

شناسایی موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹؛ رویکرد ترکیبی

احد نوروززاده^{۱*}

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۷

چکیده:

زمینه و هدف: آمارهای جهانی نشان می‌دهد که گردشگری سلامت تا پیش از شیوع کرونا رشد قابل توجهی داشت اما با آغاز همه‌گیری و بسته شدن مرزهای کشورها به روی مهاجران، این روند با افت قابل توجهی مواجه شده که در همین راستا پژوهش حاضر با هدف شناسایی موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ و ارائه راهکارهای علمی در جهت توسعه آن، در دو مرحله تحلیل مضمون و پیمایشی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از لحاظ هدف، اکتشافی و از لحاظ نوع، توصیفی است که به روش میدانی اجرا گردید. جامعه آماری در دو مرحله؛ مرحله اول ۲۰ نفر از پزشکان با سابقه بیش از ۱۵ سال استان اردبیل، به شیوه نمونه‌گیری گلوله برفی و مرحله دوم ۲۰۰ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی استان که به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در مرحله اول از روش تحلیل مضمون در ۶ مرحله و در مرحله دوم از آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول و دوم استفاده شده است.

نتایج: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد ۹ تیم اصلی و ۲۹ تیم فرعی به عنوان موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت شناسایی شدند و ۲۳ راهکار علمی نیز برای کاهش موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ ارائه گردیده است.

نتیجه‌گیری: شاخص‌های برازش تطبیقی مطلوب بوده و مقدار RMSEA برابر ۰/۰۴۷ به دست آمده که نشان می‌دهد مدل از برازش مطلوب و مناسبی برخوردار است.

کلمات کلیدی: موانع و تنگناها، گردشگری پزشکی سلامت، کووید ۱۹، استان اردبیل

^۱ استادیار، گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی، ایران. ایمیل: Ahad.Norouzzadeh@iauc.ac.ir

مقدمه

گردشگری پزشکی، به منزله‌ی یکی از شاخه‌های گردشگری سلامت، پدیده‌ای رو به گسترش در قرن ۲۱ است که یکی از سریع‌ترین توسعه‌ها را در بازار گردشگری دارد (۱). این نوع گردشگری نشانگر حرکت موقت بیمار به خارج از نظام سلامت کشور محل اقامت خود با هدف خرید مراقبت‌های پزشکی است (۲). پدیده‌ی گردشگری همواره حائز اهمیت بوده و بر اساس پیش‌بینی‌های انجام گرفته به سودآورترین صنعت جهان مبدل خواهد شد و در این میان، حوزه‌ی گردشگری سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. گردشگری سلامت عبارت است از سفر افراد به کشورهای دیگر به منظور دریافت خدمات سلامت که اغلب با گذراندن اوقات فراغت همراه می‌شود و دلیل انجام این کار فهرست‌های انتظار طولانی در کشورهای توسعه یافته و هزینه پایین دریافت خدمات مراقبت سلامت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۳). گردشگری سلامت دارای دو شاخه است: شاخه‌ی اول مفهوم گردشگری پزشکی به منظور بهبودی است که در آن خدمات پزشکی همراه با خدمات درمانی اعمال می‌شود، مانند خدمات توانبخشی-درمانی. شاخه‌ی دوم گردشگری تندرستی است که برای کاهش استرس و بیماری‌های روانی به کار می‌رود (۴).

از سوی دیگر طی ده سال آینده، ۳ تا ۴ درصد از جمعیت جهان برای دریافت مراقبت‌ها و درمان‌های پزشکی به سفرهای خارجی روی خواهند آورد (۵). عوامل متعددی در توسعه این صنعت دخیل بوده‌اند، از جمله جهانی شدن، تسهیل حمل و نقل بین‌المللی، افزایش ارتباطات، تلاش بیماران برای دستیابی به قیمت‌های کمتر و کیفیت مناسب‌تر و لیست انتظار کوتاه‌تر. توسعه گردشگری پزشکی موجب افزایش درآمد، بهبود خدمات، ایجاد درآمد ارزی، بهبود تراز تجاری و به طور کلی رشد و توسعه گردشگری است (۶). با وجود منافع گردشگری پزشکی، از آنجاکه عوامل مهمی در توسعه‌ی این نوع گردشگری مؤثر است، کسب جایگاه و سهم بازار مناسب در این صنعت چندان ساده نیست (۷). برتری ایران در زمینه درمان سلول‌های بنیادی و بیماری‌های ژنتیکی، بازسازی ضایعات و قطع نخاعی، درمان موارد مختلف ناباروری از مهم‌ترین مزایای ایران در زمینه‌ی جلب گردشگری پزشکی است (۸). از سوی دیگر با توجه به محدودبودن بودجه‌ی نظام سلامت، سهم پایین بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی، افزایش هزینه‌های نظام سلامت، بدهی صندوق‌های بیمه‌ای و فشار

