

The Effect of Cultural Values on the Perceived Quality of Health Tourism Services Case study: Sarein

Reza Hasanzadeh¹, Bagher Asgarnezhad Nouri^{2✉}, Ghasem Zarei³, Allahyar Beigifiroozi⁴

1. Master of Business Administration, Department of Management, Shamim Danesh Novin Higher Education Institute, Ardabil, Iran
R.hasanzadeh@e.novinardebil.ac.ir
2. Associate Professor of Business Administration, Faculty of Economics and Management, University of Urmia, Urmia, Iran
✉E-mail: b.asgarnezhad@urmia.ac.ir
3. Associate Professor of Business Administration, Faculty of Social Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
E-mail: Zarei@uma.ac.ir
4. Member of the Faculty of Business Management Department, Faculty of Management and Accounting, Payamnoor University, Iran
E-mail: E-mail: beigi.firoozi@pnu.ac.ir



How to Cite: Hassanzadeh, R; Asgarnezhad Nouri, B; Zarei, Gh; & Beigifiroozi, A. (2023). The Effect of Cultural Values on the Perceived Quality of Health Tourism Services (Case study: Sarein). *Geography and Development*, 21 (71), 116-138.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22111/GDIJ.2023.7592>

Received:

13 August 2022

Received in revised form:

25 January 2023

Accepted:

8 April 2023

Published online:

20 May 2023

ABSTRACT

The globalization of healthcare has led to the emergence of a new form of tourism known as health tourism. Given the special importance of tourism and especially health tourism and the resulting economic benefits, the quality factor can be important and fundamental. Among the factors that can affect the quality of health tourism services are cultural values. Therefore, this study aims to investigate the effect of cultural values on the perceived quality of health tourism services in Sarein city, which is done using Hofstede culture model and Padma service quality model. The statistical population of this study includes all domestic tourists who entered the city of Sarein in the period of June and early July of 2018. A researcher-made questionnaire was used to collect data and out of 400 distributed questionnaires, 372 people answered the questionnaires. Structural equations and LISREL software were used for data analysis. The results show that the relationship between pleasure-seeking/self-control and perceived quality of health tourism services is significant and positive. Also, a positive and significant relationship between long-term/ short-term orientation, degree of ambiguity acceptance, power distance, masculinity/feminism and individualism/collectivism with the perceived quality of health tourism services was confirmed.

Keywords:

Cultural values,
Quality of services,
Health tourism,
Sarein.



© the Author(s).

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

Extended Abstract

1. Introduction

Health tourism includes medical tourism and wellness tourism. The purpose of health tourists is to use or enjoy natural resources such as salt, mineral water and hot water, or to treat physical and mental diseases, which is done with the supervision and intervention of the medical staff. Experienced

manpower, equipping and completing treatment centers, organizing the airport situation, providing suitable facilities are the most important indicators for the development of this industry, and the quality of the services provided is an important and fundamental factor. Service quality is the gap between customers' expectations of services and

their perceptions of services. Among the factors that can affect the perceived quality of health tourism services are cultural values. Cultural values are important beliefs and norms commonly held by members of a society and can influence various aspects of members' behavior. Cultural values arise from individual values, because they are the basis on which culture is based. The existence of health tourism attractions in the city of Sarein and its increasing development along with five million visitors per year, justifies the necessity of conducting studies in the field of health tourism.

2. Methods and Material

The statistical population of the research is all domestic tourists in the period of June and early July of 2017, which is estimated to be around 117,000 people according to the experts of the Cultural Heritage, Handicrafts and Tourism Organization of Sarein. Among these, using Cochran's formula for an unlimited population and also based on Morgan's table, 384 people have been considered as a statistical sample. Due to the wide time period and the large number of people, the available sampling method was used to select the samples. The data collection tool in this research was a questionnaire. In this research, in order to check the validity of the questionnaire, the criteria of content validity, construct validity, convergent validity and divergent validity were used, and the reliability of the questionnaire was evaluated using Cronbach's alpha coefficient.

3. Results and Discussion

Based on the findings of the research, the coefficient of the path of the effect of the masculinity/feminism variable on the perceived quality of health tourism services is equal to 79% and the t-value is estimated at 6.72. Therefore, according to the significance and positiveness of this coefficient, it can be stated that masculinity/feminism has an effect on the perceived quality of health tourism services. Also, considering the significance, it can be stated that individualism/collectivism has an effect on the perceived quality of health tourism services. The path coefficient of

the effect of the power distance variable on the perceived quality of health tourism services was also calculated as 80% and it can be stated that the power distance has an effect on the perceived quality of health tourism services. Also, the findings of the research show that the coefficient of the path of the variable of the degree of acceptance of ambiguity on the perceived quality of health tourism services is positive (82%) and therefore, considering the significance and positivity of this coefficient, it can be stated that the degree of acceptance of ambiguity affects the quality Perceived health tourism services have an effect. Also, based on the research findings; It can be stated that short-term/long-term orientation has an effect on the perceived quality of health tourism services. And finally, the path coefficient (89%) indicates the positive effect of hedonism/restraint on the perceived quality of health tourism services.

4. Conclusion

The results showed that knowing the degree of masculinity and femininity, individualism/collectivism, power distance, degree of acceptance of ambiguity, short-term/long-term orientation and pleasure-seeking/self-control in tourism destinations is effective in improving the quality of services provided. It can also be inferred that the destination communities have a culture that has been strengthened with cultural rituals and styles over time. It is difficult to deduce which cultural dimensions in strengthening appropriate health tourism services and requires the fact that each of these dimensions should be considered as necessary. In this regard, it is suggested to the tourism officials of Ardabil province and Sarein city, while identifying and strengthening the Iranian-Islamic cultural values of their society, to provide health tourism services according to the cultural dimensions raised in this research, so that tourists can serve in this way. Receive according to their prevailing value.

Keywords: Cultural values, Service quality, Health tourism, Sarein.

5. References

- Ahn, M., McKercher, B (2018). Hofstede's Cultural Indices Revisited: The Relationship Between Cultural Values and International Tourism. *Tourism Culture & Communication*, 18 (4), 241-250.
- Akhil, A., Suresh, M (2021). Assessment of service quality in restaurant using multi-grade fuzzy and importance performance analysis. *Materials Today: Proceedings*, available on: <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.01.767>.
- Andries, A., Balutel, D (2022). The impact of national culture on systemic risk. *Economic Systems*, available on: <https://doi.org/10.1016/j.ecosys.2022.100972>.
- Arefi, Amin; Feiz, Davoud, Bishmi, Bahar and Zarei, Azim (2019). Designing a network of halal brand themes in the medical tourism industry. *Tourism Management Studies (Tourism Studies)*, 15 (50), 197-220. https://tms.atu.ac.ir/article_11213.html
- Asgranjad Nouri, Bagher; Zarei, Qasim; Beigi Firouzi, Allahyar and Nourinejad, Javed (2021). Investigating the combined effect of political marketing and brand value of political parties on the commitment and loyalty of voters in Iran (case study of citizens eligible to vote in Tehran). *Strategic Policy Research*, Volume 10, Number 37, 43-72. https://journals.atu.ac.ir/article_13325.html
- Asgranjad Nouri, Bagher; Zarei, Qasim; Hamidzadeh Arbabi; Alireza and Beigi Firouzi, Allahyar (2021). The influence of personal and organizational factors on attitudes towards collaborative innovation in order to develop new services in the banking industry. *Strategic Management Studies Quarterly*, Volume 12, Number 47, 229-249. http://www.smsjournal.ir/article_126188.html
- Baniule, R., Pundzinene, A., Gimenez, V., & Perpina, I (2022). Role of Cultural Dimensions and Dynamic Capabilities in the Value-based Performance of Digital Healthcare Services. *Technological Forecasting and Social Change*. 176, available on: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.121490>.
- Beigi Firooz, Allah Yar (2010). Formulation of tourism industry development strategy of Lorestan province based on SWOT analysis and network analysis process (ANP). Master's thesis of Department of Business Administration, University of Sistan and Baluchistan. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/f1cb274dd0449d7749b22ae31b0345ea>
- Chambers, N., & Cifter, A (2022). Working capital management and firm performance in the hospitality and tourism industry. *International Journal of Hospitality Management*, 102, available on: <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103144>.
- Dillette, A., Douglas, A., Andrzejewski, C (2021). Dimensions of holistic wellness as a result of international wellness tourism experiences. *Current Issues in Tourism*, 24:6, 794-810. DOI: [10.1080/13683500.2020.1746247](https://doi.org/10.1080/13683500.2020.1746247).
- Filimonau, V., Matute, J., Mika, M., & Faracik, R (2018). National culture as a driver of pro-environmental attitudes and behavioural intentions in tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 26 (10), 1804-1825.
- Frijns, B., Hubers, F., Kim, D., Roh, T., & Xu, Y (2022). National culture and corporate risk-taking around the world. *Global Finance Journal*, 52, available on: <https://doi.org/10.1016/j.gfj.2022.100710>.
- He, M., Liu, B., & Li, Y (2021). Tourist Inspiration: How the Wellness Tourism Experience Inspires Tourist Engagement. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 24, available on: <https://doi.org/10.1177/10963480211026376>.
- Huang, S., & Wen, J (2021). Developing and validating a Chinese cultural value scale in tourism. *Tourism Management*, 86, available on: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104327>.

