

بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز

مجید گودرزی *

مسعود تقوایی **

علی زنگی آبادی ***

چکیده

سالانه تعداد زیادی از گردشگران به منظور معالجه به کشورهای دیگر سفر می کنند و ضمن استفاده از خدمات درمانی و پزشکی، به بازدید از نقاط دیدنی کشورها می پردازند. این شیوه از گردشگری در حال حاضر در اکثر کشورهای دنیا معمول شده است و به عنوان یکی از ابعاد گردشگری به توسعه پایدار و پویایی اقتصاد کشور کمک می نماید. با توجه به کم هزینه بودن و پردرآمد بودن این صنعت، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، توجه خود را بر این بخش از صنعت متمرکز و برای آن برنامه ریزی می کنند. به همین منظور این پژوهش با هدف بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز انجام گرفته است. رویکرد حاکم بر این پژوهش، توسعه ای و روش تحقیق به شیوه توصیفی، تحلیلی و پیمایشی است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیات پژوهش از آزمون رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است. تجزیه و تحلیل های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 19.0 و ترسیم نقشه از طریق نرم افزار Arc GIS انجام گردید. نتایج پژوهش نشان می دهد که تمامی عوامل کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات، رابطه مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارند و عامل قیمت با توسعه گردشگری پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. به بیان دیگر هرچه قیمت افزایش یابد، توسعه گردشگری پزشکی با کاهش مواجه می شود و بالعکس. همچنین تحلیل مسیر عوامل فوق نشان می دهد که همه عوامل قیمت، کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات، هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز تأثیر می گذارند.

واژگان کلیدی: گردشگری پزشکی، گردشگران خارجی، گردشگران داخلی، کلان شهر شیراز.

* دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان

** استاد گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان

*** دانشیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه اصفهان

مقدمه

گردشگری پزشکی^۱ از آخرین نمونه‌های گردشگری با اهداف خاص است که با رشد سریع سفرهای برون‌مرزی در پی عمل‌های جراحی زیبایی و مرتفع کردن مشکلات گوناگون پزشکی؛ فراهم‌کنندگان خدمات درمانی، اقتصاد و صنعت گردشگری محلی را منفعت بخشیده‌است (هنگ لنگ^۲، ۲۰۱۲). گرچه گردشگری همواره با سلامت همراه بوده و تلقی مردم از گردشگری معمولاً تفریح و سرگرمی و کسب آرامش است تا اینکه سفر را برای تغییرات جسمانی بدانند، ولی گردشگری پزشکی شاخه‌ای جدید از صنعت گردشگری است (کروکس و همکاران^۳، ۲۰۱۱). در حقیقت سفر برای بهبود جسمانی زیرمجموعه‌ای از گردشگری است که بیشترین قدمت را داراست. قدمت آب‌درمانی (که شاخه‌ای از گردشگری درمانی است) به دوران باستان برمی‌گردد. به گفته بوک من^۴ (۲۰۰۷) گردشگری پزشکی شامل همه مواردی است که در بالا ذکر شد ولی به تدریج پیشرفت کرد، زیرمجموعه‌هایش شکل گرفت و به رشد خود ادامه داد، زیرمجموعه‌های گردشگری پزشکی شامل گردشگری بارداری، گردشگری دندانپزشکی و گردشگری سم‌زدایی و بسیاری دیگر است (یو و کو^۵، ۲۰۱۲).

زمان و مکان پیدایش واژه گردشگری پزشکی نامعلوم است (ترنر^۶، ۲۰۱۱). گردشگری پزشکی به دلایل زیادی اهمیت پیدا کرده‌است: قطع امید از درمان در کشور مبدأ، عدم دسترسی به خدمات پزشکی با هزینه و زمان معقول یا فقدان محیطی که اطرافیان بیمار با او احساس همدردی داشته باشند، درآمد یا بیمه ناکافی برای پرداخت هزینه‌های پزشکی در محل مبدأ، کیفیت بالای خدمات پزشکی در کشورهای درحال توسعه، نگاه ناهمگون به مسائل قانونی و اخلاقی در موضوعات پیچیده پزشکی، امکان جابه‌جایی راحت‌تر و شاید مهم‌تر از همه تقاضای روزافزون برای عمل‌های جراحی زیبایی که خود این عامل با بسیاری از عوامل دیگر گره خورده‌است. گردشگری پزشکی موضوعات اخلاقی را در موارد زیر برانگیخته است:

1- Medical Tourism
2- Heng Leng
3- Crooks et al
4- Bookman
5- Yu & Ko
6- Turner

سقط جنین، بعضی از انواع پیوند عضو و درمان با سلول‌های بنیادی و حتی روش‌های جلوگیری از بارداری و نهایتاً گردشگری مرگ (اسمیت و پوزکو^۱، ۲۰۱۱). گردشگری پزشکی را می‌توان همچنین به‌عنوان بناکردن یک فرم فرهنگ توده‌پسند تعریف کرد که به موجب آن افراد مسافت‌های طولانی مسافرت می‌کنند تا خدمات درمانی، دندان‌پزشکی یا جراحی دریافت کنند در همان حالی که در حالت عمومی گردشگر نیز محسوب می‌شوند. روندهای درمانی نه تنها شامل جراحی‌های اختیاری مانند جراحی زیبایی و عمل دندان هستند، بلکه شامل انواع پیچیده جراحی مثل عمل قلب، جایگزینی مفصل زانو و لگن و مانند آن نیز هستند. خدمات درمانی پیشگیری مانند معاینه پزشکی و حفظ سلامت را نیز می‌توان در حیطه گردشگری پزشکی در نظر گرفت (میاگی و همکاران^۲، ۲۰۱۲). توسعه این بخش از صنعت گردشگری به پیدایش بازارهای تخصصی جدید منجر شده است به طوری که کشورهای مختلف هر کدام در یک نوع خاص از معالجات مانند عمل‌های دندان‌پزشکی، عمل قلب یا عمل زیبایی تخصصی شده‌اند (الشریف و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

نتیجه گردشگری پزشکی یک خدمت درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است. هر چند، هماهنگ کردن منابع و خدمات مراقبت پزشکی و بخش‌های گردشگری یک چالش است، از لحاظ استراتژیکی چنین هماهنگی اغلب در سطح دولتی به اجرا درمی‌آید. به محض اینکه یک فرد تصمیم به داشتن یک روند درمانی می‌گیرد که در یک کشور خارجی اجرا می‌شود، او به هر دو خدمات توریستی و مراقبت درمانی نیاز دارد. باید جزئیات مقدمات مسافرت تهیه شوند (شامل گرفتن ویزا، بلیط هواپیما و غیره)، باید از در دسترس بودن یک دکتر اطمینان حاصل کرد و دیگر مقدمات درمانی شامل خدمات بهبودی باید برنامه‌ریزی شوند. تمام این خدمات نیازمند همکاری بین دو بخش دولتی و خصوصی هستند (نیکولاس و کریتسیس^۴، ۲۰۱۲).

