

جغرافیا و روابط انسانی، بهار ۱۴۰۴، دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۸۰-۲۰۸

بررسی رضایتمندی گردشگران پزشکی داخلی و خارجی و تبیین عوامل اثرگذار بر آن در شهر تهران

عظمت عاشری^۱، صدیقه کیانی سلمی^{۲*}، سید حجت موسوی^۳، محمدرضا بسحاق^۴

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد اکوتوریسم، دانشگاه کاشان

۲- دانشیار گروه جغرافیا و گردشگری، دانشکده منابع طبیعی و علوم زمین، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

s.kiani@kashanu.ac.ir

۳- دانشیار گروه جغرافیا و گردشگری، دانشکده منابع طبیعی و علوم زمین، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۴- دکترای جغرافیا و برنامه ریزی روستایی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مدل سازی و تبیین عوامل اثرگذار بر جذب گردشگران پزشکی داخلی و خارجی در مراکز درمانی شهر تهران انجام شده است. تحقیق از لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش و ماهیت در زمره پژوهش های توصیفی - تحلیلی و پیمایشی قرار می گیرد. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار Sample Power به تعداد ۲۰۰ نفر محاسبه گردید. ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخت است که در آن ۴۷ شاخص تخصصی و ۱۱ شاخص عمومی توسط گردشگران پزشکی تکمیل گردید. روایی آن با استفاده از نظر متخصصان و پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۹۳ مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل نتایج پرسشنامه از روش های آماری و نرم افزارهای SPSS و AMOS استفاده شد. توسعه گردشگری پزشکی در تهران تحت تأثیر ۹ عامل قرار دارد که مهم ترین آن کیفیت خدمات درمانی است. یافته های مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد که مجموع متغیرهای تبلیغات، میزان آشنایی با مراکز درمانی، تحصیلات و نوع بیمه مورد استفاده بیماران ۳۱٪ تغییرات متغیر رضایتمندی گردشگران پزشکی را تبیین می کند و متغیر سن تأثیر معکوس بر رضایتمندی دارد. بیشترین همبستگی با مقدار ۰/۲۶ بین متغیرهای میزان آشنایی با سطح تبلیغات و سپس بین متغیرهای تبلیغات و تحصیلات با مقدار بار عاملی ۰/۲۲ مشاهده شده است. رضایتمندی مردان و متأهلین بیش از زنان و مجردین است و همچنین سطح رضایتمندی افراد دارای بیمه درمانی از مراکز درمانی بیش از افرادی است که از بیمه درمانی برخوردار نیستند. ویژگی های فردی و اجتماعی مراجعه کنندگان دریافت خدمات پزشکی می تواند در نحوه سیاست گذاری و طراحی سیستم های خدماتی به منظور توسعه گردشگری پزشکی، در نظر گرفته شود تا بتواند رضایت اکثریت گردشگران پزشکی را در پی داشته باشد.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، گردشگری پزشکی، مراکز درمانی تهران، مدل سازی معادلات ساختاری.

مقدمه

صنعت گردشگری، به عنوان یک فعالیت عظیم اقتصادی، به راهکاری برای رسیدن به توسعه تبدیل شده است (راهدار، ۱۴۰۲: ۸۸) که روزه‌به‌روز بر اهمیت آن افزوده می‌شود (وظیفه و نریمان زاده، ۱۳۹۲: ۸). ساختار گردشگری در یک مکان دربرگیرنده عواملی است که می‌تواند انگیزه بیشتری برای تقاضای گردشگری در آن مکان فراهم سازد (لاو^۱، ۲۰۰۲: ۱۴۲). در میان حوزه‌های مختلف گردشگری، توریسم سلامت و زیرمجموعه‌های آن به دلیل قابلیت و مزیت‌های رقابتی آن، رشد شتابانی را در میان انواع گردشگری از خود نشان می‌دهد (مروتی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۴). چراکه زندگی صنعتی در بیشتر کشورهای دنیا الزاماتی را با خود همراه دارد و استفاده از منابع طبیعی، ویتامین‌ها، کاهش درد، تسلط بر اعصاب، افزایش سلامت روح و جسم بسیار چشمگیرتر شده است (شعبانی، ۱۳۹۲: ۵۵). به این ترتیب گردشگری پزشکی به شکل امروزی بعثت ترکیبی از عناصر مختلف از قبیل نرخ مطلوب تبدیل ارز در بازارهای جهانی، پیشرفت‌های سریع فناوری پزشکی (رحیمی زارچی و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۹)، افزایش هزینه خدمات درمان و بیمه سلامت در کشورهای توسعه‌یافته، طولانی‌تر شدن فهرست افراد در حال انتظار برای دریافت خدمات پزشکی، کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل هوایی، دسترسی به اینترنت، تقاضا برای جراحی‌های زیبایی، داشتن وقت آزاد برای مسافرت و همراهی مراقبت‌های پزشکی شکل گرفت (ککلی و آندروود^۲، ۲۰۰۹: ۲۰۳). از طرفی در کشورهای مقصد، توسعه فناوری پزشکی و مهارت‌های جراحی، پیدایش یک طبقه متوسط با نیازهای جدید، خصوصی‌سازی و بازسازی بعد از مشکلات و معضلات اقتصادی موجب حمایت از خدمات گردشگری پزشکی شد (هورویت^۳ و همکاران، ۲۰۰۷: ۳۳). به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، لزوم اتصال سفر پزشکی با تجارت بین‌المللی را قبل از سال ۱۹۹۰ پس از موفقیت کوبا (اولین کشور در زمینه ارائه طیف وسیعی از خدمات پزشکی به بیماران خارجی) تشخیص داد (نصیری پور و سلمانی، ۱۳۸۹: ۵۸) و متوجه شد که سفر پزشکی به بهبود اقتصاد پزشکی کشورهای در حال توسعه می‌تواند کمک کند (UNESCAP, 2007: 11). این صنعت نوپا در آسیا پس از بحران اقتصادی در سال ۱۹۹۷ شکل گرفت و کشورهایی مانند سنگاپور، تایلند، مالزی، هند، فیلیپین، تایوان و کره جنوبی به دلیل ارزآوری فراوان این نوع از گردشگری به میزان سه برابر افراد عادی (حقیقی کفاش و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۷)، درآمدزایی بالای ۶۰ میلیارد دلار و رشد سالانه ۲۰ درصد (هورویت و همکاران، ۲۰۰۷: ۳۳) در این زمینه پیش‌تاز هستند. به نحوی که در سال ۲۰۰۸، آسیا بزرگ‌ترین مقصد گردشگران پزشکی به شمار می‌رود (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۱۰۱).

آمار حاصل از گردش مالی توریسم درمانی بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند، سالانه حدود ۵۰ میلیارد دلار صرف درمان بیماران منطقه در کشورهای اروپایی و آمریکایی می‌شود (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲: ۴). به همین دلیل بسیاری از کشورهای مستعد و توانا در زمینه پزشکی جهان با تمام توان سعی در جلب نظر این گروه به داخل مرزها و مراکز درمانی‌شان داشته‌اند (جباری، ۱۳۸۷: ۲۲).

۱-۱- بیان مسئله

کشور ایران دارای ظرفیت‌های مناسب و قابل توجهی در زمینه گردشگری پزشکی است درحالی‌که در کشورهای منطقه نظیر عراق،

1.Law
2.Keckley & Underwood
3.Horowite

افغانستان، کشورهای حاشیه جنوب خلیج فارس و جمهوری آذربایجان عدم وجود زیر ساخت‌های درمانی و غیرقابل دسترس بودن آن برای همگان سبب شکل گیری بازارهای هدف بسیار بکر و مناسب در اطراف ایران با توجه به وجود متخصصین خوشنام و تجهیزات به روز و مدرن درمانی آن شده است. برای حصول به اهداف برنامه چهارم توسعه و تأمین ۳۰ درصد از نیازهای بهداشتی و درمانی کشور را از طریق صدور کالا، خدمات پزشکی و توریسم درمانی (گودرزی و تقوایی، ۱۳۹۵: ۳) و کاهش رقم نرخ بیکاری ۱۱ درصد در سال ۱۳۹۴ (سند برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵: ۳۱) ایران در میان برخی از مجموعه محصولات و خدمات تعریف شده، امکانات و توان‌های بالقوه‌ای دارد که با سرمایه‌گذاری می‌تواند آن‌ها را به توان بالفعل تبدیل کند و به منزله یک منبع درآمد ارزی مورد استفاده قرار دهد (عناستانی و عناستانی، ۱۳۹۴: ۲۷۶). صنعت گردشگری پزشکی یکی از این توانمندی‌هاست و در صورتی که گردشگری سلامت به عنوان یک اولویت لحاظ گردد، می‌توان از خروج ارز و نیروی انسانی به دیگر کشورهای جلوگیری نمود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۷۰). طبق گزارش دفتر بازرسی بازار و خدمات سازمان توسعه تجارت ایران، با ترسیم افق صنعت گردشگری سلامت در ایران در سال ۱۴۰۰ می‌توان کشور را به یکی از قطب‌های اصلی این صنعت در منطقه تبدیل کرد و از رهگذر آن نه تنها از خروج ارز کاسته می‌شود، بلکه درآمد ارزی فراوانی نصیب ایران خواهد شد و زمینه اشتغال‌زایی مستقیم و غیرمستقیم و جذب سرمایه‌گذاری را فراهم می‌آورد (سازمان توسعه تجارت، ۱۳۸۶: ۱۷).

برآورد حجم مالی این صنعت در سراسر جهان بر اساس منابع متعدد متغیر است. برآوردها نشان می‌دهد هر گردشگر سلامت، سه برابر یک توریست عادی ارزآوری دارد. حجم مالی این صنعت سال ۲۰۰۴ به میزان ۴۰ میلیارد دلار و در سال ۲۰۰۶، به میزان ۱۰۰ میلیارد دلار بوده است. با توجه به حجم مالی و سببی که در این صنعت وجود دارد، بسیاری از کشورهای در حال توسعه در آسیا، آمریکای جنوبی و آفریقا در رقابت برای جذب گردشگران پزشکی است (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۸۳). براساس برآورد سازمان جهانی گردشگری هر گردشگر درمانی می‌تواند از ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ دلار سودآوری برای کشور مقصد داشته باشد. در این زمینه می‌توان به درآمد صنعت گردشگری سلامت سال ۲۰۱۲ در کشورهای همسایه نظیر ترکیه چهار میلیارد دلار، هندوستان هفده میلیارد دلار و اردن یک میلیارد دلار اشاره کرد. در جدول شماره (۱) برترین مقاصد گردشگری پزشکی به همراه تعداد گردشگران وارد شده بیان شده است.

