



## گردشگری و اوقات فراغت

<http://doi.org/10.22133/TLJ.2022.370331.1064>

### تأثیر ریسک ادراک‌شده بیماری کوید-۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس در ایران

زینب منصوری<sup>۱</sup>، مهدی کاظمی<sup>۲\*</sup>، سعید ده‌یادگاری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت کسب‌وکار، گرایش بازاریابی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

#### چکیده

#### اطلاعات مقاله

تأثیر منفی بحران‌هایی از قبیل بیماری‌های همه‌گیر در تقاضای گردشگری و رفتار گردشگران کانون مطالعات متعددی قرار گرفته و از ابعاد گوناگونی به آن نگریسته شده است. در پژوهش پیش‌رو، تأثیر ریسک ادراک‌شده از بیماری کوید-۱۹ در تمایل گردشگران برای روی آوردن به گردشگری بدون تماس شناسایی شده است. پژوهش کاربردی است و برای بررسی تأثیر ریسک درک‌شده از بیماری کوید-۱۹ در قصد رفتاری گردشگران از مدل باورهای سلامت و نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده شده است. به‌علت شرایط شیوع ویروس کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی در بازه زمانی گردآوری داده‌های پژوهش، پرسش‌نامه برخط در شبکه‌های اجتماعی اینستاگرام و توئیتر توزیع شد و پس از ویرایش، ۸۳۱ پرسش‌نامه قابل‌تحلیل به‌دست آمد. رویایی مدل و آزمون فرضیه‌ها با مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی شده است. نتایج آزمون فرضیه‌ها حاکی از آن است که ادراک شناختی از ریسک ابتلا به کوید-۱۹ در نگرش به گردشگری بدون تماس و هنجارهای ذهنی گردشگران تأثیری مثبت می‌گذارد. همچنین، نگرش به گردشگری بدون تماس، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده گردشگران در نیت رفتاری گردشگران درباره قصد رفتاری گردشگری بدون تماس نیز تأثیری مثبت را نشان می‌دهد. اما یافته‌های این پژوهش از تأثیر ریسک ادراک‌شده در کنترل رفتاری درک‌شده حمایت نمی‌کند.

#### مقاله پژوهشی

#### تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۸/۲۴

#### تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۹/۲۷

#### واژگان کلیدی:

ویروس کرونا  
گردشگری بدون تماس  
ادراک ریسک  
مدل باور سلامت  
نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

\* نویسنده مسئول

رایانامه: mehdykazemi@gmail.com

نحوه استناددهی:

منصوری، زینب، کاظمی، مهدی و ده‌یادگاری، سعید (۱۴۰۱). تأثیر ریسک ادراک‌شده بیماری کوید-۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس در ایران. گردشگری و اوقات فراغت، ۷(۱۳)، ۱۸۷-۲۰۱.

ناشر: دانشگاه علم و فرهنگ <https://www.usc.ac.ir>

## مقدمه

در سال‌های اخیر، ارتباط بین بحران‌ها و تقاضای گردشگری نمودی چشمگیر داشته است. چنین بحران‌هایی در ارزش و شمار گردشگران بین مناطق مبدأ و مقصد تأثیری مستقیم می‌گذارد (Reichel, 2007). در کنار بحران‌های طبیعی، بیماری‌های واگیردار نیز بعضاً موجب نگرانی و حتی وحشت مردم می‌شود و مانعی جدی برای تقاضای گردشگری به‌شمار می‌رود.

تاریخ بشر همواره با بیماری‌های عفونی مواجه بوده که میلیون‌ها نفر را درگیر کرده و مشکلات بی‌شماری به‌وجود آورده است. برخلاف بلاای طبیعی مانند زلزله، سیل و آتش‌سوزی، ممکن است آثار بیماری‌های همه‌گیر و همین‌طور ترس ناشی از ابتلا به آن تا مدت‌های طولانی ادامه داشته باشد و حتی پس از پایان همه‌گیری نیز احتمال بروز مجدد آن بسیار زیاد است (استراس، ۲۰۲۰). در این میان، صنعت گردشگری، با توجه به وابستگی شدید به رفتار و تقاضای گردشگران، شرایطی سخت و کم‌سابقه داشته است. در بسیاری از نقاط جهان، به‌علت قرنطینه برای پیشگیری از شیوع بیماری کوید-۱۹، نه‌تنها سفر و گردشگری داخلی و خارجی محدود و مختل شد، سفرهای درون شهری نیز به‌علت محدودشدن روابط خانوادگی به‌شدت کاهش یافت. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که درک خطر در قصد سفر تأثیر منفی می‌گذارد (Perić et al., 2021). نتایج برخی مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهد که درک خطر عامل مهمی است که در تصمیمات مسافران برای لغو یا به تعویق انداختن سفرهای تفریحی تأثیر می‌گذارد. از این‌رو، آگاهی از این‌که چه عواملی در تصمیم‌گیری مردم برای سفر در طول همه‌گیری نقش دارند برای مقامات بهداشت عمومی و همچنین ذی‌نفعان صنعت سفر و گردشگری در سراسر جهان ضروری است (Ojo et al., 2021).

در ایران نیز، از زمان اولین ابتلای تأییدشده کوید-۱۹، جنبه‌های زیادی از جامعه تحت تأثیر قرار گرفت و دولت برای جلوگیری از گسترش بیماری، ضمن اعمال محدودیت‌هایی، مردم را به رعایت فاصله اجتماعی در سراسر کشور تشویق کرد. نگرانی‌های ناشی از ابتلا و شیوع بیماری مزبور و ضرورت رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌ی اجتماعی موجب سردگمی، ترس، اضطراب و خستگی زیاد مردم در این مدت شد. کاهش تعاملات حضوری در جامعه و به حداقل رسیدن برنامه‌های سفر و گردشگری از بارزترین آثار رفتاری شیوع و پروس کرونا در دو سال گذشته بوده است. تشدید فشارهای ناشی از این مشکلات، علاوه بر تأثیرات جسمی، به لحاظ روانی نیز برای مردم دردسرافزین بوده است. با محدودشدن امکان مسافرت و گردشگری با روش‌های معمول برای رفع تنش‌های فکری و تمدد اعصاب و همین‌طور به‌علت تمایل ذاتی انسان به سیر و سیاحت و تجدید قوای جسمی و روانی از راه سفر و فاصله‌گرفتن از محیط زندگی جاری موجب طرح ایده‌های نو در این زمینه از جمله گردشگری بدون تماس شده است.

در این شیوه مردم می‌توانند با الگوی رفتاری متفاوت در سفر و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و پرهیز از تماس‌های غیرضروری ریسک ابتلا به بیماری را کاهش دهند و نیاز خود به گذراندن اوقات فراغت در طبیعت و بازدید از جاذبه‌های گردشگری مقاصد را برطرف کنند (Choi et al., 2013). نکته جالب توجه در رفتار گردشگران تفاوت در میزان گرایش آنان به رعایت پروتکل‌های بهداشتی و گردشگری بدون تماس است. با وجود خطرهای ناشی از تماس‌ها و تعاملات حضوری در حین سفر، از جمله هنگام تردد با وسایل نقلیه، انتخاب اقامتگاه، بازار و خرید، عده‌ای همچنان بر رفتارهای معمول خود اصرار می‌ورزند و پایبندی به رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی ندارند. طبق مدل باور سلامت، ادراک افراد از خطرهای تهدیدکننده سلامت بر تمایل آنان به رعایت رفتارهای محافظتی برای حفظ سلامتی مؤثر است (Rosenstock, 1974). بنابر نتایج پژوهش چن و همکاران (2017)، افرادی که خطر خاصی برای سلامتی‌شان درک می‌کنند، برای جلوگیری یا به حداقل رساندن آن خطر، رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه بیشتری انجام می‌دهند.