تحقیقات متعددی در زمینه گردشگری پزشکی در داخل و خارج از کشور انجام شده است. ناگاراگان^۵ (۲۰۰۴) مهم‌ترین عوامل بازدارنده توسعه این صنعت در هند را کمی ابتکار دولت، کاستی در هماهنگی ارکان این صنعت، فقدان وجود مکانیسم

1- Smith & Puczko
2- Miyagi et al
3- Alsharif et al
4- Nikolaos & Kyritsis
5- Nagarajan

اعتبار بخشی بیمارستان‌ها، نبود سیاست یکپارچه قیمت و استاندارد در بیمارستان‌ها مطرح نمود. آمودئو^۱ (۲۰۱۰) اذعان می‌کند که با مروری بر ساختارهای موجود گردشگری پزشکی و معاهدات بین‌المللی، آشکار می‌شود که محبوبیت گردشگری پزشکی در حال افزایش است و این شناسایی ظرفیت‌های بالقوه گردشگری پزشکی را ضروری می‌کند. علاوه بر این سیاست گذاران باید تأثیر مسائل مربوط به کیفیت، کارایی و میزان اعتماد به تجهیزات این صنعت را ارزیابی کنند. ویلسون^۲ (۲۰۱۱) گردشگری درمانی را نتیجه تعامل سه معیار در سطوح شخصی، ملی و جهانی می‌داند که به دلیل فرآیند جهانی شدن ایجاد شده‌است. این رویکرد بافتی عظیم از خدمات فراملی تعریف می‌کند که علاوه بر مراقبت‌های انفرادی، آن را عاملی در بازآفرینی معیارهای ملی می‌شناسد. برخی از محققین ضرورت دسترسی به اطلاعات مربوط به بهداشت و قوانین محلی را بیان می‌کنند؛ زیرا این عوامل بر شکل جدید و پیچیده دسترسی و تأمین خدمات درمانی که محبوبیت آن نیز رو به افزایش است، تأثیر دارد (رانلس و کریرا^۳، ۲۰۱۲). کاظمی (۲۰۰۸) بیان می‌کند که امنیت اجتماعی، برخورداری از استانداردهای جهانی در مراکز درمانی و همچنین تجهیزات پزشکی و صدور رواید درمان از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر توسعه این صنعت در ایران می‌باشد. صدر ممتاز و آقا رحیمی (صدر ممتاز و آقا رحیمی، ۱۳۸۹) توسعه زیرساخت عمومی، توسعه منابع انسانی، توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی و توسعه محصول را از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی ایران می‌دانند. نصیری پور و سلمانی (نصیری پور و سلمانی، ۱۳۸۹) به کارگیری تجهیزات پزشکی دارای تکنولوژی بالا و استانداردهای جهانی، همچنین ارزان تر بودن (رقابتی بودن) هزینه خدمات پزشکی ایران نسبت به سایر کشورها و شفاف نمودن هزینه درخواستی از بیماران خارجی را از مهم‌ترین عوامل افزایش جذب بیماران خارجی دانسته و معتقدند که این عوامل موجب توسعه گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های تهران می‌شود.

در حالی که براساس آمار بهداشت جهانی، سالانه حدود ۵۰ میلیارد دلار، صرف درمان بیماران منطقه در کشورهای اروپایی و آمریکایی می‌شود که جذب درصدی از این مبلغ می‌تواند تأثیر چشمگیری در اقتصاد ملی کشورهای آسیایی داشته باشد، اما در

1- Amodeo

2- Wilson

3- Runnels & Carrera

ایران این صنعت جایگاه خود را بازیافته و گام‌های نخستین را طی می‌کند. در حقیقت در سال ۸۲ برای اولین بار گردشگری درمانی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد توجه قرار گرفت؛ البته وزارت بهداشت و درمان بیشتر با هدف اشتغال‌زایی برای دانش‌آموختگان پزشکی به این مبحث پرداخت و نه رونق گردشگری درمانی، اما کم‌کم از سال ۸۳ و درست پس از ادغام سازمان میراث فرهنگی و سازمان ایران‌گردی و جهان‌گردی، گردشگری درمانی به صورت مستقل در ایران ایجاد شد (فرامرزی، ۱۳۹۰).

کشور ایران از یک طرف در کسب درآمدهای ارزی خود به صدور نفت خام متکی است و برای حل مشکلات ناشی از وابستگی درآمدهای ارزی به صادرات نفت، لازم است جهت تولید و صدور آن دسته از محصولات و خدماتی که می‌تواند موجب ایجاد درآمدهای ارزی شود، سرمایه‌گذاری نماید؛ این کشور، در میان برخی از مجموعه محصولات و خدمات تعریف شده، دارای امکانات و توان‌های بالقوه‌ای است که با سرمایه‌گذاری می‌تواند آن‌ها را به توان بالفعل تبدیل نموده، به‌عنوان یک منبع درآمد ارزی مورد استفاده قرار دهد، و از طرف دیگر ایران از نظر جاذبه‌های گردشگری تاریخی، طبیعی، فرهنگی و ... جزء ۱۰ کشور برتر جهان است، ولی از بازار گردشگری سهمی شاخص نبرده است. این درحالی است که از گردشگری پزشکی به‌عنوان صنعت سوم جهان نام برده می‌شود و امروزه صنعت گردشگری پزشکی در جهان بالاتر از صنایع نفت و طلا قرار دارد. کم‌هزینه و پردرآمد است.

در بخش گردشگری پزشکی فقط به جذب گردشگر توجه نمی‌شود بلکه فراتر از آن می‌تواند موقعیت و جایگاه ایران را از نظر علمی، سیاسی، اجتماعی و منطقه‌ای تقویت کند، مضافاً که دولت جمهوری اسلامی ایران براساس برنامه‌ریزی‌های خود باید تا پایان برنامه چهارم توسعه ۳۰ درصد از نیازهای درمانی و بهداشتی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و گردشگری پزشکی فراهم کند (فرامرزی، ۱۳۹۰). امروزه در سایه رشد انفجاری هزینه‌های درمانی، بسیاری از بیماران کشورهای توسعه‌یافته، به استفاده از خدمات پزشکی کشورهای در حال توسعه چشم دوخته‌اند. از جمله رقبای ایران در امر گردشگری پزشکی در منطقه می‌توان به کشورهای هند، سنگاپور، اردن، مالزی، ترکیه، امارت متحده عربی و کشورهای تازه استقلال یافته

حاشیه دریای خزر و روسیه سفید اشاره کرد که برای جذب بیماران کشورهای آسیایی و حتی جهان در حال برنامه‌ریزی می‌باشند.

شهر شیراز به‌عنوان تنها کلان‌شهر توسعه‌یافته جنوب ایران با توجه به ظرفیت‌های بالای پزشکی از جمله پزشکان زبده و نامی، هزینه پایین و کیفیت بالای خدمات پزشکی و دارا بودن رتبه سوم جهان در زمینه پیوند اعضا (مرکز آمار دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۹۱)، پتانسیل بالایی در تبدیل شدن به قطب گردشگری پزشکی کشور و منطقه و جذب گردشگران پزشکی از اقصی نقاط دنیا را دارد، اما تاکنون در این زمینه برنامه‌ریزی منسجم و هماهنگی صورت نگرفته‌است. بنابراین پژوهش حاضر در راستای استفاده از منافع سرشار گردشگری پزشکی، با هدف کلی بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز و اهداف جزئی: تعیین تأثیر مستقیم هر یک از ابعاد قیمت، کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات^۱ بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز؛ تعیین تأثیر غیرمستقیم هر یک از ابعاد قیمت، کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز؛ و سنجش برازش مدل پیش‌بین کننده عوامل تأثیرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی، صورت گرفته‌است. در این راستا به‌منظور تحقق اهداف عنوان شده، پرسش‌های ذیل طرح گردید:

- آیا هر یک از ابعاد قیمت، کیفیت، فرهنگ، امکانات و تسهیلات و فناوری اطلاعات و ارتباطات، بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز تأثیر دارند؟
- آیا هر یک از ابعاد فوق به صورت غیرمستقیم نیز بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز تأثیر می‌گذارند؟
- آیا مدل پیشنهادی قابلیت پیش‌بینی عوامل تأثیرگذار بر توسعه گردشگری پزشکی را دارد؟

