



مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری
سال سوم، شماره‌ی ۱۱، زمستان ۱۳۹۳
صفحات ۱۱-۳۲

تبیین چرخه‌ی الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران (با تاکید بر چشمه‌های آب گرم)

زهرا گل شیرینی اصفهانی*

عبدالرضا رکن‌الدین افتخاری**

مهدی پورطاهری***

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۰۴

چکیده

امروزه به گردشگری سلامت به‌ویژه گردشگری آبگرم توجه شایانی می‌شود که بنیاد این نوع گردشگری، شرایط طبیعی است. ایران با برخورداری از چشمه‌های متعدد آبگرم، پتانسیل خوبی دارد. بسیاری از این چشمه‌ها در مناطق روستایی واقع شده‌اند که نیازمند برنامه‌ریزی راهبردی فضایی برای بهره‌برداری مناسب هستند؛ بنابراین، ابتدا نیازمند شناخت الگوی توسعه هستیم. در این مقاله با بهره‌گیری از چرخه‌ی حیات باتلر، ابتدا، الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت در چهار مرحله‌ی اکتشاف، درگیری، توسعه و تثبیت تبیین شد. سپس شاخص‌های امکانات فیزیکی، تسهیلات عمومی، خدمات درمانی، نیروی انسانی و محل استقرار محوطه‌های آبگرم طراحی و با کمک کارشناسان سلامت هر منطقه میزان اهمیت آن‌ها ارزیابی شد. برای واکاوی چشمه‌های آبگرم، ابتدا کشور به ۸ منطقه‌ی جغرافیایی تقسیم و از ۶۶ چشمه‌ی آبگرم شناسایی شده در روستاهای سراسر کشور، ۱۶ دهنه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و داده‌ها به روش پیمایشی گردآوری شدند. یافته‌ها نشان داد که ۴۰ درصد از چشمه‌های مورد مطالعه در مرحله‌ی اکتشاف قرار دارند و تاکنون سرمایه‌گذاری خاصی روی آن‌ها صورت نگرفته است و عمده‌ی این چشمه‌ها در جنوب شرق کشور واقع شده است.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، الگوی توسعه، چشمه‌ی آبگرم، روستا.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رساله علمی علوم انسانی

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تربیت مدرس (mgolshiri@yahoo.com)

** استاد گروه جغرافیا، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

*** دانشیار گروه جغرافیا، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

گردشگری سلامت یکی از کهن‌ترین اشکال گردشگری است که از دیرباز در بین جوامع باستان به خصوص ایرانیان، رومیان و یونانیان با توجه خاص به سلامتی و بهداشت، رواج داشته است (گردشگری سلامت، ۱۳۹۰). به‌عنوان نمونه، ایرانیان ساکن در حوزه‌های آب‌های معدنی و زائران قرون وسطی با هدف یافتن حقیقت معنوی و یا طبقات مرفه اروپا در قرون ۱۸ و ۱۹، با شناختی که از ویژگی‌های آب‌ها داشتند برای بازیابی سلامت خویش به مناطق آب‌های معدنی سفر می‌کردند. با شکل‌گیری گردشگری و تخصصی شدن آن، در دهه‌های اخیر رشد بی‌سابقه‌ای در توجه به این صنعت در جهان به وجود آمده است که نه تنها منجر به گسترش مراکز سلامتی، همچون دهکده‌های سلامت، مجتمع‌های آبگرم و معدنی و محیط‌های بکر و آرام شده است (اسمیت و کلی^۱، ۲۰۰۶؛ هَرشاه^۲، ۲۰۰۲)، بلکه باعث اختصاص سهم قابل‌توجهی از درآمد و بازار اشتغال صنعت گردشگری به این بخش شده است، به طوری که در سال ۲۰۰۶ ارزش کل بازار گردشگری پزشکی که یکی از زیر بخش‌های گردشگری سلامت است بیش از ۵۶ میلیارد دلار برآورد شده است (کانل^۳، ۲۰۰۶). از دلایل توجه به این صنعت می‌توان به مشکلات شهرنشینی در جوامع غرب، از یک‌سو و پیشرفت علم پزشکی در حفاظت بهتر از بدن و پیش‌گیری از سوی دیگر و همچنین بروز مشکلات عاطفی، ذهنی و روانی و به‌خصوص افسردگی به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین بیماری‌های قرن ۲۱ و افزایش میزان خودکشی در میان مردان جوان اشاره نمود (مُلهلند^۴، ۲۰۰۵).

صنعت جهانی آبگرم در مراحل ابتدایی است و تاکنون، دورنمای قوی به‌صورت مستند در مورد اندازه و دامنه‌ی آن ارائه نشده است. با این حال، برخی مستندات نشان می‌دهد که صنعت آبگرم در حال گسترده شدن و در مراحل رشد است. بیش از ۵۰ هزار چشمه‌ی معدنی در سراسر جهان وجود دارد که ایالات متحده‌ی آمریکا با داشتن حداقل ۱۶ هزار چشمه‌ی معدنی به تنهایی ۴۰ میلیارد دلار از درآمد جهانی را کسب می‌نماید و این صنعت با حدود ۲۰ درصد نرخ رشد سالانه، سریع‌ترین رشد صنعت اوقات فراغت در بین شخصیت‌های مهم ایالات متحده است (کوهن و بودکار^۵، ۲۰۰۸). کشورهایی چون فرانسه، آلمان و ایتالیا در بهره‌برداری از منابع آب‌های معدنی خود دارای سابقه‌ی دیرینه‌ای هستند و همه‌ی ساله تعداد زیادی گردشگر را جذب می‌کنند. به‌طور مثال، سالانه بیش از یک میلیون و دویست هزار گردشگر به چشمه‌های آبگرم ایتالیا سفر می‌کنند که گردشگران خارجی ۲۵ درصد آنان را تشکیل می‌دهند (مشیری و فتح‌اللهی، ۱۳۸۸).

¹ Smith and Kelly

² Harahsheh

³ Connell

⁴ Mulholland

⁵ Cohen and Bodeker

آمار دقیقی از تعداد چشمه‌های معدنی در ایران هنوز در دسترس نیست اما تاکنون بیش از ۳۵۰ دهنه چشمه‌ی آب معدنی شناسایی شده است (غفوری، ۱۳۸۲) که کیفیت اکثر این چشمه‌ها مناسب است و از این نظر، پتانسیل بسیار مناسبی برای توسعه‌ی گردشگری سلامت مبتنی بر آب در کشور وجود دارد که مستلزم واکاوی و برنامه‌ریزی است (ابراهیم‌زاده، ۱۳۸۶). در این راستا با توجه به نو بودن صنعت آبگرم در جهان و همچنین کشور ایران و تأثیر آن در سلامت جامعه، جذاب بودن و داشتن پتانسیل‌های مناسب روحی و جسمی برای تشویق بیماران به بازیابی سلامت و همچنین با توجه به گسترش بیماری‌های مزمن، روحی و روانی به‌خصوص بیماری افسردگی در کشور از یک سو و اشتغال‌زایی و کسب درآمد از سوی دیگر، این صنعت نیازمند توجه شایان و درخور برای مطالعه‌ی همه جانبه و برنامه‌ریزی راهبردی برای توسعه در کشور است (نجفی، ۱۳۸۶). لازم به ذکر است که مقصد این گونه گردشگری بیشتر در مناطق روستایی واقع شده است. لذا با توسعه‌ی این صنعت در این مناطق می‌توان فرصت‌های اشتغال‌زایی مناسبی را برای بومیان آن به‌وجود آورد و حضور گردشگران داخلی و خارجی در این مناطق زمینه‌ی رونق اقتصادی را در این مناطق فراهم کند و گامی در راه توسعه‌ی این روستاها برداشت. بر این اساس، مسئله‌ی اصلی در پژوهش حاضر شناسایی الگوی توسعه‌ی گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران با تأکید بر توسعه‌ی گردشگری آبگرم است.

چارچوب نظری

وقتی از سلامت و سلامتی سخن به میان می‌آید می‌توان به شیوه‌های مختلفی آن را تعریف نمود. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را تنها در نبود بیماری یا ضعف نمی‌داند بلکه آن را حالت کامل جسمی، روانی و اجتماعی بیان می‌کند که شامل هر دو عنصر سلامت روانی و جسمی است (استیونز^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس این تعریف، گردشگری سلامت؛ سفری است که به منظور درمان بیماری‌های روحی و جسمی و انجام نوعی از عمل‌های جراحی به دهکده‌های سلامت و اسپاها (مراکز آبگرم و معدنی) صورت می‌پذیرد (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۸۶، ۳۱) تا از این طریق از سلامت کامل اطمینان یافته و کیفیت مطلوب زندگی حفظ گردد (استیونز^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، گردشگری سلامت را می‌توان به گردشگری درمانی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه تقسیم‌بندی نمود.

