

بررسی توانمندی خدمات درمانی و بهداشتی شهر مشهد با رویکرد گردشگری سلامت

جوادامیری¹، مسعود مینایی²، فواد مینائی³

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی توانمندی خدمات درمانی و بهداشتی شهر مشهد با رویکرد گردشگری سلامت است. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و با روش توصیفی - تحلیلی انجام شد. محدوده مورد مطالعه کلان شهر مشهد است که برای تدوین کلیات و مبانی نظری از مطالعات اسنادی و به منظور تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرهای پژوهش و پاسخ به سوال‌های پژوهش از نرم افزار GIS استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل در دسترس بودن هر محله به بیمارستان و هتل‌ها و خدمات عمومی در این مکان‌ها در واحد محله، بر روی داده‌های پراکنده از فرمول فاصله اقلیدسی استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد دسترسی هتل‌ها به خدمات بهداشتی درمانی و همچنین انطباقی بین پراکنش هتل‌ها و بیمارستان‌ها و توزیع خدمات عمومی در شهر مشهد وجود ندارد. این مطالعه نشان می‌دهد که محلات شهر مشهد از نظر برخورداری به خدمات بهداشتی درمانی و خدمات عمومی از وضعیت نامناسبی برخوردارند، با این حال محلات امام خمینی، احمدآباد و فاطمیه دارای بیشترین بیمارستان و خدمات عمومی هستند. به صورتی که این موضوع باعث تفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی شده است و این خود یکی از ضعف‌های گردشگری سلامت در شهر مشهد است.

واژگان کلیدی: گردشگری سلامت، خدمات درمانی و بهداشتی، مشهد، GIS

1- دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه حکیم سبزواری، jvdamiri700@gmail.com

2- نویسنده مسئول، استادیار گروه جغرافیا و عضو هیات علمی دانشگاه فردوسی مشهد

3- دانشجوی کارشناسی ارشد سنجش از دور و سیستم اطلاعات جغرافیایی، دانشگاه تهران

مقدمه

رشد و توسعه از اهداف و آمال هر کشور و جامعه‌ای محسوب می‌شود. جوامع مختلف در صد هستند تا با شناسایی قابلیت‌های خود در زمینه‌های مختلف و با بهره‌برداری مناسب از آنها زمینه رشد و توسعه پایدار را فراهم آورند (عربشاهی کریزی، 1391 : 142). بدون تردید عمده‌ترین اثر رشد شتابان شهرنشینی و رشد بی‌رویه فضای شهری به هم‌خوردن تعادل توزیع خدماتی و نارسایی سیستم خدماتی است که بدون استثنا در تمامی شهرهای ایران مشاهده می‌شود از سویی دیگر امروزه زندگی در شهرها با توجه به ساختار فضایی-کالبدی پیچیده، بیش از هر دوره دیگری وابسته به خدمات است و کمبود و نارسایی آن مشکلاتی را برای ساکنین بوجود می‌آورد (فعلی، 1391 : 3). یکی از حوزه‌هایی که در دهه‌های اخیر برای سرمایه‌گذاری در جهت رشد و توسعه مورد توجه جوامع مختلف قرار گرفته، حوزه گردشگری است. اهمیت نقش مبحث گردشگری در رشد و توسعه جوامع تا جایی است که با نام صنعت گردشگری لقب گرفته است (عربشاهی کریزی، 1391 : 142). گردشگری سلامت موضوع جالبی است، اگرچه مناسبت بیشتری دارد که از آن با عنوان "سفر سلامت" نام ببریم، چرا که فی‌نفسه بحث‌های بسیار کمی از پدیده گردشگری وجود دارد. رایزمن¹ این که گردشگری همان سفر است را به رسمیت نمی‌شناسد، با این حال استفاده او از اصطلاح گردشگری سلامت به دلیل این است که ظاهراً از رسانه‌ها و موتورهای جستجو این‌گونه درک می‌شود (Joppe, 2011: 739). سفر برای درمان و بازیابی توان از مهم‌ترین اهداف گردشگری پزشکی است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات فراغت نیز به بسته سلامت بیمار اضافه می‌شود (Caballero, 2006: 154). از آن‌جا که وضعیت اقتصادی فعلی و مشکلات زندگی دلایل اصلی موثر بر سطح استرس بالای زندگی افراد است؛ گردشگری سلامت یک انتخاب برای کسانی است که با توجه به سلامت بیشتر به سلامتی و رفاه خود، قصد دوری از زندگی پراسترس روزمره خود را دارند (Vajira Kachorn, 2004 : 29). گردشگری سلامت، حفظ، بهبود و حصول دوباره سلامت جسمی و ذهنی فرد است که در زمانی بیش از 42 ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد. عواملی مانند تغییر در ارزش‌های مصرف‌کنندگان، تغییرات سبک زندگی، مسن‌تر شدن جمعیت و اقتضانات سیستم خدمات بهداشتی را می‌توان عامل اصلی ظهور گردشگری سلامت دانست.

مجموعه این عوامل موجب شده تا گردشگری سلامت در حال حاضر در زمره انواع رو به رشد گردشگری محسوب شود. توانمندی‌های بالقوه وسیع ایران در انواع مختلف گردشگری سلامت،

