

شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت (مطالعه موردی: کلان‌شهر تبریز)

حامد سلیمانی مصطفی‌چایی^۱، علی پناهی^{۲*} و ابراهیم تقوی^۳

۱. دانشجوی دکتری شهرسازی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

۲. دانشیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳. استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

* نویسنده مسئول: Email: panahi@iaut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۰۶ مهر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۳ آذر ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: کلان‌شهر تبریز در حوزه‌ی گردشگری و به‌ویژه گردشگری سلامت دارای پتانسیل‌های بالقوه‌ای می‌باشد که متأسفانه عدم برنامه‌ریزی و مدیریت مناسب در این حوزه عدم توسعه‌ی آن را موجب گردیده است. از طرفی در سالیان اخیر با شیوع همه‌گیری کرونا، شوک بزرگی به صنعت گردشگری وارد شده و این صنعت با کاهش درآمد و در خطر قرار گرفتن تعداد زیادی از مشاغل مرتبط با گردشگری مواجه گردیده است. بنابراین، نیاز است تا با شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری، مقدمات توسعه‌ی آن را فراهم نمود.

هدف: هدف از تحقیق حاضر شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز می‌باشد.

روش‌شناسی: روش تحقیق در مطالعه‌ی حاضر آمیخته (ترکیبی از روش‌های کمی-کیفی) با ماهیت تحلیلی و اکتشافی است. بدین منظور ابتدا با استفاده از روش اسنادی و مصاحبه با مدیران و نخبگان حوزه‌ی گردشگری، مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت شناسایی و سپس با بهره‌گیری از روش دلفی (۳۰ نفر از نخبگان و مدیران شهری حوزه‌ی گردشگری) و کاربست تکنیک تحلیل اثرات متقاطع در نرم‌افزار میک‌مک، تجزیه و تحلیل اطلاعات با رویکرد آینده‌پژوهی صورت گرفته است.

قلمرو جغرافیایی: تبریز، مرکز استان آذربایجان شرقی یکی از شهرهای بزرگ ایران است. این شهر بزرگ‌ترین شهر منطقه‌ی شمال غرب کشور بوده و قطب اداری، ارتباطی، بازرگانی، سیاسی، صنعتی، فرهنگی و ... این منطقه شناخته می‌شود. تبریز، در منطقه‌ای به وسعت ۱۵۰ کیلومتر مربع گسترده شده است.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بیشترین اثرگذاری بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز مربوط به متغیرهای تحقق مدیریت فناوری اطلاعات در سازمان‌های متولی امور گردشگری و تأکید بر دانش‌محوری و مدیریت دانش‌بنیان، وجود هماهنگی میان مراکز اخذ تصمیم‌های کلیدی و اساسی سازمانی و بین‌سازمانی و بهره‌مندی از افراد با صلاحیت دانشی در ارگان‌های مسئول در راستای تحقق اثربخش و کارای برنامه‌ها و طرح‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که با توجه به وضعیت موجود و کمبود مؤلفه‌های کلیدی و استراتژیک تأثیرگذار در راستای توسعه‌ی سیستم، آینده‌ی مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز ناپایدار خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: گردشگری، مدیریت گردشگری، گردشگری سلامت، کلان‌شهر تبریز.

مقدمه

در عصر حاضر، صنعت گردشگری به عنوان یکی از پردرآمدترین صنایع جهان، نقشی مهم در اقتصاد جهانی (Peptenatu, 2015) و رشد و توسعه اقتصادی کشورها داشته است (Comerio & Strozzi, 2019). از این رو این صنعت عامل مهمی در توسعه اقتصاد ملی و محلی در سراسر جهان به حساب می آید (جوان و برزگر، ۱۴۰۳). گردشگری می تواند بالاترین میزان ارزش افزوده را در جوامع محلی ایجاد کند (جوان، ۱۴۰۰). با توجه به اثرات مستقیم و غیرمستقیم مثبت گسترش و توسعه این صنعت بر اقتصاد و رفاه جوامع (Tang & Tan, 2015; Tugcu, 2014, 208)، کشورهای مختلف به دنبال راهکارهایی برای توسعه گردشگری در ابعاد و گونه های مختلف آن می باشند (Ma & Hassink, 2013; Matarrita-Cascante, 2010); به ویژه کشورهایی که اقتصادی ضعیف و در حال گذار دارند، تمرکز بیشتری بر توسعه این صنعت به عنوان راهکاری برای رشد و توسعه و همچنین ارزآوری می نمایند (Holzner, 2011). در این بین یکی از انواع مهم گردشگری که در سال های اخیر تعداد زیادی از آمار گردشگران را به خود اختصاص داده است گردشگری سلامت می باشد (Harahsheh, 2002). با توجه به اهمیت این نوع از گردشگری، امروزه شناسایی عوامل تأثیرگذار بر توسعه گردشگری سلامت و در راستای آن توسعه اقتصادی محلی اهمیت ویژه ای یافته است (Nikezic, 2012); چنانچه در سراسر جهان، مطالعات مختلف، نقش و تأثیر گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی محلی را مورد تأیید قرار داده اند (Kapczyński & Szromek, 2008; Griffin & Stacey, 2011). همچنین با توجه به همراهی افراد سالم با بیماران در گردشگری سلامت، چشم انداز بزرگتری برای توسعه این نوع گردشگری در اقتصاد جهانی و محلی وجود دارد (Hofer, Honegger & Hubeli, 2012). که توسعه گردشگری سلامت را از طریق ارتقاء برنامه های گردشگری در ابعاد مختلف و مدیریت استراتژیک ارج می دهد. در این راستا، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در توسعه گردشگری در هر منطقه، چگونگی مدیریت فعالیتهای مرتبط با آن است (Excelltur, 2017). براساس گزارش سازمان جهانی گردشگری، ایران در ردیف ده کشور برتر دنیا قرار دارد اما به لحاظ تعداد و گردش مالی بسیار ناچیز است (جوان و همکاران، ۱۴۰۳). بدین صورت که بحث مدیریت، بخش مهم در برنامه ریزی و به عنوان پایه و اساس کارها است که عمل هدایت و کنترل یک کار یا سازمان می باشد (حیدری چپانه، ۱۳۹۳). بنابراین، ارتقاء سطح کیفیت زندگی و تجربه گردشگری، نیازمند یک نظام مدیریتی قوی در زمینه بهره وری گردشگری و چهارچوب عرضه و تقاضا با تأکید بر توسعه پایدار بوده (پاپلی یزدی و سقایی، ۱۳۹۳) و مدیریت گردشگری بایستی با تحریک و افزایش ارزش مقاصد گردشگری از طریق ابتکارات خلاقانه، خود را از سایر مقاصد متمایز کرده و توسعه گردشگری را موجب گردد (Richards, 2020).

با توجه به اهمیت توسعه گردشگری در رشد و توسعه اقتصادی جوامع و نقش مهم مدیریت گردشگری در این زمینه، هدف از تحقیق حاضر شناسایی مؤلفه های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه گردشگری سلامت در کلان شهر تبریز می باشد. متأسفانه در کلان شهر تبریز رویکرد مدیریتی در راستای توسعه گردشگری دارای کاستی های اساسی در ابعاد مختلف همچون عدم مشارکت پذیری، عدم شفافیت در طرح ها و برنامه ها، عدم تفرق های عملکردی و همچنین عدم ظرفیتهای نهادی و دانش محوری بوده است. در این راستا، با توجه به این موضوع که تبریز با دارا بودن آب و هوای خوش و مناظر مطلوب، چشمه های آب گرم و کوهستان های مناسب برای کوهنوردی و اسکی (در اطراف شهر) و همچنین بهره مندی از انواع متخصصان پزشکی (با قیمت معقول درمانی برای گردشگران خارجی) و موقعیت استراتژیک مناسب (مجاورت با کشورهای جمهوری خودمختار نخجوان، ارمنستان و نزدیکی به کشورهای ترکیه و عراق) با مدیریت و برنامه ریزی مناسب می تواند به یک نمونه ملی و بین المللی در حوزه گردشگری و علی الخصوص گردشگری سلامت دست یابد؛ بنابراین بایستی مدیریت استراتژیک به منظور توسعه صنعت گردشگری و به ویژه گردشگری سلامت فراهم گردد. بدین منظور پاسخ گویی به سؤال های زیر اساس کار می باشد:

- مؤلفه های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه گردشگری سلامت در کلان شهر تبریز کدامند؟

به‌طور کلی می‌توان عنوان کرد که گردشگری محور اساسی بسیاری از مطالعات و پژوهش‌های سال‌های اخیر بوده است. در این راستا، با توجه به ضرورت برنامه‌ریزی این صنعت در گونه‌های مختلف، نوآوری تحقیق حاضر مدیریت و برنامه‌ریزی توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز بوده است. بدین منظور سعی گردیده با دیدگاهی جامع به ارائه‌ی مدلی کاربردی در راستای مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت شهر نائل آییم. در ادامه به مهمترین پژوهش‌های مرتبط با موضوع مورد مطالعه پرداخته می‌شود.

