

ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی در استان قم با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی با ترکیب فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی و روش تودیم

جلال رضایی نور^۱، محمدرضا محبتی^۲، محمدحسین معصومی کاشانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۸

چکیده

گردشگری پزشکی یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مرتبط با گردشگری است که امروزه مورد توجه بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه قرار گرفته است. برای توسعه این صنعت، پیش از هرگونه برنامه‌ریزی، ضروری است نقاط ضعف و قوت در این حوزه شناسایی شود. پژوهش حاضر از نوع مقطعی و تحلیلی- توصیفی است که هدف آن ارزیابی کیفیت خدمات چهار بیمارستان مهم شهر قم برای مقایسه بیمارستان‌ها با یکدیگر و شناسایی نقاط قوت و ضعف آنهاست. اهمیت ۳۱ معیار این پژوهش با انجام مقایسات زوجی توسط هجده خبره (سه پزشک، پنج فعال حوزه گردشگری و ده دانشجوی خارجی) و با روش AHP فازی مشخص شد و ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها، با روش تودیم، با تکمیل صد پرسش‌نامه توسط بیماران انجام شد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، از نقاط ضعف اساسی این مراکز می‌توان به کمبود تجهیزات به‌روز، نبود توازن در قیمت و کیفیت مراکز اقامتی نزدیک بیمارستان‌ها اشاره کرد و از نقاط قوت این مراکز می‌توان به قیمت و کیفیت خدمات درمانی و عملکرد مناسب و دقت در درمان اشاره کرد.

واژه‌های کلیدی: گردشگری پزشکی؛ گردشگری سلامت؛ کیفیت خدمات درمانی؛ روش تودیم.

۱ نویسنده مسئول: دانشیار گروه مهندسی صنایع، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه قم، قم، ایران (j.rezaee@qom.ac.ir)

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی صنایع، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه قم، قم، ایران

۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی صنایع، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه قم، قم، ایران

مقدمه

صنعت گردشگری^۱، فرصت مناسب برای صنایع و بخش‌هایی است که با وجود داشتن ظرفیت عظیم در چرخه اقتصادی کشور مهجورند؛ صنعتی که هم می‌تواند یکی از ابزارهای مهم تحقق اقتصاد پایدار تلقی شود و هم می‌تواند، در فضای توجه همگانی به بخش‌های مولد اقتصاد، نگاه‌ها را به خود جلب کند و به رونق و توسعه نزدیک‌تر شود. در کشورهای توسعه‌یافته، صنعت گردشگری به تنوع درآمدها می‌افزاید و از هم‌گسیختگی در اقتصاد را کاهش می‌دهد، درحالی‌که این صنعت برای کشورهای درحال توسعه فرصت مناسبی است تا در قیاس با رویکردهای سنتی صادرات محصولات خود را با سرعت بیشتری افزایش دهند (ایزدی و همکاران، ۲۰۱۳). با گذر زمان و پیشرفت این صنعت، گردشگری از حالت عام خارج شده و به شاخه‌های تخصصی نظیر گردشگری فرهنگی^۲، گردشگری ورزشی^۳، گردشگری ماجراجویانه^۴، گردشگری مذهبی^۵، گردشگری سلامت^۶ و... تقسیم شده است. گسترش صنعت گردشگری، علاوه بر تأثیر آن در ابراز هویت ملی، موجب ارتقای ابعاد وسیع اقتصادی از جمله ایجاد فرصت‌های شغلی، درآمدزایی، کاهش فقر و گسترش عدالت اجتماعی و رفاه در جامعه می‌شود. امروزه صنعت گردشگری بخش عمده‌ای از تجارت بین‌المللی (حدود یک سوم بخش خدمات) را به خود اختصاص داده است. این صنعت با اتکا به سرمایه‌های اولیه (جاذبه‌های گردشگری) و برنامه‌ریزی اصولی و واقع‌بینانه می‌تواند به منبع عظیمی از تولید درآمد در سطح ملی و منطقه‌ای تبدیل شود (حیدری چپانه، ۱۳۸۳).

در میان شاخه‌های گردشگری، گردشگری سلامت یا گردشگری درمانی، به‌علت مزیت‌های رقابتی فراوان، از توجه زیادی برخوردار است و به همین علت یکی از حوزه‌هایی است که می‌تواند تأثیر بسزایی در توسعه گردشگری و ایجاد رونق اقتصادی و بهبود فضای کسب‌وکار داشته باشد. فاکتورهای متعددی چون زیاد بودن هزینه خدمات درمانی در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت در سفرهای بین‌المللی، نرخ ارز مبادلاتی مطلوب در اقتصاد جهانی، پیشرفت سریع در فناوری پزشکی و استانداردهای درمانی در بیشتر کشورها و همچنین دسترسی گسترده به شبکه جهانی اینترنت باعث شده تا حوزه گردشگری سلامت بیش‌ازپیش توسعه یابد (ایوبیان و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، با ورود به عصر جهانی شدن و افزایش سطح انتظارات انسان‌ها برای داشتن رفاه کامل اجتماعی، بهداشت و درمان به یکی از مهم‌ترین مسائل تبدیل شده (شافر^۷، ۲۰۱۱) و بسیاری از بیماران درحال خرید خدمات مناسب سلامت در سرتاسر جهان‌اند و این امر در توسعه گردشگری سلامت مؤثر واقع شده است (رامانا^۸، ۲۰۰۶). شعار جهانی گردشگری سلامت «امکانات و خدمات در حد کشورهای جهان اول یا پیشرفته و قیمت‌ها و هزینه‌ها در حد کشورهای درحال توسعه و جهان سوم» است.

1. Tourism industry
2. Cultural tourism
3. Sport tourism
4. Adventure tourism
5. Religious tourism
6. Health tourism
7. Schäfer
8. Ramanna

طبق تعریف ارائه شده سازمان گردشگری جهانی^۱، گردشگری سلامت نوعی از گردشگری است که به منظور حفظ، بهبود و بازیابی سلامت ذهنی و جسمی فرد، در مدتی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال، صورت می‌گیرد. فاکتورهایی همچون درمان با کیفیت مناسب هم از نظر فناوری و هم استانداردهای جهانی، هزینه کمتر درمان، اجتناب از لیست انتظار و صف‌های طولانی درمان در کشور مبدأ، کیفیت مطلوب اقامت، پذیرائی و استراحت، گردش و دیدن مکان‌های تاریخی، جذاب و دیدنی باعث افزایش و عمومیت یافتن گردشگری سلامت می‌شود (ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). باتوجه به مطالعات صورت گرفته در زمینه گردشگری سلامت، می‌توان این صنعت را به سه گروه تقسیم کرد (شعبانی و طالقانی، ۱۳۹۲):

الف) گردشگری تندرستی^۲: مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی؛
 ب) گردشگری درمانی (بازتوانی)^۳: مسافرت به منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (مانند آب‌های معدنی، نمک و لجن) برای درمان برخی بیماری‌ها یا گذراندن دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی؛

پ) گردشگری پزشکی^۴: مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی.

گردشگری سلامت مشابه سایر شاخه‌های گردشگری با مخاطرات و ریسک‌هایی همراه است. از جمله عواملی که منجر به افزایش ریسک در مسافرت‌های پزشکی می‌شوند می‌توان به فقدان پوشش بیمه‌ای قوی در برخی کشورها اشاره کرد. وجود و شیوع برخی بیماری‌های واگیر در کشورهای مقصد گردشگری سفر پس از عمل‌های جراحی ممکن است عوارض و پیشامدهای خطرناکی داشته باشد. همچنین، سفرهای طولانی به منظور دسترسی به خدمات پزشکی کشورهای دیگر ممکن است برای برخی بیماران خطرناک باشد (شعبانی و طالقانی، ۱۳۹۲).

امروزه سلامت پدیده‌ای جهانی است و مواردی چون تأسیس بیمارستان‌های چندملیتی، رقابتی شدن قیمت‌های درمانی در سطح دنیا، بین‌المللی شدن استانداردها و نزدیک شدن سطح فناوری‌های تخصصی کشورها بر این موضوع دلالت دارند (هرندی و میرزائیان، ۱۳۹۶). برآوردها حاکی از آن است که هر گردشگر پزشکی سه برابر یک گردشگر غیرپزشکی برای کشور ارزآوری دارد (محمودی‌فر و همکاران، ۲۰۱۶). ایران ظرفیت‌های متعددی برای جذب گردشگری سلامت دارد. دولت براساس برنامه‌ریزی‌های خود باید تا پایان برنامه چهارم توسعه ۳۰ درصد از نیازهای بهداشتی و درمانی کشور را از طریق صدور کالا و خدمات پزشکی و گردشگری درمانی فراهم کند. در زمینه گردشگری درمانی و جذب گردشگران پزشکی، همواره باید به چهار بخش اساسی توجه داشت: توانمندی‌های شاغلان حرفه پزشکی؛ فناوری‌های روز و استانداردهای جهانی؛ اقتصاد درمان و هزینه‌های درمانی؛ مقررات داخلی

1. World Tourism Organization
2. Health tourism
3. Therapeutic tourism (rehabilitation)
4. Medical tourism

کشورها. ایران در موارد فوق نسبت به کشورهای همسایه و خاورمیانه از توانمندی‌های بیشتری برخوردار است. در بخش گردشگری درمانی تنها به جذب گردشگر توجه نمی‌شود، بلکه فراتر از آن موقعیت و جایگاه کشور از نظر علمی، سیاسی، اجتماعی و منطقه‌ای تقویت می‌شود.

