

Prioritizing Emotional Design Components in Children's Health Tourism: A Three-Phase Journey Model

Paria Sadat Razavi Manesh¹, Mohammad Mirehei^{2✉}, Amin Faraji³, Ebrahim Bagheri Taleghani⁴, Davood Hoomanian⁵

- 1- PhD Student in Tourism, Faculty of Tourism, College of Management, University of Tehran, Tehran, Iran.
 2- Associate Professor, Faculty of World Studies, University of Tehran, Tehran, Iran.
 3- Associate Professor, University of Tehran, and Head of the Iranian Smart Cities Research Center, Tehran, Iran.
 4- Assistant Professor, Department of Industrial Design, Faculty of Applied Arts, Iran University of Art, Tehran, Iran.
 5- Associate Professor, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Article Info Abstract

Article type:
Research Paper

Keywords:
Children's health tourism, emotional design, tourism development model, design of therapeutic environments.

Received:
?

Received in revised form:
?

Accepted:
?
pp. ?-?

Addressing the emotional and psychological needs of children in the treatment process, particularly within the context of health tourism, plays a decisive role in the effectiveness of treatment and the quality of their experience. However, this vital dimension is often overlooked in planning. This study aimed to design a conceptual model for prioritizing emotion-driven design components in children's therapeutic travel. Employing a scoping review method, it analyzed 16 reputable international models from the domains of emotion-driven design and health tourism. The findings resulted in a three-phase model (pre-travel, during travel, and post-travel), which specifies the priority of emotion-driven design components at each stage. In the pre-travel phase, reflective and hedonic components are prioritized to reduce initial anxiety. During the travel phase, visceral and behavioral components are essential for creating a sense of security and facilitating treatment. In the post-travel phase, reflective and hedonic components are emphasized to maintain emotional connection and ensure effective follow-up. This model serves as an operational roadmap, assisting policymakers and service providers in organizing the children's therapeutic travel experience in a positive and healing manner by focusing on the most effective emotion-driven components at each stage. It is suggested that this model forms the basis for developing national standards and future research.

Citation:

Publisher: Vali-e-Asr University of Rafsanjan

[10.22072/tmsse.2026.2075770.1079](https://doi.org/10.22072/tmsse.2026.2075770.1079)

The Author(s) ©



Extended Abstract

Introduction

The therapeutic journey for children within health tourism extends beyond medical procedures, with their emotional and psychological needs being a critical, yet often overlooked, factor influencing treatment efficacy and overall experience. This study addresses this gap by developing a conceptual model to prioritize emotion-driven design components throughout children's therapeutic travel.

Utilizing a scoping review methodology, the research analyzed 16 internationally recognized models from emotion-driven design and health tourism. This analysis facilitated the synthesis of a novel three-phase model: pre-travel, during travel, and post-travel. The model specifically identifies which emotional design components are most critical at each stage to optimize the journey's therapeutic impact.

The findings designate that in the pre-travel phase, the priority lies with reflective and hedonic components. These are essential for mitigating initial anxiety and building positive anticipation. This can be achieved through child-friendly information kits, virtual tours of the medical facility, and empathetic, reassuring communication from the provider, thereby framing the upcoming journey as a positive adventure rather than a source of fear. During the core travel phase, the model emphasizes visceral and behavioral components as paramount. The immediate sensory environment encompassing calming aesthetics, pleasant sounds, and comforting textures is crucial for creating a visceral sense of safety and calm. Concurrently, behavioral components ensure the physical environment and interactions are intuitive and empowering. This involves designing child-centric medical spaces, simplifying navigation, and training staff in child-sensitive communication to reduce stress and foster cooperation during treatment.

Finally, the post-travel phase refocuses on reflective and hedonic components to sustain long-term benefits. The goal is to

maintain an emotional connection, encourage adherence to follow-up care, and shape positive, lasting memories of the experience. Strategies include post-discharge check-ins, engaging recovery progress trackers, and creating memorable, non-medical souvenirs.

This model provides an operational roadmap for policymakers and service providers, enabling them to strategically enhance the pediatric health tourism experience. By focusing on the most impactful emotional components at each phase, stakeholders can transform medical travel into a more positive, humane, and therapeutically effective journey. It is recommended that this model informs future national standards and empirical research.

Results

Based on a systematic scoping review of global research in child-centered and emotion-driven design, this study synthesized findings from 16 selected conceptual models and frameworks. These models, identified through a structured search of international and domestic databases using keywords related to "population," "concept," and "context," were chosen for their scientific validity in health tourism, emotion-driven design, and pediatric therapeutic spaces. From an initial pool of 214 studies, the final selection was made after applying transparent inclusion/exclusion criteria and a two-stage screening process. To develop a comprehensive model of children's therapeutic travel, the analysis was structured around the journey's phases. This was particularly evident during the component synthesis, where elements extracted from global models were redefined based on travel stages and tourist-user touchpoints. This approach enhances the practical applicability of the research output for planners and policymakers.

The synthesis culminated in a three-phase conceptual model (pre-, during, and post-travel) that prioritizes the most impactful emotion-driven design components at each

stage. The model details the priority and degree of influence for four key components—Visceral, Behavioral, Reflective, and Hedonic—at every interaction point, from initial contact to return. Factors influencing each component were identified from the literature and prioritized based on their frequency and significance within each touchpoint, ultimately being integrated into the final framework. This model provides a scientific foundation for analyzing, designing, and effectively evaluating child-centered experiences in health tourism.

Discussion and Conclusion

This study developed a conceptual model to prioritize emotion-driven design components across the different stages of children's health tourism journeys. The key finding is that a child's treatment experience is holistic and integrated, spanning the pre-, during, and post-travel phases. The proposed model dynamically maps the shifting priorities of visceral, behavioral, reflective, and hedonic components at each stage and touchpoint. For instance, pre-travel focuses on reflective and hedonic elements to build trust and reduce anxiety, while the clinical environment prioritizes visceral and behavioral components to ensure immediate safety and facilitate treatment.

This research addresses critical gaps by specifically focusing on children's unique needs, integrating deep emotional design layers into previously logistical models, and centering psychological well-being. The main limitation is its current theoretical nature, requiring future quantitative validation and field testing.

The model serves as both an analytical framework and an operational roadmap for designers, managers, and policymakers. Practical recommendations include establishing national design standards, physically redesigning clinical spaces with child-friendly aesthetics, training staff in emotion-driven care, and creating personalized post-treatment follow-up systems. Implementing this model can significantly enhance the quality of the

therapeutic experience, improve health outcomes, and secure a competitive advantage for destinations like Iran in the global health tourism market.

Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process

The authors declare that they did not use any artificial intelligence (AI) tools in the preparation of this manuscript.

Funding

This article is not sponsored

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article.

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.



اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان: ارائه یک مدل سفر سه‌فازی

پریا سادات رضوی منش^۱، محمد میره‌ای^۲، امین فرجی^۳، ابراهیم باقری طالقانی^۴، داود حومنیان^۵

۱- دانشجوی دکتری گردشگری، دانشکده گردشگری دانشکدگان مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲- دانشیار، دانشکده مطالعات جهان، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- دانشیار، دانشگاه تهران و رئیس مرکز تحقیقات شهر هوشمند ایران، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه طراحی صنعتی، دانشکده هنرهای کاربردی، دانشگاه هنر ایران، تهران، ایران.

۵- دانشیار، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ دریافت:

؟؟؟/؟؟/؟؟

تاریخ بازنگری:

؟؟؟/؟؟/؟؟

تاریخ پذیرش:

؟؟؟/؟؟/؟؟

صص. ؟-؟

کلید واژه‌ها:

گردشگری سلامت کودکان،

طراحی احساس‌گرا،

مدل توسعه گردشگری،

طراحی محیط‌های درمانی.

توجه به نیازهای عاطفی و روانشناختی کودکان در فرآیند درمان، به ویژه در بستر گردشگری سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی درمان و کیفیت تجربه آنان دارد. با این وجود، این بعد حیاتی غالباً در برنامه‌ریزی‌ها نادیده گرفته می‌شود. این مطالعه با هدف طراحی یک مدل مفهومی برای اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در سفر درمانی کودکان انجام شد و با به‌کارگیری روش مرور دامنه و تحلیل ۱۶ مدل معتبر بین‌المللی در حوزه‌های طراحی احساس‌گرا و گردشگری سلامت انجام شده است. یافته‌ها منجر به طراحی مدلی سه‌فازی (پیش از سفر، حین سفر، و پس از سفر) شد که اولویت مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا را در هر مرحله مشخص می‌کند. در مرحله پیش از سفر، مؤلفه‌های تأملی و هدونومیک برای کاهش اضطراب اولیه اولویت دارند. در مرحله حین سفر، مؤلفه‌های غریزی و رفتاری برای ایجاد احساس امنیت و تسهیل درمان ضروری هستند. در مرحله پس از سفر، مؤلفه‌های تأملی و هدونومیک برای حفظ ارتباط عاطفی و پیگیری اثربخش مورد تأکید قرار می‌گیرند. این مدل به عنوان یک نقشه راه عملیاتی، به سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات کمک می‌کند تا با تمرکز بر مؤثرترین مؤلفه‌های احساس‌گرا در هر مرحله، تجربه سفر درمانی کودکان را به گونه‌ای مثبت و درمان‌بخش سامان دهند. پیشنهاد می‌شود این مدل مبنای تدوین استانداردهای ملی و پژوهش‌های آتی قرار گیرد.

استناد:

10.22072/tmsse.2026.2075770.1079

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه ولی‌عصر رفسنجان



مقدمه

سلامت کودکان، به عنوان سنگ بنای توسعه پایدار و سرمایه گذاری هوشمند برای آینده ای روشن، همواره در کانون توجه سیاست گذاری های اجتماعی و نظام های سلامت قرار داشته است. در سال های اخیر، این نگاه، تحولی اساسی یافته و از حصار رویکردهای صرفاً پزشکی فراتر رفته، به سمتی حرکت کرده است که ابعاد روان شناختی، عاطفی و کیفیت زندگی کودک را به عنوان اجزای لاینفک سلامت وی در نظر می گیرد (WHO, 2023)، در این پارادایم نوین، گردشگری سلامت به عنوان صنعتی بین رشته ای و پویا، ظرفیتی بی بدیل برای تلفیق خدمات درمانی تخصصی با تجربه های رفاهی و معنادر فراهم کرده است (Birchley, 2021)، با این وجود، تمرکز غالب این صنعت بر قشر بزرگسال بوده و کودکان، با تمام پیچیدگی ها و نیازهای منحصر به فرد جسمی و روانی خود، به عنوان ذینفعانی اصلی، اغلب در حاشیه برنامه ریزی ها قرار گرفته اند (Hashmi et al., 2025).

طراحی خدمات برای این گروه سنی حساس، مستلزم به کارگیری رویکردهایی است که فراتر از چارچوب های فنی و استانداردهای مرسوم حرکت کند. در دو دهه گذشته، همزمان با گذر از رویکردهای صرفاً کارکردگرا، شاهد ظهور پارادایم طراحی احساس گرا¹ در عرصه طراحی محصولات، خدمات و فضاها بوده ایم. این پارادایم بر این اصل استوار است که تجربه عاطفی و حسی کاربر در مواجهه با یک سامانه، نه تنها یک نتیجه فرعی نیست، بلکه جزء لاینفک کیفیت، قابلیت استفاده و پذیرش آن محسوب می شود (Desmet, Hekkert, 2007). طراحی احساس گرا با هدف ایجاد پاسخ های عاطفی مثبت از قبیل اعتماد، شادی، کنجکاوی و احساس تعلق صورت می پذیرد و در پی آن است تا تعامل کاربر را از سطح رضایت صرف به سطح تعلق خاطر و خاطره انگیزی ارتقا دهد (Jordan, 2000).

این رویکرد در طراحی خدمات برای گروه سنی حساس کودکان، از اهمیتی دوچندان برخوردار است. کودکان موجوداتی کاملاً حسی و عاطفی هستند که محیط را پیش از هر چیز از طریق احساسات خود درک می کنند. در چنین بستری، طراحی احساس گرا با خلق فضایی امن، جذاب و غنی از محرک های مثبت، می تواند به طور مستقیم بر کاهش ترس، اضطراب و استرس ناشی از محیط های درمانی تأثیر بگذارد (Ulrich et al, 2008)؛ برای نمونه، استفاده از رنگ های شاد، نورپردازی طبیعی، عناصر بازی و داستان سرایی در فضای فیزیکی، یا شخصی سازی تعاملات در فضای دیجیتال، همگی می توانند فرآیند درمان را از یک رویداد ترسناک و منفعل به یک سفر اکتشافی فعال و حتی خوشایند برای کودک تبدیل کنند. در نهایت، این امر نه تنها به پذیرش بهتر درمان و همکاری بیشتر کودک می انجامد، بلکه با کوتاه کردن دوره بهبودی، به ارتقای کارایی کل سیستم سلامت نیز کمک می کند (Hathorn, Nanda, 2014).

با درک این ظرفیت ها، هنگامی که به فضای علمی و اجرایی گردشگری سلامت کودکان در ایران نظر می اندازیم، با خلأی آشکار مواجه می شویم. بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد اگرچه مطالعات پراکنده ای به بخش هایی از این حوزه پرداخته اند اما هیچ کدام به طور ساختاریافته و یکپارچه، به تلفیق چارچوب های طراحی احساس گرا با مدل های توسعه سفر درمانی کودک نپرداخته اند. برای نمونه، مطالعه خلیلی (2023) بر موانع عمومی گردشگری کودک تمرکز دارد بدون آنکه راهکارهای طراحی محور برای بهبود تجربه عاطفی در محیط های درمانی ارائه دهد، و مدل باقری و همکاران (2023) نیز علیرغم ارزشمندی، فاقد هرگونه بُعد طراحی احساس گرا و تمرکز بر کودک است. این شکاف دانشی، در عمل به ارائه خدمات پراکنده، غیراستاندارد و کم اثر منجر شده است که نه تنها نیازهای چندبعدی کودکان و خانواده های آنان را به طور کامل پوشش نمی دهد، بلکه باعث اتلاف منابع و از دست رفتن فرصت های ارزشمند در بازار رقابتی گردشگری سلامت منطقه شده است (Lovafan, 2022). نبود یک مدل بومی و جامع که

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

هم بر مبنای نظری طراحی احساس‌گرا استوار باشد و هم شرایط خاص فرهنگی و زیرساختی ایران را در نظر بگیرد، به عنوان مانعی اصلی در مسیر سیاست‌گذاری و سرمایه‌گذاری مؤثر در این حوزه شناسایی می‌شود.

با توجه به خلأ شناسایی‌شده در ادبیات موضوع، مسئله اصلی این پژوهش، عدم وجود یک چارچوب نظام‌مند برای درک این موضوع است که کدام مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در کدام مرحله از سفر درمانی کودکان، بیشترین تأثیر را بر تجربه عاطفی و درمانیشان دارند. بنابراین، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است: «اولویت مؤلفه‌های احساس‌گرای مؤثر بر گردشگری سلامت کودکان در هر مرحله از سفر درمانی به چه ترتیبی است؟» پاسخ به این پرسش از دو جهت دارای اهمیت راهبردی است: خلق دانش پایه و مدل‌سازی در حیطه میان‌رشته‌ای نوپدید طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودک که تاکنون مغفول مانده است و ارائه نقشه راه عملیاتی به سیاست‌گذاران، مدیران مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری سلامت تا بتوانند منابع خود را به شکلی کارآمد و اثربخش در نقاطی متمرکز کنند که بیشترین بازده عاطفی و درمانی را برای کودک و همراهانش به ارمغان می‌آورد.

در راستای پاسخ به این پرسش، هدف اصلی این مطالعه، طراحی و اعتبارسنجی یک مدل مفهومی است که اولویت مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا (مانند ایجاد شادی، اعتماد، امنیت و کنجکاوی) را در تعامل با مؤلفه‌های گردشگری سلامت (مانند خدمات درمانی، امکانات اقامتی و برنامه‌های تفریحی) در طول سفر درمانی کودک مشخص می‌نماید. برای دستیابی به این هدف، پژوهش حاضر با روش مرور دامنه¹ و با تحلیل و سنتز نظام‌مند ۱۶ مدل معتبر بین‌المللی در حوزه‌های طراحی احساس‌گرا، گردشگری سلامت و فضاهای درمانی کودک انجام شده است و خروجی نهایی، چارچوبی عملیاتی است که به ارتقای کیفیت تجربه کودک و همراهانش منجر خواهد شد.

