

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت، نمونه موردی: منطقه دو سلامت

سیده سمیه حسینی* ، مسعود تقوایی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۸

چکیده

دولت‌های بسیاری در سرتاسر جهان نسبت به توسعه و گسترش صنعت گردشگری پزشکی به‌عنوان یک صنعت استراتژیک ملی و یکی از اشکال تجارت خدمات سلامت مشتاق و در این راستا برنامه‌ریزی می‌کنند. با توجه به قابلیت‌های ایران در این صنعت، پژوهش حاضر باهدف تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی منطقه دو سلامت با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات و در راستای گسترش دهکده‌های سلامت است. در مرحله اول داده‌ها با روش تحلیلی - اسنادی (رویکرد تحلیل محتوا)، سپس مصاحبه و پرسشنامه با تعدادی از خبرگان کلیدی بدست آمده و جهت تجزیه و تحلیل آن از نرم‌افزار - MAXQDA-18 استفاده شد. در مرحله دوم، داده‌های بدست آمده از گام قبلی جهت ارزیابی وضعیت موجود منطقه مورد مطالعه با استفاده از تکنیک SWOT مورد بررسی قرار گرفت، سپس با ترکیب دو تکنیک SWOT و DEMATEL فازی در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP اولویت‌بندی شدند. جامعه آماری مرحله ارزیابی و اولویت‌بندی شامل ۲۰ نفر از خبرگان گردشگری سلامت منطقه آذربایجان بوده است. یافته‌های حاصل از تلفیق تکنیک‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره با مدل SWOT نشان داد که در خصوص اولویت‌بندی استراتژی‌ها، به ترتیب استراتژی تهاجمی (SO)، استراتژی بازنگری (WO) در اولویت اول و دوم و استراتژی‌های تدافعی (WT) و تنوع (ST) در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.

واژه‌های کلیدی: آمایش سرزمین، گردشگری پزشکی، تکنیک SWOT تحلیل سلسله مراتبی، دهکده‌های سلامت

* پژوهشگر پسادکتری زیر نظر صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران با همکاری دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول).
sshosseini1361@gmail.com

** استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
masoud.tgv@gmail.com

مقدمه

آمایش سرزمین، یک امر علمی با رویکردی فضایی و منطقه‌ای در جهت شناخت توانمندی‌های توسعه با توجه به قابلیت‌های مکانی می‌باشد. یکی از قابلیت‌های فضایی مورد بررسی، قابلیت گردشگری هر منطقه است (پور اصغر و ویسی، ۱۳۹۱: ۱۸۷) اگرچه در نگاه اول، آمایش سرزمین و گردشگری دو مفهوم جداگانه هستند اما در حقیقت بسیار مرتبط هستند چرا که فعالیت گردشگری در یک مکان خاص انجام می‌شود و دارای یک ویژگی مکانی است (Dede & Ayten, 2012) از این رو توسعه صنعت گردشگری به‌عنوان یکی از محورهای اساسی آمایش سرزمین مطرح (Mills, 2002: 42) تا از یک سو ابزاری برای سازمان‌دهی فعالیت‌های گردشگری در جهت تسهیل ادغام این بخش با سایر بخش‌ها در داخل یک منطقه باشد. (Dede & Ayten: 2012) و از طرف دیگر باعث بازشناسی قابلیت‌های توسعه گردشگری (Pearce, 2000: 36)، در هر منطقه شود و به‌طور همه‌جانبه از طریق امکان‌سنجی توسعه گردشگری مورد بررسی و اجرا قرار گیرد (پور اصغر و ویسی، ۱۳۹۱: ۱۸۷).

در این میان تجمع جاذبه‌ها نوعاً به کاهش هزینه‌های لازم برای ایجاد زیرساخت‌های مناسب در منطقه می‌انجامد و برای سازمان‌دهی برنامه‌های گردشگری، بستر مناسبی را فراهم می‌آورد (Murphy, 2004: 85). طبق اعلام سازمان ملل، برنامه‌ریزی گردشگری می‌تواند در سطوح مختلفی از جمله منطقه‌ای در داخل یک کشور در نظر گرفته شود (UNESCAP, 1999). به‌طور کلی برنامه‌ریزی گردشگری و به‌تبع آن گردشگری سلامت در سه سطح جامع، تفصیلی و عملیاتی صورت می‌پذیرد که برنامه‌ریزی جامع، پایه و نقطه آغازین برنامه‌های تفصیلی و عملیاتی می‌باشد به‌گونه‌ای که از طریق اهداف، راهبردها و خطوط کلی که در برنامه‌های جامع تدوین می‌گردد، زمینه‌های توسعه گردشگری در برنامه‌های تفصیلی مشخص می‌شود.

به عبارتی دیگر به منظور برخورد صحیح با آینده و رفع مشکلات و پیچیدگی‌های فعلی، برنامه‌ریزی راهبردی باید در دستور کار برنامه ریزان امر قرار بگیرد. (Obeng & Ugboro, 2008) (Smith & Puczko, 2009).

گردشگری پزشکی زیرمجموعه‌ای از گردشگری سلامت است (Carrera & Bridges, 2006; Goeldner, 1989) این صنعت نتیجه مستقیم جهانی‌شدن خدمات مراقبت‌های سلامت (Lunt & Carrera, 2010; Yeoh et al, 2013) و گردشگری است که نشان‌دهنده اتحاد حداقل بین دو بخش درمان پزشکی و گردشگری است که خود پتانسیل اقتصادی عظیمی را برای اقتصاد جهانی تشکیل می‌دهد (Bookman & Bookman, 2007) و نه تنها شامل درمان‌های ضروری و انتخابی پزشکی (جراحی و غیرجراحی) می‌باشد، بلکه درمان‌های تندرستی همراه با خدمات برای اقامت، سرگرمی، غذا و نوشیدنی، تور و یا جستجوی جاذبه‌های یک مقصد را نیز در برمی‌گیرد (Hall, 2011). سرمایه‌گذاری در این بخش یک وسیله افزایش درآمد، بهبود خدمات، تولید درآمد ارز خارجی، ایجاد تعادل مطلوب‌تر تجارت و به‌طورکلی افزایش گردشگری است. (Connell, 2006, 2011; Deloitte, 2008; Heung et al, 2011; Ye et al, 2011; Yu & KO, 2012).

بیش از ۴۰ کشور به‌طور فعال در بازار گردشگری پزشکی مشارکت دارند (Wongkit & McKercher, 2015) و به‌طورجدی پیگیر سیاست‌های مؤثر برای افزایش جذابیت خود را به‌عنوان یک مقصد برای این بخش بسیار سودآور از صنعت گردشگری جهانی هستند. (Henderson, 2004; Teh, 2007). باوجود ظرفیت‌های متعدد منطقه دو سلامت و دسترسی به بازارهای گردشگری پزشکی کشورهای همجوار آذربایجان، جمهوری خودمختار نخجوان، ارمنستان و عراق متأسفانه اکثر گردشگران سلامت جذب مناطق دیگر می‌شوند و عملاً به توسعه این مناطق کمکی نمی‌کنند. موفقیت در این امر تحت تأثیر رقابت نسبی آنها قرار دارد. در این چارچوب، ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت و یکپارچه‌سازی خدمات در حوزه‌های مختلف برای

رضایتمندی بیماران در سطح ملی و فراتر از آن در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی توسط برخی از محققین مطرح شده است (Hosseini et al, 2020). این امر در ابتدا مستلزم شناخت عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت است، تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های مشابه تدوین و ارزیابی ابعاد گوناگون توسعه گردشگری سلامت (حوزه تندرستی و پزشکی و درمانی) با تأکید بر گردشگری پزشکی با استفاده از یک روش ترکیبی (کیفی- کمی) است. بدین منظور این پژوهش ابتدا به شناسایی و تدوین عوامل و شاخص‌های اصلی تأثیرگذار در حوزه‌های مختلف در این راستا و نظریات پشتیبانی‌کننده از آنها پرداخته و در پی آن پتانسیل‌ها، نیازها و مشکلات شناسایی و برای دستیابی به روند مطلوب جهت رفاه حال گردشگران و مجموعه‌های فعال به‌عنوان یک مزیت رقابتی، بررسی و تحلیل شده است تا علاوه بر جمع و جذب سرمایه‌های داخلی و خارجی به بازاریابی با دامنه‌ای از مشارکت‌کنندگان در هر دو بخش خصوصی و دولتی جهت ارتقای گردشگری سلامت و همکاری بخش‌های دولتی و خصوصی با یک مدیریت سیستماتیک در منطقه منجر شود.

مبانی نظری تحقیق

افزایش تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی در دهه گذشته تأییدی بر افزایش قابل‌توجه آن به‌عنوان یک فعالیت مهم گردشگری است (Reddy et al, 2010). گردشگری پزشکی، یک صنعت چند میلیارد دلاری در سراسر جهان است که در آن بیماران برای بهبود یا تقویت سلامت خود به یک استان (ایالت) یا کشور دیگر سفر می‌کنند. (Amodeo, 2010; Goldbach & West, 2010; Hudson & Xiang, 2012) با بررسی لغاتی که معمولاً در صنعت گردشگری پزشکی استفاده می‌شود سه تعریف مشخص از گردشگری پزشکی یافت می‌شود: گردشگری پزشکی بین‌المللی،

گردشگری پزشکی داخلی، گردشگری پزشکی با حمایت کارفرمایان (سازمان‌ها و ارگان‌ها) (Sandberg, 2017: 2) به سفرهای داخلی بیمارانی که در پی متخصصان بهتر، خدمات ارزان‌تر و با کیفیت بیشتر هستند گردشگری پزشکی محلی (داخلی) گفته می‌شود (Connel, 2010: 11).

به سفر بیماران فراسوی مرزها (اغلب در فاصله‌های زیاد) برای کسب خدمات درمانی (که این خدمات در کشور خودشان از لحاظ هزینه و زمان یا موجود نیست یا به‌آسانی در دسترس نیست) گردشگری پزشکی (بین‌المللی) گویند (Deloitte, 2008: 2) که ابتدا به‌وسیلهٔ آژانس‌های مسافرتی و رسانه‌های جمعی برای توصیف یک پدیده به‌سرعت در حال رشد؛ یعنی مسافرت به آن‌سوی مرزها به‌منظور دستیابی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، ارائه گردید (Shaywitz, 2002: 355) درمان و بازیابی توان از مهم‌ترین اهداف گردشگری پزشکی است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات فراغت (استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی مانند آبگرم‌ها نیز به بسته سلامت بیمار اضافه می‌شود (Harahsheh, 2002) که در این صورت ممکن است گردشگری او با سفر به نقاطی که این امکانات را دارند تکمیل شود در نتیجه گردشگری پزشکی یک خدمت درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است (Crooks et al, 2011: 726).

موفقیت اهداف گردشگری و به‌تبع آن گردشگری پزشکی به‌عنوان یکی از زیرشاخه‌های گردشگری در بازارهای جهانی تحت تأثیر رقابت نسبی آنها قرار دارد. تعدادی از محققان به بررسی قابلیت رقابت در گردشگری (TDC) و مدل‌های پیشنهادی با اجزای مختلف پرداخته‌اند (Crouch & Ritchie, 1999; Dwyer & Kim, 2003; Dwyer, et al 2004; Hassan, 2000) این مدل‌ها برای مقایسه مزایای رقابتی مقصد گردشگری استفاده شده است که شامل مدل پایه رقابت (Heath, 2003)، مدل جامع رقابت مقصد (Dwyer & Kim, 2003)، مدل رقابت مقصد (Dwyer et al, 2004) و مدل مفهومی رقابت مقصد (Crouch, 2007) می‌باشند. علاوه بر مدل‌های یاد شده در

زیر به برخی از مهم‌ترین تئوری‌ها و مدل‌ها یا یکپارچه‌سازی با RBT، در گردشگری پزشکی، که مورد استفاده محققان قرار گرفته، اشاره شده است.

