکی، شناسایی مشکلات و یا موانع توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از مدل سوات	کمی/کیفی	نتایج مطالعه نشان می دهد نقاط ضعف گردشگری پزشکی کره جنوبی شامل ترویج ناکافی، عدم سیستم پشتیبانی اداری متمرکز، عدم وجود استراتژی تمایز با توجه به کشورهای رقیب، تعداد ناکافی متخصصان گردشگری پزشکی و عدم وجود یک سیستم حقوقی قابل قبول است	مشارکت مردمی، افزایش اعتماد، نیروی متخصص، رشد اقتصادی، احترام به عقاید
L10	چن و همکاران (۲۶)	بررسی موانع و مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در تایوان	کیفی	نتایج این تحقیق نشان داد مهم ترین موانع سفر گردشگران پزشکی به این کشور، اطلاعات ناکافی و نارسا درباره گردشگری پزشکی، زمان ناکافی، نبود همراه، نگرانی درباره نارضایتی از برنامه سفر است	خدمات اسلامی پزشکی، پاسخ گویی و حق اظهار نظر، نیازهای مراقبتی، مشارکت، ظرفیت‌های طبیعی، بهبود ارائه خدمات
L11	رحمان و همکاران (۲۷)	بهره برداری از بازار گردشگری پزشکی مسلمانان در مالزی	کمی	نتایج حاکی از وجود چهار عامل اکوسیستم کارآفرینی، خدمات اسلامی پزشکی، پویایی کسب و کار و رشد اقتصادی در گردشگری سلامت است.	اکوسیستم کارآفرینی، خدمات اسلامی پزشکی، پویایی کسب و کار، رشد اقتصادی
P1	باصولی و همکاران (۲)	شاخص‌های فرهنگی جذب گردشگران سلامت: مدل‌سازی ساختاری تفسیری	آمیخته	یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که شاخص‌های امکان ایجاد زبان مشترک بین گردشگران پزشکی خارجی با کادر درمانی و میزان آشنایی آن‌ها با فرهنگ و سنت ایرانی، اساسی‌ترین شاخص فرهنگی مؤثر بر ایجاد انگیزه و جذب گردشگران درمانی خارجی به کشور ایران است	قربان فرهنگی، شیوه برخورد، احترام به عقاید زبان مشترک بالا بردن فرهنگ عامه
P2	نادری و همکاران (۲۸)	واکاوی و استخراج پیامدهای منفی گردشگری پزشکی در راستای کاهش اثرات منفی آن بر روی صنعت گردشگری	آمیخته	نتایج پژوهش نشان‌دهنده پنج طبقه موضوعی به‌عنوان: پیامدهای منفی اقتصادی، روان‌شناختی، اجتماعی- فرهنگی، علمی و سیاسی است	ایجاد شغل‌های کاذب، تأثیرپذیری جامعه، نیروی متخصص، نیازهای مراقبتی، بهبود ارائه خدمات، رشد اقتصادی
P3	ثانوی	شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر بازاریابی خدمات	کیفی	نتایج این تحقیق حاکی از آن است که اگرچه گردشگری پزشکی در مشهد از قابلیت‌های فراوانی برخوردار	نیازهای مراقبتی، قیمت و هزینه‌ها، سرمایه گذاری

ردیف	نویسنده/ سال	هدف/ سوال تحقیق	روش تحقیق	نتیجه گیری	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی سلامت
	گروسیان و همکاران (۲۹)	در حوزه توریسم سلامت شهر مشهد با استفاده از تکنیک تاپسیس فازی		است؛ اما از نظر متخصصان آگاه در عین حال با نیازمندی های متعددی در این حوزه مواجه است	و شاخص های مالی، مبرنامه ریزی مدون و اجرایی، رشد اقتصادی
P4	نوروززاده (۳۰)	شناسایی موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹؛ رویکرد ترکیبی	کیفی	یافته های تحقیق نشان می دهد ۹ تم اصلی و ۲۹ تم فرعی به عنوان موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت شناسایی شدند و ۲۳ راهکار علمی نیز برای کاهش موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ ارائه گردیده است	ارتباطات، تبلیغات، حمایت های دولتی، رشد اقتصادی، آموزش نیروی انسانی، قوانین و مقررات بین المللی، بحران کرونا
P5	جلیلیان و همکاران (۳۱)	تأثیر پیش زمینه های شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت در ایران	آمیخته	تایح تحلیل داده ها نشان می دهد که پیش زمینه های شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی بر شکل گیری اکوسیستم مؤثر است. شکل گیری اکوسیستم کارآفرینی بر پیامدهای گردشگری سلامت مؤثر است	اکوسیستم کارآفرینی، پویایی کسب و کار، پیامدهای گردشگری، احترام به عقاید توسعه زیرساختها، زبان مشترک
P6	نوروززاده و همکاران (۳۲)	تحلیل و بررسی موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل سازی تفسیری ساختاری (مطالعه ی موردی: شهرستان مشکین شهر)	آمیخته	نتایج پژوهش نشان داد که موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت عبارتند از: نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای.	موانع ارتباطی، هزینه ها، مشارکت، سرمایه انسانی، زبان مشترک
P7	کول و اشکانی (۳۳)	راهکارهای ارتقاء گردشگری سلامت بر توسعه اقتصادی شهرستان زاهدان	آمیخته	قانون اساسی هر کشوری ضمن تعریف اصول اساسی، ساختار، سلسله مراتب، جایگاه و حدود قدرت سیاسی دولت، به تعیین و تضمین حقوق شهروندان و تنظیم روابط قدرت می پردازد. گردشگری پزشکی شهری گفتمان جدیدی است که با مؤلفه هایی مانند قانونمندی، مشارکت، هزینه ها، رشد اقتصادی، احترام به عقاید، اثربخشی و کارایی تعریف می شود که در سال های اخیر مورد توجه قرار گرفته است.	وفاداری مشتری، پایداری و تداوم، زبان مشترک، مشارکت مردمی، برند پزشک
P8	سعیدی مفرد و پاکان (۳۴)	ارزیابی شاخص های برند آفرینی گردشگری سلامت کلان شهر مشهد	آمیخته	علی رغم اینکه درآمدهای حاصل از گردشگری سلامت تبدیل به یک منبع درآمد اصلی برای شهرها شده است، به دلیل اینکه هویت مستقل و یا برند شهری مشخصی در این خصوص وجود ندارد و یا حتی تحت عنوان چتر برند شهری نیز به عنوان برند گردشگری سلامت تعریف نشده و اقدامات و برنامه هایی که تاکنون در این زمینه انجام شده ضمن اینکه منسجم و هماهنگ با یکدیگر نیستند، تنها منجر به اتلاف هزینه ها و منابع مالی شده اند	بحران کرونا، تجهیزات پیشرفته، موانع ارتباطی، افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمات، قوانین و مقررات بین المللی، ارتباطات
P9	پلویی و همکاران (۳۵)	اولویت بندی عوامل مؤثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت ایران در افق ۱۴۱۴ با رویکرد مدل سازی ساختاری تفسیری	آمیخته	در این پژوهش پس از شناسایی معیارهای اولیه از طریق ادبیات پژوهش و مصاحبه (۱۴۲ معیار)، از طریق تحلیل عاملی اکتشافی معیارهای مؤثر در توسعه گردشگری سلامت کشور در افق ۱۴۱۴ مشخص (۲۸ معیار) و نهایتاً بوسیله روش مدلسازی ساختاری تفسیری، عوامل کلیدی مؤثر و سنگ زیربنایی حوزه گردشگری سلامت کشور (۱۳ معیار) و روابط آن ها با یکدیگر استخراج گردید. یافته های این پژوهش می تواند راهنمای مناسبی را برای سیاست گذاران و متولیان حوزه گردشگری سلامت در راستای اتخاذ سیاست ها و استراتژی های مناسب برای مواجه با تهدیدها و چالش های آینده این صنعت، فراهم آورد.	نیروی متخصص، کیفیت و اثربخشی، شهرت خدمات درمان، رشد اقتصادی
P10	بدیعی و همکاران (۳۶)	الگوی حکمرانی خوب؛ سرمایه اجتماعی و توسعه ی همه جانبه	کیفی/ توصیفی	استفاده از منابع کتابخانه ای و اسنادی نشان دهد رویکرد الگوی حکمرانی خوب به عنوان یک رویکرد جدید در مطالعات توسعه بر دولت با جنبه های نهادی-سازمانی (مدیریتی) و ماهیتی (سیاسی و حقوقی) و در کنار آن بر نیروهای گوناگون اجتماعی همکار و هماهنگ با یک چشم انداز و ساختار افقی و شبکه ای تأکید دارد	پوشش بیمه، وضعیت هتلینگ، تعرفه خدمت پزشکی، ارتباطات، قوانین و مقررات بین المللی، امنیت گرابی، تجهیزات پیشرفته، شهرت کادر درمان
P11	صادقی و همکاران (۳۷)	عوامل مؤثر بر تقاضای توریسم پزشکی	کمی	تایح نشان می دهد که متغیر در آمد، مهمترین عامل افزایش تقاضای گردشگری پزشکی به کشور ایران بوده و این ارتباط به صورت مستقیم و ضریب بسیار بالا می باشد؛ و علاوه ضریب مثبت هزینه های سلامت در کشورهای مبدا و منفی بودن این هزینه ها در کشور مقصد، مویذ قانون تقاضای گردشگری پزشکی و جانشین بودن خدمات سلامتی در کشور ایران و سایر کشورهای مورد مطالعه در تحقیق می باشد	هزینه ها، نرخ ارز، احترام به عقاید مشارکت، مناسب بودن خدمات پزشکی، فستیوالهای هنرهای، پویایی کسب و کار
P12	گودرزی و همکاران (۳۸)	توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز	کمی	بین قیمت خدمات درمانی و گردشگری؛ کیفیت خدمات درمانی و گردشگری؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات با توسعه گردشگری پزشکی در کلانشهر شیراز رابطه ی معنی داری وجود داشت	مشارکت، پاسخ گویی، هزینه ها، بروشور دیجیتال، شبکه های اجتماعی، توسعه سیاست های گردشگری
P13	سعیدبخش و همکاران (۳۹)	طراحی مدل بازاریابی الکترونیکی گردشگری پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ با رویکرد سیستم های پیشنهاددهنده	آمیخته	نتایج بخش کیفی نشان می دهد الگوی گردشگری پزشکی دارای پنج بعد، شامل عوامل مرتبط با خدمات پزشکی، عوامل مرتبط با ویژگی های فردی، عوامل مرتبط با اطلاع رسانی اینترنتی، عوامل مرتبط با جاذبه های جنبی گردشگری و عوامل مرتبط با تسهیلات سفر است	نیروی متخصص، فستیوالهای هنرهای، توسعه سیاست های گردشگری، کیفیت قوانین، نیازهای مراقبتی، رشد اقتصادی، مشارکت، برنامه ریزی
P14	مصدق راد و صادقی	گردشگری پزشکی؛ علل انتخاب ایران	آمیخته	در این پژوهش ۲۲ دلیل برای انتخاب کشور ایران توسط بیماران خارجی برای دریافت خدمات پزشکی شناسایی شد که در هفت گروه نوع خدمت (نوع و شدت بیماری و جامعیت خدمت)، کیفیت خدمت (پزشکان	بازتعریف فعالیتها، کیفیت قوانین، اعتماد، سرمایه اجتماعی، نیازهای مراقبتی، تعرفه خدمت پزشکی،

