

تحلیل و بررسی موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل سازی تفسیری ساختاری (مطالعه‌ی موردی: شهرستان مشکین شهر)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶

احد نوروززاده^{*۱} مهدی حسینی^۲ مجید معتمدی^۳

۱- استادیار، گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی، ایران

۲- استادیار، گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی، ایران

۳- استادیار، گروه مدیریت صنعتی، واحد نوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، نوشهر، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر شناسایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت و همچنین طراحی و آزمون مدل مفهومی این موانع با توجه به ماهیت میان فرهنگی گردشگری پزشکی و سلامت با استفاده از مدل سازی تفسیری ساختاری می باشد. شناسایی مهمترین موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در جامعه مورد بررسی، طراحی مدل این موانع با روش مدل سازی تفسیری ساختاری و در نهایت، آزمون فرضیه های حاصل از این مدل در یک نمونه ۱۵۰ نفری، سه مرحله طی شده در این پژوهش می باشند. نتایج پژوهش نشان داد که موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت عبارتند از: نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای. همچنین به شرط جمع آوری و دسته بندی عوامل اثرگذار بر مفهوم گردشگری پزشکی و سلامت توسط مدیران تصمیم گیر در حوزه های مربوطه، این موضوع می تواند راه گشای متولیان و مسئولین حوزه سلامت کشور در ایجاد و افزایش درآمد ارزی برای کشور باشد.

واژه های کلیدی: موانع ارتباطی، گردشگری پزشکی و سلامت، مدل سازی تفسیری ساختاری.

مقدمه

صنعت گردشگری یکی از بزرگترین و متنوعترین صنایع در دنیا محسوب می‌شود. امروزه گردشگری یکی از مسائل مهم و مؤثر اقتصادی و از عوامل مهم و برجسته ارتباطی، اجتماعی و فرهنگی در سطح جهان محسوب می‌شود (اسعدی و همکاران، ۱۳۹۹، ۲۷۸). واژه گردشگری در کشورهای توسعه‌یافته از قرن نوزدهم و به ویژه از اوایل قرن بیستم که وسایل حمل و نقل سریع جایگزین وسایل قدیمی شد از معنایی فردی به سوی کلیتی جمعی برای سفر تغییر ماهیت داد. در عین حال، به دلیل اینکه در روند و جریان فعالیتهای گردشگری فعالیتهای اقتصادی مختلفی همچون حمل و نقل، ساخت انواع وسایل نقلیه، ساخت انواع وسایل صید و شکار تا جاده‌سازی، صنایع غذایی، سلامت، صنایع بسته‌بندی و صنایع دستی و نظیر آن مورد نیاز است واژه صنعت به عنوان پیشوند واژه گردشگری به کار می‌رود (پاپلی یزدی و سقایی، ۱۳۹۰: ۱۸). بسیاری از کشورها این صنعت پویا را منبع اصلی کسب درآمد، سودآوری، اشتغال‌زایی و رشد برای بخش خصوصی می‌دانند و چه بسا از درآمدهای حاصل از این بخش به رشد اقتصادی و توسعه دیگر بخش‌های کشور نیز دست یافته‌اند. گردشگری از معدود بخش‌هایی است که زمینه‌ی مناسبی را برای کسب سود برای تمامی کشورهای جهان، چه توسعه‌یافته و چه در حال توسعه، فراهم کرده است و به همین دلیل از گردشگری به صنعت تعبیر شده و بعد از صنعت نفت و خودرو به عنوان صنعت سوم درآمدساز دنیا شناخته می‌شود (مسعودی‌اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۲). صنعت گردشگری به طور مستقیم و یا غیرمستقیم حدود ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی جهان را تشکیل می‌دهد و تقریباً ۲۲۲ میلیون شغل را در سراسر جهان پشتیبانی می‌کند (Huang and Coelho, 2017: 510). در بررسی روند رو به رشد گردشگری سلامت تعداد گردشگران پزشکی به همه کشورها در سال ۲۰۱۷ حدود ۱۴-۱۶ میلیون نفر برآورد شده است و انتظار می‌رود تعداد گردشگران پزشکی در جهان ۲۵ درصد در سال افزایش یابد (Dalen and Alpert, 2019: 9). یکی از شاخه‌های مهم صنعت گردشگری که از زمان‌های قدیم مرسوم بوده و امروزه همگام با پیشرفت فناوری و علوم از جایگاه مهم‌تری نسبت به سابق برخوردار شده است گردشگری پزشکی و سلامت می‌باشد. گردشگری پزشکی به مثابه شکل جدیدی از بازار در صنعت گردشگری است که در سالهای اخیر به طور فزاینده‌ای رشد پیدا کرده است (Jutamas and Ilian, 2011: 95). گردشگری سلامت یکی از انواع گردشگری است که از گذشته در اروپا، در زمان (روم باستان و یونان) وجود داشته است و بعد به سایر نقاط دنیا گسترش یافت. در دوران باستان افراد دچار بیماریهای تنفسی - رماتیسمی به منظور بهبودی به مناطق دارای آب‌های گرم و معدنی می‌رفتند و برای آب تنی و نوشیدن آب چشمه‌های معدنی و یا ماندن در لجن‌های طبی به چشمه‌ها مراجعه می‌کردند (حسینی‌نژاد و دریاباری، ۱۳۹۶: ۵۷). امروزه جهانی‌شدن خدمات بهداشتی به رشد شاخه‌ی جدیدی از گردشگری پزشکی بنام گردشگری سلامت منجر شده است (بدیعی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۶). گردشگری سلامت به عنوان یکی از بخش‌های رو به رشد و شایان توجه حوزه‌ی گردشگری، با عطف نظر به شاخص‌های مهمی از جمله اشتغال، کارآفرینی، رشد اقتصادی، بهبود فضای کسب و کار، کاهش وابستگی بودجه‌ی دولت به نفت و جذب سرمایه‌های داخلی و خارجی، می‌تواند از زیربناهای مهم تحقق اقتصاد مقاومتی در کشور باشد (واعظی و همکاران، ۱۳۹۶: ۶۴۱). همچنین ساخت تسهیلات پذیرش گردشگری سلامت، می‌تواند وضعیت فیزیکی و اقتصادی - اجتماعی و

زیرساخت‌های منطقه و همچنین فعالیت‌های مرتبط با گردشگری را که عملکرد درمانی از آن پدید آمده است، به طور مثبت تغییر دهد. به عنوان مثال، درک مردم از مزایای رفاهی منطقه می‌تواند سیاست‌های حامی محیط زیست را تشویق کند (Kelly, 2018: 225). از دیدگاه سازمان جهانی گردشگری، مسافرت افراد از محل دائم زندگی خود به منظور حفظ، بهبود و کسب سلامت روحی و جسمی را که به مدت بیش از ۲۴ ساعت صورت می‌گیرد، گردشگری سلامت می‌نامند (World Tourism Organization, 1995).