نظریه رانشی کششی: طبق نظریه رانشی کششی می‌توان به ارائه مدلی جهت عرضه و تقاضا در گردشگری پزشکی پرداخت که تقاضا در سه بخش کشور، بیمارستان، پزشک و عرضه شامل ارتقا، کیفیت، ارتباطات و زیرساخت می‌باشند (Vincent et al, 2010) همچنین طبق این نظریه انگیزه‌های گردشگران درمانی متفاوت از گردشگران معمولی و بیشتر معطوف به عوامل پزشکی به‌خصوص امکانات پزشکی و درمانی مقصد می‌باشد. چارچوب انگیزه‌های گردشگران درمانی (عوامل انگیزشی) شامل ویژگی‌های مقصد، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ارتقا، همراهی و صمیمیت، هزینه‌ها و شهرت می‌باشند. (Ye et al, 2008) بعلاوه ارائه یک الگوی کلی جهت شناسایی و تجزیه و تحلیل محرک‌های بین‌المللی در خدمات پزشکی و بیمارستان‌های بین‌المللی در الگوی ارائه شده عوامل فشار (عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، عدم اعتماد و اطمینان، تجربه منفی، لیست‌های انتظار طولانی، در دسترس نبودن درمان جدید) باعث تجربه خدمات پزشکی در خارج از کشور می‌شود. عوامل کششی این سفر شامل: نوآوری پزشکی، بهره‌وری سازمانی، کیفیت خدمات، تضمین و عوامل فرهنگی ذکر شده است (Veerasoontorn & Beise-Zee, 2010).

نظریه سیستم خاکستری: از نظریه سیستم خاکستری به‌عنوان یک روش اصلی تجزیه و تحلیل استفاده می‌شود. بر این اساس، می‌توان عوامل مؤثر بر توسعه پایدار گردشگری پزشکی را شناسایی و عملکرد هر مقصد را مشخص کرد (Dang, et al, 2020).

نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده: ابعاد و مهم‌ترین عوامل در گردشگری پزشکی با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و ارزش ادراک شده شامل کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، بسته، راحتی، کشور قیمت، ارزش عاطفی، ارزش اجتماعی و رضایت می‌باشند (Liang et al. 2017).

تئوری تبادل اجتماعی و تئوری سرریز: با استفاده از تئوری تبادل اجتماعی و تئوری سرریز، اثرات درک شده از توسعه گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه توسط عوامل عملکرد اقتصادی گردشگری پزشکی، رضایت کلی جامعه، رضایت از مراقبت‌های بهداشتی و نگرش به گردشگری پزشکی سنجیده شده است؛ بنابراین درک ساکنان از تأثیر گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه بر تمایل به پرداخت مالیات بالاتر و حمایت از توسعه گردشگری پزشکی تأثیر می‌گذارد (Suess et al, 2018).

نظریه سازمان صنعتی و دیدگاه مبتنی بر منابع: برای مدیریت استراتژیک با توجه به شباهت‌های نزدیک بین مفهوم‌سازی یک شرکت و یک مقصد گردشگری، امکان استفاده از تئوری‌های توسعه‌یافته برای مدیریت استراتژیک یک شرکت به مدیریت استراتژیک یک مقصد گردشگری وجود دارد. به عبارتی دیگر پیوند دادن نظریه‌های IO و RBV به یک چارچوب مفهومی یکپارچه جهت ارائه درک بهتر از عوامل اصلی تعیین‌کننده رقابت در مقصد در چارچوب گردشگری می‌باشد. به عقیده لی و کینگ این مدل رقابت‌پذیری مقصد از سه بخش منابع و جاذبه‌ها (منابع طبیعی، دارایی‌های فرهنگی، جذابیت‌های ویژه، غذا، اقامت، حمل‌ونقل و امنیت)، محیط (رشد اقتصادی، تغییرات اجتماعی- فرهنگی، شرایط تقاضا و...) و استراتژی‌های مقصد گردشگری (بازاریابی مقصد، توسعه نیروی انسانی، مدیریت کیفیت خدمات، مدیریت محیطی و...) تشکیل شده است. (Lee & King, 2006).

نظریه مزیت رقابتی، نظریه نیاز مازلو و نظریه رانشی کششی: به عقیده کانیتین ساتیتونگ ارائه یک چارچوب مفهومی با ترکیب و یکپارچه‌سازی سه نظریه مزیت رقابتی (تعیین متغیرهای مستقل)، نظریه نیاز مازلو (تعیین متغیر واسطه شامل سلسله‌مراتب مراقبت‌های سلامت) و نظریه رانشی کششی (تجارت گردشگری پزشکی) به تعیین انگیزه و عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری گردشگران و شناسایی دو گروه متفاوت توریست پزشکی منجر و به ارائه‌دهندگان خدمات گردشگری پزشکی جهت

تأمین نیازهای هر گروه کمک می‌کند. بر این اساس به چهار عامل کشور، بهداشتی، مرتبط با تجارت و بازاریابی تقسیم‌بندی شده است (Kanittinsuttitong, 2015).

دیدگاه مبتنی بر منابع و مزیت رقابتی پورتر: طبق نظریات دیدگاه مبتنی بر منابع و مزیت رقابتی پورتر، اتخاذ راهبردهای گردشگری پزشکی توسط مراکز درمانی معطوف است به عوامل برتری هزینه از طریق قیمت‌گذاری رقابتی، تمایز از طریق نوآوری، تمرکز بر مراقبت‌های ویژه پزشکی و قوانین و مقررات دولتی (Thilagavathin & Shankar, 2013).

نظریه دیدگاه مبتنی بر منابع^۱، نظریه هزینه معاملات و نظریه مبادله اجتماعی: لی و فراندو با ترکیب و یکپارچه‌سازی چهار نظریه دیدگاه مبتنی بر منابع، نظریه هزینه معاملات و نظریه مبادله اجتماعی به توسعه و بررسی تجربی مدلی جهت زنجیره عرضه گردشگری پزشکی جهت هماهنگی و به اشتراک‌گذاری اطلاعات زنجیره عرضه گردشگری پزشکی پرداختند که به اعتقاد آن‌ها تأثیر مستقیمی بر عملکرد سازمان دارد. عوامل زنجیره عرضه شامل اعتماد و تعهد متقابل همکاری، هماهنگی، به اشتراک‌گذاری اطلاعات و عملکرد مالی و غیرمالی می‌باشد (Lee & Fernando, 2015).

نظریه دوامی هرزبرگ و هرم نیازهای مازلو: با استفاده از نظریه دوامی هرزبرگ و هرم نیازهای مازلو به شناسایی عوامل و گردشگران پزشکی در طبقات مختلف پرداخته‌اند، بر این اساس مهم‌ترین شاخص‌های پژوهش عبارت‌اند از: انتخاب بیمارستان، تخصص کادر پزشکی، انتخاب شهر مقصد، قابلیت دسترسی، وضعیت محیطی، هزینه بازدید از اماکن تاریخی و تمایل گردشگر به مقصد (طباطبائی نسب و همکاران، ۱۳۹۳).

منطقه مورد مطالعه

منطقه شمال غرب (آذربایجان) یکی از ۱۰ منطقه در تقسیم‌بندی طرح کالبدی ملی ایران است (طرح کالبدی ملی ایران) که از شمال به رود ارس، جمهوری آذربایجان و ارمنستان، از جنوب به استان کردستان از شرق به استان گیلان و دریای خزر و از غرب به ترکیه و عراق محدود شده است و شامل سه استان آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی و اردبیل است. همچنین این منطقه یکی از ده کلان منطقه سلامت (با ملاحظات آمایش سرزمین) می‌باشد که شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ارومیه، اردبیل و دانشکده‌های پزشکی مستقر در منطقه است (ملکزاده و همکاران، ۱۳۹۶).



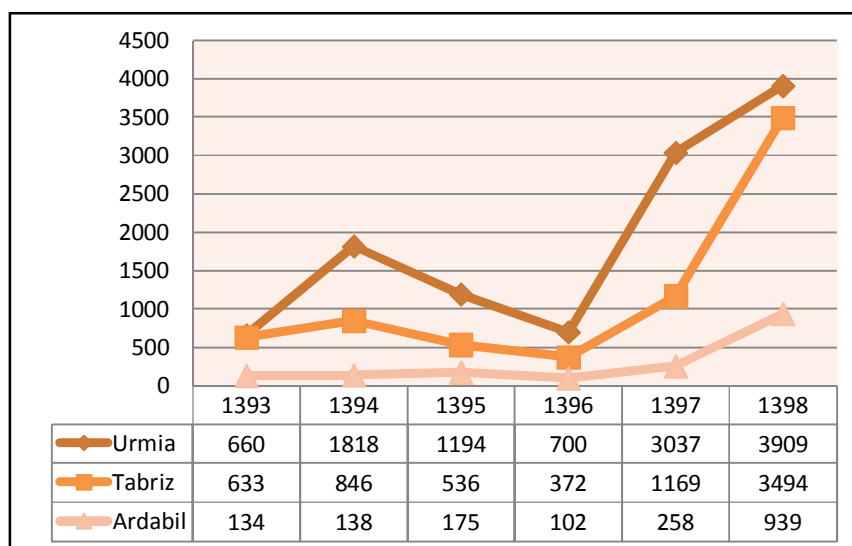
نقشه ۱- محدوده مورد مطالعه در ده منطقه کلان سلامت با ملاحظات آمایشی

تبریز، مرکز استان آذربایجان شرقی با ۲۳ بیمارستان، ۱۰ عمومی، ۶ خصوصی، ۳ نظامی و ۴ عمومی غیردولتی و برخی از کلینیک‌های تشخیصی، خدمات خاصی را برای بیماران ارائه می‌دهد. در واقع، ارائه خدمات پزشکی به گردشگران پزشکی در شهر تبریز باید توسط هر دو بخش دولتی و خصوصی ارائه شود (Momeni et al, 2018). شهر اردبیل نیز با ۹ بیمارستان، ۷ عمومی، ۲ غیردولتی (سالنامه آماری استان اردبیل، ۱۳۹۷) به بیماران خدمات پزشکی ارائه می‌کند. در سند اجرایی طرح آمایش اردبیل این استان به سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم‌بندی شده است. در

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری ... ۴۱

جدول تخصص‌ها و خوشه‌های فعالیتی منطقه دو برنامه‌ریزی استان، خوشه گردشگری شامل شهرستان‌های نمین، مشکین‌شهر، اردبیل و سرعین و خوشه گیاهان دارویی شامل نمین، مشکین‌شهر، سرعین و نیر می‌باشد.

همچنین خوشه آب‌معدنی شهرستان‌های مشکین‌شهر، سرعین و نیر را در برمی‌گیرد. (سند اجرایی آمایش استان اردبیل، ۱۳۹۸) در سند راهبردی طرح آمایش استان اردبیل با عنوان فرصت‌ها و شایستگی‌های محوری توسعه استان اردبیل به راهبرد ادغام خوشه گردشگری سلامت (تندرستی، درمانی و پزشکی) متناسب با تخصص استان گیلان و آذربایجان شرقی اشاره شده است. (سند راهبردی آمایش استان اردبیل، ۱۳۹۸) ارومیه، مرکز استان آذربایجان غربی با ۱۴ بیمارستان، ۸ عمومی، ۴ خصوصی، ۲ نظامی و برخی از کلینیک‌های تشخیصی، خدمات خاصی را برای بیماران ارائه می‌دهد (سالنامه آماری استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۷).