امیری، مینایی و مینائی (۱۳۹۵)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی توانمندی خدمات درمانی و بهداشتی شهر مشهد با رویکرد گردشگری سلامت به این نتایج دست یافته‌اند که دسترسی هتل‌ها به خدمات بهداشتی درمانی و همچنین انطباقی بین پراکنش هتل‌ها و بیمارستان‌ها و توزیع خدمات عمومی در شهر مشهد وجود ندارد. از طرفی محلات شهر مشهد از نظر برخورداری به خدمات بهداشتی درمانی و خدمات عمومی از وضعیت نامناسبی برخوردارند، با این حال محلات امام خمینی، احمدآباد و فاطمیه دارای بیشترین بیمارستان و خدمات عمومی هستند. بنابراین، این موضوع باعث تفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی شده است و این خود یکی از ضعف‌های گردشگری سلامت در شهر مشهد می‌باشد. واعظی، چگین و اصلی‌پور (۱۳۹۷)، در پژوهشی به بررسی چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه‌ی گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که چالش‌های سیاست‌گذاری در این حوزه در چهار بخش چالش‌های اقتصادی، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی، چالش‌های سیاسی و چالش‌های اداری قابل تفکیک است که در این میان برای ارتقاء جایگاه گردشگری توجه به چالش‌های سیاسی و اداری در مرحله‌ی تدوین سیاست‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. اسدی و زادولی خواجه (۱۴۰۰)، در پژوهش خود تحت عنوان ارائه‌ی الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت با رویکرد آینده‌پژوهی در کلان‌شهر تبریز به این نتایج دست یافته‌اند که آینده‌ی توسعه‌ی گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز به شدت تحت تأثیر خصوصی‌سازی خدمات گردشگری سلامت، ایجاد هماهنگی و یکپارچگی بین دستگاه‌های ذیربط در امور گردشگری سلامت و ارزیابی مستمر وضعیت موجود درمانی (پتانسیل‌ها، امکانات و کاستی‌ها) قرار خواهد گرفت. همچنین نتایج ارزیابی پایداری/ناپایداری سیستم و پیشران‌های تأثیرگذار بر توسعه‌ی گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز حاکی از آن است که سیستم و پیشران‌ها ثابت و پایدار بوده و در اکثر معیارها نیاز به ارتقاء و برخی معیارها نیاز به تغییر رویه و برنامه‌ریزی استراتژیک در ابعاد مختلف اجتماعی، ظرفیت‌سازی نهادی-مدیریتی، تدوین قوانین منسجم و خصوصی‌سازی خدمات گردشگری سلامت با حمایت و نظارت ارگان‌های دولتی در راستای دستیابی به توسعه‌ی پایدار گردشگری سلامت احساس می‌گردد. لانگوینین^۱ (۲۰۱۴)، در تحقیقی تغییرات الگوی خدمات‌دهی گردشگری سلامت در لیتوانی را مورد بررسی قرار داده است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که با توجه به توسعه‌ی گردشگری سلامت و ارزآوری این صنعت در لیتوانی، دولت به‌عنوان حامی اصلی، به ارتقاء مراکز گردشگری سلامت پرداخته است. متولی طاهر و پایدار^۲ (۲۰۲۱)، در پژوهشی به طراحی زنجیره‌ی تأمین برای مقابله با بحران همه‌گیری ویروس کرونا از طریق مدیریت گردشگری پرداخته‌اند. در این پژوهش با بررسی شرایط همه‌گیری کرونا تأکید بر توسعه‌ی گردشگری همسو با پیشرفت در حوزه‌ی پزشکی و همچنین گردشگری سلامت بوده است. بیوکوزکان، موکول و کونگار^۳ (۲۰۲۱)، در پژوهشی تحت عنوان انتخاب استراتژی گردشگری سلامت در استانبول از طریق تحلیل SWOT و رویکرد AHP-MABAC به این نتایج دست یافته‌اند که استراتژی‌های یکپارچه و هماهنگ همچون مدیریت سیستمی-ظرفیت‌سازی زیرساخت‌ها و فناوری اطلاعات-آموزش نقش محوری در توسعه‌ی گردشگری سلامت ایفا می‌کنند. ژو و همکاران^۴ (۲۰۲۳)، در تحقیقی به بررسی مدیریت آموزش بین‌المللی با توجه به گردشگری پزشکی و کارآفرینی پایدار

۱- Langvinienė

۲- Motevalli-Taher & Paydar

۳- Buyukozkan, Mukul & Kongar

۴- Xu et al

پرداخته‌اند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که عوامل قیمت، کیفیت، امکانات و فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌طور مستقیم و غیرمستقیم نقش بسزایی در ارتقاء گردشگری پزشکی دارند.

بررسی ادبیات نظری در حوزه‌ی گردشگری و گونه‌ی سلامت آن نشان می‌دهد که امروزه گردشگری در بین سه صنعت اقتصادی اشتغال‌زا قرار دارد (یزدانی زنگنه، خسروی‌پور و غنیان، ۱۳۸۸). به گونه‌ای که از هر شش شغل مهم در دنیا، یکی در ارتباط با صنعت گردشگری بوده و به ازای هر بیست گردشگر یک شغل ایجاد می‌شود (آقاجانی و علیزاده، ۱۳۸۴). همچنین این صنعت به‌عنوان مهم‌ترین عامل عمران ناحیه‌ای، فعالیتی ارزآور و متعادل‌کننده است که موجب توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی گردیده و توزیع عادلانه‌ی درآمد و همچنین سطح اشتغال را به دنبال دارد (تولایی، ۱۳۸۵). با توجه به اهمیت گردشگری در توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و ... جامعه‌ی میزبان، در سال‌های اخیر مدیران و برنامه‌ریزان کشورهای مختلف در سراسر جهان به اندیشه‌ی گسترش و توسعه‌ی گونه‌های مختلف این صنعت بوده‌اند. یکی از مهم‌ترین گونه‌های اصلی و در حال رشد این صنعت در عصر معاصر گردشگری سلامت محسوب می‌شود. گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است، که به منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد (Szymańska, 2012). بر اساس آمار منتشرشده از سوی سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۲، گردش مالی ۱۰۰ میلیارد دلاری را در سطح جهان به خود اختصاص داده است (World Bank, 2015). این نوع گردشگری شامل کلیه‌ی فعالیت‌های مربوط به درمان، اقامت و استفاده از عناصر تعطیلات در مراحل مختلف مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد (Özlem & Songur, 2013; Gençay, 2007). همچنین مفهوم گردشگری سلامت در اکثر تحقیقات آکادمی مترادف با گردشگری پزشکی ارائه شده است (Hall, 2011; Pesonen, Laukkanen & Komppua, 2011)، که زمینه‌های ارائه‌ی خدمات آن بدین شرح می‌باشد: آب گرم‌های درمانی، برنامه‌های مدیریت وزن، اعمال جراحی زیبایی و پلاستیک، اعمال جراحی جایگزینی مفاصل، اعمال جراحی بای-پس شریان قلب، پیوند اعضا، چشم‌پزشکی (عمل لیزیک)، دندان‌پزشکی و کاشت دندان و توان‌بخشی (Kazemi, 2007). به منظور توسعه‌ی گردشگری به‌طور عام و گردشگری سلامت به‌طور خاص نیاز به یک نگرش سیستمی و یکپارچه در ابعاد مختلف مدیریتی، اجتماعی، سیاسی، امنیتی و ... و همچنین برنامه‌ریزی استراتژیک در ابعاد ذکر شده با مشارکت جامعه‌ی ذی‌نفع و ارتقاء ظرفیت‌های موجود احساس می‌شود. همچنین در زمینه‌ی کاهش شدید تقاضای گردشگری می‌توان گفت که آسیب‌پذیری اشتغال گردشگری به شدت در دو موضوع اصلی قابل بحث است؛ (۱) ریسک و قرار گرفتن در معرض بیکاری و کاهش دستمزد و (۲) سختی استخدام مجدد (Hill & Narayan, 2020; Henahan, 2020). از طرفی در این بخش افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر بیشتر در بخش‌های غیررسمی با دستمزد پایین و فاقد قرارداد رسمی حضور دارند (Lekfuangfu, Piyapromdee, Porapakkarm, & Wasi, 2020) و با سطح بالایی از عدم اطمینان اقتصادی روبه‌رو هستند (Belzunegui-Eraso & Erro-Garcés, 2020:2).

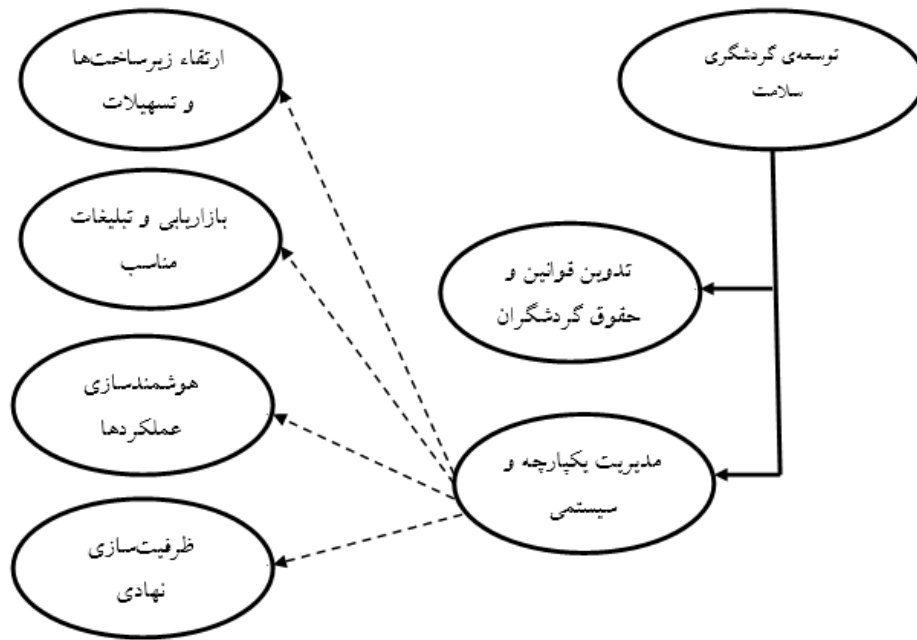
بنابراین نیاز است تا با برنامه‌ریزی استراتژیک برای مستمر بودن ورود گردشگران سلامت به مقاصد گردشگری اقدامات لازم به عمل آید. در این راستا پژوهشگران و صاحب‌نظران عوامل مختلفی را برای تحقق توسعه‌ی گردشگری سلامت بیان داشته‌اند؛ شیباتا^۱ (۲۰۲۰)، بر برنامه‌های آموزشی حرفه‌ای و افزایش عملکردهای مناسب در ابعاد هوشمندسازی تأکید داشته است. همچنین ماندیک و کِنِل^۲ (۲۰۲۱)، مدیریت واحد و یکپارچه، اسدی و زادولی خواجه (۱۴۰۰)، ظرفیت‌های نهادی-مدیریتی و بازاریابی و تبلیغات مناسب، سان و همکاران^۳ (۲۰۲۱)، زیرساخت‌ها و تسهیلات و بن‌عربا و همکاران^۴ (۲۰۲۲)، قوانین و مقررات را از عوامل تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت ذکر کرده‌اند. با توجه به پیشینه‌ی مطالعاتی و همچنین دیدگاه صاحب‌نظران و پژوهشگران مختلف می‌توان مدل مفهومی تحقیق را به شرح شکل شماره ۱ ترسیم نمود.