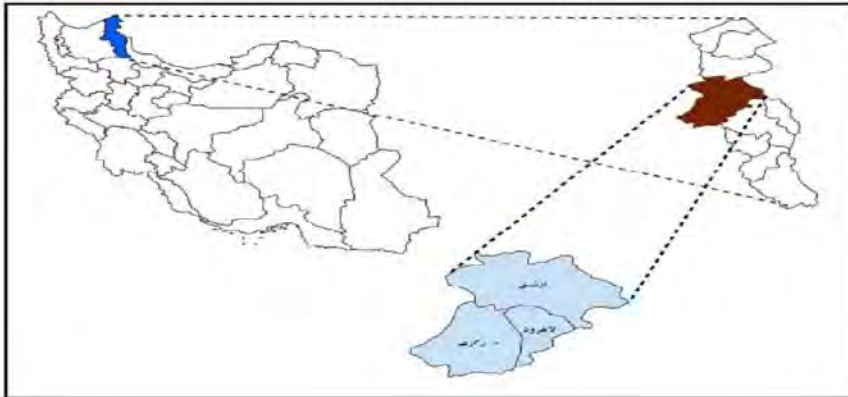
گردشگری سلامت مفهوم گسترده‌ای است که موارد مختلفی را در بر می‌گیرد. یکی از مهمترین بخشهای گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی و سلامت می‌باشد که مقصود از آن سفر به مکان‌های دیگر به منظور استفاده از خدمات پزشکی و درمانی آن مکان‌ها می‌باشد (نصیری‌پور و سلمانی، ۱۳۸۹: ۵۸). گردشگری سلامت عبارت است از سفر افراد به کشورهای دیگر به منظور دریافت خدمات سلامت که اغلب با گذراندن اوقات فراغت همراه می‌شود و دلیل انجام این کار فهرست‌های انتظار طولانی در کشورهای توسعه‌یافته و هزینه پایین دریافت خدمات مراقبت سلامت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. امروزه گردشگری سلامت شامل مفاهیم دیگری مانند روانپزشکی، مراقبتهای بهبودی و حتی مراقبتهای پس از فوت بستگان است (Lee and Fernando, 2015: 60). به بیان دیگر توریسم سلامت شامل افراد و گروههایی است که برای استفاده از تغییر آب و هوا (با هدف پزشکی و درمانی) یا استفاده از آبهای معدنی، گذران دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (مروتی شریف‌آبادی، ۱۳۹۲: ۳۴). گردشگری سلامت دارای دو شاخه است: شاخه اول مفهوم گردشگری پزشکی به منظور بهبودی است که در آن خدمات پزشکی همراه با خدمات درمانی اعمال می‌شود، مانند خدمات توانبخشی- درمانی. شاخه دوم گردشگری تندرستی است؛ هنگامی که فرد برای جلوگیری از بیماری‌هایی در آینده، مراقبتهایی را انجام می‌دهد و روشهایی را برای کاهش استرس و بیماری‌های روانی به کار می‌برد، مانند طبیعت‌گردی، مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آبگرم برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی (دهقان و همکاران، ۱۳۹۹: ۵۲۰). به عبارت دیگر گردشگری سلامت به مفهوم مسافرت به منظور ارتقاء سلامت و رفاه بیماران از طریق فعالیتهای جسمانی، روانی و یا معنوی است (Ulanova, 2015: 4). وجود مکان‌هایی با ویژگیهای مختلف همانند چشمه‌های آب گرم، مکانهای یوگا، مناطق روستایی، مناطق ساحلی و دریا، میراث طبیعی و محیط‌های حیات‌وحش که گفته می‌شود باعث بهبودی می‌شوند باعث افزایش تمایل به گردشگری سلامت شده است. البته ویژگی‌های مکان‌های دارای جاذبه گردشگری سلامت محدود به این موارد نمی‌شود و شامل موارد بسیار دیگری نیز می‌شود (Huang and Xu, 2018: 25). در قرن هجدهم تا بیستم، بیماران ثروتمند از کشورهای در حال توسعه به مراکز درمانی کشورهای توسعه‌یافته سفر می‌کردند، اما این روند در اواخر قرن بیستم شروع به معکوس شدن کرد و کشورهای در حال توسعه شروع به رقابت شدیدی به منظور جذب گردشگر سلامت کرده‌اند، به طوری که گردش مالی این صنعت در جهان نزدیک به ۵۵ میلیارد دلار هست که این مقدار سالانه ۲۰ درصد افزایش پیدا می‌کند و سهم سالانه کشور ایران بین ۴۰۰ تا ۵۰۰ میلیون دلار برآورد شده است. سرمایه‌گذاری در این بخش می‌تواند به تداوم رشد، افزایش درآمد و اشتغال در صنایع مرتبط منتهی شده و در نتیجه تقویت بخش سلامت را به دنبال داشته باشد (Gola, 2015: 9). برآورد شده است هر گردشگر سلامت، به اندازه‌ی سه برابر یک گردشگر معمولی موجب ارزآوری می‌شود (دلگشایی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۳). عملکرد درمانی مرتبط

با یک مکان برای گردشگری سلامت نیز بسیار مهم است، در حالی که گفته می‌شود گردشگری سلامت تأثیر عمیقی بر چشم‌انداز مقصد در ابعاد اقتصادی، زیست محیطی، اجتماعی و فرهنگی دارد (Comerio and Strozzi, 2019: 109).