¹ Stevens

² Stevens

گردشگری درمانی^۱: سفر برای درمان خاص یا عمل در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی خارج از کشور مبدأ (با میانگین اقامت ۲ هفته) است (هرشاه^۲، ۲۰۰۲). مداخلات پزشکی در گردشگری درمانی وجود دارد. بیمار (با بیماری مزمن یا حاد) برای حل مشکلات درمانی خود یا از روش‌های پزشکی معمول و متعارف بهره می‌برد و یا از درمان‌ها و روش‌هایی که از نظر دانشمندان روش‌های غیر علمی خوانده می‌شوند (تحقیق و بازاریابی گردشگری^۳، ۲۰۰۶).

گردشگری صحت یا تندرستی^۴: که به آن گردشگری شفابخش^۵ نیز گفته می‌شود. در این نوع گردشگری از امکانات طبیعت (آب‌های معدنی، دریاچه‌های نمک، لجن‌های طبیعی، شنزارهای رادیو اکتیو، حمام‌های گیاهی، خورشید و آب و هوا و مانند آن) استفاده می‌شود. بیماران (گردشگران) با هدف درمان یا رفع نارسایی جسمی سفر کرده و ممکن است تا ماه‌ها در مقصد بمانند. همچنین بیمارانی که دوره‌ی نقاهت خود را می‌گذرانند، نیز با استفاده از برنامه‌ی مراقبتی‌ای که پزشک معالج در نظر می‌گیرد می‌توانند با استفاده از امکانات طبیعت بهبود خود را تسریع بخشند (هرشاه^۶، ۲۰۰۲).

گردشگری پیشگیرانه^۷: در این نوع گردشگری تمام منابع طبیعی و هدف از سفر، مشابه گردشگری صحت است با این تفاوت که افراد، ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند بلکه در واقع، از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می‌کنند (هرشاه^۸، ۲۰۰۲).

بر اساس این تقسیم‌بندی، گردشگری آبگرم در زیرمجموعه‌ی گردشگری صحت و پیشگیرانه قرار می‌گیرد چرا که انگیزه‌ی اصلی سفر به مجتمع‌های آب گرم عبارت است از؛ بهبود فیزیکی، درمان‌های زیبایی، آرامش / استراحت و سرگرمی که به‌طور عمده گردشگر از روش‌های درمان و آرام بخشی با آب، از جمله، استخرهای مواد معدنی و یا حرارتی، اتاق‌های بخار و سونا استفاده می‌کند (اسمیت و پوچکو^۹، ۲۰۰۹) همچنین یکی از مهم‌ترین عوامل در این گردشگری، بهره‌برداری از چشمه‌های آبگرم هست که بنا بر تعریف، چشمه‌ی آبگرم؛ چشمه‌ی معدنی است که در تمام طول سال دمای آب آن به‌طور طبیعی حداقل ۵ الی ۶ درجه بالاتر از دمای محیط اطراف باشد و در سرما و گرما می‌توان بخار آن را به وضوح دید (مشیری و فتح‌اللهی، ۱۳۸۸).

میزان تحقیقات مرتبط با گردشگری به‌دلیل افزایش چشمگیر در فعالیت‌های گردشگری در طول چند دهه گذشته رشد نموده است (بوشل^۹ و همکاران، ۲۰۰۱) و راه‌های مختلفی برای

¹ Health Tourism

² Harahsheh

³ TRAM (Tourism Research and Marketing)

⁴ Curative tourism

⁵ Therapeutic

⁶ Harahsheh

⁷ Preventive tourism

⁸ Puczko

⁹ Bushell

تحلیل توسعه‌ی مقصد گردشگری به وجود آمده و در حال ابداع است. تحقیقات تا به امروز به برخی از جنبه‌های مقصد توجه داشته‌اند. مثال‌ها عبارت‌اند از: بازاریابی، برنامه‌ریزی و مدیریت، شاخص‌های اقتصادی، محیط‌زیست و اثرات اجتماعی و فرهنگی و مفاهیم پایداری و ظرفیت حمل (بریکی^۱، ۲۰۰۶). اما با وجود افزایش محبوبیت گردشگری سلامت در دهه گذشته، مطالعات بر روی مقصد و بازدیدکننده‌ی خاص که می‌تواند در برنامه‌ریزی و بازاریابی در مقصد استفاده گردد، صورت نپذیرفته است (سایلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷، ۶۲۸). به این ترتیب، مطالعات در دنیا و ایران بیشتر بر حوزه‌ی خاصی از گردشگری سلامت (گردشگری درمانی/ پزشکی) و آن هم در نواحی شهری تأکید داشته‌اند (کنل^۳، ۲۰۰۶، اسمیت^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین بسیاری از مطالعات انجام‌شده در مورد مقصد آبرگم در ایران به کیفیت آب و ماهیت درمان ارائه‌شده در این چشمه‌های آبرگم و معدنی پرداخته است.

در پژوهشی موانع مدیریتی در توسعه‌ی گردشگری پزشکی ارزیابی شده است و عوامل موثر را از منظر بازاریابی به ۲ دسته عوامل عرضه و تقاضا تقسیم‌بندی نموده است. یافته‌های این پژوهشگران نشان می‌دهد که دسترسی محدود به بازارهای مالی؛ اعتماد محدود به بخش سرمایه‌گذاران داخلی و بین‌المللی، نیازها و فرایندهای پیچیده، تخصیص بودجه محدود، نبود یکپارچگی و شهرت محدود گردشگری، توسعه‌ی گردشگری پزشکی را محدود می‌سازد (هیونگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). در همین راستا نتایج پژوهشی دیگر در هند نشان می‌دهد که توسعه‌ی گردشگری پزشکی به اطلاع‌رسانی موفق به بیماران بالقوه درباره‌ی گزینه‌های روش، تسهیلات درمانی، فرصت‌های گردشگری، برنامه‌ی مسافرت و کشورهای مقصد بستگی دارد. تبلیغ گردشگری پزشکی دربردارنده‌ی طیف وسیعی از بازاریابی موادی همچون آگهی‌ها، کتابچه‌ها و وبسایت‌ها است (کروکز^۶ و همکاران، ۲۰۱۱، ۷۲۶).

در تحقیق که حقیقی‌کفاش و همکاران (۱۳۸۹) با هدف واکاوی دلایل و تبیین توسعه‌نیافتگی گردشگری درمانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های گردشگری سلامت انجام پذیرفته، ۲۵ عامل تأثیرگذار بر توسعه‌ی گردشگری درمانی با اقتباس از مدل جباری (۱۳۸۷) در ۳ حوزه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان، ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری و ارائه‌دهندگان گردشگری سلامت در سطح خرد و نهاد سیاست‌گذاری گردشگری درمانی در سطح کلان مطرح ساخته و به این نتیجه دست یافته است که توجه هم‌زمان سیاست‌گذاری و حمایت سازمان‌یافته از مجموعه‌های فعال در این کسب‌وکار را از طریق تدوین راهبرد فراگیر و

¹ Breakey

² Sayili

³ Connell

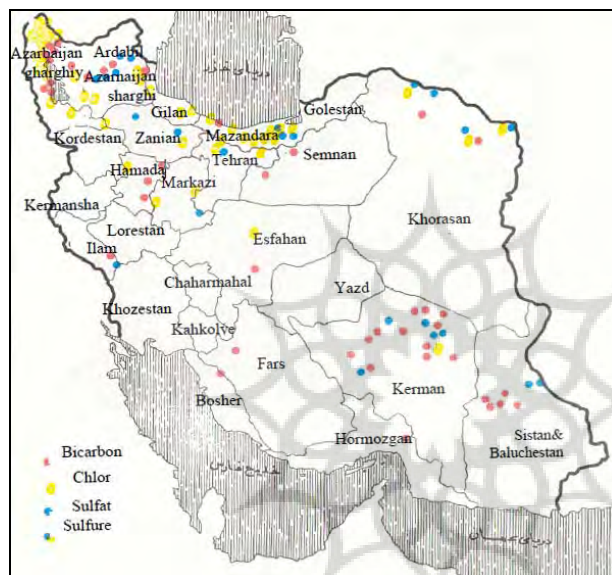
⁴ Smith

⁵ Heung

⁶ Crooks

همه‌جانبه و فعال‌تر شدن مجموعه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی، گردشگری درمانی و خدمات گردشگری به بیماران خارجی ضروری است. به‌خصوص که چشم‌انداز توسعه‌ی این بخش و چگونگی هماهنگی و تصمیم‌گیری در آن مشخص نیست.

