

مقاله پژوهشی: تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: منطقه ۶ تهران)

زهرا غلامی^۱، یوسفعلی زیاری^۲، ناصر اقبالی^۳

تاریخ دریافت: ۹۹/۸/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۴

چکیده

همواره از گردشگری پزشکی به‌عنوان مسافرت گردشگران به‌منظور بهره‌برداری از خدمات پزشکی به کشورهای دیگر یاد می‌شود. در طی سال‌های اخیر به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه، گردشگری پزشکی به‌عنوان تجارت مهم تبدیل شده است. گردشگری پزشکی در کشورها درآمذایی اقتصادی، توسعه تولید ناخالص ملی، افزایش اشتغال‌زایی، جلوگیری از فرار مغزها و بهبود زیرساخت‌ها را به همراه داشته است. کشور ایران نیز با توجه به ارزانی خدمات پزشکی آن نسبت به سایر کشورها، وجود نیروهای متخصص و پزشکی مدرن، از ظرفیت‌های قابل توجهی در این زمینه برخوردار است؛ اما وجود معضلات و مسائلی مانند ضعف برنامه‌ریزی، ضعف‌های مدیریتی و سایر عوامل سبب شده که گردشگری پزشکی در ایران از جایگاه خوبی برخوردار نباشد. در نتیجه در پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی و از نظر هدف از نوع کاربردی به تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: منطقه ۶ تهران) پرداخته شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه صاحب‌نظران، کارمندان و اساتید دانشگاه حوزه پزشکی و توریسم تشکیل می‌دهند که حجم نمونه آن بر اساس مدل کوکران تعداد ۵۰ نفر مشخص شد. نتایج یافته‌ها بر اساس آزمون میانگین و آزمون دوجمله‌ای در نرم‌افزار SPSS مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مجموع موانع اقتصادی و زیرساختی تأثیرگذاری بیشتری در عدم توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران ایفا می‌کنند و موانع سیاسی نیز کمترین نقش را در راستای توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران ایفا می‌نمایند.

کلید واژه‌ها: گردشگری پزشکی، توسعه گردشگری، خدمات پزشکی، منطقه ۶ تهران.

۱. دانشجوی دکتری گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، نویسنده مسئول،

y.ziari@yahoo.com

۳. دانشیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

گردشگری در جهان امروز، با افزایش روزافزون جمعیت جهان و بالا رفتن سطح انتظارات انسان‌ها برای داشتن رفاه کامل اجتماعی، بهداشت و درمان به یکی از مهم‌ترین مسائل تبدیل شد (شافر^۱، ۲۰۱۱، ۸). در عصر جهانی شدن، بیماران در حال خرید خدمات مناسب سلامت در سرتاسر جهان هستند و این امر به توسعه گردشگری سلامت منجر شده است (رامانا^۲، ۲۰۰۶، ۵۶). در طی سال‌های اخیر آشنایی با طب پزشکی و انتقال دانش پزشکی بین مناطق مختلف دنیا باعث پدید آمدن شاخه‌ای از صنعت گردشگری به‌عنوان گردشگری سلامت شده است. گردشگری سلامت سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی صورت می‌پذیرد (گلمکانی و باغانی، ۱۳۹۷، ۲). بر اساس ارزیابی‌های سازمان بهداشت جهانی، بهداشت و صنایع درمان با جراحی به یکی از بزرگ‌ترین صنایع در سال ۲۰۲۲ میلادی تبدیل خواهد شد (چن^۳، ۲۰۱۲، ۲۷). درحالی‌که توریسم دومین صنعت بزرگ دنیا خواهد شد و همچنین تلفیق توریسم و درمان پزشکی برای ۲۲ درصد تولید ناخالص داخلی جهان محاسبه خواهد شد (بایز و زاج ابریا^۴، ۲۰۰۷). به‌عنوان نمونه در کشور مالزی، عدم ایجاد استانداردهای مبتنی بر قوانین و اخلاق اسلامی در سطح کشور اعم از مراکز خدماتی، مراکز اقامتی و...، عدم وجود یک نهاد ناظر بین ملی در جهت رسیدگی به نیازهای گردشگران سلامت و همچنین عدم رعایت استانداردهای پزشکی در برخی از مراکز درمانی شهر کوالالمپور مالزی، ازجمله موانع توسعه گردشگری پزشکی در مالزی محسوب می‌شود (کماسی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). این مسائل سبب شد که منطقه ۶ شهر تهران که در مرکز شهر تهران قرار گرفته است، دارای بیشترین کاربری‌های خدماتی-بهداشتی و درمانی در سطح مناطق شهر تهران شود و با توجه به تعداد زیاد این کاربری‌ها همواره افراد زیادی به این مراکز رجوع می‌کنند. مسئله‌ای که در این زمینه مطرح است، این است که در طی سال‌های اخیر هرچند

^۱ Schäfer

^۲ Ramanna

^۳ chen

^۴ Bies & Zach aria

^۵ Kamassi

تعداد گردشگران پزشکی داخلی به منطقه ۶ تهران زیاد بوده است، اما این نکته قابل توجه است که مراکز درمانی-بهداشتی منطقه ۶ برای گردشگران خارجی حوزه سلامت جذباتی ندارد. این طور به نظر می‌رسد که وجود ضعف در برنامه‌ریزی‌ها، مدیریت گردشگری و سایر عوامل مدیریتی، قانونی، سیاسی، عدم مطلوبیت زیرساخت‌های گردشگری و خدمات درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی به خصوص در سال‌های اخیر، از مهم‌ترین موانع در توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران محسوب می‌شود. در نتیجه در پژوهش حاضر پرسش اصلی این مسئله است که مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ شهر تهران شامل چه عواملی است و هر کدام از عوامل مذکور هر کدام در راستای عدم توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران دارای چه جایگاهی می‌باشند؟

ادبیات نظری و پیشینه‌شناسی

۱. پیشینه‌شناسی

مطالعات مختلفی عوامل و ابعاد مؤثر بر گردشگری پزشکی را مورد بررسی قرار داده‌اند. از مهم‌ترین تحقیقات در این زمینه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در مطالعه‌ای کابایرو^۱ و همکاران، مدل ساختار بازار گردشگری پزشکی را توسعه دادند که اطلاعات مورد استفاده در آن از طریق رسانه‌های الکترونیکی، روزنامه‌ها، فصلنامه‌ها، مجلات و منابع آموزشی مربوط به گردشگری پزشکی جمع‌آوری شده است. در مدل آن‌ها، اجزای بازار گردشگری پزشکی عبارت از منافع مصرف‌کنندگان، نام تجاری، چهارچوب قانونی، زیرساخت‌ها، محصولات، بازارهای هدف، کانال‌های ارتباطی، اپراتورها، واسطه‌ها و مسائل اجتماعی است (کابایرو و همکاران، ۲۰۰۷). یه‌آ و همکاران در پژوهشی دیگر، انگیزه‌های گردشگران پزشکی هنگ‌کنگ را با استفاده از رویکردی تطبیقی از تئوری انگیزشی فشار و کشش آزمون کردند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد این گردشگران به طور عمده به مسائل پزشکی بیشتر از ویژگی‌های مقصد اهمیت می‌دهند.

عوامل انگیزشی که آن‌ها بررسی کردند، شامل ویژگی‌های مقصد، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، ترویج، همراهی، هزینه و شهرت و اعتبار هستند (به و همکاران، ۲۰۰۸). هیونگ^۱ و همکاران، در پژوهشی کیفی با هدف تعیین عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ نشان دادند سیاست‌ها و مقررات، عدم حمایت دولت، هزینه‌ها، مشکلات ظرفیتی و نیازهای بهداشت و درمان جامعه محلی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ است. آن‌ها برای رفع این موانع استراتژی‌هایی مانند اتخاذ سیاست‌های جدید، فعالیت‌های تبلیغاتی، اقدام دولت برای تشویق سرمایه‌گذاری در بازار گردشگری پزشکی و تلاش‌های تعاونی در بخش مهمان‌نوازی و مؤسسات پزشکی را به‌منظور توسعه محصولات گردشگری پزشکی پیشنهاد کردند (هیونگ و همکاران، ۲۰۱۱). کیم^۲ و همکاران، در مطالعه‌ای در کشور کره جنوبی، به تجزیه و تحلیل روند عمومی در بازار گردشگری پزشکی، شناسایی مشکلات یا موانع توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از مدل SWOT پرداخته‌اند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد نقاط ضعف گردشگری پزشکی کره جنوبی شامل ترویج ناکافی، عدم سیستم پشتیبانی اداری متمرکز، عدم وجود استراتژی تمایز با توجه به کشورهای رقیب، تعداد ناکافی متخصصان گردشگری پزشکی و عدم وجود یک سیستم حقوقی قابل قبول است (کیم و همکاران، ۲۰۱۲، ۸).

۲. ادبیات نظری

در سال ۱۹۵۰ میلادی به‌طور تقریبی ۲۰ میلیون گردشگر برای تعطیلات به خارج از کشور مسافرت کردند که این مهم در سال ۲۰۰۵ میلادی به‌طور تقریبی به ۸۰۳ میلیون نفر افزایش یافت. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن هستند که تا سال ۲۰۳۰ میلادی مجموع مسافرت‌های بین‌المللی به دو میلیارد نفر خواهد رسید و تنها در آسیا گردشگران بین‌المللی روزانه بیش از ۱,۵ میلیارد دلار خرج خواهند کرد (یومن^۳، ۲۰۰۸، ۴۸).

