



مجله‌ی برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری
سال هفتم، شماره‌ی ۲۴، بهار ۱۳۹۷
صفحات ۸۱-۵۹

تأثیر عوامل انگیزشی گردشگری درمانی بر قصد رفتاری گردشگران: نقش واسطه‌ای عوامل ادراکی و رضایتمندی^۱

اکبر قاسمی یالقوز آغاچ^۲

احمد اسدزاده^۳

محمدحسین ایمانی خوشخو^۴

یونس جبارزاده^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۳۰

چکیده

گردشگری درمانی یکی از مهمترین بخش‌های صنعت گردشگری است و منافع اقتصادی و اجتماعی زیادی دارد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر عوامل انگیزشی گردشگری درمانی بر قصد رفتاری می‌باشد. تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه، توصیفی تحلیلی است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شده است. ابزار اصلی گردآوری پرسشنامه است. تعداد ۲۸۵ پرسشنامه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، بین جامعه آماری تحقیق شامل گردشگران درمانی توزیع گردید. برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی محتوایی، تحلیل عاملی، روایی همگرایی و افتراقی استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ بیش از ۰.۸۰ بدست آمد. نتایج نشان می‌دهد ارتباط مثبت و معناداری بین عوامل انگیزشی و ادراکی گردشگران درمانی و قصد رفتاری آنها وجود دارد. عامل کیفیت بیشترین تأثیرگذاری را بر تصویر مقصد درک شده و قصد رفتاری دارد. همچنین کیفیت درک شده بیشترین تأثیر را بر قصد رفتاری گردشگران درمانی دارد. با توجه به اینکه توسعه این صنعت نیازمند نگاه سیستمی و جامع می‌باشد، بنابراین باید استراتژی مناسبی برای بهبود کیفیت خدمات و توسعه زیرساختهای فنی و تخصصی در مناطق مقصد گردشگری با هماهنگی میان سازمان‌های مرتبط با این بخش، در سطوح کلان و خرد تدوین و اجرا شود.

واژه‌های کلیدی: عوامل انگیزشی، گردشگری درمانی، قصد رفتاری، تصویر مقصد، کیفیت درک شده.

^۱ مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری نویسنده اول در رشته علوم اقتصادی دانشگاه تبریز می‌باشد.

^۲ دانشجوی دکتری اقتصاد گرایش بخش عمومی، دانشگاه تبریز

^۳ نویسنده مسئول: دانشیار گروه اقتصاد دانشگاه تبریز (assadzadeh@gmail.com)

^۴ دانشیار دانشگاه علم و فرهنگ جهاددانشگاهی

^۵ استادیار گروه مدیریت دانشگاه تبریز

مقدمه

گردشگری سلامت و درمان یکی از مهمترین شاخه‌های صنعت گردشگری است که منافع اقتصادی و اجتماعی زیادی دارد و هدف اصلی آن بهبود یا حفظ سلامت است (زیمانسکا^۱، ۲۰۱۵). سازمان جهانی گردشگری^۲ به طور خاص گردشگری درمانی را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد بیش از ۲۴ ساعت است به طول می‌انجامد. کانل^۳ (۲۰۱۳)، بیان می‌کند که گردشگری درمانی، اصطلاحی است که برای بهبود سلامتی و شامل روش‌های تهاجمی تر و معاینات پزشکی از روش‌های منفعل تر همراه با رویه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌شود. بنابراین گردشگری درمانی همراه با درمان‌های پزشکی در نظر گرفته می‌شود.

در آسیا کشورهای تایلند، سنگاپور، هند، مالزی و فیلیپین به عنوان عمده مقاصد گردشگری درمانی محسوب می‌شوند و کشورهایمانند ژاپن، امارات و ترکیه رقابت در حوزه گردشگری درمانی را شروع کرده‌اند. با توجه به امکان توسعه انواع مختلفی از گردشگری در ایران علی‌الخصوص گردشگری درمانی به جهت داشتن پزشکان متخصص و مجرب، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مجهز و پایین بودن هزینه‌های درمان، نیاز است عوامل موثر بر توسعه صنعت گردشگری درمانی شناسایی و سیاستگذاری مناسبی برای توسعه آن اتخاذ شود. با توجه به موقعیت ایران، این کشور توانایی تبدیل شدن به یکی از مراکز جذب گردشگران درمانی به ویژه در حوزه خاورمیانه و کشورهای اسلامی را دارد (بیات و همکاران، ۱۳۹۵).

استان آذربایجان شرقی با دارا بودن امکانات تخصصی درمانی، مراکز درمانی و بیمارستان‌های بین‌المللی (دارای استاندارد IPD^۴)، وجود پزشکان و متخصصان خبره، چشمه‌های متعدد آب گرم و مجاورت با دریاچه ارومیه و کشورهای آذربایجان، ارمنستان، جمهوری خودمختار نخجوان و نزدیکی به کشورهای عراق و ترکیه، از جمله استان‌های مستعد گردشگری درمانی محسوب می‌شود. بطوریکه اغلب گردشگران درمانی خارجی مراجعه‌کننده در سال‌های اخیر به استان، از کشور آذربایجان بوده و سهم سایر کشورها کمتر می‌باشد. بنابه دلایل مختلف در سال‌های اخیر اعتماد گردشگران درمانی نسبت به سال‌های اولیه حضور آنها در استان، به میزان قابل توجهی کاهش یافته است و تعداد گردشگران درمانی در سال ۱۳۹۲ از ۵۲۰۰ نفر به کمتر از ۷۰۰ نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده است. تعداد گردشگران درمانی در سال ۱۳۹۳ برابر ۲۵۰۰ نفر، در سال ۱۳۹۴ برابر ۹۱۱ نفر و در سال ۱۳۹۵ کمتر از ۷۰۰ نفر برآورد می‌شود. بطوریکه در سال‌های اخیر عمده

¹ Szymańska

² UNWTO

³ Connell

⁴ International Patient Department

گردشگران درمانی به استان‌های اردبیل، گیلان و کشور ترکیه برای دریافت خدمات درمانی و پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی مراجعه کرده اند. با توجه به اهمیت عوامل موثر جذب گردشگران درمانی و تاثیرگذاری آن بر قصد رفتاری در جهت مراجعه دوباره و توسعه بازار این بخش از صنعت درمانی استان، لازم و ضروری است عوامل انگیزشی موثر در جذب گردشگران درمانی شناسایی شود و تاثیرگذاری آن‌ها بر مولفه‌های ادراکی گردشگران مورد بررسی قرار گیرد تا سیاستگذاران و برنامه ریزان در حوزه گردشگری درمانی استان آذربایجان شرقی بتوانند برنامه‌های اثربخش و کارآمد را در راستای توسعه گردشگری درمانی ارائه بدهند. از اینرو در این تحقیق به بررسی تاثیر عوامل انگیزشی گردشگری درمانی بر تمایل رفتاری گردشگران و همچنین عوامل ادراکی تصویر مقصد، کیفیت و ارزش درک شده و رضایتمندی کل گردشگران درمانی پرداخته می‌شود و پیشنهادهایی برای بهبود و توسعه این صنعت ارائه می‌گردد.

