مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵: ۶۹-۷۶

● **نامه به سردبیر** **کد مقاله: ۰۷**

بررسی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب توریسم سلامت

چکیده

زمینه: گردشگری سلامت، امروزه از رو به رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری در جهان است که به دلیل کم‌هزینه بودن ارائهٔ خدمات درمان در کشور ایران، از بهترین وجوه توسعهٔ اقتصادی به‌شمار می‌آید و فرصتی مناسب جهت ارائهٔ خدمات پزشکی به گردشگران و نیز ایجاد رضایتمندی در بیماران خارجی مراجعه‌کننده به کشور، جهت درمان برای ارتقاء اعتبار و اقتصاد کشور است.

روش کار: این پژوهش با هدف بررسی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب توریسم سلامت و ارائه پیشنهادهای ارتقائی در صنعت توریسم کشور، کتاب‌ها، مقالات و پژوهش‌هایی را که دارای کلید واژه‌های Medical tourism و Health tourism بودند و نیز با تکیه بر استانداردهای وزارت بهداشت و درمان کشور و سازمان‌های اعتباربخشی بین‌المللی درمانی معتبر دنیا، به‌علاوه نظرهای صاحب‌نظران خبر این حوزه، مورد بررسی قرار داده است.

یافته‌ها: نتایج حاصله از این پژوهش در بررسی فرضیه‌های به آزمون گذاشته شده، مؤثرترین عامل را کم بودن هزینه درمان در ایران و همچنین ایجاد دهکده گردشگری به منظور رضایت بیماران خارجی و عامل سوم، حسن شهرت پزشکان و پس از آن، احترام به عقاید ایشان و در رده پنجم، وجود یک سازمان یا نهاد مجزا جهت پیگیری امور بیماران خارجی را در حضور خود در کشور ایران مؤثر دانستند. در رده‌های بعدی، سه عامل با اثرگذاری کمتر قرار دارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، به نظر می‌رسد که عوامل تأثیرگذار بیشتری بر جذب توریسم سلامت مؤثر هستند و یافته‌های این مستند می‌تواند راهگشای شناخت بهتر این فاکتورهای مداخله‌گر باشد.

واژگان کلیدی: گردشگری، توریسم سلامت، بیمار خارجی، دهکده سلامتی، پزشکان حاذق.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۵/۴/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۱۰

توکلی نونا ۱*
دکتر محمدیان ساروی ۲

۱- کارشناس ارشد مدیریت دولتی (تحول سازمانی)، بیمارستان‌های تهران
۲- استاد گروه مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزکوه

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران- میرداماد- روبروی اداره مالیات- کلینیک زیبائی شایان