مبنای نظری و پیشینه پژوهش

گردشگری سلامت سفری سازمان‌یافته با هدف حفظ، بهبود یا بازیابی سلامت جسمی و روانی افراد در مکانی خارج از محل سکونت معمول آنها تعریف می‌شود (Padilla-Meléndez, Del Aguila-Obra, 2016). این مفهوم گسترده، معمولاً در سه قالب اصلی دسته‌بندی می‌گردد: ۱. گردشگری تندرستی (پیشگیرانه) با هدف رهایی از استرس و پیشگیری از بیماری، ۲. گردشگری درمانی طبیعی (بازتوانی) با بهره‌گیری از منابع طبیعی مانند آب‌های معدنی، و ۳. گردشگری پزشکی که شامل سفر برای دریافت خدمات درمانی و پزشکی پیشرفته می‌شود (Bagheri et al., 2023; Mueller, Kaufmann, 2001). در این میان، گردشگری پزشکی کودکان به عنوان یک شاخه تخصصی، به نیازهای درمانی ویژه‌ی کودکان و نوجوانان می‌پردازد، جایی که خانواده‌ها عواملی مانند کیفیت خدمات، هزینه و زمان انتظار را برای یافتن بهترین گزینه‌های درمانی فراتر از مرزهای خود در نظر می‌گیرند (Medical tourism magazine, 2025). در طراحی خدمات و فضاهای مرتبط با این حوزه، رویکرد طراحی احساس‌گرا که بر ایجاد ارتباط عاطفی قوی با کاربر و پاسخگویی به نیازهای حسی او تأکید دارد، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش رضایت و بهبود تجربه‌ی گردشگران سلامت، به ویژه کودکان، ایفا کند (Norman, 2004).

در حوزه طراحی احساس‌گرا، نظریه سه سطح پردازش عاطفی نورمن (Norman, 2004) و نظریه هدونومیکس (Hancock et al., 2005; Helander, 2002) از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده و به عنوان چارچوب‌های نظری جامع در تحلیل و تبیین ابعاد مختلف تجربه کاربری محسوب می‌شوند. نظریه نورمن با ارائه سطوح سه‌گانه غریزی، رفتاری و تأملی، درک عمیقی از نحوه تعامل کاربر با محصولات و خدمات در سطوح مختلف ادراکی فراهم می‌کند (Norman, 2004). این نظریه به خوبی نشان

می‌دهد که چگونه طراحی می‌تواند همزمان بر واکنش‌های سریع و ناخودآگاه، عملکرد عملی و معانی عمیق فرهنگی و هویتی تأثیر بگذارد.

این نظریه چارچوبی قدرتمند برای درک تعامل کودکان با محیط‌های درمانی فراهم می‌آورد. برای کودکان که موجوداتی بسیار حسی و کمتر تحلیلی هستند، این سطوح از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، سطح غریزی به واکنش‌های فوری و بی‌درنگ به محرک‌های حسی می‌پردازد (Bagheri, 2012). در محیط کودک، ویژگی‌های رشدی مانند جذب شدن ذاتی به رنگ‌های روشن و کنتراست بالا، اشکال نرم و گرد و موسیقی ملایم (Mousa, Abdelrahman Mohamed (2025)، مستقیماً با این سطح مرتبط است. یک طراحی غریزی موفق در بیمارستان کودکان، می‌تواند با استفاده از دیوارنگاره‌های رنگارنگ از شخصیت‌های محبوب، اسباب‌بازی‌های نرم در فضای انتظار و نورپردازی غیرخیره‌کننده، ترس اولیه را کاهش داده و حس کنجکاوی و امنیت پایه را برانگیزد؛ سطح رفتاری به قابلیت استفاده و عملکرد مربوط می‌شود. کودکان، به ویژه در شرایط استرس‌زا، توانایی شناختی محدودی برای درک فرآیندهای پیچیده دارند.

بنابراین، طراحی رفتاری در گردشگری سلامت کودک باید بر سادگی متمرکز شود، برای مثال، تابلوهای راهنمای تصویری و آیکون محور به جای متون طولانی، مبلمان و تجهیزات پزشکی با ظاهر غیرتهدیدکننده (مانند دستگاه ام‌آر‌آی با طرح کودکانه) و فرآیندهای ثبت‌نام کوتاه و بدون دردسر، همگی باعث می‌شود کودک و همراهانش احساس کنترل و کارآمدی بیشتری داشته باشند. سطح تأملی به معنا، خاطره و هویت بلندمدت مرتبط است. کودکان خاطرات عاطفی عمیقی از تجربیات خود شکل می‌دهند. یک تجربه درمانی مثبت می‌تواند تصویر ذهنی کودک از خود به عنوان یک قهرمان شجاع را تقویت کند، نه یک بیمار درمانده. ایجاد این سطح از طریق روایت‌سازی حول فرآیند درمان (مثلاً مأموریت برای شکست دادن میکروب‌ها)، دادن نشان افتخار پس از پایان یک فرایند درمانی سخت یا امکان مستندسازی سفر درمانی در یک کتابچه یادبود شخصی امکان‌پذیر است. این امر نه تنها بر رضایت فعلی، بلکه بر نگرش کودک به سلامت و درمان در آینده تأثیر می‌گذارد.

در کنار این نظریه، نظریه هدونومیکس (Hancock et al., 2005; Helander, 2002) که بر طراحی برای لذت و رفاه متمرکز دارد، با ارائه یک سلسله‌مراتب پنج‌گانه، مسیری تکاملی از نیازهای پایه تا تجربیات متعالی را ترسیم می‌کند. این چارچوب به ویژه در حوزه گردشگری سلامت کودکان از اهمیت بالایی برخوردار است (Helander, 2002)، چرا که نشان می‌دهد چگونه می‌توان از تأمین ایمنی و کارکردهای پایه آغاز کرده و به تدریج به سمت ایجاد تجربیات لذت‌بخش و شخصی‌سازی شده حرکت نمود (Hancock et al., 2005).

در این هرم سلسله‌مراتبی، به ترتیب از سطح ایمنی، عملکردگرایی و قابلیت استفاده به تجربه لذت بخش و فردگرایی می‌رسیم؛ ایمنی بنیادی‌ترین نیاز است. یک محیط درمانی برای کودک باید عاری از تهدیدات فیزیکی (لوازم تیز، سطوح لیز) و روانی (پرسنل عصبانی، صدای فریاد) باشد. وجود والدین در کنار کودک در اکثر فرآیندها، حس ایمنی عاطفی را تقویت می‌کند. در سطح بعدی، خدمات باید نیازهای درمانی و رفاهی را به طور مؤثر برآورده کنند. یک سیستم نوبت‌دهی کارآمد که از انتظار طولانی جلوگیری کند، یا وجود مترجم برای خانواده‌های غیرفارسی‌زبان، نمونه‌هایی از عملکردگرایی هستند. در سطح سوم محیط و خدمات باید برای کودکان و والدین به راحتی قابل درک و استفاده باشد. میزهای پذیرش با ارتفاع مناسب کودک، نرم‌افزارهایی با رابط کاربری ساده برای آموزش بیماری به کودک از طریق بازی، و تابلوهای راهنمای بصری، قابلیت استفاده را افزایش می‌دهند.

اما در سطح تجربه لذت‌بخش است که طراحی از عملکرد محض فراتر رفته و به ایجاد احساسات مثبت می‌پردازد. وجود فضای بازی ایمن در بیمارستان، برگزاری کارگاه‌های نقاشی یا قصه‌گویی، و پخش کارتون در اتاق‌های انتظار، لحظات لذت‌بخشی را

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران در میانه استرس درمان خلق می‌کند و فردگرایی عالی‌ترین سطح است که به احساس تعلق و منحصر به فرد بودن می‌انجامد. مثال‌های عینی از فردی‌سازی در محیط کودک می‌تواند شامل: اجازه دادن به کودک برای آویزان کردن نقاشی خود به تخت بیمارستان، انتخاب غذای مورد علاقه از یک منوی کودکانه رنگارنگ در هتل یا بیمارستان، یا امکان انتخاب طرح و رنگ چسب و بانداز دست یا پای خود باشد.

تلفیق این دو نظریه، چارچوب نظری قدرتمندی برای کشف مؤلفه‌های احساس‌گرایی موثر بر گردشگری سلامت کودکان در هر مرحله از سفر درمانی فراهم می‌آورد. مؤلفه‌های هر دو نظریه، در طراحی خدمات سلامت کودکان از اهمیت اساسی برخوردارند. این مؤلفه‌ها نه تنها به بهبود تجربه فیزیکی و عملکردی کمک می‌کنند، بلکه در ایجاد ارتباط عاطفی عمیق (Norman, 2004; Hancock et al., 2005) با کودکان و خانواده‌های آنان نیز نقش حیاتی ایفا می‌نمایند.

بررسی مطالعات پیشین در حوزه گردشگری سلامت کودکان نشان می‌دهد که اگرچه توجه به مقوله گردشگری سلامت در سال‌های اخیر افزایش یافته است، اما نیازهای ویژه کودکان به عنوان گروهی خاص، کمتر مورد توجه قرار گرفته است (Koščak et al., 2024; Hossein Nejad et al., 2021). مطالعات خارجی عمدتاً بر جنبه‌های عمومی گردشگری سلامت و احساسات بزرگسالان متمرکز بوده و دیدگاه کودکان را نادیده گرفته‌اند (Walters, Li, 2017; Gao, Zhang, 2024)، برای مثال، پژوهش (Gao, Zhang, 2024) اگرچه بر تنظیم هیجانات گردشگران تأکید دارد، اما به احساسات کودکان در محیط‌های درمانی نپرداخته است.

مطالعاتی که به طور خاص کودکان را هدف قرار داده‌اند، اغلب بر یک بعد منفرد مانند چالش‌های اخلاقی و عملی (Birchley, 2021) یا طراحی محیط فیزیکی بیمارستان (Babbu & Haque, 2023) متمرکز بوده و نگاهی جامع به کل سفر درمانی کودک از مرحله تصمیم‌گیری تا پیگیری پس از بازگشت ندارند. حتی پژوهش‌های نوظهوری که از فناوری‌های دیجیتال مانند واقعیت مجازی برای کاهش اضطراب کودکان استفاده می‌کنند (Sacks et al., 2022)، عمدتاً بر یک نقطه تماس خاص (حین درمان) متمرکزند و آن را در یک چارچوب سفر یکپارچه تحلیل نکرده‌اند.

در حوزه داخلی نیز تمرکز اصلی بر زیرساخت‌ها و عوامل اقتصادی گردشگری سلامت بوده و نیازهای عاطفی و روان‌شناختی کودکان کمتر مورد توجه قرار گرفته است (Bagheri et al., 2023; Mosadeghrad & Sadeghi, 2021). حتی پژوهش‌های مربوط به شهر دوستدار کودک (Hossein Nejad et al., 2024) و گردشگری دوستدار کودک (Oveisi et al., 2024) نیز به طور خاص به مقوله سلامت کودکان نپرداخته‌اند. مطالعات محدود داخلی با محوریت کودک، اغلب بر یک مرحله (مانند محیط بستری) (Hojat & Ebnolshahidi, 2011) یا یک فناوری خاص (Ghodaripoury et al., 2021) متمرکز شده‌اند. این پراکندگی و تک‌بعدی بودن پژوهش‌های پیشین، شکاف آشکاری را در ادبیات موضوع نشان می‌دهد: نبود یک مدل مفهومی یکپارچه که از سویی مراحل مختلف سفر درمانی کودک (پیش، حین، پس) و از سوی دیگر اولویت‌های متغیر مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا را در هر مرحله، به طور پویا و نظام‌مند تلفیق نماید. در ادامه یافته‌های مطالعات بطور خلاصه در جداول (۱ و ۲) تفکیک شده است.

جدول ۱: خلاصه و جمع‌بندی مطالعات خارجی

عنوان مطالعه (نویسنده، سال)	روش تحقیق	یافته‌های کلیدی
گردشگری پزشکی کودکان: بیماران بین‌المللی که به دلیل بدخیمی و اختلالات خونی جدی	مطالعه گذشته نگر	شناسایی انگیزه‌های خانواده‌ها برای سفر درمانی کودکان (دسترس‌ی به درمان‌های پیشرفته). این مقاله بر کیفیت تجربه عاطفی کودک در طول

به دنبال درمان در ایالات متحده هستند. مروری بر تجربه سنت جود (Hashmi et al., 2025)		اقامت متمرکز نبوده است.
تطبیق استراتژی‌های تنظیم احساسات با احساسات خاص در تجربیات گردشگری (Gao, Zhang, 2024)	پیمایشی	ارائه راهبردهایی برای مدیریت هیجانات گردشگران بزرگسال. این پژوهش احساسات کودکان در محیط‌های درمانی را بررسی نکرده است
ارائه چارچوبی برای طراحی محیط درمانی کودکان با استفاده از روش دلفی (Babbu & Haque, 2023)	روش دلفی	ارائه یک چارچوب ساختاریافته برای طراحی محیط‌های درمانی کودکان با استفاده از روش دلفی که شاخص‌های کلیدی مانند ایمنی، ارتباط با طبیعت، رنگ و نور درمانی، و فضاهای بازی را اولویت‌بندی کرده و بر پاسخگویی به نیازهای عاطفی و رشدی کودک تأکید دارد.
فناوری‌های سلامت دیجیتال در آزمایش‌های کودکان (Sacks et al., 2022)	مرور و تحلیل	فناوری‌های سلامت دیجیتال با تسهیل مشارکت کودک و کاهش بار مراقبت از خانواده، می‌توانند بستر مناسبی برای مداخلات موثر عاطفی و درمانی فراهم آورند.
گردشگری پزشکی کودکان: یک پدیده نوظهور (Birchley, 2021)	مرور نظام‌مند- تحلیل اخلاقی	بحث در مورد چالش‌های اخلاقی گردشگری پزشکی کودکان، این پژوهش بر اهمیت توجه به ابعاد اخلاقی گردشگری پزشکی در کودکان و ضرورت توسعه استانداردهای حرفه‌ای در این حوزه تأکید می‌کند بدون ارائه یک مدل عملیاتی برای بهبود تجربه آنان.
بررسی صداها نادرته گرفته شده کودکان در توسعه گردشگری پایدار: مطالعه تطبیقی در شش مقصد گردشگری اروپایی (Koščak et al., 2021)	پس‌آزمون	تأکید بر این که کودکان در برنامه‌ریزی گردشگری نادرته گرفته می‌شوند. این مطالعه به گردشگری سلامت به عنوان یک حوزه تخصصی نپرداخته است.
گردشگری پزشکی و منافع عالی کودک بحران‌دار (Bhatia & Birchley, 2020)	تحلیل محتوا	جهانی‌شدن سلامت، به‌ویژه در حوزه کودکان، پیچیدگی‌های جدیدی در تقاطع حقوق، اخلاق و پزشکی ایجاد کرده است. کودک‌محوری باید در قانون تصمیم‌گیری‌ها قرار گیرد، نه لزوماً خواست والدین یا جریان‌های رسانه‌ای. همچنین نیاز به یک چارچوب قانونی منسجم برای مدیریت تأثیرات گردشگری پزشکی کودکان و استفاده از فناوری‌های نوین در فرآیند درمان احساس می‌شود. این مطالعه به طراحی فضاهای درمانی نپرداخته است.
طراحی بیمارستان مبتنی بر شواهد. مروری بر مقالات منتشر شده اخیر در مورد تأثیر EBD محیط ساخته شده بر پیامدهای کارکنان بیمارستان و سازمان (Brambilla, 2019)	مرور نظام‌مند	شناسایی مؤلفه‌های محیط ساخته‌شده (نور، صوت، مسیریابی) که بر بیماران و پرسنل تأثیر می‌گذارد. این مطالعه به طور خاص به محیط‌های کودکان نپرداخته است.