1- raizman

موجب شده است تا سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری بهره‌برداری از این بازار رو به رشد و رقابتی را با تشکیل کمیته گردشگری سلامت و حمایت‌های ویژه از آن در دستور کار خود قرار دهد (اسدی بشتی، 1389: 7). امروزه گردشگری درمانی از رو به رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری در جهان است که موجب شده تا کشورهای علاقه‌مند به توسعه این صنعت، توجه خود را به این بخش از گردشگری جلب و برای آن برنامه‌ریزی کنند، به طوری که هر ساله 40 تا 50 میلیارد دلار، درآمد ارزی از راه این نوع گردشگری، عاید کشورهای اروپایی و آمریکایی می‌شود (طالبی‌زاده، 1387: 9). بر اساس آمار اعلام شده از سوی معاونت گردشگری سازمان میراث فرهنگی در سال 2012 میلادی بیش از 200 هزار نفر گردشگر با انگیزه سلامت به ایران سفر کرده‌اند. اهداف اصلی گردشگران سلامت در ایران را می‌توان در درمان‌های ناباروری، دندانپزشکی، جراحی پلاستیک، چشم، قلب، بیماری‌های مرتبط با سرطان و گردشگری در آب‌های شفاف‌بخش عنوان کرد (موحد، 1386: 67). گردشگران سلامت بیشتر از کشورهای آذربایجان، عراق، ترکمنستان، افغانستان، کویت، سوریه، لبنان، بحرین، عربستان و ترکیه می‌باشند و ایران در یک دهه گذشته پیشرفتی در حدود 15 الی 20 درصد در این خصوص داشته است (Haribabu.2010:28).

با توجه به این‌که ایران جزو ده کشور اول جهان از لحاظ جاذبه‌های گردشگری و جزو 6 کشور اول جهان از نظر تنوع زیستی است، از لحاظ جذب گردشگری تقریباً در رده‌های آخر جهانی قرار گرفته است (اسماعیلی و همکاران، 1389: 4). یکی از راه‌کارهای افزایش درآمد و تعداد گردشگران، شناسایی توانمندی گردشگری کشور و معرفی آن به دست اندرکاران بخش گردشگری است. با توجه به افق 1400 در برنامه ی چهارم توسعه و سند چشم انداز، کشور ایران بایستی به عنوان یکی از قطب‌های اصلی منطقه در گردشگری سلامت مبدل شود، از این رو ضرورت دارد در زمینه تغییر نگرش به گردشگری سلامت کشور اقداماتی اساسی صورت گیرد (فرهنگی و همکاران، 1394: 8). بحث در مورد بهترین استراتژی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی از جمعیت در مناطق شهری اداری همچنان ادامه دارد. تعداد مراکز بهداشتی دولتی و یا خصوصی در هر 10000 نفر جمعیت ساکن در یک منطقه اداری یک شاخص مهم برای عدالت در تأمین خدمات سلامت است (WHO.2010). ارتقاء سازمان بهداشت و درمان دولتی نقش حیاتی در تضمین تحویل سلامت و رفاه جامعه ایفا می‌کند. بنابراین، ارائه خدمات بهداشت عمومی بر اساس جمعیت ضروری و به سادگی یک بخشی از سیاست اجتماعی است. به همین ترتیب، دسترسی سالم و ارائه در مناطق شهری نیاز به اندازه‌گیری عوامل مختلفی از قبیل در دسترس بودن، کیفیت، مسافت و فاصله از ارائه دهنده به جمعیت دارد (MEP.2015:14). در این خصوص به خراسان رضوی، نگاهی خاص معطوف گشته چرا که مشهد الرضا(ع) قطب گردشگری زیارت بوده و بسیاری از افراد زمانی که

برای زیارت به مشهد عازم می شوند علاقه‌مند هستند از خدمات درمانی و سلامت نیز استفاده کنند. به بیان دیگر در حال حاضر کلان‌شهر مشهد به عنوان اولین قطب گردشگری زیارت در ایران و همچنین برخوردار از پتانسیل گردشگری سلامت می‌باشد. همچنین قراردادادن امکانات به خصوص بهداشت برای گروه‌های جمعیتی با نیازهای اساسی ضروری است و در تصمیم برای ایجاد مراکز بهداشتی، باید هدف کاهش نابرابری امکانات بهداشتی باشد. با این حال، تغییرات در مراکز بهداشتی در سطوح مختلف جغرافیایی (به عنوان مثال بلوک، محله، منطقه، شهر، یا سطح استان) رخ می‌دهد. بنابراین در این پژوهش قصد بر آن است تا به شناسایی میزان برخورداری خدمات درمانی و بهداشتی شهر مشهد با رویکرد قطب گردشگری سلامت و همچنین به بررسی جایگاه شهر مشهد در توسعه گردشگری درمانی در استان و بررسی توان این شهر در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی در سطح کشور پرداخته شود. صنعت گردشگری در ایران جزو ضعیف‌ترین صنایع است، به همین دلیل یافتن راه‌کارهایی برای رونق گرفتن این صنعت می‌تواند مزایایی فراوانی در رشد اقتصادی آن داشته باشد. صنعت گردشگری سلامت در ایران با توجه به موقعیت خاص جغرافیایی و تنوع و کیفیت بالا خدمات درمانی از موقعیت مناسب برخوردار است. با توجه به اهمیت موضوع گردشگری سلامت و با توجه به آنچه مطرح شد می‌توان گفت کلان‌شهر مشهد با بیش از 30000 هکتار و جمعیتی معادل 2807464 نفر در سرشماری 1390 و بیش از 20 میلیون زائر سالانه به عنوان دومین کلان‌شهر مذهبی جهان اسلام بوده و حائز جایگاه مهمی در سطوح بین‌المللی و کشور است (گزارش امور زائران خارجی آستان قدس، 1393، خوارزمی، 1395: 3). بنابراین برای جذب گردشگران این حوزه با توجه به این موارد باید به گردشگری سلامت به عنوان یک صنعت در شهر مشهد، در جهت افزایش درآمد و اشتغال چه در بخش خصوصی و دولتی توجه ویژه‌ای شود چرا که شهر مشهد با وجود زائرین بارگاه امام هشتم (ع) توانمندی یک شهر با برند گردشگری سلامت‌شدن را در سطح کشور و منطقه داشته و باید توجه ویژه‌ای در این بخش به منظور ارائه خدمات مختلف کرد.

