

Optimal health tourism mechanism with emphasis on retaining medical staff in Isfahan City

Mahsa Rezaie 

Department of Tourism Management, Art University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Zahed Shafie* 

Department of Museum and Tourism, Faculty of Advanced Studies in Art and Entrepreneurship, Art University of Isfahan, Isfahan, Iran

Mohammad Ali Rajaie Rizi 

Department of Museum and Tourism, Faculty of Advanced Studies in Art and Entrepreneurship, Art University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

This study addresses the challenge of unsustainable health tourism development when the logic of the value chain and human resource considerations are neglected, since the additional pressure placed on the medical staff can threaten the quality and continuity of health services. The aim of this study is to explain the optimal mechanism of health tourism with an emphasis on retaining medical staff in Isfahan. The research adopted a qualitative, exploratory approach based on thematic analysis. The sample comprised 58 experts in health, tourism, and migration in Isfahan, selected through purposive sampling until theoretical saturation was reached. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using open coding to extract subthemes and main themes. The findings showed that the optimal mechanism of health tourism with an emphasis on retaining medical staff in Isfahan can be explained through five interconnected main themes, operating within a two-layer dynamic systemic model—an upstream enabling layer and a self-reinforcing operational core—that interact bidirectionally to enhance the health services value chain. Overall, a model was presented in which health human capital is not a

* Corresponding Author: z.shafiei@au.ac.ir

How to Cite: Rezaie, M., Shafie, Z., & Rajaie Rizi, M. (2026). The Role of Health Tourism in Enhancing the Health Services Value Chain with Emphasis on Retaining Healthcare Workforce: A Case Study of Isfahan City, *Tourism Management Studies*,

peripheral input but one of the generative pillars of the health tourism value chain; this model can serve as a basis for policy-making and urban planning for the simultaneous development of health tourism and the retention of healthcare professionals in Isfahan.

Keywords: Health tourism, Value chain, Medical Staff, Migration, Isfahan city.

Introduction

The migration of skilled healthcare professionals represents a serious challenge for Iran's health system, with over half of professionals expressing a strong intention to emigrate, driven by economic, managerial, and occupational-welfare factors. Within the health tourism value chain, medical staff play a central role in patient satisfaction and value retention; their migration risks disrupting this chain and undermining economic development. Isfahan, as a major medical hub with substantial infrastructure and international appeal, offers a key context for this issue. This study aims to explain the optimal mechanism of health tourism with an emphasis on healthcare workforce retention in Isfahan, addressing what components and mechanisms can simultaneously enhance the health services value chain and retain healthcare staff.

Methods

This applied, qualitative study used an exploratory thematic analysis approach. Semi-structured interviews were conducted with 58 experts in health, tourism, and migration in Isfahan, selected via purposive and snowball sampling until theoretical saturation. Data were analyzed using MAXQDA 24. Trustworthiness was ensured following Lincoln and Guba's (1994) criteria, including participant validation, content validity (CVR = 1), inter-coder agreement, and systematic documentation of the analytical process.

Findings

Findings were classified into 5 main themes and 20 subthemes: Development and Retention of Health Human Capital, Infrastructure and Capacity for Health Service Delivery, Integrated Governance of Health Tourism, Market Development and International Linkages, and Social Sustainability and Legitimization. These themes form a two-layer dynamic system: an upstream enabling layer (Governance and Infrastructure) that channels resources toward a self-reinforcing operational core (Human Capital, Market Development, and Social Sustainability), where workforce retention emerges from the simultaneous interaction of all five themes.

Discussion & Conclusions

Health tourism, the value chain, and workforce retention in Isfahan form an interdependent system requiring synchronized governance, infrastructure, and human-resource strategies. Retention emerges as a balance between push factors (economic pressure, burnout, eroded status, limited career growth) and retention mechanisms (incentives, career paths, dignity, standardized work environments), interacting bidirectionally with market development and social legitimacy. The study reframes health tourism development as a two-tiered systemic architecture in which workforce retention is a co-equal pillar alongside market and infrastructure development, with practical recommendations structured across macro, meso, and micro levels.

سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان

گروه مدیریت جهانگردی، دانشگاه هنر اصفهان، اصفهان، ایران

مهسا رضایی 

گروه موزه و گردشگری، دانشگاه هنر اصفهان، اصفهان، ایران

زاهد شفیعی* 

گروه موزه و گردشگری، دانشگاه هنر اصفهان، اصفهان، ایران

محمدعلی رجایی ریزی 

چکیده

پژوهش حاضر در پاسخ به چالش ناپایداری توسعه گردشگری سلامت در صورت غفلت از منطق زنجیره ارزش و ملاحظات منابع انسانی انجام شده است؛ زیرا فشار مضاعف بر نیروی درمان می تواند کیفیت و تداوم خدمات سلامت را تهدید کند. هدف مطالعه، تبیین سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان است. پژوهش با ماهیت کیفی و رویکرد اکتشافی مبتنی بر تحلیل مضمون انجام گرفت. حجم نمونه شامل ۵۸ نفر از خبرگان سلامت، گردشگری و مهاجرت، با روش نمونه گیری هدفمند و معیار رسیدن به اشباع نظری، در شهر اصفهان بودند. یافته ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و با فرایند کدگذاری باز، مضامین فرعی و مضامین اصلی تحلیل گردید. یافته ها نشان داد که سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان، در قالب پنج مضمون اصلی به هم پیوسته قابل تبیین است که در یک الگوی پویای سیستمی دو لایه عمل می کند؛ یکی لایه بالادستی و دیگری هسته عملیاتی خودتقویت کننده، که در تعامل دوسویه با یکدیگر، ارتقای زنجیره ارزش خدمات سلامت را محقق می سازند. در مجموع، الگویی ارائه شد که در آن سرمایه انسانی سلامت، یک نهاد جانبی نیست بلکه یکی از ارکان مولد زنجیره ارزش گردشگری سلامت است؛ این الگو می تواند مبنای سیاست گذاری و برنامه ریزی شهری برای توسعه هم زمان گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان قرار گیرد.

کلیدواژه ها: گردشگری سلامت، زنجیره ارزش، کادر درمان، مهاجرت، شهر اصفهان.

* نویسنده مسئول: z.shafiei@aui.ac.ir

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت جهانگردی دانشگاه هنر اصفهان است.

مقدمه

مهاجرت نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت و درمان، از معضله‌های جدی در امر آموزش و بهره‌برداری از دانش نیروهای علمی در کشور است که پیامدهای متعدد کوتاه‌مدت و بلندمدتی بر بخش سلامت به‌جای می‌گذارد (فلاح حقیقی و همکاران، ۱۴۰۳). تحقیقات نشان می‌دهد که تمایل به مهاجرت در میان سرمایه‌های انسانی حوزه سلامت ایران بسیار بالاست؛ به‌طوری که بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در یک پژوهش میدانی، میل شدید به مهاجرت را ابراز کرده‌اند، حتی تا جایی که حاضر به پذیرش مشاغل غیرتخصصی در خارج از کشور بوده‌اند (رصدخانه مهاجرت ایران، ۱۴۰۱). این روند، که با برنامه‌ریزی و اقدام عملی از سوی بیش از یک‌سوم مشخصان همراه است (صلواتی، ۱۴۰۲)، ریشه در دیدگاه منفی بخش قابل‌توجهی از این افراد نسبت به آینده کشور دارد؛ چرا که بیش از ۷۰ درصد، آینده‌ای نامطلوب را برای ایران پیش‌بینی کرده و شاد زیستن را در خارج از کشور امکان‌پذیرتر می‌دانند (کرمانیان و همکاران، ۱۴۰۲؛ صلواتی، ۱۴۰۲).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، سه دسته از عوامل مرتبط با مسائل اقتصادی، مدیریتی و شغلی رفاهی بر مهاجرت و ماندگاری نیروی انسانی در حوزه سلامت تأثیرگذار است (حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). در این میان، عوامل اقتصادی نظیر عدم تناسب میان درآمد و هزینه‌های زندگی و نابرابری درآمدی، بیشترین نقش را در افزایش انگیزه مهاجرت داشته‌اند (حق‌پرست و همکاران، ۱۴۰۱). وجود روابط ناسالم مدیریتی و ناکارآمدی مدیران بهداشت و درمان نیز به‌عنوان مهم‌ترین عوامل مدیریتی مؤثر بر این پدیده گزارش شده است (کرمانیان و همکاران، ۱۴۰۲)؛ افزون بر این، شرایط آموزشی و کاری بهتر در کشور مقصد و امنیت شغلی پایین در ایران، مهم‌ترین عوامل شغلی-رفاهی مؤثر بر مهاجرت معرفی شده‌اند (شیرازی و پناهی، ۱۴۰۳).

این الگو صرفاً پدیده‌ای داخلی نیست؛ شواهد بین‌المللی نیز نشان می‌دهد مهاجرت کادر درمان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای پردرآمد همچنان روندی روبه‌رشد دارد (Eaton et al., 2023; Chikanda, 2024)، هرچند پیامدهای آن برای نظام سلامت کشورهای مبدأ محل مناقشه است و به‌شدت به زمینه محلی هر کشور وابسته دانسته شده است (Sax dos Santos Gomes et al., 2024).

در چارچوب تحلیل‌های نوین، عملکرد صنعت گردشگری سلامت را می‌توان در قالب «زنجیره ارزش» تبیین کرد که شامل مراحل از بازاریابی و تسهیل سفر درمانی تا ارائه خدمات درمانی، اقامت و پیگیری پس از درمان است (Dubas-Jakobczyk, 2019). کیفیت کل این سیستم به اندازه ضعیف‌ترین حلقه زنجیره سنجیده می‌شود و نیروی انسانی، به‌ویژه کادر درمان، نقشی کلیدی در حفظ ارزش و رضایت بیماران ایفا می‌کند (دلشاد و اسدیان اردکانی، ۱۴۰۲؛ Da Costa-Araujo, 2020)؛ ادعایی که در ابزارهای سنجش رقابت‌پذیری مقاصد گردشگری سلامت بازتاب یافته و کیفیت تسهیلات و خدمات پزشکی، که مستقیماً به کیفیت و پایداری نیروی انسانی درمانی وابسته است، یکی از ارکان اصلی جذابیت یک مقصد معرفی شده است (Fetscherin & Stephano, 2015). از این منظر، مهاجرت نیروهای متخصص می‌تواند موجب گسست در زنجیره ارزش گردشگری سلامت شده و فرصت‌های توسعه اقتصادی را تضعیف کند. از این‌رو، رویکردی توسعه‌محور و فرصت‌نگر به پدیده مهاجرت کادر درمان از طریق پیوند با گردشگری سلامت، به‌جای رویکرد انفعالی و تهدیدمحور، حائز اهمیتی راهبردی برای سیاست‌گذاران است. در این میان، شهر اصفهان به‌مثابه یکی از قطب‌های اصلی درمانی کشور، زمینه‌ای ممتاز برای پژوهش در این حوزه فراهم می‌آورد. در سال‌های اخیر، این استان پیشرفت‌های قابل توجهی هم از حیث امکانات و تجهیزات و هم از نظر نیروی انسانی داشته و در حال حاضر یکی از مراکز مهم درمانی در ایران به‌شمار می‌رود؛ به‌گونه‌ای که رجوع گسترده بیماران از شهرهای مختلف کشور و کشورهای خاورمیانه برای مداوای بیماری‌های جسمی یا انجام اعمال جراحی تخصصی، این جایگاه را به‌خوبی آشکار می‌سازد (نیلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۴). با این حال، تحقق این ظرفیت‌ها در گرو حل چالش نگهداشت کادر درمان است؛ چرا که فقدان برنامه‌ریزی راهبردی برای بهره‌گیری از نیروهای انسانی متخصص و عدم ایجاد زیرساخت‌های لازم برای بهبود «جاذبه سرزمینی»، از حلقه‌های مفقوده در مدیریت این حوزه به‌شمار می‌روند.

بر این اساس، مسئله محوری پژوهش حاضر نه توسعه گردشگری سلامت به‌تنهایی و نه مهاجرت یا نگهداشت کادر درمان به‌تنهایی، بلکه پایداری زنجیره ارزش گردشگری سلامت است؛ زنجیره‌ای که کیفیت آن به اندازه ضعیف‌ترین حلقه‌اش سنجیده می‌شود و کادر درمان، به‌عنوان یکی از حلقه‌های این زنجیره، در صورت مهاجرت یا فرسودگی، می‌تواند این زنجیره را از پایه تضعیف کند. از این‌رو، حکمرانی، زیرساخت، بازار و مشروعیت اجتماعی، در این پژوهش نه مسائل مستقل، بلکه ابعاد مختلف تحقق یا شکست همین یک

مسئله واحدند: آیا زنجیره ارزش گردشگری سلامت شهر اصفهان بدون نگهداشت نیروی انسانی درمانی می‌تواند پایدار بماند؟

پژوهش حاضر با هدف «تبیین سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان»، در پی پاسخ به این پرسش محوری است که «الگوی توسعه گردشگری سلامت که بتواند همزمان موجب ارتقای زنجیره ارزش خدمات سلامت و حفظ کادر درمان شود، دارای چه مؤلفه‌ها و سازوکاری است؟».

برای پاسخ به این پرسش، پژوهش حاضر ابتدا با مرور ادبیات داخلی و بین‌المللی و تبیین مبانی نظری مهاجرت نیروی انسانی سلامت، زمینه تحلیلی لازم را فراهم می‌آورد؛ سپس با تحلیل کیفی مصاحبه‌های میدانی، مضامین اصلی سازوکار بهینه گردشگری سلامت را استخراج و در قالب یک چارچوب مفهومی یکپارچه صورت‌بندی می‌کند؛ و در نهایت، بر مبنای این چارچوب، پیشنهادهای سیاستی و اجرایی متناسب با شرایط شهر اصفهان ارائه می‌دهد.

پیشینه پژوهش

مرور ادبیات موجود نشان می‌دهد که پژوهشگران داخلی و خارجی هریک از زوایای متفاوت به ابعاد مسئله پرداخته‌اند، اما پیوند میان گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان، کمتر مورد توجه بوده است.

پژوهش‌های داخلی در حوزه گردشگری سلامت، عمدتاً بر شناسایی موانع ساختاری و ارائه مدل‌های توسعه‌ای متمرکز بوده‌اند. در یک فراتحلیل جامع، دوازده مانع اصلی توسعه‌نیافتگی گردشگری پزشکی در ایران شناسایی شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به ضعف نظام اداری، تحریم‌های بین‌المللی، تعدد نهادهای تصمیم‌گیر، ناهماهنگی بخش خصوصی و دولتی، ضعف نظام اطلاعاتی، ناکارآمدی قوانین نظارتی، فعالیت‌های غیررسمی، کمبود رقابت‌پذیری، موانع سرمایه‌گذاری و چالش‌های بازاریابی اشاره کرد (گودرزی، ۱۴۰۴). این یافته‌ها نشان می‌دهد که ضعف‌های نهادی و مدیریتی، سدی جدی در برابر تبدیل ظرفیت‌های بالقوه به مزیت رقابتی واقعی هستند.

