

بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت

مهرداد ناصرپور^۱، سید نجم‌الدین موسوی^۲، رضا سپهوند^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۵

چکیده

گردشگری سلامت یکی از شاخه‌های جدید گردشگری بین‌المللی است که در سال‌های اخیر رشدی بیش از رشد سایر بخش‌های گردشگری تجربه کرده است. این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی - پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را گردشگران خارجی سفر کرده به بیمارستان‌های تهران تشکیل می‌دهد که به تعداد ۴۰۰ نفر بوده‌اند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شده و نمونه‌ای به حجم ۱۹۶ نفر تعیین شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه است که برای متغیر گردشگری سلامت از پرسش‌نامه استاندارد و برای عوامل غیردرمانی از پرسش‌نامه خودساخته استفاده شده که به صورت تصادفی مرحله‌ای در بین پاسخ‌دهندگان توزیع شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوا تأیید شده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸۶ است که نشان از پایایی بالایی دارد. همچنین در این پژوهش برای بررسی و آزمون فرضیه‌ها از رویکرد معادلات ساختاری استفاده شده است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد تمام پنج فرضیه اصلی پژوهش، شامل عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل زیرساختی، عوامل حاکمیتی و شرایط عمومی، در گردشگری سلامت تأثیر مثبت و معناداری دارند.

واژه‌های کلیدی: گردشگری سلامت، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل زیرساختی، عوامل حاکمیتی؛ شرایط عمومی.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی دانشگاه لرستان

۲- نویسنده مسئول، دکترای مدیریت بازرگانی، استادیار و عضو هیات علمی گروه مدیریت بازرگانی دانشگاه لرستان
(muosavi56@gmail.com)

۳- دکترای مدیریت بازرگانی، دانشیار و عضو هیات علمی گروه مدیریت بازرگانی دانشگاه لرستان

مقدمه

جهان‌گردی از مهم‌ترین فعالیت‌های انسان معاصر است که همراه با به‌وجودآوردن تغییراتی شگرف در سیمای زمین، تحولاتی بنیادی در شرایط اقتصادی، فرهنگی و آداب‌ورسوم به‌وجود آمده است (محلای، ۱۳۸۰، به نقل از: صیدایی و هدایتی مقدم، ۱۳۸۹، ص ۹۹). در سالیان اخیر، گردشگری به‌منزله یکی از بزرگ‌ترین و متنوع‌ترین صنایع دنیا مطرح است و رشد سریع آن تغییرات اجتماعی، اقتصادی، و محیطی فراوانی را به‌دنبال داشته و به همین دلیل نیز به حوزه مهم مطالعاتی بین پژوهشگران مبدل شده است (تقوی و سلیمانی، ۱۳۸۸، ص ۲). سازمان جهانی گردشگری، در آخرین گزارش سالانه خود، گزارش نموده که درآمد جهانی حاصل از صنعت گردشگری پس از صنایع نفت و گاز و صنایع شیمیایی، در رتبه سوم قرار گرفته و درآمد حاصل از این صنعت بالغ بر ۱/۵۲۲ تریلیون دلار برآورد شده است (UNWTO Annual Report, 2015, P. 3)، به نقل از: صیدایی و هدایتی مقدم، ۱۳۸۹، ص ۹۹).

روند روبه‌رشد این صنعت در سال‌های گذشته و پیش‌بینی این روند در سال‌های آینده باعث شده بسیاری از کشورها برای کسب سهم بیشتر از درآمد گردشگری بین‌المللی، با تمرکز بر مزیت‌های خود یا ایجاد آن، انواع گردشگری را شناسایی، ایجاد و معرفی نمایند. بنابر گزارش WOT، این صنعت به شاخه‌های گوناگونی نظیر گردشگری فرهنگی و آموزشی، گردشگری شهری، گردشگری روستایی، گردشگری مذهبی، گردشگری ورزشی، اکوگردشگری، گردشگری سلامت و چندین نوع گردشگری دیگر تقسیم شده است. با تخصصی‌شدن هرچه بیشتر این صنعت، کشورها با تمرکز بر مزیت‌های خود یا ایجاد آن، خود را در یک یا چند شاخه از انواع گردشگری توانمند کرده و به بازارهای جهانی معرفی نموده‌اند.

گردشگری سلامت یکی از شاخه‌های جدید گردشگری بین‌المللی است که در سال‌های اخیر رشدی بیش از رشد سایر بخش‌های گردشگری داشته است. به‌طوری‌که آمار سازمان جهانی گردشگری نشان می‌دهد، رشد گردشگران سلامت بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ بالغ بر ۳۲ درصد بوده (Mohamad et al., 2012, P. 360) و درآمد حاصل از این صنعت در سال ۲۰۱۲ بالغ بر ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد گردیده است (Rollandi, 2014, p. 3). جهانی‌شدن، گسترش حمل‌ونقل هوایی و کاهش هزینه مسافرت، گسترش فناوری مخابراتی و اطلاعاتی، مسن‌شدن جمعیت در اکثر کشورها خصوصاً کشورهای توسعه‌یافته، افزایش هزینه درمان و فقدان پوشش بیمه‌ای برای بسیاری از خدمات پزشکی، ملاحظات قانونی درباره تعدادی از خدمات پزشکی و... باعث رونق گردشگری سلامت شده است (Keckley and Underwood, 2009, p. 8).

اغلب کشورهای درحال توسعه برای کسب سهم بیشتر از این درآمد کلان برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری کرده‌اند، به‌طوری‌که از ده کشور اول جهان، که بیشترین گردشگر سلامت را در سال ۲۰۱۴ پذیرفته‌اند، هشت کشور از کشورهای درحال توسعه بوده‌اند که بین آن‌ها پنج کشور آسیایی وجود دارد (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴، ص ۸۳). با توجه به سرمایه‌گذاری هنگفت کشورهای نظیر

فیلیپین، تایوان و کره جنوبی و ورود رقبای جدیدی نظیر ترکیه، امارات، اردن، عربستان، به نظر می‌رسد جذب بیشتر گردشگران سلامت در سال‌های آینده برای تمامی کشورها، خصوصاً کشورهای آسیایی، با چالش‌های زیادی همراه خواهد بود. از این رو بررسی عوامل موثر بر توسعه این صنعت می‌تواند کشورهای مقصد را در برنامه‌ریزی هرچه بهتر برای موفقیت و کسب سهم بیشتر از گردشگری سلامت یاری دهد. با توجه به بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص توسعه گردشگری سلامت می‌توان عوامل موثر بر رشد این صنعت را به دو بخش کلی عوامل درمانی و غیردرمانی تقسیم کرد (هادی‌زاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۲؛ معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴؛ گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲). عمده عوامل درمانی موثر بر رشد این صنعت را می‌توان وجود زیرساخت‌های پزشکی، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با استانداردهای جهانی، قیمت‌های رقابتی و هزینه پایین تر خدمات درمانی، کیفیت خدمات پزشکی، زمان انتظار کوتاه تر برای دریافت خدمات پزشکی، وجود نیروی انسانی متخصص در حوزه درمان، تنوع خدمات درمانی و... برشمرد. بررسی خدمات ارائه شده برای انواع خدمات پزشکی نشان می‌دهد که اغلب کشورهای در حال توسعه در عین بهبود مستمر کیفیت خدمات درمانی از افزایش قیمت جلوگیری کرده یا آن را در مقایسه با رقبا پایین نگه می‌دارند. این موضوع نشان می‌دهد با وجود تأثیر فراوان دو عامل قیمت و کیفیت خدمات پزشکی (و البته سایر عوامل درمانی و غیردرمانی که مستقیم یا غیرمستقیم با این دو عامل در ارتباط اند) در تصمیم‌گیری گردشگران سلامت در انتخاب کشور مقصد، با توجه به ارائه خدمات درمانی در استانداردهای جهانی و نیز رقابتی شدن هزینه خدمات درمانی ارائه شده در اغلب کشورهای در حال توسعه، آنچه می‌تواند به عنوان مزیت رقابتی یک کشور را از سایر کشورهای رقیب متمایز نماید، توجه بیشتر به ایجاد و توسعه و بهبود عوامل غیردرمانی است. بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه گردشگری سلامت نشان می‌دهد که عمده تمرکز اغلب این پژوهش‌ها بررسی عوامل درمانی یا ترکیبی از عوامل درمانی و غیردرمانی است و جای خالی پژوهشی که منحصرأ به عوامل غیردرمانی بپردازد احساس می‌شود.