^۱ Heung
^۲ Kim
^۳ Yeoman

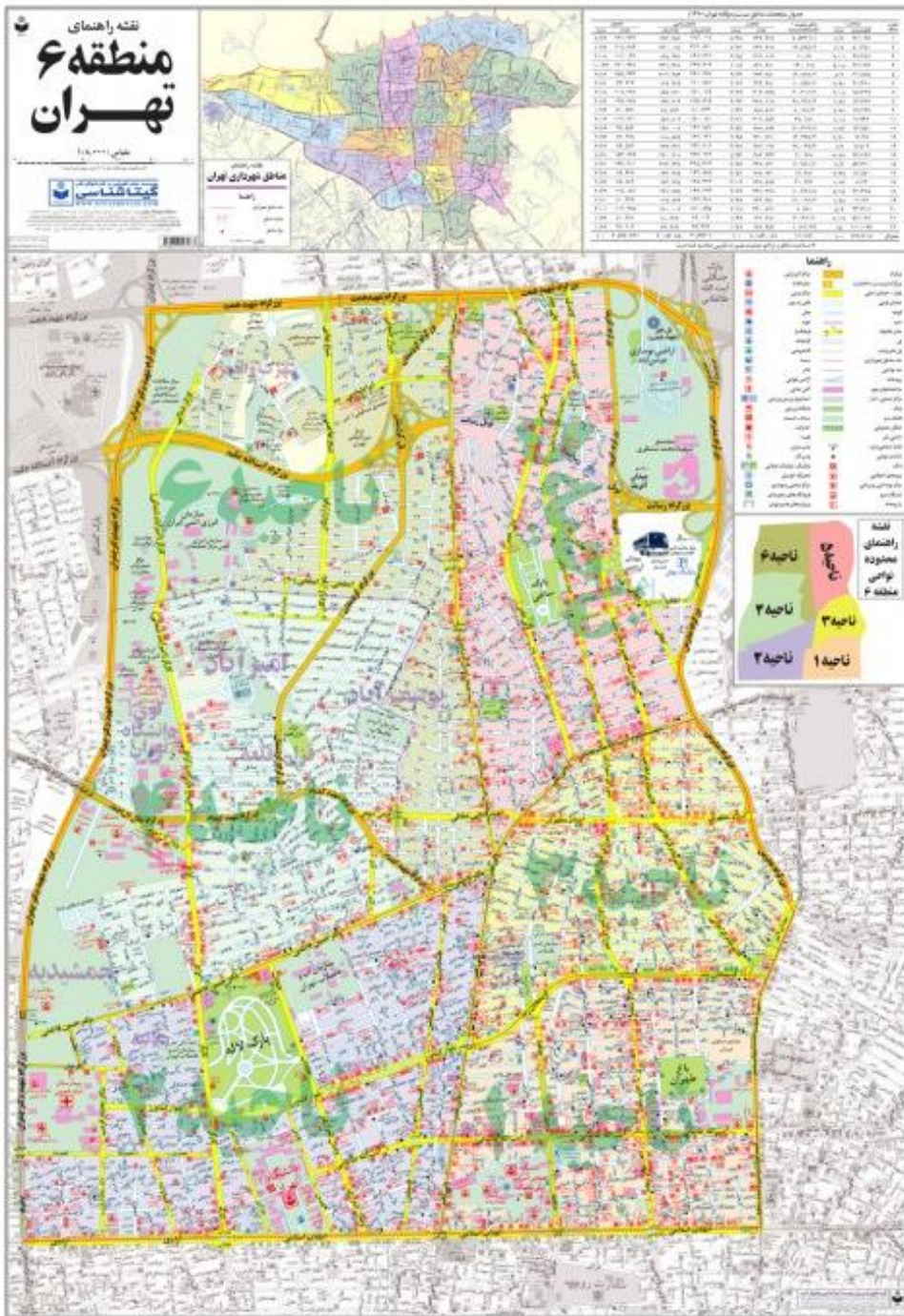
یکی از شاخه‌های مهم صنعت گردشگری که امروزه از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، گردشگری پزشکی است. سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب‌وهوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد است و زمانی که فرد در آن سپری می‌کند، بیش از ۲۴ ساعت باشد (بدیعی و همکاران، ۱۳۹۵، ۲۸). گردشگری پزشکی فعالیت بیمارانی را توصیف می‌کند که به قصد دریافت خدمات پزشکی و درمانی به خارج از مرزهای کشور خود سفر می‌کنند و هزینه این خدمات را به تنهایی و از جیب خود می‌پردازند (کروکس و همکاران، ۲۰۱۱، ۷۲۶). زیرمجموعه‌های گردشگری پزشکی شامل گردشگری بارداری، گردشگری دندانپزشکی و گردشگری سم‌زدایی و بسیاری دیگر است. زمان و مکان پیدایش واژه گردشگری پزشکی نامعلوم است. گردشگری پزشکی به دلایل زیادی اهمیت پیدا کرده است: 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 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 خورده است. گردشگری پزشکی موضوعات اخلاقی را در موارد زیر برانگیخته است: سقط جنین، بعضی از انواع پیوند عضو و درمان با سلول‌های بنیادی و حتی روش‌های جلوگیری از بارداری و در نهایت گردشگری مرگ است (اسمیت و پوزکو، ۲۰۰۹، ۱۰۱). توسعه این بخش از صنعت گردشگری به پیدایش بازارهای تخصصی جدید منجر شده است، به طوری که کشورهای مختلف هرکدام در یک نوع خاص از معالجات مانند عمل‌های دندانپزشکی، عمل قلب یا عمل زیبایی تخصصی شده‌اند. نتیجه گردشگری پزشکی یک خدمت درمانی است که تفریح نیز بخشی

از آن است (نیکولاس و کریستیس؛ ۲۰۱۲، ۱). درحالی که بر اساس 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 ایران این صنعت جایگاه خود را باز نیافته و گام‌های نخستین را طی می‌کند (گودرزی، ۱۳۹۳، ۳). در حقیقت در سال ۸۲ برای اولین بار گردشگری درمانی در ایران 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، ۲).

۳. ارزیابی منطقه ۶ تهران

منطقه ۶ شهرداری تهران یکی از مناطق شهری تهران است که در مرکز این شهر واقع شده است.

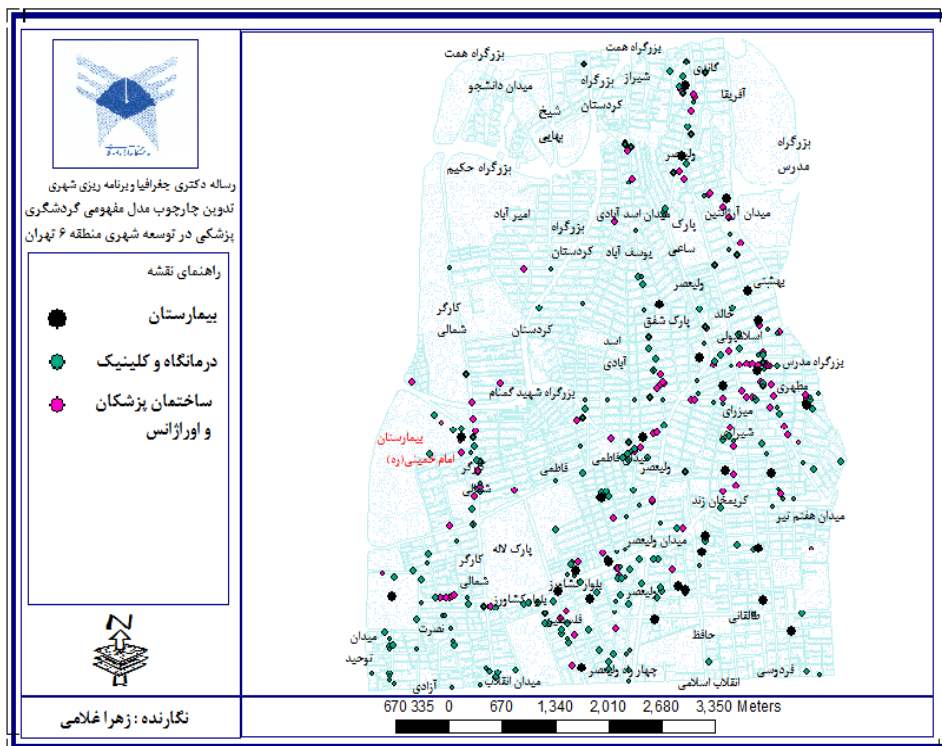
این منطقه از شمال به بزرگراه همت، از غرب به بزرگراه چمران، از شرق به بزرگراه مدرس و خیابان مفتوح و همچنین از جنوب به خیابان انقلاب محدود می‌شود. این منطقه با مساحتی معادل ۲۱۳۸/۴۵ هکتار، حدود ۲/۳ درصد از سطح شهر تهران را شامل می‌گردد. این منطقه شامل ۶ ناحیه و ۱۸ محله می‌باشد. خوابگاه‌های دانشجویی در منطقه ۶ تهران، بافت جمعیتی و اجتماعی این منطقه را به طور کامل تحت تأثیر قرار داده است (نیکو، ۱۳۹۷، ۱۲۸). همچنین این منطقه با مساحتی معادل ۲۱/۲ کیلومتر مربع، حدود ۳/۲ درصد از سطح شهر را در برمی‌گیرد که از این نظر در رتبه سیزدهم مناطق شهر تهران قرار دارد. مساحت منطقه به ۶ ناحیه و ۱۸ محله تقسیم شده و بیش از ۳۰ درصد ساختمان‌های دولتی و خصوصی را در خود جای داده و به لحاظ موقعیت جغرافیایی در حوزه مرکزی شهر تهران واقع است (نیکو، ۱۳۹۷، ۱۲۸).



