

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

شاهرخ علیزاده^۱

صمد عابدینی^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰

چکیده

این مقاله از یک پژوهش که به منظور ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان و بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها بر ساختارهای توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل انجام گرفت، استخراج شده است. روش آزمون تصادفی ساده است. جامعه آماری شامل پزشکان متخصص که محدوده جغرافیایی در میدان سرچشمه اردبیل است و مدیران و کارشناسان دستگاه‌ها و ادارات مرتبط با توریسم‌درمانی به تعداد ۱۶۰ نفر بوده که از بین این جامعه با استفاده از ابزارهای گردآوری، بر اساس پرسشنامه ساختارمند و محقق‌ساخته و چک‌لیست SWOT بر مبنای شاخص‌های توریسم‌درمانی به تعداد ۹۶ نمونه آماری انتخاب شد. در مدل تحلیل سوات (SWOT) مجموع امتیاز وزن‌دار بیانگر این شد که توریسم‌درمانی شهر اردبیل از لحاظ عوامل درونی در ساختار اقتصادی دارای ضعف، در ساختار اجتماعی / فرهنگی دارای قوت، در ساختار زیرساختی دارای ضعف و در ساختار مدیریتی / نهادی دارای ضعف است. مجموع امتیاز وزن‌دار بیانگر این شد که از لحاظ عوامل بیرونی در ساختار اقتصادی دارای قوت، در ساختار اجتماعی / فرهنگی دارای قوت، در ساختار زیرساختی دارای قوت و در ساختار مدیریتی / نهادی دارای قوت است.

واژگان کلیدی: گردشگری، توریسم‌درمانی، صنعت توریسم.

۱- کارشناس ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی

۲- هیئت علمی و استادیار رشته علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

مقدمه و بیان مسأله

گردشگری نوعی مسافرت است که افراد به منظور تفریح و یا حتی کسب و کار برای مدت زمانی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک‌سال، به سرزمینی غیر از محل اقامت معمول خود می‌روند و در آن‌جا اقامت می‌کنند.

صنعت توریسم، به‌جهت داشتن مطلوبیت‌ها و منافع عمده برای یک کشور، یک فرصت محسوب می‌شود، اما ممکن است مسائلی را در پی داشته باشد که سایر بخش‌ها را نیز تحت‌الشعاع قرار دهد. یکی از شاخه‌های توریسم که اخیراً در کشور ما توجه مسؤولان امر را به خود جلب نموده است، توریسم‌درمانی می‌باشد. این صنعت، به‌جهت نزدیکی بعضی از استان‌های کشور به نوار مرزی، رونق ویژه‌ای یافته است که علاوه بر رونق بازار گردشگری معمول و بخش سلامت، چالش‌هایی از جمله مسائل و تأثیرات اجتماعی دوطرف را نیز پدید آورده است که می‌بایست کارشناسان و متخصصین مربوطه، راهکارهای مؤثری را برای کنار آمدن با تأثیرات اجتماعی این نوع گردشگری پیدا نمایند.

تعریفی که سازمان جهانی گردشگری از توریسم‌درمانی دارد عبارت است از: افراد و گروه‌هایی که برای استفاده از تغییرات آب‌وهوا، با اهداف پزشکی و درمان همچون استفاده از آب‌های معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن اقدام به مسافرت می‌کنند (لونت و همکاران، ۲۰۱۱: ۷)

گردشگری سلامت در ایران سابقه چندانی ندارد و در سال ۸۲ برای اولین بار این موضوع در ایران، از سوی وزارت بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفت و در سال ۸۳ و پس از ادغام سازمان‌های میراث فرهنگی و ایرانگردی و جهانگردی، توریسم‌درمانی به‌صورت مستقل در ایران ایجاد شد. درحالی‌که توریسم‌درمانی در بسیاری از کشورها نقش مهمی در ارزآوری دارد و هر ساله ۴۰ تا ۵۰ میلیارد دلار درآمد ارزی از طریق توریسم‌درمانی عاید کشورهای اروپایی و آمریکا می‌شود، اما در ایران این صنعت جایگاه خود را باز نیافته و گام‌های نخستین را طی می‌کند. و این در حالی است که دولت ایران بر اساس برنامه‌ریزی‌های خود باید تا پایان برنامه چهارم توسعه ۳۰ درصد از نیازهای بهداشتی و درمانی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و توریسم‌درمانی فراهم کند. کشورمان ایران در سال ۸۳ توانست تقریباً ۱۲ هزار بیمار خارجی را پذیرش نماید که این میزان در سال ۸۴ به ۱۷۵۰۰ نفر افزایش یافت. به‌طور متوسط هر گردشگر پزشکی بین ۳ تا ۴ هزار دلار در کشور هزینه می‌کند (توانگر، ۱۳۹۳).