جدول ۱- بهترین مقاصد گردشگران پزشکی بر اساس تعداد گردشگر وارد شده

کشور	تعداد گردشگر پزشکی
تایلند	۱۲۰۰۰۰۰
مکزیک	بیش از ۱۰۰۰۰۰۰
آمریکا	۸۰۰۰۰۰
سنگاپور	۶۱۰۰۰۰
هند	۴۰۰۰۰۰
مالزی	۲۵۰۰۰۰
برزیل	۱۸۰۰۰۰
ترکیه	۱۱۰۰۰۰
تایوان	۹۰۰۰۰
کاستاریکا	۵۰۰۰۰

(رولاندی، ۲۰۱۴)

بر اساس آمار جهانی، گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۲، ۱۰۰ میلیارد درآمدزایی داشته است. در حالیکه این عدد در سال ۲۰۱۰ تنها ۴۰ میلیارد دلار بوده است که نشان از رشد ۶۰ میلیارد دلاری طی ۲ سال دارد. در این بین سهم کشورهای اسلامی از درآمدهای جهانی گردشگری سلامت تنها ۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ بوده و سهم ایران هم از راه جذب این نوع گردشگر در سال ۲۰۱۲ تنها ۳۵۰ میلیون دلار بوده است (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۸۴)

ایران با داشتن جاذبه‌های فراوان گردشگری سهم بسیار اندکی از صنعت گردشگری سلامت را به خود اختصاص داده است. دلایل مختلفی برای این نقصان وجود دارد. استفاده نامناسب از توانمندی‌های گردشگری، نبود نگرش مناسب نسبت به صنعت گردشگری به عنوان یک صنعت اقتصادی درآمدزا و ارزآور، نبود امکانات مناسب جهت پذیرش و معرفی ظرفیت‌های موجود و ساماندهی حضور بدون برنامه و انفرادی گردشگران درمانی باعث بهره‌برداری نادرست از این صنعت شده است (موسوی نیا، ۱۳۹۴: ۴). در این میان یکی از مهمترین و مؤثرترین دلایل، عدم رضایت گردشگران پزشکی است. به هر میزان که رضایت گردشگر و توقعات و انتظارات هنجارمند گردشگران تأمین شود به همان میزان جذب گردشگر و توسعه گردشگری محقق می‌شود. از این رو شناسایی عوامل مؤثر بر جذب و رضایت گردشگران، نخستین گام برای افزایش رضایت و در نتیجه توسعه گردشگری پزشکی در تهران خواهد بود. یکی از روشهای سنجش میزان رضایت گردشگران در یک ناحیه، ارزیابی نظر بهره‌برداران و استفاده کنندگان از خدمات گردشگری است (ابراهیم زاده و همکاران، ۱۳۹۲). به لحاظ اهمیت شناسایی عوامل اثرگذار بر جذب و رضایتمندی گردشگران در پژوهش حاضر، این عوامل در قابل نه عامل کیفیت مراکز درمانی، رضایت از نتایج درمان، کادر درمانی مجرب، امنیت، وجود خدمات تخصص پزشکی، امکانات اقامتی، امکانات و شبکه حل و نقل، آگاهی از تخصص و تجهیزات و مدت زمان کسب خدمات درمانی شناسایی گردید و اثرات آن‌ها اولویت بندی شده است. بررسی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی و ارائه راهکار جهت پیشرفت توریسم درمانی در صورت اجرایی شدن، می‌تواند به گسترش صنعت توریسم در ایران منجر شود که خود ضمن فروش کالا و خدمات به اتباع خارجی و افزایش آمار ورودی‌های کشور و ارزآوری باعث ایجاد فرصت‌های شغلی جدید و صادرات خدمات پزشکی شده و همچنین باعث توسعه زیرساخت‌ها و رونق صنعت گردشگری کشور می‌گردد. لذا ضروری است که بررسی علمی و دقیقی از عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی به عمل آید تا از طریق تجزیه و تحلیل آن‌ها راهکارهایی جهت بهبود شرایط گردشگری پزشکی در ایران ارائه گردد. هدف کلی این پژوهش بررسی عوامل مؤثر بر جذب و رضایت گردشگران پزشکی در شهر تهران است و به این منظور به دنبال آزمون فرضیه‌های بررسی اثرگذاری ویژگی‌های فردی و اجتماعی بیماران و ویژگی‌های دموگرافیک گردشگران پزشکی بر رضایتمندی آنان و همچنین کیفیت مراکز درمانی به عنوان اثرگذارترین شاخص بر رضایت گردشگران پزشکی می‌باشد.

ادبیات موضوع

پیشینه تحقیق

با توجه به نقش و اهمیت گردشگری پزشکی، در برنامه‌ریزی گردشگری در سال‌های اخیر مطالعات متنوع با رویکردهای متفاوت در این زمینه در جهان و ایران انجام شده است. برخی محققان روند عمومی بازار گردشگری را مورد مطالعه قرار داده و مشکلات و یا موانع توسعه گردشگری پزشکی را بررسی نموده اند. نتایج اینگونه تحقیقات نشان می‌دهد عواملی نظیر ترویج ناکافی، عدم وجود سیستم پشتیبانی اداری متمرکز، عدم وجود استراتژی تمایز با توجه به کشورهای رقیب، تعداد ناکافی متخصصان گردشگری پزشکی و عدم وجود یک سیستم حقوقی قابل قبول به عنوان نقاط ضعف گردشگری پزشکی قلمداد می‌گردد (کیم و همکاران، ۲۰۰۹). خلیلی مومنی^۱ و همکاران (۲۰۱۸) طی یک مطالعه کیفی موانع توسعه گردشگری پزشکی در استان آذربایجان شرقی را مورد شناسایی قرار داده اند. محققان در بیان یافته‌ها بر این باورند بازاریابی، مسائل بین‌المللی، فرهنگ، انتقال، کارگزاری، مدیریت و مشکلات سیاسی موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی است. به نظر می‌رسد که استان آذربایجان شرقی باید زمینه لازم برای مشارکت و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در زمینه گردشگری پزشکی را فراهم آورد. علاوه بر این، باید استراتژی‌های طولانی و کوتاه مدت را با توجه به مشکلات مطرح شده طراحی و اجرا کند.

گروه دیگر از تحقیقات با موضوع گردشگری پزشکی شامل پژوهش‌هایی است که به شناسایی عوامل اثرگذار و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی پرداخته‌اند. در این تحقیقات کیفیت خدمات درمانی، فناوری اطلاعات و ارتباطات، فرهنگ، امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی بر گسترش گردشگری به عنوان شاخص‌های اثرگذار مطرح گردیده‌اند (گوردزی و تقوایی، ۱۳۹۵). از دیگر متغیرهای اثرگذار می‌توان به متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنسیت و وضعیت سواد اشاره نمود (جباری و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج تحقیق کروکس^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در هند عامل موفقیت در زمینه گردشگری پزشکی را به موفقیت در اطلاع‌رسانی به بیماران در مورد رویه‌های درمانی، امکانات درمان، فرصت‌های گردشگری، ترتیبات سفر و کشورهای مقصد گردشگری پزشکی نسبت می‌دهد که در آن، ترویج گردشگری پزشکی شامل طیف گسترده‌ای از ابزارهای بازاریابی مانند آگهی‌ها، کتابچه‌ها و وبسایت‌ها می‌باشد. نتایج تحقیق ریکا‌فورت^۳ (۲۰۱۱) در انتخاب بیمارستان‌های تایلند نشان می‌دهد پزشکان متخصص و معتبر بیشترین نقش را در انتخاب بیمارستان داشته‌اند. کورتنی سو^۴ و همکاران وی (۲۰۱۸) در پژوهش اثرات ادراک شده ناشی از توسعه گردشگری پزشکی بر سلامت جامعه اذعان دارند که عملکرد اقتصادی گردشگری پزشکی بیشترین ادراک مثبت، را به خود اختصاص داده است. همچنین، نگرش و رضایت کلی نسبت به گردشگری بر سلامت جامعه تأثیر داشته است در نهایت، سلامت جامعه به طور مثبت بر تمایل ساکنان به پرداخت مالیات بیشتر و حمایت از توسعه گردشگری پزشکی تأثیر گذار بوده است. هانفلد^۵ و همکاران معتقد هستند با بررسی نقش شبکه‌ها در تعیین سرنوشت گردشگری پزشکی، اظهار داشتند با بررسی شبکه‌های واسطه بین بیماران و تأمین‌کنندگان خدمات (وبسایت‌های تسهیل‌گر گردشگری پزشکی) و شبکه‌های غیررسمی نظیر انجمن‌های وب، گروه‌های پشتیبانی خدمات و توصیه‌های فردی می‌توان به فهم دقیق الگوهای سفر و انگیزه بیماران رسید.

¹ Khalil Momeni

² Crooks

³ Ricafort

⁴ Courtney Suess

⁵ Hanenfeld

همچنین نتایج نشان می‌دهد تصمیم‌گیری گردشگران پزشکی برای انتخاب مکان درمان، به چهار گام تقسیم‌بندی می‌شود که اولین آن تصمیم به‌منظور بهره‌مندی از درمانی خاص، دومین گام تصمیم برای اقدام به سفر خارجی، سومین گام انتخاب کشور مقصد و درنهایت چهارمین گام انتخاب تأمین‌کنندگان خدمات به‌وسیله شبکه ارتباطی است. در طول این چهار گام شبکه‌های ارتباطی همواره نقش ایفاء می‌کنند (هانفلد و همکاران، ۲۰۱۵). اثر فاصله فرهنگی بر گردشگری پزشکی توسط بولنت اسیوک^۱ و همکاران (۲۰۱۷) مطرح گردیده است. در این مطالعه روابط میان کشورهای مبدأ بیماران بین‌المللی و فاصله فرهنگی آنها از کشور مقصد در زمینه گردشگری پزشکی (ترکیه) بررسی شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد فاصله فرهنگی بر انتخاب مقصد برای گردشگری پزشکی اثر می‌گذارد. مطالعه‌ای در یونان، موانع روابط تجاری بین تسهیل‌کنندگان گردشگری پزشکی و متخصصین پزشکی را بررسی نموده است. در این مقاله، جنبه‌های روابط کسب و کار در حال توسعه بین دو بازیگر مهم در عرصه گردشگری پزشکی این کشور مورد بررسی قرار می‌گیرد. محقق بر اساس جامعه‌شناسی حرفه‌ها به عنوان یک چارچوب تحلیلی، اطلاعات کیفی غنی، جنبه‌های متضاد در رابطه بین دو بازیگر را نشان می‌دهد و به ادبیات بهداشتی فراملیتی موانع توسعه بازار گردشگری پزشکی پرداخته است (لیلا اسکوندیداک^۲، ۲۰۱۷).

از انواع دیگر تحقیقات می‌توان به مواردی اشاره داشت که با بررسی گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی - درمانی، ضمن آشنایی با ماهیت و مفهوم گردشگری پزشکی و توریسم درمانی، زیرمجموعه‌های آن را شناسایی و توانمندی‌ها و قابلیت‌های گردشگری پزشکی مناطق را مورد تحلیل قرار می‌دهد و در ادامه راهکارهای توسعه را بیان می‌نماید. برای مثال در پژوهشی با رجوع به منابع مستند، بررسی قابلیت‌ها و توانمندی‌های ایران در چهار حوزه گردشگری سلامت شامل چشمه‌های آب گرم و آبهای معدنی، گنبدهای نمکی، طبیعت‌گردی، توریسم پزشکی پرداخته شده است (عربشاهی کیزی و آریان فر، ۱۳۹۲). سوبه‌دارا گانجولی (۲۰۱۷) تجزیه و تحلیلی کیفی از رقابت گردشگری پزشکی در سنگاپور ارائه می‌دهد. بر اساس یک رویکرد جامع، این مطالعه نشان داده است که ادغام استراتژی‌های متنوع برای توسعه گردشگری پزشکی با سیاست‌های صحیح دولتی و شیوه‌های مدیریتی پیشگیرانه منجر به نتایج قابل توجهی مثبت در جهت موفقیت متقابل گردشگری، مراقبت‌های بهداشتی و سایر بخش‌های اقتصادی سنگاپور شده است. بعلاوه، این مطالعه بینش را برای بهبود مستمر در بخش‌های دولتی و خصوصی کشورهای مشتاق ارائه می‌دهد که از طریق مدیریت کارآمد و استفاده هوشمندانه از منابع در داخل و خارج از بخش گردشگری پزشکی است. این تأثیر در سطح تخصص پزشکی ادامه دارد.

در پژوهش حاضر سعی شده است با بهره‌گیری از نتایج مطالعات انجام شده در شناسایی عوامل اثرگذار بر جذب و رضایتمندی گردشگران پزشکی داخلی و خارجی در شهر تهران اقدام گردد. به این ترتیب با بهره‌مندی از نتایج به دست آمده در مطالعات پیشینه تحقیق، ابزار تحقیق جامع طراحی و تدوین گردید و با جمع‌آوری داده‌های لازم عوامل موثر بر رضایتمندی گردشگران پزشکی بیمارستان‌های شهر تهران مدل‌سازی و تبیین شد. توجه به این عوامل و نتایج حاصل از آن می‌تواند در نحوه سیاست‌گذاری و طراحی سیستم‌های خدماتی به‌منظور کاستن از نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت و توانمندی‌ها منجر توسعه گردشگری پزشکی گردد و نهایتاً رضایت اکثریت گردشگران را در پی داشته باشد. طبیعتاً رضایت گردشگران منجر به وفاداری آنان برای مراجعات بعدی و نیز جلب مشتریان جدید برای بازار گردشگری پزشکی ایران می‌گردد.