با صنعتی شدن استان‌ها، گردشگری پزشکی در استان قم نیز به یکی از بخش‌های روبه‌رشد در صنعت گردشگری تبدیل شده است. این استان، با توجه به داشتن مزیت‌هایی در ابعاد گوناگون، پتانسیل بسیار بالایی در مسیر توسعه گردشگری و به‌ویژه گردشگری پزشکی دارد. همچنین این استان، به علت داشتن اماکن مذهبی، یکی از پرطرفدارترین مقاصد گردشگری در حوزه گردشگری مذهبی در کشور و حتی منطقه به‌شمار می‌رود و بازاری به ارزش ۲۰۰ میلیارد تومان در سال حاکی از حضور گسترده گردشگران در این استان است. طبق آمار سازمان میراث فرهنگی و گردشگری استان، سالانه ۲ میلیون گردشگر خارجی و ۲۰ میلیون مسافر داخلی به استان قم سفر می‌کنند (وب‌گاه اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان قم).

در این پژوهش تلاش شده تا با بررسی کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده به گردشگران پزشکی در بیمارستان‌های استان قم، نقاط ضعف و قوت موجود در این حوزه شناسایی شود و به توسعه گردشگری سلامت و به تبع آن اشتغال‌زایی در استان قم کمک شود. با توجه به مطالعات کتابخانه‌ای صورت‌گرفته و بررسی پژوهش‌های مختلف، در این مقاله معیارهای متنوع، متعدد و جامعی با کمک تعدادی از خبرگان برای سنجش کیفیت خدمات درمانی بیمارستانی در زوایای گوناگون در نظر گرفته شده تا نقاط ضعف پژوهش‌های گذشته پوشش داده شود. وزندهی این معیارها با استفاده از روش تحلیل سلسله‌مراتبی فازی^۱ انجام گرفته و برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های مورد مطالعه، با توجه به وجود انواع داده‌های فازی و بازه‌ای و قطعی، از روش تودیم^۲، که جزو جدیدترین روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره است، استفاده می‌شود که در ادبیات این حوزه به چشم نمی‌خورد. همچنین، برای شناسایی انتظارات گردشگران خارجی برای انتخاب مقصد گردشگری درمانی خود، با تعدادی از دانشجویان دانشگاه بین‌المللی المصطفی با ملیت‌های گوناگون مصاحبه‌هایی شده که در نوع خود بدیع است.

پیشینه پژوهش

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های بسیاری در جهان با توجه به اهمیت و میزان درآمدزایی صنعت گردشگری درمانی صورت گرفته است. برخی از کشورهای در حال توسعه مانند هند، بلژیک، لهستان، آفریقای جنوبی، مالزی، تایلند، فیلیپین، تایوان و... با توجه به درک اهمیت سرمایه‌گذاری در این حوزه، در سال‌های اخیر اقدامات بسیاری را در جذب گردشگر در حوزه سلامت انجام داده‌اند و در هر یک از پژوهش‌های صورت‌گرفته معیارها و جنبه‌های مختلفی را بررسی کرده‌اند. برای مثال، وانگ^۳ (۲۰۱۷) انتظارات، کیفیت خدمات و رضایت‌مندی در صنعت گردشگری سلامت تایوان را با استفاده از روش

1 Fuzzy AHP
2. Todim
3. Ya-Hue Wang

SERVQUAL بررسی کرده است. نتایج پژوهش وی نشان می‌دهد که انتظار بر کیفیت خدمت و رضایت و کیفیت خدمت نیز بر رضایت و عزم رفتاری تأثیر مستقیم دارد. محمودی‌فر و همکاران (۲۰۱۷) عوامل مؤثر در توسعه صنعت گردشگری پزشکی در استان آذربایجان غربی را با استفاده از تحلیل آماری بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دو فاکتور اصلی انتخاب بیمارستان و انتخاب آذربایجان غربی تأثیر بسزایی بر توسعه گردشگری سلامت دارد. هرمان آکداج^۱ (۲۰۱۴) کیفیت خدمات بیمارستانی را در چند بیمارستان ترکیه با استفاده از روش‌های AHP و TOPSIS ارزیابی کرد. طبق نتایج حاصل از بررسی بیمارستان‌های A تا D، بیمارستان‌ها B و A به ترتیب بهترین و بدترین عملکرد را در این حوزه داشته‌اند.

ایزدی و همکاران (۲۰۱۳) موانع موجود در راه توسعه بهینه صنعت گردشگری درمانی در ایران را بررسی کرده‌اند که شامل جوانب اجتماعی و اقتصادی و سازمانی است. ایوبی و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهش خود، میزان گرایش بیمارستان‌های سطح شهر تهران به حوزه گردشگری درمانی را با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ارزیابی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که میزان گرایش گردشگران پزشکی به بیمارستان‌های تهران متوسط (۰.۵۱) و تعداد بیماران خارجی پذیرش شده و درآمدهای حاصل در این بیمارستان‌ها نیز متوسط است. چون آن‌ها^۲ (۲۰۱۲) به تعیین راهبردهای توسعه گردشگری سلامت در تایوان با استفاده از روش DEMATEL پرداخته است. براساس نتایج این تحقیق، اینترنت اطلاعات را با جزئیات بیشتر در اختیار گردشگری سلامت قرار می‌دهد و بازاریابی را برای توسعه صنعت گردشگری سلامت در تایوان تقویت می‌کند. ابراهیم‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) ظرفیت‌های گردشگری ایران و هند را با استفاده از مدل SWOT و روش AHP بررسی تطبیقی کرده‌اند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که هند توانسته از فرصت‌ها و قوت‌های گردشگری سلامت بهره‌برداری مناسب کند و ضعف‌های سیستم را بی‌اثر کند. امامی و همکاران (۱۳۹۳) تصویر ذهنی ادراک‌شده از یک کشور و تأثیرات آن بر روند تصمیم‌گیری گردشگران را با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با شیوه چرخش اکویی ماکس مطالعه و بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تصاویر عاطفی و شناختی از ایران به ترتیب مثبت و ضعیف است. شعبانی و طالقانی (۱۳۹۲) تأثیر تجارب سفرهای قبلی و میزان رضایت‌مندی گردشگران در انتخاب دوباره مکانی برای گردشگری سلامت را با استفاده از تکنیک‌های آمار استنباطی و مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی کردند. مطابق نتایج این تحقیق، از بین عوامل مؤثر بر قصد بازگشت دوباره گردشگر رضایت او مهم‌ترین عامل شناسایی شد. گل‌شیری و همکاران (۱۳۹۳) به تبیین چرخه الگوی توسعه گردشگری سلامت پرداختند که در آن از روش‌های AHP و نمونه‌گیری خوشه‌ای و پیمایشی استفاده شد. یافته‌های این تحقیق نشان‌دهنده آن است که ۴۰ درصد از چشمه‌های مورد مطالعه در مرحله اکتشاف قرار دارند و تاکنون سرمایه‌گذاری خاصی روی آن‌ها صورت نگرفته است و عمده این چشمه‌ها در جنوب شرق کشور واقع شده‌اند. حامدی (۱۳۹۲) پتانسیل‌های موجود در استان مازندران در حوزه

1. Herman Akdag

2. Chun-An Chen

گردشگری سلامت را با استفاده از روش AHP بررسی و ارزیابی کرده است. یافته‌های تحقیق وی نشان می‌دهد که معیار اجتماعی- فرهنگی نسبت به دیگر معیارها وزن بیشتری در گردشگری استان دارد. همچنین، جانگ لی^۱ و همکاران (۲۰۱۱) مدیریت سیستم خدمات لازم در صنعت گردشگری سلامت در کشور کره را با استفاده از مدل کانو و روش AHP ارزیابی کردند. طبق نتایج به دست آمده، نرخ موفقیت رویه‌های پزشکی بیشترین ارزش را نسبت به دیگر الزامات دارد.