ادبیات موضوع

گردشگری درمانی

کانل (۲۰۰۶)، تعریف می‌کند که گردشگری درمانی به عنوان یک صنعت در حال سریع رشد است که در آن، مردم اغلب مسافت‌های طولانی را به کشورهای خارجی برای بدست آوردن مراقبت‌های پزشکی، دندانپزشکی و جراحی بطوریکه همزمان در حال گردشگری هستند طی می‌نمایند. یو^۱ و کو^۲ (۲۰۱۲)، بیان می‌کنند که گردشگری درمانی نه تنها شامل سفر به خارج از کشور برای درمان پزشکی است، بلکه جستجو برای مقصدهایی است که دارای مهارت فنی بیشتر و دارای قیمت‌های رقابتی هستند می‌باشد و ترکیبی از خدمات پزشکی و صنعت گردشگری است. دیدگاه‌ها و مدل‌های مختلفی برای گردشگری درمانی مطرح شده است که مهمترین آنها عبارتند از: بر اساس دیدگاه گیو کو (۲۰۱۱)، مولفه‌های تشکیل دهنده سیستم گردشگری درمانی عبارتند از: الف) گردشگران درمانی که محصولات گردشگری درمانی را مصرف می‌نمایند، ب) مناطق مولد گردشگر درمانی^۳، مناطق مقصد گردشگر درمانی^۴، ج) ارائه دهندگان خدمات صنعت گردشگری درمانی که شامل: محصولات گردشگری درمانی، تامین کنندگان، واسطه‌ها و خدمات مرتبط می‌باشد. اسمیت^۵ و فرجینو^۶ (۲۰۰۷) مدل دو مرحله‌ای را توسعه داده اند که عوامل موثر بر تصمیم‌گیری بیماران جهت جستجوی خدمات درمانی در خارج از کشور نشان می‌دهد. مدل آنها نشان می‌دهد که هیچ عاملی به تنهایی بر تصمیم بیماران تاثیرگذار نیست. مدل عرضه و تقاضا گردشگری

¹ Yu

² Ko

³ Medical Tourist Generating Region

⁴ Medical Tourist Destination Region

⁵ Smith

⁶ Forgione

درمانی توسط هیونگ و همکاران^۱ (۲۰۱۰) ارائه شده است. در این مدل گردشگری درمانی از دو دیدگاه عرضه و تقاضا بررسی شده است. با استفاده از مدل رانشی - کششی، فنتریچ و استفانو (۲۰۱۶) شاخص گردشگری درمانی را توسعه داده اند. این شاخص از چهار عامل تشکیل شده است: محیط کشور، مقصد گردشگری، هزینه گردشگری پزشکی و خدمات و امکانات پزشکی. در تحقیقی رنجنوش و همکاران (۱۳۹۵) بیان می نمایند برای جذب هرچه بیشتر گردشگری پزشکی و رقابت فعال در این صنعت توجه به سایر خدمات و تسهیلات گردشگری باید بیشتر شود. زارعی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده اند با استفاده از ابزارهای بازاریابی اجتماعی می توان ایجاد باور مثبت نسبت به مقصد گردشگری سلامت زمینه بروز تمایل به سفر درمانی را فراهم آورد. معبودی و حکیمی (۱۳۹۴) بیان نموده اند که منابع پزشکی و ارتقاء بازاریابی به عنوان مهمترین عوامل تعیین کننده گردشگری پزشکی هستند. عنابستانی و عنابستانی (۱۳۹۴) در تحقیقی، نشان می دهند که میزان کیفیت خدمات درمانی بیشترین تاثیر را بر انتخاب مقصد جهت درمان از سوی گردشگران پزشکی دارد. گودرزی (۱۳۹۳) بیان می کند که عوامل کیفیت خدمات درمانی و گردشگری، فرهنگ، امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری و فناوری اطلاعات، رابطه مثبت و مستقیم با توسعه گردشگری پزشکی دارد. همچنین با افزایش قیمت، توسعه گردشگری پزشکی با کاهش مواجه می شود و بالعکس. هادی‌زاده مقدم و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان می دهد که هزینه درمان، زمان انتظار، تنوع درمانی، تجهیزات پزشکی و عوامل جامعه شناختی بر انگیزه ورود بیماران خارجی به ایران اثر مثبت معنادار داشته اما کیفیت خدمات، شرایط سیاسی و امنیتی، سهولت سفر و جاذبه های گردشگری اثر معناداری ندارند. مقیم فر و نصر اصفهانی (۲۰۱۱) در تحقیقی بیان کرده اند که عوامل قانونی، مذهبی، اخلاقی و روحی از مهم ترین فاکتورها در انتخاب درمان ناباورری می باشد. رادمنش^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داده‌اند که هزینه، تکنولوژی پیشرفته، خدمات با کیفیت بالا و مجوز رسمی از انگیزه های اصلی گردشگران درمانی برای بدست آوردن درمان پزشکی در خارج از کشور است. سلطان^۳ و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی عوامل تاثیرگذار بر جذابیت مقصد گردشگری درمانی را بررسی کرده‌اند. روش بکاربرده شده در تحقیق مدلسازی معادلات ساختاری می‌باشد. عوامل تاثیرگذار در تحقیق عبارتند از: رقابت پذیری مقصد، کیفیت خدمات، هزینه و نگرش گردشگر. عزیز^۴ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی شاخصی را برای گردشگری پزشکی توسعه داده اند. معیارهای شاخص گردشگری پزشکی عبارتند از: شهرت بیمارستان، پزشکان، هزینه، تصویر مقصد و امکانات پزشکی و خدماتی. نتایج نشان می دهد که شهرت بیمارستان بیشترین اثر را در میان عوامل شاخص گردشگری پزشکی دارد.

¹ Heung et al.

² Radmanesh

³ Sultana

⁴ Aziz

عوامل ادراکی گردشگری درمانی

تصویر مقصد درک شده

تصویر مقصد ادراک ذهنی بازدیدکننده از واقعیت مقصد است (چن^۱ و تسایی^۲، ۲۰۰۷). تصویر ذهنی از مقصد گردشگری، عاملی است که بسیاری از گردشگران در هنگام انتخاب یک مقصد مورد توجه قرار می دهند، بنابراین تصویر ذهنی بر تصمیم گیری گردشگران تأثیر می گذارد که ممکن است این تصویر یک تصویر غیر واقعی یا ذهنی از مقصد گردشگری باشد اما همین تصویر ذهنی گردشگر بر انتخاب او تأثیر می گذارد (شیر خدایی و همکاران، ۱۳۹۵). بیقنه^۳ و همکاران (۲۰۰۱) اشاره می کنند که تصویر مقصد بر رفتار مصرف کننده تأثیر می گذارد. این مطالعه بررسی می کند که تصویر مقصد بر روی کیفیت درک شده توسط گردشگران و بر رضایتمندی کل تأثیر می گذارد.

کیفیت درک شده

رایج ترین تعریف کیفیت خدمات متکی بر قضاوت مصرف کننده جهانی از برتری محصول یا خدمت است و در نتیجه انتظارات مصرف کننده از خدمت و ادراکاتی که شرکت از خدمت فراهم می کند را ادغام می کند (گانزالس^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه ارزش درک شده بطور مثبت می تواند توسط کیفیت درک شده، تحت تأثیر قرار بگیرد، اما این رابطه لزوماً همیشه برقرار نیست. برخی مواقع ممکن است مشتریان به دلیل پایین بودن قیمت خدمات، ارزش بالایی از محصولات یا خدمات که کیفیت مناسبی ندارند، درک نمایند. رابطه علی بین کیفیت درک شده، رضایتمندی کل، ارزش درک شده و نیت رفتاری در تحقیقات گذشته تایید شده است (لای^۵ و کوآنگ وین^۶، ۲۰۱۲). انگویان^۷ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داده است که تصویر مقصد در مقایسه با عوامل انگیزشی بیشترین تأثیر را بر روی کیفیت خدمات درک شده دارد. همچنین، رابطه مثبت مابین تصویر مقصد، عوامل انگیزشی، کیفیت درک شده و رضایتمندی کل وجود دارد.

ارزش درک شده

ارزش را می توان به عنوان مقایسه بین آنچه که مصرف کنندگان می گیرند و پرداخت می نمایند، تعریف کرد، بنابراین ارزش مقایسه بین منافع و چیزی که از دست می رود است. در ادبیات گردشگری ارزش درک شده، ارزیابی کلی بازدیدکننده از ارزش خالص سفر بر مبنای ارزیابی او از آنچه دریافت کرده است (منافع) و آنچه پرداخت کرده است (هزینه) می باشد. بنابراین، ارزش درک شده از کیفیت خدمات را می توان به عنوان پیش عامل واکنش های رفتاری در طول زمان بازدید در

¹ Chen

² Tsai

³ Bigne

⁴ Gonzalez

⁵ Lai

⁶ Quang Vinh

⁷ Nguyen

نظر گرفت (لای و کوآنگ، ۲۰۱۲). اگرت^۱ و اولاقا^۲ (۲۰۰۲) بررسی کرده‌اند که ارزش، پیش بینی کننده بهتری از نتایج رفتاری در مقایسه با رضایتمندی است.