¹ BulentEsiyok

² Lila Skountridaki

مبانی نظری تحقیق

۱-۳-۱- گردشگری پزشکی و اقتصاد تجاری

موضوع تأمین سلامت و خدمات بهداشتی همواره یکی از وظایف اصلی دولت ها بوده است و توزیع خدمات و نحوه دسترسی شهروندان به آنها چالش نظام های سیاسی در چهارچوب دستیابی به عدالت اجتماعی است. از این رو تا قبل از آزادسازی اقتصادی حفظ سلامت و تأمین خدمات بهداشتی به عنوان یک کالای اجتماعی از ویژگی های دولت رفاه بوده است. با گسترش سرمایه داری و آزادسازی اقتصادی، نقش بخش خصوصی در بخش سلامت پررنگ شده و این خدمات از یک کالای اجتماعی به کالای قابل معامله تغییر ماهیت داده که در نتیجه قابل تجارت شدن این خدمات، زمینه های گردشگری پزشکی مهیا گردید (کالی^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۸۲). تجارت با توجه به اشکال اجتماعی، سیاسی و جهانی آن، ابزاری برای توسعه است. مدل های سنتی اقتصاد سیاسی چگونگی ایجاد ثروت بین ملت و دولت ها را از طریق به حداکثر رساندن مزیت رقابتی، تعریف می کند. این چارچوب نظری بیان می کند که نظریه مزیت رقابتی ریکاردو برای کالاها، می تواند به همان اندازه برای بخش تجارت خدمات نیز اعمال گردد. بر این اساس، آزادسازی تجارت و سرمایه گذاری در خدمات درمانی - بهداشتی می تواند به تداوم رشد، افزایش درآمد و اشتغال در صنایع مرتبط منتهی شده و در نتیجه تقویت بخش سلامت را به دنبال داشته باشد (گولا^۲، ۲۰۱۵: ۹). رشد گردشگری پزشکی را به عنوان یک مدل کسب و کار جدید، نمی توان بدون توجه به تعاملات آن با نیروهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی تفسیر کرد. پژوهش ها عوامل موثر بر توسعه آن را به عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی در زمینه تغییر قیمت های جهانی پیوند می دهند. جهانی شدن با بازسازی اقتصادی، فضایی را برای سرمایه گذاری بخش خصوصی در برنامه های سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه ایجاد کرد به طوری که این کشورها خدمات سلامت خود را در راستای ارائه به بیماران خارج از کشور و رقابت برای بازاریابی، توسعه داده اند. بعلاوه هزینه مراقبت های بهداشتی سنگین و صف انتظار طولانی برای بیماران در کشورهای توسعه یافته، این بازار درحال ظهور، انتخاب های گسترده ای را برای خرید

خدمات پزشکی با قیمت های متفاوت در بسیاری از کشورها فراهم ساخت. این زمینه تغییر یافته، محیط توانمندی را برای ظهور گردشگری پزشکی به عنوان یک فرصت کسب و کار بین المللی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورد (هاروویتز^۳، ۲۰۰۷: ۲۷). بر اساس بررسی های صورت گرفته در زمینه تجارت خدمات پزشکی، چهار شیوه کلی وجود دارد که شامل تجارت برون مرزی، مصرف برون مرزی، تجارت از طریق حضور تجاری و تحرک موقتی افراد می گردد (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۹۰).

۱-۳-۲- مفاهیم کاربردی پژوهش

۱-۳-۲-۱- توریسم سلامت

آشنایی با طب پزشکی و انتقال دانش پزشکی مناطق دنیا با یکدیگر باعث به وجود آمدن شاخه ای از گردشگری به منزله گردشگری سلامت شده است (عناستانی و عناستانی، ۱۳۹۴: ۲۷۸). سازمان جهانی گردشگری (۱۹۹۵) توریسم سلامت را به طور خاص، چنین

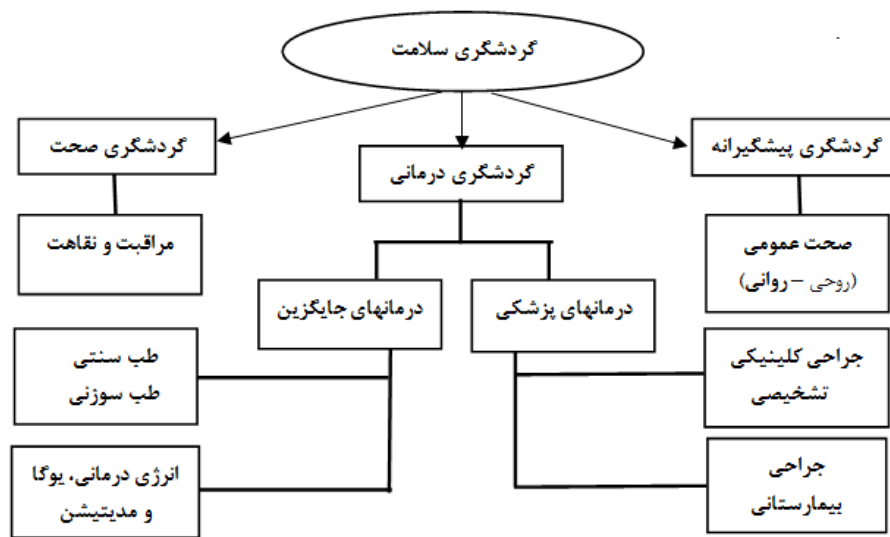
¹ Cali

² Gola,

³ Horowitz

۱-۳-۲-۲-توریسم درمانی

در صورت بیمار بودن گرد شگر، نوع گرد شگری در دسته‌بندی گرد شگری درمانی قرار گرفته و گرد شگر نیازمند دریافت خدمات درمانی و پزشکی می‌باشد (موسوی نیا، ۱۳۹۴: ۲۰). دلیلت به سفر بیماران فرا سوی مرزها (اغلب در فاصله زیاد) برای کسب خدمات درمانی که این خدمات در کشورشان از لحاظ هزینه و زمان یا موجود نیست یا به آسانی در دسترس نیست، گردشگری پزشکی می‌گوید (دلیلت، ۲۰۰۸: ۲). سازمان جهانی گردشگری توریست درمانی را مسافرت به دیگر کشورها برای درمان خاص یا عمل در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی خارج از کشور مبدأ تعریف نموده است (شکوهیار، ۱۳۹۴: ۱۲۸). گردشگری پزشکی محلی نیز به سفرهای داخلی بیمارانی که در پی متخصصان بهتر، خدمات ارزان‌تر و باکیفیت بیشتر هستند، گفته می‌شود (کانل، ۲۰۱۰: ۱۱). به‌طور کلی گردشگری پزشکی را می‌توان به‌عنوان ترکیبی از مراقبت‌های پزشکی و مفاهیم گردشگری در نظر گرفت (کانل، ۲۰۰۶: ۱۴). در نتیجه گردشگری پزشکی یک فرصت درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است (کروکس و همکاران، ۲۰۱۱: ۷۲۶). شکل (۳) تقسیم‌بندی ترام از گردشگری سلامت را نشان می‌دهد.



شکل ۳- انواع گردشگری سلامت

TRAM, 2006: 30

۱-۳-۲-۳- عوامل موثر بر انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی

عوامل متعددی در انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی تأثیری می‌گذارند که از آن جمله می‌توان به شرایط اقتصادی، وضعیت سیاسی، رفتار اجتماعی و استانداردهای نظارتی اشاره نمود. در زمینه فرهنگ سیاسی، اکثریت بیماران تنها به مناطقی جذب می‌گردند که کشور میزبان از امنیت بالایی برخوردار باشد. یعنی جایی که سیستم سیاسی آن در زمینه فساد و خشونت حفاظت شده باشد. در بعد رفتار اجتماعی، احساسات و رفتار ساکنان محلی درباره گردشگران به طور عام و گردشگران پزشکی به طور خاص نقش ویژه‌ای در جذب بیماران خارجی دارد (معبودی و حکیمی، ۱۳۹۴: ۹۱) به گونه‌ای که گردشگران تمایل دارند برای دریافت خدمات درمانی به جایی مراجعه نمایند که با مردم محلی احساس راحتی داشته و برای آنان محدودیت ایجاد نکنند. در زمینه استانداردهای نظارتی اغلب بیماران در مورد قوانین و مقررات کشور میزبان حساس هستند. به عنوان مثال گردشگران آمریکایی تمایل دارند به جایی مراجعه کنند که مانند کشورشان سیستم بهداشتی با پوشش بیمه‌ای کامل از آنها حمایت نماید. هزینه‌های پزشکی ارزان، اعتبارگذاری بیمارستان‌ها، کیفیت خدمات و مراقبت‌های پزشکی و پزشکان آموزش دیده از دیگر عوامل اثرگذار بر انتخاب مقاصد گردشگری پزشکی محسوب می‌گردد (اسمیت، ۲۰۰۸: ۲۸).

۲- روش تحقیق

۲-۱- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مطالعات تطبیقی و بررسی‌های میدانی مانند پرسشنامه، استفاده شده است. همچنین برای پیشگیری از هرگونه سوگیری و با توجه به اینکه برخی از افراد نمونه گردشگران خارجی بوده‌اند از

روش مصاحبه استفاده شده است. بعلاوه با مشاهده وضعیت مراکز درمانی، گردشگران و همراهان ایشان تمام پاسخ ها چک شده و مورد ارزیابی قرار می گرفت تا اطلاعاتی خلاف واقع ثبت نگردد.

۲-۲- ابزار گردآوری اطلاعات

نتایج بررسی های مکرر نگارندگان حاکی از آن است در خصوص رضایت سنجی از خدمات گردشگری پزشکی ابزار استاندارد وجود ندارد. بلکه محققان مختلف با توجه به هدف از تحقیق خویش ابزاری طراحی کرده و آن را به بوته آزمایش گذارده اند. در این راستا در تحقیق حاضر با استفاده از نتایج تحقیقات پیشین و نیز مبانی نظری پژوهش پرسشنامه محقق ساخته به عنوان ابزار تحقیق طراحی گردید. این پرسشنامه که برای بررسی دیدگاه های گردشگران پزشکی از مقصد گردشگری طراحی گردید، به ۲ زبان انگلیسی و عربی ترجمه شد. پرسشنامه حاوی ۱۱ گویه عمومی و ۴۷ گویه اختصاصی است که پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه پژوهش مبتنی بر معیارهای اصلی اثرگذار بر گردشگری پزشکی بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای طراحی شده است. به صورت خلاصه اعتبار یا صحت یعنی "آیا واقعا همان چیزی را می سنجم که قصد سنجش آن را داریم؟" (بیکر، ۱۳۹۰: ۱۳۸) و بنابراین اعتبار آزمون، میزان انطباق بین تعریف مفهومی متغیر با تعریف عملیاتی است. برای سنجش اعتبار یا روایی و سیله اندازه گیری، معیارهای گوناگونی وجود دارد. در این تحقیق از اعتبار صوری استفاده شده است. به این منظور پرسشنامه در اختیار اساتید دانشگاه، متخصصان گردشگری و متخصصان بیمارستانی قرار گرفت. پس از بررسی و کسب نظرات تخصصی، اصلاحات لازم صورت پذیرفت به این ترتیب که تعدادی از سوالات اصلاح گردید و تعدادی نیز حذف شد. در نتیجه روایی ابزار پژوهش به شیوه صوری مورد تأیید قرار گرفت. همچنین از تحلیل عاملی تأییدی برای اطمینان از حصول روایی ساختار ۹ عامل استفاده شد.

اطمینان از پایایی ابزار پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ صورت گرفت. ساده ترین تعریف پایایی که از آن به دقت و اعتمادپذیری نیز یاد می شود (حافظ نیا، ۱۳۸۳: ۱۵۵)، عبارت است از میزان همسانی نتایج مکرر (بیکر، ۱۳۹۰: ۱۴۲). در واقع پایایی به این معناست که آیا روش انتخاب شده، موضوع مورد نظر را به طور دقیق می سنجد یا خیر؟ یکی از شیوه های مهم در برآورد میزان همسانی و هماهنگی درونی سوالات و گویه ها آماره آلفای کرونباخ است که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه ها یا آزمونهایی که خصیصه های مختلف را اندازه گیری می کند بکار می رود. در این نوع ابزارها، پاسخ هر سوال می تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. دامنه تغییرات این آماره بین صفر و یک است و هر چه به یک نزدیک تر باشد نشان دهنده همبستگی بالا بین گویه ها و پایایی بیشتر ابزار سنجش می باشد. در تحقیق حاضر، آلفای کرونباخ در دو مرحله مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا مرحله پیش آزمون انجام شده و گویه هایی که میزان آلفای کرونباخ نامناسبی داشته اند مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت. سپس در مرحله نهایی بعد از جمع آوری پرسشنامه های اصلی دوباره آماره آلفای کرونباخ محاسبه گردید. محاسبه ضریب آلفا به مقدار ۰/۷۹۳ نشان از آن دارد که ابزار پژوهش از پایایی لازم برخوردار است.