در حوزه بازاریابی خدمات سلامت، لطفی آشتیانی و همکاران (۱۴۰۲) با بهره‌گیری از نظریه داده‌بنیاد، مدل بازاریابی دیجیتال در گردشگری پزشکی ایران را در قالب شش مؤلفه اصلی شامل عوامل علی، شرایط زمینه‌ای، پدیده محوری، راهبردها، شرایط مداخله‌گر و پیامدها ارائه دادند. یافته‌های آنان حاکی از آن است که بهره‌گیری هدفمند از ابزارهای دیجیتال، مانند رسانه‌های اجتماعی، اپلیکیشن‌ها و تبلیغات برخط، می‌تواند سهم بازار را گسترش داده و رضایت و وفاداری گردشگران سلامت را افزایش دهد. این مطالعه با آنکه نقش فناوری در توسعه گردشگری پزشکی را به‌خوبی تبیین می‌کند، از ارائه تحلیلی درباره ارتباط این مدل با جذب و ماندگاری نیروی انسانی متخصص فاصله می‌گیرد.

در سطح شهر اصفهان به‌عنوان میدان این پژوهش، ابوالحسنی و همکاران (۱۴۰۳) با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، نماگرهای مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی این کلان‌شهر را اولویت‌بندی کردند. یافته‌ها نشان داد که امکانات و تجهیزات، فرهنگ سیاسی و سازمانی، شاخص‌های فناوری اطلاعات، تبلیغات، برنامه‌ریزی، کیفیت خدمات و بیمه به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر توسعه این بخش دارند. پژوهش مذکور تدوین طرح جامع گردشگری پزشکی و تقویت راهبردهای بازاریابی را برای ارتقای سهم اصفهان ضروری دانسته است؛ با این حال، نگهداشت کادر درمان به‌عنوان یک متغیر مستقل در این مدل غایب است، درحالی‌که همین کادر، اصلی‌ترین عامل در تحقق کیفیت خدمات (یعنی مهم‌ترین نماگر شناسایی شده) است.

در حوزه مهاجرت نخبگان، مطالعات راغب و کرمی (۱۴۰۳) نشان می‌دهد که پس از همه‌گیری کرونا، تمایل به مهاجرت نخبگان شدت یافته و در عین حال مشارکت پژوهشی متخصصان در این حوزه کاهش یافته است. این فراترکیب بر تشدید عوامل اقتصادی، بی‌ثباتی مالی، ریسک کشوری و اثرات جهانی شدن به‌عنوان محرک‌های مهاجرت تأکید می‌کند. این یافته‌ها آنگاه اهمیت مضاعفی می‌یابند که در کنار شواهد حوزه گردشگری سلامت قرار گیرند.

پژوهش‌های بین‌المللی نیز چالش‌های مشابهی را از منظرهای تکمیلی بررسی کرده‌اند. تحقیقات لهستانی عوامل مؤثر بر رضایت شغلی و قصد مهاجرت پزشکان را در دو سطح

بیمارستانی و سیستمی دسته‌بندی کرده‌اند؛ در سطح بیمارستان، بر اهمیت روابط بین‌فردی، کاهش وظایف اداری از طریق افزایش کارکنان پشتیبان و فراهم کردن فرصت‌های توسعه شغلی-علمی تأکید شده و شکاف نسلی بین پزشکان جوان و ارشد به‌عنوان یک چالش مستقل مطرح گردیده است؛ در سطح سیستمی نیز سطح دستمزد و نیاز به راهبردهای ملی متناسب با نقش ویژه بیمارستان‌های دانشگاهی مورد توجه قرار گرفته است (Dubas-Jakobczyk et al., 2019). در پژوهشی دیگر، تحلیل داده‌های شورای پزشکی عمومی بریتانیا نشان داده است که از سال ۲۰۱۸ به این سو، بیش از نیمی از ثبت‌نام‌های جدید پزشکان مربوط به متخصصان آموزش‌دیده در خارج از کشور بوده است؛ یافته‌ای که هشدار می‌دهد مهاجرت نخبگان بهداشتی به تضعیف نظام سلامت در کشورهای مبدأ و اتلاف سرمایه‌گذاری‌های آموزشی آن‌ها منجر می‌شود (Eaton et al., 2023). شواهد تکمیلی از زیمبابوه این هشدار را با جزئیات بیشتری تأیید می‌کند: بررسی روند ثبت‌نام پرستاران و پزشکان زیمبابوه‌ای در بریتانیا نشان داده است که هرچند آیین‌نامه جهانی رفتار سازمان جهانی بهداشت (WHO Code) در سال‌های نخست اجرای خود توانست از شدت این مهاجرت بکاهد، اما پس از خروج بریتانیا از برگزیت و همه‌گیری کووید-۱۹ و در پی افزایش تقاضای بریتانیا برای جذب نیروی درمانی، ثبت‌نام این نیروها بار دیگر و با شتاب چشمگیری افزایش یافت؛ روندی که به گفته نویسنده، ریشه در ضعف نظام‌های گزارش‌دهی و پایش بین‌المللی دارد و نشان می‌دهد سازوکارهای داوطلبانه جهانی به‌تنهایی برای مهار مهاجرت کافی نیستند و کشورهای مبدأ باید نگهداشت را در اولویت سیاست‌گذاری داخلی خود قرار دهند (Chikanda, 2024). در همین راستا، پژوهشی با بررسی وضعیت نيجريه، مهاجرت نخبگان را پدیده‌ای مرتبط با ضعف رهبری، شکنندگی اقتصادی و ساختارهای محیطی بازدارنده دانسته و بر ضرورت ایجاد حکمروایی کارآمد، آموزش باکیفیت و حمایت از نوآوری برای مقابله با آن تأکید کرده است (Anetoh & Onwudinjo, 2020).

با این حال، روایت غالب «فرار مغزها»، در برخی مطالعات جدیدتر به چالش کشیده شده است. بررسی دیدگاه ذی‌نفعان سطح بالا در سه کشور کلمبیا، اندونزی و اردن نشان داد که برخلاف تصور رایج، سطح فعلی مهاجرت کادر درمان در این کشورها به‌طور معناداری چالش‌های موجود در دسترسی به نیروی انسانی را تشدید نمی‌کند، چراکه ریشه اصلی کمبود نیرو در مناطق روستایی نه مهاجرت بین‌المللی، بلکه بی‌میلی نیروی درمانی به اشتغال

در این مناطق و تولید مازاد برخی رشته‌ها توسط مؤسسات آموزشی است؛ با این حال، ذی نفعان بر فقدان داده‌های دقیق برای پایش پیامدهای مهاجرت و تحقق واقعی منافع موعود آن، از جمله بازگشت مغزها و منافع اقتصادی حواله‌های ارزی، تردید داشتند و تأکید کردند این منافع بدون سیاست‌گذاری‌های حمایتی داخلی به‌طور خودکار محقق نمی‌شوند (Sax dos Santos Gomes et al., 2024). این یافته نشان می‌دهد ادبیات بین‌المللی درباره پیامدهای مهاجرت کادر درمان اجماع کاملی ندارد و ارزیابی آن به‌شدت به زمینه محلی هر کشور وابسته است.

فراتر از تحلیل چرایی و پیامدهای مهاجرت، بخشی از ادبیات بین‌المللی به‌طور مستقیم به راهکارهای عملی نگهداشت نیروی انسانی سلامت پرداخته است. مروری دامنه‌ای بر ادبیات جهانی نشان داد که در حوزه نگهداشت، راهبردهایی نظیر نوآوری در بهره‌گیری از کارکنان موجود (از طریق تسهیم وظایف و بازآموزی)، بهبود شرایط کاری با تمرکز بر تعادل کار-زندگی و سلامت روان، و مشارکت بخش خصوصی در نظارت حمایتی و متورینگ، از مؤثرترین اقدامات، به‌ویژه در قالب بسته‌های مداخله‌ای ترکیبی شامل مشوق مالی، توسعه حرفه‌ای مستمر و شرایط کاری منعطف، به‌شمار می‌روند. با این حال، موفقیت این راهکارها بدون چشم‌انداز مشترک میان ذی‌نفعان، وضوح در نقش‌ها، و مهم‌تر از همه، اراده سیاسی و سرمایه‌گذاری متناسب با آن، به‌کنشی نمایشی و فاقد اثر ماندگار تقلیل می‌یابد (Tancred et al., 2024).

جمع‌بندی ادبیات بین‌المللی نشان می‌دهد که پیوند میان کیفیت کادر درمان و جایگاه رقابتی مقاصد گردشگری سلامت، ادعایی صرفاً نظری نیست، بلکه در ابزارهای سنجش بین‌المللی نیز بازتاب یافته است. شاخص گردشگری سلامت (Medical Tourism Index)، که کیفیت تسهیلات و خدمات پزشکی را یکی از چهار رکن اصلی جذابیت یک مقصد گردشگری سلامت معرفی می‌کند؛ رکنی که به‌طور مستقیم به کیفیت و پایداری نیروی انسانی درمانی وابسته است (Fetscherin & Stephano, 2015). این یافته نشان می‌دهد نگهداشت کادر درمان نه تنها یک الزام داخلی نظام سلامت، بلکه یکی از پیش‌شرط‌های اساسی ارتقای جایگاه رقابتی مقاصد نظیر اصفهان در بازار جهانی گردشگری سلامت است.

جمع‌بندی مرور ادبیات نشان می‌دهد که پژوهش‌های داخلی عمدتاً یا بر موانع توسعه گردشگری سلامت تمرکز دارند یا بر عوامل مهاجرت نخبگان سلامت، و پژوهش‌های بین‌المللی نیز اغلب یکی از این دو وجه را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند. از این‌رو، چگونگی طراحی سازوکاری که این دو متغیر را به‌صورت همزمان و در پیوند با یکدیگر مدیریت کند، یعنی توسعه گردشگری سلامت در مقام ابزاری برای نگهداشت کادر درمان از یک سو، و کادر درمان ماندگار در مقام شرط لازم برای ارتقای زنجیره ارزش گردشگری سلامت از سوی دیگر، خلأ پژوهشی‌ای است که تحقیقات پیشین، به‌ویژه در سطح کلان‌شهری مانند اصفهان، آن را پُر نکرده‌اند. پژوهش حاضر درصدد پرکردن همین شکاف است.

مبانی نظری

فهم سازوکارهای نگهداشت کادر درمان مستلزم درک نظری از پدیده مهاجرت نیروی انسانی سلامت است؛ نخستین بررسی نظام‌مند درباره مهاجرت در اثر «قوانین مهاجرت» ارائه شد که مهاجرت را نه یک جابه‌جایی تصادفی، بلکه فرایندی دارای الگوها و قوانین مشخص، از جمله وقوع مهاجرت به‌صورت مرحله‌ای، غلبه مهاجرت‌های کوتاه‌مسافت و وجود جریان‌های بازگشتی، معرفی کرد (Ravenstein, 1885 & 1889)؛ این دیدگاه نشان می‌دهد که جابه‌جایی نیروی انسانی سلامت نیز از الگوهای قابل پیش‌بینی پیروی می‌کند و معمولاً از مناطق با فرصت کمتر به سوی مراکز دارای فرصت بیشتر جریان می‌یابد؛ بنابراین در نبود سیاست‌های بازدارنده، فرار مغزها از مراکز درمانی حاشیه‌ای به مراکز مرکزی یا مقاصد بین‌المللی تداوم خواهد یافت.

لی با عنوان «نظریه‌ای درباره مهاجرت» (۱۹۶۶) این ایده را در قالب مدل رانشی-کششی صورت‌بندی کرد؛ مدلی که مهاجرت را حاصل تعامل چهار دسته عامل می‌داند: عوامل رانشی در مبدأ (دستمزد پایین، شرایط کاری نامناسب، فرصت‌های محدود پیشرفت)، عوامل کششی در مقصد (درآمد بالاتر، زیرساخت بهتر، اعتبار حرفه‌ای)، موانع مداخله‌گر (فاصله، هزینه، محدودیت‌های قانونی) و عوامل فردی (سن، تحصیلات، ریسک‌پذیری) (Lee, 1966). این مدل هم‌چنان پرکاربردترین چارچوب در مطالعات فرار مغزهای حوزه سلامت است و به‌طور مستقیم به نگهداشت نیروی انسانی مرتبط می‌شود: سازوکار مطلوب باید

عوامل رانشی محلی را تضعیف و عوامل کششی داخلی را در زنجیره ارزش سلامت تقویت کند.

مطالعات کلاسیک در حوزه سلامت، این چارچوب عام را به موضوع فرار مغزهای پزشکی پیوند زدند. Mejia (1978) نابرابری اقتصادی میان ظرفیت تربیت نیرو و ظرفیت جذب اقتصادی کشورها را مهم‌ترین عامل زیربنایی این پدیده دانست. Pang (2002) با ارائه شواهد جهانی، ابعاد گسترده و نامتقارن این جریان را نشان داد؛ از جمله مهاجرت سالانه هزاران متخصص آفریقایی و وابستگی شدید کشورهای پردرآمد مانند بریتانیا به نیروی متولد خارج. Marchal & Kegels (2003) با نقد گفتمان ساده‌انگارانه «حرک حرفه‌ای» یا «گردش مغزها»، نشان دادند این جریان همچنان عمدتاً یک‌سویه و از کشورهای کمتر توسعه‌یافته به سوی کشورهای صنعتی است. Reynolds & Adams نیز بر ضرورت گذار «از شعار به اقدام مسئولانه» و طراحی راهبردهایی تأکید کردند که هم‌زمان عدم تعادل‌های داخلی (روستایی-شهری) و نابرابری‌های بین‌المللی را هدف قرار دهد. جمع‌بندی این آثار آن است که فرار مغزها صرفاً نتیجه انتخاب فردی نیست، بلکه بازتاب عدم تعادل‌های ساختاری در اقتصاد جهانی و نظام‌های سلامت است که حل آن مستلزم راهکارهای چندجانبه و نظام‌مند است.

مرور جامع Massey et al. (1993) با تلفیق چهار رویکرد نظری (اقتصاد نوکلاسیک، اقتصاد جدید مهاجرت، بازار کار دوگانه و نظام جهانی) سادگی بیش از حد مدل رانشی-کششی را نقد کرد و مفهوم «علیت تجمعی» را معرفی نمود؛ فرایندی که طی آن مهاجرت‌های پیشین، شرایط را به گونه‌ای تغییر می‌دهند که احتمال مهاجرت‌های بعدی افزایش می‌یابد (Massey et al., 1993). این دیدگاه برای پژوهش حاضر اهمیت دارد، زیرا نشان می‌دهد سازوکار پیشنهادی نباید صرفاً بر مشوق‌های اقتصادی متکی باشد؛ چرا که مهاجرت بخشی از پزشکان می‌تواند با افزایش فشار کاری بر نیروهای باقی‌مانده، موج جدیدی از مهاجرت را تسریع کند.