رضایتمندی

رضایت را به عنوان قضاوت مشتری درباره احساس شادی و خشنودی که محصول یا خدمات فراهم می‌آورد تعریف کرده‌اند. به طور مشابه، محققان بیان کرده‌اند که رضایت نتیجه ارزیابی ذهنی است که آیا گزینه انتخاب شده، انتظارات را برآورده کرده است یا از آن فراتر رفته است یا نه (ملکی مین باش رزگاه و دیگران، ۱۳۹۴). میر فخرالدینی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی بیان کرده‌اند که مسئولین و مدیران بیمارستان‌های شهرستان می‌توانند با اقداماتی از جمله آموزش پرسنل بیمارستان در نحوه رفتار با بیماران و همچنین در نظر گرفتن امکانات رفاهی برای همراهان غیربومی سطح رضایت مراجعه کنندگان را افزایش می‌دهند.

قصد رفتاری

قصد یک فرد عبارت است از: دریافت و ادراکی که فرد از بروز یک رفتار خاص دارد. به عبارت دیگر قصد فرد یک موقعیت ذهنی و احتمالی می‌باشد که بین فرد با عمل وی ارتباط برقرار می‌کند (شیرخدایی و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعات گذشته در مورد نظریه رفتار برنامه ریزی شده مشخص کرده‌اند که تجربیات گذشته در شکل دهی قصد رفتار نقش مهمی دارد (هان و همکاران^۳، ۲۰۱۱، به نقل از شیرخدایی و دیگران، ۱۳۹۵). مطالعات متعددی ارتباط مستقیم و غیر مستقیم بین ارزش، کیفیت، رضایت و عواقب بعد خرید مثل وفاداری مشتری، تبلیغات مثبت دهان به دهان و نیت خرید مجدد را بررسی کرده‌اند. خیلی از این مطالعات به این نتیجه رسیدند ارتباطات بین ساختارهای پیچیده، متنوع و پویا بود. شیر خدایی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده‌اند که ایجاد تصویر خوب از مقصد موجب رضایت گردشگران سلامت شده و به دنبال آن مثبت شدن مقاصد رفتاری می‌شود که بازدیدهای آینده و پیشنهاد دادن مقصد به دیگران را افزایش می‌دهد. قصابی (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که هر چه خدمات ارائه شده به گردشگران دارای کیفیت بهتری باشد رضایت مطلوب گردشگر و در نتیجه تمایل به بازدید مجدد را در پی خواهد داشت. وو^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان می‌دهند که کیفیت تجربی بر اعتماد بیمار، رضایت و ارزش درک شده تاثیر مثبتی دارد. همچنین اعتماد بیمار و ارزش درک شده بر رضایتمندی بیماران تاثیر مثبتی دارد. در نهایت اعتماد بیمار و رضایتمندی بیمار و ارزش درک شده به عنوان عوامل واسطه بر قصد رفتاری بیماران تاثیر مثبتی دارد. کلانتری شاه‌یجان^۵ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی قصد رفتاری گردشگران پزشکی بین المللی در ایران را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که رابطه مثبت مابین

¹ Eggert

² Ulaga

³ Han

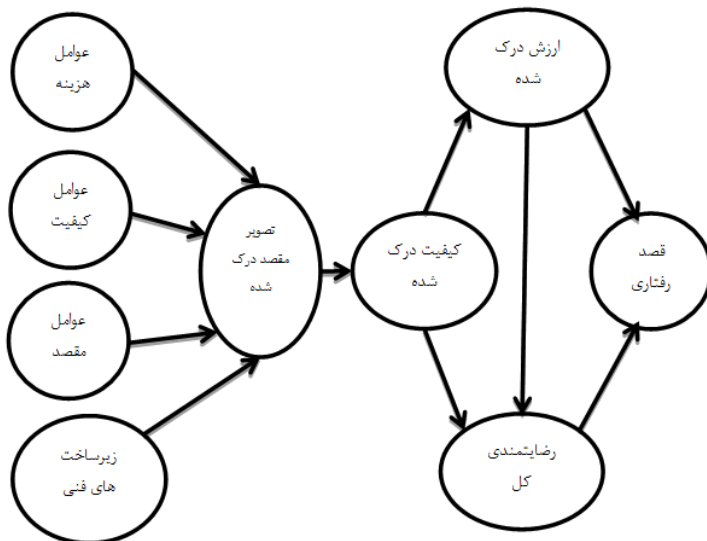
⁴ Wu

⁵ Kalantari Shahijan

تصویر مقصد و نگرش بیمار، کیفیت خدمات بیمارستان و قصد دوباره، کیفیت خدمات بیمارستان و تبلیغات دهان به دهان، مجوز رسمی بیمارستان و نگرش بیمار، نگرش بیمار و رضایتمندی بیمار، رضایتمندی بیمار و قصد دوباره، رضایتمندی بیمار و تبلیغات دهان به دهان وجود دارد. هان^۱ و هیون^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان حفظ مشتری در صنعت گردشگری پزشکی: تأثیر کیفیت، رضایتمندی، اعتماد و قیمت قابل قبول را مورد مطالعه قرار داده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که کیفیت درک شده، رضایت و اعتماد تأثیر معناداری بر قصد دوباره به کلینیک‌ها و کشور مقصد دارد. همچنین رضایت و اعتماد به عنوان متغیرهای واسطه مهم ارزیابی می‌شود. ابوبکر^۳ و ایلکان^۴ (۲۰۱۵) نشان می‌دهند که تبلیغات آنلاین اثر مثبت بر اعتماد مقصد و تمایل به سفر دارد. همچنین اعتماد مقصد اثر مثبتی بر تمایل به سفر دارد. دباتا^۵ و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهند که رضایتمندی درمان و کیفیت خدمات تأثیر مثبت معناداری بر وفاداری مشتریان در بخش گردشگری پزشکی دارد. همچنین کیفیت خدمات تأثیر مثبتی بر روی وفاداری گردشگران پزشکی دارد.

مدل مفهومی تحقیق و فرضیه‌ها

با توجه به مطالب ذکر شده، مدل مفهومی تحقیق به صورت شکل یک ارائه می‌شود.



شکل ۱- مدل مفهومی تحقیق

¹ Han
² Hyun
³ Abu-Bakr
⁴ Ilkan
⁵ Debata

تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا عوامل انگیزشی بر مولفه‌های ادراکی و قصد رفتاری گردشگران درمانی تاثیر معنی‌داری دارد؟ از این رو فرضیه‌های اصلی تحقیق به صورت زیر بیان می‌گردد.

- ۱- عوامل مربوط به هزینه، تاثیر مثبت و معناداری بر تصویر مقصد درک شده دارد.
- ۲- عوامل مربوط به کیفیت، تاثیر مثبت و معناداری بر تصویر مقصد درک شده دارد.
- ۳- عوامل مربوط به مقصد، تاثیر مثبت و معناداری بر تصویر مقصد درک شده دارد.
- ۴- عوامل مربوط به زیرساختهای فنی، تاثیر مثبت و معناداری بر تصویر مقصد درک شده دارد.
- ۵- تصویر مقصد درک شده، تاثیر مثبت و معناداری بر کیفیت درک شده دارد.
- ۶- کیفیت درک شده، تاثیر مثبت و معناداری بر ارزش درک شده گردشگران درمانی دارد.
- ۷- کیفیت درک شده تاثیر مثبت و معناداری بر رضایتمندی کل گردشگران درمانی دارد.
- ۸- ارزش درک شده، تاثیر مثبت و معناداری بر رضایتمندی کل گردشگران درمانی دارد.
- ۹- ارزش درک شده، تاثیر مثبت و معناداری بر قصد رفتاری گردشگران درمانی دارد.
- ۱۰- رضایتمندی کل، تاثیر مثبت و معناداری بر قصد رفتاری گردشگران درمانی دارد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، تحقیقی توصیفی، تحلیلی است. در بخش نظری، با رجوع به کتب، مجله‌ها و پایگاه اینترنتی، اطلاعات مورد نیاز برای انجام پژوهش جمع آوری شد. در بخش میدانی برای جمع آوری داده‌ها از ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه استفاده شد. جامعه آماری تحقیق، گردشگران درمانی مراجعه کننده به مراکز درمانی استان آذربایجان شرقی می‌باشد. برای جمع آوری داده‌ها، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به تکمیل پرسشنامه‌ها توسط بیماران خارجی مراجعه کننده به مراکز درمانی پرداخته شده است. مقیاس پاسخگویی برای این پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت از ۱= خیلی کم، ۲= کم، ۳= متوسط، ۴= زیاد و ۵= خیلی زیاد جهت عوامل جذب گردشگران و از ۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= نظری ندارم، ۴= موافقم و ۵= کاملاً موافقم برای عوامل ادراکی و قصد رفتاری گردشگران است. برای سنجش روایی محتوایی، پرسشنامه به تعدادی از صاحب‌نظران و کارشناسان خبره در گردشگری درمانی و سلامت داده شد و بر اساس نظرات آنها اصلاح و در نهایت تائید نهایی گردید. در این تحقیق جامعیت خبرگان از طریق شاخص‌های (۱) وجود خبرگان دانشگاهی و خبرگان حرفه‌ای (۲) وجود خبرگان دارای تجربه در لایه‌ها و حوزه‌های مختلف زنجیره تامین خدمات صنعت گردشگری درمانی و سلامت (۳) وجود خبرگان حرفه‌ای از سازمان‌های دولتی و خصوصی و مراکز درمانی و بیمارستان‌ها احراز شده است. به این ترتیب، با نمونه‌گیری هدفمند، ۱۰ فرد خبره از اساتید دانشگاهی، مدیران مراکز درمانی و بیمارستان‌ها، مدیران و کارشناسان گردشگری سلامت دانشگاه علوم پزشکی،

