

امکان‌سنجی گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز

جلال مظفری

دانشجوی دکتری تخصصی جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران

محمد رضا پورمحمدی^۱

استاد مدعو گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران

بختیار عزت پناه

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

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵ تاریخ صدور پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۱۷

چکیده

گردشگری سلامت یکی از انواع گردشگری است که ارزآوری و اشتغال‌زایی مطلوبی برای کشور میزبان دارد و می‌تواند به عنوان صنعت پیش‌ران، صنایع زیردستی را نیز توسعه دهد. مقاله در راستای امکان‌سنجی گردشگری سلامت تبریز بوده است. سوال اصلی مقاله این است که گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز دارای چه نقاط قوت و ضعف و نیز فرصت‌ها و تهدیداتی است؟ این مقاله با استفاده از روش سوات انجام شده است و برای مشخص کردن سنجه‌ها و وزن آن‌ها از روش پیمایش و طراحی پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش ۲۰ نفر از کارشناسان حوزه گردشگری بوده است. برای بررسی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدات گردشگری سلامت در کلان‌شهر تبریز بر اساس امتیاز در محیط اکسل وارد شده و پس از بررسی نتایج جداول، استراتژی لازم تعیین و به صورت گراف رسم شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تبریز، زیرساخت‌های لازم را برای گردشگری سلامت، دارا می‌باشد. یافته دیگر بیانگر این است که استراتژی تدافعی می‌تواند در توسعه گردشگری سلامت مؤثر واقع شود.

کلمات کلیدی: گردشگری، گردشگری سلامت، تبریز، زیرساخت‌های گردشگری.

مقدمه

امروزه از صنعت گردشگری به عنوان صنعت پاک و بزرگ‌ترین صنعت خدماتی یاد می‌شود. کشورها در حال تبدیل شدن به یکی از ارکان اقتصاد تجاری می‌باشند. باتلر توریسم پایدار را توریسمی می‌داند که در یک محیط در زمان نامحدود ادامه یابد. (باتلر، ۱۳۸۱). گردشگری به شیوه جدید، پدیده‌ای است که جزو جدایی‌ناپذیر جامعه صنعتی و حلقه مهم در باز تولید آن است (مؤمنی، ۱۳۸۶: ۱۵). گردشگری به اشکال مختلفی صورت می‌گیرد که مهم‌ترین آن به صورت درون‌مرزی و برون‌مرزی است (پیران، ۱۳۷۰: ۶۹). در این راستا برنامه ریزان، صنعت گردشگری را به عنوان اهرمی در جهت ایجاد اشتغال، ارزآوری و توسعه پایدار مدنظر قرار داده‌اند. طبق پیش‌بینی جهانی، در سال ۲۰۲۰ درآمد حاصل از گردشگری به رقم ۲۰۰۰ میلیارد دلار خواهد رسید (بانک جهانی، ۱۳۸۶). بنابراین به گفته امامی، گردشگری یکی از اشتغال‌زاترین صنایع موجود می‌باشد (امامی، ۱۳۷۸: ۳۱) و به همین لحاظ از هر ۶ نفر ورودی گردشگر خارجی به کشور یک فرصت شغلی ایجاد می‌شود (رضوانی، ۱۳۷۴: ۶۱). لذا ضروری است تا ضمن شناسایی و ارزیابی توانمندی‌های گردشگری سلامت کلان‌شهر تبریز، با تکنیک‌های مناسب و علمی و با ارائه و تعیین استراتژی و در جهت استفاده بهینه اقدام شود. چرا که ضریب تکاثر در صنعت گردشگری بالاترین ضریب است (پاپلی یزدی، ۱۳۸۵: ۳۰۶). در فرهنگ وبستر، گردشگر به کسی اطلاق می‌شود که برای سرگرمی و تفریح یا به قصد امور فرهنگی سفر می‌کند (کاظمی، ۱۳۸۵: ۲۱). توریست به دیدار کننده‌ای اطلاق می‌شود که حداقل یک شب را در اقامتگاه‌های خصوصی یا عمومی در کشور میزبان بگذرانند (ضیایی، ۱۳۸۷: ۴۵). توریسم سلامت عبارت از فعالیت‌هایی است که در جهت درمان و مداوای بیماران گردشگر در تمامی مراحل از شناسایی و تشخیص بیماری تا درمان را شامل می‌شود، بطوریکه باعث اتلاف اوقات بیمار نشده و از محیط‌های گردشگری واب درمانی بعد از درمان استفاده نمایند. ایران به لحاظ گردشگری باستانی در ردیف چهارم و گردشگری آب‌وهوا در ردیف پنجم و در گردشگری طبیعت در ردیف دهم جهان قرار دارد. یکی از مشکلاتی که مانعی در راه گردشگری است، می‌توان به مشکلات قانونی و ضعف قوانین و مقررات حمایتی اشاره کرد (محسنی، ۱۳۸۸: ۱۴۹). گردشگری سلامت به هر نوع مسافرتی جهت بهبود وضعیت سلامتی اشاره دارد و این می‌تواند مانند یک استراتژی ملی در جهت افزایش درآمد ملی مورد استفاده قرار گیرد (مهدوی، ۱۳۹۲). با توجه به مطالب فوق‌الذکر، گردشگری سلامت و امکان‌سنجی زیرساخت‌ها می‌تواند در تنوع بخشی اقتصاد کلان‌شهر تبریز و ایجاد اشتغال، مؤثر واقع شده و با ارزآوری و به عنوان پیش‌ران صنایع زیردستی در توسعه پایدار نقش اساسی داشته باشد.

برنامه ریزان به صنعت گردشگری به عنوان یک صنعت پاک، با پتانسیل‌های ارزآوری و ایجاد اشتغال و نهایتاً توسعه پایدار به عنوان یک رویکرد و راهبرد نظر دارند که ضمن کاستن از فقر جامعه میزبان، مشارکت مردمی در حل پاره‌ای از بحران‌ها را به دنبال خواهد داشت. تبریز به عنوان منطقه مورد پژوهش، دارای پتانسیل‌های بالقوه گردشگری سلامت بوده ولی ارزیابی علمی و با تکنیک‌های مناسب سبب می‌شود تا این توانمندی‌ها با لحاظ تعیین استراتژی و راهبرد در جهت توسعه پایدار قرار گیرد. انتظارات و عملکردهای گردشگری سلامت در توسعه پایدار به قرار زیر است. ۱- تنوع بخشی به اقتصاد کشور. ۲- استانداردسازی زیرساخت‌ها و کارآمد ساختن آنها و ارائه استراتژی و راهبرد در جهت استقرار گردشگری سلامت. ۳- رسیدن به توسعه پایدار با تأکید بر عدالت اجتماعی برگرفته از

نظریات دیویدهاروی و آموزه‌های دینی. ۴- حل معضل بیکاری و رسیدن به اشتغال پایدار.

تحقیق‌های زیادی در امر گردشگری صورت گرفته و هر کدام از محققین مدل و راهکارهایی جهت نیل به توسعه پایدارارایه کرده اند. ۱- اسماعیل زاده در پژوهش خود در مقاله ای تحت عنوان انتخاب استراتژی بهینه توسعه گردشگری، به بررسی علل عدم توسعه گردشگری در مراغه را با روش سوات مورد ارزیابی قرار داده و به عدم برنامه‌ریزی مطلوب اشاره نموده و به تهدیداتی که متوجه گردشگری است اشاره می‌کند. (اسماعیل زاده، ۱۳۹۴).

موسوی نژاد و همکاران وی در مقاله ای به قابلیت جذب گردشگر پزشکی در یکی از بیمارستان‌های نظامی پرداخته واز داده‌های ثانویه جهت تحلیل درآمد زایی و افزایش کارایی بیمارستان در جهت جذب حداکثری استفاده کرده است. (موسوی نژاد و همکاران، ۱۳۹۵)

۲- بیتون در کتابی تحت عنوان توسعه جوامع از طریق توریسم معتقد است که توسعه جوامع تنها از طریق توریسم می‌باشد واجتماعات را راهنمای توریسم در مسیرهای ممکن می‌داند. در این تحقیق نویسنده فرایند توسعه را با مدیریتی میداند که جامعه محلی در آن مشارکت داشته باشند(بیتون، ۱۳۸۵). ۳- احسانی در پژوهش خود با مفاهیم و مدل‌ها به کاربردی کردن گردشگری پرداخته است. (احسانی، ۱۳۹۴). ۴- بررسی بازاریابی توریستی ایران توسط (رضوانی، ۱۳۸۶). در این پژوهش با اشاره به امار و ارقام گردشگران به جایگاه ویژه ایران در گردشگری اشاره نموده و با یک مقایسه تطبیقی شرایط حاکم بر بازار گردشگری جهان و جایگاه ایران در گردشگری رابرسی می‌کند. ۵- افتخاری در مطالعات خود، کار افرینی گردشگری را لازمه رسیدن به توسعه پایدار می‌داند(افتخاری، ۱۳۹۵) ۶- ابراهیم زاده در مقاله انگلیسی تحت عنوان: مقایسه پتانسیل‌های گردشگری سلامت در ایران و هند^۱ توانمندی‌ها و زیرساخت‌های گردشگری سلامت کشور هند و ایران به صورت مقایسه ای و تعرفه‌های پزشکی در بیمارستان‌ها را با نمودار وجداول نشان داده است.(ابراهیم زاده، ۱۳۹۲)

گردشگری سلامت، نوعی از صنعت گردشگری است که می‌تواند نقش مهمی در توسعه پایدار داشته باشد بنابراین ضروری است با ارزیابی پتانسیل‌های گردشگری سلامت تبریز و ارایه استراتژی‌های لازم گامی در جهت توسعه پایدار برداشت. وجود زیرساخت‌های مطلوب از جمله بیمارستانهای تخصصی و اماکن اسکان و پزشکان متبحر و دانشگاه علوم پزشکی و موقعیت ممتاز جغرافیایی زمینه لازم برای استقرار گردشگری سلامت می‌باشد. توسعه گردشگری سلامت علاوه بر ارزآوری و ایجاد اشتغال و حل معضل نرخ بالای بیکاری، باعث نوسازی زیر ساخت‌ها و ارتقائ حمل و نقل و فرودگاه و دیگر زیر ساخت‌ها خواهد شد. با توجه به موارد اشاره شده در فوق، اهم موارد در ضرورت موضوع به قرار زیر است: شناسایی و ارزیابی توانمندی‌های تبریز در ارتباط با گردشگری سلامت و درمان. ۲- ارایه استراتژی و راهبرد جهت استقرار گردشگری سلامت. سوالاتی که در این تحقیق مدنظر است به قرار زیر می‌باشد:

