

doi.org/10.22054/tms.2020.17137.1480

## برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از ماتریس سوات - و تکنیک تاپسیس - فازی

مهدی کروی<sup>۱</sup>، ساسان احمدی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۸/۳

### چکیده

در حال حاضر، توسعه گردشگری پزشکی یکی از منابع کسب درآمد به‌ویژه برای کشورهای در حال توسعه است. هرگونه توسعه گردشگری بدون دقت نظر و تدوین و انجام اقدامات پیشگیرانه در قالب برنامه‌ریزی راهبردی و کنترل مستمر، اثرات منفی و جبران‌ناپذیری در ابعاد مختلفی بر جای خواهد گذاشت. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر بررسی وضعیت گردشگری پزشکی شهر شیراز به‌منظور ارائه استراتژی‌های مناسب در جهت توسعه مناسب و همه‌جانبه است. روش انجام تحقیق حاضر ترکیبی از روش‌های پیمایشی و توصیفی - تحلیلی است. تعداد ۸۰ نفر از گردشگران پزشکی و ۲۰ نفر از کارشناسان حوزه‌های پزشکی و گردشگری به‌عنوان نمونه تصادفی انتخاب شدند و عوامل راهبردی از طریق پرسشنامه در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده در چارچوب مدل راهبردی سوات تنظیم و مراحل محاسباتی آن با شیوه تصمیم‌گیری تاپسیس - فازی انجام شد. تحلیل یافته‌ها نشان داد که با توجه به تمرکز راهبردهای اول، دوم و سوم حاصل از تلفیق نظرات گروه‌های نمونه، راهبرد کانونی برای اقدام، راهبرد تهاجمی است.

**واژگان کلیدی:** گردشگری پزشکی، شهر شیراز، تصمیم‌گیری چند شاخصه فازی.

---

۱- دانشیار، گروه مدیریت جهانگردی، دانشکده حسابداری و مدیریت، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) drkaroubi@gmail.com

۲- کارشناس ارشد، مدیریت جهانگردی، دانشکده حسابداری و مدیریت، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## مقدمه

امروزه گردشگری یکی از منابع اصلی درآمد ملی کشورهای توسعه یافته و برخی کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهد. در این میان، کشورهای تراز اول در صنعت گردشگری، هر یک بنا به پتانسیل‌های موجود در کشور خود توانسته‌اند زمینه و فاکتورهای اساسی را برای توسعه گردشگری فراهم کنند و با سرمایه‌گذاری در این صنعت اکنون شاهد به بار نشستن تلاش‌هایشان هستند و بیشترین سهم را نسبت به سایر کشورها از این صنعت برده‌اند. بر اساس پیش‌بینی کارشناسان اقتصادی دنیا، صنعت گردشگری از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ می‌تواند از سودآورترین صنایع جهان بوده و حتی از صنعت نفت و اتومبیل هم پیشی گیرد و در شمار سه صنعت عمده جهان محسوب شود.

افزایش رشد سفرهای بین‌المللی از یک سو و افزایش علاقه به مقصدهای گردشگری از سوی دیگر سبب شده روزبه‌روز پسوند و پیشوندهای بیشتری را در کنار واژه گردشگری شاهد باشیم. واژه‌های چون گردشگری جنگ، گردشگری مذهبی، گردشگری شهری، گردشگری روستایی، گردشگری ورزشی، گردشگری سلامت، گردشگری درمانی، گردشگری تفریحی، بوم گردی، گردشگری رویدادها و... (حقیقی کفاش، ضیایی و جعفری، ۱۳۸۸: ۱۱). آشنایی با طب پزشکی و انتقال دانش پزشکی مناطق دنیا با یکدیگر باعث به وجود آمدن شاخه‌ای از صنعت گردشگری به‌عنوان گردشگری پزشکی شده است (کاظمی، ۲۰۰۷: ۲۵). مسافرت به‌منظور بهره‌مندی از خدمات سلامت کشورهای دیگر، برای اقشار مرفه کشورهای در حال توسعه، پدیده جدیدی نیست. برای این طبقه اجتماعی، استفاده از خدمات سلامت خارجی به دلیل این که این خدمات در کشورشان ارائه نمی‌شود و یا این که از کیفیت پایینی برخوردار است قسمتی از الگوی مصرفی کالاها و خدمات سلامت آنان است. در سال‌های اخیر، امتیاز سفر به کشورهای دیگر برای برخورداری از خدمات سلامت، در دسترس اقشار متوسط جامعه هم قرار گرفته است. کشورهای مقصد این سفرها، الزاماً کشورهای توسعه یافته نیستند؛ بلکه کشورهای در حال توسعه‌ای که در این بازار جدید وارد شده‌اند، نیز در این میان قرار دارند. علاوه بر این،

پدیده نسبتاً جدیدی که مشاهده می‌شود این است که مردم کشورهای توسعه‌یافته به‌منظور برخورداری از خدمات سلامت به کشورهای در حال توسعه سفر می‌کنند. (گارسیا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵: ۳۲). گردشگری پزشکی، مسافرت به‌منظور درمان بیماری جسمی و انجام جراحی تحت نظر پزشکان در مراکز درمانی است که ممکن است علاوه بر معالجه و درمان به استفاده از اسپاها و منابع درمانی طبیعی بینجامد (هاراشه، ۲۰۰۲: ۳۴). در طی چند دهه‌ی اخیر این شاخه از گردشگری، توسعه چشم‌گیری داشته است. بسیاری از کشورهای آسیایی از جمله تایلند، سنگاپور، کره‌ی جنوبی، هند و مالزی از جمله کشورهای پیشرو در این صنعت هستند، به‌طوری‌که هر سال تقریباً ۱,۳ میلیون گردشگر پزشکی از اطراف جهان جذب می‌نمایند که این تعداد روند صعودی را در پیش گرفته است (گوپتا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷: ۳۶۹). صنعت گردشگری پزشکی آسیا در حال شکوفایی است و انتظار می‌رود ارزش این بازار تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۰ میلیارد دلار آمریکا برسد. در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت مسافرت‌های بین‌المللی، نرخ مطلوب تبدیل ارز در اقتصاد جهانی، پیشرفت‌های سریع تکنولوژی و استانداردهای مراقبت در بیشتر کشورها از یک طرف و از طرف دیگر دسترسی به اینترنت منجر به عمومی شدن گردشگری پزشکی شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افزایش هزینه‌های درمانی در ایالات متحده‌ی آمریکا و لیست انتظار طولانی در کشورهای انگلستان و کانادا باعث شده است که بسیاری از کشورهای آمریکایی و اروپایی جهت دریافت خدمات پزشکی به کشورهای در حال توسعه مانند هند، تایلند و مالزی سفر کنند (رامیرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷: ۳۷؛ بویر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸: ۴).

برای اولین بار صنعت گردشگری پزشکی در سال ۲۰۰۱ توسط وزارت بهداشت ایران مورد توجه قرار گرفت. در آن زمان هدف بنیادین وزارت بهداشت، توسعه گردشگری پزشکی نبود. برنامه‌ریزی گردشگری پزشکی در ایران برای اولین بار در سال ۲۰۰۴ اجرا شد. در طول چندین سال اخیر نیز، گردشگری پزشکی مورد توجه سران گردشگری و سلامت قرار گرفته است (جباری، ۱۳۸۷: ۴۲). قانون برنامه چهارم توسعه، افزایش درآمدهای ناشی از این نوع گردشگری

---

۱. Garcia

۲. Gupta

۳. Ramirez

۴. Bovier

را وظیفه قانونی وزارت بهداشت بر شمرده است. بر این اساس وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران باید تا پایان برنامه چهارم توسعه ۳۰ درصد از درآمدهای ارزی خود را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و گردشگری سلامت که گردشگری پزشکی شاخه‌ای از آن است فراهم کند (طباطبایی نسب و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۵)

بر اساس رده‌بندی‌های صورت گرفته، ایران در میان کشورهای برتر جذب‌کننده گردشگر پزشکی جایگاهی ندارد. در واقع ایران در این صنعت جایگاه خود را بازنیافته و گام‌های نخستین را طی می‌کند. با توجه به توانمندی‌های کشور ایران از نظر پزشکی مانند دستیابی به علم نوین پزشکی در درمان بیماران با استفاده از سلول‌های بنیادی، درمان ضایعات نخاعی، جراحی‌های قلب و غیره هنوز نتوانسته است جایگاهی در جذب توریسم پزشکی در بین کشورهای آسیایی داشته باشد. نوپا بودن صنعت گردشگری مدرن در ایران و عدم وجود ساختارها و تشکیلات برنامه‌ریزی از یک سو و نبود زیرساخت‌های مناسب از طرف دیگر موجب شده است که نه تنها گردشگری پزشکی بلکه سایر ابعاد گردشگری نیز آن‌چنان‌که شایسته است توسعه یابد. جابجایی‌های مکرر مدیران ارشد بخش گردشگری، عدم تخصص کافی مدیران در زمینه گردشگری، عدم وجود برنامه‌ریزی قابل اجرا و کارآمد، نبود همکاری‌های لازم بین بخش وزارت بهداشت و سازمان میراث فرهنگی، قوانین دست‌وپاگیر در هر دو حوزه گردشگری و پزشکی و مشکلات عمده دیگر از دلایل رشد کند و نامناسب گردشگری پزشکی در ایران است. شهر شیراز نیز یکی از شهرهای توانمند در حوزه پزشکی کشور و خاورمیانه است که در مقایسه با کشورهای کوچکی مانند سنگاپور که یکی از کشورهای پیش‌رو در حوزه توریسم پزشکی است، از نظر جاذبه‌های طبیعی، تاریخی و توانایی‌های پزشکی در سطح بسیار بالاتری قرار دارد اما واقعیت نشان می‌دهد با وجود این مزیت‌ها مسئولین نتوانسته‌اند از این قابلیت‌ها جهت توسعه توریسم پزشکی بهره‌برداری نمایند و منابع و امکاناتی که در این شهر به صورت غیرفعال بوده و یا از تمام ظرفیت آن‌ها استفاده نمی‌شود، روزبه‌روز بر هزینه‌های استهلاک آن‌ها افزوده می‌شود. یک نیاز ضروری برای ایجاد تداوم در ساختار سازی و توسعه برنامه‌ها وجود دارد و صنعت توریسم بیش از هر صنعت دیگری می‌تواند پایه‌های مداوم و مؤثری را برای برنامه‌های توسعه تحقیقاتی مهیا سازد. هدف تحقیق حاضر این است که با شناسایی فرصت‌ها، تهدیدات، نقاط

قوت و ضعف گردشگری پزشکی شیراز به ارائه الگوی راهبردی برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در این شهر اقدام نماید.