بهداشت و درمان، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری و شرکت‌ها و آژانس‌های ارائه دهنده خدمات گردشگری سلامت و درمان در استان آذربایجان شرقی شناسایی و نظرات آنها بر روی پرسشنامه اعمال شده است. پایایی پرسشنامه نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شده و مقدار آن ۰/۹۷ محاسبه گردیده است. برای تعیین حجم نمونه آماری نیز از فرمول محاسباتی کوکران استفاده می‌شود.

$$n = \frac{Z^2 pq / d^2}{1 + \frac{1}{N} (Z^2 pq / d^2 - 1)} = \frac{(1.96)^2 \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2} / (0.05)^2}{1 + \frac{1}{1200} \left((1.96)^2 \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{2} / (0.05)^2 - 1 \right)} = 291$$

n : حجم نمونه آماری، d : درصد خطا (در اینجا محاسبه با سطح خطای ۰.۰۵)، Z : مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد، N : حجم جمعیت، تعداد جامعه آماری ۱۲۰۰ نفر در نظر گرفته شده است، P : نسبتی از جمعیت دارای صفت معین، q : نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین. در مطالعه حاضر بر اساس حجم جامعه آماری، تعداد نمونه آماری ۲۹۱ نفر محاسبه شد (تعداد ۳۵۰ پرسشنامه بین گردشگران درمانی خارجی توزیع گردید که از این تعداد، ۲۸۵ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل و بازگشت داده شد). جهت آزمون فرضیات و برازندگی مدل از مدل‌های معادلات ساختاری^۱ و روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. ابعاد عملیاتی متغیرهای تحقیق شامل گویه‌های زیر است.

جدول ۱. متغیرهای پژوهش و زیر سازه‌ها

سازه	نشانه‌گر	زیر سازه‌ها	منبع
عوامل هزینه	C1	هزینه پایین درمان	اسمیت و فرجینو (۲۰۰۷)، یه و همکاران (۲۰۰۸)، فتچرین و استفانو (۲۰۱۶)، رادمنش (۲۰۱۶)، سلطان و همکاران (۲۰۱۴)، عزیز و همکاران (۲۰۱۴)
	C2	هزینه پایین مراقبت‌های بهداشتی	
	C3	هزینه پایین محل اقامت	
	C4	هزینه‌های پایین سفر و حمل و نقل	
	C5	مناسب بودن قیمت خدمات	
عوامل کیفیت	Q1	اعتبار و شهرت پزشکان متخصص	گیو کو (۲۰۱۱)، اسمیت و فرجینو (۲۰۰۷)، یه و همکاران (۲۰۰۸)، فتچرین و استفانو (۲۰۱۶)، رادمنش (۲۰۱۶)، شاهرخ و همکاران (۲۰۱۶)، سلطان و همکاران (۲۰۱۴)، عزیز و همکاران (۲۰۱۴)، (۲۰۱۱)، عنابستانی و عنابستانی (۱۳۹۴)
	Q2	وجود استانداردهای بین المللی بیمارستان‌ها	
	Q3	کیفیت بالای درمان	
	Q4	مدرن بودن تجهیزات پزشکی منطقه	
	Q5	داشتن پزشکان بین المللی تایید شده	
	Q6	توصیه‌های اقوام و دوستان از کیفیت پزشکان	
	Q7	پایین بودن زمان انتظار درمان	
	Q8	در دسترس بودن خدمات درمانی متنوع	

ادامه جدول ۱. متغیرهای پژوهش و زیرسازه‌ها

منبع	زیرسازه‌ها	نشانگر	سازه
یه و همکاران (۲۰۰۸)، گودرزی (۱۳۹۳)، فتچرین و استفانو (۲۰۱۶)، عزیز (۲۰۱۴)	محبوبیت مقصد گردشگری	D1	عوامل مقصد گردشگری
	جاذبه‌های گردشگری موجود منطقه	D2	
	مشابهت‌های زبانی و فرهنگی	D3	
	مکان مناسب برای آرامش پس از درمان	D4	
	جو امنیت اجتماعی در منطقه	D5	
گیو کو (۲۰۱۱)، هیونگ و همکاران (۲۰۱۰)، فتچرین و استفانو (۲۰۱۶)، رادمنش (۲۰۱۶)، شاهرخ و همکاران (۲۰۱۶)، چن (۲۰۱۲)، گودرزی (۱۳۹۳)	وجود امکانات اقامتی و رفاهی مناسب	I1	زیرساخت‌های فنی و تخصصی
	وجود مترجم در بیمارستان	I2	
	امکان برقراری ارتباطات الکترونیکی	I3	
	پذیرفتن انواع بیمه‌های رایج کشور	I4	
	وجود امکانات برای مشاوره پزشکی با بیمار خارجی قبل و بعد از درمان	I5	
	بازاریابی، تبلیغات و برند خدمات بهداشتی و درمانی منطقه	i6	
چن و تسای (۲۰۰۷)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، انگویان (۲۰۱۶)، کلانتری شاهیجان و همکاران (۲۰۱۵)	بیمارستان‌ها اعتبار و اطمینان مناسبی دارند	DIP1	تصویر مقصد درک شده
	سطح استاندارد امکانات پزشکی، بالا می‌باشد	DIP2	
	سطح استاندارد کارمندان پزشکی، بالا می‌باشد	DIP3	
	دسترسی از محل اقامت کشور، به سهولت انجام می‌شود	DIP4	
	مقدمات سفر به مقصد، به سهولت انجام می‌شود	DIP5	
	رویه‌های ویزا و مهاجرت، به سهولت انجام می‌گیرد	DIP6	
	موانع و محدودیت زبانی در سفر به منطقه وجود ندارد	DIP7	
	گردشگران از جرم و جنایت و حملات تروریستی ایمن هستند	DIP8	
	منطقه و مقصد دارای ثبات سیاسی است	DIP9	
لای و کوآنگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، انگویان (۲۰۱۶)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، هان و هیون (۲۰۱۵)، دباتا و همکاران (۲۰۱۵)	پزشکان توجه کافی نسبت به نگرانی‌های من دارند.	QP1	کیفیت درک شده
	پزشکان به اندازه کافی وضعیت من و نتایج معاینات را توضیح می‌دهند.	QP2	
	پزشکان به من اجازه می‌دهند، تا پرسش‌های زیادی بپرسم.	QP3	