در تحقیقی که ابراهیم‌زاده (۱۳۸۶) بر روی ۱۱۳ چشمه‌ی آب معدنی شناسایی‌شده در ایران انجام داده است آب‌های معدنی ایران را از نظر آب‌شناسی و خواص شیمیایی با توجه به یون‌های تشکیل‌دهنده‌ی آن به چهار گروه بزرگ شامل؛ بی‌کربناته (۴۰ درصد)، کلروره (۴۰ درصد)، سولفات (۱۹ درصد) و سولفور (۱ درصد) تقسیم نموده است. این چشمه‌ها به صورت چشمه‌هایی با خواص درمانی و طبیعت‌گردی در اقصی نقاط ایران پراکنده شده و از گستره‌ی زیادی برخوردار می‌باشند و بیش‌ترین تعداد در استان‌های آذربایجان غربی و کرمان قرار دارند (شکل ۱).



شکل ۱: نوع و پراکنش آب‌های معدنی ایران

منبع: ابراهیم‌زاده، ۱۳۸۶: ۷۰

افزون بر این در مقاله‌ای که سبحانی (۱۳۸۹) با هدف شناخت پتانسیل‌های گردشگری منطقه‌ی آبگرم سردابه در استان اردبیل انجام داد با بهره‌گیری از مدل سوات^۱، مهم‌ترین عوامل توسعه‌ی گردشگری؛ برخورداری از جاذبه‌های طبیعی، وجود آبگرم‌های متعدد و اقلیم (عوامل

^۱ SWOT

درونی) و افزایش انگیزه‌ی بیشتر برای مسافرت و هم‌جواری با منطقه‌ی گردشگری سرعین (عوامل بیرونی) بدست آمد و مواردی همچون تخریب زمین‌های کشاورزی و مرتعی، مزارع روستایی و از بین بردن محیط‌زیست منطقه، عدم جمع‌آوری وسایل به‌جامانده از گردشگران از موانع توسعه‌ی این صنعت بود.

و یا در مقاله‌ی دیگر، وارثی و فتحی وضعیت چشمه‌های آب معدنی و آبگرم در استان اصفهان با هدف اولویت‌بندی این چشمه‌ها برای گردشگری درمانی را مورد تحلیل قرار دادند. شاخص‌های مورد استفاده عبارت بود از؛ برخورداری از جاذبه‌های گردشگری (طبیعی، ورزشی، فرهنگی)، اقلیم مناسب، عناصر زیست‌محیطی، زیرساخت‌های گردشگری (فضای سبز، آب آشامیدنی، اقامتگاه، امکانات تفریحی، راه، تلفن و ...)، نبود موانع اداری برای توسعه‌ی گردشگری و مساحت منطقه. در نهایت، ۵۲ چشمه در ۴ گروه طبقه‌بندی شدند (وارثی و فتحی، ۱۳۸۷).

بنا بر آنچه آمد، می‌توان گفت کانون توجه هر یک از این پژوهش‌ها پایه‌ای را برای به‌دست آوردن اطلاعات مرتبط با جنبه‌هایی از توسعه‌ی مقصد گردشگری فراهم کرده است. با این حال، استفاده از داده‌ها و یافته‌های حاصل از تحقیقات با دامنه‌ی خاص به منطقه‌ی خاص و موضوع محدود می‌شود، به‌عنوان مثال، اوه، کیم و شین^۱ (۲۰۰۴) در بررسی‌های اخیر خود به زمینه‌ی بازاریابی در گردشگری توجه نموده‌اند. چنین رویکرد تک رشته‌ای برای درک تغییر کلی مناسب نیست، چرا که گردشگری پدیده‌ی پیچیده‌ی چند عنصری است. نتیجه این که یک رویکرد فرارشته‌ای لازم است (کارلسن^۲، ۱۹۹۹). در بررسی که جعفری^۳ (۱۹۹۰) در مورد دیدگاه‌های در حال تغییر گردشگری انجام داد، ۴ حزب هواداری، محافظه‌کاری، انطباقی و دانش بنیان پیشنهاد نمود. گردشگری در حزب دانش بنیان، به‌عنوان کلی است که با بهره‌گیری از رویکرد سیستم‌ها، تلاش در درک فرایند توسعه‌ی گردشگری دارد.

در این راستا، مقصد گردشگری خود متشکل از بخش‌های متعددی از جمله جاذبه‌ها، امکانات، زیرساخت‌ها، حمل‌ونقل، پذیرایی و ... است. هر بخش برای جذب، خدمات‌دهی و جلب رضایت گردشگران وابسته به دیگر بخش‌ها است (میل و موریسون^۴، ۱۹۸۵). مقصد گردشگری نتیجه ترکیب فعالیت‌های تمام بخش‌ها و اجزای آن است؛ بنابراین، توسعه‌ی موفق مقصد مستلزم آن است که تمام این بخش‌ها به‌صورت هماهنگ عمل نموده و ارزش افزوده‌ی سیستم یکپارچه را ارائه دهند (لیو^۵، ۱۹۹۴؛ ماکیاولی^۶، ۲۰۰۱)؛ بنابراین، برای درک فرایندهای تغییر