مروری بر ادبیات موضوع

گردشگری پزشکی

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 به آسانی در دسترس نیست) گردشگری پزشکی گویند (دلویت^۱، ۲۰۰۸). گردشگری پزشکی محلی نیز به سفرهای داخلی بیماران در پی متخصصان بهتر، خدمات ارزان تر و با کیفیت بیشتر می گویند (کانل^۲، ۲۰۱۰). این نوع سفرها تعمداً با مداخله مستقیم مسائل پزشکی ارتباط دارد و انتظار می رود نتایج چنین مسافرت‌هایی اساسی و طولانی مدت باشد - موضوعی کاملاً جدید است، این موضوع برطرف کننده نیازهای افرادی هستند که روزبه‌روز بر تعدادشان افزوده می شود، این افراد می توانند گردشگران و بیماران باشند (هروویتز و روسنویگ^۳، ۲۰۱۱). گردشگری پزشکی همانند شکل امروزی اش در دهه ۱۹۹۰ متناسب با مواردی از قبیل: افزایش هزینه خدمات درمان و بیمه سلامت در کشورهای توسعه یافته؛ طولانی تر شدن فهرست افراد درحال انتظار برای دریافت خدمات پزشکی؛ کاهش هزینه‌های حمل و نقل هوایی؛ دسترسی به اینترنت؛ تقاضا برای جراحی‌های زیبایی؛ مسن شدن نسل اغلب ثروتمندی که بعد از جنگ بر تعدادشان به علت ازدیاد زادوولد افزوده شد (نسلی که سطح توقع اش از مراقب پزشکی و نیازهای جدید بیشتر بود)؛ توانایی پرداخت هزینه‌های درمان؛ و داشتن وقت آزاد برای مسافرت و همراهی مراقبت‌های پزشکی با یک روز تعطیل، شکل گرفت (ککلی و آندروود^۴، ۲۰۰۹). در کشورهای مقصد، توسعه تکنولوژی پزشکی و مهارت‌های جراحی، پیدایش یک طبقه متوسط با نیازهای جدید، خصوصی سازی و بازسازی بعد از مشکلات و معضلات اقتصادی موجب حمایت از خدمات گردشگری پزشکی شد. در بسیاری از کشورهای درحال توسعه (از کشورهای واقع در جنوب آفریقا گرفته تا روسیه)، نخبگان جامعه که تعدادشان رو به افزایش است، با تحقیر و سرزنش مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های محلی، نیاز به مراقبت بیشتر را افزایش دادند. خاستگاه آن‌ها ارتباطات کمی با گردشگری سلامت داشت و این امر کاملاً عملی بود (گلینوس و همکاران^۵، ۲۰۱۰). گردشگری پزشکی اغلب به افزایش سطح خدمات پزشکی به عموم گردشگران اطلاق می شود. در ایام قدیم افراد فقط در محل سکونت‌شان از خدمات بهداشتی استفاده می کردند درحالی که در قرن بیست و یکم همه چیز تغییر کرد و گردشگری پزشکی

1- Deloitte

2- Connel

3- Horowitz & Rosensweig

4- Keckley & Underwood

5- Glinos et al

سالانه ۶۰ میلیارد دلار درآمد، و رشد سالانه ۲۰ درصدی را به خود اختصاص داد (هروویتز و همکاران، ۲۰۰۷). نقش گردشگری پزشکی به عنوان یکی از اجزای صنعت گردشگری، از طریق هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی، فعالیت‌های رفاهی - تفریحی و تمام زیرساخت‌های مرتبط با صنعت گردشگری در ارتباط است. با گسترش گردشگری پزشکی این صنعت هرچه بیشتر با شرکت‌های مربوطه مانند آنچه به نام سازمان گردشگری پزشکی^۱ در آمریکا تأسیس شد و دیگر مؤسسات مثل بیمارستان‌ها، شرکت‌های بیمه و آژانس‌های مسافرتی جدیدالتأسیس، هماهنگی پیدا می‌کند. گردشگری پزشکی به عنوان بخشی از صنعت گردشگری، در جهان پسا صنعتی به طرز قابل ملاحظه‌ای توسط بسیاری از دولت‌ها ارتقا یافته است (کانل، ۲۰۱۰). چندین کشور آسیایی مثل تایلند، سنگاپور و مالزی برنامه‌ای ۵ ساله برای گسترش گردشگری پزشکی و سایر اشکال گردشگری تدوین کرده‌اند. نخست وزیر تایلند در پایان سال ۲۰۰۹ چنین می‌گوید: بخش خدماتی تایلند کلید توسعه پایدار برای اقتصاد این کشور است. تایلند اکنون بر پایه گذاری بنیان اقتصادش در جهان پسا بحرانی متمرکز است. پروژه‌هایی از قبیل پروژه‌های گردشگری موجب تقویت بخش خدماتی کشورمان می‌شود. سفرهایی که به منظور کسب خدمات بهداشتی انجام می‌گیرند به سرعت در حال رشد و محبوب شدن نزد گردشگرانی است که به تایلند می‌آیند. این به دلیل امکانات تایلند است که دارای استاندارد بین‌المللی پزشکی، بهداشتی و تندرستی است. همچنین است کیفیت بالای ارائه خدمات، البته در حد توان تایلند. گردشگری پزشکی در این جا هم مانند هر جای دیگر زمینه رشد آینده کشور را فراهم می‌کند و این در پی بحران اقتصادی جهانی است. و همان‌طور که نخست وزیر تایلند در عباراتی رسمی بیان کردند، گردشگری پزشکی زیبایی طبیعی و مهمان‌نوازی تایلند را نمایش می‌دهد (ویجایو، ۲۰۰۹). استقرار و شناساندن گردشگری پزشکی در حوزه گردشگری ابعاد اجتماعی و اقتصادی پیدا می‌کند.

عوامل ایجادکننده تقاضا برای گردشگری پزشکی

مهم‌ترین عواملی که سبب ایجاد تقاضا برای گردشگری پزشکی می‌شوند، عبارتند از:

1- MTA
2- Vejjajiva

قیمت پایین تر

درواقع یکی از مهم ترین عواملی که سبب می شود بیمار کشور دیگری را برای درمان خود انتخاب نماید، قیمت ارزان تر خدمات است (اسمیت و همکاران^۱، ۲۰۱۱). جدول زیر به مقایسه قیمت برخی از خدمات در کشورهای مختلف پرداخته است:

جدول ۱. قیمت های مقایسه ای روش های جراحی و درمان در کشورهای مختلف در ماه آوریل ۲۰۱۰ (به دلار آمریکا)

کشور					
هند	تایلند	سنگاپور	کاستاریکا	آمریکا	جراحی
۸,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۳۲,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	۱۵۲,۰۰۰	سی ای بی جی (بای پس قلب) ^۲
۱۲,۰۰۰	۲۲,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۲۹,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	تعویض دریچه قلب ^۳
۸,۰۰۰	۱۳,۰۰۰	۱۶,۰۰۰	۱۱,۰۰۰	۱۰۱,۰۰۰	تعویض مفصل ران ^۴
۷,۵۰۰	۱۲,۵۰۰	۱۹,۰۰۰	۱۲,۰۰۰	۶۶,۰۰۰	تعویض مفصل زانو ^۵
۸,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۱۶,۰۰۰	۱۰۴,۰۰۰	همجوشی نخاعی ^۶
۳,۵۰۰	۴,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	۵,۰۰۰	۳۲,۰۰۰	خارج سازی رحم (واژینال) ^۷

(سرجری پلنت^۸، ۲۰۱۰)

جستجو برای یافتن کیفیت بهتر درمان

بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین، آسیا و آفریقا به دلیل کمبود منابع و امکانات، نیروی انسانی حرفه ای و ضعف زیرساخت ها، فاقد کیفیت مناسب درمان هستند. مردمان این کشورها (خصوصاً قشر ثروتمند) برای درمان خود معمولاً کشور دیگری را انتخاب می کنند (کالشرتی^۹، ۲۰۰۸).

1- Smith et al
2- CABG (heart bypass)
3- Heart valve replacement
4- Hip replacement
5- Knee replacement
6- Spinal fusion
7- Hysterectomy (vaginal)
8- SurgeryPlanet
9- Kalshttti

توجه به مسائلی از قبیل فرهنگ، زبان و...

بسیاری از عدم موفقیت‌ها در درمان، نتیجه مستقیم عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با بیمار است. عدم برقراری ارتباط مناسب در نتیجه تفاوت در فرهنگ، زبان، سطح سواد و محدودیت‌های شناختی، اتفاق می‌افتند.