با توجه به این‌که گردشگری سلامت، در سال‌های اخیر رونق ویژه‌ای یافته است، استان اردبیل نیز به‌دلیل داشتن مرزهای آبی و خاکی طویل با جمهوری آذربایجان و اشتراکات زبانی، دینی و فرهنگی و همچنین برخوردار بودن از امکانات پزشکی تخصصی و جاذبه‌های توریستی، یکی از مناطق مهم ایران در زمینه گردشگری سلامت بوده است. در تحقیق حاضر که به‌صورت موردی انجام گرفته است، فرصت‌های به‌وجود آمده برای شهرهای مختلف استان اردبیل که دارای پتانسیل‌های قابل توجه در زمینه توریسم سلامت هستند، اشاره‌ای گردیده است. این فرصت‌ها مانند: رونق اقتصادی منطقه، فرصت بهبود

تکنولوژیکی و منابع انسانی بخش درمانی، رونق مناطق گردشگری به‌ویژه آب‌های گرم معدنی و غیره. در ضمن علاوه بر فرصت‌های یادشده، چالش‌هایی نیز در این زمینه وجود دارد که توجه به آن‌ها بسیار حائز اهمیت است، چرا که ممکن است در اثر عدم برنامه‌ریزی صحیح، این فرصت‌ها به تهدید تبدیل شوند. پرسش اصلی در این تحقیق را می‌توان به‌صورت زیر عنوان کرد: حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان چه تأثیری بر اردبیل از نظر اجتماعی دارد؟

پرسش‌های پژوهش

پرسش اصلی پژوهش

- حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان چه تأثیری بر اردبیل از نظر اجتماعی دارد؟

پرسش‌های فرعی پژوهش

- قوت‌های توریسم درمانی شهر اردبیل با توجه به حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان کدامند؟

- ضعف‌های توریسم درمانی شهر اردبیل با توجه به حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان کدامند؟

- فرصت‌های توریسم درمانی شهر اردبیل با توجه به حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان کدامند؟

- تهدیدهای توریسم درمانی شهر اردبیل با توجه به حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان کدامند؟

سوابق پژوهش

صدرممتاز، آقارحیمی (۱۳۸۹) پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مؤثر در توسعه گردشگری پزشکی با توجه به نظرات مدیران بیمارستان‌های منتخب شهر تهران و اولویت‌بندی آن‌ها انجام داده است. پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی - تحلیلی است که در سال ۸۸-۱۳۸۷ بر روی ۱۷ نفر از مدیران (مدیر بیمارستان، مدیر ارتقای کیفیت، مدیر پرستاری) بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد، دی، صارم، لاله، پاریسیان، بقیه‌اله و مرکز قلب شهر تهران انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی دو بخشی بود. یافته‌های پژوهش عبارتند از: ۷۰/۶ درصد مدیران مسوول در بخش خصوصی، ۶۴/۷ درصد خانم، ۴۱/۲ درصد مدیر پرستاری و ۳۳/۳ درصد مدیران کمتر از یک سال با موضوع گردشگری پزشکی آشنا بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین توسعه‌ی صنعت گردشگری پزشکی با شاخص‌های مؤثر در توسعه، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در توسعه‌ی صنعت

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

گردشگری پزشکی از دیدگاه مدیران به ترتیب استراتژی توسعه‌ی زیرساخت عمومی، استراتژی توسعه‌ی منابع انسانی، استراتژی توسعه‌ی سیستم اطلاعاتی و بازاریابی و استراتژی توسعه‌ی محصول بوده است. شالبافیان (۲۰۰۶) در پایان‌نامه خود؛ راهکارهای توسعه صنعت گردشگری پزشکی را شامل راهکارهای اداری - اجرایی؛ اقتصادی؛ قانونی؛ سیاسی؛ بازاریابی و ترفیعی می‌داند.

