

## بررسی و تحلیل وضعیت زیرساخت‌های گردشگری پزشکی و سلامت در شهر اردبیل

سیمین صفوی<sup>۱</sup>، تیمور حسین نژاد<sup>۲</sup>، پروانه سمیع زاده<sup>۳</sup>

### چکیده

گردشگری پزشکی یا توریسم پزشکی انگلیسی: (Medical Tourism) شاخه‌ای از گردشگری سلامت است که در آن شخص از کشوری به سایر نقاط دنیا با امکانات پیشرفته تر بهداشتی و درمانی سفر می‌کند تا از خدمات پزشکی کشور مقصد در مراکز درمانی بهره‌مند شود. در اغلب موارد، هدف از توریسم پزشکی بهره‌مندی از قیمت پایین خدمات پزشکی یا دریافت سریع تر و بهتر خدمات در سایر نقاط دنیاست.

توریسم پزشکی با سفرهای معمولی پزشکی متفاوت است. در سفرهای معمول، شخص از کشوری کمتر توسعه یافته برای دریافت خدمات پزشکی به کشورهای پیشرفته می‌رود و دلیل آن نبود خدمات مشابه در کشورش است. در حالی که در توریسم پزشکی خدمات مشابه ارائه می‌شود ولی توریست کشور دیگر را ترجیح می‌دهد. خدمات ارائه شده در توریسم پزشکی متفاوت و بستگی به انتخاب گردشگر دارد. از خدمات بیسیک و ساده دندان پزشکی تا عمل جراحی‌های پیشرفته همچون تعویض زانو، جراحی قلب یا جراحی‌های زیبایی قابل ارائه بوده و محدودیتی نیست.

گردشگری پزشکی به مسافرت افراد برای دریافت خدمات پزشکی در کشورهای دیگر در قالب گردشگر اطلاق می‌شود. هرچند شهر اردبیل در این صنعت از قابلیت‌های زیادی برخوردار است. اما نبود زیر ساخت‌های لازم در بیمارستانهای دولتی و بخش خصوصی و کاهش ارزش پول کشور آذربایجان موجب کاهش گردشگران شهروندان آذری به اردبیل شده است.

در این پژوهش داده‌های آماری از طریق پرسشنامه و مصاحبه و مراجعه به بیمارستانها و مستندات موجود در ادارات و سازمان‌های متولی، جمع‌آوری گردیده است. بعد از جمع‌آوری اطلاعات اولیه ۱۱۰ نسخه پرسشنامه بعد ترجمه به زبان لاتین آذربایجانی در دو بخش سوالات عمومی و ارزشی در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، هتل بیمارستان و مطب-های خصوصی و همچنین در محل اسکان اتباع آذری توزیع که در نهایت

<sup>۳۲۱</sup> گروه مدیریت موسسه آموزش عالی و غیر انتفاعی نوین اردبیل

۷۷ نفر از افرادی که دارای سواد کافی بودند به پرسشنامه ها پاسخ دادند و ۳۳ مورد فاقد ارزش بوده که در نهایت ۲۵ نفر زن و ۵۲ نفر از پاسخ دهندگان مرد بودند.

بیشترین فراوانی برای مطب ها و کلینیک ها می باشد که ۶۱٪ افراد پاسخ گو را شامل می شود کمترین فراوانی نیز برای بیمارستان های خصوصی است که کمتر از ۷٪ نمونه را شامل می شود. با توجه به اهداف و سوالات تحقیق، آمار توصیفی مربوط به سن، تحصیلات، جنسیت، بیمارستان مورد مراجعه، محل اسکان، وسیله ایاب و ذهاب و تحلیل توصیفی متغیرها به طور کامل بیان شد. بعد از بررسی نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کلموگروف، به تحلیل استنباطی فرضیات پرداخته شد. استنتاج تجزیه و تحلیل داده های پژوهش و خروجی بررسی فرضیات هم با همبستگی و آزمون ویلکاکسون بررسی شده میزان برآورد شده ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو متغیر هزینه خدمات پزشکی و رضایت مندی برابر با ۰,۵۶ است. این همبستگی یک مقدار مثبت می باشد که موید همبستگی مثبت بین این دو متغیر است و مقدار آن در سطح ۰/۰۵ معنی دار است زیرا مقدار p-value کمتر از ۰/۰۵ است. همچنین بنا بر خروجی SPSS وجود زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل از نظر بیماران و در سطح بیش از ۶۰٪ رد می شود این امر بدان مفهوم است که زیرساختهای لازم در زمینه گردشگری پزشکی در سطح استاندارد وجود ندارد. که در نتیجه مشخص شد بین هزینه خدمات پزشکی و افزایش توریسم پزشکی در اردبیل ارتباط معنی داری وجود دارد و همچنین زیر ساختهای توریسم پزشکی در شهر اردبیل در حد نرمال نمی باشد.

**واژگان کلیدی:** گردشگری، گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی، بیمارستان های دولتی، هتل

بیمارستان، شهر اردبیل

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

فعالیت گردشگری امروزه به عنوان یکی از مهمترین و پربارترین فعالیت ها در جهان مطرح است. در نیم قرن اخیر گردشگری از یک فعالیت محلی و درون مرزی به پدیده ای تاثیرگذار در اقتصاد جهانی تبدیل شده است. گردشگری طبیعی فعالیت بسیار پیچیده ای است که با بخش های دیگر جامعه و اقتصاد و جوه مشترک دارد. یکی از راهبردهایی که اخیراً در اغلب کشورهای جهان مورد توجه قرار گرفته توسعه و گسترش توریسم در نواحی محروم و دارای پتانسیل های لازم برای گسترش گردشگری می باشد. بخش بسیار مهمی از فعالیت های گردشگری در دنیا مبتنی بر بهره مند شدن از طبیعتی است که امروزه اکوتوریسم نام گرفته است. چشم اندازها و مناظر زیبای طبیعت مانند سواحل دریاها، دریاچه ها، تالابها و ... از کانون ها و جاذبه های توریست پذیر این نوع گردشگری هستند. (نوری و مهری نسب، ۱۳۸۹)

همچنین اهمیت روز افزون توریسم موجب آن شده که نظر محققین علوم مختلف انسانی- اجتماعی را به خود جلب کند. دانش جغرافیا نیز توریسم را در چارچوب کلی جغرافیای انسانی- اجتماعی مورد بررسی قرار می دهد و در رابطه محیط های طبیعی و انسانی و جاذبه های آن از جمله عواملی محسوب می شود که مورد ارزیابی قرار می گیرند.

توانها و جاذبه های توریستی که با نقش فراغتی انسان در رابطه هستند، به توریسم اشکال مختلفی می بخشند. شرایط اقتصادی و بینش فرهنگی و میزان امکانات و تسهیلات نیز در این زمینه موثر می باشند. انجام فعالیت های توریستی که مشاغل گوناگونی را هم به دنبال دارد، به عنوان بخشی از فعالیت های اقتصادی علاوه بر رونق اقتصادی، منجر به شکوفایی استعدادها و تجربه قوای فکری و روحی مردم به ویژه جوامع شهرنشین می شود.

زندگی صنعتی در بیشتر کشورهای دنیا نیازهایی را برای مردم جوامع مختلف ایجاد کرده است که توجه به سلامت از مهمترین آن هاست. کشورهایی با مد نظر قرار دادن این نیاز بشر قرن ۲۱ در صدد بهره مندی از فرصت های موجود کشورشان در مقابل بحثی به نام «توریسم سلامت» بخصوص توریسم پزشکی هستند.

در بیشتر موارد، عدم توانایی بسیاری از سیستم های مراقبت سلامت در برابر افزایش تقاضا منجر به کاهش دسترسی به علت لیست های انتظار طولانی و هزینه های بالا شده است هزینه مهم ترین عامل رشد گردشگری درمانی در دنیا است که باعث می شود تا اغلب مردم کشورهای توسعه یافته به دنبال درمان در کشورهای کمتر توسعه یافته باشند نیاز به اطمینان از کیفیت درمان به اندازه ای است که بیماران از کشورهای با نظام های درمانی نا مناسب به کشورهای با نظام سلامت مناسب سفر می کنند.

**۲. بیان مسئله و اهمیت پژوهش**

هتل بیمارستان‌ها شاید اصلی‌ترین رکن گردشگری سلامت باشند که این صنعت را در کشورهای پیشرفته دنیا رونق می‌بخشد. بیمارستان‌های مجهزی که این روزها ارتقای خدماتشان بهانه رقابت کشورهای گردشگرپذیر را فراهم کرده است. این بیمارستان‌ها خدمات پذیری را در بالاترین سطح خود به بیمار و خانواده او ارائه می‌دهند.

با توجه به مسایل مطروحه مذکور می‌توان گفت که برای جذب گردشگران پزشکی و کسب در آمد بیشتر و رونق اقتصادی باید زیرساختهای صنعت توریسم سلامت مهیا شود برای این منظور پژوهش حاضر می‌کوشد از دیدگاه جغرافیای پزشکی، تحلیل کلی برای بررسی زیرساختها و بررسی میزان رضایت مندی توریست‌ها در سطح شهر اردبیل را با تاکید بر بیمارستانهای دولتی موجود و تنها هتل بیمارستان و نیز میزان گردشگران سلامت از کشور همسایه را مورد ارزیابی قرار دهد.