۲-۳- جامعه آماری و حجم نمونه

بر طبق آمار ارائه شده سالانه ۲۰۰۰۰ گردشگر پزشکی از خدمات درمانی استفاده می نمایند و بر اساس چنین جامعه آماری، برآورد حجم نمونه با استفاده از نرم افزار Sample Power صورت گرفت. بر طبق نتایج حاصل از محاسبه نمونه آماری که در شکل شماره

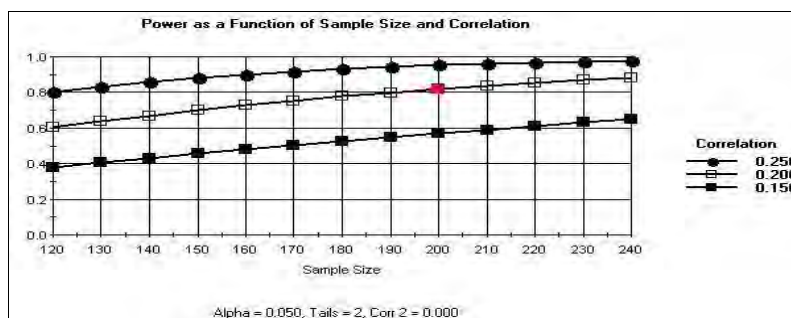
(۱) ارائه شده است سه سناریو برای تعیین حجم نمونه طراحی گردید. هر سه سناریو بر اساس نظریه کوهن و مناسب برای تحقیقات دانشگاهی تنظیم شد. با توجه به محدودیت‌های زمانی و مکانی فرایند تحقیق و همچنین جامعه آماری مورد مطالعه طبق سناریوی اندازه اثر ۰/۲۰۰ با آلفای ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ و با توان آزمون ۰/۸۰، ۲۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه قبل قبول برای فرایند پژوهش در نظر گرفته شد. پاسخ‌دهندگان، از مراکز درمانی لاله، محب مهر، هاشمی نژاد، سینا دولتی و VIP سینا، آیت‌الله طالقانی، شهدای تجریش، رسول اکرم، پارس، بهمن، کودکان و گاندی در تهران انتخاب شده و به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده‌اند. سعی گردید بیمارستان‌هایی مورد پژوهش قرار گیرد که بیش از سایر مراکز مورد مراجعه گرد شگران درمانی داخلی و خارجی بوده است به علاوه وزارت بهداشت و سازمان علوم پزشکی در خصوص ارائه مجوزهای لازم برای حضور محققان همکاری لازم را مبذول داشته‌اند. با توجه به امکان مخدوش بودن برخی پرسشنامه‌ها چند پرسشنامه اضافی توزیع گردید و در نهایت ۲۰۲ پرسشنامه تکمیل شده به دست محقق رسید که ۱۶۳ پرسشنامه توسط گرد شگران درمانی داخلی مراجعه کننده به بیمارستان‌های مورد مطالعه برای دریافت خدمات درمانی و ۳۹ پرسشنامه توسط گرد شگران خارجی پاسخ‌گویی شد. لازم به ذکر است نحوه انتخاب هر دو گروه گرد شگران داخلی و خارجی به صورت تصادفی بوده است. در جدول شماره (۲) توزیع پرسشنامه به تفکیک بیمارستان‌ها بیان گردیده است.

جدول ۲- توزیع پرسشنامه در مراکز بیمارستانی

نام بیمارستان (دولتی)	فراوانی	نام بیمارستان خصوصی	فراوانی
هاشمی نژاد	۲۱ نفر	لاله	۲۱ نفر
رسول اکرم	۲۳ نفر	پارس	۱۰ نفر
سینا بخش دولتی	۳۶ نفر	گاندی	۱۸ نفر
طالقانی	۱۴ نفر	بخش VIP سینا	۱۱ نفر
کودکان	۱۷ نفر	محب مهر	۱۰ نفر
شهدا	۱۸ نفر	بهمن	۳ نفر

پس از جمع‌آوری داده‌های نمونه آماری حاصل از اجرای پرسشنامه، جهت پردازش اطلاعات به منظور تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. در نهایت برای تحلیل عاملی و مدل سازی معادلات ساختاری از نرم‌افزار AMOS استفاده شد. از نرم افزار SPSS برای ترسیم نمودارها و تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است و سایر پارامترها بر مبنای رویکردی تأییدی در نرم افزار AMOS ارزیابی گردیده‌اند. جهت تحلیل عاملی از ۳۴ متغیر اختصاصی که قابلیت سنجش رضایتمندی گرد شگران پزشکی را داشته‌اند استفاده گردیده است. این متغیرها بر مبنای مطالعه نتایج تحقیقات پیشین طراحی و تدوین شد. برای شناسایی اثر متغیرهای

دموگرافیک بر توسعه گردشگری پزشکی، ۵ متغیر مستقل سن، نوع بیمه، تحصیلات، تبلیغات و میزان و نحوه آشنایی با مراکز درمانی وارد فرآیند مدلسازی گردیده است.



شکل ۱- تعیین حجم بهینه نمونه

۳-۴- قلمرو مکانی تحقیق

در حال حاضر خدمات سلامت در تهران با تولید سه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (شهرستان‌های ری، اسلامشهر و بخش جنوب شهر تهران)، ایران (شهرستان‌های غرب، جنوب غرب و شمال غرب شهر تهران) و شهید بهشتی (شهرستان‌های شرق و شمال شرق تهران) و همچنین اداره کل انتقال خون استان و اورژانس تهران (وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) ارائه می‌گردد (سازمان برنامه‌ریزی و بودجه استان تهران، ۱۳۹۵: ۵). ۱۶۰ بیمارستان خصوصی و دولتی (که از این تعداد ۴۸ بیمارستان به‌طور مستقیم تحت مدیریت دانشگاه‌ها قرار دارند) به همراه ۲۳۹ خانه بهداشت و ۲۷۶ مرکز بهداشتی درمانی (وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی) به امر خدمت‌رسانی اشتغال دارند و در مجموع ۱۹ شبکه بهداشت و درمان جمعیت استان تهران را تحت پوشش قرار داده‌اند. پایگاه‌های اورژانس شهری و جاده‌ای تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۶۲ پایگاه و تعداد پایگاه‌های اورژانس تحت پوشش اورژانس تهران بالغ بر ۱۴۶ پایگاه می‌باشد. از حیث نیروی انسانی، ۱۷۶۴۲ نفر شاغل در واحدهای ستادی، خدماتی و پشتیبانی دانشگاه‌ها، ۵۶۶۰ نفر پزشکی و ۲۱۸۵۲ نفر پیراپزشک در این بخش اشتغال دارند (سازمان برنامه‌ریزی و بودجه استان تهران، ۱۳۹۵: ۶). تعداد تخت‌های فعال استان تهران ۱۴۱۹۶ تخت می‌باشد (سازمان برنامه‌ریزی و بودجه، ۱۳۹۵: ۷). آمار وزارت بهداشت سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد از بین کل بیمارستان‌های ایران ۱۰۱ بیمارستان مجوز اداره امور بیماران بین‌الملل را دارند و این رقم در بیمارستان‌های تهران به ۳۸ بیمارستان می‌رسد که از این تعداد ۱۴ بیمارستان خصوصی و ۳ بیمارستان دولتی دارای مجوز ۶ ماهه امور بیماران بین‌الملل و ۱۶ بیمارستان خصوصی و ۵ بیمارستان دولتی که بیشتر آموزشی - پژوهشی‌اند، دارای مجوز یک ساله IPD^۱ هستند (بخشنامه وزارت بهداشت به سازمان میراث فرهنگی). بیمارستان‌های مورد مطالعه در این پژوهش عبارت‌اند از: لاله، محب مهر و هاشمی نژاد، آیت‌الله طالقانی، سینا و بخش VIP آن، بهمن، پارس، کودکان، رسول اکرم، گاندی و شهدای تجریش. لازم به ذکر است برخی از این بیمارستان‌ها از جمله بیمارستان شهدای تجریش و رسول اکرم، مجوز IPD ندارند، ولی گردشگران پزشکی خارجی و بخصوص داخلی بسیار زیادی به آن‌ها مراجعه می‌کنند. تمامی این مراکز درمانی از جمله مراکز درمانی مطرح شهر تهران هستند و دارای بخش‌ها و درمانگاه‌های عمومی و تخصصی متنوعی می‌باشند. برای مثال بیمارستان گاندی به‌عنوان اولین نمونه از نوع خود در کشور، مطابق با استاندارد هتل‌های اقامتی

1. International Patients Department

اقدام به ارائه خدمات رفاهی نموده است که علاوه بر امکانات رفاهی متعدد، تجهیزات پزشکی پیشرفته نیز در آن در نظر گرفته شده است. همچنین بیمارستان سینا به عنوان یک مرکز درمانی دولتی دارای درمانگاه‌های ارولوژی، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، داخلی اعصاب (نورولوژی)، فوق تخصص داخلی کبد و گوارش، قلب، کاهش وزن، فوق تخصص داخلی غدد، عفونی، فوق تخصص داخلی روماتولوژی، فوق تخصص داخلی کلیه، عمومی، پزشکی قانونی، کلینیک‌های ام‌اس، جراحی ترمیمی و پلاستیک، هیپوفیز، داخلی ریه، داخلی خون، ارتوپدی ستون فقرات، جراحی فک و صورت، غدد و پستان و طب ورزشی است (سایت بیمارستان سینا، ۱۳۹۶).

۴- یافته‌های تحقیق

۴-۱- یافته‌های توصیفی

بر اساس اطلاعات استخراج شده، در این پژوهش ۱۰۲ نفر (۵۰/۵٪) از گردشگران پزشکی (بیماران مراجعه کننده برای استفاده از خدمات درمانی) را مردان و ۱۰۰ نفر (۴۹/۵٪) را زنان تشکیل دادند. ۱۵۵ نفر متأهل (۷۶/۷٪) و ۴۷ نفر (۲۳/۳٪) مجرد هستند. کمترین درصد گردشگران پزشکی به گروه سنی کمتر از ۲۰ سال (۳۲ نفر معادل ۱۵/۸٪) و بیشترین درصد به گروه سنی ۴۰-۶۰ سال (۶۹ نفر معادل ۳۴/۲٪) تعلق دارد. ۱۷۹ نفر (۸۸/۶٪) از گردشگران پزشکی شیعه و ۲۳ نفر (۱۱/۴٪) اهل سنت هستند. عمده افراد گردشگر دارای تحصیلات دیپلم (۶۸ نفر معادل ۳۳/۷٪) و کمترین آن‌ها دارای تحصیلات فوق لیسانس و دکتری (۵ نفر معادل ۲/۵٪) بودند. بالاترین درصد نوع بیمه درمانی گردشگران پزشکی داخلی با ۴۲٪ به بیمه درمانی تأمین اجتماعی تعلق دارد. ۱۸۴ نفر از همراهان گردشگران پزشکی معادل ۹۱/۱٪ داخل بیمارستان در اتاق بیمار و ۱۸ نفر معادل ۸/۹٪ از همراهان در مراکز اقامتی خارج از بیمارستان اسکان داشتند. ۷۹/۴۸٪ از گردشگران پزشکی خارجی از کشور عراق به مراکز درمانی تهران مراجعه کردند. مهم‌ترین رسانه معرفی مراکز درمانی تهران در بین گردشگران پزشکی داخلی توصیه پزشکان در مراکز درمانی مختلف با فراوانی ۴۸/۴۶٪، و بین گردشگران پزشکی خارجی مهم‌ترین عامل معرفی مراکز توریسم درمانی شهر تهران با فراوانی ۶۴/۱۱٪ واسطه‌ها هستند (شکل ۴).