بر این اساس، گردشگران نیز منطقاً در رویارویی با نیازهای متناقض سفر و ایمنی باید رفتارهای محافظت‌کننده‌ای را به‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای انجام دهند تا، ضمن لذت‌بردن از سفر، ریسک ابتلا به بیماری را کاهش دهند (Brewer et al., 2004). این مقاله، با استناد به نظریه

رفتار برنامه‌ریزی‌شده و مدل باور سلامت، به دنبال پاسخ به این پرسش اصلی است که آیا ادراک از ریسک بیماری کوید-۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس در ایران تأثیر دارد و می‌توان تفاوت و دوگانگی در رفتارهای ایمنی و سلامت سفر گردشگران را بر این اساس تحلیل کرد.

## مبانی نظری پژوهش

### ۱. ریسک ادراک‌شده و قصد سفر

از دهه ۱۹۹۰، ریسک درک‌شده و تأثیر آن در تصمیم‌گیری پیرامون سفر و رفتارهای گردشگری از موضوعات مورد توجه پژوهشگران بوده است (Huang & Xu, 2020). در گردشگری، خطر پدیده‌ای تعریف شده است که گردشگران هنگام خرید و مصرف خدمات در مقصد درک می‌کنند (Tsaur, 2010). نکته شایان توجه این است که خطرهای مرتبط با گردشگری ماهیتی پویا دارند و با گذشت زمان تغییر می‌کنند و از مکانی به مکان دیگر متفاوت‌اند. خطر در گردشگری شامل اقدامات خشونت‌آمیز، بلایای طبیعی مانند طوفان و زلزله و مسائل بهداشت عمومی مانند شیوع اپیدمی است و ادراک ریسک در گردشگری را می‌توان بر اساس ویژگی‌های هر گردشگر متفاوت دانست (Korstanje, 2009; Lepp & Gibson, 2003).

### ۲. ریسک ادراک‌شده در گردشگری و ابعاد آن

وجود خطرهای جسمی و روانی برای گردشگران در حین سفر در بسیاری از پژوهش‌ها تأکید شده است. ممکن است عوامل زیادی از جمله حوادث فردی (بیماری یا آسیب)، شرایط محیطی (جنگ، آب‌وهوا و...) و مسائل اجتماعی (شوک فرهنگی، تفاوت‌های بین‌فرهنگی) برای گردشگر ایجاد شود. پژوهش‌های جاکوبی و کاپلان<sup>۱</sup> (1972)، موتینیو<sup>۲</sup> (1987)، روهل و فسنمایر<sup>۳</sup> (1992)، سونمز و گریف<sup>۴</sup> (1998)، یاواس<sup>۵</sup> (1990)، سولومون<sup>۶</sup> (2013) و جوناس و همکاران<sup>۷</sup> (2011) از مهم‌ترین پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه است. با بررسی نظریه‌های ارائه‌شده در زمینه ریسک سفر و تقسیم‌بندی انواع آن نتیجه‌گیری می‌شود که اولاً ریسک گردشگری پدیده‌ای است که با توجه به موقعیت مبدأ و مقصد سفر ادراک می‌شود (Dowling & Staelin, 1994)؛ ثانیاً، با توجه به موضوع این پژوهش، ریسک بهداشتی و سلامت تقریباً در همه مطالعات پیشین مطرح شده و وجه مشترک بیشتر طبقه‌بندی‌های موجود در ادبیات پژوهش است. در برخی مطالعات، ادراک ریسک سلامتی مؤلفه‌ای اساسی در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی افراد تلقی شده است (Rosenstock, 1971).

### ۳. ریسک ادراک‌شده (شناختی - عاطفی)

بر اساس فرضیه احساس خطر، پاسخ به موقعیت‌های خطرناک نیز تحت تأثیر احساساتی مانند نگرانی، ترس و اضطراب است. در میان واکنش‌های احساسی به ریسک، نگرانی آن‌قدر برجسته است که گاهی اوقات به‌عنوان نماینده ادراک ریسک مورد استفاده قرار می‌گیرد (Sjobergl, 1998).

در مطالعات بوهم<sup>۸</sup> (2003) درباره واکنش‌های احساسی به خطرهای محیطی، «نگرانی» شدیدترین احساس شناسایی شده است. لوونشتاین و همکاران<sup>۹</sup> (2001) با تمرکز بر نقش احساسات عنوان کردند که ارزیابی‌های شناختی و واکنش‌های احساسی در تعیین رفتار افراد

1. Jacoby & Kaplan
2. Roehl & Fesenmaier
3. Sönmez & Graefe
4. Yavas
5. Solomon
6. Jonas
7. Böhm
8. Loewenstein

تحت ریسک و عدم قطعیت تأثیر می‌گذارد. این پژوهشگران نظریه ریسک به‌عنوان احساسات را چارچوب نظری برای تحلیل نقش عواطف، مستقل از ارزیابی‌های شناختی در تصمیم‌گیری و رفتارها، ارائه دادند. بنابراین، ریسک عاطفی نوعی از بروز احساسات است که افراد در تصمیم‌گیری بر اساس آن عمل می‌کنند (Slovic et al., 2004). واکنش‌های عاطفی به خطرها، مانند ترس، اضطراب و نگرانی اغلب به رفتارهای متفاوتی از ارزیابی‌های شناختی منجر می‌شوند (Loewenstein et al., 2001).

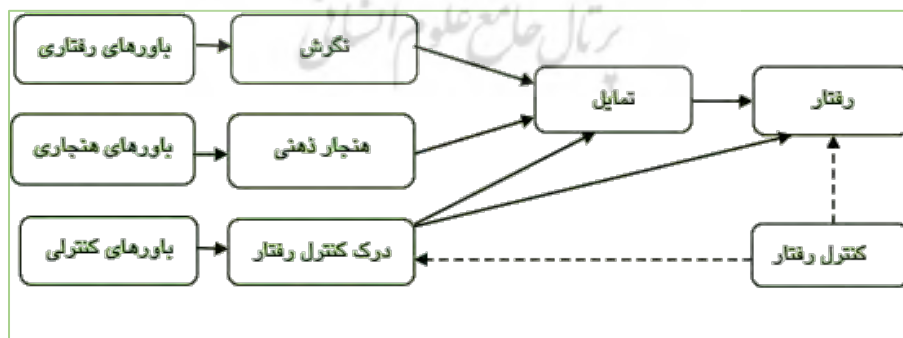
#### ۴. مدل باور سلامت

مدل باور سلامت، به‌منزله چارچوبی مفهومی برای توضیح رفتارهای بهداشتی، به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است. رفتار بهداشتی «هر رفتاری که ممکن است بر سلامت جسمی فرد تأثیر بگذارد یا هر رفتاری که فرد باور دارد ممکن است بر سلامت جسمی‌اش تأثیر بگذارد» تعریف می‌شود (Sutton, 2004).