ردیف	نویسنده/ سال	هدف/ سوال تحقیق	روش تحقیق	نتیجه گیری	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی سلامت
	(۴۰)			و کارکنان متخصص و متعهد، تجهیزات پیشرفته، امکانات رفاهی، فرآیند سریع و راحت ارائه خدمت و نتیجه خوب، هزینه خدمت (تعرفه خدمت پزشکی و پوشش بیمه سلامت)، تجربه قبلی بیمار، تبلیغات (تبلیغات بیمارستان و شرکت‌های گردشگری، معرفی دوستان، آشنایان و پزشکان و اینترنت)، عوامل زمینه‌ای (قرابت فرهنگی، جاذبه‌های گردشگری و جو سیاسی) و عوامل اجتماعی - اقتصادی بیمار قرار گرفتند.	کیفیت و ایجاد شغل‌های کاذب، جاذبه‌های گردشگری
P15	رضائی و همکاران (۴۱)	توسعه گردشگری سلامت ایران با رویکرد کارآفرینی	کیفی/ توصیفی	نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ایران علیرغم ظرفیت‌های فراوان طبیعی و درمانی هنوز به جایگاه اصلی خود در بازار جهانی گردشگری سلامت دست نیافته است و با وجود داشتن ظرفیت‌های بسیار در زمینه مهمان‌نوازی درمانی و ارائه خدمات به بیماران خارجی، استفاده و بهره‌برداری‌های متناسب و برنامه‌ریزی شده‌ای از ظرفیت‌های موجود در چارچوب نگاه خلاقانه و کارآفرینانه صورت نگرفته است	اشتغال زایی، خدمات اسلامی پزشکی، رشد اقتصادی، جاذبه‌های گردشگری، نیازهای مراقبتی، احترام به عقاید هزینه‌ها
P16	سخدری و همکاران (۴۲)	شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری سلامت در ایران مورد مطالعه: استان تهران	آمیخته	نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که ترتیبات نهادی لازم در ابعاد قانونی، هنجاری، شناختی و اقدامات حمایتی می‌تواند از طریق افزایش تمایل کارآفرینان برای بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، نرخ وقوع رفتار کارآفرینانه در این حوزه را افزایش دهد	بازاریابی شهری، رفتار کارآفرینانه، ایجاد شغل‌های کاذب، بهبود ارائه خدمات، نیروی متخصص، نیازهای مراقبتی
P17	ستاری و همکاران (۴۳)	سنتز پژوهی در مطالعات مدل برند سازی کارآفرینانه بین‌المللی صنعت گردشگری سلامت	آمیخته	به ترتیب زمینه انتخاب کشور مقصد شامل مقوله‌های حاکمیتی، تعهد مدیران، زیرساخت‌ها، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی؛ زمینه انتخاب شهر شامل مقوله‌های دسترسی آسان، جذابیت‌های گردشگری در شهر مورد نظر و آشنایی، زمینه برند مرکز درمانی شامل مقوله‌های ترفیحات، کیفیت مرکز درمانی و کیفیت منابع انسانی می‌باشد	بازتعریف فعالیتها، کیفیت قوانین، اعتماد، سرمایه اجتماعی، نیازهای مراقبتی، تعرفه خدمت پزشکی، کیفیت و ایجاد شغل‌های کاذب، جاذبه‌های گردشگری، توسعه سیاست‌های گردشگری، خدمات اقامتی، برند مراکز درمانی
P18	پروین محبی و همکاران (۴۴)	اثر کیفیت درک شده خدمات، رضایت و اعتماد گردشگران سلامت بر استفاده مجدد از خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر مشهد	کمی	نتایج تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق با استفاده از آزمون معادلات ساختاری، فرضیه‌های اثر مثبت و مستقیم کیفیت درک شده خدمات (خدمات پزشکی و ارائه خدمات) بر رضایت گردشگران سلامت را تأیید می‌کنند	مشارکت، نیازهای مراقبتی، پویایی کسب و کار، خدمات اسلامی پزشکی، زبان مشترک، دسترسی به مراقبت، پاسخ‌گویی
P19	قرئلی و نجاریان (۴۵)	نقش زبان عربی در بهبود گردشگری سلامت در ایران	کیفی	صنعت گردشگری سلامت در کشور، به‌بهبود کیفیت آموزش، همچون آموزش لجه‌های مختلف کشورهای عربی و توانمندسازی مترجمان زبان عربی نیاز مبرم دارد	احترام به عقاید، نقشه راه، مشارکت شهروندان، زبان مشترک، پویایی کسب و کار، هزینه‌ها
P20	ملکی و توانگر (۴۶)	بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی	کمی	نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد مهم‌ترین چالش‌هایی که گردشگران سلامت مشهد در مراجعه و اقامت با آن مواجه بوده‌اند عبارت‌اند از: ضعف در سیستم بازاریابی و اطلاع‌رسانی در فرآیندهای پذیرش و درمان در شهر مشهد، ضعف سیستم پذیرش الکترونیکی بیماران، نحوه پرداخت هزینه‌ها و ضعف سیستم مبادلات مالی در بیمارستان‌ها، نبود پشتیبانی زبان‌های خارجی در بیمارستان‌ها، فقدان بسته‌های کامل گردشگری سلامت، مشکلات مربوط به فرآیندهای اخذ ویزا و حمل و نقل درون شهری	چالش‌ها، هزینه‌ها، اشتراک اطلاعات، بروشور دیجیتال، شبکه‌های اجتماعی، بسته‌های کامل گردشگری سلامت
P21	گندمکار و ندیم (۴۷)	گردشگری سلامت در شهر سالم مطالعه موردی مناطق ۱۴ گانه شهر اصفهان با مدل HDI	کمی	شهر سالم شهری است که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی و اجتماعی زیست محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود که در اثر آن مردم جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی، قابلیت خود را به حداکثر می‌رسانند	احترام به عقاید، نقشه راه، مشارکت شهروندان، زبان مشترک، پویایی کسب و کار، هزینه‌ها، نیروی متخصص
P22	رضانوری و همکاران (۴۸)	بررسی نقش گردشگری سلامت و اثرات آن بر توسعه پایدار شهری	کیفی	نتایج پژوهش نشان می‌دهد: کشور ایران دارای قابلیت‌های زیاد در زمینه گردشگری سلامت دارد و نیاز به ایجاد بستر و سرمایه‌گذاری کلان جهت رقابت در این عرصه وجود دارد	نمایش توانمندی‌ها، توسعه سیاست‌های گردشگری، ایجاد شغل‌های کاذب، جاذبه‌های گردشگری، نیازهای مراقبتی، نیروی متخصص
P23	حسینی و تقوایی (۴۹)	تدوین و ارزیابی شاخص‌های گسترش دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی در جهت یکپارچه‌سازی خدمات در ایران	آمیخته	در نتیجه عوامل مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی در غالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص با توجه به توانمندی‌ها، مزیت‌های نسبی، و امکانات موجود ارائه خدمات در کشور به منظور ظرفیت‌سازی بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری پزشکی و با رویکرد یکپارچه‌سازی در ارائه خدمات جهت رفاه حال گردشگران و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق شناسایی، دسته‌بندی، و سپس اولویت‌بندی شدند	خدمات اسلامی پزشکی، هزینه‌ها، نیازهای مراقبتی، اشتراک اطلاعات، بروشور دیجیتال
P24	کیاکجوری و همکاران (۵۰)	ارائه‌ی مدل مزیت‌های رقابتی کسب و کار گردشگری سلامت در پسا کرونا	آمیخته	س از کد گذاری باز و محوری، از این ۴۱ مقاله تعداد ۶ بعد اصلی (فرهنگ، زیرساخت، دسترسی به امکانات، عوامل زیست محیطی، قیمت و نیروی متخصص) و ۶۴ مؤلفه‌ی کسب و کار گردشگری سلامت به‌دست آمد	نمایش توانمندی‌ها، توسعه سیاست‌های گردشگری، ایجاد شغل‌های کاذب، جاذبه‌های گردشگری، نیازهای مراقبتی، نیروی متخصص
P25	دهقان و همکاران (۵۱)	تحلیل راهبردی صنعت گردشگری سلامت ایران در دوران کرونا	آمیخته	نقاط قوت صنعت گردشگری سلامت بر نقاط ضعف غلبه دارد و فرصت‌های توسعه بیش از چالش‌های موجود است	تقویت احزاب، شهرت کادر درمان، مشارکت مردن، پویایی کسب و کار، هزینه‌ها، چالش‌ها
P26	شعربافچی	بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌های تک تخصصی	کمی	از نظر نیروی انسانی، فناوری اطلاعات و ارتباطات هر دو بیمارستان در سطح غیر قابل قبول قرار داشتند. هر	احترام به عقاید رشد اقتصادی، اکوسیستم