ادامه جدول ۱. متغیرهای پژوهش و زیر سازه ها

منبع	زیرسازه ها	نشانه گر	سازه
لای و گوآنگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، انگویان (۲۰۱۶)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، هان و هیون (۲۰۱۵)، دباتا و همکاران (۲۰۱۵)	کارکنان پزشک مهارت های ارتباطی خوبی دارند.	QP4	کیفیت درک شده
	کارکنان پزشک مودب و دوستانه هستند.	QP5	
	امکانات عمومی بیمارستان به صورت مناسبی مکان یابی شده است.	QP6	
	بیمارستان ها نگرانی زیادی نسبت به ایمنی بیمار دارند.	QP7	
	بیمارستان ها به حریم خصوصی بیماران و محرمانه بودن توجه دارند.	QP8	
	بیمارستان ها دارای پوشش قابل قبولی در برابر قصور دارند.	QP9	
	بسته های قیمت گذاری، شفاف می باشد.	QP10	
لای و گوآنگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، اگرت و اولاقا (۲۰۰۲)، وو و همکاران (۲۰۱۶)	من، درمان پزشکی با کیفیت و با قیمت مناسب دریافت کرده ام.	VP1	ارزش درک شده
	درمان پزشکی انجام شده، ارزش زیادی تحویل میدهد.	VP2	
	درمان پزشکی انجام شده، ارزش خوبی نسبت به پول هزینه شده، دارد.	VP3	
لای و گوآنگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، هان و هیون (۲۰۱۵)، دباتا و همکاران (۲۰۱۵)	در کل، من از معالجه و درمان پزشکانم راضی هستم.	S1	رضایتمندی کل
	در کل، من از امکانات پزشکی و بیمارستان راضی هستم.	S2	
	در کل، من از خدمات مهمان نوازی راضی هستم.	S3	
	در کل، من از پزشکان راضی هستم.	S4	
	در کل، من از مقصد به جهت سفر برای درمان پزشکی راضی هستم.	S5	
لای و گوآنگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، کلانتری شاهبجان و همکاران (۲۰۱۵)، ابوبکر و ایلکان (۲۰۱۵)	من چیزهای مثبتی درباره درمان ها، به بستگان نزدیکم خواهم گفت.	BI1	قصد رفتاری
	من مایل به توصیه درمان پزشکی منطقه به بستگان نزدیکم هستم.	BI2	
	من استفاده از خدمات بیمارستانی در این- منطقه را، در آینده ادامه خواهم داد.	BI3	
	من مایل به انجام درمان های پزشکی منطقه، در آینده خواهم بود.	BI4	

ادامه جدول ۱. متغیرهای پژوهش و زیر سازه‌ها

منبع	زیرسازه‌ها	نشانگر	سازه
لای و گوانگ (۲۰۱۲)، بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، کلاتیری شاه‌یجان و همکاران (۲۰۱۵)، ابوبکر و ایلکان (۲۰۱۵)	من این منطقه را، به عنوان اولین انتخابم در نظر می‌گیرم.	BI5	قصد رفتاری
	من همچنان به استفاده از خدمات بیمارستانی منطقه ادامه خواهم داد، حتی اگر هزینه آن از مکان‌های دیگر بیشتر باشد.	BI6	
	من مایل به صرف پول بیشتر برای درمان پزشکی در منطقه هستم، حتی اگر قیمت‌ها افزایش یابد.	BI7	

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

مشخصات نمونه آماری تحقیق به صورت زیر است: از میان ۲۸۵ نفر به عنوان گردشگران درمانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی استان آذربایجان شرقی، به لحاظ جنسیت ۵۶/۶ درصد مرد و ۳۴/۴ درصد زن هستند. ۱۳/۳ درصد زیر ۲۵ سال، ۳۱/۶ بین ۲۶ الی ۴۰ سال، ۴۱/۴ درصد بین ۴۱ الی ۶۰ سال و ۱۳/۷ درصد بیش از ۶۰ سال سن دارند. از نظر تاهل، ۱۵/۸ درصد مجرد، ۸۲/۵ درصد متاهل و ۱/۸ درصد در سایر موارد می‌باشند. به لحاظ تحصیلات، ۶۸/۴ درصد دیپلم و زیر دیپلم، ۶/۳ درصد فوق دیپلم، ۲۲ درصد دارای لیسانس و ۳ درصد فوق لیسانی و بالاتر هستند. عمده گردشگران درمانی مراجعه کننده از کشور آذربایجان بوده، بطوریکه ۹۱/۴ درصد از کشور آذربایجان ۲/۶ درصد از نخجوان، ۴/۷ درصد از عراق و ۱/۳ درصد از ارمنستان می‌باشند. ۹۶/۸ درصد مسلمان، ۲/۴ درصد مسیحی و ۰/۸ از سایر مذاهب هستند. ۷۱/۲ درصد برای درمان بیماری و جراحی، ۱۲/۶ درصد برای بهبود سلامتی، ۱/۴ درصد برای زیبایی و ۱۴/۷ درصد برای چک آپ به مراکز درمانی مراجعه کرده اند. ۲۶/۳ برای اولین بار، ۲۲/۸ درصد برای دومین بار و ۵۰/۹ درصد بیماران برای سومین بار و بیشتر مراجعه کرده اند. ۷/۴ درصد دارای بیمه و ۹۲/۶ درصد فاقد بیمه و یا خدمات پوششی بیمه و تامین اجتماعی می‌باشند. از نظر درآمد ۹۵/۸ درصد افراد دارای درآمد کمتر از ۵۰۰۰ دلار در سال، ۲/۱ درصد بین ۵۰۰۰ الی ۱۰۰۰۰ دلار، ۱/۴ درصد بین ۱۰۰۰۰ الی ۱۵۰۰۰ دلار و ۰/۸ درصد دارای درآمد بیش از ۱۵۰۰۰ دلار در سال می‌باشند.

یافته‌های استنباطی

از نظر اعتبار محتوایی به تایید خبرگان و کارشناسان حوزه گردشگری سلامت و درمان رسید. همچنین آزمون اعتبار عاملی ابزار پرسشنامه، با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی، برای

اطمینان از وجود ارتباط بین هر یک از گویه‌ها با متغیر مکنون مربوط به خود انجام گردید. با توجه به جدول شماره (۲)، بار عاملی گویه‌های تحقیق برای تمام متغیرهای مکنون بیشتر از ۰٫۶۰ می‌باشد که نشانگر روایی بالای پرسشنامه است. روایی همگرایی تحقیق با استفاده از میانگین واریانس توسعه داده شده (AVE) بررسی شد. مقدار این شاخص برای تمام متغیرها بیش از ۰٫۵۰ است و بیانگر روایی همگرایی تحقیق است. به منظور بررسی سازگاری درونی مدل‌های اندازه‌گیری از شاخص پایایی مرکب (CR)^۱، جهت سنجش انسجام یا همسانی درونی متغیرهای مشاهده‌پذیر هر متغیر پنهان از آلفای کرونباخ استفاده می‌شود. در جدول شماره (۲) مقادیر شاخص‌های مذکور نشان داده شده است. مقادیر بالای ۰٫۷۰ نشان‌دهنده سازگاری درونی مدل‌های اندازه‌گیری می‌باشد. مقدار شاخص پایایی مرکب برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰٫۸۰ می‌باشد. همچنین مقدار قابل قبول برای آلفای کرونباخ ۰٫۷۰ به بالا می‌باشد. مقدار این شاخص برای همه متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰٫۸۰ است.

جدول ۲. نتایج حاصل از پایایی و روایی

مقدار t	بار عاملی	AVE	ضریب تعیین	پایایی مرکب	آلفای کرونباخ	نشانگر	سازه
۱۱/۹۹	۰/۸۵۰	۰/۷۴۴	۰/۰۰	۰/۹۳۵	۰/۹۱۵	C1	عوامل هزینه
۱۲/۷۰	۰/۸۷۹					C2	
۱۴/۲۰	۰/۸۴۷					C3	
۱۷/۵۵	۰/۸۳۷					C4	
۲۷/۲۶	۰/۸۹۹					C5	
۲۸/۶۱	۰/۸۵۰	۰/۵۸۱	۰/۰۰	۰/۸۷۲	۰/۸۱۵	D1	عوامل مقصد گردشگری
۴۴/۵۹	۰/۸۳۷					D2	
۱۳/۰۵	۰/۶۷۲					D3	
۱۳/۱۰	۰/۶۸۹					D4	
۱۴/۶۳	۰/۷۰۴					D5	
۱۴/۰۴	۰/۷۲۰	۰/۵۸۰	۰/۰۰	۰/۹۱۶	۰/۸۹۵	Q1	عوامل کیفیت
۲۲/۵۸	۰/۸۲۲					Q2	
۲۴/۰۹	۰/۸۱۸					Q3	
۲۴/۷۴	۰/۸۰۵					Q4	
۲۶/۶۹	۰/۸۱۱					Q5	
۱۴/۷۱	۰/۶۸۶					Q6	
۱۵/۷۹	۰/۶۶۱					Q7	
۲۳/۲۵	۰/۷۵۳					Q8	
۲۴/۴۱	۰/۷۸۴	۰/۶۳۹	۰/۰۰	۰/۹۱۴	۰/۸۸۷	I1	زیرساخت‌های فنی و تخصصی
۲۵/۹۷	۰/۷۹۰					I2	
۲۲/۷۶	۰/۷۹۱					I3	
۲۳/۲۹	۰/۷۷۶					I4	
۳۲/۹۸	۰/۸۳۰					I5	
۳۰/۰۱	۰/۸۲۵					i6	