بسط‌های معاصر این نظریه، ابعاد تازه‌ای به بحث نگه‌داشت و بازگشت افزوده‌اند. Mohamed & Abdul-Talib (2020) عوامل مؤثر بر تصمیم بازگشت مهاجران را در سه دسته اقتصادی، روان‌شناختی (تعلق، هویت، خانواده) و موقعیتی (اصلاح سیاست‌ها، بهبود زیرساخت) طبقه‌بندی کردند؛ طبقه‌بندی‌ای که مؤلفه‌های عملی مشخصی برای سازوکار

پیشنهادی این پژوهش، از جمله منافع اقتصادی (افزایش حقوق از محل درآمد گردشگری سلامت)، منافع روان‌شناختی (اعتبار حرفه‌ای ناشی از درمان بیماران بین‌المللی) و بهبودهای موقعیتی (ارتقای حکمرانی بیمارستانی)، فراهم می‌کند. Walton-Roberts (2014) نیز با گذار از رویکرد رانشی-کششی به «اقتصاد سیاسی جهانی» در بستر هند، نشان داد خصوصی‌سازی آموزش سلامت می‌تواند فشارهای عرضه را تشدید کند و اصلاحات ساختاری در تأمین مالی و حکمرانی را ضروری می‌سازد؛ نکته‌ای که هشدار می‌دهد سازوکار شهر اصفهان باید مانع از آن شود که خصوصی‌سازی، استعدادها را به‌جای نگهداشت در نظام سلامت عمومی، به سمت کارآفرینی محدود در گردشگری سلامت سوق دهد.

آنچه این چارچوب عام مهاجرت را به‌طور اختصاصی به موضوع گردشگری سلامت پیوند می‌زند، صورت‌بندی متفاوتی است که Fetscherin & Stephano (2015) ارائه داده‌اند. آنان عوامل مؤثر بر گردشگری سلامت را در دو دسته عوامل رانشی سمت تقاضا (ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سلامتی بیماران متقاضی درمان در خارج از کشور) و عوامل کششی سمت عرضه (تصویر و ثبات کشور مقصد، وضعیت صنعت گردشگری و سلامت، و کیفیت تسهیلات و خدمات پزشکی)، صورت‌بندی می‌کنند. نکته کلیدی در این مدل، برخلاف نظریه‌های کلاسیک که کارکنان سلامت را کنشگر اصلی در حال مهاجرت می‌دانند، این‌بار کیفیت و پایداری همان نیروی انسانی، خود به یکی از مؤلفه‌های اصلی جذابیت مقصد تبدیل می‌شود؛ به‌این‌معنا که شهرت پزشکان و کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط آنان مستقیماً بر جذابیت یک مقصد برای گردشگر سلامت اثر می‌گذارد.

از این رو، میان مهاجرت کادر درمان و گردشگری سلامت رابطه‌ای متقابل و نه یک‌سویه برقرار است: از یک سو، توسعه گردشگری سلامت می‌تواند با ایجاد درآمد افزوده و اعتبار حرفه‌ای، به‌مثابه عامل کششی داخلی از شدت مهاجرت بکاهد؛ از سوی دیگر، تداوم و کیفیت خود این صنعت در گرو نگهداشت همان نیروی انسانی متخصص است، و فرسایش یا مهاجرت کادر با کیفیت می‌تواند جذابیت مقصد را به‌عنوان یک عامل کششی گردشگری سلامت تضعیف کند. این حلقه بازخوردی، دو موضوع اصلی پژوهش حاضر یعنی توسعه گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان را از دو مفهوم مستقل به دو متغیر درهم‌تنیده و متقابلاً اثرگذار تبدیل می‌کند.

بنابراین سازوکار بهینه گردشگری سلامت در شهر اصفهان باید هم‌زمان دو نقش ایفا کند؛ نخست، به‌عنوان عامل کششی داخلی مؤثر بر تصمیم ماندن یا مهاجرت کادر درمان، از طریق تضعیف عوامل رانشی شناخته‌شده در ادبیات کلاسیک و تقویت عوامل کششی اقتصادی، روان‌شناختی و موقعیتی، نقش ایفا کند؛ و دوم، به‌عنوان صنعتی که کیفیت و پایداری آن خود متکی بر نگهداشت همین نیروی انسانی است. این نگاه دوسویه، ضمن پرهیز از تقلیل مسئله به یک رابطه علی ساده، مبنای نظری لازم را برای تبیین سازوکاری فراهم می‌آورد که در آن توسعه گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان، دو رکن به‌هم‌پیوسته یک نظام واحدند.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت کیفی است و با رویکرد اکتشافی و تفسیری، به مطالعه مورد اصفهان پرداخته است و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و با توجه به ماهیت میان‌رشته‌ای پژوهش حاضر، با ۵۸ نفر از مشارکت‌کنندگان از سه گروه متمایز و مکمل شامل (۱) کادر درمانی که سابقه مهاجرت (موقت یا دائم) داشته است و تجربه زیسته آنان از فرایند تصمیم به مهاجرت و بازگشت احتمالی حائز اهمیت بود؛ (۲) کادر درمانی که در حال حاضر بدون سابقه مهاجرت در شهر اصفهان مشغول به فعالیت هستند و دیدگاه آنان به شرایط نگهداشت و انگیزه‌های ماندگاری منعکس‌کننده وضعیت موجود است؛ و (۳) فعالان و متخصصان حوزه گردشگری سلامت که از منظر توسعه این صنعت به موضوع می‌نگرند، و با روش هدف‌مند و شیوه گلوله‌برفی به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته‌است.

معیار ورود مشارکت‌کنندگان در هر یک از این سه گروه، دارا بودن سابقه فعالیت مرتبط و مؤثر در یکی از حوزه‌های مدیریت یا کارشناسی ارشد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در حوزه گردشگری سلامت، مسئولیت یا فعالیت تخصصی در دفاتر و آژانس‌های گردشگری سلامت، پژوهش یا تدریس دانشگاهی، و مسئولیت اجرایی در معاونت‌های درمان و گردشگری استان اصفهان بود؛ جزئیات تخصص و سابقه فعالیت هر یک از مشارکت‌کنندگان در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان تحقیق

کد مصاحبه	تخصص	سابقه	کد مصاحبه	تخصص	سابقه	کد مصاحبه	تخصص	سابقه
A1	دانشجوی دکتری گردشگری	کمتر از ۲ سال	A21	پرستار علوم پزشکی	کمتر از ۲ سال	A41	کارشناس بهبود کیفیت بیمارستان	کمتر از ۲ سال
A2	مسول IPD بیمارستان الزهرا اصفهان	۸ تا ۱۰ سال	A22	پرستار علوم پزشکی اصفهان	کمتر از ۲ سال	A42	کارشناس بهبود کیفیت بیمارستان	کمتر از ۲ سال
A3	مسول بهداشت بیمارستان الزهرا اصفهان	۲ تا ۴ سال	A23	تورلیدر گردشگری سلامت	کمتر از ۲ سال	A43	پرستار علوم پزشکی	بیش از ۱۰ سال
A4	دانشجو کارشناسی ارشد گردشگری	۲ تا ۴ سال	A24	تورلیدر گردشگری سلامت	کمتر از ۲ سال	A44	پرستار بیمارستان	۸ تا ۱۰ سال
A5	استاد دانشگاه (گردشگری)	بیش از ۱۰ سال	A25	تورلیدر گردشگری سلامت	کمتر از ۲ سال	A45	پزشک بیمارستان	بیش از ۱۰ سال
A6	سوپروایز آموزشی مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)	بیش از ۱۰ سال	A26	تورلیدر گردشگری سلامت	۸ تا ۱۰ سال	A46	سرپرستار علوم پزشکی	بیش از ۱۰ سال
A7	دانشجو کارشناسی ارشد دانشگاه فنی درسدن آلمان	کمتر از ۲ سال	A27	کارمند علوم پزشکی	کمتر از ۲ سال	A47	دانشجوی دکتری گردشگری	کمتر از ۲ سال
A8	دانشجو ارشد روانشناسی	کمتر از ۲ سال	A28	جراح مغز و اعصاب	۸ تا ۱۰ سال	A48	مدرس دانشگاه (گردشگری)	۸ تا ۱۰ سال
A9	کارشناس تغذیه بیمارستان کودکان امام حسین	۵ تا ۷ سال	A29	پزشک عمومی	۸ تا ۱۰ سال	A49	استاد دانشگاه (گردشگری)	کمتر از ۲ سال
A10	پرستار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	بیش از ۱۰ سال	A30	تورلیدر گردشگری سلامت	کمتر از ۲ سال	A50	پزشک دانشگاه	۵ تا ۷ سال
A11	سوپروایز آموزش سلامت علوم پزشکی اصفهان	بیش از ۱۰ سال	A31	دانشجوی تکنولوژی جراحی علوم پزشکی	کمتر از ۲ سال	A51	کارمند فعال گردشگری سلامت	۸ تا ۱۰ سال
A12	پرستار علوم پزشکی	۵ تا ۷ سال	A32	پرستار الزهرا	۲ تا ۴ سال	A52	مدرس بین المللی	بیش از ۱۰ سال

کد مصاحبه	تخصص	سابقه	کد مصاحبه	تخصص	سابقه	کد مصاحبه	تخصص	سابقه
A13	سوپروایز بیمارستان	بیش از ۱۰ سال	A33	دستیار پزشکی	کمتر از ۲ سال	A53	دانشیار دانشگاه و سترن سیدنی	کمتر از ۲ سال
A14	پرستار علوم پزشکی	۸ تا ۱۰ سال	A34	دستیار پزشکی	کمتر از ۲ سال	A54	مدیر امور همکاریهای بین المللی پارک فناوری های نرم و صنایع فرهنگی جهاد دانشگاهی	کمتر از ۲ سال
A15	پرستار بیمارستان	کمتر از ۲ سال	A35	کارمند علوم پزشکی اصفهان	کمتر از ۲ سال	A55	پژوهشگر گردشگری	کمتر از ۲ سال
A16	کارشناس بهداشت علوم پزشکی	۸ تا ۱۰ سال	A36	پرستار علوم پزشکی اصفهان	کمتر از ۲ سال	A56	پژوهشگر و مدرس گردشگری	۵ تا ۷ سال
A17	پرستار بیمارستان اصفهان	کمتر از ۲ سال	A37	کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان الزهرا	بیش از ۱۰ سال	A57	پرستار امارات متحد عربی	کمتر از ۲ سال
A18	پرستار بیمارستان اصفهان	کمتر از ۲ سال	A38	سرپرستار مرکز کودکان امام حسین	بیش از ۱۰ سال	A58	پزشک / مدیر عامل شرکت گردشگری سلامت شرکت خصوصی	بیش از ۱۰ سال
A19	پرستار علوم پزشکی اصفهان	کمتر از ۲ سال	A39	کارشناس بهداشت محیط علوم پزشکی	کمتر از ۲ سال			
A20	پرستار علوم پزشکی	کمتر از ۲ سال	A40	کارشناس بهداشت عمومی بیمارستان	کمتر از ۲ سال			

رویکرد تجزیه و تحلیل یافته‌ها، تحلیل مضمون (Thematic Analysis) می‌باشد، و به جهت سازمان دادن به تحلیل از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۴، استفاده شده‌است. نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری به‌طور مستمر و پس از هر چند مصاحبه، از طریق مرور و مقایسه کدهای باز استخراج‌شده در هر یک از سه زیرگروه بررسی می‌شد و زمانی احراز گردید که مصاحبه‌های پایانی هر زیرگروه، مضمون جدیدی نسبت به مضامین اصلی و فرعی شناسایی شده تولید نکردند. فراوانی تکرار کدها و ارتباط آن‌ها با مضامین اصلی و فرعی در

جدول (۲) قابل مشاهده است که مؤید دستیابی به اشباع نظری در هر سه زیرگروه مورد مطالعه است.

اعتبار و پایایی داده‌ها با استفاده از شیوه Lincoln & Guba (1985) بررسی شده است؛ اعتبارپذیری از طریق مرور مضامین با مشارکت کنندگان، کدگذاری نظام‌مند با نرم‌افزار و استفاده از منابع متنوع، بوده است. برای ارزیابی روایی محتوایی سؤالات مصاحبه نیز، از شاخص CVR (نسبت روایی محتوا) استفاده شد و سؤالات توسط ۳ متخصص ارزیابی گردید و پس از اصلاح، سؤالات نهایی امتیاز ۱ از ۱ را دریافت نمودند.

ثبات‌پذیری پژوهش از طریق مستندسازی شفاف فرایند تحلیل، کدگذاری مستقل بخشی از مصاحبه‌ها توسط دو پژوهشگر و سنجش میزان توافق بین آن‌ها انجام گرفت. تأییدپذیری از مسیر مستندسازی و بایگانی کلیه مراحل پژوهش (طراحی ابزار، گردآوری داده، کدگذاری، تفسیر) برای بررسی توسط دیگران، انجام شد. قابلیت انتقال‌پذیری پژوهش نیز با ارائه توصیف‌های غنی از زمینه پژوهش (زنجیره ارزش، مهاجرت کادر درمان و گردشگری سلامت) و درج نقل‌قول‌های مستقیم از شرکت‌کنندگان برای ارزیابی میزان تعمیم‌پذیری یافته‌ها، بررسی شد.

محدوده مورد مطالعه

پژوهش حاضر مبحث گردشگری سلامت و مهاجرت کادر درمان را در محدوده جغرافیایی شهر اصفهان در طول جغرافیایی ۵۱ درجه و ۳۹ دقیقه و ۴۰ ثانیه شرقی و عرض جغرافیایی ۲۲ درجه و ۳۸ دقیقه و ۳۰ ثانیه شمالی در بخش مرکزی ایران، مرکز استان و شهرستان اصفهان، بررسی می‌کند؛ شهرستان اصفهان با مرکزیت کلانشهر اصفهان، از نظر زیرساخت و نیروی انسانی درمانی، جایگاه ممتازی در سطح استان و کشور دارد. براساس آمار سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تعداد اعضای سازمان نظام پزشکی شهرستان اصفهان ۱۷۲۰۷ نفر است که بیشترین تعداد اعضا را در میان شهرستان‌های استان به خود اختصاص داده و از کل ۲۶۵۳۴ عضو استان اصفهان، سهم غالب را دارد؛ این شهرستان از این منظر در سطح کشور نیز رتبه چهارم را کسب کرده است (سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۵). در سطح زیرساخت درمانی نیز، بر اساس فقط آمار رسمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، این دانشگاه با ۳۹ بیمارستان و مرکز آموزشی-درمانی، ۱۰۴۳ عضو هیئت علمی و ۴۷ پژوهشکده و مرکز تحقیقاتی، خدمات سلامت سطح استان را ارائه می‌دهد؛

از این میان، در شهر اصفهان به طور خاص، ۱۷ بیمارستان، ۹ درمانگاه و ۵ مرکز جراحی محدود مجهز به بخش بیماران بین‌المللی (IPD) فعال هستند (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۴۰۵). همچنین مراکز تخصصی برجسته‌ای چون مرکز قلب چمران، شهرک سلامت و ... وجود دارد که با ضوابط اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرایط قابل قبولی برای ورود به صنعت گردشگری پزشکی (نوری حکمت و همکاران، ۱۳۹۳)، پتانسیل بالایی برای تبدیل شدن به قطب گردشگری پزشکی و سلامت در مرکز کشور، منطقه و جذب بیماران بین‌الملل دارد (ابوالحسنی، زنگی آبادی و جباری، ۱۴۰۳).

