مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، آبان ۱۴۰۲، ۸۵۸-۸۳۵

طراحی و اعتبارسنجی الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه توصیفی

احد نوروززاده [۱]

دریافت مقاله: ۴۰۲/۳/۱۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۴۰۲/۶/۲۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۴۰۲/۸/۱۰ پذیرش مقاله: ۴۰۲/۸/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: محدودیت‌های منابع ارزی باعث شده که صنعت گردشگری پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی گردشگری پزشکی در دو مرحله کیفی و کمی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از لحاظ هدف، اکتشافی و از لحاظ نوع، توصیفی است. جامعه آماری در مرحله کیفی ۳۰ نفر از پزشکان استان اردبیل در سال ۱۴۰۱ که به صورت هدفمند و به شیوه ارجاع زنجیره‌ای انتخاب و در مرحله دوم و بر اساس جدول Morgan، ۲۰۱ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی استان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته که به روش دلفی انجام و در مرحله کمی نیز از پرسش‌نامه بازطراحی شده منتج از مرحله اول و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش، مؤلفه‌های رشد اقتصادی (β=۰/۴۳۳)، اکوسیستم کارآفرینی (β=۰/۵۳۷)، کیفیت قوانین (β=۰/۴۳۷)، شبکه‌های اجتماعی (β=۰/۳۴۶)، چالش‌ها (β=۰/۴۸۲)، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی (β=۰/۵۳۹)، نیروی متخصص (β=۰/۳۴۵)، توسعه سیاست‌های گردشگری (β=۰/۷۴۲)، احترام به عقاید (β=۰/۳۳۹)، درآمد پایدار (β=۰/۴۰۷)، خدمات اسلامی پزشکی (β=۰/۳۶۹)، اثربخشی و کارآیی (β=۰/۴۵۴)، مشارکت (β=۰/۶۰۸)، زبان مشترک (β=۰/۵۲۳)، زیرساخت‌های پزشکی (β=۰/۴۲۷)، هزینه‌ها (β=۰/۳۸۴)، ظرفیت‌های طبیعی (β=۰/۳۷۵) و تعرفه خدمات پزشکی (β=۰/۵۱۷) به عنوان مؤلفه‌های مؤثر بر گردشگری پزشکی شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: توسعه سیاست‌های گردشگری و داشتن نقشه راه سهم به‌سزایی در توسعه گردشگری پزشکی دارد. هم‌چنین، افزایش مشارکت مردمی، ایجاد مشاغل مرتبط، شناساندن جاذبه‌های گردشگری، آزادسازی اقتصادی و بهبود روابط سیاسی و مقررات روادید از سیاست‌های تأثیرگذار فرابخشی می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: گردشگری، گرشگری پزشکی، روش دلفی

۱- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه مدیریت، واحد گرمی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمی، ایران
تلفن: ۰۴۵-۳۲۶۳۹۷۰۹، دورنگار: ۰۴۵-۳۲۶۳۹۷۰۹، پست الکترونیکی: Ahad.Norouzzadeh@iau.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

مقدمه

گردشگری (Tourism) یکی از ارکان اساسی فرآیند توسعه در کشورهای در حال توسعه است [۱]. این صنعت با ویژگی‌هایی مانند تقاضای متغیر و خواهان نوآوری و قابلیت تولید ثروت در جوامع و توسعه اقتصادی و اجتماعی بستری مناسب برای فعالیت‌های کارآفرینانه به شمار می‌رود [۲]. در این میان گردشگری سلامت به عنوان یکی از بزرگ‌ترین و سودآورترین شاخه‌های گردشگری دنیا محسوب می‌شود و در سال‌های اخیر رشد آن بسیار چشم‌گیر بوده است [۳].

امروزه جهانی شدن خدمات بهداشتی به رشد شاخه جدیدی از گردشگری پزشکی (Medical tourism) به نام گردشگری سلامت (Health tourism) منجر شده است [۴]. گردشگری پزشکی، به منزله یکی از شاخه‌های گردشگری سلامت، پدیده‌ای رو به گسترش در قرن ۲۱ است که یکی از سریع‌ترین توسعه‌ها را در بازار گردشگری دارد [۵]. این نوع گردشگری نشانگر حرکت موقت بیمار به خارج از نظام سلامت کشور محل اقامت خود با هدف خرید مراقبت‌های پزشکی است [۶]. گردشگری پزشکی به منزله یکی از اجزای صنعت گردشگری با صنعت گردشگری در ارتباط است [۷] و هم‌چنین با دیگر مؤسسات مثل بیمارستان‌ها، شرکت‌های بیمه و آژانس‌های مسافرتی جدیدالتأسیس هماهنگی پیدا می‌کند [۸]. در مطالعات اخیر نیز برآورد شده است که صنعت گردشگری پزشکی جهان در حدود ۶۰ میلیارد دلار در سال گردش مالی دارد [۴].

با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با الگوی گردشگری پزشکی مشخص می‌شود که مؤلفه‌ها و شاخص‌های زیادی در توسعه این شاخه از گردشگری مؤثر است. Basouli و همکاران در پژوهش خود در مورد گردشگری پزشکی به شاخص‌های احترام به عقاید، رشد اقتصادی، اثربخشی، کیفیت قوانین، درآمد پایدار و هم‌چنین نیروی متخصص و توسعه سیاست‌های گردشگری اشاره داشتند [۲]. پژوهش Vaezi و همکاران نیز بر سیاست‌گذاری مطلوب در این شاخه از گردشگری اشاره می‌کند [۵] و مدل ارائه شده Norouzzadeh شاخص‌های آموزش نیروی انسانی، قوانین بین‌المللی و مدیران بحران را ارائه نموده است [۹]. Rahman و همکاران رشد اقتصادی و احترام به عقاید و مشارکت را از عوامل مهم در گردشگری پزشکی می‌دانند [۱۰] و Jalilian و همکاران در پژوهش خود به شاخص‌های حق تعرفه خدمت پزشکی، درآمد پایدار، نیروی متخصص، کیفیت و ایجاد شغل‌های کاذب اشاره داشته‌اند [۱۱]. پژوهش Hoseinpour و Riyahi نیز بر وجود جاذبه‌های گردشگری تأکید دارد [۱۲]. پژوهش‌های Heung و همکاران و هم‌چنین Johnston و همکاران نیز عوامل اکوسیستم کارآفرینی، کاهش هزینه‌های گردشگری و مشارکت مردمی را در توسعه پایدار گردشگری پزشکی مؤثر می‌دانند [۶، ۴].

لزوم توسعه گردشگری پزشکی در ایران به دلیل این مسئله است که هنگامی که گردشگران پزشکی برای درمان به شهری سفر می‌کنند، در کنار درمان، از جاذبه‌های متنوعی که در آن شهر استقرار یافته‌اند، بازدید می‌کنند؛ بنابراین، اکثر گردشگران در کنار درمان به تفریح و گردش نیز می‌پردازند [۱۳]. برتری ایران در زمینه درمان سلول‌های بنیادی و بیماری‌های ژنتیکی، بازسازی ضایعات و قطع نخاعی، درمان موارد مختلف ناباروری از مهم‌ترین مزایای ایران در زمینه جلب گردشگری پزشکی است [۱۴]. از سوی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

دیگر با توجه به محدود بودن بودجه نظام سلامت به نظر می‌رسد که فعالیت مراکز درمانی کشور در سطح بین‌المللی و در راستای جذب گردشگر سلامت گام مهمی در راستای رونق اقتصاد سلامت کشور خواهد بود [۱۵]. بنابراین با بررسی و جمع‌بندی مطالعات پیشین و با نگاهی به یافته‌ها، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مورد مطالعه آن‌ها و هم‌چنین مشکلات و تنگناهای موجود در زمینه گردشگری پزشکی در کشور مشخص می‌گردد که یک الگوی منسجم و یکپارچه در این حوزه که بتواند تمامی این شاخص‌ها و مؤلفه‌ها را پوشش دهد وجود ندارد [۱۶]. بنابراین، بدیهی است که توجه به زنجیره تأمین گردشگری پزشکی می‌تواند به رشد بهتر این صنعت کمک فراوانی کند. لذا با توجه به موارد گفته شده، در این پژوهش الگویی برای گردشگری پزشکی طراحی شده و مورد ارزیابی و برازش نیز قرار می‌گیرد تا با استفاده از آن، شاخص‌های مؤثر در ایجاد این الگو، شناسایی شده و زمینه برای استفاده از آن فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی حاضر با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی گردشگری پزشکی در دو مرحله کیفی (بر مبنای روش دلفی) و کمی انجام گرفته است. این تحقیق از لحاظ هدف، اکتشافی و از لحاظ نوع، توصیفی است که به روش میدانی اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش، در مرحله اول ۳۰ نفر از پزشکان با سابقه بیش از ۲۵ سال در استان اردبیل در سال ۱۴۰۱ و در مرحله دوم برای برازش الگوی طراحی شده، به دلیل مشخص بودن حجم جامعه که ۴۱۸ نفر بودند، از جدول Morgan استفاده شده که بر این اساس تعداد ۲۰۱ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل به دلیل آشنایی نسبی با شاخص‌ها و مؤلفه‌های گردشگری پزشکی مورد مطالعه قرار گرفتند [۱۷]. در این مرحله برای اعتبارسنجی الگوی طراحی شده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و تحلیل مسیر استفاده شده است. در این پژوهش ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله سن، سطح تحصیلات، سابقه اشتغال و جنسیت مورد بررسی قرار گرفت.

لازم به توضیح است که معیارهای ورود به مطالعه، تحصیلات (داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد) و سابقه کاری (داشتن حداقل ۲۵ سال سابقه کاری) و معیار خروج از مطالعه در مرحله اول رسیدن به اشباع نظری در فرآیند مصاحبه و در مرحله دوم تکمیل کامل پرسش‌نامه بود. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مورد بررسی قرار گرفته و با شناسه اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.108 مصوب گردیده است.