¹ Composite Reliability

جدول ۲. نتایج حاصل از پایایی و روایی

مقدار t	بار عاملی	AVE	ضریب تعیین	پایایی مرکب	آلفای کرونباخ	نشانه‌گر	سازه
۱۵/۶۸	۰/۷۳۵	۰/۵۶۱	۰/۵۸۷	۰/۹۱۹	۰/۹۰۱	DIP1	تصویر مقصد درک شده
۱۶/۷۳	۰/۷۲۰					DIP2	
۲۵/۴۹	۰/۷۹۷					DIP3	
۲۱/۱۲	۰/۷۵۹					DIP4	
۲۴/۶۸	۰/۷۸۰					DIP5	
۲۳/۰۳	۰/۷۷۱					DIP6	
۲۳/۳۷	۰/۷۵۳					DIP7	
۱۰/۷۹	۰/۶۴۳					DIP8	
۲۷/۰۷	۰/۷۷۸					DIP9	
۲۶/۹۳	۰/۸۲۳	۰/۶۴۵	۰/۶۵۰	۰/۹۴۷	۰/۹۳۸	QP1	کیفیت درک شده
۳۳/۴۱	۰/۵۸۷					QP2	
۳۱/۲۸	۰/۸۱۴					QP3	
۲۸/۷۰	۰/۸۲۲					QP4	
۳۷/۳۴	۰/۸۵۰					QP5	
۲۲/۵۹	۰/۷۹۸					QP6	
۳۰/۹۵	۰/۸۳۱					QP7	
۱۳/۷۴	۰/۷۴۴					QP8	
۲۲/۲۶	۰/۷۷۰					QP9	
۲۰/۷۶	۰/۷۱۴					QP10	
۳۲/۵۷	۰/۸۶۲	۰/۷۵۵	۰/۵۳۱	۰/۹۰۲	۰/۸۳۸	VP1	ارزش درک شده
۲۷/۳۰	۰/۸۶۵					VP2	
۴۵/۹۵	۰/۸۸۲					VP3	
۲۹/۷۴	۰/۸۷۶	۰/۷۱۰	۰/۶۶۵	۰/۹۲۳	۰/۸۹۴	S1	رضایتمندی کل
۳۴/۶۱	۰/۸۸۵					S2	
۹/۴۴	۰/۶۷۵					S3	
۲۸/۲۸	۰/۸۳۵					S4	
۴۸/۴۰	۰/۹۰۴					S5	
۳۷/۰۱	۰/۸۶۰	۰/۶۸۴	۰/۶۹۰	۰/۹۳۷	۰/۹۲۲	BI1	قصد رفتاری
۲۶/۳۶	۰/۸۴۴					BI2	
۲۷/۱۰	۰/۸۵۰					BI3	
۴۵/۶۹	۰/۸۷۴					BI4	
۳۳/۶۰	۰/۸۴۷					BI5	
۲۳/۲۶	۰/۸۰۵					BI6	
۱۳/۹۵	۰/۶۸۶					BI7	

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

جدول ۳. نتایج حاصل از روایی افتراقی

متغیرها	هزینه	مقصد	کیفیت	زیرساخت های فنی	تصویر مقصد درک شده	کیفیت درک شده	ارزش درک شده	رضایتمندی	قصد رفتاری
هزینه	۰/۷۴۴	۰/۰۱۰	۰/۰۱۱	۰/۰۲۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
مقصد	۰/۰۱۰	۰/۰۱۱	۰/۰۱۱	۰/۰۲۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
کیفیت	۰/۰۱۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۱	۰/۰۲۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
زیرساخت های فنی	۰/۰۲۰	۰/۰۲۰	۰/۰۲۰	۰/۰۲۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
تصویر مقصد درک شده	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
کیفیت درک شده	۰/۰۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
ارزش درک شده	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
رضایتمندی	۰/۰۲۷	۰/۰۲۷	۰/۰۲۷	۰/۰۲۷	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰
قصد رفتاری	۰/۰۳۰	۰/۰۳۰	۰/۰۳۰	۰/۰۳۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۳۰

منبع: محاسبات تحقیقی حاضر

برای روایی افتراقی باید متوسط واریانس استخراج شده هر متغیر از همبستگی توان دوم آن متغیر با دیگر متغیرها بیشتر باشد (فورنل و لارکر، ۱۹۸۱). نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که متوسط واریانس استخراج شده برای تمامی متغیرها از ۰/۵ و از همبستگی توان دوم با دیگر متغیرهای مکنون بیشتر است.

کیفیت مدل ساختاری

کیفیت مدل ساختاری توسط شاخص افزونگی^۱ محاسبه می‌شود. مقادیر بالای صفر نشان‌دهنده این است که مقادیر مشاهده‌شده خوب بازسازی شده‌اند و مدل توانایی پیش‌بینی دارد. در جدول شماره (۴)، مقادیر این شاخص برای متغیرهای مکنون نشان داده شده است و برای تمام متغیرها مقدار شاخص بیشتر از صفر بوده و عدد مثبتی می‌باشد.

جدول ۴. شاخص افزونگی

افزونگی	متغیرهای تحقیق
۰/۰۱۷	تصویر مقصد درک شده
۰/۴۱۹	کیفیت درک شده
۰/۳۸۷	ارزش درک شده
۰/۳۵۴	رضایتمندی کل
۰/۳۸۹	قصد رفتاری

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

نیکویی برازش مدل

به منظور سنجش برازش مدل تحقیق در مدل‌سازی مسیری، می‌توان از شاخص GOF استفاده کرد. این شاخص از طریق میانگین هندسی متوسط واریانس توسعه داده شده در متوسط ضریب تعیین بدست می‌آید. مقدار بدست آمده برای این شاخص بین صفر تا یک است. طبق نتایج معیار GOF، ۰/۶۳۸ است که این مقدار بیانگر مدلی رضایت بخش است و نشان از برازش کلی قوی مدل دارد.

$$GOF = \sqrt{R^2 \times \text{Communality}} = \sqrt{0/6216 \times 0/6557} = 0/638$$

^۱ Redundancy

بررسی معنی داری ضرایب مسیر

آزمون مدل مفهومی تحقیق به روش حداقل مربعات جزئی-مدلسازی معادلات ساختاری و نرم افزار SMART-PLS انجام شده است. برای معنادار بودن رابطه در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اگر ضریب معناداری (مقدار t) مسیر میان دو متغیر مستقل و وابسته بیشتر از ۱,۹۶ باشد، تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته معنادار بوده و منجر به تایید فرضیه می‌گردد. طبق جدول شماره (۵)، بین تصویر مقصد درک شده گردشگران درمانی و عوامل هزینه، کیفیت، مقصد و زیرساخت های فنی و تخصصی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به طوری که گردشگران درمانی اثرات کیفیت حاصل از خدمات بهداشتی و درمانی را (ضریب مسیر ۰,۳۳۹) در مقایسه با اثرات زیرساخت‌های فنی و تخصصی (ضریب مسیر ۰,۳۰۱) اثرات مقصد (ضریب مسیر ۰,۱۹۹) و هزینه (ضریب مسیر ۰,۱۰۱) قوی تر درک می‌کنند. این پیامد با توجه به اینکه عامل کیفیت غیرقابل جبران می باشد نسبت به متغیرهای هزینه، مقصد و زیرساخت‌های فنی و تخصصی تاثیرگذاری بیشتری بر تصویر مقصد درک شده گردشگران درمانی دارد.