با این اوصاف استان اردبیل در شمال غربی کشور واقع شده و از نظر موقعیت جغرافیایی برای جذب توریسم سلامت دارای پتانسیل‌های با ارزشی است. علاوه بر منابع طبیعی و چشمه‌های آب معدنی و گرم در شهرستانهای همجوار که به عنوان یکی از شگفتی‌های خلقت از گذشته‌های دور برای درمان بیماری‌ها استفاده می‌شده‌اند، جایگاه خاصی را در کشور به منظور توریسم درمانی برای گردشگران دارا است. به جهت ارزان بودن خدمات پزشکی نسبت به کشور همسایه در بیمارستان‌های دولتی و هتل بیمارستان قائم جزء استانهایی است که توریسم پزشکی بسیاری را به سوی خود فرا می‌خواند. بیمارستان‌های بزرگ و هتل بیمارستان قائم در مرکز شهر اردبیل واقع شده‌اند. شهر اردبیل به جهت مرکز استان بودن اکثر گردشگران از مراکز مهم خرید و ابنیه‌های تاریخی دیدن می‌کنند و از امکانات پزشکی و گردشگری آن بهره‌مند می‌شوند.

تحقیق حاضر دارای محدودیت‌های زیادی از قبیل داده‌های آماری است و اینکه تاکنون در مورد تحلیل زیرساختهای صنعت توریسم پزشکی در شهر اردبیل و در کشور و حتی در سایر کشورها تحقیقاتی با این مضمون صورت نگرفته است، بنابراین تحقیق حاضر می‌تواند در نوع خود قابل توجه بوده و یک منبع مناسب برای ارزیابی و برنامه‌ریزی در بخش توریسم پزشکی محسوب شود. فقدان پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط کشور انجام چنین تحقیق‌هایی در شهری مثل اردبیل که مورد توجه گردشگران پزشکی کشور آذربایجان قرار گرفته، ضروری می‌نماید. برای این منظور آگاهی از آمار گردشگران و افزایش تعداد این گردشگران و احیای زیرساخت‌ها برای برنامه‌ریزی‌های بهداشتی منطقه لازم است تا مسئولین ضمن انجام برنامه‌ریزی‌های لازم و بررسی وضعیت گردشگران، درآمدزایی و ایجاد اشتغال در شهر و حتی در مناطق

مختلف استان با خبر شده و تدابیر بهداشتی لازم جهت افزایش امکانات و دادن آموزش های مورد نیاز برای کارکنان و عوامل مرتبط با بهداشت همچین با تورگردانان را مدنظر قرار دهند.

با توجه به اینکه استان اردبیل در نوار مرزی شمالغرب کشور واقع شده است و با برنامه ریزی های صحیح می تواند از طریق توریسم پزشکی اقتصاد خود را تقویت کرده، علاوه بر قطب کشاورزی به قطب گردشگری نیز تبدیل شود، اهمیت و جایگاه گردشگری استان اردبیل در کشور، بخصوص شهر اردبیل که مرکز استان است از قبیل غنای تاریخی و فرهنگی، تنوع طبیعی، وجود چشمه های متعدد آبهای معدنی و منحصر به فرد ضروری به نظر می رسد که در خصوص زیرساخت های توریسم پزشکی نیز مطالعاتی صورت گیرد، تا این شهر علاوه بر جذب گردشگر داخلی، برای جذب توریست پزشکی و گردشگران خارجی نیز برنامه ریزی های لازم اتخاذ شود.

دولت ها و نهادهای دولتی در بسیاری از کشورها علاقه مند به بهره مندی از مزایای اقتصادی ناشی از صنعت توریسم پزشکی بوده و در سطوح خرد نیز بیمارستان ها و ارائه دهندگان مختلف خدمات مسافرتی و درمانی در رقابت با یکدیگر سعی بر بالا بردن سهم خود از این صنعت را دارند. پژوهش حاضر سعی دارد ضمن معرفی و اهمیت صنعت گردشگری سلامت در اردبیل به شناسایی عوامل پیش برنده و بازدارنده مؤثر بر ارتقاء گردشگری سلامت در این شهر بپردازد. (عطایی فر و کاظمی؛ ۱۳۸۷)

برنامه ریزی گردشگری به شیوه توسعه پایدار واجد اهمیت بسیار است، زیرا اغلب فعالیتهای مربوط به توسعه گردشگری به جاذبه ها و فعالیت های مربوط به محیط طبیعی، میراث تاریخی و الگوهای فرهنگی منطقه بستگی دارد.

جذب گردشگر پزشکی و به تبع آن افزایش درآمد ارزی از طریق این گردشگر نیاز به بررسی و تقویت زیرساختها از ضروریات بوده و با شناسایی ضعف و قوت ها برای برنامه ریزی صحیح یک اقدام ضروری به نظر می رسد. (بوتلار، ۲۰۰۰).

الگوی برنامه ریزی راهبردی فقط شیوه ای فنی و راهکارهای عملی برای تهیه و اجرای طرح های توسعه در کشور یا کشورهای خاص نیست، بلکه نوعی (پارادایم) جدید در برنامه ریزی از جمله برنامه ریزی فضایی محسوب می شود که تا حدود زیادی محصول خود جمعی و تجارب جامعه بشری است و هدف نهایی آن نیز تامین توسعه پایدار و اعتلای کیفیت زندگی برای تمام شهروندان جهان است. از این نظر، الگوی برنامه ریزی راهبردی دارای خصلت جامعیت، انطباق پذیری و تعمیم پذیری نسبی است. با وجود همه اینها، لازم به

ذکر است که هرگونه استفاده درست از این الگو مستلزم انطباق مبانی آن با شرایط ویژه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر کشور است. (هزارجریتی و کرمی، ۱۳۹۰).

امروزه لزوم توجه جدی به مقوله سیر و سیاحت گردشگری، توریسم پزشکی به عنوان پدیده ای جدید در زندگی ماشینی قرن بیست و یکم بسیار احساس می شود و اهمیت آن روز به روز افزایش می یابد، زیرا با روند رو به تولید فناوری و ماشینی شدن زندگی در جوامع و گسترش اختراعات و اکتشافات جدید که انسان را به شهرها (به عنوان محورهای تحول) وابسته می کند شهر با مشکلات بی شماری مواجه شده اند. (قدمی و همکاران؛ ۱۳۸۹)

### ۳. پیشینه پژوهش

تحقیقات متعددی برای گردشگری سلامت و رابطه آن با جذب گردشگر در داخل و خارج از کشور صورت گرفته اما متأسفانه منابع محکم و تحقیقات لازم در موسسات پژوهشی و دانشگاه های اردبیل برای این موضوع وجود ندارد. با توجه به موضوع این پژوهش هایی در کشورهای خارجی به عنوان مختلف جهت توسعه گردشگری سلامت و بررسی زیرساختهای خدمات پزشکی به رشته تحریر در آمده است. که می توان به پژوهش تطبیقی توسط پوکوک و کی هانگ پیکو<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان «گردشگری و الزامات سیاستگذاری پزشکی برای سیستم های سلامتی (یک چارچوب مفهومی از مطالعه مقایسه ای تایلند، سنگاپور و مالزی) اشاره کرد که در این تحقیق به این نتیجه رسیده است که گردشگری پزشکی یک پدیده در حال رشد با سیاستی برای سیستم های بهداشتی است چارچوب مفهومی به تشریح مفاهیم سیاست گردشگری پزشکی و رشد و توسعه برای سیستم های بهداشتی در نظر گرفته شده که سه مرکز منطقه ای را برای گردشگران پزشکی، از طریق بررسی گسترده ای علمی و میدانی مورد تطبیق قرار داده است در پژوهش مد نظر میزان مزایا و معایب گردشگری پزشکی برای سیستم های بهداشتی بررسی شده است که در این تحلیل ارتباط بین سیاست گذاران و دست اندرکاران صنعت گردشگری با دیگر کشورهای آسیای جنوب شرقی در خصوص سیستم های بهداشتی مشابه، که در توسعه و رشد توریسم سلامت دولت تاثیر داشته است مورد توجه قرار گرفته است. که در نهایت ارتباط معنی داری با کیفیت خدمات بهداشتی و افزایش گردشگران سلامت وجود داشته است.

<sup>۵</sup> - Nicola S Pocock and Kai Hong Phua

ملیکا و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) ضمن پژوهش در مورد گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه به این نتیجه رسیده است که یک استراتژی برای رشد اقتصادی، با تمرکز بر چگونه درآمد از بیماران بین المللی و اشتغال زایی در کشورهایی که به عنوان گروه هدف قرار گرفته اند شامل تایلند، هند، مالزی، شیلی، آرژانتین، کوبا، فیلیپین، اردن، آفریقای جنوبی، و کاستاریکا مورد ارزیابی قرار داده است. همچنین محقق و همکاران یک بحث جالب و قابل تامل از گردشگری پزشکی به عنوان تبلیغات در سطح جهانی برای مسافران سلامت در نقاط مختلف جهان، سایر کشورها که نیازمند درمان هستند ارائه داده اند. در این تحقیق مسافران به چند گروه تقسیم شده و هر گروه به یک بخش پزشکی و سلامت روی آورده اند از قبیل؛ طب تهاجمی (به عنوان مثال عمل جراحی)، داروهای تشخیصی، و سبک زندگی، جایگزین پزشکی (به عنوان مثال ماساژ سنتی، طب سوزنی) که در پایان به تشریح برخی موانع ترویج گردشگری پزشکی در کشورهای در حال توسعه پرداخته است و ارتباط معناداری میان کیفیت، تجربه، جاذبه های گردشگری و میزان رضایتمندی مراجعه کنندگان با توریسم پزشکی بدست آورده است.