نوری و همکاران (۱۳۹۳) کارکردها، چالش‌ها و راهکارهای گردشگری سلامت در کشور را با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی مطالعه کرده‌اند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که کشور ایران، با داشتن پتانسیل‌های موجود و موقعیت راهبردی در هم‌جواری با کشورهای مسلمان، توانایی تبدیل به قطب گردشگری را دارد. صدر ممتاز^۲ و آقارحیمی^۳ (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود به برخی از چالش‌های موجود در صنعت گردشگری سلامت در ایران پرداختند. این چالش‌ها عبارت‌اند از: فقدان برنامه مدون گردشگری پزشکی؛ نبود عزم جدی دولت در حمایت از گردشگری پزشکی؛ زیرساخت‌های درمانی نیازمند ارتقا؛ استاندارد نبودن هزینه‌های درمانی و اعتبار بیمارستان‌ها؛ فقدان همکاری لازم در مشارکت‌های بین‌بخشی در سطح کلان و عملیاتی؛ کمبود منابع انسانی حرفه‌ای بخش سلامت؛ نبود بازاریابی مؤثر در زمینه گردشگری پزشکی؛ فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی.

چانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۴) مسیرهای مهم توسعه، ادبیات مهم و حوزه‌های فعال پژوهش‌های اخیر را در حوزه گردشگری درمانی با استفاده از تحلیل مسیر اصلی^۵ تحلیل کردند. طبق نتایج به دست آمده در این پژوهش، دو رویکرد مجزا برای توسعه وجود دارد. در رویکرد نخست، مسیر بیشتر بر تکامل گردشگری درمانی، فاکتورهای انگیزشی، راهبردهای بازاریابی و تحلیل اقتصادی متمرکز است و رویکرد دوم بر پیوند عضو و مسائل مرتبط با آن تأکید دارد. همچنین جونو^۶ و همکاران (۲۰۱۷) اهمیت و عملکرد رقابت هدف گردشگری سلامت را با استفاده از روش تجزیه و تحلیل عملکرد-اهمیت^۷ (IPA) بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که رقابت مقصد گردشگری درمانی^۸ تحت تأثیر خدمات و درمان‌های پزشکی، نگرش‌های مقصدی و عوامل ویژه گردشگری قرار می‌گیرد. به علاوه، ونگکیت و مک کرچر^۹ (۲۰۱۶) نگرش‌های مطلوب ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی را با استفاده از روش آماری Anova بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی تسهیلات پزشکی و مشخصه‌های کادر پزشکی خود را برای جلب توجه گردشگران سلامت آینده به استاندارد بالای جهانی می‌رسانند. طبق مطالعات هنگ^{۱۰} (۲۰۰۷) و دلگشایی و همکاران (۲۰۱۲)، کشورهای جنوب شرقی آسیا

1. Jaeung Lee
2. Sadre Momtaz
3. Agha-Rahimi
4. Chuang
5. Main Path Analysis
6. Junio
7. Importance-Performance Analysis
8. Medical Tourism Destination Competitiveness (TDC)
9. Wongkit and McKercher
10. Heng

مانند تایلند، مالزی و سنگاپور از کشورهای پیشرو در گردشگری سلامت‌اند؛ مثلاً تایلند شهرت خوبی در جراحی‌های تغییر جنسیت و جراحی‌های زیبایی دارد.

کانل^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهش خود، به علل ناشناخته ماندن صنعت گردشگری پزشکی از جمله نبود تبلیغات مناسب در خارج و حتی داخل کشور و فقدان فرهنگ‌سازی مناسب در این زمینه اشاره کردند. هرنیدی و میرزائیان (۱۳۹۶) به این موضوع اشاره کردند که ایران با توجه به جاذبه‌های گوناگون، به خصوص جاذبه‌های سیاحتی و زیارتی، بیشترین قابلیت‌ها را در حوزه گردشگری سلامت در میان کشورهای اسلامی دارد. از جمله این قابلیت‌ها می‌توان به چشمه‌های آب‌معدنی در بیشتر استان‌های کشور، مناطق کویری در قم، بخش‌های درمانی ناباروری در یزد، دندان‌پزشکی، مراکز دیالیز و انواع جراحی قلب، پلاستیک و چشم در مشهد و تهران اشاره کرد.

آجمرا^۲ (۲۰۱۷) راهبردهای بخش گردشگری سلامت هند را با استفاده از روش ترکیبی SWOT و TOPSIS ارزیابی و اولویت‌بندی کرد. نتایج حاصل از این ارزیابی نشان داد که راهبرد تأمین بهترین تسهیل و مراقبت برای گردشگران سلامت در کشورهای توسعه‌یافته بهترین راهبرد است که با المان‌های SWOT و ۳۵ مشخصه راهبردی مطابقت دارد. خوارزمی و همکاران (۱۳۹۵) عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت در مشهد را از دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران ارزیابی کردند که در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های T تک‌نمونه و زوجی استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که عوامل فرهنگی، از دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران، وضعیت مطلوب و اثرگذاری زیادی دارد. همچنین حمایت‌های دولت در ارائه خدمات ویزا و اقامت برای گردشگران معیاری مهم در انتخاب مقصد شناسایی شد. رضایی و همکاران (۱۳۹۴) تأثیر ظرفیت‌های خدماتی فضایی مراکز درمانی را بر میزان گردشگران سلامت در شهر یزد ارزیابی کردند. آن‌ها، با استفاده از آزمون T و نتایج حاصل از پرسش‌نامه، به این نتیجه رسیدند که میان گردشگران سلامت و ظرفیت‌های خدماتی فضایی رابطه معناداری وجود دارد. آبادی و همکاران (۲۰۱۷)، به منظور توسعه صنعت گردشگری سلامت در استان یزد، یک چارچوب برنامه‌ریزی راهبردی ارائه کردند که روش بهترین - بدترین و مدل SWOT در آن به کار رفته است. طبق نتایج این پژوهش، راهبردهای «ایجاد مراکز بازاریابی گردشگری سلامت به منظور جذب کشورهای هدف» و «تصویب قوانین در زمینه توسعه زیرساخت‌های مدیریتی و به‌کارگیری مدیریت تخصصی» به ترتیب بیشترین و کمترین اهمیت را در میان راهبردها دارند.

نوری و کارگری (۲۰۱۶) مدل توسعه گردشگری سلامت ایران را در زمینه جراحی قلب ارائه نمودند که در آن از روش‌های درخت تصمیم‌گیری، تست چي-مربع و رگرسیون چندخطی استفاده شده است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که روش درخت تصمیم‌گیری کمترین خطا و بیشترین دقت را دارد. دانایی و همکاران (۱۳۹۲) مشتریان خارجی چهار بیمارستان در ایران را براساس منافع مورد انتظارشان از خدمات درمانی، با استفاده از الگوریتم K MEANS، خوشه‌بندی کردند. طبق نتایج به‌دست آمده، چهار خوشه استخراج شد. خوشه اول برای کرائی خدمات بهداشتی درمانی، خوشه دوم

1. Connell
2. Ajmera

و چهارم برای دریافت مراقبت توأم با احترام و خوشه سوم برای قابلیت‌های منحصربه‌فرد بیمارستان بیشترین اهمیت را قائل است. شکوهیار و کاویانی (۱۳۹۴) کیفیت خدمات مراکز گردشگری پزشکی شهر تهران را با استفاده از رویکرد سروکوال (SERVQUAL) فازی ارزیابی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در میان بیماران خارجی شکاف منفی و نارضایتی مشاهده می‌شود. روی^۱ و همکاران (۲۰۱۶) شهرهای مختلفی را در زمینه خدمات گردشگری سلامت، با بهره‌گیری از ابزارهای AHP بازه‌ای و MABAC بازه‌ای، اولویت‌بندی کردند. بدیعی و همکاران (۱۳۹۵) راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی در استان گلستان را با استفاده از فرایند تحلیل شبکه‌ای (ANP) شناسایی و رتبه‌بندی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیرگذارترین معیارهای اصلی در توسعه گردشگری سلامت استان گلستان به ترتیب معیارهای زیرساختار، پزشک و کیفیت است.