ردیف	نویسنده / سال	هدف / سوال تحقیق	روش تحقیق	نتیجه گیری	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی سلامت
	زاده و همکاران (۵۳)	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای جذب گردشگر پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان		دو بیمارستان از نظر شاخص هتلینگ و شرایط عمومی در سطح متوسط و از نظر شاخص‌های فرآیندی در سطح متوسط و غیر قابل قبول بودند	کارآفرینی، آزادی انتخاب پزشک، توسعه سیاست‌های گردشگری، رشد اقتصادی، مشارکت، بهبود ارائه خدمات، اثربخشی، رشد اقتصادی
P27	قلی پور سوته و همکاران (۷)	موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران	کیفی	سه مانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی و ابعاد فرعی هر یک از آنها عبارتند بودند از: ۱- موانع نظام اداری و خط مشی گذاری شامل ضعفهای نظام اداری، مسائل ناشی از تداخل حوزه سیاستی گردشگری و سلامت، ضعف همکاری بخش خصوصی و دولتی، ضعف نظام آماری و اطلاعات، ضعف نظارت و پایش. ۲- موانع زنجیره ارائه خدمات گردشگری پزشکی شامل ضعف فرایند ارائه خدمت، فعالیت غیررسمی و زیرزمینی، ضعف رقابت پذیری، موانع سرمایه گذاری. ۳- موانع مربوط به بازارهای هدف گردشگری پزشکی شامل تعامل نامناسب با بیمار خارجی، ضعف در بازاریابی و تبلیغات، و موقعیت ضعیف رقابتی	رشد اقتصادی، نیروی متخصص، فستیوالهای هنرهای، توسعه سیاست‌های گردشگری، کیفیت قوانین، نیازهای مراقبتی، رشد اقتصادی، مشارکت، برنامه‌ریزی
P28	میرانی و اسدزاده (۵۳)	بررسی تأثیر شاخص‌های کیفیت نهادی بر صنعت گردشگری پزشکی در ایران	آمیخته	بهبود در شاخص کیفیت نهادی، سرمایه ثابت ناخالص در حوزه خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، سرمایه ثابت ناخالص در حوزه خدمات گردشگری، همچنین افزایش در تعداد ارائه دهندگان خدمات به گردشگران پزشکی از جمله پزشکان عمومی و متخصص و افزایش نرخ ارز مؤثر حقیقی در ایران منجر به افزایش جذب گردشگران پزشکی به کشور شده است	سرمایه ثابت ناخالص، اعتماد اجتماعی، رشد اقتصادی، برنامه ریزی، افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمات، نرخ ارز
P29	سرایی و افشاری پور (۵۴)	ارزیابی ساختار گردشگری پزشکی براساس مدل الماس پورتر در مشهد	آمیخته	که متغیرهای الماس مزیت پورتر در شکل گیری ساختار گردشگری پزشکی مشهد تأثیرگذار است. در زمینه سنجش وضع موجود، متغیر رقابت پذیری بهترین عملکرد را داشته و در زمینه ی تأثیر گذاری، متغیر شرایط عامل از مهم ترین فاکتورها و اولویت اول تلقی شده است	نیروی متخصص، جاذبه های گردشگری، شبکه‌های اجتماعی، نیازهای مراقبتی
P30	تقی زاده یزدی و همکاران (۳)	شناسایی مؤلفه‌ها و تعیین محتوای وبسایت‌های تسهیل گر گردشگری پزشکی	کیفی	نتایج نشان داد که در وبسایت‌های تسهیلگر گردشگری پزشکی، محتوای معرفی گزینهای پزشکی از اهمیت بیشتری برخوردار است و در رده‌های بعدی محتواهای معرفی تسهیلات وبسایت، معرفی گردشگری پزشکی، معرفی وبسایت و نظرات بیماران و مخاطبان قرار دارند	هزینه‌ها، نیروی متخصص، رشد اقتصادی، حق اظهارنظر، احترام به عقاید نیازهای مراقبتی، فستیوالهای هنری
P31	رنجنوش و همکاران (۵۵)	خوشه بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی جهت جذب تعداد بیشتری گردشگر پزشکی به ایران	آمیخته	اولاً، برخی از بیماران خارجی به دلیل درجه عضویت نزدیک، بطور همزمان عضو چند خوشه می‌باشند. ثانیاً، باتوجه به مراکز خوشه‌ها، خوشه دو و سه از حیث نوع کسب و کارهای گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آنها در سطح متوسط ولی خوشه یک در سطح پایین می‌باشند	کارایی، اثربخشی تعادل، توسعه سیاست‌های گردشگری، مشارکت مردمی، پویایی کسب و کار
P32	غلامی و همکاران (۵۶)	ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستانهای شیراز با استفاده از مدل سروکوال	کمی	نتایج این پژوهش نشان داد که سطح کیفیت خدمات دریافتی در حد انتظارات گردشگران نبوده است	مشارکت، نیازهای مراقبتی، پویایی کسب و کار، خدمات اسلامی پزشکی، زبان مشترک، دسترسی به مراقبت، پاسخ گویی، نیروی متخصص