- Izadi, Morteza; Ayoubian, Ali; Nasiri, Taha and Junidi, Nematullah (2012). The state of health tourism in Iran; opportunity or threat. *Journal of Military Medicine*, Volume 14, Number 2, 69-75.
https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000477.html
- Jiang, L., Wu, H., & Song, Y (2022). Diversified demand for health tourism matters: From a perspective of the intra-industry trade. *Social Science & Medicine*, 293, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114630>.
- Kazemi, Mehdi and Esmaili, Mahmoudreza and Bigi Firouzi, Allahyar (2011). Compilation and prioritization of suitable strategies for sustainable tourism development (case study: Lorestan province), *Journal of Tourism Management Studies*, 7th year, Number 19, 69-89.
https://tms.atu.ac.ir/article_5118.html
- Kazemi, Mahdi and Esmaili, Mahmoudreza and Beigi Firouzi, Allahyar (2012). Compilation and selection of tourism industry development strategy of Lorestan province based on SWOT analysis and quantitative strategic planning matrix, *Geography and Development Magazine*, 11th year, Number 32, 47-60.
https://gdij.usb.ac.ir/article_1163.html
- Kosaka, M., Kobashi, Y., Kato, K., & Okawa, M (2021). Lessons from COVID-19's impact on medical tourism in Cambodia. *Public Health in Practice*, 2, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100182>.
- Kronenberg, K., & Fuchs, M (2021). Aligning tourism's socio-economic impact with the United Nations' sustainable development goals. *Tourism Management Perspectives*, 39, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.tmp.2021.100831>.
- Mehdipour, Reza (2013). "Cultural values and effective implementation techniques in advertising". Comprehensive University of Applied Sciences, Culture and Art Center, Unit 13, Tehran, News Code:30- 3443.
<http://www.uast13.ir>
- Najari, Hamidreza; Didekhani, Hossein; Meschimi, Mahmoudreza and Hosseini, Seyyed Mohammadreza (1400). Identifying and prioritizing dimensions of therapeutic tourism with emphasis on technological entrepreneurship. *Health Management*, Volume 24, Number 1, 11-22.
<https://jha.iums.ac.ir/article-1-3410-fa.html>
- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *Benchmarking: An International Journal*.
- Wang, K., Xu, H., & Huang, L (2020). Wellness tourism and spatial stigma: A case study of Bama, China. *Tourism Management*, 78, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2019.104039>.
- World Travel & Tourism Council (2022). <https://wtc.org/research/economic-impact>.
- Zhang, Q., Zhang, H., & Xu, H (2021). Health tourism destinations as therapeutic landscapes: Understanding the health perceptions of senior seasonal migrants. *Social Science & Medicine*, 279, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113951>.
- Zarei, Qasim; Sharfi, Tawakkal; Beigi Firouzi, Allahyar (2021). Women's glass ceiling; Concepts and explorations using Q method. *Management Research in Iran*, Volume 25, Number 2, 184-217.
https://mri.modares.ac.ir/article_561.html



تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت

مطالعه موردی: شهر سرعین*

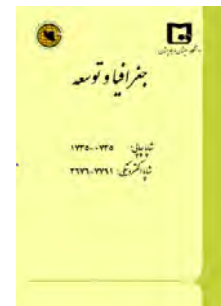
رضا حسن‌زاده^۱، دکتر باقر عسگرنژاد نوری^{۲*}، دکتر قاسم زارعی^۳، دکتر الله یار بیگی فیروزی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

جهانی‌شدن بهداشت و درمان، منجر به به‌وجود آمدن شکل جدیدی از گردشگری شده است که به‌عنوان گردشگری سلامت شناخته می‌شود. با توجه به اهمیت ویژه گردشگری و به‌خصوص گردشگری سلامت و مزیت‌های اقتصادی ناشی از آن، عامل کیفیت می‌تواند مهم و اساسی باشد. از جمله عواملی که می‌تواند کیفیت خدمات گردشگری سلامت را تحت تأثیر قرار دهد، ارزش‌های فرهنگی است؛ بنابراین، این مطالعه بر آن است که تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت شهر سرعین را بررسی کند که با استفاده از مدل فرهنگ هافستد^۱ و مدل کیفیت خدمات پادما^۲ انجام می‌پذیرد. جامعه آماری این تحقیق شامل همه گردشگران داخلی است که در بازه زمانی خرداد و اوایل تیر ۱۳۹۷ وارد شهر سرعین شده‌اند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد و از ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۷۲ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش معادلات ساختاری و نرم‌افزار لیزرل استفاده شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رابطه لذت‌جویی/خویشترن‌داری با کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت معنادار و مثبت است. همچنین رابطه مثبت و معنی‌دار جهت‌گیری بلندمدت/کوتاه‌مدت، درجه پذیرش ابهام، فاصله قدرت، مردگرایی/زن‌گرایی و فردگرایی/جمع‌گرایی با کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأیید شد

جغرافیا و توسعه، شماره ۷۱، تابستان ۱۴۰۲
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲
تاریخ بازنگری داوری: ۱۴۰۱/۱۱/۰۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹
صفحات: ۱۱۶-۱۳۸



واژه‌های کلیدی:

ارزش‌های فرهنگی، کیفیت خدمات، گردشگری سلامت، سرعین.

مقدمه

۱۰/۶ درصد اشتغال و ۶/۸ درصد کل صادرات جهان از صنعت گردشگری است (WTTC, 2022). بسیاری از کشورها این صنعت پویا را به‌عنوان منبع اصلی درآمد، اشتغال، رشد بخش خصوصی و توسعه ساختار زیربنایی می‌دانند. اگرچه در مناطق مختلف، شرایط متفاوت است؛ اما گردشگری همواره به‌عنوان عاملی مهم برای توسعه اقتصادی به حساب می‌آید (Kronenberg and Fuchs, 2021: 2).

اقتصاددانان صنعت گردشگری را سومین پدیده اقتصادی پویا و روبه‌رشد پس از صنعت نفت و خودروسازی می‌دانند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵). توریسم به‌عنوان یک ابزار اقتصادی تأثیر بسزایی در تقویت بنیان‌های اقتصادی جوامع دارد (بیگی‌فیروزی، ۱۳۹۰: ۲). طبق آمار شورای جهانی مسافرت و گردشگری در سال ۲۰۱۹، ۱۰/۴ درصد از کل تولید ناخالص داخلی،

۱. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شمیم دانش نوین، اردبیل، ایران R.hassanzadeh@e.novinardebil.ac.ir

۲. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول) B.asgarnezhad@urmia.ac.ir

۳. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران Zarei@uma.ac.ir

۴. عضو هیأت علمی گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران beigi.firoozi@pnu.ac.ir

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت بازرگانی مصوب در موسسه آموزش عالی شمیم دانش نوین اردبیل است.

1. Hofstede

2. Padma

اندازه‌گیری کرد، بلکه می‌توان آن را به‌وسیله مقایسه بین احساسات ذهنی مشتری و استانداردهای مورد نظرش سنجید (Akhil & Suresh, 2021: 1). از جمله عواملی که می‌تواند کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت را تحت‌تأثیر قرار دهد، ارزش‌های فرهنگی است. ارزش‌های فرهنگی باورها و هنجارهای مهمی هستند که معمولاً توسط اعضای یک جامعه تصور می‌شوند و می‌توانند بر جنبه‌های مختلف رفتار اعضا تأثیر بگذارند (Huang & Wen, 2021: 104).

ارزش‌های فرهنگی برخاسته از ارزش‌های فردی است، زیرا آن‌ها پایه و اساسی هستند که فرهنگ بر آن استوار است. به عبارت دیگر ارزش‌ها و ترجیحات فرهنگی افراد بر قضاوت آنها درباره شکاف بین خدمات دریافت‌شده و خدمات مورد انتظار، اثرگذار است که عملکرد صنعت گردشگری و به‌خصوص گردشگری سلامت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (مهدی‌پور، ۱۳۹۳: ۱). شهرستان سرعین که در فاصله سی کیلومتری استان اردبیل قرار گرفته است، علاوه بر داشتن جاذبه‌های تاریخی و طبیعی متعدد، سرزمین چشمه‌های آب گرم معدنی است که خواص درمانی دارند و به تعبیر کارشناسان شهر چشمه‌های بهشتی است. وجود جاذبه‌های گردشگری سلامت در این شهر و توسعه روزافزون آن به همراه پنج میلیون بازدیدکننده در سال، ضرورت انجام مطالعات در زمینه گردشگری سلامت را توجیه می‌کند؛ بنابراین این تحقیق با استفاده از مدل هافستد برای سنجش ابعاد فرهنگ افراد و مدل پادما^۱ برای بررسی کیفیت خدمات به‌دنبال مطالعه اثربخشی ابعاد فرهنگ بر کیفیت ادراک‌شده خدمات در حوزه گردشگری سلامت در شهر سرعین است.

