ASPI | Afarand Scholarly Publishing Institute; Turkey
ISSN: 2538-4384; Geographical Research. 2024;39(2):215-223 10.58209/geores.39.2.215

The Role of Cultural Factors in the Development of Medical Tourism in Primary Health Tourism Centers in Iran

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Alidadi S.[1] *MSc*
Dehghan H.[2*] *PhD*
Rezaei N.[3] *PhD*

How to cite this article
Alidadi S, Dehghan H, Rezaei N. The Role of Cultural Factors in the Development of Medical Tourism in Primary Health Tourism Centers in Iran. Geographical Research. 2024;39(2):215-223.

[1]Department of Sociology, Economics and Development, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2]Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3]Tourism Research Group, Research Institute of Cultural Heritage and Tourism, Tehran, Iran

***Correspondence**
Address: Tourism and Handicrafts, Ministry of Cultural Heritage, Corner of Rodaki Street, Azadi Street, Tehran, Iran. Postal Code: 1457814561
Phone: +98 (21) 66582168
Fax: +98 (21) 66582165
dehqan.azad@gmail.com

Article History
Received: May 5, 2024
Accepted: June 26, 2024
ePublished: July 10, 2024

ABSTRACT

Aims This study aimed to examine the influence of social factors on the growth of medical tourism in primary health tourism centers in Iran, taking into account the significant role of the medical tourism industry in the global economy and Iran's capabilities in this sector.

Methodology The study utilized a descriptive-analytical approach, collecting quantitative data through a questionnaire tool between 2021 and 2023. The research's statistical population consists of medical tourists from the five main provinces known for providing comprehensive health tourism services: Tehran, Mashhad, Shiraz, Tabriz, and Ahvaz. A total of 384 people were chosen for the study using a combination of cluster sampling and quota sampling methods. Data analysis was conducted using SPSS 22 software and Lisrel structural equation modeling software.

Findings The rise of medical tourism is strongly correlated with influential social variables, particularly spiritual culture and material culture. By employing the structural equations model, it was found that the coefficient for spiritual culture was 0.92, whereas the coefficient for material culture was 0.73. The cumulative effect of these social factors was determined to be 0.61.

Conclusion Cultural influences, including spiritual and material culture, play a crucial role in defining the medical tourism industry in Iran's main health tourism centers.

Keywords Medical Tourism; Health Tourism; Cultural Factors; Material Culture; Spiritual Culture

CITATION LINKS

[Adams & Wright, 1991] Hospital choice of medicare beneficiaries in a rural ...; [Alizadeh & Chavan, 2016] Cultural competence dimensions and outcomes: A ...; [Bakhtiarivafa, 2020] Design of the space provided with Health Tourism Promotion ...; [Bartzis *et al.*, 2020] Factors affecting medical tourism destination ...; [Baycan, 2013] Knowledge commercialization and valorization in ...; [Chambers & Cifter, 2022] Working capital management and firm performance in the ...; [Chang & Beise-Zee, 2013] Consumer perception of healthfulness and appraisal of ...; [Connell, 2013] Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture ...; [Duffy *et al.*, 2001] Women's health and ...; [Ehrbeck *et al.*, 2008] Mapping the market for ...; [Esiyok *et al.*, 2017] The effect of cultural distance on ...; [Geitona & Sarantopoulos, 2015] Medical tourism: Investment ...; [Ghasemi Yalghouzaghaj *et al.*, 2018] The impact of medical tourism motivational factors on behavioral ...; [Giddens, 1985] The nation-state and ...; [Glinos *et al.*, 2010] A typology of cross-border patient ...; [Helmy & Travers, 2009] Towards the development of Egyptian ...; [Herrick, 2007] Medical tourism: Global competition ...; [Horowitz *et al.*, 2007] Medical tourism: Globalization of the healthcare ...; [Izadi, 2002] A perspective on the global impact of Islamic ...; [Kharazmi *et al.*, 2016] Factors affecting the promotion of health tourism; Comparative ...; [Lee & Spisto, 2007] Medical tourism, the future of ...; [Mosadeghrad & Sadeghi, 2021] Medical tourism: Reasons for ...; [Mamramezani, 2017] Evaluation of health tourism as an approach in the development of ...; [Ramezani Hajimahaleh, 2019] Spatial analysis of health tourism in urban areas (case study: ...; [Rokni *et al.*, 2019] Improving medical tourism services through human behaviour and cultural ...; [Salasi, 2000] World of Iran and ...; [Sandberg, 2017] Medical tourism: An emerging global healthcare ...; [Smith & Puczko, 2014] Health, tourism and hospitality: Spas, wellness ...; [Smith & Forgione, 2017] Global outsourcing of healthcare: A medical tourism ...; [Theofanides & Papanikolaou, 2012] Exploring and exploiting medical tourism opportunities ...; [Traouda & Mpogiatzidis, 2021] Dialysis and medical tourism. Investigating patients' perceptions ...; [Velissariou & Triantafyllos, 2014] Tourism and medical ...; [Yang *et al.*, 2015] Health tourism: Needs for healing experience and intentions for transformation in wellness ...; [Zargham Boroujeni & Sedaghat, 2019] A process model for sustainable tourism development of Islamic Republic of Iran (a Grounded ...;

Copyright© 2024, the Authors | Publishing Rights, ASPI. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

نقش عوامل فرهنگی در توسعه گردشگری پزشکی در مراکز اصلی گردشگری سلامت در ایران

سیمین علیدادی MSc
گروه جامعه شناسی، اقتصاد و توسعه، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
حسین دهقان* PhD
گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
ناصر رضایی PhD
گروه پژوهشی گردشگری، پژوهشگاه میراث فرهنگی و گردشگری، تهران، ایران

چکیده
اهداف: با توجه به جایگاه مهم صنعت گردشگری پزشکی در اقتصاد جهانی و همچنین قابلیت‌های ایران در این صنعت، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر عوامل فرهنگی بر توسعه گردشگری پزشکی در مراکز اولیه گردشگری سلامت در ایران صورت گرفت.
روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع کاربردی بوده و داده‌ها بین سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ به صورت کمّی و با استفاده از ابزار پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. جامعه آماری پژوهش شامل گردشگران پزشکی در ۵ استان اصلی ارایه‌دهنده بیشترین خدمات گردشگری سلامت شامل تهران، مشهد، شیراز، تبریز و اهواز بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس سهمیه‌ای ۳۸٤ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 22 و نرم‌افزار مدل‌سازی معادلات ساختاری Lisrel استفاده شد.
یافته‌ها: رابطه معناداری بین توسعه گردشگری پزشکی با عامل تاثیرگذار فرهنگی شامل فرهنگ مادی و فرهنگ معنوی وجود داشت. همچنین با استفاده از مدل معادلات ساختاری عوامل فرهنگ معنوی (۰/۹۲) و فرهنگ مادی (۰/۷۳) و در کل تاثیر عوامل فرهنگی (۰/٦۱) بود
نتیجه‌گیری: عوامل فرهنگی به‌ویژه فرهنگ معنوی و مادی به عنوان عوامل تعیین‌کننده در شکل‌دهی چشم‌انداز گردشگری پزشکی در مراکز اولیه گردشگری سلامت ایران ظاهر می‌شوند.