### پیشینه پژوهش

با توجه به اهمیت گردشگری پزشکی و نقشی که این گردشگری می‌تواند در بهبود و تحول اقتصاد مقصدها ایجاد کند، هنوز تحقیقات داخلی و خارجی چندانی در این عرصه صورت نگرفته و اکثر آن‌ها جزئی و مقطعی بوده‌اند. با این حال برخی از مطالعات صورت گرفته به شرح زیر است:

طباطبایی نسب و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیق خود تحت عنوان "گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی" به کمک تکنیک طبقه‌بندی داده‌ها، گردشگران پزشکی در شهر یزد به چهار دسته سرب، آهن، طلا و پلاتینیوم دسته‌بندی نموده‌اند و در نهایت با بهره‌گیری از روش تاپسیس فازی، عوامل مؤثر بر انتخاب مقصد پزشکی در هر کدام از چهار گروه به‌طور مجزا بررسی و اولویت‌بندی گردید.

دلگشایی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق خود تحت عنوان "ارزیابی عملکرد گردشگری درمانی در تهران از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات" عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی را زمان دریافت خدمت، استقرار مترجم در بیمارستان، اطلاع‌رسانی مناسب بیمارستان، هزینه، کیفیت، تنوع خدمات بیمارستانی، شفافیت طرح‌های قیمت‌گذاری، نظارت مقرراتی معتبر، وجود تسهیلات اقامتی برای همراه بیمار، پذیرش بیمه‌ی سلامت خارجی، امکان مشاوره‌ی قبلی با پزشک از طریق وب‌سایت، اعتباربخشی بین‌المللی بیمارستان، تجهیزات پزشکی، امکان پیگیری پس از بازگشت به کشور و میزان خطای درمان می‌داند.

عرفان نیا (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان "مطالعه تطبیقی سامانه اطلاعاتی گردشگری پزشکی در کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای گردشگری پزشکی در ایران"، به این نتیجه می‌رسد که استفاده از سامانه‌های اطلاعاتی یکپارچه می‌تواند فرآیند گردشگری پزشکی و کلیه ابعاد خدمت‌رسانی آن را مدیریت نموده و از این طریق می‌توان امکانات و توانمندی‌های ایران در جذب گردشگر پزشکی، از جمله وجود پزشکان حاذق و متخصص با شهرت جهانی،

اطلاع‌رسانی کرد که این امر سبب افزایش میزان جذب گردشگران پزشکی تا حد چشمگیری می‌شود.

مروتی شریف‌آبادی (۱۳۹۲) در تحقیق خود تحت عنوان «ارائه‌ی مدل توسعه‌ی گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد» نشان می‌دهد عوامل به‌روز بودن اطلاعات کادر بیمارستان و مرتبط بودن تخصص پزشکان با وظایف آنها، اساسی‌ترین عوامل در مدل توسعه‌ی گردشگری پزشکی می‌باشند و باید در وهله‌ی اول بر آنها تأکید شود. هم‌چنین به این نتیجه رسید که گردشگری سلامت و توسعه‌ی آن در استان یزد نیازمند عزم جدی برای جلب رضایت بیمارانی است که جهت معاینه یا درمان به استان یزد مراجعه می‌کنند. این مهم از طریق سرمایه‌گذاری در تجهیز و به‌روز کردن بیمارستان‌ها و توسعه‌ی مهارت کادر بیمارستان مقدور خواهد بود.

مجردی و همکاران (۲۰۱۴) در مقاله خود تحت عنوان «تمایل گردشگری سلامت به اخذ اعتبار» عنوان می‌کند به‌کارگیری استانداردهای بین‌المللی در جذب توریسم سلامت و دفع تأثیرات منفی آن نقش اساسی دارد آن‌ها هم‌چنین در پایان به این نتیجه می‌رسند که از آنجا که استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی به‌وضوح تمام فرآیندهای کار را در برمی‌گیرد سازمان‌ها ملزم به اجرای آن‌ها خواهند بود تا بتوانند مجوزهای مربوطه توریسم سلامت که مربوط به آن کشور است را کسب کنند.

آقارحیمی و صدر ممتاز (۱۳۸۹) در تحقیقی تحت عنوان «صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه» به این نتیجه رسیدند که از نظر مدیران توسعه منابع انسانی، توسعه محصول، توسعه زیرساخت عمومی و توسعه اطلاع‌رسانی و بازاریابی چهار عامل تأثیرگذار در صنعت گردشگری پزشکی است؛ بنابراین لازم است تا با ایجاد راهکارهای تشویقی برای سرمایه‌گذاران، هماهنگی سازمان‌های دخیل در صنعت گردشگری پزشکی و بررسی سایر اقدامات انگیزشی مسئولان امر، زمینه را برای توسعه‌ی این صنعت فراهم آورد.

گزنالس (۲۰۰۱) در پژوهشی تحت عنوان «توریسم سلامت و خدمات مربوط به آن»، تقویت چارچوب‌های قانونی به‌منظور حصول اطمینان از محافظت مصرف‌کننده و همچنین برخورداری از مراقبت باکیفیت را یکی از عوامل حیاتی توسعه صنعت گردشگری سلامت می‌داند.

شیشپال سینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود تحت عنوان «فرصت و چالش‌های پزشکی و گردشگری سلامت - ایجاد یک نام تجاری گردشگری جایگزین در هند» ضمن بیان اینکه وجود زیرساخت‌های پیشرفته پزشکی در هند باعث تمرکز بر توسعه این نوع توریسم در هند است و اینکه توریسم دومین صنعت مهم در هند است به این نتیجه می‌رسد که وجود زیرساخت‌های پیشرفته در کنار نیروی انسانی مجرب باعث پیشرفت سریع توریسم سلامت در هند شده است که در نتیجه هزینه‌های عملیاتی پایین بیمارستان‌ها در کنار نیروی انسانی ماهر را به همراه داشته است. کانل<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در تحقیق خود «گردشگری پزشکی» معتقد است از جمله دلایل رشد گردشگری درمانی در دهه‌های اخیر می‌توان به عدم وجود امکانات درمانی در محل زندگی، مقرون به صرفه نبودن هزینه‌های درمان در محل زندگی، عدم دستیابی به امکانات و خدمات درمانی در زمان کوتاه، عدم پوشش بیمه مناسب در محل زندگی، رشد خدمات پزشکی در کشورهای در حال توسعه، پویایی بیشتر، در نهایت رشد چشمگیر تقاضا برای جراحی‌های زیبایی و سایر موارد اشاره نمود.

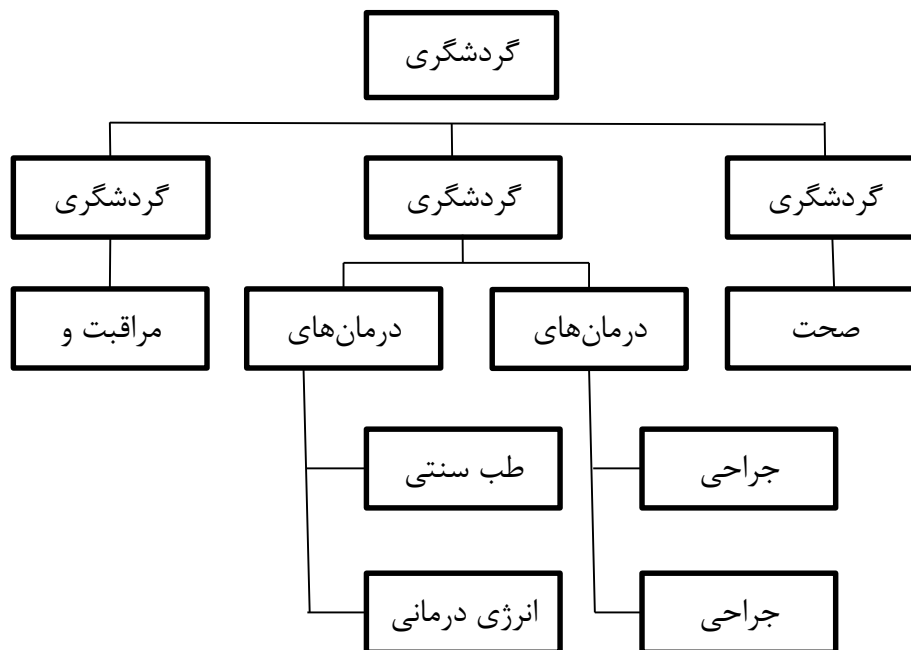
### مبانی نظری تحقیق

پیشینه گردشگری سلامت به دوران نئولیتیک و برنز در اروپا بر می‌گردد؛ به گونه‌ای که شکل ابتدایی آن سفر به چشمه‌های آب گرم و معدنی است. استفاده از چشمه‌های آب گرم و معدنی در دوران میانه که به دلیل اعتقادشان به قدرت شفابخشی آب‌های گرم بود شکل گرفت، که این ایده در قرن شانزدهم هنگامی که به دنبال یافتن چشمه‌ی جوانی در فلوراید بودند، به وجود آمد. گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد در مدتی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد (کارا و بریج‌دز، ۲۰۰۸: ۱۵). سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه‌ی فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب‌وهوا و یا مداخلات

۱. Shishupal Singh

۲. Connell

پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد است و بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامد (جوپ، ۲۰۱۱). گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه است شکل (۱)



شکل ۱: ابعاد گردشگری سلامت؛ (حقیقی کفاش و دیگران، ۱۳۸۸).