شکل ۱. مرزبندی نواحی منطقه ۶ تهران، مأخذ: (شهرداری منطقه ۶ تهران)

۴. جایگاه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران

منطقه ۶ یکی از مناطق مرکزی شهر تهران است که هر روز خیل عظیمی از شهروندان تهرانی را از سراسر شهر جهت انجام فعالیت‌های روزانه به سمت خود جذب می‌کند. بزرگ‌ترین محور شمالی - جنوبی تهران (خیابان ولی‌عصر) نیز از این منطقه عبور می‌کند، مهم‌ترین معابر شریانی شهر مانند بزرگراه کردستان، بزرگراه جلال آل احمد، بزرگراه شهید چمران، بزرگراه شهید گمنام، بزرگراه مدرس، بزرگراه حکیم، بزرگراه همت خیابان انقلاب و خیابان کارگر شمالی نیز در داخل یا حاشیه این منطقه قرار دارند. از منظر گردشگری پزشکی، به‌طور کلی تعداد ۲۸۰ مرکز درمانی (شامل بیمارستان، ساختمان پزشکان، مراکز درمانی و درمانگاه) وجود دارد و در زمینه خدمات پزشکی - درمانی تعداد ۱۲۹ در مجموع تعداد سونوگرافی، رادیولوژی، فیزیوتراپی و داروخانه وجود دارد. در زمینه تعداد مراکز درمانی، تعداد ۲۹ بیمارستان، ۳ مرکز رادیولوژی و سونوگرافی، تعداد ۱۵۸ درمانگاه و کلینیک تخصصی و آزمایشگاه، تعداد ۱۱۶ ساختمان پزشکان و تعداد ۶ مرکز اورژانس نیز در منطقه ۶ تهران وجود دارد. در حوزه خدمات درمانی - بهداشتی نیز در سطح منطقه ۶، تعداد ۳۶ مرکز رادیولوژی، سونوگرافی و فیزیوتراپی و تعداد ۹۳ مرکز داروخانه وجود دارد. نقشه ۲ پراکندگی مراکز درمانی - بهداشتی را در سطح منطقه ۶ تهران به نمایش می‌گذارد.



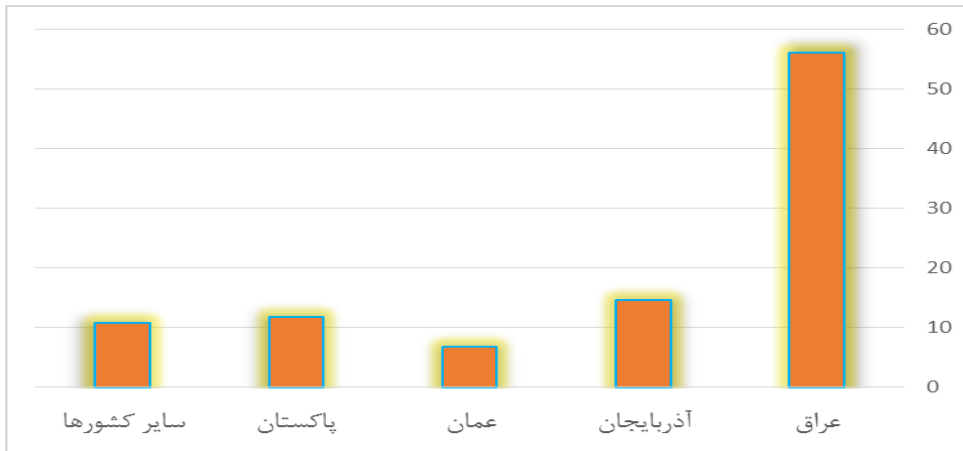
شکل ۲. پراکندگی مراکز درمانی و بیمارستان‌های منطقه ۶ تهران، (مأخذ: نگارنده)

منطقه ۶ تهران از میان تعداد ۲۹ بیمارستان، دارای ۹ بیمارستان فوق تخصصی و پیشرفته می‌باشد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به بیمارستان‌های پارس، دی، مهر، یاس، مهرگان، تهران کلینیک، توس، امام خمینی (ره) و بیمارستان گاندی اشاره نمود. از جمله مهم‌ترین دلایل جذاب مراکز درمانی منطقه ۶ تهران، وجود سه بیمارستان بسیار پیشرفته نظیر بیمارستان پارس، بیمارستان تهران کلینیک و بیمارستان دی با داشتن کادر درمانی پیشرفته، امکانات بسیار مدرن و حضور پرسنل مسلط به زبان انگلیسی و عربی است. همچنین حضور دو مرکز پزشکی هسته‌ای نور و تراکم استخوان آلفا، حضور سه مرکز تصویربرداری مدرن توس، کوروش و دکتر اطهری و حضور مرکز تراکم استخوان ولیعصر از جمله دیگر جاذبیت‌های مراکز پزشکی درمانی در راستای گردشگران سلامت است. بر اساس آمار میراث فرهنگی در سال ۱۳۹۸، در راستای استفاده از خدمات پزشکی به صورت جدول ۲ است.

جدول ۲. ارزیابی گردشگران حوزه سلامت شهر تهران در سال ۱۳۹۸

گردشگران خارجی	فراوانی	درصد
عراق	۱۳۵۶۴	۵۶,۰
آذربایجان	۳۵۴۱	۱۴,۶
عمان	۱۶۴۲	۶,۸
پاکستان	۲۸۶۶	۱۱,۸
سایر کشورها	۲۶۰۰	۱۰,۷
جمع	۲۴۲۱۳	۱۰۰,۰

مأخذ: (مرکز مطالعات وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸)



نمودار ۲. ارزیابی گردشگران سلامت خارجی شهر تهران در سال ۱۳۹۸، مأخذ: نگارنده

در راستای نتایج جدول ۲ و نمودار ۲ و در بررسی تعداد گردشگران حوزه سلامت واردشده به شهر تهران نتایج نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۸، تعداد ۱۳,۵۶۴ نفر معادل ۵۶٪ از کشور عراق، تعداد ۳۵۴۱ معادل ۱۴,۶٪ از کشور جمهوری آذربایجان، تعداد ۱۶۴۲ نفر معادل ۶,۸٪ از کشور عمان، ۲۸۶۶ نفر معادل ۱۱,۸٪ از کشور پاکستان و ۲۶۰۰ نفر معادل ۱۰,۷٪ از سایر کشورها به شهر تهران در راستای استفاده از خدمات پزشکی - درمانی مراجعه کرده‌اند. لازم به ذکر است آمار کشور افغانستان در این زمینه مشخص نیست؛ اما در بین کشورهای مذکور می‌توان کشور افغانستان را پس از کشور عراق، بیشترین گردشگران سلامت شهر تهران قلمداد نمود.

۵. روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر ماهیت و روش، از نوع پژوهش‌های توصیفی - تحلیلی و از نظر هدف از نوع کاربردی (عملی) می‌باشد. به منظور ارزیابی روابط میان متغیرهای مدل مفهومی، داده‌ها به صورت کمی و با استفاده از پرسشنامه گردآوری شده‌اند. پرسشنامه تحقیق حاضر نیز بر اساس مرور ادبیات تحقیق طراحی گردید. در تحقیق حاضر جامعه آماری شامل کل اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، اساتید گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه‌های شهر تهران، معاونین و کارکنان سازمان میراث فرهنگی و گردشگری شهر تهران و همچنین پزشکان و متخصصان مراکز درمانی دولتی و خصوصی منطقه ۶ شهر تهران می‌باشند. با توجه به اینکه حجم جامعه معین نیست، ابتدا یک مطالعه مقدماتی با توزیع پرسشنامه میان ۲۰ نفر، از اساتید و کارشناسان، انجام شد و با برآورد واریانس نمونه آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه محاسبه گردید. (۹۴ نفر) که از این تعداد ۵۰ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. مقیاس پرسشنامه‌های حاضر به صورت طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (گزینه ۱: خیلی کم، گزینه ۲: کم، گزینه ۳: نظری ندارم، گزینه ۴: زیاد و گزینه ۵: خیلی زیاد) طراحی گردید. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌ها و بر اساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه، نتایج داده‌های حاضر از طریق آزمون میانگین و آزمون دوجمله‌ای در نرم‌افزار spss محاسبه شده و در مقابل هر شاخص قرار می‌گیرد و در نهایت شاخص‌ها مورد ارزیابی و تحلیل قرار می‌گیرند. در راستای ارزیابی پایایی گزاره‌های پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و شاخص پایایی ترکیبی (CR^2) استفاده شده است. برای ارزیابی روایی پرسشنامه نیز از روش روایی لاوشی بر مبنای اعتبارسنجی استفاده شده است. اغلب اعضای پانل می‌بایست از متخصصانی باشند که در حوزه مورد مطالعه در گذشته و در حال حاضر فعالیت‌هایی داشته‌اند و به طور کامل به محدوده مورد مطالعه و موضوع تحقیق تسلط داشته باشند. اگرچه روش پیشنهادی لاوشی تعداد اعضا را چهار نفر اعلام می‌کند، اما تصمیم بر آن شد که تا حد امکان از اعضای بیشتری در این مطالعه استفاده شود. این تصمیم ضمن غلبه بر محدودیت‌های