^۱ Oh, Kim and Shin

^۲ Carlsen

^۳ Jafari

^۴ Mill and Morrison

^۵ Liu

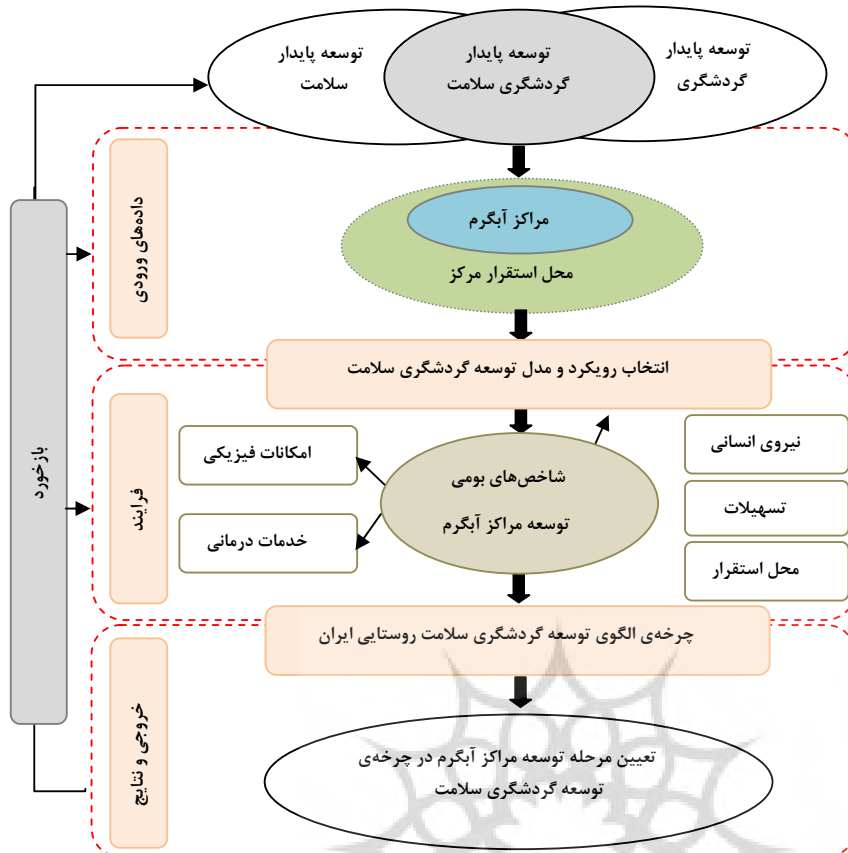
^۶ Machiavelli

در مقصد گردشگری رویکردی مورد نیاز است تا دربردارنده‌ی همه‌ی عوامل تأثیرگذار داخلی و خارجی باشد. رویکرد منتخب این مطالعه، نظریه‌ی سیستم‌ها است. با استفاده از این رویکرد، مجتمع آب‌درمانی به‌عنوان مقصد گردشگری سلامت روستایی عبارت است از سیستمی با اجزای مرتبط که درون یک سیستم گسترده‌تر از جوامع محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی عمل می‌کند. علاوه بر این، استفاده از نظریه‌ی سیستم‌ها در این مطالعه، پایه‌ای برای تعیین روند موجود نظریه‌های تغییر فراهم می‌کند که به درک توسعه‌ی مقاصد گردشگری می‌انجامند. یکی از مهم‌ترین نظریه‌های فرایند تغییر و توسعه‌ی مقاصد گردشگری، نظریه‌ی چرخه‌ی حیات است. باتلر با بهره‌گیری از مفهوم چرخه‌ی حیات تولید برای مقاصد گردشگری پنج مرحله‌ی اصلی شامل اکتشاف، درگیری، توسعه، تثبیت و رکود ارائه داد و طی تکمیل مدل برای مرحله‌ی پنجم (رکود)، سناریوهای احیای مجدد و افول را نیز پیش‌بینی نمود (خادمی و رضوانی، ۱۳۹۱) وی برای اعتبارسنجی نظریه‌ی خویش شاخص‌هایی را برای هر مرحله از توسعه با توجه به تعداد بازدیدکنندگان، تغییراتی که در فعالیت‌های گردشگری رخ داده و روابط آن با جامعه‌ی محلی مشخص کرد. پس از آن، بسیاری از محققان اعتبار و مزیت این نظریه را در برنامه‌ریزی مقصد گردشگری آزمون نمودند. نتایج تعداد قابل‌توجهی از این آزمون‌ها، نظریه را تأیید نمود و برخی نتایج نیز نواقصی در آن یافتند و نتایج گروه سوم نیز راهکارهایی برای بهبود نظریه پیشنهاد نمودند. در نتیجه نظریه‌ی باتلر، بسیار چالش‌برانگیز بوده است (پورنفول و مک‌گراس^۱، ۲۰۱۰)؛ اما به هر حال وجود هرگونه انحراف از این نظریه چیزی از فایده‌ی آن نمی‌کاهد، چرا که هدف اصلی این نظریه ارائه سیستم اطلاعات حمایتی در برنامه‌ریزی مقصد گردشگری است (بری^۲، ۲۰۰۱)؛ بنابراین، در این مقاله سعی شده با بهره‌گیری از این نظریه ابتدا الگوی چرخه‌ی توسعه‌ی مجتمع‌های آب درمانی تدوین و سپس به تعیین وضعیت فعلی این مجتمع‌ها در گستره فضایی کشور پرداخته شود (شکل ۲).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

^۱ Pomphol and McGrath

^۲ Berry



شکل ۲: مدل فرآیند تحقیق

منبع: نگارندگان

روش‌شناسی

به‌منظور تدوین الگوی چرخه‌ی توسعه‌ی مراکز آبگرم در گام اول شاخص‌های سنجش سطح توسعه‌ی مراکز گردشگری سلامت در جهان و ایران مورد واکاوی قرار گرفت. سازمان توسعه‌ی ملی گردشگری ایرلند^۱، ۲۷ معیارهای استاندارد از جمله اقامتگاه‌ها، نمای ورودی، سطح بهداشت، برخورد اولیه‌ی پذیرش، فروشگاه‌های کوچک درون آبگرم، استانداردهای فیزیکی ساختمان، اتاق‌های درمان، بهداشت کلی، درمانی‌های سفارشی، فضاهای مجزای استراحت، تسهیلات گرمایشی، تسهیلات استخر، فضاهای حرارتی، برنامه‌های اضافی داخل

^۱ INTDA (Ireland National Tourism Development Authority)

آبگرم و ... را برای رتبه‌بندی مراکز آبگرم در درون طبقات مجزای هتل‌های آبگرم، تفرجگاه‌های آبگرم، مقاصد آبگرم، مزارع سلامت و تفرجگاه‌های تخصصی در نظر گرفته است. همچنین سازمان بهداشت و سلامت آستریا شاخص ترکیبی شامل؛ طرح و فن، سلامت، عرضه و خدمات، مزایا، کارایی اقتصادی، پایداری، خلاقیت، مسئولیت مشترک اجتماعی و ارزیابی نامحسوس را برای ارزیابی مراکز آبگرم مطرح نموده است (جایزه‌ی بهداشت و آبگرم اروپا، ۲۰۱۴). در تحقیقی دیگر معیارهای طبقه‌بندی مراکز آبگرم را به آداب و نزاکت، درایت در ارائه خدمات فردی، کارایی، آسایش و آرامش مهمان، تجملات، دانش و مهارت مدیریت فنی، ظاهر کارمندان، بهداشت و نظافت تقسیم‌بندی نموده است (سایت نحوه کار مواد^۱، ۲۰۱۴). در ایران نیز در راستای سطح‌بندی هتل‌ها و بیمارستان‌های کشور مطالعاتی صورت پذیرفته است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به طرح ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد بهداشت محیط بیمارستان‌ها در سطح کشور اشاره نمود که در این طرح ۱۸ استاندارد در نظر گرفته شده است که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: برنامه‌ی راهبردی، آموزش و توانمندسازی کارکنان، ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط، کنترل کیفیت آب، سیستم جمع‌آوری و دفع فاضلاب، بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی و بهبود کیفیت (روح‌پرور و همکاران، ۱۳۹۱) همچنین قدمی و همکارانش (۱۳۹۰) در تحقیقی که برای طراحی الگوی بومی طبقه‌بندی و رتبه‌بندی هتل‌ها در ایران انجام دادند دو مؤلفه درونی (کارکنان و مدیران تحصیل‌کرده و مبادی آداب، مبلمان، تنوع غذاها، امکانات و وسعت فضاهای برگزاری مراسم و فعالیت‌ها، خانه‌داری، انواع فروشگاه و سوپر مارکت و ...) و بیرونی (جاذبه‌های گردشگری و ساختارهای زیربنایی و سیستم حمل‌ونقل) را به عنوان مؤلفه‌های کلیدی طبقه‌بندی هتل‌ها مطرح نمودند. همچنین در طرحی که دفتر بررسی بازار کالا و خدمات سازمان توسعه‌ی تجارت ایران با عنوان «توریسم درمانی در جهان و ایران» انجام داد شاخص‌های امکانات فیزیکی و ساختمان (نمای ظاهر، فضای سبز، پارکینگ، سرویس بهداشتی، سیستم سرمایش و گرمایش، صمعی و بصری، دسترسی به خطوط اینترنت، تهویه مطبوع، بوفه، خدمات آشپزخانه‌ای، نورپردازی مناسب، بهداشت محیط و ...) محل استقرار (زیبایی منطقه‌ی پیرامون، نبود ترافیک در محدوده، وجود هتل‌های استاندارد یا اقامتگاه‌های مناسب، دسترسی آسان به وسیله‌ی نقلیه، کم بودن آلودگی صوتی و هوا در محدوده، برخورداری از پنجره‌های دو جداره)، امکانات و تجهیزات پزشکی (داشتن امکانات تخصصی مرتبط، بخش‌های تخصصی از جمله ICU، CCU، اکوکاردیوگرافی، پرتوشناسی، دیالیز، داپلر و سونوگرافی، فیزیوتراپی، داروخانه و ...) و نیروی انسانی (متخصص مرتبط، جراح مقیم، متخصص بی‌هوشی، پرستاران آشنا به زبان عربی و انگلیسی، پزشک و پرستار باتجربه در داخل کشور و تجربه تحصیلی خارج از کشور، آموزش‌های تکمیلی و مرتبط با کار، کادر مناسب

^۱ HowStuffWorks

خدماتی، امکانات لازم برای انتقال همراهان بیمار، داشتن فرم ثبت‌نام اطلاعات با الگوهای بین‌المللی و ... را برای بیمارستان‌های مورد قبول جهت پذیرش بیماران خارجی تعیین کرد (حیدر زاده و همکاران، ۱۳۸۶).

در گام دوم با استفاده از مدل چرخه‌ی زندگی باتلر و با قبول این فرض که گردشگری آبگرم در ایران و جهان هنوز در مراحل ابتدایی رشد قرار دارد، الگوی گردشگری سلامت تنها با ۴ مرحله‌ی اکتشاف، درگیری، توسعه و تثبیت برای روستاها مدنظر قرار گرفته است که ویژگی‌های هر مرحله عبارتند از:

۱- مرحله‌ی اکتشاف: طی این مرحله در اطراف چشمه‌ی آبگرم (سایت آب درمانی) حداقل امکانات فیزیکی وجود دارد و هنوز تسهیلات خاص گردشگری در مقصد شکل نگرفته و ساختار فیزیکی و محیط اطراف آن تحت تأثیر گردشگری دچار تغییر نشده است.

۲- مرحله‌ی درگیری: در این مرحله سفر به منطقه‌ی عمدتاً از طریق جاده است. در اطراف چشمه علاوه بر امکانات فیزیکی و تسهیلات عمومی مرحله‌ی اکتشاف، سایت آب درمانی به صورت استخرهای مجزا و مراکز خرید جهت عرضه کالا به متقاضیان در اطراف آن شکل می‌گیرد. توسعه‌ی مراکز اقامتی و رفاهی رخ می‌دهد و فشار بر بخش عمومی جهت توسعه‌ی زیرساخت‌های گردشگری است.

۳- مرحله‌ی توسعه: در این مرحله بهره‌برداری از چشمه‌های آب درمانی به شکل کاملاً برنامه‌ریزی‌شده و به‌صورت منسجم در قالب مجتمع‌های آب درمانی با امکانات و تسهیلات زیاد، فضاسازی‌ها و ... شکل می‌گیرد. کارکنان به‌صورت حرفه‌ای عمل می‌کنند.