روزافزون به بیمارستان‌ها در راستای کنترل هزینه‌ها درآمدهایی و مستقل شدن، به نظر می‌رسد که فعالیت مراکز درمانی کشور در سطح بین‌المللی و در راستای جذب گردشگر سلامت گام مهمی در راستای رونق اقتصاد سلامت کشور خواهد بود (۹). همچنین، باید به این مسئله مهم اشاره شود که ایجاد زیرساخت‌های جذب گردشگر سلامت موضوعی ملی بوده و علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی و انجام سیاست‌گذاری‌های مناسب در این سازمان، سایر نهادها و ارگان‌های کشوری نیز باید به درستی نقش خود را در زمینه خدمات بازاریابی، حمل و نقل، خدمات رفاهی و تفریحی ایفا کرده و از طرفی درصدد رفع چالش‌ها و موانع فرهنگی، اجتماعی و سیاسی گردشگری سلامت ایران در سطح بین‌الملل برآیند که البته علاوه بر تأسیس بخش پذیرش بیماران بین‌الملل در بیمارستان‌ها، در قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه کشور نیز به بحث گردشگری سلامت توجه بسیاری شده است، اما اقدامات انجام گرفته در این راستا باید سرعت بیشتری به خود بگیرد.

وقوع یک اپیدمی می‌تواند محرک اصلی فروپاشی صنعت گردشگری شود، زیرا این امر بر همه فعالیت‌های انسانی اعم از اجتماعی، مذهبی، ورزشی، هنری و فرهنگی تأثیر می‌گذارد (۱۰). با این دیدگاه، شاید بتوان عمیق‌تر به موضوع نگرینست و از نگاه سطحی و گذرا پرهیز نمود و در کنار برنامه‌های ضربتی و مقطعی، به فکر استراتژی‌های میان‌مدت و بلندمدت نیز بود. با شروع واکسیناسیون سراسری در تمامی کشورها و خصوصاً ایران دیگر کم‌کم به عادی‌سازی شرایط خواهیم گشت و استان اردبیل که در سال‌های اخیر میزبان مسافران کشورهای همسایه خصوصاً کشور آذربایجان برای گردشگری پزشکی سلامت بوده، می‌تواند دوباره به این بازار چشم داشته باشد. با توجه به فرصت‌های روبه رشد و رقابت فزاینده بین‌المللی در گردشگری پزشکی از یک‌سو و عدم بهره‌برداری مناسب از قابلیت‌های کشور در این حوزه از سوی دیگر، در این پژوهش سعی شده موانع توسعه‌ی این بخش در ایران و بخصوص استان اردبیل بررسی شود. همچنین باید به این نکته توجه داشت که موانع و مشکلات کشورهای مختلف در زمینه انواع گردشگری، از جمله گردشگری پزشکی، تحت تأثیر متغیرهای زمینه‌ای ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است. لذا برای یافتن الگوهای کاربردی و بومی توسعه لازم است پژوهشگران به تحقیق و تفحص و ارائه دستاوردهایی مبتنی بر شرایط کشور و متناسب با آن بپردازند (۱۱). بر

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} = \frac{15 - 10}{10} = 0.5$$

که در رابطه‌ی موجود، n_E تعداد افرادی است که به گزینه "ضروری" پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصین و خبرگان است. با توجه به ضریب CVR به دست آمده برای این تحقیق که 0.5 بود و میزان مطلوب آن به ازای ۲۰ نفر افراد پانل متخصصین عدد 0.42 است، می‌توان گفت روایی محتوایی مورد تایید می‌باشد. لازم به توضیح است که تعداد متخصصین این مرحله نیز ۲۰ نفر بودند که مجدداً از بین نمونه‌ی آماری مورد مطالعه و با ویژگی‌هایی از جمله سابقه‌ی کار بیش از ۱۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات با مدرک دکتری، انتخاب شدند. در مرحله دوم پژوهش، برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که برای این منظور پرسشنامه‌ی پژوهش به صورت آزمایشی بین ۳۰ نفر از پاسخگویان مرحله‌ی دوم، توزیع؛ سپس پایایی آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS برآورد شد. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده حاکی از پایایی بسیار مناسب ابزار تحقیق دارد که در کل پایایی برای سؤالات پرسشنامه 0.891 به دست آمد که پایایی نیز مورد تأیید قرار گرفت. لازم به توضیح است که برای مرحله‌ی دوم پژوهش (بخش کمی) تعداد ۲۰۰ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان اردبیل انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل مرحله اول از روش تحلیل مضمون (تیم) و از نرم‌افزار Atlas-ti؛ و تجزیه و تحلیل مرحله دوم و تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم نیز از نرم‌افزار Amos و SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

همان‌طور که اشاره شد برای بررسی و شناسایی موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ از مراحل شش‌گانه تحلیل تیم استفاده شده است. نتایج کدگذاری‌های صورت گرفته و نحوه تحلیل و ترکیب نهایی تمامی تیم‌های حاصل در پژوهش و راهکارهای ارائه شده برای هر شاخص در جدول ۱ نشان داده شده است.