جدول ۳. مقوله‌بندی یافته‌های پژوهش

مقوله کلی	مفاهیم و کدهای شناسایی شده	مآخذ
تعارف خدمات پزشکی		L3, L4, L5, L6, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
نیروی متخصص		L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P17, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
درآمد پایدار		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P21, P22, P23, P25, P27, P28, P29, P30, P31, P32
احترام به عقاید		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P22, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توسعه سیاست‌های گردشگری		L1, L3, L4, L5, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P30, P31, P32
کیفیت قوانین		L2, L3, L4, L5, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P30, P31, P32
اثربخشی و کارایی		L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P32
مشارکت		L1, L2, L3, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
ظرفیت‌های طبیعی		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31,
تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P27, P28, P29, P30, P31,
هزینه‌ها		P6, P11, P12, P16, P19, P20, P21, P23, P25, P30
خدمات اسلامی پزشکی		L10, L11, P15, P18, P23, P32
رشد اقتصادی		L6, L11, P15, P26, P27, P28
چالش‌ها		P4, P20, P25
شبکه‌های اجتماعی		P12, P20, P29
زبان مشترک		L6, P1, P5, P7, P8, P16, P21, P32
زیرساخت‌های پزشکی		L2, L8, L9, P10, P14, P17, P18, P29, P32
اکوسیستم کارآفرینی		L4, L11, P5, P7, P26

گردشگری پزشکی سلامت

همچنین در این مطالعه، فازی‌سازی دیدگاه خبرگان با استفاده از اعداد فازی مثلثی انجام گرفته است و دیدگاه آنها پیرامون اهمیت هر یک از شاخص‌ها با طیف فازی ۷ درجه گردآوری شده است. دیدگاه خبرگان تجمیع شده و مقادیر مربوطه فازی‌زدایی می‌شوند که نتیجه در راند اول و دوم در جدول ۴ ارائه شده است.

براساس تحلیل محتوایی مصاحبه‌های تخصصی انجام‌شده و مرور ادبیات موضوع، در نهایت ۱۸ شاخص برای گردشگری پزشکی سلامت شناسایی گردید. برای غربالگری و حصول اطمینان از اهمیت شاخص‌های شناسایی شده و انتخاب شاخص‌های نهایی از روش دلفی فازی و برای سنجش اهمیت این شاخص‌ها از دیدگاه خبرگان استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از غربالگری شاخص‌ها و فاصله مقدار قطعی راند اول و راند دوم