از آن‌جایی که پژوهش حاضر در دو مرحله انجام گرفته است، نیازمند دو نوع روش نمونه‌گیری بود. روش نمونه‌گیری در مرحله اول، روش هدفمند (نمونه‌گیری نظری)، با روش ارجاع زنجیره‌ای (روش گلوله برفی) و برای نمونه‌گیری در مرحله دوم نیز از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است که واحدهای جامعه مورد مطالعه در طبقه‌هایی که از نظر صفت همگن‌تر هستند، گروه‌بندی شدند. به این ترتیب تغییرات در درون گروه‌ها حداقل می‌شود که برای این کار، نمونه مورد مطالعه در طبقات اداری، خدماتی، عملیاتی، پرستاری، آموزشی، مالی و حوزه ریاست طبقه‌بندی شدند. در مجموع بخش اداری شامل ۴۸ نفر، بخش خدماتی شامل ۷۱ نفر، بخش عملیاتی شامل ۳۹ نفر، بخش پرستاری شامل ۱۶۳ نفر، بخش آموزشی شامل ۵۰ نفر، بخش مالی شامل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

۳۴ و حوزه ریاست شامل ۱۳ نفر می‌باشد که در این راستا ۲۳ نفر برای بخش اداری (۱۲ درصد)، ۳۴ نفر برای بخش خدماتی (۱۷ درصد)، ۱۹ نفر برای بخش عملیاتی (۹ درصد)، ۷۸ نفر برای بخش پرستاری (۳۹ درصد)، ۲۴ نفر برای بخش آموزشی (۱۲ درصد)، ۱۷ نفر برای بخش مالی (۸ درصد) و ۶ نفر برای حوزه ریاست (۳ درصد) به صورت تصادفی برای مطالعه در این پژوهش انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله کیفی، مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته با خبرگان (تا رسیدن به اشباع نظری) که به روش دلفی (برای تسهیل ارتباطات گروهی ساختار یافته به منظور رسیدن به توافق در مواجهه با مشکلات و قدرت پیش‌بینی‌های دقیق‌تر) و در سه دور انجام گرفت که مبنای آن نمرات حاصل و مقایسه این نمرات با نمره میانگین بوده که منجر به حذف برخی از شاخص‌ها می‌شود. در دور اول دلفی، هدف جمع‌آوری و طبقه‌بندی نظرات کارشناسان شرکت‌کننده در مطالعه با استفاده از سؤالات باز در پرسش-نامه است. پرسش‌نامه دور اول معمولاً بدون ساختار بوده و دارای سؤالات باز می‌باشد. در دور دوم پرسش‌نامه تهیه شده در دور اول، دوباره در اختیار همان شرکت کنندگان دور اول قرار داده می‌شود. در این دور هر یک از شرکت کنندگان دلفی در مرحله اول، پرسش‌نامه دور دوم را دریافت می‌کنند و از آن‌ها خواسته می‌شود مواردی را که توسط محققان جمع‌آوری شده است بر اساس اطلاعات ارائه شده در دور اول بررسی کنند و هر عنوان را با استفاده از طیف لیکرت رتبه‌بندی و به عبارتی کمیت‌پذیر نمایند. در دور سوم مطالعه با روش دلفی، هدف تجدیدنظر و بازبینی نظرات کارشناسان درخصوص پرسش‌نامه تهیه شده و داوری و رتبه‌بندی انجام گرفته می‌باشد که هدف آن رسیدن به اجماع نظر و توافق در خصوص موضوع مورد بحث می‌باشد [۱۸]. به عبارتی دیگر در دور اول، مشارکت‌کنندگان ایده‌ها و موضوعات اصلی را تعیین می‌نمایند. در این مرحله از هر یک از متخصصین درخواست می‌شود تا شخصاً طوفان مغزی برقرار کند، هر نوع ایده و نظر خود را پیرامون شاخص‌های گردشگری پزشکی آزادانه مطرح نماید. سپس ایده‌های مطرح شده در دور اول، تلفیق می‌شوند تا پرسش‌نامه‌ای برای دورهای بعدی طراحی شود. این پاسخ‌ها سازماندهی می‌شوند و نظرات مشابه ترکیب و گروه‌بندی شده و موضوعات تکراری و حاشیه حذف می‌شود. سپس پاسخ‌ها در اختیار اعضاء قرار داده می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود تا پاسخ‌های اولیه خود را ارزیابی کنند و در نهایت بعد از اعمال نمرات کسب شده، مؤلفه‌های الگوی گردشگری پزشکی سلامت با محوریت استان اردبیل احصاء گردید. در مرحله کمی نیز از پرسش‌نامه محقق ساخته منتج از مرحله اول (بازطراحی شده) و بر اساس شاخص‌های الگوی گردشگری پزشکی استفاده گردید.

در مرحله دوم تحقیق و برای سنجش پرسش‌نامه منتج از مرحله اول نیز از تحلیل عاملی تأییدی و از نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳، در دو حالت: الف) حالت استاندارد با استفاده از تکنیک حداقل مربعات جزئی و ب) حالت معناداری t با استفاده از تکنیک بوت‌استراپینگ (Bootstraping) استفاده گردیده است. لازم به توضیح است که حداقل مربعات جزئی (Partial least squares; PLS) یک روش ناپارامتریک است که برای اعتبارسنجی یک مدل با بررسی هم‌زمان نقش متغیرهای پنهان و آشکار و برای شناسایی قدرت و جهت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

روابط میان عناصر استفاده می‌شود. برای بررسی معناداری نیز از آماره t و خودگردان‌سازی (بوت استراپینگ) یا برش Jack-Nife استفاده شده است [۱۹]. برای اعتبارسنجی مدل (برازش مناسب مدل ارائه شده) هم از شاخص‌های برازش NPAR (Number of parameters for each model)، DF (Degrees of freedom)، P (P value)، CMIN (Chi Square)، AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)، GFI (Goodness of Fit Index)، شاخص توکر-لوئیس (Tucker-Lewis)، شاخص بنتلر-بونت (Bentler-Bonett)، CFI (Comparative Fit Index)، PNFI (Parsimony Normed Fit Index)، PCFI (Parsimonious Comparative Fit Index)، RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) و CMIN/DF (Chi-degree/ Degrees of freedom) استفاده شده است [۱۹].

نتایج

در این پژوهش برای بررسی روایی پرسش‌نامه مورد استفاده از روش Fornell و Larcker و پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و پایایی همگون استفاده شده است که برای این کار نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب شد [۲۰] که نتیجه آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. لازم به توضیح است که بررسی روایی واگرا با روش Fornell و Larckerبه وسیله ماتریس همبستگی صورت می‌پذیرد که یک متغیر در مقایسه با سایر متغیرها، باید تمایز بیشتری را در بین مشاهده پذیرهای خود داشته باشد تا بتوان گفت متغیر مدنظر روایی واگرای بالایی دارد. در واقع جذر روایی همگرای هر متغیر باید بیشتر از حداکثر همبستگی آن متغیر با متغیرهای دیگر باشد که اعداد مندرج در جدول نشان از روایی واگرای مطلوبی دارد [۱۹].

بر اساس جدول ۱، از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (Average variance extracted; AVE) برای بررسی روایی همگرای سازه‌ها استفاده می‌شود. این شاخص مقدار واریانسی است که توسط یک سازه در رابطه با مقدار واریانس ناشی از خطای اندازه‌گیری گرفته می‌شود که مقدار آن در حالت استاندارد باید بیشتر از ۰/۵ باشد که در پژوهش حاضر مقدار این شاخص برای همه متغیرها بیشتر از ۰/۵ بوده و مطلوب ارزیابی می‌شود [۱۹]. بنابراین، در این پژوهش گویه‌های سنجش هر مقوله با هم از همبستگی کافی و بالایی برخوردار هستند. هم‌چنین، شاخص حداکثر مجذور مشترک (Maximum shared squared variance; MSV) نیز باید کمتر از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) باشد که در پژوهش حاضر این شرط نیز برقرار بوده و مطلوب ارزیابی می‌گردد [۱۹]. هم‌چنین با توجه به جدول ۲، روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها نیز تأیید می‌شود. برای بررسی پایایی از معیار پایایی ترکیبی نیز استفاده شده است. پایایی ترکیبی (Composite reliability; CR)، معیاری برای اندازه‌گیری سازگاری درونی سنجه‌های مقیاس است. مزیت پایایی ترکیبی نسبت به آلفای کرونباخ این است که هنگام محاسبه پایایی در پایایی ترکیبی، وزن نسبی هر یک از گویه‌ها لحاظ می‌شود. مقدار این معیار نیز باید بیشتر از ۰/۷ باشد که با توجه به اعداد جدول، گویای پایایی مناسب است [۱۹].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

جدول ۱- بررسی روایی واگرا و همگرای مؤلفه‌های الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱ به روش Fornell و Larcker (n=۳۰)

ابعاد	میانگین واریانس استخراج شده	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
رشد اقتصادی	۰/۵۸۲	۰/۵۹۱																	
اکوسیستم کارآفرینی	۰/۵۴۸	۰/۵۵۹	۰/۵۷۹																
کیفیت قوانین	۰/۵۷۳	۰/۵۸۰	۰/۵۹۲	۰/۶۰۱															
شبکه‌های اجتماعی	۰/۶۴۳	۰/۶۴۷	۰/۶۵۰	۰/۶۶۱	۰/۶۷۲														
چالش‌ها	۰/۵۹۸	۰/۶۰۱	۰/۶۰۹	۰/۶۲۲	۰/۶۲۷	۰/۶۳۰													
تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی	۰/۵۸۲	۰/۵۹۱	۰/۶۰۳	۰/۶۰۷	۰/۶۱۱	۰/۶۱۹	۰/۶۲۷												
نیروی متخصص توسعه	۰/۵۵۴	۰/۵۶۷	۰/۵۷۴	۰/۵۷۸	۰/۵۸۰	۰/۵۹۲	۰/۶۰۱	۰/۶۰۷											
سیاست‌های گردشگری	۰/۵۷۴	۰/۵۸۶	۰/۶۰۶	۰/۶۰۹	۰/۶۱۳	۰/۶۱۷	۰/۶۲۲	۰/۶۳۷	۰/۶۴۲										
احترام به عقاید	۰/۵۶۷	۰/۵۷۳	۰/۶۳۰	۰/۶۳۱	۰/۶۳۶	۰/۶۴۲	۰/۶۴۸	۰/۶۴۹	۰/۶۶۳	۰/۶۶۹									
درآمد پایدار	۰/۵۷۸	۰/۶۰۲	۰/۶۱۳	۰/۶۱۸	۰/۵۲۲	۰/۸۲۷	۰/۶۲۹	۰/۶۳۴	۰/۶۴۷	۰/۶۴۹	۰/۶۶۲								
خدمات اسلامی پزشکی	۰/۵۵۸	۰/۵۶۰	۰/۵۶۴	۰/۵۹۳	۰/۶۳۵	۰/۶۳۷	۰/۶۳۹	۰/۶۴۲	۰/۶۴۸	۰/۷۰۳	۰/۷۰۴	۰/۷۱۲							
اثربخشی و کارایی	۰/۵۵۲	۰/۵۶۷	۰/۵۷۹	۰/۵۸۹	۰/۶۲۲	۰/۶۲۷	۰/۶۳۱	۰/۶۳۴	۰/۶۵۸	۰/۶۶۱	۰/۶۷۹	۰/۶۸۰	۰/۶۸۳						
مشارکت	۰/۵۳۷	۰/۵۸۸	۰/۵۹۸	۰/۶۰۲	۰/۶۱۲	۰/۶۱۵	۰/۶۲۴	۰/۶۳۴	۰/۶۴۲	۰/۶۴۹	۰/۶۶۱	۰/۶۷۳	۰/۶۷۸	۰/۶۸۳					
زبان مشترک	۰/۵۱۱	۰/۵۲۸	۰/۵۶۲	۰/۵۷۸	۰/۵۹۸	۰/۶۰۲	۰/۶۰۳	۰/۶۱۱	۰/۶۱۸	۰/۶۱۹	۰/۶۲۲	۰/۶۲۴	۰/۶۲۷	۰/۶۳۵	۰/۶۴۰				
زیرساخت‌های پزشکی	۰/۵۲۲	۰/۵۳۰	۰/۵۴۱	۰/۵۵۳	۰/۵۶۲	۰/۵۷۰	۰/۵۸۸	۰/۶۱۳	۰/۶۱۳	۰/۶۱۸	۰/۶۲۶	۰/۶۲۷	۰/۶۳۰	۰/۶۳۵	۰/۶۳۸	۰/۶۴۹			
هزینه‌ها	۰/۶۴۸	۰/۶۵۸	۰/۶۶۲	۰/۶۶۷	۰/۶۷۱	۰/۶۷۷	۰/۶۸۰	۰/۶۸۲	۰/۶۸۴	۰/۶۸۹	۰/۶۹۰	۰/۶۹۱	۰/۶۹۳	۰/۶۹۷	۰/۷۰۱	۰/۷۰۱	۰/۷۰۳		
ظرفیت‌های طبیعی	۰/۵۷۵	۰/۵۷۷	۰/۵۷۸	۰/۵۸۰	۰/۵۸۳	۰/۵۸۴	۰/۵۸۸	۰/۵۸۹	۰/۵۹۳	۰/۵۹۷	۰/۶۰۰	۰/۶۰۳	۰/۶۱۳	۰/۶۱۵	۰/۶۱۹	۰/۶۲۳	۰/۶۲۷	۰/۶۳۲	
تعرفه خدمات پزشکی	۰/۶۴۰	۰/۶۵۲	۰/۶۶۷	۰/۶۷۴	۰/۶۷۵	۰/۶۷۶	۰/۶۷۹	۰/۶۸۰	۰/۶۸۳	۰/۶۸۵	۰/۶۸۸	۰/۶۹۰	۰/۶۹۳	۰/۶۹۷	۰/۶۹۸	۰/۷۰۲	۰/۷۰۵	۰/۷۰۷	۰/۷۱۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