همین اساس، در این پژوهش تلاش شده موانع و تنگناهای توسعه‌ی گردشگری پزشکی در استان اردبیل با توجه به داشتن پتانسیل‌های بالا در این زمینه از جمله چشمه‌های آب معدنی گرم در شهرهای سرعین و مشکین‌شهر مورد ارزیابی و مطالعه قرار گیرد و با بهره‌گیری از روش کیفی تحلیل مضمون سعی شده این موانع در استان شناسایی و راهکارهایی مناسب در خصوص توسعه‌ی آن‌ها ارائه گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با هدف شناسایی موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ و ارائه راهکارهای علمی در جهت توسعه آن، در دو مرحله کیفی (تحلیل مضمون) و کمی در سال ۱۴۰۱ انجام گرفته است. این تحقیق از لحاظ هدف، اکتشافی و از لحاظ نوع، توصیفی است که به روش میدانی اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش، در مرحله اول ۲۰ نفر از پزشکان با سابقه بیش از ۱۵ سال استان اردبیل و در مرحله دوم تعداد ۲۰۰ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان اردبیل می‌باشد. از آنجایی که پژوهش حاضر در دو مرحله انجام گرفته است، نیازمند دو نوع روش نمونه‌گیری بود. روش نمونه‌گیری در مرحله اول، روش هدفمند (نمونه‌گیری نظری)، با روش ارجاع زنجیره‌ای (روش گلوله برفی) انتخاب گردید. برای نمونه‌گیری در مرحله دوم نیز از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است.

همچنین گردآوری اطلاعات این پژوهش در مرحله اول، از طریق مصاحبه عمیق انجام یافته است. بعد از اتمام هر مصاحبه، اطلاعات ثبت شده با ذکر جزئیات به جدول تیم منتقل و شاخص‌ها و راهکارهای تکراری حذف شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مرحله دوم نیز پرسشنامه محقق ساخته با پاسخ بسته (طیف لیکرت) در ۹ بُعد و ۲۹ سؤال بود که بر اساس موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ مستخرج از مرحله اول تنظیم گردیده است. برای بررسی روایی محتوایی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده می‌شود که در این پژوهش، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) استفاده شده است. مقدار این شاخص برای پرسشنامه‌ی مورد استفاده از طریق فرمول زیر محاسبه شده است.

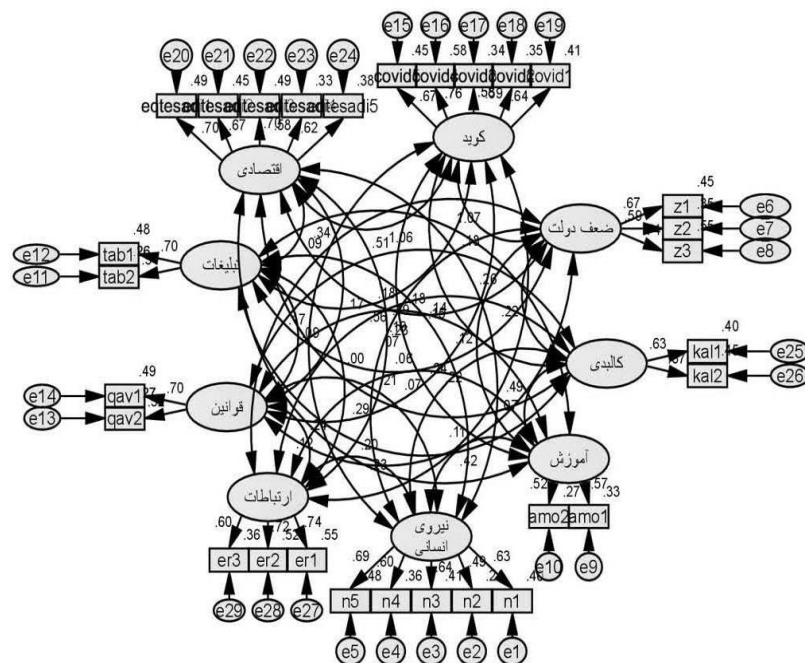
جدول ۱- کدگذاری نهایی و شناسه هر یک از مفاهیم مربوط به موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت

راهکار	شناسه	تیم فرعی	تیم اصلی
- ترجمه انواع کتابهای ویژه گردشگری پزشکی - ساخت مستند، فیلم کوتاه و تیزرهای تبلیغاتی مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی - طراحی و پیاده سازی تبلیغات هدفمند مورد نیاز توریسم سلامت در دستور کار قرار گیرد	tab2	تبلیغات منفی و برجسته کردن مغرضانه آمارهای کرونای ایران	تبلیغات
	tab1	افزایش آمار مبتلایان در ایران و کشورهای بازار هدف و بهتر نشدن شرایط و تسهیل سفر	
- همکاری با کشورهای مختلف به ویژه کشورهای همسایه و لغو روادید - اعتماد بیماران و گردشگران بین المللی به گونه ای جلب شود تا بتوانند با اطمینان خاطر و علاقه بیشتری سفرهای درمانی و تفریحی به مقصد ایران را انتخاب کنند - تسهیل در امکان سفر درمانی به کشور توسط وزارت خارجه	qav2	کم توجهی وزارت خارجه به درخواستهای شرکت های گردشگری سلامت	قوانین و مقررات بین المللی
	qav1	تحریم های غرب و سیستم بانکی بین المللی	
- برگزاری همایش های ملی و منطقه ای و بین المللی در حوزه گردشگری پزشکی - سرمایه گذاری در زمینه ی زیرساخت های گردشگری پزشکی - برای جبران خسارت های اقتصادی ناشی از شیوع کرونا در حوزه گردشگری، دولت باید چتر حمایتی بزرگ تری را در این حوزه بگستراند - سرمایه گذاری در حوزه گردشگری سلامت مرزی باید مورد توجه باشد	eqtesadi1	از دست رفتن درآمد ارزی برای هر گردشگر	اقتصادی
	eqtesadi2	دلالی های سازمان یافته	
	eqtesadi3	شرایط سیاسی و اقتصادی شکننده ایران	
	eqtesadi4	افزایش بار مالی تأمین تجهیزات بهداشتی برای ساکنین	
	eqtesadi5	افزایش رقابت/ تقاضا بر سر اقلام مصرفی	
- عقلانی کردن ورود گردشگران سلامت به کشور با اولویت بندی ورود گردشگران - ایجاد تسهیلات در صدور ویزا - حمایت های مالی دولتی و شبکه بانکی کشور و همچنین صداوسیما	z1	عدم همکاری مؤثر بخش دولتی و هم چنین فعالیت بخش خصوصی غیر حرفه ای	ضعف دولت
	z2	عدم حمایت مؤثر و توجه و نگاه صحیح به بخش خصوصی مجاز	
	z3	بهره برداری ضعیف از ظرفیت بزرگ خیرین سلامت	
- تغییر برنامه ریزی فعالان گردشگری سلامت - تدوین کتب درسی و غیردرسی در زمینه ی گردشگری پزشکی	amo1	آموزش کم و ضعیف	آموزش
	amo2	عدم ارائه خدمات نسبت به گردشگران	
- ایجاد دهکده های گردشگری - تجهیز مراکز درمانی خاص پذیرای گردشگران سلامت	kal1	کمبود تجهیزات و منابع غیر مادی به ویژه تخت بیمارستانی	کالبدی
	kal2	کاهش دسترسی ساکنین محلی به تجهیزات بهداشتی	
- تخصیص نیروی انسانی متخصص به این بخش با فروکش کردن کرونا	n1	کمبود نیروی انسانی	نیروی انسانی
	n2	خلأ اخلاق حرفه ای در بین برخی کارکنان نظام سلامت	

تیم اصلی	تیم فرعی	شناسه	راهکار
	افزایش فشار و خطر برای کادرمان	n3	
	نگرانی از تنزل عملکرد کادرمان	n4	
	کاهش ظرفیت خدمات درمان	n5	
ارتباطات	ضعف در ارتباطات و تعامل بین کادر بهداشتی درمانی و مردم	er1	- ایجاد کمپین‌ها و پوشش‌های گردشگری سلامت در فضای مجازی - اجرای طرح‌های مشترک گردشگری پزشکی توسط سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با موضوع
	عدم رعایت اصول بهداشتی توسط اکثر گردشگران	er2	
	گسترش زنجیره انتقال و افزایش آسیب ساکنین محلی	er3	
بحران کرونا	افزایش انتقال و گسترش بیماری کرونا	covid1	- حمایت همه‌جانبه و با برنامه - تبدیل تهدید به فرصت‌هاست - استفاده از ظرفیت تله‌میدیسین در دوران کرونا
	تحمیل هزینه‌های بیشتر نسبت به منافع در دوران کرونا	covid2	
	توقف فعالیت‌های اجتماعی با تداوم وضعیت قرمز	covid3	
	فشار روانی و ترس و وحشت برای ساکنین	covid4	
	مقصر دانستن گردشگران بابت شیوع	covid5	

تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول که قابلیت اندازه‌گیری متغیرهای مورد استفاده در پرسشنامه را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد در شکل ۱ مشخص شده است.