شکل ۴- نمودار توزیع فراوانی عوامل مؤثر در معرفی مراکز درمانی به گردشگران پزشکی داخلی و خارجی

یافته‌های استنباطی

جهت بررسی عوامل مؤثر بر جذب و رضایتمندی گردشگران پزشکی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد، چراکه تعداد متغیرهای موردبررسی ۳۴ مورد و روابط بین آن‌ها ناشناخته است. در این روش متغیرها در عامل‌هایی قرار می‌گیرند، به‌طوری‌که از عامل اول به عامل‌های بعدی درصد واریانس کاهش می‌یابد. هدف استفاده از تحلیل عاملی، کاهش حجم داده‌ها و تعیین مهم‌ترین متغیرهای مؤثر در شکل‌گیری پدیده‌ها است (زارع چاهوکی، ۱۳۸۹: ۱). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون که در جدول شماره (۳) ارائه شده است، مقدار KMO بالای ۰/۷ محاسبه شده و نشان‌دهنده انسجام درونی داده‌ها است. سطح معناداری آزمون بارتلت ۰/۰۰۰ می‌باشد که نشان از مناسب بودن تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار (مدل عاملی) است. از این رو می‌توان از تحلیل عاملی استفاده کرد و داده‌ها قابل تقلیل به تعدادی عامل‌های زیربنایی می‌باشد.

جدول ۳- نتایج آزمون KMO و بارتلت

۰/۷۱۷	کفایت حجم نمونه‌گیری
۲۰۹۲/۲۱۶	مقدار کای دو آزمون بارتلت
۵۶۱	درجه آزادی
۰/۰۰۰	سطح معناداری

منبع: یافته‌های پژوهش

در تحلیل عاملی درصد واریانس مجموعه متغیرها توسط هر عامل تبیین می‌گردد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول (۴) از مجموع متغیرهای استفاده شده ۱۱ عامل بر اساس ماتریس همبستگی (کوواریانس) دارای مقادیر بالاتر از ۱ هستند و مجموعاً ۶۴/۶۱۷ درصد از واریانس مجموعه، ۳۴ متغیر مذکور را تبیین می‌کنند. مقدار ویژه تعیین کننده عامل‌هایی است که در مدل باقی می‌مانند و عامل‌هایی که دارای مقادیر ویژه کمتر از ۱ هستند، از تحلیل خارج می‌شوند. این عوامل همان عواملی هستند که حضور آنها باعث تبیین بیشتر واریانس نمی‌گردد. لازم به ذکر است در تحلیل عاملی اکتشافی به صورت متعارف مقدار ویژه ۱ مورد استفاده محققین قرار می‌گیرد (کارگرفرد و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۵۰). به عبارتی از مجموع متغیرها ۱۱ عامل ترکیبی ایجاد می‌گردد. اما به دلیل تک متغیره بودن عامل دهم و یازدهم این دو عامل کنار گذاشته شده و مورد استفاده قرار نگرفتند. به این ترتیب با استفاده از ۳۲ متغیر ۹ عامل با پوشش ۵۶/۰۹۸ درصد از واریانس مجموعه، ۳۲ متغیر مذکور را تبیین می‌کنند. جدول (۳) عامل‌های استخراج شده، مقدار ویژه اولیه و درصد تبیین واریانس ماتریس مؤلفه‌های چرخش یافته ۱۱ عامل ساخته شده را نشان می‌دهد.

جدول ۴- عامل‌های استخراج‌شده، مقادیر ویژه اولیه و درصد تبیین واریانس آن‌ها از مجموع شاخص‌ها

عوامل			مقادیر ویژه اولیه			استخراج مجموع ضرایب عوامل		
مجموع	درصد واریانس	درصد تجمعی	مجموع	درصد واریانس	درصد تجمعی	مجموع	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۵/۹۲۲	۱۷/۴۱۹	۲/۵۸۳	۷/۵۹۶	۷/۵۹۶	۱	۷/۵۹۶	۷/۵۹۶
۲	۲/۷۰۵	۷/۹۵۷	۲۵/۳۷۶	۷/۰۵۰	۱۴/۶۴۵	۲	۲۳/۹۷	۱۴/۶۴۵
۳	۲/۲۳۰	۶/۵۵۸	۳۱/۹۳۴	۶/۷۱۵	۲۱/۳۶۱	۳	۲۶/۲۸۳	۲۱/۳۶۱
۴	۱/۹۵۴	۵/۷۴۸	۳۷/۶۸۲	۶/۳۲۱	۲۷/۶۸۲	۴	۲/۱۴۹	۲۷/۶۸۲
۵	۱/۷۵۴	۵/۱۵۹	۴۲/۸۴۱	۶/۲۳۶	۳۳/۹۱۷	۵	۲/۱۲۰	۳۳/۹۱۷
۶	۱/۴۶۱	۴/۲۹۷	۴۷/۱۳۸	۶/۰۶۴	۳۹/۹۸۱	۶	۲/۰۶۲	۳۹/۹۸۱
۷	۱/۳۹۸	۴/۱۱۳	۵۱/۲۵۱	۵/۶۹۲	۴۵/۶۷۳	۷	۱/۹۳۵	۴۵/۶۷۳
۸	۱/۲۷۱	۳/۷۳۸	۵۴/۹۸۹	۵/۲۸۹	۵۰/۹۶۲	۸	۱/۷۹۸	۵۰/۹۶۲
۹	۱/۲۰۳	۳/۵۳۹	۵۸/۵۲۸	۵/۱۳۶	۵۶/۰۹۸	۹	۱/۷۴۶	۵۶/۰۹۸
۱۰	۱/۰۶۳	۳/۱۲۶	۶۱/۶۵۵	۴/۳۷۹	۶۰/۴۷۷	۱۰	۱/۴۸۹	۶۰/۴۷۷
۱۱	۱/۰۰۷	۲/۹۶۲	۶۴/۶۱۷	۴/۱۴۱	۶۴/۶۱۷	۱۱	۱/۴۰۸	۶۴/۶۱۷

منبع: یافته‌های پژوهش

برای حداکثر ساختن روابط بین متغیرها، آن‌ها را پیرامون محور خود دوران داده و ضمن انجام یک چرخش در محور ماتریس، از مناسب‌ترین روش چرخش یعنی وریماکس استفاده شد. جدول (۵) موسوم به ماتریس تجزیه به مؤلفه‌های اصلی است. این جدول با استفاده از روش وریماکس ضرایب متغیرهای معرفی شده در عامل‌های استخراجی را ارائه می‌دهد. به عبارت دیگر اهمیت و نقش هر یک از متغیرها را در شکل‌گیری عامل‌ها نشان می‌دهد و بارگذاری عامل‌های استخراجی از شاخص‌ها (ماتریس عوامل دوران یافته) را آشکار می‌سازد.

جدول ۵- بارگذاری عامل‌های استخراجی از شاخص‌ها (ماتریس عوامل دوران یافته)

عامل‌ها									شاخص‌های اولیه
۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۰/۰۸۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۵۰	۰/۰۸۴	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	۰/۰۵۸۳	۰/۲۲۶	۰/۰۵۰۹	میزان نظم و ترتیب در انجام امور درمانی
۰/۱۲۹	۰/۰۵۸	۰/۰۲۴	-۰/۰۲۵	۰/۰۵۹	۰/۰۸۷	۰/۶۲۴	۰/۰۴۶	۰/۰۸۲	میزان ارتباط پزشک با بیمار
-۰/۰۰۶	-۰/۱۰۴	-۰/۰۴۰	۰/۳۹۷	۰/۰۲۴	-۰/۰۵۱	۰/۲۶۲	۰/۳۸۹	۰/۴۸۵	به‌روز بودن اطلاعات کادر درمانی
-۰/۰۱۲	۰/۰۹۷	۰/۰۹۹	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱۳	۰/۰۴۵	۰/۷۰۲	۰/۱۸۰	۰/۱۵۸	حضور پزشکان و کادر حرفه‌ای
۰/۰۵۰	۰/۰۷۲	-۰/۱۳۱	۰/۱۶۸	۰/۱۴۶	۰/۱۳۰	۰/۰۱۹	۰/۲۰۳	۰/۷۲۶	رضایت از سرعت پاسخگویی توأم با احترام
-۰/۰۳۷	۰/۰۶۰	-۰/۰۲۱	۰/۲۹۶	۰/۲۳۹	-۰/۰۲۸	۰/۱۷۷	۰/۱۱۹	۰/۶۱۲	رضایت از تعداد افراد مسئول در مرکز درمان
-۰/۰۲۱	۰/۰۵۰	-۰/۱۵۰	۰/۴۴۰	-۰/۱۶۴	۰/۱۰۸	۰/۳۶۰	۰/۲۶۰	۰/۳۴۵	رضایت از سطح بهداشت
-۰/۰۸۵	۰/۸۱۰	۰/۱۱۱	-۰/۰۶۴	-۰/۰۳۶	۰/۰۵۴	۰/۱۴۹	-۰/۰۶۷	-۰/۰۰۲	میزان آگاهی از تخصص پزشکان
۰/۱۹۴	۰/۴۱۲	۰/۲۷۷	۰/۰۵۴	۰/۳۲۹	۰/۱۳۷	-۰/۰۴۸	۰/۳۰۷	۰/۲۱۸	امکان پیگیری روند درمان پس از ترخیص
-۰/۰۰۹	۰/۶۲۹	-۰/۱۰۳	۰/۳۳۸	۰/۲۶۴	-۰/۰۵۹	۰/۰۸۵	۰/۰۳۵	۰/۰۶۴	مطلع بودن از تجهیزات مرکز درمانی
-۰/۰۵۵	-۰/۰۶۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۷	۰/۵۴۵	-۰/۱۰۷	-۰/۰۴۹	۰/۴۵۷	۰/۱۴۰	امکان مراقبت پس از درمان
۰/۱۳۰	۰/۱۶۱	۰/۰۱۳	-۰/۰۲۵	۰/۷۲۶	۰/۱۱۵	۰/۰۹۴	-۰/۰۰۱	-۰/۰۴۰	وجود داروخانه غنی
۰/۲۸۵	۰/۰۸۴	-۰/۰۶۴	۰/۳۴۱	۰/۱۸۹	۰/۰۷۲	۰/۵۷۵	-۰/۰۸۳	۰/۰۵۹	مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات
-۰/۰۰۹	۰/۳۰۴	۰/۰۴۳	۰/۰۶۰	۰/۵۵۴	۰/۳۲۷	-۰/۰۳۲	۰/۱۷۴	۰/۱۶۸	وجود تنوع درمان در مرکز درمانی
-۰/۰۴۱	-۰/۳۱۰	۰/۳۷۷	-۰/۱۵۲	۰/۵۵۵	-۰/۰۰۴	۰/۰۲۲	۰/۱۱۰	۰/۲۲۱	تناسب هزینه با سطح خدمات
-۰/۳۳۱	-۰/۳۱۱	-۰/۱۲۵	-۰/۰۸۵	۰/۴۰۶	-۰/۰۸۶	۰/۲۵۴	-۰/۰۷۵	-۰/۰۶۸	هزینه درمان کمتر از محل سکونت
۰/۷۸۲	-۰/۰۹۷	۰/۱۱۶	۰/۱۹۷	۰/۰۶۲	-۰/۰۵۹	۰/۲۰۳	۰/۰۸۰	-۰/۰۱۸	موفقیت در پذیرش و جراح ترخیص بدون تأخیر
۰/۷۸۵	۰/۰۰۴	-۰/۰۹۲	-۰/۰۷۰	۰/۰۲۰	۰/۱۲۲	۰/۱۰۲	۰/۰۲۵	۰/۱۶۸	عدم حضور غیرضروری در مرکز درمانی
۰/۲۰۵	-۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	-۰/۱۹۰	-۰/۱۴۳	۰/۲۹۵	۰/۰۹۶	۰/۰۳۸	-۰/۰۹۶	عدم مواجهه با ترور و جنایت در مقصد
-۰/۰۶۸	-۰/۰۱۶	۰/۱۴۹	۰/۰۷۰	۰/۱۳۰	۰/۷۵۴	۰/۰۳۵	-۰/۰۳۷	-۰/۰۰۴	عدم کیف‌قاپی، کلاه‌برداری، وجود امنیت
-۰/۰۱۲	۰/۰۱۵	۰/۱۲۶	۰/۰۱۴	۰/۰۷۲	۰/۷۷۴	۰/۰۳۰	۰/۰۹۲	۰/۱۷۲	عدم وجود نزاع و درگیری