این مدل برای توضیح رفتارهای گوناگون بهداشتی مانند کاهش وزن، واکسیناسیون، استفاده از کلاه ایمنی و مصرف مواد مغذی استفاده شده است (Donadiki et al., 2014). در مدل مزبور، خطرهای بهداشتی درک‌شده یکی از عوامل اصلی تشویق‌کننده رفتارهای ارتقادهنده سلامت افراد است (Champion & Skinner, 2008). علاوه‌براین، مشخص شده است که این مدل برای توصیف رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه در زمینه‌های گردشگری نیز مفید است (Huang & Xu, 2020).

#### ۵. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

یکی از متداول‌ترین نظریه‌هایی که قصد رفتار را بررسی می‌کند، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۱ است که توسعه مدل یا تئوری عمل مستدل است و این‌گونه تعریف می‌شود: رفتار هم‌زمان تحت تأثیر سه عامل قرار دارد: نگرش به یک رفتار، هنجارهای ذهنی و درجه کنترل رفتار ادراک‌شده. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده یکی از اصلی‌ترین مدل‌های پیش‌بینی رفتار بر اساس اعتقادات و نگرش‌های فرد است که بر اساس نظریه عمل مستدل (TRA) توسعه یافته است (Ajzen, 1991). طبق نظریه عمل مستدل، رفتار با نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی پیش‌بینی می‌شود. از آنجاکه این نظریه نمی‌توانست رفتارهایی که تحت تأثیر عوامل تعیین‌کننده متعدد قرار دارد را توضیح دهد، آجزن (1991) با اضافه کردن متغیر کنترل رفتاری درک‌شده نظریه عمل مستدل را توسعه داد (Terry et al., 1999). از این نظریه معمولاً در رشته‌هایی مانند روان‌شناسی، پزشکی، بازاریابی، تربیت بدنی و گردشگری استفاده می‌شود (De Groot & Steg, 2007; Ferdous, 2010). متغیرهای نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده همراه با روابط بین آن‌ها در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Ajzen, 1991)

1. Ajzen

نگرش به ارزیابی مثبت یا منفی فرد از پدیده یا عملی خاص اطلاق می‌شود (Ajzen, 1985) و از آنجا که پس از شکل‌گیری برای مدت طولانی تداوم می‌یابد، اغلب به منزله پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار قصد رفتاری عمل می‌کند (Hsu & Huang, 2012).

هنجارهای ذهنی به فشارهای اجتماعی اطلاق می‌شود که افراد را برای انجام کاری خاص یا امتناع از آن ترغیب می‌کند (Rivis et al., 2009). آجزن (1991) توضیح می‌دهد که وقتی خانواده یا دوستان نگرشی مثبت به عملی خاص دارند، احتمال انجام چنین کاری توسط فرد افزایش می‌یابد تا انتظارات از او برآورده شود و برعکس.

کنترل رفتاری ادراک‌شده مفهومی است که به درک فرد از توانایی‌های خود درباره مهارت‌ها و زمان و پول لازم برای انجام کاری خاص مربوط می‌شود (Hsu & Huang, 2012) و اشاره دارد به باور فرد به این‌که توانایی کنترل اوضاع و مدیریت منابع لازم برای انجام کاری خاص را دارد. آجزن (1991) استدلال می‌کند که میزان رابطه کنترل رفتاری ادراک‌شده و قصد به نوع و ماهیت رفتار بستگی دارد. به طور کلی، افراد تمایل بیشتری دارند رفتاری را انجام دهند که تصور می‌شود امکان‌پذیرتر است (Bandura et al., 1999).

## ۶. گردشگری بدون تماس

بدون تماس اصطلاحی جدید است که برای اولین بار در کتاب روند کره ۲۰۱۸<sup>۱</sup> معرفی شده است و اشاره به رفتاری دارد که تماس حضوری را به حداقل می‌رساند (kim, 2017). خرید و پرداخت آنلاین و دورکاری و افزایش فعالیت‌های انفرادی نمونه‌هایی از فعالیت‌های بدون تماس است. لی و لی<sup>۲</sup> (2020) فعالیت‌های بدون تماس را راهبرد جدید خدمات مشتری در عصر دیجیتال معرفی کرده‌اند. آن‌ها اظهار داشته‌اند که ویژگی‌های فردگرایانه افراد مدرن که می‌خواهند از تماس غیرضروری با دیگران اجتناب کنند، خصوصاً به علت نوآوری در فناوری، موجب شده است که رفتارهای بدون تماس جزو اولویت‌های افراد باشد. از زمان انتشار کوید-۱۹ در فوریه ۲۰۲۰، استفاده از اصطلاحاتی مانند مصرف بدون تماس، فرهنگ بدون تماس، بازاریابی بدون تماس، خدمات بدون تماس، استخدام بدون تماس و انتخابات بدون تماس رایج شده است. همچنین، در شرایط همه‌گیری کوید-۱۹، مردم برای جلوگیری از خطر ابتلا و اطمینان از ایمنی، با استفاده از خدمات غیرحضوری مبتنی بر فناوری و همچنین رفتارهایی مانند کم‌زدن یا پیاده‌روی، سبک زندگی جدیدی را به‌عنوان نوعی رفتار محافظت از خود شروع کرده‌اند. بسیاری از مردم برای رفع نیاز خود به سفر و اوقات فراغت در دوران همه‌گیری کرونا، با گذراندن وقت در طبیعت، اقامت در اماکن اختصاصی ویژه خانواده، لذت‌بردن از اطراق در فضای باز و سفرهای جاده‌ای یا سفر به‌تنهایی، ریسک ابتلا به بیماری را کاهش می‌دهند.

## پیشینه پژوهش

رتیچینووات و چاکرابورتی<sup>۳</sup> (2009) پژوهشی بر روی ریسک ادراک‌شده سفر با موضوع تروریسم و بیماری انجام داده‌اند تا دریابند گردشگران در مسافرت به خارج از کشور خود چه ریسک‌هایی را درک می‌کنند و این ریسک‌ها در مواقع بحرانی چه تأثیری بر تصمیم‌گیری آن‌ها می‌گذارد. آن‌ها دریافته‌اند که مردم سفرهای خود را کاملاً متوقف نمی‌کنند و جایگزین‌های دیگری را برای مقصد خود می‌یابند.