**گردشگری صحت:** به این نوع از گردشگری سلامت، گردشگری شفابخش نیز گفته می‌شود. در این نوع از گردشگری از امکانات طبیعت آبگرم‌ها و آب‌های معدنی، دریاچه‌های نمک، لجن‌های طبی، شن زارهای رادیواکتیو، حمام‌های گیاهی، خورشید و آب‌وهوا و مانند آن استفاده می‌شود. **گردشگری پیشگیرانه:** در این نوع گردشگری سلامت تمام منابع طبیعی و هدف از سفر مشابه گردشگری صحت است با این تفاوت که افراد ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند، بلکه درواقع از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می‌کنند (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۸).



## گردشگری پزشکی

گردشگری پزشکی، هنگامی مطرح است که خدمات مراقبت سلامت، خارج از وطن مشتری جستجو و ارائه می‌شود. به مسافرت به منظور معالجه برخی بیماری‌ها یا انجام نوعی عمل جراحی در بیمارستان‌ها یا مراکز پزشکی، گردشگری پزشکی گفته می‌شود (گارسیا، ۲۰۰۶). در تعریفی دیگر، گردشگری پزشکی سفری سازمان‌یافته به خارج از حوزه معمول مراقبت‌های سلامت فرد به منظور بهبود و حصول مجدد سلامت از طریق دخالت پزشکی تعریف شده است (کارا و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۵). گردشگری پزشکی، مسافرت از مکان معمول سکونت به مقصدی خاص که خدمات جراحی و پزشکی در آن ارائه می‌شود را شامل می‌شود. تأکید این تعریف بر ماهیت درمان ارائه‌شده در مقصد، بدون توجه به جستجوی هم‌زمان اوقات فراغت است. معمولاً مسافرت پزشکی گشت‌وگذار را هم در برمی‌گیرد. گوپتا (۲۰۰۴)، گردشگری پزشکی را، ارائه خدمات سودآور در زمینه مراقبت‌های پزشکی به بیماران، در ارتباط با صنعت گردشگری تعریف می‌کند.

کانل (۲۰۰۶)، گردشگری پزشکی را پدیده رایج فرهنگی می‌داند که در آن مردم برای خدمات جراحی، پزشکی و دندانپزشکی سفر می‌کنند.

طبق گفته آوادزی و پاندا<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، بسیاری از کشورهای جهان سوم، گردشگری پزشکی را به‌عنوان معدن طلا می‌دانند و شدیداً به دنبال رشد و توسعه صنعت گردشگری پزشکی و از طرفی در حال رقابت فزاینده در آن هستند. گسترش گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه، باعث تغییراتی در ماهیت خدمات درمانی و تسهیلات اعطایی بیمارستان‌ها شده است.

از سوی دیگر، توسعه گردشگری پزشکی ممکن است اثری منفی بر روی کل سیستم پزشکی مقصد بگذارد. رشد کنترل نشده گردشگری پزشکی ممکن است سلامت فیزیکی و اجتماعی-روانشناختی جمعیت محلی را در معرض خطر قرار دهد (بورکت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ تان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). با توجه

۱. Awadzi and Panda

۲. Burkett

۳. Tan

به منافع گسترده و فراوان توسعه گردشگری پزشکی، امکان چشم‌پوشی و نادیده گرفتن آن ممکن نیست. با این حال برای شکل‌گیری توسعه‌ای کنترل شده نیازمند برنامه‌ای بلندمدت، پویا و کارآمد است.

## مدل SWOT

یکی از ابزارهای بسیار مهم در فرایند تدوین راهبرد، تکنیک SOWT است که به وسیله آن اطلاعات مقایسه می‌شود. اساساً SWOT یک ابزار برنامه‌ریزی راهبردی است و یک چارچوب مفهومی برای تحلیل‌های سیستمی محسوب می‌شود (نوری و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۶). امروزه SWOT به عنوان ابزاری نوین برای تحلیل عملکردها و وضعیت شکاف، مورد استفاده طراحان و ارزیابان قرار می‌گیرد (نیلسون، ۲۰۰۴: ۱۵). از دیدگاه این مدل یک راهبرد مناسب قوت‌ها و فرصت‌ها را به حداکثر و ضعف‌ها و تهدیدات را به حداقل ممکن می‌رساند. مدل SWOT تحلیلی سیستماتیک را برای شناسایی این عوامل و انتخاب استراتژی که بهترین تطابق بین آن‌ها را ایجاد می‌نماید، ارائه می‌دهد. از دیدگاه این مدل، یک استراتژی مناسب، قوت‌ها و فرصت‌ها را به حداکثر و ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل ممکن می‌رساند. برای این منظور، نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها در چهار حالت کلی WT و ST، WO، و SO پیوند داده می‌شوند و گزینه‌های استراتژی از بین آن‌ها انتخاب می‌شوند (هریسون و کارون، ۱۳۸۲: ۱۹۲). با استفاده از این ماتریس امکان تدوین چهار انتخاب یا راهبرد متفاوت از نظر درجه کنشگری‌های متفاوت در فضا فراهم می‌شود و البته در جریان عمل برخی از راهبردها با هم همپوشانی داشته و یا به طور هم‌زمان و هماهنگ با یکدیگر به اجرا درمی‌آیند (هریسون و کارون، ۱۳۸۲: ۱۹۲) (جدول ۱).

جدول ۱: راهبردهای چهارگانه ماتریس swot و نحوه‌ی تعیین آن

Swot	نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)
		نقاط قوت فهرست می‌شود.
فرصت‌ها (O) فرصت‌ها تعیین می‌شود	راهبردهای SO {حداکثر- حداکثر} با بهره‌گیری از نقاط قوت از فرصت‌ها استفاده می‌شود.	راهبردهای WO {حداقل- حداکثر} نقاط ضعف را کاهش می‌دهد و از تهدیدها پرهیز می‌شود
تهدیدها (T) تهدیدها تعیین می‌شود	راهبرد ST {حداکثر- حداقل} برای احتراز از تهدیدات از نقاط قوت استفاده می‌شود.	راهبرد WT {حداقل- حداقل} نقاط ضعف را کاهش می‌دهد و از تهدیدها پرهیز می‌شود.

منبع: (دیوید، ۱۳۸۳: ۶۵) و (گلکار، ۱۳۸۴: ۳۴)

### روش شناسی پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع، پژوهش حاضر از نوع کیفی - کمی و کاربردی (از نظر نتیجه) و در عین حال، اکتشافی (از نظر هدف و چگونگی جمع‌آوری داده‌ها و تولید اطلاعات)، توصیفی (از نظر تبیین ویژگی‌های جامعه) و تحلیلی (از نظر چگونگی روابط بین متغیرها) است. از این رو به منظور رسیدن به راهبردهای کلیدی توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز، جامعه تحقیق در دو سطح مسئولان و گردشگران پزشکی انتخاب شد تا دیدگاه‌های متفاوتی مورد بررسی قرار گیرد. در گروه مسئولان (کارشناسان گردشگری و کارشناسان حوزه پزشکی) و در گروه گردشگران پزشکی (گردشگران پزشکی داخلی و خارجی) به صورت تصادفی انتخاب شدند. به دلیل اینکه در هر دو گروه حجم جامعه مورد تحقیق، حجم جامعه مشخص نیست از فرمول زیر استفاده شده است:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * s^2}{d^2}$$

در این فرمول مهم‌ترین پارامتری که نیاز به برآورد دارد  $S^2$  است که همان واریانس نمونه اولیه است. برای محاسبه  $S^2$  تعدادی پرسشنامه توزیع شده و واریانس نمونه اولیه محاسبه شده که برابر با ۰/۰۵۱۵ بوده، مقدار  $Z_{\frac{\alpha}{2}}$  که یک مقدار ثابت بوده که به فاصله اطمینان و سطح خطا ( $\alpha$ ) بستگی دارد. با توجه به سطح خطای ۰/۰۵، سطح اطمینان برابر ۰/۹۵ خواهد بود، در نتیجه  $Z_{\frac{\alpha}{2}}$  برابر ۱/۹۶ خواهد بود. مقدار  $d$  نیز بر اساس همان سطح خطا ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در گروه گردشگران تعداد ۸۰ گردشگر پزشکی و در گروه مسئولان تعداد ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که نمونه‌های آماری موردنظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق مراجعه به بیمارستان‌های شهر شیراز انتخاب گردید. بدین ترتیب، جدولی از متغیرهای تأثیرگذار هم به لحاظ عوامل بیرونی و هم درونی در قالب قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها از ادبیات نظری و هم‌چنین، از بررسی وضع موجود در منطقه شامل سیزده عنوان قوت و نه عنوان ضعف در رابطه با گردشگری پزشکی در محیط درونی استخراج شد؛ و در مقابل هشت عنوان فرصت و نه عنوان تهدید در ارتباط با محیط خارجی استخراج شد. سپس در گام بعد، از طریق پرسشنامه‌ای که در اختیار کلیه نمونه‌ها برای پاسخ‌گویی قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه‌ها برای تجزیه و تحلیل با مدل راهبردی به پایگاه داده منسجم وارد شد تا از این طریق، بر اساس فنون تصمیم‌گیری چند معیاره (تاپسیس - فازی)، راهبردها اولویت‌بندی شوند. در این راستا، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش‌های متفاوت استفاده شد، به‌طوری‌که در سطح اول برای محاسبه و انتخاب راهبردهای اصلی، از مدل سوات و در سطح دوم، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی، از مدل تحلیلی - ریاضی (سوات - تاپسیس - فازی) استفاده شد. در گام بعد برای اولویت‌بندی راهبردهای تعریف شده از طریق شیوه تاپسیس - فازی صورت گرفت. برای محاسبه وزن هر کدام از راهبردها نیز از روش توان رتبه‌ای استفاده شد.

$$\text{تابع (۱) توان رتبه‌ای} \quad (n-r+1)^2$$

برای انجام عملیات به شیوه تاپسیس - فازی می‌توان از روش‌های متفاوت بهره گرفت که از متداول‌ترین آن‌ها روش بسط داده شده توسط «چن و هوانگ» است. این روش را می‌توان بدین صورت انجام داد: ابتدا لازم است پس از تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری و تعیین اوزان هر کدام

از شاخص‌ها، استانداردسازی ماتریس اولیه انجام شود. برای استانداردسازی ماتریس تصمیم در حالت فازی، می‌توان از چندین روش استفاده کرد. بدین منظور، لازم است ابتدا حداکثر میزان هر ستون ( $X_j^+$ ) و حداقل آن ( $X_j^-$ ) مشخص و آنگاه نسبت به استانداردسازی ماتریس تصمیم اقدام شود (پور طاهری، ۱۳۹۰: ۵۶).