با این حال، برخلاف شفافیت نسبی آمار زیرساخت درمانی، هیچ آمار رسمی و دقیقی از حجم گردشگری سلامت در سطح استان یا شهر اصفهان در دسترس نیست و آمارهای موجود عمدتاً محدود به برآوردهای کلان سطح کشور یا گزارش‌های بین‌المللی است. برخی برآوردهای آماری، رقم گردشگران سلامت ورودی به اصفهان را سالانه در حدود ۵۰ تا ۷۰ هزار نفر ذکر کرده‌اند که عمده تقاضای آنان را حوزه‌های قلب و عروق، دندانپزشکی، ناباروری و طب سنتی است و عمده مبدأ آنان را کشورهای عراق، افغانستان، آذربایجان و کشورهای حاشیه خلیج فارس تشکیل می‌دهد (فرهادی یونکی، ۱۴۰۴). همین محدودیت آماری درباره مهاجرت کادر درمان در سطح شهر اصفهان نیز صادق است؛ هرچند در سطح ملی، گزارش حساب‌های ملی نیروی انسانی سلامت سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد نرخ خالص مهاجرت نیروی انسانی سلامت ایران روندی نزولی داشته و از ۶ در هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰۰ به ۱٫۷ در هزار در سال ۲۰۱۰ و ۰٫۳ در هزار در سال ۲۰۲۱ کاهش یافته است؛ این گزارش همچنین نشان می‌دهد سهم نیروی انسانی سلامت آموزش‌دیده در خارج از کشور، به ویژه در میان دندان‌پزشکان (حدود ۱۱ درصد)، به طور محسوسی بیشتر از سهم نیروی متولد خارج از کشور است (WHO, 2023). با این حال، این گزارش صرفاً در سطح ملی ارائه شده و هیچ تفکیک استانی یا شهری، از جمله برای اصفهان، در آن وجود ندارد؛ خلاصه آماری که همچنان یکی از چالش‌های ساختاری مهم پیش روی سیاست‌گذاری و پژوهش در حوزه گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان در سطح اصفهان محسوب می‌شود.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف درک عمیق از مسئله مهاجرت کادر درمان، با ۵۸ متخصص، صاحب نظر و پژوهشگر از حوزه‌ی گردشگری سلامت، مصاحبه هدفمند، به صورت فردی و با رعایت اصول اخلاق پژوهش، انجام داده است. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در شش مرحله شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری آن‌ها، و گزارش نویسی نهایی انجام شده است.

مضامین نهایی تحقیق

براساس تجزیه و تحلیل صورت گرفته، مضامین نهایی بر اساس هدف تحقیق، در پنج مضمون اصلی و ۲۰ مضمون فرعی طبقه‌بندی شدند. در مضمون اصلی اول (توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت) از دل کدهای باز، ۴ مضمون فرعی، در مضمون اصلی دوم (زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت) ۳ مضمون فرعی، در مضمون اصلی سوم (حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت) ۴ مضمون فرعی، در مضمون اصلی چهارم (توسعه بازار و پیوندهای بین‌المللی در گردشگری سلامت)، ۶ مضمون فرعی و در نهایت در مضمون اصلی پنجم (پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی گردشگری سلامت)، ۳ مضمون فرعی شناسایی و استخراج گردید.

جدول ۲: مضامین نهایی تحقیق

ردیف	فراوانی	از متن مصاحبه	کدهای باز	مضامین فرعی	مضامین اصلی
۱	A1- A4- A6- A14- A15- A18- A44- A45- A48- A55	انگیزش و نظام پاداش برای حفظ نیرو/ توزیع منصفانه درآمد/ افزایش رفاه نیروها از محل ارزآوری/ نظام ارتقا شفاف/ مدل‌های پرداخت ترکیبی/ کارانه ارزی/ مشارکت در درآمد/ سیاست‌های رفاهی/ ارزآوری پایدار/ حفظ سرمایه انسانی/ انگیزش/ جبران خدمات/ رضایت شغلی/ جانشین‌پروری/ ارزش افزوده منابع انسانی/ پیوند زنجیره ارزش و ماندگاری/ افزایش حقوق و مزایا/ کارانه ارزی/ مشارکت در سود/ اختلاف	- نظام انگیزشی رقابتی برای جذب و نگهداشت کادر درمان - بهبود معیشت و طراحی مشوق‌های مالی هدفمند - نظام شفاف پرداخت رقابتی و جبران خدمات	نظام انگیزشی، رفاهی و جبران خدمات برای نگهداشت کادر درمان	۱. توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت (کادر درمان)

			مزدی، نابرابری، فقدان پاداش / ثبات پرداختی / تسهیلات رفاهی / پشتیبانی تجهیزات / کاهش بروکراسی / امنیت شغلی / حمایت رسانه‌ای / مرجعیت حرفه‌ای / تقویت توان مالی نظام سلامت / تأمین مالی پایدار / اشتغال‌زایی / نظام پرداخت رقابتی / کارانه ارزی / بیمه‌های مکمل		
	توسعه حرفه‌ای و مسیرهای پیشرفت شغلی کادر درمان	- مسیرهای شغلی ساختاریافته و توسعه حرفه‌ای - توسعه سرمایه انسانی (مهارت، انگیزه، پایداری) - توانمندسازی و ارتقای شایستگی‌های حرفه‌ای سرمایه انسانی سلامت در مواجهه با بیماران - ارتقای سرمایه انسانی و دانش تخصصی در زنجیره ارزش خدمات - توسعه مسیر رشد حرفه‌ای و فرصت‌های تخصصی	آموزش تخصصی / زبان / مهارت بین‌فرهنگی / دوره‌های آموزشی بین‌المللی / مربی‌گری / تخصص‌گرایی / ارتقای مهارت و تجربه کادر درمان / توسعه سرمایه انسانی / افزایش تجربه بالینی پزشکان / توسعه سرمایه انسانی و مهارت حرفه‌ای / مهارت کادر درمان / تبادل علمی / دسترسی به فناوری نوین / مسیر ارتقای علمی / پژوهش مشترک / کنفرانس‌های خارجی / ارتقای دانش فنی / ارتقای سرمایه انسانی / دوره‌های سازگارسازی / فرصت‌های پژوهشی / مسیر ارتقا شفاف	A4- A6- A31- A47- A48- A50	۲
	منزلت، کرامت و حمایت سازمانی از کادر درمان	- احترام سازمانی و منزلت اجتماعی کادر درمان - احیای کرامت و شأن اجتماعی - حرفه‌ای	حفظ شأن و کرامت / احترام سازمانی / کاهش تبعیض / ارزش‌گذاری اجتماعی / حمایت روانی - اجتماعی / فرهنگ قدردانی	A38- A43- A47- A48	۳
	استانداردسازی محیط کار و ارتقای کیفیت زندگی شغلی کادر درمان	- استانداردسازی ریشه‌ای عملکردها - استانداردهای محیط کار و تنظیم بار کاری - ارتقای شرایط کار و مدیریت فرسودگی شغلی	مسیر شغلی / مدیریت کیفیت یا اعتباربخشی بین‌المللی / همسویی با استانداردهای جهانی / اخذ استانداردها و اعتباربخشی جهانی / استانداردسازی و مدیریت کیفیت / ارتقای استانداردهای خدمات درمانی از مسیر مجوزدهی / ضرورت استانداردسازی بین‌المللی / همسویی با استانداردهای جهانی / استانداردسازی بین‌المللی / انطباق با استاندارد جهانی / الزام به استانداردسازی / انطباق با استانداردهای جهانی / بازمهندسی	A4- A6- A7- A8- A9- A10- A17- A19- A20- A21- A22- A31- A32- A33- A36- A41- A56	۴

			خدمات/ اصلاح ساختار/ نیاز به استاندارد/ چارچوب قانونی IPD/ ساختار رسمی زنجیره/ نهادهای سازی خدمات بین المللی/ کنترل بارکاری/ نظم شیفت ها/ استخدام نیروی کمکی/ کاهش فرسودگی شغلی کادر درمان/ پذیرش رسمی مدارک/ منع تبعیض ساختاری/ دستمزد متناسب با هزینه زندگی/ نسبت مناسب بیمار به پرستار/ ایمنی بیمارستانی/ نظام مانیتورینگ فرسودگی		
۲. زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت	توسعه زیرساخت ها و خدمات پشتیبان بین المللی درمان	- زیرساخت درمانی تراز جهانی و رقابت پذیر - توسعه زیرساخت و خدمات درمانی و گردشگری - ایجاد زیرساخت مشارکتی اولیه (IPD) - استانداردسازی و انطباق بین المللی خدمات سلامت - توسعه خدمات پشتیبان و بین المللی سازی ارائه خدمت درمانی - ارتقای زیرساخت های درمانی در راستای تقویت زنجیره ارزش خدمات	IPD/ بسته های جامع خدمات/ خدمات چندزبانه/ بیمارستان های استاندارد/ مراکز استاندارد بین المللی/ بیمارستان های مدل/ گواهینامه های بین المللی/ هتلینگ و اقامت/ حمل و نقل/ بسته های اقامتی/ ارتقای تجهیزات و فناوری/ بهبود زیرساخت و فناوری سلامت/ توسعه فیزیکی مراکز درمانی/ نوسازی زیرساخت سلامت/ نوآوری خدمات سلامت/ توسعه خدمات پسینی/ پسادرمانی/ زیرساخت درمانی/ نوسازی فیزیکی بیمارستان/ ارتقای زیرساخت درمانی/ نوسازی و کارآمدسازی ساختار سلامت/ توسعه ساختارهای بین المللی خدمت رسانی/ ارتقای خدمات پشتیبان سلامت/ زیرساخت و تجهیزات استاندارد	A2-A4-A6-A28-A30-A47-A48	۵
	ایجاد و نوسازی پلتفرم های دیجیتال در نظام سلامت	- توسعه هدفمند تجهیزات و فناوری سلامت در بستر گردشگری سلامت - نوسازی تکنولوژیک و توسعه فناوری های سلامت محور - ایجاد زیرساخت، فناوری و بسترهای پلتفرمی پشتیبان زنجیره ارزش خدمات	فناوری گرای/ نوسازی تکنولوژیک/ تجهیزات/ فناوری / سیستم اطلاعات/ پلتفرم دیجیتال/ وبسایت تخصصی/ بستر رزرو/ ارتباط آنلاین	A2-A23-A29-A35	۶

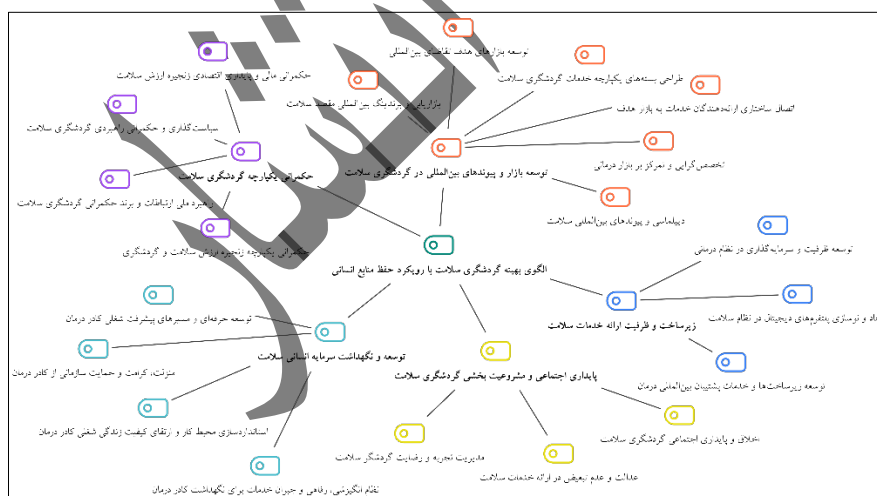
	توسعه ظرفیت و سرمایه‌گذاری در نظام درمانی	- سرمایه‌گذاری در بخش درمان و ارتقای تجهیزات	تسهیلات سرمایه‌گذاری / امنیت اقتصادی / سیاست‌های حمایتی بلندمدت / معافیت مالیاتی هدفمند / تسهیل مجوز فعالیت / بازگشت‌پذیری سرمایه / مشارکت بخش خصوصی / جذب سرمایه‌گذاری خارجی / تقویت زنجیره ارزش با جذب سرمایه / سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های درمانی / درآمد ارزی و سرمایه گذاری مجدد / تأمین مالی و بازگشت سرمایه / سرمایه‌گذاری درآمد در توسعه علمی نظام درمانی / ورود سرمایه به بخش درمان	A8- A55- A58	۷
	سیاست‌گذاری و حکمرانی راهبردی گردشگری سلامت	- توسعه حکمرانی و سیاست‌گذاری در بخش درمان و گردشگری - سیاست‌گذاری سازمانی - سیاست‌گذاری حمایتی و حکمرانی پایدار سلامت - ثبات سیاسی و حکمرانی کارآمد سلامت	سیاست‌گذاری کلان مشتری / پویایی نظام درمان / بهبود نظارتی و حکمرانی کیفیت	A8- A16- A51	۸
۳. حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت	راهبرد ملی ارتباطات و برند حکمرانی گردشگری سلامت	- ایجاد راهبرد ملی ارتباطات، بازاریابی و برندینگ بین‌المللی	ارتباطات متمرکز / وابستگی به واسطه / توان ترافیک‌سازی بین‌المللی	A1- A3- A11- A32	۹
	حکمرانی مالی و پایداری اقتصادی زنجیره ارزش سلامت	- حکمرانی مالی و سازوکارهای تأمین مالی زنجیره ارزش خدمات سلامت - تحریک اقتصاد سلامت شهری و تقویت توان مالی مراکز درمانی - کارایی اقتصادی، خلق ارزش افزوده و بهره‌وری زنجیره خدمات	اصلاحات ساختاری / تسهیل مجوزها / سیاست‌های تشویقی / مشوق‌های مالیاتی / مالیات / تخصیص صحیح منابع مالی / حکمرانی مالی در زنجیره ارزش	A4- A5- A7- A47- A48	۱۰
	حکمرانی یکپارچه زنجیره ارزش	- حکمرانی یکپارچه سلامت- گردشگری - هم‌افزایی بین‌بخشی با تمرکز بر ظرفیت‌های گردشگری سلامت	ویزای درمانی / هماهنگی میان‌بخشی / نهاد واحد / قوانین حمایتی / نهاد هماهنگ‌کننده / مشارکت دولت-بخش خصوصی / نظام هماهنگ خدمت‌رسانی / یکپارچگی	A34- A48- A54- A55	۱۱