دسترسی آسان به اطلاعات

با وجود اینترنت و سایر تکنولوژی‌ها افراد می‌توانند اطلاعات زیادی را راجع به درمان بیماری‌ها در کشورهای مختلف (از نظر قیمت، کیفیت و ...) کسب کرده و سپس برای درمان خود آگاهانه تصمیم بگیرند.

بیمه‌های ضعیف درمان

فقدان پوشش بیمه‌ای مناسب بسیاری از مردم را مجبور به سفر به کشورهای خارجی برای کسب خدمات درمانی کرده‌است. حتی بهترین و قوی‌ترین بیمه‌ها نیز بیماری‌های متنوعی از قبیل (اعمال جراحی زیبایی، خدمات دندان‌پزشکی و بسیاری از جراحی‌های دیگر) را پوشش نمی‌دهند، و نتیجتاً با بالارفتن هزینه درمان این بیماری‌ها زمینه برای گردشگری پزشکی فراهم می‌آید (هراشه، ۲۰۱۰).

ظهور فناوری اطلاعات و ارتباطات

ظهور فناوری اطلاعات و ارتباطات برای انتقال اطلاعات بیمار (مثل سوابق بیمار^۲، رادیولوژی از راه دور^۳ و ...)، کمک بزرگی به صنعت گردشگری پزشکی کرده‌است.

وجود طب جایگزین^۴

امروزه بسیاری از مردم برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج خود (مثل سرطان و دیابت) به دنبال روش‌های طب جایگزین می‌گردند. طب سنتی چینی و یا آیورودا^۵

1- Harahsheh
2- patient records
3- teleradiology
4- Alternative Medicine
5- Ayurveda

امروزه طرفداران زیادی پیدا کرده است.

متدهای جدید درمان

متدهای جدید درمان مانند درمان با سلولهای بنیادی نیز کمک شایانی به گردشگری پزشکی کرده به طوری که مردم برای دریافت این درمانها به کشورهای پیشرو سفر می کنند.

رشد صنایع حمل و نقل هوایی، هتلداری و مخابرات

رشد این صنایع، جهان را به سمت دهکده جهانی سوق داده است و سبب شده مردم بسیار راحت تر نسبت به گذشته به سایر نقاط جهان سفر کنند.

محرمانه بودن اطلاعات بیمار

باید در خصوص حفظ اسرار بیمار قوانین درخوری وضع و اجرا نمود. برخی قوانینی که در این حوزه وضع شده عبارتند از: - قانون مسئولیت پذیری و بیمه درمان آمریکا - قانون فدرال حفاظت از اطلاعات افراد آلمان - قانون حفاظت از اطلاعات ۱۹۹۸ - بریتانیا - قانون حفاظت از اطلاعات شخصی، مدارک الکترونیکی و حریم خصوصی کانادا.

تحلیل مسیر

بررسی صرف و مجرد متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر وابسته با توجه به بالا بودن حالت انتزاعی این نوع بررسی و نادیده انگاری عمدی بر عوامل دیگر، مشخصاً به تحلیلی کامل و جامع نخواهد انجامید. بررسی فرضیه های تحقیق به تنهایی نمایشی کلی و مبهم از تأثیر و تأثر ارایه می دهد که به احتمال قوی اثرات هم پوشانی و سلسله مراتب علی بین متغیرهای واسط را نشان نمی دهد. بنابراین بررسی تأثیر هم زمان عوامل مختلف، با استفاده از تکنیک های مناسب به شناختی کامل و در سطحی بالاتر منجر می شود (جلیلی، ۱۳۸۷). تکنیک تحلیل مسیر از جمله تکنیک های چندمتغیره می باشد که علاوه بر بررسی اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، اثرات غیرمستقیم این متغیرها را نیز مدنظر قرار می دهد و روابط بین متغیرها را مطابق با واقعیت های

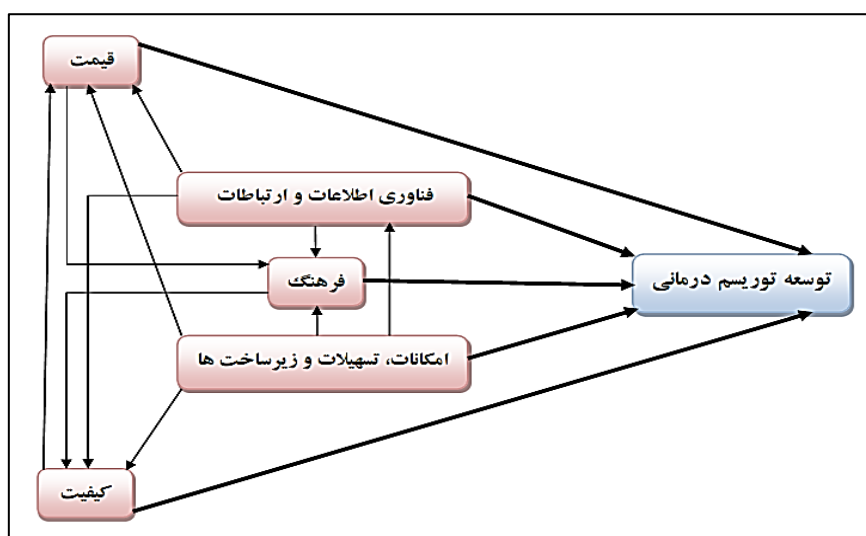
موجود، در تحلیل وارد می‌کند (کلانتری، ۱۳۸۵). اهمیت و ارجحیت تحلیل مسیر در مقایسه با تحلیل همبستگی در این است که تحلیل مسیر امکان سنجش اثرات نسبی هر متغیر مقدم یا توضیحی بر متغیرهای بعدی یا وابسته را ابتدا از طریق مشخص کردن مفروضات مربوط به روابط علی و بعد از طریق تعیین اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل یا توضیحی فراهم می‌کند (همان، ۲۲۷). به قول مارش^۱: آنچه در کار استنباط علی بین محقق و تجربه‌گرایی لگام گسیخته حایل می‌شود همین مدل‌سازی است، زیرا محقق را به نظریه‌پردازی روشن و دقیق وادار می‌دارد (داوس^۲، ۱۳۸۳). مدل علی حاصل از تحقیق در یک دیاگرام مسیر به نمایش درمی‌آید. دیاگرام مسیر برای بیان تصویری روابط بین متغیرهای موردنظر در تحلیل مسیر بکار می‌رود (کلانتری، ۱۳۸۵).

مدل مفهومی پژوهش

با مطالعه پژوهش‌های مختلفی که در سراسر جهان صورت گرفته از قبیل کتاب‌ها، مقالات پژوهشی، همایش‌ها، پایان‌نامه‌ها، طرح‌های پژوهشی و...، اثرات مستقیم عوامل (قیمت خدمات درمانی و توریستی، کیفیت خدمات درمانی و توریستی، فرهنگ، امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی و فناوری اطلاعات و ارتباطات بر گردشگری پزشکی در مناطق مختلف جهان کاملاً محرز و مشهود است، اما اثرات غیرمستقیم عوامل مذکور در پژوهش‌هایی که راجع به گردشگری پزشکی صورت گرفته، مورد بررسی واقع نشده‌است. بنابراین ما در این پژوهش اقدام به ارائه مدل مفهومی نمودیم تا ببینیم مدل ارائه‌شده تا چه اندازه قابلیت شناسایی اثرات مستقیم و غیرمستقیم عوامل فوق بر توسعه گردشگری پزشکی را دارد. در تبیین مدل ارائه‌شده لازم به ذکر است که اثرات مستقیم عوامل مذکور بر گردشگری پزشکی از تحقیقات پیشین استنباط شده و در مدل لحاظ گردید و اثرات غیرمستقیم مانند اثر فناوری اطلاعات و ارتباطات بر فرهنگ (یعنی فناوری اطلاعات و ارتباطات از طریق تأثیر بر فرهنگ بر توسعه گردشگری پزشکی تأثیرگذار است) یا اثر امکانات، تسهیلات و زیرساخت‌ها بر قیمت (یعنی امکانات، تسهیلات و زیرساخت‌ها از طریق تأثیر بر قیمت بر توسعه گردشگری پزشکی تأثیرگذار است) و اثرات غیرمستقیم عوامل دیگر که در