نتیجه	اختلاف مقادیر قطعی دو راند	نتایج غربالگری شاخص‌ها (راند دوم)		نتایج غربالگری شاخص‌ها (راند نخست)		مفاهیم و کدهای شناسایی شده	مقوله کلی	مأخذ
		مقدار قطعی	میانگین فازی	مقدار قطعی	میانگین فازی			
توافق	۰/۰۱۷	۰/۷۹۵	(۰.۶۷۳, ۰.۸۱۵, ۰.۸۹۸)	۰/۷۷۸	(۰.۷۸۸, ۰.۹۲۳, ۰.۹۷۷)	تعرفه خدمات پزشکی	گردشگری پزشکی سلامت	L3, L4, L5, L6, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۶۸	۰/۸۰۶	(۰.۶۹۲, ۰.۸۲۷, ۰.۹)	۰/۷۳۸	(۰.۶۴۶, ۰.۷۹۸, ۰.۸۹)	نیروی متخصص		L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P17, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۴۹	۰/۷۹۰	(۰.۶۳۱, ۰.۸۱, ۰.۹۲۹)	۰/۷۴۱	(۰.۶۰۴, ۰.۷۵۴, ۰.۸۵۴)	درآمد پایدار		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P21, P22, P23, P25, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۷۶	۰/۸۵۳	(۰.۷۲۳, ۰.۸۷۷, ۰.۹۵۸)	۰/۷۷۷	(۰.۵۶۹, ۰.۷۵۶, ۰.۸۹۸)	احترام به عقاید		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P22, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۳۹	۰/۸۵۲	(۰.۷۲۹, ۰.۸۷۷, ۰.۹۵)	۰/۸۱۳	(۰.۶۲۳, ۰.۷۹۶, ۰.۹۱۳)	توسعه سیاست‌های گردشگری		L1, L3, L4, L5, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۰۵	۰/۸۰۸	(۰.۶۶۳, ۰.۸۳۱, ۰.۹۲۹)	۰/۸۰۳	(۰.۶۸۱, ۰.۸۳۳, ۰.۹۲۳)	کیفیت قوانین		L2, L3, L4, L5, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۲۰	۰/۹۰۸	(۰.۸, ۰.۹۳۵, ۰.۹۸۸)	۰/۹۲۸	(۰.۶۶, ۰.۸۲۵, ۰.۹۲۳)	اثر بخشی و کارایی		L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P32
توافق	۰/۰۰۰	۰/۸۹۰	(۰.۷۶۹, ۰.۹۱۵, ۰.۹۸۸)	۰/۸۹۰	(۰.۸۳۳, ۰.۹۵۶, ۰.۹۹۶)	مشارکت		L1, L2, L3, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P32
توافق	۰/۰۴۹	۰/۷۹۰	(۰.۶۳۱, ۰.۸۱, ۰.۹۲۹)	۰/۷۴۱	(۰.۷۷۱, ۰.۹۱۷, ۰.۹۸۳)	ظرفیت‌های طبیعی		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31,
توافق	۰/۰۲۴	۰/۸۹۴	(۰.۷۷۷, ۰.۹۲۱, ۰.۹۸۳)	۰/۹۱۸	(۰.۵۶۹, ۰.۷۵۶, ۰.۸۹۸)	تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی		L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8, L9, L10, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P27, P28, P29, P30, P31,
توافق	۰/۰۸۶	۰/۸۱۷	(۰.۶۹۲, ۰.۸۴۲, ۰.۹۱۷)	۰/۷۳۱	(۰.۸۱۵, ۰.۹۴۴, ۰.۹۹۶)	هزینه‌ها		P6, P11, P12, P16, P19, P20, P21, P23, P25, P30
توافق	۰/۰۱۷	۰/۸۴۹	(۰.۷۰۶, ۰.۸۷۷, ۰.۹۶۳)	۰/۸۶۶	(۰.۵۹۶, ۰.۷۵, ۰.۸۴۸)	خدمات اسلامی پزشکی		L10, L11, P15, P18, P23, P32
توافق	۰/۰۴۶	۰/۷۵۴	(۰.۶۰۸, ۰.۷۷۵, ۰.۸۷۹)	۰/۷۰۸	(۰.۷۳۳, ۰.۸۹۴, ۰.۹۷۱)	رشد اقتصادی		L6, L11, P15, P26, P27, P28
توافق	۰/۰۴۹	۰/۷۹۰	(۰.۶۳۱, ۰.۸۱, ۰.۹۲۹)	۰/۷۴۱	(۰.۵۵۸, ۰.۷۲۵, ۰.۸۴)	چالش‌ها		P4, P20, P25
توافق	۰/۰۳۵	۰/۸۹۷	(۰.۷۸۵, ۰.۹۲۷, ۰.۹۷۹)	۰/۹۳۲	(۰.۵۶۹, ۰.۷۵۶, ۰.۸۹۸)	شبکه‌های اجتماعی		P12, P20, P29
توافق	۰/۰۱۷	۰/۸۳۰	(۰.۶۷۹, ۰.۸۵۴, ۰.۹۵۶)	۰/۸۴۷	(۰.۸۴, ۰.۹۶, ۰.۹۹۶)	زبان مشترک	L6, P1, P5, P7, P8, P16, P21, P32	
توافق	۰/۰۲۹	۰/۷۹۹	(۰.۶۶, ۰.۸۲۱, ۰.۹۱۷)	۰/۸۲۷	(۰.۷۰۶, ۰.۸۷۱, ۰.۹۶۵)	زیرساخت‌های پزشکی	L2, L8, L9, P10, P14, P17, P18, P29, P32	
توافق	۰/۰۲۱	۰/۸۷۵	(۰.۷۵۴, ۰.۹۰۲, ۰.۹۶۹)	۰/۸۹۶	(۰.۷۰۶, ۰.۸۵, ۰.۹۲۵)	اکوسیستم کارآفرینی	L4, L11, P5, P7, P26	

برخوردار می‌باشد. بعد از تأیید شاخص‌های پژوهش و پس از مصاحبه با خبرگان به روش فازی، در نهایت به اولویت‌بندی شاخص‌ها با روش SWARA پرداخته شد که نتیجه در جدول ۵ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ مشخص گردید که در تمامی موارد اختلاف کوچکتر از ۰/۲ است، بنابراین می‌توان راندهای دلفی را به پایان برد و نتیجه گرفت که ۱۸ شاخص شناسایی از نظر خبرگان از اعتبار لازم

جدول ۵. اولویت‌بندی شاخص‌های پژوهش با استفاده از روش SWARA

شاخص‌ها	متوسط اهمیت نسبی	Kj	وزن اولیه	وزن نرمال
تعرفه خدمات پزشکی	۱	۱	۱	۰/۱۳۱
نیروی متخصص	۰/۱۲	۱/۱۲	۰/۸۹۲	۰/۱۱۷
درآمد پایدار	۰/۰۹	۱/۰۹	۰/۸۱۸	۰/۱۰۷
احترام به عقاید	۰/۲۴	۱/۲۴	۰/۶۵۹	۰/۰۸۶۴
کیفیت قوانین	۰/۰۵	۱/۰۵	۰/۶۲۷	۰/۰۸۲۲
توسعه سیاست‌های گردشگری	۰/۱۹	۱/۱۹	۰/۵۲۶	۰/۰۶۹۰
تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی	۰/۱۱	۱/۱۱	۰/۴۷۳	۰/۰۶۲۰
اثر بخشی و کارایی	۰/۰۵	۱/۰۵	۰/۴۵۰	۰/۰۵۹۰
هزینه‌ها	۰/۰۹	۱/۰۹	۰/۴۱۲	۰/۰۵۴۰
ظرفیت‌های طبیعی	۰/۱۲	۱/۱۲	۰/۳۶۷	۰/۰۴۸۱
مشارکت	۰/۲۱	۱/۲۱	۰/۳۰۳	۰/۰۳۹۷
چالش‌ها	۰/۱۸	۱/۱۸	۰/۲۵۶	۰/۰۳۳۶
خدمات اسلامی پزشکی	۰/۲۵	۱/۲۵	۰/۲۰۴	۰/۰۲۶۷
رشد اقتصادی	۰/۱۸	۱/۱۸	۰/۱۷۲	۰/۰۲۲۵
زیرساخت‌های پزشکی	۰/۳۱	۱/۳۱	۰/۱۳۱	۰/۰۱۷۱
زبان مشترک	۰/۰۴	۱/۰۴	۰/۱۲۵	۰/۰۱۶۴
شبکه‌های اجتماعی	۰/۱۱	۱/۱۱	۰/۱۱۲	۰/۰۱۴۷
اکوسیستم کارآفرینی	۰/۲۱	۱/۲۱	۰/۰۹۲	۰/۰۱۲۰

(۰/۰۲۶۷)، رشد اقتصادی با وزن (۰/۰۲۲۵)، زیرساخت‌های پزشکی با وزن (۰/۰۱۷۱)، زبان مشترک با وزن (۰/۰۱۶۴)، شبکه‌های اجتماعی با وزن (۰/۰۱۴۷) و مؤلفه‌ی اکوسیستم کارآفرینی با وزن (۰/۰۱۲۰) در اولویت‌های بعدی قرار دارند. در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت شاخص تعرفه خدمت پزشکی با وزن نهایی (۰/۱۳۱) به عنوان مهم‌ترین مؤلفه گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل شناسایی شده است و شاخص اکوسیستم کارآفرینی با وزن نهایی (۰/۰۱۲۰) ضعیف‌ترین مؤلفه شناسایی گردیده است.