نصیری‌پور، سلمانی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان نقش توانمندی بیمارستان‌های تهران در توسعه توریسم‌درمانی با نمونه از بین بیمارستان‌های تهران، ۴ بیمارستان فعال در جذب بیمار خارجی که دارای آمار بیماران خارجی بودند به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب گردیده و ۶۳ نفر از پزشکان و پرستاران شاغل در این بیمارستان‌ها به‌عنوان نمونه‌های پژوهش برگزیده شدند. در بین مؤلفه‌های مورد مطالعه، تجهیزات پزشکی با میانگین ۳/۹ در بهترین وضعیت و کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات با میانگین ۱/۷ در پایین‌ترین موقعیت قرار داشتند. ضریب همبستگی بین میانگین درآمد حاصله از بیماران خارجی با وضعیت تجهیزات پزشکی و همچنین ضریب همبستگی بین میانگین تعداد بیماران خارجی با هزینه خدمات ارائه شده برابر ۱ به‌دست آمده است که همبستگی مثبت و کاملی را نشان می‌دهد.

طبیعی است که این صنعت اثراتی بر جامعه‌ی مقصد خواهد شد این اثرات می‌تواند مثبت و یا منفی باشد. در این پژوهش محقق به شناسایی SWOT توریسم‌درمانی خواهد نمود. SWOT سرواژه‌ی عبارات قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها است. گام اول در مراحل برنامه‌ریزی استراتژیک تعیین رسالت، اهداف و مأموریت‌های سازمان است و پس از آن می‌توان از طریق تحلیل SWOT که یکی از ابزارهای تدوین استراتژی است، برای سازمان استراتژی طراحی کرد که متناسب با محیط آن باشد. با استفاده از این تحلیل این امکان حاصل می‌شود که اولاً به تجزیه و تحلیل محیط‌های داخلی و خارجی پرداخته و ثانیاً تصمیمات استراتژیکی اتخاذ نمود که قوت‌های سازمان را با فرصت‌های محیطی متوازن سازد. نقطه قوت: عبارت است از شایستگی ممتازی که به‌وسیله آن سازمان می‌تواند در زمینه‌هایی مانند نوع منابع مالی، تصویر مثبت ذهنی میان مراجعان، روابط مثبت با تأمین‌کنندگان و مواردی از این دست نسبت به رقبا برتر باشد.

نقطه ضعف: نوع محدودیت یا کمبود در منابع، مهارت‌ها و امکانات و توانایی‌هایی است که به‌طور محسوس مانع عملکرد اثربخش سازمان بشود. عملکرد مدیریت نیز در تشدید نقاط ضعف مؤثر است. فرصت: عبارت است از یک موفقیت مطلوب عمده در محیط خارجی سازمان مانند شناخت بخشی از بازار که پیش از این فراموش شده بود. تغییر در وضعیت رقابت یا قوانین و بهبود در روابط با مراجعان و ارائه‌دهندگان خدمات.

تهدید: یک تهدید موفقیت نامطلوبی در محیط خارجی سازمان است مانند قدرت چانه‌زنی خریداران یا تأمین‌کنندگان کلیدی، تغییرات عمده و ناگهانی تکنولوژی و مواردی از این است که می‌توانند تهدید عمده‌ای در راه موفقیت سازمان باشند.