کلیدواژگان: گردشگری پزشکی، گردشگری سلامت، عوامل فرهنگی، فرهنگ مادی، فرهنگ معنوی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶
*نویسنده مسئول: dehqan.azad@gmail.com

مقدمه

صنعت گردشگری یکی از متنوع‌ترین صنایع دنیا است که در بسیاری از کشورها به عنوان منبع اصلی درآمد، اشتغال‌زایی، رشد بخش خصوصی و توسعه زیرساخت‌ها شمرده می‌شود. امروزه گردشگری به قدری در توسعه اقتصادی-اجتماعی کشورها اهمیت یافته است که اقتصاددانان آن را صادرات نامرئی نام نهاده‌اند و از آن به عنوان رکن اصلی توسعه پایدار یاد می‌کنند. تغییراتی مانند بافت جمعیت، پیشرفت در فنّاوری و اطلاعات، تغییر در رفتارها و الگوهای اجتماعی، تغییرات فرهنگی و سایر عوامل تاثیرگذار که موجب شکل‌گرفتن اشکال جدیدی از تقاضا چون سفرهایی برای سلامت شده و مصرف‌کنندگان این صنعت به دنبال تجربه‌ها و خدماتی هستند که با اهدافی که انگیزه سفر در آنها به وجود آورده است منطبق باشد. خدمات پزشکی در حوزه باروری، دیالیز، جراحی ارتوپدی، چشم‌پزشکی، دندان‌پزشکی، زیبایی‌شناسی، توان‌بخشی و بهبودی به عنوان جذاب‌ترین و رایج‌ترین خدمات تلقی می‌شوند [Geitona & Sarantopoulos, 2015; Theofanides & Papanikolaou, 2012; Velissariou & Triantafyllos, 2014; Bartzis *et al.*, 2020; Traouda & Mpogiatzidis, 2021]. گردشگری با اهداف متنوعی مانند بازدید از منابع طبیعی، جاذبه‌های تاریخی و آثار باستانی و به‌دست‌آوردن سلامت جسمی و روحی که از آن به عنوان گردشگری سلامت یاد می‌شود، انجام می‌گیرد [Chambers & Cifter, 2022]. گردشگری سلامت شاخه‌ای از گردشگری عمومی است که سفر گردشگران را با هدف دریافت درمان‌های شفابخش خاص یا افزایش رفاه ذهنی، جسمی یا معنوی آنها پیش‌بینی می‌کند [Chang & Beise-Zee, 2013; Yang *et al.*, 2015]. گردشگری پزشکی یک بازار پررونق چند میلیارد دلاری است و بسیاری از کشورهای جهان برای بهره‌مندی از مزایای اقتصادی و اجتماعی آن با یکدیگر رقابت می‌کنند [Herrick, 2007; Helmy & Travers, 2009; Sandberg, 2017].

گردشگری پزشکی در دهه گذشته رشد فوق‌العاده‌ای داشته است و مراقبت‌های بهداشتی بین‌المللی به یک صنعت جهانی تبدیل شده است [Connell, 2013; Horowitz *et al.*, 2007]. گردشگری پزشکی مفهومی جدید در پزشکی مدرن است و به سفر بیماران به خارج از کشور برای درمان اطلاق می‌شود [Ghasemi Yalghouzaghaj *et al.*, 2018]. هر انسانی تمایل دارد که هویت خود را آگاهانه در یک گروه خاص که دارای تعلق‌های گوناگون به زبان، دین، طبقه اجتماعی و فرهنگ مشابه جست‌وجو کند [Giddens, 1985]. گردشگران پزشکی دارای پیشینه فرهنگی و اجتماعی متفاوتی نسبت به ارایه‌دهندگان خدمات درمانی خود هستند. فرهنگ به عنوان عاملی تعیین‌کننده در شکل‌گیری الگوهای گردشگری سلامت نام برده شده و مهم‌ترین عنصر بیمارمحور مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود [Alizadeh & Chavan, 2016]. به عبارتی دیگر، گردشگری فعالیتی فرهنگی است. گردشگری با انسان و انگیزه‌ها، خواست‌ها و آرزوهای او که منبعث از فرهنگ جامعه است، ارتباط دارد، به حدی که می‌توان گفت محرک اصلی گردشگری، در واقع همین اختلاف فرهنگ‌ها است. در واقع این سفرها در معنای گسترده‌تر رویارویی فرهنگ‌های متفات است. زیرا هر فرد نماینده فرهنگی است که در آن رشد یافته است [Zargham Boroujeni & Sedaghat, 2018]. در مورد عوامل عرضه خدمات، اعتباربخشی بیمارستان [Smith & Forgione, 2007]، فاصله جغرافیایی [Adams & Wright, 1991] و آشنایی فرهنگی [Glinos *et al.*, 2010] به عنوان عوامل تعیین‌کننده مهم انتخاب کشور مقصد در ادبیات توسط بیماران ظاهر می‌شوند. علاوه بر این، این برخوردهای میان‌فرهنگی در طول گردشگری پزشکی نه‌تنها درک دیدگاه‌های فرهنگی متنوع را تقویت می‌کند بلکه سبب توسعه گردشگری پزشکی در کشورها نیز می‌شود.

کشور ایران به دلیل سابقه طولانی تمدنی و فرهنگی از ظرفیت بسیار بالایی برای توسعه گردشگری پزشکی برخوردار است. ایران کشوری با قدمتی فرهنگی و تمدنی است که همواره چهارراه حوادث تاریخی بوده است و اقوام و تمدن‌های مختلف از آن عبور کرده‌اند. ایران از دیرباز کانون ارتباطات جهانی و حلقه مهم اتصال بین فرهنگ‌های پرمایه قدیم بوده است. ایرانیان طی هزاران سال گشت‌وگذار در میان اقوام گوناگون جهان و پذیرش فرهنگ‌ها و تمدن‌ها و تماس مستقیم با حاملان این فرهنگ‌ها از قومیت‌های مختلف، به مهمان‌نوازی، بیگانه‌دوستی، مدارا و همزیستی مسالمت‌آمیز خو کرده‌اند [Salasi, 2000]. موقعیت نجد ایران (مثلثی بین دو فروریختگی خلیج فارس و دریای خزر) در طول سابقه تمدن هزارساله‌اش، رسالت‌هایی بس خطیر در راه اعتلای فرهنگ و تمدن و پیشرفت بشری بر عهده‌اش گذاشته است [Izadi, 2002]. همچنین نزدیکی به کشورهای عربی و تشابه فرهنگ و گویش با برخی کشورهای هم‌جوار [Rokni *et al.*, 2019]، ایران را تبدیل به یکی از توانمندترین کشورها در میان همسایگان خود در خصوص جذب گرشگران سلامت می‌کند.