1 - Shibata

2 - Mandic & Kennell

3 - Sun et al

4 Benaraba et al



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

روش‌شناسی

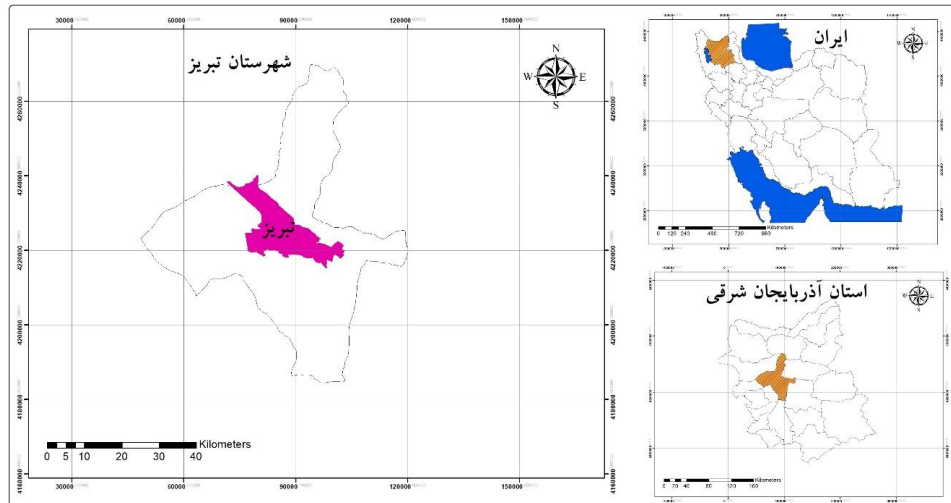
روش تحقیق در مطالعه‌ی حاضر آمیخته (ترکیبی از روش‌های کمی-کیفی) با ماهیت تحلیلی و اکتشافی و رویکرد آینده‌پژوهی است. در این راستا ابتدا با استفاده از روش اسنادی و مصاحبه با مدیران و نخبگان حوزه‌ی گردشگری، مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت شناسایی و سپس با بهره‌گیری از روش دلفی (۳۰ نفر از نخبگان و مدیران شهری حوزه‌ی گردشگری) و کاربست تکنیک تحلیل اثرات متقاطع در نرم‌افزار میک‌مک، تجزیه و تحلیل اطلاعات با رویکرد آینده‌پژوهی صورت گرفته است. قابل ذکر است در چارچوب ماتریس اثرات متقاطع از نمونه‌ی آماری خواسته شده بر مبنای تأثیرگذاری و تأثیرپذیری پیشران‌ها بر یکدیگر (از یکدیگر) امتیازی از صفر تا سه داده شود که در این امتیازدهی، «۰» به منزله‌ی بدون تأثیر، «۱» به منزله‌ی تأثیر ضعیف، «۲» به منزله‌ی تأثیر متوسط و «۳» به منزله‌ی تأثیر زیاد در اثرگذاری مستقیم و غیرمستقیم به صورت بالقوه می‌باشد. در نهایت امتیازهای داده شده در ماتریس متقاطع وارد شده تا در نرم‌افزار میک‌مک به آینده‌پژوهی و تأثیرگذاری و تأثیرپذیری هر کدام از مؤلفه‌ها پرداخته شود.

قابل ذکر است که روش تحلیل تأثیرات متقابل روشی خبره‌محور است که نتایج کمی از آن به دست می‌آید. بنیان اصلی روش تحلیل تأثیرات متقابل بر ماتریس‌های تأثیرات استوار است که به منظور بررسی سیستم و پایداری/ناپایداری آن استفاده می‌شود (Arcade, Godet, Meunier & Roubelat, 1999). همچنین ماتریس تقاطع برای تحلیل ساختاری و سیستمی طراحی شده است که خروجی‌های حاکی از این تحلیل در نرم‌افزار میک‌مک به صورت جداول و نمودارها به درک مناسب روابط سیستم و چگونگی عمل آن در آینده کمک بسزایی می‌کند (ربانی، ۱۳۹۱).

قلمرو جغرافیایی پژوهش

تبریز، مرکز استان آذربایجان شرقی یکی از شهرهای بزرگ ایران است. این شهر بزرگ‌ترین شهر منطقه‌ی شمال غرب کشور بوده و قطب اداری، ارتباطی، بازرگانی، سیاسی، صنعتی، فرهنگی و ... این منطقه شناخته می‌شود. تبریز، در منطقه‌ای به وسعت ۱۵۰ کیلومتر مربع گسترده شده است. این شهر از شمال به کوه عینالی، از غرب به جلگه‌ی تبریز و از جنوب به دامنه‌های کوه سه‌سند محدود شده است. دارای زمستان‌های سرد و سخت و طولانی بوده و به علت وجود

سلسله کوه‌های غربی ایران که چون سدی مانع نفوذ هوای مرطوب مدیترانه به داخل ایران می‌گردد، بارندگی‌ها اکثراً به صورت برف بوده و به طور کلی در این منطقه فصل بهار کوتاه، فصول زمستان و تابستان را از هم جدا می‌سازد.



شکل ۲. نقشه موقعیت جغرافیایی کلان‌شهر تبریز

تبریز دارای انواع جاذبه‌های گردشگری می‌باشد که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. انواع جاذبه‌های گردشگری در کلان‌شهر تبریز

مسجد جامع (مجموعه پنج مسجد بزرگ و تاریخی)، مسجد کبود، مسجد ظهیریه، مسجد اوج گوزلی (سه چشمه)، مقبره الشعرا، مقبره دوکمال، بقعه صاحب‌الامر، کلیسای ارامنه به نام مریم مقدس، مدرسه صادقیه، مدرسه اکبریه و ...	جاذبه‌های مذهبی
مجموعه بازار تبریز، بازار امیر، تیمچه مظفریه، ائل‌گلی (شاه‌گلی سابق)، پل‌های تاریخی بر روی مهران‌رود (پل آجی‌چای، پل سنگی، پل قاری) و کاروانسراهای موجود در شهر	جاذبه‌های شهری
ارگ علیشاه و برج خلعت‌پوشان	جاذبه‌های نظامی
کاخ شهرداری تبریز، بقایای عمارت ربع رشیدی، خانه مشروطیت، خانه امیرنظام گروسی، خانه ادبی شهریار، خانه پروین اعتصامی، باغ‌رباعی، باغ صاحب‌آباد و ...	جاذبه‌های مسکونی
آداب و رسوم، سنت‌ها، مراسم ویژه، آیین‌ها، جشنواره‌های محلی، پوشش‌ها، غذاها، گویش‌ها، زبان‌های محلی، موسیقی بومی و سنتی و سایر عناصر فرهنگی مختص هر ناحیه مانند صنایع دستی	جاذبه‌های ناملموس فرهنگی

برگرفته از: تقوایی و مبارکی (۱۳۸۸)

همچنین کلان‌شهر تبریز علاوه بر داشتن جاذبه‌های طبیعی (ظرفیت‌های مناسب چشمه‌های درمانی، آب درمانی و لجن درمانی)، دارای انواع بیمارستان‌های مجهز (بیمارستان بین‌المللی ولیعصر، بیمارستان امام رضا «کلیه، ریه، غدد»، بیمارستان شهید مدنی «قلب و عروق»، بیمارستان بهبود «داخلی و پوست»، بیمارستان علوی «چشم‌پزشکی» و ...) و متخصصان مختلف پزشکی می‌باشد.

یافته‌ها و بحث

پژوهش حاضر با توجه به اهمیت توسعه گردشگری در راستای توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع، به دنبال شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز می‌باشد. بدین منظور پس از

شناسایی مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز و آینده‌پژوهی وضعیت سیستم، الگویی مناسب به‌منظور برنامه‌ریزی راهبردی توسعه‌ی گردشگری سلامت ارائه گردیده است.

شناسایی شاخص‌های اولیه و تشکیل ماتریس اثرات متقاطع

به‌منظور سنجش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز، شاخص‌های استخراج‌شده در قالب شش مؤلفه‌ی اصلی (مدیریت واحد و یکپارچه، ظرفیت‌های نهادی، زیرساخت‌ها و تسهیلات، بازاریابی و تبلیغات، قوانین و حقوق الزام‌آور و عملکردهای هوشمند) و ۳۳ مؤلفه‌ی فرعی به شرح جدول شماره ۲ می‌باشد.