نقش و تأثیر احساسات بر رفتار گردشگر (Walters, Li, 2017)	مروری	تأثیر احساسات بر روند تصمیم‌گیری، واکنش و رضایتمندی گردشگر
گردشگری سلامت: چارچوب مفهومی و بینش‌هایی از مطالعه موردی یک مقصد گردشگری بالغ اسپانیایی (Padilla-Meléndez, Del Aguila-Obra, 2016)	پیمایشی (مطالعه موردی)	این مقاله با ارائه چارچوب یکپارچه و مطالعه میدانی در یک مقصد بالغ، گام مهمی در جهت درک پیچیدگی‌های گردشگری سلامت برداشته است. اگرچه تمرکز مستقیم بر کودکان ندارد، اما چارچوب ارائه شده می‌تواند مبنایی برای پژوهش‌های آینده در زمینه گردشگری سلامت کودک باشد
گردشگری پزشکی کودکان: پدیده‌ای نوظهور (Hamlin-Williams et al., 2015)	تحلیل محتوا	ارائه یک مدل سه مرحله‌ای برای سفر درمانی کودک (تشخیص و تصمیم‌گیری، سفر و درمان، پیگیری و بازگشت). تمرکز اصلی بر جنبه‌های لجستیکی و فرآیندی بوده و به ابعاد عاطفی و طراحی محیطی پرداخته نشده است.
گردشگری سلامت: تحلیل بازار یک بخش ویژه گردشگری سلامت و پیامدهای آن برای صنعت هتلداری (Mueller, Kaufmann, 2001)	توصیفی-تحلیلی Market Research	تأثیر تمرکز بر مدیریت کیفیت و تخصصی‌سازی خدمات هتل‌ها در ایجاد مزیت رقابتی و ضرورت تفکیک بازار و طراحی استراتژی بازاریابی جداگانه برای گردشگران سلامت‌محور و درمان‌گرا. این مرور به طور کلی به دیدگاه کودکان توجهی نکرده است.

جدول ۲: خلاصه و جمع‌بندی مطالعات داخلی

عنوان مطالعه (نویسنده، سال)	روش تحقیق	یافته‌های کلیدی
تحلیل تحقق‌پذیری شاخص‌های توسعه گردشگری دوستدار کودک در مجتمع‌های تجاری تفریحی، نمونه مورد مطالعه: مجتمع تجاری تفریحی گردشگری خلیج فارس یزد (Oveisi et al., 2024)	تحلیل آمیخته تحلیل تم و FMEA	تمرکز بر مجتمع‌های تجاری-تفریحی و شاخص‌های عمومی است؛ پژوهش نشان می‌دهد که تحقق‌پذیری گردشگری کودک در مجتمع‌های تجاری-تفریحی نیازمند: برنامه‌ریزی مدیریتی منسجم، طراحی فیزیکی و بصری مناسب، ایمنسازی همه‌جانبه و غنی‌سازی محیط از نظر آموزشی و فرهنگی است. این پژوهش به طور خاص به گردشگری "سلامت" کودکان و طراحی محیط‌های درمانی نپرداخته است.
مروری بر پژوهش‌های داخلی شهر دوستدار کودک (Hossein Nejad et al., 2024)	مروری	جمع‌بندی مطالعات در حوزه فضاهای عمومی شهری. شکاف مطالعاتی در حوزه فضاهای تخصصی درمانی کودکان شناسایی شده است.
ارائه مدل بازاریابی توسعه گردشگری سلامت شهر تهران با استفاده از روش گراند تئوری (Bagheri et al., 2023)	نظریه داده‌بنیاد (گراند تئوری)	گردشگری سلامت نیازمند مدیریت یکپارچه و راهبرد بازاریابی منسجم است. زیرساخت‌های درمانی، اقامتی و حمل‌ونقل باید بهبود یابند و عوامل سیاسی-امنیتی نقش کلیدی در جذب گردشگران سلامت دارند. بنابراین نیاز به تدوین راهبرد ملی گردشگری سلامت و توسعه زیرساخت‌های دیجیتال و اطلاعاتی و همچنین ایجاد برند ملی برای گردشگری سلامت تهران و تسهیل قوانین ویزا و اقامت است. این مدل فاقد هرگونه بعد طراحی احساس‌گرا و تمرکز بر کودکان است.

نیاز به ایجاد شورای ویژه کودکان با مشارکت نهادهای مرتبط تدوین برنامه راهبردی توسعه گردشگری کودک محور گسترش فضاهای عمومی ایمن و جذاب برای کودکان	پیمایشی (مطالعه موردی)	بررسی موانع گردشگری کودکان و ارائه راهکارهای توسعه آن در ایران (مطالعه موردی: شهر مشهد) (Khalili, 2023)
بررسی عوامل جذب گردشگران پزشکی بزرگسال به ایران. این مطالعه به بخش کودکان و ابعاد روانشناختی آن نپرداخته است.	پدیدارشناسی	گردشگری پزشکی: علل انتخاب ایران (Mosadeghrad & Sadeghi, 2021)
جمع‌بندی شواهد موجود که حاکی از اثربخشی مثبت واقعیت مجازی (VR) در کاهش اضطراب کودکان در موقعیت‌های مختلف (درمانی، دندانپزشکی، پیش از عمل) است و این فناوری با منحرف کردن توجه، ایجاد محیطی تعاملی و قابل کنترل، پاسخ‌های اضطرابی را کاهش می‌دهد. اشاره به ضرورت توجه به محتوای سن‌محور و طراحی جذاب برنامه‌های واقعیت مجازی برای حصول نتیجه بهتر.	مروور نظام‌مند	بررسی تأثیر واقعیت مجازی بر کاهش اضطراب در کودکان: یک مرور نظام‌مند (Ghodaripoury et al., 2021)
شناسایی مؤلفه‌های معماری و محیطی مؤثر در کاهش ترس و اضطراب کودکان در فضای بستری و تأکید بر اهمیت طراحی کودک محور، استفاده از رنگ‌های شاد، نور طبیعی، فضاهای بازی و عناصر شبه‌خانگی برای ایجاد حس امنیت و آشنایی.	تحلیل کیفی و ارزیابی نیازها	بازتعریف فضای بستری در بیمارستان اطفال بر مبنای ارزیابی و تحلیل نیازهای کودکان با رویکرد کاهش ترس از محیط (Hojat & Ebnolshahidi, 2011)

با بررسی پیشینه پژوهش، روشن می‌شود که اگرچه مطالعاتی به‌طور جداگانه به گردشگری سلامت، طراحی احساس‌گرا و فضاهای درمانی پرداخته‌اند و با وجود تأکید نظریه‌پردازان بر اهمیت طراحی احساس‌گرا و توجه به نیازهای عاطفی کاربران، پژوهش‌های معدودی به طراحی محیط‌های درمانی ویژه کودکان با این رویکرد پرداخته‌اند؛ بنابراین، یکپارچگی و تلفیق نظام‌مند این حوزه‌ها با محوریت نیازهای عاطفی و رشدی کودکان، شکافی آشکار در ادبیات موضوع محسوب می‌شود. پژوهش‌های موجود در گردشگری سلامت عمدتاً بر ابعاد اقتصادی، بازاریابی و زیرساختی برای بزرگسالان متمرکز بوده‌اند، مانند مدل (Mueller & Kaufmann, 2001; Bagheri et al., 2023). از سوی دیگر، مطالعات طراحی احساس‌گرا نیز کمتر به بستر پیچیده و چندمرحله‌ای «سفر درمانی کودک» پرداخته‌اند.

مدل‌های موجود سفر بیمار مانند (Hamlin-Williams et al., 2015)، اگرچه مراحل کار را توصیف می‌کنند، اما فاقد چارچوبی برای اولویت‌بندی مداخلات طراحی احساس‌گرا در هر مرحله، با در نظرگیری ویژگی‌های روان‌شناختی کودک هستند. بنابراین، نوآوری و ضرورت این پژوهش در این است که برای اولین بار، با تلفیق چارچوب‌های نظری طراحی احساس‌گرا (نورمن و هدونومیکس) با مدل سفر درمانی کودک، یک مدل یکپارچه و پویا ارائه می‌دهد و به‌صراحت بر اولویت‌بندی مؤلفه‌های عاطفی در هر یک از مراحل سه‌گانه سفر (پیش، حین و پس از سفر) متمرکز شده و تنها به توصیف مراحل بسنده نکرده است. همچنین، با ارائه یک نقشه راه عملیاتی، پلی بین نظریه و عمل ایجاد کرده و مستقیماً به نیاز سیاست‌گذاران، مدیران مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات برای طراحی تجربه‌ای مثبت و درمان‌بخش برای کودکان پاسخ می‌دهد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی و از نوع اسنادی است که با به‌کارگیری نظام‌مند روش مرور دامنه انجام شده است. این پژوهش با هدف پاسخ به سؤال «اولویت مؤلفه‌های احساس‌گرایی مؤثر بر گردشگری سلامت کودکان در هر مرحله از سفر درمانی کدامند؟» صورت گرفت: برای گردآوری داده‌ها از منابع معتبر علمی شامل مقالات پژوهشی، کتب و گزارش‌های مرتبط استفاده شد. انتخاب روش مرور دامنه به دلیل ماهیت بین‌رشته‌ای موضوع و پراکندگی ادبیات در حوزه‌های گردشگری سلامت، طراحی احساس‌گرا و فضاهای درمانی کودک بود و بر پایه چارچوب پیشنهادی (Arksey, O'Malley, 2005) و رعایت دستورالعمل گزارش‌دهی PRISMA-ScR انجام شد که امکان بررسی جامع و نظام‌مند ادبیات موجود را فراهم می‌سازد. این روش همچنین شناسایی نقاط قوت، ضعف و شکاف‌های پژوهش‌های پیشین را ممکن می‌سازد. این روش به دلیل ماهیت بین‌رشته‌ای موضوع، پراکندگی ادبیات پژوهشی در حوزه‌های گردشگری سلامت، طراحی احساس‌گرا و فضاهای درمانی کودک، انتخاب گردید.

استراتژی جستجوی این مطالعه به گونه‌ای طراحی شد تا با درنظرگیری تمامی ابعاد موضوع، موازنه‌ای میان جامعیت و دقت برقرار کند. برای دستیابی به این هدف، یک استراتژی نظام‌مند جستجو برای شناسایی مطالعات مرتبط در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ با چارچوب شناخته‌شده (جامعه، مفهوم محوری و بافت)^۱ به عنوان نقشه راه اصلی انتخاب شد. بر این اساس، کلیدواژه‌های جستجو در چهار گروه مفهومی اصلی دسته‌بندی شدند: جامعه که شامل واژگانی مانند «کودک»^۲، «پدیاتریک»^۳ و مشتقات آنان بود؛ مفهوم محوری که بر «طراحی احساس‌گرا»، «مهندسی کانسی»^۴ و «هدونومیکس»^۵ متمرکز شد؛ و بافت که حوزه‌های «گردشگری سلامت»^۶، «محیط‌های درمانی»^۷ و «گردشگری پزشکی کودک»^۸ را پوشش می‌داد. این کلیدواژه‌ها در فیلدهای عنوان، چکیده و کلیدواژه‌ها جستجو شدند. سپس با استفاده از عملگرهای منطقی (OR) در درون هر گروه و (AND) برای ترکیب گروه‌ها با یکدیگر، در قالب یک رشته جستجوی ساختاریافته در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بین‌المللی و ملی از جمله اسکوپوس، پابمد، گوگل اسکالر، ریسرچ گیت و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی‌زبان مانند SID و مگیران به کار گرفته شدند. برای مثال استراتژی جستجو در پایگاه‌های داده خارجی در ذیل آمده است:

همچنین استراتژی جستجو در پایگاه ریسرچ گیت به شرح ذیل است:

("child*" OR "pediatric*" OR "paediatric*" OR "kid" OR "kids") AND ("health tourism" OR "medical tourism" OR "medical travel" OR "pediatric health tourism") AND ("emotional design" OR "affective design" OR "kansei engineering" OR "hedonomic*" OR "pleasurable design" OR "design for emotion") AND ("therapeutic environment" OR "healing environment" OR "patient journey" OR "kids treatment experience" OR "healthcare design")

همچنین در پایگاه‌های داده داخلی با استراتژی و کلیدواژه‌های زیر جستجو صورت گرفت:

1. Population, Concept, Context (PICO)
2. Child, Kid
3. Pediatric
4. Kansei engineering
5. Hedonomics
6. Health tourism
7. Therapeutic spaces and environment
8. Pediatric health tourism
9. Medical tourism

«کودک» OR «کودکان» OR «پدیاتری» AND «گردشگری سلامت» OR «گردشگری سلامت کودک» OR «گردشگری پزشکی» OR «گردشگری پزشکی کودک» AND «طراحی احساس گرا» OR «طراحی عاطفی» OR «مهندسی کانسی» OR «طراحی لذت بخش» AND «طراحی فضای درمانی» OR «طراحی فضای درمانی کودک محور»

با توجه به اینکه با این استراتژی در پایگاه‌های داده فارسی نتیجه‌ای یافت نشد، جست‌وجو با کلیدواژه‌ها و ترکیب‌های دیگری از عملگرهای منطقی صورت گرفت. به عنوان مثال، در پایگاه SID با استفاده از استراتژی «گردشگری سلامت کودک» AND «طراحی بیمارستان کودکان» AND «محیط درمانی کودکان» و در پایگاه مگیران با استفاده از استراتژی «گردشگری سلامت کودک» AND «گردشگری پزشکی کودک» AND «طراحی-کودک-محور» انجام شد. همچنین، به دلیل عدم ارتباط اکثر پژوهش‌ها با حوزه تخصصی تحقیق، مدل‌های مفهومی و نظری سه حوزه گردشگری سلامت، طراحی فضای درمانی و طراحی احساس گرا نیز مورد بررسی قرار گرفت. این رویکرد تضمین می‌کند که تنها مطالعاتی بازاریابی شوند که به طور همزمان به هر سه حوزه جمعیت، مفهوم و بافت مرتبط هستند و در نتیجه، نتایج از دقت و ارتباط بالایی برخوردار خواهد بود.

همچنین مواردی که فاقد معیار شمول بودند شامل:

-مطالعاتی که منحصرأ بر گردشگری سلامت بزرگسالان متمرکز بودند.

-مقالاتی که تنها به ابعاد فنی، پزشکی یا اقتصادی گردشگری سلامت پرداخته و بعد طراحی احساس گرا را نادیده گرفته

بودند.

-مقالات کنفرانسی بدون داوری همتا، سرمقاله‌ها و پایان‌نامه‌های کارشناسی.