تدوین برنامه‌های کاربردی می‌توانند به کسب مزیت رقابتی در صنعت گردشگری پزشکی کشور در رقابت با کشورهای هم‌جوار کمک نماید و با شناخت عوامل فرهنگی موثر بر در توسعه این صنعت به شناساندن ظرفیت‌های گردشگری سلامت در کشور ایران اقدام نمود. بررسی پژوهش‌های پیشین در این حوزه نشان داده است که عوامل مختلف فرهنگی بر فرآیند انتخاب کشور مقصد توسط گردشگران پزشکی اثر می‌گذارد [Mosadeghrad & Sadeghi, 2021].

بختیاری‌وفا [Bakhtiarivafa, 2020] بیان کرده‌اند که ایجاد زیرساخت‌های لازم می‌تواند به توسعه گردشگری سلامت کمک نماید. احداث مرکز درمانی اقامتی باعث جذب و گسترش توریسم سلامت، خلق فضایی پویا برای پاسخ‌دهی منطقی به نیازهای فیزیکی، روحی و روانی انسان و همچنین ایجاد فضایی آرامش‌بخش با ارتباط نزدیک طبیعت برای مخاطبان، می‌شود.

رمضانی‌حاجی‌محله [Ramezani Hajimahaleh, 2019] به این نتایج اشاره کرده‌اند که ایران به دلیل برخورداری از فضای فرهنگی مناسب، قرارگرفتن در منطقه خاورمیانه، شمال افریقا و نیز مجاورت با کشورهای اسلامی، تقاضای بالایی از سوی کشورهای مسلمان برای انجام خدمات درمانی دریافت می‌کند.

مام‌رمضانی [Mamramezani, 2017] به این نتیجه رسیده‌اند که عناصر سوغاتی‌ها، نیروی انسانی ماهر و حرفه‌ای (دکتر، پرستار، تور لیدر)، اعتماد، آزمایشگاه‌ها، برنامه‌های آموزشی، شبکه‌های حمل‌ونقل، مزیت‌های رقابتی، سلامت بخش بهداشت، تنوع جاذبه‌های گردشگری، امکان رفتن به تعطیلات در کنار دریافت خدمات درمانی، نظم و انضباط در انجام خدمات پزشکی در بیمارستان‌های مقصد جزء مولفه‌های اساسی هستند که باید در اولویت قرار گرفته و حتما انجام شود تا پاسخ‌گوی نیازهای گردشگران سلامت باشد؛ در غیر این صورت نارضایتی گردشگران سلامت (بیمار یا همراهان) را به همراه خواهد داشت. همچنین نتایج تحلیل عملکرد-اهمیت (IPA: Importance-Performance analysis) نشان داده است که هیچ یک از مولفه‌ها از ضریب تعیین بالای ۵۰٪ برخوردار نیستند، اما مولفه‌های تنوع خدمات، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، تسهیلات سرگرمی و ورزشی، برگزاری برنامه‌های فرهنگی (فستیوال‌ها و غیره)، تسهیلات فرهنگی، استفاده از فنّاوری نوین و به‌روز تکنولوژی، حمایت‌های مالی، وجود پلیس گردشگری، خرده‌فروشی‌های محلی، هتل‌ها، شبکه‌های حمل‌ونقل، حمل‌ونقل بین‌المللی، نمایندگی‌ها و اپراتورها، اعتماد و تبلیغات، دارای ضریب تعیین بالای ۴۰٪ هستند و لذا در تعیین بهبود وضعیت گردشگری سلامت، نقش مهمی بر عهده دارند و می‌بایست بیش از سایر مولفه‌ها، مورد توجه قرار گیرند.

در پژوهش *خوارزمی* و همکاران [Kharazmi *et al.*, 2016]، مدیران و کارشناسان وضع موجود مشهد در راستای گردشگری سلامت را بالاتر از حد متوسط ارزیابی نموده‌اند. حال آنکه گردشگران خارجی تنها وضع دو متغیر دولت و فرهنگ را بالاتر از حد متوسط ارزیابی نموده‌اند و میانگین کل پایین‌تر از حد متوسط ارزیابی شده است. عوامل فرهنگی از وضعیت مطلوب و اثرگذاری بالایی از دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران برخوردار بود. *بایکان* [Baycan, 2013]، در مطالعه خود که به عنوان گردشگر پزشکی به سمت خدمات پزشکی بیمارستان خصوصی در منطقه شهری بانگوک می‌نماید، پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است که بین کیفیت خدمات و ارزش، رضایت و اعتماد برند رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ارزش، رضایت و اعتماد برند رابطه مثبت و معناداری با وفاداری رفتاری دارند. کیفیت خدمات تاثیر غیرمستقیم بر وفاداری رفتاری با داشتن ارزش، رضایت و اعتماد برند به عنوان میانجی دارد. در نهایت، ملیت تاثیر تعدیل‌کنندگی بر رابطه بین کیفیت خدمات و ارزش، رضایت و اعتماد برند ندارد.

ایسایک و همکاران [Esiyok *et al.*, 2017] در مطالعه‌ای به تحلیل روابط بین کشورهای مبدا بیماران بین‌المللی و فاصله فرهنگی آنها از کشور مقصد در زمینه گردشگری پزشکی می‌پردازد. پس از محاسبه متغیرهای کنترلی مانند شباهت مذهبی، دیاسپورای ترک در کشور مبدا، فاصله فیزیکی، تولید ناخالص داخلی سرانه و تعداد گردشگران ورودی، این مطالعه نشان می‌دهد که فاصله فرهنگی بر انتخاب مقصد گردشگری پزشکی تاثیر دارد. این تاثیر در سطح تخصص پزشکی ادامه دارد.

طبق نظریات پیشین، طولانی‌بودن سابقه فرهنگ و تمدن ایرانی، تاریخ، جغرافیا، آداب و رسوم، سنت‌ها، آیین‌ها و موقعیت سوق‌الجیشی ایران در مجموع متغیر علاقه به فرهنگ و تمدن ایرانی را ایجاد کرده است و در نتیجه آن می‌توان به این نتیجه رسید که علاقه به فرهنگ و تمدن ایرانی در توسعه گردشگری سلامت در ایران با تاکید بر مراکز منتخب گردشگری سلامت تاثیرگذار است.