جدول ۲. مؤلفه‌های تأثیرگذار بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت

مؤلفه	گویه	نماد	منابع
مدیریت واحد و یکپارچه Unit and integrated management	وجود یک کانون رهبری فراسازمانی برای سامان دادن به پراکندگی مدیریت امور گردشگری	UIM1	(Mandic & Kennell, 2021)
	وجود هماهنگی میان مراکز اخذ تصمیم‌های کلیدی و اساسی سازمانی و بین‌سازمانی	UIM2	
	تحقق دیدگاه کل‌نگرانه در مواجهه با مسائل و ابعاد مختلف گردشگری	UIM3	
	وجود نسبیت در پیش‌بینی‌ها و قطعی ندیدن همه‌ی مسائل آتی	UIM4	
	شناخت هدفمند مسائل و انعطاف‌پذیری در برنامه‌ها	UIM5	
ظرفیت‌های نهادی Institutional capacities	بهره‌مندی از تجربه‌ی کشورهای موفق در حوزه‌ی گردشگری با تأکید بر گردشگری سلامت	IC1	(اسدی و زادولی خواجه، ۱۴۰۰)
	بهره‌مندی از رویکردهای متنوع در نظام مدیریت گردشگری	IC2	
	شکل‌گیری، انسجام، هماهنگی و یکپارچگی بین دستگاه‌های ذیربط در امور گردشگری در ابعاد تصمیم‌گیری و اجرا	IC3	
	همراستایی اهداف نهادهای دولتی و خصوصی و خصوصی‌سازی بیشتر خدمات گردشگری	IC4	
	بهره‌مندی از افراد با صلاحیت دانشی در ارگان‌های مسئول در راستای تحقق اثربخش و کارای برنامه‌ها و طرح‌ها	IC5	
	ارتقاء کادر مراکز جاذب گردشگران به ویژه تقویت زبان‌های خارجه (زبان کشورهای هدف)	IC6	
	ارزیابی مستمر وضعیت موجود درمانی (پتانسیل‌ها، امکانات و کاستی‌ها)	IC7	
زیرساخت‌ها و تسهیلات Infrastructure and facilities	طراحی و ساخت مجتمع‌های پیشرفته‌ی گردشگری سلامت همراه با تسهیلات اقامتی مناسب	IF1	(Sun et al., 2021; Constantin Drăghici et al., 2016)
	توسعه‌ی صنایع حمل‌ونقل هوایی، ریلی و ... و همچنین هتل‌داری و مخابرات	IF2	
	بهره‌مندی از مواد مناسب در راستای ضدعفونی کردن مناسب فضاهای گردشگری	IF3	
	اخذ تأییدیه‌ی کمیسیون بین‌المللی مشترک (JCI) توسط بیمارستان‌ها	IF4	
	افزایش تعداد مراکز درمانی و بیمارستان‌های درجه یک دارای مجوز آی‌پی‌دی	IF5	
	ایجاد ارتباط مناسب بین عناصر مختلف گردشگری با عناصر گردشگری سلامت	IF6	
	ایجاد تسهیلات اقامتی مطابق با استانداردهای جهانی و ارائه‌ی تسهیلات مناسب در مواقع بحرانی	IF7	
بازاریابی و تبلیغات Marketing and Advertisement	تبلیغات شایسته در بازار جهانی (بازارهای هدف) با بهره‌گیری از رسانه‌های بین‌المللی در راستای شناساندن کامل پتانسیل‌های گردشگری سلامت و سایر عناصر گردشگری	MA1	(اسدی و زادولی خواجه، ۱۴۰۰)
	ایجاد سازوکاری برای برقراری نمایشگاه‌ها و همایش‌های مرتبط با گردشگری	MA2	

(Benaraba et al., 2021; Griffin & Stacey, 2011)	MA3	سلامت در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی با مشارکت کشورهای همسایه و کشورهای پیش‌رو در عرصه‌ی گردشگری سلامت	قوانین و حقوق الزام‌آور Laws and rights
	LR1	ایجاد وب‌سایت‌های مناسب گردشگری سلامت و دسترسی آسان آن برای بازارهای هدف	
	LR2	تنظیم چارچوب قوانین و مقررات حقوقی مشخصی در ارتباط با گردشگران داخلی و خارجی	
	LR3	قوانین و تدابیر الزام‌آور مناسب در ابعاد مختلف قرنطینه و حمل‌ونقل	
	LR4	ایجاد شرایط مناسب قانونی و حقوقی برای صدور روادید و ویزا برای گردشگران به‌ویژه گردشگران بخش سلامت	
	LR5	عقد تفاهم‌های مناسب بین کشورهای بازار هدف و ایجاد سازوکاری برای پذیرش بیمه‌ی این کشورها	
	SF1	برخورد مناسب با افراد دارای بیماری‌های خاص	
	SF2	هوشمندسازی نحوه‌ی پرداخت هزینه‌های حمل‌ونقل	
	SF3	تأکید بر تحرک هوشمند (کاهش حمل‌ونقل عمومی و بهره‌مندی از پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری)	
	SF4	هوشمندسازی عملکرد درب‌ها و سایر عناصر در مراکز گردشگری	
(Nunes, Ferreira, Govinden & Pereira, 2021; Shibata, 2020)	SF5	به‌کارگیری مصالح نوین با ویژگی آنتی باکتریال در ساخت‌وسازها و مراکز گردشگری سلامت	عملکردهای هوشمند Smart functions
	SF6	تحقق مدیریت فناوری اطلاعات در سازمان‌های متولی امور گردشگری و تأکید بر دانش‌محوری و مدیریت دانش‌بنیان	
		استفاده از ابزار هوشمند در مراکز گردشگری سلامت برای ساماندهی مناسب وضعیت بیماران و گردشگران	

مأخذ: (مطالعات اسنادی نگارندگان، ۱۴۰۲؛ مصاحبه با حجم نمونه، ۱۴۰۲).

پس از شناسایی و طبقه‌بندی شاخص‌های مورد بررسی، ماتریس اولیه $n \times n$ (با توجه به تعداد مؤلفه‌ها 33×33) تشکیل یافته است. پس از تشکیل ماتریس اولیه، از حجم نمونه خواسته شده است تا به امتیازدهی مؤلفه‌های مورد بررسی بپردازند. لذا با توجه به شدت اثرات به متغیرهای مورد بررسی امتیازهایی از ۰ تا ۳ (بر اساس مدل میک‌مک) داده شده است. تحلیل اولیه‌ی داده‌های ماتریس و تأثیرات متقاطع نشان‌دهنده‌ی آن است که با توجه به ابعاد ماتریس، در مجموع ۱۰۸۹ گزینه برای ماتریس وجود دارد که از این تعداد ۳۳ خانه‌ی ماتریس صفر بوده، یعنی عوامل بر همدیگر تأثیر نداشته یا از همدیگر تأثیر نپذیرفته‌اند. از طرف دیگر ۷۳۴ خانه دارای تأثیر ضعیف، ۲۶۰ خانه دارای تأثیر میانه و ۶۲ خانه دارای تأثیر قوی می‌باشند که در مجموع ۱۰۵۶ خانه از خانه‌های ماتریس را به خود اختصاص داده‌اند. درجه‌ی پرشدگی ماتریس ۹۶/۹۶۹ درصد می‌باشد که حاکی از آن است که بیش از ۹۶ درصد از عوامل انتخاب شده بر همدیگر تأثیر داشته‌اند. همچنین می‌توان گفت از مجموع ۱۰۸۹ عدد در ماتریس، ۱۰۵۶ رابطه قابل ارزیابی است. علاوه بر این، ماتریس بر اساس شاخص‌های آماری با دو بار چرخش داده‌ای از مطلوبیت و بهینه‌شدگی ۱۰۰ درصد برخوردار بوده است که این موضوع نیز روایی بالای پرسشنامه و پاسخ‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل اولیه داده‌های ماتریس و آماره‌های آن

ابعاد ماتریس	تعداد تکرار	بدون تأثیر (۰)	تأثیر ضعیف (۱)	تأثیر میانه (۲)	تأثیر قوی (۳)	درجه‌ی پرشدگی
33×33	۲	۳۳	۷۳۴	۲۶۰	۶۲	۹۶/۹۶۹ درصد

ماتریس/اثرات مستقیم و غیرمستقیم

پس از تشکیل ماتریس متقاطع، ماتریس تأثیرات مستقیم^۱ (MDI) بر اساس میانگین‌های حاصل از پرسشنامه‌ها تشکیل می‌شود تا بتوان نتایج حاصل از تأثیرات متقابل، نمودارها و نقشه‌های گرافیکی مرتبط با آن را به دست آورد. در ماتریس متقاطع، جمع اعداد سطرهای هر عامل میزان تأثیرگذاری و جمع ستونی نیز میزان تأثیرپذیری آن عامل از عوامل دیگر را نشان می‌دهد. با یک روش ساده می‌توان دریافت که تأثیر متغیرها و شاخص‌ها با در نظر گرفتن تعداد گروه‌های ارتباطی در ماتریس تشکیل شده، قابل سنجش است. متغیر یا شاخصی که بر تعداد محدودی از متغیرها یا شاخص‌ها تأثیر مستقیم دارد، تأثیرگذاری اندکی نیز در کل سیستم دارد. به این ترتیب، تأثیرپذیری مستقیم یک متغیر یا شاخص را نیز می‌توان با در نظر گرفتن ستون مربوط در ماتریس بررسی کرد. همچنین در ماتریس تأثیرات غیرمستقیم^۲ (MII)، هر یک از شاخص‌ها توسط نرم‌افزار به توان ۲، ۳، ۴، ۵ و ... رسانده و بر این اساس، تأثیرات غیرمستقیم شاخص‌ها سنجیده می‌شود. اثرگذاری و اثرپذیری متغیرها در ماتریس غیرمستقیم همانند ماتریس مستقیم می‌باشد.

جدول ۴. تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر همدیگر

متغیرها	اثرات مستقیم		اثرات غیرمستقیم		متغیرها	اثرات مستقیم		اثرات غیرمستقیم	
	اثرگذاری	اثرپذیری	اثرگذاری	اثرپذیری		اثرگذاری	اثرپذیری	اثرگذاری	اثرپذیری
UIM1	۵۹	۳۳	۱۱۳۵۸۸	۶۳۱۵۸	IF6	۳۶	۴۵	۷۰۰۶۰	۸۵۸۵۹
UIM2	۶۵	۴۱	۱۲۳۴۹۴	۷۸۰۰۲	IF7	۴۰	۴۲	۷۷۷۴۳	۷۹۹۶۱
UIM3	۵۲	۵۵	۹۹۸۸۸	۱۰۳۳۵۵	MA1	۳۸	۴۹	۷۴۸۰۷	۹۳۷۱۲
UIM4	۵۴	۴۸	۱۰۱۵۳۷	۹۱۶۰۴	MA2	۴۵	۴۵	۸۴۷۵۹	۸۶۰۱۷
UIM5	۵۲	۵۳	۹۷۹۲۵	۱۰۱۱۱۰	MA3	۳۷	۴۳	۷۱۶۶۷	۸۱۹۲۰
IC1	۵۴	۴۶	۱۰۰۲۱۳	۸۶۵۸۷	LR1	۳۷	۳۹	۷۰۰۴۸	۷۵۴۹۴
IC2	۵۲	۵۱	۱۰۰۴۵۱	۹۶۶۰۶	LR2	۳۹	۳۹	۷۳۱۴۸	۷۴۹۰۸
IC3	۵۶	۴۷	۱۰۸۵۲۷	۸۹۳۹۸	LR3	۳۷	۴۳	۷۰۴۲۸	۸۲۰۱۷
IC4	۵۵	۴۲	۱۰۴۸۰۹	۸۱۲۳۴	LR4	۳۲	۴۱	۶۱۴۰۹	۷۷۹۳۶
IC5	۶۳	۳۷	۱۱۷۸۰۳	۷۰۱۹۴	LR5	۳۸	۵۰	۷۱۴۹۸	۹۳۵۱۲
IC6	۳۴	۴۱	۶۴۳۹۲	۷۷۹۷۸	SF1	۳۷	۴۶	۷۰۶۱۰	۸۷۴۷۶
IC7	۴۳	۴۴	۸۱۲۸۲	۸۴۴۴۴	SF2	۳۷	۴۸	۶۹۲۵۹	۹۰۶۰۶
IF1	۳۷	۴۶	۶۹۰۳۵	۸۶۷۹۵	SF3	۳۴	۴۱	۶۴۴۲۲	۷۷۸۶۲
IF2	۳۸	۴۸	۷۲۲۶۱	۹۰۶۶۲	SF4	۳۲	۳۷	۶۱۴۰۹	۷۱۴۲۵
IF3	۳۳	۴۷	۶۳۰۰۹	۸۸۴۷۸	SF5	۶۹	۳۷	۱۳۰۹۲۵	۷۰۹۰۸
IF4	۳۶	۴۳	۶۸۲۵۳	۸۱۷۱۰	SF6	۳۶	۳۸	۶۸۷۳۱	۷۱۸۴۹
IF5	۳۳	۳۵	۶۳۰۰۹	۶۷۶۲۲					