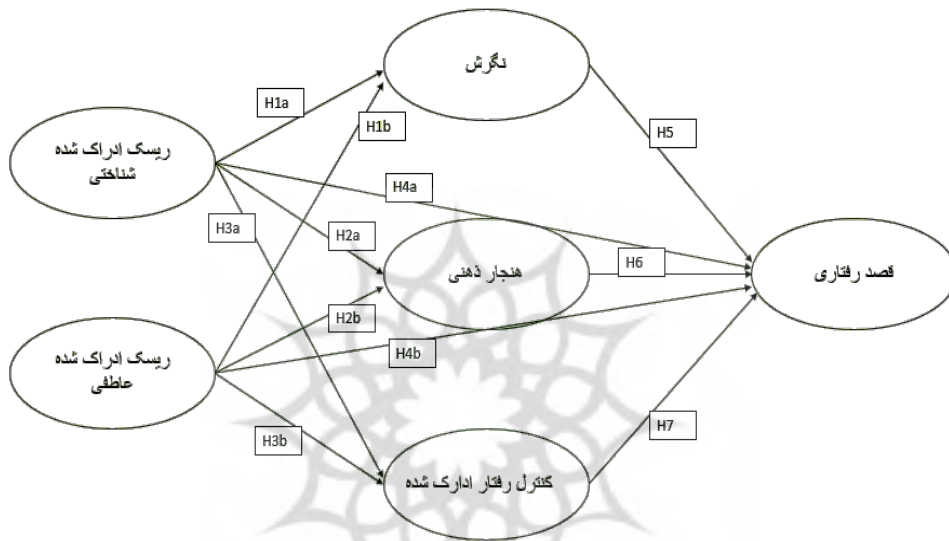
نخعی‌زاده و محمدی (۱۴۰۰)، در پژوهشی با عنوان «بررسی میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه و اضطراب ناشی از بیماری کوید ۱۹ در جمعیت بزرگ سال ایران»، دریافته‌اند که بین دو متغیر رعایت رفتارهای پیشگیرانه و اضطراب ناشی از بیماری کوید ۱۹ ارتباط معناداری وجود دارد.

1. Korea Treand 2018
2. Lee & Lee
3. Rittichainuwat & Chakraborty

اکبری آرباطان (۱۳۹۹)، در مطالعه‌ای با عنوان «واکاوی چالش‌های کسب و کارهای گردشگری در شرایط کرونا»، ادعا می‌کند که کارآفرینان و صاحبان کسب‌وکارهای کوچک و بزرگ در همه‌گیری بیماری و بحران‌ها باید توجه خود را از تحقق اهداف بر بقای تجارت متمرکز کنند.

### مدل مفهومی پژوهش و فرضیه‌ها

در این پژوهش، پژوهشگران بر اساس مبانی نظری در پی شناسایی روابط بین متغیرهای ریسک ادراک‌شده (شناختی و عاطفی)، نگرش، هنجار ذهنی، کنترول رفتار ادراک‌شده و قصد رفتاری هستند. در مدل مفهومی پژوهش، چگونگی روابط بین متغیرها نشان داده شده است (شکل ۲).



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش (Bae & Chan, 2021)

- بر اساس مدل مفهومی پژوهش، فرضیه‌ها به شرح زیر است و گفتنی است تمامی فرضیه‌ها برای کشور ایران مطرح شده است:
۱. ریسک ادراک‌شده شناختی از بیماری کوید ۱۹ در نگرش به گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۲. ریسک ادراک‌شده عاطفی از بیماری کوید ۱۹ در نگرش به گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۳. ریسک ادراک‌شده شناختی از بیماری کوید ۱۹ در هنجار ذهنی درباره گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۴. ریسک ادراک‌شده عاطفی از بیماری کوید ۱۹ در هنجار ذهنی درباره گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۵. ریسک ادراک‌شده شناختی از بیماری کوید ۱۹ در کنترول رفتاری ادراک‌شده از گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۶. ریسک ادراک‌شده عاطفی از بیماری کوید ۱۹ در کنترول رفتاری ادراک‌شده از گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۷. ریسک ادراک‌شده شناختی از بیماری کوید ۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۸. ریسک ادراک‌شده عاطفی از بیماری کوید ۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۹. نگرش به گردشگری بدون تماس در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۱۰. هنجارهای ذهنی درباره گردشگری بدون تماس در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.
  ۱۱. کنترول رفتاری ادراک‌شده از گردشگری در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس تأثیر می‌گذارد.

## روش شناسی

پژوهش از نوع کاربردی است و با توجه به ماهیت موضوع و روش تحلیل معادلات ساختاری، در گروه تحقیقات توصیفی - همبستگی قرار می‌گیرد. داده‌های میدانی با روش پیمایشی جمع‌آوری شده‌است. جامعه آماری این پژوهش را بزرگسالان بالای هجده سال ساکن ایران تشکیل داده‌اند که پیش از بیماری کوید-۱۹، در صورت مهیا بودن شرایط سفر، معمولاً سالانه دست‌کم یک‌بار گردشگری خارج از استان محل سکونت خود داشته‌اند (افرادی که اهل سفرند) و در مقطع گردآوری داده‌های این پژوهش عضو فعال دست‌کم یکی از شبکه‌های اجتماعی توییتر و اینستاگرام بوده‌اند. با توجه به جدول مورگان، تعداد مناسب برای نمونه ۳۸۴ نفر تخمین زده شد. طی چهار روز پس از انتشار پرسش‌نامه برخط در شبکه‌های اجتماعی توییتر و اینستاگرام، تعداد ۸۵۵ پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد که بعد از بررسی پرسش‌نامه‌ها و سؤالاتی که به منظور غربالگری در پرسش‌نامه گنجانده شده بود و حذف پرسش‌نامه‌هایی که شرایط ورود به تحلیل را نداشت، در نهایت ۸۳۱ پرسش‌نامه قابل تحلیل استخراج شد.

داده‌های بخش نظری پژوهش با روش کتابخانه‌ای و آرشویی و مراجعه به وبگاه‌های معتبر اینترنتی مانند ساینس دایرکت و امرالد جمع‌آوری شده است. پس از بررسی تحلیلی ادبیات موضوع و نظریه‌ها و مدل‌های موجود در این زمینه و تعیین مدل مفهومی، پژوهشگران برای گردآوری داده‌های میدانی ابزار پرسش‌نامه را به‌کار گرفته‌اند. پرسش‌نامه پژوهش که توسط پی و چنگ<sup>۱</sup> (2021) تهیه و در پژوهشی مشابه استفاده شده است دو بخش دارد: بخش اول به سؤالات غربالگری و جمعیت‌شناختی و بخش دوم به ۲۴ سؤال استاندارد با مشخصات زیر به هریک از متغیرها اختصاص یافته است:

نگرش (سؤالات ۱ تا ۴)، ریسک ادراک شده عاطفی (سؤالات ۵ تا ۸)، ریسک ادراک شده شناختی (سؤالات ۹ تا ۱۲)، هنجارهای ذهنی (سؤالات ۱۳ تا ۱۶)، قصد رفتار (سؤالات ۱۷ تا ۲۰)، کنترل رفتاری ادراک شده (سؤالات ۲۱ تا ۲۴). همچنین طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت با گزینه‌های خیلی مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و خیلی موافقم به پاسخ‌دهندگان معرفی شد.