الف: - توانمندی‌ها و محدودیت‌های گردشگری سلامت تبریز کدامند؟ ب: استراتژی‌های گردشگری سلامت چگونه باید باشد تا به توسعه منجر شود؟ در این تحقیق از روش توصیفی - تحلیلی استفاده شده و جمع اوری اطلاعات از طریق مطالعه میدانی و تدوین پرسش نامه امکان پذیر شده است. در اولین مرحله از ماتریس تحلیلی (swot) و طیف لیکرت (یک تا پنج) با هدف امکان‌سنجی که ایا شهر تبریزفاکتورهای لازم جهت استقرار صنعت توریسم سلامت را

دارد و یانه، استفاده شده است. فهرستی از نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات بررسی شده و با وزن دهی به عوامل تاثیر گذار اقدام شده است. امتیاز دهی به شاخص‌ها و فاکتورهای گردشگری سلامت بر مبنای یک تا پنج بوده (۱=اهمیت خیلی کم و ۲=اهمیت کم و ۳=اهمیت متوسط و ۴=اهمیت زیاد و ۵=اهمیت خیلی زیاد) می‌باشد. درگام دوم برای ارائه استراتژی و راهبرد از روش SWOT و با استفاده از میانگین نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدها به ترسیم گراف استراتژی اقدام شده است. برای بدست آوردن میانگین ارزآوری از ۳۰ نفر مریض گردشگری سلامت با طرح سوال و مصاحبه در هتل‌ها و بیمارستان‌ها استفاده شده و از فرمول میانگین استفاده شده است.

رویکرد نظری

گردشگران هر کدام با هدف خاصی به سیر و سفر می‌پردازند، بنابراین شناخت انگیزه گردشگران در بحث گردشگری (توریسم) مهم است که در این پژوهش به طور خلاصه برخی از آن‌ها را مرور می‌کنیم:

والن اسمیت^۱ شش نوع گردشگری (توریسم) را در طبقه‌بندی خود، به شرح زیر بیان می‌کند:

• گردشگری (توریسم) قومی: در این نوع گردشگری (توریسم)، گردشگران به منظور مشاهده سبک زندگی افراد بومی و اقوام، سفر می‌کنند. فعالیت‌های متداول در چنین محل‌هایی شامل دیدار از منازل افراد (نجفی و همکاران، ۱۳۹۹).

بومی، حضور در جشن‌ها و شرکت در مراسم مذهبی آنهاست. هدف گردشگری (توریسم) قومی، شناخت اقوام مختلف و شرکت در تجربه‌های آنهاست.

• گردشگری (توریسم) هنری: در این گردشگری (توریسم)، گردشگر دوست دارد تا هنرهای ملل و مردم دیگر را شناخته و با آن‌ها آشنا شود. شناخت هنرهای دستی، آشنایی، دیدن و شنیدن موسیقی و حرکات موزون، تماشای تئاتر و نمایشنامه‌ها و فیلم‌های هنری، در زمره فعالیت‌های گردشگران در این نوع گردشگری (توریسم) است (کارگر اصل زوزی و همکاران، ۱۳۹۹).

• گردشگری (توریسم) تاریخی: این دسته از گردشگران به بازدید از موزه‌ها، مسجدها، کلیساها و آثار تاریخی و بناهای باستانی می‌پردازند که یادآور شکوه و عظمت کشورهای باستانی مانند ایران، مصر و یونان است. در این نوع، گردشگران از اجرای نمایشنامه‌هایی که وقایع مهم دوران گذشته را بازسازی می‌کند استقبال خواهند کرد.

• گردشگری (توریسم) مبتنی بر طبیعت یا طبیعت‌گرا: تاکید گردشگر طبیعت‌گرا بر جاذبه‌های طبیعی و محیطی است. هدف آن پناه بردن به آغوش طبیعت زیبا و تحسین جاذبه‌های طبیعی است. گردشگر طبیعت‌گرا علاقه‌مند به شگفتی‌های جهان هستی همچون آبشارها، جنگل‌ها، کوهستان‌ها، کویرها، صحراها و سایر جاذبه‌های طبیعی است. فعالیت‌های گردشگران طبیعت‌گرا شامل پیاده روی، عکسبرداری، کوهنوردی و اردو زدن در محیط‌های طبیعی و لذت بردن از جلوه‌های طبیعت است. مناطق شهری قابلیت زیادی برای توسعه این نوع گردشگری (توریسم) داشته و توسعه گردشگری (توریسم) مبتنی بر طبیعت شهری، می‌تواند در رشد و توسعه جوامع شهری نقش مهمی ایفا

کند(نیتی، ۱۳۹۹).

• گردشگری(توریسم) تفریحی و ورزشی: گردشگر تفریحی و ورزشی توجه خود را معطوف به شرکت در فعالیت‌های ورزشی، استفاده از چشمه‌های آب معدنی، حمام آفتاب و دیگر فعالیت‌های اجتماعی در یک محیط دلنشین و راحت می‌کند. مناطق مورد علاقه آنان به‌طور معمول سواحل دریا، پیست‌های اسکی، زمین‌های بازی و میدان‌های اسب دوانی است. گردشگر تفریحی مایل است تا زمانی را که در سفر سپری می‌کند، برای تمدید اعصاب و رفع خستگی و تفریح استفاده کند.

• گردشگری(توریسم) مرتبط با کار: هدف این نوع گردشگری(توریسم) تفریح و یا استراحت نیست، بلکه انجام بخشی از حرفه و کار در مدت سفر است. مشخصه این گردشگری(توریسم) شرکت در کنفرانس‌ها، گردهمایی‌ها و سمینارهای علمی، تحقیقاتی و تخصصی است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹).

توریسم درمانی که گاهی از آن با عنوان توریسم سلامت و یا گردشگری سلامت نام برده می‌شود، تعاریفی گوناگون دارد. سازمان جهانی گردشگری^۱ به‌طور خاص، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد(بیش از ۲۴ ساعت) به طول انجامد. گردشگری سلامت از زمان یونان و روم باستان وجود داشته و سپس به بسیاری از کشورهای اروپایی و نقاط دیگر دنیا توسعه یافته است. از زمان باستان، افراد زیادی به منظور فراغت روحی و درمان به مجاورت رودخانه و آب‌های معدنی می‌رفتند. آب‌های گرم از قدیم‌الایام با آرامش و تجدید قوای جسمی و روحی انسان همراه بوده است. استفاده‌کنندگان از این‌گونه آب‌ها، قرن‌هاست که در آب‌های گرم آب‌تنی می‌کنند و از آب چشمه‌های معدنی می‌نوشند(نصوحیان و توسلی نائینی، ۱۳۹۹).

تاریخچه توریسم پزشکی به هزاران سال قبل و به یونان قدیم بر می‌گردد، زمانی که زائرین از نقاط گوناگون با گذر از دریای مدیترانه خود را به منطقه‌ای در خلیج «سرونیک» به نام «اپیدوریا» می‌رساندند. باورها بر این بود که مهرباب خدای شفابخش یونانی‌ها، اسقلپیوس، در آنجا قرار دارد. بیماران با روزه گرفتن و نیایش به دنبال شفاء بیماری‌های خود بودند. در حال حاضر اپیدوریا قدیمی‌ترین خاستگاه گردشگری پزشکی در جهان شناخته می‌شود. تاریخ گردشگری سلامت به قرن‌ها پیش برمی‌گردد. خیلی قبل از آن‌که مردم برای عمل قلب، جراحی‌های پلاستیک یا زیباسازی دندان‌ها طی تنها چند ساعت به سراسر دنیا سفر کنند تا بهترین خدمات پزشکی را دریافت نمایند. می‌توان گفت سفر درمانی قدمتی به اندازه عمر علم پزشکی دارد. در ادامه تاریخ گردشگری سلامت را از زمان‌های کهن تا به امروز دنبال می‌کنیم. این خط زمانی نشان می‌دهد هر زمان که درمان پزشکی در دسترس نبوده‌است، در هر مکان و هر دوره تاریخی، افراد بیمار و آسیب‌دیده برای دریافت خدمات درمانی دست به سفر می‌زدند. تاریخچه توریسم پزشکی به هزاران سال قبل و به یونان قدیم بر می‌گردد، زمانی که زائرین از نقاط گوناگون با گذر از دریای مدیترانه خود را به منطقه‌ای در خلیج «سرونیک» به نام «اپیدوریا» می‌رساندند(معینی و همکاران، ۱۳۹۸).

باورها بر این بود که مهرباب خدای شفابخش یونانی‌ها، اسقلپیوس، در آنجا قرار دارد. بیماران با روزه گرفتن و نیایش به دنبال شفاء بیماری‌های خود بودند. در حال حاضر اپیدوریا قدیمی‌ترین خاستگاه گردشگری پزشکی در جهان شناخته می‌شود. تاریخ گردشگری سلامت به قرن‌ها پیش برمی‌گردد. خیلی قبل از آن‌که مردم برای عمل قلب، جراحی‌های پلاستیک یا زیباسازی دندان‌ها طی تنها چند ساعت به سراسر دنیا سفر کنند تا بهترین خدمات پزشکی را دریافت نمایند. می‌توان گفت سفر درمانی قدمتی به اندازه عمر علم پزشکی دارد (زندى فر و همکاران، ۱۳۹۸).

