

Medical Tourism Development in Golestan Province; An Assessment of Identified Solutions

Farnaz Badei¹
Abdol-Hamid Ebrahimi²
Hossein Dideh Khani³

Abstract

The aim of this research was to determine and assess several solutions to develop medical tourism in Golestan Province, Iran. A qualitative method was adopted to collect data from the experts of tourism and medical sectors from February to August, 2015. The dependency among criteria and sub-criteria is identified using analytic network process. The obtained results revealed that the most effective criteria on medical tourism development in Golestan Province based on their rate of importance are as follows, respectively: structure, physician, quality, communication, hospital, promotion, advertising and distribution channels, and country as the last effective criteria. Several solutions were considered based on the criteria importance that at the top of the list are: promoting private participation in medical tourism, specialized hospitals and clinics for medical tourists with supportive facilities and public-private cooperation.

Keywords: Golestan Province, Medical Tourism, Tourism Development, Analytic Network Process.

1. Ph.D. Student, Islamic Azad University- Ali Abad Katool Branch, Golestan, Iran
2. Associate Professor, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Islamic Azad University- Ali Abad Katool, Golestan, Iran

شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان

فرناز بدیعی^۱، عبدالحمید ابراهیمی^{۲*}، حسین دیده‌خانی^۳

۱- دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آبادکتول، گروه مدیریت، علی‌آبادکتول، ایران

۲- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آبادکتول، گروه مدیریت، علی‌آبادکتول، ایران

۳- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آبادکتول، گروه مدیریت، علی‌آبادکتول، ایران

چکیده

گردشگری پزشکی، یکی از حوزه‌های نوین گردشگری است که بخش مهمی از صنایع سودآور و رقابتی در دنیا شناخته می‌شود. با توجه به نیاز پژوهش‌های بومی در این حوزه، پژوهش حاضر با هدف ارائه راهکارهای رسیدن به مدلی مطلوب برای توسعه گردشگری پزشکی در استان گلستان انجام شده است. روش این پژوهش کیفی-کاربردی با ماهیت پیمایشی است و با استفاده از فرایند تحلیل شبکه‌ای، داده‌های مستخرج از مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های جمعی از صاحب نظران بخش پزشکی و گردشگری در استان گلستان بررسی و تجزیه و تحلیل شده است. براساس یافته‌ها، تأثیرگذارترین معیارهای اصلی در توسعه گردشگری پزشکی استان گلستان به ترتیب اهمیت، معیار زیرساختار، معیار پزشک و معیار کیفیت شناسایی شده‌اند. در صدر راهکارهای ارائه شده در این پژوهش، بالابردن میزان مشارکت خصوصی در توسعه گردشگری پزشکی استان گلستان، ایجاد بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه گردشگری پزشکی و مشارکت و حمایت بخش دولتی از بخش خصوصی را می‌توان نام برد.

کلمات کلیدی: گردشگری پزشکی، توسعه گردشگری، استان گلستان، فرایند تحلیل شبکه‌ای.

مقدمه

کارآفرینی استان گلستان و افزایش درآمدهای غیرنفتی کشور برداشته شود.

معیارهای کلیدی در این پژوهش با استفاده از مرور پیشینه زیادی از مطالعات گذشته در مورد گردشگری پزشکی از قبیل معیار زیرساختار (نیوکلا.اس.پوکوک^۲ و کای هوانگ شو، ۲۰۱۱: ۴)، معیار پزشکی (میرفخرالدینی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۷۶)، معیار کیفیت (آنتونی وود هد^۳، ۲۰۱۱: ۶۹۰) و (والری کروکس^۴ و همکاران، ۲۰۱۰: ۴)، معیار ارتباطات (وارالاک^۵ سیریشارن، ۲۰۰۸: ۵۱۷)، معیار بیمارستان (میشل ایمنسن^۶ و استفن شوایزبرگ، ۲۰۱۳: ۷)، معیار ترویج و تبلیغات (لی ترنز^۷، ۲۰۱۱: ۵) و (نیل لونت^۸ و همکاران، ۲۰۱۴: ۵) و معیار کشور (روری جانستن^۹ و همکاران، ۲۰۱۰: ۹) و همچنین مدل نظری بسط یافته هیونگ (هیونگ و همکاران، ۲۰۱۰: ۹۹۷) به دست آمده است، سپس برای معیارها و زیرمعیارهای شناسایی شده از فرایند تحلیل شبکه‌ای^{۱۰} استفاده شد. فرایند تحلیل شبکه‌ای از طریق سوپر ماتریس خود که عناصر آن از ماتریس‌های تقدم ستونی تشکیل شده‌اند، پیامدهای وابستگی و بازخورد در داخل و میان خوشه‌های عناصر را در بر می‌گیرد.