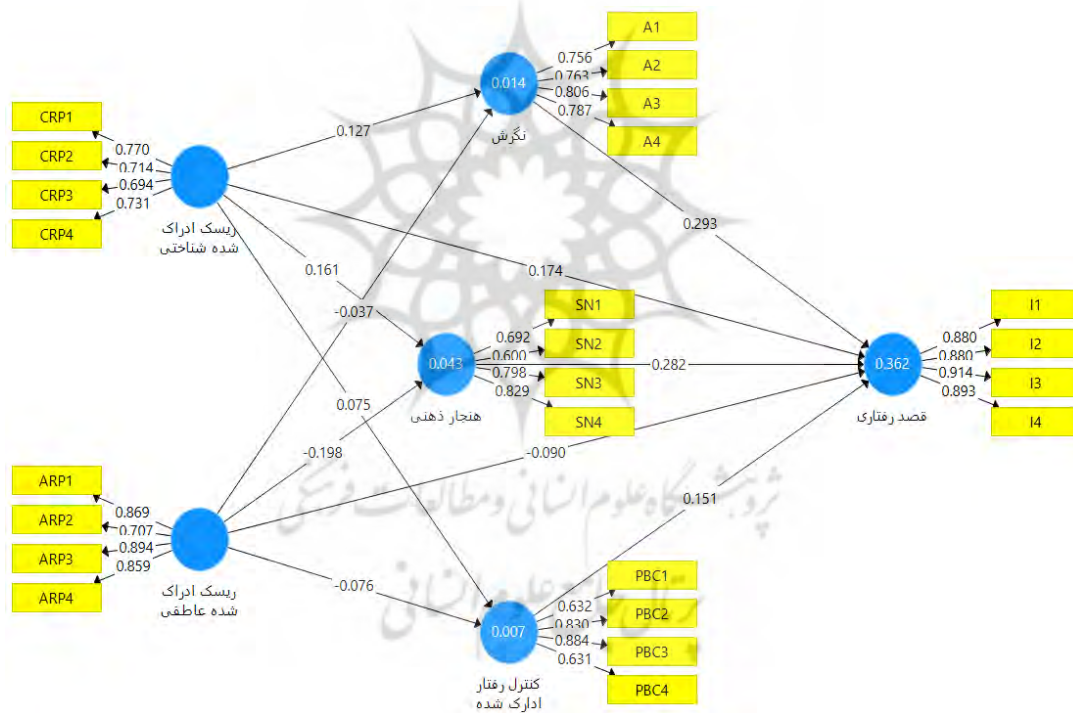
برای تعیین پایایی پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای هریک از متغیرها محاسبه شده است. نتایج نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ برای همه متغیرها بیشتر از ۰/۷ و ضریب پایایی ترکیبی برای همه متغیرها بیشتر از ۰/۸ است. بررسی روایی مدل (هم‌گرا و واگرا) با مدل‌سازی معادلات ساختاری و آزمون فرضیه‌ها با روش تی و به‌کارگیری نرم‌افزارهای اس پی اس و اسمارت پی ال اس ۳ انجام شده است. در روایی هم‌گرا، مقدار ملاک برای سطح قبولی معیار میانگین واریانس استخراج شده (AVE)<sup>۲</sup> ۰/۴ است. مقادیر مربوط به AVE هر شش سازه مدل از ۰/۴ بیشتر و بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۹ است که حاکی از تأیید روایی هم‌گرای مدل اندازه‌گیری است. روایی واگرا میزان هم‌بستگی سازه با شاخص‌هایش را نشان می‌دهد. روایی واگرا وقتی پذیرفتنی است که میزان جذر AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل باشد.

1. Bae & Chang  
2. Average variance extracted

جدول ۱: ماتریس مقایسه جذر AVE و ضرایب هم‌بستگی سازه‌ها

سازه‌های مورد مطالعه	ریسک ادراک شده شناختی	ریسک ادراک شده عاطفی	قصد رفتاری	نگرش ذهنی	هنجار ذهنی	کنترل رفتار ادراک شده
ریسک ادراک شده شناختی	۰/۷۲۸					
ریسک ادراک شده عاطفی	۰/۳۵۳	۰/۸۳۶				
قصد رفتاری	۰/۲۰۹	-۰/۰۷۳	۰/۸۹۲			
نگرش	۰/۱۱۴	۰/۰۰۸	۰/۴۶۷	۰/۷۷۸		
هنجار ذهنی	۰/۰۹۱	-۰/۱۴۱	۰/۴۸۲	۰/۴۳۹	۰/۷۳۵	
کنترل رفتار ادراک شده	۰/۰۴۸	-۰/۰۵۰	۰/۳۰۴	۰/۲۰۶	۰/۲۸۲	۰/۷۵۳

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقادیر AVE هر سازه (مقادیر قطر اصلی) از ضرایب هم‌بستگی آن سازه با سازه‌های دیگر (مقادیر هم سطر و هم ستون) بیشتر شده است که این مطلب حاکی از پذیرفتنی بودن روایی و اگرای سازه‌ها است. خروجی نرم‌افزار که بیانگر برازش مدل مفهومی پژوهش از طریق مدل معادلات ساختاری است در شکل ۳ آمده است.



شکل ۱: مدل مفهومی با ضرایب استاندارد شده بار عاملی و ضرایب مسیر (ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری)

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که به ترتیب زنان با سهم ۵۳/۹ درصد بیشترین و مردان با ۴۶ درصد کمترین مشارکت را در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها داشته‌اند. همچنین، توزیع سنی نمونه در گروه‌های بین ۱۸ تا بیشتر از ۵۴ سال است که بیشترین تعداد متعلق به گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ ساله‌ها است. ۷۰/۳ درصد مشارکت در تکمیل و ارسال پرسش‌نامه‌ها مربوط به متأهلان و ۲۹/۷ درصد مربوط به مجردها بوده است.



منصوری و همکاران / تأثیر ریسک ادراک شده بیماری کوید-۱۹ در قصد رفتاری گردشگری بدون تماس در ایران

در نهایت، تحلیل توصیفی داده‌های جمعیت‌شناختی حاکی از حضور فعالانه افراد با تحصیلات دانشگاهی (مجموعاً با حدود ۸۴ درصد) است. افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم ۱ درصد و و دیپلمه‌ها ۱۵/۶ درصد مشارکت داشته‌اند.

در ادامه، با نگاهی به نتایج آمارهای تحلیلی، وضعیت فرضیه‌های پژوهش بررسی می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار آماره تی برای شش فرضیه بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از تأیید این فرضیه‌ها دارد و برای سه فرضیه این مقدار کمتر از ۱/۹۶ است که حاکی از تأیید نشدن این فرضیه‌ها است. همچنین، مثبت بودن مقدار این آماره به معنی اثر مثبت متغیر مستقل بر وابسته است. برای نمونه، ریسک ادراک شده شناختی اثر مثبت بر نگرش دارد. اما رابطه اثر ریسک ادراک شده عاطفی بر نگرش تأیید نشده است. نتایج آماره تحلیلی، که در جدول ۲ آمده است، نشان‌دهنده تأیید شش رابطه و رد سه رابطه تعریف شده است. تمامی معیارها و شاخص‌هایی که برای مدل‌های ساختاری به کار می‌رود در جدول ۲ به صورت خلاصه آمده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل مسیر شاخص‌های مدل‌های ساختاری و آزمون فرضیه‌ها