نتایج تحلیل تیم نشان داد که ۹ تیم اصلی، ۲۹ تیم فرعی و ۲۳ راهکار علمی برای کاهش موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ شناسایی گردید. مرحله‌ی دوم پژوهش به صورت کمی انجام گرفته که تحلیل عاملی تأییدی در دو مرحله صورت گرفته است. نتیجه



شکل ۱- نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مدل پژوهش

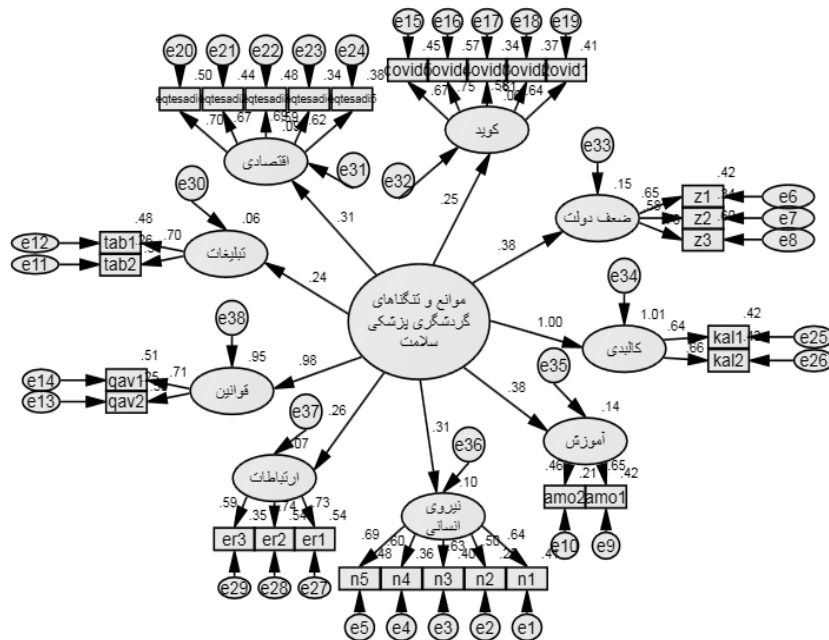
مربوط به موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج به دست آمده از شکل ۱ نشان می‌دهد که تمامی گویه‌ها (سؤالات پرسشنامه) در وضعیت مطلوبی قرار دارند. همچنین بارعاملی مربوط به همه‌ی گویه‌ها و شاخص‌های

جدول ۲- نتایج تحلیل عاملی تأییدی

متغیر	شماره سؤال	ضریب استاندارد	ضریب بحرانی	معناداری (p-value)	وضعیت
نیروی انسانی	n1	۰/۶۳۵	۵/۹۹۶		مناسب
	n2	۰/۴۹۲	۷/۳۳	***	مناسب
	n3	۰/۶۴۱	۶/۹۷۶	***	مناسب
	n4	۰/۵۹۷	۷/۶۷۴	***	مناسب
	n5	۰/۶۹۱			مناسب
ضعف دولت	z1	۰/۶۷۳	۶/۸۹۷	***	مناسب
	z2	۰/۵۸۸	۷/۶۹۱	***	مناسب
	z3	۰/۷۴۴			مناسب
آموزش نیروی انسانی	amo1	۰/۵۷۳	۵/۹۴۳	***	مناسب
	amo2	۰/۵۱۸			مناسب
تبلیغات	tab2	۰/۵۱۲	۵/۷۱۴	***	مناسب
	tab1	۰/۶۹۶			مناسب
قوانین و مقررات بین‌المللی	qav2	۰/۵۱۶	۶/۷۷۲	***	مناسب
	qav1	۰/۶۹۹			مناسب
بحران کرونا	covid5	۰/۶۶۷	۸/۹۱۳	***	مناسب
	covid4	۰/۷۶۴	۷/۳۲۴	***	مناسب
	covid3	۰/۵۸۲	۷/۴۱۴	***	مناسب
	covid2	۰/۵۹	۷/۸۸۵	***	مناسب
	covid1	۰/۶۳۷			مناسب
اقتصادی	eqtesadi1	۰/۷	۸/۴۴۷	***	مناسب
	eqtesadi2	۰/۶۶۷	۸/۷۴	***	مناسب
	eqtesadi3	۰/۶۹۸	۷/۴۸۲		مناسب
	eqtesadi4	۰/۵۷۸	۷/۹۴۶	***	مناسب
	eqtesadi5	۰/۶۲	۰	***	مناسب
کالبدی	kal1	۰/۶۳۳	۷/۹۱۷	***	مناسب
	kal2	۰/۶۶۹			مناسب
ارتباطات	er1	۰/۷۴۴	۷/۳۸۴	***	مناسب
	er2	۰/۷۱۹	۷/۰۲	***	مناسب
	er3	۰/۶۰۱			مناسب

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۲ می‌توان گفت که گویه‌ها توانایی سنجش متغیرهای پژوهش را دارند. بر این اساس بیشترین بارعاملی مربوط به گویه‌ی "فشار روانی و ترس و وحشت برای ساکنین" (covid4) با ضریب ۰/۷۶۴ و کمترین بارعاملی نیز مربوط به گویه‌ی "خلأ اخلاق حرفه‌ای در بین برخی کارکنان نظام سلامت" (n2) با ضریب ۰/۴۹۲ شناسایی گردید. همچنین به منظور آزمون ارتباط سازه‌ی بزرگ‌تر با هر یک از شاخص‌های موجود، تحلیل عاملی مرتبه دوم نیز اجرا گردید که نتایج آن در شکل ۲ قابل مشاهده است.