1- Marsh
2- Daos

تحقیقات پیشین مورد بررسی قرار نگرفته بودند، از طریق مصاحبه با اساتید دانشگاهی و کارشناسان حوزه‌های اقتصاد، فرهنگ و فناوری اطلاعات و ارتباطات مورد تأیید قرار گرفتند و در مدل پیشنهادی لحاظ گردیدند. با توجه به موارد مذکور، مدل علی پیشنهادی زیر برای بررسی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

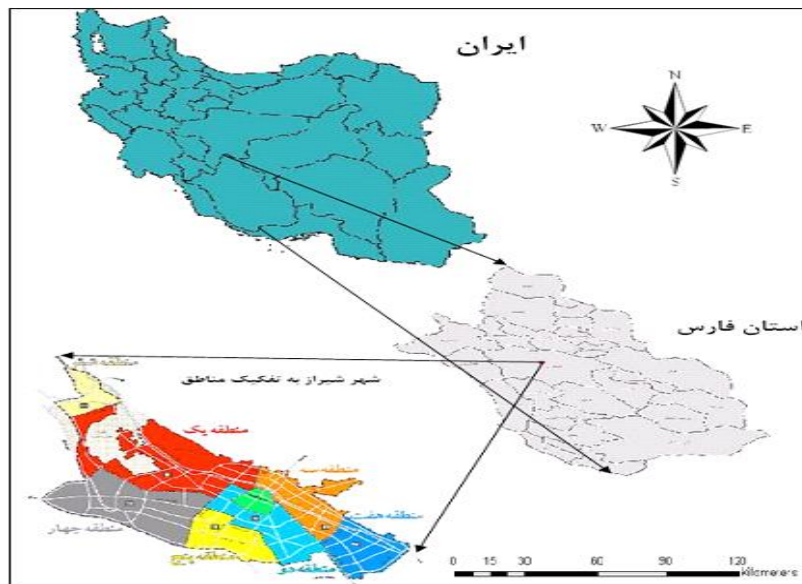


شکل ۱. مدل علی پیشنهادی در مورد روابط بین متغیرهای پژوهش و توسعه گردشگری پزشکی

معرفی محدوده مورد مطالعه

شیراز، مرکز استان فارس، در موقعیت ۵۲ درجه و ۳۲ دقیقه طول شرقی و ۲۹ درجه و ۳۶ دقیقه عرض شمالی و در ارتفاع ۱۴۸۶ متری از سطح دریا و در فاصله ۹۱۹ کیلومتری پایتخت قرار دارد. شیراز با مساحت ۳۴۰ کیلومتر مربع سومین شهر ایران از نظر وسعت پس از تهران و مشهد می‌باشد (سازمان برنامه و بودجه استان فارس، ۱۳۹۱، ۱). شیراز با چهار شهر جهان دارای پیوند خواهرخواندگی است: ۱. دوشنبه (تاجیکستان) ۲. نیکوزیا (قبرس) ۳. چونگ کینگ (چین) ۴. وایمار (آلمان) (درگاه

الکترونیکی شهرداری شیراز^۱.



شکل ۲. موقعیت شهر شیراز در ایران و استان فارس

روش‌شناسی تحقیق

رویکرد حاکم بر این پژوهش، توسعه‌ای و روش تحقیق به شیوه توصیفی^۲، تحلیلی و پیمایشی^۳ است. اطلاعات مورد نیاز تحقیق از طریق روش اسنادی، کتابخانه‌ای، پیمایشی و مصاحبه با مردم و کارشناسان گردآوری شده است.

جامعه آماری پژوهش مورد نظر شامل: ۱- گردشگران پزشکی خارجی که در سال ۱۳۹۱ جهت انجام معالجات پزشکی به شهر شیراز سفر کرده‌اند. طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سالیانه بیش از ۲۰ تا ۲۵ هزار گردشگر از اتباع حاشیه خلیج فارس به قصد درمان به برخی شهرهای کشورمان جهت درمان مراجعه می‌کنند که البته آمار گواه به این ادعا است که حداقل ۷۰ درصد این تعداد جهت درمان وارد شیراز می‌شوند (مرکز آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱). بنابراین تعداد ۱۷۵۰۰ نفر به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شده است.

1- www.eshiraz.ir
2- Descriptive
3- Survey

۲- گردشگران پزشکی داخلی (از استان‌های دیگر) که در سال ۱۳۹۱ جهت انجام معالجات پزشکی به شهر شیراز سفر کرده‌اند که طبق اعلام مرکز آمار دانشگاه علوم پزشکی شیراز حجم این جامعه آماری ۷۰۰۰۰ نفر است.

در این پژوهش برای محاسبه حجم نمونه گردشگران از روش کوکران استفاده شده است. با توجه به جامعه آماری در این پژوهش، حجم نمونه که با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شده برای گردشگران خارجی ۳۷۸ و برای گردشگران داخلی ۳۸۲ نمونه مشخص شده است. که به دلیل روایی و پایایی بیشتر، برای گردشگران خارجی به ۴۰۰ نمونه و برای گردشگران داخلی نیز به ۴۰۰ نمونه افزایش می‌یابد.

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N}(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1)} = \frac{\frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2}}{1 + \frac{1}{70000}(\frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} - 1)} = 382$$

$$t=1.96 \quad p=0.5 \quad q=0.5 \quad d=0.05$$

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N}(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1)} = \frac{\frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2}}{1 + \frac{1}{17500}(\frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} - 1)} = 378$$

n = حجم نمونه N = تعداد کل جامعه آماری t = ضریب اطمینان d = میزان خطا
 p = درصد افرادی که صفت مورد نظر را دارند q = درصد افرادی که صفت مورد نظر را ندارند (حافظنیا، ۱۳۸۹، ۱۶۷). در این پژوهش برای انتخاب نمونه در جامعه آماری گردشگران، از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای استفاده شده است.
 جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات پژوهش از آزمون رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر^۱ استفاده شده است. تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19.0 و ترسیم نقشه از طریق نرم‌افزار Arc GIS انجام گردید.

یافته‌های پژوهش

آمار توصیفی

آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های جامعه نمونه این پژوهش (جمعیت پاسخگویان

این پژوهش در جدول (۱) ذکر شده است:

جدول ۱. آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های جامعه نمونه

گردشگران داخلی			گردشگران خارجی		
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	
۵۸/۵	۲۳۴	مرد	۷۶/۸	۳۰۷	مرد
۴۱/۵	۱۶۶	زن	۲۳/۳	۹۳	زن
۲۰/۳	۸۱	بوشهر	۲۵/۸	۱۰۳	عمان
۱۴/۵	۵۸	هرمزگان	۱۸/۵	۷۴	بحرین
۱۶/۸	۶۷	کهگیلویه و بویراحمد	۱۵/۸	۶۳	امارات
۹/۸	۳۹	یزد	۱۲/۸	۵۱	کویت
۵/۸	۲۳	سیستان و بلوچستان	۱۰/۵	۴۲	عراق
۹/۳	۳۷	کرمان	۴	۱۶	کانادا
۱۲	۴۸	خوزستان	۲/۸	۱۱	فرانسه
۷	۲۸	اصفهان	۲/۳	۹	آمریکا
۴/۵	۱۸	سایر استان‌ها	۱/۸	۷	انگلیس
۰/۳	۱	ذکر نشده	۱/۵	۶	آلمان
			۳	۱۲	افغانستان
			۱/۵	۶	مازی
۲/۳	۹	کمتر از ۲۰	۵/۳	۲۱	کمتر از ۲۰
۱۰/۵	۴۲	۲۰ تا ۲۵	۷/۵	۳۰	۲۵ تا ۳۰
۶/۸	۲۷	۲۶ تا ۳۱	۱۲/۳	۴۹	۳۱ تا ۳۶
۱۵/۵	۶۲	۳۲ تا ۳۷	۱۶/۵	۶۶	۳۷ تا ۴۲
۱۲	۴۸	۳۸ تا ۴۳	۲۱/۸	۸۷	۴۳ تا ۴۸
۲۹/۳	۱۱۷	۴۴ تا ۴۹	۲۶/۳	۱۰۵	۴۹ تا ۵۴
۲۳/۸	۹۵	۵۰ و بالاتر	۱۰/۳	۴۱	۵۰ و بالاتر
			۰/۳	۱	ذکر نشده
۱۸/۸	۷۵	زیر دیپلم	۴/۵	۱۸	زیر دیپلم
۹/۸	۳۹	دیپلم	۷/۸	۳۱	دیپلم
۱۶	۶۴	فوق دیپلم	۹/۵	۳۸	فوق دیپلم
۴۱	۱۶۴	کارشناسی	۴۰/۵	۱۶۲	کارشناسی
۱۴/۵	۵۸	ارشد و بالاتر	۳۷/۸	۱۵۱	ارشد و بالاتر
۲۴	۹۶	دولتی	۹/۸	۳۹	دولتی
۶۱/۳	۶۵	خصوصی	۴۸/۸	۱۹۵	خصوصی
۱۹/۵	۷۸	خانه دار	۱۴	۵۶	خانه دار
۸/۸	۳۵	محصل	۲/۸	۱۱	محصل
۱۳/۸	۵۵	بازنشسته	۱۹	۷۶	بازنشسته
۱۷/۸	۷۱	بیکار	۵/۸	۲۳	بیکار
۷۴/۵	۲۹۸	متاهل	۷۶	۳۰۴	متاهل
۲۵/۵	۱۰۲	مجرد	۲۴	۹۶	مجرد

