

فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی، شماره ۹۷، زمستان ۱۳۹۹، ۴۹-۲۳

ارائه مدل گردشگری سلامت با استفاده از مدل سازی ساختاری تفسیری (ISM) (مورد مطالعه شهر مشهد)

وحید ثانوی گروسیان* وحیدرضا میرابی**

حمیدرضا کردلویی*** اسماعیل حسن پور****

پذیرش: ۹۸/۵/۲۸

دریافت: ۹۸/۲/۱

تأسیس فازی / گردشگری سلامت / مدل تحلیل مسیر / مدل سازی ساختاری تفسیری

چکیده

بازار گردشگری سلامت به عنوان یکی از صنایع درآمدزا و رقابتی در دنیا مطرح می باشد و یکی از حوزه های نوین گردشگری پیشرفته است. در سطح کلان، دولت ها علاقمند به بهره مندی از مزایای اقتصادی ناشی از این صنعت هستند و رقابت فزاینده ای میان کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه آسیایی برای جلب گردشگران سلامت آغاز شده است. گردشگری سلامت در کشورهای در حال توسعه نیز رونق بیشتری یافته است. جهانی شدن و آزادسازی تجارت نیز در حوزه خدمات سلامت بستر رشد سریع این نوع گردشگری را فراهم آورده است. بنابراین در کشورهای در حال توسعه طراحی و ارائه مدلی در این زمینه اجتناب ناپذیر است. هدف اصلی در این پژوهش، طراحی مدل در حوزه گردشگری سلامت در شهر مشهد می باشد؛ در ابتدا به

*. دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی، دانشکده پردیس بین الملل، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران
sanavi.vahid@yahoo.com

** دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
mirabi.vahidreza@gmail.com

*** دانشیار گروه مدیریت، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران
hamidreza.kordlouie@gmail.com

**** استاد یار گروه مدیریت بازرگانی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران
esmaeilhasanpour@yahoo.com

■ وحیدرضا میرابی، نویسنده مسئول.

توصیف نتایج حاصل از بخش کیفی (دموگرافی پانل دلفی و یافته‌های مراحل مختلف تکنیک دلفی، روش تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری) و سپس بخش کمی پرداخته شده است. با توجه به نظرات گروه خبرگان برای عوامل حوزه توریسم سلامت، سیزده عامل شناسایی شدند که بیشترین اولویت را دارا می‌باشند. در واقع عوامل با توجه به شاخص شباهت رتبه‌بندی شدند. عاملی که بیشترین شاخص شباهت را دارد، رتبه یک دریافت کرده است. عوامل انتخابی عواملی هستند که شاخص شباهت آنها بیشتر از $0/80$ می‌باشد. پس از شناسایی روابط سلسله مراتبی عوامل توسط مدل‌سازی ساختاری تفسیری، رتبه‌بندی فوق تغییر کرده و به مدل کیفی تحقیق رسیدیم و پس از تعیین روابط و سطح عوامل آن‌ها، شکل مدل ترسیم گردید. سپس مدل حوزه توریسم سلامت با استفاده از تحلیل مسیر مورد ارزیابی قرار گرفت، در پایان شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر بررسی گردید. شاخص‌های برازش در محدوده‌ی مطلوب قرار گرفت که نشان‌دهنده‌ی حمایت بیشتر و قوی داده‌ها از مدل تدوین شده هستند. نتیجه آنکه مناسب مدل تحلیل مسیر در برازش به داده‌های جمع‌آوری شده مورد تأیید قرار گرفت. سپس با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری ارتباط بین سیزده عامل مذکور پیدا و مدل در قالب شش سطح ترسیم گردید.

طبقه‌بندی JEL: A11, Z33, Z31

مقدمه

گردشگری سلامت سفری است سازمان یافته به خارج از محیط معمولی فرد جهت حفظ، بهبود و حصول سلامتی مجدد جسمی و ذهنی فرد.^۱ این نوع گردشگری یکی از قدیمی‌ترین شکل‌های گردشگری است. تمدن‌های باستانی از ۱۰۰۰ تا ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد، بسیاری از روش‌های درمانی را به کار می‌گرفتند که امروزه در چشمه‌های آب گرم می‌توان این روش‌ها را مشاهده کرد. هر کشور و سازمانی باید استراتژی گردشگری سلامت خود را به روزرسانی و اصلاح کند و همچنین باید دانست که کدام کشورها در این زمینه خوب یا بد کار می‌کنند، چه کسانی به آنجا می‌روند، چه درمانی می‌خواهند و چرا آنها به آنجا می‌روند. سازمان‌های مرتبط با بخش سلامت به دانش کامل از آنچه که در حال حاضر در گردشگری سلامت اتفاق می‌افتد نیاز دارند.^۲

سلامت اساساً مربوط به مسائل بشردوستانه است؛ اما در عین حال، صنعت سلامت به طور قابل توجهی به پیشرفت و توسعه اقتصادی کشورها کمک می‌کند. فعالیت‌های توسعه سلامت منجر به تولید کالا و خدمات بهداشتی می‌شود که توسط شرکت‌های بین‌المللی ارائه می‌شود. سرمایه‌گذاری عظیم در زمینه لوازم پزشکی، تجهیزات، مدیریت و خدمات بهداشتی به طور مداوم برای بهبود کلی صنعت سلامت مورد پذیرش قرار گرفته است.^۳

گردشگری سلامت بخشی کوچک اما مهم از بازار گردشگری را به خود اختصاص داده است. این نوع گردشگری در کشورهای توسعه یافته‌ای مانند اسکاتلند، مجارستان، یونان، سوئیس، نیوزلند، آمریکا، کانادا و کشورهای در حال توسعه مانند کوبا، کرواسی، هند، اردن، بحرین، مالزی، سنگاپور و تایلند رواج دارد.^۴

جهانی شدن و بهبود ارتباطات نیز می‌تواند بر توسعه این نوع گردشگری اثر داشته باشد. زیرا مردم می‌توانند از کشوری خارج از کشور میزبان (جایی که گردشگری سلامت ارائه می‌شود) به اطلاعات درباره درمان و سلامتی دست یابند و حتی از طریق ویدئو کنفرانس و بسیاری دیگر از رسانه‌های ارتباطی با پزشکان و متخصصین مشورت کنند.^۵ بنابراین

1. Carrera & Bridges, (2006).

2. Butterm, (2018).

3. Plianbangchang, (2017).

4. Cochrane, (2008).

5. Sharply, (2003).

گردشگری سلامت منجر به ایجاد یک صنعت جهانی ۶۰ میلیارد دلاری شده است که بر مشتریان، عرضه کنندگان، مقاصد، دولت‌ها و غیره تاثیرگذار است.^۱ ویژگی‌های نهادی و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، تقاضا برای گردشگری سلامت در هر کشور را شکل می‌دهد. از سوی دیگر، ویژگی‌های سازمانی هر یک از این سیستم می‌تواند ماهیت گردشگری سلامت در آن کشور را شکل دهد.^۲ چنانچه خلل و کمبودی در یکی از بخش‌ها و عناصر وجود داشته باشد، عملکرد کل مجموعه مختل و عدم توسعه مطلوب گردشگری را موجب می‌گردد.^۳ امروزه، با توجه به اهمیت حضور و مشارکت کلّیه دست اندرکاران در اجرای برنامه‌های توسعه گردشگری و بهره‌گیری از یک الگوی مدیریتی مطلوب و یکپارچه می‌تواند در تدوین سیاست‌ها هماهنگ با برنامه‌های توسعه، شرایط را برای حضور و بهره‌گیری از تمامی سرمایه‌های اجتماعی و مادی این صنعت فراهم سازد. گردشگری سلامت شامل گردشگری درمانی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه است.

۱. پیشینه تحقیق

۱-۱. پیشینه داخلی

پژوهشی تحت عنوان شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر در توسعه گردشگری در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت که هدف اصلی این پژوهش شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر در گردشگری سلامت در استان اصفهان می‌باشد که از طریق روش TOPSIS برای اولویت‌بندی عوامل استفاده شده است و نتایج اولویت‌بندی نشانگر آن است که هزینه تمام شده درمان بیشترین اهمیت و اولویت را در توسعه گردشگری سلامت دارا می‌باشد و بعد از آن کادر درمانی آموزش دیده و آشنا به زبان‌های خارجی، محیط فرهنگی مناسب و امنیت اجتماعی برای کشورهای مسلمان، بهره‌مندی از زیرساخت‌های مناسب در بخش حمل و نقل هوایی، احکام و قوانین شرعی، وجود یک ویزای درمانی خاص و سهولت صدور روادید، وجود تسهیلات در بخش فناوری جهت پرداخت‌های الکترونیکی و برقراری ارتباط الکترونیکی و مخابراتی، وجود

1. Singh, (2008).

2. Beland & Zarzeczny, (2018).

۳. فراهانی و منوچهری، ۱۶۲، ۱۳۹۴.