آتی نظیر انصراف افراد از شرکت در مطالعه و عدم برگشت پرسشنامه، باعث افزایش قابلیت اطمینان نتایج نیز می‌شد (لاوشی، ۱۹۷۵، ۴۲). در راستای تعیین اعضای پنل اعتبارسنجی، تعداد هشت نفر از اساتید و کارشناسان حوزه‌های گردشگری پزشکی و متخصصان بازاریابی پزشکی در ایران تعیین گردیدند. بر اساس تکنیک لاوشی، آرای اعضای گروه پنل که به گزینه E (ضروری) تعلق داشته است، از طریق نسبت روایی محتوایی که از این پس با اختصار CVR نشان داده می‌شود، کمی‌سازی می‌شود (لاوشی، ۱۹۷۵، ۴۴).

$$CVR = \frac{n_E - n/2}{n/2}$$

n_E = تعدادی از اعضای پنل که سؤالات را ضروری تشخیص دادند.

$$= n/2 \text{ = تعداد کل اعضای گروه بخش بر عدد } 2.$$

همواره مقادیری که به CVI اختصاص می‌یابد، عبارت است از:

هنگامی که کمتر از نیمی از افراد گزینه «ضروری» را انتخاب نمایند و نیمی دیگر از افراد گزینه‌های دیگر را انتخاب نمایند، CVI صفر می‌شود. هنگامی که تمامی افراد گزینه «ضروری» را انتخاب کنند، CVI برابر با ۱ می‌شود. (که به منظور تبدیل آسان‌تر به مقدار ۰,۹۹ تعدیل می‌شود، در مدل CVR بر اساس تعداد هشت نفر از اعضا، چنانچه نمره CVR زیر نمره ۰,۷۵ شود، گویه حاضر رد می‌شود و بالاتر از ۰,۷۵ گواهی بر اثبات گویه حاضر می‌باشد) و در نهایت جهت سنجش پایایی تحقیق، بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، نتایج نشان می‌دهد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی تمامی متغیرها بیشتر از حداقل قابل قبول ۰,۷ می‌باشد، در نتیجه سازه‌های این مطالعه به گونه‌ای مطلوب دارای پایایی می‌باشد و پایایی کل داده‌های حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰,۷۴ به دست آمده است که نشان از پایایی قابل قبول دارد.

جدول ۱. متغیرها و آلفای کروناخ

ردیف	سازه	ضریب آلفای کروناخ	پایایی کل
۱	موانع مدیریتی	۰,۷۶	۰,۷۴
۲	موانع اقتصادی	۰,۷۲	
۳	موانع زیرساختی	۰,۶۹	
۴	موانع سیاسی	۰,۷۹	

مأخذ: یافته‌های پژوهش

با توجه به ارزیابی معیارهای به کاررفته در پژوهش حاضر، شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری بر اساس مبانی نظری و تحقیقات صورت گرفته در زمینه موضوع حاضر تدوین گردیده است و بر این اساس منابع الگوی مفهومی تحقیق، شاخص‌ها و زیرمعیارها به صورت جدول ۱ ارائه می‌گردد و در جدول ۲، اعتبارسنجی داده‌های پژوهش حاضر بر اساس روش لاوشی، محاسبه شده است.

جدول ۲. معیارهای به کاررفته در پژوهش

منبع	زیرمعیارها	شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری
(رحمت‌الله قلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷) (شریفی چلنبر، ۱۳۹۶) (نعمتی ولی و همکاران، ۱۳۹۵) (طباطبایی نسب و همکاران، ۱۳۹۱) (محرابی و همکاران، ۱۳۹۱)	<ul style="list-style-type: none"> عدم احساس مسئولیت مدیران وزارت بهداشت در جهت اخذ گواهینامه‌های بین‌المللی مراکز درمانی منطقه ۶. عدم مشارکت میان‌بخشی در سطح کلان و عملیاتی میان دستگاه‌های مربوطه نظیر دولت، وزیر بهداشت و مراکز درمانی. عدم حمایت‌های دولت از فراهم شدن شرایط ورود بخش خصوصی به بازار گردشگری پزشکی در منطقه ۶. عدم وجود برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در سیاست‌های دولت و مجلس. فرار مغزهای داخلی کارکنان مجرب پزشکی به کشور آمریکا و کشورهای اروپایی. محدودیت در قابلیت‌های منابع انسانی به خصوص در مهارت‌های حوزه‌های IT و مهارت‌های زبان. 	موانع مدیریتی

منبع	زیر معیارها	شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری
<p>(رحمت‌الله قلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷)</p> <p>(شریفی چلبینر، ۱۳۹۶)</p> <p>(بدیعی و همکاران، ۱۳۹۵)</p> <p>(حاجی نژاد و همکاران، ۱۳۹۵)</p> <p>(داوری، ۱۳۹۰)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • بالا بودن هزینه‌های اخذ مجوزهای بین‌المللی برای مراکز درمانی منطقه ۶. • عدم حمایت‌های دولت از مراکز درمانی منطقه ۶ تهران. • عدم حمایت‌های دولت از ایجاد زیرساخت‌های گردشگری پزشکی در منطقه ۶. • بالا بودن هزینه هتل‌ها و مراکز اقامتی در منطقه ۶ تهران. 	موانع اقتصادی
<p>(شریفی چلبینر، ۱۳۹۶)</p> <p>(گودرزی، ۱۳۹۳)</p> <p>(رکنسی و همکاران، ۱۳۹۰)</p> <p>(صدر ممتاز و آقارحیمی، ۱۳۸۹)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود مجوزهای بین‌المللی مانند گواهینامه ACI کانادا در اکثر مراکز درمانی منطقه ۶ تهران. • تعداد کم بیمارستان‌های دارای مجوزهای بین‌المللی در سطح منطقه ۶ تهران. • عدم وجود روش‌های درمانی پیشرفته در بسیاری از مراکز درمانی منطقه ۶. • عدم وجود تکنولوژی‌های پیشرفته روز در صنعت پزشکی مراکز درمانی منطقه ۶. • عدم وجود مراکز تفریحی مناسب در اطراف مراکز درمانی و منطقه ۶ تهران. • پایین بودن میزان سرانه تفریحی - فراغتی در منطقه ۶ تهران. • عدم وجود ارائه خدمات الکترونیک اکثریت مراکز درمانی منطقه ۶. • عدم وجود پرتال اطلاعات در زمینه گردشگری پزشکی. • عدم ارتباط مجازی میان کادر بیمارستان و بیماران. • عدم وجود تاکسی‌های اختصاصی مراکز درمانی. • عدم وجود تورهای درمانی ایرانی در خارج از کشور. • عدم وجود مارکتینگ منیجر در راستای فروش داروها و تجهیزات بیمارستانی توسط مراکز خدمات درمانی منطقه ۶ به کشورهای همسایه. • ظرفیت‌های پایین مراکز درمانی منطقه ۶ در راستای 	موانع زیرساختی

منبع	زیرمعیارها	شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری
	پذیرش گردشگران خارجی.	
(شریفی چلبندر، ۱۳۹۶) (گودرزی، ۱۳۹۳) (نصیری پور و همکاران، ۱۳۸۹)	<ul style="list-style-type: none"> مشکلات و موانع حقوقی در زمینه اخذ مجوزهای بین‌المللی در مراکز درمانی. مشکلات ویزای جمهوری اسلامی ایران برای برخی از کشورهای جهان به‌خصوص کشور آمریکا و کشورهای اروپایی. تنگناهای سیاسی جمهوری اسلامی ایران در برخی از کشورهای جهان. تبلیغات منفی دشمنان جمهوری اسلامی ایران علیه کشور ایران. مشکلات سیاسی ایران با کشورهای همسایه. مشکلات سیاسی ایران با کشورهای عربی. مشکلات سیاسی ایران با کشورهای اتحادیه اروپا. روابط خارجه ضعیف با کشورهای حاشیه عربی. رقابت شدید میان کشورهای همسایه در زمینه جذب گردشگران خارجی. 	موانع سیاسی

مأخذ: نگارنده

جدول ۳. معیارهای به کاررفته در پژوهش

پذیرش یا رد گویه	CVR	زیرمعیارها	شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری
پذیرش	۰,۷۵	عدم احساس مسئولیت مدیران وزارت بهداشت در جهت اخذ گواهینامه‌های بین‌المللی مراکز درمانی منطقه ۶.	موانع مدیریتی
پذیرش	۱	عدم مشارکت میان‌بخشی در سطح کلان و عملیاتی میان دستگاه‌های مربوطه نظیر دولت، وزیر بهداشت و مراکز درمانی.	
پذیرش	۰,۷۵	عدم حمایت‌های دولت از فراهم شدن شرایط ورود بخش خصوصی به بازار گردشگری پزشکی در منطقه ۶.	
پذیرش	۱	عدم وجود برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در سیاست‌های	

شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری	زیرمعیارها	CVR	پذیرش یا رد گویه
	دولت و مجلس.		
	فرار مغزهای داخلی کارکنان مجرب پزشکی به کشور آمریکا و کشورهای اروپایی.	۰,۷۵	پذیرش
	مدیریت ضعیف سطح کلان کشور	۰,۲۵	رد
	محدودیت در قابلیت‌های منابع انسانی به‌خصوص در مهارت‌های حوزه‌های IT و مهارت‌های زبان.	۰,۷۵	پذیرش
	بالا بودن هزینه‌های اخذ مجوزهای بین‌المللی برای مراکز درمانی منطقه ۶.	۰,۷۵	پذیرش
	محدودیت‌های اقتصادی دولت برای سرمایه‌گذاری.	۰,۵	رد
موانع اقتصادی	عدم حمایت‌های دولت از مراکز درمانی منطقه ۶ تهران.	۰,۷۵	پذیرش
	عدم حمایت‌های دولت از ایجاد زیرساخت‌های گردشگری پزشکی.	۱	پذیرش
	عدم وجود روش‌های درمانی پیشرفته در بسیاری از مراکز درمانی.	۱	پذیرش
	بالا بودن هزینه هتل‌ها و مراکز اقامتی در منطقه ۶ تهران.	۰,۷۵	پذیرش
	عدم وجود مجوزهای بین‌المللی مانند گواهینامه ACI کانادا در اکثر مراکز درمانی منطقه ۶ تهران.	۱	پذیرش
	تعداد کم بیمارستان‌های دارای مجوزهای بین‌المللی در سطح منطقه ۶.	۰,۷۵	پذیرش
	عدم وجود تکنولوژی‌های پیشرفته روز در صنعت پزشکی مراکز درمانی منطقه ۶.	۱	پذیرش
	عدم وجود مراکز تفریحی مناسب در اطراف مراکز درمانی و منطقه ۶.	۰,۷۵	پذیرش
	پایین بودن میزان سرانه تفریحی - فراغتی در منطقه ۶ تهران.	۰,۷۵	پذیرش
موانع زیرساختی	عدم وجود ارائه خدمات الکترونیک اکثریت مراکز درمانی منطقه ۶.	۱	پذیرش
	عدم وجود پرتال اطلاعات در زمینه گردشگری پزشکی.	۰,۷۵	پذیرش
	عدم ارتباط مجازی میان کادر بیمارستان و بیماران.	۱	پذیرش
	عدم وجود تاکسی‌های اختصاصی مراکز درمانی.	۰,۷۵	پذیرش
	عدم وجود تورهای درمانی ایرانی در خارج از کشور.	۱	پذیرش
	عدم وجود مارکتینگ منیجر در راستای فروش داروها و تجهیزات بیمارستانی توسط مراکز خدمات درمانی منطقه ۶ به کشورهای همسایه.	۰,۷۵	پذیرش
	ظرفیت‌های پایین مراکز درمانی منطقه ۶ در راستای پذیرش گردشگران خارجی.	۱	پذیرش

شاخص‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری	زیرمعیارها	CVR	پذیرش یا رد گویه
	عدم وجود تورهای درمانی ایرانی در خارج از کشور.	۰,۷۵	پذیرش
موانع سیاسی	مشکلات و موانع حقوقی در زمینه اخذ مجوزهای بین‌المللی در مراکز درمانی.	۱	پذیرش
	مشکلات ویزای جمهوری اسلامی ایران برای برخی از کشورهای جهان به خصوص کشور آمریکا و کشورهای اروپایی.	۰,۷۵	پذیرش
	تنگناهای سیاسی جمهوری اسلامی ایران در برخی از کشورهای جهان.	۱	پذیرش
	تبلیغات منفی دشمنان جمهوری اسلامی ایران علیه کشور ایران.	۰,۷۵	پذیرش
	مشکلات سیاسی ایران با کشورهای همسایه.	۱	پذیرش
	مشکلات سیاسی ایران با کشورهای عربی.	۰,۷۵	پذیرش
	مشکلات سیاسی ایران با کشورهای اتحادیه اروپا.	۱	پذیرش
	روابط خارجه ضعیف با کشورهای حاشیه عربی.	۱	پذیرش
	رقابت شدید میان کشورهای همسایه در زمینه جذب گردشگران خارجی.	۰,۷۵	پذیرش

مأخذ: نگارنده



نمودار ۱. ارزیابی شاخص‌های موانع توسعه گردشگری پزشکی، مأخذ: نگارنده

۶. یافته‌های تحقیق

۶-۱. تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق

۱. سنجش مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری منطقه ۶ تهران

در جهت تجزیه و تحلیل پرسش‌های مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری منطقه ۶ تهران، ابتدا شاخص‌ها از یکدیگر تفکیک گردید و سپس در نرم‌افزار SPSS عملیات کدگذاری انجام گرفت، کدگذاری به صورت طیف لیکرت و به صورت اعداد ۱ تا ۵ ثبت گردید و پس از آن داده‌های پرسشنامه‌ها در محیط نرم‌افزار SPSS و در قسمت Data view ثبت گردید، پس از آن با استفاده از دستور frequencies میانگین هر یک از گویه‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها در یک جدول کلی ثبت گردید که نتایج آن به صورت جدول ۳ می‌باشد:

جدول ۳. ارزیابی مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری منطقه ۶ تهران

ردیف	نام شاخص	گویه‌ها	میانگین هر شاخص	میانگین کلی شاخص
۱	عوامل مدیریتی	عدم احساس مسئولیت مدیران وزارت بهداشت در جهت اخذ گواهینامه‌های بین‌المللی مراکز درمانی منطقه ۶.	۱,۷۵	۳,۷۳
۲		عدم مشارکت میان‌بخشی در سطح کلان و عملیاتی میان دستگاه‌های مربوطه نظیر دولت، وزیر بهداشت و مراکز درمانی.	۳,۶۹	
۳		عدم حمایت‌های دولت از فراهم شدن شرایط ورود بخش خصوصی به بازار گردشگری پزشکی در منطقه ۶.	۴,۵۲	
۴		عدم وجود برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در سیاست‌های دولت و مجلس.	۴,۷۸	
۵		فرار مغزهای داخلی کارکنان مجرب پزشکی به کشور آمریکا و کشورهای اروپایی.	۳,۶۶	
۶		محدودیت در قابلیت‌های منابع انسانی به‌خصوص در مهارت‌های حوزه‌های IT و مهارت‌های زبان.	۴,۰۲	
۷	عوامل اقتصادی	بالا بودن هزینه‌های اخذ مجوزهای بین‌المللی برای مراکز درمانی منطقه ۶.	۴,۶۶	۴,۱۱
۸		عدم حمایت‌های دولت از مراکز درمانی منطقه ۶ تهران.	۵	
۹		عدم حمایت‌های دولت از ایجاد زیرساخت‌های گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران.	۴,۷۳	
۱۰		بالا بودن هزینه هتل‌ها و مراکز اقامتی در منطقه ۶ تهران.	۲,۰۵	

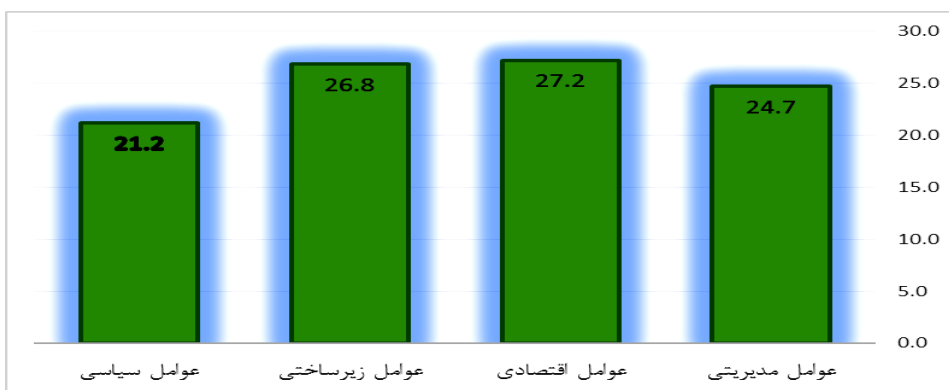
ردیف	نام شاخص	گویه‌ها	میانگین هر شاخص	میانگین کلی شاخص
۱۱	عوامل زیرساختی	عدم وجود مجوزهای بین‌المللی مانند گواهینامه ACI کانادا در اکثر مراکز درمانی منطقه ۶ تهران.	۳,۶۵	۴,۰۵
۱۲		تعداد کم بیمارستان‌های دارای مجوزهای بین‌المللی در سطح منطقه ۶ تهران.	۴,۲۰	
۱۳		عدم وجود روش‌های درمانی پیشرفته در بسیاری از مراکز درمانی.	۴,۵۵	
۱۴		عدم وجود تکنولوژی‌های پیشرفته روز در صنعت پزشکی مراکز درمانی منطقه ۶.	۳,۶۸	
۱۵		عدم وجود مراکز تفریحی مناسب در اطراف مراکز درمانی و منطقه ۶ تهران.	۳,۰۲	
۱۶		پایین بودن میزان سرانه تفریحی - فراغتی در منطقه ۶ تهران.	۲,۶۶	
۱۷		عدم وجود ارائه خدمات الکترونیک اکثریت مراکز درمانی منطقه ۶.	۴,۴۴	
۱۸		عدم وجود پرتال اطلاعات در زمینه گردشگری پزشکی.	۴,۱۲	
۱۹		عدم ارتباط مجازی میان کادر بیمارستان و بیماران.	۴,۸۰	
۲۰		عدم وجود تاکسی‌های اختصاصی مراکز درمانی.	۴,۱۳	
۲۱		عدم وجود تورهای درمانی ایرانی در خارج از کشور.	۴,۴۸	
۲۲		عدم وجود مارکتینگ منیجر در راستای فروش داروها و تجهیزات بیمارستانی توسط مراکز خدمات درمانی منطقه ۶ به کشورهای همسایه.	۵	
۲۳		ظرفیت‌های پایین مراکز درمانی منطقه ۶ در راستای پذیرش گردشگران خارجی.	۳,۹۶	
۲۴	عوامل سیاسی	مشکلات و موانع حقوقی در زمینه اخذ مجوزهای بین‌المللی در مراکز درمانی منطقه ۶.	۳,۱۵	۳,۲۰
۲۵		مشکلات ویزای جمهوری اسلامی ایران برای برخی کشورهای جهان به‌خصوص کشور آمریکا و کشورهای اروپایی.	۳,۲۶	
۲۶		تنگناهای سیاسی جمهوری اسلامی ایران در برخی از کشورهای جهان.	۲,۳۲	
۲۷		تبلیغات منفی دشمنان جمهوری اسلامی ایران علیه کشور ایران.	۳,۶۲	
۲۸		مشکلات سیاسی ایران با کشورهای همسایه.	۲,۰۲	
۲۹		مشکلات سیاسی ایران با کشورهای عربی.	۲,۳۴	
۳۰		مشکلات سیاسی ایران با کشورهای اتحادیه اروپا.	۳,۶۱	
۳۱		روابط خارجه ضعیف با کشورهای حاشیه عربی.	۳,۸۹	
۳۲		رقابت شدید میان کشورهای همسایه در زمینه جذب گردشگران خارجی.	۴,۶۰	