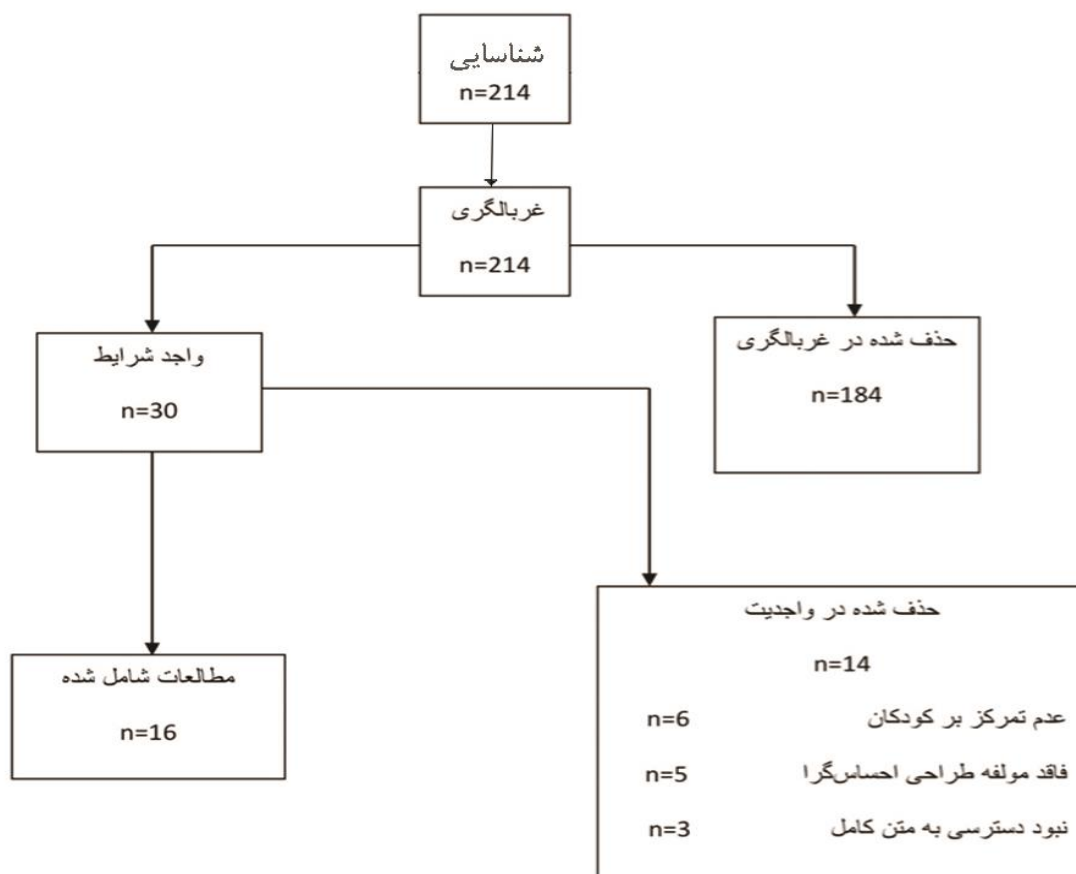
-مطالعاتی که به زبان‌هایی غیر از فارسی و انگلیسی نوشته شده بودند بود.

فرآیند غربالگری به صورت دو مرحله‌ای و توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد. در مرحله اول، عناوین و چکیده مقالات بر اساس معیارهای شمول و عدم شمول غربالگری شدند. در مرحله دوم، متن کامل مقالات منتخب، برای ارزیابی نهایی و استخراج داده‌ها مطالعه گردید. در صورت وجود اختلاف نظر بین دو پژوهشگر، با بحث و تبادل نظر و در صورت لزوم، مشورت با پژوهشگر سوم، به اجماع رسیده شد. این فرآیند در نمودار PRISMA (شکل ۱) به تصویر کشیده شد.

تعداد ۲۱۴ مطالعه از پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی و داخلی شناسایی شد. تمامی ۲۱۴ مطالعه بر اساس عنوان و چکیده توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفتند؛ تعداد ۱۸۴ مطالعه به دلیل عدم ارتباط موضوعی با سؤال پژوهش (مانند تمرکز بر گردشگری سلامت بزرگسالان یا فقدان هرگونه اشاره به ابعاد عاطفی یا طراحی) حذف شدند؛ تعداد ۳۰ مطالعه برای مرحله ارزیابی، واجد شرایط تشخیص داده شدند. متن کامل ۳۰ مطالعه بازاریابی و به دقت مورد ارزیابی قرار گرفت. از این میان، ۱۴ مطالعه به دلایل عینی و از پیش تعریف‌شده حذف شدند؛ ۶ مطالعه: به طور خاص بر نیازها یا تجربیات کودکان متمرکز نبودند؛ ۵ مطالعه: فاقد مؤلفه‌های طراحی احساس گرا در چارچوب مفهومی خود بودند و متن کامل ۳ مطالعه در دسترس نبود.

در نهایت، ۱۶ مدل و چارچوب مفهومی که معیارهای شمول را به طور کامل دارا بودند، جهت سنتز نهایی و طراحی مدل

پژوهش انتخاب شدند.



شکل ۱: نمودار جریان PRISMA

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در هر مرحله از سفر درمانی کودک، عمدتاً بر پایه‌ی ماهیت تعریف‌شده و ذاتی هر سطح (غریزی، رفتاری، تأملی و هدونومی) انجام شد. این ماهیت که در ادبیات نظری پایه تثبیت شده، به‌خودی‌خود جهت‌دهنده‌ی اصلی تخصیص مؤلفه‌ها به مراحل مختلف است. به عبارت دیگر، کنش و کارکرد ذاتی هر سطح، منطق اولیه برای اولویت‌دهی را فراهم می‌کند. برای نمونه، ماهیت سطح غریزی که به واکنش آنی و جذب حسی معطوف است، آن را به طور طبیعی به نخستین مواجهه‌های کودک با محیط پیوند می‌زند. ماهیت سطح رفتاری با تمرکز بر کاربرپذیری و تعامل فیزیکی، آن را به مرحله‌ای گره می‌زند که کودک درگیر استفاده از فضا و تجهیزات می‌شود. سطح تأملی که اساساً با معنا، هویت و شکل‌گیری خاطره سروکار دارد، در مراحل پیش و پس از سفر که فرآیندهای شناختی و ارزیابی ذهنی غلبه دارند، نقش محوری می‌یابد. نهایتاً، ماهیت سطح هدونومی که بر شخصی‌سازی، لذت و احساس تعلق استوار است، در مراحل اولویت می‌یابد که امکان تطبیق یا تداوم ارتباط فردی وجود دارد. در فرآیند اولویت‌بندی حاضر، مطالعات اجماع‌محور و مشاهدات میدانی به عنوان ابزار اعتبارسنجی و راستی‌آزمایی منطق درونی مدل نظری به کار گرفته شدند. این پژوهش‌های تکمیلی، میزان تحقق‌پذیری عملی و انطباق بیرونی ماهیت‌های تعریف‌شده نظری را با واقعیت عینی سفر درمانی کودک و الگوهای رفتاری وی مورد سنجش قرار دادند. بر این اساس، الگوی اولویت‌دهی نهایی در درجه نخست ریشه در ساختار مفهومی و مبانی تعریف‌شناختی سطوح چهارگانه دارد و در مرحله بعد، توسط شواهد تجمیعی و داده‌های عینی پشتیبانی، تعدیل و تصحیح گردیده است. این رویکرد دوگانه بر اعتبار درونی مدل تأکید دارد و نشان می‌دهد که چارچوب مفهومی اتخاذشده، از قابلیت ذاتی لازم جهت هدایت کاربردی برخوردار است.

یافته‌های پژوهش

با بررسی پژوهش‌های موجود در سطح جهان در حوزه کودکان و طراحی احساس‌گرا و بر اساس فرآیند نظام‌مند و روش مرور دامنه، این فرآیند با جستجوی ساختاریافته در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بین‌المللی و داخلی و با استفاده از کلیدواژه‌های طبقه‌بندی‌شده در چهار حوزه «جامعه»، «مفهوم محوری»، و «بافت» آغاز شد و از میان ۲۱۴ مطالعه اولیه، با اعمال معیارهای شفاف شمول و عدم شمول و گذراندن مراحل غربالگری دو مرحله‌ای، در نهایت ۱۶ مدل و چارچوب مفهومی که بیشترین ارتباط را با اهداف پژوهش داشتند و از اعتبار علمی لازم در حوزه گردشگری سلامت، طراحی احساس‌گرا و فضاهای درمانی کودک برخوردار بودند، برای تحلیل و سنتز نهایی برگزیده شدند. به منظور تدوین مدلی جامع از سفر درمانی کودک، تحلیل‌ها با در نظر گرفتن مراحل سفر انجام شده است. این امر به ویژه در مرحله تحلیل و تلفیق مؤلفه‌ها مشهود است، جایی که مؤلفه‌های استخراج شده از مدل‌های جهانی، بر اساس مراحل سفر و نقاط رابط کاربری گردشگران، باز تعریف شد. این رویکرد، خروجی پژوهش را برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران، کاربردی می‌سازد.

در ادامه، خلاصه مدل‌های شاخص و مؤلفه‌های تأثیرگذار در حوزه گردشگری سلامت، سلامت کودک، طراحی فضای درمانی و طراحی احساس‌گرا در جدول ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه مدل‌های شاخص در حوزه گردشگری سلامت و طراحی احساس‌گرا (منبع: نگارنده).

نام مدل	حوزه کاربرد	مؤلفه	تعریف مؤلفه
مدل سه‌بعدی گردشگری سلامت (Mueller, Kaufmann, 2001)	گردشگری سلامت عمومی	گردشگری پزشکی	ارائه خدمات درمانی تخصصی مانند جراحی‌های پیچیده، درمان بیماری‌های مزمن یا اقدامات زیبایی برای بهبود سلامت جسمانی.
		گردشگری تندرستی	فعالیت‌های پیشگیرانه مانند یوگا، مدیتیشن و رژیم غذایی متعادل برای ارتقای سلامت جسمی و روانی.
		گردشگری درمانی	بهره‌گیری از منابع طبیعی مانند چشمه‌های آب گرم برای ترکیب درمان و تفریح با تمرکز بر آرامش.
مدل پایداری گردشگری سلامت (Hudson, Li, 2012)	گردشگری سلامت پایدار	زیرساخت‌های پزشکی و گردشگری	وجود بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و اقامتگاه‌های مجهز به همراه سیستم‌های حمل‌ونقل کارآمد برای پشتیبانی از گردشگران.
		همکاری بین‌بخشی	هماهنگی میان نهادهای درمانی، آژانس‌های گردشگری و دولت برای ارائه خدمات یکپارچه و بهبود تجربه گردشگر.
		تأثیرات اجتماعی-اقتصادی	ایجاد فرصت‌های شغلی، افزایش درآمد محلی و ارتقای کیفیت زندگی جامعه میزبان از طریق گردشگری سلامت.
مدل تصمیم‌گیری ذی‌نفعان (Altin et al., 2011)	گردشگری سلامت و تصمیم‌گیری	عوامل کلان	شرایط محیطی مانند زیرساخت‌های بهداشتی، ثبات سیاسی و سیاست‌های حمایتی که تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
		عوامل فردی	ویژگی‌های شخصی مانند سن، وضعیت سلامت، درآمد و انگیزه‌ها که بر انتخاب مقصد درمانی اثر می‌گذارند.
		عوامل نهادی	عملکرد و اعتبار بیمارستان‌ها، کیفیت خدمات درمانی

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

نام مدل	حوزه کاربرد	مؤلفه	تعریف مؤلفه
مدل گردشگری پزشکی کودکان (Hamlin-Williams et al., 2015)	گردشگری سلامت کودکان	تشخیص و تصمیم‌گیری	و تعاملات با بیماران بین‌المللی برای تقویت اعتماد.
		سفر و درمان	شناسایی نیاز پزشکی کودک و انتخاب مقصد درمانی بر اساس مشاوره پزشکی، هزینه‌ها و محدودیت‌های محلی.
		پیگیری و بازگشت	هماهنگی لجستیکی سفر، اقامت و اجرای درمان با توجه به موانع زبانی، فرهنگی و نیازهای عاطفی کودک.
		دسترسی به اطلاعات بدون فیلتر	مراقبت‌های پس از درمان مانند مشاوره آنلاین و برنامه‌ریزی برای تداوم درمان در کشور مبدأ.
مدل سه‌گانه جهانی شدن (Bhatia, 2020)	گردشگری سلامت کودکان و جهانی شدن	ارتباط عاطفی و مالی	دسترسی به اطلاعات درمانی از طریق اینترنت که ممکن است فاقد ارزیابی علمی باشد و تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار دهد.
		گردشگری پزشکی کودکان	حمایت عاطفی و جمع‌آوری کمک‌های مالی از طریق رسانه‌های اجتماعی برای تسهیل سفرهای درمانی کودکان.
		سفر به کشورهای دیگر برای دسترسی به درمان‌های تخصصی که در کشور مبدأ در دسترس نیست، با پیچیدگی‌های مراقبتی.	
مدل سه‌سطحی نورمن (Norman, 2004)	طراحی احساس‌گرا	سطح غریزی	واکنش‌های ناخودآگاه به ویژگی‌های بصری و حسی محیط مانند رنگ و دکور که حس امنیت یا جذابیت ایجاد می‌کنند.
		سطح رفتاری	تعاملات عملی با خدمات و تجهیزات که بر اساس کارایی، دسترسی و سهولت استفاده تجربه کاربر را شکل می‌دهند.
		سطح تأملی	ادراکات بلندمدت و خاطرات احساسی که از تجربه کلی به دست می‌آیند و رضایت و وفاداری را تقویت می‌کنند.
		لذت فیزیولوژیکی	واکنش‌های حسی مثبت ناشی از تعامل با محیط مانند راحتی و آرامش از طریق رنگ و نور مناسب.
نظریه چهار لذت (Jordan, 2000)	طراحی احساس‌گرا	لذت اجتماعی	حس تعلق و شادی ناشی از تعاملات مثبت با دیگران مانند هم‌سالان یا کادر درمانی در فضاهای مشترک.
		لذت روان‌شناختی	رضایت حاصل از انجام موفق وظایف مانند استفاده آسان از خدمات یا تکمیل فرآیندهای درمانی.
		لذت ایدئولوژیکی	احساس رضایت عمیق از هم‌راستایی خدمات با ارزش‌های شخصی مانند پایداری یا احترام به فرهنگ.
		شناسایی کانسی	جمع‌آوری داده‌های عاطفی کاربران از طریق ابزارهای علمی مانند مقیاس‌های تفاضلی یا حسگرهای بیومتریک.
نظریه مهندسی کانسی (Nagamachi, 1995)	طراحی احساس‌گرا و مهندسی	تحلیل ساختار کانسی	تحلیل آماری پاسخ‌های عاطفی برای شناسایی الگوهای مشترک و اولویت‌بندی نیازهای احساسی.

مطالعات مدیریت گردشگری عصر هوشمند

مطالعات مدیریت گردشگری عصر هوشمند، دوره ؟، شماره ؟، ؟

نام مدل	حوزه کاربرد	مؤلفه	تعریف مؤلفه
		ترجمه به طراحی	تبدیل داده‌های عاطفی به ویژگی‌های طراحی ملموس مانند فضاهای بازی محور یا دکور آرامش‌بخش.
نظریه هدونومیکس (Hancock, 2005 & H. elander, 2002)	طراحی احساس گرا و ارگونومی	ایمنی	تضمین محیطی عاری از خطرات فیزیکی و روانی برای ایجاد حس اطمینان در کاربران، به‌ویژه کودکان.
		عملکردگرایی	ارائه خدمات با کارایی بالا که نیازهای درمانی و رفاهی را به طور مؤثر برآورده می‌کنند.
		قابلیت استفاده	طراحی خدمات و تجهیزات با رابط کاربری ساده و قابل دسترس برای کودکان و والدین.
		تجربه لذت بخش	خلق تجربه‌های شاد و جذاب از طریق عناصر سرگرم‌کننده مانند بازی‌ها یا دکوراسیون کودکانه.
		فردگرایی	شخصی‌سازی خدمات بر اساس نیازها و علایق خاص هر کودک برای افزایش حس تعلق و رضایت.
		تشخیص عواطف	شناسایی حالات عاطفی کاربران با استفاده از حسگرها مانند تحلیل ضربان قلب یا حالت چهره.
نظریه محاسبات عاطفی (Picard, 2000)	طراحی احساس گرا و فناوری	نمایش عواطف	بازتاب حالات عاطفی به کاربران از طریق نمایشگرهای بصری برای افزایش آگاهی و کاهش استرس.
		تعامل عاطفی	ارائه پاسخ‌های پویا و شخصی‌سازی شده به احساسات کاربران مانند پیشنهاد بازی‌های آرامش‌بخش.
		جذب	جلب توجه اولیه کاربران از طریق زیبایی‌شناسی و ویژگی‌های حسی مانند دکور جذاب و رنگ‌های شاد.
مدل جذب-مراوده-تراکنش (Van Gorp, Adams, 2012)	طراحی احساس گرا	مراوده	ایجاد تعاملات مثبت از طریق خدمات و ابزارهای کاربرپسند مانند اپلیکیشن‌های ساده و تعاملی.
		تراکنش	تقویت تعهد بلندمدت با ارائه خدمات سودمند و پیگیری‌های شخصی‌سازی شده برای رضایت پایدار.
		بعد فیزیکی	ویژگی‌های ملموس محیط مانند نور طبیعی، مصالح باکیفیت و چیدمان فضایی برای ایجاد تعادل و راحتی.
مدل تأثیرات نور و رنگ (Khaleghi Moghaddam, 2023)	طراحی فضاهای درمانی	بعد ادراکی	واکنش‌های ذهنی و حسی کاربران به محیط از طریق نور، رنگ و عناصر طبیعی برای تقویت آرامش.
		بعد اجتماعی	تعاملات کاربران در فضاهای درمانی از طریق طراحی فضاهای مشترک و پشتیبانی از فعالیت‌های گروهی.
		ارتباط با طبیعت	دسترسی به عناصر طبیعی مانند نور روز، مناظر سبز و صداهای آرامش‌بخش برای کاهش استرس.
مدل محیط شفابخش حمایتی (Uwajeh, Ezennia, 2019)	طراحی فضاهای درمانی	حمایت اجتماعی	ایجاد فضاهای تعاملی برای ارتباط مثبت میان بیماران، خانواده‌ها و کادر درمانی با عناصر فرهنگی.
		ویژگی‌های طراحی محرک	استفاده از آثار هنری، موسیقی و رنگ‌های گرم برای تحریک حواس و ایجاد حس شادی و آرامش.
		پیچیدگی و انسجام	طراحی فضاها با تعادل بصری و عملکردی، مسیریابی واضح و حفظ حریم خصوصی برای راحتی.