مبانی نظری

ارتقای سلامت و جهانی‌شدن آن باعث پیدایش مفهومی تحت عنوان گردشگری سلامت شده است (جونز و کیت، 2006: 253). که یکی از ارکان اصلی و در حال رشد صنعت گردشگری محسوب می‌شود. به طور کلی، فصل مشترک تعاریف ارائه شده درباره سلامت و تندرستی را می‌توان، در اهمیت سبک زندگی، مسوولیت‌پذیری در برابر سلامت و نیز تلاش افراد در جهت بهبود کیفیت زندگی دانست (کریمی، 1394: 34). بر اساس آمار منتشرشده از سوی سازمان جهانی گردشگری،

گردشگری سلامت در سال 2012 گردش مالی 100 میلیارد دلاری را در سطح جهان به خود اختصاص داده است (بانک جهانی، 2015: 1). گردشگری سلامت تقریباً موضوع جدیدی است که پس از بحران مالی آسیا به وجود آمد و منجر به این شد که تعدادی از بیمارستان‌های خصوصی در برخی کشورها به دنبال خلع منابع جدید مالی باشند در سال 2003 حدود 350000 بیمار از کشورهای توسعه‌افته به کشورهای در حال توسعه به منظور دریافت خدمات سلامت سفر کردند (Haribabu, 2010: 102).

وقتی از سلامت سخن به میان می‌آید می‌توان به شیوه‌های مختلف آن را تعریف کرد، گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به منظور حفظ بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد (Carrera & Bridgee, 2008: 29). به عبارت دیگر گردشگری سلامت: نوعی مسافرت است که علاوه بر تفریح، فراغت و آسایش، سلامت و مراقبت‌های پزشکی را نیز به همراه دارد (کمال و دورسون، 2010: 6). گردشگری سلامت، حفظ، بهبود و حصول دوباره سلامت جسمی و ذهنی فرد است که در زمانی بیش از 24 ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد. عواملی مانند تغییر در ارزش‌های مصرف‌کنندگان، تغییرات سبک زندگی، مسن‌تر شدن جمعیت و اقتضائات سیستم خدمات بهداشتی را می‌توان عامل اصلی ظهور گردشگری سلامت دانست. مجموعه این عوامل موجب شده تا گردشگری سلامت در حال حاضر در زمره رو به رشد انواع گردشگری محسوب شود. توانمندی‌های بالقوه وسیع ایران در انواع مختلف گردشگری سلامت، موجب شده است تا سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری بهره‌برداری از این بازار رو به رشد و رقابتی را با تشکیل کمیته گردشگری سلامت و حمایت‌های ویژه از آن در دستور کار خود قرار دهد (اسدی بوشنی، 1389).

گردشگری سلامت شامل زیرمجموعه‌های متنوعی مانند گردشگری درمانی طبیعی، مراقبت و نگاهت، درمان‌های غیرمتعارف، درمان‌های پزشکی، جراحی، کلینیکی، تشخیصی، طب سنتی، طب سوزنی، انرژی درمانی، یوگا، مدیتیشن و گردشگری پیشگیرانه است. در گردشگری درمانی مداخلات پزشکی اصل است. مشتری یا همان گردشگر که از بیماری مزمن یا حادثه رنج می‌برد برای حل مشکلات درمانی خود یا از روش‌های پزشکی معمول و متعارف بهره می‌برد یا از درمان‌ها و روش‌هایی که از نظر دانشمندان تجربی روش‌های غیرعلمی خوانده می‌شوند. در شاخه پزشکی نیز می‌توان با توجه به وسعت مداخله و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یا جراحی دو نوع تقسیم بندی سبک (فرآیندهای تشخیص و درمان بدون مداخله جراحی و فرآیندهای جراحی بدون بستری و بدون تأثیر حیاتی بر زندگی بیمار) و سنگین (درمان‌هایی با نیاز به بستری در بیمارستان یا نیاز به بخش مراقبت‌های ویژه و مراقبت‌های بعد از مرخصی از بیمارستان) قائل شد. اما در

گردشگری پیشگیرانه، افراد برای استفاده از امکانات طبیعی موجود در مقصد، مسافرت می‌کنند. این امکانات که شامل آب و هوای مطلوب، چشمه‌های آب گرم و مجموعه‌های لجن‌درمانی و محیط‌های آرامش فکری و... است، در اختیار افراد قرار می‌گیرد تا آنها تمدد اعصاب یابند. در واقع استفاده از این امکانات، هم از لحاظ روحی روانی و هم از نظر فیزیکی سبب بازیابی توان فرد شده و انرژی لازم را برای ادامه فعالیت عادی وی فراهم می‌کند. افرادی که در این طیف دسته‌بندی می‌شوند، ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند، بلکه با استفاده از امکانات طبیعی در واقع از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می‌کنند. در گردشگری درمانی طبیعی نیز گردشگر از امکانات طبیعت استفاده می‌کند، اما تفاوت اساسی در این‌جاست که متقاضیان دارای بیماری یا مشکلات خاصی هستند و برای برگشت به حالت طبیعی و خروج از وضعیت بیماری جسمی یا روحی به این اماکن مراجعه می‌کنند. این افراد باید تحت نظر متخصصان و طی برنامه‌ای درمانی و بهبودمدار باشند. بیماران پوستی، تنفسی، روماتولوژی و عضله‌ای معمولاً مراجعه‌کنندگان اصلی این گونه خدمات هستند. همچنین بیمارانی که اعمال جراحی خود را پشت سر گذاشته و دوره نقاهت خود را می‌گذرانند نیز با استفاده از آب‌های گرم، دریاچه نمک، لجن‌درمانی، آفتاب، ماسه و شن و... زیر نظر پزشک در یک برنامه درمانی و مراقبت بهداشتی، فرآیند بهبود خود را سرعت می‌بخشند (اخوان بهبهانی، 1388).

گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه است (Tram, 2006: 65).

گردشگری صحت و تندرستی: مسافرت به دهکده‌های سلامت مناطق دارای چشمه‌های آب گرم معدنی و آب گرم، برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی و در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد را گردشگری تندرستی گویند (گاروود، 2003: 33، رشیدی و همکاران، 1931: 12).