۴. امینیان، سید نقوی، ۱۳۹۷.

مراکز درمانی متعدد و فوق تخصصی در سطح بین‌الملل در اولویت‌های بعدی جهت توسعه گردشگری سلامت در استان اصفهان قرار دارند.^۱

در تحقیقی تحت عنوان ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد در سال ۱۳۹۲ با استفاده از روش تاپسیس فازی، مهمترین عوامل مؤثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت استخراج و این عوامل سطح‌بندی شدند و در نهایت مدل استخراج گردید.^۲

در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه کیفیت خدمات و رضایت مشتریان در حوزه توریسم درمانی شواهدی از بیمارستان‌های تبریز پرداخته شده است در این پژوهش به عوامل موثر در خدمات، عناصر رضایتمندی و آمیخته بازاریابی خدمات پرداخته شده است. مدل ارائه شده در این پژوهش عوامل بیمار محور و سازمان محور را با توجه به چک لیست استاندارد در ارائه خدمات با کیفیت بهتر و در نتیجه افزایش رضایت مشتریان دخیل می‌داند. رضایت مشتریان و کیفیت خدمات از طریق پرسشنامه استاندارد در گروه هدف مورد سنجش قرار گرفته و از طریق آزمون کروسکال والیس توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.^۳

۲-۱. پیشینه خارجی

در تحقیقی تحت عنوان شاخص گردشگری سلامت، توسعه مقیاس و اعتبارسنجی^۴ به ارائه شاخص گردشگری سلامت (یک روش جدید اندازه‌گیری عملکرد ملی به منظور ارزیابی جذابیت یک کشور به عنوان مقصد توریسم‌های گردشگری سلامت) پرداخته شده است. این تحقیق از یک روش توسعه مقیاس چند مرحله‌ای با استفاده از چهار مورد مطالعه تجربی که بر اساس ۴۹۹۵ پاسخ به دست آمده است، شاخص گردشگری سلامت یک ساختار چند بعدی با چهار بعد کشور، گردشگری، هزینه‌های درمانی، خدمات و امکانات پزشکی و ۳۴ زیر مجموعه به دست آمده است. نتایج نشان داده که امکان اندازه‌گیری تفاوت‌های معنادار بین کشورها نه تنها در سطح کلی بلکه در هر یک از زیر شاخص‌ها مهیا می‌سازد.

۱. نیلی پور و همکاران، ۱۳۹۴.

۲. مروتی شریف‌آبادی، علی، اسدیان اردکانی، فائزه، مجله مدیریت سلامت، شماره ۵۵، ۱۳۹۳.

۳. پوررضا، صفورا، دانشگاه تبریز، ۱۳۹۱.

4. Marc Fetscherin, Renee-Marie Stephanom (2016).

در تحقیقی تحت عنوان ورودی‌ها و خروجی‌های زنجیره تأمین گردشگری سلامت^۱ به کمک یک پرسشنامه، مدل ارائه شده و نتایج از طریق ۱۳۳ ارگان که در بخش‌های مختلف صنعت گردشگری سلامت مالزی نقش دارند ارائه گردید. نتایج حاکی از آن است که وابستگی متقابل قویتر اثر متغیرهای ورودی را داشته و هماهنگی زنجیره تأمین گردشگری سلامت و اشتراک اطلاعات زنجیره تأمین تأثیر مستقیم بر عملکرد سازمانی دارد و از این طریق راهنمایی جهت بهبود عملکرد سازمانی تهیه شده است.

در تحقیق ماندگاری مشتری در صنعت گردشگری سلامت^۲ به تاثیر کیفیت، رضایت، اعتماد و منطقی بودن قیمت و ارائه مدلی در جهت عوامل موثر در توریسم سلامت پرداخته شده است، به طور کلی نتایج این تحقیق نشان دهنده اثرات متوسط منطقی بودن قیمت در مدل تئوریک ارائه شده است.

۲. روش پژوهش

تحقیق حاضر از لحاظ روش، یک تحقیق ترکیبی (کمی و کیفی) می باشد. طرح این تحقیق از نوع طرح تحقیق آمیخته اکتشافی می باشد، چرا که ابتدا روش کیفی تحقیق انجام گرفته و سپس با توجه به نتایج به دست آمده، روش کمی استفاده شده است.^۳ پژوهش براساس یک رویکرد کیفی و با روش دلفی و مصاحبه آغاز و سپس برای مدل سازی توریسم سلامت، ابتدا الگوبندی و مدل مفهومی اولیه تشکیل شده و در انتها با استفاده از اطلاعات میدانی و پیمایشی، مدل طراحی شده حاصل از روش دلفی، تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری، برای تست و ارزیابی مورد آزمون و تحلیل قرار گرفت.

۲-۱. روش بخش کیفی تحقیق

از روش‌ها و ابزارهایی کیفی نظیر روش دلفی (معرفی پانل دلفی یا اعضای گروه خبرگان، مراحل دلفی) روش تاپسیس فازی، روش مدل سازی ساختاری تفسیری و... استفاده شده است.

1. Hwee khi Lee , Yudi Fernando, (2015).

2. Heesup Han, sunghyup Hyun (2015).

۲-۱-۱. جامعه و نمونه آماری در بخش کیفی (پانل دلفی)

جامعه آماری در بخش کیفی (پانل دلفی) شامل خبرگان و متخصصین علوم مدیریت و مدیران مراکز درمانی و صاحب نظران حوزه توریسم سلامت در سال ۱۳۹۶ می باشد. نمونه انتخابی خبرگان در بخش کیفی یا پانل منتخب دلفی به صورت نمونه گیری غیراحتمالی و ترکیبی از روش های هدفدار و قضاوتی برگزیده شدند و ۲۶ نفر به عنوان گروه خبرگان که در طرح دلفی، تاپسیس فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری شرکت داشته اند.

۲-۱-۲. فراهم کردن مقدمات دلفی

ابتدا بر اساس مبانی نظری و تجارب موجود در این زمینه و بر پایه مرور مطالعات قبلی، مهمترین عوامل مرتبط با موضوع تحقیق شناسایی و تعیین گردید. لذا عوامل اولیه در رابطه با مدل سازی در حوزه گردشگری سلامت پیشنهاد و ارائه شد. در واقع سئوالات پرسشنامه دلفی مبتنی بر عوامل شناسایی شده اولیه و سئوالات تحقیق طراحی و آماده گردید. سپس به اخذ نظرات و دیدگاه های خبرگان در رابطه با عوامل و گویه ها (به تفکیک) پرداخته شد.

۲-۱-۳. روش تاپسیس فازی

پس از شناسایی عوامل اصلی در حوزه توریسم سلامت، با استفاده از روش تاپسیس فازی که یک فرایند تصمیم گیری گروهی (چند معیاره) است، عوامل استخراج شده از طرح دلفی رتبه بندی شدند. این رتبه بندی بر اساس سه معیار گردشگری درمانی، گردشگری صحت و گردشگری پیشگیرانه صورت گرفت. در این روش عوامل استخراج شده از طرح دلفی (مرحله دوم) در قالب پرسشنامه ای تنظیم و در اختیار گروه خبرگان قرار گرفت. گروه تصمیم گیران در قالب یک طیف هفت گزینه ای لیکرت به عوامل نمره دادند. نمرات داده شده به عوامل حوزه توریسم سلامت بر اساس جدول (۱) به اعداد فازی مثلثی تبدیل شدند. از اجماع نظر خبرگان ماتریس تصمیم گیری فازی ایجاد شد. این ماتریس به تعداد عوامل سطر و به تعداد معیارها ستون دارد. در نهایت بر پایه محاسباتی که روی ماتریس تصمیم گیری فازی بر اساس روش چن انجام شده، عوامل رتبه بندی و عوامل کم اهمیت حذف گردید.^۱

جدول ۱- اعداد فازی مثلثی متناظر با طیف هفت گزینه‌ای لیکرت

اعداد فازی مثلثی			مقادیر	علائم	گزینه‌ها
۰	۰	۱	۱	VL	خیلی کم
۰	۱	۳	۲	L	کم
۱	۳	۵	۳	ML	کمتر از متوسط
۳	۵	۷	۴	M	متوسط
۵	۷	۹	۵	MH	بیشتر از متوسط
۷	۹	۱۰	۶	H	زیاد
۹	۱۰	۱۰	۷	VH	خیلی زیاد

۲-۱-۴. روش مدل سازی ساختاری تفسیری (ISM)