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

نام مدل	حوزه کاربرد	مؤلفه	تعریف مؤلفه
مدل حس مکان (Ghalehnoei, et al., 2022)	طراحی فضاهای درمانی	مکان مناسب	انتخاب موقعیت بیمارستان با دسترسی آسان و نزدیکی به امکانات شهری برای تسهیل تردد.
		دسترسی به مکان	فراهم کردن مسیرهای بدون مانع و حمل‌ونقل عمومی برای دسترسی راحت بیماران و خانواده‌ها.
		تعاملات انسانی	تقویت ارتباطات میان کاربران (پزشکان، پرستاران، خانواده‌ها) از طریق فضاهای مشترک.
		هویت مکان	ایجاد فضاهایی با نشانه‌های بصری و معماری متمایز برای تقویت حس تعلق به محیط.
		وابستگی به مکان	طراحی فضاهای کاربردی با مسیریابی واضح و دسترسی آسان برای بهبود تجربه کاربران.
		دلبستگی به مکان	استفاده از نور طبیعی، رنگ‌های آرامش‌بخش و امکانات خانوادگی برای ایجاد محیط شفاف‌بخش.
چارچوب شفاف‌بخشی (Gashoot, 2022)	طراحی فضاهای درمانی	ابعاد فیزیکی مؤثر	طراحی زیبایی‌شناختی و فناوری‌های مدرن (اینترنت، سرگرمی) برای بهبود تجربه بیمار.
		اتاق تک‌نفره درک‌شده	شخصی‌سازی فضا برای افزایش حس حریم خصوصی و راحتی بیمار در اتاق‌های تک‌نفره.
		پاسخ‌های داخلی	واکنش‌های روان‌شناختی، شناختی و عاطفی بیمار به محیط که رفتار و رضایت را شکل می‌دهند.
		رفتار فردی	رفتارهای مثبت مانند شادی و آرامش ناشی از طراحی محیطی که سلامت روانی را بهبود می‌بخشد.
		پیکربندی طراحی	استفاده از طراحی دلپذیر و فناوری پیشرفته برای ایجاد محیطی شفاف‌بخش و کارآمد.
		رفتارهای مطلوب	نتایج مثبت مانند رضایت بیمار، بهبود رفاه و رویکرد مثبت به درمان از طریق طراحی.
چارچوب طراحی مبتنی بر شواهد (Brambilla, 2019)	طراحی فضاهای درمانی	متغیرهای محیط ساخته‌شده	طراحی محیط صوتی، بصری، اتاق بیمار و سیستم مسیریابی برای بهبود راحتی و ایمنی.
		نتایج	بهبود سلامت بیماران، رضایت خانواده‌ها، کارایی کادر درمانی و عملکرد سازمانی.

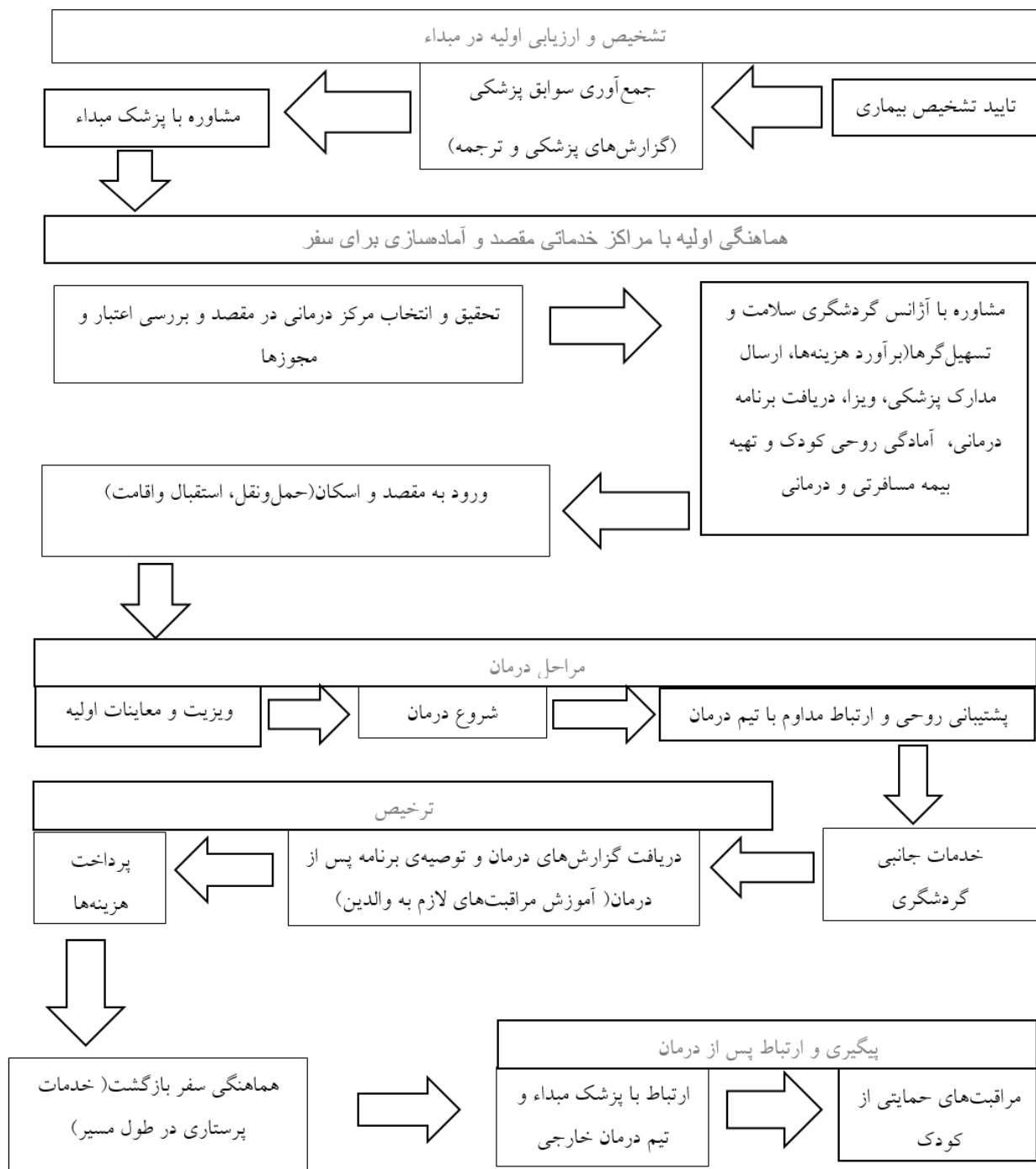
از میان مدل‌های مختلف در طراحی احساس‌گرا، مدل سه سطح پردازش نورمن و هدونومیک هنگام انتخاب گردید، زیرا مدل سه‌سطحی نورمن یک چارچوب ساختاریافته و سلسله‌مراتبی ارائه می‌دهد که به راحتی قابل نگاشت بر مراحل مختلف سفر است. این مدل به طور ذاتی برای تحلیل تغییر اولویت‌ها در طول زمان مناسب است در مقابل، مدل‌هایی مانند مدل حس مکان اگرچه غنی هستند، اما بیشتر توصیفی و ایستا بوده و اجزای تشکیل‌دهنده یک حس مکان خوب را فهرست می‌کنند (مانند تعاملات انسانی، هویت مکان، دلبستگی) اما یک ساختار نظری واضح برای تحلیل اینکه چگونه این اجزا در مراحل گوناگون یک سفر پویا، اولویت‌های متفاوتی پیدا می‌کنند، ارائه نمی‌دهند.

همچنین نظریه هدونومیکس به صراحت بر طراحی برای لذت، رفاه و شخصی‌سازی تأکید دارد. این مفاهیم به طور مستقیم با هدف اصلی تحقیق که تبدیل تجربه درمانی به یک سفر مثبت و خوشایند برای کودک است، همسو می‌باشد. سلسله مراتب آن (از ایمنی تا فردگرایی) یک راهنمای عملیاتی روشن برای ارتقای تدریجی تجربه از رضایت به لذت و تعلق خاطر فراهم می‌کند؛ در

مقابل مدل‌هایی مانند چارچوب شفابخشی جامع، بیشتر بر کاهش استرس و بهبود نتیجه درمان متمرکزند که اگرچه بسیار مهم است، اما دامنه مفهومی آن از لذت و شخصی‌سازی که برای یک تجربه گردشگری کودک حیاتی است، محدودتر می‌باشد. ولی هدونومیک دامنه وسیع‌تری از هیجانات مثبت را پوشش می‌دهد.

باید توجه داشت که انتخاب مدل‌های نورمن و هدونومیکس به معنای نادیده گرفتن کامل بینش‌های مدل‌های دیگر نیست. در واقع، بسیاری از مؤلفه‌های مدل‌هایی مانند مدل جردن و ون‌گورپ و حس مکان یا شفابخشی (مثل ارتباط با طبیعت، نور، رنگ) را می‌توان در قالب مصادیق عینی سطوح مختلف مدل نورمن و هدونومیک گنجاند. برای مثال، استفاده از رنگ‌های شاد یک مصداق از سطح غریزی در نظریه نورمن و تجربه لذتبخش مدل هدونومیکس است. بنابراین، مدل‌های منتخب، یک چارچوب کلان‌تر و سازمان‌دهنده ارائه می‌دهند که سایر یافته‌ها را در خود ادغام می‌کند. در نتیجه تلفیق مدل نورمن که یک چارچوب شناختی عاطفی است با مدل هدونومیکس که یک چارچوب انگیزشی ارگونومیک است، یک سنتز قدرتمند ایجاد می‌کند. این تلفیق به مدل نهایی این امکان را می‌دهد که هم به چگونگی پردازش عواطف توسط کودک و هم به چگونگی طراحی فعالانه برای برانگیختن عواطف مثبت بپردازد؛ این ترکیب، مدلی پویا و کاربردی ایجاد می‌کند که هم برای تحلیلگران و هم برای سیاست‌گذاران و مدیران مفید است. بسیاری از مدل‌های دیگر، اگرچه معتبر هستند، اما چنین قابلیت تلفیق‌پذیری و انعطافی را ندارند و عمدتاً در یک حوزه خاص (مثلاً طراحی محیط فیزیکی) باقی می‌مانند.

با تمرکز بر غفلت موجود از نیازهای کودکان در مدل‌های پیشین، با الهام از مدل سه مرحله‌ای گردشگری سلامت کودک (Hamlin-williams et al, 2015) که گردشگری پزشکی کودک را به مراحل پیش از سفر (تشخیص و تصمیم‌گیری)، سفر و درمان و پس از سفر تقسیم نموده، نقشه راهی در سه فاز اصلی (پیش از سفر)، (حین سفر) و (پس از سفر) طراحی شد. تا بتوان، تاثیر مولفه‌های احساس‌گرایی گزینش شده را در مراحل و زیرمراحل سفر کودک (از تشخیص اولیه تا پیگیری پس از درمان) مشخص نمود. (شکل ۲). همچنین جهت دستیابی به هدف طراحی مدل مفهومی و اولویت‌بندی مولفه‌های احساس‌گرایی تاثیرگذار بر مراحل گردشگری سلامت کودک، اولویت هر یک از مؤلفه‌های چهارگانه احساس‌گرا (غریزی، رفتاری، تأملی و هدونومی) برای مراحل سه‌گانه سفر، بر اساس ماهیت ذاتی هر سطح و با پشتیبانی شواهد تجربی تعیین گردید.



شکل ۲. نقشه راه گردشگر سلامت کودک (منبع نگارنده).

در مرحله نهایی، به منظور پر کردن خلاء توجه به ابعاد عاطفی و احساسی کودک در فرایند گردشگری سلامت کودک، مدل مفهومی جامعی ترسیم گردید. این مدل، اولویت و میزان تأثیرگذاری هر یک از چهار مؤلفه احساس‌گرایی (غریزی، رفتاری، تأملی، هذونومیک) را در هر مرحله از تعامل گردشگر سلامت با سامانه، از اولین برخورد تا بازگشت، به تفصیل نمایش می‌دهد. جهت اولویت‌بندی مؤلفه‌ها در هر نقطه تماس، از رویکرد ترکیبی نظری و تجربی استفاده شد. در این روش، ابتدا تقدم مؤلفه‌ها بر اساس تحلیل ماهیت ذاتی هر سطح (غریزی، رفتاری، تأملی و هذونومی) در هر نقطه تعامل تعیین گردید. سپس، این چارچوب نظری اولیه با داده‌های مشاهده‌ای گردآوری‌شده اعتباریابی و نهایی شد و در قالب چارچوب مدل ترسیم گردید. (شکل ۳ الی ۶)