نادو و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان عوامل جذب گردشگری در آفریقا، که به تجزیه و تحلیل رگرسیون داده های پانل پرداخته به این نتیجه رسیده است که ثبات سیاسی، زیرساخت های گردشگری، بازاریابی و اطلاعات، سطح توسعه در کشور مقصد عوامل اصلی رجوع گردشگران به سمت آفریقا می باشد. نمونه دیگر برای کشورهای توسعه یافته از حیث تقاضا گردشگری، مانند سطح درآمد در کشور مبدأ، قیمت نسبی و هزینه های سفر و توجیه اقتصادی برای گردشگران در کشور مقصد رابطه وجود دارد، از این رو توصیه می شود که به بهبود ثبات کلی کشورهای قاره آفریقا و در دسترس بودن و مقدار زیرساخت های گردشگری توجه بیشتری صورت گیرد.

دالاس<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان رقابت برای صنعت توریسم پزشکی به نتیجه زیر دست یافته است که رقابت جهانی توریسم پزشکی در حال گسترش است در واقع در صنعت توریسم و مراقبت- های بهداشتی، بیماران ثروتمند از کشورهای در حال توسعه به مدت طولانی به سمت کشورهای توسعه یافته برای مراقبت های پزشکی با کیفیت بالا سفر می کنند اما بر عکس این موضوع نیز اتفاق می افتد که تعداد فزاینده ای از بیماران کمتر مرفه از کشورهای توسعه یافته در حال سفر به کشورهای در حال توسعه به عنوان مشخص (جهان سوم) هستند. این بیماران به دنبال مراقبت های پزشکی با کیفیت بالا را با قیمت مقرون به صرفه می دانند و رابطه مستقیم هزینه پزشکی و هزینه سفر را با افزایش گردشگران پزشکی در کشورهای توسعه یافته و حتی

<sup>۶</sup>- Milica Z. Bookman and Karla R. Bookman<sup>۷</sup>- Wim Naude and Andrea Saayman<sup>۸</sup>- Dallas, dagllas, Texas.

در حال توسعه اثبات کرده است این پژوهشگر معتقد است در سال ۲۰۰۶، در صنعت گردشگری پزشکی حدود ۶۰ میلیارد دلار در سراسر جهان پول رد و بدل می شود و پیش بینی کرده این میزان به ۱۰۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ افزایش می یابد.

لنگ چی<sup>۹</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان گردشگری پزشکی و وضعیت آن در کشورهای مالزی و سنگاپور که توسط دردانشگاه ملی سنگاپور، به این نتیجه دست یافته است که از ویژگی های قابل توجه صنعت گردشگری پزشکی در آسیا که از اواخر ۱۹۹۰ با دخالت دولت در حمایت از بخش خصوصی در بازاریابی خدمات بهداشتی و درمان به بیماران خارجی انجام شده است مورد ارزیابی قرار داده است.

در نهایت بهداشتی و درمان در بخش خصوصی گسترش پیدا کرده و دولت سنگاپور، حرکت به سمت صنفی گرایی که اکثراً در زمینه بهداشتی و درمان بوده پیشرفت داشته است این کشور قادر به حداقل رساندن فاصله بخش های خصوصی و بخشهای دولتی بوده است.

اما در مالزی به جهت مواجهه با مخالفت های متعدد بخش خصوصی و دولتی پیشرفت چندانی در زمینه بهداشتی و درمان و پزشکی نداشته و شکاف رو به رشد بین خدمات بهداشتی دولتی و خصوصی مشهود است. با این وجود، هر دو کشور مواجه با کمبود پزشکان در بخش دولتی، و افزایش هزینه های درمانی و پزشکی در زمینه خصوصی هستند در این پژوهش نیز ارتباط معنی داری بین هزینه های درمانی و پزشکی با توریسم پزشکی وجود دارد.

کیم و مینچول کیم<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان چارچوبی برای گردشگری سلامت (مطالعه موردی از استان ججو در جمهوری کره جنوبی) به این نتیجه رسیده است که گردشگران با هزینه کمتر و درمان با کیفیت بالاتر رغبت زیادی نشان می دهند و بین هزینه و خدمات پزشکی رابطه وجود دارد همچنین این استان جمهوری کره جنوبی زیرساختهای لازم را برای جذب توریسم پزشکی ایجاد کرده است یعنی علاوه بر خدمات بهداشتی و پزشکی جاذبه های طبیعی، هتل ها و اسکان مسافران و گردشگران خارجی مورد توجه آنها قرار گرفته است.

وینست هانگ و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان (مدل مفهومی گردشگری پزشکی و پیامدهای آن بر تحقیقات آینده) به این نتیجه رسیده اند که چارچوب نظری یکپارچه برای مطالعه جامع از صنعت

<sup>۹</sup>- Heng Leng Chee

<sup>۱۰</sup>- Young Kim, Changsan Boo, and Mincheol Kim

<sup>۱۱</sup>- Vincent C. S. Heunga\*, Deniz Kucukustaa & Haiyan Songa-

<sup>۱۲</sup>- Kristine Mae F. Ricafort



گردشگری پزشکی وجود ندارد. این تحقیق با هدف پر کردن فاصله ها با ارائه یک مدل یکپارچه برای بررسی زمینه گردشگری بوده که با توجه به بررسی وضعیت فعلی گردشگری پزشکی در یک کشور یا منطقه ای مشخص در خصوص عرضه و تقاضا در حال رشد و توسعه است. در واقع در هر دو روش کمی و کیفی به عنوان ابزار سیستماتیک به تست و تایید مدل پیشنهاد شده است.

ریکافرت<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل موثر بر گردشگران پزشکی برای انتخاب بیمارستانهای تایلند به عنوان مقصد گردشگری پزشکی ارائه داده و به این نتیجه رسیده است که گردشگران پزشکی بیشتر تحت تاثیر خدمات هستند و خدمات ارائه شده در بیمارستانها نقش اساسی در جذب توریسم پزشکی دارد همچنین پائین بودن هزینه های پزشکی و خدمات درمانی محرک بزرگی برای گردشگران پزشکی جهت مراجعه به بیمارستانهای خارج از کشور هست. کاهش هزینه در حال حاضر چالش واقعی در بیمارستان های تایلند برای جذب گردشگران پزشکی و در نظر گرفتن تمام زیرساختهای لازم از جمله دغدغه های این کشور است و علاوه بر خدمات پزشکی، توسعه دیگر انواع گردشگری در این کشور در دستور کار قرار گرفته است. و رابطه معنا داری میان خدمات پزشکی و هزینه با توریسم پزشکی وجود دارد.

#### ۴. اهداف پژوهش

- ۱- تحلیل و بررسی وضعیت زیرساخت های گردشگری پزشکی در اردبیل با تاکید با هتل بیمارستان و بیمارستانهای دولتی و بخش خصوصی
- ۲- ارائه راهکارهای مناسب جهت جذب توریست سلامت بیشتر و یافتن راهکارهایی جهت درآمدزایی و ماندگاری توریسم ها در شهر اردبیل
- ۳- مقایسه وضعیت استاندارد جهانی زیرساخت های گردشگری پزشکی با وضعیت زیرساخت های گردشگری پزشکی موجود در شهر اردبیل
- ۴- ارائه پیشنهادات لازم جهت ساماندهی و رفع مشکلات موجود در بخش گردشگری سلامت و گردشگری پزشکی در شهر اردبیل
- ۵- ارائه راهکارهای مناسب جهت ساماندهی ترانسفر گردشگران سلامت.

**۵. سوالات پژوهش**

با توجه به اینکه پژوهش حاضر از لحاظ روش از نوع توصیفی - تحلیلی است لذا به طرح دو مورد سوال اکتفا شده است و پژوهش در راستای پاسخ به سئوالات طراحی شده است.

**۶. پرسش‌های اصلی پژوهش**

- ۱- آیا بین هزینه خدمات پزشکی و افزایش توریست سلامت در شهر اردبیل ارتباط معنی داری وجود دارد؟
- ۲- بین زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل با گردشگران سلامت ارتباط معنی داری وجود دارد؟

**۷. روش پژوهش**

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت و محتوایی زمینه‌یابی (پیمایشی) می‌باشد. همچنین این تحقیق از حیث گردآوری داده‌ها میدانی و با ابزار پرسشنامه و بصورت تحلیلی توصیفی تهیه شده است.

**۸. جامعه آمار**

مبنای یک مطالعه آماری را "جامعه آماری" تشکیل می‌دهد. جامعه آماری مجموعه‌ای بزرگ از اشیاء که به منظور خاصی مورد مطالعه قرار گرفته و در یک یا چند صفت مشترک می‌باشند و آماج تحقیق است. نکته قابل ذکر این است که جمع‌آوری و مطالعه مجموعه جامعی از داده‌ها مربوط به موضوع تحقیق، در عمل بسیار مشکل و گاهی غیر ممکن است. لذا به دلیل محدودیت زمان، منابع و امکانات و برخی از محدودیت های آماری بعضاً عدم دسترسی به اطلاعات کامل، به ناچار بخشی از داده‌ها را که در مجموعه ای به نام نمونه گردآوری می‌شوند، استفاده می‌شود (چارچیل ۱۹۷۹؛ ۱۳).