با وجود چندین کشور آسیایی در رتبه‌های برتر جذب گردشگران سلامت در سطح جهان، رقابت در این صنعت در بین کشورهای آسیایی از سایر مناطق، چالش برانگیزتر شده است. با توجه به برنامه‌ریزی کشور ایران برای جذب بیشتر گردشگران سلامت در سال‌های آینده و وجود رقبای قدرتمندی همچون تایلند، هند، سنگاپور، تایوان، کره جنوبی و ورود رقبای جدیدی مانند ترکیه، اردن، امارات، عربستان و... در این پژوهش تأثیر پنج عامل غیردرمانی اقتصادی، فرهنگی، زیرساختی، حاکمیتی و شرایط عمومی بر توسعه گردشگری سلامت بررسی شده است. بنابراین پرسش اساسی این پژوهش این است: آیا عوامل غیردرمانی اقتصادی، فرهنگی، زیرساختی، حاکمیتی و شرایط عمومی بر توسعه گردشگری سلامت مؤثر است؟

مبانی نظری

گردشگری

به نظر می‌رسد گردشگری فرایندی است که مستلزم حرکت و جابه‌جایی در زمان محدود و مشخص است و هدف از آن گذران اوقات فراغت و سرگرمی و بعضاً کسب آگاهی برای گردشگر و کسب منافع اقتصادی برای ارائه‌کنندگان خدمات گردشگری (کشور میزبان) است (واحدپور و جعفری، ۱۳۹۰، ص ۷۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی جهان‌گردی (WTO)، در برنامه چشم‌انداز گردشگری در سال ۲۰۲۰، تعداد گردشگران در سراسر جهان به یک میلیارد و ۶۰۰ میلیون نفر خواهد رسید. در این راستا سازمان جهان‌گردی پیش‌بینی می‌کند منطقه خاورمیانه پس از منطقه شرق آسیا بالاترین میزان رشد گردشگری را در جهان داشته باشد.

گردشگری سلامت

عبارت گردشگری سلامت معمولاً برای توضیح شیوه مسافرت بیماران به خارج از محدوده مراقبت‌های پزشکی خود به منظور دستیابی به خدمات پزشکی به کار می‌رود. هزینه این سفر معمولاً از جیب مسافر پرداخته می‌شود (Turner, 2011, p. 10). هدف اصلی گردشگری سلامت این است که بیمار به منظور مراقبت‌های پزشکی به جایی دیگر سفر کند (Valorie et al, 2011, p. 730). مسافرت به منظور مراقبت‌های درمانی به علل گوناگونی صورت می‌گیرد که از جمله آن می‌توان به شرایط فردی بیمار، قوانین اجتماعی - ساختاری و اقتصادی - سیاسی اشاره کرد (Marlowe et al., 2007, p. 179).

نتیجه گردشگری پزشکی خدمات درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است. هرچند هماهنگ کردن منابع و خدمات مراقبت پزشکی و بخش‌های گردشگری چالش است، از لحاظ راهبردی این هماهنگی اغلب در سطح دولتی به اجرا در می‌آید. به محض این‌که فردی به داشتن روندی درمانی تصمیم می‌گیرد که در کشوری خارجی اجرا می‌شود، به هر دو خدمات گردشگری و مراقبت درمانی نیاز دارد (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۲).

عوامل حاکمیتی

منظور از این شاخص در این پژوهش، آن دسته عواملی است که مستقیم یا غیرمستقیم نتیجه عملکرد دولت‌ها در مناطق گوناگون است که بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر می‌گذارد. با توجه به دلایل گوناگون بیماران و همراهانشان برای مسافرت به خارج به منظور انجام معالجات پزشکی - درمانی، وجود یا فقدان یک سری از عوامل که توسط دولت‌ها ایجاد شده یا نتیجه عملکرد آن‌هاست می‌تواند در انتخاب کشور مقصد توسط گردشگران نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. عواملی نظیر ثبات سیاسی و امنیتی کشور میزبان (شاه‌آبادی و قلیایی، ۱۳۹۵، ص ۱۲). قوانین و مقررات صدور ویزا و امکان اقامت برای بیماران و همراهانشان، قوانین و مقررات پزشکی - درمانی، شفافیت قوانین مالی و بانکی و بیمه‌ای و... در ایجاد بستر مناسب برای حضور گردشگران تأثیرگذار است (شریفی و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۴).

عوامل زیرساختی

وجود امکانات زیربنایی و ساختارهای مناسب حمل و نقل و اقامت نظیر فرودگاه‌ها، بنادر، بزرگراه‌ها، حمل و نقل عمومی درون شهری، هتل‌ها و امکانات اقامتی، مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات پذیرایی، فناوری مخابراتی و دسترسی آسان به اطلاعات، وضعیت بهداشتی عمومی و دسترسی به آب سالم از پیش‌شرط‌های توسعه گردشگری در هر منطقه است (Khadroo and Seetana, 2007, p. 7). این عوامل باعث مسافرت راحت‌تر و ارزان‌تر، اقامت آسوده‌تر و امکان استفاده مناسب‌تر و مطلوب‌تر از امکانات و جاذبه‌های کشور میزبان و در نتیجه رضایت‌مندی گردشگران می‌شود (Ahadnejad and Feizi, 2013, p. 1025).

شرایط عمومی

بسیاری از گردشگران و همراهان آنان تمایل دارند در مدت حضور در کشور مقصد از جاذبه‌های گردشگری کشور میزبان استفاده کنند و علاوه بر درمان به سیاحت نیز بپردازند (Connell, 2006, p. 1095)، به طوری که یکی از دلایل سفر گردشگران به یک منطقه وجود جذابیت‌های گردشگری طبیعی نظیر سواحل و طبیعت زیبا، آب‌وهوای مطلوب و یا مکان‌های دیدنی، ابنیه تاریخی، موزه‌ها و... در آن منطقه است (پاکزاد، ۱۳۸۴، ص ۲۵). یکی دیگر از عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری بین‌المللی سطح بهداشت و خدمات درمانی کشورها است. تغییرات آب‌وهوا طول مدت و کیفیت فضاهای گردشگری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Scott et al, 2007, p. 2).

