

شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه گردشگری

سلامت در ایران

(مورد مطالعه: استان تهران)

کمال سخدری^۱، استادیار گروه کارآفرینی سازمانی، دانشکده کارآفرینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

نادر سیدامیری، استادیار گروه کارآفرینی سازمانی، دانشکده کارآفرینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

علیرضا رجائیان، دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته کارآفرینی، دانشکده کارآفرینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

جواد سخدری، دانشجوی دکترا، رشته کارآفرینی، دانشگاه تهران و عضو هیأت علمی جهاد دانشگاهی مشهد، مشهد، ایران

پذیرش: ۹۷/۶/۱۸

ارجاع جهت اصلاحات: ۹۷/۵/۱۶

دریافت: ۹۷/۱/۳۱

چکیده

با وجود ظرفیت‌های فراوان گردشگری سلامت در ایران، بهره‌برداری مناسبی از پتانسیل‌های موجود در قالب رفتارهای کارآفرینانه نشده است. نظریه پیوند عامل - فرصت‌گر کارآفرینی پیشنهاد می‌کند که کارآفرینی اساساً حاصل پیوند عاملان (کارآفرینان و سازمان‌ها) و محیط یا فرصت (زمینه مناسب) می‌باشد. یکی از عوامل مهم محیطی که بر فرایندهای کارآفرینی تأثیرگذار است، عوامل نهادی است. لذا این پژوهش با رویکردی کیفی و اکتشافی به دنبال شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت با تمرکز خاص بر استان تهران می‌باشد. در این پژوهش، از روش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته با کارآفرینان و صاحب‌نظران حوزه گردشگری سلامت که به روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شده‌اند در شهر تهران و در بازه زمانی فروردین تا تیرماه ۱۳۹۵ جهت جمع‌آوری داده استفاده شده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که ترتیبات نهادی لازم در ابعاد قانونی، هنجاری، شناختی و اقدامات حمایتی می‌تواند از طریق افزایش تمایل کارآفرینان برای بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، نرخ وقوع رفتار کارآفرینانه در این حوزه را افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: کارآفرینی، گردشگری سلامت، عوامل نهادی، بهره‌برداری از فرصت

مقدمه

وابستگی اقتصاد ایران به در آمد نفت و فرآورده های نفتی یکی از مشکلات اساسی کشور است که همواره در برنامه های توسعه کشور، سیاست ها و راهکارهای مختلفی برای رهایی و یا کاهش این وابستگی در نظر گرفته شده است. توسعه صنعت گردشگری یکی از گزینه های مورد تاکید می باشد (عظیمی هاشمی و اصغری، ۱۳۹۶؛ عربشاهی کریزی و آراینفر، ۱۳۹۲). این صنعت گسترده ترین صنعت خدماتی است که در آینده با سرعتی بیش از پیش گسترش خواهد یافت (مجبی، خوراکیان و فراچی، ۱۳۹۶). توسعه فناوری های اطلاعات و حمل و نقل نقش مهمی در گسترش این صنعت داشته است (فتسچرین و استفانو^۱، ۲۰۱۶).

یکی از انواع گردشگری، گردشگری سلامت است که عبارت است از سفری که به منظور درمان بیماری های روحی و جسمی و انجام نوعی از عمل های جراحی به دهکده های سلامت و اسپاها (مراکز آب گرم معدنی) صورت می پذیرد (شیخ الاسلامی و دیگران، ۱۳۸۹). مزایای این نوع گردشگری باعث شده است که بازار آن در سطح جهانی به شدت رقابتی گردد (هان و هیون^۲، ۲۰۱۵). گردشگری سلامت باعث دسترسی بیماران به خدمات پزشکی با کیفیت تر با قیمت پایین تر و نیز زمان های انتظار کوتاه تر می گردد. لذا، بیمارانی که در جست و جوی این نوع خدمات هستند از کشورهای توسعه یافته مانند استرالیا، بریتانیا و ایالات متحده به کشورهای در حال توسعه مانند هند، کاستاریکا و تایلند مسافرت می نمایند (یئوه، عثمان و احمد^۳، ۲۰۱۳).

درآمد جهانی از گردشگری سلامت ۲۰ درصد افزایش یافته است (یو و کو^۴، ۲۰۱۲). در سال ۲۰۱۴ درآمد حاصل از توریسم پزشکی حدود ۵۵ میلیارد دلار در امریکا بوده و حدود ۱۱ میلیون نفر برای دریافت خدمات سلامت به کشورهای دیگر مسافرت نموده و هر بیمار بین ۳۵۰۰ تا ۵۰۰۰ دلار برای هر سفر هزینه نموده است (جوهرن و لارک^۵، ۲۰۱۵). آمارهای دقیقی در مورد تعداد افرادی که برای خدمات سلامت به دیگر کشورها مسافرت می کنند، به تفکیک کشورها وجود ندارد و این ارقام ضد و نقیض می باشد (مؤمنی،

1. Fetscherin & Stephano
 2. Han & Hyun
 3. Yeoh, Othman & Ahmad
 4. Yu & Ko
 5. John & Larke

جنتی، ایمانی و خدایاری^۱، ۲۰۱۸). با این وجود، تعداد مسافران گردشگری سلامت در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آتی به شدت افزایش یابد (پیرلو و امتتا^۲، ۲۰۱۸).

مطابق سند چشم‌انداز بیست ساله ۱۴۰۴، پیش‌بینی شده است که یک میلیون و چهار صد هزار نفر برای خدمات پزشکی به ایران مراجعه نمایند که نشان از پتانسیل بالای ایران برای کسب رتبه بالا در توریسم پزشکی در خاورمیانه دارد (مه‌دوی^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود فرصت‌های فراوان در بخش گردشگری سلامت برای کارآفرینان ایرانی جهت خلق ثروت و ارزش (مروتی شریف آبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰، محبی و همکاران، ۱۳۹۶)، فهم اندکی در مورد عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه در صنعت گردشگری سلامت ایران وجود دارد. نظریه پیوند عامل فرصت (شین و وانکاترمن^۴، ۲۰۰۰) در کارآفرینی، پیشنهاد می‌کند که کارآفرینی اساساً حاصل پیوند عاملان (کارآفرینان و سازمان‌ها) و محیط یا فرصت می‌باشد. فرصت به مجموعه شرایطی اطلاق می‌شود که ایده‌های کارآفرینانه برای ارائه محصول یا خدمت جدید را مطلوب و امکان‌پذیر می‌نماید (دیویدسون^۵، ۲۰۱۶). این مجموعه عوامل محیطی بر هزینه، زمان و نوع فعالیت کارآفرینانه تأثیرگذارند به طوری که اگر مجموعه شرایط به نحو مطلوبی وجود نداشته باشند، فعالیت‌های کارآفرینانه با هزینه و زمان بیشتری صورت می‌گیرد و نوع فعالیت‌ها نیز ممکن است از حالت مولد به غیرمولد، رسمی به غیررسمی؛ نوآورانه به تقلیدی و فرصت‌محور به اجباری منتقل شود (سوبل^۶، ۲۰۰۸). یکی از عوامل مهم محیطی که بر فرایندهای کارآفرینی تأثیرگذار است، عوامل نهادی است. نهادها چارچوب‌های تعیین شده توسط انسان‌ها هستند که رفتار آن‌ها را هدایت می‌کنند (نورث^۷، ۱۹۹۰، پنگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۹).

