بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران

مهدی حسینی[1]*، محمود اسعدی[2]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۶

چکیده:

زمینه و هدف : *گردشگری درمانی به واسطه سودآوری فوق العاده اش، نیازمند توجه بیش از پیش محققین می باشد. تحقیقات در زمینه موانع گردشگری درمانی بسیار کم بوده و عمدتاً بر موانع ساختاری متمرکز بوده اند. با توجه به ماهیت میان فرهنگی گردشگری درمانی، هدف پژوهش حاضر شناسایی مهم ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران و همچنین طراحی و آزمون مدل مفهومی این موانع می باشد.*

مواد و روش ها : *پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، پیمایشی می باشد. شناسایی مهم ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران، طراحی مدل این موانع با روش مدل سازی تفسیری ساختاری و در نهایت، آزمون فرضیه های حاصل از این مدل در یک نمونه ۳۰۰ نفری، سه مرحله طی شده در این پژوهش می باشند.*

یافته ها : *نتایج آزمون همبستگی در سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۱ نشان می دهد که همبستگی مثبت و معنی داری بین متغیرها در فرضیه ها وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون ساده نیز بر نقش تعیین کننده تمامی متغیرهای مستقل تاکید دارند. لذا تمامی فرضیه ها تایید می شوند.*

نتیجه گیری : *مهم ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران عبارتند از: نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای. بین این موانع، مانع نبود شناخت مانعی کلیدی می باشد که غلبه بر آن نقش حیاتی در تسهیل گردشگری درمانی خواهد داشت.*

کلمات کلیدی : *موانع ارتباطی، گردشگری درمانی*

[1] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش رفتار سازمانی دانشگاه پیام نور تهران. (* نویسنده و مسئول) اردبیل، شهرک کارشناسان، خیابان وصال، مجتمع بسیجیان، بلوک ۹، طبقه ۴، واحد ۶ تلفن: ۰۹۱۴۱۵۰۴۵۳۸ m.hosseini19@Gmail.com
[2] استادیار ، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت دانشگاه تهران

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

مقدمه

صنعت گردشگری یکی از بزرگ ترین و متنوع تـرین صـنایع در دنیا محسوب می شود. بسیاری از کشورها این صنعت پویا را منبع اصلی کسب درآمد، سودآوری، اشتغال زایی و رشـد بـرای بخش خصوصی می دانند و چه بسا از درآمدهای حاصل از ایـن بخش به رشد اقتصادی و توسعه دیگر بخـش هـای کشـور نیـز دست یافته اند. گردشگری از معدود بخش هایی است که زمینه مناسبی را برای کسب سود برای تمامی کشورهای جهـان، چـه توسعه یافته و چه در حال توسعه، فراهم کرده است و به همین دلیل از گردشگری به صنعت تعبیر شده و بعد از صنعت نفت و خودرو به عنوان صنعت سوم درآمدساز دنیا شناخته مـی شـود (۱). یکی از شاخه های مهم صنعت گردشگری که از زمان های قدیم مرسوم بوده و امروزه همگام با پیشرفت فناوری و علـوم از جایگاه مهم تری نسبت به سابق برخوردار شده است گردشگری سـلامت مـی باشـد. از دیـدگاه سـازمان جهـانی گردشـگری[1] ، مسافرت افراد از محل دائم زندگی خود به منظور حفظ، بهبـود و کسب سلامت روحی و جسمی را کـه بـه مـدت بـیش از ۲۴ ساعت صورت می گیرد، گردشـگری سـلامت[2] مـی نامنـد (۲). گردشگری سلامت مفهوم گسترده ای است که موارد مختلفـی را در بر می گیرد. یکـی از مهمتـرین بخـش هـای گردشـگری سلامت، گردشگری درمانی[3] می باشد که مقصود از آن سفر بـه مکان های دیگر به منظور استفاده از خدمات پزشکی و درمانی آن مکان ها می باشد (۳).

در سابق افراد ثروتمند برای دریافت خدمات پزشکی با کیفیت و استفاده از فناوری های نوین در زمینه پزشـکی بـه کشـورهای توسعه یافته مسافرت می کردند و امـروزه افـراد بـا تمکـن مـالی کمتر جهت دریافت خدمات بهداشتی و پزشکی با کیفیت و ارزان تـر از کشـورهای توسـعه یافتـه بـه کشـورهای در حـال توسـعه مسافرت می نمایند (۴). حقیقت این است کـه بـه دلیـل آمـار و اطلاعات نامعتبر در زمینه حجم مالی این صـنعت در دنیـا، نمـی توان سخن دقیقی در مورد آن بیان کرد ولی رشد سریعی کـه در این صنعت دیده می شود، حقیقتی انکارناپذیر است.

با توجه به اهمیت فزاینده این صنعت و سودآوری فوق العاده آن و همچنین به دلیل موقعیت و شرایط ایده آل ایـران چـه از لحاظ فناوری و علم پزشکی موجـود در ایـران و چـه از لحـاظ موقعیت جغرافیایی و همسایه های ایران، پرداختن به بررسی و پژوهش در زمینه عوامل تسهیل کننده و همچنین موانع توسعه گردشگری درمانی در ایران امری به واقع حیاتی می باشد.

پـژوهش هـایی کـه در داخـل کشـور در زمینـه گردشـگری درمانی صـورت گرفتـه اسـت عمـدتاً سـعی در نمایـان کـردن وضعیت جاری داشته اند و در نهایت به عوامل تسـهیل کننـده این صنعت پرداخته اند (۱، ۳، ۵). پژوهش های کمی در زمینه موانع توسعه گردشگری درمانی صورت گرفته است و آنهایی هم که سعی در ورود به ایـن زمینـه داشـته انـد عمـدتاً بـه موانـع ساختاری پرداخته اند. برای نمونه، گارسیا-آلتز[4] موانـع ذیـل را برای گردشگری درمانی برشمرده است (۶) :

۱- محدودیت در ورود ارائه کننده های خدمات سلامت خارجی،
۲- محدودیت سرمایه گذاری مستقیم خارجی در بخش سلامت،
۳- محدودیت های مربوط به قوانین بیمه ای،
۴- محدودیت های قانونی در زمینه پیگیری خطاهای پزشکی،
۵- محدودیت های زیرساختی، منابع مالی و انسانی،
۶- افزایش رقابت در این صنعت.