تاکنون مطالعاتی که در خصوص عوامل فرهنگی موثر بر توسعه این نوع گردشگری با رویکرد و نظریه‌های جامعه‌شناختی انجام شده، کفایت این امر را نداشته است؛ لذا پژوهش حاضر در نظر دارد عوامل فرهنگی موثر بر توسعه گردشگری سلامت در مراکز عمده گردشگری سلامت در ایران را با هدف شناخت این عوامل در راستای بهبود و تصحیح برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری دست‌اندرکاران این امر مورد توجه قرار دهد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات بنیادی و کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری و تحلیل داده‌ها توصیفی و پیمایشی بود. این پژوهش بین سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ انجام شد. محدوده مورد مطالعه ۵ استان اصلی ارایه‌دهنده بیشترین خدمات گردشگری سلامت شامل تهران، شیراز، تبریز، مشهد، اهواز بودند. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه گردشگران پزشکی در پنج شهر اهواز، شیراز، مشهد، تهران، تبریز بودند که با توجه به نامحدودبودن آنها با روش تصادفی ساده و جدول مورگان ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شدند. در پیمایش از پرسش‌نامه استفاده شد. سوالات پرسش‌نامه بر اساس اهداف، فرضیه‌ها، شاخص‌ها و معرف‌ها، به دو صورت باز و بسته طراحی گردید. پرسش‌نامه با سوالاتی در خصوص اطلاعات فردی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد شروع شد. سپس با توجه به فرضیه‌ها و متغیرهای تحقیق و تبدیل آنها به شاخص‌ها و معرف‌ها، سوالاتی متناسب با آنها طراحی گردید. ابتدا ۵ استان اصلی ارایه‌دهنده بیشترین خدمات گردشگری سلامت (شامل مشهد، تهران، شیراز، تبریز، اهواز) به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس به دلیل گستردگی حجم آماری از هر شهر به صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک بیمارستان انتخاب شد. سپس با توجه به تنوع خدمات گردشگری سلامت به تناسب نوع خدمات (درمانی، زیبایی و غیره) از بین مراجعه‌کنندگان خارجی به روش تصادفی ساده نمونه انتخاب و با توجه به حجم و تناسب نمونه‌گیری گردشگران خارجی در هر استان بین آنها پرسش‌نامه توزیع شد. این پرسش‌نامه در مجموع با ۱۱۲ سوال بسته طراحی شد. ۶۴ سوال به صورت رتبه‌ای با طیف لیکرت و تعداد ۴۶ سوال نیز به صورت سوالات بسته دو گزینه‌ای طراحی شد. بخش اول پرسش‌نامه متشکل از سوالات جمعیت شناختی جنسیت، سن، ملیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و غیره بود و در بخش دوم مولفه‌ها و زیر مولفه‌های شناسایی‌شده مطرح بودند. نحوه امتیاز بندی هر معیار براساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم بود. بعد از اتمام و جمع‌آوری داده‌های پرسش‌نامه، اقدامات مربوط به استخراج داده‌ها صورت گرفت. در این مرحله ابتدا کلیه پرسش‌نامه‌ها تکمیل و بررسی گردید و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و Lisrel نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، سپس برای تکمیل اطلاعات از مشاهده‌های انجام‌شده، از تحلیل محتوا استفاده و به ارایه خلاصه یافته‌های پژوهش و بعد از آن به تجزیه و تحلیل متغیرها پرداخته شد. برای حصول روایی قابل قبول، به انتخاب معتبرترین شاخص‌های گردآوری‌شده از بین شاخص‌های موجود در پرسش‌نامه‌های آزمون‌شده قبلی، اقدام شد. با این حال، به منظور بررسی دقیق‌تر روایی پرسش‌نامه، و اطمینان از اعتبار صوری آن، از ضابطه‌هایی چون نظرخواهی از دیگر کارشناسان و استادان متخصص نیز استفاده شد، که طی آن نظر چند تن از اساتید و کارشناسان مشغول در دانشگاه و دستگاه‌های دولتی مبنی بر اعتبار صوری سوالات پرسیده شد و نظرات پیشنهادی ایشان در مورد متغیرها اعمال گردید. همچنین برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. شاخص‌های علاقه به فرهنگ و تمدن ایرانی، جاذبه‌های گردشگری ایران، اشتراک‌های قومیتی بین مبدا و مقصد، گردشگری تندرستانه یا پیشگیرانه و گردشگری درمانی یا پزشکی به شیوه رتبه‌ای مشخص شدند (جدول ۱). مقیاس رتبه‌ای یا ترتیبی در خصوص داده‌هایی است که بر اساس یک نظام سلسله‌ای ترتیب‌بندی یا رتبه‌بندی می‌شوند. این مقیاس، علاوه بر این که خصوصیات متغیر اسمی را دارد از ویژگی ترتیبی نیز برخوردار است. رتبه‌ها را می‌توان با روش‌های گوناگون آماری با هم مقایسه کرد. ولی ارزش عددی ندارند. ارزش آنها در ارتباط یا تناسب با رتبه‌های دیگر مشخص می شود. در این نوع مقیاس رتبه‌بندی از عدد کم به بالا انجام می‌گیرد.

جدول ۱) شاخص و گویه‌های مورد استفاده در پژوهش

نوع شاخص	شاخص	گویه
مستقل	علاقه به فرهنگ و تمدن ایرانی	آداب و رسوم
		ارزش‌ها و هنجارها
		مهمان‌نوازی
		غذا و مواد خوراکی
		سبک زندگی ایرانی
	جاذبه‌های گردشگری ایران	مکان‌های تاریخی
		تفریحی
		انواع جاذبه‌های فرهنگی، طبیعی و انسان‌ساخت
		سبک معماری
		صنایع دستی
	اشتراک‌های قومیتی بین مبدا و مقصد	زبان
		مذهب
		احکام و قوانین شرعی
		فرهنگ ارتباطی
		احترام مردم به قومیت و نژاد گردشگران در مقصد
وابسته	گردشگری تندرستی یا پیشگیرانه	بهره‌مندی از عوامل سلامت بخش نظیر آب و هوای مطلوب
		چشمه‌های آب گرم و آفتاب درمانی
		مجموعه‌های لجن‌درمانی
		محیط‌های ریلکسیشن
		چشمه‌های آب معدنی
		انرژی درمانی-یوگا
		مدیتیشن
		توریسم پیشگیرانه
	گردشگری درمانی یا پزشکی	قرارگرفتن تحت عمل جراحی
		بیمارهای پوستی
		درمان ناباروری
		انواع مراقبت‌های پزشکی
		خدمات دندان‌پزشکی
		عمل‌های زیبایی
		طب سنتی
		طب سوزنی
		استفاده از منابع طبیعی (آب معدنی، نمک، گل و غیره)

از سویی، سنجش پایایی یا قابلیت اعتماد پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، محاسبه شد. این مطالعه دو متغیر کلیدی مرتبط با توسعه گردشگری را بررسی کرد؛ فرهنگ معنوی و فرهنگ مادی. متغیر فرهنگ معنوی با ۱۰ گویه نشان داده شد و پایایی بالایی با ضریب آلفای ۰/۸۳ نشان داد. متغیر فرهنگ مادی شامل ۵ گویه بود که پایایی متوسطی با ضریب آلفای ۰/۷۰ نشان داد. از آنجایی که مقدار آلفای کرونباخ برای همه مولفه‌ها بالای ۰/۷ به‌دست آمد، در نتیجه پرسش‌نامه استفاده‌شده در حد قابل قبولی به لحاظ پایایی بود.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناسی نشان داد ۵۷/۷٪ نمونه‌های مورد مطالعه زن و ۴۵/۳٪ مرد بودند که عمده آنها تحصیلات دیپلم داشتند (جدول ۲).