جدول ۴: ماهیت مولفه‌های احساس گرایی

مؤلفه	ماهیت تعریف شده مولفه‌های احساس گرایی
غریزی	تأثیرپذیری آنی از ظاهر محصولات؛ زیبا دانستن؛ جذاب دانستن؛ جذب شدن به رنگ، فرم یا حتی بافت محصولات؛ جالب توجه، جذاب و لذتبخش دانستن؛ مطابق سلیقه بودن ظاهر و زیبایی محصولات؛ مهیج و گیرا بودن؛ حس خوب آنی از محیط یا محصول؛ واکنش آنی و بدون فکر به محیط و محصولات؛ تمایل به ورود به یک محیط؛ تمایل به نزدیک شدن به محصولات یا ایستگاه های کاری؛ درگیر شدن آنی حواس کاربر به محیط یا محصول مشخص
رفتاری	حس خوب و خوشایند در استفاده؛ نرم و راحت دانستن؛ کاربرد خوب محصولات، قابل درک بودن قابلیت های محصولات و محیط؛ عملکرد خوب محصولات؛ چنگش خوب داشتن؛ راحت بودن فرد هنگام استفاده، احساس خوبی در استفاده یا حین استفاده داشتن؛ تنظیم پذیری راحت یک ساعت رومیزی یا تیز بودن یک چاقو به معنای عملکرد خوب و مورد انتظار محصولات؛ درک قابلیت های یک محصول؛ درک قابلیت های اجزاء یک محصول، قابل فهم بودن اطلاعات روی یک محصول؛ ارائه بازخورد مناسب به ازای هر کنش کاربر؛ ارگونومیک بودن محصولات، لمس خوشایند سطح محصولات؛ سهولت استفاده از محصولات؛ پیام های احساسی حین استفاده از محصول مثل بو، لرزش، وزن سبک، بافت مناسب، صدای خوشایند؛ کاربردپذیری مناسب محصولات؛ انعطاف پذیری محصولات در فرم و کارکرد؛ اثربخش بودن محیط و محصولات؛ درک ایمنی و سلامت محیط و محصولات حین استفاده؛ سهولت باز و بسته شدن محصولات؛ سهولت مونتاژ و دیمونتاژ
تاملی	معنا و مفهوم ارزشمند محصولات؛ انتقال پیام توسط محصولات به دیگران؛ ست بودن لباس ها؛ تناسب لباس و اشیاء با محیط؛ متناسب بودن با سلیقه و تفکرات و اندیشه های فرد؛ بیان درونیات افراد توسط محصولات؛ تناسب با ارزش ها و اندیشه های افراد؛ داشتن معنا و مفهوم در محصولات؛ تصویری که از طریق اشیاء و ظاهر و محصولات مورد استفاده به دیگران نشان می دهیم؛ تطابق ویژگی های محصولات با نیت و افکار و اندیشه های استفاده کننده و مخاطب؛ مطابقت سبک و ویژگی های محصولات با سبک زندگی فرد، مطابقت با نوسالژی و ارزش های ذهنی؛ به اشتراک گذاشتن اندیشه ها و تجربیات؛ داشتن معانی و افردنس های فرهنگی؛ تاثیر بر به یادآوری مفاهیم و ارزش های ذهنی؛ تناسب با هویت فرد؛ تناسب با ایدئولوژی و باورهای فرد؛ تناسب با ذائقه و درونیات فرد؛ معرفی هویت، ارزشها و افتخارات ذهنی به دیگران از طریق محیط یا محصولات مورد استفاده؛ حس تعلق به یک محیط؛ حس آشنایی ذهنی و درونی؛ حس اطمینان و امنیت
هدونومی	امکان شخصی سازی؛ امکان تنظیم و تغییر برای شخصی سازی و مطابقت فردی؛ امکان چیدمان و تغییر مشخصات ظاهری برای خود؛ امکان تغییر محیط و محصولات برای پاسخ به نیازهای متفاوت کاربران؛ خوشایندی و رضایت در استفاده؛ حس خوب و خوشایندی عمیق در استفاده از محصولات یا حضور در محیط؛ خوشحال بودن از انجام یک کار؛ حس تعلق و آشنایی زیاد با یک محیط یا محصول؛ حال خوب داشتن و تمایل به تداوم استفاده؛ آرامش بخش بودن؛ لذت بردن و حس خوب داشتن؛ داشتن امکانات مختلف برای افراد و خواسته های متفاوت آنها؛ امکان تغییر و تنظیم ویژگی های محیط و محصولات برای مطابقت با شرایط فعلی کاربر؛ مطابقت با سلايق و ترجیحات فردی کاربران؛ داشتن امکانات برای خواسته های مختلف؛ شخصی سازی در زیبایی و عملکرد؛ پاسخگویی به احساسات، نیازهای درونی و عواطف فردی؛ امکان تغییر و تنظیم و مطابقت با شرایط مختلف

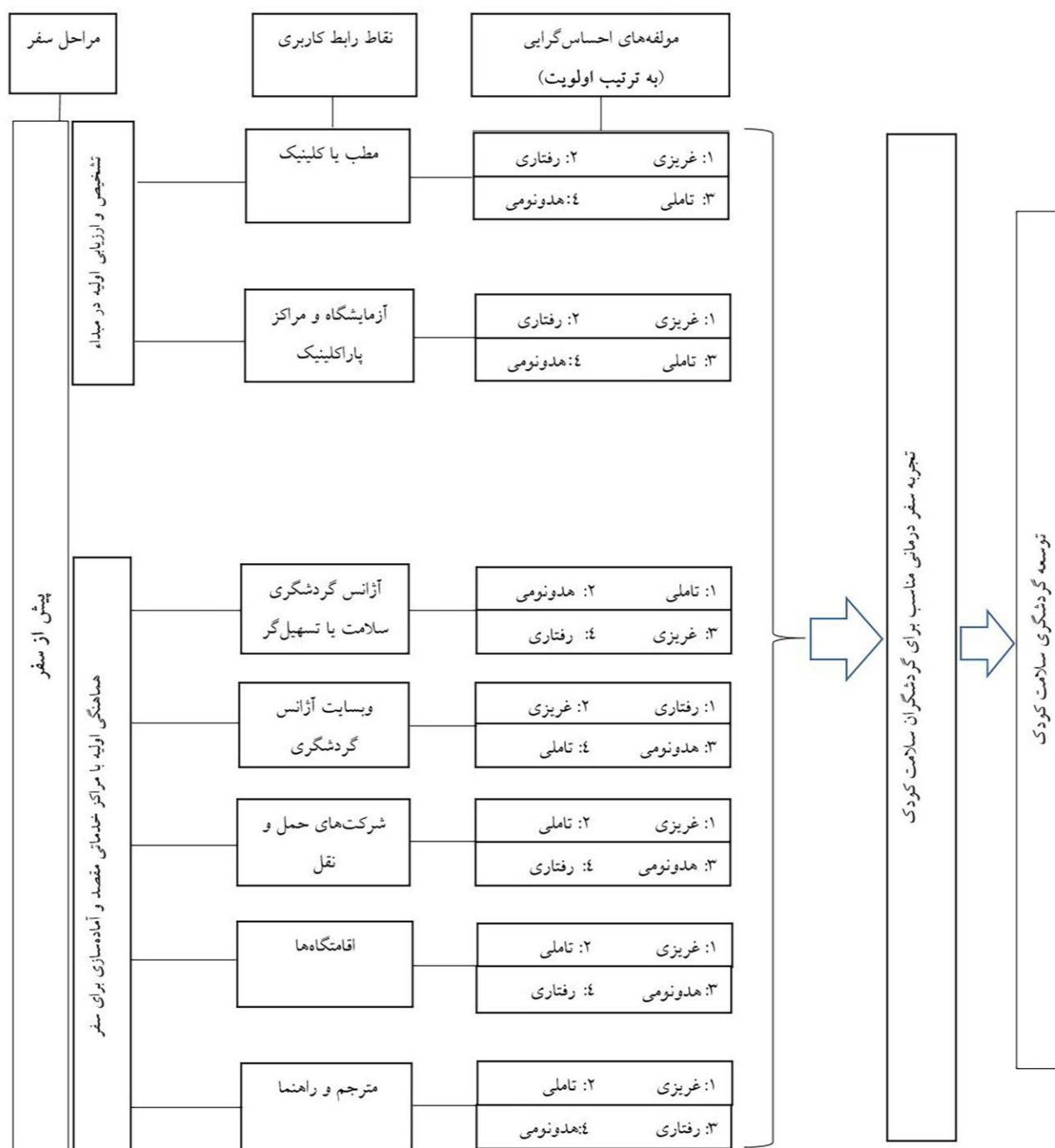
اولویت بندی مولفه های احساس گرایی در این پژوهش از تلفیق دو رویکرد نظری و عملی شکل گرفته است. در گام نخست، ماهیت تعریف شده هر مولفه که در ستون مقابل آن در جدول (۴) آمده به عنوان چارچوبی تحلیلی عمل می کند. بر این اساس، مولفه

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

غریزی با واکنش‌های آنی به ظاهر، رنگ و جذابیت بصری مرتبط شد؛ مولفه رفتاری با احساس حین استفاده، کاربردپذیری و تعامل فیزیکی؛ مولفه تاملی با معنا، هویت و ارزش‌های ذهنی و مولفه هدونومی با امکان شخصی‌سازی و تنظیم محیط متناسب با ترجیحات فردی. این تعاریف نظری، امکان ارتباط منطقی هر مولفه با نقاط تعامل کاربر را فراهم کرده و پایه اولیه برای اولویت‌دهی را ایجاد نمود. سپس، این چارچوب نظری در میدان عمل و از طریق یک مطالعه پایلوت با ۱۰ کودک در بیمارستان مرکز طبی کودکان اعتبارسنجی شد. در این مرحله، رفتار کودکان در مواجهه با تاج‌پوینت‌ها بررسی و تحلیل شد تا مشخص شود کدام یک از سطوح چهارگانه در عمل اهمیت بیشتری دارد؛ داده‌ها مطابق با اهداف تحقیق و با مشاهده پنهان و مستقیم همراه با ثبت ساختاریافته رفتاری، گردآوری و با روش تحلیل محتوای کیفی و براساس چارچوب نظری تعریف شده (چهار مولفه احساس‌گرایی)، مورد بررسی قرار گرفت، به‌طوری که هر رفتار مشاهده‌شده با یک یا چند مولفه ارتباط یافته و از طریق مقایسه فراوانی و شدت رفتارها، الگوی اولویت‌بندی استخراج شد.

برای نمونه، اگر کودکان به‌صورت آنی و با احساس خوشایند اولیه به رنگ‌ها و جذابیت‌های بصری محیط جذب می‌شدند، اولویت آن نقطه با مولفه غریزی تأیید می‌شد. اگر راحتی، کاربرد و تعامل فیزیکی با اشیاء (مانند سهولت استفاده یا ارگونومی) برایشان حائز اهمیت بود، مولفه رفتاری پررنگ می‌شد. اگر محیط یا اشیاء را با معانی شخصی، خاطرات یا ارزش‌های درونی خود می‌سنجیدند، مولفه تاملی اولویت می‌یافت. و نهایتاً اگر امکان تغییر، چیدمان یا تطبیق محیط با نیاز و سلیقه خود، منبع رضایت و لذت آنان بود، اهمیت مولفه هدونومی آشکار می‌گشت. بنابراین، اولویت‌بندی نهایی در مدل مفهومی، برآیندی است از انطباق مبانی نظری ماهیت هر مولفه با داده‌های رفتاری عینی کسب‌شده از کاربران.

نخستین انتشار



شکل ۳. مدل مفهومی گردشگری سلامت کودک با رویکرد اولویت‌بندی مولفه‌های احساس‌گرا (مرحله پیش از سفر) (منبع: نگارنده).

مدل به سه مرحله اصلی، نقاط تعامل (تاچ پوینت) در هر مرحله و اولویت مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در هر نقطه تقسیم

شده است. شکل (۳) تنها بر روی مرحله پیش از سفر متمرکز است. این مرحله خود به سه زیر مرحله تقسیم می شود:

زیرمرحله ۱: تشخیص و ارزیابی اولیه در مبدأ است که نقاط تعامل گردشگر در این زیرمرحله شامل مطب پزشکان،

آزمایشگاه‌ها و مراکز پاراکلینیک در شهر یا کشور مبدأ می‌شود. مؤلفه رفتاری، بدلیل کارایی، سرعت و دقت در انجام آزمایش‌ها و

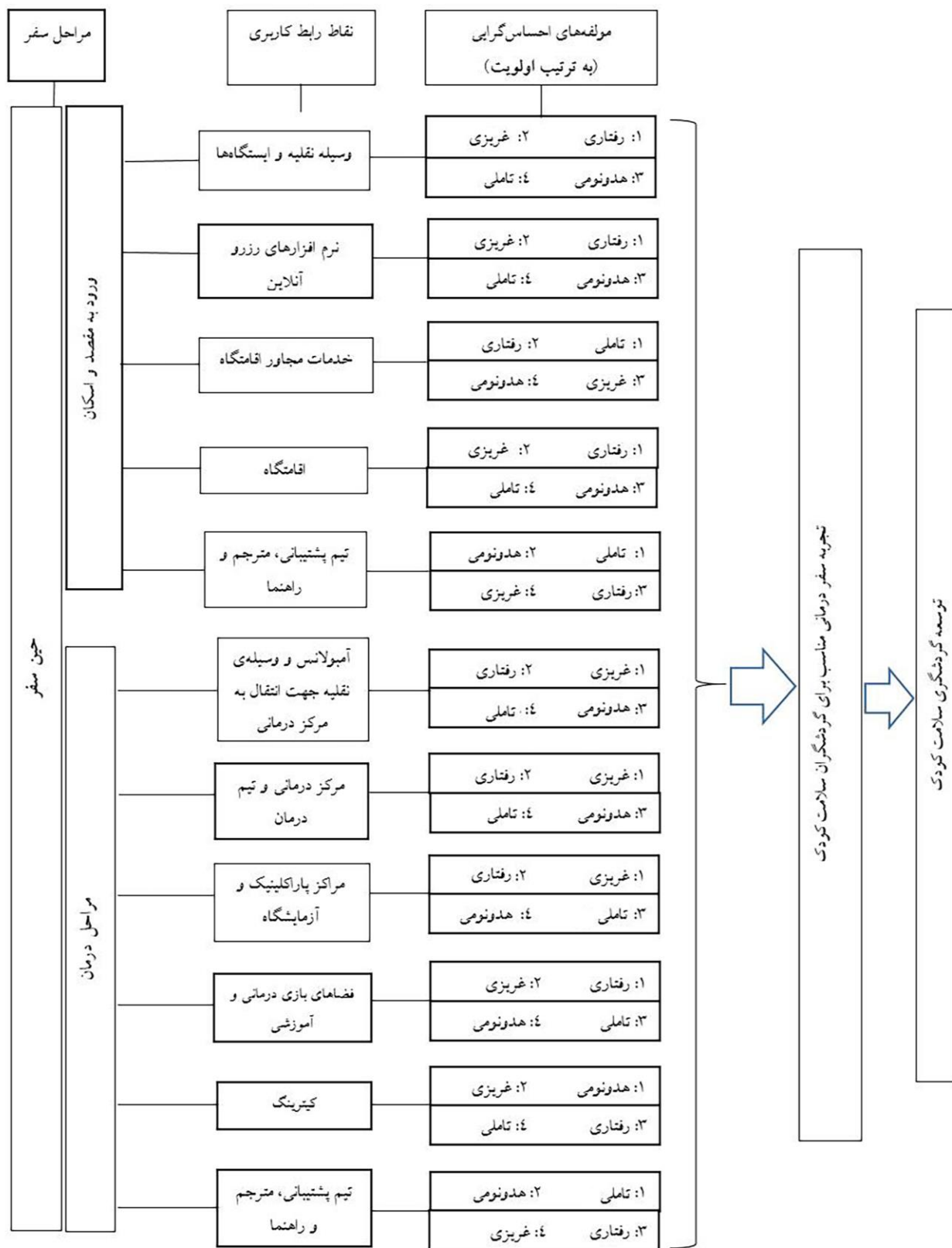
اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

ویزیت‌ها و مؤلفه غریزی بدلیل اهمیت پاکیزگی محیطی، طراحی بصری آرامش‌بخش در مطب و آزمایشگاه جهت کاهش ترس اولیه و ایجاد اطمینان اولویت بیشتری دارند.

زیرمرحله ۲: هماهنگی اولیه با مراکز درمانی مقصد و آماده‌سازی برای سفر است؛ نقاط تعامل این زیرمرحله شامل آژانس‌های گردشگری سلامت، شرکت‌های حمل‌ونقل (هواپیما، قطار)، اقامتگاه‌ها (هتل)، و مترجمان می‌شود.