آمار استنباطی

آزمون رگرسیون چند متغیره

جدول شماره (۲) نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به شیوه همزمان را برای تبیین متغیر وابسته توسعه توریسم پزشکی نشان می‌دهد. در این قسمت داده‌های مربوط به گردشگران داخلی و گردشگران خارجی با یکدیگر ادغام شدند تا تأثیر متغیرهای مستقل به‌طور کلی در تبیین توسعه توریسم پزشکی نشان داده شود.

جدول ۲. متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون برای تبیین واریانس توسعه گردشگری پزشکی

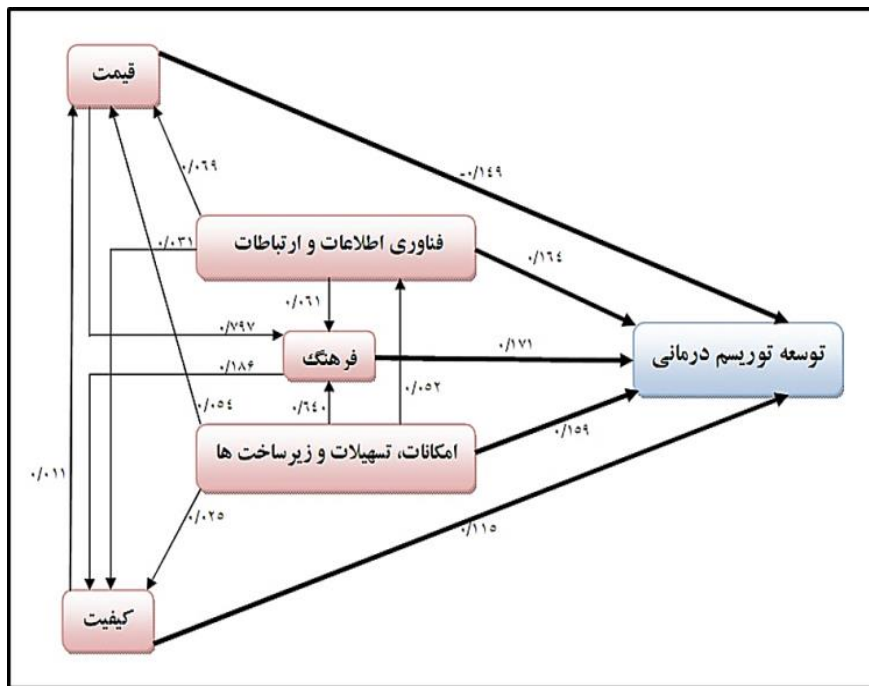
Sig T	T	Beta	مقدار F	R ^۲	R	نام متغیر
۰/۰۰۰۱	۷۷/۶۴۹	-۰/۷۸۲	۱۰۳/۸۷۵	۰/۵۸	۰/۷۶	قیمت خدمات درمانی و توریستی
۰/۰۰۰۱	۳۳/۰۸۷	۰/۷۴۱	۶۱/۷۹۵			کیفیت خدمات درمانی و توریستی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۱۵۲	۰/۵۶۱	۳۵/۱۲۳			فرهنگ
۰/۰۰۰۱	۲۴/۳۵۷	۰/۶۸۴	۴۵/۸۳۰			امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی
۰/۰۰۰۱	۲۴/۱۷۰	۰/۶۲۳	۳۶/۰۶۳			فناوری اطلاعات و ارتباطات

نتایج آماری (جدول ۲) نشان دهنده آن هستند که متغیرهای مستقل قیمت خدمات درمانی و توریستی؛ کیفیت خدمات درمانی و توریستی؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات وارد معادله شده‌اند. براساس داده‌های جدول و با تکیه بر مقادیر R^۲ می‌توان گفت که ۵۸ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای فوق به‌طور مستقیم تبیین می‌شود. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد مدل رگرسیونی با ۵ متغیر فوق توانسته است تا به ۵۸ درصد تغییرات متغیر توسعه توریسم پزشکی را تبیین کند. پس می‌توان گفت ۴۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای دیگری تبیین می‌شود که در این پژوهش موردنظر نبوده‌اند. براساس ضرایب بتا، متغیر قیمت خدمات درمانی و توریستی با متغیر توسعه توریسم پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. به عبارت دیگر افزایش قیمت خدمات درمانی و توریستی منجر به توسعه کمتر توریسم پزشکی و بالعکس می‌گردد. همچنین متغیرهای کیفیت خدمات درمانی و توریستی؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات دارای رابطه مثبت و مستقیم با متغیر توسعه

توریسم پزشکی هستند.

تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی

نمودار تحلیل تأثیرات علی مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته در پژوهش حاضر، مطابق نمودار زیر گشته است. همان گونه که در این الگو دیده می شود، همه متغیرها اثرات مستقیم و غیرمستقیم معنی داری بر توسعه گردشگری پزشکی دارند.



شکل ۱. الگوی علی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی

جدول ۳. اثرات متغیرهای مستقل بر توسعه توریسم پزشکی

اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	نام متغیر
۰/۰۰۴	۰/۷۹۷*۰/۱۸۶*۰/۱۱۵+۰/۷۹۷*۰/۱۷۱=۰/۱۵۳	-۰/۱۴۹	قیمت خدمات درمانی و توریستی
۰/۱۱۴	+۰/۰۱۱*۰/۷۹۷*۰/۱۷۱+۰/۰۱۱*۰/۷۹۷*۰/۱۸۶*۰/۱۱۵ ۰/۰۱۱*-۰/۱۴۹ = -۰/۰۰۱	۰/۱۱۵	کیفیت خدمات درمانی و توریستی
۰/۱۹۲	۰/۱۸۶*۰/۱۱۵ = ۰/۰۲۱	۰/۱۷۱	فرهنگ
۰/۲۷۵	+۰/۰۵۲*۰/۰۶۹*-۰/۱۴۹+۰/۰۵۲*۰/۱۶۴ +۰/۰۵۲*۰/۰۶۹*۰/۷۹۷*۰/۰۵۴*۰/۱۱۵ + ۰/۰۵۲*۰/۰۶۹*۰/۷۹۷*۰/۱۷۱ +۰/۰۶۴*۰/۱۸۶*۰/۰۱۱*-۰/۱۴۹ + ۰/۰۶۴*۰/۱۸۶*۰/۱۱۵ ۰/۰۲۵*۰/۰۱۱*-۰/۱۴۹-۰/۱۶۹ + ۰/۰۲۵*۰/۱۱۵ + ۰/۰۶۴*۰/۱۸۶*۰/۱۱۵ = ۰/۱۱۶	۰/۱۵۹	امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی
۰/۱۸۵	+۰/۰۳۱*۰/۰۸۳*۰/۱۱۵ + ۰/۰۲۵*۰/۱۱۵ + ۰/۰۳۱*-۰/۱۴۹ ۰/۰۵۲*۰/۱۶۴ + ۰/۰۶۴*۰/۱۷۱ ۰/۰۵۲*۰/۰۳۱*۰/۱۱۵ + ۰/۰۵۲*۰/۰۶۹*-۰/۱۴۹ = ۰/۰۲۱	۰/۱۶۴	فناوری اطلاعات و ارتباطات