اگر اعداد فازی به صورت مثلثی باشند، به طوری که  $\tilde{X}_j^+ = (a_j^+, b_j^+, c_j^+)$  بیشترین و  $\tilde{X}_j^- = (a_j^-, b_j^-, c_j^-)$  کمترین امتیازات را به خود اختصاص داده باشند، می‌توان به دو شیوه و با بهره‌گیری از توابع ۲ و ۳ اقدام به استانداردسازی ماتریس تصمیم کرد.

$$\tilde{r}_{ij} = \begin{cases} \tilde{X}_{ij} (/)\tilde{X}_j^+ = \left( \frac{a_{ij}}{c_j}, \frac{b_{ij}}{b_j} + \frac{c_{ij}}{a_j} \right) & \text{جنبه مثبت} \\ \tilde{X}_j^- (/)\tilde{X}_{ij} = \left( \frac{a_j^-}{c_{ij}}, \frac{b_j^-}{b_{ij}} + \frac{c_j^-}{a_{ij}} \right) & \text{جنبه منفی} \end{cases} \quad \text{تابع (۲)}$$

$$r_{ij} = \begin{cases} \left( \frac{a_{ij}}{c_j}, \frac{b_{ij}}{b_j} + \frac{c_{ij}}{a_j} \right); i=1,2,\dots,m \quad j \in b & \text{جنبه مثبت} \\ \left( \frac{a_j^-}{c_{ij}}, \frac{b_j^-}{b_{ij}} + \frac{c_j^-}{a_{ij}} \right); i=1,2,\dots,m \quad j \in b & \text{جنبه منفی} \end{cases} \quad \text{تابع (۳)}$$

$$c_j^* = \max_{i,j} c_{ij}, j \in b$$

$$a_j^- = \min_{i,j} a_{ij}, j \in c$$

اگر اعداد فازی به صورت دوزنقه‌ای باشند، به طوری که  $\tilde{X}_j^+ = (a_j^+, b_j^+, c_j^+, d_j^+)$  بیشترین و  $\tilde{X}_j^- = (a_j^-, b_j^-, c_j^-, d_j^-)$  کمترین میزان را به خود اختصاص داده باشند، در این صورت، برای استانداردسازی ماتریس تصمیم، از تابع ۴ استفاده خواهد شد.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{تابع (۴)} \end{array} \right.$$

$$\tilde{X}_{ij} = (/) \tilde{X}_{j^+} = \left\{ \frac{a_{ij}}{d_j^+}, \frac{b_{ij}}{c_j^+}, \frac{c_{ij}}{b_j}, \frac{d_{ij}}{a_j^+} \right\} \quad \text{جنبه مثبت}$$

$$\tilde{r}_{ij} = \tilde{X}_{j^-} (/) X_{ij} = \left\{ \frac{a_j^-}{d_{ij}}, \frac{b_j^-}{c_{ij}} + \frac{c_j^-}{b_{ij}} \frac{d_j^-}{a_{ij}} \right\} \quad \text{جنبه منفی}$$

پس از تشکیل ماتریس استاندارد وزن دار را می توان از طریق تابع ۵ محاسبه کرد:

$$V_{ij} = r_{ij} w_j \quad \text{تابع (۵)}$$

اکنون می توان جواب ایده آل مثبت ( $A^+$ ) و جواب ایده آل منفی ( $A^-$ ) را برای اعداد فازی مثلثی از طریق تابع ۶ برآورد کرد.

تابع (۶)

$$D_{ij}^+ = \begin{cases} 1 - \frac{c_{ij} - a^+}{b^+ + c_{ij} - a^+ - b^+} & \text{برای } (b_{ij} < b^+) \\ \frac{c^+ - a_{ij}}{b_{ij} + a^+ - a_{ij} - b^+} & \text{برای } (b^+ < b_{ij}) \end{cases} \quad \text{تابع (۷)}$$

$$D_{ij}^- = \begin{cases} 1 - \frac{a^- - a_{ij}}{b_{ij} + a^- - a_{ij} - b^+} & \text{برای } (b^- < b_{ij}) \\ 1 - \frac{c_{ij} - a^+}{b^+ + c_{ij} - a^+ - b^+} & \text{برای } (b_{ij} < b^-) \end{cases}$$

در مرحله نهایی می توان نزدیکی نسبی هر گزینه به ایدئالها را محاسبه کرد که از طریق تابع ۸ برآورد می شود:

$$C_i^+ = \frac{s^+}{s^+ + s^-} \quad \text{تابع (۸)}$$

تجزیه و تحلیل یافته ها

نقاط ضعف، قوت، فرصت و تهدید به عنوان شاخص‌هایی تأثیرگذار در تدوین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز در جدول شماره (۲) تدوین شده است و بر اساس مقایسه دودویی و ترکیبی عوامل درونی و بیرونی، راهبردهای ۱۶ گانه در قالب راهبردهای چهارگانه تهاجمی، تنوع‌بخشی، بازنگری و تدافعی تدوین گردید. در راهبرد تهاجمی ۴ راهبرد، در راهبرد تنوع‌بخش ۴ راهبرد، در راهبردهای بازنگری ۵ راهبرد و در راهبرد تدافعی نیز ۳ راهبرد استخراج شد که در جدول شماره (۳) ارائه گردیده است.

جدول ۲: ماتریس swot (عوامل اصلی تأثیرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی شیراز)

محیط بیرونی	محیط درونی
<b>فرصت‌ها</b>	<b>نقاط قوت</b>
01 احساس امنیت جانی و بهداشتی مناسب برای گردشگران نسبت به سایر کشورهای همسایه	S1 توانمندی‌های تخصصی و فوق تخصصی پزشکی شهر شیراز در جذب گردشگران پزشکی
02 وجود بازارهای گردشگری پزشکی در همسایگی ایران مانند کشورهای خاورمیانه، آسیای شرقی، کشورهای استقلال یافته شوروی سابق	S2 پایین بودن هزینه‌های درمانی شیراز نسبت به سایر مقصدهای مشابه در کشورهای دیگر
03 تمایل ویژه بخش خصوصی داخلی و خارجی برای ورود به بخش گردشگری پزشکی وجود نام ایران در نقشه گردشگری پزشکی جهان	S3 مناسب بودن شرایط و جو فرهنگی برای جذب گردشگران کشورهای اسلامی
04 وجود نام ایران در نقشه گردشگری پزشکی جهان	S4 شهرت شهر شیراز در نزد گردشگران و خوش‌نامی آن
05 نزدیکی شهر شیراز به بازار مستعد و غنی کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس	S5 برخورداری از امکانات حمل‌ونقل مناسب مانند فرودگاه بین‌المللی و قطار
06 کاهش نرخ ریال در برابر ارزهای خارجی و افزایش تمایل و توان مالی گردشگران خارجی	S6 بهره‌مندی از زیرساخت‌های پزشکی قابل قبول
07 کاهش ارزش نفت و اجبار دولت در جایگزینی منابع درآمدی جدید مانند گردشگری پزشکی با توجه به پردرآمد بودن آن	S7 تعهد پزشکان نسبت به شغل خود و امور بیماران در بیمارستان‌های شیراز زمینه‌ساز جذب گردشگران پزشکی است
	S8 وجود امکانات اقامتی (هتل، مسافرخانه و...) با هزینه‌های مناسب
	S9 برخورداری از جاذبه‌های مکمل گردشگری در کنار گردشگری پزشکی مانند: گردشگری فرهنگی، طبیعت‌گردی و ...
	S10 وجود مجهزترین بیمارستان فوق تخصصی مادر و کودک خاورمیانه در شیراز