در حال حاضر با توجه به شرایط عامل و تقاضای مطلوب، ایران از مزایای متعددی برای تبدیل به کشور پیشرو در گردشگری پزشکی در سطح منطقه برخوردار است (تقی‌زاده یزدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱). بر اساس رده‌بندی‌های صورت گرفته، ایران در میان کشورهای برتر جذب‌کننده گردشگر پزشکی جایگاهی ندارد. در واقع ایران در این صنعت جایگاه خود را بازنیافته است و گام‌های نخستین را طی می‌کند (آرامش و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۳۹). در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ایران نیز در زمینه بهداشت و درمان، حضور فعال در بازارهای جهانی با اهداف اشتغال‌زایی، رشد کیفی در بخش سلامت کشور، نزدیک شدن به استانداردهای جهانی، کسب درآمد و ارزآوری، حمایت از رشد اقتصادی در کشور و تبدیل شدن به قطب گردشگری سلامت منطقه در نظر گرفته شده است. با توجه به اینکه اقتصاد کشور ایران عمدتاً متکی به نفت است، لزوم توجه به گردشگری سلامت دوچندان می‌گردد و از طرفی نیز کشور ایران با دارا بودن آب‌وهوای مطبوع، جاذبه‌های گردشگری فراوان، مراکز درمانی مدرن و به همراه نیروی انسانی متخصص دارای شهرت جهانی، محیط مناسب برای کشورهای مسلمان، تقاضای بالای بیماران کشورهای منطقه برای جراحی‌های زیبایی، برتری در زمینه سلول‌های بنیادی، ترمیم ضایعات نخاعی و درمان ناباروری، از پتانسیل نسبتاً مناسبی در این زمینه برخوردار است. در مجموع می‌توان گفت که با توجه به محدود بودن بودجه نظام سلامت، سهم پایین بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی، افزایش هزینه‌های نظام سلامت، بدهی صندوق‌های بیمه‌ای و فشار روزافزون به بیمارستان‌ها در راستای کنترل هزینه‌ها، درآمدزایی و مستقل شدن، به نظر می‌رسد که فعالیت مراکز درمانی کشور در سطح بین‌المللی و در راستای جذب گردشگر سلامت گام مهمی در راستای رونق اقتصاد سلامت کشور خواهد بود. اما اقدامات انجام‌گرفته در این راستا باید سرعت بیشتری به خود بگیرد و از طرفی در کنار همه مزایای اشاره شده، بهتر است به تهدیدهای مهمی که در این زمینه متوجه کشور است در مطالعه‌ای جامع پرداخته شود (برای مثال ورود گردشگران سلامتی که از سایر نقاط دنیا یک بیماری خاص بومی یا آندمیک را با خود به همراه آورده و امکان شیوع آن در کشور وجود داشته باشد). در نهایت باید خدمات ارائه شده به گردشگران خارجی تعرفه‌ای متفاوت از گیرندگان داخلی خدمات داشته باشد و تحلیل این موضوع با مشورت اقتصاددانان سلامت انجام گیرد (شیخی، ۱۳۹۹: ۹). با توجه به اهمیت فزاینده‌ی این صنعت و سودآوری فوق‌العاده‌ی آن و همچنین به دلیل موقعیت و شرایط ایده‌آل ایران چه از لحاظ فناوری و علم پزشکی موجود در ایران و چه از لحاظ موقعیت جغرافیایی و همسایه‌های ایران، پرداختن به بررسی و پژوهش در زمینه عوامل تسهیل‌کننده و همچنین موانع ارتباطی و فرهنگی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران امری به واقع حیاتی می‌باشد که برای این منظور در این پژوهش منطقه مشکین‌شهر در استان اردبیل مورد مطالعه قرار گرفته است.

مشکین‌شهر در شمال غربی ایران و یکی از شهرستانهای استان اردبیل است که در ۸۳۹ کیلومتری تهران واقع شده است. همانطوری که در شکل ۱ مشاهده می‌شود این شهرستان در ۳۸°۱۲' عرض شمالی و ۴۷°۱۵' تا ۴۸°۱۴' طول شرقی واقع شده و تا سال ۱۳۷۲ جزء محدوده‌ی اداری سیاسی استان آذربایجان

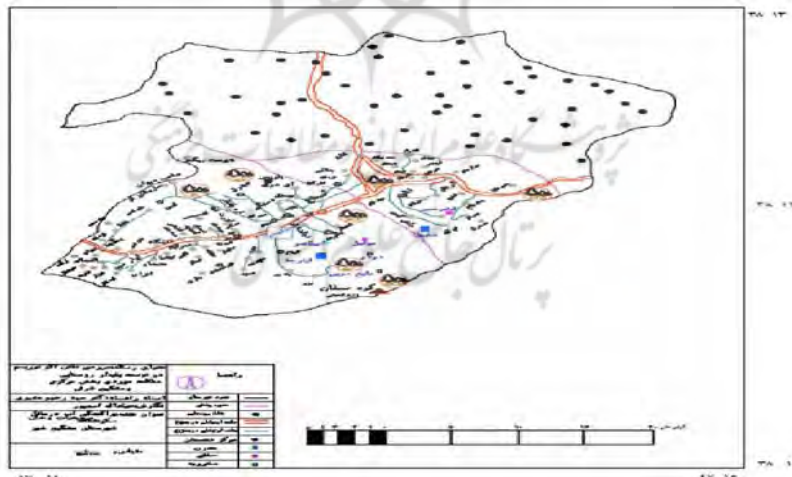
شرقی بوده و در سال ۱۳۷۲ با تصویب مجلس شورای اسلامی جزء محدوده‌ی اداری سیاسی استان اردبیل قرار گرفت (اسدیپور و مشیری، ۱۳۸۷: ۱۲).



شکل ۱. موقعیت استان اردبیل، شهرستان مشکین‌شهر و بخش‌های تابعه

منبع: ضرابی و اسلامی، ۱۳۹۰

آب و هوای این شهرستان معتدل کوهستانی است و دمای هوا در طول سال بین ۳۰- و ۳۰+ درجه سانتیگراد متغیر است. کوه سبلان در ۲۵ کیلومتری این شهر واقع شده است. اورامی، وراوی، خیاو و پشگین‌شهر، اسامی قدیمی این شهر بوده‌اند. از نظر اکوتوریستی نیز شهرستان مشکین‌شهر دارای قابلیت‌های فراوانی است که در شکل ۲ مشخص شده است.



شکل ۲. نقشه مشکین‌شهر به همراه جاذبه‌های گردشگری منطقه

منبع: اسدیپور و مشیری، ۱۳۸۷

وجود کوه سبلان و چشمه‌های آبگرم معدنی، رودخانه‌های فراوان، مراتع سرسبز، جنگلهای طبیعی، دریاچه‌ها و تالاب‌ها و دره‌های عظیم با سنگ‌افراشته‌ها و صخره‌های بسیار جالب، چشم‌اندازی زیبا به شهرستان مشکین‌شهر بخشیده است. این شهرستان از نظر جاذبه‌ها و آثار تاریخی نیز بسیار غنی و دارای بیش از ۶۰۰ اثر تاریخی است. از مهمترین جاذبه‌های اکوتوریستی شهرستان می‌توان به آبگرم قینرجه،

شابیل، موئیل، قله‌ی سبلان و دریاچه‌ی سلطان ساوالان، ییلاقات شاهسون، پارک جنگلی، زیستگاه‌ها و دره‌های عظیم مانند شیروان درّه و تالاب‌ها و دریاچه‌های متعدد اشاره کرد. این شهرستان در بهار و تابستان یکی از پرجاذبه‌ترین شهرستان‌های استان است. آب‌های گرم معدنی این شهرستان بیشترین جمعیت گردشگر را در شهرستان جذب می‌کنند. همه روزه، بخصوص در فصل بهار و تابستان می‌توان گردشگران زیادی را در این مکان‌ها مشاهده کرد (ضرابی و اسلامی، ۱۳۹۰: ۴۱).