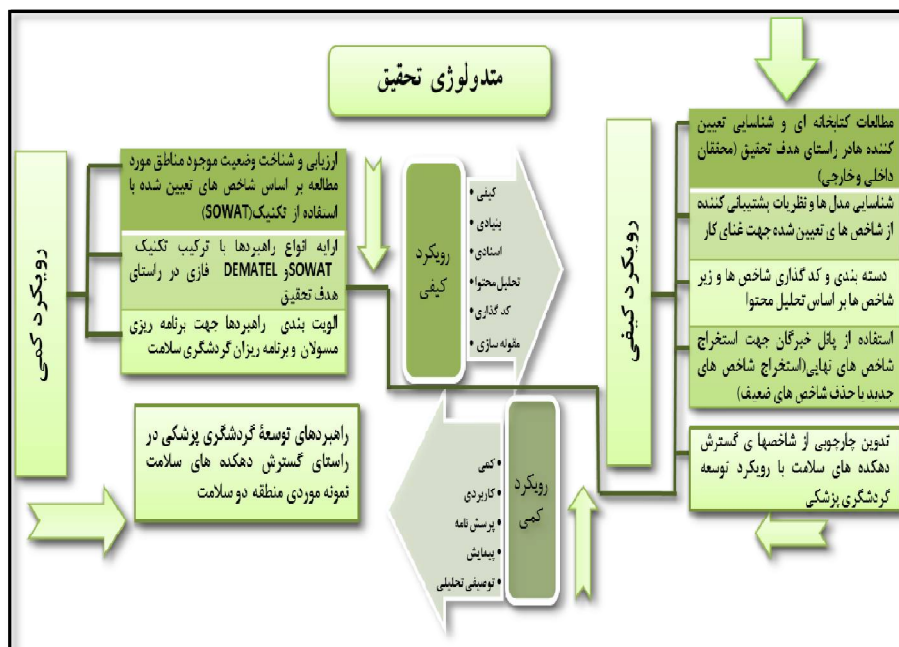
نمودار ۱- تعداد گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منطقه آذربایجان به تفکیک استان

(منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۹)

روش تحقیق

روش تحقیق پژوهش حاضر یک روش ترکیبی با رویکرد کیفی- کمی می‌باشد. در مرحله اول با استفاده از روش تحلیل محتوا به شناسایی و تدوین شاخص‌ها و زیرشاخص‌های توسعه گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت پرداختیم. وقتی محقق از روش‌های کیفی استفاده می‌کند نیاز به شناسایی متغیرهایی دارد که بعداً ممکن است به صورت کمی مورد آزمایش قرار گیرند. بدین منظور ابتدا پژوهش‌های مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت شناسایی و از بین پژوهش‌ها، شاخص‌های ۱۲۲ محقق داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های گردآوری شده به روش‌های اسنادی از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری دسته‌بندی شده و در قالب پرسشنامه و مصاحبه در اختیار استادان و مسئولان حوزه گردشگری سلامت متشکل از یک گروه ۸ نفره (مدیر بخش گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان بخش گردشگری سلامت وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و استادان باسابقه در حوزه گردشگری سلامت) قرار گرفت و در نهایت منجر به نهایی شدن شاخص‌ها از طریق پانل خبرگان شد.

نظریه بنیادین یکی از روش‌های کیفی است که شالوده اصلی آن استخراج کدها، مفاهیم و طبقه‌بندی‌ها می‌باشد که فرآیند مورد استفاده در مرحله اول مطالعه حاضر مبتنی بر این نظریه بوده است. در مرحله دوم، با ترکیب دو تکنیک SWOT و دیمتل فازی در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP اولویت‌بندی شدند. جامعه آماری مرحله ارزیابی و اولویت‌بندی شامل ۲۰ نفر از کارشناسان و خبرگان گردشگری پزشکی منطقه آذربایجان بوده است. در این پژوهش روش جمع‌آوری داده‌ها در چند مرحله و به راه‌های مختلف صورت گرفته که در نمودار شماره ۲ شرح داده می‌شود.



نمودار ۲- روند و مراحل جمع‌آوری داده‌ها در راستای هدف تحقیق

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش ابتدا مهم‌ترین عوامل و شاخص‌های تأثیرگذار در گسترش دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی و در جهت یکپارچه‌سازی خدمات در قالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص شناسایی شد. بدین منظور ابتدا تحلیل محتوا (مبتنی بر نظریه بنیادین) به‌مثابه استراتژی تحقیق انتخاب شد و داده‌های گردآوری شده به روش‌های اسنادی پس از بررسی‌های متعدد و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-18 دسته‌بندی شدند. کدگذاری محوری باعث می‌شود موضوعات فرعی (زیرشاخص‌ها) تصفیه شده در کنار هم جمع و روابط آنها با شاخص‌ها مشخص شود. در طی این فرآیند، شناسایی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها با مقایسه اطلاعات اعتبارسنجی شد. سپس

جدول ۱- چارچوب توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد گسترش گردشگری پزشکی

| منابع | مدل‌ها و نظریات پشتیبانی‌کننده از شاخص | زیرشاخص (کدگذاری باز) | شاخص (کدگذاری محوری) |
|--|---|-------------------------------|--|
| (Ye et al, 2008; Veerasoontorn & Beise-Zee, 2010; Rica fort, 2011; Kanittinsuttitong, 2015; Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، مدل بازاریابی ترکیبی بعد محصول، نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا | ۱-۱-۱ استانداردهای بین‌المللی | ۱-۱ کیفیت خدمات و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی |
| (Rica fort, 2011; Kanittinsuttitong, 2015; Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، مدل بازاریابی ترکیبی بعد محصول، نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا، نظریه داده بنیاد کلاسیک | ۲-۱-۱ تجهیزات پیشرفته | |
| (Kanittinsuttitong, 2015; Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا | ۳-۱-۱ شهرت | |
| (Rica fort, 2011; Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، مدل بازاریابی ترکیبی بعد محصول، | ۴-۱-۱ اعتبارسنجی | |
| (هرندی و میرزاییان خمسه، ۱۳۹۶) | نظریه داده بنیاد کلاسیک | ۵-۱-۱ پوشش بیمه | |
| | نظریه داده بنیاد کلاسیک، سرکوال بعد پاسخگویی | ۶-۱-۱ زمان انتظار | |
| (منتظر الحجه و اخلاصی، ۱۳۹۷) | فلورانس نایتینگل (۱۹۸۰)، راجر یولریچ (۱۹۸۲) | ۷-۱-۱ وضعیت کالبدی | |
| (Kanittinsuttitong, 2015; Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا، مدل | ۱-۲-۱ تخصص | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | پایک منابع مزیت نسبی بعد منابع انسانی | | |
| (Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، | ۲-۲-۱ شهرت | ۲-۱ کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران |
| (Pike, 2004; Porter, 2008) | نظریه مزیت رقابتی پورتر بعد شرایط عامل، مدل پایک منابع مزیت نسبی بعد منابع انسانی | ۳-۲-۱ گواهینامه بین‌المللی | |
| (Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، | ۴-۲-۱ کیفیت مراقبت | |
| (Porter, 2008; World Economic Forum, 2009) | نظریه مزیت رقابتی پورتر، مدل مجمع جهانی اقتصاد (ایمنی و امنیت) | ۱-۳-۱ امنیت گردشگری | |
| (Pike, 2004) | نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط عامل، مدل پایک منابع مزیت نسبی بعد منابع طبیعی | ۲-۳-۱ شرایط آب‌وهوایی | ۳-۱ کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری |
| (Crompton, 1979; Wella & Beecheril, 2005. 110; World Economic Forum, 2009) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه، نظریه فراوانی منابع طبیعی، مدل مجمع جهانی اقتصاد (منابع طبیعی و فرهنگی) | ۳-۳-۱ تنوع جاذبه‌ها | |
| | | ۴-۳-۱ عملکرد جاذبه‌ها | |
| (برزرگر، ۱۳۹۷) | سرکوال بعد ملموسات | ۵-۳-۱ زیبایی و کیفیت جاذبه‌ها | |
| | | ۶-۳-۱ تجهیزات فیزیکی مکان‌ها | |
| | | ۷-۳-۱ آرامش محیط و فرصت استراحت | |
| | | ۱-۱-۲ اطلاعات بیمارستان‌ها و مراکز درمانی | |

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------|
| (Poon,1993; World Economic Forum,2009) | مدل پون (فناوری اطلاعات)، مدل مجمع جهانی اقتصاد (زیرساخت‌های الکترونیکی) | ۲-۱-۲ اطلاعات پزشکان و کارکنان | ۱-۲ دسترسی به اطلاعات پزشکی |
| | | ۳-۱-۲ دستاوردهای پزشکی | |
| | | ۴-۱-۲ دسترسی به هزینه‌ها | |
| | | ۵-۱-۲ پیگیری درمان | |
| | | ۶-۱-۲ آمار بیماران | |
| | | ۱-۲-۲ منابع و جاذبه‌ها | ۲-۲ دسترسی به اطلاعات گردشگری |
| | | ۲-۲-۲ تأسیسات، تسهیلات و خدمات گردشگری | |
| | | ۳-۲-۲ اقلیم آسایش | |
| | | ۴-۲-۲ آمار گردشگران | |
| | | ۵-۲-۲ مراکز خرید | |
| (Porter,1998; Crouch, 2007; World Economic Forum, 2009; Nutworadee, 2015) | نظریه مزیت رقابتی ملی عامل صنایع پشتیبان و مرتبط ، مدل مجمع جهانی اقتصاد (زیرساخت‌های گردشگری) مدل کروچ و ریچی بعد عوامل و منابع پشتیبان | ۱-۱-۳ امکانات رفاهی - اقامتی | ۱-۳ امکانات خدماتی، تأسیساتی |
| | | ۲-۱-۳ خدمات پذیرایی | |
| | | ۳-۱-۳ آژانس‌های گردشگری پزشکی | |
| | | ۴-۱-۳ خدمات مالی و بانکی | |
| | | ۵-۱-۳ وضعیت پروازها | |
| | | ۶-۱-۳ وضعیت جاده‌ها | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| (World Economic Forum, 2009) | مدل مجمع جهانی اقتصاد (قوانین و مقررات سیاسی) | ۱-۲-۳ خطاهای پزشکی | ۲-۳ قوانین و مقررات |
| | | ۲-۲-۳ قیمت‌گذاری واحد | |
| | | ۳-۲-۳ قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی | |
| | | ۴-۲-۳ تسهیل ورود و خروج | |
| | | ۵-۲-۳ قوانین مورد نیاز و جدید | |
| (Nutworadee, 2015) | نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا | ۶-۲-۳ حفظ حریم خصوصی | |
| (World Economic Forum, 2009) | مدل مجمع جهانی اقتصاد (قوانین و مقررات سیاسی) | ۱-۳-۳ سیاست‌های حمایتی | ۳-۳ سیاست‌گذاری |
| | | ۲-۳-۳ سیاست‌های مدیریتی | |
| | | ۳-۳-۳ سیاست‌های نظارتی | |
| | | ۴-۳-۳ سیاست‌های تبلیغاتی | |
| (Nutworadee, 2015) | مدل بازاریابی ترکیبی بعد ارتقا | ۱-۱-۴ وجود مترجم | |
| (Fetscherin & Stephano, 2016) | نظریه رانشی کششی بعد عرضه | ۲-۱-۴ مهارت زبان پزشکان و کارکنان | ۱-۴ زبان و ارتباطات |
| (Pike, 2004) | مدل سرکوال | ۳-۱-۴ شیوه برخورد با گردشگران | |
| | | مدل پایک منابع مزیت رقابتی بعد منابع ارتباطی | ۴-۱-۴ همکاری‌های بین‌سازمانی و بین‌بخشی |
| | | ۵-۱-۴ همکاری‌های بین‌المللی | |