تلفن: ۰۲۱-۲۶۴۰۰۱۱۱

نشانی الکترونیکی:
nonatavakoli@gmail.com

مقدمه

گردشگری درمانی و بهداشتی، امروزه از رو به رشدترین بخش‌های صنعت گردشـگری جهان اسـت که باعث شـده سـازمان‌های دسـت‌اندرکار و کشـورهای علاقه‌مند به توسعه گردشگری توجه خود را به این بخش از صنعت توریسم جلب و برای آن برنامه‌ریزی کنند. زندگی صنعتی در بیشـتر کشـورهای دنیا الزاماتی را با خود همراه دارد و نیازهایی را نیز برای مردم جوامع مختلف ایجاد کرده است. امروزه تمایل مردم برای تناسب اندام، استفاده از منابع طبیعی و ویتامین‌ها، کاهش درد، تسلط بر استرس و افزایش سلامت روح و روان و جسـم بسـیار چشمگیر اسـت. به همین دلیل است که در نقاط مختلف جهان روش‌های درمانی طبیعی مانند اسـتفاده از چشـمه‌های آب گرم بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد و تمامی اقشار مردم اعم از کم‌درآمدها و پردرآمدها به سمت این نوع از گردشگری تمایل دارند. چشـمه‌های آب گرم، محل‌های مناسبی برای ایجاد اقامتگاه‌های توریسـتی اسـت که با ایجاد مراکز تفریحی و ارائه سـرویس‌ها و امکانات در این نقاط، می‌تـوان آن‌ها را به مقاصد گردشـگری درجه اوّل برای گردشگران تبدیل کرد؛ زیرا همزمان، هم لحظه‌هایی مفرح و پرهیجان خواهند داشت و هم به سلامت و آرامش دست می‌یابند. علاوه بر این، جاذبه‌های طبیعی و روش‌های درمانی توریسـم درمانی به دلایل اقتصادی نیـز مورد توجه قرار می‌گیرد؛ زیرا صادرات خدمات پزشکی، یک اصل شناخته‌شده برای تقویت سـاختار بهداشت و درمان کشورهاسـت. دولت جمهوری اسـلامی ایران بر اساس برنامه‌ریزی‌های خود، باید تا پایان برنامه چهارم توسـعه، ۳۰ درصد از نیازهای درمانی و بهداشـتی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشـکی و توریسـم درمانی فراهم کند. علاوه بر نیاز به صدور کالا و خدمات پزشکی، درآمد توریسم درمانی نیز می‌تواند برای کشـورها، خصوصاً کشـورهای آسیایی که به حرکت در روند توسـعه می‌اندیشند، وسوسه‌انگیز باشد. این درآمد باعث شده است که برخی کشورهای آسیایی چون: سنگاپور، تایلند و هند به‌طور چشمگیری در حال تبلیغ سرویس‌های درمانی خـود در میان بیماران جهان باشـند. درباره گردش مالی حاصل از توریسم درمانی، آمار دقیقی وجود ندارد، اما 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 چشـمگیری در اقتصاد گردشگری کشورهای آسیایی داشته باشد.

با این تفاسـیر، می‌توان نیاز به یک برنامه‌ریزی دقیق برای جذب گردشـگران سلامت در کشور را با توجه به عواملی که تأثیرگذاری آن‌ها اثبات شده است ضروری دانسـت و با تمرکز بر راه‌حل‌های اجرایی، به شرایط بهتری در این صنعت پرمنفعت دست یافت.

مرور پیشینه و مبانی نظری

در رابطه با پژوهش‌های گذشـته، ایوبیان و همکاران [۱] وضعیت گردشـگری در ایران را به‌عنوان فرصت یا تهدید مورد مطالعه قرار داده‌اند که نتایج حاصل از آن دلالت بر نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر در نقاط قـوت و معرفی آن‌ها به‌عنـوان توانمندی و اصلاح نقاط ضعف بـا برنامه‌ریزی و اصلاح فرآیندی می‌باشـد. ابراهیم‌زاده و همکاران [۲] در تحقیق دیگری، آنالیز نقاط قوت و ضعف و فرصت و تهدید را در کشور ایران و هند انجام داده و به مقایسه آن‌ها همت گماردند که حاصل آن استفاده صحیح از نقاط قوت مانند کشور هند و پوشـش نقاط ضعف با استفاده از فرصت‌هایی است که تقریباً در هر دو کشور جهت ارتقا وجود دارد.

آلمـا فرامرزی [۳] در پژوهشـی با عنوان «توریسـم سـلامت و ارزآوری»، به ایـن صنعت پرمنفعت از دیـدگاه ورود ارز و کمک به گردش چرخه اقتصاد نگریسـته اسـت و نتایج حاصله بر نیاز به برنامه‌ریزی و تأمین نیازهای درمانی، تا پایان برنامه چهارم توسعه، به میزان ۳۰ درصد است.

مصطفی‌زاده و همکاران [۴] در رابطه با جایگاه ناباروری و با هدف بررسـی علل و انگیزه ایجاد این نوع از توریسم درمانی، به نتایجی چون نیاز به تجهیز بیمارسـتان‌ها و مراکز ناباروری و جذب نیروی انسانی مجرب و متعهد رسیدند.

در پژوهش‌های خارجی در رابطه با توریسـم سلامت، موارد زیادی در ترکیه وجود دارد که به‌دلیل هدف‌گذاری در راسـتای سودآوری، دارای جنبه‌های نواندیشی می‌باشد.

مورات سـایلی در رابطه با دکتر ماهی، نوآوری برای توریسـم را تحت بررسی قرار داده و جذابیت را عامل موفقیت در جذب ایشان دانسته اسـت و نورهزیلا، در مالزی، ایجاد یک استراتژی مناسب برای رسـیدن به یک چشـم‌انداز موفق را در کشور مالزی کارساز یافته است.