۰/۲۳۴	۰/۰۸۴	-۰/۱۰۱	-۰/۰۹۹	-۰/۰۶۶	۰/۶۸۱	۰/۰۷۴	۰/۲۲۴	-۰/۱۲۲	عدم تبلیغ منفی علیه مقصد و مرکز درمانی
۰/۱۷۳	۰/۲۱۰	۰/۱۸۷	۰۰۰	-۰/۱۰۱	-۰/۱۲۶	۰/۳۷۷	۰/۵۴۷	۰/۱۲۷	رضایت از روند بهبودی
۰/۰۳۶	۰/۰۰۵	۰/۰۷۶	۰/۰۸۱	۰/۱۲۱	۰/۱۷۳	۰/۰۲۰	۰/۸۴۸	۰/۰۷۴	تمایل به استفاده مجدد از خدمات پزشکی در صورت نیاز
۰/۰۱۴	-۰/۰۶۰	۰/۰۶۵	۰/۰۶۱	۰/۱۰۴	۰/۱۳۷	۰/۱۴۸	۰/۷۲۰	۰/۱۶۸	تمایل توصیه به دیگران جهت استفاده از مرکز
-۰/۰۶۰	۰/۱۱۳	۰/۷۶۷	۰/۱۷۵	۰/۰۵۴	۰/۰۷۹	۰/۰۹۸	۰/۱۳۲	-۰/۰۸۵	رضایت از راه‌های ریلی
۰/۱۶۷	-۰/۰۸۷	۰/۶۷۱	۰/۰۹۸	۰/۱۵۰	۰/۲۷۹	-۰/۰۳۶	۰/۰۷۲	۰/۰۳۸	رضایت از راه‌های هوایی
۰/۱۱۲	-۰/۰۵۲	۰/۰۹۸	۰/۷۳۴	-۰/۱۰۸	-۰/۰۳۵	-۰/۰۰۴	۰/۱۲۲	۰/۱۷۴	رضایت از مکان سکونت بیمار و همراهان
۰/۱۸۷	۰/۱۵۴	۰/۳۶۸	-۰/۱۲۸	-۰/۱۶۴	۰/۱۳۹	-۰/۰۱۸	-۰/۰۶۳	۰/۵۷۲	رضایت از میزان دسترسی همراه به بیمار
۰/۰۰۵	۰/۱۷۷	۰/۲۱۹	۰/۷۰۶	۰/۱۰۷	۰/۰۳۱	۰/۰۷۲	۰/۰۱۳	۰/۱۷۹	رضایت از محیط فیزیکی اقامتگاه بیمار و همراه
-۰/۱۰۱	۰/۲۴۸	۰/۴۷۷	۰/۱۱۲	-۰/۰۳۸	-۰/۱۲۳	-۰/۰۴۲	۰/۱۲۸	۰/۰۴۷	وجود سایت به زبان مراجعه‌کنندگان به مرکز
۰/۰۶۱	-۰/۰۸۴	۰/۰۹۰	۰/۱۵۹	۰/۰۰۳	-۰/۱۱۷	۰/۳۵۶	۰/۰۳۹	۰/۵۸۲	میزان رضایت از آرام بودن محیط درمان

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به همبستگی هر یک از متغیرها و ماهیت آن‌ها می‌توان عناوین مناسبی را برای عامل‌ها انتخاب نمود. چراکه هدف نهایی در تحلیل عاملی، شناسایی سازه‌های بنیادی و زیربنایی است. جدول (۶) ساختار عامل‌ها و نام‌گذاری آن‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، ۹ عامل مؤثر در رضایتمندی گردشگران پزشکی عبارت‌اند از: کیفیت مراکز درمانی، رضایت از نتیجه درمان که موجب وفاداری گردشگران پزشکی به مقصد گردشگری می‌شود، کادر درمانی مجرب، امنیت، خدمات تخصصی، اقامتگاه، ارتباطات، آگاهی از تخصص و تجهیزات و مدت‌زمان کسب خدمات درمانی.

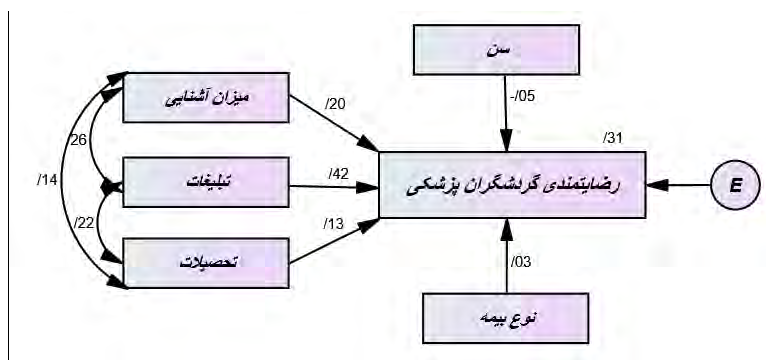
جدول ۶- نام عامل‌ها، شاخص‌ها و بارهای عاملی

نام عامل	تعداد شاخص	شاخص‌ها	بار عاملی
کیفیت مراکز درمانی	۵	به‌روز بودن اطلاعات کادر درمانی سرعت پاسخگویی و مراقبت توأم با احترام تعداد افراد مسئول رسیدگی به بیمار آرام بودن محیط مرکز درمانی سهولت دسترسی همراهان به بیماران	۰/۴۸۵ ۰/۷۲۶ ۰/۶۱۲ ۰/۵۸۲ ۰/۵۷۲
رضایت از نتیجه درمان	۳	رضایت از روند بهبودی تمایل به استفاده مجدد تمایل به توصیه به دیگران جهت استفاده از این مرکز	۰/۵۴۷ ۰/۸۴۸ ۰/۷۲۰
کادر درمانی مجرب	۴	میزان نظم و ترتیب در انجام امور درمانی میزان ارتباط پزشک با بیمار حضور پزشکان و کادر درمانی حرفه‌ای مدت‌زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی	۰/۵۸۳ ۰/۶۲۴ ۰/۷۰۲ ۰/۵۷۵
امنیت	۴	عدم مواجهه با ترور و جنایت در مقصد و مرکز درمانی عدم کیف‌قاپی و کلاه‌برداری و وجود امنیت عدم وجود نزاع و درگیری عدم تبلیغ منفی علیه مقصد و مرکز درمانی	۰/۲۹۵ ۰/۷۵۴ ۰/۷۷۴ ۰/۶۸۱
خدمات تخصصی	۵	امکان مراقبت پس از درمان وجود داروخانه غنی وجود تنوع درمان در مراکز درمانی تناسب هزینه با سطح خدمات هزینه درمان کمتر از محل سکونت	۰/۵۴۵ ۰/۷۲۶ ۰/۵۵۴ ۰/۵۵۵ ۰/۴۰۶
اقامتگاه	۳	رضایت از سطح بهداشت رضایت از مکان سکونت بیمار و همراهان رضایت از محیط فیزیکی و جذاب اقامتگاه بیمار و همراهان	۰/۴۴۰ ۰/۷۳۴ ۰/۷۰۶
ارتباطات	۳	رضایت از راه‌های ریلی	۰/۷۶۷

۰/۶۷۱	رضایت از راه‌های هوایی		
۰/۴۷۷	وجود وب‌سایت به زبان مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی		
۰/۸۱۰	میزان آگاهی از تخصص پزشکان	۳	آگاهی از تخصص و تجهیزات
۰/۴۱۲	امکان پیگیری روند درمان پس از ترخیص		
۰/۶۲۹	میزان آگاهی از تجهیزات مرکز درمانی		
۰/۷۸۲	میزان موفقیت در پذیرش، جراحی و ترخیص بدون تأخیر	۲	زمان
۰/۷۸۵	عدم حضور غیرضروری در مرکز درمانی		

در ادامه فرآیند پژوهش، ویژگی‌های فردی و اجتماعی افراد مورد توجه قرار گرفت. به منظور بررسی اثرگذاری هر یک از متغیرهای مستقل (سن، نوع بیمه، تحصیلات، تبلیغات و میزان و نحوه آشنایی با مراکز درمانی) با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهای فوق ویژگی‌های فردی و اجتماعی افراد پاسخگو بوده‌اند که کاملاً در مدل برازش شده و نشان داده‌اند که با واقعیات نظری انطباق دارند. در واقع این متغیرها پراهمیت بوده و توانسته‌اند در مدل رگرسیونی حاضر باشند. نویسندگان منکر این مسأله نخواهند بود که ممکن است متغیرهای دیگری نیز در این ارتباط دارای اهمیت باشند اما مدل حاضر با این متغیرها دارای برازشی منطقی بوده است.

مدل‌سازی معادلات ساختاری، تکنیک چند متغیره‌ای است که می‌تواند بهترین توصیف را از تلفیق تحلیل عاملی و تحلیل مسیر ارائه دهد. این تکنیک، یک تکنیک آماری است که اجازه می‌دهد، پژوهشگر مجموعه روابط وابستگی بین متغیرهای مستقل که برون‌زا یا جریان دهنده نامیده می‌شود و متغیرهای وابسته که میانجی یا درون‌زا یا جریان گیرنده نامیده می‌شوند، را هم‌زمان بررسی کند (رابرت هو، ۱۳۹۱: ۲). مدل مورد استفاده در این تحلیل با توجه به نوع متغیرها و هدف تحقیق از نوع مسیر می‌باشد. هدف از کاربرد مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی ویژگی‌های فردی و اجتماعی اثرگذار پاسخگویان بر رضایتمندی گردشگری پزشکی در مراکز درمانی شهر تهران است. درواقع محققان به دنبال بررسی معناداری اثر متغیرهای مستقلی نظیر سن، نوع بیمه (در مورد گردشگران خارجی بیمه‌های مورد استفاده برای آنان در زمان حضور در کشور مد نظر بوده است)، تحصیلات، آشنایی با مراکز درمانی و تبلیغات بر رضایتمندی گردشگران پزشکی از خدمات دریافت شده است. در این پژوهش تمامی متغیرهایی که قادر به اثرگذاری بر رضایتمندی گردشگران پزشکی بودند با استفاده از تحلیل عاملی انتخاب و به عنوان عامل رضایت وارد فرآیند مدل شدند (شکل ۵). متغیر رضایتمندی گردشگران پزشکی از ماحصل متغیرهایی ایجاد شده است که در تحلیل عاملی استخراج شده‌اند. مدل فوق اگرچه دارای متغیر میانجی نیست و شکلی کاملاً رگرسیونی دارد اما این مدل در مجموعه مدل‌های معادلات ساختاری قرار می‌گیرد زیرا در مدل‌های رگرسیونی خطاهای اندازه‌گیری صفر در نظر گرفته می‌شود در حالیکه در مدل فوق اولاً خطاهای اندازه‌گیری صفر نبوده‌اند و ثانیاً بر مبنای منطقی و آماری برخی از خطاهای اندازه‌گیری دارای ارتباط معناداری با هم بوده‌اند که این مسأله حاکی از آن است که بین متغیرها همبستگی زیادی وجود داشته است.



شکل ۵- مدل ساختاری بررسی ویژگیهای فردی و اجتماعی بر رضایتمندی گردشگری پزشکی

یافته‌های شکل ۵ نشان می‌دهد که مجموع متغیرهای مورد بررسی قادرند حدود ۳۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته (رضایت گردشگران پزشکی) را تبیین کنند. متغیر تبلیغات بیشترین ضریب رگرسیونی (۰/۴۲) را به خود اختصاص داده است و بیشتر از سایر عوامل مورد بررسی، بر رضایتمندی گردشگران پزشکی اثر داشته است. متغیر میزان و نحوه آشنایی با مراکز درمانی با ضریب رگرسیونی (۰/۲۰) در رتبه دوم و متغیر تحصیلات با ضریب رگرسیونی (۰/۱۳) در رتبه سوم قرار گرفتند. در نهایت متغیر نوع بیمه مورد استفاده بیماران با ضریب رگرسیونی (۰/۰۳) و سن بیمار با ضریب رگرسیونی (۰/۰۵-) در جایگاه آخر قرار گرفتند. از آنجا که ممکن بود بین متغیرهای مستقل پژوهش با توجه به ماهیتشان ارتباط معناداری وجود داشته باشد با توجه به منطق نظری حاکم بر موضوع به بررسی ارتباط بین این متغیرها پرداخته شد. لذا در این مدل علاوه برداشتن ارتباط یک‌طرفه بین چند متغیر، ۳ ارتباط دوسویه بین ۳ متغیر مستقل که شامل نحوه آشنایی با مراکز درمانی، سطح تبلیغات و میزان تحصیلات بیماران ایجاد شده است. نتایج حاکی از آن است که بیشترین همبستگی بین دو متغیر مستقل نحوه آشنایی و سطح تبلیغات با میزان همبستگی ۰/۲۶ حاصل شد. دو متغیر تبلیغات و تحصیلات با همبستگی ۰/۲۲ در رتبه دوم از جهت همبستگی قرار می‌گیرند و کمترین همبستگی بین دو متغیر تحصیلات و نحوه آشنایی با مراکز درمانی با میزان همبستگی ۰/۱۴ وجود دارد. با توجه به مقدار P در جدول (۷) متغیر سن ($p=0/424$) و متغیر نوع بیمه ($p=0/619$) معنادار نیستند، درحالی که تمامی متغیرهای دیگر معنادار هستند. اما در ارتباط با متغیرهایی که رابطه دوسویه دارند، تمامی ارتباطات بین متغیرهای تحصیلات و تبلیغات، تبلیغات و میزان و نحوه آشنایی، و تحصیلات و نحوه و میزان آشنایی کاملاً معنادار شده است.