مبانی نظری

در مطالعات گردشگری واژه مدل دارای مفاهیم و استدلال‌های زیادی است. اغلب این استدلال‌ها در جهت پیش‌بینی مدل‌ها، ترسیم نمودار فرایند برنامه‌ریزی و یا بعضی از ابعاد نظری سیستم گردشگری به کار گرفته می‌شوند؛ بنابراین کاربرد معمول واژه مدل شاید به غلط استفاده شود؛ پس ضروری است همیشه ذات و هدف مدل‌های مورد تحقیق، مشخص گردد؛ همچنین باید توجه به تمایز اصلی بین مدل‌های «برنامه‌ریزی/ فرایند مدیریتی» و مدل‌های «نظری» که بعضی از جنبه‌های کارکردی سیستم گردشگری را توضیح می‌دهند، داشت. پس دو دسته از مدل‌های بنیادین گردشگری عبارت است از؛ یکی مدل‌های نظری که بر اساس آن سیستم گردشگری کل یا بخشی از کل، ترسیم، پیاده‌سازی و انطباق داده می‌شود و می‌توان آن‌ها را بر حسب نزدیکی به واقعیت به تقسیمات جزئی‌تری نیز تبدیل کرد؛ این مدل‌ها به سه دسته تقسیم می‌گردند: مدل‌های توصیفی (به توصیف اجزای سیستم گردشگری می‌پردازند)، مدل‌های تشریحی (به تشریح ماهیت کارکرد سیستم با و یا بدون در نظر گرفتن روابط معلولی آن‌ها می‌پردازند) و مدل‌های پیش‌بینی‌کننده (بر پایه دانش روبرط علت و معلولی استوار است)؛ و دیگری مدل‌های عملی/ فرایندی می‌باشد که مشتمل بر مدل‌های سنتی (برای حل مشکل طراحی می‌شوند و از تبیین اهداف ← ارائه گزینه‌های مختلف ← ارزیابی گزینه‌ها ← انتخاب گزینه ← به اجرا می‌رسند)، ذهنی/ استنباطی (بر اساس تعصبات شخصی یا تفکرات خاص) و تئوری سیستم‌ها (تلفیقی از مدل‌های نظری با فرایندی می‌باشند) تقسیم می‌گردند. باید توجه کرد بعضی از مدل‌های پیش‌بینی‌کننده، حول هر دو نمودار دور می‌زنند. آن مدل‌هایی را که فقط علت‌یابی‌های گرایشی دارند و یا استنباطی هستند. (مثلاً تکنیک‌های دلفی، قضاوت‌های حرفه‌ای) می‌توان آن‌ها را تکنیک‌های فرآیندی نامید که به توسعه‌های نظری ارتباطی ندارند. به ملاحظات سطح‌های مختلف استنباط و ادراک در برنامه‌ریزی است. مدل‌های گردشگری در مورد سیستم‌های کل و سیستم‌ها خرد در مقیاس‌های مختلف فضایی اعم از مکان/ پروژه، محلی، ناحیه، ملی یا بین‌المللی کاربرد دارند (گتر، ۱۹۸۶).

چورلی و هاگت کاربرد مدل‌های بدین شرح می‌نامند: کاربردی روان‌شناسانه، کاربرد اکتسابی/ فراگیری، کاربردی استدلالی، کاربردی معیاری، کاربرد سیستم‌گونه و کاربردی ساختاری.

همچنین به طرق دیگری می‌توان مدل‌ها را تقسیم‌بندی کرد:

مدل‌های مصور یا شکلی: این مدل‌ها از نظر ظاهر شبیه دنیای واقعی با مقیاس تصویری هستند.

مدل‌های مشابه: برای نشان دادن تمایزات در یک مجموعه؛ مانند کاربرد رنگ در نقشه کاربری یک

سرزمین.

مدل‌های سمبلی: برای توضیح سیستم‌ها یا فرایندها در مدل‌های پیش‌بینی‌کننده از طرح و رسم

استفاده می‌کنند.

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

البته برای شناخت مشکلات برخی از تحقیقات، می‌توان از تلفیق مدل‌های برنامه‌ریزی/فرایند مدیریتی با مدل‌های نظری به مدل‌های ترکیبی دستیابی پیدا کرد و طی فرآیندی معین و تقابل مستمر آن‌ها به ارائه راه‌حل‌هایی در زمینه سیستم گردشگری نائل شد. باید توجه داشت در چشم‌انداز و دورنمای یک سیستم، مدل‌ها در زیرمجموعه نظریه‌ها قرار می‌گیرند. نظریه‌های سیستم‌ها، دیدگاه‌هایی هستند که پدیده‌ها را تشریح می‌کنند و برای اداره سیستم‌ها به کار گرفته می‌شوند. بنابراین مدل‌ها در ابتدا توصیفی، سپس تشریحی و در نهایت پیش‌بینی‌کننده‌اند؛ بنابراین مدل‌ها، پی‌ریزی و سازه‌های نظریه‌ها را تشکیل می‌دهند (قاسمی، ۱۳۹۰).

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک پژوهش توصیفی از نوع زمینه‌یابی است. روش پژوهش با توجه به هدف از نوع کاربردی است و از نظر تکنیک تحلیلی از نوع زمینه‌یابی است زیرا که به شناسایی وضعیت توریسم درمانی شهر اردبیل با توجه به حضور بیماران اتباع کشور جمهوری آذربایجان می‌پردازد.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه مدیران و کارشناسان مراکز آموزشی - درمانی، پزشکان خصوصی، اساتید دانشگاه، مسئولین تصمیم‌گیر استان اعم از استانداری و فرمانداری، سازمان گردشگری و میراث فرهنگی، شهرداری، ارگان‌های نظامی، انتظامی و دیگر نهادها و سازمان‌های مرتبط با بحث توریسم درمانی اردبیل می‌باشد. نمونه‌گیری نیز به روش تصادفی طبقه‌ای انجام خواهد شد. حجم نمونه ۹۲ نفر تعیین گردید.