۴- مرحله‌ی تثبیت: خدمات درمانی در این مرحله تنوع بیشتری می‌یابد و از تجهیزات پزشکی بیشتر و پیشرفته‌تری نسبت به مرحله‌ی قبل استفاده می‌شود و این خدمات به‌صورت تخصصی به گردشگران ارائه می‌شود.

در گام سوم به منظور عملیاتی نمودن الگوی پیشنهادی چرخه‌ی توسعه‌ی پایدار مجتمع‌های آبگرم، شاخص‌های شناسایی‌شده به‌صورت نظام‌مند و اندام‌وار یکپارچه و بر اساس قالب شاخص‌بندی در طرح توریسم درمانی در ایران و جهان (حیدر زاده و همکاران، ۱۳۸۶)، در قالب شاخص‌های امکانات فیزیکی سایت یا مجتمع، تسهیلات عمومی، محل استقرار چشمه، امکانات درمانی مجتمع و نیروی انسانی دسته‌بندی شدند و متغیرهای اساسی و تأثیرگذار در چرخه‌ی الگوی توسعه‌ی مجتمع‌های آبگرم با توجه به ویژگی هر مرحله تعیین شد (جدول ۱) مقیاس این متغیرها، رتبه‌ای دو وجهی بود (دارد = ۱ و ندارد = ۰)

جدول ۱: شاخص‌ها و متغیرهای مراحل توسعه‌ی گردشگری آبگرم

نیروی انسانی	امکانات درمانی مرکز	محل استقرار سایت	تسهیلات عمومی	امکانات فیزیکی مرکز	شاخص مرحله
-	-	تنوع جاذبه طبیعی - سایت‌های حفاظت‌شده - تعدد چشمه‌های آبگرم - گونه‌های گیاهی و جانوری متعدد - زیبایی منطقه‌ی پیرامون	مابع دستشویی	اتاقک دوش - توالت معمولی - رختکن	اکتشاف
متصدی پذیرش	حوضچه مجرای آب	مراکز پذیرایی مناسب - مراکز خرید در محدوده‌ی سایت - تابلوی راهنمای مناسب جهت یافتن سایت - وجود فرودگاه و ایستگاه قطار در ۵۰ کیلومتری وجود پایانه‌ی مسافربری در ۲۰ کیلومتری - دسترسی آسان به وسیله‌ی نقلیه - جاده‌ی آسفالت - آب آشامیدنی - برق - سیستم جمع‌آوری و دفن زباله - سطل زباله - سکوی نشیمن - مکان استقرار چادر شخصی - وجود هتل یا اقامتگاه‌های مناسب	وسایل شستشوی حمام (شامپو، صابون و ...)	نمازخانه - پارکینگ - سیستم سرمایش و گرمایش	درگیری

ادامه جدول ۱: شاخص‌ها و متغیرهای مراحل توسعه‌ی گردشگری آبگرم

نیروی انسانی	امکانات درمانی سایت / مجتمع	محل استقرار سایت	تسهیلات عمومی	امکانات فیزیکی سایت / مجتمع	شاخص مرحله
کادر خدماتی - ناجی - آموزش‌های تکمیلی و مرتبط با کار به کارکنان	بخش طب سنتی - سالن ماساژ - سالن ورزش - وان یکدنده - حوضچه آب سرد - سونای خشک، بخار، جکوزی - دستگاه سنجش سلامت اولیه - دستگاه کاردیو (قلب) و تناسب اندام - مجموعه‌ی کامل ورزش‌های آزاد - دستگاه ماساژ	مرکز فروش صنایع دستی - گاز - سیستم فاضلاب روستایی - نبود ترافیک در محدوده‌ی مجتمع - وجود مجتمع‌های آب درمانی رفیق - وجود هتل‌های ۴ یا ۵ ستاره	پهداشت سالن - کفپوش غیرلغزنده و تمیز - دمای، شامپو، ملع دست‌شویی - سبد دمپایی، جاکفشی، کمد - کپسول آتش‌نشانی - میز آرایش و سنسور - صندوق شکایات و پیشنهادات - فروشگاه لوازم مورد نیاز استخر (مایو، حوله و ...) - آبجوری - تنوع غذایی (غذاهای گیاهی، دریایی، محلی) - بروشور تبلیغاتی	فضای سبز مناسب - محوطه مجتمع - راهنمای بخش‌های مختلف مجتمع - تراث فرهنگی - سیستم صوتی و تصویری ورزش - دسترسی به خطوط اینترنت - سیستم تهویه مطبوع - بوفه - نورپردازی مناسب	توسعه
کارشناس (متخصص) مرتبط - پزشک عمومی	بخش فیزیوتراپی - بخش خدمات زیبایی - استوان یا صورت‌غذاهای غذایی درمانی متنوع - منوی درمان‌ها با فهرست قیمت‌ها	ظهور هتل‌های زنجیره‌ای بین‌المللی	لباس فرم تمیز و یکدست کارکنان - فروشگاه محصولات آرایشی زیبایی - ثبت منظم کیفیت آب - هدفون اختصاصی سالن ورزش برای هر نفر	نمای ظاهر مناسب - سالن انتظار	تثبیت

منبع: نگارندگان

در گام چهارم ۱۶ پرسشنامه به کارشناسان گردشگری سلامت سازمان میراث فرهنگی استان‌هایی که روستای آبگرم مورد مطالعه در آن قرار داشت، ارسال شد. این پرسشنامه شامل ۲ بخش بود. بخش اول شامل جدول مقایسه زوجی میزان اهمیت مراحل الگو (۱=اهمیت برابر و ... و ۹=کاملاً مهم‌تر) و بخش دوم شامل جدول اهمیت متغیرهای هر مرحله در طیف ۵ تایی لیکرت بود. سپس بر اساس مراحل زیر اقدام به تعیین اهمیت هر متغیر شد. به طوری که مجموع اهمیت متغیرهای مقصدی که تمام متغیرهای در نظر گرفته‌شده‌ی را دارا باشد برابر با ۱۰۰ خواهد بود (شکل ۳).

الف) تعیین اهمیت هر مرحله در نرم‌افزار Expert Choice: بر اساس نتایج این نرم‌افزار اهمیت مراحل اکتشاف، درگیری، توسعه و تثبیت به ترتیب برابر با ۰/۰۷، ۰/۱۳، ۰/۲۶، ۰/۵۴ که مجموع اهمیت مراحل برابر با ۱ است. ضریب ناسازگاری ۰/۰۷ به دست آمد که نشان دهنده‌ی مناسب بودن اهمیت‌های به دست آمده است.

ب) نرمال‌سازی اهمیت متغیرها (تقسیم میانگین اهمیت هر متغیر به مجموع میانگین متغیرهای هر مرحله * ۱۰۰).

ج) اهمیت نهایی هر متغیر (اهمیت نرمال متغیر * اهمیت هر مرحله).

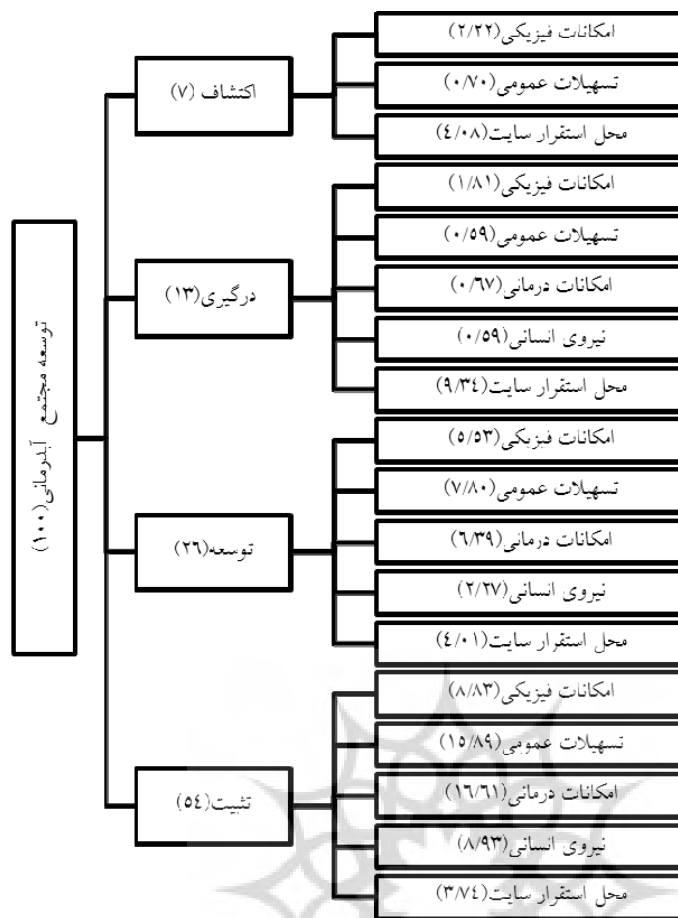
د) تعیین امتیاز هر متغیر (رتبه متغیر * اهمیت نهایی هر متغیر).