توسعه صنعت گردشگری به‌ویژه برای کشورهای درحال توسعه که با معضلاتی همچون میزان بیکاری، محدودیت منابع ارزی و اقتصاد تک‌محصولی مواجه هستند از اهمیت فراوانی برخوردار است. اقتصاد ایران نیز اتکای شدیدی به درآمدهای حاصل از صادرات نفت دارد و متغیرهای کلان اقتصادی آن به پیروی از قیمت جهانی نفت در طول زمان دچار نوسان شدیدی می‌شود (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۷). گردشگری با اهداف متنوعی مانند بازدید از منابع طبیعی، جاذبه‌های تاریخی و آثار باستانی و به‌دست آوردن سلامت جسمی و روحی که از آن به‌عنوان گردشگری سلامت یاد می‌شود، انجام می‌گیرد (Chambers & Cifter, 2022: 103).

گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی و گردشگری تندرستی است (Jiang et al, 2022: 114). هدف گردشگران سلامت، استفاده یا لذت بردن از منابع طبیعی مانند نمک، آب‌های معدنی و آب‌های گرم یا درمان بیماری‌های جسمی و روحی است که با نظارت و دخالت کادر پزشکی انجام می‌گیرد (بیزدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۷۰). گردشگری سلامت یک منبع پرسود و ارزآور برای کشورهای مقصد است و این صنعت به‌سرعت در بسیاری از کشورهای آسیایی و آمریکای جنوبی رشد یافته است و در کشورهایی که دارای منابع انسانی و تکنیکی لازم هستند، مستعد رشد و توسعه است (Zhang et al, 2021: 113). نیروی انسانی مجرب، تجهیز و تکمیل مراکز درمانی، ساماندهی وضعیت فرودگاه، تأمین امکانات مناسب از مهم‌ترین شاخص‌ها برای توسعه این صنعت است و کیفیت خدمات ارائه‌شده، یک عامل مهم و اساسی است. کیفیت خدمات شکاف بین انتظارات مشتریان از خدمات و ادراکات آن‌ها از خدمات تجربه شده است. کیفیت خدمات معیاری عینی نیست که بتوان آن را توسط برخی استانداردهای فنی

مروری بر مبانی نظری

گردشگری سلامت^۱

سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب‌وهوا، عوامل طبیعی و محیطی یا مداخلات پزشکی) منجر شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامد، تعریف می‌کند (عارفی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۹۸). گردشگری سلامت دارای تقسیم‌بندی‌های گردشگری تندرستی^۲، گردشگری طبیعت درمانی^۳ و گردشگری پزشکی^۴ است.

در گردشگری تندرستی، فرد برای حفظ و تقویت سلامتی و روحیه خود و برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا، بدون مداخله و نظارت پزشکی راهی سفر می‌شود. معمولاً این گردشگران، بیماری جسمی مشخصی ندارند و بیشتر در پی بهره‌مندی از طبیعت شفا بخش و دوری از شلوغی‌ها، تنش‌ها و آلودگی‌های زندگی شهری هستند. این نوع از گردشگری به دستیابی به سلامت و تندرستی از طریق رویکردی جامع (بدن و ذهن) بدون مداخله پزشکی در طول تعطیلات اشاره دارد. (Wang et al, 2020: 104). سلامتی در بین بسیاری از محققان و سازمان‌ها ارتباط تنگاتنگی با پیشگیری از بیماری و سلامت داشته است. در حالی که، تندرستی و بهزیستی بیشتر با مفهوم ناملوس شادی مرتبط است و ماهیت ذهنی و روانی دارد (He et al, 2021: 2). مؤسسه جهانی تندرستی گردشگری سلامتی را به‌عنوان سفری که با پیگیری حفظ یا ارتقای سلامت جسمی و روانی فرد مرتبط است، تعریف می‌کند. برخلاف توریسم پزشکی که معمولاً

شامل مسافرت با هدف مداخله پزشکی برای درمان یا درمان بیماری است (Dillette et al, 2021: 795). گردشگری طبیعت درمانی به معنای مسافرت افراد به‌منظور استفاده از منابع درمانی طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و...) برای درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشک صورت می‌گیرد. صنعت توریسم درمانی به لحاظ هزینه کم و درآمد سرشار، بالاتر از صنایع نفت و طلا قرار دارد. توریسم درمانی سفری است که به‌منظور بهبود سلامت جسمی و روحی افراد صورت می‌پذیرد. توریسم درمانی بر پایه توانمندی‌های شاغلان حرفه‌ای، فناوری‌های روز و استانداردهای جهانی و هزینه‌های درمانی و مقررات داخلی کشورها قوت می‌یابد و مقاصد گردشگری که از این توانمندی‌های برخوردار باشند، مزیت رقابتی پایدار خواهند داشت (نجاری و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۶).

گردشگری پزشکی عموماً برای درمان بیماری یا انجام عمل جراحی یا چک‌آپ سلامت گردشگر در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های کشوری با امکانات پزشکی بالا و هزینه‌های درمانی مناسب انجام می‌گیرد. توریسم درمانی مهم‌ترین و حساس‌ترین نوع گردشگری است؛ زیرا به‌طور مستقیم با جان و سلامت انسان ارتباط دارد. گردشگری پزشکی مراقبت‌های پزشکی است که بیماران در آن سوی مرزها به‌دنبال آن هستند. کشورهای میزبان گردشگری پزشکی را منبعی برای کسب سود اقتصادی می‌دانند؛ علاوه‌براین، گردشگری پزشکی ممکن است ابزار قدرتمندی برای کاهش نابرابری در مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان باشد؛ بنابراین تبدیل گردشگری پزشکی به یک سیستم مراقبت بهداشتی بالارزش‌تر، یک موضوع بهداشت عمومی مهم است (Koska et al, 2021: 1).

1. Health Tourism
2. Wellness Tourism
3. Curative Tourism
4. Medical Tourism

مدل کیفیت خدمات گردشگری پادما

پادما و همکاران در پژوهشی به مبحث کیفیت خدمات و تأثیر آن بر رضایت مشتری در بیمارستان‌های هندوستان پرداختند. پادما (۲۰۱۰) ابعاد کیفیت خدمات را به شرح زیر تعریف می‌کند:

۱- زیرساخت: شامل ویژگی‌های ملموس ارائه خدمات از جمله تجهیزات، ظاهر شرکت، تسهیلات، در دسترس بودن منابع و... ۲- کیفیت پرسنل: این مبحث اشاره به کیفیت همه پرسنل درگیر در ارائه خدمات یعنی پزشکان، پرستاران، پرسنل متخصص و پرسنل پشتیبانی دارد. ۳- فرایند مراقبت بالینی: خدمات اصلی (اولیه) یا کیفیت فنی خدمات بیمارستان است. ۴- رویه‌های اداری: روند اداری امور در بیمارستان شامل مراحل پذیرش، اقامت و ترخیص بیماران است. ۵- شاخص‌های ایمنی: شرکت‌ها باید کارکنان و مشتریان خود را در امنیت نگاه دارند، زیرا هردوی این‌ها تهدید می‌شوند که تأثیر روانی زیادی بر آن‌ها دارد. ۶- تصویر بیمارستان: تصویر یک شرکت در انتقال نقش محوری و ویژگی‌های عملکردی که شرکت از لحاظ فنی ارائه می‌دهد، است. ۷- مسئولیت اجتماعی: مسئولیت اجتماعی یک عنصر جدایی‌ناپذیر از خدمات است. مشتریان نه تنها خدمات خوب، بلکه خدمات عادلانه را از ارائه‌دهندگان خدمات درخواست می‌کند. ۸- اطمینان از بیمارستان: اعتماد بیمار به وسیله حس رضایتی که او احساس می‌کند، اندازه‌گیری می‌شود (Padma, 2010: 810).

مدل فرهنگ هافستد

مطالعه کلاسیک هافستد در مورد ابعاد ارزش‌های فرهنگی به طور خاص بر ارزش‌های مربوط به کار تمرکز می‌کند. وی شش بُعد ارزشی را برای این تفاوت‌ها در میان فرهنگ توضیح داده است:

1. Infrastructure
2. Personal Quality
3. Process of Clinical Care
4. Administrative Procedures
5. Safety Measures
6. Hospital Image
7. Social Responsibility
8. Trustworthiness of the Hospital

۱. مردگرایی/زن‌گرایی: مردگرایی عبارت است از «میزان بهادادن به ارزش‌های مردانه همچون پیشرفت، کسب درآمد، آموزش، به‌روزر بودن و ارزش‌های زنانه همچون جو دوستانه، امنیت جایگاه، شرایط فیزیکی و همکاری». ۲. فردگرایی/جمع‌گرایی: این مورد عبارت است از «میزانی که افراد در یک کشور ترجیح دهند به‌عنوان فرد عمل کنند تا اعضای یک گروه». ۳. فاصله قدرت: «هر اندازه که افرادی با قدرت کمتر در یک جامعه نابرابری در قدرت را می‌پذیرند و آن را امری معمول می‌دانند». ۴. درجه پذیرش ابهام: درجه پذیرش ابهام عبارت است از «میزان عصبی شدن افراد از موقعیت‌هایی که تصور می‌کنند سازماندهی شده، مشخص و قابل‌پیش‌بینی نبودند. این موقعیت‌ها مواردی هستند که آن‌ها تلاش می‌کنند با حفظ اصول سخت رفتاری و اعتقاد به حقیقت محض، از آن اجتناب کنند». ۵. جهت‌گیری کوتاه‌مدت/بلندمدت: این بُعد بیانگر درجه‌ای است که یک جامعه به‌جای داشتن دیدگاهی مقطعی و کوتاه‌مدت، دارای دیدگاهی عملگرا و مبتنی بر آینده است. ۶- لذت‌جویی در برابر خویشتن‌داری: دو قطب این بُعد را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: بی‌قیدی، یعنی اجازه‌دادن به ارضای نسبتاً آزادانه و راحت آن دسته از امیال طبیعی و اساسی آدمی که با لذت‌بردن از زندگی، تفریح و خوشی در ارتباط هستند و خودداری یعنی باور به اینکه این ارضا، باید به‌وسیله هنجارهای اجتماعی، مقید و محدود شود (Frijns et al, 2022: 1; Andries & Balutel, 2022: 3).

