



Measuring the Sense of Medical Justice towards Health Tourists Visiting Mashhad Hospitals, Iran



Seyyed Mahdi Seyyedzadeh Sani¹, Alireza Moshirahmadi^{1*} 

¹ Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

*Correspondence to: Alireza Moshirahmadi, Email: Moshir.alireza@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: August 10, 2021

Accepted: November 14, 2021

Online Published: December 6, 2021

Keywords:

Medical justice
Sense of justice
Medical tourism

HIGHLIGHTS

1. Comprehensive and quality health care will enable many health tourists, while restoring health and gaining satisfaction, to be a preacher for others.
2. In terms of gender, there is no significant difference between men and women in perceiving a sense of justice regarding the three indicators (treatment, facility and communication).

ABSTRACT

Introduction: The existence of justice is one of the most important issues in medical practice. This study aimed to investigate the feeling of medical justice among health tourists visiting Mashhad hospitals.

Methods: The method of present research is descriptive-analytical. The research population included 202 medical tourists hospitalized in Mashhad hospitals in 2019. The data collection method employing a researcher-made questionnaire included 39 questions that evaluated three service indicators, interactive, and medical. Data analysis was performed using 24 SPSS software.

Results: The results indicate an understanding of the sense of justice within health tourists. Among the three indicators investigated, the index of treatment with an average of 4.18% has the highest sense of justice among tourists. Service and interactive indicators are also ranked next with an average of 4.08% and 3.87%, respectively.

Conclusion: Health tourists visiting Mashhad hospitals did not conceive the feeling of significant discrimination against Iranian patients. However, the description of how to deal with possible negligence and how to compensate for it, along with reducing the delay in providing services, are components to which paying more attention can lead to a higher level of satisfaction among health tourists.

How to cite: Seyyedzadeh Sani SM, Moshirahmadi A. Measuring the sense of medical justice towards health tourists visiting Mashhad hospitals, Iran. Iran J Forensic Med. 2021;27(3):182-90.



پیمایش احساس عدالت پزشکی نسبت به گردشگران سلامت مراجعه کننده به بیمارستان های مشهد

سیدمهدی سیدزاده ثانی^۱، علیرضا مشیراحمدی^{۱*}

^۱ گروه حقوق جزا و جرم شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا مشیراحمدی، پست الکترونیک: Moshir.alireza@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اجرای عدالت یکی از مهم ترین موضوعات در زمینه اقدامات پزشکی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی احساس عدالت پزشکی در بین گردشگران سلامت مراجعه کننده به بیمارستان های مشهد صورت پذیرفت.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل ۲۰۲ گردشگر پزشکی در دسترس بستری در بیمارستان های مشهد در سال ۱۳۹۸ بود. روش جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته ۳۹ سوالی بوده که ۳ شاخص خدماتی، تعاملی و پزشکی را مورد ارزیابی قرار داده است. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 24 صورت گرفت. **یافته ها:** نتایج به دست آمده مبین درک احساس عدالت در میان گردشگران سلامت است. از میان ۳ شاخص مورد بررسی، شاخص درمانی با میانگین ۴/۱۸ درصد بالاترین احساس عدالت را در میان گردشگران به خود اختصاص داده است. شاخص های خدماتی و تعاملی نیز به ترتیب با میانگین ۴/۰۸ درصد و ۳/۸۷ درصد در رتبه های بعدی جای گرفته اند.

نتیجه گیری: گردشگران سلامت مراجعه کننده به بیمارستان های مشهد، احساس تبعیض محسوس نسبت به بیماران ایرانی درک نکرده اند. هرچند تشریح شیوه رسیدگی به قصور احتمالی و نحوه جبران آن در کنار کاهش تاخیر در ارائه خدمت، مولفه هایی هستند که توجه بیشتر به آنها می تواند احساس رضایت بالاتری را در میان گردشگران سلامت به دنبال داشته باشد.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

دریافت:

۱۴۰۰/۰۵/۱۸

پذیرش:

۱۴۰۰/۰۸/۲۳

انتشار بر خط:

۱۴۰۰/۰۹/۱۵

واژگان کلیدی:

عدالت پزشکی

احساس عدالت

گردشگری پزشکی

نکات ویژه

۱. مراقبت های بهداشتی جامع و باکیفیت این امکان را فراهم خواهد آورد تا بسیاری از گردشگران سلامت، ضمن بازیابی سلامت و کسب رضایتمندی مبلّغی نیز برای دیگران باشند.
۲. از نظر جنسیت تفاوت معنا داری میان خانم ها و آقایان در ادراک احساس عدالت در خصوص ۳ شاخص (درمانی، تسهیلاتی و ارتباطی) وجود ندارد.