جنبه نوآوری پژوهش

استفاده از پژوهش کیفی، زمانی که ابزارهای کمی پاسخگوی نیازهای پژوهشگر در توضیح یا تفسیر یک موقعیت نباشند، کاربرد پیدا می‌کند. ماهیت پژوهش

امروزه جهانی شدن خدمات بهداشتی به رشد شاخه جدیدی از گردشگری پزشکی به نام گردشگری سلامت منجر شده است. در میان حوزه‌های گردشگری سلامت، گردشگری پزشکی از سایر حوزه‌ها، آهنگ رشد سریع تری دارد. از این رو، کشورهای زیادی در حال ایجاد و تصویب طرح‌های قانونی و کاربردی با هدف اجرای گردشگری پزشکی هستند. کاهش هزینه‌های حمل و نقل، درآمدهای بالا، انتقال فناوری و دانش و قیمت‌های رقابتی، همگی دلایلی هستند که گردشگران پزشکی را به سفر در کشورهای دور دست وامی‌دارد (هیونگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰، ۹۹۵)

در ایران نیز در برنامه چهارم توسعه ماده ۸۷ زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه تأکید شده است. استان گلستان به علت همسایگی با کشورهای که از نظر سطح درمانی و پزشکی بسیار از کشور ما پایین تر هستند؛ همچنین این استان با بهره‌مندی از نیروهای مجرب پزشکی و مراکز درمانی قوی چه در مرکز استان و چه در سایر شهرهای آن، می‌تواند یکی از بهترین مقاصد گردشگران پزشکی باشد. برآورد شده است هر گردشگر سلامت، سه برابر یک گردشگر معمولی موجب ارزآوری می‌شود (دلگشایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۶۳). هدف اصلی این پژوهش، شناسایی، تجزیه و تحلیل و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی استان گلستان بر مبنای داده‌های جمع‌آوری شده از حجم نمونه ۲۰ نفر از کارشناسان ارشد و خبرگان و مسئولان بخش گردشگری و پزشکی با روش غیرتصادفی و انتخابی بوده است تا بستری فراهم شود که گامی هر چند کوچک در ارتقای

2 Nicola S Pocock & Kai Hong Phua

3 Anthony Woodhead

4 Valorie A. Crooks et al

5 Waralak V. Siricharoen

6 Michelle Imison & Stephen Schweinsberg

7 Leigh Turner

8 Neil Lunt et al

9 Rory Johnston

10. Analytical Network Process (ANP)

1 Heung et al

پزشکی از حیطة وسیع‌تر گردشگری یعنی گردشگری سلامت نشأت گرفته است؛ در متون پزشکی و مطالعات سلامتی، گردشگری پزشکی، اصطلاحی عمومی است که منظور آن سفر خارجی با هدف جست‌وجوی درمان پزشکی است و این سفر با خدمات یا بدون خدمات گردشگری می‌باشد.

به‌طور کلی، صاحب‌نظران، به شکل گسترده‌ای انگیزه‌های گردشگری را شناخته‌اند و بدانها توجه کرده‌اند و تاکنون طبقه‌بندی‌های فراوانی از آنها به وجود آمده است. گردشگری در اشکال اولیه، غالباً نتیجه دو انگیزه عمومی مذهب و سلامتی بوده است.

با وجود تعریف مشخص گردشگری پزشکی، آمارهایی که همواره از آن گزارش می‌شود، شامل تمامی افراد بیگان ای است که در کشور میزبان خدمات پزشکی را دریافت می‌کنند. به عبارتی، آنها شامل افراد مقیم در کشور خارجی می‌باشد، اگرچه آنها گردشگر محسوب نمی‌شوند. ضمن اینکه منابع مختلف درباره اهمیت نسبی دریافت خدمات درمانی در طول سفر به کشور میزبان از سوی گردشگران واجد شرایط، تفاوت چشمگیری دارند. براین اساس، طیفی برای روشن شدن معنای گردشگری پزشکی ارائه می‌شود.

براساس این طیف «گردشگر» فردی است که در زمان گذران اوقات فراغت در کشور میزبان هیچ استفاده‌ای از خدمات پزشکی ندارد. یک «گردشگر تحت درمان» فردی است که خدمات درمان پزشکی را در زمانی که در طول سفر برای وی ناگهان مشکلات سلامتی رخ می‌دهد، دریافت می‌کند.

حاضر اکتشافی است، زیرا گردشگری پزشکی موضوعی تازه است که تاکنون چندان به آن پرداخته نشده است و به همین دلیل T نظریه زمینه‌ای برای شناسایی معیارهای پژوهش به کار گرفته شده است (استراوس و کربین، ۱۹۹۸). در اکثر پژوهش‌های گذشته، نمونه پژوهش تنها از جامعه گردشگران پزشکی و یا کادر پزشکی و پرستاری انتخاب شده‌اند؛ برای نمونه تحقیقاتی چون (رنجنوش و همکاران، ۱۳۹۵) نمونه بررسی شده بیماران خارجی؛ (عنابستانی، ۱۳۹۴) نمونه مطالعه شده گردشگران پزشکی؛ (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲) نمونه بررسی شده گردشگران پزشکی؛ (طیبی و همکاران، ۱۳۹۰) نمونه مطالعه شده کادر پزشکی و پرستاری را مد نظر داشته‌اند؛ اما این پژوهش با استفاده از نظرات خبرگان و کارشناسان در هر دو بخش پزشکی و گردشگری در تکمیل پژوهش‌های پیشین و کمبودهای موجود آنها کوشیده است.