فرضیه‌ها و مدل مفهومی پژوهش

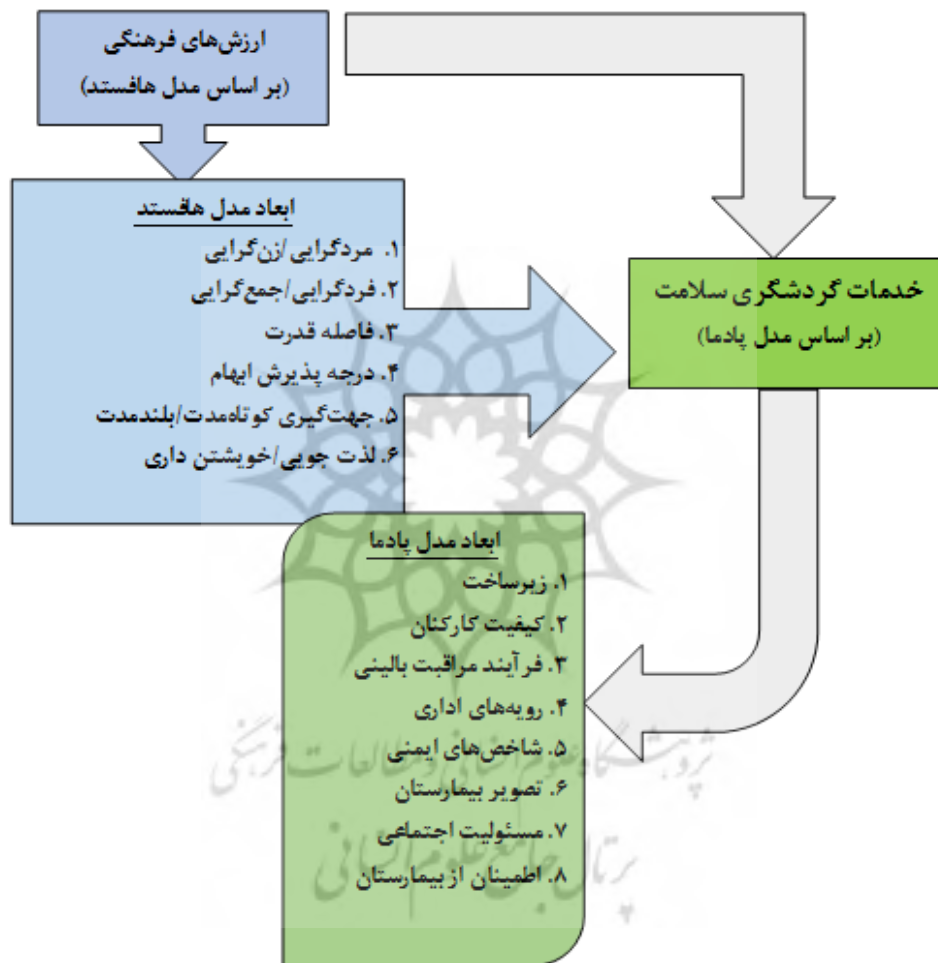
با توجه به توضیحات ارائه‌شده، فرضیه‌ها و مدل مفهومی پژوهش به‌صورت زیر ارائه می‌شود:

فرضیه اول: مردگرایی/زن‌گرایی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.

فرضیه دوم: فردگرایی/جمع‌گرایی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.

فرضیه پنجم: جهت‌گیری کوتاه‌مدت/بلندمدت بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.
فرضیه ششم: لذت‌جویی/خویشترداری بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.

فرضیه سوم: فاصله قدرت بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.
فرضیه چهارم: درجه پذیرش ابهام بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

تهیه و ترسیم: نگارندگان، ۱۴۰۱

زده شده است. از این میان با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود و همچنین به استناد جدول مورگان، ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شده است. با توجه به بازه زمانی گسترده و تعدد نفرات از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد.

روش پژوهش جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش، همه گردشگران داخلی در بازه زمانی خرداد و اوایل تیر ۱۳۹۷ است که براساس نظر کارشناسان سازمان میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری شهر سرعین حدود ۱۱۷۰۰۰ نفر تخمین

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه است. پرسشنامه در سه بخش نامه همراه، اطلاعات جمعیت‌شناختی و سؤالات اختصاصی تنظیم شد. در بخش اول با عنوان نامه همراه، علاوه بر بیان عنوان پژوهش، هدف از گردآوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه و ضرورت همکاری صمیمانه پاسخ‌دهندگان در تکمیل پرسشنامه توضیح داده شد. بخش جمعیت‌شناختی شامل سؤالاتی درباره مشخصات عمومی پاسخ‌دهندگان از قبیل جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، بضاعت مالی، دفعات بازدید، هدف از سفر، همراهان سفر و استان محل سکونت است. آخرین بخش نیز شامل سؤالات اختصاصی درباره متغیرهای مستقل و وابسته است. سؤالات کیفیت خدمات شامل هشت بعد زیرساخت (۹ سؤال)، کیفیت کارکنان (۶ سؤال)، فرایند مراقبت بالینی (۵ سؤال)، رویه‌های اداری (۶ سؤال)، شاخص‌های ایمنی (۳ سؤال)، تصویر بیمارستان (۳ سؤال)، مسئولیت اجتماعی (۳ سؤال)، اطمینان از بیمارستان (۵ سؤال) از پژوهش پادما و همکاران (۲۰۱۲) استخراج شد. همچنین پرسشنامه ارزش‌های فرهنگی شامل شش بعد مردگرایی/ زن‌گرایی (۹ سؤال)، فردگرایی/ جمع‌گرایی (۵ سؤال)، درجه پذیرش ابهام (۵ سؤال)، فاصله قدرت (۶ سؤال) از مطالعه مقیمی (۱۳۸۸)، جهت‌گیری بلندمدت/ کوتاه‌مدت (۴ سؤال) از مطالعه هافستد (۲۰۱۱) و لذت‌جویی/خویش‌ن‌داری (۸ سؤال) از پژوهش سگستروم (۲۰۱۷) به دست آمد. مقیاس مورد استفاده طیف پنج درجه‌ای لیکرت است. براین اساس از اعضای نمونه آماری درخواست شد تا براساس مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت، به سؤالات پاسخ دهند.

در این پژوهش به منظور بررسی روایی پرسشنامه از معیارهای روایی محتوی، روایی سازه، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده شد و ارزیابی پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ انجام گرفت. روایی محتوی به طور معمول به چنین سؤالاتی پاسخ می‌دهد که آیا ابزار طراحی شده همه جوانب مهم و اصلی مفهوم مورد اندازه‌گیری را دربردارد؟ آیا سازه‌های ابزار همان چیزی را که باید بررسی می‌کند؟ درجهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت آیتم) انتخاب شده است، از شاخص نسبت روایی محتوا و برای اطمینان از اینکه آیتم‌های ابزار به بهترین نحو درجهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده‌اند، از شاخص روایی محتوا استفاده می‌شود. روایی ساختار (CV²) آیتم‌های یک ابزار می‌تواند براساس تحلیل عاملی تعیین شود. تحلیل عاملی به دو شکل کلی انجام می‌گیرد که شامل تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی است. نکته مورد توجه در تحلیل عاملی، پرداختن به نمونه‌گیری کیسر مایر الکین (KMO) و آزمون کرویت بارتل (BT) و همچنین مقدار عددی نقطه عطف یا ارزش ویژه Eigenvalue است که معمولاً برابر با ۱ در نظر گرفته می‌شود و به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی در نظر گرفته می‌شود. روایی همگرا نیز عبارت است از همبستگی نسبتاً قوی میان سؤال مربوط به یک حیطة با همان حیطة که بنابر توصیه سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان ضریب همبستگی پیرسون باید بزرگ‌تر از ۰/۴ باشد. بر همبستگی ضعیف بین سؤالات مربوط به یک حیطة با دیگر حیطة‌ها دلالت دارد. به عبارت دیگر ضریب همبستگی یک سؤال با حیطة‌های دیگر باید کمتر از ضریب همبستگی آن

مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. مدل سازی معادلات ساختاری مبتنی بر تجزیه و تحلیل ساختارهای کوواریانس است و یکی از اصلی ترین روش های تجزیه و تحلیل ساختار داده های پیچیده و یکی از روش های نوین برای بررسی روابط علت و معلولی است که در تجزیه و تحلیل متغیرهای مختلفی به کار می رود و در یک ساختار مبتنی بر نظریه، تأثیرات همزمان متغیرها را نسبت به یکدیگر نشان می دهد (سگرنژ/دنوری و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۳۹). علاوه بر این، استفاده از روش مدل معادلات ساختاری از مزیت های با اهمیت دیگری نیز برخوردار است که از مهم ترین آن ها می توان به تخمین روابط چندگانه، قابلیت سنجش متغیرهای پنهان، محاسبه خطای اندازه گیری، توان بررسی تأثیر همخطی و آزمون روابط جعلی و غیر واقعی سازه های مدل پژوهش اشاره کرد (زارعی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۰۰). در این تحقیق در جهت تحلیل فرضیات از مدل معادلات ساختاری با نرم افزار LISREL 8.8 استفاده شده است.