به منظور بررسی نحوه‌ی اثرپذیری و اثرگذاری عوامل استخراجی از روش تاپسیس فازی بر یکدیگر و سطح‌بندی این عوامل از روش مدل سازی ساختاری تفسیری (ISM) استفاده گردید. این روش یک فرایند تعاملی است که در آن مجموعه‌ای از عناصر مختلف و مرتبط با همدیگر در یک مدل نظام مند و جامع ساختار بندی می‌شوند^۱. در حقیقت مدل سازی ساختاری تفسیری تکنیکی مناسب برای تحلیل تأثیر یک عنصر بر دیگر عناصر است. تکنیک ISM به برقراری نظم در روابط پیچیده میان عناصر یک سیستم کمک زیادی می‌کند. یکی از اصلی‌ترین منطقی‌های این روش آن می‌باشد که همواره عناصری که در یک سیستم اثرگذاری بیشتری بر سایر عناصر دارند از اهمیت بالاتری برخوردارند. مدلی که با استفاده از این متدولوژی به دست می‌آید، ساختاری از یک مساله یا موضوع پیچیده، یک سیستم یا حوزه مطالعاتی را نشان می‌دهد که الگویی به دقت طراحی شده می‌باشد^۲. در نتیجه، می‌توانیم گفت که مدل سازی ساختاری تفسیری نه تنها بینشی را در خصوص روابط میان عناصر مختلف یک سیستم فراهم می‌نماید بلکه ساختاری را مبتنی بر اهمیت و یا تأثیرگذاری عناصر برهم (بسته به نوع رابطه محتوایی تعریف شده) فراهم می‌کند و نمایشی تصویری به نمایش

1. Warfield, (1976).

2. Talib Rahman, (2015).

می‌گذارد. این روش تفسیری است، چون قضاوت گروهی از افراد انجام می‌دهد که آیا روابطی میان این عناصر وجود دارد یا خیر. این روش ساختاری است چون اساس روابط یک ساختار سرتاسری است که از مجموعه پیچیده‌ای از متغیرها استخراج شده است. این روش یک تکنیک مدل‌سازی است که روابط مشخص و ساختار کلی در یک مدل دیاگرام، نشان داده می‌شود. روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری در حوزه‌های مختلفی استفاده شده است. ایده اصلی مدل‌سازی ساختاری تفسیری تجزیه یک سیستم پیچیده به چند زیر سیستم (عناصر) با استفاده از تجربه عملی و دانش خبرگان به منظور ساخت یک مدل ساختاری چند سطحی می‌باشد. مراحل مختلف ISM به صورت زیر است^۱:

- مرحله اول: تشکیل ماتریس خود تعاملی ساختاری (SSIM)
- مرحله دوم: ماتریس دسترسی (دستیابی) اولیه (RM)
- مرحله سوم: ماتریس دسترسی (دستیابی) نهایی
- مرحله چهارم: تعیین سطح و اولویت متغیرها
- مرحله پنجم: ترسیم مدل ساختاری تفسیری
- مرحله ششم: تجزیه و تحلیل قدرت نفوذ-وابستگی

۲-۲. روش بخش کمی تحقیق

جامعه آماری شامل کلیه بیماران خارجی (بیمارانی که از خارج از کشور ایران به شهر مشهد سفر کرده‌اند و به عبارتی توریسم سلامت می‌باشند) می‌باشد که در زمان انجام تحقیق، در یکی از مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر مشهد در تابستان ۱۳۹۶ حضور داشته‌اند. با توجه به ساختار جامعه و با بررسی‌های به عمل آمده و به منظور افزایش دقت برای انتخاب نمونه از «شیوهی نمونه‌گیری طبقه‌ای یک مرحله‌ای با تخصیص متناسب» بهره گرفته شد. حداقل حجم نمونه لازم برابر با $n = 377$ عضو (توریست سلامت) تعیین گردیده است.

1. Thakkar et al., (2008).

2. Soti et al., (2010).

۳. روش تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی بهره‌گیری شده است که در زیر به صورت خلاصه به روش‌ها و فنون آماری مورد استفاده پرداخته می‌شود. جهت توصیف داده‌ها و مشاهدات پس از جمع‌آوری، بازبینی، کدگذاری، ورود اطلاعات و تشکیل بانک اطلاعاتی در نرم‌افزارهای آماری از شیوه‌های توصیف آماری از قبیل جداول توزیع فراوانی، نمودارهای توصیفی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی نظیر میانگین، انحراف معیار... بهره‌گیری شده است. در بخش استنباط‌های آماری پس از تشکیل متغیرهای تحقیق، از آزمون‌های t -استیودنت، آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون دانکن، ضریب همبستگی و آزمون معنی‌داری آن، تحلیل عاملی، معادلات ساختاری، تحلیل مسیر و... بهره‌گیری شد.

۳-۱. نرم‌افزارهای مورد استفاده در پردازش داده‌ها

جهت داده‌آمایی (ورود داده‌ها) و تجزیه و تحلیل داده‌ها و استنباط‌های آماری از نرم‌افزارهای SPSS 21.0 و نرم‌افزار قدرتمند آماری STATISTICA 11.0 شده است. البته مراحل مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از Applications موجود در نرم‌افزار IBM SPSS Statistics 21.0 با عنوان IBM SPSS AMOS که به صورت یک Add-Ons بر روی آن نصب گردیده، صورت یافته است و سایر استنباط‌های آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار قدرتمند آماری STATISTICA نسخه ۱۱ انجام پذیرفته است.

۳-۲. یافته‌های حاصل از تکنیک تاپسیس فازی

باتوجه به یافته‌های حاصل از تکنیک دلفی، ۴۷ عامل برای سنجش عوامل موثر در حوزه توریسم سلامت استخراج گردید. ماتریس تصمیم‌گیری فازی که از سه معیار، ۴۷ عامل (گزینه) و از اجماع نظرات ۲۱ نفر خبره حاصل شده است که در جدول ۲ گزارش می‌گردد.

جدول ۲- ماتریس تصمیم‌گیری عوامل موثر در حوزه توریسم سلامت

معیار									عوامل	ردیف
گردشگری پیشگیرانه			گردشگری صحت			گردشگری درمانی				
۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	۰/۰	۴/۸	۰/۱۰	تنوع خدمات	۱
۰/۳	۴/۷	۰/۱۰	۰/۳	۳/۷	۰/۱۰	۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	مدیریت یکپارچه	۲
۰/۵	۷/۸	۰/۱۰	۰/۵	۱/۹	۰/۱۰	۰/۷	۶/۹	۰/۱۰	پایداری و تداوم	۳
۰/۳	۶/۸	۰/۱۰	۰/۷	۴/۹	۰/۱۰	۰/۵	۱/۹	۰/۱۰	برند پزشکی	۴
۰/۱	۶/۷	۰/۱۰	۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	فناوری های نوین	۵
۰/۰	۰/۷	۰/۱۰	۰/۰	۰/۷	۰/۱۰	۰/۰	۴/۷	۰/۱۰	ساختار زیربنایی؛ جاده، شبکه حمل و نقل عمومی (ترافیک)	۶
۰/۱	۱/۸	۰/۱۰	۰/۱	۰/۸	۰/۱۰	۰/۱	۹/۸	۰/۱۰	توانمندی پزشکی	۷
۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	۰/۵	۹/۸	۰/۱۰	۰/۵	۱/۹	۰/۱۰	برند مرکز درمانی	۸
۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۵	۶/۸	۰/۱۰	۰/۵	۱/۹	۰/۱۰	اعتبار، کارایی، تخصص و ادب	۹
۰/۵	۶/۸	۰/۱۰	۰/۵	۹/۸	۰/۱۰	۰/۵	۹/۸	۰/۱۰	مکان جغرافیایی	۱۰
۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	۰/۳	۶/۸	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	قوانین و مقررات	۱۱
۰/۳	۹/۸	۰/۱۰	۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	کیفیت فنی و اجرایی خدمات درمانی	۱۲
۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	۰/۵	۰/۸	۰/۱۰	۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	راهنمایی و ترغیب گردشگر و زائر بالفعل و بالقوه	۱۳
۰/۰	۶/۷	۰/۱۰	۰/۱	۷/۷	۰/۱۰	۰/۱	۶/۸	۰/۱۰	برندسازی و ایجاد تصویر ذهنی	۱۴
۰/۰	۶/۷	۰/۱۰	۰/۱	۹/۷	۰/۱۰	۰/۳	۰/۹	۰/۱۰	همگرایی بخش خصوصی و دولتی	۱۵
۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	۰/۰	۷/۷	۰/۱۰	۰/۰	۱/۸	۰/۱۰	تبلیغات پیشبردی	۱۶
۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۳	۷/۸	۰/۱۰	دانش و تحصیلات تخصصی	۱۷
۰/۱	۶/۸	۰/۱۰	۰/۱	۷/۸	۰/۱۰	۰/۱	۷/۸	۰/۱۰	ایجاد شبکه بیمارستان های توریستی در کشور	۱۸
۰/۳	۱/۹	۰/۱۰	۰/۵	۰/۹	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	سیستم اطلاعاتی، فرآیند پذیرش و نوبت دهی	۱۹
۰/۵	۶/۹	۰/۱۰	۰/۵	۰/۹	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	برنامه ریزی مدون و اجرایی	۲۰
۰/۰	۰/۶	۰/۱۰	۰/۳	۶/۷	۰/۱۰	۰/۷	۴/۹	۰/۱۰	تعامل بین مراکز درمانی و شرکت های گردشگری	۲۱
۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	۰/۵	۳/۹	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	قیمت و هزینه ها	۲۲
۰/۳	۴/۷	۰/۱۰	۰/۱	۳/۷	۰/۱۰	۰/۳	۰/۹	۰/۱۰	آموزش و مراقبت های پزشکی	۲۳
۰/۰	۴/۷	۰/۱۰	۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	۰/۳	۰/۹	۰/۱۰	تسهیلات درمان و سلامت	۲۴
۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۷	۴/۹	۰/۱۰	خدمات اقامتی	۲۵