گردشگری پزشکی

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 و 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 (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۲). عبارت «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^۱، ۲۰۱۱، ص ۷۲۶). گردشگری

جدول ۱: جایگاه گردشگر پزشکی

۱	۲	۳	۴	۵
فقط گردشگر	گردشگر تحت درمان	گردشگر پزشکی	بیمار برای گذران فراغت	فقط بیمار

(کوهن، ۲۰۰۸: ۲۵)

وضعیت گردشگری پزشکی ایران

ماده ۸۷ برنامه چهارم توسعه، همراه با اهداف سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، از مهم‌ترین سیاست‌های کلیدی دولت است که از توسعه گردشگری پزشکی حمایت می‌کند. از طرف دیگر، اصل ۴۴ قانون اساسی دولت را موظف کرده است تا علاوه بر تأمین امنیت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، راهکارهای توسعه بخش خصوصی را در تمامی ابعاد اقتصاد عملی سازند. نظام بهداشت و درمان ایران از بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه تشکیل شده است که بیشتر خدمات سطح اول در قالب شبکه گسترده بهداشتی درمانی ارائه می‌شود. ایران، هم‌اکنون در برخی از علوم مانند سلول‌های بنیادی و ترمیم ضایعات نخاعی جزو برترین‌های دنیاست. همچنین در مباحث نظیر ناباروری و مباحث تهاجمی، رادیولوژی، پیوند قرنیه چشم، پیوند کلیه و کبد قادر به رقابت با کشورهای پیشرفته جهان است.

روش پژوهش و تجزیه تحلیل داده‌ها

از آن‌جا که تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر بر پایه مدل‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره می‌باشد، در این مطالعه شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی براساس روش‌های تصمیم‌گیری گروهی مانند دلفی، طوفان مغزی از خبرگان بخش گردشگری و پزشکی استان گلستان به‌دست آمده است،

«گردشگر پزشکی» فردی است که در کشور میزبان خدمات پزشکی و خدمات گردشگری را با هم دریافت می‌کند، سفر گردشگر با انگیزه دریافت خدمات درمانی در کنار گذران فراغت بوده است. «بیمار برای گذران فراغت» فردی است که کشور میزبان را برای هدف دریافت خدمات پزشکی انتخاب می‌کند، اما بدون پیش‌بینی از خدمات اوقات فراغت به‌خصوص در طول دوره نقاهت و یا پیگیری یک عمل جراحی یا درمان خاص، نیز استفاده می‌کند. «بیمار» فردی است که کشور میزبان را فقط برای دریافت خدمات پزشکی برگزیده است (کوهن، ۲۰۰۸: ۲۴)

بخش‌بندی‌های مختلفی برای فعالیت مناسب، مؤثر و موفق در بازار گردشگری درمانی ارائه شده است. بنا بر نظر پولاک و ویلیامز بخش‌های جنسیت، کارمندان، زوج‌های گردشگر، خانواده و سالمندی می‌توانند جنبه‌های اصلی بازار گردشگری درمانی را تشکیل دهند (پولاک و ویلیامز، ۲۰۰۰، ص. ۱۷۰)

گردشگری درمانی انواع مختلفی دارد که محققان مختلف، تقسیم‌بندی‌های متفاوتی در این زمینه به‌دست داده‌اند. در یکی از این تقسیم‌بندی‌ها، گردشگری درمانی به درمان‌های سبک مانند دندانپزشکی، درمان‌های متوسط مانند ناباروری و زیبایی و آنژیوپلاستی و درمان‌های سنگین مانند کاشت حلازون و قلب باز تقسیم می‌شود (جعفری و رافعی، ۱۳۸۶: ۱۸).

پس از آن که با مرور متون و پژوهش‌های پیشین و استفاده از نظرات پزشکان و کارشناسان بخش گردشگری استان گلستان، درک کلی از معیارهای اصلی و فرعی مؤثر به دست آمد، ماحصل کار، ۸ عامل اصلی و ۲۷ عامل فرعی بود، که در مدل فرایند تحلیل شبکه پژوهش نمودار آمده است. سپس بر مبنای فرایند تحلیل شبکه‌ای، ماتریس مقایسه‌ای، از معیارها و زیرمعیارها تشکیل و وابستگی درونی معیارها و زیرمعیارها و سازگاری ماتریس بررسی شد. (جدول ۲).