| | | | |
|--|---|------------------------------------|-------------------------|
| (Pike, 2004;Crouch, 2007; Rica fort, 2011;Nutworadee,2015) | مدل بازاریابی ترکیبی بعد ارتقا، مدل کروچ و ریچی بعد مدیریت مقصد، مدل پاپک منابع مزیت رقابتی بعد منابع توسعه داده شده و منابع اجرایی | ۱-۲-۴ بسته گردشگری | ۲-۴ تبلیغات و بازاریابی |
| | | ۲-۲-۴ برندینگ | |
| | | ۳-۲-۴ صدور ویزای پزشکی | |
| | | ۴-۲-۴ فناوری اطلاعات | |
| (Dwyer & Kim,2003;Crouch, 2007) | مدل کروچ و ریچی بعد مشخصه‌های کیفی، مدل دوایر و کیم بعد اکولوژیک | ۱-۱-۵ فاصله از مسیل‌ها | ۱-۵ موقعیت زیست‌محیطی |
| | | ۲-۱-۵ فاصله از گسل‌ها | |
| | | ۳-۱-۵ فاصله از کانون زلزله | |
| | | ۴-۱-۵ کیفیت هوا | |
| | | ۵-۱-۵ استاندارد صدا | |
| | | ۶-۱-۵ کیفیت آب | |
| (Pike, 2004;Wella and Beachery, 2005; Crouch, 2007) | نظریه شرایط تقاضا، مدل کروچ و ریچی بعد منابع و جاذبه‌های محوری، مدل پاپک منابع مزیت نسبی بعد منابع فرهنگی | ۱-۲-۵ قرابت فرهنگی- قومی | ۲-۵ شرایط فرهنگی |
| | | ۲-۲-۵ قرابت مذهبی | |
| | | ۳-۲-۵ شناخت فرهنگی | |
| | | ۴-۲-۵ شباهت زبانی | |
| (Nutworadee,2015) (هرندی و میرزاییان خنمه، ۱۳۹۶) | نظریه شرایط تقاضا، نظریه داده بنیاد کلاسیک | ۵-۲-۵ فاصله یا نزدیکی به محل سکونت | |
| (World Economic Forum, 2009;Nutworadee,2015) | نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا، مدل مجمع جهانی اقتصاد (رقابت پذیری قیمت) | ۱-۱-۶ هزینه بیمارستان | ۱-۶ هزینه‌های پزشکی |
| | | ۲-۱-۶ حق ویزیت | |
| | | ۳-۱-۶ هزینه جراحی | |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| | | ۴-۱-۶ هزینه بیمه | |
| | | ۵-۱-۶ هزینه دارو | |
| (Gilbert, 1984; World Economic Forum, 2009 Nutworadee, 2015) | نظریه مزیت رقابتی ملی بعد شرایط تقاضا، مدل گیلبرت، مدل مجمع جهانی اقتصاد (رقابت پذیری قیمت) | ۱-۲-۶ هزینه روآدید | ۲-۶ هزینه های گردشگری |
| | | ۲-۲-۶ هزینه سفر و حمل و نقل | |
| | | ۳-۲-۶ هزینه غذا | |
| | | ۴-۲-۶ هزینه محل اقامت | |
| (میر داداش پور و همکاران، ۱۳۹۲) | نظریه تنظیم گرمایی، نظریه بازسازی مجدد ذخایر انرژی، نظریه حفظ انرژی بدن | ۱-۱-۷ انواع آب درمانی | ۱-۷ درمان های طبیعی |
| - | - | ۲-۱-۷ گل درمانی | |
| | | ۳-۱-۷ لیچن درمانی | |
| | | ۴-۱-۷ نمک درمانی | |
| | | ۵-۱-۷ برخورداری از آب و هوای کوهستان | |
| (سلیمی و احمدیان، ۱۳۹۲) | نیلز فینسن (۱۹۰۳) | ۶-۱-۷ آفتاب درمانی | |
| (سالاروند، ۱۳۹۱) | برخورد کل نگر به فرد بیمار (فلسفه جامع) و مکتب طب اخلاطی (خون، بلغم، سودا و صفرا) و نظریه ها و تجارب بومی فرهنگ های متفاوت | ۱-۲-۷ گیاه درمانی | ۲-۷ درمان های سستی |
| | | ۲-۲-۷ زالو درمانی | |
| | | ۳-۲-۷ بو درمانی (آروماتراپی) | |
| | | ۴-۲-۷ ماساژ درمانی | |
| (Huang et al, 2009) | نظریه تطابق در فرهنگ چینی و نظریه تعادل yin-yang | ۵-۲-۷ طب سوزنی | |
| | | ۱-۳-۷ ناباروری | |
| | | ۲-۳-۷ قلب و عروق | |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
| (Schaffner, 1993; Thagard, 1996; Thagard, 1999) | نظریه‌های زیست - پزشکی | ۳-۳-۷ جراحی مغز | ۳-۷ درمان‌های پزشکی |
| | | ۴-۳-۷ پیوند اعضا | |
| | | ۵-۳-۷ خون و انکولوژی | |
| | | ۶-۳-۷ پزشکی هسته‌ای | |
| | | ۷-۳-۷ دندان پزشکی | |
| | | ۸-۳-۷ چشم پزشکی | |
| | | ۹-۳-۷ | |
| | | جراحی زیبایی | |
| | | ۱۰-۳-۷ گوارش | |
| | | ۱۱-۳-۷ ارتوپدی (توان بخشی، جراحی مفصل) | |
| (Dwyer & Kim, 2003) | مدل دواير و کيم بعد اجتماعی | ۱-۱-۸ امنیت روانی- اجتماعی مردم محلی | ۱-۸ پدافند غیرعامل |
| | | ۲-۱-۸ پوشش روانی بیماران | |
| (یاوری گهر و منصورى مويده، ۱۳۹۶) | مدل لپ و گيبسون (۲۰۰۳) | ۳-۱-۸ قاچاق | |
| | مدل لپ و گيبسون (۲۰۰۳) مدل بيژ و همکاران (۲۰۰۶) | ۴-۱-۸ شیوع بیماری‌های واگیردار | |

(مأخذ نگارندگان)

با شناسایی نظرات و مدل‌های پشتیبانی‌کننده بر غنای و اعتبار شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها افزوده شد. سرانجام، با توجه به بررسی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها و استفاده از پانل خبرگان در قالب پرسشنامه و مصاحبه، اطلاعات اعتبارسنجی شده دوباره مورد ارزیابی محققان قرار گرفت و در نهایت منجر به نهایی شدن شاخص‌ها

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری ... ۵۱

شد و چارچوبی از شاخص‌ها به‌عنوان شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد گسترش گردشگری پزشکی ساخته شد.

سپس به بررسی و تجزیه و تحلیل موقعیت (مدل استراتژیک SWOT) منطقه آذربایجان (منطقه دو سلامت) از نظر شاخص‌های ذکر شده پرداخته شد و عوامل عمده داخلی و خارجی تأثیرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی در تبریز، ارومیه و اردبیل شناخته شدند و در ماتریس ارزیابی قرار گرفتند. تعداد عوامل داخلی ۴۰ عامل تعیین شد که از این تعداد، ۱۳ عامل به‌عنوان نقاط قوت و ۲۷ عامل به‌عنوان نقاط ضعف گردشگری پزشکی شناخته شدند. تعداد عوامل خارجی ۲۴ عامل تعیین شده‌اند که از این تعداد، ۸ عامل به‌عنوان فرصت‌های بخش گردشگری پزشکی و ۱۷ عامل به‌عنوان تهدید شناخته شدند. جدول شماره ۲ ماتریس عوامل داخلی و خارجی توسعه گردشگری پزشکی در منطقه آذربایجان را نشان می‌دهد.

جدول ۲- ماتریس (ابعاد SWOT) عوامل داخلی و خارجی توسعه گردشگری پزشکی

| عوامل داخلی IFE: نقاط قوت S و نقاط ضعف W | | |
|--|--|--|
| شاخص (کدگذاری محوری) | زیرشاخص (کدگذاری باز) | |
| 3 1 4 | S1: شهرت و کیفیت خدمات و تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تبریز (فعال در گردشگری پزشکی) در مقایسه با دو استان مجاور | کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی |
| | S2: حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی | |
| | S3: دارای بودن استانداردهای ملی پذیرش بیمار بین‌المللی (IPD) در برخی بیمارستان‌ها | |
| | S4: وجود متخصصان پزشکی در اکثر حوزه‌ها در تبریز | کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران |

| | | |
|--|---|-------------|
| S5: داشتن شرایط آب‌وهوایی معتدل به‌ویژه در ماه‌های گرم سال | کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری و درمانی | |
| S6: داشتن اماکن دیدنی متنوع من‌جمله چشم‌اندازهای زیبا و طبیعی با عملکرد ملی و بین‌المللی | | |
| S7: شهرت، جذابیت و محبوبیت استان‌های شمال غربی به‌ویژه اردبیل در گردشگری و مهمان‌نوازی | | |
| S8: آرامش و فرصت استراحت در محیط | | |
| S9: وجود امکانات رفاهی – اقامتی و خدمات پذیرایی | امکانات خدماتی، زیربنایی، تأسیساتی | |
| S10: وجود شرکت‌های تسهیل‌گر گردشگری سلامت دارای مجوز در ارومیه | | |
| S11: ظرفیت بالای انواع آب‌درمانی به‌ویژه چشمه‌های آبگرم و سرد معدنی برای انواع بیماری‌ها در مناطق مختلف | درمان‌های طبیعی و سنتی | |
| S12: ظرفیت بالای درمان‌های طبیعی گل درمانی، نمک درمانی و لجن درمانی دریاچه ارومیه | | |
| S13: پتانسیل بالای استان‌های شمال غربی در زمینه درمان‌های سنتی نظیر گیاه‌درمانی. | | |
| W1: کمبود تجهیزات پزشکی پیشرفته و به‌روز و فرسودگی تجهیزات (تشخیصی و درمانی) در برخی مراکز | کیفیت و تسهیلات بیمارستان‌ها و مراکز درمانی | ۹ ۳ ۳ |
| W2: کمبود فضای فیزیکی و قدیمی بودن فضای برخی بیمارستان‌ها و فقدان مراکز درمانی مدرن با استانداردهای بین‌المللی | | |
| W3: عدم تطابق تسهیلات درمانی با استانداردهای بین‌المللی در برخی مراکز درمانی | | |
| W4: کمبود نیروی متخصص در ارومیه و اردبیل | کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران | |
| W5: کیفیت نسبتاً پایین مراقبت کادر پرستاری | | |
| W6: کیفیت پایین و کمبود امکانات رفاهی و تجهیزات فیزیکی در مکان‌های بازدید به‌ویژه در ارومیه | کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری و درمانی | |