ه) تعیین امتیاز هر مقصد (مجموع امتیاز متغیرها).

روایی شاخص‌ها توسط کارشناسان گردشگری سلامت تأیید شد. همچنین اعتماد شاخص‌های هر مرحله با آزمون آلفا کرونباخ سنجیده شد که برای مراحل اکتشاف، درگیری، توسعه و تثبیت به ترتیب برابر با ۰/۶۶، ۰/۹۲، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ درصد به دست آمد.

جامعه‌ی مورد مطالعه

بر اساس هدف مقاله، جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه‌ی روستاهای برخوردار از چشمه‌ی آبگرم در سراسر کشور است که بر اساس اطلاعات کسب شده از واحد گردشگری سلامت اداره‌ی میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری کل کشور و محوطه‌های مختلف (مرکز گردشگری سلامت ایران، ۱۳۹۲؛ سایت سیری در ایران، ۱۳۹۳؛ دانشنامه‌ی رشد، ۱۳۹۳، ملاحسینی، ۱۳۹۱)، تعداد ۶۶ چشمه‌ی آبگرم در روستاهای ۱۶ استان در سراسر کشور شناسایی گردید که توزیع این چشمه‌ها به لحاظ منطقه، تقسیمات اداری- سیاسی کشور در جدول ۲ آمده است.



شکل ۳: سلسله مراتب اهمیت شاخص‌ها در هر مرحله از توسعه‌ی گردشگری آبگرم

منبع: نگارندگان

جدول ۲: توزیع چشمه‌های آبگرم در روستاهای کشور

استان	نام چشمه	تعداد چشمه	منطقه
خراسان رضوی	شاهان گرماب - شهرکهنه - محمد آباد - گراب	۶	شمال شرق
خراسان شمالی	ایوب - قراچه (گرمک) - مهمانک		
گلستان	چشمه‌ی لال - قلقلی - آق سو	۹	شمال
گیلان	کلشتر -		
مازندران	لاریجان - استراباکو - آب اسک - ازرو - باباسورت		

ادامه جدول ۳: توزیع چشمه‌های آبگرم در روستاهای کشور

استان	نام چشمه	تعداد چشمه	منطقه
اردبیل	یدی بلوک - گرمخانه - ایلاتدو - دودو - شابیل - قوتور سویی - قینرجه - موییل - یل سویی	۲۷	شمال غرب
آذربایجان شرقی	اسبفروشان - اله حق - اردهال - جلده باخان - شالقون - متعلق - قلعه‌ی کندی - گوی دره -		
آذربایجان غربی	مجال باراندوز - زندان سلیمان - زاویه‌ی سفلی - فارنجه - ایسی سو - باش کندی		
زنجان	ابدال - ونق		
ایلام	چنگوله	۱	غرب
قزوین	پله گنبد	۲	مگردر کز
اصفهان	ورتون		
سیستان	تنهک - مکسان - هودیان - کنتی - برابک - چانف - شیرآباد	۱۶	جنوب شرق
کرمان	چراغ آباد زهکوت - ده شیخ - لاله زار - شیرینک - آبگرم گور - محمد آباد - جوشان - حرمک - ابارق - بخش انبار		
هرمزگان	خمیر - گنو	۲	جنوب
بوشهر	تنگستان - دیر	۲	جنوب غرب

منبع: نگارندگان

نمونه‌گیری

نمونه‌ی آماری ۲۰ درصد چشمه‌های آبگرم در هر منطقه (۱۴ دهنه) را پوشش می‌دهد که بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و برای اینکه در هر منطقه حداقل یک چشمه تحلیل گردد ۲ دهنه چشمه‌ی دیگر نیز به حجم نمونه اضافه گردید. در مجموع ۱۶ دهنه چشمه که اطلاعات آن در جدول ۳ آمده است، برای مطالعه انتخاب شدند.

جدول ۴: تقسیمات سیاسی روستاهای مورد مطالعه‌ی برخوردار از چشمه‌ی آبگرم در این مطالعه

روستا	بخش	شهرستان	استان	منطقه
آبگرم	مرکزی	سلماس	آذربایجان غربی	شمال غرب
آبش احمد (متعلق)	آبش احمد	کلبر	آذربایجان شرقی	
وله زیر	مرکزی	مشگین شهر	اردبیل	
موییل	مرکزی	مشگین شهر	اردبیل	
ونق	قره پستلو	زنجان	زنجان	شمال
آب گرم	لاریجان	آمل	مازندران	
آب اسک	لاریجان	آمل	مازندران	

ادامه جدول ۵: تقسیمات سیاسی روستاهای مورد مطالعه‌ی برخوردار از چشمه‌ی آبگرم در این مطالعه

منطقه	استان	شهرستان	بخش	روستا
شمال شرق	خراسان رضوی	فریمان	قلندراباد	شاهان گرماب
	خراسان رضوی	خلیل‌آباد	مرکزی	محمدآباد
غرب	ایلام	مهران	مرکزی	چنگوله
مرکز	اصفهان	اصفهان	کوهپایه	ورتون
جنوب غرب	بوشهر	تنگستان	مرکزی	عالی‌حسینی
جنوب شرق	کرمان	جیرفت	جبالبارز	محمدآباد مسکون
	کرمان	جیرفت	ساردوئیه	ابگرم
	کرمان	رودبار جنوب	جازموریان	چراغ‌آباد زهک‌لوت
جنوب	هرمزگان	خمیر	مرکزی	لشتگان

منبع: نگارندگان

گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از روش پیمایشی و مراجعه به روستاها داده‌های مربوط به چشمه‌های آبگرم از طریق مشاهده، گردآوری و در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در تعیین مرحله‌ی توسعه‌ی هر مقصد از آنجا که کلیه‌ی متغیرها به صورت رتبه‌ای دو وجهی صفر و یک در نظر گرفته شده بود و مجموع امتیاز متغیرها (اهمیت متغیر * رتبه) و با توجه به شکل ۳، امتیاز نهایی مقاصد در محدوده‌ی صفر تا ۱۰۰ بدست خواهد آمد و مقاصد با امتیاز نهایی در محدوده‌ی ۰-۷ در مرحله‌ی اکتشاف، ۷-۲۰ در مرحله‌ی درگیری، ۲۰-۴۶ در مرحله‌ی توسعه و ۴۶-۱۰۰ در مرحله‌ی تثبیت گروه‌بندی می‌شوند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست آمده از جدول ۴، روستاهای آبگرم گور و محمدآباد مسکون به ترتیب پایین‌ترین امتیاز در مجموع شاخص‌ها کسب نمودند به طوری که هیچ‌گونه خدمات و امکاناتی در اطراف چشمه‌های آبگرم مذکور قرار نداشت و از پتانسیل‌های این چشمه‌ها بهره‌برداری خاصی تاکنون صورت نگرفته بود. روستاهای آبش احمد و آبگرم لاریجان نیز به ترتیب بالاترین امتیاز را به خود اختصاص دادند.

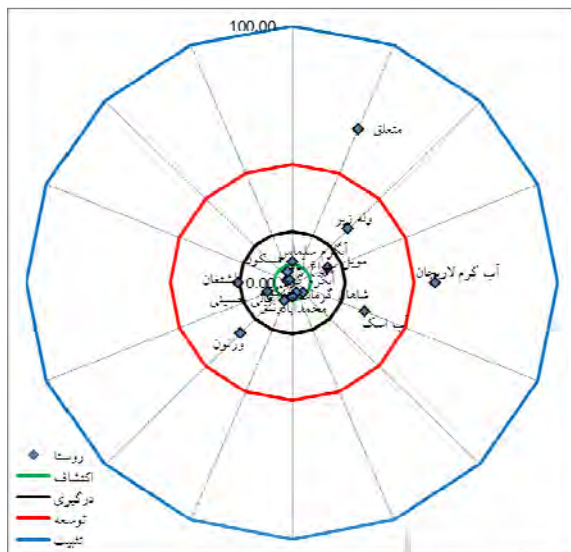
جدول ۶: امتیاز روستاهای گردشگری آبگرم بر اساس شاخص‌ها