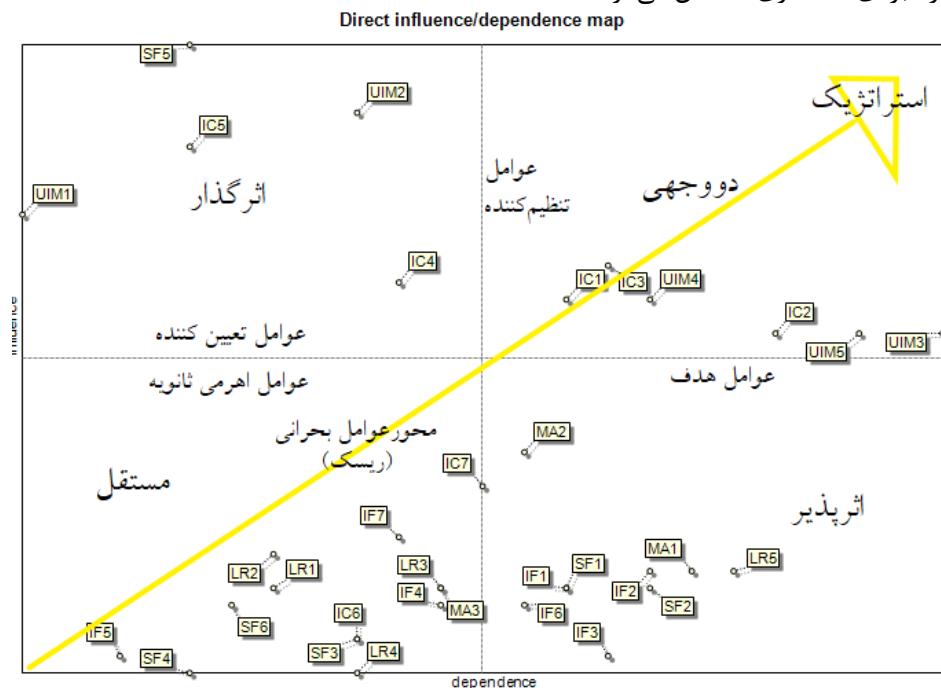
با توجه به نتایج مستخرج از نرم‌افزار میک‌مک در ماتریس تأثیرات، بیشترین اثرگذاری بر مدیریت و توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز مربوط به متغیرهای تحقق مدیریت فناوری اطلاعات در سازمان‌های متولی امور گردشگری و تأکید بر دانش‌محوری و مدیریت دانش‌بنیان، وجود هماهنگی میان مراکز اخذ تصمیم‌های کلیدی و اساسی سازمانی و بین‌سازمانی و بهره‌مندی از افراد با صلاحیت دانشی در ارگان‌های مسئول در راستای تحقق اثربخش و کارای برنامه‌ها و طرح‌ها و بیشترین اثرپذیری نیز مربوط به متغیرهای تحقق دیدگاه کل‌نگرانه در مواجهه با مسائل و ابعاد مختلف گردشگری، شناخت هدفمند مسائل و انعطاف‌پذیری در برنامه‌ها و بهره‌مندی از رویکردهای متنوع در نظام مدیریت گردشگری می‌باشد.

¹ - Matrix of Direct Influences

² - Matrix of Indirect Influences

تحلیل پایداری/ناپایداری سیستم بر اساس پلان اثرگذاری و اثرپذیری مستقیم

پراکنش متغیرها روی پلان اثرگذاری-اثرپذیری نشان‌دهنده‌ی ویژگی کلی سیستم است و بر اساس شکل پراکنندگی متغیرها روی پلان مشخص می‌شود که سیستم پایدار است یا ناپایدار. سیستم‌های ناپایدار با متغیرهایی که هم اثرگذارند و هم اثرپذیر، تحولات شدیدی در آینده خواهند داشت و وضعیت کنونی آنها پایدار نخواهند ماند. در این حالت، پراکنش متغیرها لوزی شکل و از جنوب غربی به شمال شرقی نمودار خواهد بود. اما چنانچه سیستم دارای تعداد زیادی عوامل اثرگذار و در سمت مقابل تعداد زیادی عوامل اثرپذیر باشد و پراکنش متغیرها به شکل L از سمت چپ نمودار ظاهر شود، سیستم پایدار است و شرایط کنونی سیستم در آینده تغییر چندانی نخواهد کرد. با توجه به اینکه تحقیق حاضر در پی شناسایی مؤلفه‌های توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز در عصر پساکرونا می‌باشد و سیستم پراکنش مؤلفه‌ها بصورت U شکل می‌باشد می‌توان گفت وضعیت توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز ناپایدار بوده و ارتقاء وضعیت موجود در اکثر معیارها و همچنین تغییر رویه در برخی اصول و معیارها و به‌صورت کلی برنامه‌ریزی راهبردی-ساختاری احساس می‌گردد.



شکل ۳. پراکنندگی مؤلفه‌ها و جایگاه آن‌ها در محور تأثیرگذاری- تأثیرپذیری ماتریس تأثیرات مستقیم

قرارگیری مؤلفه‌ها در پلان اثرگذاری-اثرپذیری و شناسایی شاخص‌های استراتژیک

بر اساس پلان اثرگذاری-اثرپذیری می‌توان وضعیت هر یک از مؤلفه‌ها را با توجه به موقعیت آن‌ها در سیستم مشخص کرد. شرح قرارگیری مؤلفه‌ها بدین صورت می‌باشد:

مؤلفه‌های تأثیرگذار: شکل پراکنش مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که پنج مؤلفه‌ی وجود یک قانون رهبری فراسازمانی برای سامان دادن به پراکنندگی مدیریت امور گردشگری، وجود هماهنگی میان مراکز اخذ تصمیم‌های کلیدی و اساسی سازمانی و بین‌سازمانی، همراستایی اهداف نهادهای دولتی و خصوصی و خصوصی‌سازی بیشتر خدمات گردشگری، ارتقاء کادر مراکز جاذب گردشگران به ویژه تقویت زبان‌های خارجه (زبان کشورهای هدف) و تحقق مدیریت فناوری اطلاعات در سازمان‌های متولی امور گردشگری و تأکید بر دانش‌محوری و مدیریت دانش‌بنیان تأثیرگذارترین مؤلفه‌ها در سیستم می‌باشند. این مؤلفه‌ها بیشترین تأثیرگذاری و کمترین تأثیرپذیری را داشته و به‌عنوان بحرانی‌ترین مؤلفه‌ها، وضعیت سیستم و تغییرات آن وابسته به آن‌ها است. مؤلفه‌های شناسایی شده متغیرهای ورودی سیستم محسوب

می‌شوند و توسط سیستم قابل کنترل نیستند زیرا خارج از سیستم قرار داشته و به صورت مؤلفه‌های باثبات عمل می‌نمایند.

مؤلفه‌های تأثیرپذیر یا وابسته: مؤلفه‌های تبلیغات شایسته در بازار جهانی (بازارهای هدف) با بهره‌گیری از رسانه‌های بین‌المللی در راستای شناساندن کامل پتانسیل‌های گردشگری سلامت و سایر عناصر گردشگری، ایجاد سازوکاری برای برقراری نمایشگاه‌ها و همایش‌های مرتبط با گردشگری سلامت در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی با مشارکت کشورهای همسایه و کشورهای پیش‌رو در عرصه‌ی گردشگری سلامت، طراحی و ساخت مجتمع‌های پیشرفته‌ی گردشگری سلامت همراه با تسهیلات اقامتی مناسب، توسعه‌ی صنایع حمل‌ونقل هوایی، ریلی و ... و همچنین هتل‌داری و مخابرات، بهره‌مندی از مواد مناسب در راستای ضدعفونی کردن مناسب فضاهای گردشگری، اخذ تأییدیه‌ی کمیسیون بین‌المللی مشترک (JCI) توسط بیمارستان‌ها، هوشمندسازی نحوه‌ی پرداخت هزینه‌های حمل‌ونقل، تأکید بر تحرک هوشمند (کاهش حمل‌ونقل عمومی و بهره‌مندی از پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری) و برخورد مناسب با افراد دارای بیماری‌های خاص با تأثیرگذاری پایین و تأثیرپذیری بسیار بالا مؤلفه‌هایی از سیستم می‌باشند که نسبت به تکامل مؤلفه‌های تأثیرگذار و دوجویی بسیار حساس هستند. این مؤلفه‌ها، مؤلفه‌های خروجی سیستم هستند.