یافته های پژوهش

ویژگی های جمعیت شناختی پاسخ دهندگان تجزیه و تحلیل ویژگی های جمعیت شناختی پاسخ دهندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

سؤال با حیطه های مربوط به خودش باشد. روش مورد استفاده در این تحقیق برای تعیین پایایی، روش ضریب آلفای کرونباخ بوده است که زیرمجموعه روش همسانی درونی است. مقدار آلفا باید حداقل ۰/۷ یا بیشتر باشد تا یک سؤال بتواند در یک ابزار باقی بماند (سگرنژ/دنوری و همکاران، ۱۴۰۰: ۵۶). نتایج حاصل از سنجش روایی محتوی، روایی سازه، روایی همگرا و روایی واگرا و نیز پایایی شامل ضریب آلفای کرونباخ برای همه سؤالات پرسشنامه به تفصیل در بخش یافته های پژوهش ارائه شده است.

روش های تحلیل آماری

در این بخش با استفاده از روش های آماری مناسب اطلاعات جمع آوری شده تجزیه و تحلیل شدند. یافته های مطالعه حاضر در قالب یافته های توصیفی، استنباطی و یافته های جانبی ارائه شده است. در بخش یافته های توصیفی از جدول توزیع فراوانی، نمودار، میانگین، انحراف استاندارد، برای متغیرهای مورد مطالعه استفاده شده است. در یافته های استنباطی برای تعیین نرمال بودن داده ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و همچنین برای تعیین روایی و پایایی تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی و روایی همگرا و واگرا استفاده شده و برای تحلیل فرضیات تحقیق از

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای نمونه

| ویژگی‌های جمعیت‌شناختی | طبقات | تعداد | درصد |
|---------------------------------|------------------|-------|------|
| جنسیت | مرد | ۱۹۷ | ۵۳ |
| | زن | ۱۷۵ | ۴۷ |
| وضعیت تأهل | متاهل | ۲۷۵ | ۷۴ |
| | مجرد | ۹۷ | ۲۶ |
| سن | ۲۰-۳۰ | ۱۱۵ | ۳۱ |
| | ۳۰-۴۰ | ۱۲۸ | ۳۵ |
| | ۴۰-۵۰ | ۸۰ | ۲۱ |
| | ۵۰-۶۰ | ۳۳ | ۹ |
| | ۶۰ به بالا | ۱۶ | ۴ |
| تحصیلات | کمتر از دیپلم | ۳۰ | ۸ |
| | دیپلم | ۹۶ | ۲۶ |
| | فوق دیپلم | ۶۶ | ۱۸ |
| | لیسانس | ۱۱۴ | ۳۱ |
| | فوق لیسانس | ۴۶ | ۱۲ |
| | دکتری | ۲۰ | ۵ |
| وضعیت شغلی | کارمند | ۱۰۹ | ۲۹ |
| | خویش‌فرما (آزاد) | ۹۶ | ۲۶ |
| | دانشجو | ۳۹ | ۱۰ |
| | بیکار | ۴۴ | ۱۲ |
| | سایر | ۸۴ | ۲۳ |
| بضاعت مالی | خیلی ضعیف | ۸ | ۲ |
| | ضعیف | ۳۱ | ۸ |
| | متوسط | ۲۰۴ | ۵۵ |
| | خوب | ۱۱۵ | ۳۱ |
| | خیلی خوب | ۱۴ | ۴ |
| تعداد دفعات بازدید از شهر سرعین | یک بار | ۴۶ | ۱۲ |
| | دو بار | ۳۴ | ۹ |
| | سه بار | ۴۰ | ۱۱ |
| | چهار بار | ۳۸ | ۱۰ |
| | پنج بار | ۲۹ | ۸ |
| | شش بار و بیشتر | ۱۸۵ | ۵۰ |
| هدف از سفر به سرعین | تفریحی | ۲۷۳ | ۷۴ |
| | تجاری | ۴ | ۱ |
| | ورزشی | ۲ | ۱ |
| | درمانی | ۷۱ | ۱۹ |
| | کاری | ۱۲ | ۳ |
| | سایر | ۱۰ | ۲ |

ادامه جدول ۱

| ویژگی‌های جمعیت‌شناختی | طبقات | تعداد | درصد |
|------------------------|----------------|-------|------|
| همراهان در سفر | خانواده | ۲۷۲ | ۷۳ |
| | دوستان | ۴۱ | ۱۱ |
| | تور گردشگری | ۳۶ | ۱۰ |
| | به تنهایی | ۱۲ | ۳ |
| | سایر | ۱۱ | ۳ |
| | آذربایجان غربی | ۴۹ | ۱۳ |
| استان محل سکونت | آذربایجان شرقی | ۶۸ | ۱۸ |
| | البرز | ۲۶ | ۷ |
| | اردبیل | ۲۱ | ۵ |
| | اصفهان | ۷ | ۲ |
| | فارس | ۸ | ۲ |
| | قزوین | ۴ | ۱ |
| | قم | ۳ | ۱ |
| | گیلان | ۲۸ | ۷ |
| | همدان | ۵ | ۱ |
| | مرکزی | ۴ | ۱ |
| | مازندران | ۱۳ | ۳ |
| | خراسان رضوی | ۹ | ۲ |
| | تهران | ۹۱ | ۲۵ |
| | یزد | ۱۳ | ۴ |
| | زنجان | ۲۳ | ۷ |

مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۱

حاضر، ۷۳ درصد همراه با خانواده به سرعین مسافرت داشته‌اند و در آخر نیز ۲۵ درصد از افراد مورد مطالعه در تحقیق از استان تهران به سرعین رفته‌اند که بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده است.

آزمون کلموگروف-اسمیرونوف

هنگام بررسی نرمال بودن داده‌ها، ما فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است را در سطح خطای ۵٪ تست می‌کنیم؛ بنابراین اگر آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی ۰/۰۵ به دست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت؛ به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود. نتایج حاصل از آزمون کلموگروف - اسمیرونوف نشان می‌دهد همه متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردارند. مقدار سطح معناداری در همه

مطابق با یافته‌های پژوهش، در بین گردشگران داخلی بازدیدکننده از شهر سرعین (نمونه پژوهش)، ۵۳ درصد مرد و ۴۷ درصد زن بوده‌اند، همچنین ۷۴ درصد متأهل و ۲۶ درصد مجرد بوده‌اند. در تحقیق حاضر بیشترین درصد از پاسخ‌دهندگان با ۳۵ درصد مربوط به بازه سنی ۳۰-۴۰ سال است. در تحقیق حاضر، ۳۱ درصد از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک تحصیلی لیسانس بوده‌اند که بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده‌اند. وضعیت شغلی ۲۹ درصد از نمونه پژوهش کارمند بوده که بیشترین مقدار را دارا هستند، بضاعت مالی ۵۵ درصد از پاسخ‌دهندگان به صورت متوسط بوده است. ۵۰ درصد پاسخ‌دهندگان شش بار یا بیشتر به سرعین مسافرت داشته‌اند. هدف ۷۴ درصد از گردشگران تفریحی بوده است، همچنین در تحقیق

متغیرها بزرگ‌تر از مقدار خطا (۰/۰۵) است؛ بنابراین در سطح معنی‌داری ۹۵٪ فرض صفر پذیرفته می‌شود. یعنی توزیع این نمونه، نرمال است؛ بنابراین می‌توان برای بررسی روابط بین متغیرهای تحقیق از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

برآورد پایایی و روایی همگرا و واگرا

درنهایت، نتایج پایایی به روش همبستگی سؤالات با نمره کل، پایایی هر سؤال، روایی همگرایی و تشخیصی (تمایز) سازه‌های استخراجی براساس مدل نهایی در جداول زیر ارائه می‌شود.