جدول ۲- بررسی پایایی مؤلفه‌های الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱ (n=۳۰)

متغیرهای پژوهش	تعداد شاخص	میانگین	انحرف معیار	حداکثر مجذور مشترک	پایایی ترکیبی (C.R)	آلفای کرونباخ	پایایی همگون
رشد اقتصادی	۵	۳/۵۲۴۳	۰/۵۸۷۴۵	۰/۲۷۴	۰/۸۷۹	۰/۸۹۴	۰/۸۸۹
اکوسیستم کارآفرینی	۴	۳/۵۷۳۲	۰/۶۳۲۱۷	۰/۲۲۱	۰/۷۹۹	۰/۸۰۲	۰/۸۸۷
کیفیت قوانین	۳	۳/۶۰۴۷	۰/۶۸۵۲۸	۰/۲۱۵	۰/۹۱۶	۰/۹۲۶	۰/۹۱۸
شبکه‌های اجتماعی	۴	۳/۳۶۲۵	۰/۶۵۲۳۷	۰/۲۱۷	۰/۸۴۲	۰/۸۴۳	۰/۸۲۳
چالش‌ها	۳	۳/۶۲۴۳	۰/۶۴۱۲۸	۰/۲۳۳	۰/۸۳۵	۰/۹۰۱	۰/۸۴۵
تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی	۴	۳/۵۲۳۱	۰/۷۹۷۶۵	۰/۲۴۲	۰/۸۵۳	۰/۸۹۷	۰/۸۶۳
نیروی متخصص	۴	۳/۷۱۸۲	۰/۷۵۴۲۶	۰/۲۲۱	۰/۹۱۲	۰/۹۳۲	۰/۹۱۶
توسعه سیاست‌های گردشگری	۳	۳/۵۳۳۶	۰/۷۸۴۳۱	۰/۲۶۴	۰/۸۲۳	۰/۹۱۶	۰/۹۱۳
احترام به عقاید	۴	۳/۶۴۲۱	۰/۷۴۵۵۶	۰/۲۳۵	۰/۹۱۴	۰/۹۲۸	۰/۸۴۳
درآمد پایدار	۳	۴/۱۲۱۸	۰/۶۴۵۲۳	۰/۲۴۸	۰/۸۶۲	۰/۹۰۱	۰/۸۷۱
خدمات اسلامی پزشکی	۳	۳/۶۴۴۵	۰/۶۵۹۷۲	۰/۲۵۹	۰/۸۸۳	۰/۹۰۰	۰/۸۸۹
اثربخشی و کارایی	۳	۳/۳۸۸۴	۰/۸۶۴۵۳	۰/۲۶۴	۰/۸۴۲	۰/۹۱۴	۰/۸۶۷
مشارکت	۳	۳/۶۴۲۸	۰/۸۸۲۱۴	۰/۲۸۹	۰/۸۳۵	۰/۸۹۷	۰/۸۳۸
زبان مشترک	۳	۳/۴۱۵۲	۰/۸۶۴۵۳	۰/۲۶۶	۰/۸۶۳	۰/۸۷۹	۰/۸۵۵
زیرساخت‌های پزشکی	۴	۳/۳۲۹۷	۰/۶۸۹۵۴	۰/۲۳۷	۰/۸	۰/۸۹۷	۰/۸۷۹
هزینه‌ها	۵	۳/۳۲۱۹	۰/۶۴۵۲۳	۰/۲۶۳	۰/۸۳۲	۰/۸۷۶	۰/۸۶۳
ظرفیت‌های طبیعی	۴	۳/۳۳۱۸	۰/۷۳۲۵۶	۰/۲۵۳	۰/۸۶۷	۰/۸۹۳	۰/۸۸۹
تعرفه خدمات پزشکی	۳	۳/۶۱۸۷	۰/۶۳۲۵۶	۰/۲۷۷	۰/۸۶۹	۰/۸۹۷	۰/۸۷۰

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

به منظور شناخت بهتر و مطلوب ماهیت نمونه آماری که مورد مطالعه قرار گرفته است، قبل از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، ویژگی‌های جمعیت شناختی مورد ارزیابی قرار گرفت. بر همین اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و توزیع فراوانی مربوط به خبرگان و نمونه آماری مورد بررسی در دو بخش کیفی و کمی به لحاظ سن، میزان تحصیلات، سابقه اشتغال و جنسیت در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی خبرگان و پاسخ‌گویان برحسب سن، میزان تحصیلات، سابقه اشتغال و جنسیت پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

متغیر	طبقات	خبرگان پژوهش (پزشکان) (n=۳۰)		نمونه آماری پژوهش (کارکنان) (n=۲۰۱)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۳۵ سال	۳	۱۰	۲۴	۱۲
	۳۵ تا ۴۴ سال	۹	۳۰	۸۵	۴۲
	۴۵ سال و بیشتر	۱۸	۶۰	۹۲	۴۶
میزان تحصیلات	دکتری	۳۰	۱۰۰	۵۹	۲۹
	کارشناسی ارشد و پایین‌تر	-	-	۱۴۲	۷۱
سابقه اشتغال	تا ۳۰ سال	۱۳	۴۳	۶۳	۳۱
	بالای ۳۰ سال	۱۷	۵۷	۱۳۸	۶۹
جنسیت	مرد	۲۴	۸۰	۱۵۳	۷۶
	زن	۶	۲۰	۴۸	۲۴

همان‌طور که اشاره شد در مرحله اول پژوهش؛ برای تعیین شاخص‌های الگوی گردشگری پزشکی، از روش دلفی در سه دور و در مرحله دوم؛ برای برازش مدل، از مدل اندازه‌گیری ساختاری (تحلیل عاملی تأییدی) استفاده شد که از نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳، برای تجزیه و تحلیل استفاده شده است. در مرحله کیفی و برای شناسایی شاخص‌ها و مؤلفه‌های گردشگری پزشکی استان اردبیل اقدام به ایجاد پانل دلفی در میان خبرگان گردید و پس از مصاحبه و استفاده از فرم‌های باز اظهارنظر در خصوص شاخص‌های توسعه گردشگری پزشکی و پس از بررسی‌های دقیق نتایج این نظرسنجی‌ها تعداد ۷۰ زیر معیار به عنوان زیر شاخص‌های الگوی گردشگری پزشکی استان اردبیل مشخص شد؛ در نتیجه پرسش‌نامه‌ای با ۷۰ سؤال ایجاد گردید. به منظور اندازه‌گیری و سنجش پاسخ‌های ارائه شده از مقیاس امتیازی لیکرت به ترتیب اهمیت، نمره ۵ (تأثیر خیلی زیاد)، نمره ۴ (تأثیر زیاد)، نمره ۳ (تأثیر بی‌اهمیت)، نمره ۲ (تأثیر کم) و ۱ (بدون تأثیر) استفاده گردید. هم‌چنین، برای محاسبه میانگین هر راند دلفی از فرمول ((تأثیر خیلی زیاد × ۵)+(تأثیر زیاد × ۴)+(تأثیر بی‌اهمیت×۳)+(تأثیر کم × ۲)+(بدون تأثیر × ۱))/۲۰ استفاده شده است [۲۱] که مقدار این عدد برای راند اول عدد ۴، راند دوم ۴/۵ و راند سوم ۴/۶ به دست آمده است.

نتایج حاصل از بررسی این داده‌ها و مفهوم‌یابی عبارات در جدول ۴ ارائه شده است. این جدول خلاصه‌ای از تمامی کدهای اولیه‌ای است که در پژوهش مشاهده شده و سعی شده است از درج کدهای تکراری و یا کدهایی که مفاهیم مشترک بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند، پرهیز گردد. پس از بررسی‌های دقیق نتایج این نظرسنجی‌ها، تعداد ۶۵ زیرمعیار به عنوان شاخص‌های الگوی گردشگری پزشکی شناسایی گردید.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

جدول ٤- نتایج پرسش‌نامه دور اول، دوم و سوم دلفی به همراه نتایج ضریب هماهنگی Kendall در سه راند دلفی الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