شکل ۲- تحلیل عاملی مرتبه دوم مدل پژوهش

نتایج حاصل از شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که ارتباط موجود میان سازه‌ی بزرگ‌تر و شاخص‌های موجود مطلوب بوده و در کل مدل ارائه شده از برازش مطلوبی برخوردار است. سایر شاخص‌های مورد استفاده جهت برازش مدل کلی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل

مقادیر به‌دست آمده	شاخص	نوع شاخص برازش
۹۶	NPAR	شاخص برازش مطلق
۰/۰۰۰	P (بزرگ‌تر از ۰/۰۵)	
۶۲۸/۲۱۸	CMIN (Chi Square)	شاخص برازش نسبی یا تطبیقی
۰/۸۴۵	RFI	
۰/۹۱۴	IFI	
۰/۸۷۹	TLI	شاخص برازش مقتصد
۰/۸۸۱	NFI	
۰/۹۱۴	CFI	
۰/۶۱۸	PNFI	
۰/۷۴۸	PCFI	
۰/۰۴۷	RMSEA	
۱/۷۱۴	CMIN/DF	

طبق نتایج به دست آمده برای شاخص‌های برآزش تطبیقی شاخص‌های CFI، IFI، GFI و NFI دارای برآزش مناسب هستند (بیشتر از ۰/۸) که بر اساس پژوهش روبرت و پینگ (۲۰۰۴) که بیان داشته اگر شاخص‌های برآزش تطبیقی بالاتر از ۰/۸ باشند مطلوب و قابل قبول می‌باشد؛ بنابراین تمامی شاخص‌های برآزش تطبیقی قابل قبول بودند. همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، نیز ۰/۰۴۷ به دست آمده که کمتر از ۰/۰۸ می‌باشد بنابراین برآزش مدل، مطلوب ارزیابی شده و می‌توان به نتایج آن اتکا نمود.

بحث

در این پژوهش تلاش گردید در چارچوبی یکپارچه، موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ مورد مطالعه قرار بگیرد و راهکارهای مناسب در جهت توسعه آن ارائه گردد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش تعداد ۹ تیم اصلی (قوانین و مقررات بین‌المللی، بحران کرونا، ضعف دولت، اقتصادی، تبلیغات، نیروی انسانی، ارتباطات، آموزش، کالبدی نیروی انسانی)، ۲۹ تیم فرعی و ۲۳ راهکار علمی برای کاهش موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت شناسایی شد. بر این اساس و از بین مضامین و متغیرهای اصلی، متغیر "کالبدی" با ضریب مسیر ۱/۰۰ بیشتر از همه مضامین در موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی سلامت در شرایط شیوع کووید ۱۹ تأثیر داشت. هم راستا با یافته‌های این پژوهش، واعظی و همکاران (۱۳۹۷) در قالب چالش‌های گردشگری سلامت مواردی همچون زیرزمینی شدن برخی فعالیت‌ها برای فرار مالیاتی، توان اندک مراکز درمانی در خرید تجهیزات، ضعف تسهیلات صدور ویزای درمانی و افزایش فعالیت‌های دلالتی در ارائه خدمات درمانی را مطرح نمودند (۱). "قوانین و مقررات بین‌المللی" با ضریب مسیر ۰/۹۸ دومین عامل تأثیرگذار در موضوع پژوهش بود. در این خصوص حسینی و اسعدی (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود بیان کردند که موانع ارتباطی، از جمله نبود شناخت، تفاوت زبان، تفاوت فرهنگی، نبود اعتمادی تعصب و برخورد کلیشه‌ای و همچنین عدم سنخیت و تجانس قوانین و مقررات داخلی با قوانین و مقررات خارجی در توسعه گردشگری پزشکی ایران مؤثرند (۱۲). متغیر "ضعف دولت" و "آموزش" هر دو با ضریب مسیر ۰/۳۸ از دیگر متغیرهای تأثیرگذار در توسعه گردشگری پزشکی بودند که در این پژوهش شناسایی شدند. یافته‌های این بخش از پژوهش نیز همسو با نتایج پژوهش دانایی فرد و همکاران (۱۳۹۱) است که بر نقش تنظیمی دولت در برنامه‌ریزی ملی گردشگری، اصلاحات اداری، تأسیس مراکز حمایتی تأکید می‌کنند (۱۳). هر چند در