پژوهش حاضر شاید یکی از اولین نمونه هایی باشد که پـا را فراتر نهاده و به بررسی مقوله های رفتاری مرتبط با گردشگری درمانی پرداخته است. گردشگری درمانی جدای از همـه مـوارد ذکر شده، مقوله ای میان فرهنگی می باشد و بنابراین به هنگام منعقد شدن آن، دو فرهنگ که شاید بیگانه هم باشند، بـه هـم می رسند و در آن زمان و مکان مدیریت مقولـه هـای رفتـاری امری لازم می باشد. ارتباطات یکـی از مهمتـرین مقولـه هـای رفتاری است که در یک محیط چند فرهنگی نقشـی حیـاتی را ایفا می کند. بر مبنای ضرورت احساس شده، در تحقیق حاضـر به بررسی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی پرداخته ایم.

مواد و روش ها

در مقاله حاضر به منظور شناسایی مهم ترین موانع ارتبـاطی توسعه گردشگری درمانی در ایران، طراحی مـدل ایـن موانـع و آزمودن فرضیه های مبتنی بر این مدل در بین اعضـای نمونـه، چندین مرحله طی شده است و هر کدام از مراحـل نیـز شـامل تعدادی مرحله فرعی می باشد که به منظور تکمیل مراحل اجرا شده اند. مراحل مذکور و توضیحات تشریحی آنها عبارتند از:

مرحلـه ۱ – شناسـایی مهـم تـرین موانـع ارتبـاطی توسـعه گردشگری درمانی در ایران

به منظور اجرای این مرحله، چهار مرحلـه فرعـی طـی شـده اسـت. در مرحلـه فرعـی اول از طریـق تحقیقـات و مطالعـات کتابخانه ای بـه شناسـایی موانـع ارتبـاطی توسـعه گردشـگری درمانی که در پژوهش های پیشـین بـه آنهـا اشـاره شـده بـود پرداخته شد. در مرحله فرعی دوم از طریق مصـاحبه هـای بـاز پاسخ بـا ۵ پزشـک متخصـص، ۲۰ پرسـتار، ۱۲ منشـی مطـب پزشکان و ۲۰ دانشـجوی سـال آخـر پزشـکی موانـع ارتبـاطی

[1] World Tourism Organization
[2] Health Tourism
[3] Medical Tourism
[4] Garcia-Altz

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

توسعه گردشگری درمانی در ایران شناسایی شد. طی مرحله فرعی سوم، از طریق مشاوره با اساتید دانشگاه (گروه های آموزشی مدیریت و پزشکی) بر مبنای موانع شناسایی شده طی مراحل فرعی اول و دوم، فهرستی از موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران تهیه شد و در نهایت طی مرحله فرعی چهارم، از طریق توزیع پرسشنامه بین گروه دیگری از اساتید دانشگاه از آنها خواسته شد درجه اهمیت هر کدام از موانع فهرست تهیه شده در مرحله سوم را بر حسب مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) تعیین کنند. از طریق تعیین میانگین پاسخ های داده شده به هر یک از موانع فهرست مذکور، در نهایت مهم ترین موانع توسعه گردشگری درمانی در ایران بر حسب بالاترین میانگین نمره شناسایی شدند که عبارتند از: نبود شناخت[1]، تفاوت زبانی ادراک شده[2]، نبود اعتماد[3]، تفاوت فرهنگی ادراک شده[4]، تعصب[5] و برخورد کلیشه ای[6].

نبود شناخت: نبود شناخت موقعی حاصل می شود که طرفین ارتباط نسبت به هم آگاهی و شناخت لازم را نداشته باشند و در نتیجه ارتباط در یک دور بی نهایت گرفتار می شود. نبود شناخت از طریق آموزش دوطرفه و سازگاری دوطرفه در یک چشم انداز مدیریتی میان فرهنگی قابل ترفیع می باشد (۷).

تفاوت زبانی ادراک شده: زبان رسانه ای است که می تواند ارتباطات را تسهیل کند، ولی هنگامی که بین طرفین ارتباط چه از لحاظ خود زبان و چه از لحاظ لهجه تفاوت وجود دارد، زبان می تواند یکی از موانع ارتباطی باشد. استفاده از یک زبان مرجع در ارتباطات بین المللی و ارائه آموزش هایی در رابطه با زبان گردشگران درمانی به افرادی که احتمالاً در ارتباط مستقیم با آنها خواهند بود و همچنین استفاده از امکانات و تسهیلاتی برای راهنمایی گردشگران درمانی از قبیل تهیه کتابچه های راهنمای گردشگران درمانی که به زبان خود آنها باشد و استفاده از زبان خود آنها در تبلیغات، می تواند مرتفع کننده این مانع باشد.

نبود اعتماد: اعتماد دانش یا عقیده ای است که اعتماد شونده انگیزه یا محرکی دارد برای انجام دادن عملی که متعهد به انجام آن است (۸). اعتماد امری نسبی است و پذیرش اولیه اعتماد به ارزیابی شخص نسبت به این که فرد دیگری چقدر قابل اعتماد است بستگی دارد (۸). اعتماد منافع زیادی از قبیل کاهش اختلاف نظر، همبستگی بین افراد، افزایش بهره وری، بهبود روحیه کاری و ... دارد و نبود آن باعث کاهش سطح انرژی و تعهد در روابط می شود و اثربخشی را پایین می آورد. به منظور اعتماد سازی زارعی متین و حسن زاده (۱۳۸۳) یک فرآیند سه مرحله ای را پیشنهاد کرده اند که شامل مراحل فرهنگ سازی، رهبری و ایجاد ارتباطات می شود. در پژوهش حاضر شاید بتوان از طریق تبلیغات موثر به فرهنگ سازی این پدیده در داخل کشور و همچنین در کشورهای هدف پرداخت. در ضمن این پدیده نیازمند یک رهبری و مدیریت قدرتمند است تا واگرایی ها در کار کاهش یابد و در نهایت باید نتایج کار را در مرحله ارتباطات که موضوع اصلی بحث است جستجو کرد.