ردیف	شاخص‌ها	میانگین پاسخ‌ها			نتایج ضریب هماهنگی Kendall		
		راند اول با شاخص: ۴	راند دوم با شاخص: ۴/۵	راند سوم با شاخص: ۴/۶	راند اول	راند دوم	راند سوم
۱	نمایش توان‌مندی‌ها	۴/۲۰	۴/۶۰	۴/۸۰	۰/۳۷۸	۰/۴۲۶	۰/۷۵۲
۲	نرخ ارز	۴/۱۰	۴/۷۰	۴/۹۰	۰/۴۲۱	۰/۶۴۸	۰/۷۹۶
۳	هزینه‌ها	۴/۱۵	۴/۶۴	۴/۸۵	۰/۳۲۸	۰/۵۴۸	۰/۷۲۹
۴	سرمایه‌گذاری و شاخص‌های مالی	۴/۱۴	۴/۶۸	۴/۹۵	۰/۴۲۳	۰/۶۳۹	۰/۷۴۲
۵	افزایش گردش مالی	۴/۲۴	۴/۷۲	۴/۸۶	۰/۵۴۷	۰/۶۳۱	۰/۷۴۹
۶	ایجاد مشاغل مرتبط و همسو	۴/۱۶	۴/۶۶	۴/۸۸	۰/۵۲۴	۰/۶۶۸	۰/۷۱۱
۷	رفتار کارآفرینانه	۴/۲۶	۴/۷۶	۴/۸۵	۰/۵۲۲	۰/۶۳۴	۰/۷۰۹
۸	نظارت و ارزیابی فرآیندهای کارآفرینی	۴/۶۰	۴/۸۲	۴/۹۸	۰/۳۶۵	۰/۵۰۶	۰/۷۱۹
۹	حمایت از محیط‌زیست و منابع طبیعی	۳/۴۸	–	–	–	–	–
۱۰	پویایی‌های کسب و کار منطقه‌ای	۴/۶۲	۴/۷۹	۴/۹۲	۰/۳۳۹	۰/۶۷۲	۰/۷۳۳
۱۱	بهبود قوانین گردشگری	۴/۷۲	۴/۸۲	۴/۸۸	۰/۴۱۹	۰/۵۴۹	۰/۷۷۸
۱۲	مسئولیت	۴/۶۴	۴/۶۸	۴/۹۵	۰/۵۴۲	۰/۶۳۷	۰/۸۲۷
۱۳	بازتعریف فعالیت‌ها	۴/۶۸	۴/۸۸	۴/۹۳	۰/۵۴۸	۰/۶۷۵	۰/۸۸۱
۱۴	بروشور دیجیتال	۴/۶۳	۴/۷۴	۴/۹۲	۰/۳۴۸	۰/۴۴۹	۰/۷۹۸
۱۵	اعتماد اجتماعی	۴/۵۶	۴/۷۷	۴/۹۷	۰/۳۳۹	۰/۵۲۷	۰/۷۸۲
۱۶	اشتراک اطلاعات	۴/۶۲	۴/۷۹	۴/۹۳	۰/۳۷۲	۰/۵۴۹	۰/۷۶۹
۱۷	ایجاد قرابت‌های فرهنگی	۴/۱۴	۴/۳۸	–	–	–	–
۱۸	تأثیرپذیری جامعه	۴/۵۴	۴/۷۸	۴/۹۳	۰/۳۹۲	۰/۵۱۱	۰/۷۳۲
۱۹	پیامدهای گردشگری	۳/۲۴	–	–	–	–	–
۲۰	بحران کرونا	۴/۷۴	۴/۷۵	۴/۸۸	۰/۳۸۷	۰/۴۲۸	۰/۷۴۹
۲۱	موانع ارتباطی	۴/۱۸	۴/۶۸	۴/۹۵	۰/۳۴۶	۰/۴۸۷	۰/۷۸۳
۲۲	مشارکت	۴/۲۸	۴/۵۲	۴/۷۴	۰/۳۱۹	۰/۵۰۱	۰/۷۳۹
۲۳	جاذبه‌های گردشگری	۴/۳۲	۴/۵۶	۴/۷۷	۰/۳۴۸	۰/۵۲۷	۰/۷۸۶
۲۴	فستیوال‌های هنری	۴/۶۴	۴/۶۶	۴/۹۰	۰/۳۵۷	۰/۴۵۸	۰/۷۴۹
۲۵	ایجاد فرصت برای آمایش سرزمینی	۴/۲۲	۴/۶۰	۴/۹۲	۰/۳۲۹	۰/۶۲۱	۰/۷۵۴
۲۶	ایجاد مزیت‌های گوناگون رقابتی	۳/۴۲	–	–	–	–	–
۲۷	ایجاد مراکز خرید	۴/۵۰	۴/۷۴	۴/۸۸	۰/۳۴۸	۰/۵۶۷	۰/۷۸۱
۲۸	استفاده از نیروی‌های متخصص	۴/۶۲	۴/۶۴	۴/۷۸	۰/۳۲۶	۰/۴۶۵	۰/۷۶۹
۲۹	افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمات	۴/۶۲	۴/۷۸	۴/۸۸	۰/۳۲۵	۰/۵۴۷	۰/۷۸۵
۳۰	برند پزشک	۴/۵۲	۴/۶۲	۴/۸۸	۰/۳۴۲	۰/۵۴۲	۰/۷۷۹
۳۱	آموزش نیروی انسانی	۴/۵۶	۴/۶۲	۴/۹۴	۰/۳۸۷	۰/۵۸۲	۰/۷۲۶
۳۲	ترسیم نقشه راه	۴/۱۸	۴/۵۸	۴/۶۸	۰/۳۹۲	۰/۵۵۲	۰/۷۳۹
۳۳	برنامه‌ریزی و چشم‌انداز توسعه پایدار	۴/۶۲	۴/۷۸	۴/۹۴	۰/۳۷۵	۰/۵۸۸	۰/۷۶۲
۳۴	برنامه‌ریزی مدون و اجرایی	۴/۵۲	۴/۵۸	۴/۶۸	۰/۳۲۹	۰/۵۴۸	۰/۷۲۲

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

ردیف	شاخص‌ها	میانگین پاسخ‌ها			نتایج ضریب هماهنگی Kendall		
		راند اول با شاخص: ۴	راند دوم با شاخص: ۴/۵	راند سوم با شاخص: ۴/۶	راند اول	راند دوم	راند سوم
۳۵	وفاداری مشتری	۴/۶۲	۴/۷۰	۴/۹۰	۰/۳۵۲	۰/۵۸۶	۰/۷۴۲
۳۶	افزایش اعتماد	۴/۶۸	۴/۷۴	۴/۸۸	۰/۳۶۹	۰/۵۷۹	۰/۷۸۵
۳۷	سرمایه اجتماعی	۴/۴۸	۴/۶۴	۴/۸۶	۰/۳۹۷	۰/۵۶۲	۰/۷۳۸
۳۸	زبان مشترک	۴/۵۲	۴/۷۲	۴/۸۸	۰/۳۸۷	۰/۵۳۸	۰/۷۴۹
۳۹	برنامه‌ریزی و چشم انداز توسعه پایدار	۴/۲۴	۴/۵۸	۴/۷۲	۰/۳۶۸	۰/۵۲۶	۰/۷۵۴
۴۰	اشتغال‌زایی	۴/۱۸	۴/۶۸	۴/۹۲	۰/۳۳۶	۰/۵۸۰	۰/۷۸۹
۴۱	برنامه‌ریزی در جهت درآمدزایی	۴/۵۶	۴/۸۲	۴/۹۴	۰/۳۳۷	۰/۵۴۸	۰/۷۵۸
۴۲	بهبود ارائه خدمات	۴/۶۲	۴/۸۸	۴/۹۲	۰/۳۴۸	۰/۵۶۴	۰/۷۶۸
۴۳	ازادی انتخاب پزشک	۴/۷۲	۴/۷۰	۴/۸۰	۰/۳۵۲	۰/۵۳۶	۰/۷۴۲
۴۴	تبلیغات خدمات مرتبط	۴/۶۴	۴/۶۸	۴/۹۰	۰/۳۶۴	۰/۵۴۸	۰/۷۶۴
۴۵	برند مراکز درمانی	۴/۱۸	۴/۵۴	۴/۸۲	۰/۳۴۹	۰/۵۵۲	۰/۷۰۹
۴۶	اثربخشی	۴/۱۴	۴/۵۶	۴/۸۷	۰/۳۰۹	۰/۵۹۲	۰/۷۱۱
۴۷	حمایت‌های دولتی	۴/۲۴	۴/۵۲	۴/۸۸	۰/۳۱۹	۰/۵۸۰	۰/۷۳۵
۴۸	بازگشت مشتریان	۴/۳۲	۴/۶۰	۴/۸۲	۰/۳۳۷	۰/۵۴۹	۰/۷۴۸
۴۹	تقویت احزاب	۴/۱۸	۴/۷۲	۴/۹۰	۰/۳۴۵	۰/۵۰۸	۰/۷۹۸
۵۰	مشارکت مردمی	۴/۶۰	۴/۷۸	۴/۹۴	۰/۳۶۴	۰/۵۴۸	۰/۷۶۸
۵۱	ظرفیت مدنی	۴/۵۲	۴/۶۴	۴/۹۴	۰/۳۱۹	۰/۵۷۴	۰/۷۵۸
۵۲	بالا بردن فرهنگ عامه	۴/۲۸	۴/۶۰	۴/۸۰	۰/۳۲۸	۰/۵۳۸	۰/۷۳۳
۵۳	پاسخگویی	۴/۳۲	۴/۷۸	۴/۸۶	۰/۴۵۸	۰/۵۷۶	۰/۷۲۲
۵۴	نیازهای مراقبتی	۴/۱۸	۴/۶۴	۴/۷۸	۰/۳۷۸	۰/۵۹۲	۰/۸۰۱
۵۵	دسترسی به مراقبت	۴/۶۴	۴/۷۴	۴/۹۲	۰/۳۴۹	۰/۵۸۹	۰/۷۹۱
۵۶	توسعهٔ زیرساخت‌ها	۴/۵۶	۴/۶۲	۴/۹۵	۰/۴۲۸	۰/۵۳۳	۰/۷۷۶
۵۷	شهرت کادر درمان	۴/۶۲	۴/۷۴	۴/۸۸	۰/۴۷۰	۰/۵۸۰	۰/۷۳۹
۵۸	سرمایه ثابت ناخالص	۴/۵۰	۴/۶۲	۴/۸۶	۰/۳۷۵	۰/۵۲۹	۰/۷۵۴
۵۹	هزینه خدمات اقامتی	۴/۵۶	۴/۶۲	۴/۹۰	۰/۳۴۸	۰/۵۵۶	۰/۷۸۵
۶۰	هزینه تجهیزات پیشرفته	۴/۳۴	۴/۷۲	۴/۸۶	۰/۳۶۴	۰/۵۰۹	۰/۷۷۹
۶۱	هزینه‌های اینترنت	۴/۷۲	۴/۷۴	۴/۸۰	۰/۳۹۰	۰/۵۷۳	۰/۷۳۶
۶۲	مسائل مربوط به بیمه گردشگران	۴/۵۲	۴/۷۲	۴/۹۲	۰/۳۳۵	۰/۵۲۴	۰/۷۳۹
۶۳	چهار فصل بودن کشور	۴/۲۶	۴/۶۲	۴/۸۷	۰/۳۴۸	۰/۵۰۸	۰/۷۷۵
۶۴	وجود حیات‌وحش متنوع	۴/۱۴	۴/۶۸	۴/۸۸	۰/۳۱۹	۰/۶۶۴	۰/۷۲۲
۶۵	چشم‌اندازهای بکر و طبیعی	۴/۱۸	۴/۵۴	۴/۷۶	۰/۳۷۹	۰/۵۶۷	۰/۷۵۶
۶۶	تنوع گونه‌های ساحلی	۴/۱۲	۴/۶۸	۴/۹۲	۰/۳۶۷	۰/۵۰۶	۰/۷۸۵
۶۷	ویژگی‌های شخصیتی گردشگران	۳/۳۶	-	-	-	-	-
۶۸	قیمت و تعرفه خدمات	۴/۷۰	۴/۷۴	۴/۸۴	۰/۴۹۸	۰/۶۰۹	۰/۸۳۷
۶۹	قوانین و مقررات بین‌المللی	۴/۶۲	۴/۶۲	۴/۹۳	۰/۵۱۱	۰/۶۶۴	۰/۸۱۴
۷۰	قوانین و مقررات داخلی	۴/۱۲	۴/۷۰	۴/۸۵	۰/۵۴۸	۰/۶۲۹	۰/۷۱۴

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

لازم به توضیح است که با مقایسه نمره هر شاخص با نمره میانگین هر راند، شاخص‌هایی که نمره آن‌ها کمتر از میانگین هر راند باشند حذف می‌شوند که این شاخص‌ها در هر راند با هایلایت رنگی مشخص شده‌اند. با توجه به این‌که در دور سوم دلفی هیچ شاخصی حذف نشده است، نشان می‌دهد خبرگان در مورد شاخص‌های الگوی گردشگری پزشکی در استان اردبیل به اجماع رسیده‌اند و نظرسنجی در این مرحله متوقف می‌شود.