پژوهش‌هایی که زمینه گردشگری پزشکی و سلامت صورت گرفته است بیشتر سعی در نمایان کردن وضعیت جاری داشته‌اند و در نهایت به عوامل تسهیل‌کننده این صنعت پرداخته‌اند و کمتر به مشکلات و موانع موجود در این زمینه اشاره شده است. پژوهش‌های کمی در زمینه موانع توسعه گردشگری پزشکی و سلامت صورت گرفته است و آنهایی هم که سعی در ورود به این زمینه داشته‌اند عمدتاً به بررسی موانع ساختاری پرداخته‌اند. برای نمونه، گارسیا آلتز موانع ذیل را برای گردشگری پزشکی و سلامت برشمرده است: محدودیت در ورود ارائه‌کننده‌های خدمات سلامت خارجی، محدودیت سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش سلامت، محدودیت‌های مربوط به قوانین بیمه‌ای، محدودیت‌های قانونی در زمینه پیگیری خطاهای پزشکی، محدودیت‌های زیرساختی، منابع مالی و انسانی، افزایش رقابت در این صنعت (جباری، ۱۳۸۷: ۷۹). پژوهش حاضر شاید یکی از اولین نمونه‌هایی باشد که پا را فراتر نهاده و به بررسی مقوله‌های رفتاری مرتبط با گردشگری پزشکی و سلامت پرداخته است. گردشگری پزشکی و سلامت جدای از همه موارد ذکر شده، مقوله‌ای میان فرهنگی می‌باشد و بنابراین به هنگام منعقدشدن آن، دو فرهنگ که شاید بیگانه هم باشند، به هم می‌رسند و در آن زمان و مکان مدیریت مقوله‌های رفتاری امری لازم می‌باشد. ارتباطات یکی از مهمترین مقوله‌های رفتاری است که در یک محیط چند فرهنگی نقشی حیاتی را ایفا می‌کند (حسینی و اسعدی، ۱۳۹۳: ۸۰). بر مبنای ضرورت احساس شده، در تحقیق حاضر به بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت پرداخته شده تا شاید بستری فراهم شود که گامی هر چند کوچک در ارتقاء کارآفرینی استان و منطقه در راستای افزایش درآمدهای غیرنفتی کشور برداشته شود.

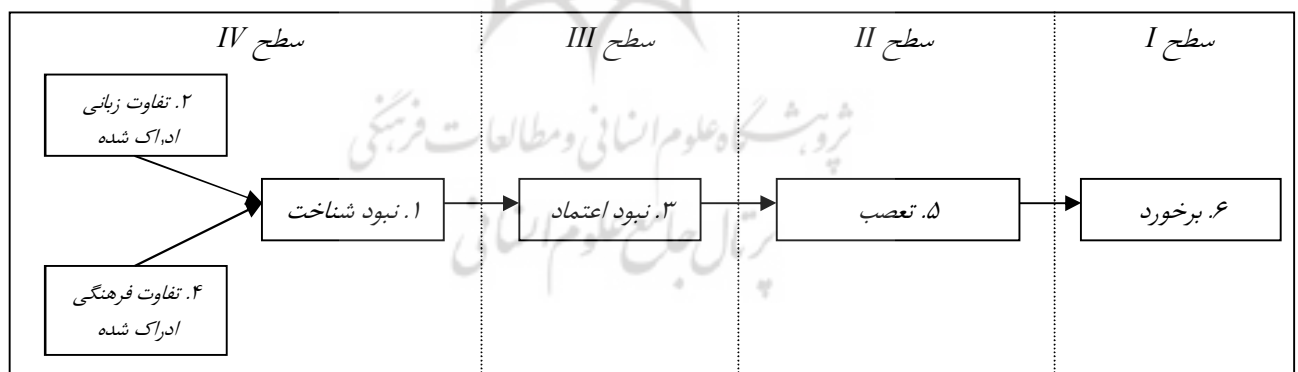
روش بررسی

در مقاله حاضر به منظور شناسایی مهم‌ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در شهرستان مشکین‌شهر، طراحی مدل این موانع و آزمودن فرضیه‌های مبتنی بر این مدل در بین اعضای نمونه، چندین مرحله طی شده است و هر کدام از مراحل نیز شامل تعدادی مرحله فرعی می‌باشد که به منظور تکمیل مراحل اجرا شده‌اند. مراحل مذکور و توضیحات تشریحی آنها عبارتند از:

مرحله ۱- شناسایی مهم‌ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران: به منظور اجرای این مرحله، چهار مرحله فرعی طی شده است. در مرحله فرعی اول از طریق تحقیقات و مطالعات کتابخانه‌ای به شناسایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت که در پژوهش‌های پیشین به آنها اشاره شده بود پرداخته شد. در مرحله فرعی دوم از طریق مصاحبه‌های باز پاسخ با ۱۰ پزشک متخصص، ۳۰ پرستار، ۱۵ منشی مطب پزشکان و ۱۰ دانشجوی سال آخر پزشکی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران شناسایی شد. طی مرحله فرعی سوم، از طریق مشاوره با اساتید دانشگاه (گروه‌های آموزشی مدیریت

و پزشکی) بر مبنای موانع شناسایی شده طی مراحل فرعی اول و دوم، فهرستی از موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران تهیه و در نهایت طی مرحله فرعی چهارم، از طریق توزیع پرسشنامه بین گروه دیگری از اساتید دانشگاه از آنها خواسته شد درجه اهمیت هر کدام از موانع فهرست تهیه شده در مرحله سوم را بر حسب مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) تعیین کنند.

مرحله ۲- طراحی مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران با استفاده از مدل‌سازی تفسیری ساختاری: روش مدل‌سازی تفسیری ساختاری (ISM) کمک می‌کند تا نظم و جهت را به پیچیدگی روابط مابین المان‌های یک سیستم وارد کنیم. همچنین این روش یک فن مدل‌سازی می‌باشد، به این دلیل که روابط و ساختار شناسایی و استخراج شده در نهایت به صورت یک مدل گرافیکی ارائه می‌شود (Sage, 1977: 93). به عبارت دیگر رویکرد ISM، روشی مبتنی بر نظر خبرگان است و تعداد خبرگان پیشنهاد شده برای این روش بین پنج تا پانزده نفر است. روش مدل‌سازی تفسیری ساختاری دارای ۵ گام اصلی می‌باشد که عبارتند از: تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری، تشکیل ماتریس دست‌یابی اولیه، تشکیل ماتریس دست‌یابی نهایی، تعیین سطح و اولویت متغیرها و ترسیم مدل ساختاری تفسیری (منصوریار و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۵). در تحقیق حاضر پیاده‌سازی این گام‌ها به منظور طراحی مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران صورت گرفته است. گام اول شناسایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران می‌باشد. گام دوم تهیه ماتریس خودتعاملی ساختاری می‌باشد. در گام سوم ماتریس خودتعاملی ساختاری به ماتریس دسترسی تبدیل می‌شود. در گام چهارم از طریق ماتریس دسترسی بدست‌آمده در گام قبلی، جدول سطح‌بندی تهیه می‌شود. در گام پنجم مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران به صورتی که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، حاصل شده است.