عوامل فرهنگی

فرهنگ، که باعث تشابه یا تفاوت بین گردشگران و مردم محلی از نظر دین، زبان، آداب و رسوم، علایق غذایی و... با توجه به نقش ویژه عامل انسانی می‌شود، می‌تواند بر نگرش گردشگران به یک مقصد تأثیرگذار باشد (Esiyok et al, 2016, p. 5). توانایی کشور میزبان برای پذیرش گردشگران، با پس‌زمینه فرهنگی متفاوت و ارائه خدمات متناسب با دین، زبان، عادات و علایق گوناگون گردشگران (شخصی‌سازی خدمات)، نیازمند ایجاد بستر فرهنگی مناسب و وجود نیروی انسانی آموزش‌دیده در بخش‌های مختلف خدماتی است (خدایی و کلانتری، ۱۳۹۱، ص ۹).

عوامل اقتصادی

جهانی‌شدن برای اقتصاد بین‌المللی تغییری عمده است (Yung-Sheng, 2013. p. 154). با وجود رقابت اغلب کشورهای در حال توسعه برای ارائه خدمات پزشکی - درمانی با کیفیت و قیمت مناسب‌تر از کشورهای رقیب، آنچه به عنوان هزینه سفر برای انجام اعمال جراحی / درمانی و بهبودی بیماران و همراهانشان محاسبه می‌شود، علاوه بر هزینه‌های مستقیم پزشکی، هزینه‌های مسافرت و اقامت و خدمات غیرپزشکی ارائه‌شده در مقصد را نیز دربر می‌گیرد (شاه‌آبادی و سیاح، ۱۳۹۲، ص ۲۷). از این‌رو، ثبات اقتصادی و رشد مستمر هر کشور در شاخص‌های اقتصادی، علاوه بر آن‌که امکان

سرمایه‌گذاری بیشتر در زیرساخت‌های پزشکی - درمانی و غیرپزشکی را فراهم می‌آورد (Smith et al., 2008, p. 25)، با کنترل هزینه‌های نسبی زندگی نظیر قیمت کالاها و خدمات با توجه به برابری نرخ ارز و کنترل نرخ تورم، در انتخاب کشور مقصد توسط بیماران و همراهان آنان تأثیرگذار است.

پیشینه پژوهش

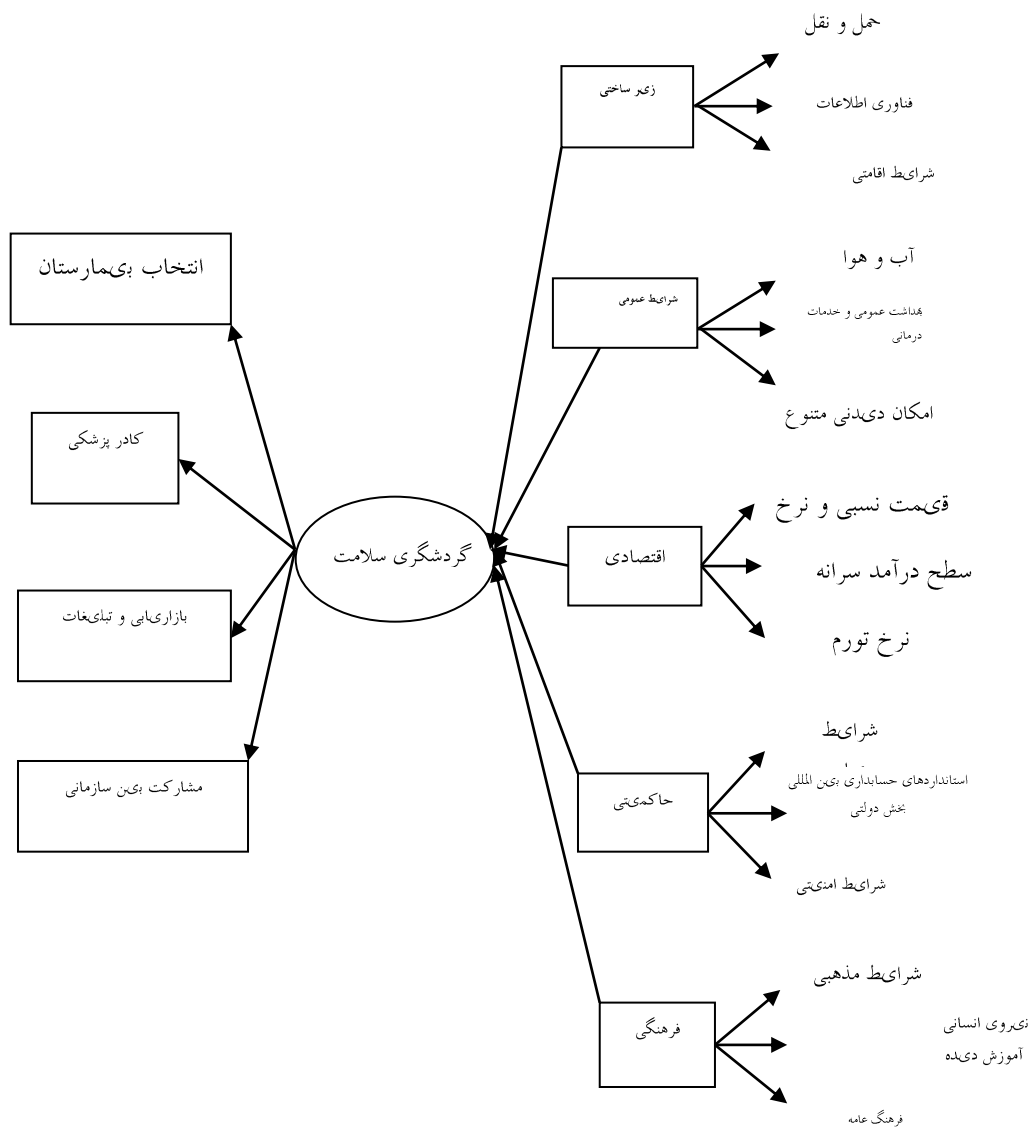
معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)، در مقاله‌ای با عنوان عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی (نمونه موردی: ایران)، چهار معیار اصلی و پانزده زیرمعیار را مورد بررسی قرار دادند و در نهایت به این نتیجه رسیدند که از بین معیارهای اصلی، معیار منابع پزشکی و در بین زیرمعیارهای موردبررسی، زیرمعیار تجهیزات پزشکی بیشترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. محمودی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که گستردگی فعالیت‌های بازاریابی مقصد، انگیزه سفر، آشنایی با مقصد، تصویر کلان کشور و تصویر خاورمیانه عوامل مؤثر بر تصویر مقصد از ایران است. مروتی شریف‌آبادی و اسدیان اردکانی (۱۳۹۳) نشان دادند گردشگری سلامت و توسعه آن در استان یزد نیازمند عزم جدی برای جلب رضایت بیمارانی است که برای معاینه یا درمان به استان یزد مراجعه می‌کنند. این مهم از طریق سرمایه‌گذاری در تجهیز و به‌روزکردن بیمارستان‌ها و افزایش مهارت کادر بیمارستان مقدور خواهد بود. مظلومی و جلالی (۱۳۹۳) در تحقیق خود بیان کردند که نظام ارتباطات ناکارآمد و نیز زیرساخت‌های فیزیکی و تسهیلات اقامتی نامناسب مهم‌ترین موانع اجرای راهبردها و سیاست‌های صنعت گردشگری هستند. از نظر اکبری و ابونوری (۱۳۹۳)، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر جذب گردشگران خارجی در ایران امکانات زیرساختی کشور، پتانسیل‌های تاریخی - مذهبی و طبیعی کشور و در رتبه بعدی شرایط سیاسی - اقتصادی کشور است. نتایج پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از آن است 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. انصاری و همکاران (2014) در مقاله‌ای به بررسی موضوع در سه کشور هند، تایلند و سنگاپور پرداخته‌اند. آنان در این مقاله ابتدا به تبیین سه بعد اصلی جهانی‌شدن، یعنی بین‌المللی‌شدن تولید همراه با تغییر در ساختار تولید، گسترش تجارت بین‌المللی و گسترش تحقیق جریان بین‌المللی سرمایه پرداخته و سپس تأثیر جهانی‌شدن بر گردشگری پزشکی در کشورهای مذکور را بسیار درخشان پیش‌بینی کرده‌اند. همچنین بیان می‌کنند که کشورهای نظیر هند، تایلند و سنگاپور جزو کشورهای برتر در گردشگری پزشکی هستند و دلیل اصلی آن را هزینه‌های پائین درمان در این کشورها ذکر می‌کنند. ریکا فورت (2011) در پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد خود، با عنوان بررسی عوامل تأثیرگذار در انتخاب بیمارستان‌های تایلند به‌عنوان مقاصد گردشگری پزشکی، با انتساب بیست عامل تأثیرگذار به بررسی موضوع از دیدگاه گردشگران پرداخته و در نهایت عوامل تأثیرگذار را اولویت‌بندی کرده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که پزشکان متخصص و معتبر بیشترین امتیاز را در میان عوامل به خود اختصاص داده است. اسمیت و فورجیون (2008) مدل دومرحله‌ای از عوامل تأثیرگذار