جامعه آماری این تحقیق شامل اتباع آذری مراجعه کننده به بیمارستانهای دولتی و هتل بیمارستان و بخش خصوصی سطح شهر اردبیل می باشد.

## ۹. یافته‌های پژوهش

در این قسمت پس از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری بدست آمده از پرسشنامه، توسط ۷۷ نفر از اتباع آذری که برای درمان و مشکلات پزشکی به اردبیل سفر کرده بودند مورد توجه قرار گرفته است و این تحلیل‌ها در دو بخش ارائه شده است؛ در بخش اول آمار توصیفی ارائه می شود و در ادامه تحلیل استنباطی از نتایج به دست آمده ارائه می شود.

### ۹.۱. تحلیل توصیفی داده‌ها

در این قسمت تحلیل توصیفی ویژگی افرادی که برای درمان به بیمارستانهای دولتی، هتل بیمارستان و مطب‌های خصوصی به اردبیل سفر کرده بودند و به پرسش نامه ای که به زبان آذری ترجمه شده بود پاسخ داده اند و پس از تجزیه و تحلیل داده ها آمار توصیفی بصورت جدول و نمودار ارائه شده است.

#### ۹.۱.۱. توصیف نمونه آماری

نتایج به دست آمده از آزمون آلفای کرونباخ برای اعتبارسنجی سئوالات عدد ۰,۹۲۸ بود (جدول ۱-۱) با توجه به اینکه حداقل مقدار آلفا برای اعتبار سنجی عدد ۰/۷ می باشد، بنابراین سئوالات دارای اعتبار بودند. در خصوص اطمینان پایایی تک به تک پرسش‌های هر فرضیه نیز، ضریب آلفای کرونباخ تک به تک متغیرها بر مقدار به دست آمده مورد آزمون قرار گرفته است که نتایج به دست آمده به شرح (جدول ۱-۱) می باشد.

جدول ۱. پایایی پرسشنامه

مقدار آلفای کرونباخ	تعداد سئوالات	متغیرهای تحقیق
۰,۸۷۳	۱۰	زیر ساخت های کلی شهر
۰,۷۶۶	۶	هزینه خدمات پزشکی
۰,۸۱۱	۵	رضایتمندی
۰,۹۲۸	۲۱	پایایی کل پرسشنامه

در ادامه آمار توصیفی مربوط به پاسخ دهندگان آمده است.

### ۹.۱.۲. آمار توصیفی سن پاسخ دهندگان

در جدول زیر مسافران به سئوالات عمومی پرسشنامه پاسخ داده اند در واقع جدول زیر شاخصهای مرکزی و پراکندگی مربوط به سن پاسخ دهنده گان را نشان می دهد.

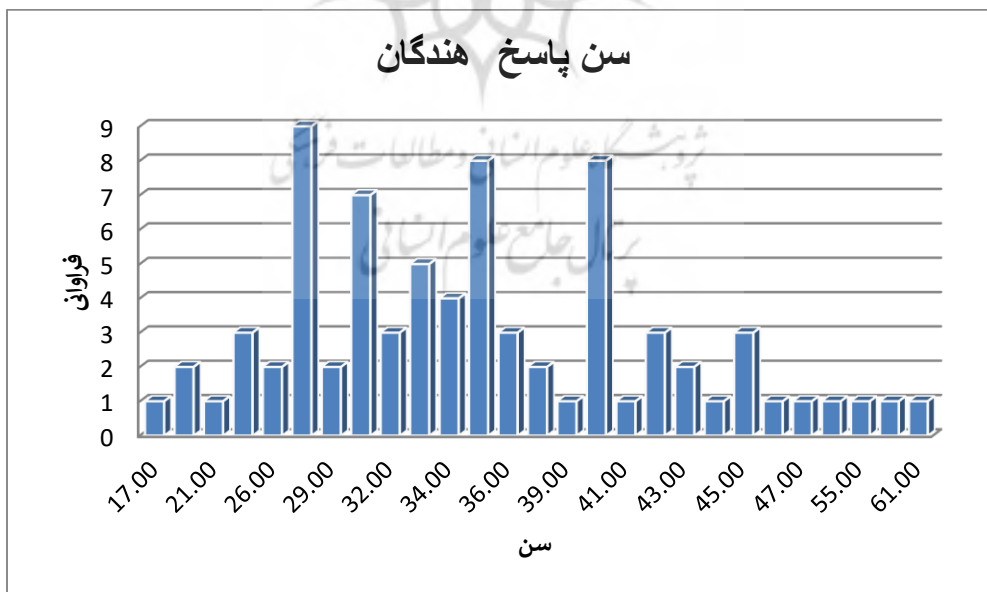
جدول ۲. آمار توصیفی سن پاسخ دهندگان

شاخص های پراکندگی			شاخص های گرایش مرکزی			شاخص سن
بیشترین سن	کمترین سن	دامنه تغییرات	میانگین	میانه	نما	
۶۱	۱۷	۴۴	۲۸	۳۴	۳۴	سن پاسخ دهندگان

بنابر خروجی SPSS میانگین سنی افراد ۲۸ سال می باشد و دارای دامنه تغییرات ۴۴ سال است. کم سن ترین فرد با ۱۷ سال و مسن ترین با ۶۱ سال سن می باشند.

در ادامه نمودار مربوط به سن پاسخ دهندگان را رسم می کنیم.

نمودار ۱. آمار توصیفی سن پاسخ دهندگان



## ۹.۱.۳. آمار توصیفی تحصیلات پاسخ دهندگان

با توجه به اینکه اکثر کسانی که به اردبیل جهت درمان سفر می کنند از استان های مرزی کشور اذربایجان هستند و برخی از آنها از سواد لازم برخوردار نیستند بنابراین در جدول زیر آمار توصیفی مربوط به تحصیلات پاسخ دهندگان آورده شده است.

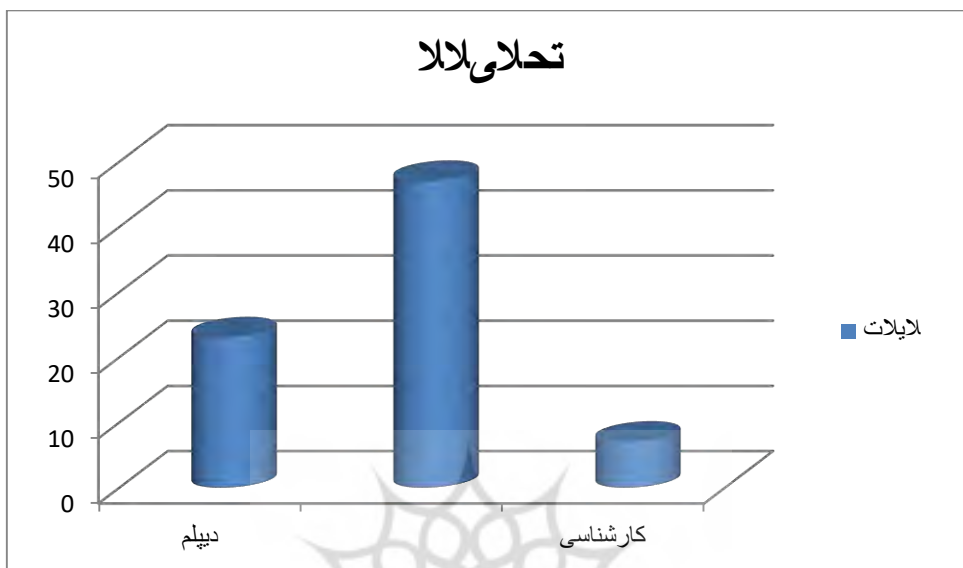
جدول ۳. آمار توصیفی تحصیلات پاسخ دهندگان

تحصیلات			
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی
دیپلم	۲۳	۲۹,۰	۲۹,۰
کاردانی	۴۷	۶۱,۰	۹۰,۰
کارشناسی	۷	۹,۱	۱۰۰,۰
کل	۷۷	۱۰۰,۰	

بیشترین فراوانی برای افرادی با مدرک کاردانی می باشد که ۶۱٪ افراد پاسخ گو را شامل می شود کمترین فراوانی نیز برای افرادی با مدرک کارشناسی می باشد که کمتر از ۱۰٪ نمونه را شامل می شود. در ضمن بین افراد پاسخ دهنده افرادی با تحصیلات بالاتر نبود.

در ادامه نمودار مربوط به تحصیلات پاسخ دهندگان را رسم می کنیم.

نمودار ۲. آمار توصیفی تحصیلات پاسخ دهندگان



۹.۱.۴. آمار توصیفی جنسیت پاسخ دهندگان

جدول زیر آمار توصیفی مربوط به تحصیلات پاسخ دهندگان را نشان می‌دهد.