جدول ۱: خلاصه‌ای از ادبیات موضوع

| نویسنده | سال انتشار | موضوع مورد بررسی | روش ارزیابی | نوع اعداد |
|---------------------------|------------|---|--|-----------|
| ابراهیم‌زاده و همکاران | ۱۳۹۲ | بررسی تطبیقی ظرفیت‌های گردشگری سلامت در ایران و هند | مدل SWOT | قطعی |
| امامی و همکاران | ۱۳۹۳ | تصویر ذهنی ادراک شده از یک کشور و تأثیرات آن بر روند تصمیم‌گیری گردشگران | روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با شیوه چرخش اکویبی ماکس | قطعی |
| حامدی، ل. | ۱۳۹۲ | بررسی پتانسیل گردشگری سلامت باتوجه به توسعه پایدار در استان مازندران | AHP | قطعی |
| شعبانی و همکاران | ۱۳۹۲ | تأثیر بازنده‌های قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت دوباره آن‌ها | تکنیک‌های آمار استنباطی و مدل‌یابی معادلات ساختاری | قطعی |
| گل‌شیری اصفهانی و همکاران | ۱۳۹۳ | تبیین چرخه یا لگوی توسعه گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران | روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای و پیمایشی | قطعی |
| نوری و همکاران | ۱۳۹۳ | نقش ایران در گردشگری درمانی (کارکردها، چالش‌ها و راهکارها) | مطالعات کتابخانه‌ای | - |
| Junio et al | ۲۰۱۷ | گرایش‌های رقابتی یک مقصد گردشگری درمانی | تحلیل عملکرد-اهمیت (IPA) | قطعی |
| Mahmoudifar et al | ۲۰۱۷ | عوامل مؤثر بر صنعت گردشگری درمانی در آذربایجان غربی | تحلیل آماری | قطعی |
| Wang, Y. H. | ۲۰۱۷ | انتظار، کیفیت خدمات، رضایت، و اهداف رفتاری تأییدیه از صنعت گردشگری پزشکی تایوان | SERVQUAL | قطعی |
| Wongkit & McKercher | ۲۰۱۶ | ویژگی‌های موردنظر درمان‌های پزشکی و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی | روش Anova | قطعی |

| | | | | |
|--------|--|---|------|-------------------|
| بازهای | MABAC | ارزیابی و انتخاب مکان‌های گردشگری درمانی | ۲۰۱۶ | Roy et al |
| قطعی | تحلیل آماری | جذب گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های تهران | ۲۰۱۴ | Ayoubian et al |
| قطعی | تحلیل مسیر اصلی | مسیرهای اصلی گردشگری پزشکی: از پیوند به زیبایی | ۲۰۱۴ | Chuang et al |
| فازی | TOPSIS | رتبه‌بندی کیفی چهار بیمارستان در ترکیه | ۲۰۱۴ | Akdag et al |
| - | - | شناسایی موانع پیشرفت صنعت گردشگری درمانی | ۲۰۱۳ | Izadi et al |
| قطعی | DEMATEL | تعیین راهبردهای توسعه گردشگری سلامت در تایوان | ۲۰۱۲ | Chun-An Chen |
| قطعی | AHP | مدیریت الزامات سیستم خدمت برای گردشگری درمانی کره | ۲۰۱۱ | Lee et al |
| - | تحلیل مدل پورتر | گردشگری پزشکی و فرصت‌های کارآفرینی - چارچوبی مفهومی برای ورود به صنعت | ۲۰۰۶ | Caballero et al |
| قطعی | TOPSIS و SWOT | رتبه‌بندی راهبردها برای بخش گردشگری درمانی هند | ۲۰۱۷ | Ajmera |
| قطعی | آزمون‌های تی تک‌نمونه و زوجی | عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت؛ مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی | ۱۳۹۵ | خوارزمی و همکاران |
| قطعی | آزمون T | ارزیابی تأثیر ظرفیت‌های خدماتی فضایی مراکز درمانی بر میزان گردشگران سلامت در شهر یزد | ۱۳۹۴ | رضایی و همکاران |
| قطعی | SWOT | به‌کارگیری روش بهترین- بدترین در ارزیابی راهبرد توسعه گردشگری درمانی | ۲۰۱۷ | Abadi et al |
| قطعی | روش‌های درخت تصمیم‌گیری، تست چی- مربع و رگرسیون چندخطی | مدل توسعه گردشگری سلامت ایران در زمینه جراحی قلب | ۲۰۱۶ | Noori & Karegari |
| قطعی | الگوریتم K MEANS | بخش‌بندی بازار گردشگری درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای گردشگری درمانی و تحلیل خوشه‌ای | ۱۳۹۲ | دانایی و همکاران |
| فازی | سرکوال فازی | ارزیابی کیفیت خدمات مراکز گردشگردرمانی شهر تهران با استفاده از رویکرد سرکوال فازی | ۱۳۹۴ | شکوهیار و کاویانی |
| قطعی | ANP | شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی: استان گلستان | ۱۳۹۵ | بدیعی و همکاران |
| ترکیبی | TODIM | ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی در استان قم با رویکرد توسعه گردشگری سلامت | ۱۳۹۶ | پژوهش حاضر |

روش‌شناسی پژوهش

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و تحلیلی- توصیفی است که با مشارکت هجده خبره (سه پزشک، پنج فعال حوزه گردشگری، ده دانشجوی خارجی دانشگاه بین‌المللی المصطفی از کشورهای عراق، کویت، نیجریه، آفریقای جنوبی و پاکستان) و صد بیمار (و همراه بیمار) در چهار بیمارستان بهشتی، گلپایگانی، فرقانی و خرمی انجام گرفته است. روش پژوهش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان بیمارانی است که حداقل ۲۴ ساعت در یکی از بخش‌های داخلی مردان، داخلی زنان، جراحی مردان، جراحی زنان، آی‌سی‌یو، سی‌سی‌یو، اتاق عمل و کودکان بستری بوده‌اند. شایان ذکر است کلیه افراد داوطلبانه در این مطالعه شرکت کرده‌اند و این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد که تمام اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

داده‌های لازم برای ارزیابی و سنجش فرضیه‌ها و اهداف تحقیق از طریق پرسش‌نامه و مصاحبه گردآوری شده است. پرسش‌نامه اول را تعدادی از خبرگان حوزه سلامت و گردشگری پاسخ داده‌اند. این پرسش‌نامه برای تعیین وزن و اهمیت هر یک از معیارها با انجام مقایسات زوجی و به روش دلفی و انتخاب گزینه مد تکمیل شده است. پرسش‌نامه دوم برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌های مذکور طراحی شده که بیماران آن را تکمیل کرده‌اند. پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه‌ها با استفاده از متغیرهای زبانی طیف لیکرت پنج‌تایی (از خیلی ضعیف تا خیلی خوب) انجام گرفته و سپس به اعداد فازی تبدیل شده است. اعداد فازی در این پژوهش از مقاله چوهان^۱ و سینگ^۲ (۲۰۱۶) استخراج شده است. باتوجه به نظر خبرگان و بهره‌گیری از بخش‌های مختلف این پرسش‌نامه در چندین پژوهش دیگر، روایی ظاهری این پرسش‌نامه تأیید شده است. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، مقایسات زوجی فقط از نرخ ناسازگاری انجام می‌شود. باتوجه به اینکه نرخ ناسازگاری کمتر از ۰/۱ به دست آمده، پرسش‌نامه معتبر است و مقایسات منطقی و درست انجام شده است. روش AHP روشی ریاضی برای تحلیل و سازمان‌دهی تصمیمات پیچیده است که از مقایسات زوجی برای این منظور بهره می‌گیرد (فلیس و همکاران، ۲۰۱۵). این روش معمولاً برای مطالعات با حجم کم نمونه به کار می‌رود و مبنای آن استخراج نظر خبرگان و کارشناسان با فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی است. مطالعات متعددی یافته‌های AHP را با تعداد کمی از کارشناسان گزارش داده‌اند (سانگ هو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) که برای نمونه می‌توان به این پژوهش‌ها اشاره کرد: مقاله پیتسون^۴ و همکاران (۱۹۹۴) با پنج پاسخ‌دهنده؛ مقاله الحربی^۵ (۲۰۰۱) با پنج شرکت‌کننده؛ مقاله آرماکاست^۶ و همکاران (۱۹۹۴) با هفت شرکت‌کننده؛ مقاله ماواپانگا^۷ و همکاران (۱۹۹۶) با هجده شرکت‌کننده؛ مقاله هانگ^۸ (۲۰۱۱) با ۲۵ پاسخ‌دهنده. تعداد نمونه در مقایسات زوجی

1. Chauhan
2. Singh
3. Sung-Ho
4. Peterson
5. Al-Harbi
6. Armacost
7. Mawapanga
8. Huang

با تعداد نمونه در پرسش‌نامه‌های معمولی متفاوت است. به این نکته در کتاب پروفیسور ساعتی (۱۹۸۰) نیز اشاره شده است.