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناسی

مشخصات	فراوانی	درصد فراوانی معتبر
جنس		
زن	۲۱۰	۵۷/۷
مرد	۱۷٤	٤٥/۳
ملیت		
عراق	۱۱۱	۲۸/۹
أفغانستان	۸۰	۲۰/۸
ایرانی مقیم خارج از کشور	۵۲	۱۳/۵
عمان	۳۹	۱۰/۲
کویت	۳۴	۸/۹
بحرین	۲۳	٦/۰
ارمنستان	۱۵	۳/۹
تاجیکستان	۱۳	۳/٤
روسیه	۱۲	۳/۱
چین	۵	۱/۳
تحصیلات		
ابتدایی	۷۸	۲۰/۳
زیر دیپلم	۸۹	۲۳/۲
دیپلم	۱۳۷	۳۵/۷
کاردانی و کارشناسی	٦۰	۱۵/٦
ارشد و دکتری	۲۰	۵/۲
شهر محل اقامت		
تهران	۷٤	۱۹/۳
مشهد	۸۲	۲۱/٤
شیراز	٦۷	۱۷/٤
تبریز	۸۱	۲۱/۱
اهواز	۸۰	۲۰/۸
نوع ویزا		
تجاری	۲۳	٦/۰
تفریحی	۷۰	۱۸/۲
درمانی	۱۰۸	۲۸/۱
زیارتی	۷۹	۲۰/٦
فرهنگی	۳۵	۹/۱
دیدار بستگان	۴۷	۱۲/۲
سایر	۵	۵/۷

برای بررسی نرمال‌بودن داده در این پژوهش از روش شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد. در این آزمون اگر سطح معنی‌داری برای متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ باشد داده‌ها نرمال بوده و از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی داده‌ها استفاده می‌شود ولی اگر سطح معنی‌داری آزمون پایین‌تر از آن باشد داده‌ها نرمال نبوده و باید از آزمون‌های ناپارامتریک برای بررسی داده‌ها استفاده نمود. ضریب پیرسون زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که متغیرها از نوع پارامتری باشند؛ به این معنا که توزیع نرمال داشته باشند و در سطح فاصله‌ای/نسبی باشند. البته زمانی که متغیرها از نوع شبه فاصله‌ای باشند (یعنی هر متغیر ترکیبی از چند متغیر ترتیبی باشد که اصطلاحاً به آن مقیاس‌های ترابدی می‌گویند)، مانند متغیرهای این مطالعه از ضریب پیرسون استفاده می‌شود. بنابراین از آزمون پارامتریک پیرسون برای بررسی رابطه متغیرهای مستقل و وابسته استفاده شد (جدول ۳).

با توجه به نتایج آزمون نرمال‌بودن داده‌ها، تمامی متغیرهای پژوهش توزیعی نرمال داشتند بنابراین برای بررسی آنها از آزمون پیرسون استفاده شد.

از آنجایی که آزمون همبستگی پیرسون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سنجش شده، سطح معنی‌داری برابر Sig=۰/۰۰۰۱ بود که از سطح مورد نظر ۰/۰۱ کوچک‌تر است. طبق نتیجه پیرسون میزان فرهنگ مادی ۰/۳۷۴ به‌دست آمد. بدین معنا که اگر متغیر فرهنگ مادی به اندازه یک واحد افزایش داشته باشد متغیر وابسته یعنی توسعه گردشگری پزشکی به اندازه ۰/۳۷٤ در جهت مثبت تغییر خواهد کرد. جهت این رابطه مثبت و شدت رابطه تایید شد. تجزیه و تحلیل اضافی زیرمجموعه‌های فرهنگ مادی، مانند هنرهای محلی، معماری، و مکان‌های میراث، سطوح مختلفی از تاثیر را بر گردشگری پزشکی نشان داد. به عنوان مثال، هنرهای محلی با ضریب همبستگی ۰/۲۸۵ مشارکت داشته، در حالی که سایت‌های میراث با ضریب همبستگی ۰/٤۱۹ به توسعه گردشگری پزشکی مشارکت داشتند. این یافته‌ها بر تاثیر ظریف جنبه‌های مختلف فرهنگ مادی تاکید داشت.

مطابق نتایج به‌دست‌آمده از آنجایی که آزمون همبستگی پیرسون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سنجش شد، سطح معنی‌داری برابر Sig=۰/۰۰۰۱ بود که از سطح مورد نظر ۰/۰۱ کوچک‌تر بود. طبق نتیجه پیرسون میزان فرهنگ معنوی، ۰/۶۲۳ به‌دست آمد. بدین معنا که اگر متغیر فرهنگ معنوی به اندازه یک واحد افزایش داشته باشد متغیر وابسته یعنی توسعه گردشگری پزشکی به اندازه ۰/٦۲۳ در جهت مثبت تغییر خواهد کرد. جهت این رابطه مثبت و شدت رابطه تایید شد. تفکیک فرهنگ معنوی به مولفه‌هایی مانند استراحتگاه‌های سلامتی، مراکز مراقبه و گردشگری مذهبی نشان داد که استراحتگاه‌های سلامتی با ۰/٥٤۱ بیشترین همبستگی را داشته و پس از آن مراکز مراقبه با ۰/٤۸۷ و گردشگری مذهبی با ۰/۳۷٦ قرار گرفت. این امر نقش متفاوت فعالیت‌های معنوی مختلف را در گردشگری پزشکی برجسته کرد.

همچنین در این پژوهش به بررسی روابط بین متغیرهای جمعیتی مختلف و ابعاد فرهنگی، به‌ویژه فرهنگ معنوی و فرهنگ مادی پرداخته شد. با تجزیه و تحلیل متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات، هدف ما این بود که بفهمیم این عوامل چگونه بر جهت‌گیری‌های فرهنگی معنوی و مادی افراد تاثیر می‌گذارند. برای این منظور، ما طیف وسیعی از آزمون‌های آماری، از جمله آزمون T مستقل، آزمون همبستگی پیرسون و آزمون اسپیرمن را به کار گرفتیم تا این روابط را به طور دقیق بررسی کنیم. نتایج این تحلیل‌ها در بخش‌های بعدی ارایه شده است.

بررسی رابطه متغیر زمینه‌ای جنس بر فرهنگ معنوی

متغیر «جنس» متشکل از دو مقوله زن و مرد بود که در قالب مقیاس اسمی ساخته شد. بنابراین، برای بررسی رابطه میان این متغیر و متغیر « فرهنگ معنوی» از آزمون T تست مستقل استفاده شد. با توجه به سطح معناداری آزمون Levenes، Sig=۰/۸۱٦ بود، چون Sig بزرگ‌تر از ۰/۵ بود، پس واریانس‌ها ناهمگن و نابرابر بودند که نشان داد تفاوتی در فرهنگ معنوی در دو گروه زنان و مردان وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳) بررسی تاثیر متغیر زمینه‌ای مستقل جنس بر فرهنگ معنوی

متغیر	آزمون Levenes		T	درجه آزادی	میانگین رتبه
	F	سطح معناداری			
همگرایی در روابط					
فرض تاثیر جنس	۵/۳۴۷	۰/۸۱۶	۱/۰۱۱	۳۸۰	۳/۲٦۸۳
واریانس‌ها			۱/۰۱۰	۳۶۵/٤٤٤	۳/۱۷۹۲

بررسی تاثیر متغیر زمینه‌ای سن بر فرهنگ معنوی

با توجه به سطح شبه فاصله‌ای متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. این آزمون در فاصله اطمینان ۹۵٪ سنجش شد. سطح معنی‌داری برابر Sig=-۰/۸۵ بود که عدم معنی‌داری رابطه سن و فرهنگ معنوی را نشان داد. همچنین میزان همبستگی پیرسون ۰/۱۰۲ به‌دست آمد که عدم معناداری رابطه بین متغیرها را نشان داد. با تفکیک گروه‌های سنی مشاهده شد که افراد ٦۰-۵۰ساله نسبت به گروه‌های سنی جوان‌تر همبستگی کمی بالاتر (۰/۱۳٤) داشتند.