نیکلاس پولاک بر پایه چارچوب‌های مقایسه‌ای مطالعات تایلند و مالزی و سنگاپور، ترسـیم یک سیاست مشترک برای تأمین بیمار و تأمین تسـهیلات جذاب را در تمام کشـورها به‌صورت مشابه را توصیه نموده است. البته، عامل شرایط را مشخص نموده است.

مدل ترسیمی

گردشگری سلامت

۱- کیفیت ارائه خدمات درمان
۲- توانمندی پزشکان
۳- حسن شهرت پزشکان
۴- وجود پیوستگی در زنجیره درمان
۵- سازمان یا نهاد مجزا
۶- احترام به عقاید گردشگران
۷- ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت
۸- قیمت ارائه خدمات

روش کار

انتخاب روش تحقیق بستگی به ماهیت موضوع، اهداف پژوهش، فرض یا فرض‌های تدوین‌شده، ملاحظات اخلاقی و انسانی ناظر بر موضوع تحقیق و وسعت و امکانات اجرایی آن دارد [۶]. به‌طور کلی، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری را می‌توان به دو ملاک تقسیم کرد: الف) هدف تحقیق و ب) نحوه گردآوری داده‌ها [۷].

بر اساس هدف تحقیق، تحقیقات به سه دسته تحقیقات بنیادی، کاربردی و تحقیق و توسعه تقسیم می‌شود. هدف از تحقیق بنیادی، آزمون نظریه‌ها، تبیین روابط بین پدیده‌ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در یک زمینه خاص است. هدف تحقیقات کاربردی، توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است و تحقیق و توسعه نیز فرآیندی است که به منظور تدوین و تشخیص مناسب بودن یک فرآورده آموزشی انجام می‌شود (همان). بر اساس گردآوری داده‌ها، تحقیقات کاربردی نیز به دو دسته توصیفی و آزمایشی تقسیم شده‌اند (همان). یکی از انواع تحقیقات توصیفی، تحقیق پیمایشی است. بنابراین، تحقیق حاضر، از آنجایی که هدفش تعیین روابط تجربی در زمینه روابط متقابل میان اجزای تأثیرگذار بر جذب و توریسم سلامت است و دانش کاربردی را در مورد کیفیت رابطه و تأثیرپذیری میان متغیرها را توسعه می‌دهد. از نظر هدف، تحقیق کاربردی است و از نظر نوع پژوهش، تحقیقی توصیفی- پیمایشی می‌باشد.

سؤالات تحقیق

سؤال اصلی:

آیا شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب گردشگران سلامت بر جذب ایشان تأثیر دارد؟

سؤالات فرعی:

آیا کیفیت ارائه خدمات درمان بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

آیا توانمندی پزشکان بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

آیا حسن شهرت پزشکان بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

آیا وجود پیوستگی در زنجیره درمان در جذب توریسم سلامت تأثیر دارد؟

آیا ایجاد یک سازمان یا نهاد مجزا برای رسیدگی به امور بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

آیا احترام به عقاید گردشگران سلامت بر جذب ایشان تأثیر دارد؟

آیا ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

آیا قیمت ارائه خدمات درمان بر جذب گردشگران سلامت تأثیر دارد؟

فرضیه‌های تحقیق

فرض اصلی:

شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر جذب گردشگران سلامت بر جذب ایشان مؤثّر است.

فرضیه‌های فرعی:

فرض فرعی اول: کیفیّت ارائه خدمات بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی دوم: توانمندی پزشکان بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی سوم: حسن شهرت پزشکان بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی چهارم: وجود پیوستگی در زنجیره درمان بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی پنجم: ایجاد یک سازمان یا نهاد مجزا برای رسیگی به امور بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی ششم: احترام به عقاید گردشگران سلامت بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی هفتم: ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

فرض فرعی هشتم: قیمت ارائه خدمات درمان بر جذب گردشگران سلامت مؤثر است.