در تصمیم‌گیری بیمار برای جست‌وجوی خدمات مراقبت بهداشت در خارج از کشور خود را ارائه داده‌اند. آنان، در مرحله نخست، عوامل تعیین‌کننده در انتخاب کشور موردنظر بیمار را مشخص می‌نمایند و در مرحله دوم عوامل تعیین‌کننده انتخاب یک مرکز درمان مناسب را ارزیابی می‌کنند. آنان چنین بحث می‌کنند که ویژگی‌های خاص یک کشور مانند شرایط اقتصادی، جو سیاسی و سیاست قانون‌گذاری در انتخاب کشور تأثیر می‌گذارد، درحالی‌که عواملی چون هزینه‌ها، اعتبار بیمارستان، کیفیت خدمات پزشکی و آموزش پزشک در انتخاب مرکز مراقبت بهداشت تأثیر می‌گذارد. هراهشه (2002) در پژوهشی تحت عنوان «پتانسیل توسعه گردشگری سلامت در اردن» بیان می‌کند که گردشگران، برخلاف کاستی‌ها و مشکلات مربوط به حمل‌ونقل عمومی، قیمت‌ها، پاکیزگی، قابلیت دسترسی و توسعه صنعت گردشگری سلامت در آن کشور، از خدمات راضی بوده و پس از بررسی مراکز درمانی این کشور به این نتیجه رسیده‌اند که از ۲۰ مرکز درمانی طبیعی در اردن با قابلیت ارائه خدمات درمانی به گردشگران ۴ مرکز بسیار پیشرفته، ۱۰ مرکز در حد متوسط و ۶ مرکز در حد پایین است.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت عوامل متعددی در توسعه و شکوفایی گردشگری نقش دارند. بررسی ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که جنگ (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۹)، درآمد سرانه و قیمت‌های نسبی (حبیبی و همکاران، ۱۳۸۴) تروریسم (Ali Raza et al, 2013)، نرخ تورم و مسائل زیست‌محیطی (امین‌رشتی و همکاران، ۱۳۹۰)، درآمدهای نفتی و دولت (لطفی، ۱۳۸۴)، امنیت (صدائی و همکاران، ۱۳۸۹)، تولید ناخالص ملی و نرخ ارز حقیقی (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱)، تولید ناخالص داخلی و درآمد سرانه (فلیحی و همکاران، ۱۳۹۱) از عوامل مهمی هستند که در افزایش یا کاهش تعداد گردشگرانی که به یک کشور وارد می‌شوند مؤثرند.

مدل مفهومی پژوهش

عوامل غیردرمانی مدل مفهومی این پژوهش تلفیقی است از دو مدل Song and et al(2010) و مدل گودرزی و همکاران (۱۳۹۲). مدل Song and et al(2010) دو بخش دارد: عرضه و تقاضا. تقاضا بیانگر عواملی است که بر انتخاب مقصد و گزینه‌های پزشکی گردشگران تأثیر می‌گذارد و عرضه اساساً به چگونگی ارائه خدمات مقصد موردنظر به نیازهای این گردشگران می‌پردازد. گودرزی و همکاران (۱۳۹۲) در مدل خود به شناسایی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم عوامل قیمت خدمات درمانی و گردشگری، کیفیت خدمات درمانی و گردشگری، فرهنگی، امکانات، تسهیل و تجهیزات درمانی و گردشگری و فناوری اطلاعات در گردشگری پزشکی پرداخته است. با توجه به این‌که هدف این پژوهش بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی در توسعه گردشگری سلامت است، برخی از عوامل از قسمت تقاضا (شرایط کشور) از مدل Song and et al(2010) و برخی دیگر از مدل گودرزی و همکاران (۱۳۹۲) انتخاب شده است. همچنین برای متغیر گردشگری سلامت از مدل معبودی و حکیمی (۱۳۹۴) و طباطبایی‌نسب و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شده است. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ مشاهده می‌شود.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

فرضیات پژوهش

- عوامل فرهنگی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
- عوامل اقتصادی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
- عوامل قانونی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
- عوامل زیرساختی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
- شرایط عمومی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.

روش پژوهش

این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی - پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش دربردارنده گردشگران خارجی است که در زمان انجام پژوهش به بیمارستان‌های تهران سفر کرده‌اند و به تعداد ۴۰۰ نفرند. با توجه به این که حجم جامعه آماری در این تحقیق محدود و مشخص است، برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شده و نمونه‌ای به حجم ۱۹۶ نفر تعیین شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه است که برای متغیر گردشگری سلامت از پرسش‌نامه معبودی و حکیمی (۱۳۹۴) و طباطبای‌نسب و همکاران (۱۳۹۳) و برای عوامل غیردرمانی از پرسش‌نامه خودساخته استفاده شده است. همچنین توزیع پرسش‌نامه به صورت تصادفی مرحله‌ای است، بدین صورت که در زمان موردنظر به محل اقامت گردشگر رجوع شده و پرسش‌نامه در بین آنان توزیع شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوا تأیید شده و پایایی آن از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸۶ به دست آمده که نشان از پایایی بالایی دارد. جدول ۱ نشان‌دهنده پایایی مؤلفه‌های پرسش‌نامه پژوهش است.