-
1. Momeni, Janati, Imani, Khodayari-Zarnaq
 2. Pirillo & Amenta
 3. Mahdavi
 4. Shane & Venkataraman
 5. Davidsson
 6. Sobel
 7. North
 8. Peng

با وجود اینکه به نظر می‌رسد فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت در ایران وجود دارد، بهره‌برداری از این فرصت‌ها مستلزم ایجاد ترتیبات نهادی لازم برای افزایش مطلوبیت و امکان‌پذیری فعالیت‌های کارآفرینانه در این حوزه است. پژوهش‌های قبلی بینش اندکی در این زمینه ارائه می‌نمایند؛ به خصوص در ایران که دارای زمینه نهادی متفاوت می‌باشد. لذا این پژوهش با رویکردی کیفی و اکتشافی به دنبال شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت با تمرکز خاص بر استان تهران می‌باشد.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

آنچه فعالیت‌های کارآفرینی را از پژوهش‌های حوزه‌های نزدیک متمایز می‌سازد، توجه به فرایند ظهور کسب‌وکار یا فعالیت اقتصادی اجتماعی جدید است (دیویدسون، ۲۰۱۶). این پدیده دارای اثرات اقتصادی، اجتماعی، محیطی و فردی در سطوح مختلف تحلیل می‌باشد (شین، ۲۰۱۲). بیش‌ترین توجه به پدیده کارآفرینی و در واقع خاستگاه این پدیده در نظرات اقتصاددانان بوده است که ظهور فعالیت اقتصادی جدید و مؤثر را از عوامل اساسی رشد و توسعه اقتصادی جوامع می‌دانند. پس از اینکه این پدیده اثرات اقتصادی خود را نشان داد، توجه جامعه علمی به این پدیده برای کسب حداکثر دانش در مورد آن جلب شد که مجموعه پژوهش‌ها در سه پارادایم اصلی ویژگی‌ها، محیط و ترکیبی تقسیم‌بندی می‌شود (دیویدسون، ۲۰۰۸). در واقع، پس از اینکه اثرات رفتار کارآفرینانه در رشد و توسعه اقتصادی جوامع نشان داده شد، ابتدا روان‌شناسان به بررسی ویژگی‌های فردی کارآفرینان از قبیل ریسک‌پذیری، پذیرش ابهام و موفقیت‌طلبی پرداختند که در نهایت موفق به ارائه پروفایل مشخصی از کارآفرینان نشدند (گارتنر، ۱۹۸۸). لذا از دهه ۱۹۹۰ بیشتر توجهات کارآفرینی معطوف به محیط شد (زهرآ، ۱۹۹۱؛ ۲۰۰۷)؛ با هدف ارائه محیط مطلوبی که نرخ وقوع رفتار کارآفرینانه را افزایش دهد. در اواخر این دهه مقاله شین و ونکاترامن (۲۰۰۰)، که به عنوان بهترین مقاله دهه کارآفرینی در سال ۲۰۱۰ انتخاب گردید، نظریه پیوند عامل- فرصت را مطرح نمود که به ترکیب نظریات قبلی پرداخت و این پیشنهاد اصلی را مطرح نمود که کارآفرینی از ترکیب فرصت (به عنوان مجموعه

شرایطی که رفتار کارآفرینانه را مطلوب و امکان‌پذیر می‌کند) و عامل (به عنوان فرد یا شرکتی که رفتار کارآفرینانه را انجام می‌دهد) حاصل می‌گردد. لذا این مقاله مطرح می‌کند که هر کدام از دو عامل فرد و فرصتیا محیط به تنهایی نمی‌توانند خروجی کارآفرینانه را شکل دهند و به همان اندازه که عامل مهم است، زمینه و فرصت نیز در ایجاد و کیفیت فعالیت کارآفرینانه نقش دارد. لذا محیط و مجموعه شرایطی که به کارآفرین کمک می‌کند که ایده خود برای بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی را تحقق بخشد، حائز اهمیت استبه طوریکه زمینه نامساعد کارآفرین را به سمت عدم بهره‌برداری یا رفتارهای کارآفرینانه با کیفیت پایین هدایت می‌نماید (سویل، ۲۰۰۸). یکی از این عوامل محیطی نهادها هستند که در مطلوبیت و امکان‌پذیری رفتارها و ایده‌های کارآفرینی نقش بی‌بدیلی دارند. نهادها چارچوب‌های تعیین شده توسط انسان‌ها هستند که رفتار آن‌ها را هدایت می‌کند (نورث، ۱۹۹۰).

نهادها قوانین بازی در یک جامعه هستند و افراد یا سازمان‌ها به عنوان بازیگران رفتار خود را بر اساس چارچوب نهادی شکل می‌دهند (پنگ، ۲۰۱۳). دیدگاه نهادی بحث می‌کند که علاوه بر شرایط و ویژگی‌های شرکت‌ها و ساختار صنعت، شرکت‌ها لازم است که تأثیرات دیگر عوامل از قبیل قوانین و مقررات و فرهنگ جوامع را در انتخاب‌های مدیریتی و فعالیت‌های خود در نظر بگیرند. نورث (۱۹۹۰) نهاد را به دو دسته رسمی (قوانین و مقررات) و غیررسمی (ارزش‌ها، باورها و فرهنگ) تقسیم می‌نماید. اسکات (۱۹۹۵) نیز نهادها را درسه دسته قانونی (قانون‌ها، مقررات و قواعد)، هنجاری، که ابزارهای مشروع را برای پیگیری ارزش‌ها تعریف می‌کند و شناختی، که به باورهای مسلم فرض شده یا ارزش‌هایی که توسط عوامل اجتماعی تحمل و یا درونی شده، اشاره می‌نماید. پنگ و همکاران (۲۰۰۹) این را دو قالب شکل ذیل نشان می‌دهند.