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که شاخص تعرفه خدمات پزشکی با وزن (۰/۱۳۱) در اولویت نخست قرار دارد. شاخص نیروی متخصص با وزن (۰/۱۱۷) در اولویت دوم قرار دارد. شاخص درآمد پایدار با وزن (۰/۱۰۷) در اولویت سوم، شاخص احترام به عقاید با وزن (۰/۰۸۶۴) در اولویت چهارم و شاخص کیفیت قوانین با وزن (۰/۰۸۲۲) در اولویت پنجم قرار دارد. توسعه سیاست‌های گردشگری با وزن (۰/۰۶۹۰)، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی با وزن (۰/۰۶۲۰)، اثربخشی و کارایی با وزن (۰/۰۵۹۰)، هزینه‌ها با وزن (۰/۰۵۴۰)، ظرفیت‌های طبیعی با وزن (۰/۰۴۸۱)، مشارکت با وزن (۰/۰۳۹۷)، چالش‌ها با وزن (۰/۰۳۳۶)، خدمات اسلامی پزشکی با وزن

بحث

درک و شناخت عمیق مفهوم گردشگری پزشکی می‌تواند معیارهای ارزشمندی را فراهم کند که به دولت‌ها و جوامع کمک کند تا درک بهتری از رابطه بین اشکال مختلف نهادی و راه‌های فراهم‌آوردن سلامت اجتماعی-اقتصادی برای شهروندان به دست آورند. از این رو هدف از پژوهش حاضر ارائه الگوی گردشگری پزشکی سلامت با محوریت استان اردبیل است که برای رسیدن به هدف اصلی پژوهش چهار هدف فرعی و همچنین چهار سوال مطرح گردید. برای پاسخ به این سؤال اساسی که مؤلفه‌های الگوی گردشگری پزشکی سلامت در استان اردبیل کدامند؟ از روش کیفی با رویکرد فراترکیب و دلفی فازی استفاده گردید و در نهایت مؤلفه‌های الگوی گردشگری پزشکی سلامت با محوریت استان اردبیل احصاء و با استفاده از روش فراترکیب در نهایت ۴۳ مقاله در حوزه گردشگری پزشکی سلامت مورد بررسی قرار گرفت و کدهای شناسایی شده در قالب ۱۸ مؤلفه نهایی ارائه شد که عبارتند از: تعرفه خدمات پزشکی، نیروی متخصص، درآمد پایدار، احترام به عقاید، توسعه سیاست‌های گردشگری، کیفیت قوانین، اثربخشی و کارایی، مشارکت، ظرفیت‌های طبیعی، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی، هزینه‌ها، خدمات اسلامی پزشکی، رشد اقتصادی، چالش‌ها، شبکه‌های اجتماعی، زبان مشترک، زیرساخت‌های پزشکی و اکوسیستم کارآفرینی. بر اساس ۱۸ مؤلفه شناسایی شده به عنوان مؤلفه‌های گردشگری پزشکی سلامت با محوریت استان اردبیل می‌توان گفت مؤلفه‌های ارائه شده در این پژوهش می‌تواند نقشه جامع و مناسبی برای پیاده‌سازی گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل باشد؛ از سوی دیگر در مقایسه با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت با توجه به رویکرد پژوهش حاضر که رویکرد فراترکیب بوده و سپس خبرگان در خصوص عوامل شناسایی شده در رویکرد فراترکیب نظر داده‌اند، لذا از پژوهش‌های

پیشین جهت شناسایی این مؤلفه‌ها استفاده گردیده که در نوع خود منحصر به فرد بوده است. بر اساس یافته‌های پژوهش شاخص تعرفه خدمات پزشکی به عنوان مهمترین و اثرگذارترین مؤلفه در گردشگری پزشکی سلامت در استان اردبیل شناسایی گردید که تعدیل و تناسب این مؤلفه با وضعیت اقتصادی گردشگران توسط سیاستگذاران می‌تواند به بهبود گردشگری پزشکی سلامت در استان کمک شایانی نماید. در این پژوهش استفاده از نیروی انسانی متخصص دومین مؤلفه‌ی تاثیرگذار در گردشگری پزشکی سلامت شناسایی شد. با توجه به اینکه گردشگری پزشکی سلامت مقوله‌ای کاملاً تخصصی است و بیشتر از سایر شاخه‌های گردشگری به تخصص نیاز دارد بنابراین وجود نیروی انسانی متخصص نیز به بهبود گردشگری پزشکی سلامت در استان کمک شایانی می‌نماید. وجود درآمد پایدار در گردشگری پزشکی سلامت از دیگر مؤلفه‌های مهم در زمینه مورد مطالعه بوده که در صورت وجود این مؤلفه، زمینه برای سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی در این حوزه در استان بیشتر خواهد شد و موجبات ارزآوری برای استان را فراهم خواهد آورد. شاخص احترام به عقاید در اولویت چهارم تاثیرگذار در گردشگری پزشکی سلامت قرار دارد. احترام به عقاید جامعه محلی آنقدر مهم است که اولین ماده از ۱۰ ماده کدهای جهانی اخلاق گردشگری به احترام به رسوم و اعتقادات دینی جامعه میزبان اختصاص دارد. بنابراین رعایت این مؤلفه نیز مانند سایر مؤلفه‌ها به بهبود گردشگری پزشکی سلامت در استان کمک خواهد کرد. کیفیت قوانین و مقررات موجود در حوزه گردشگری پزشکی سلامت، توسعه سیاست‌های گردشگری توسط تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان، وجود تنوع در جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی و ظرفیت‌های طبیعی در اکثر شهرهای استان، هزینه‌های نسبتاً پایین زندگی در استان به نسبت سایر کلان‌شهرهای گردشگرپذیر، داشتن خدمات اسلامی پزشکی مطلوب

در استان، وجود زیرساخت‌های نسبتاً مطلوب در استان و دارا بودن زبان و فرهنگ مشترک با بیشتر همسایگان از مهمترین مؤلفه‌های شناسایی شده در این پژوهش بودند که در مجموع می‌توانند به بهبود گردشگری پزشکی سلامت در استان کمک کرده، زمینه‌های مطلوبی برای ایجاد اشتغال پایدار در استان فراهم کنند.

نتایج این پژوهش با یافته‌های باصولی و همکاران (۲) که در مدل خود به شاخص‌های احترام به عقاید، رشد اقتصادی، اثربخشی، کیفیت قوانین، درآمد پایدار و همچنین نیروی متخصص و توسعه سیاست‌های گردشگری اشاره داشتند؛ مدل ارائه شده نوروززاده (۳۰) که شاخص‌های آموزش نیروی انسانی، قوانین بین‌المللی و مدیران بحران را ارائه نموده است؛ رحمان و همکاران (۲۷) که رشد اقتصادی و احترام به عقاید و مشارکت را از عوامل مهم در گردشگری پزشکی می‌داند؛ جلیلیان و همکاران (۳۱) که در مدل خود به شاخص‌های حق تعرفه خدمت پزشکی، درآمد پایدار، نیروی متخصص، کیفیت و ایجاد شغل‌های کاذب اشاره داشته‌اند؛ ثانوی گروسیان و همکاران (۲۹) که در مدل خود مؤلفه‌های پاسخ‌گویی و حق اعتراض، توسعه سیاست‌های گردشگری و رفتار کارآفرینانه، ایجاد شغل‌های کاذب، بهبود ارائه خدمات، نیازهای مراقبتی و نیروی متخصص را ارائه نموده‌اند، همسو و همراستا می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش گردید در چارچوبی یکپارچه، شاخص‌های مؤثر در گردشگری پزشکی سلامت با استفاده از روش SWARA شناسایی و اولویت‌بندی گردند. بر این اساس شاخص تعرفه خدمات پزشکی با وزن (۰/۱۳۱) در اولویت نخست قرار دارد. شاخص نیروی متخصص با وزن (۰/۱۱۷) در اولویت دوم قرار دارد. شاخص درآمد پایدار با وزن (۰/۱۰۷) در اولویت سوم، شاخص احترام به عقاید با وزن