جدول ۱: پایایی متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	متغیر	آلفای کرونباخ
عوامل اقتصادی	۰/۷۴۶	شرایط عمومی	۰/۸۲
عوامل فرهنگی	۰/۷۶	عوامل حاکمیتی	۰/۷۴
عوامل زیرساختی	۰/۸۰	گردشگری سلامت	۰/۸۵

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

در این پژوهش، برای ارزیابی کفایت نمونه‌گیری از ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) استفاده شده است. درخصوص ضریب KMO باید گفت که ارزش عددی KMO بالاتر از ۰/۷ است که نشان از مطلوب بودن ضریب استفاده از تحلیل عاملی دارد. به علاوه در پژوهش پیش رو، متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات و زبان رسمی کشور بررسی شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

آمار توصیفی

بر اساس بررسی جمعیت‌شناختی و توصیفی پرسش‌نامه، نتایج جدول ۲ به دست آمده است:

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای نمونه

مؤلفه	زیرمؤلفه	تعداد فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۴۹	۲۵
	مرد	۱۴۷	۷۵
تحصیلات	دیپلم و زیردیپلم	۳۰	۱۵.۳
	کاردانی	۶۹	۳۵.۲
	کارشناسی	۷۵	۳۸.۲۶
سن	کارشناسی‌ارشد و بالاتر	۲۲	۱۱.۲۲
	کمتر از ۳۰ سال	۲۶	۱۳.۲۶
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۷	۱۳.۷۷
	۴۱ تا ۵۰ سال	۶۵	۳۳.۱۶
	۵۱ تا ۶۰ سال	۴۹	۲۵
	بالاتر از ۶۰ سال	۲۹	۱۴.۷۹

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

آمار استنباطی

در این پژوهش، برای بررسی سؤالات پرسش‌نامه و آزمون فرضیه‌ها از رویکرد معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. در مدل‌سازی معادلات ساختاری، بین دو گروه متغیر پنهان متغیری است که از چند متغیر آشکار به وجود می‌آید. متغیرهای پژوهش شامل عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، شرایط عمومی، عوامل زیرساختی، عوامل حاکمیتی و گردشگری سلامت‌اند. متغیرهای قیمت نسبی و نرخ ارز، نرخ تورم و سطح درآمد سرانه کشور، که در این پژوهش مطرح شده، با عامل اقتصادی مرتبط‌اند. از طرفی متغیرهای شرایط مذهبی، فرهنگ عامه و نیروی انسانی آموزش‌دیده، با عامل فرهنگی مرتبط‌اند. همچنین متغیرهای آب‌وهوا، بهداشت عمومی و خدمات درمانی و اماکن دیدنی متنوع با عامل شرایط عمومی مرتبط‌اند. از سوی دیگر، متغیرهای حمل‌ونقل، فناوری اطلاعات و شرایط اقامتی، با متغیر عامل زیرساختی در ارتباط‌اند. از طرفی متغیرهای شرایط سیاسی، شرایط امنیتی و استانداردهای حسابداری بین‌المللی بخش دولتی با متغیر عوامل حاکمیتی مرتبط‌اند. و نهایتاً متغیرهای انتخاب بیمارستان، کادر پزشکی، مشارکت بین‌سازمانی و بازاریابی و تبلیغات با متغیر گردشگری سلامت مرتبط‌اند.

یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی

پس از جمع‌آوری اطلاعات، برای مشخص کردن این‌که شاخص‌های اندازه‌گیری (متغیرهای مشاهده) تا چه اندازه برای سنجش متغیرهای پنهان قابل قبول‌اند، لازم است ابتدا تمامی متغیرهای مشاهده به‌طور مجزا مورد آزمون قرار گیرند. از این‌رو شاخص‌های کلی برازش برای الگوهای اندازه‌گیری (تحلیل

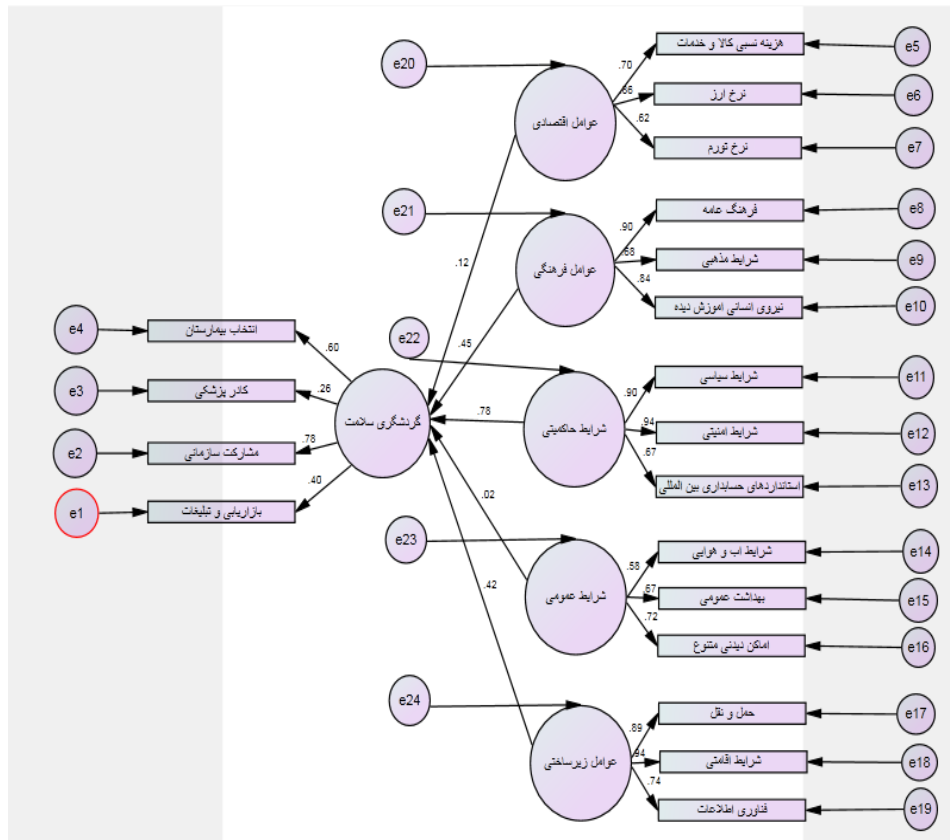
عاملی تأییدی) مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون شاخص‌های برازش برای مدل‌های تحلیل عاملی تأییدی حاکی از آن است که شاخص‌های اندازه‌گیری (متغیرهای آشکار) می‌توانند متغیرهای پنهان را به خوبی اندازه‌گیری کنند. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی (جدول ۴ تا ۶) به همراه شاخص جزئی P برای آزمون قابل قبول بودن بار عاملی مربوط به هر سؤال بررسی شد و بار عاملی همه سؤالات بالاتر از ۰/۰۵ جزئی کمتر از ۰/۰۵ بودند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سؤالات به خوبی متغیرهای مشاهده را می‌سنجد.