جدول ۱. طبقه‌بندی نهادها

درجه رسمیت	مثال	پایه / طبقه
نهادهای رسمی	قوانین و مقررات	قانونی
نهادهای غیررسمی	هنجارها	هنجاری
	فرهنگ و اخلاقیات	شناختی

منبع: پنگ و همکاران، ۲۰۰۹

بعد قانونی اشاره به مقررات، سیاست‌ها، قواعد و قوانینی دارد که بر رفتار افراد و در نتیجه رفتار کارآفرینانه اثر می‌گذارد. بعد هنجاری شامل هنجارهای اجتماعی، ارزش‌ها و باورهایی است که به رفتار انسانی مربوط می‌شود و بیانگر گرایش‌های ارزشی اجتماعی مربوط به تحسین رفتار کارآفرینانه در جامعه می‌شود. بعد شناختی شامل چارچوب‌های شناختی است که افراد اطلاعات را تفسیر می‌کنند. به بیان دیگر، این بعد مربوط به دانش اجتماعی و توان افراد در بروز رفتار کارآفرینانه است و شامل عواملی از قبیل آموزش و توانمندسازی افراد برای انجام فعالیت‌های کارآفرینانه می‌شود (اسکات، ۱۹۹۵؛ استنهلیم^۱ و دیگران، ۲۰۱۳). استنهلیم و دیگران (۲۰۱۳)، بعد دیگری را به نام بعد هدایت‌گر محیط، به سه بعد هنجاری، قانونی و شناختی اسکات اضافه می‌نمایند. این بعد بر کیفیت و نوع فعالیت کارآفرینانه (جدید بودن محصول یا تکنولوژی، گرایش بین‌المللی و پتانسیل رشد) در کشور اثر می‌گذارد. این بعد از محیط بیانگر نهادها و زیرساخت‌هایی است که از نوآوری، مهارت‌ها و منابع مورد نیاز برای راه‌اندازی کسب‌وکار جدید با رشد بالا حمایت می‌نمایند. در تعریفی کامل‌تر کانا و همکاران (۲۰۰۵؛ ۲۰۱۳) با رویکردی اقتصادی و کسب‌وکار، نهادها را تمام واسطه‌ها و طرف‌های ثالثی تعریف می‌کنند که هزینه مبادله را در سیستم و بازار کاهش می‌دهند. آن‌ها نهادها را شامل نهادهای رسمی (قوانین و مقررات)، غیررسمی (ارزش‌ها، باورها و فرهنگ)، نرم (نهادهای واسطه تخصصی شامل نهادهای اطلاعاتی، تأیید کننده اعتبار یا ادعا، تجمیع کننده، توزیع کننده، تسهیل‌گر و دادرس) و سخت (زیرساخت‌ها) تعریف می‌کنند. آن‌ها بحث می‌نمایند که کارکرد اصلی نهادها کاهش عدم اطمینان و هزینه مبادلات است. عدم اطمینان و هزینه مبادلات در یک سیستم از دو طریق کاهش می‌یابد؛ اول، از طریق شخصی و بدون دخالت اشخاص / نهادهای ثالث ارائه کننده اطلاعات و دوم، از طریق نهادهای بازار. در واقع نهادها از طریق کاهش هزینه و زمان دسترسی به نهادهای باکیفیت (انسانی، مالی و کالا)، ارزیابی قبل از مبادله و رسیدن به حقوق مالکیت بعد از مبادله می‌توانند باعث کاهش هزینه‌های مبادله عاملان بازار گردند (گائو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Stenholm
2. Gao

گردشگری سلامت

تاریخچه سفر باهدف سلامت، پزشکی و دارویی به سومری ها، یونانی ها و تمدن های قبل از آن برمی گردد، که برخی از افراد برای استفاده از چشمه های آب گرم، حمام در آب های معدنی و به طور کلی برای استراحت و تجدید قوا مسافرت می کردند (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۱). ابراهیم زاده و همکاران (۲۰۱۳) گردشگری سلامت را به سه دسته زیر تقسیم کرده اند.

گردشگری تندرستی: سفر به مناطق دارای منابع آب های معدنی و آب های گرم برای رهایی از فشارهای روزمره زندگی و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی، در مواردی که گردشگر بیماری جسمی خاصی ندارد را گردشگری تندرستی گویند. بیماران دوره نقاهت خود را در این مناطق و با بهره مندی از امکانات طبیعی و با نظارت درمانگران سرعت می بخشند.

گردشگری درمانی: سفر با هدف استفاده از منابع طبیعی (آب معدنی، نمک، گل و غیره) برای درمان برخی بیماری ها یا گذراندن دوره بهبود تحت نظارت و مداخله یک درمانگر را گردشگری درمانی گویند.

گردشگری پزشکی: نوع دیگری از گردشگری سلامت است که این سفر با هدف درمان فیزیکی و انجام یک نوع عمل جراحی تحت نظارت درمانگران در بیمارستان ها و مراکز پزشکی انجام می شود (ابراهیم زاده و همکاران، ۲۰۱۳).

امروزه گردشگری سلامت از پر رشدترین بخش های صنعت گردشگری در جهان است که موجب شده تا کشورهای علاقه مند به توسعه این صنعت، توجه خود را به این بخش از توریسم جلب و برای آن برنامه ریزی کنند، به طوری که هر ساله، ۴۰ تا ۵۰ میلیارد دلار درآمد ارزی از این نوع توریسم، عاید کشورهای اروپایی و آمریکایی می شود (مجبی و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس آمارهای سازمان جهانی گردشگری پزشکی^۱ (۲۰۱۵) تعداد گردشگران پزشکی که در سال ۲۰۱۵ به آسیا مسافرت کرده اند در حدود ۱۰ میلیون نفر بوده است که در این میان هند، سنگاپور و تایلند کنترل بیش از ۸۰ درصد این بازار را در اختیار دارند. انتظار می رود که بازار گردشگری سلامت در طول سال های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ در آسیا ۲۲ درصد رشد داشته

باشد. براساس آمارهای این سازمان، امارت متحده با محوریت دبی، ترکیه و اردن سه مقصد پیش رو در منطقه خاورمیانه هستند. در سال ۲۰۱۳ درآمد دبی از محل گردشگری پزشکی به ۱/۶۹ میلیارد دلار رسید. اردن با داشتن ۶۴ بیمارستان خصوصی در سال ۲۰۱۳ پذیرای ۲۵۰ هزار غیر اردنی برای خدمات درمان و پزشکی بوده است. ترکیه در سال ۲۰۱۲ میزبان در حدود ۲۵۰ هزار بیمار بین‌المللی بوده که چیزی در حدود ۱ میلیارد دلار از این محل درآمد داشته است.