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری ... ۵۳

| | |
|---|------------------------------------|
| W7: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌های خدمات پزشکی | دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری |
| W8: عدم دسترسی کافی به اطلاعات مربوط به پزشکان، متخصصان و پرستاران در وبسایت برخی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی | |
| W9: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به تجهیزات و استانداردهای مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی | |
| W10: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به گردشگری در وبسایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی | |
| W11: عدم دسترسی به پیگیری و مراقبت پس از ترخیص در وبسایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی | |
| W12: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به آمار بیماران جهت برنامه‌ریزی | |
| W13: کمبود هتل بیمارستان‌ها و مراکز اقامتی مخصوص گردشگران پزشکی | امکانات خدماتی، زیربنایی، تأسیساتی |
| W14: پروازهای داخلی و بین‌المللی محدود و عدم وجود خطوط هوایی بین مراکز استان‌ها و همسایگان جهت انتقال گردشگران پزشکی | |
| W15: نبود شرکت‌های تسهیل‌گر گردشگری سلامت دارای مجوز در تبریز و اردبیل | |
| W16: عدم وجود نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت | |
| W17: جاده‌های نامناسب منتهی به کشورهای همجوار | قوانین |
| W18: ضعف قوانین مربوط به خطاهای پزشکی و فقدان نظام پاسخ‌گویی به گردشگران پزشکی ناراضی همچنین وجود برخی محدودیت‌ها در زمینه حقوق بیمار | |
| W19: عدم وجود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نو بودن گردشگری سلامت | |
| W20: قوانین ناکارآمد بیمه‌ای نظیر عدم پوشش بیمه جهت | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|-----------|
| | مراقبت‌های پس از درمان و عدم انجام تعهدات مالی برخی سازمان‌های بیمه‌گر و وجود بیمه‌های ناکارآمد داخلی | | |
| | <p>W21: ضعف سیاست‌های حمایتی از قبیل: عدم سرمایه‌گذاری کافی دولت در راستای رقابت با برخی کشورهای منطقه در حوزه گردشگری پزشکی به‌ویژه ترکیه و امارات، عدم حمایت دولت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری، عدم ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی</p> <p>W22: ضعف سیاست‌های مدیریتی از قبیل: فقدان برنامه جامع و سیستماتیک توسعه گردشگری پزشکی، عدم اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی جهت مقابله با تحریم‌های بین‌المللی، عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی</p> | سیاست‌گذاری | |
| | W23: عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی، ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های داخلی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی. | زبان و ارتباطات | |
| | W24: فقدان برند درمانی | تبلیغات و بازاریابی | |
| | W25: نبود بسته گردشگری | | |
| | W26: عدم تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو | | |
| | W27: پایین بودن پوشش روانی بیماران و عدم توجه به ارائه خدمات بالینی و مشاوره‌ای به بیماران و پشتیبانی همراهان آنان | پدافند غیرعامل | |
| عوامل خارجی (EFE): فرصت‌ها (O) و تهدیدها (T) | | | |
| | O1: بالا بودن قیمت خدمات درمانی و گردشگری در کشورهای دیگر نسبت به ایران | هزینه‌های درمانی و گردشگری | بازاریابی |
| | O2: دسترسی به بازارهای گردشگری پزشکی کشورهای همجوار آذربایجان، جمهوری خودمختار نخجوان، ارمنستان و ترکیه و عراق | تبلیغات و بازاریابی | |
| | O3: نزدیکی به کشورهای مبدأ گردشگری | | |

| | |
|--|--|
| شرایط فرهنگی | O4: قرابت فرهنگی - قومی با گردشگران پزشکی کشورهای همسایه |
| | O5: شناخت فرهنگی و شباهت زبانی با گردشگران پزشکی |
| ابعاد اقتصادی | O6: ارزآوری و خروج از اقتصاد تک‌محصولی و شکننده |
| | O7: افزایش فرصت‌های شغلی و ایجاد شغل‌های جدید در بخش‌های مختلف و کاهش نرخ بیکاری و رشد و توسعه بخش خصوصی |
| | O8: روند افزایش جذب توریسم پزشکی به اردبیل، تبریز به‌ویژه ارومیه در دو سال اخیر |
| کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی | T1: عدم دریافت مجوزهای رسمی بین‌المللی مانند کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI) و استانداردهای کیفیت (NCQA, ESQA, ISO) |
| | T2: عدم پوشش بیمه بین‌المللی برای بیماران خارجی به دلیل وجود موانع بر سر راه انتقال بیمه از کشورهای مبدأ |
| کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران | T3: نداشتن گواهینامه بین‌المللی از سوی پزشکان، متخصصان و پرستاران |
| امکانات خدماتی، زیربنایی، تأسیساتی خارجی | T4: عدم وجود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی |
| | T5: کمبود مراکز رسمی دارای مجوز جهت تبدیل ارزهای خارجی به ارز داخلی (صرافی) |
| قوانین | T6: عدم وجود تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی همچنین عدم نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌های پزشکی موجود و وجود قوانین ناکارآمد در زمینه شفافیت قیمت خدمات درمانی و گردشگری |
| | T7: عدم تعریف قوانین خاص حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی و وجود پیش‌زمینه‌های ذهنی عدم امنیت در منطقه |
| سیاست‌گذاری | T8: ضعف سیاست‌های نظارتی از قبیل: وجود مافیای گمرک مرزی، جولان دلالان و رشوه‌گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان به دلیل عدم نظارت کافی دولت، نظارت ناکافی پلیس و لزوم ایجاد پلیس گردشگری |
| | T9: پایین بودن تسلط به زبان‌های بین‌المللی در بین تیم پزشکی |

| | | |
|---|---------------------|--|
| و درمانی و فقدان مترجم در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی | زبان و ارتباطات | |
| T10: عدم همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی، عدم عقد قرارداد با بیمارستان‌های بازارهای هدف، روابط ضعیف با کشورهای همسایه و عدم همکاری و ارتباط با سازمان جهانگردی جهانی (WTO) و سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های برون‌مرزی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی و فعال نبودن آژانس‌های گردشگری پزشکی جهت بازاریابی در کشورهای همسایه | | |
| T11: عدم صدور ویزای پزشکی و بی‌توجهی به این امر در ایران | | |
| T12: تبلیغات و بازاریابی و ترویج ناکافی و ضعیف گردشگری پزشکی از طریق اینترنت و با استفاده از فناوری اطلاعات، فقدان ساختار مناسب این نوع تبلیغات جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی | تبلیغات و بازاریابی | |
| T13: امکان انتقال بیماری‌های واگیر | پدافند غیرعامل | |
| T14: نیازهای درمانی مردم بومی و شلوغی مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی | | |
| T15: تقویت زیرساخت‌ها و رقابت شدید در حوزه گردشگری پزشکی بین کشورهای منطقه به‌ویژه ترکیه | | |
| T16: تبلیغات منفی رسانه‌های خارجی و ارائه تصویری تحریف شده از ایران به جامعه جهانی و کمبود منابع برای مقابله با این گفت‌وگو منفی | بین‌المللی | |
| T17: تحریم‌های بین‌المللی | | |

(مأخذ نگارندگان)

بحث و یافته‌ها

منطقه آذربایجان به‌عنوان یکی از کلان منطقه آمایشی به‌واسطه شرایط خاص جغرافیایی و موقعیت منطقه‌ای، برخورداری از مواهب طبیعی با اتخاذ سیاست‌های متنوع در صورت برنامه‌ریزی و اعمال مدیریت توانمند، مزیت رقابت بالایی دارد تا بعنوان یکی از قطب‌های مهم گردشگری سلامت مطرح گردد. بدین منظور به تعیین استراتژی‌ها با توجه به فاکتورهای شناسایی شده پرداخته شد و نقاط قوت داخلی و فرصت‌های خارجی، نقاط ضعف داخلی و فرصت‌های خارجی، نقاط قوت داخلی و تهدیدهای خارجی و نقاط ضعف داخلی و تهدیدهای خارجی با یکدیگر مقایسه شدند و از نتیجه آن‌ها چند نوع استراتژی حاصل شد.

در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود که انواع راهبردها و عوامل مرتبط با آن ذکر شده است. جهت تعیین روابط بین انواع راهبردها در پژوهش حاضر از تکنیک DEMATEL فازی استفاده شده است، این امر باعث کاهش تعداد جداول مقایسات زوجی خواهد شد.

جدول ۳- مهم‌ترین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی استان‌های شمال غربی (اردبیل، آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی) با مرکزیت تبریز

| عوامل مرتبط با راهبرد | راهبردهای بازنگری (WO) | عوامل مرتبط با راهبرد | راهبردهای تهاجمی (SO) |
|---|--|--|---|
| W17, W18, W19, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7 | WO1: توجه و حمایت ویژه دولت از طریق قانون‌گذاری نظیر اصلاح قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، اتخاذ قوانین تسهیل ورود و خروج، تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی و گردشگری، قوانین مربوط به نظام پاسخگویی به | S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14, O1, O2, O3, O6, O7, O8 | SO1 تمرکز و تلاش برای ارتقاء کیفیت و تنوع درمان و بالا بردن کیفیت ارائه خدمات و تسهیلات موجود گردشگری و پزشکی (مراکز درمانی و پزشکان و متخصصان) و نظارت بر آنها جهت اعتمادسازی و جذب بیشتر گردشگران پزشکی و |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| | خطاهای پزشکی و اتخاذ قوانین خاص حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی | | رقابت در این زمینه در راستای احداث دهکده‌های سلامت دومنظوره در فاصله نزدیک به مراکز استان‌ها |
| W20, W21, W22, O1, O2, O6, O7 | WO2: تدوین سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، حمایتی و نظارتی به‌ویژه مدیریت و نظارت بر عرضه، لزوم برنامه جامع و سیستماتیک و تجمیع توانمندی‌های منطقه در خصوص توسعه گردشگری پزشکی و دنبال نمودن برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در این حوزه، ایجاد نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی و تقویت همکاری نهادهای ذی‌ربط و هماهنگی بین بخش‌های مختلف درگیر در این بخش، سرمایه‌گذاری کافی و حمایت مالی دولت، حمایت دولت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری، ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی و ایجاد تسهیلات و حمایت لازم برای جذب سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی | S1, S2, S3, S4, S10, S11, S12, S13, O1 O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8 | SO2: تقویت و معرفی توانمندی‌های گردشگری پزشکی و درمانی استان‌های شمال غربی به بازارهای هدف در حوزه‌های تخصصی موجود جهت دستیابی به برند مناسب در گردشگری درمانی و پزشکی و ایجاد شرایط رقابتی جهت ترغیب و آگاه‌سازی بیماران از دوره درمان و قیمت خدمات در مقایسه با سایر کشورها. |
| W15, W22, W23, W24, | WO3: طراحی و تدوین استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در | S5, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14, O1 | SO3: افزایش بهره‌برداری از پتانسیل‌های درمان‌های طبیعی و |