<p>S11 قابلیت شهر شیراز در ایجاد بیمارستان‌های مجازی با توجه به تخصص‌های موجود پزشکی در شیراز</p> <p>S12 توانمندی در ایجاد و سازمان‌دهی یک مرکز مراقبت بهداشتی چندملیتی</p> <p>S13 پایین بودن هزینه‌های اقامتی و حمل‌ونقل در شیراز نسبت به کشورهای گردشگر پذیر در زمینه گردشگری پزشکی</p>	<p>O8 توافق ایران و ۵+۱ و رفع تحریم‌ها علیه ایران و تقویت مبادلات و افزایش تعداد گردشگران پزشکی و امکان استفاده از ابزارها و شیوه‌های نوین درمان</p>
<p><b>ضعف‌ها</b></p> <p>W1 عدم بهره‌گیری از شیوه‌ها و ابزارهای نوین تبلیغاتی</p> <p>W2 ضعف در ایجاد هماهنگی بین سازمان و ادارات مرتبط با بخش گردشگری پزشکی به دلیل ماهیت بین‌سازمانی بودن این رشته</p> <p>W3 عدم تسلط کافی کارکنان بیمارستان‌ها به زبان‌های خارجه</p> <p>W4 ضعف و عدم توانایی بیمارستان‌های شیراز در مجهز شدن به ابزارهای نوین پزشکی</p> <p>W5 عدم وجود سیستم و نظام پذیرش نوین در پذیرش گردشگران پزشکی</p> <p>W6 نبود همکاری و هماهنگی بین بخش پزشکی و گردشگری</p> <p>W7 نبود سیستم مناسب جهت پیگیری شکایات گردشگران پزشکی ناراضی</p> <p>W8 نداشتن شناخت کافی از بازارهای هدف گردشگری پزشکی</p> <p>W9 عدم حمایت از بخش خصوصی و مشخص نبودن جایگاه آن در بخش گردشگری پزشکی</p>	<p><b>تهدیدها</b></p> <p>T1 وجود قوانین دست‌وپا گیر در صدور ویزا و رواید گردشگران پزشکی</p> <p>T2 ورود کشورهای همسایه رقیب به حوزه گردشگری پزشکی مانند: مالزی، امارات و ...</p> <p>T3 وجود تبلیغات منفی گسترده در سطح جهانی علیه ایران</p> <p>T4 عدم امکان انتقال‌پذیری پوشش بیمه‌ای گردشگران پزشکی</p> <p>T5 عدم وجود نظام آماری بین‌المللی دقیق به‌منظور استفاده در امر برنامه‌ریزی گردشگری پزشکی</p> <p>T6 تحریم‌های سیاسی علیه ایران و احساس ناامنی که نسبت به ایران وجود دارد</p> <p>T8 عدم وجود پروازهای بین‌المللی مستقیم و منظم به شیراز</p> <p>T9 بروز ناآرامی‌ها در کشورهای همسایه</p>



جدول ۳: راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز

نقاط ضعف (W)	نقاط قوت (S)	ماتریس SWOT
<p>راهبردهای بازنگری (WO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تسهیل نمودن امکان فعالیت‌های شرکت‌های بیمه.</li> <li>- توسعه و بازسازی بیمارستان‌ها و امکانات آن‌ها با جذب همکاری بخش‌های خصوصی و دولتی.</li> <li>- فراهم نمودن زیرساخت و سیستم لازم در جهت پیگیری شکایت و درخواست‌های بیماران با توجه به حساسیت‌های بخش پزشکی و حجم بالای تقاضا.</li> <li>- بهره‌برداری از دانش و ابزارهای نوین پزشکی با توجه به کاهش تحریم‌ها علیه ایران.</li> </ul>	<p>راهبردهای تهاجمی (SO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- فراهم نمودن زیرساخت‌های لازم جهت فعالیت‌های تبلیغاتی به منظور شناساندن توانمندی‌های گردشگری پزشکی شهر شیراز.</li> <li>- ایجاد بستر مناسب به منظور فعالیت بخش خصوصی از جمله شرکت‌های بیمه، آژانس‌های مسافرتی و ... در گردشگری پزشکی.</li> <li>- ایجاد بستر مناسب به منظور توسعه بین‌المللی گردشگری پزشکی با توجه به توافقات ۱+۵</li> <li>- فراهم نمودن بسترهای لازم به منظور افزایش مدت‌زمان اقامت گردشگران پزشکی به منظور بازدید از جاذبه‌های طبیعی، تاریخی و ...</li> </ul>	<p>فرصت‌ها (O)</p>
<p>راهبردهای تدافعی (WT)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین برنامه جامع توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز.</li> <li>- اصلاح شیوه‌های پذیرش بیماران و تلاش در به‌کارگیری شیوه‌های نوین پذیرش بیمار و دادن اطلاعات کامل به گردشگران پزشکی.</li> <li>- متولی شدن بک سازمان فرابخشی برای ایجاد هماهنگی بین بخش‌های اجرایی در حوزه گردشگری پزشکی.</li> </ul>	<p>راهبردهای تنوع‌بخشی (ST)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- صدور ویزای پزشکی و رفع موانع دست‌وپا گیر در این زمینه.</li> <li>- بهره‌برداری از قابلیت‌ها و توانمندی‌های عرصه تبلیغاتی به منظور کاهش اثرات تبلیغات منفی.</li> <li>- کاهش موانع و محدودیت‌های ورود بخش خصوصی به حوزه گردشگری پزشکی با توجه به علاقه و توانمندی‌های این بخش</li> <li>- بالا بردن قابلیت و توانمندی‌های پزشکی با توجه به رقابتی بودن این عرصه و تمایل کشورهای رقیب برای ورود به این بخش.</li> </ul>	<p>تهدیدها</p>

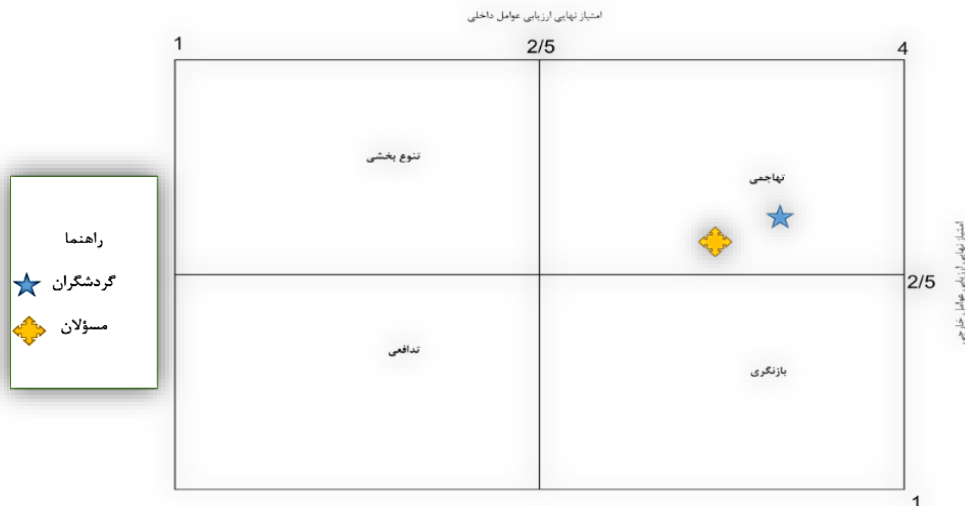
پس از آماده‌سازی ماتریس راهبردی، برای پیاده‌سازی مدل «سوات-تاپسیس-فازی»، در گام اول، با استفاده از میانگین امتیازات هر کدام از گروه‌های نمونه یعنی، گردشگران پزشکی و مسئولان در رابطه با نقاط قوت، ضعف، تهدید و فرصت، راهبرد اصلی از دیدگاه هر دو گروه برای توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز مشخص شد. سپس با احتساب حاصل جمع قوت‌ها و ضعف‌های درونی و هم‌چنین فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی و انتقال آن در محور مختصات، شناسایی راهبرد غالب برای توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز صورت گرفت (جدول ۴).

جدول ۴: ماتریس SWOT نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها از دید گردشگران و مسئولان