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی تأییدی به همراه شاخص جزئی P برای متغیرها

رتبه شاخص	P	بار عاملی	متغیر آشکار	متغیر پنهان
۱	۰/۰۰۰	۰/۷۰	هزینه‌های نسبی کالاها و خدمات	عوامل اقتصادی
۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	نرخ ارز	
۳	۰/۰۰۸	۰/۶۲	نرخ تورم	
۱	۰/۰۰۰	۰/۹۰	فرهنگ عامه	عوامل فرهنگی
۳	۰/۰۰۳	۰/۶۸	شرایط مذهبی	
۲	۰/۰۰۵	۰/۸۴	وجود نیروی انسانی آموزش دیده در بخش‌های خدماتی، اقامتی و....	
۲	۰/۰۰۰	۰/۹۰	شرایط سیاسی	عوامل حاکمیتی
۱	۰/۰۱۱	۰/۹۴	شرایط امنیتی	
۳	۰/۰۲۳	۰/۶۷	استانداردهای حسابداری بین‌المللی بخش دولتی	
۳	۰/۰۱۴	۰/۵۸	شرایط آب‌وهوایی	شرایط عمومی
۱	۰/۰۱۷	۰/۷۲	اماکن دیدنی متنوع	
۲	۰/۰۰۵	۰/۶۷	بهداشت عمومی و خدمات درمانی	
۲	۰/۰۰۷	۰/۸۹	حمل و نقل	عوامل زیرساختی
۱	۰/۰۰۰	۰/۹۴	شرایط اقامتی	
۳	۰/۰۱۹	۰/۷۴	فناوری اطلاعات	
۲	۰/۰۰۳	۰/۶۰	انتخاب بیمارستان	گردشگری سلامت
۴	۰/۰۰۹	۰/۲۶	کادر پزشکی	
۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸	مشارکت بین سازمانی	
۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰	بازاریابی و تبلیغات	

برازش مدل مفهومی پژوهش

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شده است که خروجی نرم‌افزار به صورت شکل ۴ است.



شکل ۲: خروجی نرم افزار

قبل از بررسی فرضیه‌های تحقیق، باید برازش مدل مفهومی پژوهش را بررسی کرد. به منظور بررسی مناسب بودن برازش مدل با داده‌ها، شاخص‌های برازش محاسبه شده است. در این تحقیق سعی شده به بررسی برازش مدل با توجه به مهم‌ترین شاخص‌های مدنظر محققان پرداخته شود.

جدول ۴: برازش مدل مفهومی تحقیق

نام شاخص	حد مجاز	مقدار برآورد شده	نتیجه
CFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۲۲	تأیید
IFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۳۴	تأیید
NFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۰۵	تأیید
CMIN/DF	بین ۱ تا ۳	۲/۰۵	تأیید
RMSEA	کمتر از ۰/۰۹	۰/۰۵۱	تأیید

منبع: محاسبات تحقیق

در توضیح مقادیر شاخص‌های برازش جدول فوق لازم است ذکر شود که اگر شاخص X^2/df عددی بین ۱ تا ۳ باشد، نشان از تأیید بالای مدل دارد. سه شاخص دیگر NFI، IFI، CFI هستند که

همواره عددی بین صفر و یک اختیار می‌کنند. هرچه این عدد به یک نزدیک‌تر باشد، نشان از برازش بهتر مدل با داده‌ها دارد. RMSEA نیز یکی دیگر از شاخص‌های برازش مدل است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار مناسب برای این شاخص کمتر از ۰/۱ است (قاسمی، ۱۳۸۹، ص ۱۷۰). با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده در جدول ۴، می‌توان دریافت که مدل مفهومی تحقیق از دیدگاه شاخص‌های برازش از وضعیت مطلوبی برخوردار است.

برای آزمون معناداری فرضیه‌ها، از دو شاخص جزئی مقدار بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵، مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ باشد؛ مقدار پارامتر کمتر از این در الگو مهم شمرده نمی‌شود. همچنین، مقادیر کوچک‌تر از ۰/۰۵ برای مقدار P گویای تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده برای وزن‌های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل مدل، به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

جدول ۶: نتایج آزمون فرضیه‌ها

نتیجه	P	CR	ضریب	فرضیه
تأیید	***	۴/۵۷	۰/۱۲	۱: عوامل اقتصادی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
تأیید	***	۳/۶۰۱	۰/۴۵	۲: عوامل فرهنگی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
تأیید	***	۴/۱۲۷	۰/۷۸	۳: عوامل حاکمیتی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
تأیید	***	۶/۲۰	۰/۰۲	۴: شرایط عمومی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.
تأیید	***	۳/۵۶۳	۰/۴۲	۵: عوامل زیرساختی بر توسعه گردشگری سلامت تأثیر دارد.

با توجه به جدول ۵ و آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش، مشاهده می‌شود که فرضیه‌های اصلی پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. در توضیح آزمون فرضیات اصلی باید گفت، با توجه به مقدار بحرانی CR که برای تمامی فرضیه‌ها دارای مقدار بیش از ۱/۹۶ است و مقدار p که کمتر از سطح خطای ۵ درصد است، در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرضیه‌های اصلی پژوهش تأیید می‌شوند. لذا با توجه به جدول ۵ می‌توان گفت، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، شرایط عمومی، عوامل زیرساختی و عوامل حاکمیتی در گردشگری سلامت تأثیر معناداری دارند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه سعی شده پارامترهای غیردرمانی اقتصادی، فرهنگی، حاکمیتی، زیرساختی و شرایط عمومی، علاوه بر متغیرهای متداول گردشگری سلامت، مورد کنکاش قرار گیرد. جامعه آماری پژوهش دربردارنده گردشگران خارجی است که به بیمارستان‌های تهران سفر کرده‌اند و در زمان انجام پژوهش به تعداد ۴۰۰ نفر بودند. با توجه به آنچه گفته شد، تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های پژوهش حاکی از

آن است که شاخص‌های برازش برای مدل تحلیل عاملی تأییدی برای تمامی متغیرهای پنهان تحقیق در سطح مطلوبی قرار دارد، همچنین شاخص‌های اندازه‌گیری (متغیرهای آشکار) به خوبی می‌توانند متغیرهای پنهان را اندازه‌گیری کنند. از طرف دیگر، نتایج فرضیه‌های مطرح شده نشان‌دهنده آن است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد همه پنج عامل غیردرمانی اقتصادی، فرهنگی، حاکمیتی، زیرساختی و شرایط عمومی تأثیر مثبت و معناداری در گردشگری سلامت دارند. درخصوص همخوانی نتایج این پژوهش با دیگر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه می‌توان گفت نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش‌های معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)، تیموری (۱۳۹۴)، حقیقی و همکاران (۱۳۹۴)، مظلومی و جلالی (۱۳۹۳)، شاه‌آبادی و سیاح (۱۳۹۲)، Gebrayel(2013)، Navaratana(2013)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت دارد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده و ضریب رگرسیونی عوامل اقتصادی که برابر ۰/۱۲ است، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود.

۱. علاوه بر افزایش هزینه‌های سلامت و ارتقای شاخص‌های مرتبط به آن، توسعه مراکز درمانی و خدمات بهداشتی از جمله بیمارستان‌ها گام موثری در جلب نظر گردشگران، به ویژه بیماران، برای استفاده از خدمات درمانی کشور است.

۲. از سوی دیگر نرخ ارز مؤثر واقعی، به عنوان قدرت رقابت‌پذیری کالاها و خدمات گردشگری، باید به گونه‌ای تعریف شود تا خدمات گردشگری کشور قابلیت رقابت جهانی داشته باشد.

۳. نظارت بر قیمت و کیفیت خدمات درمانی و گردشگری 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.

همچنین با توجه به نتایج به دست آمده و ضریب رگرسیونی عوامل فرهنگی، که برابر ۰/۴۵ است، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود.

۴. یکی از مسیرهای برون‌رفت از اوضاع موجود کشورهای کمتر توسعه یافته همچون ایران، که شرایط فرهنگی غنی و متمایزی دارند، تکیه بر منابع و امکانات محلی از طریق اشتغالات محلی فرهنگی - اجتماعی و بر پایه توسعه درون‌زا است. لذا تمرکز بر فرهنگ عامه (فولکلور) یکی از منابع مهم در ایجاد انگیزه برای سفر به مقاصد گردشگری به شمار می‌رود.