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری ... ۵۹

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <p>W25, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7,</p> | <p>گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان نظیر ایجاد نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت، ارائه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت، ارائه یک برند متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های این استان‌ها و استفاده از رسانه‌های داخلی و خارجی برای تبلیغ این قابلیت‌ها، اتخاذ تدابیری برای حضور فعال مراکز خدمات درمانی در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی، تولید بروشورهای تبلیغاتی به‌منظور آشنا نمودن شاخص‌های گردشگری سلامت استان‌های شمال غربی با نقاط مختلف ایران و دنیا و استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی این استان‌ها با گردشگران</p> | <p>O2, O3, O4, O5, O6, O7</p> | <p>سنتی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه به‌ویژه مراکز آب‌درمانی طبق استانداردهای جهانی</p> |
| <p>W1, W2, W5, W6, W7, W8, W9, W10, W12, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8</p> | <p>WO4: ارتقا فناوری و تجهیزات پزشکی- درمانی و بالا بردن کیفیت امکانات و تجهیزات فیزیکی مکان‌های گردشگری همچنین بهبود فضای کالبدی مراکز درمانی</p> | <p>S7, O2, O3 O4, O5, O6, O7, O8</p> | <p>SO4 : ارتقا سطح فرهنگ گردشگر پذیری و مهمان‌نوازی و آموزش بهبود ارتباط با بیمار خارجی کادر درمان جهت جلب اعتماد و وفادار سازی.</p> |
| <p>عوامل مرتبط با راهبرد</p> | <p>راهبردهای تدافعی (WT)</p> | <p>عوامل مرتبط با راهبرد</p> | <p>راهبردهای تنوع (ST)</p> |
| <p>W6, W14, T6, T8, T10,</p> | <p>WT1: توسعه آژانس‌های گردشگری پزشکی و تهیه تعرفه‌های درمانی برای بیماران خارجی با توجه به نوع</p> | <p>S2, S11, S12, T10, T17,</p> | <p>ST1: ارتباط با رسانه‌های ملی و برون‌مرزی در جهت شناساندن ظرفیت‌های گردشگری و پزشکی،</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|---|
| | بیماری آنها جهت حذف مافیای گمرک مرزی، واسطه‌گری، دلالی دلالان و رشوه‌گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان | | توسعه روابط دوستانه و تنش‌زدایی با کشورهای جهان به‌ویژه همسایگان جهت مقابله با تبلیغات منفی (ارائه تصویری تحریف شده از ایران) توسط رسانه‌های خارجی و توسعه روابط صنعت گردشگری پزشکی با سازمان‌های جهانگردی جهانی (WTO) و بهداشت جهانی (WHO) |
| W10, W17, T2, T10, T11, T12, | WT2: همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی، جهت صدور ویزای پزشکی و تدوین راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی برای کشورهای همسایه و رفع موانع انتقال بیمه بین‌المللی همچنین انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بین‌المللی و پیگیری مراقبت بیماران و نظام پاسخگویی به گردشگران ناراضی | S1, S2, S3, S4, T1, T16 | ST2: تلاش در جهت اخذ تأییدیه‌ها و استانداردهای بین‌المللی مراکز درمانی از قبیل (تأییدیه JCI) و استانداردهای (NCQA, ESQA ISO) |
| W12, W13, W14, W15, W16, T4, T5, T16 | WT3: تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و توسعه زیرساخت‌های لازم نظیر توسعه وسایل حمل‌ونقل جاده‌ای، راه اندازی پرواز از تبریز به اردبیل و ارومیه و با کشورهای همسایه، خدمات مالی و بانکی (تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی و مراکز رسمی تبدیل ارز) و تأسیس و توسعه | S1, S4, T13, T14 | ST3: ایجاد مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) مجهز در شهرهای مرزی برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیردار به مراکز استان‌ها و کشور و جلوگیری از ایجاد مشکلات مربوط به امنیت روانی - اجتماعی مردم |

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| | شرکت‌های گردشگری پزشکی جهت فعالیت بازاریابی در کشورهای مبدأ گردشگری | | |
| W6, W7, W8, W9, W10, W11, W25, W26, T12, T14, T16, T17, | WT4: ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری جهت تقویت زیرساخت‌های اطلاع‌رسانی به گردشگران پزشکی و تقویت نظام آماري ثبت گردشگران، راه اندازی وبسایت گردشگری پزشکی و درمانی و توسعه ارتباطات الکترونیکی استان‌های شمال غربی به‌صورت مشترک در راستای تبلیغات و بازاریابی و ایجاد ساختار مناسب در جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی و ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان و همچنین تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو | S1, S2, S3, S4, T3, T9, | ST4: به‌کارگیری و تربیت پزشکان، متخصصان و پرستاران حرفه‌ای (دارای گواهینامه بین‌المللی و توانایی صحبت به زبان‌های بین‌المللی) و نظارت بر آنها جهت ارتقای مهارت‌های علمی در سطح جهانی و توانمندسازی همچنین بکارگیری مترجم به زبان‌های بین‌المللی و کشور مولد گردشگر (ترکی و عربی) در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی |

(مأخذ: نگارندگان)

بر اساس نتایج پژوهش (نمودار شماره ۳) مهم‌ترین راهبردها در ابعاد مختلف جهت دستیابی به اهداف تحقیق به ترتیب عبارت‌اند از:

بُعد سیاست‌گذاری و مدیریتی: تدوین سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، حمایتی و نظارتی به‌ویژه مدیریت و نظارت بر عرضه، لزوم برنامه جامع و سیستماتیک و تجمیع توانمندی‌های منطقه در خصوص توسعه گردشگری پزشکی و دنبال نمودن

برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت در این حوزه، ایجاد نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی و تقویت همکاری نهادهای ذی‌ربط و هماهنگی بین بخش‌های مختلف درگیر در این بخش، سرمایه‌گذاری کافی و حمایت مالی دولت، حمایت دولت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری، ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی و ایجاد تسهیلات و حمایت لازم برای جذب سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی.

بُعد خدمات زیربنایی: تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و توسعه زیرساخت‌های لازم نظیر: توسعه وسایل حمل‌ونقل جاده‌ای، راه اندازی پرواز از تبریز به اردبیل و ارومیه و با کشورهای همسایه، خدمات مالی و بانکی (تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی و مراکز رسمی تبدیل ارز) و تأسیس و توسعه شرکت‌های گردشگری پزشکی جهت فعالیت بازاریابی در کشورهای مبدأ گردشگری.

بُعد کیفیت: تمرکز و تلاش برای ارتقاء کیفیت انواع درمان (طبیعی، سنتی، پزشکی) برحسب ظرفیت منطقه و ارائه خدمات و تسهیلات گردشگری و پزشکی (مراکز درمانی و پزشکان و متخصصان) و نظارت بر آنها جهت اعتمادسازی و جذب بیشتر گردشگران پزشکی و رقابت در این زمینه در راستای احداث دهکده‌های سلامت دومنظوره در فاصله نزدیک به مراکز استان‌ها.

بُعد بازاریابی: تقویت و معرفی توانمندی‌های گردشگری پزشکی و درمانی استان‌های شمال غربی به بازارهای هدف در حوزه‌های تخصصی موجود جهت دستیابی به برند مناسب در گردشگری درمانی و پزشکی و ایجاد شرایط رقابتی جهت ترغیب و آگاه‌سازی بیماران از دوره درمان و قیمت خدمات در مقایسه با سایر کشورها.

بُعد خدمات تأسیساتی: توسعه آژانس‌های گردشگری پزشکی و تهیه تعرفه‌های درمانی برای بیماران خارجی با توجه به نوع بیماری آنها جهت حذف مافیای گمرک مرزی، واسطه‌گری، دلالی دلالان و رشوه‌گیری و تبانی در بخش بهداشت و درمان.

بُعد درمان‌های طبیعی و سنتی: افزایش بهره‌برداری از پتانسیل‌های درمان‌های طبیعی و سنتی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه به‌ویژه مراکز آب‌درمانی طبق استانداردهای جهانی.

بُعد تبلیغات و بازاریابی: طراحی و تدوین استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان نظیر ایجاد نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت، ارائه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت، ارائه یک برند متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های این استان‌ها و استفاده از رسانه‌های داخلی و خارجی برای تبلیغ این قابلیت‌ها، اتخاذ تدابیری برای حضور فعال مراکز خدمات درمانی در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی، تولید بروشورهای تبلیغاتی به‌منظور آشنا نمودن شاخص‌های گردشگری سلامت استان‌های شمال غربی با نقاط مختلف ایران و دنیا و استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی این استان‌ها با گردشگران.

بُعد زبان و ارتباطات: به‌کارگیری و تربیت پزشکان، متخصصان و پرستاران حرفه‌ای (دارای گواهینامه بین‌المللی و توانایی صحبت به زبان‌های بین‌المللی) و نظارت بر آنها جهت ارتقای مهارت‌های علمی در سطح جهانی و توانمندسازی و همچنین به‌کارگیری مترجم به زبان‌های بین‌المللی و کشور مولد گردشگر (ترکی و عربی) در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی.

بُعد قوانین و مقررات: توجه و حمایت ویژه دولت از طریق قانون‌گذاری نظیر: اصلاح قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، اتخاذ قوانین تسهیل ورود و خروج، تعرفه

ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی و گردشگری، قوانین مربوط به نظام پاسخگویی به خطاهای پزشکی و اتخاذ قوانین خاص حفاظت از امنیت گردشگران پزشکی.

بُعد دسترسی به زیرساخت‌های الکترونیکی: ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری جهت تقویت زیرساخت‌های اطلاع‌رسانی به گردشگران پزشکی و تقویت نظام آماری ثبت گردشگران، راه اندازی وبسایت گردشگری پزشکی و درمانی و توسعه ارتباطات الکترونیکی استان‌های شمال غربی به صورت مشترک در راستای تبلیغات و بازاریابی و ایجاد ساختار مناسب در جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی و ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان و همچنین تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو.

بُعد ارتباطات بین‌المللی: همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی، جهت صدور ویزای پزشکی و تدوین راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی برای کشورهای همسایه و رفع موانع انتقال بیمه بین‌المللی، همچنین انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بین‌المللی و پیگیری مراقبت بیماران و نظام پاسخگویی به گردشگران ناراضی.

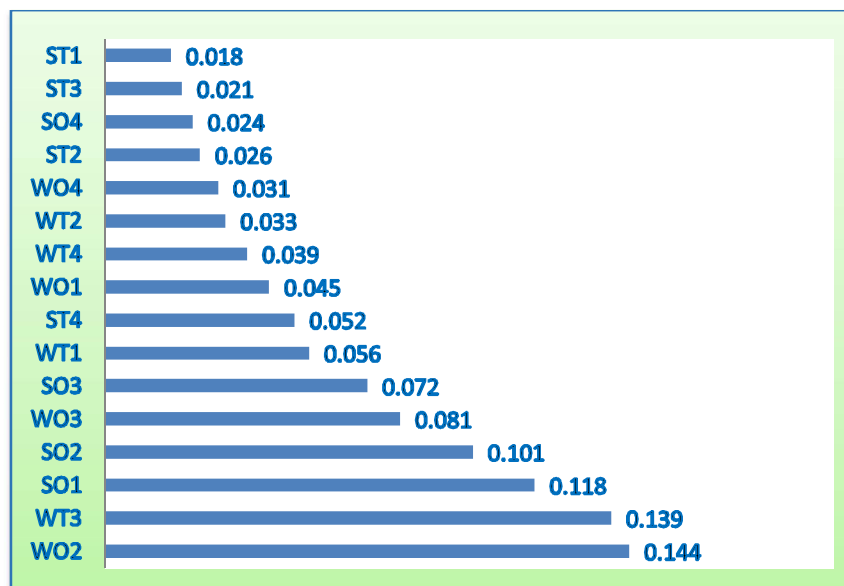
بُعد کیفیت مراکز درمانی و مکان‌های گردشگری: ارتقا فناوری و تجهیزات پزشکی - درمانی و بالا بردن کیفیت امکانات و تجهیزات فیزیکی مکان‌های گردشگری همچنین بهبود فضای کالبدی مراکز درمانی در حد استانداردهای بین‌المللی.

بُعد کیفیت خدمات و تسهیلات بیمارستان‌ها و مراکز درمانی: تلاش در جهت اخذ تأییدیه‌ها و استانداردهای بین‌المللی مراکز درمانی از قبیل (تأییدیه JCI) و استانداردهای (NCQA, ESQA ISO) و ارتقا سطح فرهنگ گردشگر پذیری و مهمان‌نوازی و آموزش بهبود ارتباط با بیمار خارجی کادر درمان جهت جلب اعتماد و وفادار سازی.