جدول ۲: متغیرهای زبانی و اعداد فازی

| اعداد فازی | متغیر زبانی |
|------------|-------------|
| (۱،۱،۱) | خیلی ضعیف |
| (۱،۱،۳) | ضعیف |
| (۱،۳،۵) | متوسط |
| (۳،۵،۷) | خوب |
| (۵،۷،۹) | خیلی خوب |

منبع: چاوهران و اسپنگ (۲۰۱۶)

برای تسهیل تحلیل‌ها و محاسبات، لازم است فرمت‌های متفاوت اعداد به فرمت یک‌سانی تبدیل شوند. معیارهای موجود در این پژوهش در سه فرمت قطعی، بازه‌ای و فازی است که باید به تابع توزیع تجمعی تبدیل شوند. در ادامه، برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های مورد مطالعه بر مبنای کیفیت خدمات درمانی از روش تودیم استفاده می‌شود. در این روش، ابتدا مقادیر سود و زیان هریک از گزینه‌ها محاسبه می‌شود و پس از نرمال‌سازی ماتریس‌های سود و زیان و محاسبه درجه تسلط گزینه‌ها نسبت به هم رتبه‌بندی گزینه‌ها انجام می‌گیرد.

به منظور محاسبه سود و زیان هر گزینه نسبت به دیگر گزینه‌ها، فرمولی محاسباتی برای مقادیر بالادستی و پایین‌دستی به منظور مقایسه دو تابع توزیع تجمعی ارائه می‌شود. x_{ij} و x_{kj} به ترتیب دو مقدار از گزینه‌های A_i و A_k مربوط به معیار C_j ($i \in M, j \in N^l$) و $F_{ij}(x)$ و $F_{kj}(x)$ به ترتیب دو تابع توزیع تجمعی x_{ij} و x_{kj} هستند. در محاسبه سود، مقادیر بالادستی و پایین‌دستی $F_{ij}(x)$ مرتبط به $F_{kj}(x)$ به ترتیب از روابط زیر استفاده می‌شود:

$$D(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) = \int_{\Omega_{ik}^j} [F_{kj}(x) - F_{ij}(x)] dx \quad i, k \in M, \quad j \in N_b \quad (۱)$$

$$T(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) = \int_{\Omega_{ik}^j} [F_{ij}(x) - F_{kj}(x)] dx \quad i, k \in M, \quad j \in N_b \quad (۲)$$

$$\Omega_{ik}^j = \left\{ x \mid F_{ij}(x) < F_{kj}(x), x \in [a_{ik}^{j*}, b_{ik}^{j*}] \right\} \quad (۳)$$

$$\Theta_{ik}^j = \left\{ x \mid F_{ij}(x) > F_{kj}(x), x \in [a_{ik}^{j*}, b_{ik}^{j*}] \right\} \quad (۴)$$

$$a_{ik}^{j*} = \min \{ a_{ij}, a_{kj} \} \quad (۵)$$

$$b_{ik}^{j*} = \min \{ b_{ij}, b_{kj} \} \quad (۶)$$

جدول ۳: مقادیر پارامترها به ازای انواع داده‌های قطعی، بازه‌ای و فازی

| اعداد قطعی | اعداد بازه‌ای | اعداد فازی |
|--|--|--|
| $a_{ij} = b_{ij} = x'_{ij}$ $a_{kj} = b_{kj} = x'_{kj}$ | $a_{ij} = x^l_{ij}$ $b_{ij} = x^u_{ij}$ $a_{kj} = x^l_{kj}$ $b_{kj} = x^u_{kj}$ | $a_{ij} = \alpha_{ij}$ $b_{ij} = \gamma_{ij}$ $a_{kj} = \alpha_{kj}$ $b_{kj} = \gamma_{kj}$ |

همچنین در محاسبه هزینه، مقادیر بالادستی و پایین‌دستی به صورت زیر است:

$$D(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) = \int_{\Omega^j} [F_{ij}(x) - F_{kj}(x)] dx \quad i, k \in M, \quad j \in N_c \quad (7)$$

$$T(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) = \int_{\Omega^j} [F_{kj}(x) - F_{ij}(x)] dx \quad i, k \in M, \quad j \in N_c \quad (8)$$

سود گزینه A_i نسبت به گزینه A_k مربوط به معیار C_j به صورت زیر است:

$$G_{ik}^j = D(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) \quad i, k \in M, \quad j \in N \quad (9)$$

همچنین زیان این دو گزینه نسبت به هم از رابطه زیر به دست می‌آید:

$$L_{ik}^j = -T(F_{ij}(x), F_{kj}(x)) \quad i, k \in M, \quad j \in N \quad (10)$$

که در آن $G_{ik}^j \geq 0$ و $L_{ik}^j \leq 0$ است و باتوجه به توضیحات فوق، ماتریس سود $G_j = [G_{ik}^j]_{m \times m}$ و

ماتریس زیان $L_j = [L_{ik}^j]_{m \times m}$ مربوط به معیار C_j تشکیل می‌شود:

پس از آنکه سودها و زیان‌های نسبت‌های مختلف به دست آمد، لازم است که آن‌ها نرمال‌سازی شوند.

سپس باید به ترتیب درجه تسلط برای سود و زیان محاسبه شود:

$$\Phi_{ik}^{j(+)} = \sqrt{\frac{w_j Y_{ik}^j}{w_r \sum_{j=1}^n (w_j / w_r)}} \quad i, k \in M, \quad j \in N \quad (11)$$

$$\Phi_{ik}^{j(-)} = \frac{-1}{\theta} \sqrt{\frac{-Z_{ik}^j w_r}{w_j} \sum_{j=1}^n (W_j / W_r)} \quad i, k \in M, \quad j \in N \quad (12)$$

در این رابطه $W_r = \max\{W_j \mid j \in N\}$ و فاکتور کاهش است که درجه ناسازگاری هزینه را

نشان می‌دهد ($\theta > 0$). واضح است که $0 \leq \Phi_{ik}^{j(+)} < 1$ و $0 \geq \Phi_{ik}^{j(-)}$ است. به علاوه دو درجه تسلط سود

و زیان با یکدیگر ترکیب می‌شوند.

$$\Phi_{ik}^j = \Phi_{ik}^{j(+)} + \Phi_{ik}^{j(-)} \quad i, k \in M, \quad j \in N \quad (13)$$

بنابراین، ماتریس درجه تسلط مربوط به معیار C_j می‌تواند به صورت زیر باشد:

$$\Phi_j = [\Phi_{ik}^j]_{m \times m} = \begin{matrix} & A_1 & A_r & L & A_m \\ A_1 & \left(\begin{matrix} \Phi_{11}^j & \Phi_{1r}^j & L & \Phi_{1m}^j \\ \Phi_{r1}^j & \Phi_{rr}^j & L & \Phi_{rm}^j \\ M & M & L & M \\ \Phi_{m1}^j & \Phi_{mr}^j & L & \Phi_{mm}^j \end{matrix} \right) \\ M & & & & \\ A_m & & & & \end{matrix}$$

در این ماتریس، $\Phi_{ii}^j = 0, \forall i \in M, j \in N$ است. به علاوه، بر پایه ماتریس Φ_j ، درجه تسلط کلی ماتریس Δ تشکیل می شود:

$$\Delta = [\delta_{ik}]_{m \times m} = \begin{matrix} & A_1 & A_r & L & A_m \\ A_1 & \left(\begin{matrix} \delta_{11} & \delta_{1r} & L & \delta_{1m} \\ \delta_{r1} & \delta_{rr} & L & \delta_{rm} \\ M & M & L & M \\ \delta_{m1} & \delta_{mr} & L & \delta_{mm} \end{matrix} \right) \\ M & & & & \\ A_m & & & & \end{matrix}$$

در این ماتریس، δ_{ik} درجه تسلط کلی گزینه A_i بر گزینه A_k است:

$$\delta_{ik} = \sum_{j=1}^n \Phi_{ik}^j \quad i, k \in M \quad (14)$$

همچنین بر اساس ماتریس Δ ارزش کلی گزینه A_i ، $\xi(A_i)$ ، به صورت زیر محاسبه می شود:

$$\xi(A_i) = \frac{\sum_{k=1}^m \delta_{ik} - \min_{i \in M} \left\{ \sum_{k=1}^m \delta_{ik} \right\}}{\max_{i \in M} \left\{ \sum_{k=1}^m \delta_{ik} \right\} - \min_{i \in M} \left\{ \sum_{k=1}^m \delta_{ik} \right\}} \quad i \in M, 0 \leq \xi(A_i) \leq 1 \quad (15)$$

هرچه درجه $\xi(A_i)$ بیشتر باشد، گزینه A_i بهتر است. بنابراین با استفاده از مراتب فوق می توان گزینه های مختلف را رده بندی کرد و سپس بهترین گزینه را انتخاب کرد.