معیار									عوامل	ردیف
گردشگری پیشگیرانه			گردشگری صحت			گردشگری درمانی				
۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	۰/۵	۴/۹	۰/۱۰	سرعت ارائه خدمات	۲۶
۰/۳	۹/۸	۰/۱۰	۰/۵	۷/۸	۰/۱۰	۰/۷	۷/۹	۰/۱۰	حضور در سطح بین الملل	۲۷
۰/۳	۷/۸	۰/۱۰	۰/۵	۱/۹	۰/۱۰	۰/۷	۷/۹	۰/۱۰	وفاداری مشتری	۲۸
۰/۵	۴/۸	۰/۱۰	۰/۵	۱/۸	۰/۱۰	۰/۵	۷/۸	۰/۱۰	تجربه و مهارت	۲۹
۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۳	۶/۸	۰/۱۰	ویژگی های ظاهری، شخصی و شخصیتی	۳۰
۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	۰/۳	۷/۷	۰/۱۰	۰/۳	۹/۸	۰/۱۰	عوامل فرهنگی	۳۱
۰/۱	۴/۷	۰/۱۰	۰/۱	۷/۷	۰/۱۰	۰/۱	۶/۸	۰/۱۰	محیط آرام و شرایط لازم	۳۲
۰/۰	۴/۷	۰/۱۰	۰/۱	۳/۷	۰/۱۰	۰/۱	۶/۸	۰/۱۰	بیمارستان های تخصصی	۳۳
۰/۰	۴/۶	۰/۱۰	۰/۰	۱/۷	۰/۱۰	۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	امکانات درمانی و پزشکی	۳۴
۰/۰	۷/۳	۰/۱۰	۰/۰	۱/۳	۰/۹	۰/۳	۶/۸	۰/۱۰	سرویس مجهز	۳۵
۰/۰	۰/۷	۰/۱۰	۰/۱	۳/۷	۰/۱۰	۰/۱	۰/۸	۰/۱۰	آراستگی و دکوراسیون	۳۶
۰/۱	۶/۷	۰/۱۰	۰/۱	۴/۷	۰/۱۰	۰/۱	۶/۷	۰/۱۰	تعداد پزشکان و متخصصان	۳۷
۰/۱	۷/۴	۰/۹	۰/۱	۳/۵	۰/۹	۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	ایجاد زیرساخت های مدرن	۳۸
۰/۰	۴/۷	۰/۱۰	۰/۰	۱/۸	۰/۱۰	۰/۰	۶/۸	۰/۱۰	برند کشور	۳۹
۰/۰	۶/۶	۰/۱۰	۰/۰	۶/۶	۰/۱۰	۰/۰	۳/۷	۰/۱۰	مشارکت مشتری در فرایند؛ ارتباطات موثر داخلی	۴۰
۰/۰	۴/۶	۰/۱۰	۰/۳	۱/۷	۰/۱۰	۰/۳	۹/۷	۰/۱۰	پوشش دهی و شبکه های توزیع (در دسترس بودن)	۴۱
۰/۳	۰/۷	۰/۱۰	۰/۳	۹/۶	۰/۱۰	۰/۳	۱/۸	۰/۱۰	روابط عمومی، اشتهار، پشتیبانی و ایجاد سایت و نشریات خاص	۴۲
۰/۳	۳/۸	۰/۱۰	۰/۱	۱/۸	۰/۱۰	۰/۵	۴/۹	۰/۱۰	ارتباط و تعامل مؤثر بین بیمار و مراکز درمانی	۴۳
۰/۱	۳/۸	۰/۱۰	۰/۱	۳/۸	۰/۱۰	۰/۵	۶/۹	۰/۱۰	تبلیغات صادقانه	۴۴
۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	۰/۰	۰/۸	۰/۱۰	۰/۰	۱/۸	۰/۱۰	خدمات ویژه و پس از فروش و ضمانت های بلندمدت	۴۵
۰/۳	۶/۷	۰/۱۰	۰/۳	۷/۷	۰/۱۰	۰/۷	۹/۹	۰/۱۰	نحوه برخورد پرسنل مراکز درمانی	۴۶
۰/۱	۷/۸	۰/۱۰	۰/۱	۴/۸	۰/۱۰	۰/۱	۰/۹	۰/۱۰	عامل اجتماعی	۴۷
۱	۵	۹	۱	۳/۷	۱۰	۹	۱۰	۱۰	وزن معیارها	

در ادامه تحلیل تاپسیس فازی، ماتریس تصمیم‌گیری فوق نرمال‌سازی شده و در نهایت با ضرب وزن معیارها، ماتریس تصمیم‌گیری نرمال شده موزون فازی به دست می‌آید و شاخص شباهت که مهمترین شاخص در رتبه‌بندی عوامل در روش تاپسیس فازی هست را به همراه متغیرهای تشکیل دهنده آن (فاصله از ایده‌آل و ضد ایده‌آل) گزارش گردید.

جدول ۳- رتبه‌بندی عوامل مؤثر در حوزه توریسم سلامت

رتبه‌بندی نهایی	شاخص شباهت	فاصله از ضد ایده‌آل	فاصله از ایده‌آل	عوامل	ردیف
۳۲	۵۴۷/۰	۵۰/۷	۲۲/۶	تنوع خدمات	۱
۲۴	۶۶۴/۰	۷۰/۸	۴۱/۴	مدیریت یکپارچه	۲
۶	۹۲۵/۰	۱۰/۱۲	۹۸/۰	پایداری و تداوم	۳
۹	۸۶۶/۰	۱۹/۱۱	۷۳/۱	برند پزشک	۴
۲۰	۷۵۶/۰	۸۴/۹	۱۸/۳	فناوری‌های نوین	۵
۴۴	۴۲۴/۰	۶۲/۵	۶۴/۷	ساختار زیربنایی؛ جاده، شبکه حمل و نقل عمومی (ترافیک)	۶
۳۱	۵۹۳/۰	۹۷/۷	۴۷/۵	توانمندی پزشکی	۷
۱۲	۸۰۸/۰	۴۷/۱۰	۴۹/۲	برند درمانی	۸
۱۴	۷۹۷/۰	۳۲/۱۰	۶۳/۲	اعتبار، کارایی، تخصص و ادب	۹
۱۱	۸۲۴/۰	۶۷/۱۰	۲۹/۲	مکان جغرافیایی	۱۰
۷	۹۲۲/۰	۹۸/۱۱	۰/۱	قوانین و مقررات	۱۱
۳	۹۴۴/۰	۳۱/۱۲	۷۲/۰	کیفیت فنی و اجرایی خدمات درمانی	۱۲
۱۹	۷۵۷/۰	۸۲/۹	۱۴/۳	راهنمایی و ترغیب گردشگر و زائر بالفعل و بالقوه	۱۳
۳۳	۵۴۶/۰	۳۰/۷	۰۶/۶	برندسازی و ایجاد تصویر ذهنی	۱۴
۲۹	۶۳۱/۰	۳۵/۸	۸۹/۴	همگرایی بخش خصوصی و دولتی	۱۵
۳۹	۵۲۴/۰	۱۱/۷	۴۶/۶	تبلیغات پیشبردی	۱۶
۲۲	۶۹۳/۰	۰۲/۹	۰۰/۴	دانش و تحصیلات تخصصی	۱۷
۲۷	۶۴۳/۰	۷۰/۸	۸۲/۴	ایجاد شبکه بیمارستان‌های توریستی در کشور	۱۸
۴	۹۴۲/۰	۲۴/۱۲	۷۶/۰	سیستم اطلاعاتی، فرآیند پذیرش و نوبت‌دهی	۱۹
۲	۹۶۷/۰	۵۰/۱۲	۴۲/۰	برنامه‌ریزی مدون و اجرایی	۲۰