نمودار ۱. مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت

منبع: یافته‌های حاصل از مصاحبه

مرحله ۳- آزمون فرضیه‌های مدل مفهومی از طریق اجرای پیمایش پرسشنامه‌ای: در مرحله ۳ به منظور بررسی مدل طراحی شده در مرحله قبل، از پیمایش پرسشنامه‌ای استفاده شده است. همانطور که از نمودار ۱ مشخص است با پنج فرضیه روبرو هستیم که عبارتند از:

فرضیه ۱: در یک بافت میان‌فرهنگی، تفاوت زبانی ادراک شده مثبتی بر روی نبود شناخت دارد.

فرضیه ۲: در یک بافت میان‌فرهنگی، تفاوت فرهنگی ادراک شده تأثیر مثبتی بر روی نبود شناخت دارد.

فرضیه ۳: در یک بافت میان فرهنگی، نبود شناخت تأثیر مثبتی بر روی نبود اعتماد دارد.

فرضیه ۴: در یک بافت میان فرهنگی، نبود اعتماد تأثیر مثبتی بر روی تعصب دارد.

فرضیه ۵: در یک بافت میان فرهنگی، تعصب تأثیر مثبتی بر روی برخورد کلیشه‌ای دارد.

جامعه‌ی آماری پیمایش پژوهش حاضر شامل دو گروه از افراد می‌شود. گروه اول بیماران هستند که از مناطق مختلف برای درمان به شهرستان مشکین‌شهر وارد می‌شوند و گروه دوم شامل پزشکان، پرستاران و منشی‌های مطب‌های خصوصی پزشکان هستند که در ارتباط مستقیم با این بیماران قرار دارند. انتخاب نمونه از میان اعضای این جامعه به صورت تصادفی ساده صورت گرفته است و در نهایت ۱۵۰ پرسشنامه به صورت فرد به فرد توزیع و جمع‌آوری شده است. همانطور که از مدل مفهومی توسعه‌یافته در مرحله ۲ مشخص است، شش متغیر در پژوهش حاضر وجود دارد. روایی پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه با متخصصین، اساتید دانشگاه و کارشناسان خبره و انجام اصلاحات در صورت لزوم حاصل شد تا اطمینان حاصل شود که پرسشنامه‌ها همان خصیصه‌ای را که مورد نظر است می‌سنجد. جدول ۱ و ۲ نتایج حاصل از پایایی پرسشنامه‌های مورد استفاده را نشان می‌دهند.

جدول ۱. مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراج شده متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE	پایایی اشتراکی	نتیجه
تفاوت زبانی ادراک شده	۰/۸۷۲	۰/۹۴۰	۰/۶۱۳	۰/۸۷۲	برقراری پایایی و روایی
تفاوت فرهنگی ادراک شده	۰/۹۸۱	۰/۹۶۰	۰/۶۲۸	۰/۸۲۵	برقراری پایایی و روایی
نبود شناخت	۰/۸۵۷	۰/۸۹۳	۰/۶۵۹	۰/۸۳۱	برقراری پایایی و روایی
نبود اعتماد	۰/۸۲۷	۰/۸۸۲	۰/۶۲۵	۰/۸۶۲	برقراری پایایی و روایی
تعصب	۰/۹۲۷	۰/۸۶۷	۰/۷۱۲	۰/۸۷۳	برقراری پایایی و روایی
برخورد کلیشه‌ای	۰/۹۱۲	۰/۹۲۲	۰/۶۸۲	۰/۸۴۶	برقراری پایایی و روایی

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به مقادیر جدول و با توجه به این که مقادیر پایایی کرونباخ و ترکیبی و اشتراکی بالای ۰/۷ و مقدار AVE بالای ۰/۵ بدست آمده نشان می‌دهد پایایی و روایی پرسشنامه مورد تأیید است.

جدول ۲. ماتریس سنجش روایی واگرا به روش فورنل و لارکر

متغیرهای پژوهش	MCV	ASV	CR	۱	۲	۳	۴	۵	۶
تفاوت زبانی ادراک شده	۰/۶۲۵	۰/۵۲۴	۰/۷۵۲	۰/۷۵۸					
تفاوت فرهنگی ادراک شده	۰/۵۴۹	۰/۵۲۳	۰/۶۲۹	۰/۵۹۶	۰/۷۹۸				
نبود شناخت	۰/۶۸۲	۰/۵۸۷	۰/۵۶۴	۰/۵۲۹	۰/۵۸۶	۰/۸۵۴			
نبود اعتماد	۰/۶۴۲	۰/۵۴۸	۰/۶۲۵	۰/۵۹۸	۰/۵۷۲	۰/۵۶۸	۰/۸۷۲		
تعصب	۰/۶۵۲	۰/۵۵۲	۰/۵۸۸	۰/۶۴۲	۰/۶۲۱	۰/۵۷۷	۰/۵۴۳	۰/۸۲۹	
برخورد کلیشه‌ای	۰/۷۱۱	۰/۵۸۰	۰/۶۷۳	۰/۵۴۲	۰/۵۷۹	۰/۵۲۸	۰/۶۱۴	۰/۵۴۹	۰/۸۴۲

منبع: یافته‌های پژوهش

بررسی روایی واگرا به روش فورنل لارکر به وسیله ماتریس همبستگی صورت می‌پذیرد که یک مؤلفه در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها، باید تمایز بیشتری را در بین مشاهده پذیرهای خودش داشته باشد تا بتوان گفت مؤلفه مدنظر روایی واگرای بالایی دارد. جذر روایی همگرا هر مؤلفه (پررنگ شده) باید بیشتر از حداکثر همبستگی آن مؤلفه با مؤلفه‌های دیگر باشد که اعداد مندرج نشان از روایی واگرای مناسبی در روش فورنل و لارکر است. به منظور آزمون فرضیات، ابتدا از آزمون همبستگی جهت سنجش وجود رابطه بین متغیرها و همچنین میزان این رابطه استفاده شده است که نتایج آن مطابق جدول ۳ می‌باشد. سپس از رگرسیون خطی ساده استفاده شده است تا مدل ریاضی بین هر کدام از دو متغیرهای هر کدام از فرضیه‌ها تعیین و در مورد قابلیت تعمیم نتایج به جامعه که همان رد یا تأیید فرضیات است، تصمیم‌گیری شود (جدول ۴). تحلیل‌های صورت گرفته در زمینه آزمون همبستگی و رگرسیون از طریق نرم افزار SPSS 15 صورت گرفته است.