گردشگری درمانی: مسافرت به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی را گردشگری درمانی گویند (همان، 2003: 33).

گردشگری پزشکی: مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را گردشگری پزشکی گویند. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه، نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی (مانند چشمه‌های آب معدنی) باشد (گاروود، 2003: 33، رشیدی و همکاران، 1931: 12).

در طرح جامع اولیه برای افق سال 1370 سرانه پیشنهادی برای کاربری‌های بهداشتی درمانی 1,5 متر مربع در نظر گرفته شده بود که 26.1 درصد از وسعت شهر مشهد را شامل می‌شد. با این حال در سال 1370 سرانه موجود این کاربری در شهر مشهد بالغ بر 0/53 متر مربع بوده است که نشان از عطف تحقق پیشنهادهای ارائه شده در طرح جامع اولیه شهر در خصوص این کاربری دارد. در طرح جامع ثانویه شهر مشهد برای افق طرح، سرانه 1/57 متر مربع تا سال 1395 پیشنهاد شده است. این طرح برای فضای بیمارستان‌های شهر مشهد در افق طرح 156 هکتار زمین در نظر گرفته است که با مساحت وضع موجود آن در مجموع شامل 183 هکتار می‌شود (طرح جامع خازنی، 1370). در یک جمع‌بندی از وضعیت درمانی در شهر مشهد می‌توان گفت: مطالعات انجام شده در خصوص میزان تحقق کاربری بهداشتی درمانی طرح تفصیلی شهر مشهد در وضع موجود بیانگر آن است که در طرح تفصیلی بیش از 272 قطعه بهداشتی درمانی با وسعتی معادل 1678891 مترمربع پیش‌بینی شده که از این میزان در وضع موجود تنها 615713 مترمربع از مجموع کاربری بهداشتی درمانی طرح تفصیلی تحقق پیدا کرده است (رهنما، 1387: 139).

روش انجام تحقیق

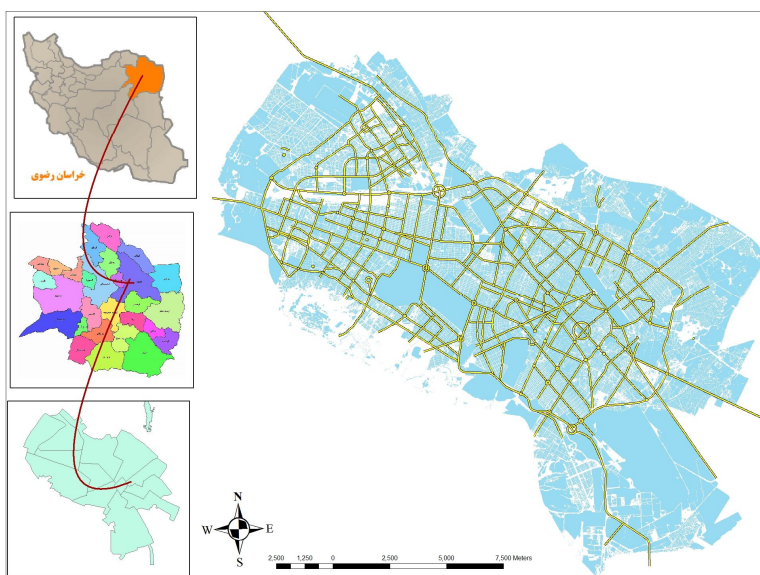
پژوهش حاضر بر اساس هدف، در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار دارد و بر حسب روش پژوهشی توصیفی-تحلیلی است. برای تدوین کلیات و مبانی نظری از روش اسنادی و به منظور تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرهای پژوهش و پاسخ به سوال‌های پژوهش از نرم افزار GIS استفاده شده است و برای تجزیه و تحلیل در دسترس بودن و میانگین نزدیکترین همسایه هر محله به بیمارستان و هتل‌ها و تحلیل خدمات عمومی در این مکان‌ها در واحد محله، بر روی داده‌های پراکنده از فرمول فاصله اقلیدسی استفاده شده، که خروجی محاسبه یک لایه رستری است که شامل فاصله اندازه‌گیری از هر سلول به نزدیکترین منبع در واحد طرح ریزی است.

محدوده مورد مطالعه

منطقه مورد مطالعه در این پژوهش در موقعیت جغرافیایی 36 43 59 شرقی 36 17 45 شمالی است. شکل شماره (1) موقعیت شهر مشهد را نشان می‌دهد. شهر مشهد دومین کلان‌شهر پس از تهران است که جمعیت این شهر در سرشماری سال 1390 براساس مرکز سرشماری ایران 2/766/258 نفر است. دشت مشهد میان دو رشته ارتفاعات هزارمسجد - بینالود کپه داغ در شمال و محور شاه‌جهان در جنوب واقع شده است (طرح جامع مشهد، 1388). عامل اصلی پیدایش و گسترش کلان‌شهر مشهد وجود بارگاه مطهر حضرت رضا (ع) در این دیار بوده که تمام عوامل و

فصلنامه میراث و گردشگری

عناصر توسعه شهری را در درون خود جذب و متمرکز ساخته است که علاوه بر نقش منحصر به فرد مذهبی دارای کارکردهای مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، مدیریتی و گردشگری است (احسان فریمانی، 1391: 112).