رتبه‌بندی نهایی	شاخص شبهات	فاصله از ضد ایده‌آل	فاصله از ایده‌آل	عوامل	ردیف
۲۱	۷۰۲/۰	۳۷/۹	۹۷/۳	تعامل بین مراکز درمانی و شرکت‌های گردشگری	۲۱
۱	۹۶۸/۰	۵۷/۱۲	۴۲/۰	قیمت و هزینه‌ها	۲۲
۳۰	۵۹۸/۰	۸۵/۷	۲۹/۵	آموزش و مراقبت‌های پزشکی	۲۳
۲۶	۶۴۷/۰	۵۲/۸	۶۵/۴	تسهیلات درمان و سلامت	۲۴
۱۰	۸۵۲/۰	۲۱/۱۱	۹۵/۱	خدمات اقامتی	۲۵
۱۳	۸۰۱/۰	۳۸/۱۰	۵۸/۲	سرعت ارائه خدمات	۲۶
۸	۹۰۹/۰	۸۲/۱۱	۱۸/۱	حضور در سطح بین‌الملل	۲۷
۵	۹۲۷/۰	۰۹/۱۲	۹۵/۰	وفاداری مشتری	۲۸
۱۶	۷۷۱/۰	۰۰/۱۰	۹۷/۲	تجربه و مهارت	۲۹
۲۳	۶۹۰/۰	۹۸/۸	۰۳/۴	ویژگی‌های ظاهری، شخصی و شخصیتی	۳۰
۲۵	۶۵۵/۰	۵۳/۸	۵۰/۴	عوامل فرهنگی	۳۱
۳۵	۵۴۳/۰	۲۳/۷	۰۹/۶	محیط آرام و شرایط لازم	۳۲
۴۰	۵۱۶/۰	۸۹/۶	۴۶/۶	بیمارستان‌های تخصصی	۳۳
۴۳	۴۲۸/۰	۷۸/۵	۷۳/۷	امکانات درمانی و پزشکی	۳۴
۴۷	۲۰۰/۰	۷۵/۲	۰۰/۱۱	سرویس مجهز	۳۵
۴۲	۴۸۷/۰	۴۳/۶	۷۸/۶	آراستگی و دکوراسیون	۳۶
۴۱	۵۱۲/۰	۷۱/۶	۴۱/۶	تعداد پزشکان و متخصصان	۳۷
۴۶	۳۰۸/۰	۰۰/۴	۹۸/۸	ایجاد زیرساخت‌های مدرن	۳۸
۳۷	۵۳۷/۰	۴۰/۷	۳۹/۶	برند کشور	۳۹
۴۵	۳۷۷/۰	۹۹/۴	۲۴/۸	مشارکت مشتری در فرایند؛ ارتباطات موثر داخلی	۴۰
۳۸	۵۲۹/۰	۹۸/۶	۲۱/۶	پوشش دهی و شبکه‌های توزیع (در دسترس بودن)	۴۱
۳۴	۵۴۳/۰	۱۱/۷	۹۷/۵	روابط عمومی، اشتها، پشتیبانی و ایجاد سایت و نشریات خاص	۴۲
۱۸	۷۶۳/۰	۰۱/۱۰	۱۰/۳	ارتباط و تعامل مؤثر بین بیمار و مراکز درمانی	۴۳
۱۷	۷۶۷/۰	۱۴/۱۰	۰۹/۳	تبلیغات صادقانه	۴۴
۳۶	۵۴۰/۰	۳۴/۷	۲۶/۶	خدمات ویژه و پس از فروش و ضمانت‌نامه‌های بلندمدت	۴۵
۱۵	۷۹۶/۰	۳۶/۱۰	۶۶/۲	نحوه برخورد پرسنل مراکز درمانی	۴۶
۲۸	۶۳۹/۰	۶۹/۸	۹۰/۴	عامل اجتماعی	۴۷

عوامل حاصل شده از چهار مرحله دلفی با استفاده از روش تاپسیس فازی رتبه‌بندی و در جدول (۳) گزارش شده است. با توجه به نظرات گروه خبرگان برای عوامل بازاریابی خدمات در حوزه توریسم سلامت، سیزده عامل شناسایی شدند که بیشترین اولویت را داشته‌اند. عوامل با توجه به شاخص شباهت رتبه‌بندی شدند. عاملی که بیشترین شاخص شباهت را دارد، رتبه یک و آنهایی که شاخص شباهت کمتری دارند رتبه پایین‌تر دریافت کرده‌اند. سیزده عامل انتخابی عواملی هستند که شاخص شباهت بیشتر از $0/80$ می‌باشد و عبارتند از:

- ۱- قیمت و هزینه‌ها ۲- برنامه‌ریزی مدون و اجرایی ۳- کیفیت فنی و اجرایی خدمات درمانی
- ۴- سیستم اطلاعاتی، فرآیند پذیرش و نوبت‌دهی ۵- وفاداری مشتری ۶- پایداری و تداوم
- ۷- قوانین و مقررات ۸- حضور در سطح بین‌الملل ۹- برند پزشک ۱۰- خدمات اقامتی
- ۱۱- مکان جغرافیایی ۱۲- برند مرکز درمانی ۱۳- سرعت ارائه خدمات

شایان ذکر است که پس از شناسایی روابط سلسله‌مراتبی ۱۳ عامل مذکور توسط مدل‌سازی ساختاری تفسیری رتبه‌بندی فوق‌تغییر کرده و به مدل کیفی تحقیق رسیدیم.

۳-۳. یافته‌های حاصل از مدل‌سازی ساختاری تفسیری

سیزده عامل استخراجی از تاپسیس فازی در قالب ماتریس خودتعاملی ساختاری در اختیار خبرگان قرار گرفت تا ارتباط بین این عوامل شناسایی شود. روابط به دست آمده از ماتریس‌های تکمیل شده در جدول (۴) گزارش گردیده است.

V: عامل سطر i می‌تواند زمینه‌ساز رسیدن به عامل ستون j باشد (ارتباط یک طرفه از i به j)
 A: عامل ستون j می‌تواند زمینه‌ساز رسیدن به عامل سطر i باشد (ارتباط یک طرفه از j به i)
 X: بین عامل سطر i و عامل ستون j ارتباط دو جانبه وجود دارد (ارتباط دو طرفه از i به j و برعکس)

O: هیچ ارتباطی بین دو عنصر i و j وجود ندارد.

جدول ۴- ماتریس خودتعاملی ساختاری عوامل بازاریابی خدمات در حوزه توریسم سلامت

عوامل i	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	X	A	A	A	V	V	A	V	A	V	A	A	V
۲		X	X	A	V	V	X	V	A	V	A	A	V
۳			X	A	V	V	X	V	A	V	A	A	V
۴				X	V	V	V	V	A	V	X	X	V
۵					X	A	A	X	A	A	A	A	A
۶						X	A	V	A	X	A	A	X
۷							X	V	A	V	A	A	V
۸								X	A	A	A	A	A
۹									X	V	V	V	V
۱۰										X	A	A	X
۱۱											X	X	V
۱۲												X	V
۱۳													X

در این مرحله با تبدیل نمادهای روابط ماتریس خودتعاملی ساختاری SSIM به اعداد صفر و یک بر حسب قواعد به ماتریس RM می‌رسیم. با توجه به اینکه در سنجش سازگاری درونی عوامل تغییری در ماتریس دستیابی اولیه (RM) رخ نداد، لذا در ادامه ماتریس دستیابی نهایی گزارش می‌گردد.

جدول ۵- ماتریس دستیابی نهایی عوامل موثر در حوزه توریسم سلامت

عوامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	قدرت نفوذ
۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۶
۲	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۹
۳	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۹
۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۲
۶	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۵
۷	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۹
۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۲
۹	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۳
۱۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۵
۱۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
۱۲	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
۱۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۵
قدرت وابستگی	۸	۷	۷	۴	۱۳	۱۱	۷	۱۳	۱	۱۱	۴	۴	۱۱	

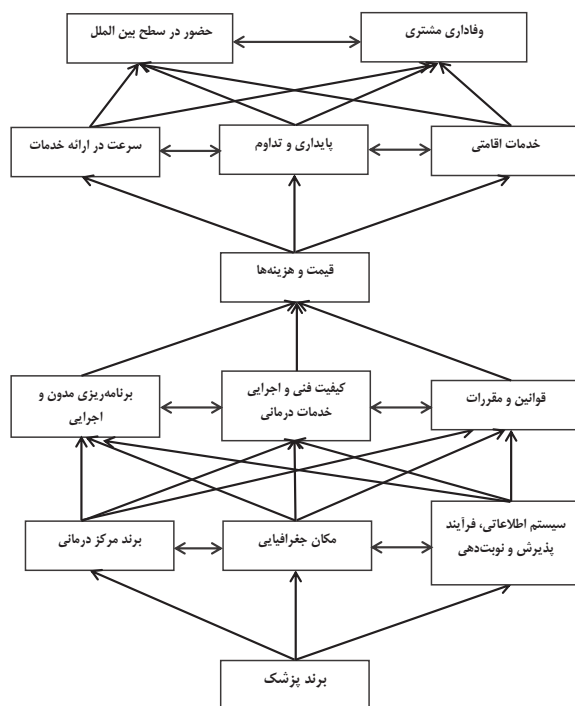
در ادامه برای تعیین سطح و اولویت متغیرها، مجموعه ورودی - متقدم (پیش نیاز) و مجموعه خروجی - قابل دستیابی برای هر عامل تعیین شد که نتایج این بررسی در جدول (۶) قابل مشاهده است.