در ادامه تاریخ گردشگری سلامت را از زمان‌های کهن تا به امروز دنبال می‌کنیم. این خط زمانی نشان می‌دهد هر زمان که درمان پزشکی در دسترس نبوده‌است، در هر مکان و هر دوره تاریخی، افراد بیمار و آسیب‌دیده برای دریافت خدمات درمانی دست به سفر می‌زدند. تاریخچه توریسم پزشکی به هزاران سال قبل و به یونان قدیم بر می‌گردد، زمانی که زائرین از نقاط گوناگون با گذر از دریای مدیترانه خود را به منطقه‌ای در خلیج «سرونیک» به نام «اپیدوریا» می‌رساندند. باورها بر این بود که مهرباب خدای شفابخش یونانی‌ها، اسقلپیوس، در آنجا قرار دارد. بیماران با روزه گرفتن و نیایش به دنبال شفاء بیماری‌های خود بودند. در حال حاضر اپیدوریا قدیمی‌ترین خاستگاه گردشگری پزشکی در جهان شناخته می‌شود. تاریخ گردشگری سلامت به قرن‌ها پیش برمی‌گردد. خیلی قبل از آن‌که مردم برای عمل قلب، جراحی‌های پلاستیک یا زیباسازی دندان‌ها طی تنها چند ساعت به سراسر دنیا سفر کنند تا بهترین خدمات پزشکی را دریافت نمایند. می‌توان گفت سفر درمانی قدمتی به اندازه عمر علم پزشکی دارد. در ادامه تاریخ گردشگری سلامت را از زمان‌های کهن تا به امروز دنبال می‌کنیم. این خط زمانی نشان می‌دهد هر زمان که درمان پزشکی در دسترس نبوده‌است، در هر مکان و هر دوره تاریخی، افراد بیمار و آسیب‌دیده برای دریافت خدمات درمانی دست به سفر می‌زدند. تاریخچه توریسم پزشکی به هزاران سال قبل و به یونان قدیم بر می‌گردد، زمانی که زائرین از نقاط گوناگون با گذر از دریای مدیترانه خود را به منطقه‌ای در خلیج «سرونیک» به نام «اپیدوریا» می‌رساندند. باورها بر این بود که مهرباب خدای شفابخش یونانی‌ها، اسقلپیوس، در آنجا قرار دارد. بیماران با روزه گرفتن و نیایش به دنبال شفاء بیماری‌های خود بودند. در حال حاضر اپیدوریا قدیمی‌ترین خاستگاه گردشگری پزشکی در جهان شناخته می‌شود. تاریخ گردشگری سلامت به قرن‌ها پیش برمی‌گردد. خیلی قبل از آن‌که مردم برای عمل قلب، جراحی‌های پلاستیک یا زیباسازی دندان‌ها طی تنها چند ساعت به سراسر دنیا سفر کنند تا بهترین خدمات پزشکی را دریافت نمایند. می‌توان گفت سفر درمانی قدمتی به اندازه عمر علم پزشکی دارد. در ادامه تاریخ گردشگری سلامت را از زمان‌های کهن تا به امروز دنبال می‌کنیم. این خط زمانی نشان می‌دهد هر زمان که درمان پزشکی در دسترس نبوده‌است، در هر مکان و هر دوره تاریخی، افراد بیمار و آسیب‌دیده برای دریافت خدمات درمانی دست به سفر می‌زدند.

گردشگری از آغاز تا به حال تحولات زیادی را پشت سر گذاشته است. گردشگری مدرنیتیه با مفهوم تکنولوژی همراه بوده است. سیر تحولات مدرنیتیه و تکنولوژی در گردشگری در دو بعد عمل نموده است از یک سو انگیزه‌های گردشگران و جهت‌گیری و تنوع سفرها را سبب شده و از دیگر سو مقاصد گردشگری را برای جذب گردشگری به رقابت واداشته است. در هر حال گردشگری دارای ویژگی‌های خاص خود است. گردشگری کنش حاصل از روند مدرنیتیه است که تمایز با مفهوم جهانگردی دارد. پردازش به گردشگری در مفهوم تحولات مدرن و

تکنولوژی می‌تواند راهکارهایی برای برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری دانست. دیدگاه مورد استفاده در پژوهش اهمیت زیادی دارد؛ و برای گردشگری دیدگاه ساختاری در پیرامون گردشگری مورد بررسی قرار می‌گیرد (رهایی و همکاران، ۱۳۹۸).

ساخت^۱ از فعل *structure* به معنای ساخت و بنا کردن، گرفته شده است. به نظر لوی اشتروس^۲ ساخت، «ترکیب خاص همبستگی اجزای یک مجموعه با هدف معین است». از دیدگاه وی ساخت سه خصلت اساسی دارد یکی همانند سیستمی که دگرگونی هر جزء آن موجب دگرگونی اجزای دیگر می‌شود؛ دیگری هر ساختی می‌تواند به صورت نمونه‌های فراوان دیگری از نوع خود تجلی کند و سوم اینکه ساخت خاصیت پیش‌بینی دارد (قادری و اعرابی، ۱۳۹۸).

پارسونز^۳ به یگانگی جهان اجتماعی به عنوان یک نظام معتقد است. از این دیدگاه کلی‌ترین و اساسی‌ترین خصلت یک نظام رابطه پیوسته اجزاء و متغیرهای آن است. گرایش به ایجاد یکپارچی در نظام، ذاتاً به طرف تمرکز، گروه سالاری پیش می‌رود پس هر ساخت اجتماعی نتایج خاص اجتماعی به وجود می‌آورد و پیش‌بینی عملکرد ساخت‌ها در آینده امکان‌پذیر می‌باشد زیرا افراد و گروه‌ها، تنها در داخل شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ساختارها می‌توانند به فعالیت پردازند (نجفی و همکاران، ۱۳۹۹).

گیدنز^۴ معتقد است مردم جهان اجتماعی خود را می‌آفرینند و مسئله اصلی رویارویی نظریه اجتماعی، ارائه پیوند مناسبی میان کنشگران و ساختار اجتماعی است. نظریه ساختاربندی او کوششی است برای چیره شدن بر دوگانه انگاری که پیوسته دامنگیر نظریه‌های دیگر بوده است. دوگانه انگاری که یا به کنشگران اولویت می‌دهد و یا به ساختار اجتماعی. لذا برای حل مسئله کنشگر - ساختار بر تمرکز بر شیوه‌های عملی اجتماعی به دست می‌آید. او شناخت دوگانگی ساختار و عاملیت انسانی، در هر مطالعه علمی، منطقی می‌داند (کیویستو، ۱۳۷۸: ۲۰۲). مرتون^۵ معتقد است هر جزء از ساخت اجتماعی در بقاء و دوام کل نظام دخالت دارد و در عین حال هر جزء در بقا و ثبات جزء یا اجزای دیگر نظام موثر است. او به اصل جانشینی یک عنصر به جای عنصر دیگر در ساخت اجتماعی اعتقاد داشته است؛ و در مطالعاتش جنبه‌های تجربی و عینی امور را مورد توجه قرار داده و از بکارگیری مفاهیم ذهنی مانند انگیزه اجتناب می‌ورزید (کارگر اصل زنوزی و همکاران، ۱۳۹۹).

ادوین فوگلمن مفهوم کارکرد را با مفهوم وظیفه معادل ساخته و آن را در سه بخش وظیفه‌گرای انتخابی، وظیفه‌گرای تجربی و وظیفه‌گرای ساختی - وظیفه‌ای تقسیم کرده است. به عبارتی کارکرد یا فونکسیون را باید در عملکردی که یک پدیده در سیستم دارد و سیستم را دارای آثاری نظام یافته نماید دانست. همبستگی عناصر با یکدیگر و همبستگی کل با اجزاء، مستلزم بقای کل و مفید بودن اجزاء و مشارکت هر یک از عناصر در باقی ساخت نظام است که گویی مانند یک ماشین یا دستگاه مکانیکی به هم مرتبط هستند و بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. با توجه به تعاریف از مفهوم کارکرد عناصر تشکیل دهنده سازمان فضایی که نظام فضایی ناحیه را شکل می‌بخشد یک ارتباط ارگانیک

1. structure
2 Levi-strouss
3 Parsons
4 Giddens
5 Merton

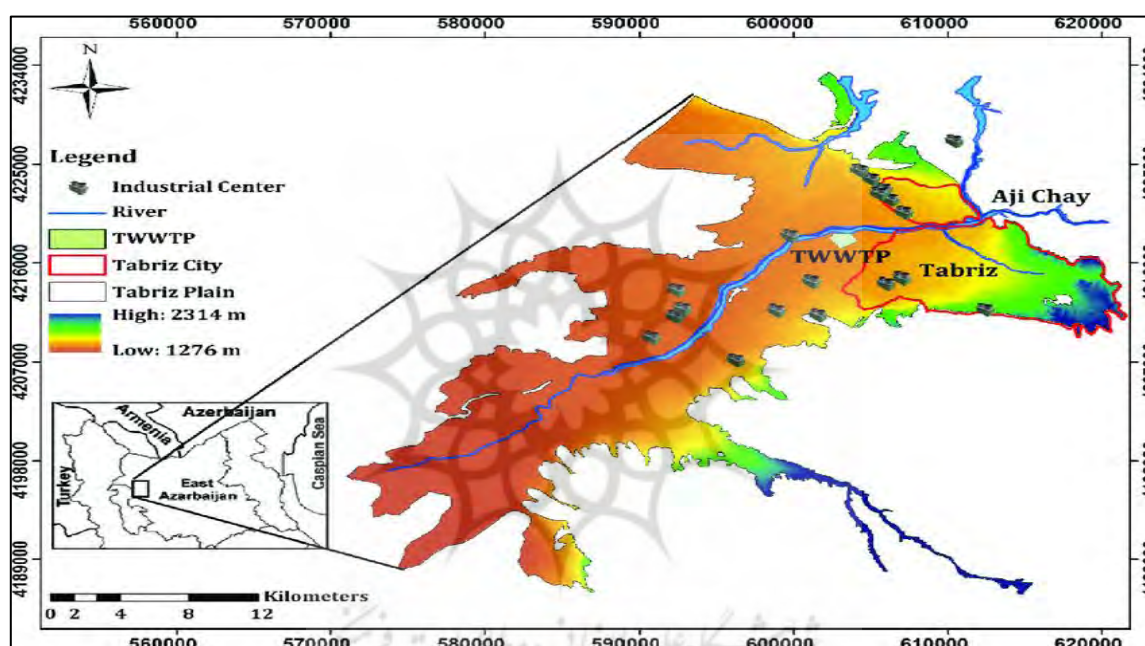
با یکدیگر پیدا می‌کنند و خصوصیات ارتباطی هر عنصر با عنصر دیگر و نیز خصوصیات کمی و کیفی هر عنصر بسیار اهمیت می‌یابد. چگونگی قرارگیری این ویژگی‌ها در یک عنصر در ارتباط با سایر عناصر تشکیل ساخت کلیت سیستم و کارکرد آن را می‌دهند موقعیت هر یک از این عناصر را با کلیت سیستم نیز به همان اندازه اهمیت دارد که ارتباط هر عنصر با عنصر دیگر به طور انتزاعی (نیتی، ۱۳۹۹).