بررسی رابطه متغیر زمینه‌ای تحصیلات بر فرهنگ معنوی

با توجه به سطح متغیرها از آزمون اسپیرمن استفاده شد. این آزمون در فاصله اطمینان ۹۵٪ سنجش شد. سطح معنی‌داری برابر Sig=۰/۰٤۱ بود که معنی‌داری رابطه تحصیلات و فرهنگ معنوی را نشان داد. همچنین میزان همبستگی پیرسون ۰/۰٤۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده معناداری رابطه بین متغیرها است. هر چه تحصیلات بالاتر بود گرایش به فرهنگ معنوی هم بیشتر بود.

بررسی رابطه متغیر زمینه‌ای جنس بر فرهنگ مادی

متغیر «جنس» متشکل از دو مقوله زن و مرد بود که در قالب مقیاس اسمی ساخته شد. بنابراین، برای بررسی رابطه میان این متغیر و متغیر «فرهنگ مادی» از آزمون T تست مستقل استفاده شد. با توجه به سطح معناداری آزمون Levenes، Sig=۰/۰٥٤ بود، چون Sig کوچک‌تر از ۰/۵ بود، پس واریانس‌ها همگن و برابر بودند که نشان داد تفاوت در فرهنگ مادی در دو گروه زنان و مردان وجود دارد. با توجه به میانگین رتبه‌ها، فرهنگ مادی در میان زنان بیشتر بود. علاوه بر این ترجیح زنان برای صنایع دستی محلی و جشنواره‌های فرهنگی، ضریب همبستگی ۰/٤۱۲ را نشان داد و در مقابل ترجیح مردان برای آثار تاریخی، با ضریب همبستگی ۰/۲۷۸ را نشان داد (جدول ٤).

جدول ٤) بررسی رابطه متغیر زمینه‌ای مستقل جنس بر فرهنگ مادی

متغیر	آزمون Levenes		T	درجه آزادی	میانگین رتبه
	F	سطح معناداری			
همگرایی در روابط					
فرض تاثیر جنس	۵/۳۴۷	۰/۰۵۴	۱/۰۱۱	۳۸۰	۳/۲۵٦۷
واریانس‌ها			۱/۱۱۰	۳۶۴/٤٤٤	۳/۱۷۹٦

بررسی رابطه متغیر زمینه‌ای سن بر فرهنگ مادی

با توجه به سطح شبه فاصله‌ای متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. این آزمون در فاصله اطمینان ۹۵٪ سنجش شد. سطح معنی‌داری برابر Sig=۰/۰۲۳ بود که نشان از معنی‌داری رابطه سن و فرهنگ مادی بود. همچنین میزان همبستگی پیرسون ۰/۲٤۱ بود که معناداری رابطه بین متغیرها را نشان داد. میانگین امتیاز گردشگران مسن (٦۰ سال و بالاتر) ٤/۱ در مقایسه با ۳/٦ برای گردشگران جوان (۳۰ سال به بالا) بود.

بررسی تاثیر متغیر زمینه‌ای تحصیلات بر فرهنگ مادی

با توجه به سطح متغیرها از آزمون اسپیرمن استفاده شد. این آزمون در فاصله اطمینان ۹۵٪ سنجش شد. سطح معنی‌داری برابر Sig=۰/۱۱۲ بود که نشان از عدم معنی‌داری رابطه تحصیلات و فرهنگ مادی بود. همچنین میزان همبستگی پیرسون ۰/۰۸٤ بود که عدم معناداری رابطه بین متغیرها را نشان داد.

نتایج تحلیل‌ها چندین بینش کلیدی را نشان داد. اولاً، بررسی رابطه جنسیت با فرهنگ معنوی نشان داد که بین زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد. به طور مشابه، سن تاثیر معناداری بر فرهنگ معنوی نداشت. با این حال، رابطه معناداری بین تحصیلات و فرهنگ معنوی شناسایی شد که نشان داد سطوح تحصیلات عالی با گرایش بیشتر به فرهنگ معنوی مرتبط است. از سوی دیگر، جنسیت و سن هر دو با فرهنگ مادی ارتباط معنی‌داری نشان دادند، به طوری که زنان جهت‌گیری قوی‌تری نسبت به فرهنگ مادی و افراد مسن‌تر نیز همبستگی معنی‌داری نشان دادند. جالب اینجا است که آموزش تاثیر قابل توجهی بر فرهنگ مادی نداشته است. این یافته‌ها بر تعامل پیچیده بین عوامل جمعیت‌شناختی و ابعاد فرهنگی تاکید کرد و اهمیت درنظرگرفتن متغیرهای متعدد را هنگام مطالعه پدیده‌های فرهنگی برجسته کرد.

الگوی ارتباط متغیر این مطالعه به بررسی تاثیر عوامل فرهنگی بر توسعه گردشگری پزشکی پرداخت. در مدل تخمین استاندارد تحلیل مسیر، میزان ضرایب مسیر بین سنجه‌ها را تعیین کرد. این به معنای

میزان تغییر متغیر وابسته به ازای یک واحد تغییر متغیر مستقل بود. همچنین میزان تاثیر عوامل فرهنگی بر هر یک از شاخص‌های توسعه گردشگری پزشکی به‌ترتیب عبارت بودند از فرهنگ معنوی (۰/۹۲) و فرهنگ مادی (۰/۷۳). علاوه بر این، تاثیر کلی عوامل اجتماعی ۰/۶۱ اندازه‌گیری شد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی عوامل فرهنگی موثر بر توسعه گردشگری پزشکی در مراکز اصلی گردشگری (تهران، مشهد، شیراز، تبریز و اهواز) انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین عامل فرهنگ مادی و فرهنگ معنوی با توسعه گردشگری پزشکی رابطه معناداری وجود دارد.

رمضانی‌حاجی‌محله به طور مشابهی با تحقیق حاضر اظهار می‌کند که ایران به دلیل برخورداری از فضای فرهنگی مناسب، قرار گرفتن در منطقه خاورمیانه، شمال افریقا و نیز مجاورت با کشورهای اسلامی تقاضای بالایی از سوی کشورهای مسلمان برای انجام خدمات درمانی دریافت می‌کند [Ramezani Hajimahaleh, 2019]. همچنین هم‌راستا با نتایج این پژوهش، *خوارزمی* و همکاران نیز بر اثرگذاری بالای عوامل فرهنگی بر گردشگری پزشکی از دیدگاه گردشگران خارجی اشاره دارند [Kharazmi *et al.*, 2016].