مقدمه

تندرستی و سلامت از اساسی ترین حقوق آدمیان است. بنابراین هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را دارا بوده و عملاً هیچ شخصی از آن محروم نشود [۱]. از این رو ضروری است تا عوامل تهدید کننده سلامت نسبت به همه کاهش یافته، در صورت حدوث بیماری، خدمات شایسته و متناسب به همگان ارائه شده و کوشش شود تا تمامی انسان ها از سلامت برخوردار باشند. پیشتر بحث سلامتی محدود به مرزهای یک کشور بود، اما با توسعه صنعت توریسم و به تبع آن ارائه خدمات درمانی به گردشگران، سلامت به مقوله ای فرامرزی و جهانی بدل شد. امروزه افزایش تقاضای خدمات

درمانی، پدیده ای جهانی است. به واقع کشورهای واجد جاذبه های فرهنگی، اقلیمی، تاریخی و طبیعی از این طرق مبادرت به جذب توریسم کرده و سهم قابل توجهی از درآمدهای یک کشور از چنین راهی تامین می شود [۲]. تغییرات جمعیت شناسی به خصوص روند رو به رشد پیری و نیاز سالخورده گان برای دریافت خدمات پزشکی بیشتر، همراه با تغییر اپیدمیولوژیک، یعنی افزایش ظهور بیماری های مزمن و نوظهور، ضرورت دسترسی به خدمات درمانی بیشتر و بهتر را سبب می شود. انتظار دریافت بسته های درمانی باکیفیت تر، تسریع و سهولت در درمان، فزونی هزینه های خدمات درمانی در کشور مبدا به همراه در دسترس بودن گزینه های ارزان تر در کشورهای در حال توسعه،

متقاضیان دریافت‌کننده مراقبت‌های پزشکی را برای اعزام به کشورهای پذیرنده ترغیب کرده و هریک به‌نوعی در شکل‌گیری پدیده گردشگری سلامت نقش‌آفرین هستند [۳]. به منظور درک «اجرای عدالت در گردشگری سلامت»، ابتدا باید تعریف کنیم که «سلامتی» چیست؟ اگرچه تعاریف بدوی سلامت تنها مشمول سلامت جسمی و روانی می‌شد، اما با ارتقای این مفهوم، رفاه و آرامش اجتماعی نیز مورد توجه قرار گرفت. امروزه اتفاق نظر کارشناسان حوزه بهداشت بر آن قرار گرفته که تنها فقدان بیماری را نباید به معنای سلامت تعبیر کرد، بلکه دارا بودن کامل رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که تندرستی نامیده می‌شود [۴]. باید پذیرفت که چنین تعریفی متناسب با ماهیت گسترده بازار گردشگری سلامت است زیرا نه‌تنها موضوع بهبودی از بیماری را در بر می‌گیرد، بلکه کل طیف مسائل بهداشتی و درمانی از بیماری گرفته تا نائل آمدن به سلامتی و علائم درمانی و پیشگیرانه را نیز شامل می‌شود.

با این تفاسیر فلسفه یک نظام سلامت را باید ایجاد و توسعه هر چه بیشتر تندرستی دانست که عدالت یکی از معیارهای سنجش آن است. به‌طوری که سازمان بهداشت جهانی اساسی‌ترین اهداف ساختار بهداشت و درمان را مطلوبیت خدمات و عادلانه بودن آن دانسته است. در نظام سلامت، عدالت در ۲ محور افقی و عمودی مورد بحث قرار می‌گیرد [۵]. برابری خدمات در مقابل برابری نیازها دربردارنده مفهوم عدالت افقی است، اما مقصود از عدالت عمودی، دریافت حمایت‌ها و خدمات بالاتر در مواجهه با نیازهای بیشتر است. پیاده‌سازی چنین مفاهیمی در حوزه گردشگری سلامت چنین خواهد بود که اولاً گردشگر سلامت از خدمات مشابه بیماران کشور پذیرنده برخوردار باشند (عدالت افقی) و درصورت نیاز، علاوه بر خدمات عادی مشمول خدمات بیشتر نیز شوند (عدالت عمودی). به واقع گردشگر پزشکی پس از بررسی و رایزنی با مراکز درمانی انتظار دارد تا خدمت پیشنهادی را همان‌گونه که شرح داده شده دریافت کند. همچنین باتوجه به بیگانه بودن گردشگر نسبت به نظام سلامت کشور میزبان و فقدان امکان برقراری تعامل صحیح با کادر درمانی، دسترسی به اموری از قبیل مترجم، توجه به نیازهای فرهنگی و... نیز در این‌جا ضرورت می‌یابد.

اینک سوال بعدی آن است که عدالت چیست؟ از یک‌سو این‌گونه بیان شده که آنچه از نظر مردم خوب و درست است،

عادلانه خوانده می‌شود. بنابراین تمام عواملی که در شکل‌گیری اخلاق اجتماعی یک ملت اثرگذار هستند در ایجاد عدالت نیز نقش‌آفرین خواهند بود. با این وجود صرف رفتار صحیح و اخلاقی را نباید به معنای عادلانه بودن آن رفتار دانست، زیرا اخلاقیات فقط بخشی از عدالت بوده و تمام آن نیست. از سویی دیگر زمینه و جلوه‌های ظهور اصل عدالت متعدد است. به‌عنوان مثال عدالت قضایی، عدالت اجتماعی، عدالت آموزشی، عدالت پزشکی-درمانی و... اگرچه مفهوم عدالت در هریک از این مصادیق ثابت است اما معیار سنجش و ارزیابی وجود یا نبود آن متفاوت خواهد بود. آنچه در این پژوهش به دنبال ارزیابی آن هستیم، چگونگی تحقق اصل عدالت در ارائه خدمات پزشکی به گردشگران سلامت است.