همبستگی عناصر با یکدیگر و همبستگی کل با اجزاء مستلزم بقای کل و مفید بودن اجزاء و مشارکت هر یک از عناصر در بقای ساخت نظام است که گویی مانند یک ماشین یا دستگاه مکانیکی به هم مرتبط هستند و بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. به بیان ساده هر گاه چندین واحد کارکردی بر یکدیگر تاثیر بگذارند، می‌توان گفت که آن مجموعه صورت یک سیستم یا نظام را پیدا کرده است. این سیستم خود مختصات و ویژگی‌هایی دارد. برای درک و شناخت کارکردهای ساختی باید اهداف و آثار و دامنه تاثیرات آن را بشناسیم و بدانیم تاثیرات ساخت اجتماعی چگونه نمودار می‌شوند. باید یادآور شویم که مفهوم نظام اساساً جنبه انتزاعی دارد و این از فوائد عملی نظام است، معمولاً کارکردگرایان کل جامعه را یک نظام اجتماعی تلقی می‌کنند. لیکن نظام‌های اجتماعی در مقیاس کوچک و متوسط را هم کم و بیش به صورت یک واحد عمل می‌کنند، می‌توان یک خرده نظام تلقی کرد، در نتیجه لازم است مرزهای نظام و رابطه آن با ساخت روشن گردد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹).

به هر حال یکی از اساسی‌ترین مفاهیم در کارکردگرایی همین مفهوم نظام اجتماعی است که در توضیح آن به مدل نزدیک می‌شویم، کارکردگرایان نیز به شباهت میان اندام اجتماعی با اندام موجودات زنده قائلند. همچنان که اندام موجودات زنده در همبستگی کل به عنوان یک نظام مؤثر است، به همان ترتیب پدیده‌های تشکیل دهنده یک نظام اجتماعی نیز که اجزای آن محسوب می‌شوند در همبستگی و بقای کل نظام تاثیر دارند. این همبستگی هم در روابط کارکردی و هم در مجموعه سیستمی ظاهر می‌شود و باعث نوعی سازگاری و تعادل پویا میان اجزا و کل می‌شود (نصوحیان و توسلی نائینی، ۱۳۹۹).

مالینوفسکی به عنوان بنیانگذار اصلی و سخنگوی مکتب کارکردی در مردم‌شناسی معروف است. وی کارکرد را از برآوردن یک نیاز به وسیله یک عمل، هدف اصلی فونکسیونالیسم می‌داند؛ و تاکید بر مفهوم فرهنگ پایه بسیاری از فرضیات می‌باشد. (نوابخش، ۱۳۸۲: ۷۴-۷۳). میراث تحلیلی کارکردگرایان را می‌توان به صورت زیر به طور خلاصه بیان کرد: جامعه یک نظام در نظر گرفته می‌شود و در اکثر موارد این نظام‌ها دارای نیازها و ضرورت‌هایی تلقی می‌شوند که می‌بایست برآورده شوند تا بقا را تضمین کنند. متفکران کارکردگرایی با وجود عنایت به تکامل، نظام‌های دارای نیازها و ضرورت‌ها را دارای حالات «بهنجار» و بیمارگونه تلقی می‌کردند و از این رو، به تعادل و هم‌ایستایی نظام اشاره می‌کردند. جامعه وقتی یک نظام در نظر گرفته می‌شود، مرکب از اجزای مرتبط تلقی می‌شد، در تحلیل این اجزای مرتبط، این که چگونه این اجزا ضرورت‌های کل‌های سیستمی را برآورده و بدین ترتیب بهنجاری یا تعادل نظام را حفظ می‌کنند، در کانون توجه قرار می‌گیرد. اجزای مرتبط چون مشخصاً در ارتباط با حفظ یک کل سیستمی در نظر گرفته می‌شوند، از این رو تحلیل علی اغلب مبهم می‌گردد و در تکرارهای معلوم غایت‌شناسی‌ها غیرمنطقی فرو می‌غلطد.

ارتفاع این شهر از سطح دریا از ۱۳۴۸ متر در سهراهی مرند تا ۱۵۶۱ متر در محله زعفرانیه متغیر بوده و شیب عمومی زمین‌های تبریز به سمت مرکز شهر و سپس به سمت مغرب است. مسافت جاده‌ای بین این شهر تا اردبیل ۲۱۹ کیلومتر، تا زنجان ۲۸۰ کیلومتر، تا ارومیه ۱۴۹ کیلومتر و تا تهران ۵۹۹ کیلومتر است. مساحت تبریز از سال ۱۲۸۰ تا سال ۱۳۶۵، تقریباً ۲۰ برابر شده است، به طوری که مساحت این شهر از حدود ۷ کیلومتر مربع در سال ۱۲۸۰ خورشیدی به ۱۷۰۷ کیلومتر مربع در سال ۱۳۳۵ خورشیدی، ۴۵۰۸ کیلومتر مربع در سال ۱۳۵۵ خورشیدی و نهایتاً ۱۴۰ کیلومتر مربع در سال ۱۳۶۵ خورشیدی رسیده است. مساحت تبریز در سال ۱۳۸۵ به ۲۳۷،۴۵ کیلومتر مربع افزایش یافته که ۲۵،۲۲ کیلومتر مربع از آن - معادل ۱۱ درصد از مساحت کل شهر - جزء بافت‌های فرسوده بوده است (حیدری و آذر، ۱۳۹۸).



نقشه ۳: موقعیت شهر تبریز منبع: <https://www.researchgate.net>

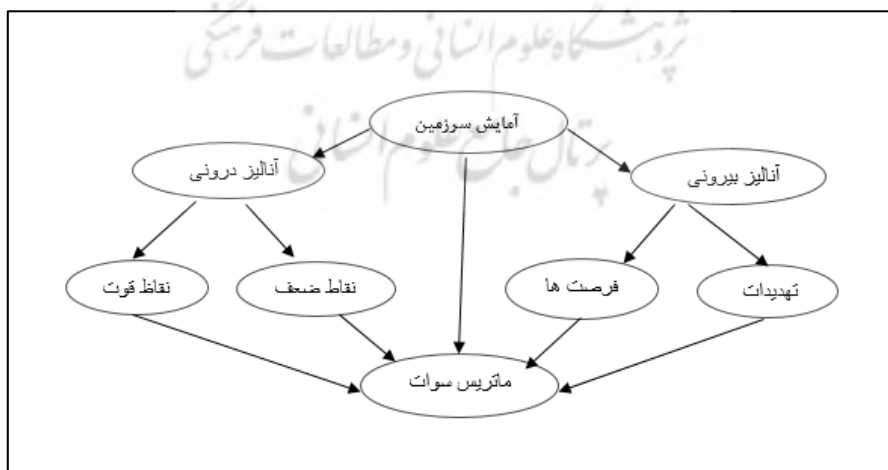
آب و هوای تبریز استپی خشک با تابستان‌های گرم و خشک و زمستان‌های سرد است. سرمای زمستانی، تأثیرپذیرفته از ارتفاع بالا و توپوگرافی کوهستانی منطقه است. آب و هوای این شهر در تابستان‌ها خشک و گرم است. اگرچه حرارت به دلیل نزدیکی به کوه سهند و وجود باغ‌های زیادی در پیرامون شهر تعدیل می‌گردد. میانگین دمای تبریز در تیرماه (گرم‌ترین ماه سال) ۲۵،۴ درجه سانتی‌گراد، در دی‌ماه (سردترین ماه سال) ۲،۵- درجه سانتی‌گراد، در فروردین‌ماه ۱۰،۵ درجه سانتی‌گراد و در مهرماه ۱۴،۱ درجه سانتی‌گراد و میانگین سالانه دما ۱۱،۹ درجه سانتی‌گراد است. میانگین بارندگی سالیانه تبریز مانند بیشتر شهرهای ایران بسیار اندک و در حدود ۳۳۰،۱ میلی‌متر در سال است. معمولاً در طول فصل تابستان، میزان بارندگی بسیار ناچیز بوده و به ندرت بارش رخ می‌دهد (بصری و همکاران، ۱۳۹۷). استان آذربایجان، با دارا بودن امکانات و مواهب طبیعی و الهی، می‌تواند محوریت توریسم درمان و سلامت را در ایران به عهده بگیرد، در ایران نیز شمار، کیفیت و پراکنش چشمه‌های آب گرم به گونه‌ای است که می‌تواند طبیعت درمانی با استفاده از آب‌های طبیعی را به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع گردشگری کشور معرفی

شود، هرچند بیشتر چشمه‌های آب گرم ایران در دامنه‌های البرز قرار دارد، اما آذربایجان شرقی با همجواری با استان اردبیل، می‌تواند قطب شکوفایی توانمندی توریسم سلامت و درمان، پزشکی و طب سنتی ایرانی و اسلامی شود. کلان‌شهر تبریز، مرکز آذربایجان شرقی با جمعیتی در حدود ۱۷۲۴۳۶۹ نفر در شمال غرب کشور قرار دارد. کلان‌شهر تبریز با توجه به جاذبه‌های توریستی و زیرساخت‌های مطلوب برای انواع گردشگری از جمله گردشگری سلامت و درمان و اکوتوریسم مساعد بوده تا حدودی می‌تواند در برون رفت از اقتصاد تک محصولی و حل معضل اشتغال و تنوع بخشی به اقتصاد مؤثر واقع شود (خضرای شولای فر و همکاران، ۱۳۹۷).