تفاوت فرهنگی ادراک شده: افراد مختلفی به بررسی مقوله فرهنگ در یک محیط چند فرهنگی پرداخته اند و هر کدام با ارائه یک مدل سعی در ساده تر کردن آن داشته اند (۹). در تحقیق حاضر از الگوی گلوب[7] برای بررسی مقوله فرهنگ استفاده شده است (۹). مقصود از تفاوت فرهنگی ادراک شده تفاوت بین فرهنگ دو جامعه از دیدگاه یک فرد متعلق به یکی از این جوامع می باشد. تفاوت فرهنگی بین دو جامعه اصولاً امری اجتناب ناپذیر است و تلاش در جهت از بین بردن آن امری نامناسب می باشد ولی شاید یکی از بهترین راهکارها برای غلبه بر این مانع در سطح بین المللی به منظور توسعه گردشگری درمانی استفاده از ابزار تبلیغات و تلاش در جهت شناساندن فرهنگ داخلی به خارجیان و فرهنگ خارجی به افراد داخل کشور می باشد. البته به منظور کاهش هزینه ها و افزایش اثربخشی می توان این تبلیغات را روی گردشگران درمانی و همچنین سایر گردشگران و افرادی از داخل کشور که به طور مستقیم با این گردشگران در ارتباط هستند متمرکز کرد.

تعصب: بیشتر ما دوست داریم اعتقاد داشته باشیم که فردی روشنفکر و پذیرا هستیم ولی در عمل تعداد زیادی از ما با آنهایی که از نظر ارزش ها، عقاید و رفتارها با ما متفاوت هستند، احساس راحتی نمی کنیم (۱۰). در چنین شرایطی ممکن است ما با نگاه منفی آنها را ارزیابی کنیم. این پدیده به دلیل تعصب می باشد که در آن ما دیگران را بر حسب اینکه ارزش ها، رفتارها و ایده هایشان چقدر نزدیک به ما باشد به صورت خوب و بد یا درست و غلط ارزیابی می کنیم (۱۰). به منظور غلبه بر تعصب و پیش داوری می بایست قضاوت هایمان را نسبت به آنها و راه آنها به تاخیر بیاندازیم و سعی کنیم آنها را از نگاه خودشان بشناسیم. البته انجام این مقوله در عمل کار سختی می باشد ولی همانطور که در مورد متغیر های قبلی ذکر شد، تبلیغات مناسب به منظور بالا بردن شناخت دوطرفه می تواند موثر باشد.

[1] Lack of understanding
[2] Perceived linguistic difference
[3] Lack of trust
[4] Perceived cultural difference
[5] Prejudice
[6] Stereotyping
[7] GLOBE

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

برخورد کلیشه ای: فراگرد برخورد کلیشه ای به دسته بندی افراد بر اساس یک یا دو صفت و اسناد ویژگی هایی به آنان بر اساس آن صفات اطلاق می شود. کلیشه ای عمل کردن غالباً بر جنس، نژاد، سن، مذهب، ملیت و حرفه استوار است (۱۱). اگرچه کلیشه ها به آدمی کمک می کند تا اطلاعات را سریعتر تجزیه و تحلیل کند ولی خطاهای ادراکی جدی و قابل توجهی را نیز موجب می شود (۱۱). در یک محیط میان فرهنگی که افراد از فرهنگ های مختلف باهم در ارتباط هستند، برخورد کلیشه ای بر حسب عوامل مختلفی مانند نژاد، ملیت و ... به طور متداول اتفاق می افتد و این موضوع مانعی جدی برای ارتباطات موثر می باشد. به منظور غلبه بر کلیشه های ناسودمند باید پیوسته صحت ادراکات و اطلاعات طرفین ارتباط را زیر سوال ببریم تا ساختار ذهنی آنها منعطف شود. برای این منظور باید گفت استفاده از تبلیغات مناسب توصیه می شود.

مرحله ۲ – طراحی مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران با استفاده از مدل سازی تفسیری ساختاری

روش مدل سازی تفسیری ساختاری (ISM) کمک می کند تا نظم و جهت را به پیچیدگی روابط مابین المان های یک سیستم وارد کنیم. این روش مدل سازی به این دلیل که از قضاوت گروهی برای تعیین وجود ارتباط بین متغیرها و نوع ارتباط بین آنها استفاده می کند تفسیری تلقی می شود و به این دلیل که بر مبنای روابط شناسایی شده، در نهایت یک ساختار کلی از مجموعه متغیرها استخراج می کند ساختاری می باشد. همچنین این روش یک فن مدل سازی می باشد، به این دلیل که روابط و ساختار شناسایی و استخراج شده در نهایت به صورت یک مدل گرافیکی ارائه می شود (۱۲).

روش مدل سازی تفسیری ساختاری دارای ۵ گام اصلی می باشد. در تحقیق حاضر پیاده سازی این گام ها به منظور طراحی مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران صورت گرفته است. گام اول شناسایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران می باشد. مهمترین موانع مذکور طی مرحله قبل شناسایی شدند که عبارتند از: نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای. گام دوم تهیه ماتریس خودتعاملی ساختاری[1] می باشد. این ماتریس بر مبنای نظر خبرگان در زمینه نوع رابطه بین موانع شناسایی شده در گام اول تهیه می شود (۱۲). در گام سوم ماتریس خودتعاملی ساختاری به ماتریس دسترسی[2] تبدیل می شود. ماتریس دسترسی ماتریسی است که به منظور تسهیل کار تهیه مدل، با استفاده از یک سری قراردادهای ریاضی و منطقی و بر مبنای ماتریس خودتعاملی ساختاری تهیه می شود (۱۲). در گام چهارم از طریق ماتریس دسترسی بدست آمده در گام قبلی، جدول سطح بندی[3] را تهیه می کنیم. جدول سطح بندی جدولی است که از آن برای تعیین سطح قرارگیری هر کدام از المان های مدل نهایی استفاده می شود (۱۲). در این گام متوجه شدیم که مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران مطابق نمودار ۱ دارای چهار سطح می باشد. در گام پنجم مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران به صورتی که در نمودار ۱ مشاهده می شود، حاصل شده است.