مأخذ: یافته‌های پژوهش

جدول ۴. ارزیابی مهم‌ترین عوامل موانع توسعه گردشگری منطقه ۶ تهران

درصد تجمعی	درصد واقعی	درصد	فراوانی	گردشگران خارجی
۲۴,۷	۲۵	۲۴,۷	۳,۷۳	عوامل مدیریتی
۵۲,۰	۲۷	۲۷,۲	۴,۱۱	عوامل اقتصادی
۷۸,۸	۲۷	۲۶,۸	۴,۰۵	عوامل زیرساختی
۱۰۰,۰	۲۱	۲۱,۲	۳,۲۰	عوامل سیاسی
	۱۰۰,۰	۱۰۰,۰	۱۵	جمع

مأخذ: یافته‌های پژوهش



نمودار ۳. ارزیابی مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران، مأخذ: نگارنده

بر اساس آمار و اطلاعات نمودار ۳، نتایج نشان می‌دهد که در زمینه متغیرهای مهم‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران، عوامل اقتصادی با ۲۷,۲٪ و عوامل زیرساختی با ۲۶,۸٪ بیشترین تأثیرات را در زمینه موانع توسعه گردشگری ایفا می‌کنند و عوامل سیاسی کمترین تأثیر را در موانع توسعه گردشگری دارا هستند. در مجموع تأثیرپذیری شاخص‌ها، عوامل مدیریتی ۷۴,۶٪، عوامل اقتصادی با ۸۲,۲٪، عوامل زیرساختی با ۸۱٪ و عوامل سیاسی با ۶۴٪ بر موانع توسعه گردشگری تأثیرپذیری داشته‌اند.

جدول ۵. آزمون دوجمله‌ای بر اساس متغیرهای موانع توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران

Binomial Test

	Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (۱-tailed)
عوامل زیرساختی	Group 1	<= ۳	۱۱	.۲	.۰۰۰ [□]
	Group 2	> ۳	۳۹	.۸	
	Total		۵۰	۱.۰	
عوامل مدیریتی	Group 1	<= ۳	۱۵	.۳	.۰۰۰ [□]
	Group 2	> ۳	۳۵	.۷	
	Total		۵۰	۱.۰	
عوامل اقتصادی	Group 1	<= ۳	۱۰	.۲	.۰۰۰ [□]
	Group 2	> ۳	۴۰	.۸	
	Total		۵۰	۱.۰	
عوامل سیاسی	Group 1	<= ۳	۱۸	.۴	.۰۰۱ [□]
	Group 2	> ۳	۳۲	.۶	
	Total		۵۰	۱.۰	

مأخذ: یافته‌های نرم‌افزار spss

بر اساس نتایج جدول مدل دوجمله‌ای، از مجموع ۵۰ نفر از کارشناسان و اساتید حوزه مربوطه، در زمینه عوامل زیرساختی تعداد ۱۱ نفر معادل ۲۰٪ مخالف تأثیرات موانع زیرساختی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی بوده‌اند و تعداد ۳۹ نفر معادل ۸۰٪ موافق تأثیرات عوامل زیرساختی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران بوده‌اند. در زمینه تأثیرات عوامل مدیریتی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی نیز تعداد ۱۵ نفر معادل ۳۰٪ مخالف تأثیرات عوامل مدیریتی بر عدم توسعه گردشگری بودند و تعداد ۳۵ نفر معادل ۷۰٪ موافق تأثیرات عوامل مدیریتی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی بوده‌اند. در زمینه تأثیرات عوامل اقتصادی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی نیز تعداد ۱۰ نفر معادل ۲۰٪ مخالف تأثیر عوامل اقتصادی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی بوده‌اند و در سوی مقابل تعداد ۴۰ نفر معادل ۸۰٪ موافق تأثیرات عوامل اقتصادی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی بوده‌اند. در زمینه تأثیرات عوامل سیاسی بر عدم توسعه گردشگری پزشکی نیز تعداد ۱۸

نفر معادل ۴۰٪ مخالف تأثیرات عوامل سیاسی بر عدم توسعه گردشگری بودند و تعداد ۳۲ نفر معادل ۶۰٪ موافق تأثیرات عوامل سیاسی بر عدم توسعه گردشگری بوده‌اند. در نهایت نمودار میزان تأثیرگذاری هریک از متغیرهای موجود به صورت نمودار ۴ ارائه می‌گردد.



نمودار ۴. بررسی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عدم توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران
مأخذ: نگارنده

نتیجه‌گیری

همواره گردشگری نقش مهمی در توسعه اقتصادی و رفاه اجتماعی کشورها ایفا می‌کند و توسعه آن یکی از کم‌هزینه‌ترین روش‌های اشتغال‌زایی به شمار می‌آید، ولی با این حال شهر تهران با وجود ظرفیت‌های بالای گردشگری به خصوص گردشگری پزشکی - سلامتی، برای حضور مؤثر در این صنعت با چالش‌های متعددی روبه‌رو است که این چالش‌ها را می‌توان در فقدان برنامه مدون گردشگری پزشکی، حمایت ناکارآمد دولت از گردشگری پزشکی، زیرساخت‌های پایه و درمانی نیازمند ارتقاء، عدم استانداردسازی هزینه‌های درمانی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، کمی همکاری و مشارکت مؤثر بین بخشی در سطح کلان، کمی همکاری و مشارکت بین بخشی در سطح عملیاتی، کمی توسعه منابع انسانی حرفه‌ای بخش سلامت، لزوم ارتقای نام ایران به عنوان قطب گردشگری پزشکی در منطقه و جهان، فقدان بازاریابی منسجم و مؤثر گردشگری پزشکی، عدم امکان انتقال‌پذیری پوشش بیمه‌ای گردشگری پزشکی، فقدان پوشش بیمه مسئولیت پزشکی کارآمد، فقدان نظام ثبت، کنترل و

آمارگیری از گردشگران پزشکی و فقدان نظام پاسخ‌گویی به گردشگران پزشکی ناراضی خلاصه کرد. گردشگری به‌عنوان فعالیتی اقتصادی با منافع بسیار در بهبود کیفیت زندگی ساکنان مناطق مختلف در زمینه اشتغال، درآمد و افزایش درک از مکان، پارامتری مهم در توسعه شهری محسوب می‌شود ولی در سطح عملیاتی و اجرایی این مبحث مغفول مانده است. در طول سال‌های اخیر نیز این چنین به نظر می‌رسد که ضعف در برنامه‌ریزی و سازمان‌های مدیریتی و سایر عوامل مؤثر بر آن که بیشتر ناشی از کمبودها و معضلات آن مطرح می‌باشد، از جمله مهم‌ترین عوامل در عدم توسعه گردشگری پزشکی در شهر تهران و یکی از مهم‌ترین مناطق آن، منطقه ۶ تهران به شمار می‌رود. در این راستا در پژوهش حاضر به تحلیل موانع توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ شهر تهران پرداخته شد. نتایج مورد بررسی نشان داد که منطقه ۶ تهران با مساحتی معادل ۲/۲ کیلومتر مربع، یکی از مهم‌ترین مناطق شهر تهران است که ۳۰٪ ساختمان‌های دولتی و خصوصی نیز در این منطقه قرار گرفته‌اند. همچنین این منطقه با دارا بودن تعداد ۲۸۰ مرکز درمانی که از این تعداد ۲ مرکز پزشکی هسته‌ای مدرن در سطح بین‌المللی، ۹ بیمارستان فوق تخصصی پیشرفته، شامل بیمارستان‌های دی، پارس، تهران کلینیک و... و با دارا بودن تعداد ۱۵۸ درمانگاه و کلینیک تخصصی، بیشترین سرانه درمانی - پزشکی شهر تهران را به خود اختصاص داده است و این منطقه دارای بیشترین پتانسیل جذب گردشگران در حوزه‌های پزشکی - سلامت می‌باشد؛ اما چالش اصلی در این زمینه این مسئله است که منطقه ۶ تهران در راستای توسعه گردشگری پزشکی، امروزه با چالش‌های متعددی مواجه است که در تحقیق حاضر چهار متغیر عوامل مدیریتی، عوامل اقتصادی، عوامل زیرساختی و عوامل سیاسی، به‌عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عدم توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران مشخص گردید. در زمینه عوامل مدیریتی مواردی نظیر عدم وجود برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی در سیاست‌های دولت و مجلس و عدم حمایت‌های دولت از فراهم شدن شرایط ورود بخش خصوصی به بازار گردشگری پزشکی در منطقه ۶، به‌عنوان اصلی‌ترین موانع مدیریتی در توسعه گردشگری پزشکی مشخص شد. در زمینه عوامل اقتصادی نیز عدم حمایت‌های مالی دولت از مراکز درمانی و عدم حمایت‌های دولت از