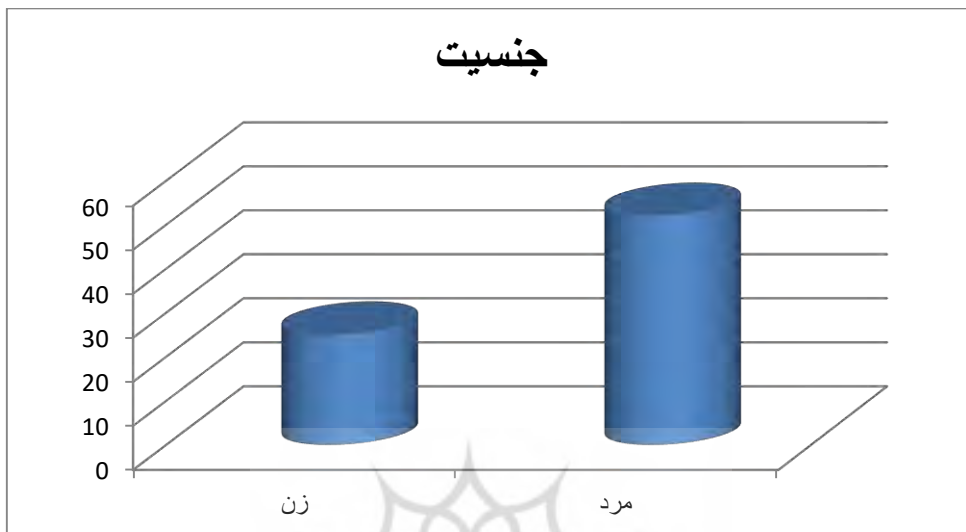
جدول ۴. آمار توصیفی جنسیت پاسخ دهندگان

جنسیت			
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی
زن	۲۵	۳۲,۰	۳۲,۰
مرد	۵۲	۶۷,۰	۱۰۰,۰
کل	۷۷	۱۰۰,۰	

فراوانی بیشتر برای مردها می‌باشد که ۶۷٪ افراد پاسخ‌گو را شامل می‌شود فراوانی کمتر نیز برای خانم‌ها می‌باشد که کمتر از ۳۲٪ نمونه را شامل می‌شود.

در ادامه نمودار مربوط به تحصیلات پاسخ دهندگان را رسم می کنیم.

نمودار ۳. آمار توصیفی جنسیت پاسخ دهندگان



#### ۹.۱.۵. آمار توصیفی بیمارستان مورد مراجعه

جدول زیر آمار توصیفی مربوط به بیمارستانها و مطب های خصوصی مورد مراجعه گردشگران پزشکی را نشان می دهد.

جدول ۵. آمار توصیفی بیمارستان مورد مراجعه پاسخ دهندگان

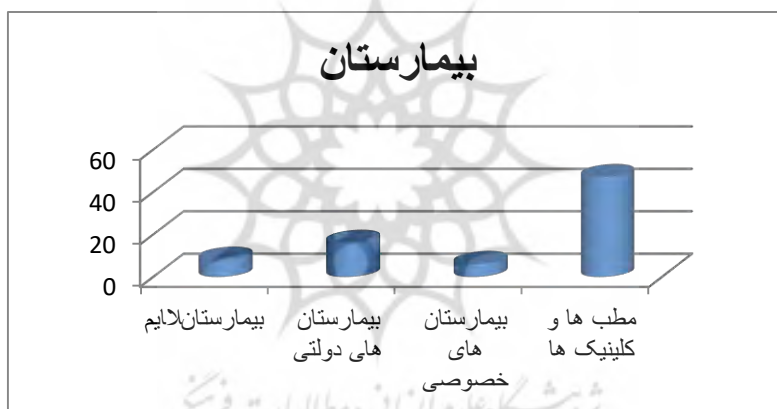
بیمارستان			
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی
بیمارستان قائم	۸	۱۰,۰	۱۰,۰
بیمارستان های دولتی	۱۶	۲۰,۰	۳۱,۰
بیمارستان های خصوصی	۶	۷,۰	۳۸,۰

مطب ها و کلینیک ها	۴۷	۶۱,۰	۱۰۰,۰
کل	۷۷	۱۰۰,۰	

در این جدول بیشترین فراوانی برای مطب ها و کلینیک ها می باشد که ۶۱٪ افراد پاسخ گو را شامل می شود کمترین فراوانی نیز برای بیمارستان های خصوصی بوده است که کمتر از ۷٪ نمونه را شامل می شود. با توجه به اینکه اکثر گردشگران پزشکی سفر یک روزه یا دوروزه دارند معمولا به مطب های خصوصی مراجعه کرده تا اینکه زودتر بتوانند کارهای خود را انجام دهند.

در ادامه نمودار مربوط به بیمارستان مورد مراجعه پاسخ دهندگان را رسم می کنیم.

نمودار ۴. آمار توصیفی بیمارستان مورد مراجعه پاسخ دهندگان



۹.۱.۶. آمار توصیفی محل اسکان

در جدول زیر آمار توصیفی مربوط به محل اسکان پاسخ دهندگان آورده شده است.



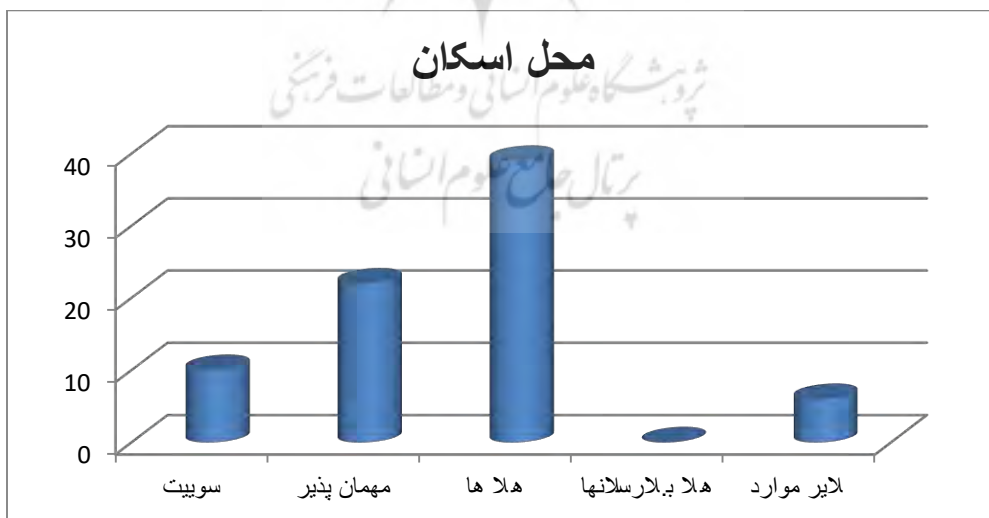
جدول ۶. آمار توصیفی محل اسکان پاسخ دهندگان

محل اسکان			
	تعداد	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
سوویت	۱۰	۱۲,۰	۱۲,۰
مهمان پذیر	۲۲	۲۸,۰	۴۱,۰
هتل ها	۳۹	۵۰,۰	۹۲,۰
هتل بیمارستانها	۰	۰,۰۰	۹۲,۰
سایر موارد	۶	۷,۰	۱۰۰,۰
کل	۷۷	۱۰۰,۰	

بیشترین فراوانی محل اسکان برای هتل ها می باشد که ۵۰٪ افراد پاسخ گو را شامل می شود کمترین فراوانی نیز برای هتل بیمارستان می باشد که شامل هیچ یک از افراد نشد در ضمن ۷٪ از افراد پاسخ گو این گزینه را با عبارات دیگر از جمله در منزل خویشاوندان خود پر کرده اند که در جدول آمده است.

در ادامه نمودار مربوط به محل اسکان پاسخ دهندگان را رسم می کنیم.

نمودار ۵. آمار توصیفی محل اسکان پاسخ دهندگان



## ۹.۱.۷. آمار توصیفی وسیله‌ی ایاب و ذهاب

با توجه به اینکه اکثر گردشگران پزشکی از مرز بیله سوار وارد استان اردبیل می‌شوند و برای اینکه راحت‌تر بتوانند به مقصد مورد نظر سفر کنند معمولاً از آژانس‌ها و سواری‌های شخصی استفاده می‌کنند برای همین منظور در جدول زیر آمار توصیفی مربوط به وسیله‌ی ایاب و ذهاب پاسخ‌دهندگان آورده شده است.

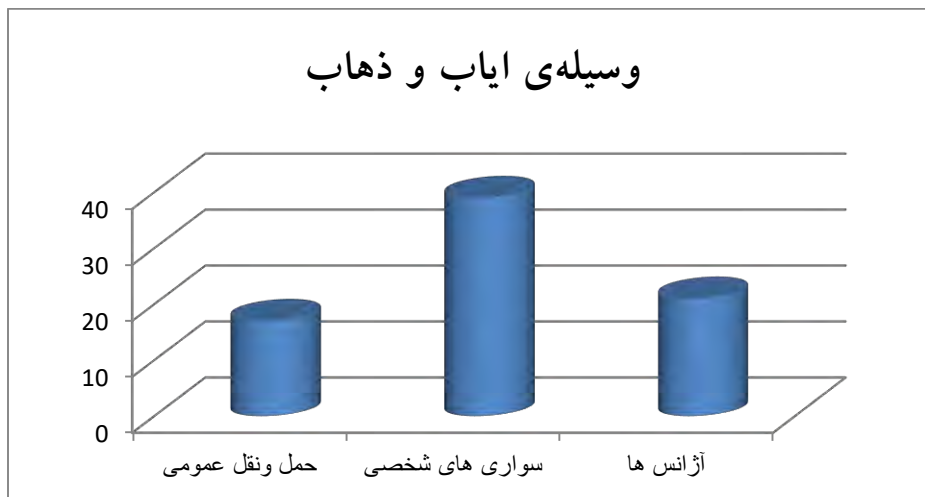
جدول ۷. آمار توصیفی وسیله‌ی ایاب و ذهاب پاسخ‌دهندگان

وسیله‌ی ایاب و ذهاب			
	تعداد	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
حمل و نقل عمومی	۱۷	۲۲,۱	۲۲,۱
سواری‌های شخصی	۳۹	۵۰,۰	۷۲,۰
آژانس‌ها	۲۱	۲۷,۰	۱۰۰,۰
کل	۷۷	۱۰۰,۰	

بیشترین فراوانی برای وسیله‌ی ایاب و ذهاب، سواری‌های شخصی‌ها می‌باشد که ۵۰٪ افراد پاسخ‌گو را شامل می‌شود کمترین فراوانی نیز برای حمل و نقل عمومی می‌باشد که کمتر از ۲۳٪ نمونه را شامل می‌شود.