مرحله ۳ – آزمون فرضیه های مدل مفهومی از طریق اجرای پیمایش پرسشنامه ای

در مرحله ۳ به منظور بررسی مدل طراحی شده در مرحله قبل، از پیمایش پرسشنامه ای استفاده شده است. همانطور که از نمودار ۱ مشخص است با پنج فرضیه روبرو هستیم که عبارتند از:

فرضیه ۱: در یک بافت میان فرهنگی، تفاوت زبانی ادراک شده تاثیر مثبتی بر روی نبود شناخت دارد.

فرضیه ۲: در یک بافت میان فرهنگی، تفاوت فرهنگی ادراک شده تاثیر مثبتی بر روی نبود شناخت دارد.

فرضیه ۳: در یک بافت میان فرهنگی، نبود شناخت تاثیر مثبتی بر روی نبود اعتماد دارد.

فرضیه ۴: در یک بافت میان فرهنگی، نبود اعتماد تاثیر مثبتی بر روی تعصب دارد.

فرضیه ۵: در یک بافت میان فرهنگی، تعصب تاثیر مثبتی بر روی برخورد کلیشه ای دارد.

جامعه آماری پیمایش پژوهش حاضر شامل دو گروه از افراد می شود. گروه اول بیمارانی هستند که از کشورهای آذربایجان و نخجوان برای درمان به استان اردبیل وارد می شوند و گروه دوم شامل پزشکان، پرستاران و منشی های مطب های خصوصی پزشکان هستند که در ارتباط مستقیم با این بیماران قرار دارند. انتخاب نمونه از میان اعضای این جامعه به صورت تصادفی ساده صورت گرفته است و در نهایت ۳۰۰ پرسشنامه به صورت فرد به فرد توزیع و جمع آوری شده است. به دلیل اینکه از روش فرد به فرد برای توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها استفاده شده است، نرخ بازگشت پرسشنامه ها صد در صد بوده است.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بوده است. همانطور که از مدل مفهومی توسعه یافته در مرحله ۲ مشخص است، با ۶ متغیر در تحقیق روبرو هستیم. پرسشنامه مرتبط با هر متغیر عبارت است از:

[1] Structural Self-Interaction Matrix (SSIM)
[2] Reachability Matrix
[3] Leveling Table

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

نبود شناخت: به منظور سنجش نبود شناخت از پرسشنامه استانداردی که توسط دی آندریا، دانیلز و هک[1] (۱۹۹۱) توسعه یافته است، استفاده شده است. محققین مذکور شناخت را دارای سه بعد آگاهی، دانش و مهارت دانسته اند و برای سنجش هر کدام از این ابعاد از ۲۰ سوال پنج گزینه ای بر مبنای طیف لیکرت استفاده شده است. در تحقیق حاضر بعد از تغییرات لازم و بومی سازی پرسشنامه ها از آنها استفاده شد. با توجه به اینکه این پرسشنامه ها استاندارد هستند پایایی آنها دوباره بررسی نشده است.

تفاوت زبانی ادراک شده: به منظور سنجش تفاوت زبانی ادراک شده از هر فرد سوالی در مورد میزان تفاوت زبانی وی با طرف مقابل در ارتباط میان فرهنگی پرسیده می شود و از وی خواسته می شود تا این تفاوت ادراک شده را از ۱ (کمترین تفاوت) تا ۵ (بیشترین تفاوت) امتیاز گذاری کند. در واقع، تفاوت زبانی که روی ارتباطات میان فرهنگی می تواند موثر باشد از دو بعد قابل ارزیابی است. یکی بعد واقعی و یکی بعد ادراک شده. آنچه که در این تحقیق مدنظر قرار گرفته است بعد ادراک شده تفاوت زبانی می باشد.

نبود اعتماد: به منظور سنجش نبود اعتماد با کمی تغییرات، از پرسشنامه استانداردی که توسط زارعی متین و حسن زاده (۱۳۸۳) تهیه شده است، استفاده شده است. محققین مذکور اعتماد را دارای هفت بعد دانسته اند (توجه، انصاف، گشودگی، ثبات، شایستگی، تفویض اختیار و مشارکت). در این پرسشنامه برای سنجش اعتماد از ۲۱ سوال استفاده شده است و از پاسخ دهنده خواسته شده است تا به آنها بر مبنای طیف پنج گزینه ای لیکرت پاسخ دهد. به دلیل استاندارد بودن پرسشنامه، پایایی آن دوباره بررسی نشده است.

تفاوت فرهنگی ادراک شده: جهت سنجش تفاوت فرهنگی ادراک شده از مقیاس گلوب که توسط هاوس و همکاران[2] (۲۰۰۲) طراحی گردیده استفاده شده است. پرسشنامه گلوب حاوی ۳۹ سوال است که به منظور سنجش ابعاد ۹ گانه فرهنگ (اجتناب از عدم اطمینان، فاصله قدرت، جمع گرایی بین گروهی، جمع گرایی درون گروهی، برابری جنسی، قاطعیت، آینده گرایی، عملکردگرایی و نوع دوستی) استفاده می شود. در تحقیق حاضر به منظور سنجش تفاوت فرهنگی ادراک شده از پاسخ دهنده ها خواسته شده است تا نظر خود را در مورد تفاوتی که در زمینه هر کدام از ۳۹ شاخص این پرسشنامه نسبت به طرف مقابل خود در یک ارتباط میان فرهنگی احساس می کنند بر مبنای طیف لیکرت پنج گزینه ای مشخص کنند. در مورد این پرسشنامه نیز چون پایایی آن قبلاً در تحقیق هاوس و همکاران (۲۰۰۲) بررسی شده است، دوباره در این تحقیق بررسی نشد.

تعصب: جهت سنجش تعصب از پرسشنامه استانداردی که توسط پتی گرو و مرتنز[3] (۱۹۹۵) طراحی گردیده استفاده شده است. از دیدگاه این محققین، تعصب دارای دو بعد نرم و سخت می باشد که در مجموع از طریق ۱۹ سوال پنج گزینه ای بر مبنای طیف لیکرت قابل سنجش می باشد. به دلیل اینکه در تحقیق مذکور پایایی این ابزار تایید شده است، دوباره این کار در تحقیق حاضر انجام نمی شود.