		سیستمیک زنجیره ارزش سلامت/ اتصال میان بخشی/ هم افزایی زنجیره های/ نگاه آمیخته-سیستمی/ حکمرانی زنجیره ای/ اتصال گردشگری- سلامت/ حکمرانی بین بخشی			- پیوند عملیاتی زنجیره ارزش سلامت-گردشگری - هم پیوندی اقتصادی بخش سلامت با گردشگری - یکپارچگی و هم افزایی میان بخشی در اجرای زنجیره خدمات - یکپارچه سازی فرایند زنجیره ارزش خدمات گردشگری سلامت (پیش خدمت تا پس خدمت) - حکمرانی، تنظیم گری و هماهنگی بین بخشی در مدیریت زنجیره ارزش - نقش آفرینی ساختاری بازیگران و ذی نفعان در زنجیره ارزش خدمات گردشگری سلامت - یکپارچه سازی زنجیره ارزش خدمات سلامت و هماهنگی بین اجرای خدمت رسانی	سلامت و گردشگری
۱۲	A6-A16-A52	بازاریابی آنلاین/ ایجاد برندینگ/ تبلیغات دیجیتال/ برند ملی/ بازاریابی دیجیتال/ برند سازی مقصد/ نظام بازاریابی ملی/ حضور نمایشگاهی/ توسعه برند سلامت شهر/ برند مقصد/ خلأ برندینگ/ برند ملی سلامت/ برند سازی سلامت اصفهان/ بازاریابی بین المللی سلامت/ تقویت برند سلامت مقصد/ بازاریابی و جذب/ ظرفیت برندینگ درمانی مبتنی بر فرهنگ/ جایگاه یابی ملی مقصد سلامت	- توسعه بازاریابی و برندینگ بین المللی در بخش درمان و گردشگری - تلاش های اولیه برندینگ درمانی - بازاریابی بین المللی در سطوح اولیه - بازاریابی بین المللی و برندینگ پزشکی - برند درمانی و جایگاه مقصد سلامت اصفهان - بازسازی، برندینگ و رقابت پذیری مقصد در زنجیره ارزش خدمات	بازاریابی و برندینگ بین المللی مقصد سلامت	۴. توسعه بازار و پیوندهای بین المللی در گردشگری سلامت	
۱۳	A49-A55	تقاضای معکوس/ بیمارستان کودک به صورت طبیعی بیماران خارجی را جذب می کند بدون بازاریابی	- توسعه بازار هدف و ایجاد الگوهای تقاضای معکوس به جای بازسازی فعال - پیشران های بازار، تقاضای بین المللی و رقابت پذیری درمانی	توسعه بازارهای هدف تقاضای بین المللی		
۱۴	A3-A4-A5-	دیپلماسی سلامت/ ایجاد ارتباطات گسترده تر/ دیپلماسی علمی و ارتقای سرمایه دانشی/	- توسعه و ارتقای دیپلماسی سلامت	دیپلماسی و پیوندهای		

	بین‌المللی سلامت	- پیوند راهبردی با بازار گردشگری سلامت جهانی	تبادل علمی در سطح بین‌المللی / دیپلماسی سلامت و امنیت هویتی مقصد / دیپلماسی سلامت / تسهیلگری ورود بیمار / دیپلماسی تسهیل‌گر سلامت / دیپلماسی سلامت و هویت شهری	A6- A46	
	تخصص‌گرایی و تمرکز بر بازار درمانی	- توسعه تخصص محور بازار	تخصص محوری بازار / هدف‌گیری بازار / بازارهای هدف / بازار بین‌الملل / رقابت‌پذیری / مزیت رقابتی / قیمت‌گذاری / تمرکز تخصصی / توسعه بازار مقصد / جاذبه بازار بین‌المللی / تطبیق با بازار جهانی / ایجاد بازار جدید خدمات / پیوند هویت شهری با زنجیره ارزش سلامت / مزیت رقابتی مقصد سلامت / توسعه نقش اصفهان در نقشه سلامت کشور	A12- A45- A53- A54	۱۵
	اتصال ساختاری ارائه‌دهندگان خدمات به بازار هدف	- ایجاد ساز و کار و پیوند ساختاری بیمارستان با بازار هدف	همکاری با آژانس‌ها / همکاری با آژانس‌ها و بیمه‌ها / ترمیم ارتباط با بازار / از بین بردن بازارهای غیررسمی	A4- A6- A10- A45	۱۶
	طراحی بسته‌های یکپارچه خدمات گردشگری سلامت	- طراحی محصول ترکیبی (درمان-اقامت-ترانسفر)	تنوع درآمدی بیمارستان / اقتصاد خدمات	A4- A6	۱۷
۵. پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی گردشگری سلامت	عدالت و عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت	- ایجاد عدالت در سلامت و درمان (عدم تبعیض بین بیمار خارجی و داخلی) - عدالت سازمانی و اقتصاد انسانی در بخش درمان و گردشگری	جلوگیری از اولویت‌دهی بیمار خارجی بر داخلی / عدم تبعیض / تعرفه‌گذاری مجزا برای بیماران خارجی / تعرفه‌گذاری شفاف / توجه به ارتقای رضایت بیماران داخلی / عدالت در بهره‌مندی از توسعه	A4- A5- A32- A36- A58	۱۸
	اخلاق و پایداری اجتماعی	- اخلاق، پایداری و تعادل اجتماعی در بخش درمان و گردشگری	اعتماد عمومی / تمرکز بر اخلاق‌مداری	A42- A48	۱۹

	گردشگری سلامت				
	مدیریت تجربه و رضایت گردشگر سلامت	- مدیریت تجربه بیمار بین‌المللی - ارتقای تجربه زیسته، رضایت و کیفیت ادراک‌شده بیماران سلامت - کیفیت، رضایت و وفاداری بیمار به‌عنوان خروجی عملکردی زنجیره ارزش خدمات	بازتعریف رابطه با بیماران بین‌المللی/ برخورد حرفه‌ای بیمار-پزشک/ تجربه بیمار/ رضایت/ وفاداری/ بازگشت بیمار/ توصیه به دیگران/ تصویر برند/ خدمات ترجمه و پشتیبانی/ پیگیری پس از درمان/ فالوآپ و ارتباط پسینی/ ارتقای رضایت بیمار/ ارتقای تجربه ذهنی و روانی بیمار/ بعد ناملموس کیفیت خدمات/ وابستگی تجربه سلامت به محیط شهری/ ارتقای مدیریت عملیاتی درمان/ توسعه کیفیت سازمانی و منابع انسانی/ نقش کیفیت محیط یا زیست‌پذیری در خدمات سلامت	A6- A8- A37- A38- A40- A41- A57	۲۰

شکل ۱: نقشه کد مضامین نهایی تحقیق



سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان، پدیده‌ای چندبعدی، سیستمی و وابسته به هم‌افزایی مجموعه‌ای از عوامل انسانی، زیرساختی، حکمرانی، بازاری و اجتماعی است. یافته‌ها نشان می‌دهد این سازوکار زمانی می‌تواند

به عنوان یک پیشران ارتقای زنجیره ارزش سلامت و نگهداشت سرمایه انسانی عمل کند که از سطح یک فعالیت بخشی فراتر رفته و در قالب یک اکوسیستم یکپارچه خدمت رسانی، حکمرانی و بازار عمل نماید.

در مضمون اصلی نخست (توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت)، شواهد نشان داد که حفظ کادر درمان حاصل برهم کنش هم زمان چهار سازوکار محوری است. نخست، طراحی نظام انگیزشی رقابتی، توزیع منصفانه درآمد و مدل های پرداخت ترکیبی مبتنی بر ارزش آوری گردشگری سلامت، نقش مستقیمی در کاهش انگیزه های مهاجرت و افزایش رضایت شغلی دارد؛ دوم، ایجاد مسیرهای شغلی ساختاریافته، توسعه مهارت های بین فرهنگی و دسترسی به فرصت های پژوهشی و تبادل علمی بین المللی، سرمایه انسانی ماهر و آموزش دیده ای می پروراند که نقش محوری در بهبود تجربه بیمار و شکل گیری مزیت رقابتی پایدار دارد؛ سوم، احیای منزلت و کرامت اجتماعی - حرفه ای کادر درمان و کاهش تبعیض سازمانی، از محرک های روانی - اجتماعی نگهداشت محسوب می شود؛ چهارم، استانداردسازی محیط کار، کنترل بار کاری و مدیریت فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی شغلی را ارتقا داده و زمینه ماندگاری نیروهای متخصص را فراهم می سازد.

در مضمون اصلی دوم (زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت)، یافته ها بر توسعه هدفمند زیرساخت ها، نوسازی تجهیزات و فناوری های درمانی و استقرار استانداردهای بین المللی تأکید دارد. توسعه بیمارستان های استاندارد، بسته های جامع خدمات (IPD)، خدمات چندزبانه و گسترش خدمات پسادرمانی، زیرساخت درمانی تراز جهانی و رقابت پذیری را تقویت می کند. در کنار آن، ایجاد و نوسازی پلتفرم های دیجیتال، سیستم های اطلاعاتی و بسترهای رزرو آنلاین، بستر فناورانه پشتیبان زنجیره ارزش خدمات را فراهم می سازد. همچنین تسهیلات سرمایه گذاری، جذب سرمایه گذاری خارجی و بازگشت پذیری سرمایه، امکان نوسازی مستمر زیرساخت و تجهیزات را تضمین می کند.

در مضمون اصلی سوم (حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت)، تحلیل ها نشان داد که، سیاست گذاری کلان مشترک و بهبود نظارت و حکمرانی کیفیت؛ ایجاد راهبرد ملی ارتباطات، بازاریابی و برندینگ بین المللی به عنوان زیرساخت نرم حکمرانی؛ حکمرانی مالی

و سازوکارهای تأمین مالی زنجیره ارزش از طریق اصلاحات ساختاری، تسهیل مجوزها و تخصیص صحیح منابع مالی؛ و در نهایت، یکپارچه سازی سیستمیک زنجیره ارزش سلامت-گردشگری از طریق ایجاد نهاد هماهنگ کننده واحد، مشارکت دولت-بخش خصوصی و اتصال میان بخشی فرایندها از پیش خدمت تا پس خدمت، چهار سازوکار حکمرانی هستند که بیشترین نقش را در انسجام زنجیره ارزش دارند. در مجموع، پاسخ دهندگان فقدان چنین حکمرانی یکپارچه را مهم ترین عامل بازدارنده در مسیر بهره برداری از ظرفیت های گردشگری سلامت ارزیابی کرده اند.

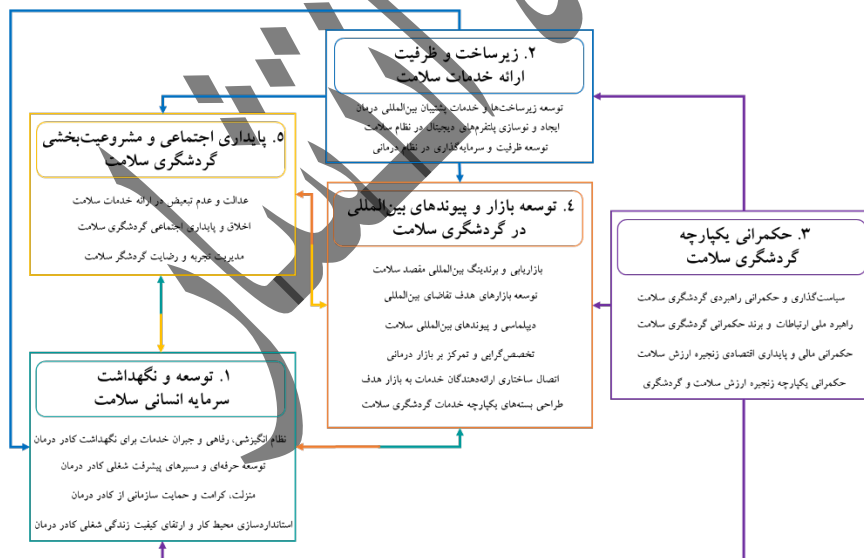
در مضمون اصلی چهارم (توسعه بازار و پیوندهای بین المللی در گردشگری سلامت) که با شش مضمون فرعی، گسترده ترین بخش یافته ها را تشکیل می دهد، شواهد نشان می دهد که توسعه بازاریابی و برندینگ بین المللی، به ویژه در سطوح اولیه و با تأکید بر برند درمانی و جایگاه مقصد سلامت اصفهان، نخستین گام در رقابت پذیری منطقه ای است. در کنار آن، توسعه بازارهای هدف از طریق الگوهای تقاضای معکوس (جذب گردشگر سلامت بدون بازسازی فعال)، توسعه و ارتقای دیپلماسی سلامت و پیوند راهبردی با بازار گردشگری سلامت جهانی، و نیز تخصص گرایی و تمرکز بر بازارهای هدف، از مسیرهای تکمیلی توسعه بازار به شمار می روند. همچنین ایجاد اتصال ساختاری ارائه دهندگان خدمات به بازار هدف (از طریق همکاری با آژانس ها و بیمه ها) و طراحی محصول ترکیبی شامل درمان، اقامت و ترانسفر، زنجیره ارزش سلامت را از سطح محلی به سطح رقابت پذیر منطقه ای و فراملی ارتقا می دهد. فشار رقابتی ناشی از حضور در این بازارهای بین المللی، مراکز درمانی را به انطباق مستمر با استانداردهای جهانی و ارتقای کیفیت و فناوری وادار می سازد.

در مضمون اصلی پنجم (پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی گردشگری سلامت)، یافته ها تأکید می کند که تحقق آثار مثبت چهار مضمون اصلی پیشین، مشروط به رعایت عدالت و عدم تبعیض میان بیماران داخلی و خارجی، تعرفه گذاری شفاف و عدالت سازمانی است. در امتداد آن، توجه به اخلاق مداری و تعادل اجتماعی، و نیز مدیریت تجربه و رضایت گردشگر سلامت (شامل بازتعریف رابطه بیمار و پزشک، خدمات ترجمه و پشتیبانی، و پیگیری های

پسینی)، کیفیت، رضایت و وفاداری بیمار را به عنوان خروجی نهایی و شاخص اثربخشی کل زنجیره ارزش رقم می‌زند.

بر این اساس، جمع‌بندی یافته‌ها نشان می‌دهد که سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان را می‌توان در قالب پنج دسته پیشران به هم پیوسته صورت‌بندی کرد. روابط علی و تقویتی میان این مضامین، در قالب چارچوب مفهومی اکتشافی ارائه شده در شکل (۲) به صورت یک سیستم پویا نمایش داده شده است؛ به گونه‌ای که هر یک از این پنج مضمون اصلی، هم به طور مستقیم بر ارتقای زنجیره ارزش خدمات سلامت اثرگذار است و هم از طریق تقویت محیط کار، انگیزش و منزلت حرفه‌ای، نقش تعیین‌کننده‌ای در نگهداشت کادر درمان ایفا می‌کند.

شکل ۲: چارچوب مفهومی اکتشافی سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان



تحلیل روابط نشان می‌دهد که مضامین اصلی پژوهش در دو لایه به هم پیوسته یک «لایه بالادستی و توانمندساز» و یک «هسته عملیاتی خودتقویت‌کننده» قرار می‌گیرند.

در لایه بالادستی، «حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت» (مضمون اصلی سوم) موضع یک عامل پایه و تنظیم کننده را دارد؛ به این معنا که سیاست گذاری و حکمرانی راهبردی، راهبرد ملی ارتباطات و برند حکمرانی، و حکمرانی مالی و یکپارچه زنجیره ارزش، به طور مستقیم بر سه مضمون اصلی اول، دوم و چهارم اثرگذار است، بدون آنکه خود از این مضامین، بازخوردی دریافت کند. در همین لایه، «زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت» که خود از «حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت» اثر می پذیرد، نقش یک کانال انتقال دهنده را ایفا می کند و توسعه زیرساخت های درمانی، پلتفرم های دیجیتال و ظرفیت سرمایه گذاری را به سمت سه مضمون عملیاتی سرمایه انسانی، بازار و پایداری اجتماعی هدایت می کند.