پس از آن، سوپر ماتریس حد تشکیل و محاسبه شد، هدف از به حد رساندن سوپر ماتریس موزون این است که تأثیر نسبی درازمدت هر یک از عناصر آن در یکدیگر حاصل شود. برای واگرایی ضریب اهمیت هر یک از عناصر ماتریس موزون، آن را به توان K که یک عدد اختیاری بزرگ است می‌رسانیم، تا اینکه تمام عناصر سوپر ماتریس همانند و برابر شوند؛ این کار با تکرار انجام می‌شود. در چنین حالتی سوپر ماتریس حد، به دست آمده است. در پژوهش حاضر، در توان ۱۵۰ سوپر ماتریس موزون با استفاده از سوپر دسیژن، سوپر ماتریس حد به دست آمده است که تمامی عناصر آن با یکدیگر تقریباً برابر شده‌اند.

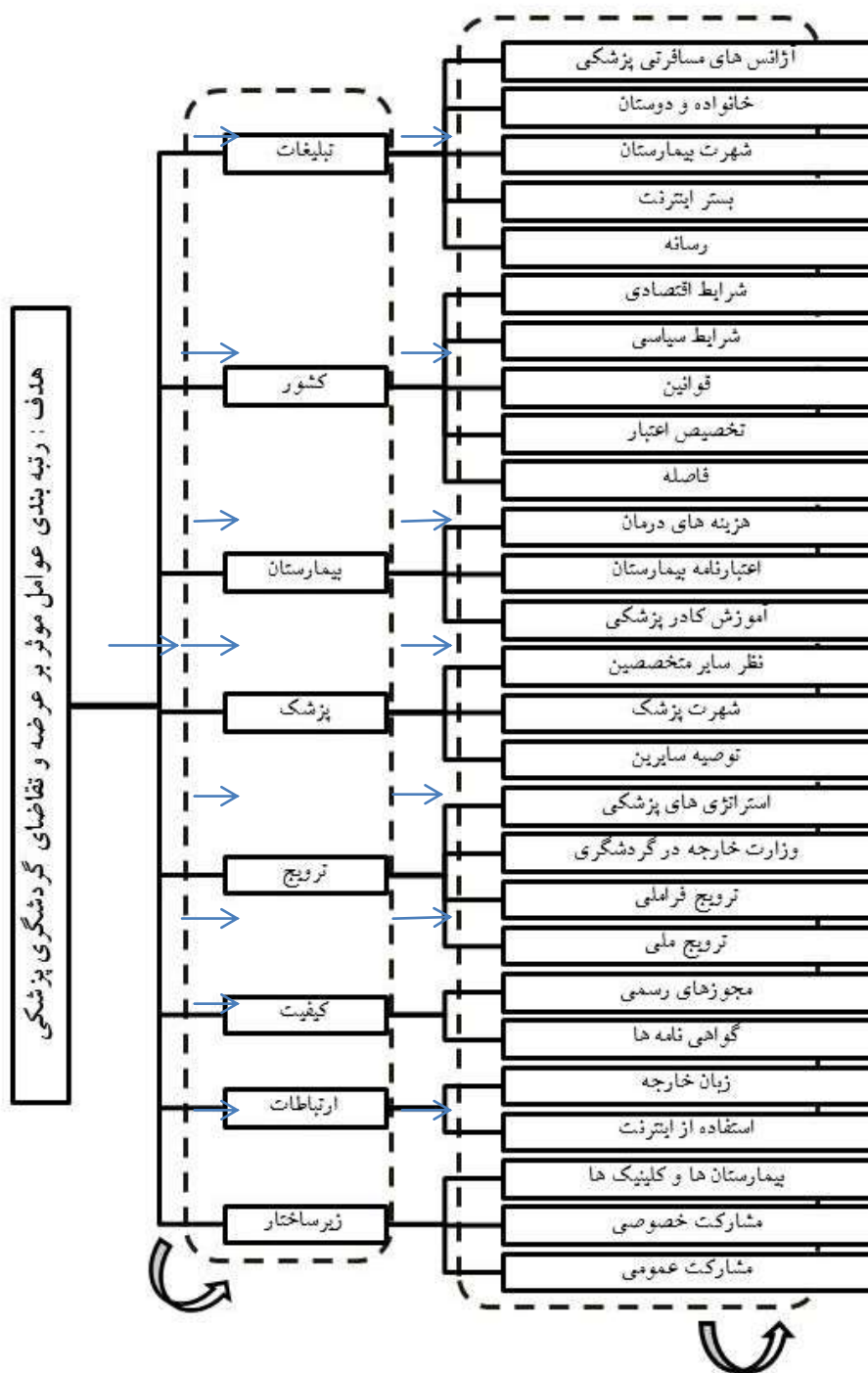
سپس این عوامل کلیدی جمع‌آوری شده با پرسشنامه مخصوص تحلیل ساختار شبکه‌ای در قالب ماتریس‌های تصمیم‌گیری به صورت زوجی با تلفیق نظرات افراد مذکور با استفاده از میانگین هندسی محاسبه می‌شود، برای وزن، گزینه‌ها و عوامل نسبت به هم سنجیده می‌شوند. سپس با ضرب کردن ماتریس به دست آمده در وزن گزینه‌ها نسبت به عوامل مختلف به صورت تحلیل شبکه‌ای اولویت هر گزینه بر اساس وزن بیشتر مشخص می‌شود.