این پژوهش، بر اساس نظر مشارکت کنندگان، یکی از موانع مهم توسعه گردشگری پزشکی ایران فقدان اراده و انسجام جدی در حاکمیت برای توسعه گردشگری پزشکی عنوان شده است، اما مطالعه شالبافیان (۱۳۹۲) نیز نشان داد که توفیق نیافتن در عرصه گردشگری در مقطع کنونی را نمی‌توان معلول نگرش منفی و تمایل نداشتن حاکمیت به توسعه گردشگری قلمداد کرد (۱۴). متغیرهای "اقتصادی" و "نیروی انسانی" نیز هر دو با ضریب مسیر ۰/۳۱ از دیگر عوامل تأثیرگذار در موضوع پژوهش حاضر بودند. پژوهش جانستون و همکاران (۲۰۱۶) نیز یکی از مسائل مهم در توسعه گردشگری پزشکی را عامل اقتصادی در جامعه و همچنین ضعف برنامه‌ریزی در سطوح مختلف از جمله بخش نیروی انسانی عنوان کردند (۱۵). هفتمین عامل مؤثر در زمینه موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی در استان متغیر "ارتباطات" با ضریب مسیر ۰/۲۶ شناسایی که تحقیقات حسینی و اسعدی (۱۳۹۳) نیز بیان کردند که موانع ارتباطی و برقراری ارتباطات مناسب نیز در گردشگری پزشکی ایران تأثیر دارد (۱۲). "بحران کرونا" با ضریب مسیر ۰/۲۵ هشتمین متغیر اثرگذار در توسعه گردشگری پزشکی بشمار می‌رود که در سال‌های اخیر در پژوهش‌های زیادی از جمله پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۹) مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۶). در نهایت متغیر "تبلیغات" با ضریب مسیر ۰/۲۴ به‌عنوان آخرین متغیر در پژوهش حاضر و در راستای موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی شناسایی گردید. تحقیق رهبری و اخوان بهبهانی (۱۳۸۹) نیز همسو با یافته‌های این بخش از پژوهش بود که نشان دادند ایران به‌عنوان مقصد گردشگری پزشکی با مسائلی از جمله نبود تحقیقات بازاریابی خارجی، فقدان سیستم تبلیغات برون مرزی، شناخت ناکافی از بازارهای هدف و کمبود و ضعف نهادهای بازاریاب مواجه است (۱۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به مضامین به دست آمده و تحلیل شاخص‌های مؤثر در زمینه موانع و تنگناهای گردشگری پزشکی در استان می‌توان گفت موفقیت کشور در کنترل پیامدهای این بیماری و آثار مخربی که بر وضعیت معیشتی مردم بخصوص در حوزه گردشگری وارد ساخته، به میزان استفاده دولت و کل جامعه در استفاده مناسب از زیرساخت‌های کشور برای مدیریت بهتر بیماری و همچنین بازسازی نظام سلامت پس از بحران بستگی دارد؛ بنابراین یکی از مهم‌ترین اقداماتی که باید در این مدت صورت گیرد تجهیز مراکز درمانی برای پذیرش گردشگران سلامت و استفاده از تمامی ظرفیت‌ها برای معرفی گردشگری سلامت در داخل و خارج از کشور با توجه به

مدل مجمع جهانی اقتصاد به دلیل جامع بودن شاخص های آن استفاده شد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیران و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل که با وجود مشغله های کاری فراوان، صمیمانه در پاسخگویی به سؤالات همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می کنم. پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمی بوده که با کد ۱۶۲۴۶۲۸۲۱ مصوب گردیده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد و همه هزینه ها به صورت شخصی صورت گرفته و هیچ هزینه ای از هیچ ارگانی دریافت نشده است.

پتانسل بالای استان اردبیل است؛ با ارتقای دانش متخصصین و افراد فعال در زمینه گردشگری سلامت می توان در زمان پسا کرونا در رقابت، پیروز میدان شد. رقابتی که تمامی کشورهای مطرح در زمینه گردشگری سلامت مخصوصاً کشورهای همسایه با افزایش کیفیت خدمات گردشگری، کاهش هزینه ها، سرمایه گذاری های متعدد، ایجاد مشوق های مسافرتی از جمله لغو روادید و همچنین تبلیغات همه جانبه چه در فضای مجازی و چه در کانال های تلویزیونی اعم از دولتی و خصوصی در تلاش برای جذب بیمار به سمت خود در راستای توسعه پایدار و درآمد پایدار خواهند بود. مهم ترین محدودیت این پژوهش نیز نبود مدل ها و الگوهای مشخص گردشگری پزشکی سلامت در رابطه با کووید-۱۹ بود که برای مرتفع کردن این محدودیت از چارچوب مفهومی