هسته عملیاتی چارچوب مفهومی اکتشافی را سه مضمون «توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت» (اول)، «توسعه بازار و پیوندهای بین المللی در گردشگری سلامت» (چهارم) و «پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی گردشگری سلامت» (پنجم) تشکیل می دهند که در قالب یک مثلث مولد و خود تقویت کننده با یکدیگر در تعامل دوسویه قرار دارند. از یک سو، توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت با تأمین کادر درمان ماهر، با انگیزه و متعهد، زمینه توسعه بازار و پیوندهای بین المللی را فراهم می کند و در عین حال، از طریق مدیریت تجربه گردشگر سلامت، به پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی این صنعت باری می رساند. از سوی دیگر، توسعه بازار و پیوندهای بین المللی، با افزایش ارزآوری و فشار رقابتی، منابع و انگیزه های لازم برای نظام جبران خدمات و توسعه حرفه ای کادر درمان را تأمین می کند؛ و پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی نیز، با تضمین عدالت در ارائه خدمات و کیفیت تجربه بیمار، به تقویت بازار هدف و در نهایت به نگهداشت کادر درمان بازمی گردد.

بر این اساس، سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان را می توان حاصل تعامل یک لایه بالادستی توانمندساز (مضامین اصلی دوم و سوم) با یک هسته عملیاتی خود تقویت کننده (مضامین اصلی اول، چهارم و پنجم) دانست؛ به گونه ای که نگهداشت کادر درمان نه پیامد مستقیم یک مضمون منفرد، بلکه برون داد سیستمی تعامل هم زمان این پنج مضمون اصلی است.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل نظام‌مند داده‌ها بیانگر آن است که گردشگری سلامت در شهر اصفهان زمانی می‌تواند به ارتقای واقعی زنجیره ارزش خدمات سلامت و مزیت رقابتی مقصد منجر شود که این فرایند، هم‌زمان با طراحی سازوکارهای مؤثر نگهداشت منابع انسانی همراه باشد؛ بدون چنین هم‌راستایی، توسعه گردشگری سلامت می‌تواند به افزایش فشار بر کادر درمان و در نتیجه تشدید روند مهاجرت آن‌ها منجر شود. این الگو صرفاً پدیده‌ای داخلی نیست؛ مطالعات نشان می‌دهد مهاجرت کادر درمان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای پردرآمد همچنان روندی روبه‌رشد دارد (Eaton et al., 2023; Chikanda, 2024)، هرچند پیامدهای آن برای نظام سلامت کشورهای مبدأ محل مناقشه است و به‌شدت به زمینه محلی هر کشور وابسته دانسته شده است (Sax dos Santos Gomes et al., 2024).

پیش از تبیین تفصیلی یافته‌ها، لازم است تأکید شود که پنج مضمون اصلی این پژوهش، پنج مسئله مجزا نیستند، بلکه پنج تجلی از یک مسئله واحدند: پایداری زنجیره ارزش گردشگری سلامت اصفهان در گرو نگهداشت کادر درمان. حکمرانی و زیرساخت (لایه بالادستی) شرایط لازم را فراهم می‌کنند، اما شرط کافی تحقق این پایداری، در هسته عملیاتی و به‌ویژه در گره نگهداشت سرمایه انسانی رقم می‌خورد.

جایگاه‌یابی این یافته‌ها در ادبیات موجود نیز نکات متمایزی را آشکار می‌سازد. در سطح همگرایی، یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که نقش زیرساخت، حکمرانی و بازاریابی را در توسعه گردشگری پزشکی برجسته کرده‌اند (نظیر گودرزی، ۱۴۰۴؛ ابوالحسنی و همکاران، ۱۴۰۳) و نیز با ادبیات جهانی نگهداشت نیروی انسانی سلامت (Tancred et al., 2024) هم‌راستاست. با این حال، یافته‌های حاضر در دو نکته از این ادبیات فراتر می‌روند. نخست، برخلاف مدل‌های پیشین گردشگری سلامت در ایران (از جمله ابوالحسنی و همکاران، ۱۴۰۳؛ لطفی‌آشتیانی و همکاران، ۱۴۰۲) که نیروی انسانی درمان را صرفاً به‌عنوان یکی از نماگرهای کیفیت خدمات و در ردیف سایر عوامل در نظر می‌گیرند، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد سرمایه انسانی سلامت، نه یک نهاده جانبی یا شاخصی هم‌تراز، بلکه یکی از سه ضلع مولد و خودتقویت‌کننده «هسته عملیاتی» زنجیره ارزش گردشگری سلامت است؛ جایگاهی که در ادبیات پیشین این حوزه به‌طور صریح صورت‌بندی نشده بود. دوم، یافته‌های این پژوهش با ارائه یک چارچوب مفهومی دوسطحی (لایه بالادستی حکمرانی -

زیرساخت در تعامل یک‌سویه با هسته عملیاتی خود تقویت‌کننده سرمایه انسانی-بازار- مشروعیت اجتماعی)، از رویکردهای پیشین که یا صرفاً فهرستی از نماگرهای مستقل و هم‌تراز ارائه می‌دهند (Fetscherin & Stephano, 2015) یا توصیه‌های سیاستی پراکنده و بدون ساختار روابط علی مشخص عرضه می‌کنند (Tancred et al., 2024)، فراتر می‌رود و ماهیت پویا و چرخه‌ای رابطه میان توسعه گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان را آشکار می‌سازد؛ رابطه‌ای که در پژوهش‌های پیشین یا نادیده گرفته شده یا صرفاً به صورت یک‌سویه (تأثیر گردشگری سلامت بر انگیزه‌های مهاجرت، بدون توجه به بازخورد معکوس) صورت‌بندی شده بود.

یافته‌ها در سطح لایه بالادستی چارچوب مفهومی اکتشافی نشان داد که حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت و زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت، نقش پایه و تنظیم‌کننده در کل سازوکار دارند. سیاست‌گذاری راهبردی، حکمرانی مالی زنجیره ارزش، و یکپارچه‌سازی نهادی بخش سلامت و گردشگری، پیش‌نیاز توسعه زیرساخت‌های درمانی، نوسازی تجهیزات و فناوری، و ایجاد پلتفرم‌های دیجیتال شناسایی شد. این یافته‌ها با مطالعاتی همسو است که بر نقش زیرساخت، حکمرانی، تأمین مالی و هماهنگی بین‌بخشی در توسعه گردشگری پزشکی تأکید داشته‌اند (گودرزی، ۱۴۰۴؛ وجدانی‌فر و همکاران، ۱۴۰۴؛ ابوالحسنی و همکاران، ۱۴۰۳؛ منصوری و همکاران، ۱۴۰۲؛ زواری و همکاران، ۱۴۰۱؛ Yang et al., 2019; Mandal, 2017). مطالعات نشان می‌دهد ضعف در همین لایه بالادستی، پیامدهای مستقیمی بر نگهداشت نیرو دارد؛ برای نمونه، مطالعه‌ای در لهستان نشان داد رضایت شغلی و قصد مهاجرت پزشکان هم‌زمان از عوامل سطح بیمارستانی (روابط بین‌فردی، بار اداری) و سطح سیستمی (دستمزد، راهبرد ملی) متأثر است (Dubas- Jakobczyk et al., 2019)؛ و بررسی وضعیت نیجریه، مهاجرت نخبگان سلامت را مستقیماً به ضعف حکمرانی و نبود ساختارهای حمایتی پیوند داد (Anetoh & Onwudinjo, 2020). نکته حائز اهمیت آن است که در چارچوب مفهومی اکتشافی به‌دست آمده، این لایه بالادستی صرفاً جریانی یک‌سویه به سمت سایر مضامین دارد و خود از بازخورد آن‌ها مستقیماً اثر نمی‌پذیرد؛ این امر، اهمیت اصلاحات حکمرانی و زیرساختی را به عنوان شرط لازم برای موفقیت کل سازوکار برجسته می‌سازد.

در هسته عملیاتی چارچوب مفهومی اکتشافی، توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت به عنوان یکی از سه مضمون مرکزی و خودتقویت کننده شناسایی شد. الگوی مهاجرت و ماندگاری کادر درمان به صورت توازنی پویا میان «نیروهای رانشی خروج» و «سازوکارهای نگهداشت» تبیین گردید؛ الگویی که با نظریه رانشی-کششی مهاجرت (Lee, 1966) و مطالعات کلاسیک فرار مغزهای سلامت (Mejia, 1978; Pang, 2002; Marchal & Kegels, 2003) همخوانی دارد و نشان می دهد فشارهای اقتصادی و معیشتی، فرسودگی شغلی و بارکاری بالا، تضعیف منزلت اجتماعی-حرفه‌ای، و محدودیت افق رشد علمی و تخصصی، مهم ترین محرک های مهاجرت به شمار می روند. در مقابل، نظام انگیزشی و جبران خدمات رقابتی، مسیرهای ساختاریافته توسعه حرفه‌ای، احیای کرامت و منزلت سازمانی، و استانداردسازی محیط کار، ستون های اصلی نگهداشت کادر درمان را تشکیل می دهند؛ ستون هایی که با طبقه بندی سه گانه Mohamed & Abdul-Talib (2020) از عوامل اقتصادی، روان شناختی و موقعیتی مؤثر بر تصمیم ماندن یا بازگشت، همسویی بالایی دارد. این یافته ها همچنین با مطالعات داخلی و خارجی متعددی همسویی نشان می دهد (راغب و کرمی، ۱۴۰۳؛ سجادی، ۱۴۰۳؛ اسمعیلی و محمودیان، ۱۴۰۳؛ حیدری و همکاران، ۱۴۰۲؛ غفاریان و فردوسی، ۱۴۰۱؛ حق دوست و همکاران، ۱۴۰۱؛ پیمایش های رصدخانه مهاجرت ایران، ۱۴۰۱؛ Eaton et al., 2023; Dubas-Jakobczyk et al., 2024 & 2019; Amorim-Lopes et al., 2019 Walton-Roberts, 2023; Sax dos Santos Gomes et al. تأکید است که این الگوی رانشی-کششی، آن گونه که (2024) در بستر کلمبیا، اندونزی و اردن نشان داده اند، در همه زمینه ها یکسان عمل نمی کند؛ در آن مطالعه، ریشه اصلی کمبود نیرو نه مهاجرت بین المللی، بلکه بی میلی به اشتغال در مناطق کم برخوردار بود، یافته ای که ضرورت توجه به زمینه محلی اصفهان، به جای تعمیم مکانیکی الگوهای جهانی مهاجرت، را برجسته می سازد.

دو ضلع دیگر هسته عملیاتی، یعنی توسعه بازار و پیوندهای بین المللی در گردشگری سلامت و پایداری اجتماعی و مشروعیت بخشی گردشگری سلامت، در تعامل دوسویه با مضمون نگهداشت سرمایه انسانی قرار دارند. یافته ها نشان می دهد که بازاریابی و برندینگ بین المللی، دیپلماسی سلامت، تخصص گرایی در بازار درمانی و طراحی بسته های یکپارچه خدمات، از یک سو با افزایش ارزش آوری منابع لازم برای نظام جبران خدمات کادر درمان را فراهم می کند

و از سوی دیگر، خود به سرمایه انسانی ماهر و باانگیزه برای ورود به بازارهای رقابتی بین‌المللی نیازمند است؛ ادعایی که با ابزارهای سنجش رقابت‌پذیری بین‌المللی نیز همسوست، چراکه کیفیت تسهیلات و خدمات پزشکی، وابسته به کیفیت و پایداری نیروی انسانی درمانی، یکی از چهار رکن اصلی شاخص گردشگری سلامت معرفی شده است (Fetscherin & Stephano, 2015). به همین ترتیب، عدالت و عدم تبعیض در ارائه خدمات، اخلاق‌مداری و مدیریت تجربه گردشگر سلامت، هم به‌عنوان شرط مشروعیت اجتماعی توسعه بازار عمل می‌کند و هم از کیفیت عملکرد کادر درمان متأثر است. این یافته‌ها با مطالعاتی همسو است که بازاریابی دیجیتال و تجربه بیمار را در کانون مدل‌های موفق گردشگری پزشکی قرار داده‌اند (لطفی‌آشتیانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ سرخه‌دهی، ۱۴۰۳ و ۱۴۰۲؛ دهقانی محمودآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

برآیند این یافته‌ها در قالب چارچوب مفهومی اکتشافی ارائه‌شده در شکل (۲) صورت‌بندی شد؛ سازوکار بهینه گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان، حاصل تعامل یک لایه بالادستی توانمندساز (حکمرانی یکپارچه گردشگری سلامت و زیرساخت و ظرفیت ارائه خدمات سلامت) با یک هسته عملیاتی خودتقویت‌کننده و سه‌ضلعی (توسعه و نگهداشت سرمایه انسانی سلامت، توسعه بازار و پیوندهای بین‌المللی، و پایداری اجتماعی و مشروعیت‌بخشی) است. از این رو، میان مهاجرت کادر درمان و گردشگری سلامت رابطه‌ای متقابل و نه یک‌سویه برقرار است: از یک سو، توسعه گردشگری سلامت می‌تواند با ایجاد درآمد افزوده و اعتبار حرفه‌ای، به‌مثابه عامل کششی داخلی از شدت مهاجرت بکاهد؛ از سوی دیگر، تداوم و کیفیت خود این صنعت در گرو نگهداشت همان نیروی انسانی متخصص است، و فرسایش یا مهاجرت کادر باکیفیت می‌تواند جذابیت مقصد را به‌عنوان یک عامل کششی گردشگری سلامت تضعیف کند. این حلقه بازخوردی، دو موضوع اصلی پژوهش حاضر یعنی توسعه گردشگری سلامت و نگهداشت کادر درمان را از دو مفهوم مستقل به دو متغیر درهم‌تنیده و متقابلاً اثرگذار تبدیل می‌کند؛ در این چارچوب مفهومی اکتشافی، نیروی انسانی درمان نه یک نهاد جانبی، بلکه یکی از سه ضلع مولد هسته اصلی سازوکار است که طراحی بازار، حکمرانی و زیرساخت باید در نهایت در راستای ارتقای رضایت حرفه‌ای، انگیزش و پایداری شغلی آن تنظیم شود.

نوآوری اصلی تحقیق حاضر در آن است که توسعه گردشگری سلامت را صرفاً از منظر بازار و جذب بیمار خارجی تحلیل نمی‌کند، بلکه آن را در قالب یک معماری سیستمی دوسطحی بازتفسیر می‌کند. لایه‌ای از حکمرانی و زیرساخت که شرایط را فراهم می‌سازد، و هسته‌ای از سرمایه انسانی، بازار و مشروعیت اجتماعی که در یک چرخه تقویت‌کننده با یکدیگر تعامل دارند. بر این اساس، هرگونه سیاست‌گذاری توسعه گردشگری سلامت در شهر اصفهان که نگهداشت کادر درمان را به‌عنوان یک ضلع مستقل و هم‌ارز با توسعه بازار و زیرساخت در نظر نگیرد، قادر به فعال‌سازی پایدار این چرخه تقویت‌کننده نخواهد بود.