شکل شماره 1: نقشه شهر مشهد، (نگارندگان)

بحث و یافته‌های تحقیق

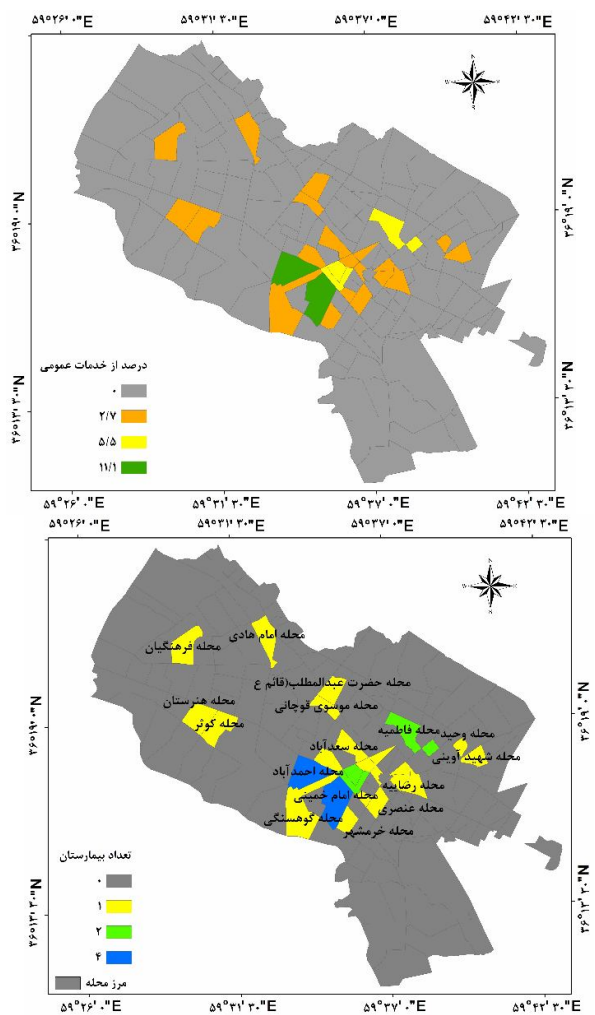
طبقه‌بندی محله‌های شهر مشهد از نظر برخورداری از تسهیلات بیمارستانی، هتل‌ها و خدمات عمومی

باتوجه به شکل شماره (2) می‌توان گفت بهترین دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، متعلق به محله‌های مرکزی شهر مشهد (محله احمدآباد؛ امام خمینی، سعدآباد، فاطمیه) است این در حالی است که هرکدام از محلات احمدآباد و امام خمینی دارای 4 بیمارستان و محله فاطمیه 2 بیمارستان در محدوده خود می‌باشند. در مقابل نواحی پیرامونی محدوده شهر مشهد بویژه محلات حاشیه‌نشین آن دارای کمترین امتیاز دسترسی به بیمارستان‌ها هستند به عبارت دیگر عدم برخورداری بسیاری از محلات شهری از بیمارستان‌ها نشان‌دهنده توزیع نامناسب بیمارستان‌ها در

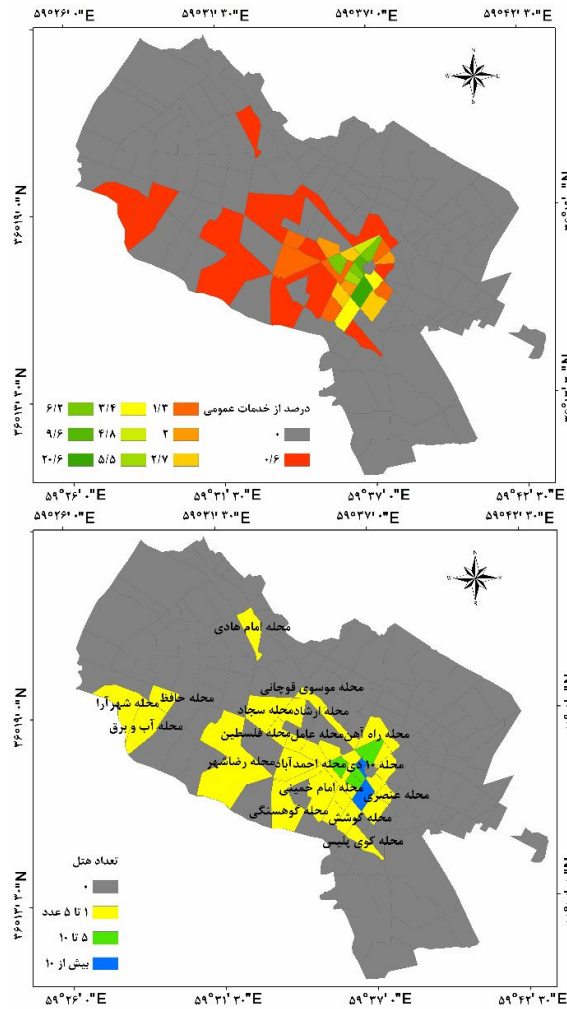
سطح شهر است و عدم توجه به تراکم جمعیت و در دسترس بودن امکانات بهداشتی و درمانی برای شهروندان است.

این در حالی است که پراکندگی بیمارستان‌ها در شهر مشهد به صورت یکنواخت نیست و تراکم این مراکز در بخش‌های مرکزی بسیار زیاد است به طوری که حوزه‌های میانی غربی و مرکزی بیش‌ترین برخورداری از تمامی سطوح از خدمات درمانی و بهداشتی را دارند، و پس از آن‌ها حوزه‌های میانی شرقی، جنوب غربی و شمال غربی قرار دارند. این تراکم نامتوازن باعث خلل و ایجاد مشکل در خدمت‌رسانی این مراکز به ساکنان شهر می‌شود زیرا این مراکز در قسمت‌های مرکزی و میانه غربی همواره با بار ترافیکی شدید همراه است. زیرا ساکنان شهر بخاطر دسترسی به خدمات آن‌ها به این قسمت شهر هجوم می‌آورند. این مراکز در قسمت‌های میانی شهر بار ترافیکی شدیدی را تحمل می‌کنند و مراجعان به این مراکز همواره با این مشکل روبرو می‌باشند. نکته‌ای که در مورد بیمارستان‌های شهر مشهد قابل تامل است، تخصیصی بودن این مراکز در قسمت‌های میانی شهر است که بیشترین تراکم بیمارستان را نیز دارا می‌باشند. ساکنان شهر ترجیح می‌دهند این بیمارستان‌ها در مرکز شهر را جهت استفاده و بهره‌مندی انتخاب کنند، هم‌چنین بسیاری از بیمارستان‌ها در مناطقی از شهر فاصله زیادی از یکدیگر ندارند و در نزدیکی یکدیگر به ساکنان شهر سرویس می‌دهند در صورتی که در قسمت‌های شمال غرب و غرب تنها 4 بیمارستان وجود دارد. با توجه به شکل شماره (3) بیشتر هتل‌های شهر مشهد در حوضه مرکزی و میانی شهر مشهد قرار دارد. این در حالی است که محلات ده دی و عنصری با بیش از 10 هتل و محلات امام خمینی، راه آهن و احمدآباد با 5 تا 10 هتل دارای بیشترین هتل است، هم‌چنین این محلات بین 5,5 تا 20,6 درصد دارای بیشترین خدمات عمومی می‌باشند. این در حالی است که محلات دیگری که هتل‌ها قرار دارند این درصد بین 0,6 تا 3,4 درصد است.