مؤلفه‌های مستقل و مستثنی: مؤلفه‌های بهره‌مندی از تجربه‌ی کشورهای موفق در حوزه‌ی گردشگری با تأکید بر گردشگری سلامت، ایجاد ارتباط مناسب بین عناصر مختلف گردشگری با عناصر گردشگری سلامت، ایجاد تسهیلات اقامتی مطابق با استانداردهای جهانی و ارائه‌ی تسهیلات مناسب در مواقع بحرانی، ایجاد وبسایت‌های مناسب گردشگری سلامت و دسترسی آسان آن برای بازارهای هدف، تنظیم چارچوب قوانین و مقررات حقوقی مشخصی در ارتباط با گردشگران داخلی و خارجی، قوانین و تدابیر الزام‌آور مناسب در ابعاد مختلف قرنطینه و حمل‌ونقل، ایجاد شرایط مناسب قانونی و حقوقی برای صدور روادید و ویزا برای گردشگران به‌ویژه گردشگران بخش سلامت، عقد تفاهم‌های مناسب بین کشورهای بازار هدف و ایجاد سازوکاری برای پذیرش بیمه‌ی این کشورها، هوشمندسازی عملکرد درها و سایر عناصر در مراکز گردشگری، به‌کارگیری مصالح نوین با ویژگی آنتی‌باکتریال در ساخت‌وسازها و مراکز گردشگری و استفاده از ابزار هوشمند در مراکز گردشگری سلامت برای ساماندهی مناسب وضعیت بیماران و گردشگران مؤلفه‌های مستقل سیستم محسوب می‌شوند. این بدان معناست که این مؤلفه‌ها از سایر مؤلفه‌های سیستم تأثیر چندانی نپذیرفته و بر آن‌ها نیز تأثیر کمی داشته یا تأثیری ندارند. آن‌ها ارتباط بسیار کمی با سیستم دارند زیرا نه باعث توقف یک شاخص اصلی و نه باعث تکامل و پیشرفت یک متغیر در سیستم می‌شوند.

مؤلفه‌های اهرمی ثانویه: این نوع مؤلفه‌ها که در سیستم مورد بررسی وجود ندارند، می‌توانند به عنوان مبدأ جهت سنجش و به‌عنوان معیار تأثیرگذار به‌کار روند.

مؤلفه‌های دوجویی: مؤلفه‌های دوجویی در سیستم دارای اثرگذاری و اثرپذیری یکسانی بر سایر مؤلفه‌ها می‌باشند و نقش مؤثری در پایداری سیستم ایفا می‌کنند. در سیستم موجود مؤلفه‌ی دوجویی عبارتند از: تحقق دیدگاه کل‌نگرانه در مواجهه با مسائل و ابعاد مختلف گردشگری، وجود نسبیت در پیش‌بینی‌ها و قطعی ندیدن همه‌ی مسائل آتی، شناخت هدفمند مسائل و انعطاف‌پذیری در برنامه‌ها و بهره‌مندی از رویکردهای متنوع در نظام مدیریت گردشگری.

مؤلفه‌های ریسک (مخاطره): مؤلفه‌های شکل‌گیری، انسجام، هماهنگی و یکپارچگی بین دستگاه‌های ذیربط در امور گردشگری در ابعاد تصمیم‌گیری و اجرا، بهره‌مندی از افراد با صلاحیت دانشی در ارگان‌های مسئول در راستای تحقق اثربخش و کارای برنامه‌ها و طرح‌ها و افزایش تعداد مراکز درمانی و بیمارستان‌های درجه یک دارای مجوز آی‌پی‌دی به‌عنوان مؤلفه‌های بحرانی محسوب می‌گردند که نامناسب بودن آنها سیستم را تحت تأثیر منفی خود قرار داده‌اند.

مؤلفه‌های تنظیمی: مؤلفه‌های تنظیم‌کننده به‌صورت اهرم ثانویه، اهداف ضعیف و یا شاخص ریسک ثانویه عمل می‌نمایند. در سیستم موجود مؤلفه‌ی ارزیابی مستمر وضعیت موجود درمانی (پتانسیل‌ها، امکانات و کاستی‌ها) به‌عنوان مؤلفه‌ی تنظیم‌کننده محسوب می‌گردد.

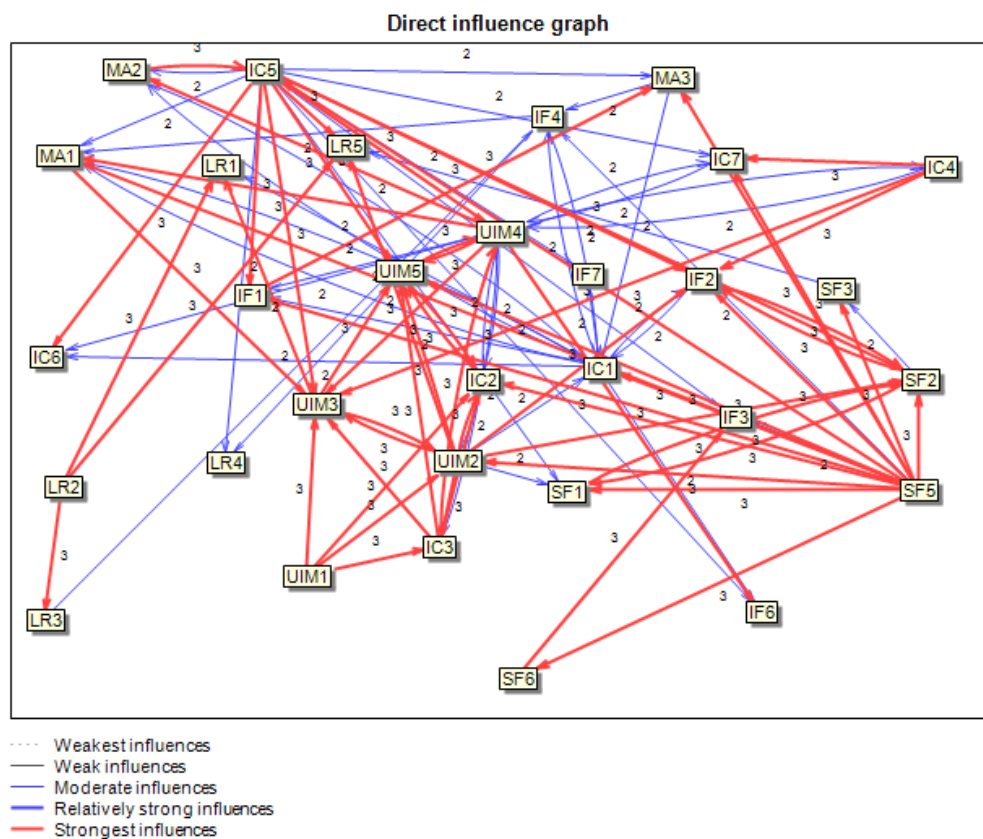
مؤلفه‌های تعیین‌کننده: مؤلفه‌های تعیین‌کننده به صورت مؤلفه‌ی تأثیرگذار ثانویه و تعیین تأثیرگذاری عمل می‌نمایند که در سیستم مورد بررسی وجود ندارند.

مؤلفه‌های هدف: مؤلفه‌ی هدف، به عنوان هدف اصلی در راستای تحقق توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز در سیستم وجود ندارد. در این راستا، دستیابی به اهداف مختلف مدنظر می‌باشد.

مؤلفه‌های استراتژیک: مؤلفه‌هایی هستند مهم، قابل دستکاری و کنترل که بر پویایی و تغییر سیستم تأثیرگذار می‌باشند. با این توصیف مؤلفه‌هایی که تأثیر بسیار بالایی دارند، ولی قابل کنترل نیستند را نمی‌توان متغیر استراتژیک محسوب کرد. ارزیابی صورت گرفته نشان می‌دهد مؤلفه‌ی استراتژیک در سیستم وجود ندارد.

تحلیل گراف اثرگذاری

گراف اثرگذاری نشان‌دهنده‌ی روابط متغیرها و چگونگی اثرگذاری آنها بر همدیگر است. این گراف در قالب خطوط قرمز و آبی نشان داده می‌شود که انتهای هر خط با یک پیکان نشان داده شده و بیانگر جهت اثرگذاری متغیر است. خطوط قرمز نشان‌دهنده‌ی اثرگذاری شدید عوامل بر همدیگر است و خطوط آبی، با تفاوت در ضخامت، روابط متوسط تا ضعیف را نشان می‌دهد.



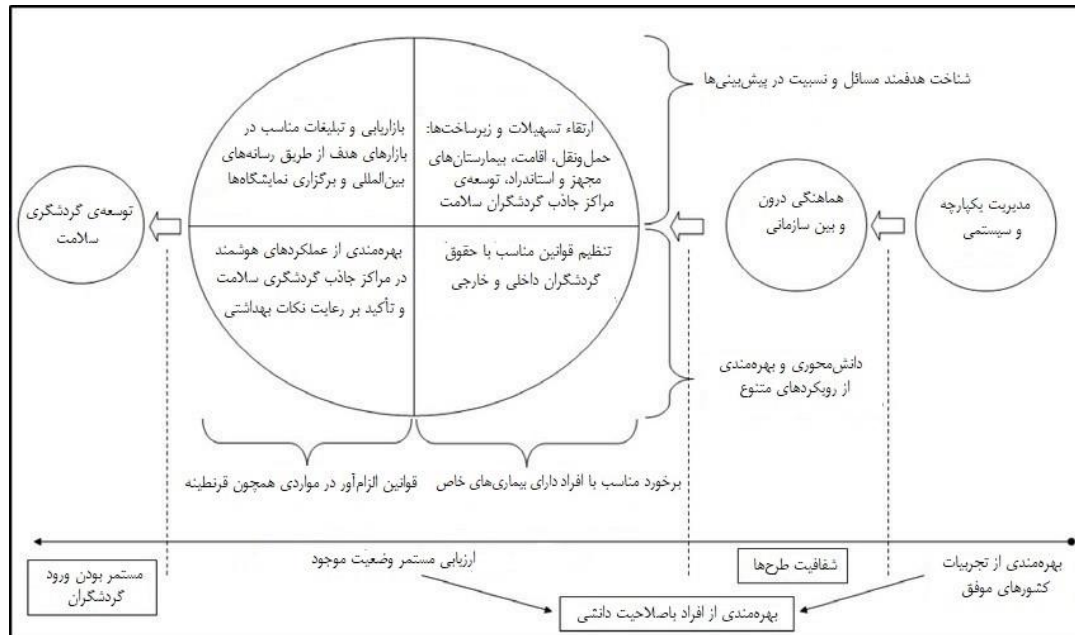
شکل ۴. تأثیرات مستقیم بین مؤلفه‌ها و روابط آنها

وضعیت روابط در گراف اثرگذاری بیان‌گر این است که مؤلفه‌های تأثیرگذار بر تعداد زیادی از مؤلفه‌ها تأثیر ندارند و برعکس مؤلفه‌هایی که از تعداد زیادی مؤلفه تأثیر می‌پذیرند، بسیار می‌باشند. بنابراین می‌توان عنوان کرد که با توجه به وضعیت موجود و کمبود مؤلفه‌های کلیدی و استراتژیک تأثیرگذار در راستای توسعه‌ی سیستم، آینده‌ی توسعه‌ی گردشگری کلان‌شهر تبریز ناپایدار خواهد بود.