مروری بر تحقیقات صورت گرفته مرتبط با گردشگری سلامت روشن می‌سازد که محور این پژوهش‌ها را می‌توان در ۴ زمینه طبقه‌بندی کرد. نخستین زمینه که اهم پژوهش‌های انجام شده را در بر می‌گیرد، موضوع عوامل موثر بر تصمیم‌گیری و رضایمندی گردشگران است. اسمیت و فرجینو در سال ۲۰۰۷ مدلی دو مرحله‌ای را گسترش دادند که عوامل تاثیرگذار بر تصمیم‌گیری بیماران به‌منظور جستجوی خدمات درمانی در خارج از کشور را تشریح می‌کرد. نتیجه بررسی‌های آنان مشخص کرد که هیچ عاملی به تنهایی بر انتخاب بیماران اثر نمی‌گذارد [۶]. هیونگ و همکاران عوامل موثر در عرضه و تقاضا را نسبت به گردشگری سلامت مورد بررسی قرار دادند [۷].

بررسی‌های هادی‌زاده مقدم و همکارانش در سال ۱۳۹۲ نشان داد که هزینه‌های درمانی، طول مدت انتظار، تنوع درمانی، تجهیزات و امکانات پزشکی و عوامل جامعه‌شناختی مهم‌ترین انگیزه ورود بیماران خارجی به ایران بوده اما کیفیت خدمات، شرایط سیاسی و امنیتی، سهولت سفر و جاذبه‌های گردشگری اثر معناداری در این زمینه ندارند [۸]. نتیجه پژوهش گودرزی (۱۳۹۳) بیان داشت که شاخص‌هایی چون کیفیت خدمات درمانی و گردشگری، فرهنگ، امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری و فناوری اطلاعات، رابطه‌ای مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارند [۹]. پژوهش معبودی و حکیمی (۱۳۹۴) منابع پزشکی و ارتقای بازاریابی را به عنوان مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی معرفی کرد [۱۰]. عنابستانی نیز در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی اشاره داشت که میزان کیفیت خدمات درمانی بیشترین تاثیر را بر انتخاب مقصد

ارزیابی موانع گردشگری سلامت را به‌عنوان چهارمین موضوع در این زمینه می‌توان مطرح کرد. زاهدیان‌نژاد (۱۳۹۱) بر اساس مدل الماس ملی پورتر به طبقه‌بندی بازدارنده‌ها گردشگری سلامت پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد به ترتیب شاخص‌های دولت، عوامل اولیه، استراتژی، ساختار، رقابت، صنایع وابسته و پشتیبان و شرایط تقاضا بیشترین موانع را در توریسم درمانی ایجاد می‌کنند [۱۹]. جعفرنژاد (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود که به‌ارزیابی و سطح‌بندی پتانسیل‌های گردشگری شهرستان‌های استان خراسان رضوی پرداخته، توزیع نامتناسب و نامتعادل خدمات و تاسیسات گردشگری را به‌عنوان مهم‌ترین مانع در زمینه گردشگری سلامت مطرح کرده است [۲۰].

باتوجه به موارد مذکور روشن می‌شود که اگرچه برخی از شاخص‌ها (هزینه، کیفیت خدمات و زیرساخت‌ها) به‌طور ضمنی می‌توانند در ارزیابی عدالت درمانی نیز مدنظر قرار گیرند اما پژوهش مستقلی در زمینه سنجش عدالت پزشکی نسبت به گردشگران سلامت انجام نشده است. از آنجا که ترویج حداکثری سلامت و دوری‌گزینی از تبعیض در ارائه خدمات، مهم‌ترین فلسفه شکل‌گیری نظام‌های درمانی است، عدالت در مراقبت‌های سلامت را می‌توان در مفهوم به حداقل رساندن تفاوت‌ها در ارائه خدمات درمانی به افراد و گروه‌های مختلف تعریف کرد. توزیع مناسب منابع، پاسخگویی مبتنی بر منافع بیمار، سهولت در دسترسی به امکانات، پذیرش مسئولیت ناشی از قصور و نتایج نامطلوب و رعایت مساوات در ارائه خدمات، اهم جلوه‌های عدالت درمان است. باتوجه به قابلیت و ظرفیت‌های موجود کشورمان که سبب بسط و گسترش ورود گردشگران سلامت به ایران شده، لازم است علاوه بر تمرکز بر توسعه زیرساخت‌ها، جنبه‌های حقوقی و حمایتی از این قشر نیز مدنظر قرار گیرد. باتوجه به آنکه خصوصیت بارز پدیده گردشگری سلامت، تمرکز به مباحث اقتصادی و اشتغال‌زایی است، می‌توان گفت کیفیت و چگونگی ارائه خدمات به گردشگران سلامت به نوعی تحت‌الشعاع قرار گرفته و از اهمیت آن کاسته شده است.