فصلنامه میراث و گردشگری



شکل شماره 2: طبقه‌بندی محله‌های شهر مشهد از نظر برخورداری از تعداد بیمارستان‌ها و خدمات عمومی، (نگارندگان).



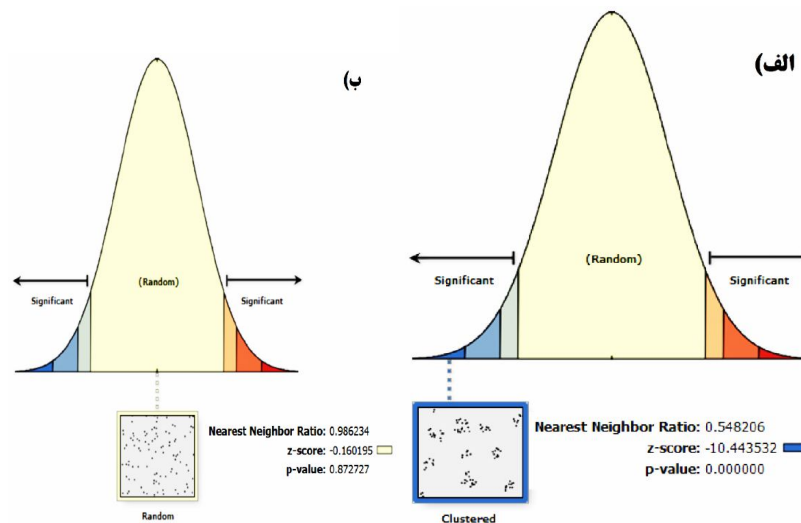
شکل شماره 3: طبقه‌بندی محله های شهر مشهد از نظر برخورداری از تعداد هتل‌ها و خدمات عمومی، (نگارندگان)

نحوه پراکنش بیمارستان‌ها و هتل‌ها در سطح شهر

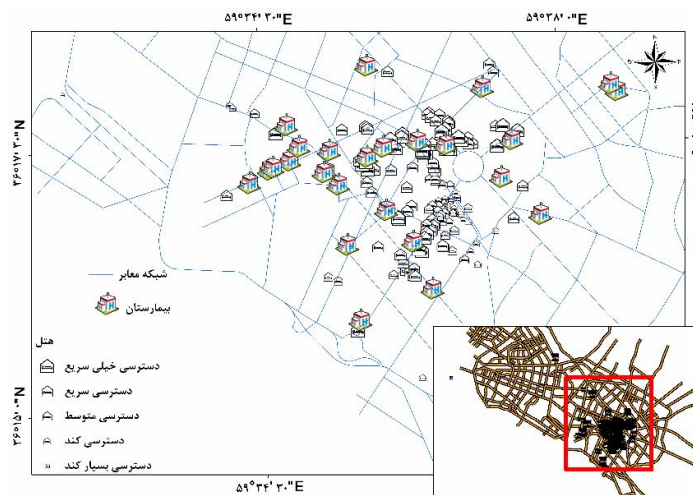
جهت نتایج حاصل از انجام تحلیل میانگین نزدیکترین همسایه بر روی داده‌های پراکنش هتل‌ها در سطح هسته مرکزی شهر مشهد با نسبت نزدیکترین همسایه (NNR) برابر با 0/54 و مقدار امتیاز Z برابر -10/44 نشان می‌دهد که پراکنش هتل‌ها در گستره هسته مرکزی شهر به صورت

فصلنامه میراث و گردشگری

خوشه‌ای بوده و این نتیجه از نظر آماری نیز معنادار بوده است اما نتایج حاصل از این تحلیل بر روی بیمارستان‌های موجود در مشهد نشان‌دهنده توزیع تصادفی بیمارستان‌های با NNR معادل $0/98$ و $-0/16$ برای امتیاز Z است. نتیجه بررسی فاصله هتل‌ها از بیمارستان‌ها در شکل شماره (4) و (5) نشان داده شده است. همان‌طور که از شکل‌ها پیداست هتل‌های نزدیک‌تر و با فاصله کمتر بزرگ‌تر نشان داده شده و هتل‌های دورتر کوچک‌تر، با این حال، الگوی مکانی مشخص شده در این تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد که در توزیع هتل‌ها بحث نزدیکی به بیمارستان چندان مورد توجه نبوده و بیش‌ترین توجه به بحث نزدیک بودن به حرم بوده به طوری که بیشتر در هسته مرکزی به صورت خوشه‌ای با فاصله کمی از یکدیگر قرار دارند. و می‌توان گفت هتل‌های واقع در محلات ده دی، عنصری و امام خمینی با بیش‌ترین درصد هتل و کمترین دسترسی به بیمارستان‌ها را دارا است. اکثر خیابان‌هایی که بیمارستان‌ها و هتل‌ها در آن‌ها قرار دارند دارای بار ترافیکی نامناسب می‌باشند. وجود بار ترافیکی در اطراف این مکان‌ها در زمان بحران مشکلات زیادی را بوجود می‌آورد. در حالی که تمرکز شدید بیمارستان‌ها و هتل‌ها در بافت مرکزی با بار ترافیکی بالا و حضور مراجعین از تمام نقاط شهر به مرکز به بار ترافیکی این مراکز می‌افزاید.