– روش تحقیق

انتخاب روش تحقیق بستگی به ماهیت موضوع، اهداف پژوهش، فرض یا فرض‌های تدوین‌شده، ملاحظات اخلاقی و انسانی ناظر بر موضوع تحقیق و وسعت و امکانات اجرایی آن دارد (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۸۷، ص ۳۹). به‌طور کلّی، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری را می‌توان با توجّه به دو ملاک تقسیم کرد: الف) هدف تحقیق و ب) نحوهٔ گردآوری داده‌ها (سرمد و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۳۳).

بر اساس هدف تحقیق، تحقیقات به سه دسته تحقیقات بنیادی، کاربردی و تحقیق و توسعه تقسیم می‌شود. هدف از تحقیق بنیادی، آزمون نظریه‌ها، تبیین روابط بین پدیده‌ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در یک زمینهٔ خاص است. هدف تحقیقات کاربردی، توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است و تحقیق و توسعه نیز فرآیندی است که به‌منظور تدوین و تشخیص مناسب بودن یک فرآورده آموزشی انجام می‌شود (همان). بر اساس گردآوری داده‌ها، تحقیقات کاربردی نیز به دو دسته توصیفی و آزمایشی تقسیم شده‌اند (همان). یکی از انواع تحقیقات توصیفی، تحقیق پیمایشی است. بنابراین تحقیق حاضر، از آنجایی که هدفش تعیین روابط تجربی در زمینهٔ روابط متقابل میان اجزای تحول فرهنگ سازمانی و بهره‌وری کارکنان است و دانش کاربردی را در مورد کیفیت رابطه و تأثیرپذیری میان دو متغیر را توسعه می‌دهد، از نظر هدف، تحقیق کاربردی است و از نظر نوع پژوهش، تحقیقی توصیفی ـ پیمایشی می‌باشد.

جامعه آماری

نخستین گام در فرآیند گردآوری داده‌ها، تعریف جامعه آماری و تعیین حدود و دامنه آن می‌باشد. جامعهٔ آماری، عبارت است از کلیه عناصر و افرادی که در یک مقیاس جغرافیایی مشخص، دارای یک یا چند صفت مشترک باشند (حافظنیا، ۱۳۸۳، ص ۱۱۹). جامعه آماری این تحقیق، شامل ۱۴۶ نفر از کلیه مراجعین بیمارستان‌های پذیرنده توریسم سلامت شهر تهران می‌گردد.

نمونه و روش نمونه‌گیری

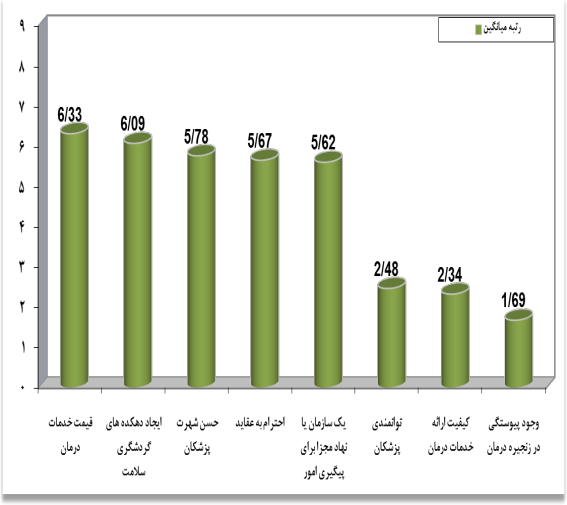
نمونه، بخشی از افراد جامعه است که به‌منظور انجام برنامه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد و نمونه‌گیری، یعنی «انتخاب تعدادی از افراد، حوادث و اشیاء از یک جامع تعریف شده به‌عنوان نماینده آن جامعه». در تحقیق علمی سعی می‌شود نمونه به نحوی انتخاب شود که بیانگر یا معرف کل موارد ممکن در جمعیت آماری مورد نظر باشد (سنجری، ۱۳۸۸، ص ۱۱۷). در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است. نمونه‌گیری تصادفی ساده، اساسی‌ترین نمونه‌گیری احتمالی است که هر عنصر از جمعیت یا جامعهٔ آماری مورد نظر، شانس مساوی با هر یک از عناصر دیگر برای انتخاب و وارد شدن در نمونه دارد.

بررسی یافته‌های پژوهش با توجه به تجزیه و تحلیل آماری، مبانی نظری و پیشینه تحقیق

بررسی عوامل مؤثر بر جذب گردشگران سلامت در کشور با شاخص‌های هشت‌گانه مؤثر محتمل از نظر بیماران از آزمون تی تک نمونه‌ای و میزان برش ۳ در نظر گرفته شده است.