ارائه‌ی الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز

در طی چند سال گذشته و به‌ویژه پس از همه‌گیری کرونا مقاصد گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز، کاهش شدید تقاضای گردشگری با توجه به کاهش تعداد مسافران داخلی و بین‌المللی و ضرر ناشی از کاهش ارزآوری را تجربه کرده است. در این راستا نیاز است تا با برنامه‌ریزی استراتژیک و دیدگاه سیستمی مقدمات توسعه‌ی گردشگری فراهم گردد. صاحب‌نظران عوامل متعددی را برای برون رفت گردشگری از بحران و توسعه‌ی آن ذکر کرده‌اند. مولر، وانگ و انگوین^۱ (۲۰۱۸)، عنوان کرده‌اند که صنعت گردشگری بایستی خود را با بحران‌های مختلف وفق داده و سازگار شود. راجرسون^۲ (۲۰۱۵)، اعتقاد دارد که اعطای تسهیلات مناسب برای بازیابی گردشگری بایستی در اولویت قرار گیرد. بر اساس نظر رستگار، هیگنز-دسیبولز و روهانن^۳ (۲۰۲۱)، توزیع عادلانه بسته‌های حمایتی برای انواع مراکز گردشگری بایستی مدنظر قرار گیرد. جوویچیچ^۴ (۲۰۱۹)، بر هوشمندسازی عملکردها در راستای همسو نمودن منافع گردشگران و سایر ذی‌نفعان از طریق فناوری تأکید کرده است. بوئس، بوهایس و اینورسینی^۵ (۲۰۱۵)، نیز بیان داشته‌اند که ابعاد کلیدی همچون هوشمندی برای مقاصد، رهبری، نوآوری و سرمایه‌ی اجتماعی، اعطای نقش ثانویه به فناوری و تأکید بر اهمیت حکمرانی برای توسعه‌ی گردشگری مورد نیاز است. یافته‌های تحقیق حاضر نیز تحقق مدیریت فناوری اطلاعات و تأکید بر دانش‌محوری، وجود هماهنگی سازمانی و میان سازمانی و بهره‌مندی از افراد با صلاحیت دانشی را از عوامل اصلی تحقق توسعه‌ی گردشگری ذکر کرده است.

بر مبنای دیدگاه صاحب‌نظران و همچنین یافته‌های تحقیق می‌توان عنوان کرد که تحقق گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز در وهله‌ی اول ناشی از تحقق حکمروایی و مدیریت یکپارچه و ارتقاء ظرفیت‌های نهادی-سازمانی می‌باشد. در مراحل بعد تدوین قوانین مناسب، ارتقاء زیرساخت‌ها و تسهیلات و بازاریابی و تبلیغات بایستی مدنظر قرار گیرد. در نهایت نیز بایستی هوشمندسازی عملکردها، بهره‌مندی از اصول بهداشتی-درمانی مناسب و همچنین رفتار و شرایط مناسب با افراد دارای بیماری‌های خاص در برنامه‌ریزی و مدیریت گردشگری گنجانده شود.



شکل ۵. الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز

¹ - Moller, Wang & Nguyen

² - Rogerson

³ - Rastegar, Higgins-Desbiolles & Ruhanen

⁴ - Jovicic

⁵ - Boes, Buhalis & Inversini

نتیجه گیری

متأسفانه در کلان شهر تبریز گردشگری سلامت که یکی از مهمترین گونه های گردشگری این شهر بوده، در راستای دستیابی به توسعه نامطلوب عمل کرده و در سال های اخیر نیز به شدت شاهد کاهش گردشگران در این حوزه می باشیم. به طور کلی بررسی های به عمل آمده در کلان شهر تبریز حاکی از آن است که علی رغم وجود پتانسیل ها و امکانات موجود در راستای توسعه گردشگری سلامت، عدم بهره مندی از تجارب موفق ملی و بین المللی، عدم شکل گیری هماهنگی و یکپارچگی بین دستگاه های ذیربط در امور گردشگری سلامت و سایر حوزه های گردشگری و ارگان های اداره کننده شهر و همچنین تأکید بر اهداف آرمانگرایانه شاهد تنزل تدریجی نقش و جایگاه کلان شهر تبریز در حوزه گردشگری سلامت خواهیم بود. همچنین در تلاطم جهانی شدن و توسعه جهانی و شکل گیری انواع تحریم ها علیه ایران، تنزل جایگاه نسبی ایران در منطقه و کاهش روابط سیاسی با سایر کشورها و شکل گیری موانعی از جمله مقررات بروکراتیک و اقامت، همه گیری شیوع اپیدمی کرونا (عدم ارائه برنامه ریزی هدفمند در کنترل این ویروس) و موارد متعدد دیگر، ثبات گردشگری سلامت (به ویژه در سطح استان، ملی و برخی موارد همسایگان شمالی همچون کشور آذربایجان) و در برخی موارد زوال نسبی این حوزه گردشگری را به دنبال خواهد داشت. بنابراین ضروری است با تأکید بر ارزیابی مستمر وضعیت موجود درمانی، هماهنگی و یکپارچگی در بین دستگاه های ذیربط در امور گردشگری و شهر به ویژه محورهای گردشگری سلامت، خصوصی سازی، تسهیل و تسریع در فرایند صدور روادید برای گردشگران سلامت به ویژه گردشگران بازارهای هدف (کشورهای اسلامی)، ایجاد تسهیلات اقامتی مطابق با استانداردهای جهانی و ارائه تسهیلات مطابق با ملیت و فرهنگ بیماران و تنظیم چارچوب قوانین و مقررات حقوقی مشخص و منعطف در ارتباط با گردشگران داخلی و خارجی، موجبات توسعه گردشگری سلامت را با توجه به وضعیت موجود و آینده های ممکن فراهم ساخت. از طرفی بایستی با تأکید بر هوشمندسازی عملکردها و نکات درمانی- بهداشتی مناسب از تأثیرات بیش از اندازه ی بحران هایی همچون پاندمی کرونا جلوگیری به عمل آید.

با توجه به نتایج حاصله پیشنهادهای زیر می تواند در راستای توسعه گردشگری سلامت کلان شهر تبریز تأثیرگذار باشد:

- سیاست گذاری و تدوین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت در زمینه ی جذب و درمان بیمارها در ابعاد ملی و بین المللی از طریق بازاریابی و تبلیغات مناسب در بازارهای هدف؛
- بهره گیری از افراد باصلاحیت دانشی و برگزاری دوره های آموزشی در زمینه گردشگری سلامت برای واحدهای تابعه؛
- ارزیابی اولیه و معرفی مراکز درمانی به منظور صدور و تمدید مجوز و ارزیابی مستمر امکانات و محدودیت ها پس از آن؛
- ارزیابی مناسب از امکانات و محدودیت های سایر مراکز گردشگری سلامت (محیط طبیعی و ...)
- تدوین قوانین و آیین نامه های مربوط به حوزه گردشگری سلامت و ابلاغ آنها به مراکز درمانی؛
- همراستا نمودن اهداف گردشگری سلامت با سایر بخش ها و عناصر گردشگری؛
- اعطای تسهیلات مناسب به بیمارستان های دارای مجوز IPD؛
- ایجاد وبسایت و سامانه ی مرکزی و نظارت بر حسن ثبت اطلاعات در قسمت تورسیم درمانی با توجه به بازدهی های موردی (کنترل و نظارت و راستی آزمایی)؛ و
- ارتقاء ظرفیت های درمانی، بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی.

سیاسگذاری

مقاله ی حاضر مستخرج از رساله ی دکتری تحت عنوان برنامه ریزی راهبردی-ساختاری توسعه گردشگری (بسترها و زمینه های توسعه گردشگری سلامت در کلان شهر تبریز) با همکاری نویسندگان می باشد.