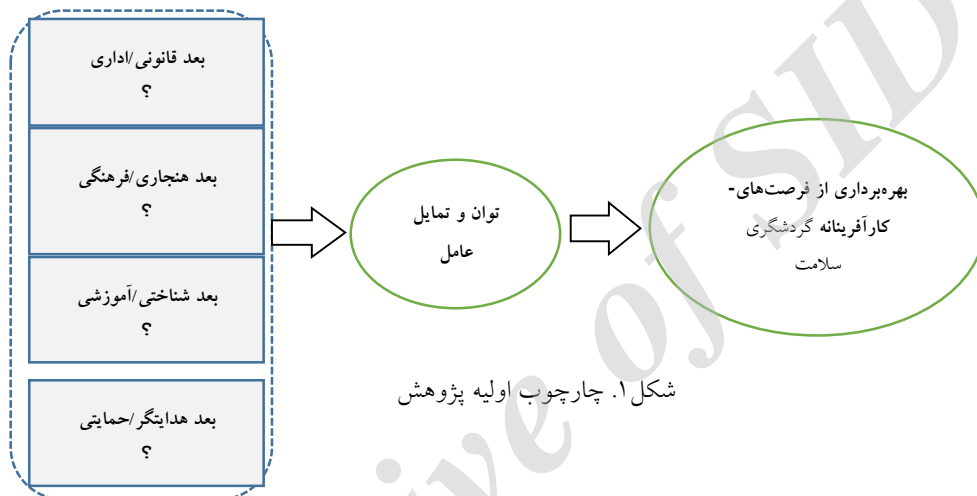
در حال حاضر بر اساس آمارهای موجود در چند سال گذشته بخش گردشگری پزشکی در ایران رشدی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد را تجربه کرده است و این یعنی رشدی بیشتر از صنعت گردشگری پزشکی در سطح جهان که بر طبق آمار سازمان جهانی گردشگری رشد بین ۱۰ تا ۱۲ درصد بوده است. در ایران هر چند آمار دقیقی از تعداد گردشگران سلامت ورودی به کشور، به ویژه گردشگران تندرستی، در دست نیست و سیستمی با این هدف به صورت منسجم راه‌اندازی نشده است، اما بر اساس آمار شورای راهبری گردشگری سلامت ایران در سال ۱۳۹۵ تعداد ۱۵۰ هزار نفر برای خدمات درمانی در سامانه وزارت بهداشت ثبت شده‌اند که در آمدی در حدود ۵۰۰ میلیون دلار برای کشور ایجاد نموده‌اند. با لحاظ نمودن افرادی که ثبت نشده‌اند، سهم واقعی ایران حدود یک میلیارد دلار تخمین زده می‌شود که این کمتر از نیم درصد درآمد جهان گردشگری است و پتانسیل ۷ میلیارد دلاری در این زمینه وجود دارد. ایران در حال حاضر در علم پزشکی مانند سلول‌های بنیادی و ترمیم ضایعات نخاعی جزء کشورهای برتر جهان است.

همچنین در زمینه‌های ناباروری، مباحث رادیولوژی تهاجمی، کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان است. ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه در بین کشورهای در حال توسعه و حتی کشورهای منطقه، یک مزیت رقابتی به شمار می‌آید. علاوه بر آن، کیفیت و درصد موفقیت عمل‌های جراحی در کشور، در سطحی رقابتی با کشورهای ناحیه و رقیب قرار دارد (ابراهیم زاده و همکاران، ۲۰۱۳).

جمع‌بندی و ارائه چارچوب نظری پژوهش

ادبیات پژوهش و مبانی نظری نشان می‌دهد که بهره‌برداری از فرصت‌ها (مانند گردشگری سلامت) مستلزم وجود نهادهایی است که توان و تمایل عاملان (کارآفرینان) را برای بهره‌برداری از این فرصت‌ها افزایش دهد. پژوهش‌های قبلی بیش‌اندکی در مورد عوامل نهادی در حوزه گردشگری سلامت در زمینه و بافت

نهادی و فرهنگی ایران ارائه می نمایند. بی تردید، بهره برداری از فرصت های گردشگری سلامت در ایران نیازمند نهادهای بازار برای کاهش هزینه و زمان رفتارهای کارآفرینانه جهت بهره برداری از این فرصت هاست. لذا این پژوهش با رویکردی کیفی و اکتشافی به دنبال شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره برداری از فرصت های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت، با تمرکز خاص بر استان تهران می باشد. چارچوب نظری پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. چارچوب اولیه پژوهش

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نظر هدف، یک تحقیق کاربردی می باشد. تحقیق کاربردی کاوشی است که به منظور کاربرد نظریه های موجود برای حل مشکلات سازمان ها استفاده می شود (سرمد و همکاران، ۱۳۹۱). رویکرد پژوهش کیفی می باشد زیرا ماهیت پژوهش اکتشافی است و محقق در صدد جمع آوری داده ها از زمینه برای پاسخ به سؤالات پژوهش می باشد و فرضیه (های) اولیه ای برای آزمون، احصاء شده از ادبیات، وجود ندارد (دیویدسون، ۲۰۰۸).

قلمرو موضوعی و مکانی شناسایی عوامل نهادی مؤثر بر بهره برداری از فرصت های کارآفرینانه حوزه گردشگری سلامت استان تهران و قلمرو زمانی، ماه های فروردین تا تیر ۹۵ می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کارآفرینان و مدیرانی که در حوزه گردشگری سلامت تهران اشتغال دارند، تشکیل می دهند. در

این پژوهش با ۱۳ نفر از صاحبان کسب و کار و صاحب نظران حوزه گردشگری سلامت مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق صورت گرفت. با توجه به ناشناخته بودن جامعه آماری کل از روش نمونه گیری گلوله برفی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. مصاحبه، روش اصلی گردآوری داده در این پژوهش می باشد. علاوه بر این مطالعه اسناد و مدارک و مشاهده به عنوان منبع تکمیلی گردآوری داده ها استفاده شده است. اطلاعات جمعیت شناختی پاسخ دهندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی پاسخ دهندگان