جدول ۲: تحلیل پایایی و روایی همگرایی متغیرهای تحقیق

| متغیرها | گویه‌ها | پایایی گویه‌ها | همبستگی سؤال با نمره کل | آلفای کرونباخ | AVE | CR |
|----------------------|--|----------------|-------------------------|---------------|------|------|
| زیرساخت | رعایت اصول بهداشتی | ۰,۷۷ | ۰,۶۵ | ۰,۸۱ | ۰,۳۵ | ۰,۸۲ |
| | سطح امنیت | ۰,۷۸ | ۰,۵۶ | | | |
| | دسترسی به امکانات درمانی و کمک‌های اولیه | ۰,۷۹ | ۰,۵۱ | | | |
| | دسترسی به کارکنان (نجات غریق، نیروهای خدماتی و...) | ۰,۷۹ | ۰,۴۵ | | | |
| | دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی | ۰,۷۹ | ۰,۴۸ | | | |
| | دسترسی به بوفه و کافی‌شاپ | ۰,۷۹ | ۰,۵۱ | | | |
| | برخورداری از امکانات و تجهیزات نجات‌بخش حیات انسان (مانند: دستگاه تنفس مصنوعی) | ۰,۸۰ | ۰,۳۸ | | | |
| | سطح برخورداری از امکانات بهداشتی (شامپو، صابون، سطل زباله و...) | ۰,۸۰ | ۰,۳۷ | | | |
| | گسترده‌گی امکانات و زیرساخت‌های فیزیکی | ۰,۷۷ | ۰,۶۲ | | | |
| کیفیت کارکنان | رفتار کارکنان در برخورد با مشتریان | ۰,۵۹ | ۰,۴۷ | ۰,۸۷ | ۰,۳۱ | ۰,۷۲ |
| | پاسخگویی کارکنان به درخواست‌های مشتریان | ۰,۵۷ | ۰,۵۰ | | | |
| | شایستگی، مهارت و دقت کارکنان در حین انجام وظیفه | ۰,۶۶ | ۰,۳۹ | | | |
| | شایستگی و مهارت کارکنان متخصص (برای مثال: نجات غریق، ماساژورها و...) | ۰,۶۰ | ۰,۴۳ | | | |
| | نگرش و مراقبت کارکنان از مشتریان | ۰,۶۴ | ۰,۳۱ | | | |
| | سطح تلاش کارکنان در رفع نگرانی‌ها و درک نگرش و الزامات مشتریان | ۰,۶۳ | ۰,۳۴ | | | |
| فرایند مراقبت بالینی | سطح خدمات ارائه‌شده توسط کارکنان در هنگام خروج مشتریان از مجتمع آبدرمانی | ۰,۷۴ | ۰,۵۴ | ۰,۷۴ | ۰,۲۲ | ۰,۵۸ |
| | سطح ایدئال بودن خدمات ارائه‌شده در مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۲ | ۰,۶۱ | | | |
| | کیفیت ارزیابی کارکنان از وضعیت سلامتی مشتریان در مواقع ضروری | ۰,۷۳ | ۰,۵۸ | | | |
| | چگونگی توضیحات ارائه‌شده توسط کارکنان در مورد استفاده از امکانات و تجهیزات موجود در مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۴ | ۰,۵۵ | | | |
| | سرعت و دقت در برخورد با حوادث و خطرات غیرمنتظره توسط کارکنان | ۰,۷۶ | ۰,۴۸ | | | |

ادامه جدول ۲

| متغیرها | گویه‌ها | پایانی گویه‌ها | همبستگی سؤال با نمره کل | آلفای کرونباخ | AVE | CR |
|----------------------|---|-------------------|-------------------------------|------------------|------|------|
| رویه‌های اداری | میزان سهولت در مشورت و صحبت با کارکنان | ۰,۷۹ | ۰,۵۷ | ۰,۸۲ | ۰,۳۳ | ۰,۷۴ |
| | میزان سهولت در خرید بلیط و ورود به مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۹ | ۰,۵۷ | | | |
| | میزان سهولت و سرعت ارائه خدمات در مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۸ | ۰,۶۳ | | | |
| | میزان سهولت روش‌های اداری به‌منظور پرداخت صورتحساب | ۰,۷۸ | ۰,۶۲ | | | |
| | سطح ارائه اطلاعات توسط کارکنان درباره قوانین و دستورالعمل‌های جدید | ۰,۸۱ | ۰,۵۰ | | | |
| | میزان کمک کارکنان در تدارک مراقبت‌های اضافی یا خدمات مورد نیاز مشتریان | ۰,۷۸ | ۰,۶۲ | | | |
| شاخص‌های ایمنی | رعایت اصول بهداشتی و نظافت توسط کارکنان | ۰,۶۱ | ۰,۵۱ | ۰,۷۵ | ۰,۲۵ | ۰,۵۰ |
| | محیط بهداشتی و عاری از عفونت | ۰,۵۸ | ۰,۵۳ | | | |
| | وجود معیارهای ایمنی و راحتی | ۰,۶۲ | ۰,۵۰ | | | |
| تصویر بیمارستان | صداقت و اخلاق در ارائه خدمات به مشتریان | ۰,۵۷ | ۰,۵۸ | ۰,۷۴ | ۰,۲۷ | ۰,۵۳ |
| | سطح شهرت و اعتبار آبدرمانی مورد استفاده شما | ۰,۵۹ | ۰,۵۶ | | | |
| | سرمایه‌گذاری در فناوری‌های جدید و شیوه‌های نوآورانه در مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۱ | ۰,۴۶ | | | |
| مسئولیت اجتماعی | ارائه خدمات عادلانه و یکسان به مشتریان توسط مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۷۳ | ۰,۴۰ | ۰,۷۵ | ۰,۳۶ | ۰,۶۲ |
| | سطح هزینه ارائه خدمات در مجتمع‌های آبدرمانی | ۰,۵۳ | ۰,۵۷ | | | |
| | اصول اخلاقی در ارائه مراقبت و خدمات به مشتریان | ۰,۵۳ | ۰,۵۶ | | | |
| اطمینان از بیمارستان | سطح اعتماد مشتریان به کارکنان | ۰,۷۵ | ۰,۵۵ | ۰,۷۹ | ۰,۳۲ | ۰,۷۰ |
| | کیفیت سیستم حقوقی در آبدرمانی‌ها | ۰,۷۶ | ۰,۵۱ | | | |
| | سطح ارائه خدمات در وعده و زمان مقرر | ۰,۷۴ | ۰,۶۰ | | | |
| | میزان اعتبار خدمات، عملکرد و اداره مجموعه‌های آبدرمانی | ۰,۷۴ | ۰,۵۸ | | | |
| | میزان حفظ حریم خصوصی و رازداری توسط مجموعه‌های آبدرمانی | ۰,۷۴ | ۰,۵۸ | | | |
| | جلسات وقتی به‌وسیله یک مرد اداره می‌شود، معمولاً مؤثرتر خواهد بود | ۰,۷۱ | ۰,۳۵ | ۰,۸۰ | ۰,۴۳ | ۰,۸۶ |
| مردگرایی/زن‌گرایی | مردان نسبت به زنان برای داشتن یک مسیر ترقی حرفه‌ای اهمیت بیشتری قائل هستند. | ۰,۷۱ | ۰,۳۱ | | | |
| | زنان به اندازه مردان به ارتقا و شناسایی خود در کارشان بها نمی‌دهند. | ۰,۷۰ | ۰,۳۸ | | | |
| | زنان نسبت به مردان به کار کردن در یک جو دوستانه بهای بیشتری می‌دهند. | ۰,۶۹ | ۰,۴۷ | | | |
| | مردان معمولاً مسائل را با تجزیه و تحلیل منطقی حل می‌کنند، اما زنان معمولاً مسائل را شهودی حل می‌کنند. | ۰,۷۱ | ۰,۳۴ | | | |
| | حل مسائل سازمانی معمولاً نیازمند زورمندی و شیوه‌های فعال است که این نوعاً از مردان برمی‌آید. | ۰,۶۸ | ۰,۴۹ | | | |
| | این که چه کسی پست مدیریت عالی سازمان را اشغال کند، اولویت با یک مرد است نه یک زن. | ۰,۶۹ | ۰,۴۴ | | | |
| | بعضی مشاغل وجود دارد که یک مرد همیشه بهتر از یک زن می‌تواند آن را انجام دهد. | ۰,۶۸ | ۰,۵۰ | | | |
| | زنان به جنبه‌های اجتماعی شغل خود توجه بیشتری می‌کنند تا پیشرفت و ترقی انسان در کار. | ۰,۷۲ | ۰,۳۹ | | | |