استان آذربایجان شرقی با دارا بودن امکانات تخصصی درمانی، چشمه‌های متعدد آب گرم، مجاورت با دریاچه ارومیه و کشورهای جمهوری خود مختار نخجوان، ارمنستان و نزدیکی به کشورهای ترکیه و عراق می‌تواند به عنوان یکی از قطب‌های توریسم درمانی محسوب شود که در این راستا نیز اقداماتی صورت گرفته است. ولی متأسفانه بی‌توجهی به ارزآوری که این صنعت می‌تواند عاید کشورمان بکند، سبب شده است که در استان آذربایجان شرقی به ویژه تبریز شاهد فعالیت برخی دلال‌ها که با سوء استفاده از مسافران و بیماران کشورهای همجوار که قصد استفاده از امکانات درمانی این کلانشهر را دارند، باشیم (بصری و همکاران، ۱۳۹۷). چشمه‌های معدنی بستان آباد در ده اسک کندی در ۶۰ کیلومتری جنوب شرقی تبریز واقع شده‌اند. مظهر اصلی آبگرم بستان آباد در داخل دره که خود از نوع گسلی است قرار دارد. آب آن از نوع کلرو سولفات، گازدار و گرم می‌باشد. در اطراف چشمه رسوب سیاه رنگ دیده می‌شود و به نظر می‌رسد که فعالیت چشمه با گسل‌های ارتباط دارد که بخشی از گسل تبریز محسوب می‌شوند و در عین حال به وابسته فعالیت آتشفشانی سهند است (حیدری و آذر، ۱۳۹۸).

یافته‌ها

مدل تحلیل **swot**: در شکل ۲ چهارچوب و مدل تحلیل **swot** که برای اجرا به دو شاخه آنالیز بیرونی و درونی و به شرح زیر آورده شده است.



شکل ۲: مدل تحلیل **SWOT** منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

انواع اطلاعات و داده‌ها: الف-اطلاعات اسنادی: مطالعات کتابخانه‌ای جهت تدوین مبانی نظری تحقیق ب-داده‌های اماری از طریق مصاحبه و پرسشنامه با کارشناسان نخبه و گردشگران سلامت.

روش جمع آوری اطلاعات: الف: از طریق روش اسنادی. ب: از طریق روش میدانی. ج: از طریق پرسشنامه و مراجعه به کارشناسان و خبرگان به روش دلفی. در این پژوهش از نظریات کارشناسان نخبه و به تعداد کل ۲۰ نفر خبره و کارشناس اکادمیک در ارزیابی استفاده شده است. در بحث ارزآوری از سی نفر گردشگر سلامت به صورت میانگین استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش: الف: یافته‌های علمی بیانگر این است که کلان شهر تبریز توانمندی‌های لازم را، جهت تبدیل شدن به یک قطب گردشگری منطقه و توسعه پایدار دارا می‌باشد. ب: یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که استراتژی تدافعی بهترین راهبرد در جهت استقرار گردشگری سلامت تبریز می‌باشد. ج - ارزآوری و اشتغال زایی در گردشگری سلامت بمراتب بیش از گردشگری‌های دیگر است. چون هزینه‌های بیمارستانی اعم از عمل جراحی و ماندگاری در بیمارستان هزینه‌هایی هستند که در گردشگری‌های دیگر وجود ندارد. میانگین ارزآوری در گردشگری سلامت ۲۵۰۰ دلار است.

روش‌های تجزیه و تحلیل: در بخش اول پژوهش، نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدات عوامل و فاکتورهای مساعد گردشگری که از طریق پرسشنامه و در محیط اکسل و در طیف لیکرت بدست آمده بود ضریب و رتبه نهایی داده شده و میانگین آنها بدست آمده و در نمودار مربوطه مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته و جهت ارایه استراتژی، بردار مربوطه رسم و مورد تحلیل قرار گرفته است.

تیپ‌های توریسم سلامت: توریسم پیشگیری، توریسم پزشکی، توریسم نقاهت، توریسم بهبودی، سلامت و درمان پزشکی، تکمیل درمان، عمومی و روحی، کلینیک، طب سوزنی، انرژی درمانی، جراحی عمومی، (ابراهیم زاده، ۱۳۹۲) که در مقاله انگلیسی توریسم سلامت به صورت نمودار آورده شده است.

شاخص‌ها و مولفه‌های موضوع: شاخص‌های لازم برای پژوهش حاضر به قرار زیر می‌باشد. الف: ارزیابی مولفه‌های نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدهای گردشگری سلامت که با روش SWOT و طیف لیکرت بررسی شده است. ب: شاخص‌های تعیین استراتژی با استفاده از میانگین شاخص‌های فوق جهت ترسیم استراتژی گردشگری سلامت (تهاجمی - تدافعی - بازنگری) مورد بررسی قرار گرفته است.

تجزیه تحلیل مسایل گردشگری سلامت و درمان:

با استفاده از روش SWOT راهکارها و سیاست‌های راهبردی گردشگری سلامت و درمان با لحاظ کردن نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدها و راه‌های بهبود و تقویت نقاط قوت و کاستن نقاط ضعف و تبدیل تهدیدات به فرصت می‌توان زمینه تبدیل شهر تبریز به یک منطقه گردشگری سلامت و درمان اقدام کرد.

چهارچوب مدل SWOT: به منظور برنامه‌ریزی ساز و کارهای سیاست توسعه منطقه گردشگری سلامت و درمان تبریز شناخت عوامل چهارگانه (نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدها) از ضروریات است که در دو بعد:

۱- بررسی عوامل خارجی (فرصتها و تهدیدها). ۲- بررسی عوامل داخلی (نقاط قوت و ضعف) صورت می‌پذیرد.

الف: عوامل خارجی: فرصتها و تهدیدها ی مؤثر بر گردشگری سلامت و درمان منطقه و ارزش گذاری آن در این مرحله مورد مذاقه قرار میگیرد و این عوامل در قالب جدول (۱ و ۲) درج گردیده است. (درجه بندی بر مبنای یک تا پنج)

جدول ۱: تجزیه تحلیل عوامل خارجی در فرصت‌ها

فرصت‌ها	وزن	درجه بندی	امتیاز
ارزآوری و اشتغال زایی	۰/۱	۳	۰/۰۳
توسعه تاسیسات و خدمات پزشکی	۰/۰۳	۲	۰/۰۶
پایین بودن خدمات پزشکی در کشورهای همجوار	۰/۰۷	۴	۰/۲۸
قابلیت کسب قطب گردشگری سلامت منطقه	۰/۰۳	۴	۰/۱۲
سرمایه گذاری در زیرساخت‌های استان	۰/۰۷	۵	۰/۳۵
دسترسی خدمات پزشکی برای کشورهای همجوار	۰/۰۳	۴	۰/۱۲
نبود بیمارستان‌های تخصصی در کشورهای همجوار	۰/۰۴	۴	۰/۱۶
نبود جاذبه‌های اکو توریسم در کشورهای همسایه	۰/۰۵	۵	۰/۲۵
توسعه خطوط هوایی -ریلی- جاده ای	۰/۰۳	۳	۰/۰۹
اب و هوای مطبوع در فصول گرم	۰/۰۵	۴	۰/۲۰

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

جدول ۲: تجزیه و تحلیل عوامل خارجی در تهدیدها

تهدیدها	وزن	درجه بندی	امتیاز
وجود فصول یخبندان به مدت ۵ ماه	۰/۱۰	۵	۰/۵۰
لغو مکرر پروازهای فرودگاه	۰/۰۵	۳	۰/۱۵
عدم سرمایه گذاری بخش خصوصی	۰/۰۵	۳	۰/۱۵
عدم تبلیغات و اطلاع رسانی برای کشورها	۰/۱۰	۵	۰/۵۰
تهدیدات فرهنگی ناشی از ورود گردشگر بیمار	۰/۰۲	۳	۰/۰۶
پراکنش نامتعادل فصلی گردشگران سلامت و درمان	۰/۰۴	۵	۰/۲۰
رقابت منطقه ای پزشکی با کشور همجوار	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
تهدیدات زیست محیطی و شیوع بیماری‌های واگیر	۰/۰۶	۳	۰/۱۸
مخاطرات امنیتی ناشی از ورود عناصر نامطلوب	۰/۰۲	۳	۰/۰۶
عدم توسعه جاده ای و مرزی	۰/۰۴	۵	۰/۲۰
جمع	۱/۰۰	۴/۰۵	۴/۰۵

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

در جدول ۱ و ۲ اهم فرصت‌ها و تهدیدها ی منطقه گردشگری و درمان تبریز تحت عنوان عوامل خارجی با الویت‌های زیر به قرار زیر می‌باشد.

فرصت‌ها: الف - سرمایه گذاری در تاسیسات زیر ساختی و درمانی با امتیاز ۰/۳۵ ب - پایین بودن خدمات پزشکی بهینه در کشورهای همجوار نسبت به تبریز با امتیاز وزنی ۰/۲۸ ج- نبود اکوسیستم و جاذبه‌ها در کشورهای همجوار با امتیاز وزنی ۰/۲۵

تهدیدها: جدول (۴-۲) در فوق: الف- وجود فصول یخبندان در ۵ ماه سال با امتیاز وزنی ۰/۱۰ ب- عدم تبلیغات و اطلاع رسانی برای جذب گردشگر بیمار با امتیاز وزنی ۰/۱۰ و ۳- رقابت منطقه ای با امتیاز ۰/۲۸ از اهم موارد است. ب: عوامل داخلی (نقاط قوت وضعف): عوامل داخلی تحت عنوان نقاط قوت وضعف در جدول (۳ و ۴) به قرار زیر می‌باشد.