جمع امتیاز	امتیاز شاخص					مقصد	منطقه ^۱
	محل استقرار سایت	نیروی انسانی	امکانات درمانی	تسهیلات عمومی	امکانات فیزیکی		
۶۴/۸	۹/۶	۱۹/۹	۷/۲	۹/۶	۱۸/۴	متعلق	شم. غ.
۵۴/۱	۱۴/۰	۱۶/۲	۲/۹	۳/۴	۱۷/۶	آب گرم لاریجان	شم.
۲۹/۵	۸/۷	۷/۷	۲/۱	۲/۱	۹/۰	وله زیر	شم. غ.
۲۹/۵	۱۴/۶	۳/۴	۰/۶	۱/۴	۹/۵	آب اسک	شم.
۲۷/۸	۵/۹	۷/۰	۱/۳	۱/۴	۱۲/۲	ورتون	م.
۲۰/۴	۱۰/۴	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱۰/۰	لشتگان	ج.
۱۴/۷	۱۱/۹	۰/۰	۰/۶	۰/۷	۱/۵	موویل	شم. غ.
۹/۹	۸/۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۱/۴	عالی حسینی	ج. غ.
۷/۹	۵/۷	۰/۰	۰/۰	۰/۷	۱/۶	آبگرم سلماس	شم. غ.
۷/۸	۶/۳	۰/۰	۰/۰	۰/۷	۰/۹	وننق	شم. غ.
۵/۶	۳/۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳/۱	شاهان گرماب	شم. ش.
۵/۶	۴/۷	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۹	چنگوله	غ.
۴/۵	۴/۵	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	چراغ آباد	ج. ش.
۴/۲	۴/۲	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	محمدآباد	شم. ش.
۲/۳	۲/۳	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	محمدآباد مسکون	ج. ش.
۱/۶	۱/۶	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	آبگرم گور	ج. ش.

^۱ شم. = شمال ج. = جنوب غ. = غرب ش. = شرق
منبع: نگارندگان

همان‌طور که در شکل ۴ ملاحظه می‌شود حدود ۴۰ درصد از چشمه‌های مورد مطالعه (شاهان گرماب، چنگوله، چراغ آباد، محمدآباد، محمدآباد مسکون و آبگرم گور) در مرحله‌ی اکتشاف، ۲۵ درصد در مرحله‌ی درگیری (وننق، آبگرم سلماس، عالی حسینی و موویل)، یک

چهارم در مرحله‌ی توسعه (لشتگان، ورتون، آب اسک و وله زیر) و یک هشتم چشمه‌ها (متعلق و آبگرم لاریجان) نیز در مرحله‌ی تثبیت قرار گرفتند.



شکل ۴: چرخه‌ی الگوی توسعه‌ی مقاصد گردشگری آبگرم در روستاهای مورد مطالعه

منبع: نگارندگان

نتیجه‌گیری و بحث

در تحقیق حاضر با بهره‌گیری از مدل چرخه‌ی حیات مقصد گردشگری و خوشه‌بندی فضایی مقاصد گردشگری با ۵ شاخص، ۱۶ مقصد گردشگری آبگرم در کشور مورد واکاوی قرار گرفت. همانطور که در شکل ۵ ملاحظه می‌کنید چشمه‌های مورد مطالعه در مناطق شمال شرقی (محمدآباد و شاهان گرماب) و جنوب شرقی (گور، زهکلو و محمدآباد مسکون) و غرب کشور (چنگوله) در مرحله‌ی اکتشاف قرار دارند و تاکنون در این مناطق سرمایه‌گذاری چندانی برای بهره‌برداری مناسب از چشمه‌ها صورت نگرفته است. به طوری که براساس نتایج جدول ۴ مقاصد نامبرده فاقد هرگونه امکانات فیزیکی، تسهیلات عمومی و امکانات درمانی در اطراف چشمه بودند و تنها در چشمه‌ی چنگوله اندک امکانات فیزیکی همچون سرویس بهداشتی وجود داشت. همچنین نیروی انسانی نیز در این بخش مشغول به فعالیت نبود. این در حالی است که تعداد زیادی چشمه‌ی آبگرم (حدود یک سوم چشمه‌های آبگرم کشور) در مناطق شمال شرقی و به خصوص جنوب شرقی وجود دارد (شکل ۱ و جدول ۲) از دلایل این امر می‌توان به فاصله‌ی زیاد مراکز عمده‌ی جمعیتی از این چشمه‌ها اشاره نمود. در استان‌های

منطقه‌ی شمال کشور به‌دلیل نزدیکی به کلان شهر تهران و همچنین فاصله کم مراکز جمعیتی از همدیگر، سرمایه‌گذاری بیشتری صورت گرفته است. هرچند که کمتر از ۱۴ درصد چشمه‌های آبگرم روستایی در این منطقه واقع شده‌اند. این سرمایه‌گذاری‌ها در ارائه تسهیلات عمومی، امکانات فیزیکی و درمانی صورت پذیرفته است و این امر سبب جذب نیروی انسانی در بخش آبگرم در این روستاها شده است (جدول ۴) بیشترین تعداد چشمه‌های آبگرم کشور در منطقه‌ی شمال غرب کشور به‌دلیل رشته کوه‌های آتشفشانی سبلان واقع شده‌اند و این منطقه به تنهایی ۴۰ درصد از چشمه‌های آبگرم روستایی شناسایی شده را دارا هستند. وضعیت استان‌های منطقه‌ی شمال غرب یکسان نیست. (شکل ۵) به‌طوری‌که چشمه متعلق در روستای آبش احمد از توابع استان آذربایجان شرقی با کسب بالاترین امتیاز در شاخص‌های امکانات فیزیکی، تسهیلات عمومی، امکانات درمانی و نیروی انسانی (جدول ۴) در مرحله‌ی تثبیت (شکل ۵) قرار گرفته است که از دلایل این امر می‌توان نزدیکی به کلان شهر تبریز را ذکر کرد. در استان اردبیل نیز چشمه‌های آبگرم فراوانی وجود دارد که با وجود پتانسیل بالا، مراکز آبگرم، این استان هنوز در مرحله‌ی درگیری (آبگرم موییل) و توسعه (آبگرم وله زیر) (شکل ۵) قرار دارند که یکی از دلایل این امر شاید نزدیکی چشمه‌های آبگرم به یکدیگر باشد. همچنین شایان توجه است که وجود شهر سرعین و شهرت چشمه‌های آبگرم این شهر در سراسر کشور، باعث تمرکز سرمایه در این شهر شده است و فرصت سرمایه‌گذاری را برای سایر چشمه‌های آبگرم استان محدود نموده است. در مجموع نتایج زیر به‌دست آمد:

گردشگری آبگرم در ایران هنوز در مرحله‌ی اولیه یعنی اکتشاف قرار دارد و ابراهیم‌زاده (۱۳۸۶) نیز در تحقیق خود به این مسأله اشاره نموده است.

میزان توسعه‌ی گردشگری چشمه‌های آبگرم در روستاهای مورد مطالعه یکسان نیست (شکل ۵)

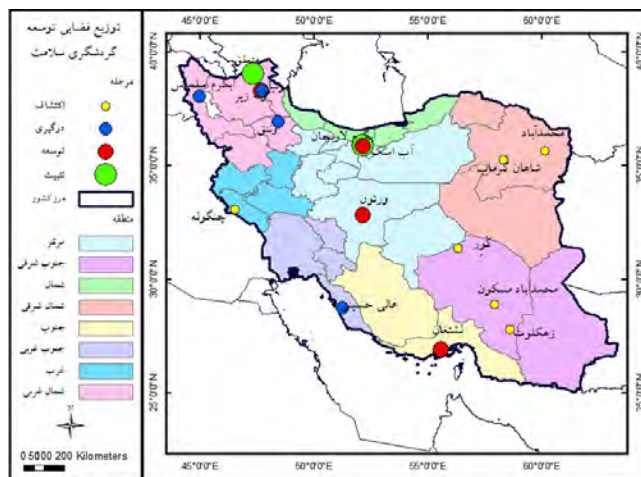
تمرکز سرمایه‌گذاری در گردشگری آبگرم روستایی در منطقه‌ی شمال و شمال غرب کشور می‌باشد (جدول ۴)

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که به‌منظور توسعه‌ی متوازن گردشگری آبگرم، مطالعات دقیق‌تری برای امکان سنجی توسعه‌ی چشمه‌های آبگرم صورت پذیرد و بر اساس اولویت‌های به‌دست آمده اقدام به برنامه‌ریزی منطقه‌ای شود.

در استان اردبیل با توجه به نزدیکی چشمه‌های آبگرم به یکدیگر و شهرت چشمه‌ی سرعین، برای جذب گردشگر بیشتر ابتدا راهبردهای متنوع‌سازی محصول گردشگری سلامت مورد بررسی قرار گیرد تا در این راستا زمینه‌ی جذب سرمایه فراهم گردد.

در منطقه‌ی جنوب شرق، دولت تسهیلات ویژه‌ای را برای جذب سرمایه‌گذاران فراهم نماید. همچنین از آنجا که گردشگری آبگرم در این مناطق در مرحله‌ی اکتشاف قرار دارد (شکل ۵)

سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان با همکاری دهیاری یا بخشداری حداقل امکانات فیزیکی (سرویس بهداشتی، اتاقک دوش و رختکن) در اطراف چشمه‌ی آبگرم را ایجاد نماید.