لی و *اسپیستو* [Lee & Spisto, 2007] نشان داده‌اند که آشنایی فرهنگی و سازگاری زبان به طور قابل توجهی جذابیت مقاصد گردشگری پزشکی را افزایش می‌دهد، زیرا بیماران در محیط‌هایی که می‌توانند به طور موثر ارتباط برقرار کنند و آداب و رسوم محلی را درک کنند، احساس راحتی و امنیت بیشتری می‌کنند. به طور مشابه، *کانل* [Connell, 2013] بیان کرده است که کشورهایی با پیشینه فرهنگی و مذهبی مشترک به دلیل سهولت درک‌شده ادغام و کاهش شوک فرهنگی تمایل به جذب تعداد بیشتری از گردشگران پزشکی دارند. این مشاهدات نیز با مطالعه فعلی همسو هستند که بر تاثیر قابل توجه فرهنگ معنوی و مادی و همچنین عوامل اجتماعی بر توسعه گردشگری پزشکی تاکید کرد. در مجموع، این مطالعه این تصور را تقویت کرد که عوامل فرهنگی در شکل‌دهی گرایش‌ها و ترجیحات گردشگری پزشکی نقش اساسی دارند.

علاوه بر این، *اسمیت* و *پوچکو* [Smith & Puczko, 2014] تاکید کرده‌اند که کشورهای دارای میراث فرهنگی غنی و پیوندهای فرهنگی قوی با گردشگران بالقوه، به دلیل راحتی و آشنایی این مقاصد، تمایل به جذب گردشگران پزشکی بیشتری دارند. این یافته‌ها بر نقش مهمی که سازگاری فرهنگی و نزدیکی به کشورهای محل زندگی در جذب گردشگران پزشکی ایفا می‌کند، تاکید کرده است و نتایج حاصل از مطالعه حاضر را تقویت می‌کند.

مام‌رمضانی دریافته است که برگزاری برنامه‌های فرهنگی (فستیوال‌ها و غیره)، تسهیلات فرهنگی، استفاده از فنّاوری نوین و به‌روز تکنولوژی و حمایت‌های مالی دارای ضریب تعیین بالای ۴۰٪ هستند و لذا در تعیین بهبود وضعیت گردشگری سلامت نقش مهمی بر عهده دارند و می‌بایست بیش از سایر مولفه‌ها مورد توجه قرار گیرند. با تکیه بر این، پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین فرهنگ مادی و معنوی با توسعه گردشگری پزشکی را نشان داد. این امر اهمیت درنظرگرفتن عوامل فرهنگی و معنوی در کنار جنبه‌های لجستیکی و زیرساختی را برای توسعه همه‌جانبه گردشگری سلامت نشان می‌دهد [Mamramezani, 2017].

تجزیه و تحلیل‌ها تفاوت‌های جنسیتی قابل توجهی را در ترجیحات فرهنگ مادی نشان داد که نشان می‌دهد زنان در مقایسه با مردان تمایل بیشتری به موارد فرهنگی خاص دارند. این یافته در نتایج آزمون آماری منعکس شده است که نشان‌دهنده تفاوت قابل توجهی در واریانس ترجیحات بین جنسیت زن و مرد است. این یافته با مطالعات *دافی* و همکاران [Duffy *et al.*, 2001] و *اربک* و همکاران [Ehrbeck *et al.*, 2008] مطابقت دارد، که نشان می‌دهد زنان تمایل بیشتری به گردشگری فرهنگی و سلامتی دارند. آمار گردشگری بر اساس جنسیت نشان می‌دهد که زنان ۵۶٪ از بازار جهانی گردشگری سلامتی را در سال ۲۰۱۸ به خود اختصاص دادند، در حالی که این رقم در سال ۲۰۱۲، ۵۲٪ بود. این آمارها ترجیح فزاینده در میان زنان برای مقاصد غنی فرهنگی و سلامتی را نشان می‌دهد [Duffy *et al.*, 2001; Ehrbeck *et al.*, 2008].

بایکان به بررسی رابطه بین عوامل فرهنگی بر وفاداری رفتاری گردشگران بین‌المللی پرداخته است؛ که از نظر متغیرهای وابسته متفاوت با پژوهش حاضر است. *ایسایک* و همکاران با بررسی تاثیر فاصله فرهنگی بر گردشگری پزشکی، در خصوص موضوع به گونه‌ای متفاوت با پژوهش حاضر عمل کرده‌اند [Baycan, 2013; Esiyok *et al.*, 2017].

نتایج تفصیلی پژوهش حاضر با دیگر پژوهش‌های بررسی‌شده همسو است. مطالعات از یک سو گویای آن است که گردشگری سلامت، به عنوان شاخه‌ای نوین و رو به گسترش در صنعت گردشگری در سراسر جهان، بارها مورد توجه پژوهشگران متعدد در داخل و خارج از ایران قرار گرفته و از سوی دیگر نشان می‌دهد تاکنون مطالعاتی که در خصوص عوامل فرهنگی موثر بر توسعه این نوع گردشگری با رویکرد و نظریه‌های جامعه‌شناختی انجام شده، کفایت این امر را نداشته است؛ لذا پژوهش حاضر عوامل فرهنگی موثر بر توسعه گردشگری سلامت در مراکز عمده گردشگری سلامت در ایران را با هدف شناخت این عوامل در راستای بهبود و تصحیح برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری دست‌اندرکاران این امر مورد توجه قرار داد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری برای جلب رضایت به منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌ویژه در زمان توزیع پرسش‌نامه هنگام بیماری کوید ۱۹ اشاره کرد. دیگر اینکه در بین گردشگران پزشکی که از کشورهای دیگر به ایران آمده‌اند، اولویت هدف از سفر انجام امور و خدمات پزشکی است؛ لذا عموماً با نگرانی و استرس و عدم توجه کافی در تکمیل پرسش‌نامه مواجه بودیم.

در انتها نیز با توجه به یافته‌های پژوهش، راهکارهای زیر برای توسعه گردشگری پزشکی پیشنهاد می‌شود:

- با توجه به تاثیرگذاری فرهنگ بر توسعه گردشگری سلامت و اینکه انتظار می‌رود گردشگران پزشکی معرفی‌کننده ایران باشند، بنابراین وجود مزیت‌های رقابتی در الگوهای گردشگری تاریخی-فرهنگی، مذهبی و سلامت، حس مهمان‌نوازی و پذیرش گردشگران، تنوع اقلیم و منابع و جاذبه‌های فرهنگی، طبیعی و تاریخی، برخورداری از دامنه متنوعی از منابع برای توسعه انواع گردشگری‌های جایگزین و پایدار (حلال، سلامت، فرهنگی، زندگی محلی، طبیعت، گردشگری نشنال جئوگرافی و غیره)، می‌تواند این صنعت را شکوفاتر کند.

- از آنجا که ارتباط و همکاری بین زیربخش‌ها، حوزه‌ها و نهادهای مختلف ضعیف است، پیشنهاد می‌شود، بدنه شورای راهبری گردشگری سلامت کشور از طریق ایجاد و فعال‌سازی کارگروه‌های تخصصی و شفاف‌سازی در نقش‌ها و مسئولیت‌های هر یک از اعضا سازمان‌دهی و سامان‌دهی شود تا استان‌های قطب گردشگری سلامت خدمات رضایت‌بخش‌تری به گردشگران پزشکی ارایه دهند. همکاری نهادی و بین نهادی برای توسعه صنعت گردشگری از طریق «شورای عالی میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی» و سایر نهادهای مرتبط تقویت شود.