۵. ارتقای مهارت‌های ارتباطی منابع انسانی از جمله زبان انگلیسی و عربی در جهت ارائه مطلوب‌تر خدمات گردشگری و درمانی.

۶. تبلیغ و اشاعه فرهنگ ایرانی - اسلامی از جمله نشان دادن حجاب زنان ایرانی در رسانه‌های جمعی همچون شبکه‌های تلویزیونی بین‌المللی برای کشورهای همسایه مسلمان؛ زیرا گردشگران سلامت بیشتر از کشورهای همسایه ایران می‌آیند.

- از طرفی با توجه به نتایج به دست آمده و ضریب رگرسیونی عوامل حاکمیتی که برابر ۰/۷۸ است، پیشنهادهای زیر ارائه می شود:
۷. تشویق شرکت های بیمه برای پوشش بیمه های جهان گردان و همچنین طراحی و تدوین راهکارهایی برای پذیرش بیمه های تکمیلی کشورهای بازار هدف.
 ۸. تشکیل ستاد ویژه توسعه گردشگری درمانی در کشور؛ تشکیل این ستاد، که به نظر صاحب نظران باید ماهیتی فرابخشی داشته باشد و از نهادهایی که وظایف جاری دارند مستقل باشد، ضروری است. با این ساختار، امکان جلب همکاری و هماهنگی نهادهای ذی ربط برای تسهیل ارائه خدمات به بیماران خارجی و ایجاد بسترهای مناسب فعالیت بخش خصوصی وجود دارد.
 ۹. به هر حال، ثبات سیاسی کشور در انتخاب مقصد درمانی تأثیر بسزایی دارد. لذا برای جذب بیماران از کشورهای همسایه و نیز جذب بیماران از کشورهای غیرهمسایه و از طرفی جلوگیری از تأثیر منفی تبلیغات کشورهای غربی، اتخاذ سیاستی متدبرانه الزامی است. یکی از این سیاست ها تبلیغات معکوس و تلاش برای خنثی نمودن تبلیغات تخریبی کشورهای غربی است.
 ۱۰. فراهم آوردن امکان تمديد زمان ویزای درمانی تا بیماران قبل از تکمیل فرایند درمان مجبور به بازگشت به کشور خود نباشند.
- از طرفی دیگر، با توجه به نتایج به دست آمده و ضریب رگرسیونی شرایط عمومی که برابر ۰/۰۲ است، پیشنهادهای زیر ارائه می شود:
۱۱. تبلیغات گسترده در زمینه شناساندن جاذبه های گردشگری ایران به مردم سایر کشورها، در صورت حضور بیماران خارجی و همراهانشان در ایران، از طریق تشکیل تورهای مسافرتی و نشان دادن جاذبه های گردشگری ایران به آنان تا، علاوه بر درآمدزایی و افزایش انگیزه برای سفرهای بعدی ایشان به ایران، از توصیه های آنان نیز بهره مند شویم.
 ۱۲. تنوع بخشی و توسعه برنامه های تبلیغاتی برای معرفی جاذبه های طبیعی و تاریخی، خصوصیات بارز فرهنگی، معماری و آداب و رسوم در شبکه های جهانی.
- همچنین با توجه به نتایج به دست آمده و ضریب رگرسیونی عوامل زیرساختی که برابر ۰/۴۲ است، پیشنهادهای زیر ارائه می شود.
۱۳. ایجاد تسهیلات اقامتی در حد هتل های ۳ تا ۵ ستاره جهانی، ارائه تسهیلات مطابق با ملیت و فرهنگ بیماران، حضور مترجم برای راحتی ارتباطات و همچنین فراهم نمودن هتل آپارتمان در محوطه بیمارستان برای گذراندن دوران نقاهت.
 ۱۴. ایجاد وبگاه های مرتبط به گردشگری سلامت به زبان های بین المللی برای دسترسی بیماران به اطلاعات؛ زیرا گردشگران سلامت نیازهای خود را غالباً از طریق اینترنت جست و جو می کنند.
 ۱۵. بسط و گسترش خطوط ارتباطی و استفاده از وسایل مدرن حمل و نقل، توسعه خدمات هواپیمایی و فرودگاهی، گسترش خطوط پروازی در داخل و خارج از کشور و همچنین در نظر گرفتن پروازهای مستقیم از ایران به کشورهای هدف و برعکس.

منابع

- اکبری، زهرا و ابونوری، عباسعلی (۱۳۹۳). «طبقه‌بندی عوامل مؤثر بر شاخص‌های اقتصادی گردشگری خارجی». *فصل‌نامه جغرافیا و توسعه*، شماره ۳۴، صص ۳۳-۵۶.
- امین رشتی، ناریس و فهیمی فر، فاطمه (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر صنعت گردشگری در مرکز، جنوب و غرب آسیا. *فصلنامه علوم اقتصادی*، شماره ۸، ۹۱-۱۱۵.
- پاکزاد، جهان‌شاه (۱۳۸۴). راهنمای طراحی فضای شهری در ایران. تهران: شرکت طرح و نشر پیام سیما، وزارت مسکن و شهرسازی، معاونت شهرسازی و معماری.
- حبیبی، فاتح و عباس نژاد، حسین (۱۳۸۴). تصریح و برآورد تابع تقاضای گردشگری ایران با استفاده از داده‌های سری زمانی - مقطعی، *مجله تحقیقات اقتصادی*، شماره ۷۰: ۹۱-۱۱۵.
- حقیقی کفاش، مهدی، ضیایی، محمود و جعفری، قاسم (۱۳۸۹). «اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران». *فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری*، شماره ۱۱، صص ۴-۲۳.
- حیدری چپانه، رحیم و سلطانی، ناصر (۱۳۹۳). «تحلیلی بر نقش ثبات سیاسی و امنیت در توسعه صنعت گردشگری؛ مورد مطالعه: منطقه خاورمیانه». *مجله جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی*، ۲۵(۲)، ۲۰۹-۲۲۸.
- خدایی، زهرا و کلانتری خلیل‌آباد، حسین (۱۳۹۱). «توسعه گردشگری با تأکید بر نقش آموزش نیروی انسانی». *فصل‌نامه مطالعات مدیریت شهری*، ۴(۱۲): ۴۷-۶۰.
- شاه‌آبادی، ابوالفضل و سیاح، علی (۱۳۹۲). «تأثیر زیرساخت‌های گردشگری: رویکرد پانل دیتا، مقایسه تطبیقی کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته». *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، ۲(۷)، ۲۵-۴۳.
- شاه‌آبادی، ابوالفضل، مهری قلیایی، فریبا (۱۳۹۵). «تأثیر نهاد حکمرانی کشور میزبان بر درآمد گردشگری کشورهای در حال توسعه منتخب». *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، ۵(۱۶)، ۸-۳۰.
- شریفی رنانی، حسین، سجادیه خواجویی، فرزاد و ترابی، افسانه (۱۳۹۲). «نقش حکمرانی خوب در جذب گردشگر». *اولین همایش الکترونیکی ملی چشم‌انداز اقتصاد ایران*، ۱-۲۲.
- صیدایی، سید اسکندر و هدایتی‌مقدم، زهرا (۱۳۸۹). «نقش امنیت در توسعه گردشگری». *فصل‌نامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، ۱۴(۸)، ۹۷-۱۱۰.
- طباطبایی‌نسب، سید محمد، نوری، ابوالفضل، محمدنبی، زهره و حشمتی، فرزانه (۱۳۹۳). «گونه‌شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی». *فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۸(۲۶)، ۵۳-۷۶.
- قاسمی، وحید (۱۳۸۹). *مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Graphics Amos*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول.
- کروبی، مهدی (۱۳۸۸). «بررسی نقش فولکلور (فرهنگ عامه) در توسعه گردشگری ایران». *فصل‌نامه مطالعات جهان‌گردی*، ۱۰(۱)، ۵۳-۷۸.
۱۱. گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود و زنگی‌آبادی، علی (۱۳۹۲). «بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان شهر شیراز». *فصل‌نامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۸(۲۳)، ۱-۲۵.
۱۲. فلیحی، نعمت و جعفرزاده، بهروز (۱۳۹۱). بررسی عوامل مؤثر بر توریسم، تلفیق روشهای اقتصادسنجی و سیستم دینامیکی. *فصلنامه علوم اقتصادی*، شماره ۱۴، ۵۳-۹۰.
۱۳. لطفی، صدیقه (۱۳۸۴). نگرش سیستمی لازمه پایداری گردشگری در مازندران، مجموعه مقالات اولین همایش سراسری نقش صنعت گردشگری در توسعه مازندران، ناشر رسانش، تهران.