فرضیه‌ها	مسیر: متغیر مستقل ← متغیر وابسته	$\beta$	t_value	سطح معناداری	نتیجه آزمون فرضیه
فرضیه ۱	ریسک ادراک شده شناختی ← نگرش	۰/۱۲۷	۳/۰۹۳	۰/۰۰۳	تأیید
فرضیه ۲	ریسک ادراک شده عاطفی ← نگرش	-۰/۰۳۷	۰/۸۹۹	۰/۴۰۸	رد
فرضیه ۳	ریسک ادراک شده شناختی ← هنجار ذهنی	۰/۱۶۱	۴/۳۴۴	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۴	ریسک ادراک شده عاطفی ← هنجار ذهنی	-۰/۱۹۸	۵/۶۵۹	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۵	ریسک ادراک شده شناختی ← کنترل رفتار ادراک شده	۰/۰۷۵	۱/۷۱۷	۰/۰۸۵	رد
فرضیه ۶	ریسک ادراک شده عاطفی ← کنترل رفتار ادراک شده	-۰/۰۷۶	۱/۸۵۱	۰/۰۶۸	رد
فرضیه ۷	ریسک ادراک شده شناختی ← قصد رفتاری	۰/۱۷۴	۴/۹۲۳	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۸	ریسک ادراک شده عاطفی ← قصد رفتاری	-۰/۰۹۰	۲/۸۱۱۵	۰/۰۰۷	تأیید
فرضیه ۹	نگرش ← قصد رفتاری	۰/۲۹۳	۸/۵۲۵	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۱۰	هنجار ذهنی ← قصد رفتاری	۰/۲۸۲	۸/۱۸۴	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۱۱	کنترل رفتار ادراک شده ← قصد رفتاری	۰/۱۵۱	۴/۶۶۶	۰/۰۰۰	تأیید

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها و رد فرضیه‌های دوم، پنجم و ششم (جدول ۲)، روابط ترسیم شده بر اساس این فرضیه‌ها نیز از مدل مفهومی حذف می‌شود.

بر اساس نتایج پژوهش، بین تأثیر ریسک ادراک شده شناختی و قصد رفتاری گردشگری بدون تماس رابطه معنی‌داری وجود دارد. تأیید این فرضیه به این مفهوم است که تغییرات در میزان ریسک ادراک شده از سوی گردشگران موجب تغییر در متغیر قصد سفر آن‌ها به سبک بدون تماس می‌شود. نتایج به دست آمده از رابطه معنادار بین این متغیرها با نتایج پژوهش فنگ و همکاران (2016) هم‌سو است. بر اساس این نتیجه، ادراکات از ریسک و به خصوص ریسک فیزیکی (سلامتی) یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده قصد سفر گردشگران است. به بیان دیگر، ریسک درک شده نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های گردشگران برای قصد بازدید از مقصد گردشگری ایفا می‌کند، زیرا بروز بحران‌های سلامتی ممکن است ریسک فیزیکی گردشگر را افزایش دهد و مانع از ورود گردشگران به مقاصد گردشگری شود. به طور کلی، ادراکات گردشگران از ریسک

در رفتار و تصمیم‌گیری‌های مربوط به گردشگر نقش حیاتی ایفا می‌کند. استفانی و همکاران (2008) نیز تأیید می‌کنند که درک ریسک تأثیر چشمگیری در قصد رفتاری نشان می‌دهد.

کامرون و ریو (2006) بر این نظرند که ممکن است در مسائل و موضوعات گوناگون تأثیر متفاوتی از نگرانی (ریسک عاطفی) و ریسک شناختی وجود داشته باشد. هنگامی که اثربخشی یا نتایج موضوعی ناشناخته باشد، تأثیر ریسک عاطفی شدیدتر و زمانی که اطلاعات و آگاهی درباره موضوع بیشتر باشد، تأثیر ریسک شناختی در قصد رفتاری افزایش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهد که ریسک شناختی در مقایسه با ریسک عاطفی تأثیر بیشتری در قصد رفتاری داشته است. علت این تأثیر اطلاع‌رسانی‌های زیاد درباره بیماری کرونا بوده است که باعث شده ریسک شناختی تأثیر بیشتری در انجام رفتارهای محافظتی جامعه داشته باشد.

از طرفی، طبق یافته‌های پژوهش، بین ریسک ادراک‌شده عاطفی و قصد سفر به سبک گردشگری بدون تماس رابطه‌ای معکوس وجود دارد؛ یعنی افرادی که نگرانی شدیدتری از ابتلا به بیماری دارند قصد کمتری برای سفر به سبک بدون تماس خواهند داشت. این نتیجه به این علت است که این افراد مخالف هرگونه سفر در دوران همه‌گیری بیماری هستند و اعتقاد دارند این سبک گردشگری از آن‌ها در برابر ابتلا به بیماری محافظت کند.

شناخت این ریسک به بازاریابان و مدیران مقصد این بینش را می‌دهد که نگرش گردشگران درباره این سبک از گردشگری را بشناسند و دریابند که چگونه می‌شود برداشت آن‌ها را به منظور تغییر الگوی تقاضا و قصد بازدید مجدد از مکان گردشگری عوض کرد. پس بسیار ضروری است که عوامل مؤثر بر این نگرش نیز بررسی شوند.

نتایج حاصل از شاخص‌های برازندگی نشان می‌دهد که درخصوص تأثیر ریسک ادراک‌شده شناختی بر نگرش، مقدار  $P$  (معنی‌داری) برابر  $0/03$  و کوچک‌تر از سطح معنی‌داری  $(\alpha=0/05)$  است؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. این نتیجه با یافته‌های بای و چانگ (2021)، چپو و جاهاری (2014) و شیم و یو (2015) هم‌خوانی دارد. این یافته نشان می‌دهد که نگرش مطلوبی به گردشگری بدون تماس بر اساس آمارها و اطلاعات درباره بیماری ایجاد شده است و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

اما برخلاف فرضیه پژوهش درخصوص تأثیر ریسک ادراک‌شده عاطفی در نگرش، نتایج بیانگر رد تأثیرگذاری ریسک ادراک‌شده عاطفی از بیماری کوید-19 در نگرش به گردشگری بدون تماس است. نتایج بیان می‌کند که نگرش مطلوبی به گردشگری بدون تماس بر اساس احساس ترس و نگرانی از بیماری ایجاد نشده است.

طبق نتایج به دست آمده از شاخص‌های برازندگی، درخصوص تأثیر هر دو ریسک ادراک‌شده شناختی و عاطفی در هنجارهای ذهنی، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و هنجارهای ذهنی درباره گردشگری بدون تماس نیز تحت تأثیر ریسک ادراک‌شده شناختی و عاطفی قرار می‌گیرد. وقتی فردی خطرهای ناشی از این بیماری از جمله شناختی و همچنین اضطراب و نگرانی ناشی از آن را درک می‌کند، احتمالاً معتقد است که گردشگری بدون تماس مورد تأیید خانواده، دوستان و اطرافیان نیز هست. این نتیجه با یافته‌های موری و شالر (2012) مطابقت دارد که تأثیر تهدید درک‌شده از بیماری‌های عفونی را در هنجارهای اجتماعی تأیید می‌کند.

منفی بودن ضریب مسیر در ارتباط بین ریسک ادراک‌شده عاطفی و هنجار ذهنی نشان از رابطه معکوس این دو متغیر می‌دهد؛ یعنی افرادی که نگرانی بیشتری درباره ویروس کرونا درک می‌کنند، معتقدند که اطرافیان و خانواده‌شان دیدگاه مثبتی به گردشگری بدون تماس ندارند و هنجار تعریف‌شده در بین اطرافیان آن‌ها بیشتر مبنی بر لغو هرگونه سفر است و گردشگری بدون تماس را راه ایمنی برای پیشگیری از ابتلا به بیماری نمی‌دانند.