(۰/۰۸۶۴) در اولویت چهارم و شاخص کیفیت قوانین با وزن (۰/۰۸۲۲) در اولویت پنجم قرار دارد. توسعه سیاست‌های گردشگری با وزن (۰/۰۶۹۰)، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی با وزن (۰/۰۶۲۰)، اثربخشی و کارایی با وزن (۰/۰۵۹۰)، هزینه‌ها با وزن (۰/۰۵۴۰)، ظرفیت‌های طبیعی با وزن (۰/۰۴۸۱)، مشارکت با وزن (۰/۰۳۹۷)، چالش‌ها با وزن (۰/۰۳۳۶)، خدمات اسلامی پزشکی با وزن (۰/۰۲۶۷)، رشد اقتصادی با وزن (۰/۰۲۲۵)، زیرساخت‌های پزشکی با وزن (۰/۰۱۷۱)، زبان مشترک با وزن (۰/۰۱۶۴)، شبکه‌های اجتماعی با وزن (۰/۰۱۴۷) و مؤلفه اکوسیستم کارآفرینی با وزن (۰/۰۱۲۰) در اولویت‌های بعدی قرار دارند. در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت شاخص تعرفه خدمت پزشکی با وزن نهایی (۰/۱۳۱) به عنوان مهمترین مؤلفه و شاخص اکوسیستم کارآفرینی با وزن نهایی (۰/۰۱۲۰) ضعیف‌ترین مؤلفه گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل شناسایی شده است.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود تعرفه خدمات پزشکی که به عنوان مهمترین و اثرگذارترین مؤلفه در گردشگری پزشکی سلامت در استان اردبیل شناسایی گردید، به نحو مناسب تعدیل شده و متناسب با وضعیت اقتصادی گردشگران مورد بازبینی قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد از نیروی انسانی متخصص و کارآمد در حوزه‌های مختلف گردشگری پزشکی استفاده گردد. فرهنگ‌سازی و احترام به گردشگران، تشویق و تسهیل سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی در حوزه گردشگری پزشکی سلامت، اتخاذ سیاست‌های مناسب و بازنگری در مورد این سیاست‌ها در جهت حمایت از کسب و کارهای مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی سلامت و همچنین وضع قوانین و مقررات مطلوب در جهت حمایت از گردشگران پزشکی سلامت و نیز بهبود زیرساخت‌های

مرتبط با این حوزه از مهمترین پیشنهاداتی است که با توجه به نتایج پژوهش می‌توان ارائه کرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی عزیزانی که در این مطالعه همکاری صمیمانه داشته‌اند، تشکر می‌شود. در تهیه و تدوین این پژوهش هیچ نوع هزینه‌ای از هیچ ارگانی دریافت

نشده و تمامی هزینه‌ها به صورت شخصی بوده و تعارض منافی هم وجود ندارد. شناسه اخلاق پژوهش حاضر نیز IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.108 بوده که در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مصوب شده است.

References

- 1- Mirvahedi S, Esfandiari E. A study of the entrepreneurial potential of cultural tourism in Iranian Qashqai nomads. *Journal of Tourism and Development*. 2017; 5(3): 62-78.
- 2- Basouli M, hashemi S, Imani Khoshkhoo M, H, Mirghafoori S, H. Designing the Cultural Tourism Entrepreneurship Development Model Using Structural Equation Modeling- Partial Least Squares. *Journal of Tourism and Development*. 2019; 8(2): 83-104.
- 3- Taghizadeh Yazdi MR, Shami Zanjani M, Haghghi M, Abu Hashemabadi F. Identifying the components and determining the content of medical tourism facilitating websites. *Tourism Management Studies*. 2015; 11(33): 1-18.
- 4- Heung VC, Kucukusta D, Song H. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism management*. 2011; 32(5): 995-1005.
- 5- Turner L. Medical tourism and the global marketplace in health services: US patients, international hospitals, and the search for affordable health care. *International Journal of Health Services*. 2010; 40(3): 443-467.
- 6- Yu JY, Ko TG. A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism management*. 2012; 33(1): 80-88.
- 7- Connell J. Contemporary medical tourism: Conceptualization, culture and commodification. *Tourism management*. 2013; 34: 1-3.
- 8- Gholipour R, Amiri M, Zargham Boroujeni H, Kiani Feizabadi Z. Investigating the Solutions and Policy Instruments of Medical Tourism Development in Iran. *Iranian Journal of Public Policy*. 2019; 4(4): 29-53. doi: 10.22059/ppolicy.2019.69716.
- 9- De la Hoz-Correa A, Muñoz-Leiva F, Bakucz M. Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis. *Tourism Management*. 2018; 65: 200-211.
- 10- Hudson S, Li X. Domestic medical tourism: A neglected dimension of medical tourism research. *Journal of Hospitality Marketing & Management*. 2012; 21(3): 227-246.
- 11- Anabestani A, Anabestani Z. Factors affecting the choice of Mashhad as objective medical tourism. *urban tourism*. 2015; 2(3): 275-289.
- 12- Harandi A, Mirzayianeh Khamseh P. Explaining Health Tourism Attraction Model: Using Classic Grounded Theory Strategy. *urban tourism*. 2017; 4(1): 87-98.
- 13- Naserpour M, Muosavi SN, Sepahvand R. Effect of non-medical Factors on Health Tourism Development. *Journal of Tourism and Development*. 2018; 7(3): 195-212.
- 14- Kharazmi A, Rahnama M, Javan J, Shokouhi M. Factors Affecting the Promotion of Health Tourism; Comparitive View of Foreign Tourists and Domestic Managers. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2017; 8(3): 405-416.
- 15- Hashemi baghi Z, Shirmohammadi Y, Shahsavaan N. The Integrated marketing communications and Advanced Information Technology on the Value of the Brand for Tourism Tourism. *Journal of Tourism and Development*. 2018; 7(1): 1-19.
- 16- Tabatabaeinasab SM, Nouri A, Mohammadnabi Z, Heshmati F. Customers' typology in medical tourism. *Tourism Management Studies*. 2015; 9(26): 60-82.