نمونه‌گیری پژوهش حاضر نیز به روش تصادفی ساده است، بدین صورت که از هر کدام از بخش‌ها و ارکان جامعه پژوهشی (ادارات ذیربط و مسئولین آن‌ها) تعدادی افراد به صورت تصادفی ساده انتخاب می‌شوند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

در بخش نظری؛ اطلاعات مربوط به صورت کتابخانه‌ای و بر اساس اسناد و مدارک علمی و پژوهش از راه پیمایشی جمع‌آوری خواهد شد. ابزار مورد استفاده برای کار میدانی پژوهش حاضر نیز، پرسشنامه ساختارمند و چک لیست SWOT بر اساس شاخص‌های توریسم درمانی بود که توسط محقق پس از بررسی ادبیات نظری و پیشینه پژوهشی توریسم درمانی تهیه شد.

روایی و پایایی پرسشنامه

در این پژوهش برای بررسی روایی، استفاده از نظرات اساتید رشته مدیریت گردشگری و علوم اجتماعی و دیگر صاحب نظران این حوزه استفاده خواهد شد. همچنین از مقالات، کتب و مجلاتی که از این پرسشنامه یا پرسشنامه‌های مشابه بهره برده‌اند، استفاده می‌شود. برای بررسی پایایی ابزار اندازه‌گیری از روش بازآزمایی استفاده خواهد شد.

قلمرو پژوهش

از نظر موضوعی قلمرو پژوهش حاضر در محدوده موضوع علوم اجتماعی و به‌طور محدودتر در حوزه صنعت گردشگری (توریسم‌درمانی) صورت گرفته است. قلمرو زمانی پژوهش نیز تابستان سال ۱۳۹۳ تا آذرماه سال ۱۳۹۳ است. از نظر مکانی نیز پژوهش حاضر در شهر اردبیل انجام شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این بخش با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از آزمودنی‌ها به آزمون فرضیه‌ها پرداخته می‌شود. در این راستا از دو روش ضریب همبستگی و اهمیت نسبی بهره گرفته شده و از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

۱۶ درصد پاسخگویان زن و ۸۴ درصد مرد، ۱۳ درصد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، ۲۳ درصد کارشناسی ارشد و ۶۴ درصد دکترا، ۴/۳ درصد پاسخگویان دارای گروه سنی ۲۰-۳۰، ۳۴/۸ درصد ۳۱-۴۰، ۵۴/۳۵ درصد ۴۱-۵۰ و ۶/۵ درصد دارای گروه سنی بالای ۵۰ سال، ۱۵ درصد دارای تجربه کاری زیر ۵ سال، ۳۴ درصد ۶-۱۰ سال، ۲۶ درصد ۱۱-۱۵ سال، ۱۱ درصد ۱۶-۲۰ سال و ۱۴ درصد بالای ۲۱ سال دارای تجربه کاری، ۳۷ درصد پاسخگویان کارمند و ۶۳ درصد پزشک بودند. بر اساس آمار توصیفی مورد بررسی قوت‌ها دارای میانگین ۴۳/۸۳، ضعف‌ها ۳۲/۰۴، فرصت‌ها ۳۰/۰۵ و تهدیدها ۲۶/۱۶ درصد می‌باشند.

در مدل تحلیل سوات (SWOT) مجموع امتیاز وزندار بیانگر این شد که توریسم‌درمانی شهر اردبیل از لحاظ عوامل درونی در ساختار اقتصادی دارای ضعف، در ساختار اجتماعی/ فرهنگی دارای قوت، در ساختار زیرساختی دارای ضعف و در ساختار مدیریتی/ نهادی دارای ضعف است. مجموع امتیاز وزندار بیانگر این شد که از لحاظ عوامل بیرونی در ساختار اقتصادی دارای قوت، در ساختار اجتماعی/ فرهنگی دارای قوت، در ساختار زیرساختی دارای قوت و در ساختار مدیریتی/ نهادی دارای قوت است.