محمدزاده، پرویز، بهبودی، داود، فشاری، مجید و ممی پور، سیاب (۱۳۸۹). تخمین تابع تقاضای خارجی کل گردشگران ایران (رهیافت TVP)، فصلنامه پژوهش های رشد و توسعه اقتصادی، شماره ۱: ۱۰۷-۱۳۱.
 محمدی، تیمور و کریمی، مجتبی (۱۳۹۱). عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری در ایران. فصلنامه پژوهش های اقتصادی، شماره ۱۰، ۲۷-۵۱.

محمودی، سمیه، رنجبریان، بهرام و فتحی، سعید (۱۳۹۴). «شناسایی عوامل مؤثر بر تصویر ذهنی گردشگران خارجی از ایران». *مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری*، ۴(۱۳)، ۷۲-۹۲.
 مروتی شریف آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فایزه (۱۳۹۳). «ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد». *مجله مدیریت سلامت*، ۱۷(۵۵)، ۷۳-۸۸.

معبودی، محمدتقی و حکیمی، هادی (۱۳۹۴). «عوامل تعیین کننده گردشگری پزشکی: نمونه موردی ایران». *مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری*، ۴(۱۵)، ۸۰-۱۰۶.

مظلومی، نادر و جلالی، سید حسین (۱۳۹۳). «ارزیابی موانع پیاده سازی استراتژی در صنعت گردشگری». *فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری*، ۸(۲۵)، ۱-۲۶.

واحدپور، غلام عباس و جعفری، مهتاب (۱۳۹۰). «راهبردهای مدیریت و توسعه پایدار زیرساخت های گردشگری ایران با تأکید بر مدل SWOT». *فصلنامه برنامه ریزی منطقه ای*، ۱(۱)، ۸۳-۹۷.

هادی زاده مقدم، اکرم، زاهدیان نژاد، محمدحسین، قنبرزاده میاندهی، رضا و فخارمنش، سینا (۱۳۹۲). «الگوی عوامل مؤثر بر انگیزه گردشگران پزشکی برای ورود به ایران». *نشریه مدیریت بازرگانی*، شماره ۱۵، صص ۷۹-۵۹.

Ahadnejad, M, Feizi, S. (2013). The Assessment of infrastructure role in Urban Tourism Development with an emphasis on sustainability, available online at: <http://www.Civilica.Com>.

Ali Raza, Syed & Jawaid, Syed Tehseen (2013): Terrorism and Tourism: A conjunction and ramification in Pakistan, *Economic Modelling*, Vol.33, pp. 65-70.

Ansari, I. and Saman, K. (2014). Impact of globalization on medical tourism in developing countries like India, *International Journal of Engineering Technology, Management and Applied Sciences*, 1 2(7): 62-68.

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.

Esiyok, B., Cakar, M., Kurtulmusoylu, F.B. (2016). The effect of Cultural distance on medical tourism. ELSEVIER. *Journal of Destination Marketing & Management*. Available online. 22March2016.

Farajirad, A, Aghajani, S. (2009). New analyses about tourism and the types of its classification, 6(23), available at Sarzamin. Srbiau.ac.ir

Gebrayel, A. (2013). The Impact of climate change on tourism in the Mediterranean Region, from www.cyprus-institute.ecoethics.ne, (Oct/7/2013).

Guojinga, F.A.N. and Zhijun, L. (2013). Medical tourism: The new favorite tourist market, *Journal of Economics and International Finance*, 5(3): 65-70.

Harahsheh, S.S. (2002). Curative Tourism In Jordan And Its Potential Development. Thesis For The Fulfillment Of MA In European Tourism Management (ETM) Bournemouth University, United Kingdom, 13(1), 1-135.

Keckley, P., Underwood, H. (2009). Medical Tourism: update & implication. Available at: [deloitte center for health solutions, http://www.Delitte.com](http://www.Delitte.com)

- Khadaroo, J., Seetanah, B. (2007). Transport infrastructure and tourism development, *Annual of Tourism Research*, 34(4), 1021-1032.
- Marlowe, J., & Sullivan, P. (2007). Medical tourism: the ultimate outsourcing. *Human Resources Planning*, 30(2), 8-10.
- Mohamad, W.N., Omar, A., Haron, M.S (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facilitators in Medical Tourism. ELSEVIER. *procedia- social and behavioral sciences*65 (2012), 358-363. Available online at www.Sciencedirect.com
- Navaratana, T. (2013). Sustainable marketing in Asian context: Understanding customers' attitudes toward climate change and sustainable tourism, *Proceedings of 8thAsian Business Research Conference*, Thailand.
- Scott, D., Amelung, B. and Becken, S. (2007). Climate change and tourism: Responding to global channenges, from: sdt.unwto.org (Oct/7/2013).
- Smith Pamela C., Forgion Dana, A. (2008). global outsourcing of healthcare : Medical Tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3),19- 30.
- Rica fort, K.M.F. (2011). A Study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination (Master Disertation), Webster University, Cha-am, Thailand.
- Rollandi, I. (2014). Top 10Best countries for Medical Tourism, available online at <http://www. Insidermonkey.com/bloy/the-10-best- countries- for- medical- tourism-330910>.
- 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*, 7-40.
- Crooks, Valorie A., Turner, Leigh, Snyder, Jeremy, Johnston, Rory, Kingsbury, Paul (2011). Promoting medical tourism to India: Messages images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72 726-732.
- Ulanova, A. (2015). Medical Tourism Demand for Cuban Medical Tourism by Russian Consumers, Bachelor's thesis School of Tourism and Hospitality Management Degree Programmed in Tourism Bachelor of Hospitality Management, Lapland University of Applied Sciences.
- World Tourism Organization (2012). *Yearbook of Tourism Statistic*, 2012 edition, <http://www2.unwto.org>.
- Yung-Sheng, Y. (2013). Key success factors in medical tourism marketing, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3): 152-158.