براساس داده‌های جدول (۳) پس از محاسبه اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر توسعه گردشگری پزشکی، متغیر قیمت خدمات درمانی و توریستی با توجه به همه مسیرهای علی اعم از مستقیم و غیرمستقیم، بر توسعه گردشگری پزشکی، تأثیر داشته است. تأثیر مستقیم آن به صورت منفی و تأثیر غیرمستقیم آن به صورت مثبت بوده است. یعنی هرچه قیمت خدمات درمانی و توریستی افزایش پیدا کند، میزان توسعه گردشگری پزشکی کاهش می‌یابد. متغیرهای کیفیت خدمات درمانی و توریستی؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات نیز با توجه به همه مسیرهای علی اعم از مستقیم و غیرمستقیم، بر توسعه گردشگری پزشکی، تأثیر داشته‌اند. تحلیل مسیر تأثیرات متغیرهای مستقل و محاسبه نحوه و شدت تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم حاکی است که در مجموع، بیشترین تغییرات متغیر وابسته به اثر متغیر امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی مربوط می‌شود. برای محاسبه میزان تبیین تغییرات متغیر وابسته از ضریب تعیین استفاده شده است. همان‌طور که در نمودار مسیر مشخص است، مقدار تغییرات تبیین نشده توسط مدل برابر با ۰/۲۳ شده است. که از فرمول زیر محاسبه شده است:

$$R^2 = 1 - E^2 \Rightarrow$$

$$E^2 = 1 - R^2 \Rightarrow E^2 = 1 - ۰/۷۷ = ۰/۲۳$$

بنابراین می‌توان گفت که مدل علی به‌دست آمده ۲۳ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین نمی‌کند و ۷۷ درصد از تغییرات توسعه گردشگری پزشکی توسط مدل ارائه شده، تبیین می‌گردد.

نتیجه‌گیری

گردشگری پزشکی به پدیده بین‌المللی سفر شخصی که؛ اغلب گردشگران مسافت‌های طولانی را برای دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی که به علت هزینه‌های بالا، انتظارهای طولانی‌مدت، فقدان بیمه‌ها و محدودیت استفاده از خدمات و عدم دسترسی به خدمات درمانی در مقصد طی می‌کنند، اطلاق می‌شود. کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل، درآمدهای بالاتر، انتقال فناوری و دانش و کاهش هزینه‌ها در اثر رقابت کشورهای رقیب، همگی از فاکتورهای اساسی هستند که باعث مسافرت گردشگران پزشکی به کشورهای دیگر به منظور استفاده از خدمات پزشکی این کشورها می‌شود. این صنعت اکنون با ایجاد درآمد سالیانه ۶۰ میلیارد دلار و رشد سالانه‌ای معادل ۲۰ درصد، در سطح جهان به‌عنوان یکی از بازارهای پررونق گردشگری درآمده‌است. استقرار و شناساندن گردشگری پزشکی در حوزه گردشگری ابعاد اجتماعی و اقتصادی پیدا می‌کند. مسائل اقتصادی و فواید اقتصادی به خاطر تفاوت‌های قابل توجه در هزینه‌های درمان در میان کشورهای متفاوت مقوله‌های اصلی گردشگری پزشکی هستند. اما این مسائل تنها عوامل مؤثر گردشگری پزشکی نیستند. در کشوری که خدمات درمانی بخش خصوصی حاکمیت دارد، فاکتور کلیدی هزینه است؛ در کشوری که خدمات درمانی بخش عمومی بر همه چیز مسلط است، مهم‌ترین اشکال لیست‌های انتظار است و در بسیاری از کشورهای پیشرفته دسترسی کافی و مناسب به خدمات درمانی با کیفیت یک عامل تأثیرگذار است. نقش گردشگری پزشکی به‌عنوان یکی از اجزای صنعت گردشگری در ارتباط با این صنعت از طریق هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی، فعالیت‌های رفاهی - تفریحی و تمام زیرساخت‌های مرتبط با گردشگری است. گردشگری پزشکی به‌عنوان بخشی از صنعت گردشگری، در جهان پسا صنعتی به طرز قابل ملاحظه‌ای توسط بسیاری از دولت‌ها ارتقا یافته‌است و بسیاری از کشورها هم اکنون در حال ایجاد طرح‌های کاربردی و قانونی خدمات‌رسانی

و برنامه‌ریزی برای توسعه این صنعت هستند.

در این پژوهش توسعه گردشگری پزشکی به‌عنوان یک متغیر وابسته در کانون توجه بوده و با توجه به مبانی نظری سایر متغیرهای میانجی و مستقل در غالب یک مدل مفهومی تعیین و روابط علی آن‌ها براساس داده‌های تصادفی به دست آمده از ۴۰۰ گردشگر خارجی و ۴۰۰ گردشگر داخلی در کلان شهر شیراز مورد بررسی و آزمون قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده روابط علی یا به عبارت دیگر فرضیات پژوهش را در همه موارد تأیید نمود. نتایج نشان داد که متغیر قیمت خدمات درمانی و توریستی با متغیر توسعه توریسم پزشکی رابطه منفی و معکوس دارد. به عبارت دیگر افزایش قیمت خدمات درمانی و توریستی منجر به توسعه کمتر توریسم پزشکی و بالعکس می‌گردد. متغیرهای کیفیت خدمات درمانی و توریستی؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات با توسعه توریسم پزشکی در کلان شهر شیراز رابطه مثبت و مستقیم دارند. همچنین نتایج آزمون تحلیل مسیر نشان داد که متغیر قیمت خدمات درمانی و توریستی با توجه به همه مسیرهای علی اعم از مستقیم و غیرمستقیم، بر توسعه گردشگری پزشکی، تأثیر داشته داشت. تأثیر مستقیم آن به صورت منفی و تأثیر غیرمستقیم آن به صورت مثبت بوده‌است. یعنی هرچه قیمت خدمات درمانی و توریستی افزایش پیدا کند، میزان توسعه گردشگری پزشکی کاهش می‌یابد. متغیرهای کیفیت خدمات درمانی و توریستی؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و توریستی؛ و فناوری اطلاعات و ارتباطات نیز با توجه به همه مسیرهای علی اعم از مستقیم و غیرمستقیم، بر توسعه گردشگری پزشکی، تأثیر داشته‌اند.

پیشنهادها

این بخش پیشنهاداتی را در بر می‌گیرد که براساس نتایج به دست آمده و تفسیر هدف اصلی این مطالعه برای توسعه توریسم پزشکی در کلان شهر شیراز تنظیم شده‌است. برخی از این پیشنهادات به شرح زیرند:

- هزینه‌های خدمات درمانی و توریستی باید مشخص، شفاف و رقابتی شوند تا بیماران از هزینه خدمات آگاهی داشته و بتوانند با هزینه‌های سایر کشورها مقایسه نمایند. از

سوی دیگر مراکز درمانی بایستی در زمینه عقد قرارداد با بیمه‌های بین‌المللی فعال بوده و تسهیلات در زمینه نحوه پرداخت هزینه‌های درمان مطابق سایر کشورها از طریق چک‌های مسافرتی، کارت‌های اعتباری، انتقال با سیم و پول‌های رایج دنیا فراهم گردد.