هم‌چنین با توجه به جدول ۴، با استفاده از نرم‌افزار SPSS از ضریب هماهنگی Kendall (Kendall's coefficient of concordance) که یک آزمون ناپارامتریک است، برای تعیین میزان هماهنگی میان نظرات استفاده شده است. این ضریب مقداری از ۰ تا ۱ است.

اگر ضریب Kendall صفر باشد، یعنی عدم توافق کامل و اگر یک باشد یعنی توافق کامل بین نظرات وجود دارد که بر اساس ضرایب موجود در جدول مقدار این ضریب برای تمامی شاخص‌های پژوهش مطلوب ارزیابی می‌شود [۲۲].

در نهایت، شاخص‌ها بر اساس متغیرهای مورد مطالعه و مفاهیم انتزاعی‌تر در این پژوهش و بر اساس نتایج حاصل از دور سوم دلفی و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی در ۱۸ مؤلفه (رشد اقتصادی، اکوسیستم کارآفرینی، کیفیت قوانین، شبکه‌های اجتماعی، چالش‌ها، تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی، نیروی متخصص، توسعه سیاست‌های گردشگری، احترام به عقاید، درآمد پایدار، خدمات اسلامی پزشکی، اثربخشی و کارآیی، مشارکت، زبان مشترک، زیرساخت‌های پزشکی، هزینه‌ها، ظرفیت‌های طبیعی، و تعرفه خدمات پزشکی) و ۶۵ شاخص (کدهای باز) به صورت جدول ۵ دسته‌بندی شدند.

این کار پس از ایجاد مجموعه متغیرهای مقدماتی در تحلیل عامل به وسیله چرخش مجموعه نهایی متغیرها جهت ساخت مقیاس استخراج می‌گردد. تحلیل عامل با ایجاد ماتریس همبستگی، نشان می‌دهد که متغیرها به صورت خوشه‌هایی گرد هم آمده‌اند به طوری که متغیرهای هر خوشه با هم همبسته بوده و با خوشه‌های دیگر همبسته نمی‌باشند. این خوشه‌ها همان ابعاد موضوع مورد بررسی هستند (جدول ۵).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]

جدول ۵- کدگذاری نهایی و شناسه‌های مربوط به الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

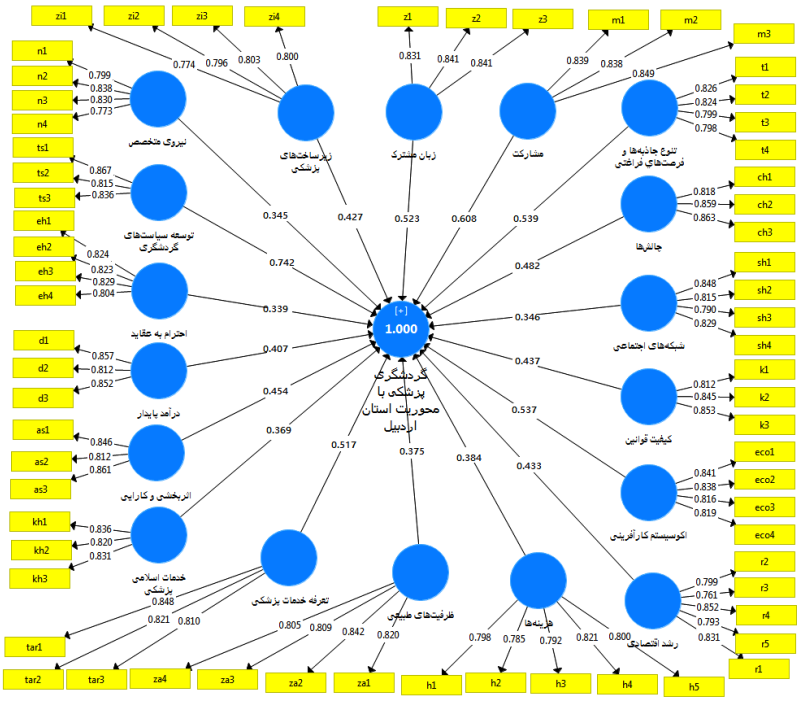
متغیر اصلی	عوامل	تعداد شاخص	شاخص‌های شناسایی‌شده	شناسه
گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل	رشد اقتصادی	۵	نمایش توان‌مندی‌ها	r1
			نرخ ارز	r2
			هزینه‌ها	r3
			سرمایه‌گذاری و شاخص‌های مالی	r4
			افزایش گردش مالی	r5
	اکوسیستم کارآفرینی	۴	ایجاد مشاغل مرتبط و همسو	eco1
			رفتار کارآفرینانه	eco2
			نظارت و ارزیابی فرآیندهای کارآفرینی	eco3
			پویایی‌های کسب و کار منطقه‌ای	eco4
	کیفیت قوانین	۳	بهبود قوانین گردشگری	k1
			مسئولیت	k2
			بازتعریف فعالیت‌ها	k3
	شبکه‌های اجتماعی	۴	بروشور دیجیتال	sh1
			اعتماد اجتماعی	sh2
			اشتراک اطلاعات	sh3
			تأثیرپذیری جامعه	sh4
	چالش‌ها	۳	بحران کرونا	ch1
			موانع ارتباطی	ch2
			مشارکت	ch3
	تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی	۴	جاذبه‌های گردشگری	t1
			فستیوال‌های هنری	t2
			ایجاد فرصت برای آمایش سرزمینی	t3
			ایجاد مراکز خرید	t4
	نیروی متخصص	۴	استفاده از نیروی‌های متخصص	n1
			افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمات	n2
			برند پزشک	n3
			آموزش نیروی انسانی	n4
	توسعه سیاست‌های گردشگری	۳	ترسیم نقشه راه	ts1
			برنامه‌ریزی و چشم‌انداز توسعه پایدار	ts2
			برنامه‌ریزی مدون و اجرایی	ts3
	احترام به عقاید	۴	وفاداری مشتری	eh1
			افزایش اعتماد	eh2
			سرمایه اجتماعی	eh3
			زبان مشترک،	eh4
	درآمد پایدار	۳	برنامه‌ریزی و چشم انداز توسعه پایدار	d1
			اشتغال‌زایی	d2
			برنامه‌ریزی در جهت درآمدزایی	d3
	خدمات اسلامی پزشکی	۳	بهبود ارائه خدمات	kh1
			آزادی انتخاب پزشک	kh2

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

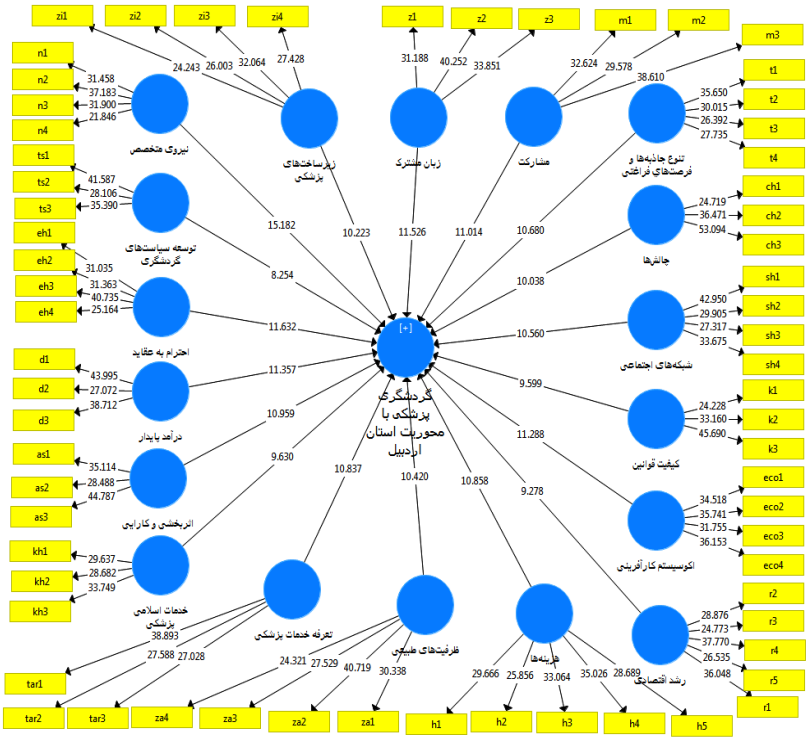
متغیر اصلی	عوامل	تعداد شاخص	شاخص‌های شناسایی‌شده	شناسه
			تبلیغات خدمات مرتبط	kh3
	اثربخشی و کارایی	۳	برند مراکز درمانی	as1
			اثربخشی	as2
			حمایت‌های دولتی	as3
	مشارکت	۳	بازگشت مشتریان	m1
			تقویت احزاب	m2
			مشارکت مردمی	m3
	زبان مشترک	۳	ظرفیت مدنی	z1
			بالا بردن فرهنگ عامه	z2
			پاسخگویی	z3
	زیرساخت‌های پزشکی	۴	نیازهای مراقبتی	zi1
			دسترسی به مراقبت	zi2
			توسعهٔ زیرساخت‌ها	zi3
			شهرت کادر درمان	zi4
	هزینه‌ها	۵	سرمایه ثابت ناخالص	h1
			هزینه خدمات اقامتی	h2
			هزینه تجهیزات پیشرفته	h3
			هزینه‌های اینترنت	h4
			مسائل مربوط به بیمه گردشگران	h5
	ظرفیت‌های طبیعی	۴	چهار فصل بودن کشور	za1
			وجود حیات‌وحش متنوع	za2
			چشم‌اندازهای بکر و طبیعی	za3
			تنوع گونه‌های ساحلی	za4
	تعرفه خدمات پزشکی	۳	قیمت و تعرفه خدمات	tar1
			قوانین و مقررات بین‌المللی	tar2
			قوانین و مقررات داخلی	tar3
تعداد کل: ۱۸ مؤلفه، ۶۵ شاخص				