جدول ۳: خلاصه تجزیه و تحلیل عوامل داخلی

نقاط قوت	وزن	درجه بندی	امتیاز وزنی
وجود دانشگاه علوم پزشکی	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
تنوع بیمارستان‌های تخصصی و مراکز درمانی	۰/۱۱	۴	۰/۴۴
موقعیت جغرافیایی ممتاز	۰/۰۴	۳	۰/۱۲
جاذبه‌های اکوتوریسم	۰/۰۶	۴	۰/۲۴
وجود فرودگاه	۰/۰۴	۳	۰/۱۲
وجود هتل‌ها و مراکز اقامتی	۰/۰۴	۲	۰/۰۸
امکان جذب سرمایه گذاری	۰/۰۲	۱	۰/۰۲
اب و هوای مطبوع در فصول گرم سال	۰/۰۵	۳	۰/۱۵
تعرفه‌های پایین پزشکی جهت گردشگران سلامت	۰/۰۳	۲	۰/۰۶
دسترسی اب درمانی جهت تکمیل درمان	۰/۰۲	۲	۰/۰۴

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

جدول ۴: تجزیه تحلیل عوامل داخلی

نقاط ضعف	وزن	درجه بندی	امتیاز وزنی
ضعف مدیریتی گردشگری سلامت و درمان	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
عدم هماهنگی بین بخشی در گردشگری سلامت	۰/۰۷	۴	۰/۲۸
ضعف تبلیغات و اطلاع رسانی	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
لغو مکرر پروازهای فرودگاه	۰/۰۶	۴	۰/۲۴
عدم برنامه‌ریزی مراحل درمان از ورود تا خروج	۰/۰۴	۳	۰/۱۲
عدم رزرواسیون جهت مراکز اقامتی	۰/۰۳	۲	۰/۰۶
عدم وجود افراد آموزش دیده جهت راهنمایی بیماران	۰/۰۳	۲	۰/۰۶
جاده‌های نامطلوب مرزی	۰/۰۴	۴	۰/۱۶
عدم سرمایه گذاری در گردشگری سلامت و درمان	۰/۰۴	۳	۰/۱۲
عدم مشارکت مردمی	۰/۰۳	۲	۰/۰۶
نبود مکان‌های مناسب برای همه بیماران گردشگر	۰/۰۵	۳	۰/۱۵
عدم استقرار امبولانس در مرز جهت انتقال بیمار	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
جمع	۱/۰۰		۳/۴۰

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

عوامل داخلی (نقاط قوت و ضعف):

تجزیه و تحلیل جداول (۳ و ۴) در فوق اهم نقاط قوت و ضعف را به عنوان اولویت نشان می‌دهد.

نقاط قوت: جدول (۴-۳): الف- تنوع بیمارستان تخصصی با امتیاز وزنی ۰/۴۴ ب- جاذبه‌های اکوتوریسم با امتیاز وزنی ۰/۲۴

ج- وجود دانشگاه علوم پزشکی با امتیاز وزنی ۰/۲۰

جدول (۴-۴): الف - نقاط ضعف الف - عدم هماهنگی بین بخشی در گردشگری سلامت و درمان با امتیاز ۰/۲۸ ب - لغو مکرر

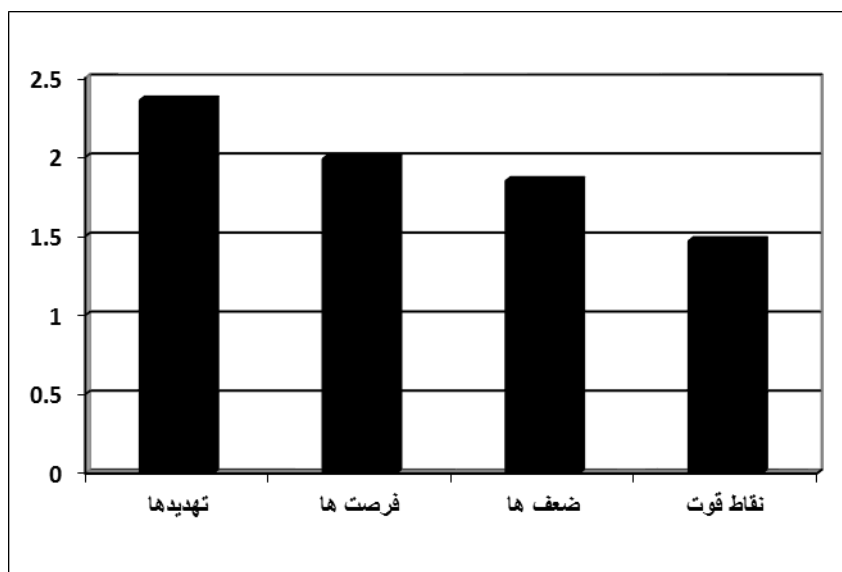
پروازهای فرودگاه با امتیاز ۰/۲۴ ج - ضعف مدیریتی گردشگری با امتیاز ۰/۲۰

جدول ۵: تجزیه و تحلیل عوامل استراتژیک

S1=تنوع بیمارستان‌های تخصصی و مراکز درمانی	۰/۱۱	۴	۰/۴۴
S2=جاذبه‌های اکوتوریسم	۰/۰۶	۴	۰/۲۴
S3=وجود دانشگاه علوم پزشکی	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
W1=عدم هماهنگی بین بخشی در گردشگری سلامت	۰/۰۷	۴	۰/۲۸
W2=لغو مکرر پروازها	۰/۰۶	۴	۰/۲۴
W3=ضعف مدیریتی گردشگری سلامت و درمان	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
W4=عدم امبولانس در مرزها جهت انتقال بیمار	۰/۰۵	۴	۰/۲۰
O1=سرمایه گذاری در زیر ساخت‌ها	۰/۰۷	۵	۰/۳۵
O2=پایین بودن خدمات پزشکی در کشورهای مجاور	۰/۰۷	۴	۰/۲۸
O3=نبود جاذبه‌های اکوتوریسم در کشورهای مجاور	۰/۰۵	۵	۰/۲۵
O4=ب و هوای مطبوع در فصول گرم	۰/۰۵	۳	۰/۱۵
T1=وجود فصول یخبندان به مدت پنج سال	۰/۱۰	۵	۰/۵۰
T2=عدم برگزاری نمایشگاه خدمات پزشکی	۰/۱۰	۵	۰/۵۰
T3=رقابت منطقه ای خدمات پزشکی کشورها مجاور	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
جمع	۱/۰۰		۳/۷۶

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

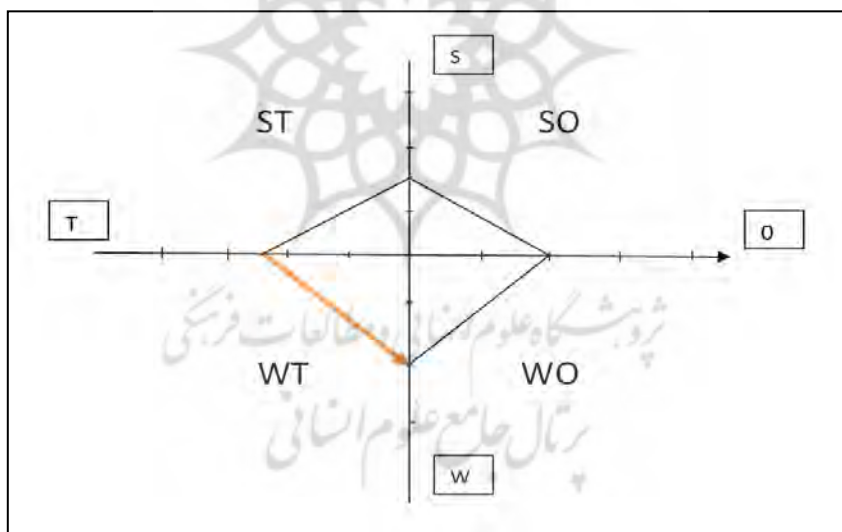
اولویت بندی استراتژی‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌های عوامل داخلی (نقاط قوت‌ها و نقاط ضعف) و عوامل خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها) در ماتریس SWOT و مقایسه آن‌ها استراتژی‌های اولیه گزینش شده و استراتژی توسعه گردشگری کلان‌شهر تبریز در دو گام قابل تعقیب است. گام اول: نتایج بدست آمده از بررسی میانگین عوامل چهار گانه به شرح زیر می‌باشد. میانگین فرصت‌ها = $1/99$ میانگین نقاط قوت = $1/47$ می‌باشد؛ و میانگین نقاط ضعف = $1/85$ و میانگین تهدیدات = $2/36$ می‌باشد. بنابراین تهدیدها با میانگین $2/36$ در رتبه اول و میانگین فرصت‌ها با $1/99$ در رتبه دوم و میانگین نقاط ضعف با $1/85$ در رتبه سوم و میانگین نقاط قوت با $1/47$ در رتبه چهارم قرار دارد.



شکل ۳: نمودار میانگین SWOT ترسیم از نگارنده پژوهش

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

گام دوم: ترکیب چهارگونه عوامل به صورت دو به دو و به شکل ST و WO و SO و WT و به منظور رسیدن به استراتژی نهایی و به شکل زیر و با لحاظ کردن میانگین داده‌های چهار گانه SWOT.



شکل ۴: نمودار استراتژی بر مبنای میانگین (SWOT): هر سانیتر برابر ۱ از میانگین منبع: استراتژی پیشنهادی گردشگری سلامت

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۸

نتیجه‌گیری و دستاورد علمی پژوهشی

برای توریسم درمانی که گاهی از آن با عنوان توریسم سلامت و یا گردشگری سلامت نام برده می‌شود، تعاریف گوناگونی بیان شده است. سازمان جهانی گردشگری به طور خاص، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد - که بیش از ۲۴ ساعت است - به طول می‌انجامد. مقوله‌ی گردشگری سلامت فراتر از گردشگری درمانی است. آب‌های گرم و معدنی و لجن درمانی همراه

با امکانات طبیعی نیز شامل مقوله‌ی گردشگری سلامت است. شعار جهانی توریسم سلامت، امکانات و خدمات در حد کشورهای جهان اول یا پیشرفته و قیمت‌ها و هزینه‌ها در حد کشورهای در حال توسعه و جهان سوم است گردشگری سلامت از زمان یونان و روم باستان وجود داشته و سپس به بسیاری از کشورهای اروپایی و نقاط دیگر دنیا توسعه یافته است. از زمان باستان، افراد زیادی به منظور فراغت روحی و درمان به مجاورت رودخانه و آب‌های معدنی می‌رفتند. آب‌های گرم از قدیم‌الایام با آرامش و تجدید قوای جسمی و روحی انسان همراه بوده است. استفاده‌کنندگان از این‌گونه آب‌ها، قرن‌هاست که در آب‌های گرم آب‌تنی می‌کنند و از آب چشمه‌های معدنی می‌نوشند.