جدول ۶- ماتریس تعیین سطح و اولویت متغیرها

عوامل	مجموعه ورودی	مجموعه خروجی	مجموعه مشترک	سطح
۱	۱۲-۱۱-۹-۷-۴-۳-۲-۱	۱۳-۱۰-۸-۶-۵-۱	۱	سه
۲	۱۲-۱۱-۹-۷-۴-۳-۲	۱۳-۱۰-۸-۷-۶-۵-۳-۲-۱	۷-۳-۲	چهار
۳	۱۲-۱۱-۹-۷-۴-۳-۲	۱۳-۱۰-۸-۷-۶-۵-۳-۲-۱	۷-۳-۲	چهار
۴	۱۲-۱۱-۹-۴	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۱۲-۱۱-۴	پنج

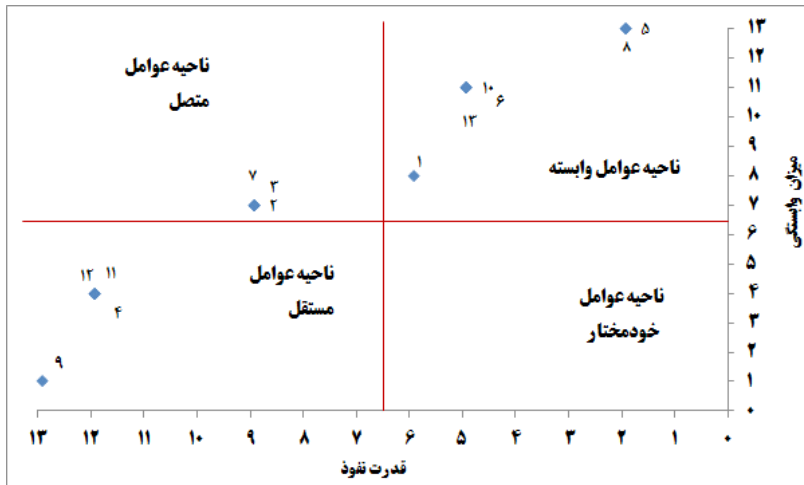
عوامل	مجموعه ورودی	مجموعه خروجی	مجموعه مشترک	سطح
۵	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۸-۵	۸-۵	یک
۶	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۴-۳-۲-۱	۱۳-۱۰-۸-۶-۵	۱۳-۱۰-۶	دو
۷	۱۲-۱۱-۹-۷-۶-۴-۳-۲	۱۳-۱۰-۸-۷-۶-۵-۳-۲-۱	۷-۳-۲	چهار
۸	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۸-۵	۸-۵	یک
۹	۹	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۹	شش
۱۰	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۴-۳-۲-۱	۱۳-۱۰-۸-۶-۵	۱۳-۱۰-۶	دو
۱۱	۱۲-۱۱-۹-۴	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۱۲-۱۱-۴	پنج
۱۲	۱۲-۱۱-۹-۴	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱	۱۲-۱۱-۴	پنج
۱۳	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۴-۳-۲-۱	۱۳-۱۰-۸-۶-۵	۱۳-۱۰-۶	دو

پس از تعیین روابط و سطح عوامل آن‌ها، مدل ذیل ترسیم گردید:



شکل ۱- مدل توریسم سلامت

حال می توان عوامل موثر در حوزه توریسم سلامت را بر اساس قدرت نفوذ و میزان وابستگی هر عامل در چهار سطح خود مختار، وابسته، متصل و مستقل دسته بندی کرد. در تحقیق حاضر هیچ یک از متغیرهای سیزده گانه خود مختار نیستند. متغیرهای برنامه ریزی مدون و اجرایی، کیفیت فنی و اجرایی خدمات درمانی و قوانین و مقررات دارای قدرت نفوذ و وابستگی زیاد بوده و عوامل متصل می باشند. متغیرهای قیمت و هزینه ها، وفاداری مشتری، پایداری و تداوم حضور در سطح بین الملل، خدمات اقامتی و سرعت ارائه خدمات قدرت نفوذ اندک و میزان وابستگی زیاد دارند و عوامل وابسته می باشند. متغیرهای سیستم اطلاعاتی، فرآیند پذیرش و نوبت دهی، برند پزشک، مکان جغرافیایی و برند مرکز درمانی قدرت نفوذ بالا و وابستگی اندک دارند و عوامل مستقل هستند.



شکل ۲- نمودار قدرت نفوذ و وابستگی عوامل موثر در حوزه توریسم سلامت

۴. بررسی تحلیل مسیر مدل تحقیق

در تحلیل مسیر، رگرسیون چندگانه اغلب در ارتباط با یک نظریه ی علی، با هدف تشریح ساختار ورودی روابط میان متغیرهای مستقل و وابسته که در نظریه فرض شده است، به کار برده می شود. در حقیقت تحلیل مسیر، بسط رگرسیون چندگانه است. در این تحلیل، محقق صلاحیت بیش از یک متغیر پیشگو را برای بیان یا پیشگویی متغیرهای وابسته ی چندگانه

بررسی می‌کند.^۱ در مدل تحلیل مسیر تمامی متغیرها و مسیرهای بین آن‌ها با پیکان مشخص شده‌اند. هم چنین متغیرهای e1 تا e12 عبارات خطا می‌باشند. مدل با استفاده از تحلیل مسیر مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد. در ابتدا نرمال بودن چند متغیره، متغیرهای حاضر در مدل مورد بررسی قرار می‌گیرد. عمومی‌ترین روش برآورد پارامترها و خطای معیار آن‌ها یعنی حداکثر درست نمایی برپیش فرض نرمال بودن چند متغیره استوار است.^۲ در مرحله اول داده‌های پرت و در مرحله بعد موضوع چولگی و کشیدگی مورد توجه قرار گرفت. لذا برای بررسی نرمال بودن تک متغیره و چند متغیره‌ی متغیرها، اطلاعات وضعیت هر یک از متغیرها به لحاظ شاخص چولگی و نسبت بحرانی آن، شاخص کشیدگی و نسبت بحرانی آن و هم چنین ضریب کشیدگی چندمتغیره‌ی ماردیا و نسبت بحرانی آن در جدول (۷) گزارش شده است.

جدول ۷- وضعیت نرمال بودن تک و چندمتغیره‌ی متغیرهای مدل تحلیل مسیر

متغیر	چولگی	نسبت بحرانی	کشیدگی	نسبت بحرانی
وفاداری مشتری	۰/۲۲۳	۰/۵۶۲	-۰/۸۷۸	-۱/۱۰۵
حضور در سطح بین‌الملل	-۱/۱۱۹	-۱/۴۱۶	۰/۵۵۰	۰/۶۹۲
خدمات اقامتی	۰/۵۰۳	۱/۲۶۵	-۰/۲۴۲	-۰/۳۰۴
پایداری و تداوم	۰/۳۷۲	۰/۹۳۵	۰/۰۳۰	۰/۰۳۸
سرعت در ارائه خدمات	-۰/۴۲۵	-۱/۰۶۹	-۱/۱۱۹	-۱/۴۰۸
قیمت و هزینه‌ها	-۰/۱۵۹	-۰/۴۰۰	-۱/۱۷۵	-۱/۴۷۸
قوانین و مقررات	۰/۵۷۵	۱/۴۴۸	۱/۰۱۷	۱/۲۸۰
کیفیت فنی و اجرایی خدمات درمانی	۰/۰۳۹	۰/۰۹۸	-۰/۹۱۷	-۱/۱۵۴
برنامه‌ریزی مدون و اجرایی	۰/۱۹۸	۰/۴۹۹	-۰/۴۲۴	-۰/۵۳۴
سیستم اطلاعاتی، فرآیند پذیرش و نوبت دهی	-۰/۴۸۹	-۱/۲۳۲	-۰/۶۱۵	-۰/۷۷۴
مکان جغرافیایی	-۱/۰۷۴	-۱/۴۰۴	۱/۷۷۱	۱/۲۲۹
برند مرکز درمانی	-۰/۵۰۸	-۱/۴۰۷	۱/۷۰۱	۰/۳۱۰
برند پزشک	۰/۵۲۵	۱/۰۸۵	-۰/۲۴۲	-۰/۳۰۴
ضریب چندمتغیره ماردیا	-		۱/۷۱۱	۰/۳۱۷

۱. ۲۲ صادق پور و مرادی، ۱۳۹۰: ۲۳۸.