روش بررسی

پژوهش پیش رو از نظر هدف «کاربردی» و از نظر ماهیت

برای درمان از سوی گردشگران پزشکی دارد [۱۱]. یافته‌های پژوهش محبی و همکارانش (۱۳۹۶) نیز موید تأثیر مثبت و مستقیم کیفیت درک‌شده خدمات نسبت به رضایت گردشگران سلامت، اثر مثبت رضایت گردشگران سلامت به اعتماد به مراکز درمانی و کارکنان آن و اثر اعتماد گردشگران سلامت به مراکز درمانی و کارکنان آن مراکز، نسبت به بازگشت مجدد آنها به ایران است [۱۲]. توجه بیش از پیش به رقابت در زمینه توسعه خدمات و تسهیلات پزشکی (رنجنوش و همکارانش در سال ۱۳۹۵)، [۱۳] ایجاد باورهای مثبت در زمینه گردشگری با بهره‌گیری از ابزارهای بازاریابی اجتماعی (زارعی و همکاران سال ۱۳۹۵) [۱۴] و هزینه، تکنولوژی پیشرفته، خدمات دارای کیفیت بالا و دارا بودن مجوز رسمی به‌عنوان انگیزه‌های اصلی گردشگران قابل اشاره هستند.

زمینه دوم موضوع عوامل موثر در ارتقای سلامت گردشگری است. فتسچرین و استفانو (۲۰۱۶) در پژوهشی به ارزیابی تأثیر شاخص‌هایی چون جغرافیای یک کشور، مقاصد گردشگری، هزینه گردشگری پزشکی و خدمات و امکانات پزشکی پرداختند [۱۵]. قرشی و همکاران (۲۰۱۷) به مطالعه رابطه بین گردشگری پایدار، انرژی، سلامت و ثروت در ۳۷ کشور گردشگری توریستی که بیش از ۸۰ مرکز بین‌المللی گردشگری را پوشش می‌دادند، پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که گردشگری سلامت رابطه‌ای مثبت با تقاضای انرژی، هزینه‌های بهداشتی، درآمد سرانه و ورود سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی دارد [۱۶]. قاسمی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی با بررسی عوامل هزینه، کیفیت، شرایط مقصد و زیرساخت‌ها به این نتیجه رسیدند که دو مولفه کیفیت و زیرساخت‌ها بیشترین تأثیر را در ارتقای گردشگری سلامت دارند [۱۷].

ارائه خدمات گردشگری سلامت از طریق اینترنت زمینه سوم قابل اشاره در این خصوص است. در پژوهش مقوی و همکاران (۲۰۱۷) به ارزیابی سایت‌های بیمارستان‌های خصوصی در ۳ کشور آسیایی رقیب (هند، مالزی و تایلند) به منظور ارتقای گردشگری پزشکی پرداخته است. اطلاعات و امکانات بیمارستان، پذیرش و خدمات پزشکی، خدمات آنلاین تعاملی، فعالیت‌های خارجی و موارد فنی ۵ عاملی است که در این پژوهش مورد تحلیل قرار گرفته و این‌گونه بیان شده که پیشرفت در این زمینه نیازمند بهبود حضور و تعامل بیشتر مدیران است [۱۸].

یافته‌ها

شاخص‌های اصلی پژوهش حاضر به منظور بررسی ادراک احساس عدالت در ۳ دسته تعریف شدند. نخست عوامل مرتبط با احساس عدالت در خصوص دریافت خدمات و تسهیلات، دوم عوامل مرتبط با احساس عدالت نسبت به برقرای تعامل و کیفیت ارتباطات و سوم عوامل مرتبط با احساس عدالت در ارتباط با اقدامات پزشکی و درمانی نسبت به گردشگران سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان حاکی از آن است که ۶۰ نفر از بیماران زن (۲۹/۷ درصد) و ۱۴۲ نفر آنان (۷۰/۳ درصد) مرد بوده‌اند. پایین‌ترین سن در میان گردشگران سلامت ۱۱، بالاترین ۶۹ و بیشترین فراوانی ۵۲ سال بوده است. ۷۶ نفر (۳۷/۶ درصد) بیماران برای نخستین بار، ۷۸ نفر آنان (۳۸/۶ درصد) برای ۲ بار، ۲۵ نفرشان (۱۲/۴ درصد) برای دفعه سوم و ۲۳ نفرشان (۱۱/۴ درصد) بیش از ۳ بار برای دریافت خدمات پزشکی به مشهد مراجعه داشته‌اند.

تشریح چگونگی رسیدگی به شکایت مربوط به قصور پزشکی و نحوه جبران خسارت ناشی از آن به ترتیب با میانگین ۳۹/۶ درصد و ۴۵ درصد کمترین رضایت را در بین گردشگران سلامت به دنبال داشته است. همکاری در ترجمه و ارتباط با کادر درمانی نیز با ۷۵/۷ درصد بیشترین احساس اجرای عدالت را در میان بیماران ایجاد کرده است. ۷۴/۲ درصد از بیماران کیفیت دریافت خدمات را نسبت به بیماران ایرانی بهتر ارزیابی کرده‌اند. ۹۴/۱ درصد آنان نیز برداشت اولیه‌شان از کیفیت خدمات دریافتی با آنچه در واقعیت درک کرده‌اند مطابقت داشته است. ۹۴/۵ درصد گردشگران سلامت معتقد بودند که تعرفه‌های اعلامی به صورت شفاف بیان شده است. ۹۳/۶ درصد نیز عقیده داشتند که هزینه‌های اخذ شده با هزینه اعلامی مطابقت دارد. همچنین ۶۶ درصد بیماران ملیت خود را موثر در دریافت خدمات بهتر فرض نکرده‌اند.