جدول ۷- برآوردهای غیراستاندارد با سطح تحت پوشش

نوع ارتباط	تخمین	خطای معیار	مقدار بحرانی	سطح معناداری
آشنایی ← رضایت	۰/۱۸۲	۰/۰۵۸	۳/۱۵۴	۰/۰۰۲
تبلیغات ← رضایت	۰/۵۳۱	۰/۰۷۸	۶/۸۱۷	***
تحصیلات ← رضایت	۰/۱۹۱	۰/۰۸۸	۲/۱۷۶	۰/۰۳۰
سن ← رضایت	-۰/۰۸۹	۰/۱۱۱	-۰/۸۰۰	۰/۴۲۴
بیمه ← رضایت	۰/۰۶۵	۰/۱۳۰	۰/۴۹۷	۰/۶۱۹

۰/۰۰۲	۳/۰۳۹	۰/۱۲۶	۰/۳۸۲	تبلیغات
***	۳/۵۳۸	۰/۲۰۳	۰/۷۱۷	تبلیغات
۰/۰۴۹	۱/۹۶۶	۰/۱۷۳	۰/۳۳۹	تبلیغات
***	۹/۷۱۹	۰/۳۸۸	۳/۷۷۲	آشنایی
***	۱۰/۰۱۹	۰/۱۹۹	۱/۹۹۲	تبلیغات
***	۹/۹۷۸	۰/۱۵۱	۱/۵۰۸	تبلیغات
***	۹/۶۵۱	۰/۰۹۷	۰/۹۴۰	سن
***	۹/۹۶۶	۰/۰۶۵	۰/۶۴۶	بیمه
***	۱۰/۰۲۵	۰/۲۱۶	۲/۱۶۷	خطا
---	---	---	۰/۳۱۴	رضایت

منبع: یافته‌های پژوهش

در جدول شماره (۸) ضریب P بیش از ۰/۰۵ (۰/۲۹۷) محاسبه شد که نشان‌دهنده مطلوبیت مدل است. همچنین نمرات کسب‌شده از برازش مدل در این جدول نشان از برازش خوب و قابل قبول مدل دارد. برازش مدل‌های ساختاری به دو روش برازش جزئی و برازش کلی صورت می‌پذیرد. در برازش جزئی سطح معناداری نشانگر مطلوبیت برازش مدل و داده‌های پژوهش است. برای سنجش نكویی برازش کلی مدل به شاخص‌های خروجی نرم افزار AMOS مراجعه می‌گردد. در جدول شماره (۷) شاخص‌های اصلی برازش مدل نشان می‌دهد که داده‌های پژوهش به خوبی توانسته‌اند مدل مفهومی پژوهش را نمایندگی کنند. عبارت دیگر مدل پژوهش تحت حمایت داده‌های تجربی قرار دارد.

پژوهش: یافته‌های پژوهش

جدول ۸- شاخص‌های اصلی برازش

شاخص	مقدار	خوب	قابل قبول	نامناسب
خی دو	CMIN	۹/۳۰۱	-	-
درجه آزادی	DF	۷	-	-
مطلق	CMIN/DF	۱/۲۰۳	۳-۱	بیش از ۵
سطح معناداری	Sig	۰/۲۹۷		
مطلق	GFI	۰/۹۸۶	بالای ۰.۹۵	کمتر از ۰.۹۰

مقصد	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۵۸	بالای ۰.۹۵	۰.۹۵-۰.۹۰	کمتر از ۰.۹۰
تطبیقی	شاخص برازش افزایشی	IFI& DELTA2	۰/۹۷۲	بالای ۰.۹۵	۰.۹۵-۰.۹۰	کمتر از ۰.۹۰
تطبیقی	شاخص برازش توکر - لوئیس	TLI&roh	۰/۹۲۸	بالای ۰.۹۵	۰.۹۵-۰.۹۰	کمتر از ۰.۹۰
تطبیقی	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۶۶	بالای ۰.۹۵	۰.۹۵-۰.۹۰	کمتر از ۰.۹۰
مطلق	ریشه دوم مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۳۲	کمتر از ۰.۰۵	۰.۰۵-۰.۰۸	بیش از ۰.۰۸

منبع: یافته‌های پژوهش

در ادامه میانگین رضایتمندی از گردشگری پزشکی در شهر تهران در متغیرهای دوگزینه‌ای به تفکیک مورد پرسش قرار داده شد، برای اینکه تصویر روشنی از وضعیت رضایتمندی هرکدام از گروه‌ها نشان داده شود از نمودار ستونی خطا استفاده شد. در این نمودار، میانگین مقادیر رضایتمندی هر گروه توسط یک نقطه نمایش داده می‌شود و پراکندگی گروه به کمک خط عمودی که از درون این نقطه می‌گذرد مشخص می‌گردد (تقوایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۸). به این منظور ۳ متغیر ۲ گزینه‌ای جنسیت، وضعیت تأهل و داشتن یا نداشتن بیمه خدمات درمانی مورد بررسی قرار گرفت. شکل شماره (۶) نموداری است که میانگین رضایتمندی گردشگران پزشکی از خدمات ارائه‌شده را در دو گروه زنان و مردان نشان می‌دهد. نتایج ارائه‌شده در شکل (۶) نشان می‌دهد، اولاً سطح رضایتمندی گروه مردان بیشتر از گروه زنان است و ثانیاً پراکندگی رضایتمندی مردان نیز بیشتر از زنان می‌باشد.



شکل ۶- نقش جنسیت در میانگین رضایتمندی گردشگران پزشکی

در ادامه از آزمون تی دونمونه ای برای مقایسه میزان رضایت زنان و مردان استفاده شده است. سطح معناداری ۰/۰۰۸ نشانگر آن است ادعای یکسان بودن میزان رضایت در دو گروه زنان و مردان پذیرفته نیست. منفی شدن کرانه‌های پایین و بالای فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪ نشان می‌دهد میانگین جامعه اول (زنان) کمتر از میانگین جامعه دوم (مردان) است. بعبارت دیگر مردان از رضایت بیشتری برخوردار بوده‌اند.

جدول ۹- نتایج آزمون تی دونمونه ای نقش جنسیت در میانگین رضایتمندی گردشگران پزشکی

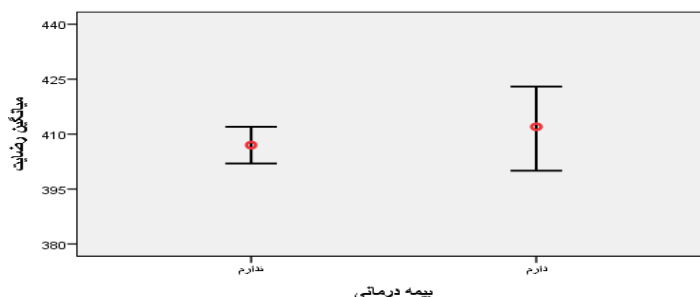
		نتیجه آزمون لون برای برابری واریانس ها		نتیجه آزمون تی برای برابری میانگین ها						
		F	سطح معناداری	آماره تی	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین تفاوت	خطای معیار	فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	
									کرانه بالا	کرانه پایین
رضایتمندی	برابری واریانس های مشاهده شده	۲/۸۲۵	۰/۰۹۴	-۲/۶۸۵	۲۰۰	۰/۰۰۸	-۰/۶۵۱	۰/۲۴۲	-۱/۱۲۹	-۰/۱۷۳
	برابری واریانس های مشاهده شده			-۲/۶۸۸	۱۹۸/۸۶۵	۰/۰۰۸	-۰/۶۵۱	۰/۲۴۲	-۱/۱۲۸	-۰/۱۷۳

شکل شماره (۷) میزان رضایتمندی گردشگران پزشکی از خدمات ارائه شده را در دو گروه مجردین و متأهلین نشان می دهد. نتایج ارائه شده در شکل (۷) نشان می دهد، اولاً سطح رضایتمندی گروه متأهلین بیشتر از گروه مجردین است و ثانیاً پراکندگی رضایتمندی گروه مجردین بیشتر از گروه متأهلین می باشد.



شکل ۷- نقش تاهل در میانگین رضایتمندی گردشگران پزشکی

شکل شماره (۸) میزان رضایتمندی گردشگران پزشکی از خدمات ارائه شده را در دو گروهی نشان می دهد که یک گروه دارای بیمه درمانی هستند و گروه دوم فاقد بیمه درمانی هستند. یافته های ارائه شده در شکل شماره (۸) بیانگر آن است سطح رضایتمندی گروهی که بیمه دارند بیشتر از گروهی است که بیمه درمانی ندارند. همچنین پراکندگی رضایتمندی گروهی که بیمه درمانی ندارند کمتر از گروهی است که دارای بیمه درمانی می باشند. این موضوع نشان می دهد که در فرآیند درمان، داشتن بیمه درمانی در ایجاد رضایتمندی گردشگران پزشکی مؤثر است.



شکل ۸- نقش بیمه درمانی در میانگین رضایتمندی گردشگران پزشکی

۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که عامل کیفیت مراکز درمانی اثرگذارترین شاخص بر رضایت گردشگران پزشکی است. همانطور که در نتایج تحقیق انجام شده توسط (گوردزی و تقوایی، ۱۳۹۵) اثرگذاری عامل کیفیت مراکز درمانی مورد تأیید قرار گرفته است. می‌توان بیان کرد این یافته با نتایج تحقیق ریکافورت^۱ (۲۰۱۱) نیز سنجیت داشته است. چنانچه پزشکان متخصص و معتبر به عنوان جزئی از کیفیت خدمات مراکز درمانی بیشترین نقش را در انتخاب بیمارستان داشته‌اند. بنابراین لازم است جهت افزایش گردشگری پزشکی سطح کیفیت مراکز درمانی را افزایش داد. همچنین، به بررسی تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر رضایتمندی گردشگران پزشکی پرداخته شد، چراکه یکی از نکات قابل توجه در برنامه‌ریزی‌ها جهت توسعه گردشگری پزشکی توجه به متغیرهای دموگرافیک گردشگران پزشکی است، تا از این طریق بتوان به نیازهای گردشگران پزشکی پی برد و در جهت رفع آن‌ها برنامه‌ریزی کرد. چنانچه نتایج تحقیق (جباری و همکاران، ۱۳۹۵) تأیید کرده است، نتایج حاصل از پژوهش حاضر حاکی از آن است که مجموع متغیرهای سن، نوع بیمه، تحصیلات، میزان و نحوه آشنایی با مراکز درمانی و تبلیغات قادرند حدود ۳۱ درصد از تغییرات رضایت گردشگران پزشکی را تبیین کنند که از بین ۵ متغیر بررسی شده تبلیغات با بار عاملی ۰/۴۲ بیشترین تأثیر را در رضایت گردشگران پزشکی دارد. معناداری اثر عامل تبلیغات با نتایج تحقیق کروکس^۲ و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر منوط بودن توسعه موفقیت آمیز گردشگری پزشکی در هند به موفقیت در اطلاع‌رسانی به بیماران قرابت داشته است. هانفلد^۳ و همکاران نیز به چنین نتیجه‌ای نائل گردیده‌اند. متغیر میزان و نحوه آشنایی با مراکز درمانی با بار عاملی ۰/۲۰ در رتبه دوم و متغیر تحصیلات با بار عاملی ۰/۱۳ در رتبه سوم قرار گرفتند. در نهایت متغیر نوع بیمه بیماران با بار عاملی (۰/۰۳) کمترین تأثیرگذاری را در میزان رضایت دارد و سن بیمار با بار عاملی ۰/۰۵- تأثیر معکوس در میزان رضایتمندی از خود نشان داد. در نهایت ارتباطات دوسویه بین ۳ متغیر مستقل نحوه آشنایی با مراکز درمانی، سطح تبلیغات و میزان تحصیلات بیماران، حاکی از آن است که بیشترین همبستگی بین دو متغیر میزان آشنایی با مراکز درمانی و سطح تبلیغات حاصل شد. اما در ارتباط با متغیرهایی که رابطه دوسویه دارند، تمامی ارتباطات بین دو متغیر تحصیلات و تبلیغات و همچنین تبلیغات و میزان آشنایی و نیز تحصیلات و میزان و نحوه آشنایی کاملاً معنادار شدند. بنابراین جهت افزایش رضایتمندی گردشگران پزشکی باید سطح تبلیغات را جهت آشنایی گردشگران با مراکز درمانی و گردشگری شهر تهران افزایش داد و همچنین با توجه به اینکه بیشتر گردشگران در رده سنی بین ۴۰-۶۰ سال قرار دارند تمهیدات لازم جهت رضایت خاطر این

^۱. Ricafort

^۲. Crooks

^۳. Hanenfeld

دسته از گردشگران را فراهم نمود. از طرفی با توجه به همبستگی تبلیغات و تحصیلات و با عنایت به اینکه بالاترین درصد تحصیلات گردشگران پزشکی به سطح دیپلم تعلق دارد، سطح تبلیغات و ابزار مورد استفاده در این خصوص بایستی متناسب با این سطح تحصیلات در نظر گرفته شود.