بنابراین، با توجه اینکه p-value در آن، ۰/۰۰۱≥ می‌باشد، ۵ شاخص: حسن شهرت پزشکان، وجود یک سازمان یا نهاد مجزا برای پیگیری امور، احترام به عقاید گردشگران، ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت و قیمت خدمات درمان تأثیرگذار شناخته شده‌اند و ۳ شاخص دیگر، شامل: وجود پیوستگی در زنجیره درمان، توانمندی پزشکان و کیفیت ارائه خدمات درمان از تأثیرگذاری کمتری برخوردار هستند.

در آزمون رتبه‌بندی فریدمن، به استناد جدول، بیشترین تأثیرگذاری را، قیمت خدمات درمان و کمترین تأثیرگذاری را، کیفیّت ارائه خدمات درمان دارند.



طبق نمودار، ترتیب حوزه‌ها بر اساس تأثیرگذاری بر جذب گردشگران سلامت از:

قیمت خدمات درمان که در اولویّت قرار گرفته است و پس از آن،

ایجاد دهکده‌های گردشـــگری سلامت، دومین اولویت مهم جذب گردشگران؛ در اولویت سوم، حسن شهرت پزشکان؛ چهارم، احترام به عقاید گردشگران سلامت؛ پنجم، وجود یک سازمان یا نهاد مجزا برای پیگیری امور گردشـــگران سلامت؛ ششم، وجود پیوستگی در زنجیره درمان؛ هفتم، توانمندی پزشکان در کیفیت ارائه خدمات و هشتم، وجود پیوستگی در زنجیره درمان، عوامل مؤثر می‌باشند.

یافته‌ها

نتیجه‌گیری از فرضیه اول تحقیق:

در بررســی مؤلفه‌ها، شــاخص تأثیرگذاری کیفیت ارائه خدمات، با تأثیر متوسط رو به کم، بیشــتر نشان‌دهنده است که یا مؤلفه‌های دیگر آنقدر پررنگ می‌باشــد که توجهی بــه کیفیت ارائه خدمات نمی‌شود و یا فقط انجام کار درمان برای بیماران و همراهان هدف است و یا تعریف درستی از کیفیت خدمات درمان برای ایشان انجام نشده و از حقوق خود و امکاناتی که می‌توانند در دوره درمان از آن استفاده کنند، بی‌خبر هستند.

نتیجه‌گیری از فرضیه دوم تحقیق:

تأثیر توانمندی پزشــکان بر جذب توریستم سلامت تقریباً کم اثر اعلام شده است. طبق جدول توزیع فراوانی، می‌توان این برداشت را از تأثیر توانمندی پزشــکان داشــت که احتمالاً شناخت درستی از میزان توانمندی پزشــکان به بیماران خارجی و همراهان ایشان داده نمی‌شــود و این هم ممکن است به‌دلیل مشکلات فرهنگی یا فرآیندی در عملکرد رابطین و واســطه‌ها یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد.

نتیجه‌گیری از فرضیه سوم تحقیق:

تأثیر حســن شهرت پزشــکان بر جذب توریسم ســلامت با تأثیر متوسط رو به زیاد و بسیار زیاد، طبق جدول توزیع فراوانی ذکر شده است. با این تفسیر می‌توان این توجیه را بیان نمود که پزشکانی که دارای شهرت در کار پزشکی و نامدار هستند، به‌دلیل شناختی که از آن‌ها در مجامع غیرایرانی ایجاد شده، بدون توجه به سایر فاکتورها، مورد اعتماد توریســت‌ها قرار گرفته و میزان مراجعه به ایشــان به حد قابل توجهی بالا می‌رود و پزشکانی که احتمالاً در توصیه‌های بیماران به یکدیگر یا رابطین ورود بیمار به کشــور دارای رسمیت نام و نشان پزشکی در تخصص خود می‌باشند، از این جمله هستند.