- نظارت بر قیمت و کیفیت خدمات درمانی و توریستی ارائه شده به بیماران در جهت استانداردسازی هزینه‌ها و جلوگیری از حضور و دخالت دلالان در جذب بیماران خارجی و دریافت پول‌های گزاف از بیماران و بدنام شدن در بین بیماران سایر کشورها.

- مراکز درمانی باید در راستای بهبود شرایط ساختار جذب بیمار خارجی، امکان استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته و استاندارد مطابق با کلاس جهانی را فراهم نموده و بتوانند آخرین روش‌های درمانی پیشرفته روز را ارائه نمایند. همچنین مراکز درمانی بایستی نسبت به اجرای استانداردهای خدمات درمانی در سطح جهانی و فراهم نمودن شرایط برای دریافت اعتبارهای بین‌المللی از جمله (JCI) اقدام نمایند.

- ایجاد تسهیلات اقامتی، دسترسی به اینترنت در اتاق بیمار، ارائه تسهیلات مطابق با ملیت و فرهنگ بیماران، به‌کارگیری مترجمینی به زبان‌های بین‌المللی به خصوص انگلیسی و عربی در مراکز درمانی جهت سهولت ارتباط.

- سازمان‌های متولی بایستی نسبت به معرفی توان‌های پزشکی و گردشگری شیراز از طریق تدوین کتاب‌های راهنمای گردشگری پزشکی؛ تهیه بروشور و توزیع آن در مراکز گردشگری و فرودگاه‌ها؛ ایجاد نمایشگاه‌های گردشگری پزشکی در داخل و خارج از کشور؛ تهیه برنامه‌های متنوع رادیویی و تلویزیونی؛ و تبلیغات ماهواره‌ای اقدام نمایند.

- ایجاد وب‌سایت‌های مربوط به گردشگری پزشکی به زبان‌های بین‌المللی برای دسترسی بیماران به اطلاعات، چرا که اکثر گردشگران پزشکی نیازهای خود را از طریق اینترنت جستجو می‌کنند.

- به‌کارگیری مکانیزم‌هایی در جهت جلوگیری از مهاجرت پزشکان زبده، چراکه در سال‌های اخیر تعداد زیادی از پزشکان نامی شیراز به خارج از کشور مهاجرت کردند و بهره‌مندی از وجود پزشکان متخصص ایرانی مقیم خارج و تلاش برای جذب آنان.

- تلاش در جهت جذب ایرانیان مقیم خارج برای مسائل درمانی و گردشگری و ارائه تسهیلات برای ورود راحت خارجی‌ها به ایران از قبیل صدور ویزای درمانی برای گردشگران پزشکی سایر کشورها و تمدید آن در صورت نیاز.

- انعقاد قراردادهایی با کشورهای دیگر، خصوصاً کشورهای اسلامی، در زمینه همکاری‌های پزشکی و گردشگری و ارجاع بیماران آن کشورها به ایران.

- بررسی و مقایسه نقاط قوت و ضعف مسایل گردشگری پزشکی در مراکز درمانی شیراز با مراکز درمانی کشورهای موفق در این زمینه مثل هند، تایلند، مالزی و سنگاپور و تحلیل تجارب مراکز درمانی این کشورها برای ارتقاء این صنعت در مراکز درمانی شیراز.

منابع

- حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۸۹). *مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم/نسانی*. تهران: انتشارات سمت، چاپ هفدهم.
- دواس، دی. ای. (۱۳۸۳). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*. (ترجمه هوشنگ نایی). تهران: نشر نی.
- سازمان برنامه و بودجه استان فارس (۱۳۹۱). *گزارش اقتصادی - اجتماعی استان فارس*. صدر ممتاز، ناصر و آق ارحیمی، زهرا (۱۳۸۹). *صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه*. *مجله مدیریت اطلاعات سلامت*، ویژه‌نامه، ۱۳۸۹، صص ۵۲۴-۵۱۶.
- فرامرزی، آلفا (۱۳۹۰). *گردشگری درمانی*. *پایگاه مقالات علمی مدیریت*، www.System.Parsiblog.com.
- کلانتری، خلیل (۱۳۸۵). *پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی*. تهران: انتشارات شریف.
- دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۳۹۱). مرکز آمار.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). مرکز آمار.
- نصیری‌پور، امیر اشکان و سلمانی، لیلا (۱۳۸۹). *نقش توانمندی بیمارستان تهران در توسعه گردشگری درمانی*. *فصلنامه بیمارستان*، سال ۹، شماره ۳ و ۴، صص ۶۷-۵۷.
- Alsharif, M., Labonte., R., & Zuxun, Lu. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 315-336.
- Amodeo, J. (2010). Medical Refugees and the Future of Health Tourism. *World Medical & Health Policy*, www.psocommons.org/wmhp, 63-76.
- Bookman, M., & Bookman, K. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hants, UK.
- Connel, J., 2010, *Medical tourism*. University of Sydney, Australia.
- Connel, J. (2010). *Migration and the globalisation of health care*. Cheltenham: Edward Elgar.
- 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*. *journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed*, 726-732.
- Deloitte. (2008). *Medical tourism: Consumers in search of value*. Deloitte Center for Health Solutions.
- Glinos, IA., Baeten, R., & Maarse, H. (2010). Purchasing health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, 95(2-3), 103-112.
- Harahsheh, S.S. (2010). *Curative Tourism In Jordan And Its Potential Development*.

Thesis For The Fulfillment Of MA In European Tourism Management (ETM), Bournemouth University, United Kingdom, 1-135.

Heng Leng, C.(2012). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy*, <http://gsp.sagepub.com/content/10/3/336>, 336-357.

Horowitz, M., & Rosensweig, J.(2011). Medical tourism vs, traditional international medical travel: a tale of two models. *International Medical Travel Journal* 3, 30 –33.

Horowitz, M., Rosensweig, J., & Jones, C.A.(2007). Medical tourism: globalization of the health care marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33-42.

Kalshrtti, P., & Pillai, D. (2008). Tourism products development and management medical tourism-A Shifting Paradigm. *Proceedings of the 1st Conference on tourism in India -Challenges Ahead*, 15-17.

Kazemi, Z.(2008). Study Of The Effective Factors For Attracting Medical Tourism In Iran. Master's Thesis, Lulea University Of Technology.

Keckley, P., & Underwood, H.(2009). Medical tourism: Update and implications. Available at: Deloitte Center for Health Solutions, <http://www.deloitte.com/>.

Miyagi, K., Auberson, D., Patel, A.J., & Malata, C.M.(2012). The unwritten price of cosmetic tourism: an observational study and cost analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*.

Nagarajan,G.S.(2004). Medical Tourism In India: Strategy For Its Development Crisil Young Thought Leader Series. Dissertation , G- 216, IIM-B Hostels, Indian Institute of Management- Bangalore, 1-17.

Nikolaos, C., & Kyritsis, F.(2012). Edical Tourism: A study about motivational factors and the prerequisites for creating a competitive offer – with a Swedish perspective. Södertörn University, School of Business Studies, Master's Dissertation 30 ECTS, Spring Semester 2012.

Runnels, V., & Carrera, P.M.(2012). Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas*. *journal homepage: www.elsevier.com/locate/maturitas* , 1-5.

Smith, M., & Puczko, L.(2011). *Health and wellness tourism*. Elsevier, Oxford.

Smith, R., Martinez Alvarez, M., & Chanda, R.(2011). Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi lateraltrade. *Health Policy, journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol*, 276-282.

Surgery Planet.(2010). Availableat:<http://www.surgeryplanet.com/>(accessed12 April 2010).

Turner, L.(2011). Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Turner Globalization and Health*, 1-16.

Vejjajiva, A.(2009). Message, *Medica Tourism*. 1, 4.

Wilson, A.(2011). Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand. *Body & Society*, <http://bod.sagepub.com/content/17/2-3/121>, 121-137.

Yu, J., Ko, T.(2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management, journal homepage: www.elsevier.com/locate/tourman*, 80-88.

www.eshiraz.ir