شماره	سمت فرد مصاحبه شونده	جنسیت	تحصیلات
I ₁	رئیس شورای راهبری گردشگری سلامت	مرد	دکترای تخصصی
I ₂	مشاور گردشگری سلامت سازمان نظام پزشکی	مرد	پزشک
I ₃	رئیس گردشگری سلامت وزارت بهداشت	مرد	دکترای تخصصی
I ₄	رئیس بیمارستان گاندی	مرد	پزشک فوق تخصص
I ₅	پزشک و مسوول فنی آژانس طریقت	مرد	پزشک
I ₆	مدیر آژانس پاراد	مرد	پزشک متخصص زنان و زایمان
I ₇	مدیر آژانس آتروپاد پرواز	زن	کارشناس ارشد گردشگری
I ₈	آقای X (واسطه بیماران کرد زبان عراقی)	مرد	کاردانی
I ₉	مدیر سایت گردشگری سلامت	مرد	فوق دیپلم کامپیوتر
I ₁₀	عضو هیأت علمی دانشگاه تهران	مرد	دکترای تخصصی
I ₁₁	پژوهشگر حوزه گردشگری سلامت	زن	دکترای تخصصی
I ₁₂	بیمار عراقی حاضر در بیمارستان های ایران	زن	فوق دیپلم ریاضیات
I ₁₃	کارمند اداره گردشگری	مرد	کارشناسی مدیریت
D ₁	موارد پیشنهادی شورای گردشگری سلامت	سند	حاصل اجماع نظر اعضای شورا

منبع: یافته های پژوهش

هم زمان با جمع آوری داده ها و انجام مصاحبه ها، کار تحلیل داده ها نیز انجام گرفت، چراکه لازمه رسیدن به بینش صحیح که توضیح دهنده پدیده ها باشد، جمع آوری داده ها، کدگذاری و تحلیل و مطالعه ادبیات موجود به صورت هم زمان است (گلنیز، ۲۰۰۸). کدگذاری های باز، محوری و انتخابی برای احصاء مقوله های سطح اول و دوم (محورها) و ارتباط آن ها استفاده گردید. دسته بندی ها بر اساس پالایش کدها، حذف کدهای

تکراری، مقایسه و بررسی کدهای جنینی با کدهایی که پیشتر به دست آمده بود، انجام گرفت. در پایان نیز برای روایی‌سنجی یافته‌ها، نتایج در قالب جدول و گزارش در اختیار چند تن از مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت تا توسط ایشان نیز مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد؛ چرا که در رویکرد کیفی، نتایج به دست آمده می‌بایست توسط خود کنش‌گران نیز قابل فهم بوده و به زبان خود آنان بیان شده باشد و اگر کنش‌گران نتوانند معنای یافته‌ها را درک کنند، پژوهش کیفی امری بیهوده خواهد بود. همچنین یافته‌ها در مقام مقایسه با یافته‌های سایر پژوهشگران و نظریه‌های موجود قرار گرفت تا صحت و سقم و معناداری آن تأیید شود (یین، ۲۰۰۹).

پایایی و روایی

برای افزایش پایایی و روایی این پژوهش اقداماتی به این شرح صورت گرفت: پایایی در پژوهش کیفی اشاره به امکان انجام پژوهش توسط محقق مستقل دیگر و رسیدن به نتایج مشابه از همان داده دارد. بدین منظور بر اساس توصیه‌های ارائه شده توسط محققین کیفی (یین، ۲۰۰۹)، اولاً همه فرایندهای این پژوهش از تهیه پروتکل مصاحبه تا کدگذاری به تفصیل مستند سازی شده است که سایر محققین فرآیند رسیدن از داده‌ها به نتایج را مانند یک حسابرس دنبال نمایند. همچنین، با استفاده از چندین نفر در کدبندی و چک کردن داده‌ها با مشارکت کنندگان پایایی پژوهش افزایش داده شد. اعتبار درونی پژوهش نیز اشاره به این دارد که تا چه حد نتایج و تفسیرها درست و بر اساس واقعیت است تا حدسیات ذهنی محقق. برای افزایش اعتبار درونی پژوهش استفاده از چندین محقق، چک نمودن با همکاران، برگشت به مشارکت کنندگان استفاده شده است. برای افزایش اعتبار بیرونی مهم‌ترین استراتژی رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه‌ها می‌باشد (یین، ۲۰۰۹) که در این پژوهش با ۱۳ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته، این مهم محقق گردید.

یافته‌های پژوهش

عوامل نهادی موثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه از طریق کدگذاری باز و محوری شناسایی شدند. در مرحله دوم کدگذاری محوری تمامی این صفات دسته‌بندی و طبقه‌بندی و در نهایت این طبقات به دست آمده در چند مقوله اصلی با استفاده از کدگذاری انتخابی جمع‌بندی گردیدند. جداول کدگذاری در ذیل

آورده شده است. به علت محدود بودن فضا نمونه‌ای از کدگذاری‌های باز ارائه شده است و سپس کدهای محوری احصاء شده ارائه م گردد.

جدول ۳. نمونه کدهای باز و گزاره‌های کلامی

کد فرد	گزاره کلامی	کد باز	کد محوری
15	شنیده‌ام که بیمارستان جم امکانی را فراهم کرده تا مریض بتواند به چند زبان به پرستار بفهماند که در چه عضوی درد دارد یا به چه چیزی نیاز دارد یا خواهش نبرده یا نفشش بالا نمی‌آید که پاسخش هم بطور متقابل آماده شده است.	ایجاد نرم‌افزار و سخت‌افزاری چندزبانه برای انتقال مشکلات بیمار به کادر درمان	استانداردسازی زیرساخت‌ها
17	خیلی از بیمارستان‌های ما در حد بین‌المللی نیستند و هیچ یک مجوز JCI ندارند.	عدم وجود بیمارستان‌های دارای مجوز بین‌المللی	
12	خیلی از کشورها برای مریض‌شان هوایم‌ای اختصاصی دارند و یا هوایم‌هایشان دارای اورژانس می‌باشند.	عدم وجود هوایم‌ای مجهز	
15	حتی بخش وی آی پی دارن اما فقط محیطش قشنگتر از سایر بخش‌هاست	استانداردسازی و به‌روز رسانی تجهیزات پزشکی	
12	امکانات ما باید در حدی باشد که اگر مریض اورژانسی وارد کشور شد برای جلوگیری از اتلاف وقت از هلیکوپتر استفاده نماییم.	عدم امکان انتقال بیمار با بالگرد	
13	ما در این بحث نیازمند اعتباربخشی و خدمات با کیفیت بیشتری هستیم تا بتوانیم با بیمه‌های بین‌المللی کار کنیم و از آنها تأییدیه بگیریم طبعاً بیمه‌های بین‌المللی به ما خیلی کمک خواهند کرد خیلی‌ها تمایل به کمک اما به خاطر تحریم ندارند. از جمله وظایف وزارت بهداشت قرارداد با این بیمه‌هاست.	عدم حضور شرکت‌های بین‌المللی بیمه در ایران	وجود نهادهای واسطه‌ای تسهیل‌گر مالی
14	خیلی از بیمارهای هندوستانی تمایل دارند با بیمارستان ما همکاری نمایند اما هنوز انتقال پول به حساب ما قابل انجام نیست و ماموق به همکاری نشده‌ایم	رفع مشکلات بانکی در خصوص نحوه پرداخت‌های بیمه‌ها و بیمارستان‌ها	
18	در خیلی از مسائل نمیدانم چه راهکاری را با توجه به تغییرات قانونی در نظر بگیریم. حتی بیمار میخواهد در شهری درمان شود که شاید همه پزشکانش را نمیشناسم	ایجاد مراکز مشاوره	حمایت مشاوره‌ای
15	هنوز هم معلوم نیست ما از چه کسی باید پیروی کنیم هر نهاد ساز خودش را می‌زند.	معرفی متولیان حمایت‌کننده اصلی	
18	من خودم خیلی دوست دارم برای افزایش اعتبارم نزد بیمار، به آنها اعلام نمایم که کار قانونی است و با دیگر واسطه‌ها متفاوتم اما نمی‌دانم چطور.	عدم راهنمایی دقیق واسطه‌ها به نحوه ایجاد شرکت قانونی	
14	مشکل عمده دیگر، عدم توانایی بیمار در فالو آپ هست که وقتی به کشورشان برگردند واقعا پیگیری برایشان دشوار هست	عدم وجود نهادهای واسطه‌ای شناختی	