در ادامه نمودار مربوط به وسیله‌ی ایاب و ذهاب پاسخ‌دهندگان را رسم می‌کنیم.

## نمودار ۶. آمار توصیفی وسیله ایاب و ذهاب پاسخ دهندگان



## ۸.۱.۹ آمار توصیفی متغیرها

در ادامه به بررسی متغیرهای مورد استفاده در این پژوهش پرداخته می شود  
برای بررسی این متغیرها ۲۱ سوال در این زمینه طراحی گردیده و براساس پاسخ های افراد امتیاز بندی گردیده است، ابتدا جدولی که شاخص های تمرکز، پراکندگی و نرمال بودن این متغیرها را نشان میدهد ارائه می دهیم.

## جدول ۸. آمار توصیفی متغیرها

شاخص های توزیع		شاخص های پراکندگی			شاخص های گرایش مرکزی			متغیرها
					میانگین	میانها	نما	
ضریب کشیدگی	ضریب کجی	انحراف معیار	واریانس	دامنه تغییرات	میانگین	میانها	نما	زیر ساخت های کلی شهر
-۰.۵۱۴	۰.۳۸۸	۱,۶۸	۲,۸۴	۷,۲۰	۶,۱۳	۶,۲۰	۴,۵۰	زیر ساخت های کلی شهر
-۰.۲۱۳	۰.۴۰۵	۱,۶۵	۲,۷۲	۷,۰۰	۶,۱۸	۶,۱۶	۵,۰۰	هزینه خدمات پزشکی
-۱,۰۰۸	۰.۲۵۵	۲,۰۷	۴,۲۹	۷,۸۰	۵,۹۸	۶,۰۰	۶,۰۰	رضایتمندی

## ۹.۲. آمار استنباطی

قبل از بررسی فرضیات به بررسی نرمال بودن متغیرهای مورد بررسی می پردازیم. برای این منظور از آزمون ناپارامتری کلمگروف - اسمیرونف استفاده می کنیم.

## ۹.۲.۱. آزمون کلمگروف-اسمیرونف

این آزمون فرضیه ی زیر را مورد بررسی قرار می گیرد:

نرمال بودن توزیع متغیر:  $H_0$

غیر نرمال بودن توزیع متغیر:  $H_1$

جدول زیر نتیجه این آزمون را که خروجی SPSS است، نشان می دهد:

جدول ۹. آزمون نرمال بودن متغیرها

نتیجه گیری	فرض تایید شده	p-value (sig)	متغیر
غیرنرمال	$H_1$	۰,۰۰۸	زیر ساخت های کلی شهر
غیرنرمال	$H_1$	۰,۰۰۱	ویژگیهای بیمارستانها
غیرنرمال	$H_1$	۰,۰۰۰	رضایتمندی

در جدول ۱-۲ نرمال بودن متغیرهای مدل مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به فرضیه مدل نرمال بودن متغیرها در سطح اطمینان ۰,۰۵ برای همه متغیرهای مورد بررسی رد می شود لذا برای بررسی فرضیات باید با توجه به ۱-۲ از روشهای ناپارامتریک استفاده کنیم.

## ۹.۲.۲. آزمون استنباطی

در این قسمت به بررسی فرضیات مطرح شده پرداخته می شود. با توجه به اینکه این پژوهش بیشتر تحلیلی بوده است و از دو پرسش استفاده شده و از نوشتن فرضیات خودداری شده است بنابراین به جای پاسخ به فرضیات به سوالات پاسخ داده شده است.

## جواب سوال یک: بین هزینه خدمات پزشکی و افزایش تورسیم سلامت در اردبیل ارتباطی وجود دارد.

بر اساس خروجی آزمون کلموگروف- اسمیرونف (KS) نوع آزمون مورد استفاده، آزمون همبستگی ناپارامتریک فریدمن می باشد. بر اساس جدول زیر که نتیجه خروجی SPSS است میزان برآورد شده ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو متغیر هزینه خدمات پزشکی و افزایش تورسیم برابر با ۰,۵۶ است. این همبستگی یک مقدار مثبت می باشد که موید همبستگی مثبت بین این دو متغیر است و مقدار آن در سطح  $0/05 =$  معنی دار است زیرا مقدار p-value کمتر از  $0/05$  است.

### جدول ۱۰. سوال ۱

نتیجه	تعداد	سطح معنی داری p-value	ضریب همبستگی اسپیرمن	متغیرهای مورد بررسی
در سطح $0,05$ دارای همبستگی مثبت می باشد	۷۷	.۰۰۰	.۵۶۲	هزینه خدمات پزشکی و رضایتمندی

در بررسی فرضیه فوق به دلیل رابطه مثبت بین رضایت مندی و هزینه خدمات می توان مشاهده کرد که با رضایت از هزینه خدمات که در بیمارستان ها و مطب ها با توجه به ارزش پول اذریایجانی ها ارایه می شود و همچنین این گردشگران برای چندمین بار به اردبیل سفر می کنند توسط بیماران میزان رضایتمندی آنها افزایش پیدا می کند که همین امر باعث تبلیغ و افزایش تورسیم پزشکی می شود.

### سوال ۲: زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل وجود دارد یا خیر؟

بر اساس خروجی آزمون کلموگروف، اسمیرونف نوع آزمون مورد استفاده، آزمون ناپارامتریک فریدمن می باشد. در طراحی پرسش نامه زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل مورد سنجش قرار گرفته شده است لذا برای انجام آزمون فرض مناسب باید از آزمون wilcoxon که برای سنجش این میزان وجود زیرساخت بر اساس نظر پاسخ دهندگان، مناسب است استفاده نمود. (در واقع آزمون wilcoxon حالت ناپارامتریک آزمون T-test تک نمونه ای می باشد)

$$\begin{cases} H_0: \mu \leq 5 \\ H_1: \mu > 5 \end{cases}$$

فرض مربوط به این آزمون در زیر آمده است:

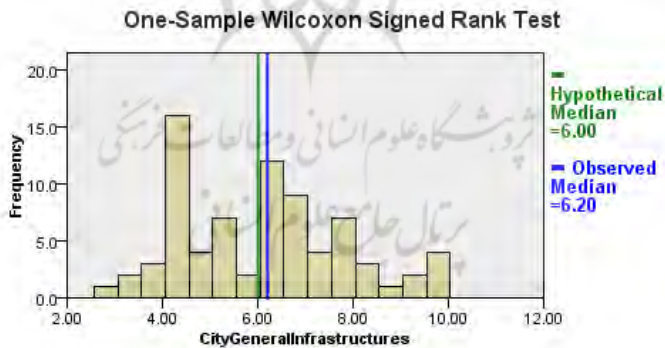
که در آن  $\mu$  میانه می باشد. چون سوالات در واحد ۱-۱۰ رتبه بندی شده اند این آزمون در دو سطح ۵ و ۶ یعنی بیشتر از ۵۰٪ و ۶۰٪ از افراد وجود زیرساخت مدنظر را تایید کنند مورد آزمون قرار داده ایم. در زیر جدول خروجی آزمون wilcoxon برای فرضیه دوم آمده است:

جدول ۱۱. سوال ۲

متغیرهای مورد بررسی	سطح مورد بررسی	سطح معنی داری	تعداد	نتیجه
وجود زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل	بیشتر از ۶۰٪	۰,۷۳۴	۷۷	در سطح ۰,۰۵ وجود زیرساخت رد می شود

بنابر خروجی SPSS وجود زیرساخت های گردشگری پزشکی در شهر اردبیل از نظر بیماران و در سطح بیش از ۶۰٪ رد می شود این امر بدان مفهوم است که زیرساختهای لازم در سطح استاندارد وجود ندارد. در ادامه نمودار مربوط به این آزمون آورده شده است.

نمودار ۷. نمودار آزمون ویلکاکسون سوال ۲



### ۳.۲.۹. جمع بندی تجزیه و تحلیل داده ها

در این فصل با توجه به اینکه این پروژه فرضیه نداشته است بنابراین سوالات تحقیق مورد توجه قرار گرفت. آمار توصیفی مربوط به سن، تحصیلات، جنسیت، بیمارستان مورد مراجعه، محل اسکان، وسیله ایاب و ذهاب و تحلیل توصیفی متغیرها به طور کامل بیان شد بعد از بررسی نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون

کلموگروف، به تحلیل استنباطی فرضیات پرداخته شده استنتایج تجزیه و تحلیل داده های پژوهش و خروجی بررسی فرضیات هم با همبستگی و آزمون ویلکاکسون بررسی شده و نتایج مورد تحلیل قرار گرفته است.