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده از برنامه‌ریزی راهبردی به دلیل ویژگی‌های آن که محیط سیستم را با توجه به تغییرات و دگرگونی‌های آن به صورت مداوم مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد و نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید را شناسایی و بر اساس آن‌ها برنامه‌ریزی می‌کند در برنامه‌ریزی توسعه گردشگری توریسم‌درمانی حایز اهمیت است. در این پژوهش از مدل سوات به عنوان یکی از ابزارهای برنامه‌ریزی راهبردی استفاده شده است بر این اساس پس از بررسی مباحث نظری و همچنین معرفی توانمندی‌ها و محدودیت‌های توریسم‌درمانی شهر اردبیل و بر اساس الگوی یکپارچه برنامه‌ریزی راهبردی در چهار مرحله راهبردهای توسعه توریسم‌درمانی این شهر ارایه شد.

در این قسمت به نتایج حاصل از مطالعات و تحلیل‌های صورت گرفته با استفاده از تکنیک SWOT، در چهار ساختار اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی، مدیریتی - نهادی و زیرساخت‌های توریسم‌درمانی، می‌پردازیم.

نتایج حاصل از مدل تحلیلی SWOT نشانگر این است که در بعد اقتصادی توسعه توریسم‌درمانی شهر اردبیل بهترین استراتژی‌ها، استراتژی‌های تنوعی می‌باشد. در ساختار فرهنگی - اجتماعی بهترین استراتژی‌ها، استراتژی تهاجمی / رقابتی می‌باشد یعنی با بهره جستن از قوت‌ها درصدد بهره‌برداری از فرصت‌ها است. در ساختار اقتصادی بهترین راهبردها، راهبردهای تهاجمی می‌باشد و در ساختار تسهیلات و تجهیزات بهترین راهبردها، راهبردهای تنوعی یعنی برای احتراز از تهدیدها از نقاط قوت استفاده می‌کنیم.

امتیاز توسعه‌ی توریسم‌درمانی شهر اردبیل در ارزیابی عوامل داخلی با استفاد از ماتریس IFE برابر ۲/۵۱ می‌باشد این امتیاز بیانگر این است که توریسم‌درمانی شهر اردبیل از نظر عوامل درونی دارای قوت می‌باشد، یعنی در راستای استفاده از نقاط قوت و ضعف این شهر به‌خوبی عمل می‌کند. همچنین امتیاز توسعه توریسم‌درمانی در ارزیابی عوامل بیرونی با استفاده از ماتریس EFF برابر ۲/۵۹ بیانگر این مطلب است که منطقه گردشگری شهر اردبیل از نظر عوامل بیرونی دارای قوت می‌باشد به این منظور که این شهر در خصوص استفاده از فرصت‌ها و مقابله با تهدیدها به‌خوبی عمل می‌کند.

پیشنهادها

- انجام پژوهش با عنوان پژوهش حاضر در سایر شهرها و یا استان‌ها به‌ویژه استان‌ها و شهرهای مرزی و همسایه شهر اردبیل.

- انجام پژوهش در حیطه امنیت اجتماعی اتباع کشور جمهوری آذربایجان که به شهر اردبیل و یا شهرهای دیگر استان تردد دارند.