ادامه جدول ۳

کد فرد	گزاره کلامی	کد باز	کد فرد
15	به نظر من مسئولین اصلا تمایل ندارند کارآفرینان و آژانس های هواپیمایی به موفقیت برسند و هیچ کس از ما حمایت نمی کند.	عدم حمایت های مالی	تسهیلات و کمک های مالی
17	دولت هیچ حمایتی از ما نمی کند من نزدیک به ۲۰۰ میلیون تومان هزینه کرده ام که هنوز سود مناسبی کسب نکرده ام.		
14	زمانی که مسئولین می دانند از این صنعت درآمد خوبی کسب خواهد شد چرا حمایت مالی نکنند تا بیمارستان و هتل بیمارستان درجه یک اضافه کنیم.	عدم وجود تسهیلات برای تأسیس هتل بیمارستان ها	
11	واقعا منتهی وجود ندارد که بتوان توانایی پزشکان و کیفیت بیمارستان ها را تفکیک کرد.	عدم وجود نهاد برای رتبه بندی پزشکان بیمارستان ها و آژانس ها	ایجاد نهادهای واسطه- ای اطلاعات و تأیید کننده اعتبار
12	ما باید فعالیت سرمایه گذاران خارجی را در کشور گارانتی کنیم چراکه تجربه آنها در این زمینه بیشتر از ماست فقط آنها از مسائل سیاسی ترس دارند.	ضمانت سرمایه گذاری برای غیر بومی ها	
16	من همکاران دیگرم را نمی شناسم.	عدم وجود سندیکا (اتحادیه) به خصوص برای واسطه ها	
18	خیلی از اعراب غذای شور و چرب را ترجیح می دهند و با غذاهای ما راحت نیستند.	عدم وجود دانش بازار	ایجاد نهادهای واسطه- ای اطلاعات و تأیید کننده اعتبار
14	بسیاری از بیماران عرب علاقه دارند در لحظه ورود با قهوه پذیرایی شوند.		
14	متأسفانه اصلا این ذهنیت در مسئولین هنوز به وجود نیامده که ما نیاز به بحث های آموزشی داریم.	عدم وجود ذهنیت مبنی بر نیاز به آموزش	خدمات آموزشی
15	در رابطه با آموزش تا الان که چیزی نبوده مگر مجلاتی بوده باشد مقاله ای بوده باشو یا در بهمن ماه نمایشگاهی بود که مطالب همه تکراری بوده	عدم آموزش مسئولین فنی آژانس ها	
16	بردار عده ای مریض را اذیت می کنند مریض ها هم ایرانیان را کلاه دانسته و حتی از ما یاد می گیرند.	نیاز به آموزش به واسطه ها جهت احترام به مسافر	
16	مثلا هند پرواز رایگان گذاشته برای عراقی ها از بصره به هند برای همیعراقی ها هندوهارا قبول دارند	ایجاد تسهیلات و مشوق برای بیماران کشورهای همسایه	افزایش برنامه های تشویقی و ترویجی
14	نه تنها برای ما امتیازات خاصی قائل نشده اند، که تشویق معمولی هم نشده ایم.	تشویق بیمارستان های فعال	
19	به نظرم باید در برنامه های تلویزیونی از این شغل بیشتر تعریف کنند و حتی در همایش ها از کارآفرینان این عرصه تقدیر نمایند.	تقدیر از کارآفرینان در جشن ها	
111	چقدر خوب خواهد شد اگر ما برای تشویق مثلا از مالیات معاف- شان کنیم حتی باعث جذب سرمایه گذار خارجی خواهد شد.	نیاز به معافیت های مالیاتی به خصوص برای سرمایه گذار خارجی	

منبع: یافته های پژوهش

جدول ۴. احصاء کدهای محوری ثانویه (ابعاد/مؤلفه‌ها) و نمونه ابزارهای سیاستی

ابعاد/مؤلفه‌ها	عوامل محوری	نمونه ابزارهای سیاستی
بعد تنظیمی	اصلاحات اداری و قانونی	<ul style="list-style-type: none"> • تسریع در اجرای برنامه‌های گسترش صنعت گردشگری سلامت • حذف موانع و تسریع فرایند اخذ جواز تأسیس • شناسایی و ساماندهی واسطه‌ها • تسریع ورود بیمار و صدور روادید خاص بیماران • ایجاد بستر امن و قانون‌مند برای ورود عموم علاقه‌مندان به این صنعت • تعیین متولی واحد و ارائه قدرت نظارت شده به نهاد مذکور برای قانون‌گذاری • افزایش ضمانت اجرایی قراردادها • هویت‌بخشی به شهرک‌های سلامت • تدوین قانون مؤثر برای حضور واسطه‌ها و کارآفرینان در فضای مجازی • تعیین تکلیف رسیدگی به شکایات بیمار (براساس قانون کشور مبدأ یا مقصد) • ایجاد امکان فالوآپ بیمار بعد از جراحی
	فعالیت‌های تشویقی برای کارآفرینان و سرمایه‌گذاران	<ul style="list-style-type: none"> • تشویق پزشکیانی دارای بیش‌ترین رضایت مشتری • تشویق مراکز درمانی دارای بیش‌ترین رضایت مشتری • ارائه مشوق‌های مالی و معافیت‌های مالیاتی
بعد هنجاری	فعالیت‌های ترویجی	<ul style="list-style-type: none"> • معرفی برترین مراکز از دید بیماران • فرهنگ‌سازی از طریق تیزرهای تبلیغاتی • برگزاری گردهمایی و همایش سالانه ملی و بین‌المللی
بعد شناختی	خدمات آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش بازاریابی، مدیریت و کارآفرینی برای شرکت‌های واسطه تخصصی و مراکز درمانی • آموزش فوریت‌های پزشکی به کارآفرینان و مسئولین گردشگری • آموزش زبان‌های خارجه به خصوص زبان کشورهای بازارهدف • ایجاد آموزش‌های رسمی و دانشگاهی این رشته • فراهم نمودن زمینه استفاده از تجربیات سایر کشورها • ایجاد مستندات و محتوای آموزشی فیزیکی و مجازی
ایجاد زیرساخت‌ها	ایجاد نهادهای نرم	<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد نهادهای واسطه‌ای تسهیل‌گر اطلاعاتی • ایجاد نهادهای واسطه‌ای تسهیل‌گر مالی • تسهیلات و کمک‌های مالی • ایجاد نهادهای مشاوره‌ای
	ایجاد زیرساخت‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی (حمل‌ونقل و غیره) • ایجاد زیرساخت‌های مبتنی بر فناوری اطلاعات