## ۱۰. بحث و نتیجه گیری

از مجموع آنچه در این پژوهش بیان شد می توان به این نتیجه رسید که با وجود توان ها و استعداد های بالقوه صنعت گردشگری پزشکی و توریسم سلامت در استان اردبیل به خصوص در شهر اردبیل برای جذب گردشگر پزشکی، هنوز راه درازی جهت استفاده مطلوب از این توان ها وجود دارد. بهره مندی از مزایای صنعت توریسم مانند درآمد و اشتغال زایی، نیازمند توجه به تمام بخش های مرتبط با این صنعت بوده و ایجاد هماهنگی های لازم بین آنها، مدیریت واحد و تقسیم کار بین بخش های دست اندرکار در صنعت توریسم در بخش های دولتی و خصوصی را طلب می کند. با کاربرد رویکرد تحلیل داده ها و پرسشنامه ای که در اختیار حدود ۱۱۰ نفر از گردشگران قرار گرفت تنها ۷۷ نفر به سوالات ارزش قایل شده پاسخ دادند و عده ای نیز حاضر نشدند پرسشنامه را تحویل بگیرند. و در ارزیابی داده ها مشخص شد افرادی که اردبیل را برای خدمات درمانی برگزیده اند تا حدودی افراد مرفح هستند زیرا بیشتر فراوانی اسکان گزینی و ایاب ذهاب این افراد خودروهای شخصی و هتل ها بوده که نسبت به خودروهای عمومی و آژانس ها و مهمانسراها از هزینه بالایی برخوردار هستند. از سوی دیگر ارزیابی برآیند عوامل داخلی و خارجی در صنعت گردشگری پزشکی در شهر اردبیل نشان می دهد همچنان زیر ساخت های لازم و استاندارد جهانی طبق الگوهای بهداشت جهانی فاصله زیادی وجود دارد.

هر چند بحث توریسم پزشکی در ایران چندان رونق نگرفته است و شهر اردبیل با توجه به اینکه دارای پتانسیل جذب گردشگر سلامت و پزشکی را دارد اما با ضعف های فراوانی از قبیل نبود هتل های چند ستاره، خیابان های عریض و از همه مهمتر نبود تبلیغ ملی و بین المللی و عدم زیر ساخت های لازم باعث شده که افرادی که قصد سفر به اردبیل را دارند با مشکل مواجه شوند. از لحاظ موقعیت جغرافیایی در مجموع به منظور برطرف کردن یا تقلیل نقاط ضعف و تهدیدها و تقویت و بهبود نقاط قوت، استفاده از فرصت های موجود در ارتباط با گسترش صنعت گردشگری و زمینه سازی و ظرفیت سازی در گستره فرهنگی و جهان اسلام راهبردهای مناسبی وجود دارد زیرا فائق آمدن بر برخی تهدیدها و نقاط ضعف ها و استفاده از فرصت ها و نقاط قوت نیازمند تدوین قوانین، برنامه ها و راهبردهایی در سطوح ملی و عزمی همگانی است. بنابراین در این پژوهش ضمن تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS به این نتیجه دست یافتیم که هزینه خدمات پزشکی و سایر خدمات

ارتباط معنی داری با افزایش توریسم پزشکی دارد و همچنین در شهر اردبیل وضعیت زیرساخت های خدمات پزشکی مناسب نیست.

### راهکارها و پیشنهادات برای افزایش توریست پزشکی در اردبیل

- ≠ تهیه و تدوین آئین نامه توریسم سلامت، ضوابط و شیوه نامه های موجود
- ≠ عقد تفاهم نامه بین دو کشور ایران و جمهوری آذربایجان در زمینه توریسم سلامت با توجه به اینکه سالانه ۵۰۰۰۰۰ گردشگر از جمهوری آذربایجان وارد استان اردبیل شده و ۵۰ درصد گردشگران به قصد درمان از طریق استان وارد کشور شده که تقریباً بیش از ۳۰ درصد آنها به اردبیل سفر می کنند.
- ≠ برقراری خط پروازی از باکو به اردبیل و بالعکس به منظور تسهیل ورود و خروج اتباع دو کشور
- ≠ راه اندازی خطوط اتوبوس رانی از دیگر شهرهای جمهوری آذربایجان به اردبیل و بالعکس با توجه به راه اندازی خط زمینی اردبیل - باکو
- ≠ شرکت در نمایشگاه های جمهوری آذربایجان و معرفی و قابلیت های توریسم سلامت استان
- ≠ - ایجادنمایشگاه دائمی مشترک در مرز دو کشور
- ≠ دعوت از دفاتر خدمات مسافرتی کشور جمهوری آذربایجان و برگزاری تورهای آشنا سازی و معرفی قابلیت های توریسم سلامت استان
- ≠ اسقرار پزشک در پایانه حمل و نقل از طرف دانشگاه علوم پزشکی جهت راهنمایی گردشگران ورودی
- ≠ تاسیس شرکت تعاونی حمل و نقل با حضور خود رانندگان جهت امر ترانسفر گردشگران خارجی و تعیین نرخ حمل و نقل به مقاصد مختلف استان و کشور
- ≠ معرفی جاذبه های درمانی و تاریخی و طبیعی در محل پایانه حمل و نقل
- ≠ تعیین نرخ خدمات درمانی (سرپائی، کیلینک، جراحی و سایر خدمات پزشکی، پیرا پزشکی و جراحی های زیبایی و غیره) به منظور جلوگیری از تحمیل هزینه های اضافی و و توسعه پایدار گردشگری سلامت



- ≠ تعیین نرخ مراکز اقامتی از سوی سازمان مرکزی برای گردشگران خارجی
- ≠ موقعیت بی نظیر جغرافیائی و تنوع اقلیمی آب و هوائی در نقاط مختلف استان
- ≠ معرفی چهره ای واقعی از توانمندی های کشور جمهوری اسلامی ایران به همراه آداب میزبانی و میهمان نوازی مطابق تاکیدات دین مبین اسلام
- ≠ افزایش درآمد کشور و منطقه به ویژه صنوف مرتبط با توریسم سلامت
- ≠ کوتاه کردن دست واسطه ها و افراد سودجو که باعث تخریب سیمای کشور در مجامع بین المللی می شوند .
- ≠ ساماندهی و رفع مشکلات موجود در بخش گردشگری سلامت استان
- ≠ معرفی توانمندی ها و کیفیت خدمات درمانی کشور به ویژه توانمندی های استان اردبیل
- ≠ هدایت درست و صحیح بیماران به مراکز درمانی استان
- ≠ رفع مشکلات موجود در بخش گردشگری سلامت استان
- ≠ معرفی مراکز معتبر و مورد اطمینان برای بیماران و مراجعه کنندگان
- ≠ ساماندهی ترانسفر و ایاب و ذهاب بیماران
- ≠ کنترل برخی از اهداف مد نظر دشمنان جمهوری اسلامی ایران
- ≠ عدم پرداخت وجه اضافی به واسطه ها و رانندگان
- ≠ نظارت بر اخذ نرخ های مصوب ایاب و ذهاب
- ≠ معرفی جاذبه های گردشگری استان به گردشگران ورودی
- ≠ معرفی واحدهای اقامتی مجاز در سطح استان و هماهنگی جهت اخذ تخفیف در فصول غیر پیک استان
- ≠ ایجاد امکان بازدید گردشگران توریسم سلامت از جاذبه های گردشگری استان
- ≠ امکان تبادل اطلاعات بیماران با مراکز درمانی استان از طریق سامانه اینترنتی طراحی شده به همین منظور جهت ممانعت از معطلی بیماران در استان
- ≠ انجام هماهنگی های قبلی جهت ورود ، درمان ، اقامت و گشت بیماران مراجعه کننده به استان