با توجه به نتایج بین متغیرهای دوگزینه‌ای جهت افزایش رضایتمندی گردشگران پزشکی و در نتیجه افزایش تعداد گردشگران ورودی به کشور ضروری است که به کیفیت درمان بیماری‌های زنان و آنچه موجب افزایش رضایتمندی آنان می‌شود، توجه بیشتری نمود، و از طرفی برای ایجاد و پذیرش بیمه سلامت گردشگران پزشکی در کشور اقدام کرد. نوع بیمه درمانی در ایجاد رضایت گردشگران پزشکی چندان مؤثر نیست، اما داشتن بیمه درمانی در ایجاد رضایتمندی گردشگران اثرگذار است. توجه به ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان دریافت خدمات پزشکی می‌تواند در نحوه سیاست‌گذاری و طراحی سیستم‌های خدماتی به‌منظور توسعه گردشگری پزشکی، در نظر گرفته شده و نهایتاً رضایت اکثریت گردشگران را در پی داشته باشد.

منابع و مآخذ

- ایزدی، مرتضی، ایوبیان، علی، نصیری، طه (۱۳۹۱). «وضعیت گردشگری سلامت در ایران، فرصت یا تردید». **مجله طب نظامی**، شماره ۲، دوره ۱۴، صص ۷۵-۶۹.
- بخشنامه وزارت بهداشت به سازمان میراث فرهنگی (۱۳۹۵).
- تقوایی، مسعود، بسحاق، محمدرضا، سالاروند، اسماعیل (۱۳۸۹). **آزمون فرضیه‌های پژوهش با استفاده از SPSS**. انتشارات شاخص پژوه، چاپ اول.
- جباری، علیرضا، غلامی، مریم، کاووسی، زهرا، چمن پرا، پریرا (۱۳۹۵). «نقش متغیرهای دموگرافیک بر دیدگاه گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها». **فصلنامه بیمارستان**، شماره ۳، دوره ۱۵، صص ۱۰۲-۹۵.
- جباری، علیرضا (۱۳۸۷). **طراحی الگوی گردشگری پزشکی ایران**. پایان‌نامه دکتری، تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- حقیقی کفاش، مهدی، ضیایی، محمود، جعفری، قاسم (۱۳۸۹). «اولویت‌بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران». **فصلنامه مطالعات جهانگردی**، شماره ۱۱، دوره ۱۲، صص ۴۰-۲۳.
- دلگشایی، بهرام، جباری، علیرضا، فرزین، محمدرضا (۱۳۹۱). «وضعیت موجود گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: ایران)». **مجله پایش**، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱، صص ۱۷۹-۱۷۱.

- رابرت هو، مترجمان مالمیر، مهدی، آخوندی، محمد (۱۳۹۱). تحلیل و تفسیر داده‌های یک متغیره و چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS.

- راهدار، احمد (۱۴۰۲). «چالش‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری شهری براساس مدل SWOT-QSPM (مطالعه موردی: کلانشهر اهواز)»، فصلنامه جغرافیا و روابط انسانی، دوره ۴، شماره ۴، پیاپی ۲۴، صص ۸۷-۱۱۱.

- رحیمی زارچی، محمد کاظم، شفقت، طاهره، حاتم، ناهید (۱۳۹۶). صنعت گردشگری پزشکی شهر شیراز: راهکارهای توسعه، راهبردهای مدیریت نظام سلامت، سال دوم، شماره ۲، شماره پیاپی ۴، صص ۸۸-۹۵.

- زارع چاهوکی، محمدعلی (۱۳۸۹). روش‌های تحلیل چند متغیره در نرم‌افزار SPSS، پایگاه اشتراک دانش، دانشگاه فردوسی مشهد.

- سازمان توسعه تجارت ایران (۱۳۸۶). توریسم درمانی در ایران و جهان.

- سازمان برنامه‌ریزی و بودجه ایران (۱۳۹۵-۱۳۹۹). حوزه بخشی (۲)، ویرایش دوم، ۱۳۹۵. سند برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان تهران.

- شکوه یار، سجاد، کاویانی، حسن (۱۳۹۴). «ارزیابی کیفیت خدمات مراکز توریست درمانی شهر تهران با استفاده از رویکرد سرکوال فازی». فصلنامه بیمارستان، شماره ۲، دوره ۱۴، صص ۱۳۷-۱۲۸.

- شعبانی، عاطفه (۱۳۹۲). «تأثیر بازدیدهای قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت مجدد آن‌ها». مطالعه موردی: گردشگران سلامت. فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی، شماره ۲، دوره ۶، صص ۶۴-۵۵.

- گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود (۱۳۹۵). «تدوین و اولویت‌بندی راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: کلان‌شهر شیراز)». نشریه پژوهشی و برنامه‌ریزی شهری، شماره ۷، دوره ۲۴، صص ۲۲-۱.

- غنابستانی، علی‌اکبر، غنابستانی، زهرا (۱۳۹۴). «عوامل مؤثر بر انتخاب شهر مشهد به‌عنوان هدف گردشگری پزشکی». گردشگری شهری، شماره ۲، دوره ۳، صص ۲۸۹-۲۷۵.

- عربشاهی کریزی، احمد، آریان فر، مرتضی (۱۳۹۲). «گردشگری سلامت و قابلیت‌های گردشگری پزشکی - درمانی در ایران». فصلنامه فضایی گردشگری، شماره ۳، دوره ۹، صص ۱۵۲-۱۳۳.

- موسوی نیا، سید حسام (۱۳۹۴). راهکارهای توسعه توریسم درمانی در مشهد مقدس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

- معبودی، محمدتقی، حکیمی، هادی (۱۳۹۴). «عوامل تعیین کننده گردشگری پزشکی (نمونه موردی: ایران)». *مجله برنامه ریزی و توسعه گردشگری*، شماره ۴، دوره ۱۵، صص ۸۰-۱۰۶.
- مروتی شریف آبادی، علی، اسدیان اردکانی، فائزه (۱۳۹۲). «ارائه مدل در توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی فازی و مدل سازی ساختاری تفسیری در استان یزد». *نشریه مدیریت سلامت*، شماره ۷، شماره پیاپی ۵۵، صص ۷۳-۸۸.
- نعمتی، ولی، ابراهیم پور، حبیب، بابایی، یاور، عباسقلی زاده، ناطق (۱۳۹۵). «ارزیابی موانع توسعه گردشگری (مطالعه موردی: شهر اردبیل)». *مجله سلامت و بهداشت*، شماره ۲، دوره ۷، صص ۱۳۳-۱۱۹.
- نصیری پور، امیر اشکان، سلمانی، لیلا (۱۳۸۹). «نقش توانمندی بیمارستان های تهران در توسعه توریسم درمانی». *فصلنامه بیمارستان*، دوره، شماره ۴-۳، صص ۶۷-۵۸.
- وظیفه، بهمن، نریمان زاده، علیرضا (۱۳۹۲). «بررسی اثرات گردشگری در توسعه پایدار شهر شر عین». *اولین کنفرانس ملی معماری و فضاهای شهری پایدار مشهد مقدس*.
- Bulent, Esyok, Mehmet, Çakar, Ferid, Bahar, Kurtulmuşoğlu (2017) **The effect of cultural distance on medical tourism**, *Journal of Destination Marketing & Management*, Volume 6, Issue 1, Pages 66-75.
- Law, Ch.M. (2002). **Urban Tourism: The Visitor Economy and the Growth of Large Cities**. Edition 2, illustrated, Publisher: Continuum.
- 5-Keckley, P., Underwood, H. (2009). **Medical Tourism update and implications**, Available at: Deloitte center for health solutions <http://www.deloitte.com>.
- Khalil Momeni, Ali Janati, Ali Imani, Rahim Khodayari-Zarnaq, Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study, *Tourism Management*, Volume 69, Pages 307-316.
- Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A., Jones, C.A. (2007). Medical tourism: globalization of the health care marketplace. **Meds Cape General Medicine**, 9(4): 33-40.
- Cali, M., Ellis, K., Velde, D.W.(2008). The Contribution of services to development and the role of trade ciberalization and regulation, Overseas Development Institute, 111 West minter Bridge Road London SE 17. JD.
- Courtney Suess,, Seyhmus Baloglu, James A. Busser (2018) Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing, *Volume 69*, Pages 232-245.

- Gola, S.,(2015). International trade and health equity: Have benefits of medical tourism, Trickle Down to India's Poor? International Trade & Health Equity: **Medical Tourism**, 1:1-20
- Carrera, P.M., Bridges, G.F. (1995). **Health and medical tourism: watch they mean and imply for health care systems**. Europe.
- TRAM (tourism research and marketing). (2006). **Medical tourism: a global analysis**, a report by tourism research and marketing, Atlas publication, Netherlands.
- Deloitte Development ILC. (2008). Medical tourism: consumers in search of value Retrieved 2008 from [http://www.deloitte.com/assets/Dcomunited_states/Local%20Assets/Documents/us-chs-Medical tourism study%283%290pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcomunited_states/Local%20Assets/Documents/us-chs-Medical%20tourism%20study%283%290pdf)
- Connell, J. (2010). **Migration and the globalization of health care**, Cheltenham, Edward Elgar.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery. **Tourism Management**, 27:1093-1100.
- Crooks, V.A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India. Messages, Images and the marketing of international patient travel. **Social Science & Medicine**, 72(5): 726-732.
- Kim, S., Lee, J., Jung, J. (2012). Assessment of medical tourism Development in Korea for the Achievement of competitive advantages. **Asia pacific. Journal of Tourism Research**, 18(5): 421-445
- Lila Skountridaki (2017) Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professionals, *پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* Tourism Management Volume 59, Pages 254-266.
- Ricafer, K.M.F. (2011). A study of influencing factors that lead medical tourism to choose Thailand hospitals as medical tourism destination (Master dissertation), Webster university cha-am, Thailand.
- Subhadra,Ganguli, Ahmed HusainEbrahim (2017) **A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness**, Tourism Management Perspectives, Volume 21, Pages 74-84.
- Chen, P., Kung, R., Huang, M., Chen, F., Pei, L. (2012). Exploring the medical tourism development barriers and participation willingness in Taiwan: an example of mainland tourism. World Academy of Science. **Engineering and Technology**, 6:8-29.

-Harahsheh, S. (2002). Curative tourism in Jordan and its potential development. MA Thesis, Bournemouth University: United Kingdom.

-<http://gandhihospital.ir>

-<http://Sinahospital.tums.ac.ir>.

- UNESCAP(United National Economic, Social, Commission For Asia And Pacific), Patient Without Borders:An Overview Of The Medical Travel Industry In Asia,Its Challenges And Opportunities, Bangkok.[online]. UNESCAP. 2007,1- 44. Available at: <http://www.unescap.org/esid/hds/lastestadd/medicalTBkgdpaper%5BFIN%5D021007.pdf> [Accessed Nov 2009].

- Rollandi, I. (2014).Top 10 Best Countries for Medical Tourism, Cited 9 July 2015 <http://www.insidermonkey.com/blog/the-10-best-countries-for-medical-tourism-330910>.