تجزیه و تحلیل

پس از آنکه خبرگان، که سه گروه عمده ذی نفعان در توسعه گردشگری پزشکی را تشکیل می دهند، مقایسات زوجی ۳۱ معیار مورد مطالعه در این پژوهش را انجام دادند، این معیارها و اهمیت هریک از آنها در قالب هفت گروه کلی دسته بندی و تعیین شد که در جدول ۴ وزن هر دسته و در جدول ۵ وزن و نوع هر معیار نشان داده شده است.

جدول ۴: دسته‌بندی و وزن هر دسته از معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی

| دسته | خدمات پزشکی | خدمات گردشگری | همکاری‌ها و ارتباطات | بهداشت و ایمنی | پرسنل | دسترسی‌ها | سیاست‌ها، شهرت و اعتبار |
|------|-------------|---------------|----------------------|----------------|--------|-----------|-------------------------|
| وزن | ۰/۴۵ | ۰/۰۸۳۱ | ۰/۰۶۶۷ | ۰/۱۶ | ۰/۰۳۶۵ | ۰/۰۳۶۸ | ۰/۱۶۶۹ |

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

جدول ۵: معیارهای ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی

| C(i) | معیار | نوع معیار | وزن |
|-----------------|---|-----------|--------|
| C ₁ | کیفیت خدمات پزشکی | فازی | ۰/۰۹۸۸ |
| C ₂ | قیمت خدمات پزشکی | فازی | ۰/۰۶۵۳ |
| C ₃ | تجهیزات به‌روز و کاملاً جدید مورداستفاده در معالجات | فازی | ۰/۰۴۰۵ |
| C ₄ | دسترسی به تسهیلات حمل‌ونقل عمومی | فازی | ۰/۰۰۶۵ |
| C ₅ | تسهیلات حمل‌ونقل ویژه حمل بیمار | فازی | ۰/۰۴۸۳ |
| C ₆ | قیمت و کیفیت هتل‌های نزدیک بیمارستان | فازی | ۰/۰۱۲۵ |
| C ₇ | خدمات و امکانات رفاهی در نزدیکی بیمارستان (بوستان‌ها و مکان‌های تفریحی) | فازی | ۰/۰۲۱۳ |
| C ₈ | آراستگی ظاهر و آرایش کارکنان | فازی | ۰/۰۰۰۵ |
| C ₉ | همکاری با آژانس‌های مسافرتی (جامعه هدف: مسافران داخلی) | فازی | ۰/۰۰۹۹ |
| C ₁₀ | همکاری با تورهای بین‌المللی دارای راهنمایان با دانش پزشکی | فازی | ۰/۰۳۵۳ |
| C ₁₁ | همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای بین‌المللی | فازی | ۰/۰۰۷۴ |
| C ₁₂ | بهداشت و نظافت | فازی | ۰/۱۰۲۷ |
| C ₁₃ | توجه پزشکان به بیماران و ملاحظت با آن‌ها | فازی | ۰/۰۰۲۶ |
| C ₁₄ | توجه پرستاران به بیماران و ملاحظت با آن‌ها | فازی | ۰/۰۰۲۶ |
| C ₁₅ | اخلاق و ادب کارکنان اداری | فازی | ۰/۰۰۲۶ |
| C ₁₆ | کیفیت خدمات غذایی برای بیماران و همراهان آن‌ها | فازی | ۰/۰۰۹۵ |
| C ₁₇ | رضایت از نتایج حاصل از درمان | فازی | ۰/۰۵۲۲ |
| C ₁₈ | عملکرد و دقت در درمان | فازی | ۰/۱۶۲۹ |
| C ₁₉ | وب‌گاه معرفی و رزرواسیون خدمات سلامت | فازی | ۰/۰۰۰۷ |
| C ₂₀ | عملکرد کارکنان در درک خواسته‌های بیمار | فازی | ۰/۰۴۰۶ |
| C ₂₁ | امنیت و به‌روز بودن امکانات ایمنی بیمارستان | فازی | ۰/۰۳۱۲ |
| C ₂₂ | سطح احساس امنیت با دیدن پزشک بیمارستان | فازی | ۰/۰۰۵۷ |
| C ₂₃ | سطح توانایی کارکنان برای ایجاد احساس امنیت در بیمار | فازی | ۰/۰۱۳۵ |
| C ₂₄ | دسترسی آسان به نتایج پزشکی | فازی | ۰/۰۲۹۷ |
| C ₂₅ | سهولت رزرو در بیمارستان | فازی | ۰/۰۰۵۵ |
| C ₂₆ | دسترسی به امکانات برای خانواده‌ها و بازدیدکنندگان بیماران | فازی | ۰/۰۰۱۶ |
| C ₂₇ | شهرت و اعتبار بیمارستان | فازی | ۰/۱۳۸۷ |
| C ₂₈ | زمان انتظار برای ویزیت پزشک | بازه‌ای | ۰/۰۱۵۸ |
| C ₂₉ | سرعت انجام فرایندهای پذیرش و ترخیص در بیمارستان | بازه‌ای | ۰/۰۳ |
| C ₃₀ | واکنش سریع و کارآمد پزشکان و پرستاران در موارد اضطراری | بازه‌ای | ۰/۰۰۲۶ |
| C ₃₁ | نزدیکی به فرودگاه | بازه‌ای | ۰/۰۰۲۰ |

منبع: مطالعه پیشینه پژوهش و مصاحبه با خبرگان

طبق نتایج حاصل از مقایسات زوجی مشخص شد که عمدتاً معیارهای موجود در دسته خدمات پزشکی بیشترین اهمیت را برای گردشگران سلامت در انتخاب مقصد گردشگری پزشکی دارند. همچنین دسته سیاست‌ها، شهرت و اعتبار بیمارستان‌ها در انتخاب و تصمیم‌گیری گردشگران پزشکی در درجه دوم اهمیت قرار دارند. سومین و چهارمین دسته از معیارها بهداشت و ایمنی و خدمات گردشگری موجودند که تقویت آن‌ها تأثیر بسزایی در جلب توجه و رضایت گردشگران دارد. به‌منظور تعیین وضعیت بیمارستان‌های مورد مطالعه در زمینه کیفیت خدمات درمانی، نحوه اجرای روش تودیم فقط برای معیار کیفیت خدمات پزشکی در ذیل نشان داده می‌شود:

بیمارستان‌های گلپایگانی، بهشتی، خرمی و فرقانی به ترتیب A_1, A_2, A_3 و A_4 نام‌گذاری می‌شود. مقادیر معیار کیفیت خدمات پزشکی در هر کدام از بیمارستان‌ها به صورت زیر است:

جدول ۵: مقادیر به دست آمده برای معیار کیفیت خدمات پزشکی

| فرقانی | خرمی | بهشتی | گلپایگانی | بیمارستان (A(i)) |
|---------|---------|---------|-----------|-------------------------|
| (۳،۴،۶) | (۲،۴،۵) | (۲،۳،۵) | (۲،۴،۶) | کیفیت خدمات پزشکی (۱) C |

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

ماتریس‌های G_1 و L_1 به ترتیب ماتریس‌های سود و زیان این معیار و ماتریس‌های Y_1 و Z_1 نرمال شده آن‌هاست که در ذیل نشان داده شده است. ماتریس Φ_1 درجه تسلط معیار کیفیت خدمات پزشکی است.

$$\Phi_1 = \begin{pmatrix} 0 & -2/75 & -2/4 & -3/17 \\ 0/27 & 0 & 0/11 & -1/58 \\ 0/24 & -1/21 & 0 & -1/99 \\ 0/31 & 0/15 & 0/19 & 0 \end{pmatrix}$$

در این گام، $W_r = \text{Max}(W_i) = 0/1629$ و $\theta = 1$ به دست آمده است.

ماتریس درجه تسلط کلی $\Delta = [\delta_{ik}]_{m \times m}$ را به دست می‌آوریم:

$$\Delta = \begin{bmatrix} -26/8 & -153/41 & -132/12 & -149/38 \\ -109/86 & -26/8 & -119/27 & -138/03 \\ -114 & -160/52 & -26/8 & -125/17 \\ -116/97 & -142/81 & -122/97 & -26/8 \end{bmatrix}$$

مقادیر کلی هر گزینه نیز به صورت زیر به دست آمده است:

$$\xi(A_1) = 0, \xi(A_2) = 1, \xi(A_3) = 0/5197, \xi(A_4) = 0/7699$$

$$A_7 > A_4 > A_3 > A_1$$

باتوجه به مقایسات صورت گرفته، بیمارستان‌های بهشتی، فرقانی، خرمی و گلپایگانی به ترتیب وضعیت مطلوب‌تری در کیفیت خدمات بیمارستانی دارند.