برخورد کلیشه ای: ابزارهای مختلفی که برای سنجش برخورد کلیشه ای ارائه شده اند به منظور سنجش عقاید کلیشه ای متناسب با محیط های انجام پژوهش بوده اند و قابل استفاده در محیط بومی ایران نمی باشند (۱۸،۱۷،۱۶). این ابزارها عمدتاً در آمریکای شمالی به منظور سنجش عقاید کلیشه ای نسبت به سیاه پوستان (۱۸،۱۷) و سرخ پوستان (۱۶) توسعه یافته اند. آنچه که از این ابزارها قابل استفاده می باشد روش توسعه آنها می باشد. در این ابزارها از طریق ارائه کلمات مرتبط با عقاید کلیشه ای و سنجش عقاید پاسخ دهنده ها بر مبنای طیف لیکرت به دنبال به دست آوردن امتیاز عقیده کلیشه ای برای هر فرد بوده اند. برای این منظور در تحقیق حاضر فرض بر این شد که نسبت به هر کدام از طرفین ارتباط کلیشه هایی وجود دارد و بر مبنای این کلیشه ها گزینه هایی تنظیم شد و از پاسخ دهنده ها خواسته شد تا نظر خود را در مورد آنها بر مبنای طیف لیکرت پنج گزینه ای اعلام کنند. امتیاز بالا در این ابزار محقق ساخته نماینده برخورد کلیشه ای سطح بالا می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه برخورد کلیشه ای ۰/۷۱۱ بوده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول برای این ابزار است.

پرسشنامه های مورد استفاده برای سنجش متغیرها در صفحه های مجزا در اختیار پاسخ دهنده ها قرار داده شده است تا از تاثیرپذیری بین سوالات متغیرها جلوگیری شود. همچنین به منظور حفظ مطابقت[4] داده ها به هر فرد تمامی پرسشنامه ها داده شده و از وی خواسته ایم تا همه را پر کند و در نهایت پاسخ های یک فرد به تمامی پرسشنامه ها به صورت داده های مطابق با هم وارد نرم افزار شده اند.

روایی پرسشنامه ها از طریق مصاحبه با متخصصین، اساتید دانشگاه و کارشناسان خبره و انجام اصلاحات در صورت لزوم حاصل شد تا مطمئن شدیم که پرسشنامه ها همان خصیصه ای را که مورد نظر محققین است می سنجد.

[1] D'Andrea, Daniels and Heck
[2] House et al.
[3] Pettigrew and Meertens
[4] Matching

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

تحلیل داده ها دربرگیرنده آمار توصیفی و استنباطی می باشد. در جدول ۱ آمار توصیفی که دربرگیرنده جنسیت، سن و میزان تحصیلات می باشد، نشان داده شده است. همچنین به منظور آزمون فرضیات، ابتدا از آزمون همبستگی جهت سنجش وجود رابطه بین متغیرها و همچنین میزان این رابطه استفاده شده است که نتایج آن مطابق جدول ۲ می باشد. سپس از رگرسیون خطی ساده استفاده شده است تا مدل ریاضی بین هرکدام از دو متغیرهای هر کدام از فرضیه ها تعیین و در مورد قابلیت تعمیم نتایج به جامعه که همان رد یا تایید فرضیات است، تصمیم گیری شود (جدول ۳). تحلیل های صورت گرفته در زمینه آزمون همبستگی و رگرسیون از طریق نرم افزار SPSS 15 صورت گرفته است.

جدول ۱ – وضعیت جمعیت شناختی نمونه

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۱۱	۷۰/۳
	زن	۸۹	۲۹/۷
سن	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۶۱	۲۰/۳
	بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۱۴۰	۴۶/۷
	بیشتر از ۴۰ سال	۹۹	۳۳
تحصیلات	زیر دیپلم	۷۸	۲۶
	بین دیپلم تا کارشناسی	۱۱۴	۳۸
	بالاتر از کارشناسی	۱۰۸	۳۶

یافته ها

تحقیق حاضر شامل سه مرحله مرتبط به هم بوده است. مرحله ۱ شامل شناسایی مهم ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران بوده است که پس از طی مطالعات کتابخانه ای و مصاحبه و انجام پیمایش پرسشنامه ای، شش مانع اساسی (نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای) شناسایی شدند. در مرحله ۲ مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران با استفاده از روش مدل سازی تفسیری ساختاری (ISM) بر مبنای موانع شناسایی شده در مرحله ۱ طراحی شد (نمودار ۱). در مرحله ۳ بر مبنای مدل طراحی شده در مرحله ۲ فرضیه های تحقیق (۶ فرضیه) را تدوین کرده و با استفاده از پیمایش پرسشنامه ای سعی در آزمون فرضیه های مذکور داشته ایم.

نتایج آزمون همبستگی (جدول ۲) نشان می دهد که بین تمامی دو متغیرهایی که در هر فرضیه وجود دارند، همبستگی مثبتی وجود دارد و در ضمن با توجه به اینکه در تمامی موارد سطح معنی داری بدست آمده (sig) کوچکتر از ۰/۰۱ است، پس با ۹۹ درصد اطمینان می توان گفت بین تمامی دومتغیرهای فرضیه ها رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون ساده (جدول ۳) تایید کننده این مطلب است که تمامی متغیرهای مستقل در هر یک از فرضیه ها نقش تعیین کننده و معنی داری در تعیین متغیرهای وابسته دارند و با توجه به سطح معنی داری (sig) کمتر از ۰/۰۱ در تمامی مدل های رگرسیون برآورد شده هیچ یک از متغیرهای مستقل در تعمیم نتایج به جامعه از مدل رگرسیون جامعه حذف نمی شوند و در نتیجه تمامی فرضیه ها تایید می شوند.

جدول ۲ – نتایج آزمون همبستگی

متغیرها		ضریب همبستگی	R^2	sig
تفاوت زبانی ادراک شده	نبود شناخت	۰/۴۶۲	۰/۲۱	۰/۰۰۰
تفاوت فرهنگی ادراک شده	نبود شناخت	۰/۴۹۵	۰/۲۴	۰/۰۰۰
نبود شناخت	نبود اعتماد	۰/۵۳۱	۰/۲۸	۰/۰۰۰
نبود اعتماد	تعصب	۰/۴۹۸	۰/۲۴	۰/۰۰۰
تعصب	برخورد کلیشه ای	۰/۱۹۸	۰/۰۴	۰/۰۰۱
نبود اعتماد	برخورد کلیشه ای	۰/۳۸۸	۰/۱۵	۰/۰۰۰

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

هنگام بررسی و آزمون فرضیه ۵ که اشاره به تاثیر متغیر تعصب بر برخورد کلیشه ای دارد، متوجه شدیم که ضریب همبستگی، ضریب تعیین و ضریب معادله رگرسیون بین این دو متغیر نسبت به متغیرهای فرضیه های دیگر، تا حدودی پایین می باشد. بنابراین فرضیه جایگزینی تدوین شد که به صورت ذیل می باشد:

فرضیه جایگزین ۵: در یک بافت میان فرهنگی، نبود اعتماد تاثیر مثبتی بر روی برخورد کلیشه ای دارد.