مرحله دوم پژوهش به صورت کمی انجام گرفت که برای یافتن میزان تأثیر هر یک از متغیرها از روش مدل سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳ استفاده شد. نتایج این مدل در دو حالت؛ الف) حالت استاندارد با استفاده از تکنیک حداقل مربعات جزئی و ب) حالت معناداری t با استفاده از تکنیک بوت‌استراپینگ در شکل‌های ۱ و ۲ ارائه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده از دو شکل ارائه شده، تمامی مسیرهای مربوط به الگوی ارائه شده معنی‌دار می‌باشند (تمامی مسیرها بیشتر از مقدار بحرانی ۰/۱۶ است) و مقادیر t نیز در بازه بحرانی ۱/۹۶۲± قرار نگرفته است، پس تمامی مسیرها معنی‌دار بوده و مدل ارائه شده پژوهش دارای برازش مطلوب و مناسبی است [۲۲].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]



شکل ۱- مدل کلی پژوهش با تکنیک حداقل مربعات جزئی مربوط به الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱



شکل ۲- آماره t مدل کلی پژوهش با تکنیک بوت استراپینگ مربوط به الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، بیشترین ضریب مسیر مربوط به بعد "توسعه سیاست‌های گردشگری" با ضریب مسیر ۰/۷۴۲ و کمترین ضریب مسیر نیز مربوط به بعد "احترام به عقاید" با مقدار ۰/۳۳۹ به دست آمده که خلاصه آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ٦- ضرایب مسیر در دو حالت استاندارد و t value مربوط به الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

ابعاد	تأثیر	t value	مقدار P
توسعه سیاست‌های گردشگری → گردشگری پزشکی	۰/۷۴۲	۸/۲۵۴	< ۰/۰۰۱
مشارکت → گردشگری پزشکی	۰/۶۰۸	۱۱/۰۱۴	< ۰/۰۰۱
تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی → گردشگری پزشکی	۰/۵۳۹	۱۰/۶۸۰	< ۰/۰۰۱
اکوسیستم کارآفرینی → گردشگری پزشکی	۰/۵۳۷	۱۱/۲۸۸	< ۰/۰۰۱
زبان مشترک → گردشگری پزشکی	۰/۵۲۳	۱۱/۵۲۶	< ۰/۰۰۱
تعرفه خدمات پزشکی → گردشگری پزشکی	۰/۵۱۷	۱۰/۸۳۷	< ۰/۰۰۱
چالش‌ها → گردشگری پزشکی	۰/۴۸۲	۱۰/۰۳۸	< ۰/۰۰۱
اثربخشی و کارآیی → گردشگری پزشکی	۰/۴۵۴	۱۰/۹۵۹	< ۰/۰۰۱
کیفیت قوانین → گردشگری پزشکی	۰/۴۳۷	۹/۵۹۹	< ۰/۰۰۱
رشد اقتصادی → گردشگری پزشکی	۰/۴۳۳	۹/۲۷۸	< ۰/۰۰۱
زیرساخت‌های پزشکی → گردشگری پزشکی	۰/۴۲۷	۱۰/۲۲۳	< ۰/۰۰۱
درآمد پایدار → گردشگری پزشکی	۰/۴۰۷	۱۱/۳۵۷	< ۰/۰۰۱
هزینه‌ها → گردشگری پزشکی	۰/۳۸۴	۱۰/۸۵۸	< ۰/۰۰۱
ظرفیت‌های طبیعی → گردشگری پزشکی	۰/۳۷۵	۱۰/۴۲۰	< ۰/۰۰۱
خدمات اسلامی پزشکی → گردشگری پزشکی	۰/۳۶۹	۹/۶۳۰	< ۰/۰۰۱
شبکه‌های اجتماعی → گردشگری پزشکی	۰/۳۴۶	۱۰/۵۶۰	< ۰/۰۰۱
نیروی متخصص → گردشگری پزشکی	۰/۳۴۵	۱۵/۱۸۲	< ۰/۰۰۱
احترام به عقاید → گردشگری پزشکی	۰/۳۳۹	۱۱/۶۳۲	< ۰/۰۰۱

در نهایت در این پژوهش و برای اعتبارسنجی مدل (برازش مناسب مدل ارائه شده) از شاخص‌های برازش NPAR، DF، P، CMIN، AGFI، GFI، شاخص Tucker-Lewis، شاخص Bentler-Bonett، CFI، PNFI، PCFI، RMSEA و CMIN/DF استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول ۷ گزارش شده است. بر اساس این جدول، مدل پژوهش از نظر شاخص‌های مطلق مورد ارزیابی قرار گرفت. از جمله این شاخص‌ها، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) هستند که دامنه قابل قبول برای آن‌ها بزرگ‌تر از ۰/۹ می‌باشد. مقدار این شاخص‌ها برای مدل ارائه شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۱ محاسبه شده است که در دامنه قابل قبول قرار دارند [۲۳]. هم‌چنین مدل ارائه شده، از نظر شاخص‌های تطبیقی و مقتصد نیز مورد برازش قرار گرفته است. دامنه قابل قبول

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

برای شاخص‌های تطبیقی (TLI، NFI و CFI) بزرگ‌تر از ۰/۹ و برای شاخص‌های مقتصد (PNFI، PCFI) بزرگ‌تر از ۰/۵ می‌باشد [۲۳]. مقدار این شاخص‌ها نیز برای شاخص‌های تطبیقی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ و برای شاخص‌های مقتصد به ترتیب ۰/۶۲۴ و ۰/۶۱۵ محاسبه شده است. بر همین اساس تمامی شاخص‌های برازش قابل قبول هستند. بنابراین برازش کلی مدل، مطلوب ارزیابی شده و می‌توان به نتایج حاصل از آن اتکا نمود.

جدول ۷- شاخص‌های برازش الگوی گردشگری پزشکی در پزشکان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال ۱۴۰۱

نوع شاخص برازش	شاخص	مدل اصلی	نتیجه برازش
	NPAR	۳۱۸	برازش مناسب
	DF	۴۶۵۲	برازش مناسب
	P	< ۰/۰۰۱	برازش مناسب
شاخص مطلق	CMIN (Chi Square)	۱۳۶۵۹/۶۵	برازش مناسب
	AGFI	۰/۹۱	برازش مناسب
	GFI	۰/۹۲	برازش مناسب
شاخص تطبیقی یا نسبی	TLI	۰/۹۲	برازش مناسب
	NFI	۰/۹۱	برازش مناسب
	CFI	۰/۹۲	برازش مناسب
شاخص مقتصد	PNFI	۰/۶۲۴	برازش مناسب
	PCFI	۰/۶۱۵	برازش مناسب
	RMSEA	< ۰/۰۰۱	برازش مناسب
	CMIN/DF (کوچک‌تر از ۵)	۲/۹۳۶۲	برازش مناسب

بحث

با توجه به مدل ساختاری پژوهش و بارهای عاملی موجود (تخمین استاندارد) در مدل ارائه شده، مؤلفه "توسعه سیاست‌های گردشگری" با ضریب مسیر ۰/۷۴۲ بیشترین میزان بارعاملی را در الگوی گردشگری پزشکی داشته است. در بین شاخص‌های این مؤلفه نیز شاخص ترسیم نقشه راه (ts1) با ضریب ۰/۸۶۷ به‌عنوان اثرگذارترین شاخص شناسایی گردید که نشان می‌دهد داشتن نقشه راه سهم بسزایی در بهبود گردشگری پزشکی دارد که این یافته با نتایج پژوهش Vaezi و همکاران [۵] در یک راستا قرار می‌گیرد. در تبین این یافته می‌توان گفت که توسعه سیاست‌های گردشگری با توجه به محدود بودن بودجه نظام سلامت می‌تواند گام مهمی در راستای رونق اقتصاد سلامت کشور باشد. شکل‌گیری بازار باز خدمات سلامت در کشورها رابطه مستقیمی با سیاست‌های فرابخشی و بخشی دولت‌ها دارد. آزادسازی اقتصادی و بهبود روابط سیاسی با سایر کشورها و مقررات روادید از سیاست‌های تأثیرگذار فرابخشی می‌باشند. هم‌چنین، سیاست‌های خاص بخش سلامت و بهداشت، مانند خصوصی‌سازی، پوشش‌های بیمه‌ای گسترده‌ی منطقه‌ای و یا تکمیلی دولتی نیز بر شکل‌گیری بازار این‌گونه خدمات تأثیر دارند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دومین مؤلفه تأثیرگذار در مدل ارائه شده "مشارکت" با ضریب مسیر ۰/۶۰۸ است که مهم‌ترین شاخص این مؤلفه نیز "مشارکت مردمی" (m3) با ضریب مسیر ۰/۸۴۹ می‌باشد که این نتیجه نیز با یافته‌های پژوهش Rahman و همکاران [۱۰] و Johnston و همکاران [۶] هم‌راستا است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت بی‌توجهی به مشارکت مردم و جوامع محلی در فعالیت‌های گردشگری پزشکی آسیبی اساسی در برنامه‌ریزی مشارکتی به منظور دست‌یابی به توسعه پایدار گردشگری محسوب می‌شود.

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش سومین عامل تأثیرگذار در الگوی ارائه شده برای گردشگری پزشکی، عامل "تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی" با ضریب مسیر ۰/۵۳۹ بوده که از بین شاخص‌های این عامل نیز، شاخص "جاذبه‌های گردشگری" با ضریب ۰/۸۲۶ (t1) دارای ضریب اهمیت بالا در مدل پژوهش می‌باشد که این نتیجه نیز با یافته‌های پژوهش Hoseinpour و Riyahi [۱۲] همسو است. در تشریح این یافته می‌توان گفت که تنوع جاذبه‌ها و فرصت‌های فراغتی به کاهش هزینه‌های لازم برای ایجاد زیرساخت‌های مناسب در منطقه گردشگری می‌انجامد و برای سازماندهی برنامه‌های گردشگری پزشکی بستر مناسبی را فراهم می‌آورد. بنابراین توجه به این ویژگی نیز به نوبه خود می‌تواند به توسعه گردشگری پزشکی منجر شود.