در مجموع بیشترین تقاضای دریافت درمان پزشکی با ۳۰/۷ درصد مربوط به جراحی و کمترین آن با ۰/۵ درصد مربوط به عمل زیبایی بوده است. سایر تقاضای خدمات درمانی به ترتیب فراوانی شامل ارتوپدی با ۱۶/۱ درصد، بیماری‌های داخلی با ۱۲/۶ درصد، دندان‌پزشکی، سایر موارد درمانی با ۱۱/۱ درصد، طب سنتی ۹/۵ درصد و چشم‌پزشکی ۸/۵ درصد بوده است. بالاترین

«تحلیلی و مقععی» است. این مطالعه در سال ۱۳۹۸ و به منظور بررسی احساس ادراک عدالت در ارائه خدمات پزشکی به گردشگران سلامت انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را گردشگران سلامت مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های مشهد تشکیل داده‌اند. برای گردآوری اطلاعات از روش نمونه‌گیری استفاده شد. روش نمونه‌گیری در این پیمایش به صورت تصادفی ساده انجام گرفته، با این توضیح که با انتخاب عددی تصادفی و رجوع به لیست بیماران بستری شده، حجم نمونه مشخص شد که شامل ۲۰۲ نفر از گردشگران است.

جمع‌آوری اطلاعات با ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه محقق‌ساخته با مقیاس پاسخگویی ۵ طیفی لیکرت به انجام رسیده است. این ابزار پژوهش به دلیل بدیع بودن موضوع پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. به تعبیری دیگر، تا پیش از انجام این پژوهش، پیمایشی در راستای عدالت‌سنجی نسبت به گردشگران سلامت به انجام نرسیده بود. بنابراین بدیهی است که پرسشنامه‌هایی نیز در این خصوص در دسترس قرار نداشته باشد. مقیاس اطلاعات در پرسشنامه مقیاس پنج رتبه‌ای است. با این توضیح که خیلی زیاد برابر ۵، زیاد برابر ۴، کم برابر ۳، خیلی کم برابر ۲ و هرگز معادل ۱ حساب شده‌اند. پرسشنامه حاوی ۳۹ گویه بود که با هدف بررسی ۳ متغیر دریافت تسهیلات (۱۱ سوال)، کیفیت ارتباطات (۱۶ سوال) و دریافت خدمات درمانی-پزشکی (۱۲ سوال) تنظیم شده‌اند. روایی پرسش‌ها پس از مذاکره و دریافت نظرات و ارشاد اساتید و کارشناسان حوزه پزشکی، حقوق و علوم اجتماعی بر پایه فرضیات پژوهش و رابطه معیارها و پس از بررسی نتایج و رفع ایرادات برای اجرا، مورد استفاده قرار گرفته است. به منظور سنجش پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. نتیجه به دست آمده گویای ضریب ۰/۸۵۹ بود که نشان‌دهنده پایایی بالا و ثبات درونی پرسشنامه است. پس از تایید پرسشنامه و اخذ مجوز و تاییدیه اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، توزیع آن با همکاری رابطان و مترجمان بیمارستان‌ها در میان گروه هدف به انجام رسید. پس از گردآوری اطلاعات و به منظور تحلیل رابطه میان متغیرها نیز از روش تحلیل آمار توصیفی-استنباطی نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴، آزمون T و آزمون فریدمن بهره گرفته شده است.

در زمینه درمان وجود ندارد. $T(df=200)=0.51, p>0.01$. میانگین آقایان برابر $(2,05)$ و برای خانم‌ها برابر $(2,01)$ است. این آماره درخصوص شاخص ارتباطی عبارت از $F=0,21$ بوده و سطح معناداری متناظر با آن بزرگ‌تر از $(P>0,05)$ است. بنابراین فرض یکنواختی واریانس‌ها را نمی‌توان رد کرد و امکان انجام آزمون t با فرض واریانس‌های یکسان برای آزمون صفر یعنی تساوی میانگین‌ها وجود دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمونه‌های آقا و خانم در ادراک عدالت در برقراری ارتباط وجود ندارد. $T(df=200)=-0.41, p>0.01$. میانگین آقایان برابر $(2,01)$ و برای خانم‌ها برابر $(2,04)$ است. آماره لون مرتبط با شاخص دریافت خدمات عبارت از $F=0,36$ بوده و سطح معناداری متناظر با آن بزرگ‌تر از $(P>0,05)$ است. به همین دلیل فرض یکنواختی واریانس‌ها را نمی‌توان رد کرد و امکان انجام آزمون t با فرض واریانس‌های یکسان برای آزمون صفر یعنی تساوی میانگین‌ها وجود دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمونه‌های آقا و خانم در ادراک عدالت در برقراری ارتباط وجود ندارد. $T(df=200)=-0.97, p>0.01$. میانگین آقایان برابر $(2,06)$ و برای خانم‌ها برابر $(2,12)$ است.