ایجاد زیرساخت‌های گردشگری به‌عنوان مهم‌ترین موانع اقتصادی توسعه گردشگری پزشکی تعیین گردید. در زمینه عوامل زیرساختی، عدم وجود زیرساخت‌های مارکتینگ منیجر در راستای فروش داروها و تجهیزات بیمارستانی به کشورهای همسایه، عدم وجود ارتباط مجازی میان کادرهای بیمارستان و بیماران و نیز عدم وجود ارائه خدمات الکترونیک اکثریت مراکز درمانی با متقاضیان خارجی و داخلی، ازجمله مهم‌ترین موانع زیرساختی در توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران محسوب می‌شود. در زمینه عوامل سیاسی نیز رقابت‌های شدید میان کشورهای همسایه در زمینه جذب گردشگران خارجی و روابط خارجه ضعیف ایران با کشورهای اتحادیه عرب، ازجمله مهم‌ترین موانع سیاسی توسعه گردشگری پزشکی در منطقه ۶ تهران محسوب می‌شود. درنهایت نتایج نشان داد که تمامی متغیرهای حاضر دارای ارتباطی مستقیم با عدم توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران می‌باشند و در زمینه شناسایی تأثیرگذاری هریک از متغیرهای حاضر در توسعه گردشگری پزشکی نیز نتایج نشان داد که در مجموع موانع اقتصادی و زیرساختی تأثیرگذاری بیشتری را در عدم توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران ایفا می‌کنند و موانع سیاسی نیز کمترین نقش را در راستای توسعه گردشگری پزشکی منطقه ۶ تهران ایفا می‌نمایند.

فهرست منابع و مآخذ

الف. فارسی

- بدیعی، فرناز؛ ابراهیمی، عبدالحمید و دیده‌خانی، حسین، (۱۳۹۵)، شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان، فصلنامه علمی- پژوهشی تحقیقات بازاریابی نوین، دوره ۶، شماره ۴، صص ۳۶-۲۵.
- داوری، مجید، (۱۳۹۰)، چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران، فصلنامه مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۸، شماره ۷، صص ۱۷۱-۱۶۱.
- رکنی، لادن؛ رکنی، محمدباقر؛ پوراحمد، احمد و رضایی، مهدی، (۱۳۸۹)، بررسی گردشگری سلامت در جزیره کیش بر اساس نیازسنجی درمانی کشورهای حاشیه خلیج فارس، ششمین همایش ملی فرهنگی گردشگری خلیج همیشه فارس، تهران. <https://civilica.com/doc/115915>
- شریفی چلبندر، کاملیا، (۱۳۹۶)، شناسایی و رتبه‌بندی موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مدیریت و اقتصاد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- شریفی چلبندر، کاملیا؛ رحیمی کلور، حسین؛ حاضری، هاتف و باشکوه اجیرلو، محمد، (۱۳۹۶)، شناسایی و رتبه‌بندی موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان گیلان، اولین کنفرانس بین‌المللی بهینه‌سازی سیستم‌ها و مدیریت کسب‌وکار، بابل. <https://civilica.com/doc/674553>
- شریفی چلبندر، کاملیا؛ رحیمی کلور، حسین؛ حاضری، هاتف و باشکوه اجیرلو، محمد، (۱۳۹۶)، بررسی موانع نیروی انسانی متخصص در توسعه گردشگری پزشکی، کنفرانس بین‌المللی بهینه‌سازی سیستم‌ها و مدیریت کسب‌وکار، <https://civilica.com/doc/674554>
- صدر ممتاز، ناصر و آقارحیمی، زهرا، (۱۳۸۹)، صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه، فصلنامه مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۷، شماره ۳، ویژه‌نامه (همت مضاعف، کار مضاعف)، صص ۵۲۴-۵۱۶.
- طباطبایی نسب، سید محمد؛ کنجکاو منفرد، امیررضا و زحمت‌کش سردوراهی، علی، واکاوی موانع و محدودیت‌های استقرار بازاریابی رابطه‌مند در صنعت گردشگری با استفاده از تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره فازی، فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۳۰-۱۱۳.
- فرامرزی، آلفا (۱۳۹۰)، گردشگری درمانی، پایگاه مقالات علمی مدیریت، www.System.Parsiblog.com
- قلی‌پور سوته، رحمت‌الله؛ امیری، مجتبی؛ امیری؛ ضرغام بروجنی، حمید و کیانی فیض‌آبادی، زهره، (۱۳۹۷)، واکاوی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری، فصلنامه گردشگری و توسعه، دوره ۷، شماره ۱۷، صص ۶۰-۳۸.
- گلمکانی، محبوبه و باغانی، علی، (۱۳۹۷)، تبیین عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت با رویکرد اقتصاد مقاومتی، کنفرانس ملی الگوهای نوین در مدیریت و کسب‌وکار، دوره ۱، شماره ۴، صص ۱۵۷-۱۴۲.

- گودرزی، مجید، (۱۳۹۳)، برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده علوم جغرافیایی و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان.
- گودرزی، مجید، (۱۳۹۳)، برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز، رساله دکتری، گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده علوم جغرافیایی و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان.
- محرابی، جواد؛ خلیلی شورینی، سیاوش و خلفی، احمد، (۱۳۹۱)، بررسی موانع توسعه صنعت گردشگری در جمهوری اسلامی ایران، نشریه مدیریت توسعه و تحول، دوره ۴، شماره ۹، صص ۱۰-۱.
- مرکز مطالعات سازمان میراث فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، (۱۳۹۸).
- نعمتی ولی ابراهیم، پورحیب؛ بابایی، یاور و قلی‌زاده ناطق، عباس، (۱۳۹۵)، ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)، فصلنامه سلامت و بهداشت، دوره ۷، شماره ۲، صص ۱۱۸-۱۳۳.
- نیکو، کتایون، (۱۳۹۷)، نقش ICT در کاهش تردهای شهری منطقه ۶ تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مدیریت شهری، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)، شهری.

ب. انگلیسی

- A C Inkpen, E W.K Tsang. (2005). Social capital, networks, and knowledge transfer. **Academy of Management Review**, 165-146, (1)30.
- A Kok. (2007). Intellectual Capital Management as Part of Knowledge Management Initiatives at Institutions of Higher Learning. **The Electronic Journal of Knowledge Management**, 192-181, (2)5.
- A Seetharaman, H,H,B,Z Sooria, A S Saravanan. (2002). Intellectual capital accounting and Reporting in the knowledge economy. **Journal of Intellectual capital**, 148-128, (2)3.
- Aleksandra Grajkowska. (2008). "Intellectual capital of knowledge-based companies as a key driver in creating value for their shareholders"., Oxford: BA Honours dissertation, Oxford Brookes University.
- Aleksandra Grajkowska . (2011)Valuing intellectual capital of innovative start-ups. **Journal of Intellectual Capital.**, 201-179, (2)12.
- Annie Brooking. (1996), **Intellectual capital: Core Asset fore the Third Millenium Enterprise**. Newyork: Intellectual Thomson Business.Press.
- Armando Calabrese ·Roberta Costa, Tamara Menichi. (2013). Using Fuzzy AHP to manage Intellectual Capital assets: An application to the ICT service industry . **Expert Systems with Applications.** ۳۷۵۵-۳۷۴۷، ۴۰ ،
- B Marr. (2005), **Perspectives on Intellectual Capital**.Elsevier Butterworth-Heinemann: Oxford.
- B Marr, G Schiuma. (2001). **Measuring and managing intellectual capital and knowledge assets in new economy organizations**.London: in Boune, M. (Ed.), Handbook of performance measurement, Gee.