نتیجه‌گیری

ایجاد رونق اقتصادی و بهبود فضای کسب‌وکار، ایجاد فرصت‌های شغلی، درآمدزایی، کاهش فقر و گسترش عدالت اجتماعی و رفاه در جامعه علل اصلی لزوم توسعه صنعت گردشگری در کشور است. وجود مزیت‌های ویژه در کشور مثل مناطق تاریخی، آثار باستانی، اماکن مذهبی، صنایع دستی، طبیعت چهارفصل، چشمه‌های آب‌گرم، که همه از ملاک‌های مهم برای جذب گردشگران داخلی و خارجی است، و از طرفی در حوزه گردشگری درمانی وجود پتانسیل بسیار بالای نیروی انسانی متخصص، پژوهش‌های دقیق در زمینه راهکارهای توسعه صنعت گردشگری پزشکی در کشور و به‌ویژه استان قم را ضروری می‌نماید. نظر به اینکه اقتصاد کشور در حال حاضر مبتنی بر نفت است و این موضوع نقطه ضعف اساسی در اقتصاد کشور به‌شمار می‌رود، لزوم افزایش میزان تولید ناخالص ملی بیش‌ازپیش مورد توجه همگان است. حضور ۲۲ میلیون گردشگر داخلی و خارجی و بازار سوغات بیش از ۲۰۰ میلیارد تومان در سال پتانسیل بسیار خوبی برای کسب درآمد در حوزه سلامت در استان قم است. در حال حاضر ظرفیت‌های خوبی از لحاظ نیروی انسانی متخصص و مطرح در استان وجود دارد که مراجعه‌کنندگان بسیاری از سراسر کشور دارند در حالی که هیچ تدبیر ویژه‌ای در سطح کلان برای سازمان‌دهی مراجعان آن‌ها و مهندسی اقتصادی و استفاده از ظرفیت حضور آن‌ها در استان وجود ندارد. برای نمونه، مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی قم باتوجه به میزان موفقیت‌ها در درمان، که از سطح جهانی پیشی گرفته، به قطب گردشگری پزشکی در استان تبدیل شده است (وب‌گاه جهاد دانشگاهی استان قم). طبق گزارش رقابت‌پذیری جهانی از سوی مجمع جهانی اقتصاد در سال ۲۰۱۷، عملکرد کشور ایران در رقابت‌پذیری گردشگری نسبت به سال گذشته دارای روند صعودی بوده است. نکته جالب توجه در این گزارش رتبه نخست ایران در رقابت‌پذیری قیمتی در میان سایر کشورهای جهان است که پایین بودن قیمت ارز ایران نسبت به بسیاری از کشورها منجر به این مهم شده (گزارش رقابت‌پذیری جهانی، ۲۰۱۷)^۱ و می‌تواند عاملی برای جذب گردشگری در حوزه خدمات درمانی باشد. باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، از نقاط ضعف اساسی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در استان قم می‌توان به مواردی چون: کمبود تجهیزات به‌روز و کاملاً جدید در معالجات، فقدان مراکز مناسب برای ارائه خدمات و امکانات رفاهی در نزدیکی بیمارستان، نبود توازن در قیمت و کیفیت هتل‌ها و مراکز اقامتی نزدیک بیمارستان، فقدان همکاری بیمارستان‌های استان با آژانس‌های مسافرتی و تورهای بین‌المللی دارای راهنمایان با دانش صنعت پزشکی، فقدان همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای بین‌المللی و همچنین نامناسب بودن تسهیلات حمل‌ونقل ویژه بیمار اشاره کرد. از نقاط قوت

موجود نیز می‌توان به مواردی چون: قیمت و کیفیت خدمات درمانی، عملکرد مناسب و دقت در درمان، شهرت و اعتبار پزشکان، بهداشت و ایمنی مطلوب اشاره کرد. از مهم‌ترین محدودیت‌های موجود در این پژوهش می‌توان به نداشتن تمایل مسئولان بیمارستان‌ها به سنجش کیفیت خدماتشان اشاره کرد که موجب دشواری فرایند جمع‌آوری اطلاعات می‌شود.

همواره الگوبرداری یکی از راه‌حل‌های مناسب در توسعه و بهبود سیستم‌هاست. از این رو یافتن الگوی مناسب که از ابعاد گوناگون تطابق زیادی با شهر قم داشته باشد، می‌تواند در سرعت بخشیدن به رشد و توسعه صنعت گردشگری پزشکی در این استان راه‌گشا باشد. با توجه به وجود نقاط مشترک متعدد از جمله محوریت در حوزه گردشگری مذهبی بین شهرهای مشهد و قم، می‌توان با بهره‌گیری از تجارب و توانمندی‌های فعالان گردشگری شهر مشهد در جذب گردشگران پزشکی به رشد و توسعه این صنعت در استان قم نیز کمک کرد. شایان ذکر است که در سال ۲۰۱۵ بالغ بر ۱۶ هزار گردشگر خارجی در حوزه سلامت به این شهر مراجعه کرده‌اند.

با توجه به تأکید بند ۱۲ سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در استفاده از دیپلماسی برای حمایت از اهداف اقتصادی، به نظر می‌رسد یکی از هدف‌های مهم اقتصادی که دیپلماسی می‌تواند تأثیر مهمی بر آن داشته باشد، جذب و جلب گردشگران خارجی است. از این دیدگاه، لازم است بر جایگاه وزارت امور خارجه و نمایندگی‌های جمهوری اسلامی ایران در کشورهای هدف گردشگری در جلب و جذب گردشگران خارجی تأکید شود و با اقدامات مناسب و کارشناسی شده مردم کشورهای هدف برای حضور در ایران به‌ویژه برای انجام فرایندهای درمانی و سلامت ترغیب شوند.

در حال حاضر بیمارستان‌های کشور سازوکار تعریف‌شده و مجزایی برای پذیرش و درمان بیماران بین‌المللی ندارند و فرایند پذیرش بیماران خارجی همانند بیماران داخلی صورت می‌پذیرد و این مسئله منجر به ایجاد مشکلات متعددی می‌شود. بر این اساس، سامان‌دهی واحد بیماران بین‌الملل در بیمارستان‌ها بایستی در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. یکی از اجزای اصلی این واحد، پزشکان مسئول واحد بیماران بین‌الملل‌اند که نقشی حیاتی در طراحی و سامان‌دهی این واحد در بیمارستان دارند و در صورتی که آموزش لازم را درباره فرایندهای ارائه خدمت به بیماران بین‌الملل دریافت کرده باشند می‌توانند نقش تأثیرگذاری در ارتقای کیفیت خدمات درمانی به بیماران بین‌الملل داشته باشند.

از دیگر زنجیره‌های توسعه گردشگری پزشکی در کشور، شرکت‌ها و دفاتر خدمات مسافرتی فعال در حوزه گردشگری سلامت است که نیازمند عقد توافق‌نامه‌هایی در بخش کلان میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان میراث فرهنگی و سایر نهادهای مربوط در راستای تحکیم رویه در جهت ارتقای صنعت گردشگری پزشکی در کشور است. ضروری است به این نکته مهم توجه شود که تمامی این شرکت‌ها باید پزشکانی را در سیمت مسئول فنی در اختیار داشته باشند. دانش و مهارت این پزشکان می‌تواند تأثیر مهمی در توسعه صنعت گردشگری پزشکی کشور بگذارد. از این رو برگزاری دوره‌های مهارتی آموزش مسئولان فنی واحد بیماران بین‌الملل بیمارستان‌ها در زمینه گردشگری

سلامت از نگاه سیاست‌گذاران این حوزه در اولویت قرار گرفته و بر این اساس باید دوره‌های آموزشی مزبور طراحی و ارائه شود.

همچنین نتایج حاصل از مصاحبه با خبرگان نشان داد که فعالیت مراکز طب اسلامی در قم، در سال‌های گذشته، بسیار مورد توجه گردشگران داخلی و بعضاً خارجی قرار گرفته، به طوری که یکی از این مراکز در دو بخش آموزش و درمان به فعالیت می‌پردازد و در کنار مراجعه‌کنندگان بسیار از سراسر کشور برای دریافت خدمات درمانی دانشجویان و طلاب بسیاری از دوره‌های آموزش طب اسلامی در این مرکز استقبال کرده‌اند. در صورت سامان‌دهی مناسب این مراکز می‌توان در توسعه صنعت گردشگری پزشکی در استان از آن بهره برد.