شکل ۵: توزیع فضایی چشمه‌های آبگرم مورد مطالعه بر اساس چرخه‌ی الگوی توسعه‌ی گردشگری

سلامت

منبع: نگارندگان

منابع

۱. ابراهیم‌زاده، عیسی (۱۳۸۶). چشمه‌های آب معدنی و گستره‌ی فضایی آن در ایران، تحقیقات منابع آب ایران، سال ۳، شماره ۲: ۷۰-۶۶.
۲. حقیقی‌کفاش، مهدی؛ ضیایی، محمود و جعفری قاسم (۱۳۸۹). اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه‌ی گردشگری درمانی ایران، مطالعات مدیریت گردشگری (مطالعات جهانگردی)، شماره ۱۱: ۲۳-۴۰.
۳. حیدرزاده، کامبیز؛ چمنی، فراز و بابایی مدینه (۱۳۸۶). توریسم درمانی در ایران و جهان، تهران: سازمان توسعه‌ی تجارت ایران- دفتر بررسی بازار کالا و خدمات، برگرفته از: http://vcmdrp.tums.ac.ir/files/medicaltourism/pages/medical_turism.pdf
۴. خادمی، مریم و رضوانی علی اصغر (۱۳۹۱). جایگاه گردشگری در باغشهر ابهر، چهارمین کنفرانس برنامه‌ریزی و مدیریت شهری، مشهد، ایران، ۲۰-۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۱، بانک مقالات همایش‌های دانشگاه فردوسی مشهد: ۱-۱۷.
۵. دانشنامه‌ی رشد (۱۳۹۳). چشمه‌ی معدنی و آبگرم، آب‌شناسی، برگرفته از: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/>.
۶. گردشگری سلامت نیاز میرم اقتصاد ملی (۱۳۹۰). ماهنامه‌ی سفر، سال ۲۰، شماره ۳۰: ۲۱-۱۶.

۷. روح‌پرور، راحله؛ رضانی، مژده؛ دانایی، خدیجه؛ عابدینی سلیم آبادی، پرستو؛ جعفری، غلامعلی؛ حلیفه‌گری، صمد؛ دولتشاهی، پریسا؛ صباغیان پیرو، عطیه؛ عباس‌گودرزی، نعمت‌اله؛ کیکاووسی‌آرانی، لیلیا و مهرابی‌فر، حمید (۱۳۹۱). **راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد بهداشت محیط بیمارستان در ایران**، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان.
۸. سبحانی، بهروز (۱۳۸۹). شناخت پتانسیل‌های گردشگری منطقه‌ی آبگرم سردابه در استان اردبیل با روش SWOT، **مجله‌ی مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای**، سال ۱، شماره ۴: ۱۲۳-۱۱۳.
۹. سیری در ایران (۱۳۹۳). **چشمه‌های آبگرم ایران**، تاریخ مراجعه ۱۳۹۳/۱۰/۱۲، برگرفته از: <http://seeiran.ir/tag/>
۱۰. شیخ‌الاسلامی، نازنین؛ رضاییان، محسن؛ بهسون، مریم و تقوی‌پور، مونا (۱۳۸۹). آگاهی و نگرش پزشکان و پرستاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در مورد توریسم پزشکی در سال ۱۳۸۶، **مجله‌ی تخصصی اپیدمیولوژی ایران**، سال ۵، شماره ۴: ۳۶-۳۱.
۱۱. غفوری، محمدرضا (۱۳۸۲). **شناخت آب معدنی و چشمه‌های معدنی ایران**، تهران: دانشگاه تهران.
۱۲. قدمی، محسن؛ صرافی زاده، علی اصغر و مدنی، امیرمحسن (۱۳۹۰). طراحی الگوی بومی طبقه‌بندی و رتبه‌بندی هتل‌ها در ایران، **مدیریت فرهنگی**، سال ۵، شماره ۱۱: ۸۸-۷۵.
۱۳. مرکز گردشگری سلامت ایران (۱۳۹۲). **گردشگری تندرستی**.
۱۴. مشیری، سید رحیم و فتح‌الهی، فرشته (۱۳۸۸). چشمه‌های آبگرم، توانمندی شهر رامسر در عرصه توریسم درمانی، **فصلنامه‌ی علمی و پژوهشی جغرافیا**، سال ۳، شماره ۱: ۷۶-۵۷.
۱۵. ملاحسینی، محمد (۱۳۹۱). آشنایی با چشمه‌های آبگرم، **همشهری آنلاین**.
۱۶. نجفی، احمد (۱۳۸۶). **توسعه‌ی اکوتوریسم شهرستان تفت با تأکید بر ظرفیت‌های ژئومورفولوژیکی آن (پایان‌نامه‌ی منتشرنشده‌ی کارشناسی ارشد جغرافیای طبیعی)**، دانشگاه شهید بهشتی: دانشکده‌ی علوم زمین، تهران.
۱۷. وارثی، حمید رضا و فتحی، غفت (۱۳۸۷). برنامه‌ریزی توریسم درمانی در محدوده‌ی چشمه‌های آب معدنی و آبگرم استان اصفهان، **مجله‌ی تحقیقات جغرافیایی**، سال ۲۳، شماره ۹۰: ۶۴-۳۹.
18. Berry, E.N. (2001). An application of Butler's (1980) tourist area life cycle theory to the Cairns Region, Australia 1876-1998, **School of Tropical Environment Studies and Geography (Doctoral dissertation)**, North Queensland, James Cook University.
19. Breakey, N. (2006). **Tourism Destination Development- beyond Butler (Doctoral Dissertation)**, University of Queensland, Queensland. Retrieved from uq.edu.au.
20. Bushell, R., Prosser, G.M., Fulkner, H.W. and Jafari, J. (2001). Tourism research in Australia, **Journal of Travel Research**, 39(3): 323-326.
21. Carlsen, J. (1999). A systems approach to island tourism destination management, **Systems Research and Behavioral Science**, 16(4): 321-327.
22. Cohen, M. and G. Bodeker (2008). **Understanding the global spa industry, Spa management**, Routledge.
23. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery, **Tourism Management**, 27(6):1093-1100.
24. Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R. and Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel, **Social Science & Medicine**, 72: 726-732.

25. EHSA (European Health & SPA Award) (2014). **Criteria of Evaluation**.
26. Harahsheh, S.S. (2002). Curative tourism in Jordan and its potential development, **Bournemouth University, United Kingdom**, 3(1): 45-78.
27. Heung, V.C., Kucukusta, D. and Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research, **Journal of Travel & Tourism Marketing**, 27(3): 236-251.
28. INTDA (n. d.). Spa & wellness: standards and categorization criteria, **Industry Standards & Quality**, National Tourism Development. Authority. Ireland, Failte Ireland.
29. Jafari, J. (1990). Research and scholarship: the basis of tourism education, **Journal of Tourism Studies**, 1(1): 33-41.
30. Liu, Z. (1994). Tourism development—a systems analysis, **Tourism: The state of the art**: 20-30.
31. Macchiavelli, A. (2001). Tourist destinations as integrated systems, **Tourism Review**, 56(3/4): 6-11.
32. Mill, R.C. and Morrison, A. M. (1985). **The Tourism System: An Introductory Text**, New Jersey: Prentice-Hall International, Englewood Cliffs.
33. Mulholland, C. (2005). **Depression and suicide in men**.
34. Oh, H., Kim, B.Y. and Shin, J.H. (2004). Hospitality and tourism marketing: recent developments in research and future directions, **International Journal of Hospitality Management**, 23(5): 425-447.
35. Pornphol, P. and McGrath G. M. (2010). Implementation of the Tourism Area Life Cycle Model as an Advisory Decision Support System, **Pacific Asia Conference on Information Systems (PACIS)**, Paper 172. 9-12 July, Taipei, Taiwan, AISel. <http://aisel.aisnet.org/pacis2010/172>.
36. Smith, M. and Kelly, C. (2006). Wellness Tourism, **Tourism Recreation Research**, 31(1):1-4.
37. Smith, M.K. and Puczkó, L. (2009). **Health and wellness tourism**. Routledge.
38. Smith, R., Martínez Álvarez, M. and Chanda, R. (2011) Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade, **Health Policy**, 103(2):276-282.
39. Stevens and Associates (2008). Well-being in Leisure & Tourism, **View Markting**.
40. TRAM (Tourism Research and Marketing) (2006). **Medical Tourism: a global analysis, a report by tourism research and marketing**, Arnhem, The Netherlands ATLAS.
41. www.howstuffworks.com/pdf/spa-criteria.pdf. 11 October 2014.