نتیجه‌گیری از فرضیه چهارم تحقیق:

تأثیــر وجود پیوســتگی در زنجیــره درمان بر جذب گردشــگران سلامت، طبق جدول توزیع فراوانی، می‌توان این تفسیر را نمود که با توجه به گزینه‌های بافراوانی بیشــتر در آیتم‌های کم و بسیار کم اســت. احتمالاً تفسیر درستی از سؤال مورد نظر در ذهن بیماران و گردشگران سلامت خارجی وجود ندارد یا اینکه سؤال برای ایشان قابل درک نبوده است. بنابراین، احتمالاً نوع نگاه پردازشگر به این گزینه که توالی یا پیوســتگی در زنجیر درمان بر جذب گردشگران، بی‌تأثیر یا کم‌تأثیر اســت، دچار چالش می‌گردد؛ چرا که در توضیح این مطلب می‌توان بیان کرد کــه رعایت توالی در زنجیره درمان، بســیار بر کاهش لیســت انتظار بیماران مؤثر اســت و بسیار حائز اهمیت در رضایتمندی می‌باشد.

نتیجه‌گیری از فرضیه پنجم تحقیق:

که تأثیر ایجاد یک سازمان یا نهاد مجزا برای پیگیری امور بیماران خارجی را مورد بررســی قرار داده اســت، طبق جدول، بیشــترین فراوانی در نتایج حاصله در حیطه زیاد و بســیار زیاد حاصل گردیده اســت. بنابراین، می‌توان این نتیجــه را درک نمود که وجود یک سیســتم مجزا و هدفمند و همچنین یک مرجع رســیدگی به امور گردشــگران می‌تواند بر جذب ایشان و افزایش رضایت آن‌ها مؤثر باشــد؛ چرا که احتمال می‌رود در شــرایط فعلی، یک نهاد مجزا و پاسخگوی در دسترس، برای ایشان تعریف نشده باشد.

نتیجه‌گیری از فرضیه ششم تحقیق:

پیرامون تأثیرگذاری اقدام به عقاید گردشگران بر جذب گردشگران ســلامت و با توجه بــه جدول توزیع فراوانی که بیشــترین میزان فراوانی را گزینه‌های متوســط و زیاد و بسیار زیاد به خود اختصاص داده‌انــد، می‌توان چنیــن تحلیل نمود که این شــاخص بر جذب گردشــگران سلامت بســیار مؤثر بوده و افزایش میزان رضایت از حضور ایشــان و جذب آن‌ها را به‌دنبال خواهد داشت. بنابراین، در مؤلفه‌های بسیار تأثیرگذار قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری از فرضیه هفتم تحقیق:

از عوامل تأثیرگذار بر جذب توریســم ســلامت، ایجاد دهکده‌های گردشگری ســلامت بر جذب توریسم سلامت، طبق جدول توزیع فراوانی و بررســی نظرات پاسخگویان، این عامل طبق فراوانی در حیطه متوســط و زیاد و بسیار زیاد به نظر می‌رســد از تأثیر نسبتاً

بالایی برخوردار می‌باشد. با این تفسیر، می‌توان نتیجه گرفت: وجود یک دهکده گردشگری می‌تواند تأثیر بسیار بالایی بر جذب و رضایتمندی گردشگران سلامت داشته باشد؛ چرا که بیشترین میزان فراوانی را از گزینه متوسط به بالا به خود اختصاص داده است.

نتیجه‌گیری از فرضیه هشتم تحقیق:

پیرامون تأثیرگذاری قیمت خدمات درمان بر جذب گردشگران سلامت که حاصل از جدول توزیع فراوانی می‌باشد، بالاترین عامل تأثیرگذار بر جذب توریسم سلامت در کشور را نشان می‌دهد. با این تفسیر، می‌توان نتیجه گرفت که فاکتور هزینه، مهم‌ترین عامل جذب توریسم سلامت در کشور است و این مهم احتمالاً به‌دلیل کم‌ارزش بودن ریال و نیز تعرفه‌های کم پزشکی نسبت به کشورهای اطراف است. بنابراین، گردشگران سعی در انجام درمان بیماری‌های خود در شرایط کم‌هزینه‌تر در ایران را دارند.

تحلیل مؤلفه‌ها به‌صورت مقایسه‌ای

جهت بررسی وضعیت مؤلفه‌ها به‌صورت مقایسه‌ای، طبق جدول، کلیه شاخص‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند.