منابع و مأخذ

- ۱- پاپلی یزدی، م. ح؛ سقایی، م. (۱۳۸۵). گردشگری (ماهیت و مفاهیم). تهران: انتشارات سمت. چاپ اول.
- ۲- ترابیان، پ. (۱۳۸۷). پایان نامه: سنجش سطح قابل قبول اثرات اجتماعی منفی دیدارکنندگان بر جوامع محلی در ایران. سکونت‌گاه‌های روستایی تالاب پریشان دانشکده‌ی مدیریت و حسابداری علامه طباطبایی.
- ۳- توانگر، م. (۱۳۹۳). چالش‌های گردشگری سلامت. مصاحبه متخصصین. همایش بین‌المللی علمی - راهبردی توسعه گردشگری جمهوری اسلامی ایران؛ چالش‌ها و چشم‌اندازها. <http://bcit.ir>.
- ۴- جعفری، ح؛ بختیاری، ا؛ کشتکار، م. (۱۳۹۰). گردشگری پزشکی و اهمیت آن در نظام سلامت ایران. اولین همایش بین‌المللی مدیریت گردشگری و توسعه پایدار.
- ۵- حاجی غلام سریزدی، ا. (۱۳۹۲). اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر مشارکت جامعه محلی در سرمایه‌گذاری در طرح‌های توسعه گردشگری روستایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت جهانگردی. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده مدیریت و حسابداری.
- ۶- حمیدی‌فر، ر. (۱۳۹۰). گردشگری رفیق خوب اقتصاد. بخش اقتصاد روزنامه همشهری. به نقل از حمیدرضا نوری در دوشنبه ۲۶ اردیبهشت ۱۳۹۰. <http://jahadeeghtesadi.rasekhoonblog.com/show/121082>.
- ۷- ذاکری، ع. ا؛ میری، س. ع. (۱۳۸۸). جهانگردی در فقه و تمدن اسلامی. بوستان کتاب. چاپ اول. قم.
- ۸- شالبافیان، ع. ا. (۱۳۸۶). راهکارهای توسعه گردشگری سلامت. دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۹- صدر ممتاز، ن؛ آقارحیمی، ز. (۱۳۸۹). صنعت گردشگری پزشکی در ایران: راهکارهایی برای توسعه. مدیریت اطلاعات سلامت. دوره ۷. ویژه‌نامه.
- ۱۰- عبدالله‌زاده، م. (۱۳۷۹). برنامه‌ریزی ملی و منطقه‌ای جهانگردی. سازمان جهانی جهانگردی. دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- ۱۱- فاضل بخششی، ف. (۱۳۸۷). رابطه‌ی عوامل فرهنگی و نوع مشارکت انتظاری در گردشگری جامعه‌محور (مطالعه‌ی موردی: روستای زاغمرز). دانشکده‌ی مدیریت و حسابداری علامه طباطبایی.
- ۱۲- فانی ثانی، ف. (۱۳۸۱). بررسی اکوتوریسم در مناطق حفاظت‌شده مازندران. مطالعه موردی خشک‌داران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مهندسی منابع طبیعی - محیط‌زیست. دانشکده منابع طبیعی و علوم دریایی. گروه زیست. دانشگاه تربیت مدرس.
- ۱۳- فرامرزی، آ. (۲۰۱۱). توریسم درمانی. مدیریت اجرایی دانشگاه علوم و تحقیقات، پایگاه مقالات علمی مدیریت www.SYSTEM.PARSIBLOG.Com.

ارزیابی تأثیر اجتماعی توریسم‌درمانی بر شهر اردبیل با محوریت اتباع کشور جمهوری آذربایجان

- ۱۴- فرشاد، م. (۱۳۶۲). نگرش سیستمی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- ۱۵- قاسمی، م. (۱۳۹۰). گردشگری به‌عنوان یک سیستم: نمونه مشهد. مجله‌ی جغرافیا و توسعه‌ی ناحیه‌ای. شماره‌ی هفدهم. پاییز و زمستان.
- ۱۶- کمالی مهاجر، م؛ فراهانی، ب. (۱۳۹۱). فرهنگ زیست‌محیطی راهکاری جهت توسعه گردشگری پایدار. اولین همایش ملی گردشگری و طبیعت‌گردی ایران‌زمین.
- ۱۷- گی، چ. و. سازمان جهانی جهانگردی (۱۳۸۲). جهانگردی در چشم‌انداز جامع. ترجمه: علی پارسائیان و سید محمد اعرابی. تهران: انتشارات دفتر پژوهش‌های فرهنگی. چاپ دوم.
- ۱۸- والا، ف؛ بیچریل، ی. (۱۳۸۴). گردشگری بین‌المللی. تجارت در هزاره‌ی سوم. ترجمه: محمدمهدی کتابچی. انتشارات امیرکبیر.
- ۱۹- یعقوب‌زاده، ر. (۱۳۹۲). گونه‌شناسی گردشگری. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان. چاپ اول.
- 20- Awadzi and Panda, (2006), Medical Tourism: Globalizing and the Marking of Medical Services, the Conform Journal of Hospitality and Tourism, VOLUME 11, ISSUE 1, page 7.
- 21- Briones, J, Abraham / Tejeida. P, Ricardo / Morales. M, Oswaldo, (2009). Toward the Evolution of the Tourism's Conceptual System, Instituto Politécnico Nacional, México.
- 22- Burns, P. and Holden, A. (1995). Tourism: A New Perspective. London, Prentice Hall.
- 23- Butler, R. (2001) Rural development. In: Weaver, D. B. (ed.) The Encyclopedia of Ecotourism. CAB International, Wallingford, UK, pp. 433-446.
- 24- Carrera PM, Bridges JF. (2006), Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism, Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. Aug;6(4):447-54. doi: 10.1586/14737167. 6. 4. 447.
- 25- Chaynee, W. (2003), Health Tourism to Drive Earnings, Malaysia Institute of Economic Research
- 26- Connell J. (2006), Medical tourism: Sun, sea, sand and ... surgery [dissertation]. Australia: University of Sydney
- 27- Cooper, Chris, and Wanhill, Stephen. (1998). Tourism development: environmental and community issues. New
- 28- Cooper, Fletcher, Gilbert and Wanhill, (2000), Tourism: Principles and Practice, Second Edition, Longman. page 392
- 29- Garcia Altes A. (2005), The development of health tourism services. Ann Tour Res; 32(1): 11-6.
- 30- Garcia, Aurora Geotina and Camille Alessandra Besinga (June, 2006), Challenges and Opportunities in the Philippine Medical Tourism Industry, the SVG Review, pp. 41- 55
- 31- Getz, Donald, (1986), Models tourism planning, Towards integration of theory and practice, Tourism Management, Vol 7(1), Canada.
- 32- Gunn, Clare, A (2002) Tourism planning, Routledge.
- 33- Holden, Andrew, (2000) Environment and Tourism, Routledge.
- 34- IBM, (2006), IDEAS from IBM.
- 35- Jafari, J. (1996). Tourism and culture: an inquiry into paradoxes. Proceedings of a round table: Culture, tourism Britain: Elsevier Science Ltd.