جدول ۳ - نتایج آزمون همبستگی

sig	R ²	ضریب همبستگی	متغیرها	
۰/۰۰۰	۰/۲۹	۰/۵۴۷	نبود شناخت	تفاوت زبانی ادراک شده
۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۶۲۴	نبود شناخت	تفاوت فرهنگی ادراک شده
۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۶۵۱	نبود اعتماد	نبود شناخت
۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۴۹۸	تعصب	نبود اعتماد
۰/۰۰۰	۰/۰۶	۰/۲۵۴	برخورد کلیشه‌ای	تعصب
۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۴۱۷	برخورد کلیشه‌ای	نبود اعتماد

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۴ - نتایج تحلیل رگرسیون

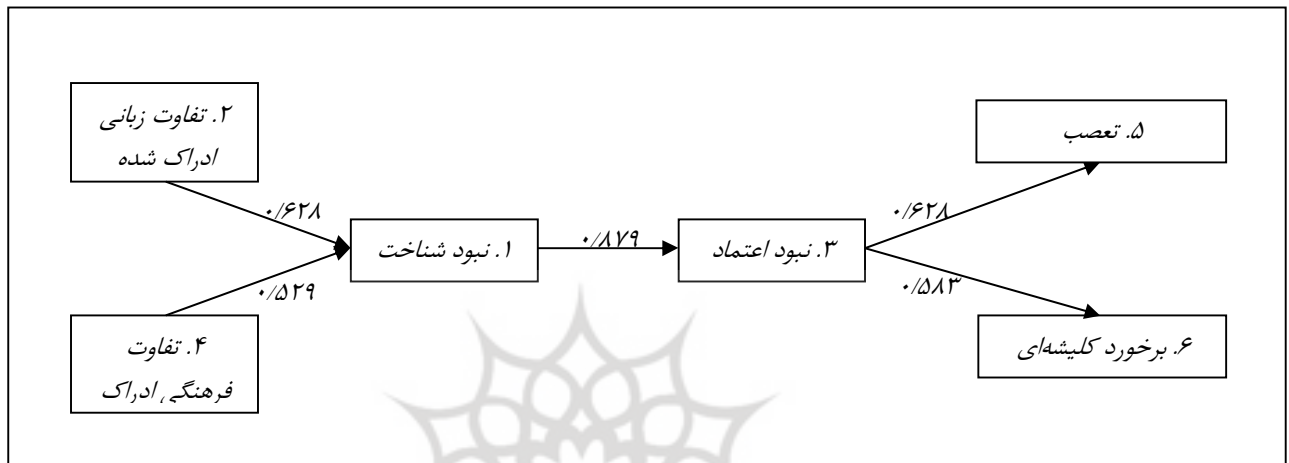
رد یا تأیید	sig	ضریب β	متغیر وابسته	متغیر مستقل	فرضیه
تأیید	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	نبود شناخت	تفاوت زبانی ادراک شده	۱
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۵۲۹	نبود شناخت	تفاوت فرهنگی ادراک شده	۲
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹	نبود اعتماد	نبود شناخت	۳
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۶۲۸	تعصب	نبود اعتماد	۴
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲	برخورد کلیشه‌ای	تعصب	۵
تأیید	۰/۰۰۰	۰/۵۸۳	برخورد کلیشه‌ای	نبود اعتماد	جایگزین ۵

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج و بحث

تحقیق حاضر شامل سه مرحله مرتبط به هم بوده است. مرحله اول شامل شناسایی مهم‌ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران بوده است. در مرحله دوم مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران با استفاده از روش مدل‌سازی تفسیری ساختاری (ISM) بر مبنای

موانع شناسایی شده در مرحله اول طراحی شد (نمودار ۱). در مرحله سوم بر مبنای مدل طراحی شده در مرحله دوم فرضیه‌های تحقیق (شش فرضیه) را تدوین و با استفاده از پیمایش پرسشنامه‌ای، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین تمامی متغیرهایی که در هر فرضیه وجود دارند، همبستگی مثبتی وجود دارد و در ضمن با توجه به اینکه در تمامی موارد سطح معنی‌داری بدست آمده (sig) کوچکتر از ۰/۰۱ است، پس با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین تمامی متغیرهای فرضیه‌ها رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه مدل نهایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران مطابق با نمودار ۲ می‌باشد.



نمودار ۲. مدل مفهومی نهایی تأییدشده

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی: کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی یعنی اینکه سؤالات هر متغیر به درستی توانسته‌اند متغیر متناظرشان را در یک مدل اندازه‌گیری (بیرونی) مورد سنجش قرار دهند. روش سنجش کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی از طریق آزمون ویژه‌ای به نام روایی متقاطع شاخص اشتراکی است. جدول ۵ کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۵. بررسی کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی

متغیر	مقدار
تفاوت زبانی ادراک شده	۰/۴۵۸
تفاوت فرهنگی ادراک شده	۰/۳۹۹
نبود شناخت	۰/۳۹۷
نبود اعتماد	۰/۳۸۹
تعصب	۰/۴۱۵
برخورد کلیشه‌ای	۰/۴۲۵

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به مقاله‌ی (هیر، ۲۰۱۶) و (هنسلر، ۲۰۱۴): کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی با سه عدد ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ مقایسه می‌شود که به ترتیب ضعیف و متوسط و قوی می‌باشند. با توجه به نتایج جدول کلیه ضرایب کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی در حد قوی ارزیابی می‌شوند.