ادامه جدول ۲

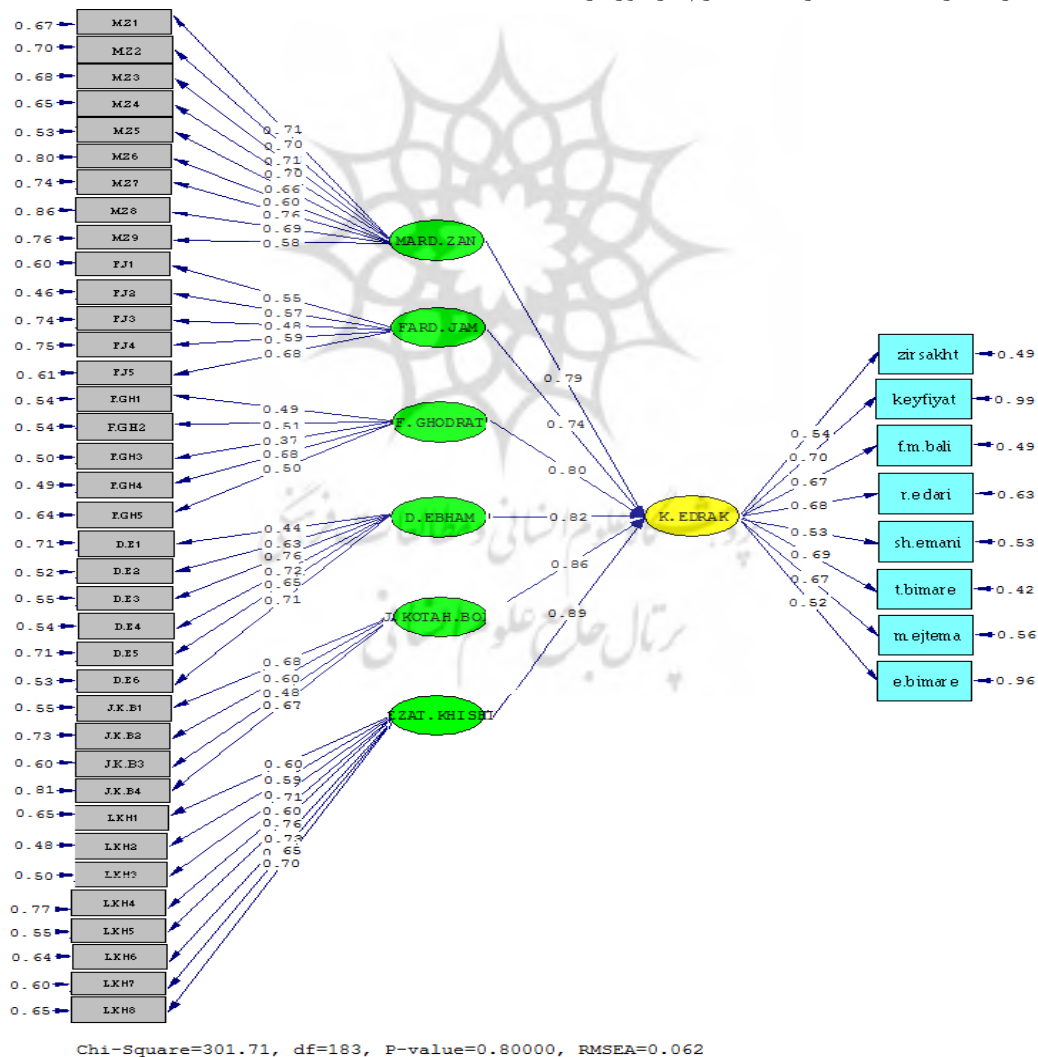
| متغیرها | گویه‌ها | پایایی گویه‌ها | همبستگی سؤال با نمره کل | آلفای کرونباخ | AVE | CR |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------------------------|------------------|------|------|
| فردگرایی/ جمع‌گرایی | یک فرد نایستی بدون در نظر گرفتن خیر و رفاه گروه تنها به دنبال اهداف خود باشد. | ۰,۸۷ | ۰,۶۱ | ۰,۷۶ | ۰,۴۵ | ۰,۸۰ |
| | برای مدیر مهم است که وفاداری و احساس وظیفه افراد در گروه را تشویق کند. | ۰,۷۱ | ۰,۶۷ | | | |
| | اینکه فرد کار کند تا مورد قبول گروه باشد، از اهمیت بیشتری برخوردار است، تا اینکه مورد قبول خودش باشد. | ۰,۶۹ | ۰,۷۴ | | | |
| | پاداش‌های فردی نسبت به رفاه گروهی اهمیت کمتری دارد. | ۰,۶۷ | ۰,۷۸ | | | |
| درجه پذیرش ابهام | موفقیت گروه مهم‌تر از موفقیت فردی است. | ۰,۷۱ | ۰,۶۷ | | | |
| | این برای افراد مهم است که ملزومات و دستورالعمل‌های شغلی تشریح شود تا افراد همیشه بدانند چه انتظاری از آنان می‌رود. | ۰,۷۸ | ۰,۳۵ | ۰,۷۹ | ۰,۴۹ | ۰,۸۲ |
| | مدیران انتظار دارند که کارکنان به‌طور دقیق از دستورات و رویه‌ها پیروی کنند. | ۰,۷۳ | ۰,۳۷ | | | |
| | قوانین و مقررات دارای اهمیت هستند، زیرا آن‌ها به کارکنان اطلاع می‌دهند که سازمان چه انتظاری از آن‌ها دارد. | ۰,۷۴ | ۰,۳۳ | | | |
| فاصله قدرت | رویه‌های عملیاتی استاندارد برای کارکنان در هنگام کار مفید است. | ۰,۷۸ | ۰,۳۷ | | | |
| | دستورالعمل‌های عملیاتی در هنگام کار مفید است. | ۰,۷۸ | ۰,۴۹ | | | |
| | برای یک سرپرست اغلب ضرورت دارد وقتی با کارکنان برخورد می‌کند، بر قدرت و اختیار خود تکیه کند. | ۰,۷۳ | ۰,۶۳ | ۰,۷۶ | ۰,۴۴ | ۰,۸۲ |
| | مدیران نایستی در عقاید زیردستان به‌طور دقیق و مستمر تفتیش کنند. | ۰,۷۴ | ۰,۵۷ | | | |
| جهت‌گیری بلندمدت/کوتاه‌مدت | یک مدیر بایستی از حشر و نشر زیردستان خود در خارج از محیط کار بپرهیزد. | ۰,۷۳ | ۰,۶۲ | | | |
| | زیردستان نایستی با تصمیمات مدیران خود مخالفت کنند. | ۰,۷۹ | ۰,۳۳ | | | |
| | مدیران نایستی وظایف مهم و مشکل را به زیردستان تفویض کنند. | ۰,۷۶ | ۰,۵۰ | | | |
| | مدیران بایستی بیشتر تصمیمات را بدون مشورت با زیردستان اخذ کنند. | ۰,۷۵ | ۰,۵۵ | | | |
| لذت‌جویی/ خویش‌نماری | هنگامی که شرکت جدیدی را برای خرید کالا انتخاب می‌کنم، تمایل دارم از محصولات آن شرکت برای مدت زمانی نسبتاً طولانی استفاده کنم. | ۰,۸۷ | ۰,۴۸ | ۰,۷۴ | ۰,۴۵ | ۰,۷۶ |
| | پخش موسیقی‌هایی با ریتم تند در فروشگاه‌هایی که چیدمان آرامش‌بخش دارد، تا حد قابل توجهی باعث آزار و اذیت من می‌شود. | ۰,۷۵ | ۰,۷۸ | | | |
| | من علاقه‌مندم بیشتر از محصولات شرکت‌هایی استفاده کنم که به منافع عمومی کمک می‌کنند. | ۰,۷۵ | ۰,۷۶ | | | |
| | من ترجیح می‌دهم ارتباطم را با شرکای تجاری‌ام برای مدت زمان طولانی حفظ کنم. | ۰,۷۹ | ۰,۶۸ | | | |
| لذت‌جویی/ خویش‌نماری | تعداد قابل توجهی از مردم خودشان را افرادی بسیار شاد در نظر می‌گیرند. | ۰,۸۲ | ۰,۶۳ | ۰,۷۷ | ۰,۴۶ | ۰,۸۷ |
| | از دیدگاه کلی کنترل زندگی در دستان خود انسان قرار دارد. | ۰,۸۳ | ۰,۶۳ | | | |
| | آزادی بیان از اهمیت بیشتری نسبت به تفریح و سرگرمی برخوردار است. | ۰,۸۲ | ۰,۶۹ | | | |
| | انسان باید بیشتر احساسات مثبت را به یاد آورد. | ۰,۸۳ | ۰,۶۱ | | | |
| | در کشورهایی با جمعیت تحصیل کرده، نرخ زاد و ولد زیادتر است. | ۰,۸۳ | ۰,۵۸ | | | |
| | بیشتر مردم به‌طور فعالانه در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند. | ۰,۸۳ | ۰,۶۲ | | | |
| | در کشورهای ثروتمند، هنجارهای جنسی ضعیف‌تر است. | ۰,۸۴ | ۰,۴۸ | | | |
| | حفظ نظم در کشور اولویت بالایی ندارد. | ۰,۸۴ | ۰,۴۷ | | | |

همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که برای هر سازه $CR > AVE$ و $AVE > 0.5$ در نتیجه مؤلفه‌ها از روایی همگرا برخوردارند.