عوامل نهادی اثرگذار بر بهره برداری از فرصت‌های کارآفرینی حوزه گردشگری سلامت

منبع: یافته‌های پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ترتیبات نهادی لازم در ابعاد قانونی (شامل اقداماتی از قبیل تسهیل مراحل اخذ مجوز، ساماندهی واسطه‌ها، و غیره) هنجاری (ترویج رفتار کارآفرینانه در حوزه گردشگری سلامت)، شناختی و ادراکی (شامل آموزش کلیه اعضای زنجیره تأمین و اقدامات حمایتی و هدایتگر (شامل ایجاد نهادهای واسطه‌ای مالی و اطلاعاتی، استاندارد سازی زیرساخت‌ها و تسهیلات مالی) می‌تواند از طریق افزایش توان و تمایل کارآفرینان برای بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری سلامت نرخ وقوع رفتار کارآفرینانه در این حوزه را افزایش دهد (شکل ۲).

Archive of SID



شکل ۲. چارچوب نهایی پژوهش

با توجه به نظریه پیوند عامل- فرصت (شین و ونکاترامن، ۲۰۰۰) هر کدام از دو عامل فرد و فرصت یا محیط به تنهایی نمی‌توانند خروجی کارآفرینانه را شکل دهند و به همان اندازه که عامل مهم است، زمینه و فرصت نیز در ایجاد و کیفیت فعالیت کارآفرینانه نقش دارد. لذا محیط و مجموعه شرایطی که به کارآفرین کمک می‌کند که ایده خود برای بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی را تحقق بخشد، حائز اهمیت است. این مجموعه عوامل محیطی بر هزینه، زمان و نوع فعالیت کارآفرینانه تأثیرگذارند (سوبل، ۲۰۰۸). در همین راستا، وجود محیط قانونی، هنجاری، حمایتی و آموزشی مناسب بر توان و تمایل عاملان بازار برای شناسایی و بهره‌برداری از فرصت‌های گردشگری سلامت در ایران تأثیر خواهد داشت. نتایج این پژوهش بینش‌های کاربردی زیر برای سیاست‌گذاران و مدیران حوزه گردشگری سلامت ایران ارائه می‌نماید:

- در راستای نقش تنظیمی و قانونی خود، سیاست‌گذاران لازم است به اصلاح رویه‌ها و قوانین و مقررات جهت تسهیل فعالیت کارآفرینانه در حوزه گردشگری بپردازند. در این زمینه پیشنهاد می‌شود که در گام اول قدرت شورای راهبری گردشگری سلامت به عنوان متولی اصلی این حوزه مشخص شده و تحت نظارت افزایش یابد. سپس باید مراحل اخذ جواز تسهیل و برنامه‌های جامع برای ساماندهی واسطه‌ها از سوی متولیان اجرایی گردد.
- در راستای نقش هنجاری، سیاست‌گذاران باید برنامه‌های تشویقی جهت افزایش اعتبار کارآفرینان نزد مشتریان به‌کارگیرند. پیشنهاد میشود فعالین برتر مراکز درمانی در این صنعت، شناسایی و در همایش‌ها و جشن‌های سالانه از آنان تقدیر به عمل آید.
- در راستای بعد شناختی عواملی از قبیل آموزش و توانمندسازی افراد برای انجام فعالیت‌های کارآفرینانه در دستور کار نهاد متولی قرار گیرد. در این زمینه باید شفاف‌سازی (اعم از شفاف‌سازی در قیمت‌ها، قوانین و حمایت‌ها) به شدت مورد توجه قرار گیرد. همچنین برای توانمندسازی کارآفرینان نیاز به ارائه آموزش‌های لازم در زمینه بازاریابی، فوریت‌های پزشکی، گردشگری و زبان‌های خارجه برای تمامی اعضای زنجیره تأمین وجود دارد.
- در نهایت نسبت به بعد حمایتی باید اشاره کرد که رفتار کارآفرینانه با گرایش رشد بالا (با گرایش بین المللی، پتانسیل رشد بالا و نوآور) فقط تحت تاثیر عوامل قانونی و شناختی نیست؛ بلکه در محیط

اتفاق می‌افتد که عوامل تولید و ارائه خدمات سطح بالا مانند فناوری‌های جدید، تولید دانش و نوآوری وجود دارد. پیشنهاد می‌شود برای این مهم، سیاست‌گذاران ابتدا زیرساخت‌های کشور را هر چه سریع‌تر به سطح اول دنیا نزدیک نموده، برای کارآفرینان واجد شرایط، تسهیلات مناسب را قرار دهند و با گسترش روابط بانکی و اجازه ورود بیمه‌های بین‌المللی عاملان را مورد حمایت قرار دهند. همچنین ایجاد نهادهای واسطه اطلاعاتی و یا مالی به تسهیل کارآفرینی از طریق کاهش هزینه مبادله و تولید کمک می‌نمایند.

این پژوهش همچنین مسیریابی پژوهش‌های ذیل را برای محققین حوزه گردشگری سلامت ارائه می‌نماید: با توجه به نظریه پیوند عامل فرصت هر دو عامل فرد و فرصت بر شکل‌گیری رفتار کارآفرینانه نقش دارند. در این پژوهش به بررسی نقش محیط نهادی بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینانه در گردشگری سلامت پرداخته شد. پژوهش‌های آتی می‌توانند به بررسی نقش عامل و اینکه اساساً چه کسانی با چه فرآیندهایی بهتر می‌توانند از این فرصت‌ها استفاده نمایند بپردازند.