نتیجه‌گیری

تحقیقات مختلفی در زمینه عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران و جهان صورت گرفته است. ولی آنچه که در عمده این تحقیقات از قلم افتاده است، توجه به مقوله‌های رفتاری و به طور خاص بحث ارتباطات و تأثیر آن بر توسعه گردشگری پزشکی و سلامت می‌باشد. تحقیق حاضر طی مراحل و گام‌های متعدد درصدد شناسایی مهم‌ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران و ارائه مدلی بومی برای این موانع بوده است. طی مرحله اول از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و پیمایش پرسشنامه‌ای شش مانع (نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه‌ای) به عنوان مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری درمانی در ایران شناسایی شد. البته حوزه پیمایشی این تحقیق فقط شهرستان مشکین‌شهر بوده است و می‌توان این تحقیق را در تمامی استانها، مخصوصاً استانهای مرزی و در مقیاسی وسیعتری در کل کشور اجرا کرد و با رعایت فرآیند طی شده، به مدلی جامع برای کل کشور دست یافت. نتیجه حاصل از مرحله اول بر اهمیت متغیر نبود شناخت تأکید کرده و در اولین نظر این متغیر را به عنوان مهم‌ترین مانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران معرفی می‌کند. در مرحله دوم با اجرای مدل سازی تفسیری ساختاری بر روی شش مانع شناسایی شده در مرحله اول، مدل مفهومی موانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران طراحی گردید. آنچه که می‌توان از آن به عنوان نتیجه مرحله دوم یاد کرد در نمودار ۱ قابل مشاهده می‌باشد. نمودار مذکور گویای این مطلب است که متغیر نبود شناخت به غیر از دو متغیر تفاوت زبانی ادراک شده و تفاوت فرهنگی ادراک شده، بر روی هر سه متغیر دیگر اثر دارد. به نظر می‌رسد آنچه که از مرحله اول و دوم بدست آمد بسیار راه‌گشا باشد ولی باید مدل مفهومی حاصل از مرحله دوم در یک بافت میان‌فرهنگی و توسط پاسخ‌دهنده‌هایی که این مدل در مورد آنها طراحی شده بود، مورد آزمون قرار می‌گرفت. لذا، فرضیه‌های مبتنی بر مدل مفهومی طی یک پیمایش پرسشنامه‌ای مورد آزمون قرار گرفت. در نتیجه اجرای مرحله سوم تمامی فرضیه‌ها تأیید شد. در تأیید نتایج مرحله ۱ و ۲ باید گفت نتایج آزمون همبستگی و رگرسیون در مرحله ۳ نیز موید تأثیر بالای متغیر نبود شناخت در مدل مفهومی می‌باشد. به طوری که بالاترین ضریب همبستگی و ضریب تعیین متعلق به رابطه نبود شناخت با نبود اعتماد می‌باشد. در حقیقت باید گفت متغیر نبود شناخت همانطور که نتایج سه مرحله تأیید می‌کند کلیدی‌ترین مانع ارتباطی توسعه گردشگری پزشکی و سلامت در ایران می‌باشد. با در نظر داشتن این نتیجه پیشنهادها زیر قابل ارائه می‌باشد:

- همانطور که نتایج نشان می‌دهند یکی از مقوله‌های اساسی که در بالابردن شناخت باید به آنها توجه کرد، زبان می‌باشد. به منظور کاهش تأثیر تفاوت‌های زبانی و بالابردن شناخت می‌توان از راهکارهای متنوعی استفاده کرد. استفاده از تبلیغات به زبان خود گردشگران درمانی در کشور خودشان می‌تواند در جذب آنها بدون توجه به تفاوت زبانی‌شان مفید باشد. استفاده از تبلیغات و بسته‌های راهنمایی در مورد

تمامی امکانات داخلی برای گردشگران به زبان بین‌المللی (انگلیسی) و یا زبان خود آنها، که به محض ورود به کشور در اختیار آنها قرار می‌گیرد، دغدغه ذهنی آنها را نسبت به تفاوت زبانی کاهش می‌دهد. استفاده از علایم راهنمایی در خیابان‌ها و مراکز عمومی به زبان بین‌المللی (انگلیسی) و همچنین یک یا چند زبان مربوط به گردشگران عمده راهکار دیگر برای کاهش اثر تفاوت زبانی می‌باشد. علاوه بر تمام موارد ذکر شده، در مکان‌هایی که گردشگران درمانی بیشترین حضور را دارند مانند بیمارستان‌ها، مطب‌های خصوصی، داروخانه‌ها، هتل‌ها و مراکز خرید، باید از نیروی انسانی حرفه‌ای مسلط به زبان بین‌المللی و همچنین زبان گردشگران درمانی استفاده شود.

- علاوه بر تفاوت زبانی ادراک‌شده، تفاوت فرهنگی ادراک‌شده نیز یکی از موانع مؤثر بر نبود شناخت می‌باشد. لذا تلاش در جهت رفع این مانع تلاشی در جهت بالابردن شناخت نیز می‌باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد، تفاوت فرهنگی را نمی‌توان به سادگی از بین برد. بنابراین باید به دنبال کاهش تفاوت‌های فرهنگی ادراک شده باشیم. برای این منظور باید فرهنگ داخلی را به کشورهای خارجی، مخصوصاً آنهایی که بیشترین گردشگر درمانی در ایران دارند، معرفی کنیم. استفاده از ابزار تبلیغات، کتابچه‌های راهنما برای مسافری، ارسال مبلغین فرهنگی و... می‌تواند مفید باشد. همچنین باید در مورد ویژگی‌های فرهنگی کشورهای هدف پژوهش لازم صورت گرفته و آموزش‌های لازم به نیروی انسانی داخلی در قالب دوره‌های آموزشی، داده شود. در حقیقت باید در تمامی مکان‌هایی که گردشگران درمانی بیشترین حضور را دارند، همانطور که از نیروی انسانی مسلط به زبان بین‌المللی و زبان گردشگران درمانی استفاده می‌شود، این نیروی انسانی باید آگاه به ویژگی‌های فرهنگی این گردشگران درمانی نیز باشند.

- یکی از راهکارهای مناسب به منظور تحقق این مورد و همچنین کاهش هزینه‌ها استفاده از مراکز مشاوره گردشگران درمانی می‌باشد. در این مراکز از افراد مسلط به زبان و فرهنگ گردشگران درمانی استفاده می‌شود، طوری که گردشگران درمانی با آنها احساس راحتی می‌کنند و دیگر نیازی به استفاده از این افراد متخصص در تمامی مراکز درمانی و عمومی نیست و در نتیجه هزینه‌ها نیز کاهش می‌یابد.

- ایجاد شهرک‌های درمانی که در آنها مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، هتل‌ها، هتل آپارتمان‌ها، مراکز خرید و مراکز مشاوره گردشگران درمانی همگی در یک محل باشند، می‌تواند یکی از بهترین راهکارها برای توسعه گردشگری درمانی در ایران باشد.