این آمار در بازه و میزان کشیدگی به شرط تحقق همزمان، صدق نموده و در تحلیل آماری توانستیم آن‌ها را نرمال محسوب نماییم.

بررسی تأثیرگذاری ۸ شاخص مؤثر بر احتمال بر جذب توریسم سلامت از منظر بیماران به صورت مقایسه‌ای:

جهت بررسی مقایسه‌ای که در تحلیل آماری از آزمون تی‌تک استفاده شده بود و میزان نقطه برش را مشخص نموده بود، طبق جدول فراوانی و با در نظر گرفتن تمامی عوامل اثرگذار و محدودیت‌های موجود در فرضیه هشتم، ماهیّت خدمات درمان از بیشترین میزان تأثیر برخوردار گردیده است. با این تحلیل، مشخّص می‌گردد که عوامل بعدی می‌بایست به صورت مرتب، پس از این، طبق درجه اهمیت طبقه‌بندی گردند.

فرضیه هفتم، با ایجاد دهکده گردشگری سلامت در رده دوم اهمیت و فرضیه سوم، حسن شهرت پزشکان در رده سوم اهمیت و فرضیه ششم، احترام به عقاید گردشگران سلامت در رده چهارم اهمیت و فرضیه پنجم، ایجاد یک نهاد یا سازمان مجزا برای پیگیری امور بیماران خارجی در رده پنجم و فرضیه دوم، توانمندی پزشکان در رده ششم و فرضیه اول کیفیت ارائه خدمات درمان در رده هفتم و فرضیه چهارم، وجود پیوستگی در زنجیره درمان در رده هشتم قرار گرفته است.

مراجع

1- Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. Tourism Management 2006; 27(6): 1093-100.

2- Caballero-danell S, Mugomba C. Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - a conceptual.

3- Framework for entry into the industry (MSc Thesis). Goteborgs: School of Graduate Business, University essay from Goteborgs universitet; 2007. p. 91.

4- Rerkrujipimol J, Assenov I. Medical Tourism in Thailand and Its Marketing Strategies [Online]. 2008; Available from: URL::http://www.conference.phuket.psu.ac.th/PSU_OPEN_WEEK_2008/data/tourism/4_13.pdf/

5- Sadr Momtaz N, AgharahimiZ. Medical Tourism Industry in Iran: Strategies for Development. Health

6- Tourani S, Tabibi SJ, Tofighi SH, Shaarbafchi Zadeh N. International Trade in Health Services in the Selected Information Management 2011; 7(4): 516-24.

7- Countries of ASEAN Region. Health Information Management 2011; 8(4): -16. (In Persian).

8- Ramirez de Arellano AB. Patients without borders: the emergence of medical tourism. Int

J Health Serv 2007.
9- Suthin K, Assenov I, Tirasatayapitak A. Medical Tourism: Can supply keep up with the demand. Proceedings of
10- The APac-CHRIE & Asia Pacific Tourism Association Joint Conference; 2007 May 23-27; Beijing, China; 2007.
11- Jabbari A. Designing a model for Iran medical tourism [Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Iran University Medical Sciences; 2009. [In Persian].
12- Hall CM. Health and medical tourism: Kill or cure for global public health? Tourism Review 2011; 66(1/2): 4-15.
13- Jensen JM. Silver City Health Tourism in the Early Twentieth Century: A Case Study. New Mexico Historical Review 2009; 84(3): 321-6.
14- Piazolo M, Zanca NA. Medical Tourism-A Case Study for the USA and India, Germany and Hungary. Acta Polytechnica Hungarica 2011; 8(1): 137-60.
15- Moghimehfar F, Nasr-Esfahani MH. Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. Tourism Management 2011; 32(6): 1431-4.
16- Lunt N, Carrera P. Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. Maturitas 2010; 66(1): 27-32.
17- Turner L. “Medical tourism” and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals.
18- Cohen E. Medical Tourism in Thailand. AU-GSB e-JOURNAL 2008; 1(1): 24-38.
19- Hay B. From a medical tourism hospital to a National Health Service hospitak in eight easy years! A case study of the Golden Jubilee Hospital in Glasgow, Scotland. Proceedings of the Medical Tourism Conference; 2010 Jan 10-12 Breda, Netherlands, 2010.
20- Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. MedGenMed 2007; 9(4): 33.
21- Al Khaja KA, Sequeira RP, Damanhori AH. Polypharmacy associated with medical tourism: a critique on drug therapy. Int J Clin Pharm 2011; 33(1): 61-5.
22- Hopkins L, Labonte R, Runnels V, Packer C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? J Public Health Policy 2010; 31(2): 185-98.
23- Bauer JC. Medical tourism: wave of the future in a world of hurt? Healthc Financ Manage 2009; 63(8): 36-8, 40, 42.
24- Courtney L, Valverde L. Potential Impacts of Medical Tourism on Health Care in Costa Rica. Institute de Investigations Sociales; Universiade De Costa Rica; 2010. p. 1-10.
24- Martin DS, Ramamonjiarivelo Z, Martin WS. MEDTOUR: a scale for measuring medical tourism intentions. Tourism Review 2011; 66(1/2): 45-56.
25- Unti JA. Medical and surgical tourism: the new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. Bull Am Coll Surg 2009; 94(4): 18-25.
26- Bristow RS, Yang WT, Lu MT. Sustainable medical tourism in Costa Rica. Tourism Review 2011; 66(1-2): 107-17.
27- Gopal R. The Key Issues and Challenges in Medical Tourism sector in India (A Hospital perspective). Medical Tourism 2008. Available from: URL: http://dspace.iimk.ac.in/handle/2259/575.
28- Ching-Chi L, Hilary Du C, Tze Ngai V. Macao’s potential for developing regional