درخصوص تأثیر ریسک ادراک‌شده شناختی در کنترل رفتاری ادراک‌شده می‌شود گفت که بین تأثیر ریسک ادراک‌شده شناختی و عاطفی در کنترل رفتاری ادراک‌شده از گردشگری بدون تماس رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این نتایج با پژوهش بای و چانگ (2021) مطابقت دارد.

در پژوهش‌های آن‌ها نیز ریسک ادراک‌شده شناختی و عاطفی در کنترل رفتار ادراک‌شده بی‌تأثیر بود که بیانگر این است که ریسک ادراک‌شده جزو عوامل مؤثر بر درک کنترل رفتار نیست و اگر فردی توانایی انجام رفتاری را داشته باشد ریسک ادراک‌شده تأثیری در توانایی او برای قصد و انجام آن رفتار ندارد و این توانایی مستقل از میزان ادراک خطر در افراد است.

همان‌طور که انتظار می‌رفت، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده پیش‌بینی‌کننده‌های مثبتی از قصد سفر به سبک بدون تماس بودند، که با یافته‌های فراوان از پژوهش‌های پیشین در حوزه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطابقت دارد (Murray & Schaller, 2012). ریچارد و همکاران (1996) خاطرنشان کردند که «دست‌کم برای برخی رفتارها، اگر عوامل مؤثر در مدل گنجانده شوند، توانایی پیش‌بینی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده افزایش می‌یابد». از این رو، با توسعه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با متغیر ریسک ادراک‌شده، انتظار می‌رود نتایج دقیق‌تری به دست آمده باشد.

این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین مطابقت دارد که تأثیر تهدید قابل‌درک بیماری عفونی در انطباق با هنجارهای اجتماعی را تأیید می‌کنند. تحت همه‌گیری کوید-۱۹، فشارهای قوی دوستان و آشنایان برای انطباق با هنجارهای اجتماعی مانند فاصله‌گذاری اجتماعی ممکن است سپرهای محافظتی‌ای را در برابر خطرهای بهداشتی در جامعه ایجاد کند (Lee & Collins, 2000).

در پایان باید گفت که این پژوهش، ضمن بررسی تحلیلی مفاهیم نظری مرتبط، نتایجی کاربردی درباره تأثیر کوید-۱۹ در تغییرات رفتاری گردشگران دارد. با توجه به موج‌های بعدی احتمالی کوید-۱۹ یا سایر تهدیدات سلامتی، نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی مفید برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران و فعالان صنعت گردشگری باشد. به علاوه، این پژوهش با به‌کارگیری مفهوم بدون تماس در گردشگری الگوی رفتاری جدیدی را در بین گردشگران در طول همه‌گیری توضیح می‌دهد. به‌طور خاص، این مفهوم به منزله رفتاری محافظتی مبتنی بر مدل باور بهداشت و نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطرح شده است که با به حداقل رساندن خطرهای ناشی از بیماری تمایل افراد برای سفر حتی در زمان همه‌گیری را برمی‌انگیزد.

## سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه شهید باهنر کرمان برای حمایت و تشویق انجام این پژوهش قدردانی می‌شود.

## منابع

- اکبری آرباطان، کلثوم (۱۳۹۹). واکاوی چالش‌های کسب‌وکارهای گردشگری در شرایط کرونا. پنجمین همایش بین‌المللی گردشگری، جغرافیا و محیط‌زیست پاک، همدان، ۱۱-۱. <https://civilica.com/doc/1151459>
- نخعی‌زاده، امیرمالک و محمدی، سپیده (۱۴۰۰). بررسی میزان رعایت رفتارهای پیشگیرانه و اضطراب ناشی از بیماری کوید ۱۹ در جمعیت بزرگ سال ایران. *مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان)*، ۲۹(۲)، ۱۶۰-۱۷۰.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J., Beckmann, J. (eds) *Action Control* (pp. 11-39). SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978--3-642-69746-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978--3-642-69746-3_2)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

- Bae, S. Y., & Chang, P. J. (2021). The effect of coronavirus disease-19 (COVID-19) risk perception on behavioural intention towards 'untact' tourism in South Korea during the first wave of the pandemic (March 2020). *Current Issues in Tourism*, 24(7), 1017–1035. <https://doi.org/10.1080/13683500.2020.1798895>
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). *Self-efficacy: The exercise of control*. Springer.
- Böhm, G. (2003). Emotional reactions to environmental risks: Consequentialist versus ethical evaluation. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 199–212.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington, J. E. (2004). Risk Perceptions and Their Relation to Risk Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 125–130. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702\\_7](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_7)
- Cameron, L. D., & Reeve, J. (2006). Risk perceptions, worry, and attitudes about genetic testing for breast cancer susceptibility. *Psychology & Health*, 21(2), 211–230.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 4(31), 45–65. <https://doi.org/10.1177/109019817200103107>
- Chen, J., Wu, H., Qian, H., & Gao, Y. (2017). Assessing Nitrate and Fluoride Contaminants in Drinking Water and Their Health Risk of Rural Residents Living in a Semiarid Region of Northwest China. *Exposure and Health*, 9(3), 183–195. <https://doi.org/10.1007/s12403-016-0231-9>
- Chew, E. Y. T., & Jahari, S. A. (2014). Destination image as a mediator between perceived risks and revisit intention: A case of post-disaster Japan. *Tourism Management*, 40, 382–393. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2013.07.008>
- Choi, J., Lee, A., & Ok, C. (2013). The effects of consumers' perceived risk and benefit on attitude and behavioral intention: A study of street food. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 30(3), 222–237. <https://doi.org/10.1080/10548408.2013.774916>
- De Groot, J., & Steg, L. (2007). General beliefs and the theory of planned behavior: The role of environmental concerns in the TPB. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(8), 1817–1836. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00239.x>
- Donadiki, E. M., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A., Jimenez-Trujillo, I., & Velonakis, E. G. (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health*, 128(3), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.12.004>
- Dowling, G. R., & Staelin, R. (1994). A Model of Perceived Risk and Intended Risk-Handling Activity. *Journal of Consumer Research*, 21(1), 119-134. <https://doi.org/10.1086/209386>
- Fang, B., Ye, Q., Kucukusta, D., & Law, R. (2016). Analysis of the perceived value of online tourism reviews: Influence of readability and reviewer characteristics. *Tourism Management*, 52, 498–506.
- Ferdous, A. S. (2010). Applying the theory of planned behavior to explain marketing managers' perspectives on sustainable marketing. *Journal of International Consumer Marketing*, 22(4), 313–325. <https://doi.org/10.1080/08961530.2010.505883>