شکل شماره 4: نحوه پراکنش بیمارستان‌ها و هتل‌ها در سطح شهر بر اساس شاخص NNR ، (نگارندگان)



شکل شماره (5) نحوه دسترسی بیمارستان‌ها و هتل‌ها به یکدیگر، (نگارندگان)

نتیجه‌گیری

امروز با تخصصی‌شدن گردشگری و تنوع در این بخش و روبروه با گردشگران حرفه‌ای، ضرورت نوجه به ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و... در این مبحث اهمیت قابل‌ملاحظه‌ای دارد، که یکی از روجه-رشدترین انواع گردشگری، گردشگری سلامت است که بیشتر این افراد به دنبال تقویت جسم و روان و استفاده از امکانات بهداشتی- سلامتی می‌باشند. با توجه به نتایج حاصل از کاربرد مدل دسترسی هتل‌ها به خدمات بهداشتی درمانی در شهر مشهد نشان می‌دهد که تراکم بالایی از این خدمات در حوزة‌های مرکزی شهر قابل مشاهده است. در این خصوص، می‌توان گفت که انطباقی بین پراکنش هتل‌ها و بیمارستان‌ها و توزیع خدمات عمومی در شهر مشهد وجود ندارد. مطالعه نشان می‌دهد که محلات شهر مشهد از نظر برخورداری به خدمات بهداشتی درمانی وضعیت نامناسبی دارند. نابرابری در خدمات بهداشت عمومی در سراسر شهر مشهد با استفاده از روش‌های مختلف GIS اندازه‌گیری شد. این روش‌ها فرصتی را برای پرداختن به تغییر فضایی عدالت در دسترسی به مراکز بهداشت عمومی در سطح منطقه را فراهم کرد. این مطالعه به طور قابل توجهی در زمینه توزیع و ارائه تسهیلات بهداشتی و مهم‌تر از آن به نابرابری در دسترسی بودن خدمات است. یافته‌های این تحقیق به وضوح نشان داد که الگوی خوشه‌ای از توزیع تسهیلات بهداشتی عمومی وجود دارد. چندین منطقه از مراکز بهداشت عمومی محروم هستند. به گونه‌ای که وضعیت مناطق حاشیه‌نشین شهر مشهد (محلات واقع در شرق و شمال شرق مشهد) و دسترسی آن‌ها به

فصلنامه میراث و گردشگری

خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با سایر محلات وضعیت نامناسب‌تری را در خصوص بهره‌مندی از شاخص‌های بهداشتی درمانی دارند. این امر حاکی از تفاوت موجود بین محلات شهر است. به‌طوری‌که محلات امام خمینی، احمدآباد و فاطمیه دارای بیشترین بیمارستان و خدمات عمومی می‌باشند. کمبود مراقبت‌های بهداشتی عمومی، قطعاً زمان مسافرت و فاصله‌ی دسترسی به کلینیک بهداشتی را افزایش می‌دهد. بنابراین ضروری است که طرح سلامت و بهداشت عمومی مطابق با زمان دسترسی و فاصله جغرافیایی تهیه شود و مراکز جدید بهداشتی درمانی با کارکرد-های متفاوت ایجاد شود تا از بار ترافیکی و تک‌هسته‌ای بودن شهر مشهد از نظر خدمات درمانی و بهداشتی کاسته شود. می‌توان گفت محدودیت این مطالعه، فقدان داده‌های توصیفی و آماری در بیماران بستری بیمارستان، پزشکان و در جمعیت پرستاران در سطح منطقه است. در خصوص پراکنش هتل‌ها در شهر که به صورت خوشه‌ای و پراکنش بیمارستان‌ها در شهر مشهد به صورت تصادفی است، به صورتی که این موضوع باعث تفاوت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی را سبب شده است که این خود یکی از ضعف‌های گردشگری سلامت در شهر مشهد است. بنابراین با توجه به اثرگذاری گردشگری سلامت و وجود توانمندی‌های شهر مشهد از جمله وجود مرقد امام رضا(ع) پیشنهادهای زیر ارئه می‌شود؛

- ایجاد و استقرار درمانگاه و داروخانه شبانه‌روزی و ایجاد حداقل دو بیمارستان در محلات حاشیه‌ای شهر در میان‌مدت می‌توان به عدالت اجتماعی در خدمات درمانی و بهداشتی در آن محلات دست یافت.
- تشویق مراکز درمانی شهر مشهد به اخذ استانداردهای جهانی گردشگری سلامت و ارتقا شاخص‌های سلامت
- تعریف نقش شهر مشهد و ایجاد یک برند گردشگری سلامت در ایران
- همکاری و مشارکت بین تمام ارگان‌های دولتی و خصوصی و ایجاد یک سازمان برای حمایت از توسعه گردشگری سلامت در استان خراسان رضوی
- تسهیل در صدور ویزا و آموزش حرفه‌ای به منظور تأمین نیروی انسانی و تبلیغات در این زمینه