جدول ۵. معنی داری ضرایب مسیر

نتیجه فرضیه	مقادیر t	ضرایب مسیر	خطای استاندارد	فرضیه ها (مسیرها)
تایید	۲/۳۰۹	۰/۱۰۱	۰/۰۴۳	تصویر مقصد درک شده >-- هزینه
تایید	۴/۵۵۴	۰/۳۳۹	۰/۰۷۴	تصویر مقصد درک شده >-- کیفیت
تایید	۲/۷۷۹	۰/۱۹۹	۰/۰۷۱	تصویر مقصد درک شده >-- مقصد
تایید	۴/۹۶۹	۰/۳۰۱	۰/۰۶۰	تصویر مقصد درک شده >-- زیرساخت های فنی
تایید	۲۷/۳۳۰	۰/۸۰۶	۰/۰۲۹	کیفیت درک شده >-- تصویر مقصد درک شده
تایید	۱۵/۴۰۷	۰/۷۱۶	۰/۰۴۶	ارزش درک شده >-- کیفیت درک شده
تایید	۶/۴۹۶	۰/۴۷۳	۰/۰۷۲	رضایتمندی کل >-- کیفیت درک شده
تایید	۶/۰۴۹	۰/۴۰۶	۰/۰۶۷	رضایتمندی کل >-- ارزش درک شده
تایید	۸/۰۰۷	۰/۵۴۹	۰/۰۶۸	قصد رفتاری >-- رضایتمندی کل
تایید	۴/۵۷۷	۰/۳۳۵	۰/۰۷۳	قصد رفتاری >-- ارزش درک شده

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

جدول ۶. اثرات کل

متغیرها	قصد رفتاری	تصویر مقصد درک شده	کیفیت درک شده	رضایتمندی کل	ارزش درک شده
هزینه	۰/۰۵۳	۰/۱۰۱	۰/۰۸۱	۰/۰۶۲	۰/۰۵۸
مقصد	۰/۱۰۶	۰/۱۹۹	۰/۱۶۱	۰/۱۲۳	۰/۱۱۵
کیفیت	۰/۱۸۱	۰/۳۳۹	۰/۲۷۳	۰/۲۰۹	۰/۱۹۶
زیرساخت های فنی	۰/۱۶۰	۰/۳۰۱	۰/۲۴۳	۰/۱۸۵	۰/۱۷۴
تصویر مقصد درک شده	۰/۵۳۳	-	۰/۸۰۶	۰/۶۱۷	۰/۵۷۸
کیفیت درک شده	۰/۶۶۱	-	-	۰/۷۶۴	۰/۷۱۶
ارزش درک شده	۰/۵۵۹	-	-	۰/۴۰۶	-
رضایتمندی کل	۰/۵۴۹	-	-	-	-

منبع: محاسبات تحقیق حاضر

کیفیت درک شده بر ارزش درک شده (ضریب مسیر ۰/۷۱۶) و رضایتمندی کل (ضریب مسیر ۰/۴۷۳) تاثیر مثبت و معناداری دارد، بطوریکه میزان تاثیرگذاری کیفیت درک شده بر ارزش درک شده بیشتر از رضایتمندی کل است. ارزش درک شده تاثیر مثبت و معناداری بر رضایتمندی کل (ضریب مسیر ۰/۴۰۶) و قصد رفتاری (ضریب مسیر ۰/۳۳۵) دارد. در نهایت رابطه بین رضایتمندی کل و قصد رفتاری گردشگران درمانی (ضریب مسیر ۰/۵۴۹) مثبت و معنادار بوده و از میزان متغیر ارزش درک شده بر قصد رفتاری گردشگران تاثیرگذاری بیشتری دارد. مطابق جدول شماره (۶) از بین عوامل انگیزشی گردشگری درمانی، کیفیت بیشترین و هزینه کمترین اثر کل را بر متغیرهای قصد رفتاری، تصویر مقصد درک شده، کیفیت درک شده، ارزش درک شده و رضایتمندی کل دارد.

نتیجه‌گیری

در این تحقیق، به بررسی تاثیر عوامل انگیزشی بر عوامل ادراکی و قصد رفتاری گردشگران درمانی پرداخته شده است. به این منظور، بر اساس مرور ادبیات و مصاحبه با خبرگان صنعت گردشگری سلامت و درمان، عوامل انگیزشی در چهار بعد عوامل هزینه، کیفیت، مقصد و زیرساخت های فنی و تخصصی استخراج گردید. همچنین عوامل تصویر مقصد درک شده، کیفیت درک شده، ارزش درک شده و رضایتمندی کل به عنوان عوامل ادراکی و قصد رفتاری گردشگران به عنوان عامل وابسته در نظر گرفته شد. سپس مدل مفهومی تحقیق برای بررسی رابطه معنی داری بین عوامل انگیزشی، ادراکی و قصد رفتاری گردشگران درمانی توسعه داده شد. وضعیت فرضیه‌های تحقیق بر اساس داده‌های حاصل از جمع‌آوری پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر مبنای تحلیل‌های صورت گرفته، برازش کلی مدل مورد تایید قرار گرفت و فرضیه‌های تحقیق تایید

گردیدند. یافته‌های حاصل از تحقیق بیانگر این است که عامل انگیزشی کیفیت و زیرساخت های فنی و تخصصی نسبت به عوامل هزینه و مقصد تاثیرگذاری بیشتری بر تصویر مقصد درک شده گردشگران درمانی دارد. این نتیجه در مطالعات یه و همکاران (۲۰۰۸)، زارعی و همکاران (۱۳۹۵)، معبودی و حکیمی (۱۳۹۴)، عنابستانی و عنابستانی (۱۳۹۴)، گودرزی (۱۳۹۳)، انگویان (۲۰۱۶)، رادمنش (۲۰۱۶)، فتچرین و استافانو (۲۰۱۶) و عزیز و همکاران (۲۰۱۴) نیز مورد تایید قرار گرفته است. همچنین عامل تصویر مقصد درک شده تاثیر مثبت و معناداری بر کیفیت درک شده دارد. انگویان (۲۰۱۶) و بیقنه و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعات خود به نتیجه مشابهی دست یافته اند. همچنین رابطه مثبت و معناداری بین کیفیت درک شده و ارزش درک شده و رضایتمندی گردشگران درمانی وجود دارد. مطالعات بیقنه و همکاران (۲۰۰۱)، لای و کوآنگ وین (۲۰۱۲)، شیرخدایی و همکاران (۱۳۹۵)، قصابی (۱۳۹۲)، وو و همکاران (۲۰۱۶)، انگویان (۲۰۱۶) و ابوبکر و ایلکان (۲۰۱۵) نیز رابطه بین کیفیت درک شده و ارزش درک شده و رضایتمندی گردشگران را مورد تایید قرار داده اند. ارزش درک شده تاثیر مثبت و معناداری بر رضایتمندی بیماران خارجی دارد. وو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به نتیجه مشابهی دست یافته اند. ارزش درک شده و رضایتمندی کل تاثیر مثبت و معناداری بر قصد رفتاری گردشگران درمانی دارد. این نتیجه در تحقیقات وو و همکاران (۲۰۱۶) اگرت و اولافا (۲۰۰۲) لای و کوآنگ وین (۲۰۱۲) قصابی (۱۳۹۲) کلانتری شاهپجان و همکاران (۲۰۱۵) و دباتا و همکاران (۲۰۱۵) مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به نتایج تحقیق راهکارهای زیر برای توسعه صنعت گردشگری استان پیشنهاد می باشد. توسعه زیرساخت های فنی و تخصصی از جمله: امکانات رفاهی و اقامتی مناسب، بکارگیری مترجم به زبان های بین المللی و کشور مولد گردشگر (ترکی و عربی)، توسعه ارتباطات الکترونیکی برای ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان، کاهش زمان انتظار برای درمان، بهبود تجهیزات و امکانات پزشکی در جهت بهبود کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی باید در برنامه ریزی های مرتبط با صنعت گردشگری سلامت و درمان در اولویت باشد. بطوریکه این عوامل منجر به تصویر مثبت از مقصد گردشگری درمانی و افزایش کیفیت ادراکی از خدمات درمانی و پزشکی می گردد. این عوامل نیز منجر به رضایتمندی بیشتر گردشگران و تمایل رفتاری مجدد برای دریافت خدمات درمانی و پزشکی از مناطق مقصد گردشگری درمانی می شود. همچنین بهبود رفتار کارکنان پزشکی و درمانی و افزایش شفافیت و اطلاع رسانی قیمت خدمات درمانی منجر به افزایش اعتماد بیماران خارجی، سهولت تصمیم گیری بیماران، مقایسه با سایر مقاصد و توسعه صنعت گردشگری درمانی منطقه ضروری است. از دیگر راهکار پیشنهادی برای توسعه گردشگری با توجه به نتایج تحقیق، توسعه بیمارستان‌های خصوصی و با کیفیت بر اساس استانداردهای جهانی به منظور جذب گردشگری خارجی می‌توان عنوان کرد. برای مطالعات آتی پژوهش‌های زیر پیشنهاد می‌شود.