مسلان		گردشگران		وزن نسبی	تحلیل SWOT
امتیاز وزنی	میانگین رتبه ای	امتیاز وزنی	میانگین رتبه ای		
۰/۲۱۰	۳/۰۳	۰/۲۵۶	۳/۷۰	۰/۰۶۹	<b>قوت ها</b> S1= توانمندی های تخصصی و فوق تخصصی پزشکی شهر شیراز در جذب گردشگران پزشکی S2= پایین بودن هزینه های درمانی شیراز نسبت به سایر مقصدهای مشابه در کشورهای دیگر S3= مناسب بودن شرایط و جو فرهنگی برای جذب گردشگران کشورهای اسلامی S4= شهرت شهر شیراز در نزد گردشگران و خوشنامی آن S5= برخورداری از امکانات حمل و نقل مناسب مانند فرودگاه بین المللی و قطار S6= بهره مندی از زیرساختهای پزشکی قابل قبول S7= تعهد پزشکان نسبت به شغل خود و امور بیماران در بیمارستان های شیراز زمینه ساز ... S8= وجود امکانات اقامتی (هتل، مسافرخانه و...) با هزینه های مناسب S9= برخورداری از جاذبه های مکمل گردشگری در کنار گردشگری پزشکی ... S10= وجود مجهزترین بیمارستان فوق تخصصی مادر و کودک خاورمیانه در شیراز S11= قابلیت شهر شیراز در ایجاد بیمارستان های مجازی با توجه به تخصص های موجود پزشکی... S12= توانمندی در ایجاد و سازماندهی یک مرکز مراقبت بهداشتی چند ملیتی S13= پایین بودن هزینه های اقامتی و حمل و نقل در شیراز نسبت به کشورهای گردشگر پذیر
۰/۱۵۷	۲/۴۵	۰/۱۶۰	۲/۴۰	۰/۰۶۴	
۰/۱۵۲	۲/۵۰	۰/۱۵۸	۲/۶۰	۰/۰۶۱	
۰/۱۶۸	۲/۸۵	۰/۱۶۰	۲/۷۰	۰/۰۵۹	
۰/۰۸۰	۲	۰/۰۷۳	۱/۸۰	۰/۰۴۰	
۰/۱۳۵	۲/۶۰	۰/۱۲۶	۲/۴۳	۰/۰۵۲	
۰/۱۲۷	۲/۷۰	۰/۱۳۲	۲/۶۰	۰/۰۵۱	
۰/۰۸۰	۲	۰/۰۸۶	۲/۱۵	۰/۰۴۰	
۰/۱۵۴	۲/۵۴	۰/۱۵۷	۲/۵۸	۰/۰۶۱	
۰/۱۵۵	۲/۶۸	۰/۱۴۵	۲/۵۰	۰/۰۵۸	
۰/۱۲۷	۲/۴۰	۰/۱۲۴	۲/۳۴	۰/۰۵۳	
۰/۱۰۷	۲/۱۵	۰/۱۰۰	۲	۰/۰۵۰	
۰/۱۸۴	۳/۴۰	۰/۱۳۵	۲/۵۰	۰/۰۵۴	
۰/۱۳۶	۲/۴۳	۰/۱۴۴	۲/۵۸	۰/۰۵۶	<b>ضعف ها</b> W1= عدم بهره گیری از شیوه ها و ابزارهای نوین تبلیغاتی W2= ضعف در ایجاد هماهنگی بین سازمان و ادارات مرتبط با بخش گردشگری پزشکی به دلیل ... W3= عدم تسلط کافی پرسنل بیمارستان ها به زبان های خارجه W4= ضعف و عدم توانایی بیمارستان های شیراز در تجهیز شدن به ابزارهای نوین پزشکی W5= عدم وجود سیستم و نظام پذیرش نوین در پذیرش گردشگران پزشکی W6= نبود همکاری و هماهنگی بین بخش پزشکی و گردشگری W7= نبود سیستم مناسب جهت پیگیری شکایات گردشگران پزشکی ناراضی W8= نداشتن شناخت کافی از بازارهای هدف گردشگری پزشکی W9= عدم حمایت از بخش خصوصی و مشخص نبودن جایگاه آن در بخش گردشگری پزشکی
۰/۱۵۱	۲/۴۷	۰/۲۱۲	۳/۴۸	۰/۰۶۱	
۰/۱۴۰	۲/۶۰	۰/۱۲۸	۲/۳۸	۰/۰۵۴	
۰/۱۳۶	۲/۳۰	۰/۱۹۴	۳/۱۴	۰/۰۶۲	
۰/۱۲۲	۲/۱۰	۰/۱۴۵	۲/۵۰	۰/۰۵۸	
۰/۱۳۰	۲/۶۰	۰/۱۲۶	۲/۵۳	۰/۰۵۰	
۰/۱۰۴	۲/۰۲	۰/۱۲۸	۲/۵۰	۰/۰۵۱	
۰/۱۳۳	۲/۴۴	۰/۱۶۲	۲/۷۵	۰/۰۵۹	
۰/۰۸۱	۱/۶۷	۰/۱۰۳	۲/۱۰	۰/۰۴۹	
۰/۱۲۰	۲	۰/۱۶۰	۲/۶۶	۰/۰۶۰	<b>فرصت ها</b> O1= احسان امنیت جانی و بهداشتی مناسب کشور برای گردشگران نسبت به سایر ... O2= وجود بازارهای گردشگری پزشکی در همسایگی ایران مانند کشورهای O3= تمایل ویژه بخش خصوصی برای ورود به بخش گردشگری پزشکی O4= وجود نام ایران در نقشه گردشگری پزشکی جهان O5= نزدیکی شهر شیراز به بازار مستعد و غنی کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس O6= کاهش نرخ ریال در برابر ارزهای خارجی و افزایش تمایل و توان مالی ... O7= کاهش ارزش نفت و اجبار دولت در جایگزینی منابع درآمدی جدید مانند ... O8= توافق ایران و ۵+۱ و رفع تحریم ها علیه ایران و تقویت مبادلات و افزایش تعداد
۰/۱۱۵	۱/۹۵	۰/۲۱۱	۳/۳۰	۰/۰۶۴	
۰/۱۲۲	۲/۷۰	۰/۲۱۸	۳/۴۰	۰/۰۶۴	
۰/۱۳۳	۲/۳۹	۰/۱۶۴	۲/۷۴	۰/۰۶۰	
۰/۱۴۴	۲/۳۰	۰/۲۰۹	۳/۳۳	۰/۰۶۳	
۰/۱۳۲	۲/۳۰	۰/۱۳۰	۲/۲۷	۰/۰۵۷	
۰/۱۴۹	۲/۴۳	۰/۱۹۸	۳/۲۵	۰/۰۶۱	
۰/۱۷۸	۲/۶۰	۰/۲۲۷	۳/۶۰	۰/۰۶۶	
۰/۱۶۵	۲/۷۵	۰/۲۰۱	۳/۳۲	۰/۰۶۰	<b>تهدیدها</b> T1= وجود قوانین دست و پا گیر در صدور ویزا و ورودی گردشگران پزشکی در مسافتی به ایران T2= ورود کشورهای همسایه و قریب به حوزه گردشگری پزشکی مانند: مالزی، امارات و ... T3= وجود تبلیغات منفی گسترده در سطح جهانی علیه ایران T4= عدم امکان انتقال پذیری پوشش بیمه ای گردشگران پزشکی T5= عدم وجود نظام آماری بین المللی دقیق به منظور استفاده در امر برنامه ریزی گردشگری پزشکی T6= تحریم های سیاسی علیه ایران و احساس نا امنی که نسبت به ایران وجود دارد T7= عدم وجود پروازهای بین المللی مستقیم و منظم به شیراز T8= بروز نا آرامی ها در کشورهای همسایه
۰/۱۲۰	۲	۰/۲۰۰	۲	۰/۰۶۰	
۰/۱۱۲	۱/۷۸	۰/۱۷۳	۲/۷۵	۰/۰۶۳	
۰/۱۳۶	۲/۱۳	۰/۱۹۴	۳/۰۲	۰/۰۶۴	
۰/۱۳۳	۲/۴۳	۰/۱۵۷	۲/۶۵	۰/۰۵۹	
۰/۱۴۱	۲/۳۹	۰/۱۸۰	۳	۰/۰۶۰	
۰/۱۲۹	۲/۰۹	۰/۱۴۲	۲/۳	۰/۰۶۲	

نتایج به دست آمده از محاسبات در هر دو گروه، پس از جمع آوری، در ماتریس مربوط به نمایش نتایج سوات قرار داده شد و نتایج گویای این نکته بود که هر دو گروه راهبردهای تهاجمی را راهبرد اصلی برای اقدام در زمینه دستیابی به توسعه پایدار

گردشگری پزشکی شهر شیراز دانسته و در اولویت راهبردی خود قرار داده‌اند (شکل ۲).



شکل ۳. ماتریس راهبردها و اولویت‌های اجرایی SWOT، منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۵

بر این اساس در مرحله بعد، سعی شد که علاوه بر اولویت‌بندی راهبردهای تهاجمی به اولویت‌بندی سایر راهبردهای به‌دست آمده نیز اقدام شود. در این مرحله، با استخراج میانگین امتیازات افراد در هر کدام از گروه‌ها، برای هر کدام از راهبردها، تغییرهای زبانی از طریق اعداد فازی مثلثی تعریف شده جایگزین شد (جدول ۵).

جدول ۵: تغییرهای زبانی جایگزین برای هر کدام از ارزش‌های انتخابی توسط جامعه نمونه

اعداد فازی مثلثی	تغییرهای زبانی
۰ و ۰ و ۰/۱	خیلی کم
۰/۱ و ۰/۲ و ۰/۲	کم
۰/۳ و ۰/۴۵ و ۰/۶	متوسط
۰/۶ و ۰/۷ و ۰/۸	زیاد
۰/۸ و ۱ و ۱	خیلی زیاد

بنابراین در این مرحله، پس از استخراج اطلاعات گردشگران و مسئولان درباره ارزش عملکردی راهبردهای مستخرج از ماتریس سوات برحسب عوامل راهبردی، یعنی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها به صورت واژه‌های زبانی، این واژه‌ها با تغییرهای زبانی به اعداد فازی متناظر با آن‌ها که در بالا ارائه شد، تبدیل شدند. سپس، یک ماتریس قضاوت فازی برای هر کدام از راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی طراحی شده شکل می‌گیرد. در گام بعد، ماتریس تصمیم‌گیری فازی نرمالیزه می‌شود و از آنجا که مؤلفه‌های ماتریس تصمیم چندمعیاره تعیین اولویت و انتخاب راهبرد اعداد فازی مثلثی است، باید مؤلفه‌های ماتریس نیز فازی باشد. این محاسبات برای نرمال کردن ماتریس اطلاعات حاصل از دیدگاه‌های گردشگران پزشکی در زمینه اولویت‌بندی راهبردهای طراحی شده طبق آنچه برای ماتریس دیدگاه‌های مسئولان انجام شده بود، اجرا شد. در گام سوم، لازم است از طریق فازی زدایی یا دفازی کردن، اعداد فازی به دست آمده در محاسبات از حالت فازی خارج و به اعداد حقیقی تبدیل شوند که دارای روش‌های متعددی است. در مطالعه حاضر، به دلیل استفاده از تابع عضویت پیوسته، از روش امتیازدهی به چپ و راست عدد فازی استفاده می‌شود. در این روش، امتیاز کل دقیق یک عدد فاز  $A$  از مقدار امتیازات چپ و راست  $A$  و این امتیازات چپ و راست نیز از دو مجموعه ویژه حداقل و حداکثر و درجه عضویت عدد فازی به دست می‌آیند. سپس در گام بعد، ماتریس اعداد قطعی که عبارت است از ستون امتیاز کل برای هر کدام از شاخص‌ها برای هر کدام از گروه‌ها به دست می‌آید. در ادامه، با استفاده از میانگین امتیازات عوامل در ضعف‌ها، قوت‌ها، تهدیدها و فرصت‌ها و با بهره‌گیری از شیوه توان رتبه‌ای، وزن هر کدام از عوامل محاسبه می‌شود (جدول ۶).