- همچنین این پژوهش به بررسی عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی با نظرسنجی از خبرگان و صاحب‌نظران این حوزه پرداخته است. اینکه آیا واقعاً این عوامل نهادی نرخ رفتار کارآفرینانه را افزایش می‌دهد مستلزم طرح‌های پژوهشی چندمقطعی و یا مقایسه زمینه‌های نهادی متفاوت برای بررسی مقایسه‌ای این عوامل است که می‌تواند مسیری جذاب برای پژوهش‌های آتی باشد.

به طور کلی این پژوهش بینش‌های جدیدی در رابطه با عوامل نهادی مؤثر بر بهره‌برداری از فرصت‌های کارآفرینی در حوزه گردشگری ارائه می‌نماید و امید است نتایج این پژوهش مورد استفاده پژوهشگران، مدیران و سیاست‌گذاران قرار گیرد. فهم بهتر در مورد این پدیده منتظر پژوهش‌های آتی می‌ماند.

منابع

- اسماعیلی، امین؛ اکبرنجاج، حمید؛ عمادی، محمدابراهیم. (۱۳۹۰). «نقش بازاریابی و گردشگری الکترونیک در توسعه گردشگری سلامت؛ مطالعه موردی: منطقه لاهیجان». اولین همایش ملی گردشگری، سهم‌های ملی، چشم‌انداز آینده. پژوهشکده علوم جغرافیایی. اصفهان. صص ۱-۱۰.
- پروین محبی، ناعمه؛ خوراکیان، علیرضا؛ فراچی، مهدی. (۱۳۹۶). «اثر کیفیت درک شده خدمات، رضایت و اعتماد گردشگران سلامت بر استفاده مجدد از خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر مشهد». دوفصلنامه مطالعات اجتماعی گردشگری، سال پنجم، شماره نهم. صص ۱-۲۷.

رشیدی، معصومه؛ رامشت، محمد حسین؛ خوشحال دستجردی، جواد. (۱۳۹۱). «گردشگری سلامت در ایران (با تأکید بر رتبه بندی خواص درمانی چشمه های منتخب استان اردبیل)». سلامت و بهداشت اردبیل. دوره سوم، شماره یک. صص ۴۹-۵۷.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه. (۱۳۹۱). روش های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ بیست و سوم. تهران: آگاه.

شیخ الاسلامی، نازنین، رضاییان، محسن؛ بهسون، مریم و تقوی پور، مونا. (۱۳۸۹). «آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در مورد تورسیم پزشکی». مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، سال پنجم. شماره چهارم. صص ۲۵-۳۰.

عربشاهی کریزی، احمد؛ آریانفر، مرتضی. (۱۳۹۲). گردشگری سلامت و قابلیت های گردشگری پزشکی-درمانی در ایران. (۱۳۹۲). فصلنامه فضای گردشگری. سال سوم. شماره نهم. صص ۱۳۳-۱۵۲.

عظیمی هاشمی، مژگان؛ اصغری، هادی. (۱۳۹۶). «مرور نظام مند مطالعات پژوهشی در حوزه مطالعات اجتماعی گردشگری: شواهدی از تحلیل محتوای نشریات علمی پژوهشی کشور». دوفصلنامه مطالعات اجتماعی گردشگری. سال پنجم. شماره نهم. صص ۵۷-۹۶.

مروتی شریف آبادی، علی؛ اردکانی، فائزه. (۱۳۹۲). «ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد». مدیریت سلامت. دوره پانزده، شماره پنجاه و پنج. صص ۷۳-۸۸.

Davidsson, P. (2004). *Researching entrepreneurship*. New York, NY: Springer Verlag.

Davidsson, P. (2008). *The entrepreneurship research challenge*. Northampton: Edward Elgar Publishing.

Ebrahimzadeh, I., Sakhavar, N., & Taghizadeh, Z. (2013). A comparative study of health tourism in Iran and India. *Journal of Subcontinent Researches*, 5(5): 51-78.

Fetscherin, M., & Stephano, R.-M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556. Available at: <https://doi.org/101016/j.tourman.2015.08.010>.

Gartner, W. B. (1988). "Who is an entrepreneur?" is the wrong question. *American journal of small business*, 12(4), 11-32.

Glaser, B. G. (2008). *Doing Quantitative Grounded Theory*. Sociology Press.

Han, H., & Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.

John, S. P., & Larke, R. (2016). An analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. *Tourism Review International*, 20(2-3), 73-90.

Mahdavi, Y., Mardani, S., Hashemidehaghi, Z., & Mardani, N. (2013). The factors in development of health tourism in Iran. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(4), 113-118.

Medical Tourism Association, M. T. A. (2015), Medical Tourism Climate Survey 2015. www.medicaltourismassociation.com/.

Momeni, K., Janati, A., Imani, A., & Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study. *Tourism Management*, 69, 307-316.

North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

- Peng, M. W. (2013). *Global Strategy* (2nd ed.). South-Western.
- Peng, M. W., Sunny, L. S., Brian, P., & Hao, C. (2009). The institution-based view as a third leg for a strategy tripod. *The Academy of Management Perspectives*, 23(3), 63–81.
- Pirillo, I., & Amenta, F. (2018). Reflections on health tourism and cross-border health care. *Int J Travel Med Glob Health*, 6(2), 84–85.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations. Foundations for organizational science*. London: A Sage Publication Series.
- Shane, S. (2012). Reflections on the 2010 AMR decade award: Delivering on the promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of Management Review*, 37(1), 10–20.
- Shane, S., & Venkataraman, S. (2000). The promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of management review*, 25(1), 217–226.
- Sobel, R. S. (2008). Testing Baumol: Institutional quality and the productivity of entrepreneurship. *Journal of Business Venturing*, 23(6), 641–655.
- Stenholm, P., Acs, Z. J., & Wuebker, R. (2013). Exploring country-level institutional arrangements on the rate and type of entrepreneurial activity. *Journal of Business Venturing*, 28(1), 176–193.
- Yeoh, E., Othman, K., & Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: Word-of mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34, 196–201
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80–88.
- Zahra, S. A. (1991). Predictors and financial outcomes of corporate entrepreneurship: An exploratory study. *Journal of Business Venturing*, 6(4), 259–285.
- Zahra, S. A. (2007). Contextualizing theory building in entrepreneurship research. *Journal of Business Venturing*, 22(3), 443–452.