- Hsu, C. H. C., & Huang, S. (2012). An Extension of the Theory of Planned Behavior Model for Tourists. *Journal of Hospitality and Tourism Research*, 36(3), 390–417. <https://doi.org/10.1177/1096348010390817>
- Huang, L.-F., Chiang, C.-C., & Chen, H.-C. (2014). Willingness to Pay of Visitors for the Nature-based Public Park: An Extension of Theory of Planning Behavior (TPB). *Journal of Information and Optimization Sciences*, 35(5–6), 405–429. <https://doi.org/10.1080/02522667.2014.903701>
- Huang, X., Dai, S., & Xu, H. (2020). Predicting tourists' health risk preventative behaviour and travelling satisfaction in Tibet: Combining the theory of planned behaviour and health belief model. *Tourism Management Perspectives*, 33, 100589. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2019.100589>
- Jacoby, J., & Kaplan, L. B. (1972). The Components of Perceived Risk. *Proceedings of the Annual Conference of the Association for Consumer Research*, 10, 382-393.
- Jonas, A., Mansfeld, Y., Paz, S., & Potasman, I. (2011). Determinants of health risk perception among low-risk-taking tourists traveling to developing countries. *Journal of Travel Research*, 50(1), 87–99.
- Kim, N. (2017). *Trend Korea 2018*. Miraebook Publishing.
- Korstanje, M. (2009). RE-VISITING RISK PERCEPTION THEORY IN THE CONTEXT OF TRAVEL. *E-Review of Tourism Research*, 7(4), 68-81.
- Lee, C., & Collins, B. A. (2000). Family decision making and coalition patterns. *European Journal of Marketing*, 34(9/10), 1181–1198. <https://doi.org/10.1108/03090560010342584>
- Lee, S. M., & Lee, D. H. (2020). "Untact": a new customer service strategy in the digital age. *Service Business*, 14(1), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11628-019-00408-2>
- Lepp, A., & Gibson, H. (2003). Tourist roles, perceived risk and international tourism. *Annals of Tourism Research*, 30(3), 606–624. [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(03\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(03)00024-0)
- Loewenstein, G. F., Hsee, C. K., Weber, E. U., & Welch, N. (2001). Risk as Feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267>
- Moutinho, L. (1987), "Consumer Behaviour in Tourism", *European Journal of Marketing*, Vol. 21 No. 10, pp. 5-44. <https://doi.org/10.1108/EUM00000000004718>
- Murray, D. R., & Schaller, M. (2012). Threat (s) and conformity deconstructed: Perceived threat of infectious disease and its implications for conformist attitudes and behavior. *European Journal of Social Psychology*, 42(2), 180–188.
- Ojo, K. E., Ferreira, S., Salazar, J., & Bergstrom, J. (2021). *Travel Behavior in the United States Amidst COVID-19*.
- Perić, G., Dramićanin, S., & Conić, M. (2021). The impact of serbian tourists' risk perception on their travel intentions during the covid-19 pandemic. *European Journal of Tourism Research*, 27, 2705-2705. <https://doi.org/10.24818/18423264/54.1.20.09>
- Reichel, A., Fuchs, G., & Uriely, N. (2007). Perceived risk and the non-institutionalized tourist role: The case of Israeli student ex-backpackers. *Journal of Travel Research*, 46(2), 217–226. <https://doi.org/10.1177/0047287507299580>

- Rittichainuwat, B. N., & Chakraborty, G. (2009). Perceived travel risks regarding terrorism and disease: The case of Thailand. *Tourism Management*, 30(3), 410–418.
- Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta analysis of anticipated affect and moral norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2985–3019.
- Roehl, W. S., & Fesenmaier, D. R. (1992). Risk perceptions and pleasure travel: An exploratory analysis. *Journal of Travel Research*, 30(4), 17–26.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M. (1971). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Shim, M., & You, M. (2015). Cognitive and affective risk perceptions toward food safety outbreaks: mediating the relation between news use and food consumption intention. *Asian Journal of Communication*, 25(1), 48–64. <https://doi.org/10.1080/01292986.2014.989242>
- Sjobergl, L. (1998). Worry and Risk Perception. *Risk Analysis*, 18(I), 85–93.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis: An International Journal*, 24(2), 311–322.
- Solomon, M. R. (2013). *Consumer Behaviour: Buying, Having, and Being*, Global edition. Prentice-Hall, New Jersey..
- Stefani, G., Cavicchi, A., Romano, D., & Lobb, A. E. (2008). Determinants of intention to purchase chicken in Italy: the role of consumer risk perception and trust in different information sources. *Agribusiness: An International Journal*, 24(4), 523–537.
- Strauss, V. (2020). 1.5 billion children around globe affected by school closure. What countries are doing to keep kids learning during pandemic. *The Washington Post*. March 28, 2020. <https://www.washingtonpost.com/education/2020/03/26/nearly-14-billion-children-around-globe-are-out-school-heres-what-countries-are-doing-keep-kidslearning-during-pandemic/>
- Sutton, S. (2004). Determinants of Health-Related Behaviours: Theoretical and methodological issues. *The Sage handbook of health psychology*, 94–126. <https://doi.org/10.4135/9781848608153.n4>
- Terry, D. J., Hogg, M. A., & White, K. M. (1999). The theory of planned behaviour : Self- Identity, social identity and group norms. *British Journal of Social Psychology*, 38(3), 225–244. <https://doi.org/10.1348/014466699164149>
- Tsaur, S.-H., Yen, C.-H., & Chen, C.-L. (2010). Independent tourist knowledge and skills. *Annals of Tourism Research*, 37(4), 1035–1054.
- Yavas, U. (1990). Correlates of vacation travel: some empirical evidence. *Journal of Professional Services Marketing*, 5(2), 3–18.

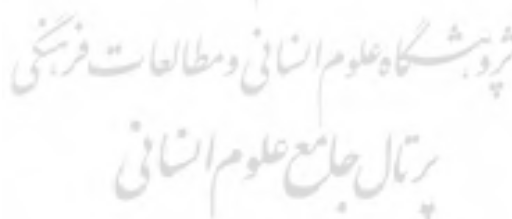
## The Effect of Risk perception of COVID-19 on Behavioral Intention of Untact Tourism in IRAN

Zeinab Mansouri<sup>1</sup>, Mehdi Kazemi,<sup>2\*</sup> Saead Dehyadegari<sup>3</sup>

### Abstract

The negative impacts of crises such as pandemics on tourism demand and tourist behavior have been studied from different dimensions. As a result of one of the most critical pandemics in recent decades and its impact on tourists and the behavior of tourists, this study examines the effects of covid-19 risk perception on behavioral intention toward “untact” tourism, based on the frameworks of the Health Belief Model and the extended Theory of Planned Behavior. Due to the Corona pandemic outbreak and Quarantine during the research data collection (June 1400), an online questionnaire was published on social networks such as Instagram and Twitter, and 831 questionnaires were used for data analysis. The model’s validity and testing of the hypotheses have been investigated by modeling structural equations. The results indicate that the cognitive perception of Covid-19 risk positively affects attitudes and subjective norms. Also, the attitude, subjective norm, and perceived behavioral control of tourists positively influence behavioral intention. However, the findings of this study do not support the effect of perceived risk on perceived behavioral control.

**Keywords:** Coronavirus Disease-19, Risk Perception, Untact Tourism, Health Belief Model, Theory of Planned Behavior



1. M. A., Department of Management, Shahid Bahonar University of kerman, kerman, Iran

2. Associate Professor, Department of Management, Shahid Bahonar University of kerman, kerman, Iran (Corresponding author); mehdykazemi@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Management, Shahid Bahonar University of kerman, kerman, Iran