در انگلستان، توسعه اقامتگاه‌های کنار دریا بر اساسین باور اتفاق افتاد که استفاده آب دریا در درمان بیماری‌ها مفید است. در اروپا شهرهای بسیاری در اطراف چشمه‌های آب معدنی و تسهیلات درمانی ساخته شده است. نمونه‌های آن را می‌توان در شهرهای بادن، لاسانه، موریتس و اینترلاکن در سوییس، بادن و ویسبادن در آلمان، وین در اتریش و بوداپست در مجارستان مشاهده کرد. در این شهرها مردم از آب‌های معدنی به منظور معالجه بیماری‌هایی همچون رماتیسم، عفونت‌های پوست و سوءهاضمه استفاده می‌کردند.

در اروپا چشمه‌های آب معدنی و کلینیک‌های آب درمانی در اواخر قرن هجدهم مورد توجه جدی قرار گرفتند و علاوه بر این که به تجهیزات متناسب مجهز شدند فضاهای اطراف آن‌ها نیز برای بهره‌مندی از سکون و آرامش و چشم‌اندازهای طبیعی سامان یافتند. در این قبیل کلینیک‌ها تیم‌های مشاوره پزشکی برای تجویز مدت و نحوه استفاده از هر نوع آب برای درمان بیماری‌های مختلف مشغول هستند. مراجعین به این‌گونه آب‌ها را اغلب بیمارانی که مبتلا به ناراحتی‌های پوستی، دردهای روماتیسمی، ورم مفاصل، خستگی و فرسودگی مفرط جسمی، نقرس، التهاب مهره‌ها و ستون فقرات تشکیل می‌دهند.

در آمریکا نیز مردم به چشمه‌های آب معدنی، اقامتگاه‌های مجاور دریا مسافرت می‌کردند. قدیمی‌ترین منطقه چشمه‌های آب گرم آمریکا ساراتوگا است که از حدود ۲۰۰ سال پیش به صورت یک منطقه تجاری در این زمینه با ارائه تسهیلات اقامتی و پذیرایی مناسب، فعال شده است. همچنین می‌توان به چشمه‌های آب‌معدنی نزدیک ایالات فیلادلفیا و ویرجینیا اشاره کرد. برای حداکثر کردن مطلوبیت سفر، تسهیلاتی از قبیل کتابخانه، تماشاخانه، تالار موسیقی و زمین‌های بازی برای مفرح کردن اوقات گردشگران ایجاد شده است. به طوری که امروزه مردم نه فقط برای آب‌درمانی بلکه به قصد استفاده از انواع سرگرمی‌های اجتماعی به این مناطق سفر می‌کنند.

ترکیبی از عوامل متعددی موجب رشد صعودی گرایش مردم به مسافرت‌های پزشکی شده است که از جمله هزینه بالای زندگی در کشورهای صنعتی، آسان شدن مسافرت‌های بین‌المللی و اصلاح و بهبود سطح تکنولوژی و استانداردهای پزشکی در بسیاری از کشورهای جهان، قابل ذکرند. یک دلیل کشش به سوی مسافرت پزشکی، راحتی آن در مقایسه با کشورهای دیگر است. در برخی کشورها که سیستم خدمات درمانی عمومی متداول است، معمولاً زمان زیادی برای پاسخگویی به نیاز شهروندان صرف می‌شود و بیماران ناگزیرند مدت طولانی در انتظار رسیدگی به وضعیت‌شان باشند. شرایطی نظیر پیوند مفصل ران که در انگلستان و کانادا یک سال و یا بیشتر باید در نوبت

منتظر شد. لیکن در سنگاپور، تایلند، فیلیپین، یا بنگلور هند، بیمار می‌تواند یک روز پس از ورود تحت مراقبت و درمان قرار گیرد

از میان دلایلی که موجب می‌شود افراد با هدف درمان مسافرت کنند، می‌توان به هزینه‌ی پایین مراقبت‌های پزشکی، جستجو برای یافتن پزشک متخصص و باتجربه، کیفیت مناسب خدمات درمانی، ایمنی و کوتاه‌تر بودن زمان انتظار برای درمان اشاره کرد. در کانادا، در سال ۲۰۰۵ تعداد افراد در حال انتظار برای درمان ۷۸۲، ۹۳۶ نفر بود که رکوردی در جهان محسوب می‌شود. تعداد این افراد در آفریقای جنوبی، به میزان کمتر از یک دهم پایین‌تر از ایالات متحده آمریکا یا غرب اروپا بوده است.

هزینه یک دندان که در آمریکا ۵، ۵۰۰ دلار است، در هندوستان و بولیوی ۵۰۰ دلار در فیلیپین به ۲۰۰ دلار می‌رسد و به همین ترتیب، هزینه پیوند زانو در تایلند همراه با ۶ روز فیزیوتراپی حدود یک پنجم ایالات متحده است و عمل لیزیک چشم با هزینه‌ی ۳۷۰۰ دلار در آمریکا، در بسیاری از کشورهای با رویکرد توریسم درمانی حدود ۷۳۰ دلار برآورد می‌شود. علاوه بر این، در حالی که عمل‌های زیبایی صورت که در آمریکا ممکن است، حدود ۲۰ هزار دلار هزینه ایجاد کند در کشورهای چون آفریقای جنوبی، فیلیپین، و بولیوی بین ۲۳۰۰ تا ۲۷۰۰ دلار است.

جوینده‌های درمان و سلامتی از هر کجای دنیا می‌توانند به یک کشور وارد شده و تحت خدمات و مراقبت‌های پزشکی در زمینه‌هایی چون سرطان‌ها، بیماری‌های مغز و اعصاب، جراحی‌های پیوند اعضا، عمل‌های زیبایی و غیره قرار گیرند. از جمله کشورهایی که عمدتاً پذیرای توریست‌های درمانی هستند، می‌توان کشورهای چون بروئی، کوبا، هنگ کنگ، مجارستان، هندوستان، اردن، لیتوانی، مالزی، فیلیپین، سنگاپور، تایلند و اخیراً امارات متحده عربی را نام برد. همچنین کشورهای آرژانتین، بولیوی، برزیل، کاستاریکا، مکزیک و ترکیه در زمینه عمل‌های زیبایی مورد توجه هستند.

در اروپا نیز، کشورهای بلژیک و لهستان به کسب و کار توریسم درمانی اشتغال دارند. نکته‌ی جالب توجه این است که کشور آفریقای جنوبی با اشعار «جراحی زیبایی صورت همراه با دیدن حیات وحش» برای جلب توریست‌های درمانی تلاش می‌کند. در کشوری مانند ایالات متحده آمریکا با آن همه خدمات بیمه و درمان‌های کیفی و سطح بالا، پرداختن به کسب و کار توریسم درمانی یک ریسک محسوب می‌شود. ذکر نمونه‌ای کافی است که دلیل این رویکرد را در آمریکا نشان دهد و آن تغییر گرایش عده‌ی زیادی از بیماران کشورهای خاورمیانه در سال ۲۰۰۶ بود که ترجیح دادند برای معالجات خود به هنگ کنگ و سنگاپور مراجعه کنند

گردشگری سلامت در ایران با وجود کیفیت بالای خدمات درمانی و قیمت ارزان، به علت نبود تبلیغات مناسب، هنوز جایگاه خود را در بازار نیافته است و گام‌های نخست را طی می‌کند. در حالی که دولت بر اساس برنامه‌ریزی‌های خود باید تا پایان برنامه چهارم توسعه ۳۰ درصد از نیازهای درمانی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و توریسم درمانی فراهم کند. در این میان ایران رقبای مهمی نیز در منطقه دارد. از جمله رقبای مهم ایران در حوزه خلیج فارس می‌توان اردن و دبی را نام برد. کشور اردن سالانه ۵۰۰ میلیون دلار درآمد ارزی از توریسم درمانی دارد. دبی از چند سال پیش شهرهای سلامت را راه‌اندازی کرده و با برخی از دانشگاه‌های معتبر دنیا برای توسعه این مراکز قرارداد بسته است.

اما این آغاز راه است. طبق استراتژی‌های تعریف شده که قرار است اعتباری برابر با ۱۶ میلیارد درهم دبی به بخش توریسم درمانی اختصاص یابد. دبی می‌کوشد هسته قدرتمندی برای ارتقای این بخش ایجاد کند. این طرح شامل تقویت شبکه‌های موجود تسهیلات درمان و سلامت و نیز ایجاد زیرساخت‌های مدرن و مرکز معتبر و بزرگی از متخصصان سلامت و مهارت‌های درمانی با اعتبار توریستی در دبی است. طبق این طرح، قرار است ضمن برقراری ارتباط با بازارهای گسترده جهانی و تحقیق در باره نخستین اقدامات در راستای طرح استراتژیک دبی ۲۰۱۵، با مسیریابی و طرح عملی برای توسعه، مراحل آغازین این طرح عملی شود.

توریسم پزشکی در سال ۲۰۱۰ درآمدی بالغ بر ۷ میلیارد درهم برای امارات داشته است. ایران در سال ۸۳ تقریباً ۱۲ هزار بیمار خارجی پذیرش کرده است که این میزان در سال ۸۴ به ۱۷ هزار و پانصد نفر رسید ولی متأسفانه آمار قابل استناد از درآمدهای حاصل از جذب توریسم درمانی در سال‌های اخیر در ایران وجود ندارد. با این حال چالش اصلی فراروری گردشگری درمانی ایران، نبود مدیریت یکپارچه در این حوزه است و از آنجایی که چنین ایده‌ای در ایران تقریباً نو تلقی می‌شود، به نظر می‌رسد تهیه طرحی که به این مسئله به طور همه جانبه بپردازد و نیز تجارب کشورهای دیگر در این خصوص را مطالعه کند، به سیاست‌گذاران کمک خواهد کرد تا برای جذب توریسم پزشکی با رویکردی علمی و بومی قدم بردارند.