✓ مدلسازی سیستم‌های پویا صنعت گردشگری درمانی و ارزیابی سیاست بهینه توسعه

- ✓ بررسی عوامل توسعه گردشگری درمانی با مدلسازی عامل بنیان (ABM)
- ✓ ارزیابی زنجیره تامین خدمات گردشگری درمانی و چالش‌ها و مشکلات آن
- ✓ ارزیابی تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر رشد و توسعه صنعت گردشگری درمانی

منابع

۱. بیات، سوده؛ حسینی هاشم زاده، داود؛ بد، مهدیه (۱۳۹۵). شناسایی عوامل جذب گردشگران پزشکی در بیمارستان های شهر تهران. **فصلنامه بیمارستان**، شماره ۱: ۳۶-۵۳.
۲. رنجنوش، راحله؛ ضرغام بروجنی، حمید؛ حمیدی، ناصر (۱۳۹۵). بخش بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی. **مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری** سال ۵، شماره ۱۸: ۵۴-۷۲.
۳. زارعی، عظیم؛ آذر، عادل؛ رضایی راد، مصطفی (۱۳۹۵). سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت. **مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری** سال ۵، شماره ۱۸: ۳۳-۵۳.
۴. شیرخدایی، میثم؛ علیزاده ثانی، محسن؛ آملی دیوا، فهیمه (۱۳۹۵). بررسی تاثیر تصویر مقصد بر رضایت و مقاصد رفتاری در گردشگری سلامت (مورد مطالعه: آبگرم معدنی لایچ)، **مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری** سال ۵، شماره ۱۷: ۱۲۸-۱۴۵.
۵. عنایستانی، علی اکبر؛ عنایستانی، زهرا (۱۳۹۴). عوامل موثر بر انتخاب شهر مشهد به عنوان هدف گردشگری پزشکی، **مجله گردشگری شهری**، دوره ۲، شماره ۳: ۱۷۵-۲۸۹.
۶. قصابی، حسن (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر جذب گردشگر به منطقه آزاد ارس از دیدگاه گردشگران، **پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی گردشگری**، پردیس بین الملل ارس دانشگاه تهران.
۷. گودرزی، مجید (۱۳۹۳)، برنامه ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلانشهر شیراز، رساله دکتری، **دانشکده جغرافیا دانشگاه اصفهان**.
۸. معبودی، محمد تقی؛ حکیمی، هادی (۱۳۹۴). عوامل تعیین کننده ی گردشگری پزشکی، نمونه موردی ایران. **مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری** سال ۵، شماره ۱۵: ۸۰-۱۰۶.
۹. ملکی مین باش رزگاه، مرتضی؛ بلوچی، حسین؛ فارسی زاده، حسین (۱۳۹۴). بررسی تاثیر مقصد و رضایت از مقصد بر نیت های بازدید گردشگران، **مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری**، شماره ۱۲: ۱۱-۳۳.
۱۰. میر فخرالدینی، سید حسین؛ میرفخرالدینی، فائزه السادات؛ صدرباقی، سید مهدی (۱۳۹۱). بررسی میزان رضایتمندی گردشگران درمانی شهر یزد و اولویت بندی عوامل موثر بر آن با روش Topsis فازی، **مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی صدوقی یزد**، دوره ۲، شماره ۵: ۶۶۸-۶۷۸.
۱۱. هادیزاده مقدم، اکرم؛ زاهدیان نژاد، محمد حسین؛ قنبرزاده میاندهی، رضا؛ فخرامنش، سینا (۱۳۹۲). الگوی عوامل موثر بر انگیزه گردشگران پزشکی برای ورود به ایران. **چشم اندازه مدیریت بازرگانی**، شماره ۱۵: ۵۹-۷۹.

12. Aziz, Y.A., Samdin, Z., Awang, K.W. and Adbullah, Z. (2015). Developing an index for medical tourism. **International Business Management**, 9(4): 412–415.
13. Abubakar, A.M. and Ilkan, M. (2015). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. **Journal of Destination Marketing & Management**, 5(3): 192-201.
14. Bigne, J.E., Sanchez, M.I. and Sanchez, J. (2001). Tourism image, evaluation variables and after purchase behavior: Inter-relationship. **Tourism Management**, 22: 607-616.
15. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and . . . surgery. **Tourism Management**, 27(6): 1093–1100.
16. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. **Tourism Management**, 34: 1–13.
17. Chen, C. and Tsai, D.C. (2007). How destination image and evaluative factors affect behavioral intentions, **Tourism Management**, 28(4): 1115-1122.
18. Debata, B.R., Patnaik, B., Mahapatra, S.S. and Sree, K. (2015). Interrelations of service quality and service loyalty dimensions in medical tourism. **Benchmarking: An International Journal**, 22(1): 18–55.
19. Eggert, A. and Ulaga, W. (2002). Customer perceived value: A substitute for satisfaction in business markets? **Journal of Business & Industrial Marketing**, 17(2/3): 107 –118.
20. Fetscherin, M. and Stephano, R.M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. **Tourism Management**, 52:539–556.
21. Gonzalez, M., Comesana, L. and Brea, J. (2007). Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction, **Journal of Business Research**, 28(4): 153-160.
22. Gyu Ko. T. (2011) Medical Tourism System Model, **International Journal of Tourism Sciences**, 11(2011):1, 17-51.
23. Han, H. and Hyun, S.S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. **Tourism Management**, 46: 20–29.
24. Heung, V.C.S., Kucukusta, D. and Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. **Tourism Management**, 32(5): 995–1005.
25. Han, H., Hsu, L.T.J., Lee, J.S. and Sheu, C. (2011). Are lodging customers ready to go green? An examination of attitudes, demographics, and eco-friendly intentions, **International Journal of Hospitality Management**, 30: 345–355.
26. Kalantari Shahijan, M., Rezaei, S., Preece, C.N. and Wan Ismail, W.K. (2015), International Medical Travelers' Behavioral Intention: An Empirical Study in Iran, **Journal of Travel & Tourism Marketing**, 32(5): 475-502.
27. Lai, W.H. and Quang Vinh, N. (2012). A study of analyzing the selection of promotion activities and destination attributes in tourism industry in Vietnam from the perspective of tourism industrial service network (TISN), **International Journal of Social and Human Sciences**, 6: 330- 336.
28. Moghimehfar Farhad, Nasr-Esfahani Mohammad Hossein. (2011). Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. **Tourism Management**, 32:1431-1434.
29. Nguyen, T. (2016). **Medical Tourism: Studying the Impact of Motivational Factors, Destination Image on Perceived Quality and Overall Satisfaction Using**

Sem Analysis, Master of Science in Hospitality Management. California State Polytechnic University, Pomona.

30. Radmanesh, A. (2016). **A Case Study of the Decision Model for American Outbound Medical Tourists**, Master of Science Degree in Tourism Planning and Development Emphasis. St. Cloud State University.

31. Szymańska, E. (2015). Construction of the Model of Health Tourism Innovativeness. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 213: 1008-1014.

32. Sultana S., Haque A., Momen A. and Yasmin F. (2014). Factors Affecting the Attractiveness of Medical Tourism Destination: An Empirical Study on India- Review Article. **Iranian J Publ Health**, 43(7): 867-876.

33. Smith, P.C. and Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism model. **Journal of Information Technology Case and Application Research**, 9(3): 19-30.

34. Wu, H., Li, T. and Li, M. (2016). A study of behavioral intentions, patient satisfaction, perceived value, patient trust and experiential quality for medical tourists. **Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism**, 17(2): 114-150.

35. Yu, J.Y. and Ko, T.G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. **Tourism Management**, 33(1): 80-88.