آمار توصیفی به‌دست آمده از گردشگران درخصوص شاخص تعاملی و ارتباطاتی در سفر نخست $3/82$ درصد، در سفر دوم $3/87$ درصد، در سفر سوم $3/96$ درصد و در مسافرت‌های بیش از سه بار نیز $3/96$ درصد بوده است. شاخص خدماتی نیز در سفرهای اول، دوم، سوم و بیش از ۳ بار به ترتیب $4/07$ درصد، $4/05$ درصد، $4/17$ درصد و $4/09$ درصد بوده است. چنین آماری در ارتباط با شاخص درمانی به ترتیب $4/14$ درصد، $4/16$ درصد، $4/37$ درصد و $4/17$ درصد است (جدول ۳). به‌منظور بررسی استنباطی دو فرض را می‌توان در این خصوص مطرح ساخت. فرض نخست اینکه سطح احساس عدالت با تعداد سفر تفاوت دارد و فرض دوم اینکه سطح احساس عدالت با تعداد سفر تفاوت ندارد. برای بررسی این موضوع از آزمون فریدمن برای چند نمونه مستقل استفاده شد. مطابق جدول ۴ نتایج حاکی از آن است که آماره χ^2 فریدمن معنادار است. $\chi^2 df=(2)=9.05, p<0.01$. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تعداد سفر اثر معناداری بر ادراک احساس عدالت دارد.

مراجعه برای دریافت خدمات درمانی در میان مردان مربوط به جراحی است که سهم $25/1$ درصد از کل خدمات را شامل می‌شود. پس از آن ارتوپدی با $12/1$ درصد، طب سنتی با 8 درصد، دیگر درمان‌های پزشکی 7 درصد، چشم‌پزشکی $6/5$ درصد، داخلی 6 درصد، دندان‌پزشکی $5/5$ درصد و جراحی زیبایی با $0/5$ درصد قرار دارند. بیشترین مراجعه به‌منظور دریافت خدمات درمانی در میان زنان مربوط به بیماری‌های داخلی با $6/5$ درصد است و دندان‌پزشکی و جراحی با $5/5$ درصد، ارتوپدی و سایر خدمات درمانی با 4 درصد، چشم‌پزشکی 2 درصد و طب سنتی $1/5$ درصد به ترتیب در رتبه‌های بعدی جای می‌گیرند (جدول ۱).

نتایج گویای آن است که از میان ۳ شاخص مورد سنجش در میان پرسش‌شوندگان، شاخص درمانی بالاترین احساس عدالت را در بین گردشگران سلامت به دنبال داشته است. شاخص تسهیلات و شاخص ارتباطات نیز در رتبه‌های بعدی جای می‌گیرند. اطلاعات به‌دست آمده ناشی از تفکیک جنسیت نیز گویای آن است که زنان با $4/22$ درصد بالاترین میزان رعایت عدالت را در شاخص درمانی احساس کرده‌اند. شکل‌گیری چنین احساسی در میان مردان $4/16$ درصد بوده است. نحوه ارائه خدمات به گردشگران سلامت در میان مردان با میانگین $4/08$ درصد و زنان با $4/06$ درصد همراه بوده که دومین شاخص رعایت عدالت را در میان گردشگران سلامت در بر می‌گیرد. شاخص تعاملی و ارتباطاتی نیز با میانگین $3/88$ درصد در میان مردان و $3/85$ درصد در بین زنان همراه بوده است. میانگین نتایج مربوط به شاخص خدماتی نشان داد (جدول ۲) احساس رضایت در میان مردان $(M=4/08, SD=0/39)$ بیشتر از زنان $(M=4/06, SD=0/33)$ بوده است. میانگین نتایج مربوط به شاخص تعاملی گویای آن است که احساس رضایت در میان مردان $(M=3/88, SD=0/38)$ بیشتر از زنان $(M=3/85, SD=0/31)$ است. میانگین نتایج مربوط به شاخص پزشکی نیز حاکی از آن بود که احساس رضایت در میان زنان $(M=4/22, SD=0/55)$ بیشتر از مردان $(M=4/16, SD=0/65)$ بوده است.

آماره لون در ارتباط با شاخص درمانی عبارت از $F=3,51$ بوده و سطح معناداری متناظر با آن بزرگ‌تر از $(P>0,05)$ است. بنابراین فرض یکنواختی واریانس‌ها را نمی‌توان رد کرد و امکان انجام آزمون t با فرض واریانس‌های یکسان برای آزمون صفر یعنی تساوی میانگین‌ها وجود دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین نمونه‌های آقا و خانم در ادراک عدالت

جدول ۱. نوع درمان به تفکیک جنسیت

نوع درمان	جنسیت	تعداد کل / درصد کل	زن	مرد
جراحی	تعداد	۶۱	۵۰	۱۱
	درصد	۳۰,۷	۲۵,۱	۵,۵
	تعداد	۱۷	۱۳	۴
	درصد	۸,۵	۶,۵	۲,۰
	تعداد	۲۲	۱۱	۱۱
	درصد	۱۱,۱	۵,۵	۵,۵
	تعداد	۱	۱	۰
	درصد	۰,۵	۰,۵	۰,۰
	تعداد	۱۹	۱۶	۳
	درصد	۹,۵	۸,۰	۱,۵
	تعداد	۳۲	۲۴	۸
	درصد	۱۶,۱	۱۲,۱	۴,۰
داخلی	تعداد	۲۵	۱۲	۱۳
	درصد	۱۲,۶	۶,۰	۶,۵
	تعداد	۲۲	۱۴	۸
	درصد	۱۱,۱	۷,۰	۴,۰
جمع کل	تعداد	۱۹۹	۱۴۱	۵۸
	درصد	۱۰۰,۰	۷۰,۹	۲۹,۱