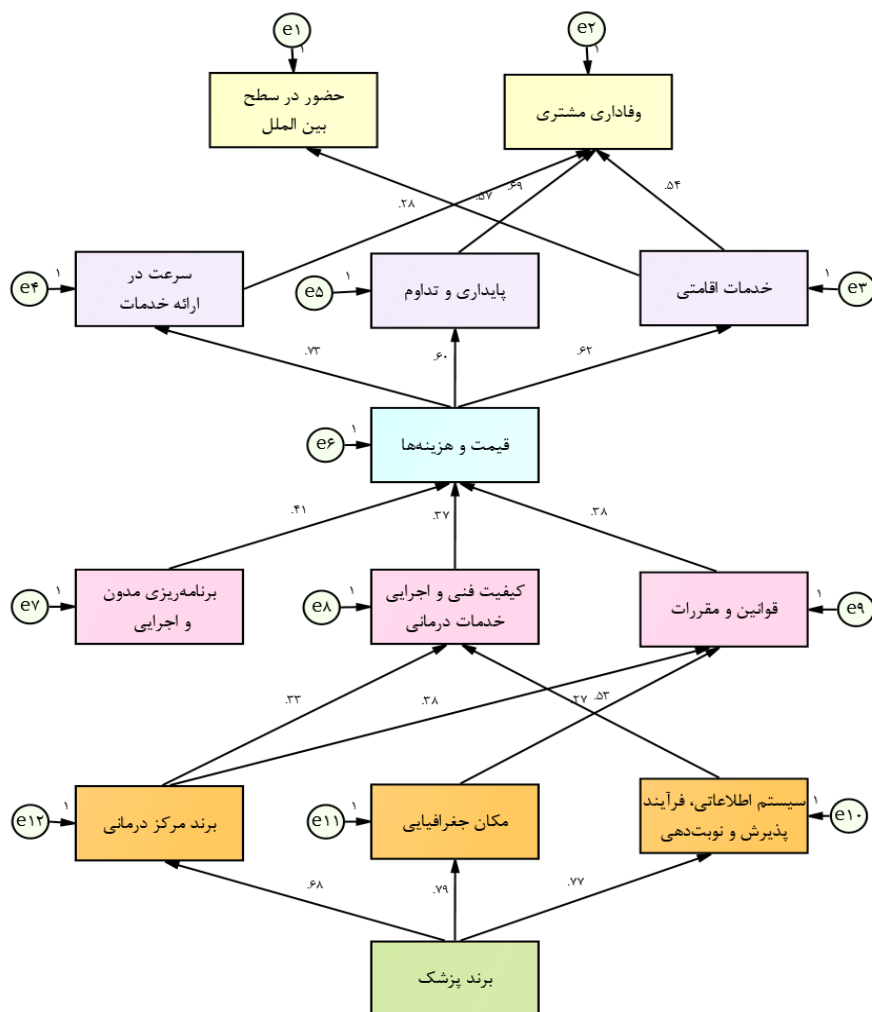
۲. ۲۳ قاسمی، ۱۳۹۲: ۲۶۸.

در جدول (۷)، نسبت های بحرانی که از تقسیم مقدار چولگی و کشیدگی بر خطای معیار آن ها حاصل شده است قابل مقایسه با مقدار ۱/۹۶ (مقدار جدول توزیع نرمال استاندارد در سطح ۰/۹۵) هستند. قدرمطلق های بزرگ تر از این مقدار برای نسبت های بحرانی چولگی یا کشیدگی می تواند به عنوان تفاوت معنی دار توزیع متغیر مشاهده شده با یک توزیع نرمال تفسیر شود. همان طور که در جدول (۷) مشاهده می شود هیچ یک از نسبت های بحرانی چولگی یا کشیدگی به لحاظ قدر مطلق بزرگ تر از ۱/۹۶ نیستند، لذا برای هیچ یک از متغیرها، شاهدهی برای تفاوت معنی دار توزیع آن ها با توزیع نرمال نیست. هم چنین ضریب کشیدگی چندمتغیره ی ماردیا نیز دارای مقدار بحرانی ۰/۳۱۰ است که از ۱/۹۶ کوچک تر بوده و لذا نشان دهندهی عدم تفاوت معنی دار توزیع چند متغیره ی متغیرها با توزیع چند متغیره ی نرمال می باشد.

بنابراین با توجه به رد نشدن فرضیه نرمال بودن تک متغیره و چند متغیره ی متغیرهای حاضر در مدل، می توان از روش حداکثر درست نمایی برای برآورد ضرایب مدل استفاده نمود. پس از برازش مدل شکل (۱)، برای تعدادی از مسیرها $P\text{-value} < 0/05$ و لذا ضرایب این مسیرها معنی دار نیستند و باید از مدل مورد بررسی حذف گردند. این مسیرها عبارتند از:

- مکان جغرافیایی ← کیفیت فنی و اجرایی،
- مکان جغرافیایی ← برنامه ریزی مدون
- پایداری و تداوم ← حضور در سطح بین المللی،
- سیستم اطلاعاتی ← قوانین و مقررات،
- فرایند پذیرش ← برنامه ریزی مدون،
- برند مرکز درمانی ← برنامه ریزی مدون
- سرعت در ارائه خدمات ← حضور در سطح بین الملل.

بنابراین مدل تحلیل مسیر مجدداً و فقط با مسیرهایی که برای ضرایب آن ها $P\text{-value} < 0/05$ تشکیل گردید. مدل نهایی تحلیل مسیر در شکل (۳) به نمایش درآمده است.



شکل ۳- مدل تحلیل مسیر نهایی

چنانکه در جدول (۸) ملاحظه می‌شود، برای تمامی ضرایب مسیر $P\text{-value} < 0/05$ می‌باشد، لذا همه این ضرایب در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار هستند. در پایان شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های برازش با قرارگیری در محدوده‌ی مطلوب نشان‌دهنده‌ی حمایت بیشتر و قوی‌تر داده‌ها از مدل تدوین شده هستند. در جدول (۹) شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

جدول ۸- نتایج حاصل از برازش مدل تحلیل مسیر

P-value	مقدار بحرانی	ضریب مسیر	مسیر	
			←	
۰/۰۰۰	۹۲/۲۴	۷۹/۰	←	مکان جغرافیایی
۰/۰۰۰	۲۸/۱۸	۶۸/۰	←	برند پزشک
۰/۰۰۰	۵۴/۲۳	۷۷/۰	←	سیستم اطلاعاتی
۰/۰۰۰	۳۰/۸	۳۳/۰	←	کیفیت فنی خدمات درمانی
۰/۰۰۰	۵۷/۷	۳۸/۰	←	قوانین و مقررات
۰/۰۰۰	۳۷/۵	۲۷/۰	←	قوانین و مقررات
۰/۰۰۰	۵۴/۱۳	۵۳/۰	←	کیفیت فنی خدمات درمانی
۰/۰۰۰	۸۳/۹	۳۷/۰	←	کیفیت فنی خدمات درمانی
۰/۰۰۰	۷۲/۱۱	۴۱/۰	←	برنامه ریزی مدون و اجرایی
۰/۰۰۰	۱۵/۱۰	۳۸/۰	←	قوانین و مقررات
۰/۰۰۰	۵۵/۱۴	۶۰/۰	←	پایداری و تداوم
۰/۰۰۰	۰۱/۲۱	۷۳/۰	←	سرعت در ارائه خدمات
۰/۰۰۰	۳۸/۱۵	۶۲/۰	←	خدمات اقامتی
۰/۰۰۰	۷۲/۱۳	۵۴/۰	←	وفاداری مشتری
۰/۰۰۰	۴۸/۱۳	۵۷/۰	←	حضور در سطح بین الملل
۰/۰۰۰	۹۰/۶	۲۸/۰	←	سرعت در ارائه خدمات
۰/۰۰۰	۳۰/۱۸	۶۹/۰	←	وفاداری مشتری

جدول ۹- شاخص های برازش مدل تحلیل مسیر

χ^2 / df	ریشه میانگین مربع باقیمانده استاندارد شده (SRMSR)	ریشه ی میانگین مربع خطای تقریب (RMSEA)	ضریب توکر-لوییس (TLI)	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)
۲/۴۳	۰/۰۵۲	۰/۰۶۱	۰/۹۵	۰/۹۳
$\chi^2 / df \leq 3; TLI, CFI \geq 0.90; RMSEA \leq 0.09; SRMSR \leq 0.10$				
$\chi^2 = 141$ و			df = ۶۱	

مطابق با جدول ۹ تمامی شاخص‌های برازش در محدوده مطلوب قرار گرفتند و لذا مناسبت مدل تحلیل مسیر در برازش به داده‌های جمع‌آوری شده مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری و ملاحظات