نتایج حاصل از این جایگزینی که از طریق ادبیات موضوع نیز قابل تایید است، تا حدود زیادی این نواقص را برطرف کرد (جداول ۲ و ۳). در نتیجه این جایگزینی مدل نهایی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران مطابق با نمودار ۲ می باشد.

جدول ۳ – نتایج تحلیل رگرسیون

فرضیه	متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب B	sig	رد یا تایید
۱	تفاوت زبانی ادراک شده	نبود شناخت	۰/۵۶۰	۰/۰۰۰	تایید
۲	تفاوت فرهنگی ادراک شده	نبود شناخت	۰/۴۰۷	۰/۰۰۰	تایید
۳	نبود شناخت	نبود اعتماد	۰/۷۹۶	۰/۰۰۰	تایید
۴	نبود اعتماد	تعصب	۰/۳۹۵	۰/۰۰۰	تایید
۵	تعصب	برخورد کلیشه ای	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	تایید
جایگزین ۵	نبود اعتماد	برخورد کلیشه ای	۰/۲۹۷	۰/۰۰۰	تایید

بحث و نتیجه گیری

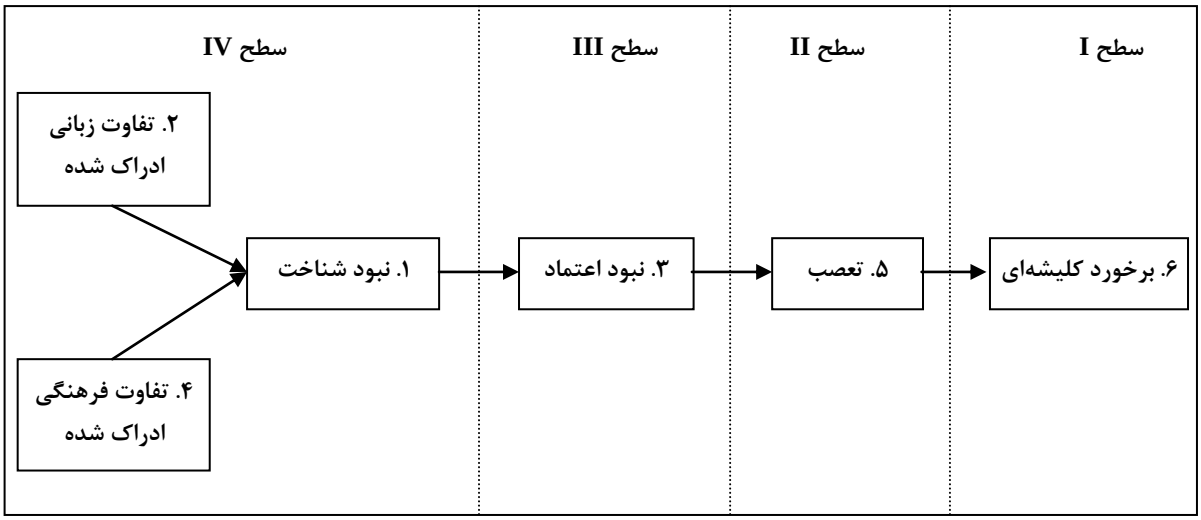
تحقیقات مختلفی در زمینه عوامل موثر بر توسعه گردشگری درمانی در ایران و جهان صورت گرفته است (۳،۶،۱۹) ولی آنچه که در عمده این تحقیقات از قلم افتاده است، توجه به مقوله های رفتاری و به طور خاص بحث ارتباطات و تاثیر آن بر توسعه گردشگری درمانی می باشد. تحقیق حاضر طی مراحل و گام های متعدد درصدد شناسایی مهم ترین موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران و ارائه مدلی بومی برای این موانع بوده است.

طی مرحله اول از طریق مطالعات کتابخانه ای و پیمایش پرسشنامه ای ۶ مانع (نبود شناخت، تفاوت زبانی ادراک شده، نبود اعتماد، تفاوت فرهنگی ادراک شده، تعصب و برخورد کلیشه ای) به عنوان مهم ترین موانع توسعه گردشگری درمانی در ایران شناسایی شد. البته حوزه پیمایشی این تحقیق فقط استان اردبیل بوده است و می توان این تحقیق را در تمامی استان ها، مخصوصاً استان های مرزی و در مقیاسی وسیع تر در کل کشور اجرا کرد و با رعایت فرآیند طی شده، به مدلی جامع برای کل کشور دست یافت.

نتیجه حاصل از مرحله اول بر اهمیت متغیر نبود شناخت تاکید کرده و در اولین نظر این متغیر را به عنوان مهم ترین مانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران معرفی می کند.

در مرحله دوم با اجرای مدل سازی تفسیری ساختاری بر روی شش مانع شناسایی شده در مرحله اول، مدل مفهومی موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران طراحی گردید. آنچه که می توان از آن به عنوان نتیجه مرحله دوم یاد کرد در نمودار ۱ قابل مشاهده می باشد. نمودار مذکور گویای این مطلب است که متغیر نبود شناخت به غیر از دو متغیر تفاوت زبانی ادراک شده و تفاوت فرهنگی ادراک شده، بر روی هر سه متغیر دیگر اثر دارد. بنابراین در تایید نتیجه مرحله اول می توان از مانع نبود شناخت به عنوان کلیدی ترین مانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران یاد کرد.

