

گردشگری سلامت؛ شناخت مفاهیم و بسط مدل TQoL

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۲

کد مقاله: ۲۰۷۷۵

سامان بیات ترکی*

چکیده

گردشگری سلامت، رویکردی است در راستای سلامت جسم و روان گردشگران در محیط دور از خانه، همراه با فراغت و تفریح می‌باشد. در واقع هدف این نوع گردشگری، مسافرت به قصد بهبود سلامت می‌باشد. این موضوع از آن جهت که تأمین‌کننده‌ی منافع سه بخش سلامت، اقتصاد محلی و صنعت گردشگری می‌باشد، اهمیت دارد. هدف این پژوهش که به صورت مروری و مطالعه منابع کتابخانه‌ای موجود و مرتبط انجام گردیده است، شناخت اصول و مفاهیم گردشگری سلامت و همچنین ارائه‌ی شاخص‌های کیفیت زندگی با محوریت گردشگری (TQoL) می‌باشد. بنابراین در این پژوهش تلاش می‌گردد، ارتباط بین گردشگری سلامت و شاخص‌های کیفیت زندگی ارائه و تحلیل شود. در ابتدا به شناخت کلی از موضوع می‌پردازیم و سپس با بسط مدل مذکور به نتیجه‌ای منطقی از پژوهش رسیده که بیانگر آن است که شاخص‌های کیفیت زندگی هم‌راستا با اهداف گردشگری به خصوص در حوزه سلامتی می‌باشند.

واژگان کلیدی: گردشگری، گردشگری سلامت، شاخص‌های کیفیت زندگی، مدل TQoL

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه ریزی شهری دانشگاه تهران و کارشناس مرکز تحقیقات شهر هوشمند ایران

saman.bayat@ut.ac.ir

۱- مقدمه

گردشگری سلامت نوعی از گردشگری است که روز به روز رشد بیشتری می‌یابد. این نوع گردشگری آن دسته از مسافرت‌های بین‌المللی را در برمی‌گیرد که به منظور جراحی‌های زیبایی آرایشی و یا درمان بیماری‌های گوناگون انجام می‌گیرند. گردشگری سلامت در واقع منافع سه بخش سلامت، اقتصاد محلی و صنعت گردشگری را تأمین می‌کند. گردشگری سلامت می‌تواند گام جدیدی در این صنعت و در عین حال، موجب سلامت و رفاه بیشتر افراد باشد. با این حال، تصور می‌شود که این نوع گردشگری بیشتر جنبه تفریحی و سرگرمی دارد تا اینکه به امر درمان توجه داشته باشد. در واقع بهترین نوع گردشگری در تاریخ این صنعت، مسافرت به قصد بهبود سلامت بوده است. گردشگری چشمه‌های آب معدنی ریشه در دوران باستان دارد. در چند قرن اخیر انواع عمومی‌تر گردشگری سلامت مانند: طبیعت گردی، پیاده روی و راهپیمایی در بیشه‌زارها و همچنین مراقبه و سم‌زدایی گسترش یافته است. گردشگری سلامت گاهی از این هم فراتر رفته است و در برخی موارد به گردشگری‌هایی مانند گردشگری دوران بارداری، گردشگری دندان پزشکی و گردشگری سم‌زدایی تبدیل شده است.

گردشگری سلامت تنوع زیادی دارد. مشخص نیست که عبارت گردشگری سلامت در چه زمان و مکانی به وجود آمد، اما به دلایل زیادی این نوع گردشگری اهمیت پیدا کرده است. این دلایل عبارتند از: (۱) ناامیدی از درمان‌های سلامت در وطن؛ (۲) هزینه‌های سرسام‌آور دسترسی به مراقبت‌های سلامت، انتظار طولانی مدت جهت دریافت خدمات درمانی و برخورداری خشن و نامالیم با بیماران؛ (۳) نقص خدمات بیمه‌ای در جامعه مورد نظر و درآمد پایین بیماران جهت پرداخت هزینه‌های مراقبت از سلامت در وطن؛ (۴) افزایش کیفیت مراقبت‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه؛ (۵) واکنش‌های غیرقانونی و غیراخلاقی به برخی موارد پیچیده در حوزه سلامت؛ (۶) افزایش قدرت تحرک و جابه‌جایی مردم؛ (۷) و شاید بیشتر از همه، تقاضای رو به افزایش جراحی‌های زیبایی آرایشی که بسیاری از عوامل دیگر را به هم پیوند می‌دهد.

گاهی گردشگری سلامت به دلیل نبود برخی اقدامات با امکانات در یک کشور و دسترسی به این امکانات در خارج از مرزهای آن کشور، موجب دامن زدن به مسائل اخلاقی می‌شود. از این موارد می‌توان به سقط جنین، پیوند اعضا (گردشگری پیوند اعضا)، درمان با استفاده از سلول‌های بنیادی، پیش‌گیری از بارداری و در نهایت گردشگری مرگ اشاره کرد. در کشورهایی مانند مالزی، مکزیک، اسپانیا و فیلیپین، بازنشستگی، بستری مناسب برای توسعه هر چه بیشتر گردشگری سلامت فراهم می‌آورد. به عبارت دیگر، گردشگری سلامت به مرور زمان با بهبود کیفیت مراقبت از سلامت، همچنین بهبود اقتصاد بهداشت جهانی (با توجه به هزینه‌های پایین‌تر بهداشتی در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته و رویکردهای نو به هویت شخصی و مراقبت‌های سلامت (که ارتباطات، حمل و نقل و گردشگری بین‌المللی زمینه آنها را فراهم کرده) همراه بوده است. به این ترتیب، ابعاد گوناگون سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، زیربنای گردشگری سلامت را تشکیل می‌دهند.

با اینکه گردشگری سلامت اغلب مبتنی بر شیوه‌های رسمی زیست سلامت است، اما این نوع گردشگری تمایل روزافزونی به پذیرش روش‌های جایگزین و تجربه فرهنگ‌ها و مکان‌های گوناگون دارد. گردشگری سلامت به دنبال تغییرات متنوع اجتماعی و اقتصادی به وجود آمده است که رویکردی کل‌نگرانه به مراقبت سلامت دارند. در واقع این رویکرد در جایی معنا پیدا می‌کند که فلسفه سلامت جویی به جای اینکه به دلایل سلامت توجه کند، بیشتر بیانگر دیدگاه‌های بیماران از منظر ارزشها، اعتقادات و گرایش‌های فلسفی آنها به سلامت و زندگی است. این موضوع برای برخی از افراد به معنای علاقه مندی بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت مانند جامعه، آرزو و امید، و برای دیگران به معنی فردگرایی بیشتر بوده است. جالب اینجاست که حمایت بیشتر از طب مکمل و جایگزین، همگام با ظهور جراحی‌های زیبایی نوعی دل‌مشغولی که به برکت وجود رسانه‌های جدید، فناوری و خدمات مشتری محور به بالاترین نقطه خود رسیده است) رشد کرده است (Smith and Puczko, 2009: 71)

۲- اساس گردشگری سلامت

در اواخر قرن بیستم تقریباً چیزی درباره گردشگری سلامت شنیده نمی‌شد و رسانه‌ها نیز آن را نادیده می‌گرفتند. تعداد عناوین خبری در رسانه‌های انگلیسی زبان در سراسر جهان از عدد صفر در سال ۱۹۹۰ به حدود ۴۰ در سال ۱۹۹۹ و به بیش از ۲۰۰۰ عنوان در سال ۲۰۰۷ رسید. رشد چشمگیر پوشش جهانی رسانه‌ای با ظهور گردشگری جدید، گسترش اهداف آن، ظهور شرکت‌های گردشگری سلامت، ارائه کتاب‌های راهنما، چاپ مجلات اختصاصی صنعت گردشگری و وضع کنوانسیون‌های گردشگری سلامت همزمان شد.

اساس گردشگری سلامت، پدیده‌ای قرن بیست و یکمی است. به طور کلی، گردشگری سلامت به جابه‌جایی بیماران از کشورهای پیشرفته نسبتاً ثروتمند به کشورهای در حال رشد مانند تایلند و هند گفته می‌شود. در کشورهای اروپایی نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های درمانی بین این کشورها به چشم می‌خورد و ادغام و گسترش اتحادیه اروپا موجب افزایش جابه‌جایی بیماران درون این منطقه شده است (Guerrieri, 1985; Smith, 2006; Glinos et al, 2010; Lunt and Carrera, 2010).

یکی از شرایط مطلوب مراقبت از سلامت، انتخاب کوتاه‌ترین مقصد است و این امر، موجب تسهیل در سفر و ارتباطات می‌شود. اگرچه در برخی موارد شرایط استثنایی هم پیش می‌آید؛ مثلاً کشور پرتغال، بیماران نیازمند به جراحی چشم را تا کوبا نیز فرستاده است (Glinos et al, 2010). جابه‌جایی بین خطوط مرزی کشورها در کانادا و آمریکا نیز مانند اروپا اتفاق می‌افتد. در کشورهای آسیایی آفریقایی و خاورمیانه بیشتر گردشگری‌های سلامت منطقه‌ای هستند.

به دلیل رشد پیچیدگی‌های سلامت، جابه‌جایی‌های درمانی نیز تقریباً در همه جای دنیا دوسویه شده است. هم زمان با افزایش فشار بر خدمات سلامت در کشورهای پیشرفته، استانداردهای مراقبت از سلامت در کشورهای در حال رشد نیز افزایش یافته است. چنین استانداردهای ارتقا یافته‌ای جهانی نبوده‌اند و حتی تا نواحی روستایی نشین کشورهایی مانند هند نیز گسترش چندانی نیافته‌اند. با وجود این، بیمارستان‌ها و شاغلان آموزش دیده در حوزه سلامت در شهرهای بزرگتر با بهترین استانداردهای جهانی قابل مقایسه‌اند و مجوزهای لازم را نیز در اختیار دارند. بخش عمده‌ای از بازاریابی گردشگری سلامت، این نوع گردشگری را در سطح جهانی تأیید و تضمین می‌کند. با وجود این، کسب مجوز در این زمینه نیز زمان‌بر است و مانع دیگری برای رشد تلقی می‌شود. زیرساخت‌های محدود برای حمل‌ونقل و گردشگری نیز موجب کندی رشد این صنعت می‌شود. استانداردها در کشورهای در حال توسعه و در کشورهایی بی‌توجه به امر مراقبت از سلامت ضعیف است. تصور قشر متوسط در حال رشد (و گاهی سایر اقشار) بر این است که این استانداردها آنچنان محدودند که سفر به خارج از کشور جهت استفاده از خدمات مناسب مراقبت از سلامت، امری ضروری است و البته از جایگاه اجتماعی افراد نشان دارد.

تقریباً بیشتر گردشگران سلامت بین‌المللی از دو گروه کشور هستند: گروه اول، شامل کشورهای در حال رشدی است که نظام مراقبت از سلامت در آنها ضعیف است و گروه دوم، کشورهای ثروتمندی هستند که عموماً نظام بهداشتی نیرومندی دارند. در کشورهای بسیار فقیر جابه‌جایی گردشگران دوسویه نیست. طی مدتهای مدید، نوعی از گردشگری سلامت برای نخبگان وجود داشت که پاتوق جهانی آنها خیابان هارلی لندن بود. هم‌اکنون بیش از یک قرن است که شماری از پایتخت‌های کشورهای اروپایی مانند برلین نیز به این امر شهرت یافته‌اند. در مقاله‌ای که در سال ۱۹۸۵ در وال استریت ژورنال با تیتر «من خاویار ... و جراحی را دوست دارم» منتشر شد، لندن متهم به جذب آمریکایی‌های ثروتمند به این شهر شده بود (Berliner and Reagan, 1987). اگرچه این گونه شهرها هنوز هم شهرهای مهمی هستند، طی دو دهه اخیر مسیر گردشگری سلامت به جای حرکت به سمت غرب، به فاصله گرفتن از آن تغییر کرده است. این موضوع منجر به ظهور ساختارهای جدید تحرک و جابه‌جایی شده است. در آغاز قرن بیست و یکم تنها شمار اندکی آفریقایی در شهر کوالالامپور (پایتخت مالزی) بودند و یا حتی می‌توان گفت فقط اسم این شهر را شنیده بودند. اما در حال حاضر، آفریقایی‌ها نه تنها برای تجارت و تحصیل، بلکه به گونه‌ای روزافزون به دلیل جراحی‌های گوناگون به این شهر وارد می‌شوند. به گفته سفیر سنگال در مالزی «کنون آفریقایی‌ها به جای اروپا بیشتر به مالزی سفر می‌کنند؛ به این دلیل که این کشور برای انجام جراحی ارزان‌تر است. افراد با این کار می‌توانند از سرمایه‌ای که در اختیار دارند، سود بیشتری کسب کنند».

الگوی قبلی سفر بیماران به مراکز سلامت کشورهای ثروتمند (مانند خیابان هارلی لندن) به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده است و سفر بیماران به کشورهایی مانند تایلند، کاستاریکا و کشورهایی از این دست را در پی داشته است. طی کمتر از یک دهه، در حدود ۲۰ کشور و بیشتر از همه کشورهای آسیایی توانسته‌اند گردشگری سلامت را توسعه دهند و حتی شماری از آنها مشتاق ورود به این بازار هستند.

به طور کلی پژوهشگران گردشگری سلامت، پنج مؤلفه را برای گردشگری سلامت لحاظ می‌کنند:

- آفتاب گرفتن و شرکت در فعالیت‌های سرگرم‌کننده؛
- شرکت در فعالیت‌های سالمی که بهداشت و سلامت انگیزه اصلی آنها نیست (مانند ماجراجویی و انجام فعالیت‌های ورزشی مانند پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری)؛
- شرکت در سفرهایی که انگیزه اصلی آنها سلامتی است (مانند سفر دریایی و یا سفر به مناطق مختلف آب‌وهوایی)؛
- سفر برای سونا، ماساژ و دیگر فعالیت‌های سلامتی و بهداشتی (چشمه‌های آب گرم)؛
- درمان پزشکی

گردشگری سلامت به تعبیر ساده، زمانی صورت می‌گیرد که بیماران به دلیل هزینه‌های سنگین و زمان طولانی انتظار درمان در کشور خود، به آن سوی مرزها و اغلب دوردستها سفر می‌کنند تا از امکانات درمانی کشورهای دیگر بهره‌مند شوند. نوع دیگری از گردشگری سلامت، به نام گردشگری سلامت داخلی نیز وجود دارد که در آن بیماران به سفرهای داخلی می‌پردازند تا از مراقبت‌های تخصصی ارزان‌تر یا حتی برتر بهره‌مند شوند. در استرالیا شعاری در زمینه گردشگری سلامت بر سر زبان‌ها است که می‌گوید: هرگاه بیمار شدی، سوار هواپیما شو.

گردشگری سلامت به معنای استفاده از چشمه‌های آب معدنی یا پیاده‌روی در تعطیلات برای بازیابی قوای بدنی نیست، بلکه اقدامات سلامت‌تهداجمی را در برمی‌گیرد. گردشگری سلامت بیشک چیزی بیش از تمایل به داشتن بدنی زیبا است. این

گردشگری امکان‌گیز از نظام مراقبت از سلامت محدود در وطن افراد و دستیابی به جایگزین‌های ارزان‌تر، سریع‌تر و حتی برتر را در فرامرزها فراهم می‌کند.

گردشگری سلامت را می‌توان به دو شاخه گردشگری شخصی و گردشگری سیاسی تقسیم کرد. در واقع، گردشگری سلامت طرز تفکر بسیاری از افراد را درباره مراقبت‌های سلامت و مقوله گردشگری تغییر داده است. گردشگری سلامت پیامدهای اجتماعی روشن و متمایزی نسبت به روش سنتی درمان دارد. در بسیاری از نقاط دنیا هنوز برخی از بیماران از شیوه‌های درمانی نسل‌های گذشته، مبتنی بر روابط شخصی خود با پزشک خانواده پیروی می‌کنند. اما گردشگری سلامت کاملاً متفاوت با این مقوله است. این نوع شیوه درمانی از محدوده اعتماد به دیگران بر پایه روابط محلی فراتر رفته است و بر ارزش‌گذاری‌های رسمی و غیرشخصی نشأت گرفته از تجربیات دیگران تکیه می‌کند.

امروزه گردشگری سلامت یکی از عناصر صنعت گردشگری شناخته شده است. در حقیقت، گردشگران در تماس با هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی و کل مراکز زیرساختی گردشگری.

این نوع از گردشگری را به عموم معرفی کرده‌اند. گردشگری سلامت همزمان با گسترش بیشتر، نهادینه‌تر هم شده است که این امر، از طریق تأسیس انجمن گردشگری سلامت آمریکا (MTA) صورت گرفت. هدف از تأسیس این انجمن هماهنگی سفرهای سلامت با بیمارستان‌های شرکت‌های بیمه‌گر و آژانس‌های مسافرتی جدید یا همان شرکت‌های گردشگری سلامت بود. امروزه گردشگری سلامت را بسیاری از دولت‌ها به مانند بخشی از صنعت گردشگری ترویج می‌کنند. بسیاری از کشورهای آسیایی مانند تایلند و مالزی، برنامه‌های پنج‌ساله‌ای را برای گردشگری سلامت تدوین کرده‌اند.

نخست وزیر تایلند در اواخر سال ۲۰۰۹ در مقاله‌ای نوشت: «بخش خدمات تایلند کلید رشد و توسعه اقتصادی این کشور است. هم‌اکنون دولت بر استحکام اقتصاد این کشور در جهان پس از بحران تمرکز دارد. یکی از اقدامات در این زمینه ایجاد پروژه‌های گوناگون در جهت تقویت بخش خدمات و به ویژه گردشگری است. سفرهای سلامت در تایلند به سرعت در حال پیشرفت است و با ورود گردشگران بیشتر، کشور محبوبیت روزافزونی می‌یابد. علت این است که تایلند امکانات استاندارد پزشکی، سلامت و تندرستی دارد که در آنها خدماتی با کیفیت بالا با هزینه‌های قابل قبول ارائه می‌شود».

۳- تعاریف

۳-۱- سلامت

دیدگاه‌ها درباره تندرستی تا حد زیادی متفاوت است و این اصطلاح اغلب با تعاریفی از سلامت اشتباه گرفته می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO, ۱۹۴۸) که مقبولیت عام یافته است، تندرستی نوعی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است و صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت تندرستی نیست. ساراکی با این استدلال که این حالت خیلی بیشتر نزدیک به شادی است تا تندرستی، در پذیرفتن این تعریف ابراز تردید کرده است. او این گونه استدلال می‌کند که مشکلات مربوط به احساسات و عواطف، هیجانات، ارزش‌های شخصی و سؤالات مطرح شده درباره معنای زندگی کسی را شادتر نمی‌کند، اما در عین حال، قابل تقلیل به مشکلات سلامتی نخواهند بود (Saracci, 1997). اما از سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت تعریف خود را توسعه بیشتری داده است؛ به گونه‌ای که این تعریف دربرگیرنده نوعی همگرایی بین مسائل مربوط به بهداشت جسمی و روانی، و مسائل گسترده‌تر سلامتی و مدیریت شیوه زندگی است. برای نمونه، سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ اظهار داشت که سلامت همچنین عبارت است از: تا حدی که یک فرد یا یک گروه قادر به تحقق بخشیدن به خواسته‌ها و ارضای نیازها و تغییر محیط زیست و یا تعامل با آن باشد. سلامت، منبعی برای زندگی روزمره است و نه هدف از زندگی سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع اجتماعی و شخصی و همچنین قابلیت‌های فیزیکی تأکید دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۸). تندرستی، سلامت انسان را در یک مفهوم کل‌نگر و جامع خطاب قرار می‌دهد. فرض بر آن است که هر فرد فعالانه در حفاظت از سلامت خود و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها شرکت می‌کند و همه این وظایف را به دارو محول نخواهد کرد. مایرز و همکاران سلامت را روشی زندگی گرا نسبت به داشتن سلامت مطلوب و رفاه تعریف می‌کنند که در آن، بدن، ذهن و روح و روان فرد در هماهنگی و یکپارچگی کامل هستند تا او بتواند کاملاً در درون جامعه طبیعی زندگی کند (Myers et al, 2000).

۳-۲- شادکامی

شادکامی واژه‌ای پیچیده و تقریباً تعریف‌نشده است. مثلاً، باند اشاره می‌کند که محققان تاکنون ۱۵ تعریف گوناگون آکادمیک برای آن پیدا کرده‌اند. این امر تا حدی به این دلیل است که شادی منعکس‌کننده حالت عاطفی ذهنی موقت است؛ برخلاف رضایت که نشان‌دهنده حالتی دائمی است. فرهنگ‌های مختلف نیز روش‌های بسیار مختلفی برای تعریف شادی دارند مثلاً، در کشورهای فردگرای غربی، شادی اغلب به منزله بازتابی از موفقیت‌های شخصی دیده می‌شود، اما در کشورهای جمع‌گرا مانند ژاپن و چین، مردم بیشتر به یک نگرش جبری از شادی باور دارند و برآوردن انتظارات خانواده و یا جامعه برای آنان بسیار مهم‌تر است (Bond, 2003).

نظریه های گوناگون بسیاری درباره آنچه باعث شادی و یا فقدان آن می شود، وجود دارد در تحقیق نظرسنجی در خصوص ارزش های جهانی که درباره شادترین مردم جهان منتشر شده است، نتیجه گیری می شود که شرایط مادی تأثیر کمی بر روی شادی دارند. مثلاً، مردم نیجریه شادترین مردم جهان پس از آمریکایی جنوبی در نظر گرفته شده اند، اما مردم رومانی روسیه و دیگر کشورهای اروپای شرقی ناراحت ترین مردم بودند (World Values Survey, 2003). پژوهشگران نظرسنجی در خصوص ارزش های جهانی، گرایش به کالاهای مادی را «عاملی بازدارنده برای خوشحالی» برآورد می کنند. سلامت جسمی نیز آن گونه که زمانی تصور می شد، کلید دستیابی به شادی نیست، مگر برای افراد بسیار بیمار بسیاری از مردم از وضعیت سلامتی خوبی برخوردار هستند، اما به آن علت، شادتر نیستند (Elias, 2002). "کانر توضیح می دهد که چگونه بودایی ها غالباً ماده جهان تلقی می شوند، در حالی که آنها برخلاف آنچه تصور می شد، با زن شاد بلکه تحقیقات نشان می دهد که انجام مراقبه و مدیتیشن می تواند به کاهش احساسات منفی و افسردگی کمک کند و شادی را افزایش دهد (Connor, 2003).

۳-۳-۳-۳ احساسی

بعد عاطفی، آگاهی از احساسات و پذیرش احساسات فرد را به رسمیت می شناسد. سلام عاطفی به میزان احساس مثبت فرد راجع به خود و اشتیاق او در خصوص خود و زندگی اش بستگی دارد. این امر، شامل توانایی فرد برای مدیریت احساسات و رفتارهای خود و ارزیابی واقع بینانه از محدودیت های خود، توسعه استقلال و توانایی مؤثر برای مقابله با استرس است. فرد سالم روابط رضایت بخش با دیگران را حفظ می کند. آگاهی و پذیرش طیف گسترده ای از احساسات مربوط به خود و دیگران برای سلامتی ضروری است. شما در طول مسیر سلامتی قادر خواهید بود که احساسات خود را به صورت آزادانه بیان کنید و آنها را به صورت مؤثر مدیریت کنید. قادر خواهید بود بر اساس احساسات، افکار، فلسفه و رفتار به انتخاب های فردی و تصمیم گیری مناسب دست بزنید. شما به طور مستقل کار و زندگی می کنید، در حالی که متوجه اهمیت دریافت حمایت و کمک دیگران و قدردانی از آنان هستید. شما قادر خواهید بود تا روابط با دیگران را بر اساس تعهد، اعتماد و احترام متقابل پایه گذاری کنید. در چالش ها، خطرات و منازعات به شکلی سالم شرکت خواهید کرد.

زندگی خود را به صورتی مناسب و با در نظر گرفتن مسئولیت اعمال خود، مدیریت خواهید کرد. این امر به شما کمک می کند تا زندگی را سرشار از امید، ماجراجویی و هیجان ببینید. سلامتی عاطفی اصول زیر را دنبال می کند:

- بهتر است از احساسات خود آگاه شویم و آنها را بپذیریم، نه اینکه آنها را انکار کنیم.
- بهتر است رویکرد خوش بینانه ای نسبت به زندگی داشته باشیم، نه اینکه نسبت به آن بدبین باشیم (موسسه سلامتی ملی، ۲۰۰۷).

۴- طیف بدن، ذهن و روح در گردشگری سلامت

کلی و اسمیت نشان دادند که بعد است اکثریت بازدیدکنندگان به طور همزمان به تمام حوزه های سلامتی جلب شوند. با وجود این، آنها استدلال می کنند که تنها مراکز خلوت نشینی جامع تلاش می کنند که مجموعه کاملی از فعالیت های سلامتی (احتمالاً به جز درمان های پزشکی را برای بازدیدکنندگان خود فراهم کنند (Kelly and Smith, 2008). مفهوم گردشگری جامع نشان می دهد که تمامیت و یکپارچگی، ایجاب می کند که همه ابعاد سلامتی باید در محصول گنجانده شوند. متأسفانه، یکی از موانع اصلی برای دستیابی به سلامتی مطلوب، چه به لحاظ شیوه زندگی و چه در تعطیلات، کمبود وقت و پول است. از قضا، خوب ماندن وقت گیر و گران است و اکثریت مردم توان پرداخت هزینه های آن را ندارند. همچنین شناخت جنبه هایی که در مراحل گوناگون زندگی فرد نیاز به توجه دارند، بسیار مهم است. ممکن است زمانی بدن فیزیکی به توجه بیشتر نیاز داشته باشد (مثلاً طی دوران بیماری یا بهبودی)، اما در زمانی دیگر، ذهن نیاز به توجه داشته باشد (مثلاً در زمان استرس شغلی). معنویت میتواند به ما کمک کند تا فراتر از مشکلات جسمی و روانی پیش رویم، اما پرورش این جنبه، به ویژه در جوامع سکولار بسیار دشوار است. به همین دلیل، صنعت گردشگری به طور فزایندهای لزوم تقسیم بندی در بازار سلامت را به رسمیت می شناسد (در این باره به تفصیل در فصل بعدی بحث خواهیم کرد) و محصولات باید به صورت روشنی متمایز شوند.

جدول ۱- طیف بدن، ذهن و روح در گردشگری سلامت (ماخذ: اسمیت و پوز کو)

 بدن	گردشگری آب های معدنی (اوقات فراغت (درمانی)	گردشگری پزشکی	 معنویت	
	گردشگری پزشکی (جراحی)	گردشگری دریا درمانی		
		گردشگری کل نگر		گردشگری یوگا و مراقبه
		گردشگری سلامتی حرفه‌ای		گردشگری معنوی
 ذهن				

۵- انواع گردشگری سلامت

گردشگری چشمه آب معدنی: نوعی از گردشگری است که در آن گردشگر با استفاده از درمان های مبتنی بر آب، مانند استخر های مواد معدنی و یا حرارتی، اتاق بخار و سونا، به دنبال آرامش و شفای بدن است. تاکید بیش تر بر درمان، بازسازی و یا استراحت بدنی است.

گردشگری دریادرمانی: نوعی از گردشگری است که دیدنی های جذاب و خدمات مبتنی بر دریا، مانند آب، جلبک و نمک ارائه می‌دهد.

گردشگری کل‌نگر: نوعی از گردشگری است که طیف وسیعی از فعالیت ها و یا درمان ها را برای تعادل بدن، ذهن، روح و روان برای بازدیدکننده فراهم می‌کند.

گردشگری یوگا و مدیتیشن: نوعی از گردشگری است که نه تنها می توان آن را زیر مجموعه گردشگری کل‌نگر دانست، بلکه می‌توان آن را زیر مجموعه گردشگری معنوی نیز دانست و سیله ای است برای رشد فرد و تعادل جسمی، روحی، فکری و معنوی فرد.

گردشگری معنوی: نوعی از گردشگری که بر جست‌وجوی معنوی فرد متمرکز است، منجر به تعالی و یا روشنگری می‌گردد. این نوع از گردشگری، ممکن است وابستگی مذهبی داشته یا نداشته باشد، اما به احتمال زیاد شامل آداب و رسوم، مراسم و سنت هایی است که از ادیان گوناگون مشتق شده اند.

گردشگری پزشکی: گردشگری پزشکی را می‌توان سفر به قصد استفاده از درمان های پزشکی مانند جراحی یا مداخلات تخصصی دیگر تعریف کرد.

۶- پیشینه مطالعات

مطالعه تأثیر گردشگری در دهه ۱۹۶۰ با تأکید زیادی بر رشد اقتصادی به عنوان شکلی از توسعه ملی، بر حسب اندازه گیری شاخص «تولید ناخالص داخلی»^۱، نرخ اشتغال و اثر تکاثر^۲ ظهور کرد (Karnnich et al, 1989; 195-205). دهه ۱۹۷۰ میلادی، اثرات سرمایه گذاری گردشگری در مسائل فرهنگی و اجتماعی بروز یافت (Bryden, 1973). دهه ۱۹۸۰ تنها نگرانی محققان گردشگری، اثرات زیست محیطی بود (Butler, 1980;5). مطالعات تأثیر گردشگری در دهه ۱۹۹۰ ترکیبی از اثرات تأیین شده قبلی بود که تغییر نگرش از گردشگری انبوه به «گردشگری پایدار» به سبک اکوتوریسم و گردشگری فرهنگی و اجتماعی گردید (Jurowski et al, 1997;3-11). به طور کلی درک اثر گردشگری با وابستگی فرد به اقتصاد گردشگری افزایش می‌یابد. در میان مطالعات تأثیر گردشگری، توسعه مقیاس ارزیابی اثرات گردشگری یکی از موضوعات مهم حمایت شده توسط محققان از دو دهه پیش بوده است (Chen, 2000; 5-19). پیزام^۳ (۱۹۷۸)، ویژگی های تئیر گردشگری را به ارمغان آورد. پژوهش وی با استفاده از بررسی واکنش های رفتاری ساکنان در رابطه با تقاضای درک اثرات گردشگری آغاز شد. پس از آن هوارد^۴ (۱۹۹۴)، دو عامل از یک مقیاس ۲۷ موردی تأثیر گردشگری را یافت. تحقیقات کمی تأثیر گردشگری بر کیفیت زندگی را بررسی نموده، بهجای آن بیشتر تحقیقا بر نگرش ساکنان نسبت به گردشگری و بهویوه، ادرا ها از تأثیرا گردشگری متمرکز بوده است. تفاو بین مطالعا کیفیت زندگی و مطالعا تأثیر/ نگرش در این است که: مطالعا تأثیر/ نگرش بر روشی تاکید میکند که در آن چنین در میشود که گردشگری بر جوام و بر محیط تأثیر میگذارد، درحالیکه مطالعا کیفیت زندگی نوعاً در رابطه با روشی است که این تأثیرا رضایت فرد یا خانوادگی را متأثر میسازند. شامل رضایت جامعه، محله و رضایت فردی (Allen, 1990; 610). مطالعا تأثیر و نگرش در رابطه با تغییرا جامعه و پشتیبانی از توسعه گردشگری هستند. یک رابطه فرض شده بین ویوگیهای جامعه و رضایت از زندگی وجود دارد. مطالعا نگرش، عموماً از ساکنان سئال میکند که آیا با تأثیرا ادرا شده از گردشگری بر روی جامعه

1 Growth National Product

2 Multiplier Effect

3 Pizam

4 Howard

۷- کیفیت زندگی

مواف هستند یا نه بدون هیچگونه سئال خاصی در رابطه با تأثیر این عوامل بر رضایت زندگی فردی آنها. بهعبار دیگر ساکنان خواه مواف باشند یا مخالف باشند گردشگری محر هایی برای حفاظت از بناهای تاریخی ایجاد میکند، درصورتیکه افراد احساس نمایند که حفاظت محکم است و بر رضایت آنها تأثیر میگذارد این موضوع فقط یک موضوع کیفیت زندگی است (Anderek et al, 1995;8). کیم در سال ۲۰۰۲، به بررسی اثر گردشگری بر کیفیت زندگی ساکنان در اجتماع (منطقه ویرجینیا)، پرداخت. نتایج پووه نشان داد بین اثر گردشگری و رضایت از قلمروهای مختلف از زندگی که از گردشگری حاصلشده با توجه به مرحله توسعه گردشگری منطقه مختلف است. بهطوریکه بین آثار اقتصادی گردشگری و رضایت از رفاه مادی و روابط بین آثار اجتماعی گردشگری و رضایت از رفاه اجتماعی منطقه در بین ساکنان مناطقی که در مرحله بلوغ توسعه گردشگری هستند بیشترین و قویترین ارتباط وجود دارد. بررسی رابطه میان گردشگری و کیفیت زندگی جامعه محلی مقصد، موضوعی است که در برخی از تحقیقات خارجی نیز مورد توجه قرار گرفته است (Aref, 2011; 253; Gondos, 2014; 879; Yingzhi, 2014; 142; Kyungmi, 2013; 527) و عموماً این رابطه در قالب سه جنبه اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و محیطی طبقه‌بندی میشود. همانطور که در بالا به آن اشاره شد، تئوریه‌ها و مطالعات تجربی کیفیت زندگی عمدتاً از جوامع غربی نشاء گرفته‌اند. مطالعات کیفیت زندگی در کشورهای درحال توسعه و به تبع آن در ایران به طور قابل توجهی کمیاب هستند. در سال های اخیر مقالاتی در این زمینه در مجلات علمی داخل کشور منتشرشده است که از آن جمله می‌توان به مطالعات و پژوهش‌های رضوانی و همکاران (۱۳۸۷)؛ گروسی و همکاران (۱۳۸۷)؛ غفاری و همکاران (۱۳۸۷)؛ قدمی و همکاران (۱۳۸۹) و رضوانی و همکاران در سال (۱۳۹۱)، اشاره کرد.

به نظر می‌رسد که اخیراً واژه «کیفیت زندگی» کاربرد بسیاری یافته است. این واژه تلاش کند تا مفاهیمی مانند روابط با کیفیت، مسکن خوب، اوقات فراغت، نداشتن درد، داشتن ست خوب ذهنی و غیره را که وجود آنها سبب ارتقای کیفیت زندگی می شود، تعریف کند. دینر می گوید که کیفیت زندگی معمولاً به درجه مطلوب بودن زندگی یک فرد در مقابل نامطلوب بودن آن با تأکید بر مؤلفه‌های خارجی مانند عوامل محیطی و درآمد اشاره دارد (Diener, 2005). در مقابل بهزیستی ذهنی، که بر اساس تجربه ذهنی است، کیفیت زندگی اغلب بسیار عینی تر است و شرایط زندگی فرد را در نظر می گیرد و نه واکنش شخص به آن شرایط را. اما برخی از محققان تعریف گسترده تری از کیفیت زندگی ارائه می دهند. این تعریف نه تنها شرایط و کیفیت زندگی شخص را در نظر می گیرد، بلکه ادراکات، افکار، احساسات و واکنش او به آن شرایط را نیز پوشش میدهد. شاخصهایی که ترکیبی از اقدامات عینی و ذهنی هستند، مانند سال های شاد زندگی و امید به زندگی سالم نیز در این تعریف مطرح شده اند. کمیته اجرایی اسکاتلند توضیح می دهد که چگونه مفهوم کیفیت زندگی، حتی اگر به طور گسترده ای استفاده شود، مفهومی مبهم است. برخی محققان می گویند که نمی توان به تعریف دقیق کیفیت زندگی پرداخت و تعریف ارائه شده برای این مفهوم شیوه استفاده آن منوط به اهداف و زمینه آن است (Scottish Executive Committee, 2006).

جدول ۲- شاخص های عینی و ذهنی کیفیت زندگی
(ماخذ: Scottish Executive Committee, 2006)

شاخص های عینی	شاخص های ذهنی
شادی	امید به زندگی
رضایت شغلی	وضعیت اشتغال
حس اجتماعی	وضعیت تاهل
روابط خانوادگی	تحصیلات
روابط اجتماعی	ساعات کار در هفته
سطح استرس	شرایط مسکن
استفاده از اوقات فراغت	نرخ جرم و جنایت
سطح فقر	سطح معنویت
ارائه بهداشت و درمان	احساس امنیت
تعطیلات رسمی	حقوق

در نتیجه، اجماع کلی در مورد معنای آن به چشم نمی خورد و به طور بالقوه بیش از "نوع تعریف برای آن وجود دارد. سلامت، به تنهایی تعریفی تک بعدی از این مفهوم است، درحالی که یک تعریف چندبعدی ابعاد مختلفی مانند ابعاد فیزیکی، مادی، اجتماعی، عاطفی، روانی، شخصی و بین شخصی را در برمی گیرد. به طور کلی به نظر می رسد که مفهوم کیفیت ای برای اشاره به رضایت مردم از زندگی، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی خود ای که در آن زندگی می کنند، به کار می رود. بدین‌ها ممکن است بگویند که همه چیز را می توان در تعریف کیفیت زندگی در نظر گرفت، اما معمولاً این مفهوم بیشتر با شاخص‌های کیفی اندازه گیری می شود تا سطح استاندارد زندگی که نشان دهنده امنیت مالی بالا و کار خوب و پر درآمد است. با این حال، این بدان معنا نیست که آنها از زندگی خود راضی و یا شاد هستند.

ذهنی روشنی را می‌توان برای اندازه گیری کیفیت زندگی به کار برد (جدول ۱). مثلاً می‌توان با در نظر گرفتن جنبه هایی از زندگی که خارج کنترل افراد قرار دارند (مانند، میزان فقر محله، بهداشت و درمان و آموزش و پرورش) و جنبه هایی که به انتخاب فردی یا درک شخص بستگی دارند (مانند، روابط خانوادگی، زندگی اجتماعی، فعالیت های اوقات فراغت) به تعریف کیفیت زندگی پرداخت.

کیفیت زندگی به معنی وجود تعادل در حوزه های گوناگون است. اغلب اوقات تغییر شاخص های عینی، امکان پذیر نیست. این امر ممکن است بر سطح رضایت و استرس مردم تأثیر داشته و یا نداشته باشد. مثلاً، ممکن است سطح جرم و جنایت در یک منطقه بر اساس آمار رسمی پایین باشد، اما برخی از ساکنان هنوز هم احساس امنیت نداشته اند یا ممکن است محلهای دارای خانه هایی بهتر از برخی محلات دیگر باشد، اما همیشه جایی بهتر برای زندگی وجود دارد که افراد رؤیای زندگی کردن در آنجا را داشته باشند.

کیفیت زندگی به همان میزانی که به عناصر مادی بستگی دارد، ممکن است ادراکی باشد و به درک ما بستگی داشته باشد. توانایی مردم برای پرداخت هزینه سفر به میزان زمان آزاد و درآمد آنها بستگی دارد. به طور کلی، امکان استفاده افراد از مرخصی طولانی مطلوب است، در حالی که ممکن است ساعت های طولانی کار (مثلاً در انگلستان و مجارستان) و زمان کوتاه تعطیلات (مثلاً در ایالات متحده آمریکا و ژاپن) موانعی برای سفر باشند. اما همیشه همبستگی وجود ندارد. بررسی روند اوقات فراغت نشان می‌دهد حتی کسانی که وقت آزاد کمی دارند، به طور گسترده اما برای مدت زمان کوتاه تر اقدام به سفر می‌کنند (مثلاً تایرل و مای (Tyrell and Mai, 2001)). میزان درآمد نیز ممکن است مانع بزرگتری برای سفر باشد. در نتیجه، کسانی که در کشورهای فقیر زندگی می‌کنند، بسیار بعید است که گردشگری، در تجزیه و تحلیل کیفیت زندگی شان تأثیر داشته باشد؛ مگر به مثابه یک رؤیای مادام‌العمر. نتایج پژوهش آزمایشی که وزارت دولت محلی و توسعه منطقه ای (مجارستان) آن را انجام داد، نشان می‌دهد که گردشگری و سفر تأثیر مثبتی امنیت زندگی خواهد گذاشت. یکی از یافته های اصلی این پژوهش (۱ تی ام، ۲۰۰۷) (OTM, 2007). فرموله شاخص کیفیت زندگی با محوریت گردشگری (TQoL) بود. با استفاده از این شاخص، تصمیم گیرندگان و همچنین شهروندان می‌توانند درک بهتری از اثرات پیچیده گردشگری بر کیفیت زندگی داشته باشند (Tourism-specific Quality of Life Index (TQoL))

۸- شاخص کیفیت زندگی با محوریت گردشگری (TQoL)



دیاگرام ۱- دامنه های کیفیت زندگی (ماخذ: کوکس و همکاران، ۲۰۰۶)

وزارت دولت محلی و توسعه منطقه ای در مجارستان برای توسعه شاخص کیفیت زندگی با محوریت گردشگری (TQoL) که بخشی از طرح پیاده سازی تورسیم ملی تصویب شده در سال ۲۰۰۶ می‌باشد، پروژه ای را تعریف کرد. از میان بسیاری از تعریف ها و مدل ها، رویکرد رحمان 'مدل پایه انتخاب شد (Kovacs et al, 2006). با توجه به رویکرد رحمان انتظار می‌رود که تمام هست حوزه، به طور مستقیم یا غیر مستقیم به نوعی با گردشگری ارتباط یابند (شکل). با توجه به آزمایشی بودن پروژه، طرح های پژوهشی مربوطه، رابطه احتمالی بین گردشگری و کیفیت زندگی را در سطح مورد انتظار، بررسی نکردند. بلکه این مطالعات بر رابطه بین یک یا چند عنصر گردشگری بر کیفیت زندگی (مثلاً رضایت از عناصر سفر و کیفیت زندگی) متمرکز بودند.

اما یکی از چالش های اصلی این کار، شناسایی روابط احتمالی و ایجاد ساختاری است که در آن حوزه ها به نحوی به گردشگری می‌شوند و یا از آن نشأت می‌گیرند. این موضوع که گردشگری فقط یکی از عواملی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد، قابل درک است. برای نمونه، از طریق توسعه اقتصادی و اجتماعی یک مقصد گردشگری و یا بهبود زندگی کسانی که به طور مستقیم و یا غیر مستقیم در گردشگری کار می‌کنند و حتی کسانی که در زمینه گردشگری کار نمی‌کنند. همچنین گردشگری می‌تواند بر سطح رضایت افراد از زندگی تأثیر بگذارد. تجربیات شخص یک توریست، بر واکنش او در قبال تغییرات کیفیت زندگی در خانه تأثیر گذار خواهد بود.

با ادغام تعریف ارائه شده (Meeberg, 1993) و یافته های این پژوهش درباره تعاریف و روش ها، تعریف TQoL ایجاد شده است. کیفیت زندگی احساس رضایت کلی از زندگی است که بر اساس ارزیابی افراد به لحاظ ذهنی هوشیار از زندگی تعیین می‌شود. گردشگری می‌تواند در تدوین نظر فرد که اصولاً بر اساس عوامل ذهنی است، نقش بازی کند (پس از می‌برگ، ۱۹۹۳). مدل جدید نه تنها به تحلیل دامنه های کلی می‌پردازد، بلکه لینک های داخلی بین حوزه های عمومی، کیفیت زندگی و عناصر گردشگری را بررسی می‌کند.

۵ حوزه TQoL از ترکیب رویکرد های به اصطلاح عینی (اسکاندیناوی) و ذهنی (آمریکایی) تعیین شدند:

- نگرش نسبت به سفر به مثابه یک فعالیت (ATA)

- انگیزه از بازدید (MV)
- کیفیت سفر (QT)
- ویژگی های مقصد (CD)
- اثرات گردشگری (IT)

مدل و ابزار در بیش از سه مکان آزمایشی، آزمایش شدند و آزمون های بین المللی بیشتری از سال ۲۰۰۸ برنامه ریزی شده بودند.

۸- جمع بندی

تحقیقات در زمینه کیفیت زندگی، سفر و گردشگری نشان می دهد که سفر مزایای مثبت مستقیم و غیر مستقیم زیادی نظیر سطوح بالاتری از شاد بودن، ارتقاء سلامتی، افزایش امید به زندگی، افزایش عزت نفس، بالا بردن سطح رضایتمندی در جنبه های مختلف زندگی و به طور کلی رضایت از زندگی را به همراه دارد و بر مقولات مرتبط با توانایی گردشگری، هم در ارتقاء و هم در کاهش کیفیت زندگی ساکنان جوامع میزبان تاکید دارند (Neal, et al, 2007; 154). موارد فوق تاثیرات گردشگری را بر کیفیت زندگی جوامع میزبان به عنوان هدف اصلی توسعه اجتماعی متذکر می گردد. جدول زیر این تاثیرات را نشان می دهد.

جدول ۳- تاثیر گردشگری بر کیفیت زندگی (ماخذ: Neal, et al, 2007; 154)

تاثیرات	مثبت	منفی
اقتصادی	- پویایی اقتصاد، - ایجاد اشتغال و استخدام	- افزایش قیمت در طی رویدادهای خاص، - ظهور رانت خواری زمین
فیزیکی	- ساخت امکانات جدید، - بهبود زیرساخت های محلی	- آسیب های زیست محیطی، - ازدحام
اجتماعی	- تقویت اساس جامعه از طریق کار داوطلبانه	- افزایش حرص و آز، - تسریع روندهای نامطلوب اجتماعی نظیر: شهرنشینی لجام گسیخته.
روانشناسی	- افزایش غرور محلی و شادابی جامعه، - افزایش آگاهی از ادراکات غیر محلی	- گرایش به سمت نگرش دفاعی مربوط به مناطق میزبان، - افزایش درگیری ها بین جامعه میهمان و میزبان
فرهنگی	- به وجود آمدن ایده های جدید در نتیجه قرار گرفتن در معرض دیگر فرهنگ ها و روش های زندگی، - تقویت سنن و ارزش های محلی	- تجاری کردن فعالیت هایی که ممکن است شخصی یا ماهیت خصوصی داشته باشند، - تغییر در ماهیت فعالیت های فرهنگی برای تطبیق با گردشگری
سیاسی	- ارتقاء شناخت بین المللی از منطقه و ارزش های آن، - اشاعه ارزش های سیاسی که توسط دولت یا مردم انجام می شود	- بهره برداری اقتصادی نخبگان سیاسی از مردم برای ارضای جاه طلبی ها، - تحریف ماهیت واقعی رویدادها برای منعکس کردن ارزش های روز نظام سیاسی

۸-۱- پیشنهاداتی برای بهبود کیفیت زندگی با محوریت گردشگری سلامت

با توجه به مطالب ارائه شده، شاخص ها و عوامل و تحقیقات پیشین در رابطه با موضوع تاثیر گردشگری بر کیفیت زندگی ساکنین، پیشنهاداتی ارائه می گردد که می توان از آن ها برای وصول به این هدف بهره جست. لازم به ذکر است با توجه به موضوع پژوهش حاضر، این پیشنهادات با تمرکز بر گردشگری سلامت می باشد.

- ایجاد زیرساخت ها و تاسیسات مرتبط درمانی و تسهیل شرایط درمان برای گردشگران خارجی با هدف جذب سرمایه و رضایت آنان
- ایجاد امکانات رفاهی- درمانی از قبیل خلوتگاه ها، آب درمانی، چشمه درمانی و سایر تور های پزشکی با محوریت درمان
- ایجاد سامانه های اینترنتی برای آگاه سازی گردشگران از خدمات قابل عرضه در کشور میزبان و جلب اعتماد آنان
- فرهنگ سازی در کشور میزبان برای مواجهه حرفه ای و صمیمانه تر با گردشگران که سبب رضایت بیشتر دو طرف می گردد
- اعطای کمک هزینه های دولتی به گردشگران برای ترغیب سفر و همچنین به بخش های خصوصی به جهت ایجاد انگیزه کافی برای پذیرش گردشگران، با هدف بازگشت سرمایه در دراز مدت و همچنین بازسازی بافت محلی

۹- نتیجه گیری

امروزه گردشگری به عنوان گسترده ترین صنعت خدماتی دنیا، جایگاه ویژه ای در عرصه های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی به خود اختصاص داده است. رشد و توسعه این صنعت در دهه های اخیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه سبب بازساخت و تغییرات اجتماعی، اقتصادی و محیطی گوناگونی در محیط و جامعه میزبان گشته است. یکی از این ابعاد بسیار مهم بحث تاثیر گردشگری بر روی کیفیت زندگی جامعه میزبان می باشد. گردشگری سلامت، از موضوعاتی است که در هر کشور با توجه به تمرکز آن کشور بر روی امکانات درمانی و پتانسل های خویش متفاوت بوده و همچنین این که مطالعات و اقدامات قابل توجهی در این زمینه در کشور صورت نگرفته است. بنابراین، این صنعت می تواند، کاستی های انواع دیگر گردشگری در کشور را پوشش داده و از این طریق سرمایه های هنگفتی را وارد کشور کند. گردشگری سلامت که در سال های اخیر بیشتر از نوع زیبایی و برای عمل های زیبایی صورت گرفته است، بخش زیادی از تولید ناخالص ملی کشور های میزبان را تشکیل داده است. به عبارت دیگر می توان گفت با ایجاد زیرساخت های لازم برای این امر و همچنین جذب و حفظ پزشکان فعال در این عرصه علاوه بر ارتقا علوم و دانش مرتبط می توان جنبه های اقتصادی را برای آن در نظر گرفت. با توجه به پیچیدگی و همچنین گستردگی فعالیت های گردشگری اثرات ناشی از آن نیز ابعاد به هم پیوسته بسیاری دارند که باید در مطالعه اثرات گردشگری به آنها توجه شود، این اثرات نوعاً به طور مستقیم در شیوه و کیفیت زندگی جامعه میزبان انعکاس می یابد. بنابراین، می توان صنعت توریسم را یکی از موثرترین عوامل بر کیفیت زندگی ساکنان مقاصد گردشگری دانست. گردشگری اغلب به عنوان توصیف رفتار انسانی در نظر گرفته می شود. اگر توسعه گردشگری منجر به کاهش کیفیت زندگی شود، ساکنان در پشتیبانی از گردشگری در محیط زندگی خود، مردد خواهند شد. از این رو، برنامه ریزان دولتی و محلی هنگام توسعه فعالیت های تفریحی، مسافرتی و برنامه های گردشگری می بایست نقطه نظرات ساکنان را مدنظر قرار دهند و به ساکنان کمک کنند تا نیازهای متعالی خود از قبیل عزت اجتماعی، دانش و هوش خود را ارتقا دهند.

گردشگری سلامت، طیف های مختلفی را شامل می شود؛ طیف ذهنی، طیف معنوی و طیف جسمی. ذیل هر کدام از این سه طیف، نوع خاصی از گردشگری مرتبط تعریف شده و می توان خدمات خاص همان طیف را به گردشگر ارائه داد. به عنوان مثال، در طیف گردشگری از نوع ذهنی، گردشگری یوگا و مراقبه وجود دارد. هر گردشگری با هر نیتی که به کشور دیگری سفر می کند، با توجه به ویژگی های شخصی و رفتاری خویش، برداشتی از آن مکان دارد. این برداشت ها گاه در اثر برخی اتفاقات دستخوش تغییر می شود. این پژوهش با شناخت مفاهیم گردشگری سلامت، به تبیین مسیری پرداخت تا بتواند، از طریق ارائه متون نظری مرتبط، ارتباط افزایش گردشگری سلامت بر ارتقا کیفیت زندگی را نشان دهد. این مقوله همانند پژوهش های پیشین که البته بر انواع دیگری از گردشگری متمرکز بودند، نشان می دهد که جذب گردشگران خارجی که هدف بهبود سلامت خویش را دارند، از طرق مختلف منجر به ایجاد تاثیرات مثبت و منفی می گردد، اما با مدیریت و برنامه ریزی برای این امر، تاثیرات مثبت این نوع گردشگری همانطور که در این پژوهش ذکر شد، پیشی گرفته و سبب ارتقا کیفیت زندگی و رضایت ساکنان می گردد. مدل TQoL که در این پژوهش به آن پرداخته شد، این موضوع را شرح می دهد که همپوشانی بین شاخص های کیفیت زندگی و گردشگری وجود دارد. در واقع این مدل ترکیبی از انگیزه ها و اهداف گردشگران را مطرح می کند که به صورت مسقیم و غیر مستقیم بر جنبه های خاصی از زندگی ساکنین تاثیر گذاشته و نهایتاً احساس رضایت کلی از کیفیت زندگی آنان ایجاد می گردد. این تاثیرات همانطور که به آنان اشاره شد، می تواند شامل ابعاد اقتصادی، اجتماعی، محیط زیستی و یا فیزیکی باشد. تجارب نشان داده است که بعد اقتصادی و درآمد های حاصله از گردشگران خارجی، بیشترین تاثیر را بر میزان رضایت از کیفیت زندگی ساکنین می گذارد. ۵ حوزه ای که شاخص کیفیت زندگی با محوریت گردشگری در پژوهش به آن شاره شد، در تاکید گردشگری سلامت نقش بازی می کنند. به عبارت دیگر انگیزه از سفر، نگرش از سفر به مثابه فعالیت، اثرات گردشگری، کیفیت سفر و ویژگی های مقصد در رابطه با گردشگری سلامت، هر یک به تنهایی و در مجموع کاربرد داشته و برای هر یک می توان اقدامات خاصی چنین عواملی را شامل گردد، مصتور شد.

منابع

۱. رضوانی، محمدرضا؛ شکیب، علیرضا؛ منصوریان، حسین (۱۳۸۷) سنج کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخصها، مدلها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی، مجله رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۳، صص. ۳۵-۶۰.
۲. گروسی، سعیده و نقوی، علی (۱۳۸۷) سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان، مجله رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۳، صص. ۶۱-۸۲.
۳. غفاری، غالمرضا و امیدی، رضا (۱۳۸۷) کیفیت زندگی در برنامه های عمرانی و توسعه ایران، مجله رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۳، صص. ۷ تا ۳۴.

۴. قدمی، مصطفی؛ علیقلی زاده فیروزجایی، ناصر؛ رمضان زاده لسبویی، مهدی (۱۳۸۹) بررسی نقد گردشگری در تغییرا کیفیت زندگی مقصد (نمونه مورد مطالعه: دهستان کالآباد، شهرستان تنکابن، مازندران)، مطالعا اجتماعی ایران، دوره ۴، . 152-174. صص، ۳ ش

۵. رضوانی، محمدرضا؛ بدری، سید علی؛ سپهوند، فرخنده؛ اکبریان، سعیدرضا (۱۳۹۱) گردشگری خانههای دوم و اثرا آن بر بهبود کیفیت زندگی ساکنان روستایی (بخ رودبار قصران، شهرستان شمیرانا)، مجله مطالعا و پووه های شهری و منطقهای، سال ۴، شماره ۱۳، صص. ۲۳-۴۰

6. Smith, M. and Puczko, L. (eds) (2009) Health and wellness tourism. Elsevier, Oxford.
7. Smith, N. (2006) Healthy competition. E, Sharp November, 46-48
8. Guerrieri, R. (1985), Contribution a letude des migrations sanitaires: le cas des Italiens en France. Studi- Emigrazions/ etudes- Migrations 22, 235, 253
9. Glinos, I, Baeten, R and Maarse, H. (2010) Purchasing Health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. Health policy 95, 103-112
10. Lunt, N. and Carrera, p. (2010), Medical tourism; assessing the evidence on treatment abroad. Maturitas 66, 27-32. Mahoney, 2003
11. Berliner, H. and Regan, C. (1987) Multinational operations of US for-profit Hospital chains; trends and implications. American journal of public health 77, 1280- 1284.
12. Saracci, R. (1997) "The World Health organization needs to Reconsider its Definitions of Heaalth", <http://bmj.bmjournals.com> (accessed 20th September 2005)
13. Myers, J.E., Sweeney , T.J. and Witmer, M. (2000) " A holistic model of wellness", <http://www.mingarden.com/products/wells.html> (accessed 20th September 2005)
14. Bond, M. (2003) "The Pursuit of Happiness", New Scientist, 197, pp. 40-43
15. World Values Survey (2003) in Bond, M. (2003) "The Pursuit of Happiness", New Scientist, 179, pp. 40-43
16. Connor, S. (2003) " Can Buddahists Transcend Mental Reservations?" 22nd May, [http:// www.biopsychiatry.com/happiness/buddahist.html](http://www.biopsychiatry.com/happiness/buddahist.html) (accessed 26th November 2006).
17. Kelly, C. and Smith, M. K. (2008) "Holistic Tourism: integrating body, mind and spirit", in Jafari, J. , Bushell, R and Sheldon, P. (eds) Wellness and Tourism: Mind, Body, Spirit, place. Innovation and Tourism Book series (forthcoming).
18. Diener, E. (2005) "Guidelines for national indicators of subjective Well-Being and Ill-Being", <http://www.psych.uiuc.edu/ediener/guidlines%20for%20national%20indicators.pdf> (accessed 4th December 2007).
19. Tyrell, and Mai, R. (2001) Leisure 2010- Experience tomorrow. Henley: Jones lang La Salle.
20. OTM (2007) A turizmus-specific Kus eletminoseg index Kidolgozasa. Budapest: Washington, DC.
21. Kovacs, B. , Horkay, N. and Michalko, G. (2006),"A turizmussal osszvfuggo eletminoseg- index kidolgozasanak alapjai", turizmus Bulletin, X(2), pp. 19-26.
22. Meeberg, G. A. (1993) "Quality of Life: A concept Analysis", Journal of advance Nursing. 18(1), p. 32.
23. Neal, J., Uysal, M., Sirgy, M. (2007), "The effect of tourism services on travelers quality of life", journal of travel research, 46: 154-163
24. Krannich, R. S. & Berry, E. H. & Greider, T. (1989) Fear of crime in rapidlychanging rural communities: A longitudinal analysis, Rural Sociology, Vol.54, pp.195-205.
25. Bryden. J. (1980) Tourism and Development, New York/London: Cambridge University Press.

26. Butler, R. W. (1980) The concept of tourist area cycle of evolution: Implications for management of resources, *Canadian Geographer*, Vol.24, pp.5-7.
27. Jurowski, C. & Uysal, M. & Williams, D. R. (1997) A theoretical analysis of hostcommunity resident reactions to tourism, *Journal of Tourism Research*, Vol.36, No.2, pp.3-11.
28. Chen, J. S. (2000) An investigation of urban residents' loyalty to tourism, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol.24, No.1, pp.5-19.
29. Pizam, A. (1978) Tourism impacts: The social costs to the destination community as perceived by its residents, *Journal of Travel Research*, Vol.16, No.4, pp.5-12.
30. Allen, L. R. & Long, P. T. & Perdue, R. R. & Kieselbach, S. (1988) The impact of tourism development on residents' perceptions of community life, *Journal of Travel Research, Americans' Perception of Quality of Life*. New York: Plenum Press, Vol.27, pp.16-21.
31. Andereck, K. L. (1995) Environmental Consequences of Tourism: A Review of Recent Research. In *Linking Tourism, the Environment and Sustainability*, Annual Meeting of the National Recreation and Park Association. General Technical Report No. INT-GTR-323, pp.77-81.
32. Aref, F. (2010) Residents' attitudes towards tourism impacts: A case study of Shiraz, Iran, *Tourism Analysis*, Vol.15, No.2, pp.253-261.
33. Gondos, B. (2014) Relationship between tourism and quality of life-researches at LAKE BALATON, MakeLearn 2014 International Conference - Human Capital without Borders: Knowledge and Learning for Quality of Life, Portoroz, Slovenia, International Conference, June 25- 27, pp.879-888.
34. Kyungmi, Kim. & Uysal, Muzaffer. & Sirgy, Joseph. (2013) How does tourism in a community impact the quality of life of community residents?, *Journal of Tourism Management*, Vol.36, pp. 527-540.
35. Yingzhi, G. & Seongseop, K. & Yong, Chen. (2014) Shanghai Residents' Perceptions of Tourism Impacts and Quality of Life, *Journal of China Tourism Research*, Vol.10, No.2, pp.142-164