Chinese medical tourism. Tourism Review 2011; 66(1): 68-82.
29- Chinai R, Goswami R. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. Bull World Health Organ 2007. 85(3): 164-5.
30- Mainil T, Vincent Platenkamp V, Meulemans H. The discourse of medical tourism in the media. Tourism Review 2011 ;66(1-2): 31-.
31- Hazarika I. Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India. Health Policy Plan 2010; 25(3): 248-51.
32- Weiss EM, Spataro PF, Kodner IJ, Keune JD. Banding in Bangkok, CABG in Calcutta: the United States physician and the growing field of medical tourism. Surgery 2010; 148(3): 597-601.
33- Birch DW, Vu L, Karmali S, Stoklossa CJ, Sharma AM. Medical tourism in bariatric surgery. Am J Surg 2010; 199(5): 604-8..
34- Rad NF, Som AP, Zainuddin Y. Service Quality and Patients' Satisfaction in Medical Tourism. World Applied Tourism. World Applied.
35- Snyder J, Crooks V, Turner L. Issues and Challenges in Research on the Ethics of Medical Tourism: Reflections from a Conference. Journal of Bioethical Inquiry 2011; 8(1): 3-6.
36- Piazolo M, Zanca NA. The Economics of Medical Tourism A Case Study for the USA and India [Online]. 2010; Available from: URL: http://ideas.repec.org/h/pkk/meb010/123-142.html/.
37- Hazila N,Abd Manaf.Health Tourism in Malaysia : Propects and Challenges 2010; Available from:hazilah@iiu.edu.my
38- Sayili M,Psoriasis treatment via doctor fishes as part of healh tourism. 2006 ;Available online at: www.sciencedirect.com
39- Pocock N,Medical tourism and policy implications for health system:2011; Available from: National university of Singapore.
40- Izadi M., Ayoobian A., Nasiri T., Joneidi N., Fazel M., Hosseinpourfard M. J.. Situation of health tourism in Iran opportunity or threat. J Mil Med. 2012; 14 (2) :69-75(Persian)
41- EbrahimzadehE., SakhavarN. , TaghizadehZ., AHP (A Comparative Study of HealthTourism Potentials in Iran and India) SWOT (Persian).
42- Faramarzi A., Medical Tourism for foreign exchange (Persian).
43- Vellas, Francoi. ,Becherel, Lionel., International tourism an economic prespcctive: Goharian & Ketabchi (Persian).
43- Ferdosi M., Health Information Manaegment. no4. sep & oct 2012; (Persian).
44- NaderiE., SeyfnaraghiM., Reserch Methodology in Liberal science., Tehran; Badrima (Persian).
45- SarmadZ., BazarganA., (2012). Reserch Methodology in bedevil science. Tehran; Agaah (Persian).