عامل تأثیرگذار بعدی "اکوسیستم کارآفرینی" با ضریب مسیر ۰/۵۳۷ که شاخص عمده این عامل نیز "ایجاد مشاغل مرتبط و همسو" (eco1) با ضریب ۰/۸۴۱ شناسایی گردید. این نتیجه نیز با یافته‌های پژوهش Heung و همکاران [۴] همسو و هم‌راستا است. در ارتباط با این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که یکی از شیوه‌های گسترش و توسعه گردشگری پزشکی، مطرح کردن آن در قالب اکوسیستم‌های کارآفرینی می‌باشد که در واقع مجموعه‌ای از دورنماهای فرهنگی متمرکز، شبکه‌های اجتماعی، حمایت مالی، دانشگاه‌ها و سیاست‌های اقتصادی فعالی است که محیط‌های حمایتی از کسب و کار مخاطره‌آمیز مبتنی بر نوآوری از جمله گردشگری پزشکی را خلق می‌کند و به عنوان ابزاری حیاتی در ایجاد اقتصادی منعطف، نوآور و کارآفرین نقش دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، مؤلفه "زبان مشترک" با ضریب مسیر ۰/۵۲۳یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در توسعه گردشگری پزشکی شناسایی گردید که با یافته‌های Basouli و همکاران [۲] در یک راستا قرار می‌گیرد. در تبیین این مؤلفه نیز می‌توان چنین گفت که وجود ظرفیت مدنی، بالا بردن فرهنگ عامه مردم و افزایش قدرت پاسخ‌گویی و در مجموع تسهیل در ایجاد زبان مشترک بین افراد داخل کشور و گردشگران حوزه پزشکی می‌تواند به توسعه همه جانبه این شاخه از گردشگری کمک شایانی کند. مؤلفه "تعرفه خدمات پزشکی" با ضریب مسیر ۰/۵۱۷ یکی دیگر از مؤلفه‌های شناسایی شده در الگوی گردشگری پزشکی بود که با یافته‌های Jalilian و همکاران [۱۱] در یک راستا قرار می‌گیرد. در تشریح این یافته می‌توان گفت که افرادی که به دلایل مشخص از جمله هزینه‌های بالای خدمات بهداشتی-درمانی نمی‌توانند از خدمات پزشکی در کشور خودشان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

استفاده کنند؛ در نتیجه، این موضوع منجر به افزایش تقاضا برای این نوع خدمات در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران می‌شود. از این رو، برای انتخاب یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی از سوی بیماران، عوامل مختلف داخلی و خارجی نقش دارند که هزینه خدمات پزشکی در تعیین مقاصد گردشگری پزشکی عامل تعیین کننده‌ای می‌باشد. مؤلفه مهم دیگر در الگوی گردشگری پزشکی، مؤلفه "چالش‌ها" با ضریب مسیر ۰/۴۸۲ بود که با یافته‌های Norouzzadeh [۹] و Johnston و همکاران [۶] هم‌راستا است. در تبیین و تشریح این مؤلفه نیز می‌توان گفت وجود بحران کرونا در کشور، وجود موانع ارتباطی مختلف و هم‌چنین چالش مربوط به مشارکت بخش‌های مختلف در توسعه گردشگری پزشکی از مهم‌ترین آسیب‌ها و موانع موجود در این زمینه به شمار می‌رود. یکی دیگر از مؤلفه‌های اثرگذار در الگوی پژوهش، مؤلفه "اثربخشی و کارآیی" با ضریب ۰/۴۵۴ می‌باشد که در این رابطه برند مراکز درمانی و حمایت‌های دولتی از بخش خصوصی می‌تواند به اثربخشی و کارایی نظام توسعه پایدار گردشگری پزشکی کمک زیادی کرده باشد. این یافته نیز با نتایج پژوهش Basouli و همکاران [۲] و Norouzzadeh [۹] همسو است.

بر اساس یافته‌های پژوهش، مؤلفه "کیفیت قوانین" با ضریب مسیر ۰/۴۳۷ یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در زمینه الگوی گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل به شمار می‌رود. این یافته نیز با نتایج تحقیقات Basouli و همکاران [۲] و Norouzzadeh [۹] و هم‌چنین Jalilian و همکاران [۱۱] در یک راستا هستند. در تشریح این یافته می‌توان گفت که از مهم‌ترین مسائل و چالش‌های مربوط به گردشگری سلامت و پزشکی می‌توان به قوانین و مقررات مربوط به دسترسی به خدمات گردشگری پزشکی، بیمه سلامت، اعطای مجوز های مورد نیاز به بخش خصوصی و اخذ مجوزهای قانونی مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت‌های سلامت بین‌الملل اشاره کرد. مسائل و چالش‌های قانونی متعددی در حوزه گردشگری پزشکی مطرح است که حل نشدن آن‌ها می‌تواند مانعی جدی در شکل‌گیری و توسعه آن ایجاد کند. با توجه به ماهیت گردشگری پزشکی و قبل از هر چیز لازم است قوانین و مقررات متناسب با سطح بین‌المللی اصلاح شوند و استانداردهای لازم به درستی در متن قوانین تبیین شوند تا به این وسیله زمینه برای توسعه این رشته از گردشگری فراهم شود.

از دیگر مؤلفه‌های مهم و مؤثر در الگوی گردشگری پزشکی مؤلفه "رشد اقتصادی" بود که با ضریب ۰/۴۳۳ در الگوی طراحی شده شناسایی شد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های Heung و همکاران [۴]، Rahman و همکاران [۱۰] و Jalilian و همکاران [۱۱] هسمو و هم‌راستا است. تأثیر گردشگری پزشکی بر افزایش میزان اشتغال و درآمدهای ارزی، رونق صنایع داخلی، گسترش همکاری‌های بین‌المللی سبب شده تا نگرش کشورهای دنیا به مرز آن تغییر یافته و جایگاه مهمی در سیاست‌گذاری دولت‌ها پیدا کند. بنابراین توجه به این یافته از پژوهش می‌تواند با توجه به مشکلات ارزی کشور و هم‌چنین مشکلات اقتصادی موجود بسیار راه‌گشا باشد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

مؤلفه "زیرساخت‌های پزشکی" با ضریب ۰/۴۲۷ نیز از دیگر مؤلفه‌های اثرگذار در الگوی پژوهش بود که با با یافته‌های Basouli و همکاران [۲] در یک راستا هستند. دسترسی راحت به مجموعه مراقبت‌های درمانی، توسعه زیرساخت‌های مربوط به گردشگری پزشکی و شهرت کادر درمان از جمله مواردی هستند توجه به آن‌ها می‌تواند زمینه‌های توسعه این رشته را فراهم آورد. از دیگر مؤلفه‌های اساسی در الگوی این پژوهش، مؤلفه "درآمد پایدار" بود که با ضریب ۰/۴۰۷ شناسایی شد. این یافته نیز با یافته‌های Basouli و همکاران [۲] و Jalilian و همکاران [۱۱] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان چنین استنباط نمود که به دلیل مزیت‌های بالای رقابتی و ظرفیت‌های غنی در زمینه جذب گردشگر پزشکی می‌توان در این حوزه به جایگاه مناسب‌تری در منطقه و جهان دست یافت. قیمت مناسب و کیفیت بالای خدمات درمانی و سلامت، وجود پزشکان حاذق و با دانش روز، موقعیت جغرافیایی ممتاز و سایر جاذبه‌های متعدد گردشگری و روستاهای بکر و خوش آب و هوا را می‌توان از مزیت‌های عمده برای گسترش گردشگری پزشکی دانست. مؤلفه "هزینه‌ها" با ضریب ۰/۳۸۴ از دیگر مؤلفه‌های مؤثر در الگوی گرشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل بود که با یافته‌های Heung و همکاران [۴] و هم‌چنین Johnston و همکاران [۶] در یک راستا قرار می‌گیرد. در توضیح این یافته و بر اساس نتایج این پژوهش توجه ویژه به سرمایه ثابت ناخالص در بخش گردشگری پزشکی، هزینه خدمات اقامتی، هزینه تجهیزات پیشرفته، هزینه‌های اینترنت و هم‌چنین هزینه‌های مربوط به بیمه گردشگران نیز می‌تواند به یک مزیت عمده و رقابتی برای گسترش گردشگری پزشکی تبدیل شود.

بر اساس نتایج پژوهش، مؤلفه "ظرفیت‌های طبیعی" نیز با ضریب ۰/۳۷۵ یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در الگوی پژوهش بود که این یافته نیز با نتایج پژوهش Hoseinpour و Riyahi [۱۲] همسو می‌باشد. فرصت‌ها و ظرفیت‌های متنوع طبیعی، پزشکی و درمانی گسترده شهرها و روستاهای مختلف را برای جذب گردشگران خارجی به ویژه از کشورهای همسایه مهیا کرده و بیانگر آن است که گردشگری پزشکی می‌تواند محور توسعه در مناطق برخوردار و حتی کمتر برخودار هم قرار گیرد. مؤلفه "خدمات اسلامی پزشکی" نیز با ضریب ۰/۳۶۹ به عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های اثرگذار در پژوهش شناسایی شد که با نتایج تحقیقات Rahman و همکاران [۱۰] هم‌راستا است. بر اساس یافته‌های پژوهش بهبود ارائه خدمات با توجه به اشتراکات و تعاملات فرهنگی با کشورهای همسایه و هم‌چنین تبلیغات خدمات مرتبط با گردشگری پزشکی نیز می‌تواند به رشد و توسعه گردشگری پزشکی منجر شود. هم‌چنین مؤلفه "شبکه‌های اجتماعی" با ضریب ۰/۳۴۶ نیز به عنوان یک مؤلفه مهم در الگوی طراحی شده شناسایی شد. این یافته نیز در پژوهش Basouli و همکاران [۲] به آن اشاره شده است. در این راستا می‌توان گفت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی می‌توانند با حضوری پررنگی در شبکه‌های اجتماعی، از این ابزار برای تبلیغ و معرفی بیشتر خدمات خود استفاده کنند. مؤلفه "نیروی متخصص" با ضریب ۰/۳۴۵ و مؤلفه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

"احترام به عقاید" با ضریب مسیر ۰/۳۳۹ به‌عنوان آخرین مؤلفه مهم و اثرگذار در الگوی گردشگری پزشکی شناسایی شدند که با یافته‌های یافته‌های Basouli و همکاران [۲] و Jalilian و همکاران [۱۱] هم‌راستا هستند. در تشریح این یافته‌ها می‌توان اذعان نمود که بهبود قوانین گردشگری، بازتعریف فعالیت‌ها، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توسعه زیرساخت‌ها، شهرت کادر درمان، برنامه‌ریزی و چشم‌انداز توسعه پایدار، اشتغال‌زایی و برنامه‌ریزی در جهت درآمدزایی از جمله مواردی هستند که توجه به آن‌ها باعث توسعه پایدار در زمینه گردشگری پزشکی خواهد بود.

همان‌طور که مشخص شد مؤلفه "توسعه سیاست‌های گردشگری" بیشترین میزان بارعاملی را در الگوی گردشگری پزشکی داشته است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود توسعه سیاست‌های گردشگری که به عنوان مهم‌ترین و اثرگذارترین مؤلفه در گردشگری پزشکی شناسایی گردید، مورد توجه قرار گیرد. اتخاذ سیاست‌های راهبردی و ترسیم نقشه راهی برای استفاده بهینه از ظرفیت‌های گردشگری پزشکی می‌تواند در بلند مدت شرایط لازم برای توسعه پایدار را مهیا سازد. پیشنهاد می‌گردد از نیروی انسانی متخصص و کارآمد در حوزه‌های مختلف گردشگری پزشکی استفاده گردد. فرهنگ‌سازی و احترام به گردشگران، تشویق و تسهیل سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی در حوزه گردشگری پزشکی، اتخاذ سیاست‌های مناسب و بازنگری در مورد این سیاست‌ها در جهت حمایت از کسب و کارهای مرتبط با حوزه گردشگری پزشکی و هم‌چنین بهبود زیرساخت‌های مرتبط با این حوزه به دلیل وجود مشکلاتی نظیر نرخ بالای بیکاری، تک‌محصولی بودن اقتصاد و محدودیت منابع ارزی از مهم‌ترین پیشنهاداتی است که با توجه به نتایج پژوهش می‌توان ارائه کرد.