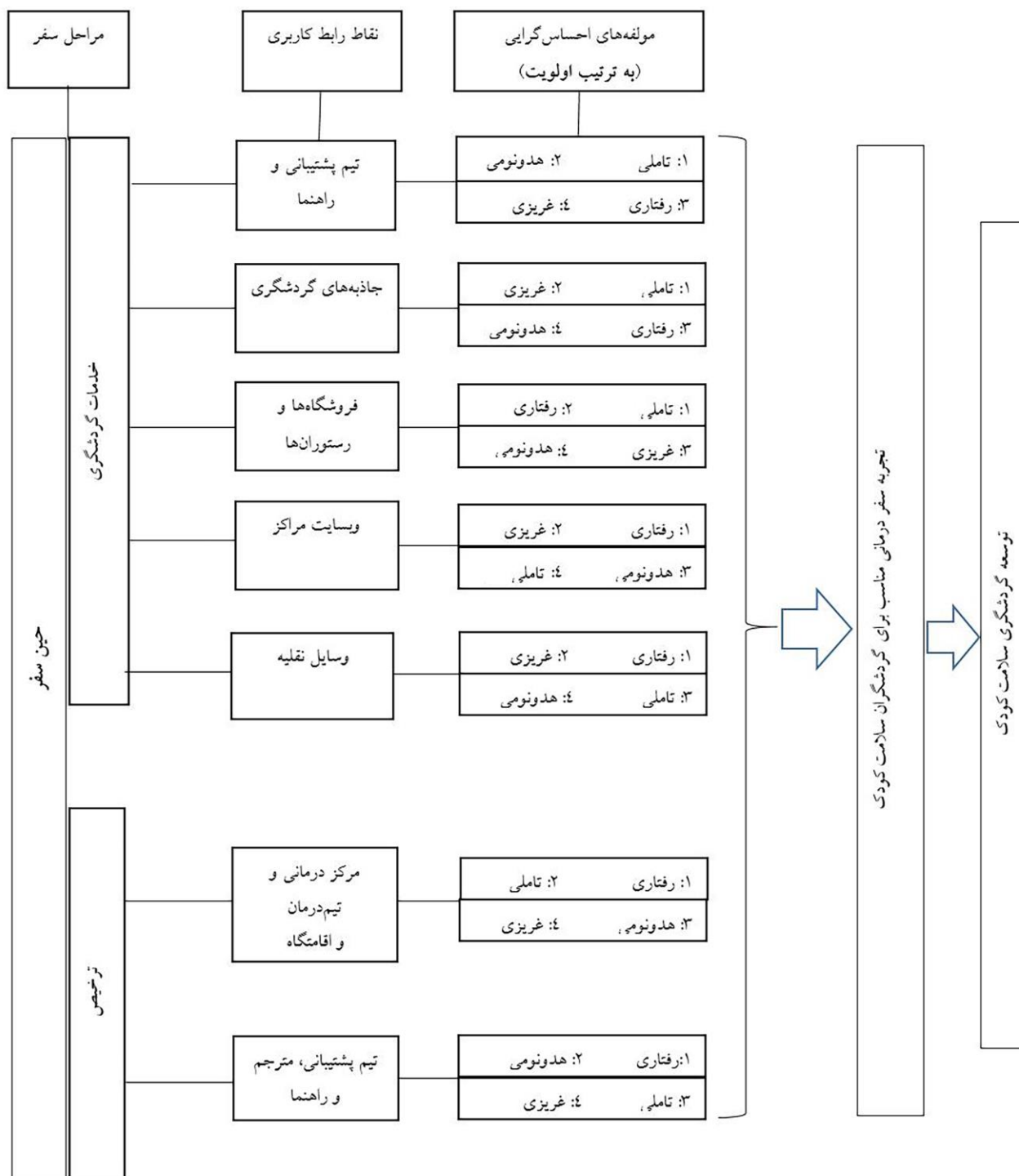
مؤلفه تأملی جهت ایجاد اعتماد از طریق شفافیت اطلاعات، معرفی پزشکان معتبر و ارائه گارانتی‌های خدمات توسط آژانس گردشگری سلامت و مؤلفه رفتاری بدلیل کارایی و سهولت در رزرو خدمات، دریافت ویزا و هماهنگی‌های لجستیکی حائز اهمیت است؛ همزمان، ظاهر حرفه‌ای، طراحی بصری و کاربرپسند وبسایت و رابط‌های دیجیتال آژانس (مؤلفه غریزی) به سرعت اعتماد اولیه را جلب کرده و حس اطمینان ایجاد می‌کند. برای انتخاب و رزرو اقامتگاه و شرکت حمل و نقل مؤلفه دارای اولویت مؤلفه غریزی است زیرا انتخاب هتل و وسیله نقلیه بسیار تحت تأثیر جذابیت بصری قرار دارد. تصاویر باکیفیت از اتاق‌ها، فضای داخلی خودروها، و نمای کلی اقامتگاه، به طور مستقیم بر احساس امنیت و علاقه کودک و خانواده تأثیر می‌گذارد.

این مدل نشان می‌دهد که اولویت‌های طراحی احساس‌گرا در طول یک مرحله ثابت نیستند، بلکه با پیشروی کاربر در مسیر سفر و تغییر نقاط تعامل او، تغییرپذیر هستند.



شکل ۴. مدل مفهومی گردشگری سلامت کودک با رویکرد طراحی احساس گرا (مرحله حین سفر) (منبع: نگارنده).

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی منش و همکاران



شکل ۵. مدل مفهومی گردشگری سلامت کودک با رویکرد طراحی احساس گر (مرحله حین سفر) (منبع: نگارنده).

مرحلهٔ حین سفر، (شکل ۵۴) یک فرآیند پویا و پیوسته را نشان می‌دهد که از ورود گردشگر سلامت کودک به مقصد آغاز شده و تا آماده‌سازی برای بازگشت ادامه می‌یابد. این مسیر به‌طور هدفمند طراحی شده تا نیازهای عاطفی کودک و خانواده در هر نقطه از تعامل، با اولویت‌بندی مشخصی از مؤلفه‌های احساس‌گرا پاسخ داده شود.

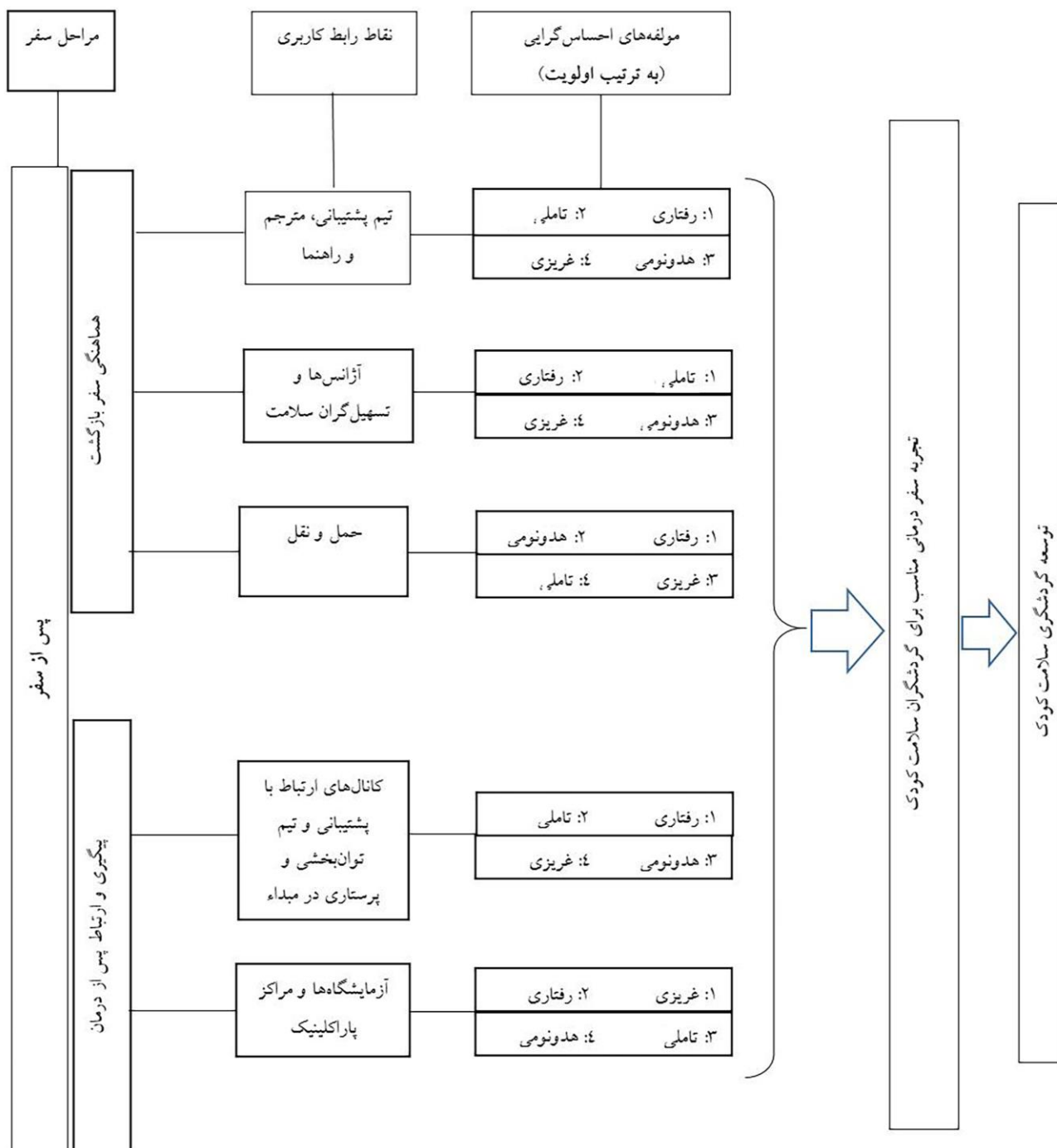
سفر با ورود به مقصد و استقرار در اقامتگاه آغاز می‌شود. در این مرحله، اولین برخوردها نقشی تعیین‌کننده دارند. طراحی بصری و حسی محیط فرودگاه، ایستگاه‌ها و فضای داخلی وسایل نقلیه و اقامتگاه (مؤلفه غریزی) باید به‌سرعت احساس امنیت و

پذیرش را القا کند. سپس، کارایی و نظم در فرآیندهای انتقال، ثبت نام در اقامتگاه و برخورد تیم پذیرش (مؤلفه رفتاری)، این اطمینان اولیه را به تجربه‌ای عملی و روان تبدیل می‌نماید.

با انتقال کودک به مرکز درمانی و آغاز فرآیندهای اصلی درمان، تمرکز اصلی به قابلیت اطمینان، دقت و کارایی خدمات (مؤلفه رفتاری) معطوف می‌شود. در این مرحله بحرانی، خانواده باید اطمینان حاصل کند که درمان در مسیری صحیح و حرفه‌ای پیش می‌رود. این کارایی حیاتی، در محیطی با طراحی غیرتهدیدکننده، رنگ‌های آرامش‌بخش و فضای دوستدار کودک (مؤلفه غریزی) ارائه می‌شود تا اضطراب ناشی از محیط پزشکی کاهش یابد.

پس از اتمام فرآیندهای درمانی سنگین، مدل بر بازیابی روحیه و ایجاد لحظات مثبت تأکید می‌کند. در اینجا، کودک به فضاهای بازی درمانی، کافه و رستوران‌ها و مناطق تفریحی هدایت می‌شود و اولویت از کارکرد محض به سمت خلق لذت و شادی (مؤلفه هدونومیک) تغییر می‌یابد. هدف، ترمیم روحیه کودک و تبدیل خاطرات دشوار درمان به لحظاتی شاد و شخصی‌سازی شده است. همزمان، تعامل با تیم پشتیبانی، مترجم و راهنما باید کارآمد و پاسخگو (مؤلفه رفتاری) باقی بماند.

در گام نهایی این مرحله، مدل بر تثبیت خاطره و معنا بخشیدن به کل تجربه سفر تمرکز دارد. بازدید از جاذبه‌های گردشگری یا توجه ویژه مراکز درمانی (مؤلفه تأملی)، به کودک و خانواده این حس را می‌دهد که این سفر، فراتر از یک رویداد درمانی، یک تجربه رشددهنده و به‌یادماندنی بوده است. در حین خروج و بازگشت، کارایی فرآیندها در فروشگاه‌ها، رستوران‌ها و انتقال به فرودگاه (مؤلفه رفتاری) بار دیگر اهمیت می‌یابد تا پایانی روان و بدون دردسر برای این سفر پیچیده و عاطفی فراهم آورد.



شکل ۶. مدل مفهومی گردشگری سلامت کودک با رویکرد طراحی احساس‌گرا (مرحله پس از سفر) (منبع: نگارنده).

مرحله پس از سفر (شکل ۶) با هدف تثبیت تجربه درمانی و تضمین تداوم مراقبت، از سه نقطه تماس اصلی تشکیل شده است که به ترتیب زیر، گردشگر آن را طی می‌کند، در گام نخست، گردشگر با آژانس‌ها و تسهیل‌گران سلامت و مترجم و تیم پشتیبانی و همچنین حمل و نقل تعامل دارد. اولویت نخست در اینجا مؤلفه رفتاری است، چرا که کارایی و دقت در هماهنگی پرواز، انتقال به فرودگاه و تحویل چمدان‌ها برای پایان بدون استرس سفر حیاتی است، همزمان، مؤلفه هدونومیک مثلاً با تقدیم یک هدیه خداحافظی کوچک و شخصی سازی شده از طرف اقامتگاه، مرکز درمانی و یا شرکت حمل و نقل برای کودک اهمیت پیدا می‌کند تا احساس مثبت و خاطره‌انگیزی از پایان سفر ایجاد شود.

پس از بازگشت به مبدا، پیگیری و ارتباط پس از درمان به کانون توجه تبدیل می‌شود. در اینجا، ارتباط از طریق کانال‌های پشتیبانی و تیم توانبخشی در مبدأ برقرار می‌ماند؛ بار دیگر، مؤلفه رفتاری در اولویت قرار می‌گیرد، زیرا کارایی و قابلیت اطمینان در ارائه خدمات پیگیری، دریافت گزارش‌های پزشکی و هماهنگی ویزیت‌های بعدی، اعتماد نهایی خانواده را جلب می‌کند. این فرآیند با مؤلفه تأملی همراه می‌شود تا با ایجاد حس تداوم مراقبت و نشان دادن دغدغه مستمر، خاطره‌ای مثبت و هویتی از یک خدمات درمانی مسئولانه در ذهن خانواده ثبت گردد.

در نهایت، گردشگر برای معاینات دوره بعدی به آزمایشگاه‌ها و مراکز پاراکلینیک در شهر خود مراجعه می‌کند. در این نقطه نهایی، اگرچه نحوه عملکرد محیط درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، اما برای کودک طراحی غریزی با فضایی دوستانه، رنگ‌های گرم و کادر درمانی خوش‌برخورد در اولویت اول قرار می‌گیرد تا اضطراب مراجعه مجدد به محیط‌های درمانی را کاهش دهد و ختم چرخه سفر درمانی، در آرامش و اطمینان صورت پذیرد.

به طور کلی، مدل مفهومی این پژوهش حاصل تلفیق منسجم نظریه‌های برجسته در دو حوزه گردشگری سلامت و طراحی تجربه مبتنی بر احساس با مسیر تجربه گردشگر سلامت کودک است. این تلفیق امکان تحلیل علمی، طراحی کاربردی و ارزیابی میدانی مؤثر را فراهم می‌سازد و می‌تواند به عنوان مبنای نظری و عملی برای توسعه خدمات درمانی مبتنی بر گردشگری سلامت کودک در ایران مورد استفاده قرار گیرد. این چارچوب همچنین مسیر طراحی ابزار مصاحبه، تحلیل داده‌ها و ارائه راهکارهای اجرایی را به شکلی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد علمی تسهیل می‌نماید.

این خروجی‌ها به وضوح نشان می‌دهند که هر یک از مؤلفه‌های احساس‌گرا (مانند ایجاد اعتماد، کاهش اضطراب، ایجاد حس شادی و تعلق) در کدام یک از مراحل سه‌گانه سفر درمانی (پیش از سفر، حین سفر و پس از سفر) و در کدام یک از ریزمراحل (مانند تشخیص بیماری، انتخاب مرکز درمانی، اقامت، دریافت درمان و پیگیری) نقش ایفا می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف طراحی و توسعه یک مدل مفهومی برای اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در مراحل مختلف سفر گردشگری سلامت کودکان انجام شد. یافته‌های کلیدی پژوهش نشان داد که تجربه کودک از فرآیند درمان، یکپارچه و وابسته به تمامی مراحل سفر (پیش، حین و پس از سفر) است. مدل ارائه شده به وضوح نشان می‌دهد که چگونه اولویت مؤلفه‌های غریزی، رفتاری، تأملی و همدونومیک در هر یک از مراحل و نقاط تماس متفاوت است. برای مثال، در مرحله پیش از سفر، مؤلفه‌های تأملی و همدونومیک برای ایجاد اعتماد و کاهش اضطراب اولیه حیاتی هستند، در حالی که در محیط بیمارستان، مؤلفه‌های غریزی و رفتاری برای ایجاد حس امنیت فوری و تسهیل تعاملات درمانی در اولویت قرار می‌گیرند. مبنا و روش اولویت‌بندی مؤلفه‌های احساس‌گرا در این مدل، در سه فاز سفر درمانی کودک، با اتخاذ یک رویکرد ترکیبی تعیین شد. این روش بر پایه تلفیق تحلیل نظری ماهیت ذاتی هر مولفه (غریزی، رفتاری، تأملی و همدونومی) و اعتبارسنجی عملی آنها از طریق مشاهدات میدانی استوار بود. در نهایت، این فرآیند به اولویت‌دهی متفاوت مؤلفه‌ها در هر مرحله (پیش، حین و پس از سفر) و نقاط تعامل آن‌ها منجر گردید.