از مجموع بررسی‌ها و جداول و تجزیه و تحلیل داده‌های چهارگانه SWOT، در این پژوهش به نظر می‌رسد که توانمندی‌ها و استعدادهای بالقوه کلان‌شهر تبریز برای گردشگری سلامت و درمان مطلوب می‌باشد ولی استفاده بهینه از نقاط قوت و از بین بردن نقاط ضعف و تبدیل تهدیدها به فرصت زمینه را برای توسعه پایدار فراهم کرده و افزایش درآمد و ارزآوری و اشتغال زایی در بخش سلامت و درمان و سایر بخش‌ها را رقم خواهد زد. کشیدگی محورهای مختصات به طرف راهبرد WT (که در شکل بالا به رنگ نارنجی) نشان داده شده است بعنوان بهترین راهبرد برای توسعه گردشگری سلامت، راهبرد تدافعی (WT) اولویت اول بوده و این بدان معنی نیست که از راهبردهای دیگر دست برداریم. شهر تبریز توانمندی‌های مطلوبی در زمینه گردشگری سلامت دارد و این امر ناشی از موقعیت جغرافیایی مساعد، وجود پزشکان متخصص و بیمارستان‌های مطلوب، مراکز اسکان و هتل‌ها و وجود دانشکده علوم پزشکی و راه‌های ارتباطی متنوع می‌باشد... تعیین استراتژی برای توسعه گردشگری از طریق روش SWOT و از طریق طیف لیکرت از یافته‌های پژوهش بود. برای اینکه به چرایی انتخاب گردشگری سلامت به جای گردشگری‌های دیگر جواب بدهیم از انجام یک تحقیق مستقل با روش مصاحبه و با حضور ۳۰ نفر گردشگر سلامت به منظور بررسی میزان ارزآوری گردشگری سلامت و اثرات فرهنگی آن انجام گرفت و نتیجه‌ای که اخذ شد این بود که میانگین ارزآوری گردشگری سلامت ۲۵۰۰ دلار در تبریز می‌باشد، در حالیکه در گردشگری‌های دیگر این رقم ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ دلار می‌باشد و از نظر فرهنگی نتیجه‌ای که اخذ شد این بود که گردشگران سلامت به علت مریضی دنبال لذت جویی و التذاذ که در گردشگری‌های دیگر مطرح است نبوده و بار فرهنگی برای کشورمان ندارد و یا ناچیز است. یافته دیگر تحقیق برای رسیدن به هدف دیگری بود و آن این بود که انتخاب گردشگری سلامت به عنوان قطب رشد به ارزآوری و اشتغال زایی منجر می‌شود. راهبرد تدافعی (WT) که به عنوان اولین راهبرد اولویت دار پژوهش می‌باشد به قرار زیر است: ۱- شناساندن ظرفیت‌ها و توانمندیهای خدمات پزشکی برای توسعه پزشکی سلامت و درمان. ۲-

آموزش‌های لازم برای نیروی انسانی شاغل در این بخش برای برخورد مناسب با گردشگران بیمار. ۳- اعمال مدیریت یکپارچه در زمینه خدمات پزشکی. از دیگر پیشنهادات که جنبه عمومی دارد: ۱- تدوین برنامه مدیریت جامع در زمینه گردشگری سلامت. ۳- استاندارد سازی زیرساخت‌های گردشگری سلامت ۴- تشکیل پلیس گردشگری سلامت جهت تامین امنیت و راهنمایی. ۷- به روز کردن امکانات پزشکی و مجهز شدن به آخرین تکنولوژی‌ها و بکارگیری نانو داروها و نانودرمانی. ۸- توجه به مدل‌ها و استراتژی برگرفته از نتایج این پژوهش.

منابع

- احسانی، امیر هوشنگ (۱۳۹۴)، گردشگری کاربردی، نشر دانشگاه تهران.
- اسماعیل زاده، حسن (۱۳۹۴)، انتخاب استراتژی بهینه در توسعه گردشگری، مجله امایش محیط، ش ۲۸، بهار، ۱۴۹-۱۷۲.
- افتخاری، عبدالرضا (۱۳۹۵)، توسعه پایدار گردشگری، نشر سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی.
- امامی، محسن (۱۳۷۸)، سهم ایران از صنعت جهانگردی، ماهنامه جهانگردی، شماره ۱۷، مردادماه، ۳۱.
- بصری، مصطفی، موسوی، میر سعید، حسین زاده دلیر، کریم (۱۳۹۷)، ارزیابی سیاست‌های مداخله در بافت مرکزی شهر (نمونه موردی: کلانشهر تبریز)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۱)، ۱۷۴-۱۵۹.
- پاپلی یزدی (۱۳۸۵)، توسعه روستایی، انتشارات سمت، ۳۰۶.
- پیران، پرویز (۱۳۷۰)، مقدمه ای بر برنامه‌ریزی جهانگردی، مجله اطلاعات سیاسی اقتصادی، شماره ۴۵، ۶۹.
- حیدری، لیلا، آذر، علی (۱۳۹۸)، بررسی جایگاه الگوهای نوین برنامه‌ریزی شهری در محلات جدید شهری (مطالعه موردی: محله یاغچیان تبریز)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۳)، ۳۷۲-۳۵۵.
- خضرای شولای فر، مریم، کرکه آبادی، زینب (۱۳۹۷)، بررسی عوامل مؤثر بر رقابت‌پذیری شهری براساس مدل پیشنهادی Saez با تکیه بر مفهوم Cooperation (مطالعه موردی: شهر تهران)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۱)، ۱۱۱-۱۳۱.
- رضوانی، علی اصغر، (۱۳۸۶)، جغرافیا و صنعت توریسم، نشر پیام نور، ۲۲۵.
- رهابی، حسن، استعلاجی، علیرضا، رنجبر، محسن، شریعت پناهی، مجید ولی (۱۳۹۸)، نقش گردشگری کویری در توسعه روستایی (مطالعه موردی شهرستان گرمسار)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۱)، ۲۶-۱.
- زندى فر، عبدالله، روحانی مقدم، محمد، آقایی بجزستانی، مریم (۱۳۹۸)، تحلیل و بررسی چالش‌های فقهی و حقوقی حضور گردشگران غیر مسلمان در ایران. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۱)، ۸۵-۱۰۹.
- ضیایی، محمود، (۱۳۸۸)، جغرافیای گردشگری، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۴۵.
- عباسی، نوشین، قاسمی سیچانی، مریم، ولی بیگ، نیما، سعدوندی، مهدی (۱۳۹۹)، نقش ساختار هندسی در هم‌پیوندی نظام حرکتی از ورودی به محراب در مساجد تاریخی بازار بزرگ اصفهان (الگوی راهبردی در برنامه‌ریزی و توسعه صنعت گردشگری)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۲)، ۴۰۰-۴۵۵.
- قادری، اسماعیل، اعرابی، سید سپهر (۱۳۹۸)، اثرات گردشگری بر پایداری شهرهای بین راهی (مطالعه موردی: شهر زیراب)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۴)، ۲۶۰-۲۳۹.
- کارگر اصل زنوزی، قربانعلی، عزت پناه، بختیار، ولیزاده، رضا (۱۳۹۹)، شناسایی و تحلیل بر پیشران‌های مؤثر در توسعه آینده صنعت گردشگری تجاری با رهیافت آینده پژوهی (نمونه موردی: شهر جلفا)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۲)، ۱۵۳-۱۷۳.
- کاظمی، م، (۱۳۸۵)، مدیریت گردشگری، انتشارات سمت، ۲۱.

کوشانه، روشن، عزت پناه، بختیار، موسوی، میرنجف (۱۳۹۸)، تحلیل پراکنش فضایی کاربری‌های خدمات عمومی شهری با استفاده از روش شاخص ویلیامسون (مطالعه موردی: کلان‌شهر تبریز)، فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۱(۴)، ۲۰۵-۲۲۱.

محسنی، رضاعلی (۱۳۸۸)، گردشگری پایدار ایران، مجله فضای جغرافیایی، شماره ۲۸، ۱۴۹
معینی، سیدهادی، دانیالی، ته‌مینه، زیویار، پروانه، جورابلو، کامران (۱۳۹۸)، ارزیابی و تحلیل تأثیر نقش مذهبی حرم حضرت عبدالعظیم بر اقتصاد شهری. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۱)، ۴۰۳-۴۲۱.

ملکوتی نیا، محمد، سلطانی، علیرضا، عزت پناه، بختیار (۱۳۹۸)، بررسی و ارزیابی سیاست‌های مسکن گروه‌های کم‌درآمد شهری (نمونه موردی: تبریز). فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۱)، ۱۵۱-۱۶۷.

موسوی نژاد، سید مسعود، (۱۳۹۵)، قابلیت جذب گردشگری پزشکی در بیمارستان، فصلنامه بیمارستان، ش ۳
مؤمنی، محمد، (۱۳۸۶)، توسعه شهرنشینی و صنعت گردشگری، سازمان نیروهای مسلح، چاپ اول، تهران
نجفی، عباس، لطفی، حیدر، مجتهد زاده، پیروز، عزتی، عزت‌اله (۱۳۹۹)، تحلیل و بررسی جغرافیای مرزی ایران در خلیج فارس: مطالعه موردی گردشگری. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۲)، ۳۶۱-۳۸۲.

نصوحیان، رضا، توسلی نائینی، منوچهر (۱۳۹۹)، محدودیت‌ها و مشکلات قانونی سرمایه‌گذاری خارجی در صنعت گردشگری با حفظ ملاحظات زیست محیطی. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۲)، ۲۶۹-۲۹۳.

نیتی، محمد رضا (۱۳۹۹)، تحلیل و بررسی نقش منابع گردشگری در توسعه پایدار گردشگری شهر حیدرآباد هند. فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۱۲(۲)، ۴۵۷-۴۷۴.

Mahdavy, Yadolla (2013), The factors in development of health tourism in Iran, international journal of travel Medicine and Global Health, volume 1, Issue 2, 113-118

Ebrahimzadeh, ISSA, (2013) A Comparative study of Health Tourism Potentials in Iran and India, Journal of subcontinent Researches, University of SISTAN, Iran, 2013, 51

The world Bank, m (2007); world development indicators

Butler. W. (2002) Ecotourism-Has it Achieved Maturity or Has the Bubble Burst? Keynote Address, Pacific Rim Tourism 2002, Rotorua, New Zealand, 4Nov.

Beeton, S. (2006). Community development through tourism, In: Land link Press, Australia.