جدول ۶: وزن داده‌ها، محیط بیرونی و داخلی

مستولان	گردشگران	محیط خارجی		مستولان	گردشگران	محیط داخلی	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۲	O1	فرصت‌ها	۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	S1	قوت‌ها
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۴	O2		۰/۰۲۶	۰/۰۲۴۹	S2	
۰/۰۲۵	۰/۰۲۵۷	O3		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۸	S3	
۰/۰۲۵	۰/۰۲۵۹	O4		۰/۰۲۵	۰/۰۲۵۸	S4	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	O5		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۲	S5	
۰/۰۲۵	۰/۰۲۵۲	O6		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۴	S6	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۶۵	O7		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۷	S7	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۴۹	O8		۰/۰۲۵	۰/۰۲۵۹	S8	
				۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	S9	
			۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۲	S10		
			۰/۰۲۵	۰/۰۲۶۰	S11		
			۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۳	S12		
			۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۵	S13		
۰/۰۲۶	۰/۰۲۶۴	T1	تهدیدها	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶۰	W1	ضعف‌ها
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۳	T2		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۱	W2	
۰/۰۲۵	۰/۰۲۶۷	T3		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۵	W3	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	T4		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۵	W4	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	T5		۰/۰۲۶	۰/۰۲۶۱	W5	
۰/۰۲۵	۰/۰۲۶۱	T6		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۹	W6	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۴	T7		۰/۰۲۶	۰/۰۲۴۹	W7	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۲	T8		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۸	W8	
۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۵	T9		۰/۰۲۶	۰/۰۲۵۸	W9	

در ادامه از طریق اعمال وزن‌های به‌دست‌آمده در ماتریس اعداد قطعی، ماتریس وزن برای هر کدام از عوامل قوت، ضعف، فرصت و تهدید در هر کدام از راهبردها محاسبه می‌شود. تعیین راه‌حل ایده آل مثبت و منفی از ماتریس وزین گام بعدی در محاسبات است. در این مرحله، پس از محاسبه ایده آل‌های منفی و مثبت، فاصله هر جایگزین از ایده آل‌ها محاسبه می‌شود. میزان شاخص سازگاری (CI) به‌دست‌آمده بیانگر رتبه هر راهبرد بوده، نتیجه نهایی برای هر کدام از گروه‌ها متفاوت از گروه دیگر است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، از دیدگاه گردشگران پزشکی، راهبرد ۱۳ «بهره‌برداری از دانش و ابزارهای نوین پزشکی با توجه به کاهش تحریم‌ها علیه ایران» در قالب راهبرد اول، راهبرد ۸ «بالا بردن قابلیت و توانمندی‌های پزشکی با توجه به رقابتی بودن این عرصه و تمایل کشورهای رقیب برای ورود به این بخش» در قالب راهبرد دوم و راهبرد ۱ «فراهم نمودن زیرساخت‌های لازم جهت انجام فعالیت‌های تبلیغاتی به‌منظور شناساندن توانمندی‌های گردشگری پزشکی شهر شیراز» در قالب راهبرد سوم مطرح شده است. از دیدگاه مسئولان نیز راهبرد ۳ «توسعه توافق‌نامه‌های همکاری گردشگری پزشکی با بازارهای هدف» در قالب راهبرد اول و راهبرد ۲ «ایجاد بستر مناسب به‌منظور فعالیت بخش خصوصی از جمله شرکت‌های بیمه، آژانس‌های مسافرتی و ... در گردشگری پزشکی» در قالب راهبرد دوم و راهبرد ۵ «صدور ویزای پزشکی و رفع موانع دست‌وپاگیر در این زمینه» در قالب راهبرد سوم مطرح شده است (جدول ۷).

جدول ۷: تعیین فواصل هر کدام از راهبردهای طراحی شده از ایده آل‌های مثبت و منفی بر اساس تحلیل دیدگاه گردشگران و مسئولان

		CI گردشگران	رتبه	CI مسئولان	رتبه
تهاجمی	راهبرد ۱	۰/۵۵۸۲	۳	۰/۵۰۶۸	۷
	راهبرد ۲	۰/۵۴۷۲	۴	۰/۵۶۷۲	۲
	راهبرد ۳	۰/۴۷۵۹	۱۳	۰/۵۹۸۸	۱
	راهبرد ۴	۰/۴۸۹۳	۱۰	۰/۵۳۵۵	۵
	راهبرد ۵	۰/۴۹۱۸	۹	۰/۵۳۹۴	۳
تنوع‌بخشی	راهبرد ۶	۰/۴۸۱۲	۱۲	۰/۴۹۳۹	۱۰
	راهبرد ۷	۰/۴۹۲۰	۸	۰/۵۳۸۲	۴

بازنگری	راهبرد ۸	۰/۵۶۴۷	۲	۰/۴۸۲۵	۱۳
	راهبرد ۹	۰/۵۳۳۲	۶	۰/۴۶۵۶	۱۶
	راهبرد ۱۰	۰/۴۶۲۰	۱۵	۰/۵۰۷۴	۶
	راهبرد ۱۱	۰/۴۳۱۰	۱۶	۰/۴۹۵۶	۹
	راهبرد ۱۲	۰/۴۷۵۰	۱۴	۰/۴۷۳۵	۱۵
	راهبرد ۱۳	۰/۵۶۷۷	۱	۰/۴۸۵۸	۱۲
تدافعی	راهبرد ۱۴	۰/۵۴۶۴	۵	۰/۴۷۹۰	۱۴
	راهبرد ۱۵	۰/۴۸۶۲	۱۱	۰/۴۹۸۱	۸
	راهبرد ۱۶	/۵۰۸۵	۷	۰/۴۸۹۹	۱۱

با توجه به اینکه نتایج به دست آمده از دیدگاه گردشگران و مسئولان متفاوت است و از طرفی دیگر تفاوت و تنوع آرا در برنامه ریزی مانع نتایج مناسب می شود. از این رو همگرایی و تلفیق نظرات هر دو گروه و استخراج نقطه مشترک راهبردی نکته بسیار اساسی در فرایند ارائه راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی برای شهر شیراز است؛ بنابراین، برای تحقق آن تلاش شده است که از طریق تلفیق امتیازات نهایی شاخص سازگاری (CI) به دست آمده در هر دو گروه و گرفتن میانگین، راهبردها دوباره رتبه بندی شوند. نتایج تلفیق امتیازات و رتبه بندی مجدد نشان داد که راهبرد ۲ «ایجاد بستر مناسب به منظور فعالیت بخش خصوصی از جمله شرکت های بیمه، آژانس های مسافرتی و ... در گردشگری پزشکی» در قالب راهبرد اول، راهبرد ۳ «ایجاد بستر مناسب به منظور توسعه بین المللی گردشگری پزشکی با توجه به توافقات ۱+۵» در قالب راهبرد دوم و راهبرد ۱ «فراهم نمودن زیرساخت های لازم جهت انجام فعالیت های تبلیغاتی به منظور شناساندن توانمندی های گردشگری پزشکی شهر شیراز» در قالب راهبرد سوم مطرح شده است. از سوی دیگر، با تلفیق میانگین امتیازات شاخص های سازگاری حاصله از تلفیق نتایج نظرات هر دو گروه و میانگین گیری دوباره، امتیاز نهایی برای هر کدام از راهبردهای چهارگانه تهاجمی، تنوعی، بازنگری و تدافعی محاسبه شده است. نتیجه به دست آمده نشان داد که راهبرد تهاجمی با میانگین امتیاز ۰/۵۳۴ در رتبه اول، راهبرد تنوع بخشی با میانگین امتیاز ۰/۵۱۰ در رتبه دوم، راهبرد تدافعی با میانگین امتیاز ۰/۵۰۱ رتبه سوم و در نهایت راهبرد بازنگری با میانگین امتیاز ۰/۴۸۲ در رتبه چهارم قرار گرفته اند (جدول ۸).



جدول ۸: تعیین اولویت‌های راهبردی از تلفیق نظرات دو گروه گردشگران پزشکی و مسئولان

		CI گردشگران	CI مسئولان	CI میانگین‌ها	رتبه راهبردها	میانگین راهبردها	رتبه راهبردها
تهاجمی	راهبرد ۱	۰/۵۵۸۲	۰/۵۰۶۸	۰/۵۳۲۵	۳	۰/۵۳۴	۱
	راهبرد ۲	۰/۵۴۷۲	۰/۵۶۷۲	۰/۵۵۷۲	۱		
	راهبرد ۳	۰/۴۷۵۹	۰/۵۹۸۸	۰/۵۳۷۳	۲		
	راهبرد ۴	۰/۴۸۹۳	۰/۵۳۵۵	۰/۵۱۲۴	۹		
تنوع‌بخشی	راهبرد ۵	۰/۴۹۱۸	۰/۵۳۹۴	۰/۵۱۵۶	۶	۰/۵۱۰	۲
	راهبرد ۶	۰/۴۸۱۲	۰/۴۹۳۹	۰/۴۸۷۶	۱۳		
	راهبرد ۷	۰/۴۹۲۰	۰/۵۳۸۲	۰/۵۱۵۱	۷		
	راهبرد ۸	۰/۵۶۴۷	۰/۴۸۲۵	۰/۵۲۳۶	۵		
بازنگری	راهبرد ۹	۰/۵۳۳۲	۰/۴۶۵۶	۰/۴۹۹۴	۱۰	۰/۴۸۲	۴
	راهبرد ۱۰	۰/۴۶۲۰	۰/۵۰۷۴	۰/۴۸۴۷	۱۴		
	راهبرد ۱۱	۰/۴۳۱۰	۰/۴۹۵۶	۰/۴۶۳۳	۱۶		
	راهبرد ۱۲	۰/۴۷۵۰	۰/۴۷۳۵	۰/۴۷۴۳	۱۵		
تدافعی	راهبرد ۱۳	۰/۵۶۷۷	۰/۴۸۵۸	۰/۵۲۶۸	۴	۰/۵۰۱	۳
	راهبرد ۱۴	۰/۵۴۶۴	۰/۴۷۹۰	۰/۵۱۲۷	۸		
	راهبرد ۱۵	۰/۴۸۶۲	۰/۴۹۸۱	۰/۴۹۲۱	۱۲		
	راهبرد ۱۶	۰/۵۰۸۵	۰/۴۸۹۹	۰/۴۹۹۲	۱۱		