- 17- Han H, Hyun SS. Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*. 2015; 46: 20-29.
- 18- Debata BR, Sree K, Patnaik B, Mahapatra S.S. Evaluating medical tourism enablers with interpretive structural modeling. *Benchmarking: An International Journal*. 2013; 20(6): 716 – 743.
- 19- Sharma A. Medical tourism challenges and future Prospects, *International Journal of Business and Management Invention*. 2013; 2(1): 21-29.
- 20- Kim S, Lee J, Jung J. Assessment of Medical Tourism Development in Korea for the Achievement of Competitive Advantages. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*. 2012; 18(5): 421-445.
- 21- Rathi N, Lee K. Emotional exhaustion and work attitudes: Moderating effect of personality among frontline hospitality employees. *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*. 2016; 15(3): 231-251.
- 22- Ho LH, Feng SY, Yen TM. Using fuzzy gap analysis to measure service quality of medical tourism in Taiwan. *International journal of health care quality assurance*. 2015; 28(7): 648-59.
- 23- Markovi S, Lon ari D, Lon ari D. Service quality and customer satisfaction in the health care industry-towards health tourism market. *Tourism and hospitality management*. 2014; 20(2): 155-170.
- 24- Woo E, Schwartz Z. Towards assessing the knowledge gap in medical tourism. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*. 2014; 15(2): 213-226.
- 25- Kim S, Lee J, Jung J. Assessment of Medical Tourism Development in Korea for the Achievement of Competitive Advantages. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*. 2012; 18(5): 421-445
- 26- Chen P, Kung R, Huang M, Chen F, Pei L. Exploring the medical tourism development barriers and participation willingness in Taiwan: an example of mainland tourist, *World academy of Science, Engineering and Technology*. 2012; 6: 8-29.
- 27- Rahman MK, Zailani S, Musa G. Tapping into the emerging Muslim-friendly medical tourism market: Evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing*. 2017; 8(3): 514-532.
- 28- Naderi N, Yazdani R, Behvar S. Analysis of the negative consequences of medical tourism for the sustainable development of this sector (Case study: Kermanshah province). *Tourism Management Studies*. 2021; 16(54): 313-346.
- 29- Sanavi V, Mirabi V, Kordlouie H, Hasanpour E. Identification and Ranking of Factors Affecting the Services Marketing in the Field of Health Tourism of Mashhad city Using Fuzzy Topsis Technique. *Tourism Management Studies*. 2019; 14(45): 249-269.
- 30- Norouzzadeh A. Identification of barriers and bottlenecks in health medical tourism in the context of the outbreak of COVID-19; a mixed approach Running Title: Identification of barriers to health medical tourism. *Jhosp*. 2022; 21(3): 45-54.
- 31- Jalilian N, Rezaee B, Badizadeh A. The effect of the antecedent of the formation of entrepreneurial ecosystem on the consequences of health tourism in Iran (Case study: Kermanshah province). *Entrepreneurship Knowledge*. 2022; 1(1): 61-73.
- 32- Norouzzadeh A, Hosseini M, Motamedi M. Analysis of communication and cultural barriers to the development of medical and health tourism using interpretive structural modeling (Case study: Meshkinshahr city). *Geographical Journal of Tourism Space*. 2021; 10(39): 21-34.
- 33- Kol SA, Ashkani S. Strategies for promoting health tourism on the economic development of Zahedan city, the third international conference on management and industry. 2023. 1-21. [In Persian]
- 34- Saeidi Mofrad S, Pakan P. The Evaluation of Health Tourism Branding Indicators in Mashhad Metropolis. *Geographical Journal of Tourism Space*. 2022; 11(41): 142-163.
- 35- Poloie K, Fazli S, Darvish F, Baiat R, Ghaderi E. Prioritizing factors affecting the development of health tourism industry in Iran in the 1414 horizons with the approach of interpretive structural modeling. *Journal of Tourism and Development*. 2019; 8(3): 1-29.
- 36- Badiie F, Ebrahimi A, Didekhani H. Medical Tourism Development in Golestan Province; An Assessment of Identified Solutions. *New Marketing Research Journal*. 2017; 6(4): 25-36.
- 37- Sadeghi F, Motaghi S, Makhmoli H. Factors affecting the demand for medical tourism, the fourth international conference on modern researches in management, economics, accounting and banking. 2019; 1-14.

- 38- Goodarzi M, Taghvaei M, Zangiabadi A. Developing of Domestic Medical Tourism in Shiraz. *Health Information Management*. 2014; 11(4): 485-496.
- 39- Saeedbakhsh S, Kazemi A, Nematbakhsh M, Ranjbarian B. Designing an Electronic Marketing Model for Medical Tourism of the Islamic Republic of Iran with the Proposal Systems Approach. *New Marketing Research Journal*. 2020; 10(2): 105-128.
- 40- Mosadeghrad AM, Sadeghi M. Medical tourism: Reasons for choosing Iran. *Payesh*. 2021; 20(2): 145-166.
- 41- Rezaei A, Hashemi F, Khari S. Iran's health tourism development with an entrepreneurial approach, the fourth national conference of interdisciplinary research in management and humanities. 2023; 1-10, Tehran, Iran. [In Persian]
- 42- Sakhdari K, Seyyedamiri N, Rajaian A, Sakhdari J. Identifying Institutional Factors Influencing the Exploitation of Entrepreneurial Opportunities in Health-Tourism in Iran: a qualitative study of Tehran province. *Social Studies in Tourism*. 2019; 13(7): 81-100.
- 43- Sattari B, Ziya B, Sakhdari K, Hosseini S. R. Synthesis Research in the Study of the International Entrepreneurial Branding Model in the Health Tourism Industry. *Journal of Tourism and Development*. 2020; 9(2): 51-66.
- 44- Parvin Mohebbi N, Hourakiyan A, Farahi M. The effect of perceived service quality, satisfaction and trust of health tourists on the reuse of medical services in hospitals and medical centers in Mashhad. *Social Studies in Tourism*. 2018; 9(5): 1-27. [In Persian]
- 45- Ghareli H, Najarian M. The role of Arabic language in improving health tourism in Iran. *Journal of the Iranian Society of Arabic Language and Etiquette, Scientific Quarterly*. 2016; 11(37): 213-228. [In Persian]
- 46- Maleki S, Tavangar M. Analyzing Health Tourism Challenges in Mashhad from the Perspective of Foreign Patients. *Geography and Urban Space Development*. 2016; 2(2): 153-165.
- 47- Gandamkar A, Nadim Z. Health tourism in the city of Salem, a case study of the 14 districts of Isfahan city with the HDI model, the second national conference on tourism, national capitals and future prospects, Isfahan. 2015; 1-11.
- 48- Rezaanvari M, Aminzadeh Reshk Rizvani A. Examining the role of health tourism and its effects on sustainable urban development, the 4th International Congress of Agricultural Development, Natural Resources, Environment and Tourism of Iran. Tabriz, Iran. 2019; 1-12. [In Persian]
- 49- Hosseini S, Taghvaei M. Compilation and Evaluation of Indexes for the Development of Health Villages by Taking a Medical Tourism Development Approach towards Service Integration in Iran (A Qualitative & Quantitative Study). *Human Geography Research*. 2021; 53(3): 1015-1034. [In Persian]
- 50- Kiakojuri H, Nasimi M, Taghi Pourian M, Ghanbarzadeh Q. Provide a competitive advantage model for the health tourism business in post-Corona by using meta-combination technique. *Journal of International Business Administration*. 2021; 3(4): 45-66.
- 51- Dehghan R, Reshadatjoo H, Talebi K, Dargahi H. Iran Health Tourism' Strategic Analysis in Corona Situation. *Payavard*. 2021; 14 (6): 519-534. [In Persian]
- 52- Shaarbafchi Zadeh N, Niaraees Zavare A. S, Najafi Shahkoochi A, Madahian B. The Readiness of Single-Specialty Hospitals in Isfahan to Attract Medical Tourists. *Health-Based Research*. 2018; 4(3): 301-315. [In Persian]
- 53- Mirani N, Assadzadeh A. The Investigating the Role of Institutional Quality on Development of Medical Tourism Industry in Iran: Gravitational Search Algorithm and Firefly Algorithm. *Quarterly Journal of Applied Theories of Economics*. 2019; 5(4): 1-30. [In Persian]
- 54- Saraei M. H, Afsharipoor M. Evaluation of Medical Tourism Structure Based on Porter's Diamond Model in Mashhad Metropolis. *Urban tourism*. 2018; 5(3): 117-130.
- 55- Ranjnush R, Zarghame Burujeni H, Hamidi N. Segmentation of Iran's medical tourism businesses from the perspective of foreign patients. *Tourism planning and development*. 2016; 5(18): 54-72. [In Persian]
- 56- Gholami M, Jabbari A, Kavosi Z, Chamanpara P. An Assessment of the Attitudes of Medical Tourists toward the Quality of the Services Delivered by Hospitals in Shiraz, Iran, Using the SERVQUAL Model. *Health Information Management*. 2016; 13(2): 145-152. [In Persian]