در نهایت، بازگشت به پرسش محوری این پژوهش که «الگوی توسعه گردشگری سلامت با قابلیت هم‌زمان ارتقای زنجیره ارزش خدمات سلامت و حفظ کادر درمان، دارای چه مؤلفه‌ها و سازوکاری است؟»، نشان می‌دهد پاسخ این پرسش را نمی‌توان در یک عامل منفرد یا یک نسخه سیاستی ساده جست‌وجو کرد. با تحلیل کیفی و اکتشافی تجربه زیسته سه گروه مکمل مشارکت‌کننده (کادر درمان مهاجرت‌کرده، کادر درمان مقیم در شهر اصفهان، و فعالان گردشگری سلامت)، این پژوهش نشان داد که پاسخ در یک معماری سیستمی دوسطحی نهفته است که هم با نظریه‌های کلاسیک مهاجرت (رانشی-کششی، فرار مغزها) و هم با ابزارهای معاصر سنجش رقابت‌پذیری مقاصد گردشگری سلامت (شاخص گردشگری سلامت) در گفت‌وگوست، اما فراتر از هر دو، جایگاه نیروی انسانی درمان را از یک شاخص هم‌تراز به یک ضلع مولد و مرکزی زنجیره ارزش ارتقا می‌دهد. بدین ترتیب، هدف پژوهش حاضر، تبیین این سازوکار، از طریق ساخت یک چارچوب مفهومی مبتنی بر داده و مستحکم‌شده با ادبیات نظری محقق شد؛ چارچوبی که اکنون مبنای صورت‌بندی توصیه‌های اجرایی سطح‌بندی‌شده در ادامه در شکل (۳) است.

شکل ۳: توصیه‌های اجرایی جهت بهینه‌سازی گردشگری سلامت با تأکید بر نگهداشت کادر درمان در شهر اصفهان

سطح اول: پیشنهادات کلان / راهبردی (سطح حکمرانی و سیاست‌گذاری)
طراحی و استقرار چارچوب حکمرانی مشترک سلامت-گردشگری در سطح ملی و استانی با هدف یکپارچه‌سازی سیاست‌ها، مقررات و برنامه‌های توسعه گردشگری سلامت
تدوین سیاست رسمی اتصال منابع اقتصادی گردشگری سلامت به نظام جبران خدمات و مشوق‌های حرفه‌ای کادر درمان، به‌منظور تبدیل درآمد ارزی به اهرم نگهداشت منابع انسانی
تعریف نظام تنظیم‌گری و استانداردسازی ملی برای خدمات گردشگری سلامت، شامل استانداردهای IPD، کیفیت خدمات بین‌المللی، و شاخص‌های عدالت در دسترسی بیماران داخلی و خارجی
توسعه راهبردهای ملی و منطقه‌ای برندینگ مقصد درمانی و بازاریابی بین‌المللی سلامت، مبتنی بر مزیت‌های تخصصی و حوزه‌های درمانی منتخب
طراحی بسته‌های سیاستی تشویق سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در زیرساخت‌های درمانی و خدمات پشتیبان گردشگری سلامت با شرط رعایت الزامات منابع انسانی و کیفیت خدمت
پیش‌بینی سازوکارهای حمایتی برای کاهش فرسودگی شغلی کادر درمان در سیاست‌های توسعه بازار بین‌المللی خدمات درمانی
سطح دوم: پیشنهادات میانی / برنامه‌ریزی و نهادی (سطح سازمانی و بین‌سازمانی)
ارتقای ساختار واحدهای بیماران بین‌المللی (IPD) از سطح عملیاتی پراکنده به ساختار حرفه‌ای شبکه‌ای با دستورالعمل‌های یکپارچه، آموزش تخصصی و شاخص‌های عملکرد
طراحی برنامه جامع مدیریت منابع انسانی در بیمارستان‌های فعال در گردشگری سلامت شامل مسیر رشد حرفه‌ای، آموزش‌های بین‌فرهنگی، و نظام ارزیابی عملکرد ترکیبی (کیفیت-رضایت-نتیجه درمان)
ایجاد شبکه رسمی همکاری میان بیمارستان‌ها، نهادهای درمان، آژانس‌های تخصصی و مراکز اقامتی به‌منظور تکمیل زنجیره ارزش خدمات سلامت-گردشگری
استقرار نظام توزیع شفاف منابع مالی حاصل از بیماران بین‌المللی میان تیم‌های درمانی به‌صورت مبتنی بر عملکرد و کیفیت خدمت
توسعه مدل‌های برنامه‌ریزی بازار هدف بر اساس تخصص‌های درمانی مزیت‌دار، به‌جای رویکرد عمومی و غیرمتمرکز به بازارهای بین‌المللی
ایجاد دفاتر یا نمایندگانی همکاری بین‌المللی برای مراکز درمانی منتخب در بازارهای هدف منطقه‌ای به‌منظور کاهش وابستگی به واسطه‌های غیررسمی
طراحی برنامه‌های سازمانی کاهش فرسودگی شغلی شامل مدیریت بارکاری، حمایت روانی-حرفه‌ای و انعطاف‌پذیری شیفت‌ها
سطح سوم: پیشنهادات خرد / اجرایی-عملیاتی (سطح اقدام مستقیم)
اجرای بسته‌های انگیزشی عملیاتی برای کادر درمان درگیر در خدمات بیماران بین‌المللی شامل پاداش عملکرد کیفی، فرصت‌های آموزشی و امتیازات حرفه‌ای
برگزاری دوره‌های مهارت‌های ارتباط بین‌فرهنگی، زبان تخصصی پزشکی و مدیریت تجربه بیمار بین‌المللی برای کارکنان درمانی و پشتیبان
استقرار پروتکل‌های استاندارد مسیر خدمت بیمار بین‌المللی از پذیرش تا پس‌درمانی به‌منظور افزایش کیفیت تجربه و کاهش فشار کاری بی‌نظم بر کارکنان
استفاده از داشبوردهای مدیریتی ترکیبی برای پایش همزمان شاخص‌های کیفیت درمان، رضایت بیمار و رضایت شغلی کارکنان
طراحی و اجرای بسته‌های خدمتی ترکیبی درمان-اقامت-پیگیری پس از درمان با تقسیم کار روشن بین واحدهای مسئول
توسعه سازوکارهای پیگیری پس‌درمانی و ارتباط دیجیتال با بیماران خارجی، به‌منظور تقویت تقاضای تکرار و ارجاع مبتنی بر رضایت
شفاف‌سازی فرایندهای مالی و اداری بیماران بین‌المللی برای کاهش تنش سازمانی و جلوگیری از تعارضات درون‌سازمانی

محدودیت‌ها و مطالعات آتی

پژوهش حاضر با دو محدودیت اصلی مواجه است که یکی به ماهیت روش‌شناختی چارچوب مفهومی ارائه‌شده و دیگری به فقدان داده‌های آماری رسمی در حوزه موضوعی پژوهش بازمی‌گردد؛ نخستین محدودیت به ماهیت چارچوب مفهومی ارائه‌شده در بخش یافته‌ها مربوط است. مضامین اصلی و فرعی این چارچوب مستقیماً از داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها استخراج شده و مطابق معیارهای اعتبارپذیری Lincoln & Guba (1985)، از جمله بازنگری مضامین با مشارکت کنندگان، مورد تأیید قرار گرفته‌اند. با این حال، روابط و جهت تأثیرگذاری ترسیم‌شده میان مؤلفه‌های پنج‌گانه چارچوب، بر پایه تحلیل کیفی یافته‌ها و تلفیق آن‌ها با مبانی نظری پژوهش (به‌ویژه نظریه رانشی-کششی مهاجرت) استنتاج شده‌اند و از روش‌های کمی ساختاردهی و اعتبارسنجی روابط در تدوین یا آزمون آن‌ها استفاده نشده است. از این‌رو، آنچه در این پژوهش ارائه شده، یک چارچوب مفهومی اکتشافی است که روابط پیشنهادی آن نیازمند آزمون تجربی و اعتبارسنجی کمی در پژوهش‌های آتی است. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با بهره‌گیری از روش‌های کمی مانند ISM یا AHP

و نیز با مشارکت مستقیم خبرگان در فرایند اعتبارسنجی روابط، به آزمون و تدقیق این چارچوب پردازند.

دومین محدودیت، فقدان داده‌های آماری دقیق و نظام‌مند درباره اشتغال مستقیم و غیرمستقیم کادر درمان ناشی از توسعه گردشگری سلامت در شهر اصفهان است. در حال حاضر هیچ نظام رصد یا پایش مدونی برای ثبت میزان جذب نیروی انسانی درمانی در بخش‌های وابسته به گردشگری سلامت (نظیر مراکز اقامتی-درمانی، خدمات ترجمه پزشکی، تسهیل‌گری بیماران خارجی و مراکز توان‌بخشی) وجود ندارد؛ همین امر ارزیابی دقیق سهم این حوزه در اشتغال‌زایی، و نیز اثرگذاری آن بر نگهداشت یا خروج نیروی انسانی سلامت را با محدودیت مواجه می‌سازد. این خلأ اطلاعاتی، امکان تحلیل دقیق پیامدهای بلندمدت توسعه گردشگری سلامت بر پدیده مهاجرت یا نگهداشت کادر درمان را محدود می‌کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی سازوکارهای رسمی جمع‌آوری داده و پایش مستمر وضعیت اشتغال و مهاجرت نیروی انسانی سلامت، زمینه را برای تحلیل‌های مبتنی بر داده‌های طولی و دقیق‌تر در این حوزه فراهم آورند.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارد.

ORCID

Mahsa Rezaie

Zahed Shafie

Mohammad Ali Rajaie

Rizi

 <http://orcid.org/0009-0002-3679-9718>

 <https://orcid.org/0009-0003-3746-583X>

 <https://orcid.org/0009-0002-4509-8825>

منابع

- ابوالحسنی، فرحناز، زنگی آبادی، علی و جباری، علی رضا. (۱۴۰۳). تعیین پیشران های کلیدی مؤثر در توسعه گردشگری پزشکی (مورد پژوهی: کلان شهر اصفهان). *فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۹ (۶۶)، ۶۷-۱۰۶. <https://doi.org/10.22054/tms.2024.77140.2901>
- حقدوست علی اکبر، نوری حکمت سمیه، طلایی بهروز، ملک پور افشار رضا، صلواتی بهرام، بهزادی فهیمه و همکاران. (۱۴۰۱). بررسی عوامل مؤثر بر مهاجرت نیروی انسانی در حوزه سلامت در سال ۱۴۰۱. *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*. ۶ (۲): ۲۰۵-۲۱۳. بازیابی شده از <http://ijhp.ir/article-1-604-fa.html>
- حیدری، علیرضا، شاه بهرامی، مریم، کوچک، فریده، خطیرنامی، زهرا. (۱۴۰۲). بررسی تمایل به مهاجرت پرستاران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان. *پایش*، ۲۲ (۳)، ۳۰۱-۳۱۲. بازیابی شده از <http://payeshjournal.ir/article-1-1990-fa.html>
- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. (۱۴۰۵). *آمار و اطلاعات بیمارستان های دارای بخش IPD*. بازیابی شده از <https://a.mui.ac.ir/https://a.mui.ac.ir/ipd>
- دلشاد، علی و اسدیان اردکانی، فائزه. (۱۴۰۲). ارائه الگوی بهینه زنجیره ارزش گردشگری استان یزد. *گردشگری و توسعه*، ۱۲ (۳)، ۱۱۹-۱۳۱. <https://doi.org/10.22034/jtd.2023.385865.2742>
- دهقانی محمودآبادی، محمد، مسعودی اصل، ایروان، محفوظ پور، سعاد، حسام، سمیه. (۱۴۰۳). اصلاحیه: شناسایی گستره پژوهشی گردشگری پزشکی در جهان و مؤلفه های جذب گردشگر پزشکی در ایران. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۳۲ (۳)، ۷۶۹۵-۷۶۹۶. بازیابی شده از <http://ssu.ssu.ac.ir/article-1-6217-fa.html>
- راغب، علی، کرمی، مهناز. (۱۴۰۳). فراتر کتب علل مهاجرت نخبگان ایرانی و راهکارهای ممانعت از آن. *مجله نامه انجمن جمعیت شناسی ایران*، ۳۸، ۳۳۷-۳۶۶. بازیابی شده از <https://noo.rs/4oMfld>
- رصدخانه مهاجرت ایران. (۱۴۰۱). *سالنامه مهاجرتی ایران ۱۴۰۱: فصل ششم - مهاجرت نیروی انسانی حوزه سلامت در جهان و ایران*. بازیابی شده از <https://imobs.ir/outlook/detail/22>
- زواری زینب، مزروعی نصرآبادی اسماعیل، صادقی ارانی زهرا. (۱۴۰۱). ارائه مدل همکاری در زنجیره تأمین گردشگری پزشکی. *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*، ۶ (۲)، ۳۶۰-۳۶۴. بازیابی شده از <http://ijhp.ir/article-1-540-fa.html>
- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۴۰۵). *نقشه اعضای فعال به تفکیک استان*. بازیابی شده از <https://stats.irimc.org/Members/ActiveMembersByProvince/map>
- سجادی، معصومه سادات. (۱۴۰۳). *علل و تبعات مهاجرت نخبگان. نشریه امنیت اقتصادی*، ۱۲ (۲)، ۵۱-۶۶. بازیابی شده از <https://www.magiran.com/p2778968>
- سرخره دهی، فاطمه. (۱۴۰۳). گردشگری سلامت و پزشکی در ایران؛ ظرفیت ها و چالش ها. *امنیت اقتصادی*، ۱۲، ۶۳-۷۴. بازیابی شده از https://es.tesrc.ac.ir/article_716838.html