### نتیجه گیری

گردشگری پزشکی به عنوان یکی از ابعاد توسعه گردشگری در طی سال‌های اخیر مورد توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است. بازار گردشگری پزشکی سرشار از تهدیدها و فرصت‌ها است، چنانچه فرصت‌ها به خوبی شناسایی و مورد بهره‌برداری قرار نگیرند و تهدیدها به خوبی شناسایی و مدیریت نشوند، توسعه گردشگری پزشکی نه تنها سودی در بر نخواهد داشت بلکه هزینه‌های زیادی را به وجود خواهد آورد؛ بنابراین توسعه هدفمند و کارا در گرو برنامه‌ریزی خوب است. بدین منظور مطالعه حاضر روی دو گروه گردشگران پزشکی و مسئولان (کارشناسان پزشکی و کارشناسان گردشگری) صورت گرفت که نتیجه آن، در گام اول شناسایی عوامل راهبردی بود. در فرایند تحلیل‌ها نیز در گام اول، نتیجه انجام تحلیل سوات شناسایی راهبرد کانونی برای توسعه گردشگری پزشکی شهر شیراز بود که بر اساس آن، راهبرد تهاجمی در قالب راهبرد کانونی انتخاب شد؛ سپس در گام دوم، با استفاده از شیوه تاپسیس - فازی در محیط راهبردی، اولویت‌بندی راهبردهای به دست آمده صورت گرفت که نتیجه آن در اولویت قرار گرفتن راهبردهای تهاجمی بود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نتایج به دست آمده در راستای هم و پوشش دهنده همدیگر بوده و به تقویت نتایج به دست آمده نیز کمک می‌کنند. از این رو در ادامه به ارائه راهبردهای کاربردی استراتژی تهاجمی پرداخته شده است.

### استراتژی‌های تهاجمی (SO)

فراهم نمودن زیرساخت‌های لازم جهت انجام فعالیت‌های تبلیغاتی به منظور شناساندن توانمندی‌های گردشگری پزشکی شهر شیراز: تبلیغات در حال حاضر اساس توسعه گردشگری پزشکی است. در این میان باید بیمارستان‌ها با ایجاد یک وبسایت اختصاصی و تبلیغ توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود امکان شناسانده شدن و انتخاب را به بیماران بدهند. از طرفی سایر رسانه‌های عمومی کانال و مسیر مناسبی را برای تبلیغ توانمندی‌های پزشکی بیمارستان‌ها فراهم می‌کنند. شرکت کردن بیمارستان‌ها در همایش‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی و ارائه دستاوردهای بیمارستان‌ها و پزشکان نیز روش دیگر برای تبلیغ توانمندی‌های بیمارستان‌هاست.

ایجاد بستر مناسب به منظور فعالیت بخش خصوصی از جمله شرکت‌های بیمه، آژانس‌های مسافرتی و ... در گردشگری پزشکی: در حال حاضر گرایش عمده جهانی در توسعه بخش

خصوصی و کاهش نقش بخش دولتی است. در حال حاضر مشکل عمده گردشگران پزشکی وجود موانع مربوط به بیمه است. عدم پذیرش بیمه‌های کشورهای مبدأ گردشگران در کشورهای مقصد یکی از این موارد است. فراهم نبودن سازوکارها و وجود موانع قانونی برای فعالیت شرکت بیمه و لینک نبودن شرکت‌های بیمه داخلی با شرکت‌های خارجی از دلایل این مشکلات است؛ بنابراین شرکت‌های بیمه و آژانس‌های مسافرتی که تسهیل‌کننده مسافرت گردشگران پزشکی هستند باید رابطه مناسبی با بیمارستان‌ها داشته باشند و زمینه فعالیت آن‌ها فراهم شود.

توسعه توافق‌نامه‌های همکاری گردشگری پزشکی با بازارهای هدف: بازارهای هدف به‌عنوان بازارهایی که قابلیت و امکان فعالیت در آن‌ها وجود دارد باید شناسایی شوند و زمینه همکاری و فعالیت در آن‌ها فراهم شود. به‌عنوان مثال کشورهای حوزه خلیج فارس بازارهای هدف مناسبی برای شهر شیراز می‌باشند، دلیل این امر نبود امکانات خوب پزشکی و متخصصان و نزدیکی آن‌ها به شهر شیراز است.

فراهم نمودن بسترهای لازم به‌منظور افزایش مدت‌زمان اقامت گردشگران پزشکی به‌منظور بازدید از جاذبه‌های طبیعی، تاریخی و ... ارائه محصولات ترکیبی متناسب با ذائقه گردشگران پزشکی راهکار مناسبی برای افزایش مدت اقامت گردشگران و افزایش هزینه کرد آن‌ها می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که گردشگران پزشکی جزء آن دسته از گردشگران‌اند که هم توانایی مالی زیادی دارند و هم تمایل به بازدید از موزه‌ها و آثار تاریخی دارند. برنامه‌ریزی سفر درست برای این گردشگران باید به‌گونه‌ای صورت بگیرد که در درجه اول خدمات پزشکی مناسبی دریافت کنند و درنهایت بسته سفر ترکیبی مناسب با ذائقه خود داشته باشند.

## منابع

- حقیقی کفاش، محمد؛ ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۸). *اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری ایران*. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، شماره ۱۲-۱۱.
- پورطاهری، مهدی (۱۳۹۰)، کاربرد روش‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه در جغرافیا. تهران: انتشارات سمت.
- جباری، علیرضا (۱۳۸۷). *مدل‌سازی گردشگری سلامت ایران*، پایان‌نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی منتشر نشده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.
- طباطبایی نسب، محمد؛ نوری، ابوالفضل؛ حشمتی، فرزانه؛ محمدنوری، زهره (۱۳۹۳). *گونه‌شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی*. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، دانشگاه علامه طباطبایی، دوره ۹، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۳، صفحه ۸۲-۶۰.
- دیوید فرد آر، (۱۳۸۳)، *مدیریت استراتژیک*، ترجمه علی پارسائیان و سید محمد اعرابی، چاپ ششم. انتشارات دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- دلگشایی، بهرام، رواقی و ابوالحسنی (۱۳۹۱). *ارزیابی عملکرد گردشگری درمانی در تهران از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات* "نشریه بیمارستان، شماره ۴۰.
- صدرممتاز، ناصر؛ آقارجمی، زهرا (۱۳۸۹). *صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه*. مدیریت اطلاعات سلامت (ویژه‌نامه): ۵۱۶-۵۲۴.
- گلکار، کورش (۱۳۸۴). *مناسب‌سازی تکنیک تحلیلی سوات برای کاربرد در طراحی شهری*، مجله صفا، سال یازدهم، شماره ۴۱.
- مرادی، مسیحی (۱۳۸۴). *برنامه‌ریزی استراتژیک و کاربرد آن در شهرسازی ایران*، انتشارات پردازش و برنامه‌ریزی شهری، تهران.
- مروتی شریف آبادی، علی؛ اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۳). *ارائه مدل توسعه‌ی گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد*. فصلنامه مدیریت سلامت. ۱۷ (۵۵): ۷۳-۸۸.

هریسون، جفری و جان کارون (۱۳۸۲). مدیریت استراتژیک، ترجمه بهروز قاسمی، چاپ اول، انتشارات هیأت، تهران.

Awadzi, W., & Panda, D. (2006). Medical tourism: globalization and the marketing of medical services. *Consortium Journal of Hospitality and Tourism*, 11(1), 75-81.

Bovier, P. A. (2008): Medical tourism: a new kind of traveler? *Rev Med Suisse*, 4(157):1196-8, 1196-201.

Carrera, P., Bridges, J. (2008). *Health and medical tourism: what they mean and imply for health care systems*. In: Merz F, Editor. *Wachstumsmotor Gesundheit: Die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. New York: Hanser Verlag; p. 15.

Connell, John.(2011). *Medical Tourism" CAB International Travel and hospitality industry set to tap into Asia's*.

ErfanNia, M.(2010). *Comparative study of information systems in selected countries and provide a solution for medical tourism in Iran* [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences.

Garcia-Altes, A. (2006). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*, 32(1), 262-266.

Gonzales, A., Brenzel, L., Sancho, J. (2001). *Health tourism and related services: Caribbean development and international trade*. Jamaica: Regional Negotiating Machinery; 2001

Gupta, P. (2007). *Medical tourism in Asia*. Luncet; 369(9574): 1691.

Harahsheh, S. (2002). *Curative tourism in Jordan and its potential development*, [Thesis] Bournemouth: Bournemouth University.

Kazemi, Z. (2007). *Study of effective factors for attracting medical tourist in Iran*, [Thesis] Lulea: Lulea University of Technology.

Mojarradi, Z., Amouzegar, S., Beikzadeh, S., Milani M., IZANLOO, A., & Khoramehr, Gh.(2014). Health Tourism Inclined Toward Obtaining Accreditation, *Razavi International Journal of Medicine*, 2 (4).

Ramirez de Arellano, A. B. (2007): Patients without borders: the emergence of medical tourism. *Int J Health Serv*, 37(1), 193-8.

Shishupal Singh B (2011): Opportunities & challenges of medical and health tourism – creating a brand of alternative tourism in india. *IJMT*, 19(2).

Tan, K. B. H. (2007). *Aesthetic medicine: a health regulator's perspective*. Clinical.

Burkett, L. (2007). Medical tourism: concerns, benefits, and the American perspective. *Journal of Legal Medicine*, 28, 223-245.