منابع

- احسانی فریمانی، علی، 1391، طراحی مجموعه چند عملکردی در مشهد (به سوی پیوند اجتماعی مناطق شهری)، پایان نامه کارشناسی ارشد طراحی شهری، دانشگاه شیراز
- اسماعیلی، رضا، صابر حقیقت، اکرم، ملبوسی، الف چابهار، شراره (1389) ارزیابی شرایط اقلیم آسایشی بندر در جهت توسعه گردشگری، مجموعه مقالات چهارمین کنگره جغرافی اسلام، 156-164
- ابراهیم زاده، عیسی. تقی زاده، 1393. مطالعه مقایسه توریسم سلامت بالقوه در ایران و شبه قاره هند،
- اسدی بشنی، ا. 1389. نگاهی به درآمدزایی از صنعت توریسم: گردشگری سلامت و شاهراه سودآوری. ایران، شماره 4493.
- اسدی بشنی، ا. 1389، نگاهی به درآمدزایی از صنعت توریسم: گردشگری سلامت و شاهراه سودآوری. ایران، شماره 4493
- اخوان بهبهانی، ع. 1388. نگاهی به جایگاه گردشگری درمانی در کشور: سفر برای سلامت. جام جم، شماره 2758.
- اسفندیاری قلعه زو، مریم، کاظمی، مصطفی، 1394، رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در شهر مشهد با استفاده از تکنیک دیماتل، اولین کنفرانس بین‌المللی هنر، صنایع دستی و گردشگری
- توانگر، معصومه، ملکی، سعید، 1395، بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت مشهد از منظر بیماران خارجی، مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، سال دوم، شماره 2
- عربشاهی کریزی، احمد، آریان فر، مرتضی، 1391، بررسی جایگاه چشمه‌های آب گرم و معدنی در توسعه توریسم درمانی در ایران، فصلنامه فضای گردشگری، سال چهارم، شماره 13
- خوارزمی، امیر علی، رهنما، محمد رحیم، جوان، جعفر، اجزا شکوهی، محمد 1395؛ عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره 8
- طالبی زاده، 1387 توریسم درمانی در کویر لوت. حیات نو، شماره 612
- طرح توسعه عمران (طرح جامع) مشهد، 1370
- فرهنگی، علی اکبر؛ کروی، مهدی و صادق وزیری، فراز، 1394؛ نظریه داده بنیاد کلاسیک: شرح مراحل تولید نظریه مرکز ثقلی هویت برند توریسم سلامت ایران، نشریه علمی پژوهشی مدیریت بازرگانی، دوره 7، 145_162
- فعلی، محمد. احمدی، سجاد، حاتمی نژاد، حسین، 1391، مکان‌یابی مراکز بهداشتی- درمانی با استفاده از GIS نمونه موردی شهر شیراز، مشهد، چهارمین کنفرانس مدیریت و برنامه ریزی شهری
- رشیدی، م.، رامشت، م.، سیف، ع. و خوشحال دستجردی، ج. 1391 گردشگری سلامت در ایران) باتاکید بر رتبه‌بندی خواص درمانی چشمه‌های منتخب استان اردبیل (مجله سلامت و بهداشت اردبیل، دوره سوم، شماره اول، بهار

فصلنامه میراث و گردشگری

- رهنما، محمد رحیم، 1387؛ پژوهش‌هایی پیرامون طرح تفصیلی شهر با تاکید بر کاربری‌های آموزشی، بهداشتی، درمانی، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد
- زارعی، عظیم، آذر عادل، رضایی زاده، مصطفی، 1395، سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت، مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال پنجم، شماره 18
- کریمی، غلامحسین، 1394؛ بررسی راهکارهای توسعه سلامت گردشگری. ماهنامه گشت و گذار، ویژه گردشگری سلامت، سال 9، شماره 50، صص 34
- گل شیری اصفهانی، زهرا. رکن الدین افتخاری، عبدالرضا، پور طاهری، مهدی، 1393، تبیین چرخه ی الگوی توسعه ی گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران باتکید بر چشمه‌های آب گرم، مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، سال سوم، شماره 11
- گزارش امور زائران خارجی آستان قدس رضوی مشهد 1393
- سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، 1388
- موحد، (1386)؛ گردشگری اسلامی، تهران، انتشارات سمت
- مایوان، رمضانعلی. پاکروان نوخندان، حمیرا، 1392، شناسایی و آنالیز گردشگری سلامت در ایران با روش سوات، اولین همایش ملی مدیریت گردشگری، طبیعت‌گردی و جغرافیا

- Crompton, J(1979), Motivations for Pleasure Vacation, Annals of Tourism Research, NO.2, 52-5
- Cesar,T,&Lockwood,M.(2008), Social impactsof tourism: an Australian regional case study:International. Journal of Tourism Research, 10(4), 365- 37
- Jiang,J,Havitz, M. & O, Briem , R. M(2000), Validating the International tourist Role scale. Annals of tourism Rersearch, vol.24(4).365-378
- Holjevac A.I.(2003), "A Vision Of Tourism and the Hotel Industry in the 21s.t. Century", Hospitality management, Vol(22) 129– 134.
- 31-Hill,T, & Westbrook, R.(1997), SWOT analysis: It's time for a product recall. Long Range Planning, 30(1) 46-52
- Kajanus, M.(2000), A model for creating innovative strategies for an enterprise and its application to a rural enterprise. Management Decision, 38(10). 711-722,
- KO. D.W & Stewart. W.f(2002)A Strufetural equation model of Residents", Attitudes for Tourism Development: Tourism Management, 23(5). 521-530
- Lankford, s.v. & Howard, D. A(1994), Developing a Tourism Impacts Attitude Scale. Annals of Tourism Research , vol.21, No.1: 121-39
- Mohsin, A(2005), Tourist Attitudes and Destination Marketing the case of and Malaysia.Tourrism Management, 26(5),723– 732
- Regidor, R(2009), Impacts of music festivals on tourists' destination image and local community Case Study: Womad and Contempoprane Festivals in Extremadura(Spain):M.A. European Tourism Management, Bournemouth University.
- Richard,G(2007), Cultural Tourism:Global and Local Perspectives, Haworth Press, Binghamton, New York.

- 38-Santos, Maria da Grace Mougá POCAS(2004), Fatina: Religious in Sanctuary City, www.bibemp2.us.es.
- Timothy, Dallen J and Wall , G(1995), Tourist Accommodation in an Asian Historic City, the Journal of Tourism Studies, Vol(6) No(2), 63-73
- Thomas,L,Wheelen,J,DavidHunger,W(1995), Strategic management and business policy(5th Ed.). Reading, MA: Addison-Wesley