- برای اجرایی‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های گردشگری پزشکی کشور به‌ویژه در سطح ملّی یک مرجع مشخص وجود ندارد، در واقع توسعه موفقیت‌آمیز گردشگری پزشکی نیازمند یک تمرکز، عزم و رویکرد هم‌پیوند بین بخشی است که می‌تواند در قالب یک دبیرخانه، انجمن یا سازمان مشخص تبلور اجرایی پیدا کند تا برنامه‌ریزی و اجرایی‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه گردشگری پزشکی برای ورود به بازارهای بین‌المللی را پیش ببرد.

نتیجه‌گیری

بین عوامل فرهنگ مادی و فرهنگ معنوی با توسعه گردشگری پزشکی رابطه معناداری وجود دارد. در حالی که جنسیت و سن به طور قابل توجهی بر فرهنگ مادی تاثیر می‌گذارد، زنان و افراد مسن‌تر تمایل بیشتری به عوامل فرهنگ مادی نشان می‌دهند. تنها تحصیلات به طور قابل توجهی بر فرهنگ معنوی تاثیر می‌گذارد.

تشکر و قدردانی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

تاییدیه اخلاقی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی خانم سیمین علیدادی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال است.

سهم نویسندگان: سیمین علیدادی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی (۵۰٪)؛ حسین دهقان (نویسنده دوم)، روش‌شناس (۲۵٪)؛ ناصر رضائی (نویسنده سوم)، نگارنده بحث/تحلیلگر آماری (۲۵٪)

منابع مالی: این مقاله هیچ حمایت مالی از سازمانی نداشته است.

منابع

- Adams EK, Wright GE (1991). Hospital choice of medicare beneficiaries in a rural market: Why not the closest?. The Journal of Rural Health. 7(2):134-152.
- Alizadeh S, Chavan M (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. Health and Social Care in the Community. 24(6):117-130.
- Bakhtiarivafa P (2020). Design of the space provided with Health Tourism Promotion Approach (case study of Hamedan city). [Dissertation]. Hamedan: Institute of Higher Education, Hamedan Branch of ACECR. [Persian]
- Bartzis G, Kaitelidou D, Bistaraki A, Konstantakopoulou O (2020). Factors affecting medical tourism destination selection in Greece. Studies in Health Technology and Informatics. 272:314-317.
- Baycan T (2013). Knowledge commercialization and valorization in regional economic development. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Chambers N, Cifter A (2022). Working capital management and firm performance in the hospitality and tourism industry. International Journal of Hospitality Management. 102:103144.
- Chang L, Beise-Zee R (2013). Consumer perception of healthfulness and appraisal of health-promoting tourist destinations. Tourism Review. 68(1):34-47.
- Connell J (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. Tourism Management. 34:1-13.
- Duffy LN, Kline C, Mowatt R, Chancellor C (2001). Women's health and wellness. New York: Sage Publications.
- Ehrbeck T, Guevara C, Mango PD (2008). Mapping the market for medical travel. Seattle: The McKinsey Quarterly.
- Esiyok B, Çakar M, Kurtulmuşoğlu FB (2017). The effect of cultural distance on medical tourism. Journal of Destination Marketing & Management. 6(1):66-75.
- Geitona M, Sarantopoulos J (2015). Medical tourism: Investment in health and economy. Athens: Papazisis.
- Ghasemi Yalghouzaghaj A, Assadzadeh A, Imani Khoshkhoo MH, Jabbarzadeh Y (2018). The impact of medical tourism motivational factors on behavioral intentions of tourists: The mediating role of perceptual factors and satisfaction. Journal of Tourism Planning and Development. 7(24):59-81. [Persian]
- Giddens A (1985). The nation-state and violence. Berkeley: University of California Press.
- Glinos IA, Baeten R, Helble M, Maarse H (2010). A typology of cross-border patient mobility. Health and Place. 16(6):1145-1155.
- Helmy EM, Travers R (2009). Towards the development of Egyptian medical tourism sector. Anatolia. 20(2):419-439.
- Herrick DM (2007). Medical tourism: Global competition in health care. Texas: National Center for Policy Analysis. No. 304.
- Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. Medscape General Medicine. 9(4):33-42.
- Izadi H (2002). A perspective on the global impact of Islamic cultures and civilizations. MESBAH. 10(37):57-76. [Persian]
- Kharazmi A, Rahnama MR, Javan J, Shokouhi MA (2016). Factors affecting the promotion of health tourism; Comparative view of foreign tourists and domestic managers. North Khorasan. 8(3):405-416. [Persian]
- Lee C, Spisto M (2007). Medical tourism, the future of health services. Proceedings of the 12th International Conference on ISO 9000 and TQM. Taiwan: National Chin-

Information Technology Case and Application Research. 9(3):19-30.
- Theofanides F, Papanikolaou V (2012). Exploring and exploiting medical tourism opportunities in Greece. Proceedings of the 2nd Advances in Hospitality and Tourism Marketing & Management Conference, Corfu, Greece.
- Traouda V, Mpogiatzidis P (2021). Dialysis and medical tourism. Investigating patients' perceptions in Greece. International Journal of Human Rights in Healthcare. 14(5):411-425.
- Velissariou E, Triantafyllos T (2014). Tourism and medical services. The case of elective medical tourism in Northern Greece. Proceedings of the 2nd International Conference of Tourism, Hospitality and Recreation. Poland: EJTHR.
- Yang JY, Paek S, Kim T, Lee TH (2015). Health tourism: Needs for healing experience and intentions for transformation in wellness resorts in Korea. International Journal of Contemporary Hospitality Management. 27(8):1881-1904.
- Zargham Boroujeni H, Sedaghat M (2018). A process model for sustainable tourism development of Islamic Republic of Iran (a Grounded Theory Model based on five-year economic, social and cultural plans of Iran), Journal of Tourism and Development. 7(3):25-73. [Persian]
Yi University of Technology. p. 1-7.
- Mosadeghrad AM, Sadeghi M (2021). Medical tourism: Reasons for choosing Iran. PAYESH. 20(2):145-166. [Persian]
- Mamramezani K (2017). Evaluation of health tourism as an approach in the development of border areas, case study: Kurdistan province [Dissertation]. Tehran: Tehran University [Persian]
- Ramezani Hajimahaleh A (2019). Spatial analysis of health tourism in urban areas (case study: public hospitals in Tehran) [Dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University. [Persian]
- Rokni L, Park SH, Avci T (2019). Improving medical tourism services through human behaviour and cultural competence. Iranian Journal of Public Health. 48(11):1988-1996.
- Salasi M (2000). World of Iran and Iran's world. Tehran: Markaz Publications. [Persian]
- Sandberg D (2017). Medical tourism: An emerging global healthcare industry. International Journal of Healthcare Management. 10(4):281-288.
- Smith M, Puczko L (2014). Health, tourism and hospitality: Spas, wellness and medical travel. London: Routledge.
- Smith PC, Forgione DA (2007). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model. Journal of