بُعد پدافند غیرعامل: ایجاد مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری) پاراکلینیک (مجهز در شهرهای مرزی برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیردار به مراکز

استان‌ها و کشور و جلوگیری از ایجاد مشکلات مربوط به امنیت روانی - اجتماعی مردم.

بُعد ارتباطات و تبلیغات: ارتباط با رسانه‌های ملی و برون‌مرزی در جهت شناساندن ظرفیت‌های گردشگری پزشکی، توسعه روابط دوستانه و تنش‌زدایی با کشورهای جهان به‌ویژه همسایگان جهت مقابله با تبلیغات منفی (ارائه تصویری تحریف شده از ایران) توسط رسانه‌های خارجی و توسعه روابط صنعت گردشگری پزشکی با سازمان‌های جهانگردی جهانی (WTO) و بهداشت جهانی (WHO).

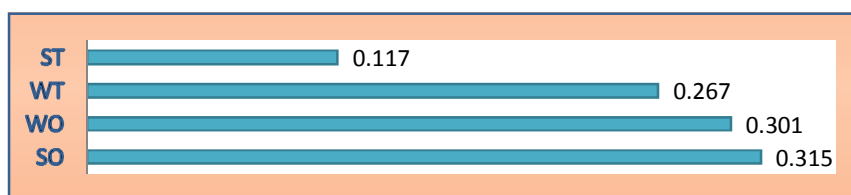


نمودار ۳- اولویت‌بندی راهبردها جهت دستیابی به اهداف تحقیق

(مأخذ: یافته‌های تحقیق)

بر اساس اولویت استراتژی تهاجمی (SO) حداکثر استفاده از فرصت‌ها با به‌کارگیری نقاط قوت به‌عنوان اولویت نخست و استراتژی بازنگری (WO) راهبردهای

استفاده از فرصت‌های محیطی برای جبران نقاط ضعف موجود به‌عنوان دومین اولویت و استراتژی‌های تدافعی (WT) به حداقل رساندن زیان‌های ناشی از تهدیدها و نقاط ضعف و تنوع (ST) استفاده از نقاط قوت برای جلوگیری از مواجهه با تهدیدها در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.

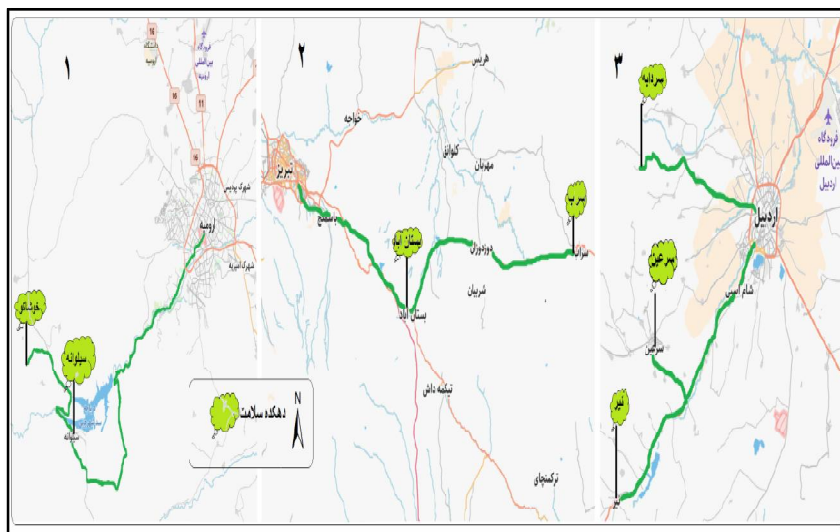


نمودار ۴- اولویت‌بندی استراتژی‌های چهارگانه کلان منطقه دو سلامت

(مأخذ: یافته‌های تحقیق)

ما در عصری از تفکر استراتژیک قرار داریم که در آن استراتژی‌ها و حوزه‌های فکری ناملموس تعیین‌کننده جایگاه و سیر حرکتی هر کشور است. یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های بلندمدت مدنظر در جهت تهیه طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی در راستای پشتیبانی و حمایت از گردشگری پزشکی و توسعه آن‌که پژوهش حاضر در راستای آن شکل گرفته لزوم احداث و گسترش دهکده‌های سلامت و یکپارچه‌سازی خدمات می‌باشد. در ایران دو رویکرد در زمینه توسعه گردشگری پزشکی در راستای ارائه خدمات وجود دارد؛ رویکرد اول احداث شهرک‌های سلامت با تأکید بر درمان‌های پزشکی و رویکرد دوم احداث دهکده‌های سلامت با تأکید بر تندرستی. رویکرد این پژوهش یک رویکرد بینابینی در راستای توسعه گردشگری پزشکی و یکپارچه‌سازی خدمات، جهت رفاه حال گردشگران و سرمایه‌گذاران می‌باشد که نوعاً به کاهش هزینه‌ها و سازمان‌دهی برنامه‌های گردشگری در جهت ایجاد زیرساخت‌های مناسب و قابل‌رقابت در منطقه خواهد انجامید.

با توجه به اینکه برخی از مهم‌ترین موانع و محدودیت‌های مراکز استان‌ها طبق نظر کارشناسان در راستای این هدف مشکلات زیست‌محیطی و بی‌توجهی به استفاده از پتانسیل درمان‌های طبیعی در راستای برند سازی می‌باشند، بدین منظور مناطق دارای جاذبه (در فاصله نزدیک به شهر مراکز استان‌ها حداکثر یک ساعت) با شرایط آب‌وهوایی و با حداقل مخاطرات و مشکلات زیست‌محیطی (طبق سند آمایش) و دارای پتانسیل استفاده از درمان‌های طبیعی و سنتی نظیر: گیاهان درمانی، آب‌درمانی، گل‌درمانی، لجن‌درمانی، برخورداری از آب‌وهوای کوهستانی در استان آذربایجان غربی سیلوانا، خوشاکو (در فاصله ۴۰ کیلومتری از مرکز استان)، در استان اردبیل سرعین، نیر، سردابه (فاصله کمتر از ۴۰ کیلومتری اردبیل) و در استان آذربایجان شرقی بستان‌آباد، (فاصله یک‌ساعتی از تبریز) اردها و اسفروشان (فاصله یک‌ساعتی از نیر) (یافته‌های پژوهش تکنیک SWOT) به‌عنوان مکان‌های مناسب جهت توسعه دهکده‌های سلامت پیشنهاد گردید. همچنین شهرستان جلفا نیز به سبب داشتن موقعیت مرزی مناسب و مجاورت با منطقه قفقاز و بیله سوار به سبب داشتن موقعیت مرزی مناسب با کشور آذربایجان، به‌عنوان مرکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) دارای پتانسیل بوده و شهرستان مراغه نیز می‌تواند به‌عنوان پشتیبان در این حوزه حائز نقش و اهمیت باشد (سند آمایش سرزمین، تبریز). با توجه به پتانسیل سنجی اولیه مکان‌های مشخص شده (نقشه شماره ۲) به‌عنوان بهترین مکان در این پژوهش شناسایی شدند.



نقشه ۲- مکان‌های پیشنهادی جهت احداث دهکده سلامت در کلان منطقه دو سلامت

(اردبیل، آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی)

(مأخذ: یافته‌های تحقیق)

نتیجه‌گیری

یکی از پرشتاب‌ترین رشدها در صنعت گردشگری جهان، گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی است که دولت‌ها و به دنبال آن شرکت‌های خصوصی فعال در بخش سلامت به دنبال توسعه سازوکار جدیدی جهت بازار این بخش از گردشگری هستند. در این پژوهش چارچوبی از شاخص‌ها با عنوان شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی، با رویکرد ارائه خدمات یکپارچه تدوین شد و سنجش وضعیت منطقه دو سلامت با توجه به شاخص‌های تعیین شده مورد ارزیابی قرار گرفت. نیاز به خدمات درمانی در کشورهای همجوار و حجم بالای ورود گردشگران سلامت و شرایط مساعد فرهنگی از قبیل قرابت فرهنگی- قومی، قرابت مذهبی، شناخت فرهنگی، شباهت زبانی با کشورهای مبدأ

گردشگری و نزدیکی به محل سکونت گردشگران از مهم‌ترین پتانسیل‌های توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات در این منطقه است.

باوجود مزیت‌های زیاد منطقه دو سلامت، این منطقه هنوز جایگاه خود را به‌درستی پیدا نکرده است. از مهم‌ترین علت‌های این امر می‌توان به عدم وجود مدیریتی کارآمد، فقدان برنامه جامع و سیستماتیک جهت برنامه‌ریزی درست و تجمیع توانمندی‌های منطقه در خصوص توسعه گردشگری پزشکی در نتیجه نگرش‌های مقطعی به توریسم درمانی، نبود همکاری و هماهنگی دستگاه‌ها و نهادهای ذی‌ربط و بخش‌های مختلف درگیر در این بخش، عدم موفقیت در جذب سرمایه‌گذاری و حمایت ناکافی دولت و نبود زیرساخت‌های لازم اشاره کرد. در این پژوهش سعی شد با در نظر گرفتن کلیه عوامل شناسایی شده و متناسب با ابعاد مختلف و اهداف برنامه چشم‌انداز کشور، بهترین استراتژی و مهم‌ترین راهبردها و سیاست‌های کارآمد در آمیزه‌های مختلف با توجه به شاخص‌های مطرح شده به‌صورت یکپارچه و بر اساس اولویت‌بندی انجام شده برای توسعه گردشگری پزشکی منطقه آذربایجان ارائه شود.

در نهایت با توجه به ارزیابی‌های صورت گرفته مکان مناسب جهت احداث و توسعه دهکده سلامت در حداقل فاصله از مراکز استان‌ها با شرایط آب‌وهوایی مساعد، حداقل مخاطرات محیطی و مشکلات زیست‌محیطی پیشنهاد گردید. در خصوص راهبردهای ارائه شده با در نظر گرفتن کلیه ابعاد شناسایی شده به‌صورت یکپارچه توجه ویژه‌ای بر اولویت‌بندی صورت گرفته توسط مدیران و مسئولین گردشگری پزشکی نیاز است که به ترتیب عبارت‌اند از راهبردهای سیاست‌گذاری و مدیریتی، بعد خدمات زیربنایی، بُعد کیفیت، بُعد بازاریابی، بُعد خدمات تأسیساتی، بُعد درمان، بُعد زبان و ارتباطات: بُعد قوانین و مقررات، بُعد دسترسی به زیرساخت‌های الکترونیکی، بُعد ارتباطات بین‌المللی و بُعد پدافند.

تشکر و سپاسگزاری

۷۰ فصلنامه برنامه‌ریزی توسعه شهری و منطقه‌ای، سال سوم، شماره ۷، زمستان ۱۳۹۷

این پژوهش بخشی از طرح پژوهشی با عنوان آمایش سرزمین و راهبردهای گسترش دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی در ایران به شماره ۹۷۰۰۱۹۳۴ صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران است. تمام حقوق مادی و معنوی این اثر به صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران و دانشگاه اصفهان مربوط می‌شود.