- Byungjin Yim, Byunghak Leem. (2013). The effect of the supply chain social capital. **Industrial Management & Data Systems**, 349-324, (3)13.
- C Chabot. (1995). **Defining high Technology**. Stanford: Stanford Publication of Stanford University.
- C M Chiu, M H Hsu, E T.G Wang. (2006). Understanding knowledge sharing in virtual communities: an integration of social capital and social cognitive theories. **Decision Support Systems**, 1888-1872.
- Carlos Serrano Cinca, Cecilio Mar Molinero, Alexan Bossi Queiroz. (2003). The measurement of intangible assets in public sector using scaling techniques. **Journal of Intellectual Capital**, 275-249, (2)4.
- Chun Yao Tseng, Yeong-Jia James Goo. (2005). Intellectual capital and corporate value in an emerging economy: empirical study of Taiwanese manufacturers. **R&D Management**, 201-187, (2)35.
- Ci Rong Li. (2013). How top management team diversity fosters organizational ambidexterity, The role of social capital among top executives. **Journal of Organizational Change Management**, 896-874, (5)26.
- Daniel Palacios-Marqués, Fernando José Garrigós-Simón. (2003). Validating and measuring IC in the biotechnology and telecommunication industries. **Journal of Intellectual Capital**. 347-332, (3)4.
- Dongwook Han, Ingoo Han. (2004). Prioritization and selection of intellectual capital measurement indicators using analytic hierarchy process for the mobile telecommunications industry. **Expert Systems with Applications**, 527-519, ۲۶,
- Duanxu Wang, Shuai Chen. (2013). Does intellectual capital matter? High-performance work systems and bilateral innovative capabilities. **International Journal of Manpower**. 879-861, (8)34.
- G Roos, J Roos. (1997). Measuring Your Company's Intellectual Performance. **Long Range Planning**. 426-413.
- Gholamhossein Mehraliana, Hamid Reza Rasekha, Peyman Akhavanb, Ali Rajabzadeh Ghataric. (2013). Prioritization of intellectual capital indicators in knowledge-based industries: Evidence from pharmaceutical industry. **International Journal of Information Management**. 216-209, 33.
- Gregorio Martín De Castro, Pedro López Sáez. (2008). Intellectual capital in high-tech firms: The case of Spain. **Journal of Intellectual Capital**. 36-25, (1)9.
- I Rodov, P Leliaert. (2002). FiMIAM: financial method of intangible assets measurement. **Journal of Intellectual Capital**, 336-323.
- J Nahapiet, S Ghoshal. (1998). Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. **Academy of Management Review**. 266-2۴۲, (۲)۲۲,
- Jaakko Koivumki. (2013). Measuring the social capital of professions: a study of dentists in Finland. **International Journal of Sociology and Social Policy**. 508-491, (8/7)33.
- Jay Liebowitz, Ching Y Suen. (2000). Developing knowledge management metrics for measuring intellectual capital. **Journal of Intellectual Capital**. 67-54, (1)1.
- Jin Chen, Zhaohui Zhu, Hong Yuan Xie. (2004). Measuring intellectual capital: a new model and empirical study. **Journal of Intellectual Capital**. 212-195, (1)5.
- k Dalkir, E Wiseman, M Shulha, S McIntyre. (2007). An intellectual capital valuation approach to a government organization. **Management Decision**. 1509-1497, (9)45.

- K E Sveiby. (1989). **The Invisible Balance Sheet** .Stockholm: w. "Konrad group". Ledarskap.
- K E Sveiby. (1997). **The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge-Based Assets** .San Francisco: Berrett-Koehler.
- K K Choong. (2008). Intellectual capital: definitions, categorization and reporting models .**Journal of Intellectual Capital**. 638-609.
- Karl-Heinz Leitner. (2005). Managing and reporting intangible assets in research technology organisations .**R&D Management**. 136-125 (2)35.
- L Edvinsson, M Malone. (1997). **Intellectual capital : Realizing your Company's True value by Finding its Hidden Brain Prower** .New york, NY: Harper collins Publisher Inc.
- L Edvinsson, P Sullivan. (1996). Developing a model for managing intellectual capital .**European Management Journal**. 64-356, (4)14.
- I, l k Lim, p Dallimore. (2004). Intellectual capital : management attitudes in ServICe Industries .**Journal of Intellectual capital**. 194-181.
- Lennox Joseph Henry. (2012). Intellectual Capital in a Recession: Evidence from UK SMEs .**Journal of Intellectual Capital**, (1)14.
- M A Youndt ,M Subramaniam, S Snell. (2004). A Intellectual capital profiles: An examination of investments and returns .**Journal of Management Studies**, 362-۳۳۵, ۴۴.
- M P Sánchez ,E Susana, C Rocío. (2009). Intellectual capital dynamics in universities: a reporting model .(۲) ۱۰ ."**Journal of Intellectual Capital**, 324-307.
- M Paloma Sánchez ,Elena Susana, Castrillo Rocío. (2009). Intellectual capital dynamics in universities: a reporting model .**Journal of Intellectual Capital**. 324-307, (2)1.
- M Porter. (1980). **Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors** .New York: The Free Press.
- Mark A Youndt ,Mohan Subramaniam, Scott A Snell. (2004). Intellectual Capital Profiles: An Examination of Investments and Returns .**Journal of Management Studies**. 361-335, (2)41.
- Michael Elmes, David Wilemon. (1991). A field study of intergroup integration in technology-based organizations .**Journal of Engineering and Technology Management**. 250-229, 7.
- Molly McLure Wasko, Samer Faraj. (2005). WHY SHOULD I SHARE? EXAMINING SOCIAL CAPITAL AND KNOWLEDGE CONTRIBUTION IN ELECTRONIC NETWORKS OF PRACTICE .**MIS Quarterly**, 57-35, (1)29.
- MT Pedrini. (2007). Human capital convergences in Intellectual and sustainability reports .**Journal of intellectual capital**. 366-346, (2)8.
- N Bernnan. (2001). Intellectual capital annual reports: evidence from Ireland .**Accounting, Auditing & Accountability Journal**. 436-423.
- N Bernnan, B Connell. (2000). Intellectual capital : Current issues and policy implications .**Journal of intellectual capital**, 240-206.
- Nick Bontis. (1998). Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models .**Management Decision**. 76-63, (2)32.
- Nick Bontis. (2001). Assessing knowledge asset: a review of models used to

- measure intellectual capital .**International of Management Review**. 60-41.
- Nick Bontis. (2010). Intellectual capital and business performance in the pharmaceutical sector of Jordan .**Management Decision**, 13-105, (1)48.
 - B Finn, D Torgeir. (2008). Knowledge management in software engineering: A systematic review of studied concepts, findings and research methods used .**Information and Software Technology**. 1068-1055.
 - Granstrand. (1998). Towards a theory of the technology-based firm .**Research Policy**. 489-465, 27.
 - Olunifesi Adekunle Suraj, Nick Bontis. (2010). Managing intellectual capital in Nigerian telecommunications companies .**Journal of Intellectual Capital**. 282-262, (2)13.
 - P C Goh, K P Lim. (2004). Disclosing intellectual capital in company annual reports: Evidence from Malaysia .**Journal of Intellectual Capital**. 510-50۰۰ (3)5.
 - Patricia Ordóñez De Pablos. (2002). Evidence of intellectual capital measurement from Asia, Europe and the Middle East .**Journal of Intellectual Capital**. 302-287, (3)3.
 - Po Young Chu †Ling Yu Lin †Hsing Hwa Hsiung, Tzu Yar Liu. (2006). Intellectual capital: An empirical study of ITRI .**Technological Forecasting & Social Change**. 902-886, 73.
 - R S Kaplan, D P Norton. (1992). The balanced scorecard ± measures that drive performance .**Harward Busines Review**. 79-71, (1)7.
 - Richard Petty, James Guthrie. (2000). Intellectual capital literature review: Measurement, reporting and management .**Journal of Intellectual Capital**. 176-155. (2)1.
 - Rita Abban †S.W.F. (Onno) Omta †John B.K Aheto, V E Scholten. (2013). Connecting the dots, A multiple case study of the network relationships of small and medium-sized enterprises (SMEs) in the non-traditional agricultural export (NTAE) sector of Ghana .**African Journal of Economic and Management Studies**. 94-74, (1)4.
 - s Westphalen. (1999). Repoting on human capital: objectives and trends .**International Smposium Measuring and Reporting Intellectual Capital: Experiences, Issues and prospects** .June, Amsterdam.
 - Shiu Wan Hung †Jia Zhi Lin, Ping Chuan Chen. (2013). How social capital influences health community members 'adoption of organic foods .**British Food Journal**. 1582-1564, (11)115.
 - Stephen Pike †Goran Roos, Bernard Marr. (2005). Strategic management of intangible assets and value drivers in R&D organizations .**R&D Management**. 124-111, (2)35.
 - Subhash Abhayawansa. (2011). A methodology for investigating intellectual capital information in analyst reports .**Journal of Intellectual Capital**. 476-4۴۶, (۳)۱۲.
 - T Sander, K Lowney. (2006). Social Capital Building Toolkit Version.1.2. **Civic Engagement in America, Saguaro Seminar** .John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
 - T Stewart. (1997). Intellectual capital : **The New Wealth of Organization** .New York, NY: Doubleday / Currency.
 - Taegoo Terry Kim †Gyehee Lee †Soyon Paek, Seunggil Lee. (2013). Social capital, knowledge sharing and organizational performance, What structural relationship do they have in hotels ?**International Journal of Contemporary**

- Hospitality Management.** 704-683, (5)25.
- Tunc Bozbura. (2004). Measurement and application of intellectual capital in Turkey .**The Learning Organization**, 367-357, (4)11.
 - W Cannell, B (Eds) Dankbaar. (1996). **Technology Management and Public Policy in the European Union** .New York: Office for Official Publications of the European Communities & Oxford university press.
 - W S Chow, L S Chan. (2008). Social network, social trust and shared goals in organizational knowledge sharing .**Information & Management.** 465-4۵۸, (۷)۴۵,
 - W Spencer).winter, (1990 Research to product: A major U.S. challenge .Calif. Manage. Rev, PP. 53-45.
 - W Tsai, S Ghoshal. (1998). Social capital and value creation: the role of intrafirm networks .**Academy of Management Journal.** 476-464, (4)41.
 - W Y Wang, C chang. (2005). Intellectual capital and performance in Causal Models : Evidence from the information Technology Industry in Taiwan .**Journal of Intellectual capital**, 236-222.
 - Yi-Chun Huang, Yen-Chun Jim Wu. (۲۰۱۰). Intellectual capital and knowledge productivity: the Taiwan biotech industry .**Management Decision.** 599-5۸۰, (4)48.