در مقایسه با پژوهش‌های پیشین، این مطالعه سه شکاف اصلی را پر می‌کند. اول، برخلاف مدل‌های عمومی گردشگری سلامت مانند مدل (Mueller, Kaufmann, 2001) که بر تقسیم‌بندی انواع خدمات متمرکزند و یا مدل‌های بازاریابی داخلی (Bagheri et al., 2023) که بر زیرساخت‌های کلان تأکید دارند، این پژوهش به طور خاص بر نیازهای منحصربه‌فرد کودکان و همراهان آنها به عنوان کاربران نهایی تمرکز دارد. دوم، در حالی که مطالعاتی مانند همیلین-ویلیامز و همکاران (2015) به خوبی

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / رضوی‌منش و همکاران

مراحل لجستیکی سفر درمانی کودک را ترسیم کرده‌اند، این تحقیق با تلفیق چارچوب‌های نظری طراحی احساس‌گرا (Norman, 2004; Hancock et al., 2005)، لایه عاطفی عمیق‌تری به مدل‌های موجود افزوده و آن را از یک مدل توصیفی به یک مدل تجویزی تبدیل کرده است. سوم، برخلاف پژوهش‌هایی که به احساسات گردشگران بزرگسال می‌پردازند (Gao, Zhang, 2024) یا بر چالش‌های اخلاقی صرف تمرکز دارند (Birchley, 2021)، این مدل، ابعاد روان‌شناختی و طراحی فعالانه برای خلق تجربه‌ای مثبت را در کانون توجه قرار داده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت نظری و کیفی آن در مرحله حاضر اشاره کرد. مدل ارائه‌شده حاصل سنتز ادبیات است و اعتبارسنجی کمی و آزمایش میدانی آن در نمونه‌های عملی و در بسترهای فرهنگی مختلف، به عنوان گام بعدی پیشنهاد می‌شود. نوآوری اصلی این پژوهش در ارائه یک مدل یکپارچه و پویا است که برای اولین بار مراحل سفر گردشگری سلامت کودک را با اولویت‌های متغیر مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در هر مرحله، تلفیق می‌نماید. این مدل نه تنها یک چارچوب تحلیلی، بلکه یک نقشه راه عملیاتی برای طراحان، مدیران و سیاست‌گذاران فراهم می‌کند تا بتوانند منابع خود را به شکلی کارآمد و مؤثر در نقاطی متمرکز کنند که بیشترین تأثیر عاطفی را بر تجربه کودک و در نهایت، بر پیامدهای درمانی و ایجاد رضایت گردشگر سلامت دارد.

پیشنهادات کاربردی و عملیاتی:

اعتبارسنجی کمی مدل حاضر از طریق روش‌هایی مانند مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و آزمون میدانی آن در مراکز درمانی فعال در حیطه گردشگری سلامت کودکان.

توسعه و استانداردسازی پرسشنامه‌ها و چک‌لیست‌های ارزیابی بر مبنای مؤلفه‌ها و شاخص‌های این مدل، جهت سنجش عینی کیفیت تجربه عاطفی کودک.

بررسی رابطه مستقیم اجرای این مدل با شاخص‌های عینی درمان مانند کاهش طول مدت بستری، کاهش میزان اضطراب (با ابزارهای استاندارد سنجش اضطراب) و افزایش میزان رضایت خانواده‌ها.

تطبیق و بومی‌سازی این مدل در بسترهای فرهنگی-جغرافیایی مختلف و بررسی تأثیر متغیرهای فرهنگی بر اولویت‌بندی مؤلفه‌ها.

تدوین و ابلاغ «استانداردهای ملی طراحی احساس‌گرا برای فضاها و خدمات گردشگری سلامت کودکان» با اتکا به چارچوب این مدل. این استانداردها می‌توانند مبنای ارزیابی و اعطای گواهی به مراکز و ارائه‌دهندگان خدمات قرار گیرند.

بازطراحی فیزیکی محیط‌های درمانی (از پذیرش تا اتاق‌های بستری) با اولویت قرار دادن مؤلفه‌های غریزی (رنگ، نور، دیوارنگاره) و رفتاری (مسیریابی شفاف، تجهیزات و مبلمان غیرتهدیدکننده).

آموزش و توانمندسازی پرسنل (از پزشکان تا نیروهای خدمات) برای درک و اجرای اصول طراحی احساس‌گرا، به ویژه در تعامل مستقیم با کودک و خانواده.

ایجاد و توسعه واحد مدیریت تجربه بیمار کودک که مسئول برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر اجرای مؤلفه‌های احساس‌گرا در تمام مراحل اقامت کودک باشد.

بازطراحی وبسایت‌ها و ابزارهای ارتباطی با اولویت مؤلفه‌های تأملی و غریزی در مرحله پیش از سفر.

طراحی بسته‌های خدماتی و تفریحی شخصی‌سازی‌شده برای کودکان در مرحله حین سفر.

طراحی سیستم‌های پیگیری و ارتباط منظم و دلسوزانه پس از بازگشت کودک به مبدأ، با استفاده از کانال‌های خلاقانه برای

تقویت مؤلفه تأملی و ایجاد وفاداری.

اجرای این پیشنهادات می‌تواند نه تنها به ارتقای کیفیت تجربه درمانی کودکان و بهبود شاخص‌های سلامت آنان بینجامد، بلکه با ایجاد تمایز در بازار رقابتی، موقعیت ممتازی برای مقاصد گردشگری سلامت ایران به ارمغان آورد.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در فرایند نگارش مقاله از هیچ هوش مصنوعی استفاده نکرده‌اند.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

سهام نویسندگان در پژوهش

سهام نویسندگان برابر است.

تضاد منافع

ندارد

References

- Altin, M., Singal, M., Kara, D. (2011). *Consumer Decision Components for Medical Tourism: A Stakeholder Approach*. 16th Graduate Student Research Conference in Hospitality And Tourism. <https://hdl.handle.net/20.500.14394/30096>
- Arksey, H., O'Malley, L., (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Babbu, A. H., Haque, M. (2023), A framework for the design of pediatric healthcare environment using the Delphi technique, *Ain Shams Engineering Journal*, 14(5). <https://doi.org/10.1016/j.asej.2022.101975>
- Bagheri, A. (2012). Applied concepts in emotion-oriented design. *Journal of Fine Arts: Visual Arts*, 4(50), 51–60. [In Persian] <https://doi.org/10.22059/jfava.2012.28938>
- Bagheri, A., Roustae, A., Forouzandeh, L., & Asayesh, F. (2023). Developing a marketing model for health tourism development in Tehran using the grounded theory method. *Urban Economics and Planning*, 4(3), 6–21. [In Persian] <https://doi.org/10.22034/uep.2023.401857.1373>
- Bhatia, N., & Birchley, G. (2020). Medical Tourism and the Best Interests of the Critically ill Child in the Era of Healthcare Globalisation. *Medical law review*, 28(4), 696–730. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaa029>
- Birchley, G., Mike Linney, M., Steve Turner, S., Dominic Wilkinson, D. (2021). Clinical ethics: medical tourism in children, *Archives of Disease in Childhood*, 106(12). https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-322778?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate
- Brambilla, A., Rebecchi, A., & Capolongo, S. (2019). Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 31(2), 165–180. <https://doi.org/10.7416/ai.2019.2269>
- Desmet, P. M. A., & Hekkert, P. (2007). Framework of product experience. *International Journal of Design*, 1(1), 57-66. https://www.researchgate.net/publication/235700959_Framework_of_Product_Experience
- Gao, J., & Zhang, Y. (2024). Matching emotion regulation strategies with specific emotions in tourist experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Insights*. <https://doi.org/10.1108/JHTI-03-2024-0261>

اولویت‌بندی مؤلفه‌های طراحی احساس‌گرا در گردشگری سلامت کودکان. / ره‌رضوی‌منش و همکاران

- Gashoot, M. (2022). Holistic Healing Framework: Impact of the Physical Surrounding Design on Patient Healing and Wellbeing, *Art and Design Review* 10(01):18-28.
<https://doi.org/10.4236/adr.2022.101002>
- Ghadari-Pouri, K., Mousavi-Baygi, S. F., Nouri, N., & Mazaheri-Habibi, M. R. (2021). Investigating the effect of virtual reality on reducing anxiety in children: A systematic review. *Proceedings of the Fourth Conference on Information Technology and Health Promotion with an Emphasis on Smart Health*, Mashhad. [In Persian]
<https://civilica.com/doc/1380972>
- Ghalehnoei, M. P., Massoud, M., & Yarmohammadian, M. H. (2022). Presenting a conceptual model for designing hospital architecture with a patient-centered approach based on the patient's lived experience of sense of place in the therapeutic space. *Journal of education and health promotion*, 11, 188.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_629_21
- Hamlin-Williams, C., Lakhanpaul, M., Manikam, L. (2015). Child medical tourism: a new phenomenon, Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility, chapter 36, 360-369, *Edward Elgar Publishing*.
<https://doi.org/10.4337/9781783471195.00048>
- Hancock, P. A., Pepe, A. A., & Murphy, L. L. (2005). Hedonomics: The power of positive and pleasurable ergonomics. *Ergonomics in Design the Quarterly of Human Factors Applications* 13(1):8-14.
https://doi.org/10.1177/106480460501300104?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate
- Hashmi, S. K., Klein, S., Acharya, R., Mothi, S. S., Boggs, J., Dodd, T., & Johnson, L. M. (2025). Pediatric Medical Tourism: International Patients Seeking Treatment in the United States for Malignancy and Serious Hematologic Disorders. A Review of the St Jude Experience. *JCO global oncology*, 11.
<https://doi.org/10.1200/GO-24-00454>
- Hathorn, K., & Nanda, U. (2014). A guide to evidence-based art. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 127-142.
https://www.researchgate.net/publication/241422285_A_Guide_to_Evidence-based_Art
- Helander, M. G. (2002). Hedonomics - Affective Human Factors Design, *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 46(12):978-982
https://doi.org/10.1177/154193120204601209?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate
- Hosseini-Nejad, R., Saremi, H. R., & Meghani-Rahimi, K. (2024). A review of domestic studies in the field of child-friendly cities. *Proceedings of the International Conference on Architecture, Urban Planning, Art, Industrial Design, Construction, and Wisdom-Based Technology*. [In Persian]
<https://civilica.com/doc/2236142/>
- Hojat, E., & Ibn al-Shahidi, M. S. (2011). Redefining inpatient spaces in children's hospitals based on the assessment and analysis of children's needs with an approach to reducing environmental fear. *Journal of Fine Arts: Architecture and Urban Planning*, 3(4), 33-44. [In Persian]
https://jfaup.ut.ac.ir/article_29675.html
- Hudson, S., Li, X. (2012). Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research, *Journal of Hospitality Marketing & Management* 21(3):227-246.
<https://doi.org/10.1080/19368623.2011.615018>
- Jordan, P. W. (2000). Designing Pleasurable Products an Introduction to the New Human Factors, *Taylor & Francis*.
<https://doi.org/10.4324/9780203305683>
- Khaleghi Moghaddam, N. (2023). Understanding the interplay of light, color, and interior design in healthcare spaces, *Journal of Design for Resilience in Architecture and Planning* 4(2):219-231.
<https://doi.org/10.47818/DRArch.2023.v4i2094>
- Khalili, M. (2023). Investigating the barriers to children's tourism and providing development strategies in Iran (Case study: Mashhad). *Geography and Human Relations*, 6(3), 599-617. [In Persian]
<https://doi.org/10.22034/gahr.2023.400359.1888>
- Košćak, M., Knežević, M., Binder, D., Pelaez-Verdet, A., Işık, C., Mičić, V., Borisavljević, K., & Šegota, T. (2021). Exploring the neglected voices of children in sustainable tourism development: A comparative study in six European tourist destinations. *Journal of Sustainable Tourism*, 1-20.
<https://doi.org/10.1080/09669582.2021.1898623>

- Lovafan, A. (2022). Identification and effectiveness of factors influencing the marketing of tourism industry organizations. *New Approaches in Management and Marketing*, 1(1), 47–69. **[In Persian]**
<https://doi.org/10.22034/jnamm.2023.422928.1017>
- Medical tourism magazine, (2025). The Growing Trend of Medical Tourism for Pediatric Care, *Medical tourism.com*.
<https://www.magazine.medicaltourism.com/article/the-growing-trend-of-medical-tourism-for-pediatric-care>
- Mosadegh-Rad, A. M., & Sadeghi, M. (2021). Medical tourism: Reasons for choosing Iran. *Payesh*, 20(2), 145–166. **[In Persian]**
<https://sid.ir/paper/386636/fa>
- Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7, 5-17.
<https://doi.org/10.1177/135676670100700101>
- Mousa, Abdelrahman Mohamed (2025) "Designing Childhood Spaces: Towards an Architecture that Responds to the Child's Innate Needs and Enhances Interaction, *Journal of Engineering Research*, 9, 3, 25.
<https://digitalcommons.aaru.edu.jo/erjeng/vol9/iss3/25>
- Nagamachi, M. (1995). Kansei Engineering: A new ergonomic consumer-oriented technology for product development, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15 (1), 3-11.
[https://doi.org/10.1016/0169-8141\(94\)00052-5](https://doi.org/10.1016/0169-8141(94)00052-5)
- Norman, D. (2022). *The design of everyday things* (M. Moghimi & A. Mirzaei, Trans.). Varsh. **[In Persian]**
<https://www.iranketab.ir/book/28924-the-design-of-everyday-things>
- Padilla-Meléndez, A., Del Aguila-Obra, A. (2016). Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination, *Tourism & Management Studies*, 12(1).
<https://doi.org/10.18089/tms.2016.12109>
- Oveisi, L., Pourfaraj, A., & Oveisi, M. A. (2024). Analyzing the feasibility of child-friendly tourism development indicators in recreational-commercial complexes (Case study: Persian Gulf Tourism, Recreational, and Commercial Complex in Yazd). *Urban Studies Quarterly*, 14(53), 51–66. **[In Persian]**
<https://www.doi.org/10.22034/urbs.2024.139863.4992>
- Padilla-Meléndez, A., Del Aguila-Obra, A. (2016). Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination, *Tourism & Management Studies*, 12(1).
<https://doi.org/10.18089/tms.2016.12109>
- Picard, R. W. (2000). *Affective computing*, MIT Press.
<https://www.amazon.nl/-/en/Rosalind-W-Picard/dp/0262661152>
- Sacks L, Kunkoski E, Noone M. (2022), Digital Health Technologies in Pediatric Trials, *The Innov Regul Sci*, 56(6), 929-933.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00374-021-43441-w>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Uwajeh, P., Ezennia, I. (2019), Evaluating Staff Perceptions of Supportive Healing Environment in Healthcare Facilities, *Contemporary Urban Affairs*.
<https://doi.org/10.25034/ijcua.2018.4678>
- Van Gorp, T., Adams, E. (2012). *Design for Emotion*, Morgan Kaufmann – Elsevier.
<https://www.sciencedirect.com/book/9780123865311/design-for-emotion#book-info>
- Walters, G., Li, S. (2017). The role and influence of emotions on tourist behavior, *The routledge handbook of consumer behavior in hospitality and tourism*.
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315659657-7/role-influence-emotions-tourist-behaviour-gabriele-walters-shanshi-li>
- World Health Organization, (2023). *Global standards for health-promoting hospitals and health services*, WHO Press.
<https://www.who.int/southeastasia/activities/health-promoting-hospital>