- 36- Jowkar Z. Samizadeh R. (2011), Fuzzy Risk Analysis Model for E-tourism Investment, *Int. J. Manag. Bus. Res.* 1 (2), 69-76, Spring
- 37- Kaspar, C. (1975) *Die Fremdenverkehrslehre im Grundriss*, St. Galler Beiträge zum Fremdenverkehr und zur Verkehrswirtschaft, herausgegeben vom Institut für Fremdenverkehr und Verkehrswirtschaft an der Hochschule St. Gallen unter der Leitung von Prof.
- 38- Lunt N. Smith R. Exworthy M. Green S. T. Horsfall D. Mannion R. (2011), *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD, Wight paper, www.oecd.org
- 39- Mason, P. (1995). *Tourism: Environment and Development Perspectives*. Godalming, UK, World Wide Fund for Nature.
- 40- Miller, G. (2001). The development of indicators for sustainable tourism: results of a Delphi survey of tourism of tourism researchers. *Tourism management*, 22, 351-362
- 41- Moody M. (2007), Medical tourism: Employers can save significant healthcare dollars by having employees seek overseas options. *Rough Notes*. 150(11):114-6
- 42- Nagarajan G. S. (2004), *International Tourism and travel (conception and principle)*, Chand publishing, New Dehli, India
- 43- Nature tourism health care (Functions, Challenges and Solutions)]. the first International Conference on Tourism and Sustainable Development Management, Islamic Azad University, MARVDASHT
- 44- Noori GH, Taghizadeh Z, Shirani Z. (1390), *Iran's role in the Muslim world with an emphasis on*.
- 45- Raina, A. K. (2005), *Ecology Wildlife and Tourism development*. publishing New Dehli India.
- 46- Robinson, M. (1999). Is cultural tourism on the right track? *UNESCO Courier*.
- 47- Rogers K. health tourism, *Encyclopædia Britannica, Inc*, Last Updated 9/2013-18-
<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/1755406/medical-tourism>.
- 48- Teh, Ivy, (2005). *Supplementing Growth with Medical Tourism*, Synovate Business Consulting, Vol. 9, No. 8. pp. 2-6.
- 49- Theobald, William F. (1998). *Global Tourism* (2nd ed). Oxford [England]: Butterworth-Heinemann. pp. 6-7. ISBN 0-4022-7506-7. OCLC 40330075.
- 50- Travel Smart-Asia WATCH, (2006), *Asia Medical Tourism Market*, issue 32.
- 51- Vajira Kachorn T. (2004), *Implementation of an effective health tourism development plan of Thailand [dissertation]*. Thailand: University of Wisconsin-Stout.
- 52- Wall, G. (1997), *Rethinking impacts of tourism*. In *Tourism Development*, (C. Cooper, B. Archer, and S. Wanhill, eds), pp. 1-10.
- 53- Williams, S. (1998). *Tourism Geography*. London, Routledge.