References

- 1) Vaezi R, Chekin M, Aslipour H. Policy-Making Challenges in the Field of Health Tourism in Iran. *Tourism Management Studies*. 2018; 13(41): 1-40.
- 2) Johnston R, Crooks A, Ormond M. Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica. *Globalization and Health*. 2015; 11(29): 1-23.
- 3) Sadeghkhan O, Shahbazi S, Talebianpour H, Bikineh P, Bastani P. Assessment of Compliance of Medical Tourists Host Hospitals in Shiraz with Global Criteria. *Health_Based Research*. 2019; 5(1): 29-43.
- 4) Macias Plua ML. Analysis of health tourism in Mallorca. Available at: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153009/Macias_Plua_MilenaLilibeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2020.
- 5) Larisa F, Tigu G. Medical tourism market trends - an exploratory research. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence, De Gruyter Open*. 2017; 11(1): 1111-1121.
- 6) Nemati V, Ebrahimpour H, Babae Y, Abbasgholizadeh N. Assessing Barriers to the Development of Medical Tourism Case Study: Ardabil. *j.health*. 2016; 7(2): 118-133.
- 7) Abualhasani N. Legal challenges of medical tourism. *Akhlagh-e Zisti (Bioethics Journal)*. 2016; 4(12):81-100.
- 8) Nikraftar T, Hosseini E, Moghaddam A. Identify Factors Affecting Medical Tourism Attraction in Iran. *Journal of Health Administration*. 2017; 20(67): 64-74.
- 9) Sheykhi Chaman M. The role of health tourism in the prosperity of Iran's health economy. *Journal of Health Administration*. 2020; 23(2): 9-10.
- 10) Folinas S, Metaxas T. TOURISM: The great patient of corona virus COVID-2019. *International Journal of Advanced Research*. 2020; 8(4): 365-75.
- 11) Gholipour Soute R, Amiry M, Zargham Boroujeny H, Kiani Feizabadi Z. Exploring the barriers of medical tourism development in Iran with an emphasis on policymaking requirements. *Journal of Tourism and Development*. 2019; 7(4): 38-60.
- 12) Hosseini M, As'adi M. The Study of Communicational Barriers of medical Tourism in Iran. *Jhosp*. 2014; 13(1): 79-89.
- 13) Danaii fard H, Javid S. D, Faani A. A. Enhancing the tourism capacity of Islamic Republic of Iran: an analysis of national tourism policymaking instruments. *Tourism Management Studies*. 2012; 7(19): 1-24.
- 14) Shalbafian A. A. Tourism from the Supreme Leader's point of view. *Islamic Council Research Center. Cultural Studies Office (Cultural Heritage and Tourism Group)*. 2013.
- 15) Johnston R, Crooks A, Ormond M. Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica. *Globalization and Health*. 2015; 11: 29.
- 16) Dehghan R, Reshadatjoo H, Talebi K, Dargahi H. Iran Health Tourism' Strategic Analysis in Corona Situation. *Payavard*. 2021; 14(6): 519-534.
- 17) Dari M, Akhwan Behbahani A. Looking at the status of health tourism in Iran and the world. *Islamic Council Research Center. Office of Social Studies*. 2010.

Original Research Article

Identification of barriers and bottlenecks in health medical tourism in the context of the outbreak of COVID-19; a mixed approach

Running Title: Identification of barriers to health medical tourism

Ahad Norouzzadeh^{1*}

Submitted: 2022.6.17

Accepted: 2022.11.11

Abstract

Background: Global statistics shows that health tourism grew significantly before the outbreak of Covid-19, but with the beginning of the pandemic and the closure of countries' borders to immigrants, this trend has declined significantly. The present study aimed to identify the bottlenecks of health medical tourism in the context of the outbreak of Covid-19 and to present scientific solutions for its development using two stages of content analysis and surveying.

Materials & Methods: This research is exploratory in terms of purpose and descriptive in terms of type, which was conducted by field method. Study population was selected in two stages; the first stage consisted of 20 physicians with more than 15 years of experience in Ardabil province who were chosen by snowball sampling method and the second stage consisted of 200 employees of the province's University of Medical Sciences who were randomly selected. In order to analyze the data in the first stage, the content analysis was used in 6 stages and in the second stage, the first and second order confirmatory factor analysis test was used.

Results: The research findings showed that 9 main themes and 29 sub-themes were identified as barriers and bottlenecks in health medical tourism and 23 scientific solutions were presented to reduce barriers and bottlenecks in health medical tourism in the event of COVID-19 outbreak.

Conclusion: The adaptive fit indices are good and the RMSEA value is 0.047 which indicates that the model has a good fit.

Keywords: Barriers and bottlenecks, Health medical tourism, COVID-19, Ardabil province.

¹ Assistant Professor, Department of Management, Germe Branch, Islamic Azad University, Germe, Iran

Ahad.Norouzzadeh@iau.ac.ir 09352829876

Workplace Address: Ardabil province, Garme city, Islamic Azad University, Garme branch, Zip code: 5653148691