نتایج حاکی از آن است که عواملی همچون عدم برندسازی پزشک و مرکز درمانی، هماهنگی نامناسب بین سازمان‌های متولی گردشگری سلامت، فقدان سیستم جامع MIS مربوط به ورود گردشگران سلامت به ایران، ناکارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی در خصوص قابلیت‌های گردشگری پزشکی ایران، کمبود زیرساخت‌های لازم و خلأ قانونی برای توسعه این صنعت، موجب شده تا صنعت گردشگری سلامت ایران از جایگاه مطلوبی برخوردار نباشد. در نتیجه با توجه به نتایج حاصله، ارزان‌تر بودن (رقابتی بودن) هزینه خدمات پزشکی نسبت به سایر کشورها، بکارگیری تجهیزات پزشکی دارای تکنولوژی بالا و استانداردهای جهانی و شفاف نمودن هزینه درخواستی از بیماران خارجی از مهمترین عوامل افزایش جذب بیمار خارجی بوده است. ایران از پزشکان نامی برخوردار است که باید در زمینه برندینگ پزشکان برنامه‌ریزی و اقدام گردد، خوشبختانه ما در عصر ارتباطات هستیم، تکنولوژی کمک بسیار زیادی به کسب و کارها و متخصصان جهت معرفی خودشان به دنیای اطراف نموده است، در حالی که پزشکان توانمند از تکنولوژی عصر ارتباطات جهت معرفی خود استفاده نمی‌کنند و بسیار کمتر از ظرفیت درآمدزایی خود، کسب درآمد می‌کنند. پزشکان برای تبلیغات خود استراتژی و کمپین تبلیغاتی نداشته و بسیاری از هزینه‌هایی که صرف تبلیغات نموده‌اند هدر رفته و نتیجه رضایت بخشی دریافت نکرده‌اند، طراحی استراتژی تبلیغاتی کمک شایانی به معرفی پزشک و مراکز درمانی می‌کند. ارائه خدمات سلامت و گردشگری به بیماران خارجی راه‌های توسعه این بخش را هموار می‌سازد. توجه بر وجود چشم‌اندازی از توسعه در این بخش و هماهنگی در تصمیم‌گیری، طراحی سامانه اطلاع‌رسانی داخلی، شناسایی مزیت‌های قطب‌های درمانی و... تاثیر بسیاری بر توسعه این کسب و کار خواهد داشت. برای توسعه گردشگری سلامت شرکت‌های تخصصی تأمین خدمات مختلف گردشگر سلامت باید به تدوین استانداردهای خدمات گردشگری و سلامت و نظام ارجاع تخصصی، بسیار بیشتر از مستندسازی فرآیند و تعریف بسته‌های متنوع خدمت بپردازند. از سوی دیگر شرکت‌های خدمات گردشگری و مسافرتی باید اهمیت دسترسی به کانال‌های توزیع و فروش از جمله پذیرش بیمه خارجی را

با اولویت بیشتری نسبت به مسائلی چون ویزا و اطلاعات مراکز درمانی مورد توجه قرار دهند. عضویت در سازمان‌های بین‌المللی جهت انعقاد قرارداد و اطلاع از مقررات و سازوکارهای بین‌المللی و زمینه‌سازی برای ورود و صدور خدمات بین‌المللی سلامت از جمله پزشکی، دارو، تجهیزات پزشکی می‌تواند موجب افزایش در جذب گردشگری سلامت شود.

پیشنهادات برگرفته از تحقیق

- برند پزشکی از مهمترین عناصر در جذب توریسم سلامت می‌باشد. کشورمان از پزشکان نامی برخوردار است که باید در زمینه برندینگ پزشکان برنامه‌ریزی و اقدام گردد، بنابراین باید از طریق روش‌های مختلفی از قبیل تبلیغ در مجله‌ها و وب سایت‌های مختلف، طراحی وب سایت شخصی، ارسال پیامک تبلیغاتی، چاپ بنر و غیره استفاده گردد.
- تعامل با شرکت‌های خارجی اعزام‌کننده بیمار، ایجاد دفاتر گردشگری سلامت و راه‌اندازی مراکز جذب توریسم درمانی در سفارتخانه‌ها، کنسولگری‌ها و رایزنی‌های فرهنگی کشورمان در کشورهای هدف، بتوان سهم بازاری در خور توانمندی‌های ایران کسب نمود
- سیاست‌گذاران با حمایت سازمان یافته از مجموعه‌های فعال در این کسب و کار با تدوین استراتژی جامع و از طرفی فعال‌تر شدن مجموعه‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی، گردشگری درمانی و خدمات گردشگری به بیماران خارجی راه‌های توسعه این بخش را هموار سازند.
- تأمین‌کنندگان خدمات درمانی باید به ثبت و کنترل بیماران خارجی خود و آموزش کارکنان مرتبط با بیمار خارجی اهمیت بدهند.
- هزینه‌های خدمات باید شفاف و رقابتی شوند تا بیماران از هزینه خدمات آگاهی داشته و بتوانند با هزینه‌های سایر کشورها مقایسه نمایند مانند تهیه و ارائه بسته‌های درمانی.
- بیمارستان‌ها بایستی در زمینه عقد قرارداد با بیمه‌های بین‌المللی فعال بوده و تسهیلات در زمینه نحوه پرداخت هزینه‌های درمان مطابق سایر کشورها از طریق چک‌های مسافرتی، کارت‌های اعتباری، و پول‌های رایج دنیا فراهم گردد.
- ارتباط آنلاین بیمار با پزشک و اجرای فناوری از راه دور مانند مشاوره از راه دور، آموزش از راه دور امکان پذیر شود.

پیشنهادات آتی به سایر پژوهشگران

- در این پژوهش به ارائه مدل توریسم سلامت پرداخته شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پیامدهای هر یک از مؤلفه‌های موثر نیز مورد بررسی قرار گیرد.
- مشابه این پژوهش با طرح پژوهشی متفاوت و همچنین استفاده از ابزارهای متفاوت بر روی همین جامعه آماری یا جوامع آماری مشابه تکرار شود.
- بررسی عواملی که می‌توانند نقش میانجی یا تعدیل‌کنندگی بر عوامل موثر بر حوزه توریسم سلامت داشته باشند.
- پیشنهاد می‌شود در پژوهشی به بررسی قابلیت‌های موجود در حوزه توریسم سلامت پرداخته شود.

منابع

- امینیان، ناصرو سید نقوی، میرعلی (۱۳۹۷)؛ ارائه الگوی حکمروایی مطلوب گردشگری در ایران، فصلنامه مطالعات گردشگری، دوره ۱۳، شماره ۴۲
- پاپیزی، جعفر (۱۳۹۱)؛ مفاهیم کلیدی در مطالعات گردشگری، (اسمیت، ملانی، مک لئود، نیکلا، هارت رابرتسون، مارگارت)، تهران، انتشارات مه کامه.
- پوررضا، صفورا، دانشگاه تبریز، (۱۳۹۱)؛ رابطه کیفیت خدمات و رضایت مشتریان در حوزه توریسم درمانی شواهدی از بیمارستان‌های تبریز
- صادقپور، بهرام و مرادی، وهاب، (۱۳۹۰)؛ تحلیل آماری با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS، دانشگاه مازندران
- فراهانی، حسین و منوچهری، سوران (۱۳۹۴)؛ شناسایی موانع و مشکلات توسعه گردشگری در نواحی روستایی هدف گردشگری غرب شهرستان مریوان، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی
- قاسمی، وحید (۱۳۹۲)، مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics، تهران، انتشارات جامعه‌شناسان
- مروتی شریف آبادی، علی و اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۳)؛ مجله مدیریت سلامت، شماره ۵۵
- نیلی پور، تقوایی، نصرافهانی و کوهی اصفهانی (۱۳۹۴)؛ فصلنامه نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، شماره ۴

- Chen CT.(2000); Extensions of the TOPSIS for group decision-making under fuzzy environment. *Fuzzy Sets and Systems*
- Cochrane.j(2008); *Asian Tourism Growth and change*, Lennon. smith. Cockerel &Trew.
- BélandD ,Zarzczy A (2018); *Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda, globalization and health*
- ButlerP (2018), *Medicine back at home in Greece* , hospitality net
- Plianbangchang S (2017; *A view on medical care globalization and medical tourism* (College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand), *emerald insight*
- Sharply, R (2003); *Tourism, tourists and society*, Cambridgeshire; ELM publications.
- Singh.P(2008); *Medical tourism; Global outlook and Indian scenario*; kanishkpublishers. *Marketplace, Journal, Library Review*, Vol. 47,No 8
- SPSS 21.0 software and STATISTICA 11.0 statistical software
- Soti A, Goel RK, Shankar R, Kaushal OP. *Modeling the enablers of six sigma using interpreting structural modeling. Journal of Modeling In Management.* 2010;5(2).
- Talib F, Rahman Z. *An interpretive structural modelling for sustainable healthcare quality dimensions in hospital services. Int. J. Qualitative Research in Services.* 2015;2(1).
- Thakkar J, Patel AD, Kanda A, Deshmukh SG. *Interpretive Structural modeling of IT-enablers for Indian manufacturing SMEs. Information Management & Computer Security.* 2008; 16(2).
- Warfield JN. *Societal Systems: Planning, Policy and Complexity.* New York: Willy Interscience. 1976.