منابع

- اسدی، احمد؛ زادولی خواجه، شاهرخ. (۱۴۰۰). *ارائه الگوی توسعه گردشگری سلامت با رویکرد آینده‌پژوهی در کلان‌شهر تبریز*. قائن: دانشگاه بزرگمهر قائنات (طرح پژوهشی).
- امیری، جواد؛ مینایی، مسعود؛ مینائی، فواد. (۱۳۹۵). بررسی توانمندی خدمات درمانی و بهداشتی شهر مشهد با رویکرد گردشگری سلامت. *میراث و گردشگری*، ۱(۴)، ۱۳۷-۱۲۱.
- آقاجانی، حسنعلی؛ علیزاده، رمضان. (۱۳۸۴). ارائه مدلی به‌منظور ایجاد همکاری‌های بین سازمانی میان سازمان‌های متولی و مرتبط با صنعت توریسم در استان مازندران. *مجموعه مقالات اولین همایش سراسری نقش صنعت گردشگری در توسعه مازندران*. تهران: نشر رنسانس.
- پاپلی یزدی، محمدحسین؛ سقایی، مهدی. (۱۳۹۳). *گردشگری ماهیت و مفاهیم*. تهران: انتشارات سمت.
- تقوایی، مسعود؛ مبارکی، امید. (۱۳۸۸). بررسی و تحلیل فضاهای توریستی شهر تبریز به‌منظور برنامه‌ریزی توریسم در آن. *جغرافیا و برنامه‌ریزی*، ۱۵(۳۳)، ۸۲-۵۹.
- تولایی، سیمین. (۱۳۸۵). *مروری بر صنعت گردشگری*. تهران: نشر دانشگاه تربیت معلم.
- جوان، فرهاد و برزگر، صادق. (۱۴۰۳). تبیین پیشران‌های کلیدی مؤثر بر تحقق‌پذیری گردشگری جامعه‌محور در توسعه روستاهای پیراشهری کلانشهر رشت. *توسعه فضاهای پیراشهری*، ۶(۴)، ۳۷-۵۴.
- جوان، فرهاد. (۱۴۰۰). تبیین نظام توزیع منافع گردشگری در ناحیه روستایی رضوانشهر. *روستا و توسعه پایدار فضا*، ۲(۲)، ۶۹-۹۴.
- جوان، فرهاد؛ حسونند، علی و عارف نژاد، محسن. (۱۴۰۳). شناسایی تأثیرگذارترین و تأثیرپذیرترین عوامل توسعه گردشگری روستایی در راستای اقتصاد پایدار. *پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی*، ۵(۱۵)، ۸۴-۹۸.
- حیدری چیا، رحیم. (۱۳۹۳). *مبانی برنامه‌ریزی صنعت گردشگری*. تهران: انتشارات سمت.
- ربانی، طاه. (۱۳۹۱). کاربرد رویکرد آینده‌پژوهی و تفکر راهبردی در برنامه‌ریزی توسعه شهری. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری. استاد راهنما: کرامت‌الله زیاری. دانشکده‌ی جغرافیا، دانشگاه تهران.
- واعظی، رضا؛ چگین، میثم؛ اصلی‌پور، حسین. (۱۳۹۷). چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه گردشگری سلامت ایران مبتنی بر رویکرد تحلیل مضمون. *مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۳(۴۱)، ۴۰-۱.
- یزدانی زنگنه، مریم؛ خسروی‌پور، بهمن؛ غنیان، منصور. (۱۳۸۸). راهبردهای توسعه پایدار اشتغال در بخش گردشگری روستایی. *ماهنامه کار و جامعه*، ۱۰۹، ۱۰۱-۱۰۸.
- Arcade, J., Godet, M., Meunier, F., & Roubelat, F. (1999). *Structural analysis with the MICMAC method & Actor's strategy with MACTOR method, Futures Research Methodology*. American Council for the United Nations University: The Millennium Project (1999).
- Belzunegui-Eraso, A., & Erro-Garcés, A. (2020). Teleworking in the context of the Covid-19 crisis. *Sustainability*, 12(9), 3662.
- Benaraba, C.M.D., Bulaon, N.J.B., Escosio, S.M.D. Narvaez, A.H.G., Suinan, A.N.A., & Roma, M.N. (2022). A Comparative Analysis on the Career Perceptions of Tourism Management Students before and during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport & Tourism Education*, 30, 1-15.
- Boes, K., Buhalis, D., & Inversini, A. (2015). *Conceptualising smart tourism destination dimensions*. In Information and communication technologies in tourism 2015 (pp. 391-403). Cham: Springer.
- Buyukozkan, G., Mukul, E., & Kongar, E. (2021). Health tourism strategy selection via SWOT analysis and integrated hesitant fuzzy linguistic AHP-MABAC approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 74, 1-11.
- Comerio, N., & Strozzi, F. (2019). Tourism and its economic impact: A literature review using bibliometric tools. *Tourism Economics*, 25(1), 109-131.
- Constantin Drăghici, C., Diaconu, D., Teodorescu, C., Pintilii, R.D., & Ciobotaru, A.M. (2016). Health Tourism Contribution to the Structural Dynamics of the Territorial Systems with Tourism Functionality. *Procedia Environmental Sciences*, 32, 386-393.
- Exceltur. (2017). 2016 URBANTUR. Monitor de Competitividad Turística de los destinos urbanos españoles (Monitor of Tourist Competitiveness of Spanish urban destinations). <http://www.exceltur.org/wp-content/uploads/2017/05/URBANTUR-2016-240516-documento.pdf>, Accessed date: 13 June 2017.

- Gençay, C. (2007). *Sağlık Turizmi=Health Tourism, Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü=Tourism Sector to Achieve Sustainable Competitive Advantage*. Bulu, M., and İ.H. Eraslan, İ.H. (Ed.). Kazancı Hukuk Yayınevi, İstanbul.
- Griffin, K., & Stacey, J. (2011). Towards a 'tourism for all' policy for Ireland: achieving real sustainability in Irish tourism. *Current Issues in Tourism*, 14(5), 431-444.
- Hall, C.M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66, 4-15.
- Harahsheh, S. (2002). *Curative tourism in Jordan and its potential development*. [Thesis]. Bournemouth: Bournemouth University; 2002.
- Henehan, K. (2020). Class of 2020: Education leavers in the current crisis. <https://www.bbc.com/news/uk-52555978>.
- Hill, R.V., & Narayan, A. (2020). *Covid-19 and inequality: a review of the evidence on likely impact and policy options*. Centre for Disaster Protection, UNDRR.
- Hofer, S., Honegger, F., & Hubeli, J. (2012). Health tourism: definition focused on the Swiss market and conceptualisation of health(i)ness. *Journal of Health Organization and Management*, 26, 60-80.
- Holzner, M. (2011). Tourism and economic development: The beach disease? *Tourism Management*, 32, 922-933.
- Jovicic, D.Z. (2019). From the traditional understanding of tourism destination to the smart tourism destination. *Current Issues in Tourism*, 22(3), 276-282.
- Kapczyński A., & Szromek AR. (2008). Hypotheses concerning the development of Polish spas in the years 1949-2006. *Tourism Management*, 29(5), 1035-1037.
- Kazemi, Z. (2007). *Study of the Effective Factors for Attracting Medical Tourism in Iran*. Master's Thesis, Lulea University of Technology, 1-115.
- Langvinienė, N. (2014). Changing Patterns in the Health Tourism Services Sector in Lithuania. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 156, 310-316.
- Lekfuangfu, W.N., Piyapromdee, S., Porapakkarm, P., & Wasi, N. (2020). On Covid-19: New implications of job task requirements and spouse's occupational sorting. *COVID Economics*, 12, 87-103.
- Møller, C., Wang, J., & Nguyen, H.T. (2018). #Strongerthanwinston: Tourism and crisis communication through Facebook following tropical cyclones in Fiji. *Tourism Management*, 69, 272-284.
- Ma, M., & Hassink, R. (2013). An evolutionary perspective on tourism area development. *Annals of Tourism Research*, 41, 89-109.
- Mandic, A., & Kennell, J. (2021). Smart governance for heritage tourism destinations: Contextual factors and destination management organization perspectives. *Tourism Management Perspectives*, 39, 1-14.
- Matarrita-Cascante, D. (2010). Changing communities, community satisfaction, and quality of life: A view of multiple perceived indicators. *Social Indicators Research*, 98(1), 105-127.
- Motevalli-Taher, F., & Paydar, M.M. (2021). Supply chain design to tackle coronavirus pandemic crisis by tourism management. *Applied Soft Computing Journal*, 104, 1-8.
- Nikezic S., Djordjevic, M., & Bataveljic, D. (2012). Improvement of spa tourism in the Republic of Serbia as a pattern of positive impact on ecology and regional development. *Technics Technologies Education Management*, 7(2), 920.
- Nunes, S.A.S., Ferreira, F.A.F., Govinden, K., & Pereira, L.F. (2021). "Cities go smart!": A system dynamics-based approach to smart city conceptualization. *Journal of Cleaner Production*, 313, 1-15.
- Özlem, Ö., & Songur, C. (2013). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu=Turkey's Position in the World Health Tourism and Its Economic Dimension. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi=Mehmet Akif Ersoy University. *Journal of Social Sciences Institute*, 4(7), 69-81.
- Peptenatu, D., Draghici, C.C., Papuc, R.M., Diaconu, D.C., & Visan, M. (2015). Modeling the preeminent of the tourism function in the dynamics of the territorial systems with mineral water resources. *Ecology, Economics, Education and Legislation Conference Proceedings*, III: 415-423.
- Pesonen, J., Laukkanen, T., & Komppua, R. (2011). Benefit segmentation of potential wellbeing tourists. *Journal of Vacation Marketing*, 17, 303-314.
- Rastegar, R., Higgins-Desbiolles, F., & Ruhanen, L. (2021). COVID-19 and a justice framework to guide tourism recovery. *Annals of Tourism Research*, 91, 103161.
- Richards, G. (2020). Designing creative places: The role of creative tourism. *Annals of Tourism Research*, 85, 1-13.
- Rogerson, C.M. (2015). The uneven geography of business tourism in South Africa. *South African Geographical Journal*, 97(2), 183-202.
- Shibata, I. (2020). *The distributional impact of recessions- the global financial crisis and the pandemic recession*. International Monetary Fund.

- Sun, Y., Sie, L., Faturay, F., Auwalin, I., Wang, J. (2021). Who are vulnerable in a tourism crisis? A tourism employment vulnerability analysis for the COVID-19 management. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 49, 304-308.
- Szymańska, E. (2012). *Innovative character of health tourism*, In T. Baczko (Ed.), Report of Innovativeness of the Health Sector in Poland in 2012. Warszawa: Instytut Nauk Ekonomicznych Polskiej Akademii Nauk.
- Tang, C., & Tan, E. (2015). Does tourism effectively stimulate Malaysia's economic growth? *Tourism Management*, 46, 158-163.
- Tugcu, C.T. (2014). Tourism and economic growth nexus revisited: A panel causality analysis for the case of the Mediterranean region. *Tourism Management*, 42, 207-212.
- World Bank. (2015). International tourism, receipts. Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.RCPT.CD>. 2015.
- Xu, A., Johari, S.A., Khademolomoom, A.H., Tavakoli Khabaz, M., Umurzoqovich, R.S., Hosseini, S., & Semiromi, D.T. (2023). Investigation of management of international education considering sustainable medical tourism and entrepreneurship. *Heliyon*, 9(1), 1-13.