- سرخه دهی، فاطمه. (۱۴۰۲). راهبردهای جذب گردشگر در حوزه پزشکی و سلامت: تجارب کشورهای منتخب. *امنیت اقتصادی*، ۱۱۵، ۴-۱۶. بازیابی شده از https://es.tesrc.ac.ir/article_709514.html
- شیرازی، اسکندر، پناهی، بلال. (۱۴۰۳). شناسایی نیازهای ساختار مدیریتی مراکز درمانی در راستای جبران صدمات کادر درمان در کرونا (مورد مطالعه: دانشگاه علوم پزشکی تبریز). *نشریه مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۵(۲)، ۷-۲۵. بازیابی شده از <https://sanad.iau.ir/Journal/jhm/Article/806497>
- صلواتی سرچشمه، بهرام. (۱۴۰۲). تغییر الگوی «جابه جایی تحصیلی» به «مهاجرت دانشجویی»؛ مطالعه موردی ایران. *فصلنامه مطالعات دانشگاه*، ۲(۲)، ۸۹-۱۳۵. <https://doi.org/10.22035/jous.2024.5417.1093>
- غفاریان، علی، فردوسی، مسعود. (۱۴۰۱). نامه به سردبیر: مهاجرت کادر درمان؛ زنگ خطر به صدا درآمده است؟. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۹(۴)، ۳۹۷-۴۰۱. بازیابی شده از <https://journal.bums.ac.ir/article-1-3243-fa.html>
- فرهادی یونکی، مجید. (۱۴۰۴). *جایگاه اصفهان در گردشگری سلامت* [یادداشت]. بازیابی شده از <https://civilica.com/note/19159/>
- فلاح حقیقی، نگین، شریفی، زینب و احمدی، حامین. (۱۴۰۳). تبیین پدیده مهاجرت و علل آن با رویکرد کیفی (مورد مطالعه: استان یزد). *پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۱۳(۲۴)، ۲۵۳-۲۹۶. <https://doi.org/10.22034/csr.2024.28512.2248>
- کرمانیان، مهدی، مهاجرنیا، محمدرضا، مقدم، علیرضا و آب‌نکی، سیمین. (۱۴۰۲). ارائه و تبیین مدل ترک خدمت کادر درمان در زمان اپیدمی کووید-۱۹ (مورد مطالعه: بیمارستان‌های دولتی شهر تهران). *چشم انداز مدیریت دولتی*، ۱۴(۲)، ۶۷-۹۲. <https://doi.org/10.48308/jpap.2023.103566>
- گودرزی، مجید. (۱۴۰۴). فراتحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران. *گردشگری و توسعه*، ۱۴(۱)، ۵۴-۷۱. <https://doi.org/10.22034/jtd.2024.474178.2955>
- لطفی آشتیانی، سید محسن، اندرواز، لیلا و آلبونعیمی، ابراهیم. (۱۴۰۲). ارائه مدل بازاریابی دیجیتال در صنعت گردشگری پزشکی ایران. *فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۱۸(۶۲)، ۱۶۱-۲۰۲. <https://doi.org/10.22054/tms.2023.73715.2837>
- منصوری، فاطمه، آذر، عادل، و رجب‌زاده، علی. (۱۴۰۲). طراحی مدل زنجیره تامین ارزش آفرین خدمات: مطالعه موردی خدمات پزشکی و سلامت در بستر ویروس کرونا. *نشریه علمی رویکردهای پژوهشی نوین مدیریت و حسابداری*، ۷(۲۴)، ۱۶۹۷-۱۷۱۷. بازیابی شده از <https://majournal.ir/index.php/ma/article/view/1975>
- نصیب اسمعیلی، حسین محمودیان. (۱۴۰۳). جهانی شدن و مهاجرت نخبگان: شناسایی و رتبه بندی عوامل موثر بر مهاجرت نخبگان ایرانی با رویکرد تحلیل سلسله مراتبی. *نشریه نامه انجمن جمعیت شناسی ایران*، ۱۹(۳۷)، ۳۷۵-۴۱۶. بازیابی شده از <https://www.magiran.com/p2777590>

نوری حکمت، سمیه، جباری، علیرضا، دهنویه، رضا و مردانی، رجا. (۱۳۹۳). آمادگی بیمارستان‌ها برای ورود به صنعت گردشگری پزشکی: شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۱(۴) (پیاپی ۳۸)، ۵۰۶-۵۱۴.

۵۱۴. بازیابی شده از <https://doi.org/10.22054/tms.2024.81666.2974>

نیلی‌پور، سید علی اکبر، تقوایی، مسعود، نصر اصفهانی، محمدحسین، و کوهی اصفهانی، مجید. (۱۳۹۴). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر در توسعه گردشگری سلامت. فصلنامه علمی و پژوهشی

نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۷(۴)، ۴۵-۶۰.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.66972251.1394.7.4.3.6>

وجدانی فرد، غزل، اسکندری پور، علی، زارع زاده، محمد، یوسفیان زاده، امید و طاهری، ابوالفضل. (۱۴۰۴).

تحلیل محتوایی وب‌سایت‌های تسهیل‌گران گردشگری پزشکی هند و ایران. فصلنامه مطالعات

مدیریت گردشگری، ۲۰(۶۹)، ۳۷۵-۴۱۰.

<https://doi.org/10.22054/tms.2024.81666.2974>

References

Amorim-Lopes, M., Almeida, Á., & Almada-Lobo, B. (2019). Physician emigration: Should they stay or should they go? A policy analysis. *Computational Economics*, 54(3), 905-931. <https://doi.org/10.1007/s10614-018-9854-1>

Anetoh, B. C., & Onwudinjo, V. G. (2020). Emigration and the problem of brain drain in Nigeria: A philosophical evaluation. *Journal of African Studies and Sustainable Development*, 3(1), 86-98. <http://dx.doi.org/10.3140/RG.2.3.15954.71365>

Chikanda, A. (2024). The World Health Organisation Global Code of Practice and migration of health workers from Zimbabwe. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(5), 1658-1664. <https://doi.org/10.1002/hpm.3837>

Da Costa, M. P., Moreira, C., Castro-de-Araujo, L. F., Da Silva, F. M., & Dos Santos, R. A. (2021). Migration of junior doctors: The case of psychiatric trainees in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(7-8), 533-540. <https://doi.org/10.20344/amp.12562>

Dubas-Jakobczyk K, Domagala A, Kiedik D, Pena-Sanchez JN. (2019) Exploring Satisfaction and Migration Intentions of Physicians in Three University Hospitals in Poland. *Int J Environ Res Public Health*; 17(1):15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010043>

Dubas Hospitals' financial performance across European countries: a scoping review protocol. *BMJ open*, 14(1), e077880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077880>

Eaton, J., Baingana, F., Abdulaziz, M., Obindo, T., Skuse, D., & Jenkins, R. (2023). The negative impact of global health worker migration, and how it can be addressed. *Public health*, 225, 254-257. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.09.014>

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*. <https://doi.org/10.2307/2060063>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Fetscherin, M., & Stephano, R.-M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.08.010>

-Jakóbczyk, K., Ndayishimiye

- Marchal, B., & Kegels, G. (2003). Health workforce imbalances in times of globalization: Brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning and Management*, 18(S1), S89-S101. <https://doi.org/10.1002/hpm.720>
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431-466. <https://doi.org/10.2307/2938462>
- Mejia, A. (1978). Migration of physicians and nurses: A world wide picture. *International Journal of Epidemiology*, 7(3), 207-217. <https://doi.org/10.1093/ije/7.3.207>
- Mandal, S. (2017). The influence of dynamic capabilities on hospital-supplier collaboration and hospital supply chain performance. *International Journal of Operations & Production Management*, 37(5), 664-684. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-05-2016-0249>
- Mohamed, M.-A., & Abdul-Talib, A.-N. (2020). Push-pull factors influencing international return migration intentions: A systematic literature review. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*, 14(2), 231-246. <https://doi.org/10.1108/JEC-01-2020-0004>
- Pang, T. (2002). Brain drain and health professionals. *BMJ*, 324(7336), 499-500. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7336.499>
- Ravenstein, E. G. (1885). The laws of migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2), 167-235. <https://doi.org/10.2307/2979181>
- Ravenstein, E. G. (1889). The laws of migration. *Journal of the Royal Statistical Society*, 52(2), 241-305. <https://doi.org/10.2307/2979333>
- Reynolds, L. G., & Adams, W. (1969). The brain drain. *Industrial and Labor Relations Review*, 23(1), 3-24. <https://doi.org/10.2307/2521729>
- Sax dos Santos Gomes, L., Efendi, F., Putri, N. K., et al. (2024). The impact of international health worker migration and recruitment on health systems in source countries: Stakeholder perspectives from Colombia, Indonesia, and Jordan. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(3), 653-670. <https://doi.org/10.1002/hpm.3776>
- Tancred, T., Falkenbach, M., Raven, J., & Caffrey, M. (2024). How can intersectoral collaboration and action help improve the education, recruitment, and retention of the health and care workforce? A scoping review. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(3), 757-780. <https://doi.org/10.1002/hpm.3773>
- Walton-Roberts, M. (2014). International migration of health professionals and the marketization and privatization of health education in India: From push-pull to global political economy. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.004>
- Walton-Roberts, M. (2023). *Global health worker migration: Problems and solutions*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009217781>
- World Health Organization. (2023). *WHO report on global health worker mobility*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066649>
- Yang, J., Xie, H., Yu, G., & Liu, M. (2019). Turning responsible purchasing and supply into supply chain responsiveness. *Industrial Management & Data Systems*, 119(9), 1988-2005. <https://doi.org/10.1108/IMDS-01-2019-0029>

References [In Persian]

- Abolhasani, F., Zangi Abadi, A., & Jabbari, A. (2024). Determining the key drivers affecting the development of medical tourism: A case study of metropolitan

- Isfahan. *Tourism Management Studies Quarterly*, 19(66), 67–106.
<https://doi.org/10.22054/tms.2024.77140.2901>
- Delshad, A., & Asadian Ardakani, F. (2023). Presenting an optimal value chain model for tourism in Yazd province. *Tourism and Development Journal*, 12(3), 119–131. <https://doi.org/10.22034/jtd.2023.385865.2742>
- Dehghani Mahmoud Abadi, M., Masoudi-Asl, E., Mahfouzpour, S., & Hesam, S. (2024). Erratum: Identifying the scope of medical tourism research worldwide and components of attracting medical tourists in Iran. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 32(3), 7695–7696. Retrieved from <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-6217-fa.html>
- Esmaili, N., & Mahmoudian, H. (2024). Globalization and elite migration: Identification and ranking of factors influencing the migration of Iranian elites using analytic hierarchy process (AHP). *Letter of the Iranian Population Association*, 19(37), 375–416. Retrieved from <https://magiran.com/p2777590>
- Fallah Haghighi, N., Sharifi, Z., & Ahmadi, H. (2024). Explaining the phenomenon of migration and its causes with a qualitative approach: A case study in Yazd Province. *Contemporary Sociological Research*, 13(24), 253–296. <https://doi.org/10.22084/csr.2024.28512.2248>
- Farhadi Yoonaki, M. (2025). *The position of Isfahan in health tourism* [Note]. Retrieved from <https://civilica.com/note/19159/>
- Ghaffarian, A., & Fardousi, M. (2022). Letter to the editor: Migration of health personnel; A warning bell ringing. *Birjand University of Medical Sciences Journal*, 29(4), 397–401. Retrieved from <http://journal.bums.ac.ir/article-1-3243-fa.html>
- Goudarzi, M. (2025). A meta-analysis of barriers to the development of medical tourism in Iran. *Tourism and Development Journal*, 14(1), 54–71. <https://doi.org/10.22034/jtd.2024.474178.2955>
- Haghdoust, A. A., Nouri-Hekmat, S., Talaei, B., Malekpour Afshar, R., Salavati, B., Behzadi, F., et al. (2022). Factors affecting the migration of health workforce in 2022. *Culture & Health Promotion Journal*, 6(2), 205–213. Retrieved from <http://ijhp.ir/article-1-604-fa.html>
- Heidari, A., Shahbahrani, M., Kuchak, F., & Khatirnameni, Z. (2023). Nurses' tendency toward migration and its relationship with social capital in teaching hospitals of Golestan University of Medical Sciences. *Payesh*, 22(3), 301–312. Retrieved from <http://payeshjournal.ir/article-1-1990-fa.html>
- Iranian Medical Council. (2026). *Map of active members by province*. Retrieved from <https://stats.irimc.org/Members/ActiveMembersByProvince/map>
- Iranian Migration Observatory. (2022). *Iran Migration Yearbook 2022: Chapter 6 – Migration of health workforce in Iran and the world*. Retrieved from <https://imobs.ir/outlook/detail/22>
- Isfahan University of Medical Sciences. (2026). *Statistics on hospitals with IPD departments*. Retrieved from <https://ta.mui.ac.ir/های-بیمارستان-ipd>
- Kermanian, M., Mohajernia, M. R., Moghaddam, A., & Abniki, S. (2023). Developing and explaining a model of medical staff turnover during the COVID-19 epidemic: The case of Tehran public hospitals. *Public Administration Perspective*, 14(2), 67–92. <https://doi.org/10.48308/jpap.2023.103566>
- Lotfi Ashtiani, S. M., Andervazh, L., & Albonaemi, E. (2023). Developing a digital marketing model in Iran's medical tourism industry. *Tourism Management Studies Quarterly*, 18(62), 161–202. <https://doi.org/10.22054/tms.2023.73715.2837>

- Mansouri, F., Azar, A., & Rajabzadeh, A. (2023). Designing a value-creating supply chain model for medical and health services during the coronavirus pandemic: A case study. *New Research Approaches in Management and Accounting Journal*, 7(24), 1697–1717. Retrieved from <https://majournal.ir/index.php/ma/article/view/1975>
- Nilipour, Seyed Ali Akbar, Taghvaei, Masoud, Nasr Esfahani, Mohammad Hossein, Kouhi Esfahani, Majid. "Identifying and prioritizing factors affecting the development of health tourism". *Scientific and Research Quarterly Journal of New Approaches in Human Geography*, vol. 7, no. 4, 2015, pp. 45-60. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.66972251.1394.7.4.3.6>
- Noori Hekmat, S., Jabbari, A., Dehnavieh, R., & Mardani, R. (2014). Readiness of hospitals to enter the medical tourism industry: Isfahan city. *Health Information Management*, 11(4) (Serial No. 38), 506-514. Retrieved from https://him.mui.ac.ir/article_11327.html
- Ragheb, A., & Karami, M. (2024). A meta-synthesis of the causes of Iranian elites' migration and strategies for its prevention. *Letter of the Iranian Population Association*, (38), 337–366. Retrieved from <http://noo.rs/4cMld>
- Sajjadi, M. S. (2024). Causes and consequences of brain drain. *Economic Security Journal*, 12(2), 51–66. Retrieved from <https://magiran.com/p2778968>
- Salavati-Sarcheshmeh, B. (2023). From "academic relocation" to "student migration": The case of Iran. Retrieved from <https://civilica.com/doc/2214338>
- Shirazi, E., & Panahi, B. (2024). Identifying managerial structural needs of hospitals to compensate for COVID-19-related damages: The case of Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Health Management*, 15(2), 7–25. Retrieved from <https://sanad.iu.ir/Journal/jhm/Article/806497>
- Sorkhe-Dehi, F. (2024). Health and medical tourism in Iran: Capacities and challenges. *Economic Security*, (123), 63–74. Retrieved from https://es.tesrc.ac.ir/article_716838.html
- Sorkhe-Dehi, F. (2023). Strategies for attracting tourists in the medical and health sector: Experiences of selected countries. *Economic Security*, (115), 4–16. Retrieved from https://es.tesrc.ac.ir/article_709514.html
- Vojdani Fard, G., Eskandari-pour, A., Zarezadeh, M., Yousefianzadeh, O., & Taheri, A. (2025). Content analysis of medical tourism facilitators' websites in India and Iran. *Tourism Management Studies Quarterly*, 20(69), 375–410. <https://doi.org/10.22054/tms.2024.81666.2974>
- Zavari, Z., Mazrouei-Nasrabadi, E., & Sadeghi-Arani, Z. (2022). Developing a collaborative model in medical tourism supply chain. *Culture & Health Promotion Journal*, 6(2), 360–364. Retrieved from <http://ijhp.ir/article-1-540-fa.html>