پژوهش حاضر در استان اردبیل انجام شده است و برای تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش به سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی و غیردولتی دیگر در سایر مناطق باید با احتیاط عمل شود. هم‌چنین، مدل ارائه شده در این پژوهش محدود به حیطه‌ها و مؤلفه‌های شناسایی شده می‌شود. اگرچه تلاش شده است رویکردی جامع در این زمینه اتخاذ گردد، اما ممکن است عوامل دیگری غیر از عوامل شناسایی شده در این پژوهش منجر به نتایج متفاوتی شود. محدودیت‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر، فرصت‌ها و جهت‌گیری‌های پژوهشی متعددی را برای پژوهش‌گران آتی فراهم می‌سازد. بررسی مدل عمیق‌تر روابط گردشگری پزشکی با محوریت استان اردبیل با استفاده از روش تحقیق موردکاوی چندگانه، بررسی موانع تحقق گردشگری پزشکی در فرهنگ سیاسی استان اردبیل و هم‌چنین تحلیل تأثیر شاخص‌های گردشگری پزشکی بر شاخص توسعه انسانی استان اردبیل از جمله جهت‌گیری‌های پژوهشی است که می‌تواند توسط پژوهش‌گران دیگر در آینده فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش گردید در چارچوبی یکپارچه، الگویی برای گردشگری پزشکی ارائه و مورد مطالعه و تبیین قرار گیرد. مؤلفه‌ها و شاخص‌های گردشگری پزشکی در این پژوهش در ۱۸ مؤلفه؛ رشد اقتصادی، اکوسیستم کارآفرینی، کیفیت قوانین، شبکه‌های اجتماعی، چالش‌ها، تنوع جاذبه‌ها

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

و فرصت‌های فراغتی، نیروی متخصص، توسعه سیاست‌های گردشگری، احترام به عقاید، درآمد پایدار، خدمات اسلامی پزشکی، اثربخشی و کارایی، مشارکت، زبان مشترک، زیرساخت‌های پزشکی، هزینه‌ها، ظرفیت‌های طبیعی، و تعرفه خدمات پزشکی کدگذاری و شناسایی شدند. بر اساس نتایج پژوهش مهم‌ترین عامل در این زمینه، توسعه سیاست‌های گردشگری بوده است که نشان می‌دهد تاکنون راهبردها و سیاست‌های تعیین شده در این حوزه بدون لحاظ رویکردهای کلان، نظام‌مند و سیستمی بوده است. نکته مهم در این زمینه این است که در حوزه گردشگری پزشکی به دلیل اقتضائات فرهنگی و بومی ایران اسلامی باید الگوهای بومی و خلاقانه‌ای در این حوزه طراحی و به اجرا گذاشته شود و از اقتباس‌های غیرعالمانه از الگوهای دیگر کشورها و بدون رعایت جنبه‌های فرهنگی بومی پرهیز شود. در مجموع توصیه می‌شود که رویکردها و سیاست‌های کشور در زمینه گردشگری پزشکی مورد بازنگری جدی قرار گرفته و گردشگری پزشکی مبتنی بر نیازمندی‌های داخلی و ایجاد مزیت‌های رقابتی بازطراحی شوند تا گردشگری پزشکی مبتنی بر الگوهای بومی و محلی رونق بیشتری گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه پزشکان و پرستاران زحمت‌کش و همچنین کارکنان بخش‌های اداری، خدماتی، عملیاتی، آموزشی، مالی و حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل که در این مطالعه همکاری صمیمانه در مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه داشته‌اند، تشکر می‌شود.

References

[1] Mirvahedi S, Esfandiari E. A study of the entrepreneurial potential of cultural tourism in Iranian Qashqai nomads. *Journal of Tourism and Development* 2017; 5(3): 62-78. [Farsi]

[2] Basouli M, Hashemi S, Imani Khoshkhoo MH, Mirghafoori SH. Designing the Cultural Tourism Entrepreneurship Development Model Using Structural Equation Modeling- Partial Least Squares. *Journal of Tourism and Development* 2019; 8(2): 83-104. [Farsi]

[3] Taghizadeh Yazdi MR, Shami Zanjani M, Haghighi M, Abu Hashemabadi F. Identifying the components and determining the content of medical tourism facilitating websites. *Tourism Management Studies* 2015; 11(33): 1-18. [Farsi]

[4] Heung VC, Kucukusta D, Song H. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism management* 2011; 32(5): 995-1005.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]

[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

[5] Vaezi R, Chekin M, Aslipour H. Policy-Making Challenges in the Field of Health Tourism in Iran. *Tourism Management Studies* 2018; 13(41): 1-40. [Farsi]

[6] Johnston R, Crooks A, Ormond M. Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica. *Globalization and Health* 2015; 11(29): 1-23.

[7] Turner L. Medical tourism and the global marketplace in health services: US patients, international hospitals, and the search for affordable health care. *International Journal of Health Services* 2010; 40(3): 443-67.

[8] Yu JY, Ko TG. A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism management* 2012; 33(1): 80-8.

[9] Norouzzadeh A. Identification of barriers and bottlenecks in health medical tourism in the context of the outbreak of COVID-19; a mixed approach Running Title: Identification of barriers to health medical tourism. *JHOSP* 2022; 21(3): 45-54. [Farsi]

[10] Rahman MK, Zailani S, Musa G. Tapping into the emerging Muslim-friendly medical tourism market: Evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing* 2017; 8(3): 514-32. [Farsi]

[11] Jalilian N, Rezaee B, Badizadeh A. The effect of the antecedent of the formation of entrepreneurial ecosystem on the consequences of health tourism in Iran (Case study: Kermanshah province). *Entrepreneurship Knowledge* 2022; 1(1): 61-73. [Farsi]

[12] Hoseinpour R, Riyahi L. Relationship between Medical Therapy Tourism and the Rate of Tourism Attraction in Ardabil Province. *Health* 2018; 9(2): 159-71.

[13] Hashemi Baghi Z, Shirmohammadi Y, Shahsavaan N. The Integrated marketing communications and Advanced Information Technology on the Value of the Brand for Tourism Tourism. *Journal of Tourism and Development* 2018; 7(1): 1-19. [Farsi]

[14] Nikraftar T, Hosseini E, Moghaddam A. Identify Factors Affecting Medical Tourism Attraction in Iran. *Journal of Health Administration* 2017; 20(67): 64-74. [Farsi]

[15] Sheykhi Chaman M. The role of health tourism in the prosperity of Iran's health economy. *Journal of Health Administration* 2020; 23(2): 9-10. [Farsi]

[16] Komeili Esfahani M, Saeedi H, Kheiri B, Abdolvand M. Presenting a model for identifying

barriers to medical tourism branding in Iranian cities. *Journal of Advertising and Sales Management*, 2023; 4(3): 211-228. [Farsi]

[17] Taghizadeh Ghavam Z, Reshadatjo H, Davodi R. Identifying the dimensions and components of an effective training system for elementary school managers in order to provide a conceptual model. *Journal of Managing Education in Organizations* 2023; 12(2): 131-150. [Farsi]

[18] Rahmani A, Vaziri Nezhad R, Ahmadi Nia H, Rezaeian M. Methodological Principles and Applications of the Delphi Method: A Narrative Review. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19(5): 515-38. [Farsi]

[19] Filsaraei M. Impact of Self-Sufficiency and Professional Skepticism on Moral Perception. *Financial and Behavioral Researches in Accounting* 2023; 2(4): 20-42. [Farsi]

[20] Sarmad Z, Bazargan A, Hijazi E. Research Methods in Behavioral Sciences, 48th Edition, Tehran, publishing Agah. 2023; p. 170. [Farsi]

[21] Hassangolipour T, Faqihipour J, Faqihipour S. Research method in plain language: qualitative research. First Edition, Tehran, Dar al-Funun. 2015; p. 523. [Farsi]

[22] Dehghani M, Yaghoubi N. M, Mooghali A, Vazife Z. A Comprehensive model of factors affecting Establishment of Knowledge Management. *Journal of New Approaches in Educational Administration* 2019; 10(37): 109-132**.** [Farsi]

[23] Shafiei Sabet N, Karimi Marezi F. Evaluation and analysis of the effects of social capital on improving the dimensions of sustainable rural viability (Case study: Central district, Jiroft County). *Village and Space Sustainable Development* 2021; 2(4): 37-56. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]
[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]

Designing and Validating a Medical Tourism Model among Doctors and Staff of Ardabil University of Medical Sciences in 2022: A Descriptive Study

Ahad Norouzzadeh[1]

Received: 06/06/2023 Sent for Revision: 19/09/2023 Received Revised Manuscript: 01/11/2023 Accepted: 05/11/2023

Background and Objectives: Limitations of foreign exchange resources have caused the medical tourism industry to gain special importance. Based on this, the current research was conducted with the aim of designing and validating a model of medical tourism in two qualitative and quantitative stages.

Materials and Methods: This research is exploratory in terms of purpose and descriptive in terms of type. The contributors in the qualitative stage were 30 doctors in Ardabil Province in 2022, who were purposively selected by chain referral sampling; and in the second stage, based on the Morgan table, 201 employees working in the University of Medical Sciences were selected. In the qualitative phase, the data collection tool was a semi-structured interview that was conducted using Delphi method, and in the quantitative stage, the redesigned questionnaire resulting from the first stage and the structural equation modeling was used.

Results: Based on the findings, the following components were identified as the components effective on medical tourism: economic growth (β=0.433), entrepreneurial ecosystem (β=0.537), quality of laws (β=0.437), social networks (β=0.346), challenges (β=0.482), diversity of attractions and leisure opportunities (β=0.539), expert workforce (β=0.345), development of tourism policies (β=0.742), respect for opinions (β=0.339), sustainable income (β=0.407), Islamic medical services (β=0.369), effectiveness and efficiency (β=0.454), participation (β=0.608), common language (β=0.523), medical infrastructure (β=0.427), costs (β=0.384), natural capacities (β=0.375), and medical services tariff (β=0.517).

Conclusion: Developing tourism policies and having roadmap have significant contributions to the development of medical tourism. Increasing public participation, creating related jobs, introducing tourist attractions, economic liberalization, and improving political relations and visa regulations are effective cross-sectorial policies.

Key words: Tourism, Medical tourism, Delphi method

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Ardabil Branch, approved the study (IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.108).

How to cite this article: Norouzzadeh Ahad. Designing and Validating a Medical Tourism Model Among Doctors and Staff of Ardabil University of Medical Sciences in 2022: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (8): 835-58. [Farsi]

1- Assistant Prof., Dept. of Management, Germi Branch, Islamic Azad University, Germi, Iran, ORCID: 0000-0002-4334-5100 (Corresponding Author) Tel: (045) 32639709, Fax: (045) 32639709, E-mail: Ahad.Norouzzadeh@iau.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.8.5.3]

[DOI: 10.61186/jrums.22.8.835]