نرم افزار استفاده شده برای انجام دادن محاسبات تکنیک فرایند تحلیل شبکه‌ای سوپر دسیژن^۱ می‌باشد. این نرم افزار، پاسخ پرسشنامه‌ها را دریافت می‌کند و پس از تلفیق، بر اساس هر یک از معیارهای نامبرده، رتبه‌بندی مربوط به آن را با نرخ سازگاری هر کدام انجام می‌دهد و در نهایت نیز با تلفیق تمامی معیارها، رتبه‌بندی و نرخ سازگاری کل را گزارش می‌دهد. نرخ سازگاری سازوکاری است که سازگاری مقایسات را مشخص می‌کند. هرگاه نرخ سازگاری $CR \leq 0.1$ ^۲ باشد، می‌توان داور را ضرب و وزن‌ها را معتبر دانست. برای تعیین نرخ سازگاری، نخست ماتریس شاخص‌ها در بردار وزن شاخص‌ها ضرب می‌شود (ساعتی^۳، ۲۰۱۲)؛ البته نرخ سازگاری پذیرفتنی کمتر از ۰٫۱ است که در این پژوهش نیز این نرخ از ۰٫۱ کمتر است. در گام دوم از پاسخگویان خواسته شد تا عوامل تأثیرگذار را مقایسه زوجی کنند؛ پس از ایجاد درخت سلسله‌مراتبی، قدم بعدی ارزیابی عناصر با استفاده از مقایسات زوجی است. مقایسه زوجی فرایندی برای مقایسه اهمیت ارجحیت یا درست‌نمایی دو عنصر نسبت به عنصر سطح بالاتر است.

1 Super Desicion

2 Consistency Ratio(CR)

3 Saaty



نمودار ۱: مدل فرایند تحلیل شبکه پژوهش

جدول ۲- خروجی نرم افزار نتیجه مقایسه زوجی و بردار ویژه تمامی عوامل فرعی دارای وابستگی متقابل، در ماتریس زیر ارائه شده است:

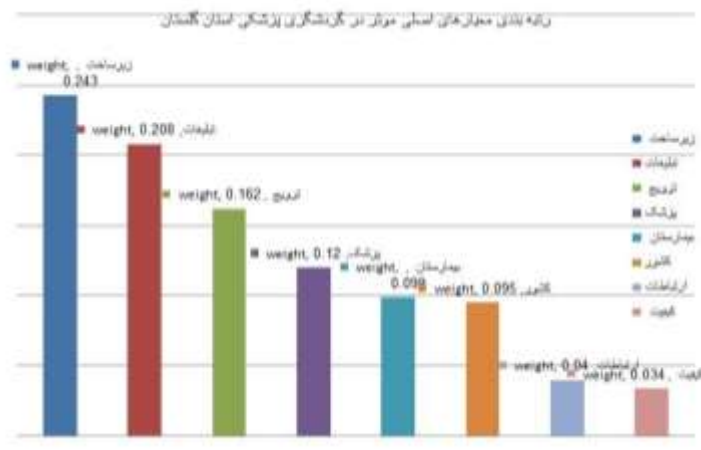
جدول ۲- خروجی نرم‌افزار نتیجه مقایسه زوجی

	A _{1i}	A _{2i}	A _{3i}	A _{4i}	A _{5i}	B _{1i}	B _{2i}	B _{3i}	B _{4i}	B _{5i}	C _{1i}	C _{2i}	C _{3i}	D _{1i}	D _{2i}	D _{3i}	E _{1i}	E _{2i}	E _{3i}	E _{4i}	F _{1i}	F _{2i}	G _{1i}	G _{2i}	H _{1i}	H _{2i}	H _{3i}		
A _{1i}	1,000	0,000	0,138	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
A _{2i}	0,000	1,000	0,289	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
A _{3i}	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
A _{4i}	0,000	0,000	0,193	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
A _{5i}	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
B _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
B _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
B _{3i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
B _{4i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
B _{5i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
C _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
C _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
C _{3i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D _{3i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
E _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
E _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
E _{3i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
E _{4i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
G _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
G _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
H _{1i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
H _{2i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000
H _{3i}	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000

نتایج : رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی

از معیار ترویج با وزن نسبی ۰,۰۶۷، در رتبه چهارم و زیرمعیار آژانس‌های مسافرتی پزشکی از معیار تبلیغات با وزن نسبی ۰,۰۶۰، در رتبه پنجم و سایر رتبه‌ها پس از آن قرار می‌گیرند. رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی در استان گلستان در جدول ۳ نشان داده شده است. در ذیل، رتبه‌بندی تک تک معیارها و زیرمعیارهای آنها که در نمودار ۲ نشان داده شده، بررسی شده است:

نتایج تحلیل سوپر ماتریس حد محاسبه شده اوزان عوامل مؤثر بر عرضه و تقاضای گردشگری پزشکی نشان می‌دهد که زیرمعیار مشارکت خصوصی از معیار زیرساختار با وزن نسبی ۰,۰۸۹، در رتبه اول و پس از آن زیرمعیار بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها از معیار زیرساختار با وزن نسبی ۰,۰۸۶، در رتبه دوم و زیرمعیار مشارکت عمومی از معیار زیرساختار با وزن نسبی ۰,۰۶۸، در رتبه سوم و زیرمعیار استراتژی‌های بازاریابی



نمودار ۲: رتبه‌بندی معیارهای اصلی مؤثر در گردشگری پزشکی گلستان

جدول ۳: رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی در استان گلستان براساس پژوهش حاضر

رتبه	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی	رتبه	عوامل مؤثر بر گردشگری پزشکی
۱	مشارکت خصوصی	۱۵	رسانه
۲	بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها	۱۶	توصیه دیگران
۳	مشارکت عمومی	۱۷	آموزش‌های کادر پزشکی
۴	راهکارهای بازاریابی	۱۸	اعتبارنامه بیمارستان
۵	آژانس‌های مسافرتی پزشکی	۱۹	زبان خارجه
۶	شهرت پزشک	۲۰	وزارت خارجه در بخش گردشگری
۷	ترویج فراملی	۲۱	استفاده از اینترنت
۸	شهرت بیمارستان	۲۲	ترویج ملی
۹	شرایط اقتصادی	۲۳	فاصله
۱۰	مجوزهای رسمی	۲۴	شرایط سیاسی
۱۱	بستر اینترنت	۲۵	قوانین
۱۲	هزینه‌های درمان	۲۶	تخصیص اعتبار
۱۳	نظر متخصصان دیگر	۲۷	گواهینامه‌ها
۱۴	خانواده و دوستان		

بحث و نتیجه‌گیری:

باتوجه به یافته‌های پژوهش، در میان معیارهای اصلی زیرساختار در رتبه‌نخست قرار می‌گیرد و این امر خود به‌خوبی حاکی از نیاز و لزوم توجه مسئولان در ایجاد زیرساخت‌های گردشگری پزشکی در استان می‌باشد. در رتبه دوم، اهمیت معیار پزشک قرار گرفته است. معیار کیفیت که از زیرمعیارهای مجوزهای رسمی و گواهینامه‌ها تشکیل شده در جایگاه سوم است که نشان می‌دهد که برای توسعه پایدار گردشگری پزشکی به‌روزرسانی بخش پزشکی، در زمینه آخرین استانداردهای کیفی دنیا است. معیار ارتباطات در رتبه چهارم نشان‌دهنده اهمیت ارتباط مؤثر و استفاده از ابزارهای ارتباطی می‌باشد. معیار بیمارستان رتبه پنجم را دارد که زیرمعیارهای این بخش شامل هزینه‌های درمان، اعتبارنامه بیمارستان و آموزش کادر پزشکی می‌باشند.

در بهبود وضعیت این معیار، توجه به هزینه‌های درمان و پایین‌تر بودن این هزینه‌ها نسبت به سایر کشورها، همچنین برخورداری از بیمارستان‌هایی با آخرین استانداردها و دارای کادر پزشکی مجرب اثرگذار خواهد بود.

قرارگیری معیار بیمارستان در رتبه پنجم و قبل از معیارهای ترویج و تبلیغات، نشان می‌دهد که هرچند با استفاده از ابزار تبلیغات و کانال‌های ترویج بازاریابی برای جذب گردشگران پزشکی تلاش شود، اما اگر در بخش بیمارستان نسبت به سایر کشورها در مرتبه پایین‌تری باشیم، نمی‌توان به موفقیت رسید.

در میان هشت معیار اصلی شناسایی شده، معیارهای ترویج و تبلیغات با کسب وزن یکسان، در جایگاه هفتم قرار گرفتند که این نشان می‌دهد که ابزار تبلیغات

به تنهایی نمی‌تواند در گردشگری پزشکی مفید واقع شود و در نهایت معیار کشور با زیرمعیارهایی همچون شرایط اقتصادی، سیاسی، قوانین، تخصیص اعتبار و فاصله در آخرین پله جای گرفتند.

بر اساس جدول ۳ راهکارهای پیشنهادی در مورد عوامل اصلی مؤثر بر گردشگری پزشکی استان گلستان به ترتیب اهمیت بر اساس نتایج ارائه می‌شوند. (با توجه به مدل ارائه پیشنهادی دکتر عبدالحمید ابراهیمی و دکتر آرام طاعتی، گزارش نهایی طرح «راهکارهای ارتقاء مشارکت اعضا در اتحادیه‌ها و تعاونی‌های مصرف» وزارت تعاون، ۱۳۸۷، ص. ۳۰۹)

پیشنهادها:

جدول ۳: راهکارهای پیشنهادی در مورد عوامل اصلی مؤثر بر گردشگری پزشکی استان گلستان به ترتیب اهمیت بر اساس نتایج:

ردیف	نتایج پژوهش بر اساس رتبه	راهکارهای پیشنهادی	ساختار پیشنهادی	اقدامات پیشنهادی	مجری
۱-	مشارکت خصوصی	بالا بردن میزان مشارکت خصوصی در توسعه گردشگری پزشکی گلستان ایجاد امکانات رفاهی و اقامتی مناسب	مالکیت سهامی مراکز گردشگری پزشکی توسط افراد منطقه	تسهیل فرایند تشکیل شرکتهایی با موضوع گردشگری پزشکی	دولت (وزارت بهداشت - سازمان میراث فرهنگی و گردشگری) بخش خصوصی
۲-	بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها	تاسیس بیمارستانها و کلینیک‌های ویژه گردشگری پزشکی با امکانات رفاهی و اقامتی مناسب تاسیس بیمارستانها یا کلینیک‌های ویژه در نقاط مرزی	تلفیق پروژه‌های گردشگری و درمانی ارتقاء کیفیت درمانی	همکاری بخش‌های وزارت درمان و آموزش پزشکی با سازمان گردشگری، صنایع دستی و میراث فرهنگی	وزارت درمان و آموزش پزشکی و سازمان گردشگری، صنایع دستی و میراث فرهنگی
۳-	راهکارهای بازاریابی	تعیین اولویت جذب گردشگری در بین سایر سیاست‌های جذب منابع خارج از کشور شناسایی موانع و محل‌های مقاومت یا نقص در جذب گردشگری تسهیل ورود گردشگر سیاست‌های تشویقی برای جذب گردشگران پزشکی و سلامت	تصویرسازی از برند گردشگری پزشکی وجود هماهنگی کامل بین بخش‌های دولتی و خصوصی در استراتژی‌های یکسان	تقویت مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی	وزارت بهداشت و سازمان گردشگری وزارت کشور (در جهت ایجاد زیرساخت بین بخشی) وزارت خارجه

وزارت بهداشت و سازمان گردشگری و بخش خصوصی	هماهنگی ارگان های صادر کننده مجوزها و تجمیع در یک سازمان	تعریف و شفاف سازی فرایندها و خدمات آژانس های مسافرتی پزشکی	ایجاد آژانس های مسافرتی پزشکی تخصصی برای درمان یک بیماری خاص ایجاد خدمات تور های بازتوانی بعنوان سطح سوم پیشگیری در کاهش سطح صدمات ناشی از بیماریها (بازتوانی بیمار قلبی - بازتوانی مغزی - درمان وابستگی های دارویی)	آژانس های مسافرتی پزشکی	۴-
وزارت خارجه - سازمان میراث فرهنگی - وزارت بهداشت	هماهنگی سیاست و استراتژیهای دو وزارت تشویق سیاست های بازاریابی گردشگری سلامت در بخش خصوصی	زیرساخت های وزارت خارجه	تسهیل ورود گردشگران پزشکی شناسایی فرصت های جذب گردشگر پزشکی و انتقال به وزارت بهداشت	وزارت خارجه در بخش گردشگری	۵-
وزارت بهداشت . رسانه ها - بخش خصوصی (اعم از بیمارستان و آژانس - های داخلی)	تبلیغ رسانه های افزایش کیفیت خدمات داخلی	استفاده از زیرساخت - های تبلیغی ایجاد نظام بازخورد مفید در رفع مشکلات و تامین نظرات گیرنده خدمت انجام خدمات مشتری محور در خدمات سلامت	شناساندن توانمندی های داخلی در عرصه سلامت اعتماد سازی در کیفیت خدمات موجود کشور هدایت نیاز به خدمات سلامت به سمت منابع داخلی	ترویج ملی	۶-
وزارت بهداشت / میراث فرهنگی / بانک ها	بازبینی برخی قوانین بهبود نظارت ها واگذاری تسهیلات	مجلس سازمان میراث فرهنگی ادارات دولتی (سازمان مسکن - منابع طبیعی - شهرداری ها)	تسهیل ورود گردشگر (کاهش زمان انتظار و سایر موارد) تسهیل صدور مجوز ایجاد کلینیک و بیمارستان تسهیل مجوزهای احداث افزایش بازرسی و نظارت های کیفی در ارزیابی خدمات	قوانین	۷-

منابع :

پژوهشی وزارت تعاون، با همکاری دانشگاه علامه

طباطبایی و شرکت بازاریابی جهانی پایتادبیر، صص ۳۰۹ تا ۳۱۶.

۳- دلگشایی بهرام، رواقی حمید، ابوالحسنی نازنین (۱۳۹۱). ارزیابی اهمیت عملکرد گردشگری پزشکی در استان تهران از دیدگاه گردشگران پزشکی و ارائه کنندگان خدمات پزشکی.

بیمارستان. ۱۱ (۱): ۶۳-۷۲

۱- ابراهیمی، عبدالحمید؛ طاعتی، آرام؛ مهدیه، امید و کنعانی، علی. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر ارتقای مشارکت اعضا در اتحادیه ها و تعاونی های مصرف.

تعاون، ۲، ۲۱، صص ۱۲۹-۵۳

۲- ابراهیمی، عبدالحمید؛ طاعتی، آرام؛ مهدیه، امید و کنعانی، علی. (۱۳۸۷). راهکارهای ارتقاء مشارکت اعضا در اتحادیه ها و تعاونی های مصرف. طرح

- ۴-حقیقی کفاش، مهدی و ضیایی، محمود و جعفری، قاسم. (۱۳۸۵). اولویت بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران. فصلنامه مطالعات جهانگردی. شماره ۱۱ و ۱۲، زمستان و بهار، ۲۳-۴۰.
- ۵-رافعی، محمدرضا و جعفری، قاسم (۱۳۸۵). راهکارهای تجاری سازی گردشگری درمانی در ایران. دفتر همکاری‌های فناوری ریاست جمهوری.
- ۶- رنجوش، راحله؛ ضرغام‌بروجنی، حمید و حمیدی، ناصر. (۱۳۹۵). بخش بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی. برنامه ریزی و توسعه گردشگری، ۵(۵)، ۵۴-۷۲.
- ۷-گرگی، محمدباقر. (۱۳۸۹). روش تحقیق (ویژه مدیریت و حسابداری) و (سایر رشته های علوم انسانی). گرگان: نوروزی.
- ۸-گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود، و زنگی‌آبادی، علی. (۱۳۹۲). بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز. مطالعات مدیریت گردشگری، ۸(۸)، صص: ۱-۲۶.
- ۹-طیبی، جمال‌الدین، نصیری‌پور، امیراشکان، ایوبیان، علی، و باقریان‌محمودآبادی، حسین. (۱۳۹۱). مکانیزم های اطلاع رسانی و جذب گردشگران پزشکی در بیمارستان های شهر تهران. مدیریت اطلاعات سلامت، ۳(۹)، ۴۱۶-۴۲۳.
- ۱۰-عناستانی، علی‌اکبر، و عناستانی، زهرا. (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مشهد به عنوان هدف گردشگری پزشکی. گردشگری شهری، ۳(۲)، ۲۷۵-۲۹۰.
- ۱۱-قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵). ماده ۸۷.
- ۱۲-میرفخرالدینی، سیدحیدر و میرفخرالدینی، فائزه السادات و صدرباقعی، سیدمهدی. (۱۳۹۱). بررسی میزان رضایتمندی گردشگران درمانی شهر یزد و اولویت بندی عوامل مؤثر بر آن با روش TOPSIS فازی. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰(۵)، ۶۶۸-۶۷۸.
- 13-Cohen E. (2008). Medical Tourism in Thailand. AU-GSB e-JOURNAL. 24-38.
- 14-Crooks, V., Turner, L., Synder, J., Johnston, R., & Kingsbury, (2011). Promoting Medical Tourism to India: Messages, Images, and the Marketing of International patient Travel. Social Science and Medicine, 72, 726-732.
- 15-Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. BMC Health Services Research, BMC Health Services Research, 10, 266
- 16-Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). Medical Tourism Development in Hong Kong :An assessment of the Barriers. Tourism Management, (32), 8, 995-1005.
doi:10.1016/j.tourman.2010.08.012
- 17-Imison, Michelle., Schweinsberg, Stephen. (2013). Australian news media framing of medical tourism in low and middle-income countries: a content review. BMC Public Health, 13, 109
- 18-Johnston, R., Crooks, V., Snyder, J., Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review, International Journal for Equity in Health, 9, 24
- 19-Lunt, N., Nam Jin, K., Horsfall, D. Hanefeld, J. (2014). Insights on medical tourism: markets as networks and the role of strong ties. Korean Social Science Research Council, 41, 19-37
- 20-MacReady, N. (2007). Developing Countries Court Medical Toursits. Lancet, (2), 1849-1850.
- 21-Pollock, A and Williams. (2000). health tourist trends: closing the gap between healthcare and tourism. CAB Pulication: Oxon, UK.
- 22-Pocock, Nicola S., Hong Phua, k. (2011). Medical tourism and policy implications

- 25-Turner, L.(2011). Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel, *Globalization and Health*, 7,1-40
- 26-Woodhead, A . (2013). Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth. *InternationalJournal of Health Care Quality Assurance*,. (26) 8 : 688 – 702
- for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7,12
- 23-Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 24-Siricharoen, Waralak V. (2008) *Learning Semantic Web from E-Tourism*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 516-525