- ۱- ابراهیم زاده عیسی، سخاورد ناهید، تقی زاده زهرا، ۱۳۹۲، بررسی تطبیقی ظرفیت های گردشگری سلامت در ایران و هند (بایپره گیری از مدل SWOT فرایند سلسله مراتبی AHP)، فصلنامه مطالعات شبه قاره، تابستان، دوره ۵، شماره ۱۵، از صفحه ۵۱ تا صفحه ۷۸.
- ۲- اسدی بشتی ابراهیم، ۱۳۸۹، گردشگری سلامت و شاهراه سودآوری، نگاهی به درآمدزایی از صنعت توریسم، روزنامه ایران، شماره ۴۴۹۴، صفحه ۱۹.
- ۳- اشرفی فینی زهرا، شاهوردی امیر، آخوندی فهرودی مرضیه، ۱۳۹۰، تحلیلی از وضعیت گردشگری شهرستان دورود استان لرستان (با تاکید بر نقش اکوتوریستی منطقه آبشار بیشه)، فصل نامه جغرافیایی چشم انداز زاگرس، دوره ۳، شماره ۸، از صفحه ۲۹ تا صفحه ۵۱.
- ۴- بهرام رنجبریان، محمد زاهدی، ۱۳۹۱، شناخت گردشگری، انتشارات چهار باغ، از صفحه ۱۹۱ تا صفحه ۱۹۵.
- ۵- بهرام رنجبریان، محمد زاهدی، ۱۳۷۹، برنامه ریزی توریسم در سطح ملی و منطقه ای، جهاد دانشگاهی واحد صنعتی اصفهان، صفحه ۱۷.
- ۶- حقیقی کفاش، مهدی، ضیایی، محمود، جعفری، قاسم، ۱۳۸۴، اولویت بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری ایران، فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، شماره ۱ و ۱۲، از صفحه ۲۳ تا صفحه ۴۰.
- ۷- حیدرزاده کامبیز، چمنی فراز، بابایی مدینه، ۱۳۸۶، توریسم درمانی در ایران و جهان، طرح سازمان توسعه تجارت ایران معاونت بررسی بازار و بازاریابی دفتر بررسی بازار کالا و خدمات تهران.
- ۸- خاکی غلامرضا، ۱۳۷۸، روش تحقیق با رویکردی به پایان نامه نویسی، تهران، وزارت فرهنگ و آموزش عالی، مرکز تحقیقات علمی کشور؛ کانون انتشاراتی درایت، چاپ اول، صفحه ۴۳.
- ۹- رضوانی علی اصغر، ۱۳۷۹، جغرافیا، صنعت توریسم، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، صفحه ۱۹، ۱۸.
- ۱۰- رهنمایی محمد تقی، ۱۳۶۹، طرح جامع گردشگری استان اردبیل، جلد یک، صفحه ۲۵.
- ۱۱- دلگشایی بهرام، جباری علیرضا، فرزین محمدرضا، شعر بافچی زاده، نسرین طیبی، سید جمال الدین، ۱۳۹۱، وضعیت موجود گردشگری پزشکی (مطالعه موردی ایران)، فصلنامه پایش، شماره دوم، از صفحه ۱۷۱ تا ۱۷۹.
- ۱۲- رشیدی معصومه، رامشت محمدحسین، خوشحال دستجردی جواد، ۱۳۹۱، گردشگری سلامت در ایران (با تاکید بر رتبه بندی خواص درمانی چشمه های منتخب استان اردبیل، نشریه سلامت و بهداشت اردبیل، شماره ۱، دوره ۳، از صفحه ۴۹ تا صفحه ۵۷.
- ۱۳- سرمد زهره، بازرگان عباس و حجازی الهه، ۱۳۸۳، روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران، موسسه نشرآگه.
- ۱۴- سیف زاده بهمیری کبری، ۱۳۸۹، بررسی عوامل موثر در توسعه توریسم درمانی در بیمارستانهای شهر کرج، مجله دانشگاه پیام نور کرج، صفحه ۴۰.
- ۱۵- صدر ممتاز ناصر و آقارحیمی زهرا، ۱۳۸۹، صنعت گردشگری پزشکی در ایران؛ راهکارهایی برای توسعه، مجله اطلاعات سلامت، ویژه نامه (همت مضاعف، کار مضاعف) دوره ۷، از صفحه ۵۱۶ تا ۵۲۴.
- ۱۶- عربشاهی کریمی احمد، آریان فر مرتضی، ۱۳۹۲، گردشگری سلامت و قابلیت های گردشگری پزشکی- درمانی در ایران، فصلنامه جغرافیایی فضای گردشگری، دوره ۳، شماره ۹، از صفحه ۱۳۳ تا صفحه ۱۵۲.
- ۱۷- عطافر علی و کاظمی زهرا، ۱۳۸۷، نقش کارآفرینی در توسعه صنعت گردشگری سلامت در ایران، ارائه شده در اولین همایش ملی تعاون و کارآفرینی.
- ۱۸- فروغ قاسمی، زبیری کرامت اله، صادقی محمد، ۱۳۹۳، تحلیل کیفی و مکانی مراکز اقامتی شهر شیراز جهت توسعه گردشگری (با تاکید بر هتل ها)، جغرافیا و آمایش شهری - منطقه ای، دوره ۴، شماره ۱۱؛ از صفحه ۱ تا صفحه ۱۳.
- ۱۹- فرهادی محمد و همکاران، تهران، ۱۳۷۹، انتشارات مولف، "نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور"، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه.

- ۲۰- قدمی مصطفی، تولایی سیمین، فاطمی سید محمد مهدی، ۱۳۸۹، ارزیابی استراتژیک قابلیت های توسعه گردشگری، نشریه تحقیقات علوم جغرافیایی، جلد ۱۶، شماره ۱۹، ازصفحه ۱۱۱ تا صفحه ۱۲۸.
- ۲۱- قاسمی یاقوز آغاچ اکبر، تازه کند سید توحید و گرنامه بهزاد، ۱۳۹۲، بررسی میزان رضایت مندی اتباع خارجی کشور آذربایجان (مراجعه کننده از مرز بيله سوار به مراکز درمانی ایران) از صفحه ۲ تا ۳۰.
- ۲۲- لطیف پور نرگس، ۱۳۹۴، عدم ساماندهی بیماری مزمن گردشگری سلامت، روزنامه دنیای اقتصاد، شماره ۳۵۷۶، صفحه ۱۴.
- ۲۳- مشگینی ابوالفضل و حیدری تقی، ۱۳۸۹، ارزیابی توسعه گردشگری شهر زنجان با استفاده از مدل SWOT، فصلنامه علمی- پژوهشی فضای جغرافیایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، سال یازدهم، شماره ۳۵، صفحه ۳۷.
- ۲۴- مصطفوی حکیمه، شمسی گوشکی احسان، عباسی محمود، ۱۳۹۱، اخلاق در گردشگری سلامت، اخلاق زیستی، تابستان ۱۳۹۱، دوره ۲، شماره ۴، از صفحه ۱۶۱ تا صفحه ۱۸۰.
- ۲۵- مید ملیندا، امج میشل، ترجمه فتحی علی و همکاران، ۱۳۹۲، خلاصه جغرافیای پزشکی (۱) گروه جغرافیای پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، صفحه ۳۴.
- ۲۶- نصیری پور امیر اشکان، سلمانی لیلا، ۱۳۸۹، نقش توانمندی بیمارستان های تهران در توسعه توریسم درمانی، فصلنامه بیمارستان - سال نهم، شماره ۴ و ۳، شماره مسلسل ۳۵، از صفحه ۵۷ تا ۶۷.
- ۲۷- نوری غلامرضا و مهدی نسب مهدی، ۱۳۸۹، بررسی قابلیت های اکولوژیکی و توسعه گردشگری دریاچه گهر بر اساس مدل SWOT، مجله تالاب، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال دوم، شماره پنجم، صفحات ۵۷ تا ۶۶.
- ۲۸- نوروززاده، محمد ۱۳۸۶، اردبیل، قطب توریسم درمانی کشور، روزنامه ایران، شماره ۳۷۴۱.
- ۲۹- نیرومند کریم ۱۳۸۶. نگاهی به خاصیت و ویژگی چشم های آبگرم سرعین در استان اردبیل روز نامه تفاهم، و خبرگزاری جمهوری اسلامی.
- ۳۰- وارثی حمیدرضا، تقوایی مسعود، شاهوندی احمد، ۱۳۹۰، تحلیلی بر وضعیت زیرساخت های گردشگری در شهر اصفهان (با تاکید بر هتل ها)، مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، دوره ۲۲، شماره ۴، پیاپی ۴۴، از صفحه ۹۱ تا صفحه ۱۱۲.
- ۳۱- هزارجریبی جعفر و کرمی مهرداد، ۱۳۹۰، برنامه ریزی راهبردی گردشگری در نواحی البرز مرکزی، مجله مسکن و محیط روستا، دوره ۳۰، شماره ۱۳۶، از صفحه ۹۵ تا صفحه ۱۱۵.
- ۳۲- یعقوب زاده رحیم، ۱۳۹۲، گونه شناسی گردشگری، تهران، انتشارات جامعه شناسان، چاپ اول، صفحه ۱۸۳.
- External Resources
- ۳۳- Butler, R.W., ۲۰۲۲, Ecotourism-Hasid achieved Maturity or HAS the Bubble Burst Pacific Rim tourism. . . . . New Zealand, p۵۵.
- ۴۴- Chee Heng Leng, . . . . , Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore, Global Social Policy, p; ۶۶۶-
- ۵۵- Dallas, Texas, ۷۷۷۷, Medical Tourism, Global Competition in Health Care Devon M. Heric , NCPA Policy, No . . . . , p۴۴۴ .
- ۶۶- Churchill, G.A. Jr , ۱۹۹۹, "A paradigm for developing better measures of marketing constructs", Journal of Marketing Research, Vol. ۶۶ No. ۱, pp. ۴۴-۳۳.
- ۷۷- Gartner. John Wiley and Son, ۶۶۶۶, Tourism Development: Principles, Processes and Policies, . New York.
- ۸۸- Garcia-Altes A, ۵۵۵۵, The development of health tourism services. Annals of Tourism P. ۲۲۲-
- ۹۹- Nicola S Pocock and Kai Hong Phua, ۱۱۱۱, Medical tourism and policy implications for health systems, a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia.

- ۱۰- Wim Naude and Andrea Saayman, ۵۵۵۵, Determinants of tourist arrivals in Africa p<sup>۴</sup> ۵۵۵-۱۱۱.
- ۱۱- Young Kim, Changsan Boo, and Mincheol Kim, ۹۹۹۹, "A Framework for Health Tourism( A case study of Jeju Province in the Republic of), International CHRIE Conference-Refereed Track. P ۳۳

سایت های اینترنتی

<http://www.donyayesafar.com> پید اظطو ررر د نئننسر  
<http://www.persiangulfstudies.com> سید ییططططخخخج فف رر  
<http://www.salamatiran.com/> پیپیپه اطططررر نلالالالالالالالانین



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی