

ارائه الگوی گردشگری سلامت براساس شاخص‌های فرهنگی در ایران

سمانه برخوردار^۱، دانش آموخته دکتری، گروه مدیریت فرهنگی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۱۲

چکیده

جهانی شدن سلامت به معنای درنوردیدن مرزهای کشورها به وسیلهٔ بیماران با هدف درمان است. امروزه سلامت، پدیده‌ای جهانی است. تأسیس بیمارستان‌های چندملیتی، رقابتی شدن قیمت‌های درمانی در سطح دنیا، بین‌المللی شدن استانداردها و نزدیک شدن سطح فناوری‌های تخصصی کشورها، از جمله نشانه‌های جهانی شدن سلامت‌اند. تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است؛ زیرا الگوی طراحی شده در نهایت منجر به مبنایی برای ارائه الگوی گردشگری سلامت براساس شاخص‌های فرهنگی در ایران خواهد شد و از آنجا که هدف این تحقیق رشد و توسعه گردشگری سلامت براساس شاخص‌های فرهنگی است توسعه‌ای نیز هست. رویکرد ما در اینجا رویکرد اکتشافی است. این تحقیق از آنجا که در دو مرحله کیفی و کمی و ترکیب این دو انجام شده است، یک طرح ترکیبی است که در مرحله کیفی و کمی، داده‌ها به ترتیب با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند. جامعه آماری متشکل از مدیران ارشد و مرتبط با سیاست‌گذاری در صنعت گردشگری، دست‌اندرکاران صنعت گردشگری سلامت ایران، استادان و اعضای هیأت علمی رشته مدیریت با گرایش گردشگری و فرهنگی بودند. تعداد نمونه مورد نظر در این پژوهش با استفاده از فرمول نمونه‌گیری جامعه نامعلوم کوکران انجام و ۱۰۰ نفر معلوم شد. نتایج نشان می‌دهد که؛ با بازبینی متعدد و ترکیب کدها در چند مرحله در نهایت ۶۶ زیر مفهوم شناسایی شد و بعد از انجام تحلیل فرایند و با توجه به مدل‌های مفهومی بیان شده، در ادبیات نظری پژوهش، در نهایت عوامل ۱۱ گانه تأثیرگذار شناسایی و مشخص شد.

کلیدواژه‌ها: گردشگری، گردشگری سلامت، ابعاد فرهنگی، مؤلفه‌های فرهنگی، شاخص‌های فرهنگی

مقدمه

امروزه گردشگری به قدری در توسعه اقتصادی- اجتماعی کشورها اهمیت یافته است که اقتصاددانان آن را صادرات نامرئی نام نهاده‌اند (تاوتلی، ۱۳۹۳). چرا که به واسطه اهمیت اقتصادی و اشتغال‌زایی گردشگری در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی می‌توان از آن به عنوان نیروی محرکه اقتصادی کشورها نام برد (بلاک و همکاران^۱، ۲۰۱۷). فعالیت گردشگری چهارمین فعالیت انسان پس از کشاورزی، صنعت و خدمات به شمار می‌رود و توسعه آن، نیازمند شناخت و آگاهی کافی از مسائل و عوامل مؤثر اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در هر منطقه (نادری مهدبی و همکاران، ۱۳۹۲) و برنامه‌ریزی جامع و کارآمد است و ایران، با توجه به ویژگی‌ها و توانمندی‌های منحصر به فرد خود، دارای قابلیت بالایی در زمینه توسعه گردشگری است (عظیمی و آویتسیان، ۲۰۱۶). گردشگری شامل فعالیت‌هایی است که گردشگر برای مدتی به دلایل شخصی و کاری خارج از مکان زندگی و کاری خود انجام می‌دهد (افتخاری و همکاران، ۲۰۱۱) و در بسیاری از کشورها، نیروی اصلی پیشبرد و رشد اقتصادی محسوب می‌شود (امین‌بیدختی و همکاران، ۱۳۸۹). از میان شاخه‌های مختلف گردشگری بین‌المللی می‌توان به گردشگری سلامت^۲ اشاره کرد که در سال‌های اخیر رشدی بیش از رشد سایر بخش‌های گردشگری داشته است. به طوری که بر اساس آمار سازمان جهانی گردشگری، بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ بالغ بر ۳۲ درصد بوده (محمد و همکاران^۳، ۲۰۱۲) و درآمد حال از این صنعت در سال ۲۰۱۲ بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد گردیده است (رولاندی^۴، ۲۰۱۴). گردشگری سلامت، امروزه در بازارهای گردشگری، بخش رو به رشدی از بازار را به خود اختصاص داده است (حقیقی و همکاران، ۱۳۹۰). برآورد شده است که هر گردشگر سلامت، سه برابر یک گردشگر معمولی موجب ارزآوری می‌شود (نوری و همکاران، ۱۳۹۱: ۴). امروزه گسترش گردشگری سلامت در کشورهای توسعه یافته منجر به تغییر در ماهیت خدمات درمانی و بهداشتی ارائه شده و امکانات فیزیکی تأمین‌کنندگان خدمات گردیده است. در دسترس بودن پزشکان واجد شرایط، هزینه بالای درمان در کشورهای توسعه یافته، صف‌های طولانی و لیست‌های انتظار بیماران از مهم‌ترین عواملی هستند که موجب رشد سریع و

1. Boluk et al
 2. health tourism
 3. Mohannad et al
 4. Rollandi

چشم‌گیر صنعت گردشگری پزشکی در کشورهای آسیایی شده است (هئونگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). ترکیبی از عوامل مختلف نظیر هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت‌های پزشکی در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت مسافرت‌های بین‌المللی، نرخ‌های مطلوب تبدیل ارز در اقتصاد جهانی، پیشرفت‌های سریع تکنولوژیکی پزشکی و استانداردهای مراقبت در بیشتر کشورها از یک طرف و اینترنت از طرف دیگر، منجر به افزایش اخیر در عمومیت یافتن گردشگری سلامت شده است (ابوبکر و ایلکان، ۲۰۱۶). امروزه برای پاسخگویی به این تقاضای روزافزون اقدام مسافران از کشورهای توسعه یافته به سمت کشورهای کمتر توسعه یافته تعداد مقاصد ترویج خدمات پزشکی به بیش از ۵۰ کشور در جهان گسترش یافته است (وودمن^۲، ۲۰۱۵). و با ظهور وب‌سایت‌های تسهیل‌گر گردشگری پزشکی بیماران خارجی قادر هستند تا با توجه به بودجه خود مقصد مناسبی جهت درمان تعیین نمایند (اسنایدر^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). از طرفی؛ محدودیت‌های خاص در بخش دانش، موجب ایجاد خطرات نظام‌مند و غیرنظام‌مند در همه انواع فعالیت‌های گردشگری از جمله گردشگری سلامت شده است. بنابراین، کاهش خطرات و افزایش اطمینان در گردشگری سلامت و پزشکی تاثیر بسیار مهمی در جذب گردشگران خواهد داشت.

بخش زیادی از موانع توسعه گردشگری سلامت در دنیا مسائل فرهنگی است. وقتی فرد می‌خواهد سفر کند اینکه فرهنگ جامعه میزبان چگونه است بسیار مهم و قابل توجه است. در گردشگری سلامت می‌بایست از لحاظ فرهنگی ملاحظات لازم در خصوص نیازهای گردشگرانی که با هدف بهبود سلامت و تندرستی خود وارد کشور شده‌اند رعایت شود. موضوعات اجتماعی، فرهنگی، سیاسی می‌تواند بر روی انتخاب گردشگران سلامت تاثیر بگذارد حتی باعث تغییر مقصد شوند (جلیلیان و همکاران، ۱۳۹۶) توانایی کشور میزبان برای پذیرش گردشگران با پس‌زمینه‌ی فرهنگی متفاوت و ارائه خدمات دین، زبان، عادات و علایق گوناگون گردشگران) شخصی سازی خدمات (نیازمند ایجاد بستر فرهنگی مناسب و وجود نیروی انسانی آموزش دیده در بخش‌های مختلف خدماتی می‌باشد (ناصر پور، ۱۳۹۶). ایران کشوری است متکی به در آمد نفتی، لازم است برای حل مشکلات ناشی از وابستگی نفت در خدمات و محصولاتی که می‌تواند

1. Heung
2. Woodman
3. Snyder

موجب ایجاد در آمد ارزی شود سرمایه گذاری شود، گردشگری سلامت می تواند کلید بازگشایی تحریمها نیز باشد. سلامتی دارای سریعترین رشد و پر مخاطبترین بازار جهانی است، ایران در صنعت گردشگری سلامت دارای امکانات و توانهای بالقوه است که با سرمایه‌گذاری می‌تواند آنها را بالفعل تبدیل کند. بر اساس نقشه جامع علمی کشور (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۹۰/۱۰/۱۴) جمهوری اسلامی ایران قصد دارد تا سال ۱۴۰۴ به قطب پزشکی منطقه (برای رفع نیازهای پزشکی منطقه) تبدیل شود. در راستای مطالب گفته شده باید عنوان کرد که کشور ما با دارا بودن رتبه ۴۸ در صنعت گردشگری دنیا و همچنین سهمی کمتر از ۱/۰ درصد از کل حق بیمه‌های تولیدی دنیا، نسبت به کشورهای دیگر و حتی کشورهای رقیب در خاورمیانه رتبه پایینی را احراز نموده است. (بابکی و همکاران، ۱۳۹۷) از طرفی سرمایه‌گذاری هنگفت کشورهای نظیر فیلیپین، تایوان و کره جنوبی و ورود رقبای جدیدی نظیر ترکیه، امارات، اردن و عربستان جذب گردشگران را برای تمامی کشورها از جمله کشورهای آسیایی مانند ایران با چالش‌های زیادی مواجه کرده است. از این‌رو توجه به عوامل موثر بر توسعه این صنعت در کشور ما می‌تواند در برنامه‌ریزی هر چه بهتر به منظور کسب سهم بیشتر از گردشگری سلامت یاری دهد. از عوامل غیردرمانی موثر بر موضوع می‌توان به فرهنگ اشاره کرد که با توجه به عدم نهادینه شدن فرهنگ جامع و کاملی برای گردشگران داخلی و خارجی، جای خالی این مقوله بخوبی احساس می‌شود. بنابراین هدف اصلی این پژوهش ارائه الگوی گردشگری سلامت براساس شاخص‌های فرهنگی در ایران می‌باشد.

مبانی نظری پژوهش

فرهنگ: مفهوم فرهنگ نخستین بار توسط ادوارد تایلور مردم شناس انگلیسی به کار رفت. وی فرهنگ را مجموعه‌ای پیچیده می‌داند شامل: دانش‌ها، باورها، هنر، قوانین، اخلاق، آداب و رسوم و دیگر قابلیت‌ها و عادت‌هایی که انسان به عنوان عضو جامعه آن‌ها را فرا می‌گیرد به بیان دیگر می‌توان گفت فرهنگ عصاره‌ی زندگی اجتماعی است و در تمامی افکار، اهداف، معیارها، ارزش‌ها، فعالیت‌های انسان و ضوابط فردی و اجتماعی منعکس می‌شود، فرهنگ دارای دو عنصر مادی و غیر مادی است (تایلور،

توسعه: توسعه نیز فرآیندی است پیچیده که در آن جامعه وارد عصر جدیدی می‌شود. توسعه فراتر از مفهومی کمی بوده و رشد همراه با افزایش ظرفیت‌ها و ایجاد زیر ساخت‌ها و پیشرفت در تمام ابعاد است. توسعه گردشگری نیز به معنای رشد کمی و کیفی در تاسیسات گردشگری، شناسایی و بهره‌برداری جاذبه‌های گردشگری، به کارگیری استراتژی و همچنین برنامه‌های کوتاه مدت جهت رونق گردشگری و افزایش تعداد گردشگران در منطقه جغرافیایی مشخص شده‌ای است که خود باعث توسعه اقتصادی و افزایش درآمد ملی و اشتغال زایی خواهد بود بنابراین سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت گردشگری بدون توجه به وجوه انسانی، اجتماعی و فرهنگی گردشگری با نقصان روبه‌رو است. گردشگری فعالیتی اجتماعی و براساس انتخاب فرد و متأثر از فرهنگ است (چوی^۱، ۲۰۰۳).

گردشگری سلامت

کانل^۲ (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که تعریف دقیق گردشگری سلامت وجود ندارد و دامنه گردشگری سلامت برای ایجاد آن بیش از حد گسترده است. علاوه بر این، هیچ سازمان معتبری جهانی برای ایجاد یک تعریف و استفاده‌ی صحیح وجود ندارد (با توجه به نشست جهانی اسپا، Ilc، ۲۰۱۱).

اگر چه تعریف واحد برای گردشگری سلامت وجود ندارد، می‌توان آن را به عنوان مسافرت گسترده افراد از محل اقامت خود برای سلامتی تعریف نمود که عوامل مختلف جمعیتی، اقتصادی گردشگری سلامت و سبک زندگی بر این نوع گردشگری تأثیرگذار است. شامل افراد و گروه‌هایی هستند که برای استفاده از تغییر آب و هوا (با هدف پزشکی و درمانی)، استفاده از آب‌های معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (رضوانی، ۱۳۸۵: ۹۱).

گردشگری سلامت آن نوع از جهانگردی است که با فعالیت‌های بهداشتی و درمانی مرتبط می‌شود و مورد توجه جهان گردانی قرار دارد که به خواص درمانی منابع طبیعی توجه دارند؛ مانند چشمه‌های آب گرم، گیاهان دارویی، سواحل لجنی و گل‌های درمانی (زاهدی- ۱۳۸۵-۷۶).

از آنجایی که هیچ مرجع جهانی معتبری برای ارائه یک تعریف معین از گردشگری سلامت و تاکید از استفاده صحیح از این تعریف وجود ندارد؛ برای ذینفعان و فعالان صنعت حائز اهمیت است که به شیوه ای مشخص و همسان گردشگری سلامت به خصوص انواع گردشگری آن را تعریف کرده و به کار گیرند؛ چرا که تعاریف واضح و متناقض برای انواع گردشگری؛ بازاریابی و توسعه محصولات را بهبود بخشیده، سردرگمی مصرف کننده را کاهش داده و سبب بهبود و پیشرفت در جمع آوری داده‌ها می‌شود (اجلاس جهانی اسپا و سلامت^۱، ۲۰۱۱: ۲-۳).

با بهره‌گیری از دو عنصر ذاتی گردشگری سلامت؛ یعنی «گردشگری» و «سلامت» که از سوی نهادهای ذیربط آنها؛ یعنی سازمان جهانی گردشگری^۲ و سازمان جهانی بهداشت^۳ ارائه شده است به تعریف صحیح این اصطلاح می‌پردازد. گردشگری سلامت عبارت است از سفری به خارج از محیط معمول زندگی، به مدت زمان حداکثر یک سال، با هدف حفظ، بهبود و یا حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد (شالبا، ۱۳۹۴: ۴۰).

واژه‌های گردشگری پزشکی و گردشگری تندرستی در سراسر جهان به صورت متباین تعریف شده و به کار می‌روند؛ اصطلاح گردشگری سلامت، حتی متناقض‌تر و گیج‌کننده‌تر است؛ این اصطلاح گاهی به عنوان یک جانشین برای گردشگری پزشکی و گاهی مترادف با گردشگری تندرستی به کار می‌رود؛ گاهی به معنای هم گردشگری پزشکی و هم گردشگری تندرستی است و گاهی برای اشاره به یک زیر مجموعه گردشگری پزشکی یا تندرستی استفاده می‌شود که این موضوع ممکن است باعث سردرگمی صنعت، مصرف کنندگان و دولت‌ها شود؛ از این رو می‌بایست در استفاده از این اصطلاحات بسیار محتاط عمل نمود (اجلاس جهانی اسپا و سلامت، ۲۰۱۳).

یک نکته کلیدی این است که هرچند تعاریف گردشگری سلامت که توسط محققان ذکر شده‌اند، کمی متفاوت هستند، با توجه به ادبیات گردشگری سلامت، تقریباً همه موافقت که گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی و تندرستی است.

1. Global Spa & Wellness Summit (GSWS)
 2. World Tourism Organization (WTO)
 3. World Health Organization (WHO)

علاوه بر این، دلیل تقسیم گردشگری سلامت به دو زیر مجموعه، این است که همه مفاهیم به ترتیب در گردشگری پزشکی و تندرستی توصیف شده‌اند. به عبارت دیگر، گردشگری سلامت به عنوان یک مفهوم جامع شامل تعریف گردشگری پزشکی و تندرستی تعریف شده است. مهمترین عامل که گردشگری پزشکی را از گردشگری تندرستی متمایز می‌کند، قصد یا اهداف بیماران است که گردشگری پزشکی را در نظر می‌گیرند (جو لان لی^۱، ۲۰۱۵).

گردشگران پزشکی عمدتاً به دنبال تکنولوژی پیشرفته پزشکی برای درمان بیماری هستند و ویژگی‌های تفریحی یک مقصد را در نظر نمی‌گیرند، در حالی که گردشگران تندرستی در مورد دیدگاه‌های خود در مورد گردشگری بسیار متفاوت از گردشگران پزشکی هستند (همان).

ویژگی‌های فرهنگی برای گردشگران پزشکی بسیار مهم هستند، زیرا آنها ممکن است درباره محیط جدید یا جراحی خطرناک انجام شده در یک کشور دیگر که آنها قبلاً در آنجا نبوده‌اند، عصبی باشند، به این معنا که، آنها احتمالاً با عوامل فرهنگی از جمله نظام سلامت، زبان و محیط فرهنگی گسترده مواجه هستند (هورتون و کول^۲، ۲۰۱۱). این پدیده زمینه‌های فرهنگی مشترک است سفر به کشورهای همسایه با عوامل فرهنگی آشنا در تمام قاره‌ها اتفاق می‌افتد، مگر اینکه هزینه بسیار متفاوت باشد و در نتیجه صرفه‌جویی در هزینه باشد (کانل^۳، ۲۰۱۳).

با توجه به مفاهیم و تعاریف، مطالعات انجام شده و مرور ادبیات موجود در چهار چوب مفهومی تحقیق در حوزه فرهنگ مدل برگرفته از نظریه ادگار شاین به عنوان مدل مفهومی پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. طبق نظریه او، فرهنگ از سه سطح و لایه تشکیل می‌شود (شاین ۱۳۸۳: ۱۱۲): در بیرونی‌ترین لایه، «مصنوعات» قرار می‌گیرند که شامل تکنولوژی و الگوهای رفتاری و شفاهی می‌باشند که آشکارند. لایه دوم لایه ارزش‌ها و هنجارها می‌باشد، که شامل مؤلفه‌های اهداف و استراتژی، نظری، اقتصادی، زیبایی، اجتماعی، دینی، سیاسی می‌باشد. لایه سوم لایه مفروضات اساسی و باورها می‌باشد که شامل مؤلفه‌های، ماهیت وجودی انسان، طبیعت فعالیت‌های انسان، اطلاعات و ارتباطات، حقیقت و واقعیت،

1. Joo hyun Lee
2. Horton and Cole
3. Connell

زمان، فضا، روابط انسانی می‌باشد. بدیهی است که هدف اصلی لایه سازی فرهنگ ساده سازی و کمک به درک و مطالعه این پدیده پیچیده اجتماعی می‌باشد (ابراهیم پور، ۱۳۸۹). فرهنگ در هر جامعه‌ای نقش نهادین در زیر ساخت‌های اجتماعی، سیاسی و حتی اقتصادی را ایفا می‌کند.

پیشینه پژوهش

طباطبایی نسب و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان «اولویت‌بندی عوامل موثر بر جذب گردشگر پزشکی با استفاده از تکنیک MADM فازی» به شناسایی و رتبه‌بندی عوامل موثر بر جذب گردشگر پزشکی پرداختند. در این راستا، پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه تحقیق، شش عامل اصلی شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد تخصص و مهارت کادر پزشکی بیشترین تأثیر را بر جذب گردشگر پزشکی دارد. افتخارزاده (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل موثر بر توسعه بیمه سلامت گردشگری در ایران» انجام داد. نتایج پژوهش حاکی از تأثیر معنی‌داری هزینه پایین پرداختی گردشگران، کارایی و نوآوری خدمات، پاسخگویی به گردشگران و کیفیت خدمات ارائه شده بر توسعه بیمه گردشگری سلامت بود. خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «عوامل موثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی» به بررسی عوامل تأثیر گذار بر گردشگری سلامت موفق پرداختند. نتایج نشان داد عوامل فرهنگی از وضعیت مطلوب و اثرگذاری بالایی از دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران برخوردار بود. همچنین حمایت‌های دولت در ارائه خدمات ویزا و اقامت برای گردشگران معیاری مهم در انتخاب مقصد شناسایی شد. ناصرپور و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت» انجام دادند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود 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. تفتی و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان تحلیل تأثیرات متقابل صنعت بیمه و گردشگری در ایران با رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام دادند. هدف از این پژوهش، شناخت مؤلفه‌های متقابل صنعت بیمه و گردشگری و بررسی شدت ارتباط میان آنها بود تا توان تصمیم‌گیرندگان را در توسعه خدمات حوزه گردشگری افزایش دهد. جهت شناسایی متغیرهای مؤثر بر توسعه خدمات

بیمه گردشگری در بخش عرضه و تقاضا، پیمایشی میان خبرگان صنعت بیمه و گردشگری، که حداقل پنج سال در این زمینه سابقه فعالیت داشتند، انجام شد تا اهمیت هریک از متغیرها در ارتباط با یکدیگر شناسایی شود. به علت نامحدود بودن جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۲۵۰ نفر انتخاب شده‌اند. تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که مهم‌ترین شاخص‌های مؤثر در بخش تقاضا، تسهیلات حمل و نقل و ساختار و تشکیلات سازمان‌های فعال در حوزه گردشگری است. همچنین در بخش عرضه خدمات بیمه‌ای، آموزش‌های کاربردی به فعالان حوزه گردشگری مهم‌ترین شاخص شناسایی شده است. وانکیت و مک کرچر^۱ (۲۰۱۳) در مقاله‌ای با عنوان «انواع گردشگری پزشکی» با روش تحلیل محتوا به عوامل شکل دهنده گردشگری در تایلند پرداختند. نتایج نشان داد که مواردی مانند نوع درمان، انگیزه‌های بازدید از تایلند، فرایند تصمیم‌گیری و مشخصات سفر، مؤلفه‌های گردشگری سلامت می‌باشند. ابراهیم‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) درخصوص مقایسه گردشگری سلامت در هند و ایران پژوهشی انجام دادند که در انتها استراتژی‌هایی جهت ارتقاء گردشگری سلامت کشورهای یادشده پیشنهاد گردیده است. در ایران استراتژی‌هایی نظیر تسهیل ورود و خروج گردشگران و مدت ویزا بر اساس طول درمان، زیرساخت‌های جانبی گردشگری و ارتقاء توانایی ارتباط و زبانهای خارجی می‌تواند از مهمترین استراتژی‌ها در این بخش باشد. همچنین سیستم درمانی کارآمد جهت جذب گردشگران خارجی نیز از اولویت‌های مطرح در این موضوع می‌باشد. لی و همکاران^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان «دیدگاه مشترک بخش درون-صنعتی در بازار بین‌المللی گردشگری پزشکی و سلامت» به این نتیجه رسیدند که کسب‌وکار گردشگری بین‌المللی پزشکی یک نوع معمول از اتحاد استراتژیک درون صنعت بین سفر و صنایع مراقبت‌های بهداشتی است. نتایج این تحقیق، نشان داد که عدم اطمینان محیطی و اعتماد به طور قابل توجهی تحت تاثیر رضایت از همکاری است و وابستگی منابع تاثیر قابل توجهی در رضایت مشتریان نداشته است و بازار نظارت بر محیط زیست، انطباق هنجارهای کسب‌وکار و جهت‌گیری بلند مدت، از عوامل بسیار مهم درون صنعت همکاری‌های مشترک در بازار گردشگری پزشکی بین‌المللی است. لی و فرناندو^۳ (۲۰۱۵)

1. Wongkit & McKercher

2. Lee et al

3. Lee & Fernando

در مطالعه خود با عنوان «سوابق و نتایج زنجیره تامین گردشگری پزشکی» یک مدل برای زنجیره تامین گردشگری پزشکی و سلامت توسعه دادند که به صورت تجربی در این پژوهش بررسی شده است. نتایج نشان داد که هماهنگی زنجیره تامین گردشگری پزشکی و به اشتراک گذاری اطلاعات زنجیره تامین گردشگری پزشکی اثر مستقیم بر عملکرد سازمانی دارد. بوتنکو و همکاران^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «استفاده از گردشگری سلامت به عنوان پایه‌ای برای بهبود وضعیت جسمی کودکان دبستانی» با روش تحلیل محتوا به بررسی نقش گردشگری سلامت در بهبود وضعیت جسمی کودکان پرداختند. نتایج نشان داد که تکنولوژی پیشنهادی به سلامت جسمانی کودکان در سنین ابتدایی منجر می‌شود و دارای پتانسیل اجرای روش‌های نوین ورزشی و سلامت در فرایند تربیت دنیاست.

روش پژوهش

همانطور که در بخش‌های قبل نیز بیان شد هدف پژوهش ارائه الگوی گردشگری سلامت بر اساس شاخص‌های فرهنگی در ایران می‌باشد. پژوهش حاضر از نظر ماهیت و هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش، توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش شامل صاحب نظران و دست‌اندرکاران صنعت گردشگری سلامت ایران در وزارت بهداشت درمان و آموزش عالی، وزارت امور خارجه، سازمان میراث فرهنگی صنایع دستی و گردشگری، مراکز آموزش عالی گردشگری، مراکز درمانی فعال در گردشگری سلامت، هلدینگ گردشگری تامین اجتماعی، آژانس‌های مسافرتی دارای خدمات گردشگری، در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. تعداد نمونه مورد نظر در این پژوهش با استفاده از فرمول نمونه‌گیری جامعه نامعلوم کوکران انجام شد به منظور تعیین حجم نمونه یک مطالعه مقدماتی انجام شد و ۲۰ پرسشنامه بین جامعه آماری توزیع گردید و با برآورد واریانس نمونه اولیه در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه محاسبه گردید. تعداد نمونه کمی مورد نظر در این پژوهش با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران انجام شد. تعداد نمونه محاسبه شده برابر ۸۷ نفر می‌باشد که با احتساب امکان ریزش تعداد نمونه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک ورود افراد به این مطالعه: داشتن تحصیلات و گرایش مرتبط با گردشگری سلامت، داشتن حداقل یک سال سابقه موثر در ارتباط با گردشگری سلامت و موافقت آگاهانه بود.

جهت شناسایی شاخص‌ها فرهنگی مؤثر بر گردشگری سلامت در ایران از طریق انجام مصاحبه با صاحب نظران و فعالان صنعت گردشگری شامل ۷ نفر (۱ نفر از وزارت بهداشت درمان و آموزش عالی، ۱ نفر از سازمان میراث فرهنگی صنایع دستی و گردشگری، ۱ نفر از وزارت امور خارجه، ۱ نفر از آژانس مسافرتی خدمات گردشگری سلامت، ۱ نفر از مراکز آموزش عالی دانشگاه علوم پزشکی، ۱ نفر از مراکز درمانی فعال در گردشگری سلامت، ۱ نفر از هلدینگ گردشگری تامین اجتماعی) که شامل متخصصینی با تحصیلات یا تجربه کافی در حوزه گردشگری سلامت بودند، و ۷ نفر از استادان مدیریت فرهنگی و مدیریت گردشگری دانشگاه‌های ایران می‌باشند جمع‌آوری گردیده است. سپس پرسشنامه مورد نظر که به روش محقق ساخته در زمینه شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت بود تدوین شد، که شامل ۶۶ سوال، ۱۶ سوال در رابطه با بعد مصنوعات، ۲۱ سوال درباره بعد ارزش‌ها، و ۲۹ سوال درباره بعد مفروضات در طیف لیکرت بود. به منظور بررسی روایی پرسشنامه مورد نظر، از روش لائوشه استفاده شد که بر اساس تعداد متخصصینی که روایی محتوا را تعیین می‌کنند می‌باشد، متخصصان در این پژوهش شامل ۷ نفر می‌باشند، ابتدا پرسشنامه در اختیار ۷ نفر از صاحب نظران گردشگری سلامت قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا نظرات اصلاحی خود را بیان کنند، پس از اعمال این اصلاحات فرم نهایی پرسشنامه تهیه شد. برای ارزیابی روایی محتوا حداقل CVR مورد قبول برای این پرسشنامه ۰/۹۹ می‌باشد که تمام سوالات CVR مورد نیاز را کسب کردند و برای ارزیابی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده در این تحقیق برابر ۰/۹ است، که پایایی درونی آن عالی محسوب می‌شود و آزمون از پایایی قابل قبولی برخوردار است. سپس برای تعیین وزن هر یک از شاخص‌های فرهنگی در گردشگری سلامت کشور، از نظرات ۱۰۰ نفر با استفاده از پرسشنامه استفاده شد. جهت بررسی داده‌های پژوهش و شناسایی شاخص‌های فرهنگی از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. به منظور استفاده از روش تحلیل عاملی انجام آزمون بار تلت و شاخص کفایت حجم نمونه الزامی است. برای بررسی وضعیت کیفیت شاخص‌های فرهنگی، از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شد. به این منظور امتیاز هر یک از ابعاد با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از میانگین گیری محاسبه شد. برای رتبه بندی شاخص‌های فرهنگی مؤثر بر گردشگری فرهنگی از آزمون

فریدمن استفاده گردید. در نهایت برای تأیید شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت یافته‌های پژوهش حاضر ارائه شده است. به این منظور ابتدا یافته‌های توصیفی پژوهش و سپس یافته‌های تحلیلی پژوهش در رابطه با شاخص‌های گردشگری سلامت ارائه شده است. داده‌های توصیفی در اینجا داده‌هایی هستند که از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده‌اند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از تحلیل ساختاری استفاده شد. در تحلیل ساختاری، اجزای ساختار متن نوشتاری مصاحبه، یعنی واژه‌ها، مفاهیم و ارتباط میان آنها برحسب میزان تکرار، تعداد واژه‌ها، الفاظ، کنایه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در جمله و میزان تکرارشان شمارش و بررسی می‌گردد.

جدول ۱. شاخص‌های استخراج شده از مصاحبه با صاحب نظران

ابعاد فرهنگی	مؤلفه‌های فرهنگی	شاخص‌های فرهنگی
مصنوعات فرهنگی	فیزیکی	تکنولوژی - امور زیر بنایی - تجهیزات شهری بین راهی - سرویس‌های ارتباطی - تبلیغات - بناهای تاریخی - آثار هنری - نوع پوشش
	رفتاری	ارتباط با بیمار و خانواده وی - احترام متقابل میهمان و میزبان - تسهیل در صدور روایت - تشویق به انجام فعالیت‌های گردشگری سلامت - آداب و رسوم (نوع و چگونگی خوراک‌ها مصرفی)
ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی	شفاهی	طب سنتی - اسطوره‌هایی مانند زکریای رازی، ابن سینا و... - افسانه‌ها و داستان‌سرایی درباره پزشکی و سلامت در ایران - زبان
	استراتژی و اهداف	قوانین درمانی - سهولت قوانین - پایبندی به سنت‌ها - پایبندی به اصول شرعی و عرفی - حفظ فرهنگ و رعایت اصول اخلاقی جامعه میزبان
	نظری	کشف حقیقت گردشگری سلامت - جهان بینی و مبانی فکری میزبان درباره گردشگری سلامت - انطباق‌پذیری
	اقتصادی	ایجاد فرصت‌های شغلی - افزایش درآمد - داشتن تعرفه قیمت و ارائه صورتحساب - سهولت پرداخت هزینه‌ها
	زیبایی	زیبایی محیط (درمانی - تندرستی) - آراستگی اشخاص در محیط (درمانی - تندرستی)
اجتماعی	اعتماد به مراکز درمانی و کادر درمانی - نیروی انسانی متخصص با وجدان کاری - احیای غرور اجتماعی - مشارکت بین سازمان‌های گردشگری و درمانی جامعه میهمان و میزبان در صنعت گردشگری سلامت	

ادامه جدول ۱. شاخص‌های استخراج شده از مصاحبه با صاحب نظران

ابعاد فرهنگی	مؤلفه‌های فرهنگی	شاخص‌های فرهنگی
ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی	سیاسی	احساس امنیت - آزادی نسبی - اطلاع‌رسانی توسط سفارت‌ها - وجود و حضور پلیس گردشگری
	دینی	احترام به عقاید دینی میهمان - انجام مراسم مذهبی توسط میهمان
مفروضات اساسی فرهنگ	ماهیت فعالیت انسان	غلبه بر محیط - اعتقاد به سرنوشت و تسلیم در برابر آن - توسعه روحیه نشاط و اعتماد به نفس - عملکرد کارکنان در درک خواسته‌های میهمان - سبک زندگی - توسعه ظرفیت‌ها و استعدادها
	حقیقت و واقعیت	چگونگی سنجش واقعیت (تصمیم‌گیری درباره واقعیت) - گرایش به مسائل معنوی - ارتباط معنای واژه‌ها و اعمال به شخص‌گوینده - اخلاق‌گرایی (عمل بر اساس نظام اخلاقی) - عمل‌گرایی (عمل بر اساس تجربه)
	زمان	گذشته‌نگری (چگونگی موضوع‌ها در گذشته - تاریخچه) - حال‌نگری (چگونگی انجام وظایف در حال) - آینده‌نگری (نتایج کار) - زمان‌انتظار - سرعت انجام کارها - برنامه‌ریزی بلندمدت (برای مراقبت‌های بعدی)
	روابط انسانی	جمع‌گرایی - فرد‌گرایی - مشارکت‌پذیری - روابط دوستانه میان کارکنان سلامت و گردشگران سلامت
	فضا و مکان	محیط اختصاص یافته به هر فرد - آرامش و آسایش - رفاه
	ماهیت وجودی انسان	نگرش ذات خوب و بد انسان (چه نوع رفتاری خوب تلقی می‌شود) - نگرش فرهنگ به ارزش خویشتن - ترجیح منافع جمع به منافع خود
	اطلاعات و ارتباطات انسانی	داشتن وب‌سایت و ارتباطات بین‌المللی - سیستم ثبت الکترونیک اطلاعات

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون کولموگروف - اسمیرنوف:

آزمون اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. اگر داده‌ها دارای توزیع نرمال باشد امکان استفاده از آزمون پارامتریک وجود دارد و در غیر این صورت باید از آزمون ناپارامتریک استفاده کنیم. همانگونه که در جدول مشاهده می‌کنید مقدار sig. از ۰/۰۵ کوچکتر است یعنی آزمون معنادار شده و باید از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شود.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

Sig.	Z
۰/۰۰۰	۴/۳۷۷

منبع: یافته‌های پژوهش

شاخص کیفیت نمونه و آزمون بارتلت

پیش از اقدام به استفاده از روش تحلیل عاملی باید از کافی بودن حجم نمونه جهت تحلیل عاملی اطمینان حاصل شود، شاخص کفایت نمونه یا به اختصار kmo ویژه تحلیل آمار اکتشافی است و نشان می‌دهد که آیا داده‌ها برای انجام محاسبات تحلیل عامل اکتشافی کافی است یا خیر. نتایج آزمون KMO و بارتلت بدین معنی است که حجم نمونه مناسب است همانگونه که در جدول مشاهده می‌کنید، مقدار آماره KMO برابر با ۰/۶۲ است و نیز معنی‌داری آزمون بارتلت حاکی از تناسب مدل عاملی است؛ یعنی، واریانس متغیرهای تحقیق تحت تاثیر واریانس مشترک برخی عامل‌های پنهانی قرار نگرفته است.

جدول ۳. نتایج آزمون KMO و آزمون بارتلت

آماره	KMO	
۰/۶۲	بارتلت	
۷۵۶۳/۶		χ^2
۲۱۴۵		Df
۰/۰۰۰		Sig.

منبع: یافته‌های پژوهش

تحلیل عاملی اکتشافی: در این بخش ابتدا شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت تا ساختار عاملی مناسب متغیرها کشف شود. در تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی که مقدار ویژه آنها کمتر از یک باشد به عنوان عامل‌هایی است که از نظر آماری معنای‌دار نیست و باید از تحلیل کنار گذاشته شود. همانگونه که در جدول مشاهده می‌کنید مقادیر ویژه تمام مؤلفه‌ها بالاتر از ۱ و معنی‌دار می‌باشد، و هیچ یک از مؤلفه‌ها کنار گذاشته نمی‌شوند.

جدول ۴. مقادیر ویژه

مقادیر ویژه			عامل
وارینانس تراکمی	وارینانس	کل	
۸/۳	۸/۳۷	۵/۵۲	۱
۱۶/۲	۷/۶۳	۵/۰۳	۲
۲۲/۸	۶/۸۴	۴/۵۱	۳
۲۹/۳	۶/۴۷	۴/۲۷	۴
۳۵/۴	۶/۱۷	۴/۰۷	۵
۴۰/۹	۵/۴۵	۳/۰۶	۶
۴۶/۱	۵/۱۸	۳/۴۳	۷
۵۰/۸	۴/۶۷	۳/۰۸	۸
۵۵/۴	۴/۶۶	۳/۰۸	۹
۵۹/۹	۴/۴۶	۲/۹۴	۱۰
۶۴/۰۴	۴/۰۹	۲/۷۰	۱۱
۶۸/۰۷	۴/۰۲	۲/۶	۱۲
۷۱/۳	۳/۲۲	۲/۱۳	۱۳
۷۴/۲	۳/۹۴	۱/۹۴	۱۴
۷۷/۰۲	۲/۷۸	۱/۸۳	۱۵
۷۹/۵	۲/۵۲	۱/۶۶	۱۶
۸۲	۲/۴۵	۱/۶۱	۱۷

منبع: یافته‌های پژوهش

بار عاملی: قدرت رابطه بین متغیر پنهان و متغیر قابل مشاهده به وسیله بار عاملی نشان داده می‌شود، بار عاملی مقداری بین صفر و یک است. اگر بار عاملی کمتر از $0/3$ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف نظر می‌شود، بار عاملی بین $0/3$ و $0/6$ قابل قبول است و اگر بزرگ تر از $0/6$ باشد خیلی مطلوب است.

جدول ۵. بارهای عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

بار عاملی	شاخص	ردیف	مؤلفه	بعد
مصنوعات و نمادهای فرهنگی	فیزیکی	۱	تکنولوژی	۰/۸۰
		۲	امور زیر بنایی	۰/۸۲
		۳	تجهیزات شهری بین راهی	۰/۷۵
		۴	سرویس های ارتباطی	۰/۸۳

ادامه جدول ۵. بارهای عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

بار عاملی	شاخص	ردیف	مؤلفه	بعد	
مصنوعات و نمادهای فرهنگی	فیزیکی	۵	تبلیغات	۰/۷۹	
		۶	بناهای تاریخی	۰/۸۲	
		۷	آثار هنری	۰/۷۸	
		۸	نوع پوشش	۰/۶۵	
	رفتاری	۹	ارتباط با بیمار و خانواده وی	۰/۸۷	
		۱۰	احترام متقابل میهمان و میزبان	۰/۹۲	
		۱۱	تسهیل در صدور روایت	۰/۹۳	
		۱۲	تشویق به انجام فعالیت های گردشگری سلامت	۰/۸۸	
		۱۳	آداب و رسوم (نوع و چگونگی خوراک ها مصرفی)	۰/۹۱	
	شفاهی	۱۴	فرهنگ شفاهی(طب سنتی)	۰/۹۰	
		۱۵	افسانه ها و داستان سرایی- اسطوره ها تاریخ و قهرمانان(رازی، ابن سینا و...)	۰/۶۴	
		۱۶	زبان	۰/۸۲	
	ارزش ها و هنجارهای رفتاری	استراتژی و اهداف	۱۷	سهولت قوانین درمانی	۰/۹۴
			۱۸	پابندی به سنت ها	۰/۸۴
۱۹			پابندی به اصول شرعی و عرفی	۰/۹۵	
۲۰			حفظ فرهنگ و رعایت اصول اخلاقی جامعه میزبان	۰/۸۷	
نظری		۲۱	انطباق پذیری	۰/۹۴	
		۲۲	جهان بینی و مبانی فکری میزبان	۰/۹۲	
اقتصادی		۲۳	داشتن تعرفه قیمت و ارائه صورتحساب	۰/۸۰	
		۲۴	ایجاد فرصت های شغلی	۰/۹۷	
		۲۵	افزایش درآمد	۰/۹۲	
		۲۶	سهولت پرداخت هزینه ها	۰/۸۸	
زیبایی	۲۷	زیبایی محیط(درمانی-تندرستی)	۰/۹۰		
	۲۸	ظاهر اشخاص در محیط (درمانی-تندرستی)	۰/۷۴		
اجتماعی	۲۹	اعتماد به مراکز درمانی و کادر درمانی	۰/۸۳		
	۳۰	احیای غرور اجتماعی	۰/۸۴		
	۳۱	نیروی انسانی متخصص با وجدان کاری	۰/۸۳		
	۳۲	مشارکت بین سازمان های گردشگری و درمانی جامعه میهمان و میزبان در صنعت گردشگری سلامت	۰/۸۷		
	۳۳	امنیت برای میهمان	۰/۸۴		
	۳۴	آزادی نسبی	۰/۸۳		
سیاسی	۳۵	اطلاع رسانی توسط سفارت ها برای میهمان	۰/۸۵		
	۳۶	استقرار پلیس گردشگری	۰/۷۹		
	دینی	۳۷	احترام به عقاید دینی میهمان	۰/۹۳	
		۳۸	اجازه انجام مراسم مذهبی توسط میهمان	۰/۹۰	

ادامه جدول ۵. بارهای عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

بار عاملی	شاخص	ردیف	مؤلفه	بعد
فعالیت انسان	ماهیت	۳۹	غلبه بر محیط	۰/۸۳
		۴۰	اعتقاد به سرنوشت و تسلیم در برابر آن	۰/۸۴
		۴۱	روحیه نشاط و اعتماد به نفس	۰/۹۱
		۴۲	عملکرد کارکنان در درک خواسته های میهمان	۰/۸۸
		۴۳	سبک زندگی	۰/۹۰
حقیقت و واقعیت		۴۴	چگونگی سنجش واقعیت (تصمیم گیری درباره واقعیت)	۰/۸۳
		۴۵	گرایش به مسائل معنوی	۰/۹۴
		۴۶	ارتباط معنای واژه ها و اعمال به شخص گوینده	۰/۹۲
		۴۷	اخلاق گرایی (عمل بر اساس مذهب)	۰/۸۶
		۴۸	عمل گرایی (عمل بر اساس قانون)	۰/۸۸
زمان		۴۹	گذشته نگری (چگونگی موضوع ها در گذشته)	۰/۸۸
		۵۰	حال نگری (چگونگی انجام وظایف در حال)	۰/۹۵
		۵۱	آینده نگری (نتایج کار)	۰/۹۷
		۵۲	زمان انتظار برای ویزیت	۰/۸۹
		۵۳	سرعت انجام پذیرش و ترخیص بیمار	۰/۹۲
روابط انسانی		۵۴	برنامه ریزی بلند مدت (برای مراقبت های بعدی)	۰/۹۵
		۵۵	جمع گرایی (تعهدات گروهی)	۰/۸۷
		۵۶	فرد گرایی (حریم خصوصی و عقیده فردی)	۰/۸۸
		۵۷	مشارکت پذیری	۰/۸۸
		۵۸	روابط دوستانه میان کارکنان سلامت و گردشگران سلامت	۰/۷۴
فضا و مکان		۵۹	نحوه فاصله فیزیکی بین افراد	۰/۹۵
		۶۰	زبان بدن (ایما و اشاره ها و حرکات بدن)	۰/۹۳
		۶۱	تزئین و معماری محیط اختصاص یافته به هر فرد	۰/۸۳
ماهیت وجودی انسان		۶۲	نگرش ذات خوب و بد انسان (چه نوع رفتاری خوب تلقی می شود)	۰/۹۳
		۶۳	نگرش فرهنگ به ارزش خویشتن	۰/۹۵
		۶۴	ترجیح منافع جمع به منافع خود	۰/۸۷
اطلاعات و ارتباطات انسانی		۶۵	وظیفه مداری (ضوابط رسمی)	۰/۸۴
		۶۶	رابطه مداری (روابط غیر رسمی)	۰/۸۳

منبع: یافته‌های پژوهش

تحلیل عاملی تأییدی

نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم با نرم افزار لیزرل در جدول ۲ و نشان داده شده است. ۱۷ عامل شامل: ۳ مؤلفه مرتبط با بعد مصنوعات و نمادهای فرهنگی (فیزیکی، رفتاری و شفاهی)؛ ۷ مؤلفه مرتبط با بعد هنجاری و ارزش‌های فرهنگی (استراتژی و اهداف، نظری، اقتصادی، زیبایی، اجتماعی، سیاسی و دینی) و ۷ مؤلفه مرتبط با بعد مفروضات اساسی فرهنگی (ماهیت فعالیت انسان، حقیقت، زمان، روابط انسانی، فضا و مکان، ماهیت وجودی انسان و اطلاعات و روابط انسانی) تشکیل شده است و سپس سه بعد اصلی مصنوعات و نمادهای فرهنگی، هنجاری و ارزش‌های فرهنگی و مفروضات اساسی و زیر بنایی فرهنگ، عامل‌های اصلی گردشگری سلامت در ایران را تشکیل می‌دهند. همانگونه که در جدول مشاهده می‌کنید، همه بارها بالاتر از مقدار قابل قبول ۰/۶ و خیلی مطلوب هستند.

جدول ۶. بارهای عاملی

مقادیر-T	بار عاملی	ابعاد	مقادیر-T	بار عاملی	مؤلفه‌ها
۶/۱۸	۰/۷۵	مصنوعات و نمادهای فرهنگی	-	۰/۸۵	فیزیکی
			۷/۱۴	۰/۷۰	رفتاری
			۷/۸۹	۰/۷۸	شفاهی
۵/۴۷	۰/۷۳	هنجاری و ارزش‌های فرهنگی	-	۰/۷۰	استراتژی و اهداف
			۶/۴۴	۰/۶۸	نظری
			۶/۸۳	۰/۷۳	اقتصادی
			۶/۲۴	۰/۶۶	زیبایی
			۶/۶۲	۰/۷۰	اجتماعی
			۶/۹۵	۰/۷۴	سیاسی
			۶/۵۶	۰/۷۰	دینی
۵/۴۸	۰/۷۶	مفروضات اساسی فرهنگی	-	۰/۶۸	ماهیت فعالیت انسان
			۶/۲۷	۰/۶۸	حقیقت و واقعیت
			۵/۳۸	۰/۵۷	زمان
			۷/۳۴	۰/۸۲	روابط انسانی
			۶/۵۰	۰/۷۱	فضا و مکان
			۶/۰۲	۰/۶۵	ماهیت وجودی انسان
			۷/۱۵	۰/۷۹	اطلاعات

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون تی تک نمونه: برای بررسی وضعیت کیفیت شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت، از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شد. به این منظور امتیاز هر یک از ابعاد با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از میانگین‌گیری محاسبه شد. طبق جدول شماره ۷ ضریب معناداری برای شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت برابر با صفر و کمتر از سطح خطای ۱ درصد به دست آمد، حد بالا و پایین ابعاد در محدوده مثبت بوده و میانگین آنها بیش از عدد سه می‌باشد، بنابراین بررسی این ابعاد در جامعه پژوهش نشان داد که همه ابعاد در وضعیت مناسبی قرار دارند.

جدول ۷. نمودار مقادیر T

Sig.	df	t	مؤلفه‌ها
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۳/۹	فیزیکی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۳/۷	رفتاری
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۵/۴	شفاهی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۴/۳	استراتژی و اهداف
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۱/۶	نظری
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۹	اقتصادی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۸/۲	زیبایی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۷/۳	اجتماعی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۹/۶	سیاسی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۰/۸	دینی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۷/۴	فعالیت انسان
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۳/۴	حقیقت
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۸/۲	روابط انسانی
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۶/۸	فضا و مکان
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۶/۳	ماهیت
۰/۰۰۰	۱۰۷	۱۵/۷	زمان
۰/۰۰۰	۱۰۷	۲۸/۵	اطلاعات

منبع: یافته‌های پژوهش

شاخص نیکویی برازش: برای شناخت میزان همخوانی داده‌های تجربی و مدل مفهومی از شاخص‌ها و معیارهایی استفاده می‌شود که به آنها شاخص‌های نیکویی برازش می‌گویند. یکی از شاخص‌های اصلی نیکویی برازش در نیکویی معادلات ساختاری شاخص RMSEA است. همانگونه که در جدول مشاهده

می‌کنید، شاخص‌ها قابل قبول هستند و بنابر این، مدل گردشگری سلامت در ایران بر اساس شاخص‌های فرهنگی از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۸. شاخص‌های برازش نیکویی برازش

شاخص‌ها	مقدار	مقدار قابل قبول	تفسیر
خی-دو	$p=0/000$ $\chi^2=185/3$	معنی دار باشد	کمتر از ۰/۰۵ است پس معنی دار می باشد
RMSEA	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۶	خوب
NFI	۰/۹۰	بالای ۰/۹۰	عالی
NNFI	۰/۹۵	بالای ۰/۹۵	عالی
CFI	۰/۹۶	بالای ۰/۹۵	عالی
IFI	۰/۹۶	بالای ۰/۹۵	عالی
SRMR	۰/۰۷	زیر ۰/۰۸	عالی

منبع: یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد

میانگین مقدار متوسط اعداد برای یک جامعه است این مقدار نشان دهنده مقدار مرکزی است که کل مجموعه اعداد در اطراف آن قرار گرفته‌اند. اگر انحراف معیار داده‌ها نزدیک به صفر باشد نشان آن است که داده‌ها نزدیک به میانگین هستند و پراکندگی اندکی دارند، در حالی که انحراف معیار بزرگ بیانگر پراکندگی قابل توجه داده‌ها می‌باشد. همانطور که در جدول مشاهده می‌کنید، بیشترین انحراف استاندارد را مؤلفه زیبایی و کمترین انحراف استاندارد را مؤلفه فیزیکی دارا هستند.

جدول ۹. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها

ابعاد	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
مصنوعات و نمادهای فرهنگی	فیزیکی	۴/۱۲	۰/۱۸
	رفتاری	۴/۳۲	۰/۱۹
	شفاهی	۴/۳۱	۰/۳۳
هنجاری و ارزش های فرهنگی	استراتژی و اهداف	۳/۷۴	۰/۳۰
	نظری	۳/۹۰	۰/۴۸
	اقتصادی	۴/۴۹	۰/۲۶
	زیبایی	۴/۶۲	۲/۰۳
	اجتماعی	۴/۱۵	۱/۲

ادامه جدول ۹. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها

انحراف استاندارد	میانگین	مؤلفه‌ها	ابعاد
۰/۲۰	۳/۹۶	سیاسی	هنجاری و ارزش های فرهنگی
۰/۳۰	۴/۷۸	دینی	
۰/۲۲	۳/۵۸	ماهیت فعالیت انسان	مفروضات اساسی فرهنگی
۰/۲۲	۳/۷۰	حقیقت و واقعیت	
۰/۲۴	۴/۲۶	زمان	
۰/۲۴	۳/۷	روابط انسانی	
۰/۲۹	۳/۲۸	فضا و مکان	
۰/۳۰	۳/۵۱	ماهیت روابط انسان	
۰/۲۷	۳/۸۲	اطلاعات	

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون معناداری فریدمن

آزمون معناداری فریدمن چنانچه سطح پوشش آماره آزمون از ۰/۵ درصد کمتر باشد وجود تفاوت بین آزمون‌ها را نتیجه‌گیری می‌کنیم در غیر این صورت فرض آماری صفر را در نظر می‌گیریم. همانگونه در در جدول مشاهده می‌شود سطح پوشش آماره آزمون ۰/۹۸۶ و از ۰/۵ بزرگتر است. بنابراین این با ۰/۹۵ درصد اطمینان می‌توان تساوی بین مؤلفه‌های بعد مصنوعات و نمادهای فرهنگی موثر در گردشگری سلامت را نتیجه گرفت، یعنی بین سه مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، بنابراین، شاخص‌های هر سه مؤلفه از اهمیت یکسانی برخوردار هستند. همانگونه در در جدول مشاهده می‌شود سطح پوشش آماره آزمون هنجارها و ارزش‌های اساسی ۰/۰۰۵ و از ۰/۵ کوچکتر است بنابراین این با ۰/۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت، بین هفت مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، یعنی شاخص‌های هفت مؤلفه از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند. همچنین در جدول مشاهده می‌شود سطح پوشش آماره آزمون مفروضات اساسی فرهنگ ۰/۰۲۶ و از ۰/۵ کوچکتر است بنابراین این با ۰/۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت، بین هفت مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، یعنی شاخص‌های هفت مؤلفه از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند.

جدول ۱۰. نتایج آزمون فریدمن برای شاخص‌های ابعاد فرهنگی

Sig.	Df	χ^2	
۰/۹۸۶	۲	۰/۰۲۹	مصنوعات و نمادهای فرهنگی
۰/۰۰۵	۶	۱۸/۶	هنجارها و ارزش‌های اساسی
۰/۰۲۶	۶	۱۴/۳	مفروضات اساسی فرهنگ

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون رتبه‌بندی فریدمن: آزمون فریدمن یکی از آزمون‌های آماری است که از نظر میانگین رتبه گروه‌ها را معلوم می‌کند، در اینجا باید یاد آور شد که میانگین رتبه با میانگین حسابی تفاوت دارد.

جدول ۱۱. رتبه بندی شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده

رتبه	شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده	میانگین	رتبه	شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده	میانگین
۱	شاخص تکنولوژی	۴/۶۴	۳۴	تشویق به انجام فعالیت‌های گردشگری سلامت	۳/۹۴
۲	شاخص امور زیر بنایی	۴/۵۹	۳۵	اسطوره ها و افسانه های پزشکی	۳/۹۲
۳	تسهیل صدور روادید	۴/۵۸	۳۶	شاخص نوع پوشش افراد	۳/۹۲
۴	زبان	۴/۵۷	۳۷	شاخص بنا های تاریخی	۳/۸۸
۵	اعتماد به مراکز درمانی و کادر درمانی	۴/۵۶	۳۸	شاخص آثار هنری	۳/۸۶
۶	نیروی انسانی متخصص با وجدان کاری	۴/۵۵	۳۹	ایجاد فرصت های شغلی	۳/۷۹
۷	زمان انتظار برای ویزیت پزشک	۴/۵۵	۴۰	افزایش درآمد	۳/۷۹
۸	سرعت انجام پذیرش و ترخیص بیمار	۴/۵۵	۴۱	آزادی نسبی برای میهمان	۳/۷۱
۹	برنامه ریزی بلند مدت (برای مراقبت های بعدی)	۴/۵۵	۴۲	مشارکت پذیری	۳/۵۹
۱۰	آینده نگری(نتایج کار)	۴/۵۵	۴۳	جهان بینی و مبانی فکری میزبان	۳/۵۹
۱۱	حال نگری (چگونگی انجام وظایف در حال)	۴/۵۵	۴۴	انطباق پذیری	۳/۵۰
۱۲	گذشته نگری(پیشینه خدمات درمانی و سلامت)	۴/۵۴	۴۵	احیای غرور اجتماعی	۳/۵۰
۱۳	سهولت قوانین درمانی	۴/۵۴	۴۶	سبک زندگی	۳/۴۱
۱۴	داشتن تعرفه قیمت و ارائه صورتحساب	۴/۵۳	۴۷	غلبه بر محیط	۳/۴۰
۱۵	سهولت پرداخت هزینه‌ها	۴/۵۳	۴۸	احترام به عقاید دینی	۳/۲۴
۱۶	شاخص تجهیزات شهری	۴/۵۳	۴۹	انجام مراسم مذهبی	۳/۱۴
۱۷	شاخص تبلیغات	۴/۵۱	۵۰	اعتقاد به سرنوشت و تسلیم در برابر آن	۳/۱۴
۱۸	شاخص سرویس های ارتباطی	۴/۵۱	۵۱	روحیه نشاط و اعتماد به نفس	۳/۱۴

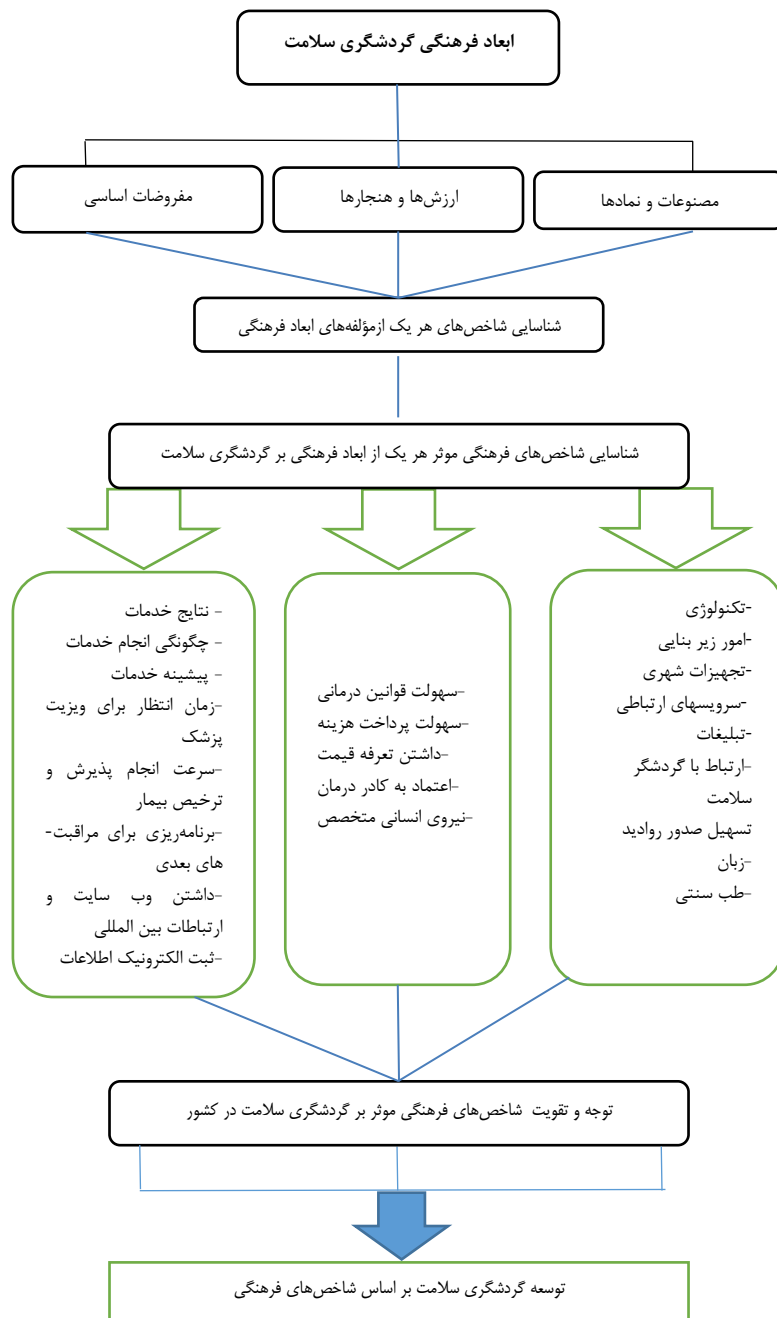
جدول ۱۱. رتبه بندی شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده

رتبه	شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده	میانگین	رتبه	شاخص‌های فرهنگی شناسایی شده	میانگین
۱۹	داشتن وب سایت و ارتباطات بین المللی	۴/۵۰	۵۲	گرایش به مسائل معنوی	۲/۷۹
۲۰	ارتباط با بیمار و خانواده وی	۴/۵۰	۵۳	اخلاق گرایی	۲/۷۳
۲۱	احترام متقابل میهمان و میزبان	۴/۴۸	۵۴	عمل گرایی	۲/۷۰
۲۲	اطلاع رسانی توسط سفارت‌ها برای میهمان	۴/۴۸	۵۵	ارتباط معنای واژه ها و اعمال به شخص گوینده	۲/۶۸
۲۳	امنیت برای میهمان	۴/۴۲	۵۶	چگونگی تصمیم گیری درباره واقعبیت	۲/۶۲
۲۴	استقرار پلیس گردشگری	۴/۳۸	۵۷	جمع گرایی (سمینارها و گردهمایی ها)	۲/۵۴
۲۵	طب سنتی	۴/۳۸	۵۸	فرد گرایی (حریم خصوصی و عقیده فردی)	۲/۴۹
۲۶	روابط میان کارکنان سلامت و گردشگران سلامت	۴/۳۵	۵۹	محیط اختصاص یافته به هر فرد	۲/۴۶
۲۷	عملکرد کارکنان در درک خواسته های مهمان	۴/۲۳	۶۰	آرامش و آسایش	۲/۳۸
۲۸	سیستم ثبت الکترونیک اطلاعات	۴/۲۱	۶۱	رفاه	۲/۳۶
۲۹	مشارکت بین سازمان‌های جامعه میهمان و میزبان	۴/۱۴	۶۲	زیبایی محیط(درمانی-تندرستی)	۲/۲۷
۳۰	آداب و رسوم و سنت‌ها	۴/۱۲	۶۳	ظاهر اشخاص در محیط (درمانی-تندرستی)	۲/۲۲
۳۱	پایبندی به اصول شرعی و عرفی	۴/۰۴	۶۴	نگرش فرهنگ به ارزش خویشین	۲/۰۳
۳۲	پایبندی به سنت‌ها	۴/۰۲	۶۵	ذات خوب و بد انسان(چه نوع رفتاری خوب تلقی میشود)	۱/۶۳
۳۳	حفظ فرهنگ و رعایت اصول اخلاقی جامعه میزبان	۳/۹۸	۶۶	ترجیح منافع جمع به منافع خود	۱/۴۶

منبع: یافته‌های پژوهش

مدل توسعه گردشگری سلامت بر اساس شاخص‌های فرهنگی

در انتها با توجه به یافته‌های پژوهش مدل توسعه گردشگری سلامت بر اساس شاخص‌های فرهنگی در ایران رسم شد.



نمودار ۱. مدل توسعه گردشگری سلامت بر اساس شاخص‌های فرهنگی منبع: یافته‌های پژوهش

نتیجه‌گیری

بررسی روند موفق توسعه پایدار برخی کشورها در سال‌های اخیر، که تحت تاثیر مستقیم و بر اساس عناصر فرهنگی به وقوع پیوسته است، بیانگر اهمیت و جایگاه فرهنگ در توسعه است که نقش کلیدی فرهنگ در توسعه به ویژه توسعه گردشگری را نشان می‌دهد، با توجه به اهمیت فرهنگ در مقوله توسعه و به ویژه توسعه گردشگری، لازم است در تمام سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، اقدامات و فعالیت‌های صورت گرفته در این حوزه، همواره بعد فرهنگ را مورد توجه قرار داد. زیرا هرگونه برنامه‌ریزی برای توسعه در هر حوزه‌ای بدون در نظر گرفتن مؤلفه فرهنگی اثربخش نخواهد بود و نه می‌تواند مداوم و پایدار باشد، و نه می‌تواند در جهت خودشکوفایی و تکامل انسانی قرار گیرد. گردشگری سلامت، گونه‌ای از گردشگری است که در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. ایران، هنوز آن چنان که باید نتوانسته در جذب گردشگران سلامت موفق باشد. ویژگی‌های فرهنگی برای گردشگران سلامت بسیار مهم هستند، چرا که آنها برای انجام جراحی یا خدمات درمانی به کشوری مراجعه می‌کنند که قبلاً آنجا نبودند و فرهنگ آن کشور را نمی‌شناسند و بابت این موضوع احساس عدم آرامش دارند. از این رو تحقیق حاضر برای اولین بار به شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت ایران با توجه به ادبیات انجام شده و نظرات خبرگان پرداخته است.

نتایج اولیه حاصل از این پژوهش نشان داد که اولویت اول برای توسعه گردشگری سلامت بر اساس شاخص‌های فرهنگی توجه به لایه بیرونی فرهنگ یا همان مصنوعات و نمادهای فرهنگی است. این یافته‌ها با نظریه شاین که چهار چوب نظری تحقیق را تشکیل می‌دهد همخوانی دارد.

نتایج تحقیقات نشان داد در مطالعاتی که برای توسعه گردشگری سلامت انجام می‌شود باید مجموعه گسترده‌ای از شاخص‌ها و مؤلفه‌های فرهنگی مد نظر قرار گیرد. در نهایت نتایج پژوهش نشان داد ۶۶ شاخص فرهنگی در توسعه گردشگری سلامت تاثیر گذار می‌باشد، که برخی از شاخص‌های فرهنگی در گردشگری سلامت از برخی دیگر دارای اهمیت بیشتری می‌باشند؛ شاخص‌های: تکنولوژی- امور زیر بنایی- تسهیل صدور روادید- زبان- اعتماد به مراکز درمانی و کادر درمانی- نیروی انسانی متخصص با وجدان کاری- زمان انتظار برای ویزیت پزشک- سرعت انجام پذیرش و ترخیص بیمار- برنامه‌ریزی بلند

مدت (برای مراقبت‌های بعدی) - آینده نگری (نتایج کار) - حال نگری (چگونگی انجام وظایف در حال) - گذشته نگری (پیشینه خدمات درمانی و سلامت) - سهولت قوانین درمانی - داشتن تعرفه قیمت و ارائه صورتحساب - سهولت پرداخت هزینه‌ها - تجهیزات شهری - تبلیغات - سرویس‌های ارتباطی - داشتن وب سایت و ارتباطات بین المللی - ارتباط با بیمار و خانواده وی به ترتیب از بالاترین اهمیت برخوردار بودند. شاخص‌های احترام متقابل میهمان و میزبان - اطلاع رسانی توسط سفارت‌ها برای میهمان - امنیت برای میهمان - استقرار پلیس گردشگری - روابط میان کارکنان سلامت و گردشگران سلامت - عملکرد کارکنان در درک خواسته‌های میهمان - سیستم ثبت الکترونیک اطلاعات - مشارکت بین سازمان‌های جامعه میهمان و میزبان - آداب و رسوم و سنت‌ها - پایبندی به اصول شرعی و عرفی - پایبندی به سنت‌ها - حفظ فرهنگ و رعایت اصول اخلاقی جامعه میزبان - تشویق به انجام فعالیت‌های گردشگری سلامت - طب سنتی - اسطوره‌ها و افسانه‌های پزشکی - نوع پوشش افراد - بناهای تاریخی - آثار هنری - ایجاد فرصت‌های شغلی - افزایش درآمد - آزادی نسبی برای میهمان - مشارکت پذیری - جهان بینی و مبانی فکری میزبان - انطباق پذیری - احیای غرور اجتماعی - سبک زندگی - غلبه بر محیط - احترام به عقاید دینی - انجام مراسم مذهبی - اعتقاد به سرنوشت و تسلیم در برابر آن - روحیه نشاط و اعتماد به نفس در درجه بعدی اهمیت قرار دارند و شاخص‌های گرایش به مسائل معنوی - اخلاق گرایی - عمل گرایی - ارتباط معنای واژه‌ها و اعمال به شخص گوینده - چگونگی تصمیم‌گیری درباره واقعیت - جمع گرایی (سمینارها و گردهمایی‌ها) - فرد گرایی (حریم خصوصی و عقیده فردی) - محیط اختصاص یافته به هر فرد - آرامش و آسایش - رفاه - زیبایی محیط (درمانی - تندرستی) - ظاهر اشخاص در محیط (درمانی - تندرستی) - نگرش فرهنگ به ارزش خویشتن - ذات خوب و بد انسان (چه نوع رفتاری خوب تلقی می‌شود) - ترجیح منافع جمع به منافع خود، از اهمیت زیادی در گردشگری سلامت برخوردار نیستند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های عوامل گردشگری فرهنگی در مدل انگیزه گردشگری جو هان لی (۲۰۱۵)، شرایط فرهنگی، مدل الماس پورتر خوارزمی (۱۳۹۵)، مدل ساختاری توسعه گردشگری مروتی شریف آبادی (۱۳۹۲) انطباق دارد و آنها را تایید می‌کند.

پیشنهادات به مدیران گردشگری سلامت کشور با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش:

۱- داشتن تکنولوژی استاندارد و به روز درمانی در گردشگری سلامت دارای اولین درجه اهمیت می‌باشد تکنولوژی یکی از خصیصه‌های فرهنگی زیربنایی انسان است بر این اساس رابطه بین فرهنگ و تکنولوژی اینگونه است که فرهنگ جامعه تعیین کننده ماهیت تکنولوژی و توسعه آن و تحول فرهنگی تکنولوژی را شامل می‌شود. بر این اساس تکنولوژی سرمایه‌ای فرهنگی است که به مراتب مختلفی در جوامع وجود دارد، لذا به مدیران گردشگری سلامت توصیه می‌شود که از به روزترین و مجهزترین تکنولوژی‌های دارای استاندارد جهانی برای خدمات دهی به گردشگران سلامت استفاده شود.

۲- از آنجایی که امور زیر بنایی از شاخص‌های مهم فرهنگی و دومین اهمیت را بعد از تکنولوژی دارا می‌باشد به مدیران گردشگری سلامت کشور پیشنهاد می‌گردد، کمبود زیرساخت‌های لازم در گردشگری سلامت (دهکده‌های سلامت، هتل بیمارستان‌ها، اسپاها و...) را جبران نمایند.

۳- تسهیل صدور رواید نوع تی (این ویزا شامل تعریف وسیعی از درمان، زیبایی و سلامت است تا جایی که حتی شامل آب‌درمانی، چکاپ و هرگونه خدمات زیبایی می‌شود) تسریع زمان و کاهش هزینه رواید در فرودگاه‌ها به منظور تسهیل ورود گردشگرانی که به دنبال دریافت خدمات درمان و سلامت در ایران هستند.

۴- زبان، بیش از اینکه تنها یک وسیله برای ارتباط باشد؛ بذر فرهنگ و حتی فرایند تفکر مؤثر است، از آن جا که زبان، راهنمای فرهنگ و ارتباط است و ارتباط کلامی و غیرکلامی، خود عامل شناخت فرهنگ است و با توجه به این که فرهنگ یک سیستم ارتباطی است که از ارتباطات کلامی و غیرکلامی که یک گروه را از گروه دیگر متمایز می‌کند، زبان، عامل مؤثر و مهمی در ارتباط میان بیماران و ارائه کنندگان خدمات مراقبت سلامت است به مدیران گردشگری سلامت پیشنهاد می‌گردد، از کارکنانی در صنعت گردشگری سلامت استفاده نمایند که دارای گواهینامه معتبر در زبان باشند، یا برای کارکنان دوره‌های آموزش زبان برقرار کنند تا با یادگیری زبان ارتباط بهتری با گردشگر سلامت برقرار شود.

- ۵- فرهنگ از عوامل مؤثر بر اعتماد می‌باشد، فرهنگ تاثیرات زیادی بر درجه اعتماد افراد دارا هست، مدیران گردشگری سلامت باید بدانند اعتماد گردشگران سلامت به مراکز درمانی و کادر درمانی، باعث بازگشت مجدد گردشگران سلامت به ایران و توصیه به دیگران برای حضور در مراکز درمانی ایران می‌شود و کم کاری و قصور می‌تواند باعث عدم اعتماد گردشگران شود.
- ۶- نیروی انسانی با وجدان کاری تحت تاثیر مستقیم فرهنگ می‌باشد که یکی از مهمترین مؤلفه‌ها در گردشگری سلامت است، مدیران گردشگری سلامت باید توجه بسیاری به کارکنان خود داشته باشند و از برنامه‌های آموزشی غافل نباشند، زیرا این کارکنان هستند که در تماس مستقیم با مشتریان، سرویس و خدمات را به آنها عرضه می‌نمایند و تأثیر بسیاری در رضایت آنها خواهند داشت. آموزش نیروی انسانی باعث بالا رفتن سطح وجدان کاری و مسئولیت پذیری می‌گردد، به مسئولین پیشنهاد می‌شود که در جذب نیروی انسانی بخش گردشگری سلامت دقت بیشتری به خرج دهند و هر ساله نیروی انسانی صنعت گردشگری سلامت تحت آموزش به روز قرار گیرند.
- ۷- زمان انتظار برای ویزیت پزشک یکی از مهمترین شاخص‌های فرهنگی گردشگری سلامت است، گردشگران سلامت ممکن است برای زمان انتظار کمتر انجام ویزیت، مقصد گردشگری سلامت خود را تغییر دهند.
- ۸- سرعت انجام پذیرش و ترخیص بیمار، زمان انتظار زیاد موجب اتلاف وقت فراوان و سردرگمی گردشگر سلامت و همراهان آنها می‌شود که موجب بی اعتمادی آنها به تسهیلات درمانی می‌شود.
- ۹- برنامه‌ریزی بلند مدت (برای مراقبت‌های بعدی) پاسخگویی به بیماران اعم از ارتباط تلفنی، ایمیلی یا برقراری کنفرانس با پزشک معالج بعد از دریافت خدمات گردشگری سلامت از شاخص‌های مهم فرهنگی در گردشگری سلامت می‌باشد که مدیران گردشگری سلامت نباید آن را فراموش کنند و به ارائه دهندگان خدمات گردشگری سلامت توصیه می‌شود امکان پی گیری گردشگران سلامت بعد از دریافت خدمات سلامت، و دسترسی و مشاوره را از طریق وب سایت فراهم نمایند.
- ۱۰- آینده نگری (نتایج کار) پیگیری بعد از ترخیص گردشگر سلامت، باید نتیجه درمانی گردشگر سلامت که ترخیص می‌شود پیگیری شود که مشکلات بعد از دریافت خدمات سلامت نداشته باشد.

۱۱- حال نگری (چگونگی انجام خدمات گردشگری سلامت) فرهنگ در بعد زمان بسیار تاثیر گذار است، این که در حال حاضر کیفیت امکانات و ارائه خدمات گردشگری سلامت به گردشگران تا چه حد می‌باشد (بدون در نظر داشتن گذشته گردشگری سلامت ایران) برای بسیاری از فرهنگ‌های حال نگر حائز اهمیت است.

۱۲- گذشته نگری (پیشینه خدمات درمانی و سلامت) این که در گذشته ارائه خدمات گردشگری سلامت به گردشگران چه میزان بوده در انتخاب ایران به عنوان مقصد گردشگری سلامت نقش مهمی دارد، به مدیران گردشگری سلامت توصیه می‌شود از خطاها یا کامیابی‌های گذشته برای توسعه گردشگری سلامت بهره گیرند.

۱۳- قوانین درمانی، قانونمداری و قانون‌پذیری جزئی از فرهنگ است، سهولت قوانین درمانی در پذیرش گردشگران سلامت اهمیت فراوان دارد، چراکه محیط قانونی کشورها برخی از خدمات درمانی را درون کشور برای گردشگران سلامت ممنوع می‌نمایند، وجود قوانین برای پیگیری خطاهای پزشکی الزامی است و به این منظور توصیه می‌گردد قوانین شفاف، جامع و معقول به منظور جذب گردشگر سلامت تدوین و اجرا گردد.

۱۴- قیمت اغلب مهمترین انگیزه برای انجام گردشگری سلامت است. بیماران بین‌الملل علاقمندانند که عالی‌ترین خدمات را با قیمت مناسب دریافت کنند و برای مقایسه می‌خواهند که قیمت‌ها بصورت شفاف و شامل همه خدمات به آنها اعلام شود، داشتن تعرفه قیمت و ارائه صورتحساب از تمامی خدمات گردشگری سلامت یکی از شاخص‌های مهم در گردشگری سلامت می‌باشد که به سازمان-های ارائه دهنده خدمات سلامت توصیه می‌گردد که تعرفه قیمت برای خدمات خود داشته و به گردشگران صورتحساب ارائه دهند.

۱۵- سهولت پرداخت هزینه‌ها ایجاد بیمه مشترک بین کشورها نیز در توسعه گردشگری سلامت موثر است تعریف کردن یک بسته بیمه‌ای برای بسیاری از گردشگران سلامت، بسیار مهم است و به آنها آرامش خاطر و اطمینان می‌دهد. همچنین گردشگران سلامت قادر نیستند به صورت مستقل از بانک‌های ایرانی کارت بانکی دریافت کنند چون امکان اتصال حساب از ایران به کشور مبدا

گردشگران وجود ندارد.

۱۶- تجهیزات شهری یکی از مهم‌ترین شاخص‌های فرهنگی در گردشگری سلامت هستند، ارتقاء کیفیت و ایجاد تجهیزات مناسب برای گردشگران سلامت، از جمله مراکز اقامتی، اماکن تفریحی، مبلمان شهری، علاوه بر جلب رضایت گردشگران سلامت باعث آسایش شهروندان بومی نیز می‌شوند.

۱۷- عامل بسیار موثر در بحث مصنوعات و نمادها شاخص تبلیغات است، یکی از دلایل موفقیت کشورها در توسعه گردشگری سلامت، تبلیغات است، وجود سیستمی جهت بازاریابی و تبلیغات جهت معرفی و شناساندن پزشکان نامی، تجهیزات پزشکی و جاذبه‌های گردشگری سلامت ایران به گردشگران بین‌المللی سلامت، با توجه به تبلیغات غلطی که در ارتباط با ایران در کشورهای دیگر انجام می‌شود ضروری به نظر می‌رسد.

۱۸- سرویس‌های ارتباطی یکی دیگر از شاخص‌های مهم فرهنگی است، فرهنگ در فناوری اطلاعات و ارتباطات ماهیتی مشخص و تعریف ویژه دارد و برای قبول و برخورداری از فناوری نوعی آمادگی لازم است، گردشگر سلامت باید بتواند از گسترش فناوری ارتباطات و اطلاعات برای برقراری ارتباط از کشور خود و رزور آنلاین بیمارستان، هتل، خرید بلیط در ایران، پزشکی از راه دور (تله‌مدیسن) استفاده نماید.

۱۹- داشتن وب سایت و ارتباطات بین‌المللی برای دسترسی گردشگران سلامت وجود داشته باشد، که هم از این طریق درباره پزشکان، تجهیزات و خدمات سلامت مورد ارائه آگاهی پیدا نمایند، هم نظر سنجی وجود داشته باشد که از نظرات دیگران مطلع گردند.

۲۰- ارتباط با گردشگر سلامت و خانواده وی در توسعه گردشگری سلامت بسیار مهم است چرا که رضایت گردشگر سلامت تنها از طریق به کارگیری فناوری‌های پیشرفته به دست نمی‌آید، بلکه رفتار و عملکرد کارکنان نیز نقش بسزایی در ایجاد رضایتمندی گردشگر سلامت دارد، فرهنگ تاثیر عمیقی بر موضوع و شیوه ارتباطات دارد و نحوه ارتباطات نشانگر فرهنگ است.

منابع

- ابراهیم پور، علیرضا. (۱۳۸۹). «ارائه الگوی تعیین فاصله انتظاراتی بین وضع مطلوب و وضع موجود در گردشگری بر اساس شاخص‌های فرهنگی». رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- ابراهیم زاده، عیسی؛ سخاورد، ناهید و تقی‌زاده، زهرا. (۱۳۹۲). «بررسی تطبیقی ظرفیت‌های گردشگری سلامت در ایران و هند با بهره‌گیری از مدل SWOT و فرایند سلسه مراتبی AHP». فصلنامه مطالعات شبه قاره، سال پنجم، شماره ۵.
- افتخارزاده، امیر. (۱۳۹۴). «بررسی عوامل مؤثر بر توسعه بیمه سلامت گردشگری در ایران». کنفرانس بین‌المللی مدیریت، اقتصاد و مهندسی صنایع.
- امین‌بیدختی علی، زرگر، سید مجتبی، نظری ماشالله. (۱۳۸۹). «بازاریابی راهبردی در صنعت گردشگری»، مطالعات مدیریت راهبردی، نشریه مدیریت، شماره ۳.
- بابکی، روح الله؛ نرگسی، شهبین و عفتی، مهناز. (۱۳۹۷). «بررسی رابطه بین گردشگری و رشد اقتصادی و توسعه مالی در ایران»، نشریه اقتصاد مالی، دوره دوازده.
- تاوتلی، مهرداد و محمدی، بهاره. (۱۳۹۳). «بررسی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر بازاریابی گردشگری در جزیره کیش»، اولین همایش بین‌المللی علمی راهبردی توسعه گردشگری جمهوری اسلامی ایران، چالش‌ها و چشم‌اندازها.
- تفتی، حامد؛ منشادیان، سعیده؛ فرازی، یزدان و آباد، ثریا. (۱۳۹۷). «تحلیل تاثیرات متقابل صنعت بیمه و گردشگری در ایران با رویکرد مدل-سازي معادلات ساختاری». فصلنامه علمی پژوهشی گردشگری و توسعه، سال هفتم، شماره ۳، صص ۷۴-۸۷.
- جلیلیان، لعلیا؛ چقاچردی، ایمان؛ فتوحی، زیبا و اعتباری گوهرریزی، سلما. (۱۳۹۶). «تحلیل راهبردهای توسعه گردشگری فرهنگی شهر اصفهان با استفاده از مدل ترکیبی QSPM-SWOT». مجله مدیریت فرهنگی، سال یازدهم، شماره ۳۹.
- حقیقی، محمد؛ سعیدنیا، حمیدرضا و کیانوش قویم، غزال. (۱۳۹۰). «نقش رضایت احساسی در تمایلات رفتاری مشتریان در ارتباط باکیفیت خدمت در صنعت هتلداری»، مجله مدیریت بازاریابی، شماره ۶.
- خوارزمی، امیرعلی؛ رهنما، محمدرحیم؛ جوان، جعفر و اجزا شکوهی، محمد. (۱۳۹۵). «عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی». مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، جلد ۸، شماره ۳، صص ۴۰۵-۴۱۶.
- رضوانی، علی اصغر. (۱۳۸۵). جغرافیا و صنعت توریسم. تهران: انتشارات پیام نور.
- زاهدی، مهدی و محمدی، عمید. (۱۳۹۴). «نقش حقوق مالکیت فکری در حمایت از صنعت گردشگری». پژوهش حقوق خصوصی، شماره ۴(۱۳).
- شالباغیان، علی اصغر. (۱۳۹۴). گردشگری سلامت در رویکرد جامع. چاپ اول. تهران: مهکامه.

- شاین، ادگار. (۱۳۸۳). مدیریت فرهنگ سازمانی و رهبری. چاپ اول. ترجمه: دکتر پروزو فرهی بوزنجانی، شمس‌الدین نوری نجفی. تهران: سیمای جوان.
- شریفی چلنبر، کاملیا. (۱۳۹۶). «شناسایی و رتبه‌بندی موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان گیلان». پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مدیریت جهانگردی گرایش برنامه‌ریزی و توسعه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی گروه آموزش مدیریت و اقتصاد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- طباطبایی نسب، سید محمد؛ نوری، ابوالفضل؛ کاظم امین پور، محمد و خاکی اردکانی، هادی. (۱۳۹۳). «اولویت بندی عوامل موثر بر جذب گردشگر پزشکی با استفاده از تکنیک MADM فازی». اولین همایش ملی بازاریابی فرصت‌ها و چالش‌ها. عربشاهی کریزی، احمد و آریا نفر، مرتضی. (۱۳۹۳). «گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی - درمانی در ایران». فصلنامه فضای گردشگری، سال سوم، شماره ۹.
- غفاری، محمد و مام رضانی، کیوان. (۱۳۹۸). «ارائه الگویی برای بررسی تأثیر ارتباطات توصیه‌ای آنلاین بر قصد سفر به مقصد گردشگری». دوفصلنامه مطالعات اجتماعی گردشگری، سال هفتم، شماره سیزدهم.
- محمدی پور، فاطمه و رحیمی کیا، امین. (۱۳۸۹). «توریسم درمانی: پدیده‌ای در حال ظهور در مراقبت‌های بهداشتی درمانی». همایش کاربرد جغرافیای طبیعی در برنامه‌ریزی محیطی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد، خرم آباد.
- مروتی شریف آبادی، علی. (۱۳۹۳). «ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد»، رساله دکتری، مدیریت صنعتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نادری مهدی، کریم؛ لطیفی، سمیه و زلیخایی سیار، لیلا. (۱۳۹۲). «موانع موثر بر توسعه فعالیت‌های گردشگری در نواحی روستایی همدان با تأکید بر روستاهای هدف گردشگری»، برنامه‌ریزی منطقه‌ای، دوره ۳، شماره ۹.
- ناصر پور، مهرداد. (۱۳۹۶). «بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت»، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت بازرگانی گرایش بازاریابی، دانشگاه لرستان، دانشکده علوم اقتصادی و اداری.
- نوری، غلامرضا؛ تقی‌زاده، زهرا و شیرانی، زیبا. (۱۳۹۰). «نقش ایران در گردشگری درمانی جهان اسلام با تأکید بر طبیعت درمانی (کارکردها، چالش‌ها و راهکارها)». جغرافیایی فضای گردشگری، تابستان ۱۳۹۱، دوره اول، شماره ۳.
- نیک سرشت، فرامرز؛ کیانی، زهره، و دلشادخرم آبادی، مرضیه. (۱۳۹۵). «مروری بر نظریه‌های پایه گردشگری سلامت و پزشکی و شناخت تسهیل‌گران گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آنان». کنفرانس بین‌المللی گردشگری، جغرافیا و باستان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان.
- هرندی، عطاءاله و میرزائیان، خمسه. (۱۳۹۶). «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده بنیاد کلاسیک»، گردشگری شهری، دوره ۴، شماره ۱. ص ۸۷-۹۸.

- Abubakar, A. M., & Ilkan, M. (2016). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, 1–10.
- Amin Bidokhti AA, Zargar M, Nazari M. (2011). *Mix Strategic Tourism Marketing*. Strategic Management Studie; 3: 49-68.
- Azimi, F., & Avetisyan, S. (2016). On the Status of rural tourism and tourism economy in Iran. *International Journal of Agricultural Management and Development (IJAMAD)*, 7(1047-2017-1716), 71-77.
- Butenko, H., Goncharova, N., Saienko, V., & Tolchieva, H. (2017). Use of health tourism as a basis for improving physical condition of primary school age children. *Journal of Physical Education and Sport*, 17, 34.
- Boluk, K., Cavaliere, C. T., & Higgins-Desbiolles, F. (2017). Critical thinking to realize sustainability in tourism systems: reflecting on the 2030 sustainable development goals: Guest Editors. *Journal of Sustainable Tourism*, Volume 25, 2017 - Issue 9.
- Choi, Incheol, Reeshad Dalal, Chu Kim-Prieto, Hyekyung Park, (2003) Culture and judgment of causal relevance, *J Pers Soc Psychol*. 2003 Jan;84(1):46-59.
- Connel, J. (2011). Medical Tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, Volume 25, 2011 - Issue 9
- Connell, J. (2013), "Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification", *Tourism Management*, Vol. 34, pp. 1-13#
- Connell, J., (2016), Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Y Surgery, *Tourism Management*, Australia: School of Geosciences University of Sydney.
- Ebrahimzadeh, I., Sakhavar, N., & Taghizadeh, Z. A. (2013). Comparative Study of Health Tourism Potentials in Iran and India. *Journal of Subcontinent Researches*. 2013, 5(15), 51-78.
- Eftekhari A, Poortaheri M, Mahdavian F. (2011). the prioritization of the tourism potential in rural areas, *Geography and Development*; 24: 23-38.
- Hall, M. (2011). Health and medical tourism: A kill or cure for global public health?, *Tourism Review*, 66(1/2), 4–15.
- Heung, V., Kucukusta, D. & Song, H. (2011), Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*. 2011; 32: 995–1005.
- Horton, S. and Cole, S. (2011), "Medical returns: seeking health care in Mexico", *Social Science and Medicine*, Vol. 72 No. 11, pp. 1846-52.
- Izadi M, Joneidi N, Ranjbar R, Ayoobian A (2012). Health tourism in Iran: Competitive advantage factor. Tehran; Asia Pacific Travel Health Conference. *Iranian Journal of Military Medicine*.
- Lee, H. K., & Fernando, Y. 2015. The antecedents and outcomes of the medical tourism supply chain. *Tourism Management*, 46, 148-157.
- Li, Y., Hu, C., Huang, C., & Duan, L. (2017). The concept of smart tourism in the context of tourism information services. *Tourism Management*, 58, 293-300.

- Mohamad, W. N., Omar, A., Haron, M. S (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facillitators in Medical Tourism. *procedia- social and behavioral sciences*, 65 (2012), 358-363.
- Oraphan Chanin,, (2015) Ploykanok Khunchumnan, Suwapas Amphansookko, Kulteera Thongyai, Piangpis Sriprasert,*Guidelines on Health Tourism Management for Middle Eastern Tourists in Phuket Province,Procedia Computer Science*, Volume 65, 2015, Pages 1146-1153.
- Snyder, J., Crooks, V. A., Adams, K., Kingsbury, P., & Johnston, R. (2011). The 'patient's physician one-step removed': the evolving roles of medical tourism facilitators. *Journal of Medical ethics*, 37(9), 530-534.
- Wongkit, M., & McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand. *Tourism Management*, 38, 4-12.
- Joo hyun Lee, Hong-bumm Kim, (2015) "Success factors of health tourism: cases of Asian tourism cities", *International Journal of Tourism Cities*, Vol. 1 Issue: 3, pp. 216-233,
- Shaw, G. & Williams. M. A. (2004). *Tourism and tourism space*. London: *SAGE publications*.
- Woodman, R. W., Sawyer, J. E., & Griffin, R. W. (2015). Toward a theory of organizational creativity. *Academy of management review*, 18, 293-321