جدول ۲. جنسیت و میانگین رضایت از شاخص ها

شاخص تعاملی	شاخص خدماتی	شاخص درمانی	جنسیت
۴,۲۲	۴,۰۶	۳,۸۵	میانگین
۰,۶۵	۰,۳۳	۰,۳۱	انحراف معیار
۶۰	۶۰	۶۰	تعداد
۳۰ درصد	۲۹,۶ درصد	۲۹,۴۹ درصد	جمع کل به درصد
۲۹,۷ درصد	۲۹,۷ درصد	۲۹,۷ درصد	تعداد کل به درصد
۴,۱۶	۴,۰۸	۳,۸۸	میانگین
۰,۵۵	۰,۳۹	۰,۳۸	انحراف معیار
۱۴۲	۱۴۲	۱۴۲	تعداد
۷۰ درصد	۷۰,۴ درصد	۷۰,۵۱ درصد	جمع کل به درصد
۷۰,۳ درصد	۷۰,۳ درصد	۷۰,۳ درصد	تعداد کل به درصد
۴,۱۸	۴,۰۸	۳,۸۷	میانگین
۲۰,۲	۲۰,۲	۲۰,۲	تعداد
۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	جمع کل به درصد
۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	تعداد کل به درصد

جدول ۳. تعداد سفر و رضایت از شاخص ها

شاخص درمانی	شاخص خدماتی	شاخص تعاملی	تعداد سفر به مشهد
۴,۱۴	۴,۰۷	۳,۸۲	۱ دفعه
۴,۱۶	۴,۰۵	۳,۸۷	۲ دفعه
۴,۳۷	۴,۱۷	۳,۹۶	۳ دفعه
۴,۱۷	۴,۰۹	۳,۹۶	بیش از سه بار
۴,۱۸	۴,۰۸	۳,۸۷	میانگین

جدول ۴. آماره آزمون

تعداد	۲۰۲
۸۲	۹,۰۵۲
درجه آزادی	۲
سطح معناداری	۰,۱۱

بحث

موضوع عدالت در زمینه گردشگری، یعنی دوری گزینی از تبعیض، ارائه خدمات کمی و کیفی مطلوب و منطبق بودن تصویر ذهنی گردشگر سلامت با تصویر واقعی خدمات دریافت شده از مهم ترین علل توسعه و رونق صنعت گردشگری است. باتوجه به آنکه گردشگران سلامت معمولاً از طریق واسطه ها (اینترنت و شرکت های مسافرتی) نسبت به کیفیت بسته درمانی آگاهی کسب کرده و اطلاعات کافی از امکانات مراکز درمانی ندارند، بایسته است که دیدگاه آنان درخصوص چگونگی دریافت خدمت مورد ارزیابی و سنجش قرار گیرد. بایستگی توجه به چنین موضوعی در وهله نخست نشأت گرفته از فلسفه دانش پزشکی است که مبتنی بر مساوات نگر و پرهیز از تبعیض نسبت به بیماران است. در وهله دوم می توان به تاکید اصول و قوانین داخلی و بین المللی درخصوص رعایت عدالت و حفظ کرامت انسانی اشاره داشت که یکی از بارزترین جلوه های آن ارائه خدمات درمانی عادلانه به بیماران است. از همین رو موضوع این پژوهش به بررسی دیدگاه های گردشگران پزشکی اختصاص یافت. باتوجه به گستردگی بحث عدالت در زمینه درمان، در این پژوهش ۳ محور تسهیلات، خدمات و درمان مورد توجه قرار گرفته اند.

برآمد پژوهش نشان داد که از دیدگاه گردشگران سلامت مراجعه کننده به بیمارستان های مشهد، ادراک احساس عدالت درمانی وضعیت مطلوب تری نسبت به دیگر شاخص ها داشته

جامع و باکیفیت این امکان را فراهم خواهد آورد تا بسیاری از گردشگران سلامت، ضمن بازیابی سلامت و کسب رضایتمندی درونی، مبلغی نیز برای دیگران باشند. بنابراین بهره‌مندی از دیدگاه گردشگران سلامت درخصوص خدمات دریافت‌شده هم می‌تواند نمایانگر اهمیت دادن و ارزش عاطفی و حمایتی نسبت به بیمار باشد و هم ارائه‌دهندگان خدمات را در مسیر بیش از پیش عدالت در نظام پزشکی یاری کند.

تقدیر و تشکر: بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر می‌کنیم.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد مورد تأیید قرار گرفته است.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی نداشتند.

سهم نویسندگان: سهم هر یک از نویسندگان در مقاله ۵۰ درصد است.