Archive of SID

منابع

- ابراهیم‌زاده، عیسی، سخاوری، ناهید، تقی‌زاده، زهرا (۱۳۹۲). «بررسی تطبیقی ظرفیت‌های گردشگری سلامت در ایران و هند با بهره‌گیری از مدل SWOT و فرایند سلسله‌مراتبی AHP». *فصلنامه مطالعات شبه‌قاره*. سال ۵، شماره ۱۵، تابستان، صص ۵۱-۷۸.
- امامی، علی‌رضا، رنجبریان، بهرام، فتحی، سعید (۱۳۹۳). «تصویر ذهنی ادراک‌شده از یک کشور و تأثیر آن بر قصد بازدید گردشگران، مورد مطالعه: ایران». *فصلنامه علمی پژوهشی تحقیقات بازاریابی نوین*، سال چهارم، شماره سوم، شماره پیاپی ۱۴، پاییز، صص ۱۳۳-۱۴۸.
- بدیعی، فرناز، ابراهیمی، عبدالحمید، دیده‌خانی، حسین. (۲۰۱۷). «شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان». *تحقیقات بازاریابی نوین*، سال ۶، شماره ۴، صص ۲۵-۳۶.
- حیدری چپانه، رحیم (۱۳۸۷). *مبانی برنامه‌ریزی صنعت گردشگری*، تهران: انتشارات سمت.
- حامدی، ل. (۱۳۹۲). «بررسی پتانسیل گردشگری سلامت باتوجه‌به توسعه پایدار در استان مازندران (با تأکید بر رتبه‌بندی خواص درمانی و گردشگری چشمه‌های آب‌معدنی و آب‌گرم)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت جهانگردی گرایش برنامه‌ریزی توسعه، مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی آبا.
- خوارزمی، امیرعلی، رهنما، محمدرحیم، جوان، جعفر، اجزاشکوهی، محمد (۱۳۹۵). «عوامل مؤثر بر ارتقای گردشگری سلامت: مقایسه دیدگاه گردشگران خارجی و مدیران داخلی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، سال ۸، شماره ۳، صص ۴۰۵-۴۱۶.
- دانائی، حبیب‌الله، رحمانی، حجت، ترک‌زاده، نظری. (۲۰۱۴). «بخش‌بندی بازار گردشگری درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای گردشگری درمانی و تحلیل خوشه‌ای». *مجله بیمارستان*، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۶۹-۷۶.
- رضایی، طاهرزاده. (۱۳۹۴). «ارزیابی تأثیر ظرفیت‌های خدماتی- فضایی مراکز درمانی بر میزان گردشگران درمانی مطالعه موردی: شهر یزد». *نشریه گردشگری شهری*، سال ۲، شماره ۳، صص ۲۹۱-۳۰۳.
- شعبانی، عاطفه، طالقانی، محمد (۱۳۹۲). «تأثیر بازدیدهای قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت مجدد آن‌ها، مطالعه موردی: گردشگران سلامت». *فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی*، سال ۲، شماره ۸، صص ۵۵-۶۴.
- شکوهیار، سجاد، کاویانی، حسن (۱۳۹۴). «ارزیابی کیفیت خدمات مراکز توریست درمانی شهر تهران با استفاده از رویکرد سروکوال فازی». *مجله بیمارستان*، سال ۱۴، شماره ۲، صص ۱۲۷-۱۳۷.
- گل‌شیری اصفهانی، زهرا، افتخاری، عبدالرضا رکن‌الدین، پورطاهری، مهدی (۱۳۹۳). «تبیین چرخه یا الگوی توسعه گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران (با تأکید بر چشمه‌های آب‌گرم)». *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری سال سوم*، شماره ۱۱، زمستان، صص ۱۱-۳۲.
- نوری، غلامرضا، تقی‌زاده، زهرا، شیرانی، زیبا (۱۳۹۳). «نقش ایران در گردشگری درمانی؛ کارکردها، چالش‌ها و راهکارها». *فصلنامه جغرافیایی فضای گردشگری*، شماره ۳، صص ۱-۱۹.
- هرندی، عطاءالله، میرزائیان خمسه، پیوند (۲۰۱۷). «تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده‌بنیاد کلاسیک». *نشریه گردشگری شهری*، شماره ۴، صص ۸۷-۹۸.

- Abadi, F., Sahebi, I., Arab, A., Alavi, A., & Karachi, H. (2018). Application of best-worst method in evaluation of medical tourism development strategy. *Decision Science Letters*, 7(1), 77-86.
- Ajmera, P. (2017). Ranking the strategies for Indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *International journal of health care quality assurance*, 30(8), 668-679.
- Akdag, H., Kalaycı, T., Karagöz, S., Zülfiyar, H., & Giz, D. (2014). "The evaluation of hospital service quality by fuzzy MCDM.", *Applied Soft Computing*, 23, 239-248.
- Ayoubian, A., Tourani, S., & Dehaghi, Z. H. (2014). "Medical tourism attraction of Tehran hospitals", *Int J Travel Med Glob Health*, 1(2), 95-8.
- Caballero- Danell S, Mugomba C. (2006). "Medical Tourism and Entrepreneurial Opportunities-a conceptual framework for entry into industry" [MS. Thesis]. Goteborg University, School Economic and Law.
- Chee, H. L. (2007). "Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare".
- Chen, C. A. (2012). "Using DEMATEL method for medical tourism development in Taiwan.", *American Journal of Tourism Research*, 1(1), 26-32.
- Chuang, T. C., Liu, J. S., Lu, L. Y., & Lee, Y. (2014). "The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification", *Tourism Management*, 45, 49-58.
- Delgoshaee, B., Jabbari, A., Farzin, M., Sherebafchizade, N., & Tabibi, S. J. (2012). "Current status of medical tourism: case study of Iran. Quarterly of Payesh", 2(1), 171-179.
- Garrod B.(2003). "Local participaon in the planning and management of ecotourism: a revised model approach.", *Journal of Ecotourism*, 2(1): 33-53.
- Goering, L. (2008). For big surgery, Delhi is dealing. The Chicago Tribune, March 28.
- Heng, B. C. (2007). "Taiwan (Republic of China) legitimizes substantial financial remuneration of egg donors: implications for reproductive tourism in East Asia.", *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2(5), 545-547.
- Iran Medical Tourism (2015). "Surgery in Iran", Received from: <http://www.iran-medical-tourism.ir>
- Izadi, M., Saadat, S. H., Ayoubian, A., Dehaghi, Z. H., Karbasi, M. R., & Jalali, A. R. (2014). "Health tourism in Iran; identifying obstacles for development of this industry.", *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(2).
- Junio, M. M. V., Kim, J. H., & Lee, T. J. (2017). "Competitiveness attributes of a medical tourism destination: The case of South Korea with importance-performance analysis.", *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34(4), 444-460.
- Kazemi, Z. (2008). "Study of the effective factors for attracting medical tourism in Iran."
- Lee, J., Sugumaran, V., & Park, S. (2011). "Managing service system requirements for Korean medical tourism.", In *Proceedings of the 2011 international conference on advancements in information technology, Chennai, India, December* (pp. 17-18).
- Mahmoudifar, Y., Tabibi, S. J., Nasiripour, A. A., & Riahi, L. (2017). "Factors Affecting Development of Medical Tourism Industry in West Azerbaijan Province of Iran.", *International Journal of Health Studies*, 5.
- Noori, F., & Kargari, M. (2016). Iran's medical tourism development model in cardiac surgery. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(2), 57-64.
- Ramanna, J. D., & LL.M., (2006), "Candidate Medical Tourism and the Demand for Hospital Accreditation Overseas", It's available on: <http://law.uh.edu>
- Roy, J., Chatterjee, K., Bandhopadhyay, A., & Kar, S. (2016). Evaluation and selection of Medical Tourism sites: A rough AHP based MABAC approach. *arXiv preprint arXiv:1606.08962*. Sadre Mommataz, N., & Agha-Rahimi, Z., (2010), "Medical

- Tourism Industry in Iran: Strategies for Developing, Manegment of Heath Information", 7(3), 516-524.
- Schäfer, W., (2011), Qualicopc, "a Multi-Country Study Evaluating Quality, Costs and Equity in Primary Care", *BMC Family Practice*, 12(1), 115.
- Wang, Y. H. (2017). "Expectation, Service Quality, Satisfaction, and Behavioral Intention-Evidence from Taiwan's Medical Tourism Industry.", *Advances in Management and Applied Economics*, 7(1), 1.
- Wongkit, M., & McKercher, B. (2016). "Desired attributes of medical treatment and medical service providers: A case study of medical tourism in Thailand.", *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 33(1), 14-27.
- World Economic Forum (2017). "The Global Competitiveness Report 2016-2017", Received from: <http://reports.weforum.org/global-competitiveness-index/>
- World Tourism Organization. Received from: <http://www.unwto.org/index.php>
- Cultural Heritage, Handcrafts and Tourism Organization of Qom Province. Received from: Acecr-Academic Center for Education, Culture and Research of Qom Province. Received from: <http://www.jd-qom.ac.ir/317-myzan-mvfghyt-drman-mrkz-fvgh-tkssy-drman-nabarvry-ghm-az-sth-jhany-pyshy-grfth-ast.html>