منابع

- برزگر، صادق. (۱۳۹۷)، «سنجش میزان رضایتمندی از کیفیت محیط مکان‌های گردشگری (مطالعه موردی شهر گرگان)»، *نشریه گردشگری شهری*، دوره پنج، شماره ۴: ۱۸-۱.
- پور اصغر، فرزاد و ویسی، رضا. (۱۳۹۱)، «آمایش سرزمین مبنایی برای توسعه صنعت گردشگری پایدار»، *اقتصاد مالی*، دوره پنج، شماره ۱۴: ۱۹۵-۱۸۴.
- سالاروند، شهین (۱۳۹۱)، «مروری کامل بر امور طبیعی در مبانی نظری طب سنتی ایران، *مجله طب سنتی اسلام و ایران*»، سال سوم، شماره ۳: ۲۶۲-۲۵۱.
- *سالنامه آماری استان آذربایجان غربی* (۱۳۹۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.
- *سالنامه آماری استان آذربایجان غربی* (۱۳۹۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.
- *سالنامه آماری استان اردبیل* (۱۳۹۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.
- سلیمی اعظم و احمدیان، علیرضا (۱۳۹۲)، «اثر بخشی فوتو توریسم در کنترل علائم اختلال افسردگی فصلی»، *فصلنامه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی*، پیاپی ۲۸: ۲۱۵-۱۹۱.
- *سند اجرایی آمایش استان اردبیل* (۱۳۹۸) سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.
- *سند راهبردی آمایش استان اردبیل* (۱۳۹۸) سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.

آمایش سرزمین و راهبردهای توسعه گردشگری ... ۷۱

- طباطبائی نسب، سید محمد، نوری، ابوالفضل، محمد نوری، زهره وحشمتی، فرزانه. (۱۳۹۳)، «گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی»، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره نهم، شماره ۲۶: ۸۲-۶۰.

- ملک‌زاده رؤیا، عابدی، قاسم، رضایی، محمدصادق و یزدانی، پونه. (۱۳۹۶)، «روند استقرار آمایش سرزمینی و تحول و نوآوری آموزش عالی سلامت در ایران»، *تعالی بالینی*، دوره هفتم، شماره ۱: ۶۳-۴۹.

- منتظرالحجه، محمدرضا و اخلاصی، احمد. (۱۳۹۷)، «ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح اثربخشی و رضایتمندی بیماران از فضاهاى درمانی: مورد پژوهی بیمارستان‌های شهر یزد»، *بیمارستان*، دوره هفدهم، شماره ۲: ۸۱-۹۶.

- میر داداش پور امیر و همکاران (۱۳۹۲)، «بررسی تأثیر یک دوره تمرین در آب بر کیفیت خواب مردان سالمند»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره بیست و یکم، شماره ۳: ۳۱۰-۳۰۰.

- هرندی، عطاءالله و پیوند میرزائیان، خمسه. (۱۳۹۶)، «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده بنیاد کلاسیک»، *نشریه گردشگری شهری*، دوره چهارم، شماره ۱: ۹۸-۸۷.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۸)، *اداره گردشگری سلامت*.
- یآوری گهر، فاطمه و منصوری مؤید، فرشته. (۱۳۹۶)، «مدیریت بحران در صنعت گردشگری»، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره دوازدهم، شماره ۴۰: ۴۰-۲۱.

- Amodeo, J. (2010). "Medical refugees and the future of health tourism," *World Medical & Health Policy*, 2(4), 65-81.
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Carrera, P. M., and Bridges, F. P. (2006). "Globalization and healthcare: Understanding health care and medical tourism." *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6 (4), 447-454.

- Cheng-Fei Lee and Brian King (2006). "Assessing Destination Competitiveness. An Application to the Hot Springs Tourism Sector," *Tourism and Hospitality Planning & Development*, 3(3) 179-197.
- Connell, J. (2006). "Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery," *Tourism Management*, 27(6), 1093 –1100.
- Connell, J. (2010). *Migration and the globalisation of health care: the health worker exodus?* Edward Elgar Publishing
- Connell, J. (2011). *Medical Tourism*. Oxfordshire: CAB International.
- Courtney Suessa, Seyhmus Baloglub & James A. Busserb (2018). "Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing," *Tourism Management*, 69, 232–245.
- Crompton, J. L. Crompton (1979). "Motivations for pleasure vacation" *Annals of Tourism Research*, 6(4) , 408-424
- Crooks, V. A; Turner, L; Snyder, J; Johnston, R; & Kingsbury, P. (2011). "Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel," *Social Science & Medicine*, 72, 726–732.
- Crouch, G. (2007). *Modelling Destination Competitiveness, A survey and Analysis of the Impact of competitiveness attributes*. Sustainable Tourism Pty Ltd, Australia.
- Crouch, G. I; & Ritchie, J. R. B. (1999). "Tourism, competitiveness, and societal prosperity," *Journal of Business Research*, 44(3), 137–152.
- Dang, H. S., Nguyen, T. M., Wang, C. N., Day, J. D., & Dang, T. (2020). "Grey System Theory in the Study of Medical Tourism Industry and Its Economic Impact," *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 961.
- Debra S. Sandberg (2017). "Medical tourism: An emerging global healthcare industry," *International Journal of Healthcare Management*, 10(4) 281-288.
- Dede, O.M. & Ayten, A.M. (2012). "The role of spatial planning for sustainable tourism development: A theoretical model for Turkey," *Tourism: An International Interdisciplinary Journal*, 60 (4), 431-445.
- . Deloitte Center of Health Solutions. (2008). *Medical tourism: Consumers insearch for value*. Washington, DC: Author.
- Dwyer, L., & Kim, C. (2003). "Destination competitiveness: Determinants and indicators," *Current Issues in Tourism*, 6 (5), 369–414.
- Dwyer, L., Mellor, R., Livaic, Z., Edwards, D., & Kim, C. (2004). "Attributes of destination competitiveness: A factor analysis," *Tourism Analysis*, 9(1-2):91-101

- Fetscherin, M., & Stephano, R.M. (2016). "The medical tourism index: Scale development and validation," *Tourism Management*, 52 539-556
- Gilbert, D. (1984). "The need for countries to differentiate their tourist product and how to do so," Seminar papers: *Tourism managing for results*. University of Surrey, Guildford.
- Goeldner, C. (1989). "The 39th Congress Aiest: English workshop summary," *Revue de Tourisme*, 44(4), 6-7.
- Goldbach, A. R. & West, D. R. (2010). "Medical tourism: A new venture of healthcare," *Journal of Global Business Issues*, 4(2), 43-44.
- Hall, M. (2011b). "Publish and perish? Bibliometric analysis, journal ranking and the assessment of research quality in tourism," *Tourism Management*, 32(1), 16 – 27.
- Harahsheh, Salem Salameh, (2002). *Curative Tourism in Jourdan and its potential development*. UK.
- Hassan, S. S. (2000). "Determinants of market competitiveness in an environmentally sustainable tourism industry," *Journal of Travel Research*, 38(3), 239-245.
- Heath, E. (2003). "Towards a Model to Enhance Destination Competitiveness: A Southern African Perspective," *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 10(2), pp. 124-141.
- Henderson, J. C. (2004). "Healthcare tourism in Southeast Asia," *Tourism review International*, 7(3-4), 111-121.
- Heung VC, Kucukusta D, Song H (2011). "Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers," *Tourism Manage*, 32:995-1005.
- Hosseini S.S; Tagvayi M; Ataev Z.V; Bratkov V.V. (2020). "Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province)," *South of Russia: ecology, development*, 15(3):97-116. (In Russ.)
- Huang. W, Kutner. N, Bliwise D. L (2009). "A systematic review of the effects of acupuncture in treating insomnia" *Sleep Medicine Reviews*, 13, 73-104.
- Lee, H. K., & Fernando, Y. (2015). "The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain," *Tourism Management*, 46, 148-157.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010), "Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad," *Maturities*, 66(1), 27-32.
- Wongkit, M and McKercher, B (2015). Journal of Travel & Tourism Marketing tourism: The case of Bumrungrad International Hospital in Thailand. *International Journal of Leisure and Tourism Marketing*, 2(2), 140-158.

- Mills, R. C. (2002). *Tourism the international business*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Momeni Kh, Janatib A, Imanic A, Khodayari-Zarnaqb R. (2018). "Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study," *Tourism Management*, 69 307–316.
- Murphy, Peter E. (2004). *Tourism: A Community Approach*. New York: Methuen.
- Nutworadee. K, (2015). " Motivation and Decision on Medical Tourism Service in Thailand, " *Rev. Integr. Bus. Econ. Res*, 4(3) pp.173-182.
- Obeng Kofi, Ugboro Isaiah (2008). "Effective strategic planning in public transit systems". *Transportation Research: Part E*, 44 (3), 420–439.
- Pearce, P.L. (2000). Fundamentals of tourist motivation. In D.G. Pearce & R. W Sutter (Eds.) *Tourism research: Critiques and challenges* (pp. 113-124). London: Rutledge.
- Pike, S. (2004). *Destination Marketing Organizations*. Oxford: Elsevier.
- Poon, A. (1993), *Tourism, Technology, and Competitive Strategy*, Wallingford: CAB International
- Crouch, G. (2007). *Modelling Destination Competitiveness, A survey and Analysis of the Impact of competitiveness Attributes*, Sustainable Tourism Pty Ltd, Australia.
- Porter ME. (1998). "Clusters and the new economics of competition," *Harv Bus Rev*, 76(6):77-90.
- Porter ME. (2008). " The five competitive forces that shape strategy," *Harv Bus Rev*, 86(1):78-93, 137. PMID: 18271320.
- Reddy, S. G., York, V. K., & Brannon, L. A. (2010). "Travel for treatment: Students' perspective on medical tourism," *International Journal of Tourism Research*, 12, 510–522.
- Ricafort, K.M.F. (2011). *A Study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination. A thesis for the degree of Master Disertation*, Webster University, Cha-am, Thailand.
- Schaffner, K.F. (1993). *Discovery and explanation in biology and medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schwab, K. (2017). *The Global Competitiveness Report 2017-2018*, World Economic Forum, Geneva, Switzerland.

- Shaywitz, D.A. and Ausiello, D.A. (2002). "Global health: A chance for western physicians to give - and receive," *The American Journal of Medicine*, 3(11): 354-357.
- Hudson, S & Xiang, R. Li (2012). " Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research," *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 21(3), 227-246.
- Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford, UK: Elsevier.
- Teh, I. (2007). "Healthcare tourism in Thailand: Pain ahead?" *Asia Pacific Biotech News*, 11(8), 493-497.
- Thagard, P. (1999). *How scientists explain disease*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Thagard, P. (1996). "The concept of disease: Structure and change," *Communication and Cognition*, 29, 445-478.
- Thilagavathi, K., & Shankar, Ch. (2013). "Medical Tourism Research: A Conceptual Framework Of Emerging Business Strategies In Healthcare Industry," *Proceedings of International Conference on Tourism Development*, 364-376
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific [UNESCAP]. (1999). United Nations Guidelines on Integrated Planning for Sustainable Tourism Development. New York: Author. Retrieved September, 2009, from:
http://www.unescap.org/ttdw/Publications/TPTS_pubs/pub_2019_tor.pdf.
- Veerasoontorn, R., & Beise-Zee, R. (2010). "International hospital outshopping: A staged model of push and pull factors," *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 247-264.
- Vincent C. S. Heung, Deniz Kucukusta & Haiyan Song (2010). "A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research," *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Ye, B. H., Qiu, H. Z., & Yuen, P. P. (2011). "Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong," *Tourism Management*, 32, 1125-1127.
- Ye, B. H., Yuen, P. P., Qiu, H. Z., & Zhang, V. H. (2008). "Motivation of medical tourists: An exploratory case study of Hong Kong medical tourists," Paper presented at the *Asia Pacific Tourism Association (APTA) Annual Conference*, Bangkok, Thailand.

- Yeoh, E., Othman, K., & Ahmad, H. (2013). "Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools," *Tourism Management*, 34, 196–201.
- Yu, J. Y., & KO, T. G. (2012). "A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea," *Tourism Management*, 33, 80–88.
- Zeng-Xian Liang, Tak-Kee Hui & Pei-Zhi Sea (2017). "**Is price most important? Healthcare tourism in Southeast Asia**," *Tourism Geographies*, 19 (5), 823-847.