منابع مالی: در این پژوهش موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

- Connell J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tour Manag.* 2013;34:1-3. doi: [10.1016/j.tourman.2012.05.009](https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009).
- Lunt NT, Mannion R, Exworthy M. A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flows. *Social Policy and Administration.* 2013;47(1):1-25. doi: [10.1111/j.1467-9515.2011.00833.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00833.x).
- Carrera PM, Bridges JF. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2006;6(4):447-54. doi: [10.1586/14737167.6.4.447](https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447).
- Hall CM. Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?. *Tourism review.* 2011;66(1/2):4-15. doi: [10.1108/16605371111127198](https://doi.org/10.1108/16605371111127198).
- Bejtja I. Local Development and Sustainable Tourism Models—Spa and Curative Tourism at Llixha of Elbasan, Albania. *Business Management Dynamics.* 2014;3(11):18-24.
- Smith PC, Forgione DA. Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research.* 2007;9(3):19-30. doi: [10.1080/15228053.2007.10856117](https://doi.org/10.1080/15228053.2007.10856117).
- Heung VC, Kucukusta D, Song H. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tour Manag.* 2011;32(5):995-1005. doi: [10.1016/j.tourman.2010.08.012](https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.08.012).

است. موضوعی که در پژوهش عنابستانی و همکاران [۱۱] نیز به آن اشاره شده است. چنین موضوعی را می‌توان منطبق با سیاست‌های کلی مراکز درمانی دانست، زیرا هدف نخست این مراکز، ارائه خدمات مطلوب درمانی به دریافت-کنندگان خدمت است. باین وجود باید توجه داشت که یک عامل به تنهایی احساس عدالت را در گردشگران بر نمی‌انگیزد. درواقع شکل‌گیری احساس عدالت در گردشگران سلامت نیازمند وجود دسته‌ای از عوامل است. یعنی ضرورت دارد تا عوامل متعددی به موازات هم و آن هم در سطح مطلوب وجود داشته باشند تا سبب شکل‌گیری احساس عدالت شود. این نتیجه را می‌توان هم‌راستا با برآمد پژوهش اسمیت و فرجینو دانست [۶].

باید در نظر داشت بیماران که رضایت بالاتری را تجربه می‌کنند، به دریافت خدمات بیشتر متمایل می‌شوند، ضمن آنکه این افراد می‌توانند مشوق دیگران نیز برای دریافت خدمت باشند. وضعیتی که نتایج این پیمایش بر آن صحنه می‌گذارد، موید این موضوع رابطه میان ادراک احساس عدالت و رضایت بالاتر با افزایش دفعات سفر برای دریافت خدمات است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که از نظر جنسیت تفاوت معناداری میان خانم‌ها و آقایان در ادراک احساس عدالت درخصوص ۳ شاخص (درمانی، تسهیلاتی و ارتباطی) وجود ندارد، اما در زمینه تعداد سفر و شکل‌گیری احساس عدالت در میان گردشگران سلامت، نتایج گویای آن بود که با بالا رفتن تعداد سفر ادراک احساس عدالت نیز در میان گردشگران سلامت فزونی داشته است. به‌نظر می‌رسد توجه بیشتر به تعامل و ارتباطات با گردشگران سلامت از جمله تشریح شیوه رسیدگی به قصور احتمالی و نحوه جبران آن در کنار کاهش تاخیر در ارائه خدمت می‌تواند در افزایش رضایتمندی و تقویت احساس عدالت تأثیر به‌سزایی داشته باشد. به‌طور کلی باید گفت به‌منظور آنکه عدالت درمانی نسبت به بیمار تحقق یابد، می‌بایست اقدامات انجام گرفته مطابق با نیازهای ایشان باشد. درمان موثر در بر دارنده طیف وسیعی از موارد شامل روش‌های تشخیص و درمان صحیح، کمیت و کیفیت مناسب درمان، حضور نیروی درمانی ماهر و متخصص و وجود نگاهی مساوات‌گونه به بیمار است. مبرهن است مراقبت‌های بهداشتی

12. Mohebi NP, Khorakain A, Farahi MM. The effect of perceived service quality, satisfaction and trust of health tourists on their revisiting and reusing the hospitals and health centers in Mashhad. *Journal of Social Studied In Tourism*. 2017;5(9):1-27. [Persian]
13. Ranjnoush R, Zargham Boroujeni H, Hamidi N. Segmentation of medical tourism business in Iran: from foreign patients point of view. *Journal of Tourism Planning and Development*. 2016;5(18):54-72. [Persian]
14. Zarei A, Azar A, Rezaei Rad M. Measurement of social marketing in health tourism. *Journal of Tourism Planning and Development*. 2016;5(18):33-53. [Persian]
15. Fetscherin M, Stephano RM. The medical tourism index: Scale development and validation. *Tour Manag*. 2016;52:539-56. doi: [10.1016/j.tourman.2015.08.010](https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.08.010).
8. Hadizadeh Moghadam A, Zahediannejad MH, Ghanbarzadeh Miandehi R, Fakharmanesh S. Pattern of factors affecting the motivation of medical tourists to enter Iran. *Journal of Business Management Perspective*. 2013;12:59-79. [Persian]
9. Goodarzi M, Taghvaei M, Zangiabadi A. Developing of Domestic Medical Tourism in Shiraz. *Health Information Management*. 2014;11(4):485-96. [Persian]
10. Maboodi MT, Hakimi H. Determinant factors on medical tourism (case study: Iran). *Journal of Tourism Planning and Development*. 2016;4(15):80-106. [Persian]
11. Anabestani A, Anabestani Z. Factors affecting the choice of Mashhad as objective medical tourism. *Urban Tourism*. 2015;2(3):275-89. [Persian]