منابع و مأخذ:

- (۱) اسعدی، م.، باصولی، م.، باصولی، م. ۱۳۹۹. تحلیل زیرساختهای گردشگری سلامت با رویکرد نگاشت شناختی. فصلنامه علمی مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۵(۵۰): ۲۲۷-۲۹۷.
- (۲) آرامش، ح.، تباوار، ع.، یعقوبی، ن.، درخشان، ع. ۱۳۹۹. تأثیر بازاریابی سبز بر گردشگری پزشکی با نقش میانجی فناوری. فصلنامه چشم‌انداز مدیریت بازرگانی، ۱۹(۴۱): ۱۵۵-۱۳۷.
- (۳) بدیعی، ف.، ابراهیمی، ع.، دیده‌خانی، ح. ۱۳۹۵. شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان. فصلنامه تحقیقات بازاریابی نوین، ۶(۴): ۳۶-۲۵.
- (۴) تقی‌زاده یزدی، م.، شامی، م.، حقیقی، م.، ابوهاشم‌آبادی، ف. ۱۳۹۵. شناسایی مولفه‌ها و تعیین محتوای وب‌سایت‌های تسهیل‌گر گردشگری پزشکی. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۱(۳۳): ۱۸-۱.
- (۵) پاپلی یزدی، م.، سقایی، مهدی. ۱۳۹۰. گردشگری ماهیت و مفاهیم. چاپ اول. سمت. صفحه ۱۸.
- (۶) جباری، ع. ۱۳۸۷. تعیین الگوی گردشگری پزشکی در ایران. پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته مدیریت مراقبت‌های بهداشتی، دانشگاه تهران. ۳۰۲.
- (۷) حسینی، م.، اسعدی، م. ۱۳۹۲. بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران. فصلنامه بیمارستان، ۱۳(۱): ۷۹-۸۹.
- (۸) حسینی‌نژاد، ر.، دریاباری، ج. ۱۳۹۶. بررسی نقش گردشگری در توسعه پایدار منطقه‌ای، مطالعه موردی: گردشگری سلامت استان اردبیل. فصلنامه جغرافیا(برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۷(۳): ۶۳-۵۵.
- (۹) دلگشایی، ب.، رواقی، ح.، ابوالحسنی، ن. ۱۳۹۱. ارزیابی اهمیت عملکرد گردشگری پزشکی در استان تهران از دیدگاه گردشگران پزشکی و ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی. فصلنامه بیمارستان، ۱۱(۱): ۷۲-۶۳.
- (۱۰) دهقان، ر.، رشادت‌جو، ح.، طالبی، ک.، درگاهی، ح. ۱۳۹۹. تحلیل راهبردی صنعت گردشگری سلامت ایران در دوران کرونا. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۴(۶): ۵۳۴-۵۱۹.
- (۱۱) ساعی، علی. ۱۳۸۶. منطق حل مسأله علمی. فصلنامه مدرس علوم انسانی، ۱۱(۵۳): ۱۵۲-۱۱۷.
- (۱۲) شیخی‌چمان، م. ۱۳۹۹. نقش گردشگری سلامت در رونق بخشی به اقتصاد سلامت ایران. فصلنامه مدیریت سلامت، ۲۳(۲): ۱۰-۹.
- (۱۳) ضرابی، ا.، اسلامی، ص. ۱۳۹۰. سنجش تأثیرات اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست‌محیطی توسعه گردشگری (مطالعه موردی شهرستان مشکین‌شهر). فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۷۵(۴۳): ۳۷-۵۲.
- (۱۴) مروتی شریف آبادی، ع.، اسدیان اردکانی، ف. ۱۳۹۲. ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد. نشریه مدیریت سلامت، ۵۳(۱۱): ۳۳-۳۰.
- (۱۵) مسعودی‌اصل، ا.، اخوان بهبهانی، ع.، شجاعی باغینی، د. ۱۳۸۹. نگاهی به گردشگری سلامت با تأکید بر استان گهکلیویه و بویراحمد. همایش منطقه‌ای توریسم و توسعه، یاسوج، ۲۱(۷): ۴-۲.
- (۱۶) منصوریار، س.، شجاعی، م.، ساده، ا. ۱۳۹۶. ارزیابی روابط درونی توانمندسازهای گردشگری پزشکی با بهره‌گیری مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM). فصلنامه گردشگری و توسعه، ۶(۳): ۳۸-۱۸.

- ۱۷) نصیری پور، ا.، سلمانی، ل. ۱۳۸۹. نقش توانمندی بیمارستان‌های تهران در توسعه توریسم درمانی. فصلنامه بیمارستان، ۹(۳-۴): ۶۸-۵۷.
- ۱۸) واعظی، ر.، چگین، م.، اصلی پور، ح. ۱۳۹۶. جایگاه خط مشی گردشگری سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی. فصلنامه مدیریت دولتی، ۹(۴): ۶۶۴-۶۴۱.
- 19) Comerio, N., Strozzi, F. 2019. Tourism and its economic impact: a literature review using bibliometric tools. *Tourism Econ.* 25, 109–131.
- 20) Dalen, J.E., Alpert, J.E. 2019. Medical Tourists: Incoming and Outgoing. *The American Journal of Medicine*, 132(1): 9-10.
- 21) Gola, S. 2015. International trade and health equity: Have benefits of medical tourism 'Trickled Down' to India's poor? *International Trade & Health Equity: Medical Tourism*, 1: 1-20.
- 22) Huang, Y., Coelho, V.R. 2017. Sustainability performance assessment focusing on coral reef protection by the tourism industry in the coral Triangle region. *Journal of Tourism management*, Vol.59: 510-527.
- 23) Huang, Y., Xu, H.G., 2018. Therapeutic landscapes and longevity: wellness tourism in Bama. *Soc. Sci. Med.* 197, 24–32.
- 24) Jutamas, R., Ilian, A. 2011. Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand, *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*, 3(2): 95-105.
- 25) Kelly, C. 2018. I Need the Sea and the Sea Needs Me: symbiotic coastal policy narratives for human wellbeing and sustainability in the UK. *Mar. Pol.* 97, 223–231.
- 26) Lee, H.K., Fernando, Y. 2015. The antecedents and outcomes of the medical tourism supply Chain. *Tourism Management*, 46(1): 57-148.
- 27) Sage A. 1977. *Interpretive Structural Modeling: Methodology for Large-scale Systems*. McGraw-Hill. New York. p 93.
- 28) Ulanova, A. 2015. *Medical Tourism Demand for Cuban Medical Tourism by Russian Consumers*, Bachelor's Thesis School of Tourism and Hospitality Management Degree Programmed in Tourism Bachelor of Hospitality Management, Lapland University of Applied Sciences.
- 29) WTO (World Tourism Organization), *Collection of Tourism Expenditure Statistics*. [Online]. WTO. 1995, 1-101. Available at: <http://pub.worldtourism.org/Web Root/Store/ Shops/Info shop/Products/1034/1034-1.pdf>