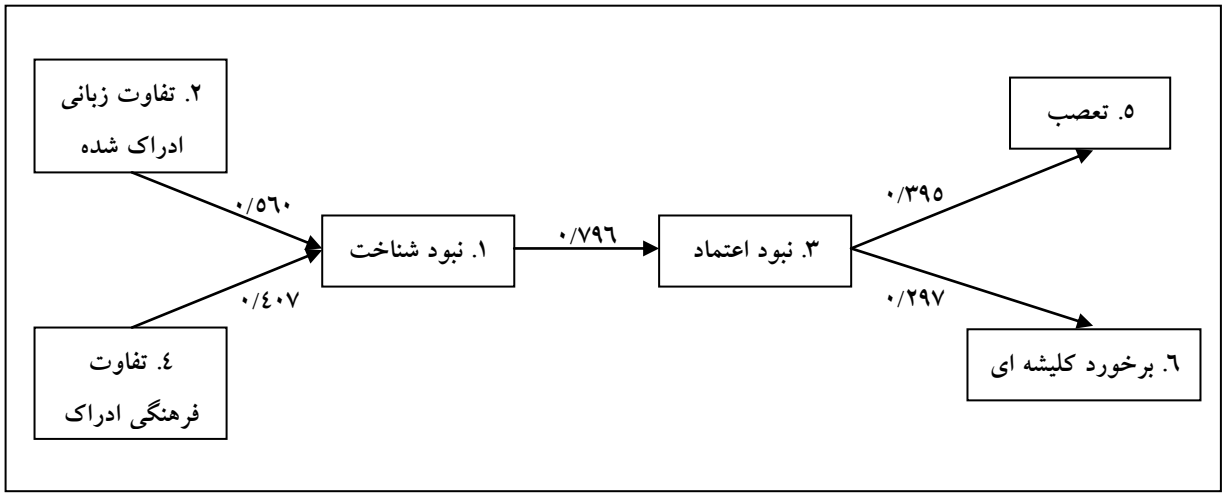
[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]



نمودار ۱ – مدل موانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران

آنچه که از مرحله اول و دوم به دست آمد بسیار راه گشا بود ولی باید مدل مفهومی حاصل از مرحله دوم در یک بافت میان فرهنگی و توسط پاسخ دهنده هایی که این مدل در مورد آنها طراحی شده بود، مورد آزمون قرار می گرفت. لذا، فرضیه های مبتنی بر مدل مفهومی طی یک پیمایش پرسشنامه ای مورد آزمون قرار گرفت.

در نتیجه اجرای مرحله سوم تمامی فرضیه ها تایید شد. فقط فرضیه پنجم هرچند تایید شد ولی همبستگی قوی بین متغیر مستقل (تعصب) و وابسته (برخورد کلیشه ای) دیده نشد. در نتیجه با اعمال تغییر کوچکی در مدل مفهومی (به صورتی که در نمودار ۲ مشهود است) فرضیه جایگزین ۵ با متغیر مستقل نبود اعتماد و متغیر وابسته برخورد کلیشه ای تدوین شد و نتایج نیز حاکی از همبستگی قوی بین ایندو می باشد.



نمودار ۲ – مدل مفهومی نهایی تایید شده

در تایید نتایج مرحله ۱ و ۲ باید گفت نتایج آزمون همبستگی و رگرسیون در مرحله ۳ نیز موید تاثیر بالای متغیر نبود شناخت در مدل مفهومی می باشد. به طوری که بالاترین ضریب همبستگی و ضریب تعیین متعلق به رابطه نبود شناخت با نبود اعتماد می باشد.

در حقیقت باید گفت متغیر نبود شناخت همان طور که نتایج سه مرحله تایید می کند کلیدی ترین مانع ارتباطی توسعه گردشگری درمانی در ایران می باشد. با در نظر داشتن این نتیجه پیشنهادات زیر قابل ارائه می باشد:

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

• همان طور که نتایج نشان می دهند یکی از مقوله های اساسی که در بالا بردن شناخت باید به آنها توجه کرد، زبان می باشد. به منظور کاهش تاثیر تفاوت های زبانی و بالا بردن شناخت می توان از راهکارهای متنوعی استفاده کرد. استفاده از تبلیغات به زبان خود گردشگران درمانی در کشور خودشان می تواند در جذب آنها بدون توجه به تفاوت زبانی شان مفید باشد. استفاده از تبلیغات و بسته های راهنمایی در مورد تمامی امکانات داخلی برای گردشگران به زبان بین المللی (انگلیسی) و زبان خود آنها، که به محض ورود به کشور در اختیار آنها قرار می گیرد، دغدغه ذهنی آنها را نسبت به تفاوت زبانی کاهش می دهد. استفاده از علایم راهنمایی در خیابان ها و مراکز عمومی به زبان بین المللی (انگلیسی) و همچنین یک یا چند زبان مربوط به گردشگران عمده راهکار دیگر برای کاهش اثر تفاوت زبانی می باشد. علاوه بر تمام موارد ذکر شده، در مکان هایی که گردشگران درمانی بیشترین حضور را دارند مانند بیمارستان ها، مطب های خصوصی، داروخانه ها، هتل ها و مراکز خرید، باید از نیروی انسانی حرفه ای مسلط به زبان بین المللی و همچنین زبان گردشگران درمانی استفاده شود.

• علاوه بر تفاوت زبانی ادراک شده، تفاوت فرهنگی ادراک شده نیز یکی از موانع موثر بر نبود شناخت می باشد. لذا تلاش در جهت رفع این مانع تلاشی در جهت بالا بردن شناخت نیز می باشد. همان طور که قبلاً اشاره شد، تفاوت فرهنگی را نمی توان به سادگی از بین برد. بنابراین باید به دنبال کاهش تفاوت های فرهنگی ادراک شده باشیم. برای این منظور باید فرهنگ داخلی را به کشورهای خارجی، مخصوصاً آنهایی که بیشترین گردشگر درمانی در ایران دارند، معرفی کنیم. استفاده از ابزار تبلیغات، کتابچه های راهنما برای مسافرین، ارسال مبلغین فرهنگی و ... می تواند مفید باشد. همچنین باید در مورد ویژگی های فرهنگی کشورهای هدف پژوهش لازم صورت گرفته و آموزش های لازم به نیروی انسانی داخلی در قالب دوره های آموزشی، داده شود. در حقیقت باید در تمامی مکان هایی که گردشگران درمانی بیشترین حضور را دارند، همانطور که از نیروی انسانی مسلط به زبان بین المللی و زبان گردشگران درمانی استفاده می شود، این نیروی انسانی باید آگاه به ویژگی های فرهنگی این گردشگران درمانی نیز باشند.

• یکی از راهکارهای مناسب به منظور تحقق این مورد و همچنین کاهش هزینه ها استفاده از مراکز مشاوره گردشگران درمانی[1] می باشد. در این مراکز از افراد مسلط به زبان و فرهنگ گردشگران درمانی استفاده می شود، طوری که گردشگران درمانی با آنها احساس راحتی می کنند و دیگر نیازی به استفاده از این افراد متخصص در تمامی مراکز درمانی و عمومی نیست و در نتیجه هزینه ها نیز کاهش می یابد.

• ایجاد شهرک های درمانی که در آنها مراکز درمانی، بیمارستان ها، داروخانه ها، هتل ها، هتل آپارتمان ها، مراکز خرید و مراکز مشاوره گردشگران درمانی همگی در یک محل باشند، می تواند یکی از بهترین راهکارها برای توسعه گردشگری درمانی در ایران باشد.

[1] Medical Tourists Advisory Centers

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

Published By Tehran University Of Medical Sciences: www.TUMS.ac.ir

References

1. Rahbari, M. Akhavan-behbahani, A. A Vision to Health Tourism situation in Iran and the world, office of social studies (medical and health group), 2010
2. WTO (World Tourism Organization), Collection of Tourism Expenditure Statistics. [online]. WTO. 1995, 1-101. Available at: http://pub.worldtourism.org/WebRoot/Store/Shops/Infoshop/Products/1034/1034-1.pdf [Accessed Nov 2009]
3. Nasiri poor, A.A. Salmani, L. The Role of Tehran Hospitals' Ability in Development of Medical Tourism. 2010; 9(3): 57-67.
4. Herrick, D.M. Medical Tourism: Global Competition in Health Care. NCPA Policy Report No. 304, National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas, 2007
5- Heidar Zadeh, K. Chamani, F. Babaei, M. Medical Tourism in Iran and the World, Office of investigating the merchandise and service market, Tehran, 2007
6- Jabbari, A. The Designation of Pattern for Medical Tourism in Iran. Dissertation of Health Care Management. Tehran, Faculty of Management, Medical Science of Iran University: 2008
7- He, R. Liu, J. Barriers of Cross Cultural Communication in Multinational Firms—A Case Study of Swedish Company and its Subsidiary in China. 2010
8- Zarei-matin, H. Hasan-zadeh, H. Intra Organizational Trust and Assessing the Executive Organizations of Country. 2004; 2(7): 79-126.
9- Adler, N.J. International Dimensions of Organizational Behaviors, Third Edition, SOUTH – WESTERN College Publishing, 1997
10- Kiss, G. Tactics for Removing Cultural Barriers: A Practical Approach to Effective Communication. AARMS. 2008; 7(3): 425-433.
11- Rezaian, A. Organizational Behaviour Management, SAMT publishing, Tehran, 2006
12- Sage, A. Interpretive Structural Modeling: Methodology for Large-scale Systems, McGraw-Hill, New York, 1977
13- D'Andrea, M. Daniels, J. & Heck, R. Evaluating the Impact of Multicultural Training. Journal of Counseling and Development. 1991; 70: 143-150.
14- House, R.J. Javidan, M. Hanges, P.J. & Dorfman, P.W. Understanding Cultures & Implicit Leadership Theories Across the Globe: An Introduction to project GLOBE. Journal of World Business. 2002; 37: 3-10.
15- Pettigrew, T.F. Meertens, R.W. Subtle and Blatant Prejudice in Western Europe. European Journal of Social Psychology. 1995; 25(1): 57-75.
16- Amodio, D.M. Devine, P.G. Stereotyping and Evaluating in Implicit Race Bias: Evidence for Independent Constructs and Unique Effects on Behavior. Journal of Personality and Social Psychology. 2006; 91(4): 652-661.
17- Devine, P.G. Monteith, M.J. Zuwerink, J.R. & Elliot, A.J. Prejudice With and Without Compunction. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60(6): 817-830.
18- Devine, P.G. Stereotyping and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 56(1): 5-18.
19- Jahani, M.A. The Designation of Globalization Pattern of Hospitals Services in Iran. Dissertation of Health Care Management. Tehran, Science and Research Branch, Islamic Azad University: 2008.
20- Willis, J. Understanding Cultural Differences, Washington, D.C.: American Society of Association Executives, 2001.
21- Kutz, K. Barriers to Cross Cultural Communication, Munich, GRIN publishing GmbH, 2011.

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]

The Study of Communicational Barriers of medical Tourism in Iran

Hosseini.M[1] , As'adi.M[2]

Submitted: 5.5.2013 Accepted: 28.10.2013

Abstract

Background: Conducting further research on medical tourism as a lucrative business is required. Very little research has been conducted into medical tourism barriers and a large amount of them just note structural barriers. This study is aimed to identify the most important communicational barriers of medical tourism and provide and examine a model of such barriers considering medical tourism`s intercultural nature.

Materials & Methods: This study is applied by purpose and survey by method. The three stages in completion of this study are : 1) Identifying the most important communicational barriers of medical tourism in Iran,2) designing a model of identified barriers by using interpretive structural modeling approach 3) examining the designed model in a sample of 300 individuals.

Results: Correlation test indicates a positive and significant relationship between variables in less than 0.01 significant level. Regression analysis confirms that all independent variables are significant predictor of the dependent variables .Therefore all hypotheses are confirmed.

Conclusion: This survey identified main medical tourism communicational barriers in Iran as: Lack of understanding, Perceived linguistic difference, Lack of trust, Perceived cultural difference, Prejudice, Stereotyping. Overcoming to Lack of understanding as the major obstacle has a dramatic effect on operating medical tourism.

Keywords: Communicational Barriers, Medical Tourism

[1] PhD Student in Public Management (organizational behavior), Payame Noor University. (*Corresponding Author)
address Unit 6, floor 4, block 9, Vesal Ave., Karshenasan town, Ardabil City, Iran
Tel: 09141504538 Email: m.hosseini19@Gmail.com
[2] Associate Professor, faculty of Management ,Tehran University Gisha bridge, Tehran, Iran

[Downloaded from jhosp.tums.ac.ir on 2024-07-16]