آزمون مدل پژوهش مدل‌یابی معادلات ساختاری

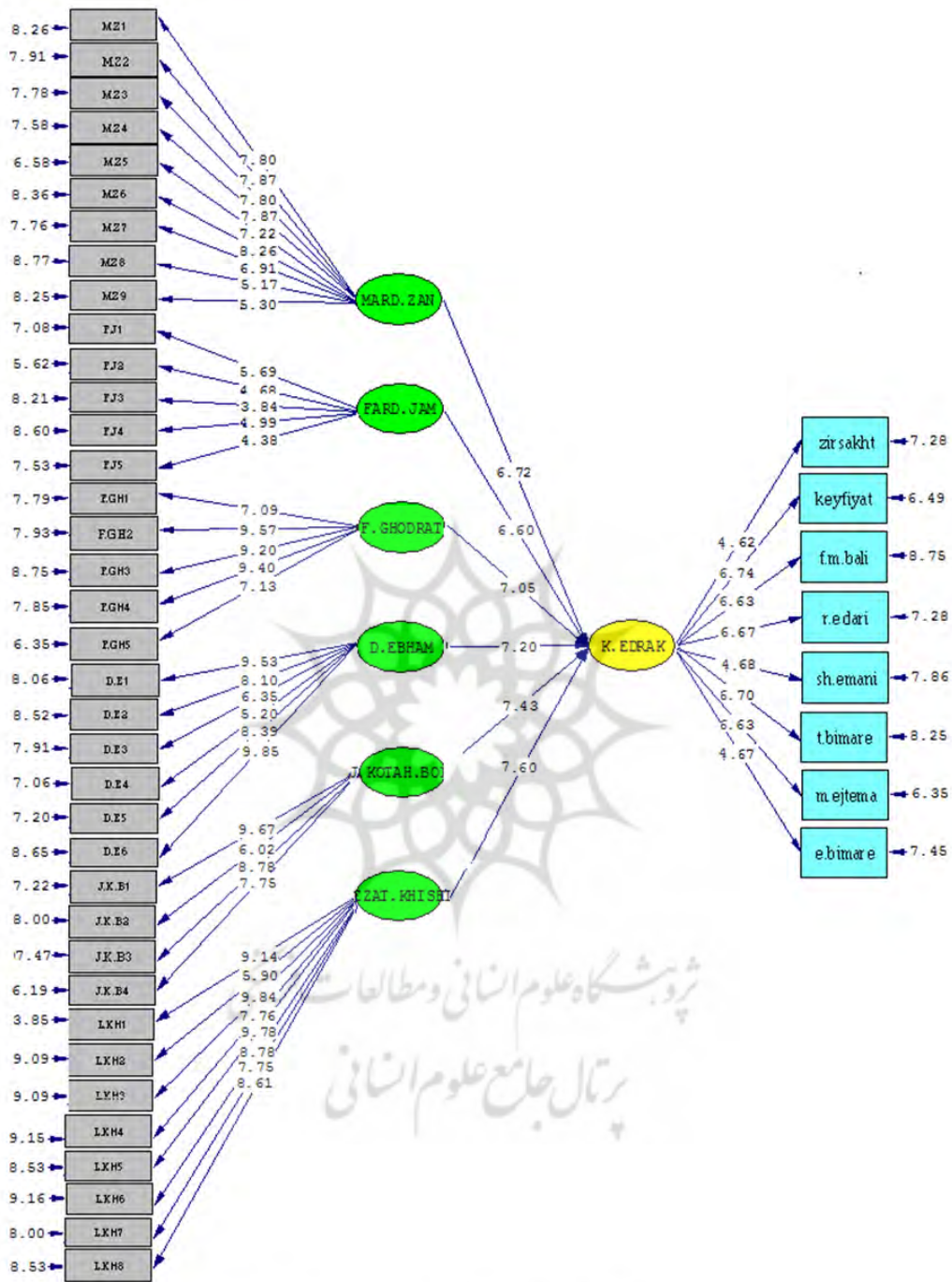
در این تحقیق در جهت تجزیه و تحلیل فرضیات از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزار LISREL 8.8 استفاده شده است.

نتایج جدول ۲ حاکی از این است که ضریب همبستگی سؤالات با نمره کل پرسشنامه بالاتر از ۰/۳ و پایایی هر سؤال بیشتر از ۰/۵ گزارش شد که نشان می‌دهد سؤالات در سنجش عوامل ارزش‌های فرهنگی و کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت از دقت کافی برخوردارند. علاوه بر این پایایی به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۶ و پایایی مرکب نیز بیشتر از ۰/۷ گزارش شد که نشان می‌دهد هر ۱۴ عامل نیز در تعیین ارزش‌های فرهنگی و کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت از دقت لازم برخوردارند.



شکل ۲: مقدار بارهای عاملی مربوط به فرضیه‌های تحقیق

تهیه و ترسیم: نگارندگان، ۱۴۰۱



شکل ۳: مقدار β برای بررسی معنی‌داری ضرایب فرضیه‌های تحقیق تهیه و ترسیم: نگارندگان، ۱۴۰۱

نتایج آزمون فرضیه‌ها

براساس یافته‌های پژوهش، ضریب مسیر اثر متغیر مردگرایی/ زن‌گرایی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت معادل ۷۹ درصد و مقدار t ، ۶،۷۲ تخمین زده شده است؛ بنابراین با توجه به معنی‌داری و مثبت بودن این ضریب، می‌توان بیان کرد که مردگرایی/زن‌گرایی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد. همچنین با توجه به معنی‌داری ($t=6,6$) و مثبت بودن ضریب مسیر (۷۴ درصد) می‌توان بیان کرد که فردگرایی/ جمع‌گرایی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد. ضریب مسیر اثر متغیر فاصله قدرت بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت نیز معادل ۸۰ درصد محاسبه شده و مقدار t ، ۷،۰۵ تخمین زده شده است؛ بنابراین بر این اساس می‌توان بیان کرد که فاصله قدرت بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری

سلامت تأثیر دارد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد ضریب مسیر اثر متغیر درجه پذیرش ابهام بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت مثبت (۸۲ درصد) بوده و مقدار t نیز، ۷،۲۰ تخمین زده شده است؛ بنابراین با توجه به معنی‌داری و مثبت بودن این ضریب می‌توان بیان کرد که درجه پذیرش ابهام بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد. همچنین براساس یافته‌های پژوهش و با توجه به معنی‌داری ($t=7,43$) و مثبت بودن ضریب مسیر (۸۶ درصد) می‌توان بیان کرد که جهت‌گیری کوتاه‌مدت/ بلندمدت بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد. با توجه به معنی‌داری ($t=7,6$) و مثبت بودن ضریب مسیر (۸۹ درصد)، لذت‌جویی/ خویش‌تن‌داری بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.

جدول ۳: نتایج برازش مدل

| نتیجه | مقدار مجاز | اعداد بدست آمده | شاخص | معیارهای برازش مدل |
|-------------|---------------|-----------------|----------|---------------------------|
| برازش مناسب | کمتر از ۳ | ۱/۶۴ | K^2/df | نسبت کای دو به درجه آزادی |
| برازش مناسب | کمتر از ۱ | ۰/۰۶ | RMSEA | ریشه میانگین مجذورات |
| برازش مناسب | نزدیک به صفر | ۰/۰۴۵ | RMR | ریشه مجذور مانده‌ها |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۶ | NFI | شاخص برازش هنجار شده |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۱ | NNFI | شاخص نرم برازندگی |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۲ | CFI | شاخص برازش تطبیقی |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۴ | RFI | شاخص برازش نسبی |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۴ | IFI | شاخص برازش اضافی |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۴ | GFI | شاخص برازندگی |
| برازش مناسب | بالاتر از ۰/۹ | ۰/۹۰ | AGFI | شاخص برازندگی تعدیل یافته |

مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۱

است. همچنین، نسبت خی دو به درجه آزادی در مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی با توجه به ملاک مدنظر، بیانگر برازش مناسب مدل است. مقدار شاخص RMSEA در دامنه قابل قبول قرار دارد و این امر نیز

با توجه به نتایج، شاخص‌های برازندگی در مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی، ابزارهای پژوهش می‌توان گفت مقدار خی دو در مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی در سطح خطای ۵ درصد معنادار

می‌توان استنباط کرد که ویژگی‌های مردانه قوی (برای مثال پرستیژ، قدرت و ثروت بودن) خدمات گردشگری که متناسب با این دست از ارزش‌ها باشد را می‌طلبد. درمقابل ویژگی‌های زنانه فرهنگ (برای مثال اهمیت روابط اجتماعی و مراقبت) به دنبال بهبود کیفیت زندگی ساکنان محلی در مناطق گردشگری از طریق بهینه‌سازی منافع اقتصاد محلی، حفاظت از محیط طبیعی و انسان ساخت و فراهم آوردن تجارب مناسب برای بازدیدکنندگان است. مطابق با فرضیه دوم فرهنگ‌های فردگرا بیشتر آن دست از خدمات گردشگری که آزادی فرهنگی را ترغیب کند و نشان‌دهنده استقلال از جامعه و تعقیب رؤیاهای خواسته‌های شخصی باشد را در اولویت قرار خواهند داد. درمقابل فرهنگ‌های جمع‌گرا تبعیت منافع فردی از منافع جمعی را دنبال کرده و خدمات متناسب با بهبود گردشگری پایدار و عدم ضرر به محیط‌زیست را دنبال می‌کنند. بعد فرهنگی دیگر پذیرش نابرابری در قدرت (فاصله قدرت) است. جوامع با فاصله قدرت زیاد تمایل خواهند داشت که مناطق ویژه و پرستیژی در مقاصد گردشگری را برای طبقات برنده جامعه در نظر بگیرند و دسترسی مردم عادی را به این دست از مناطق محدود کنند. بعد دیگر نشان‌دهنده درجه پذیرش ابهام (پذیرش ریسک، اجتناب از قواعد و هنجارهای متعارف و استانداردشدن و تخصصی‌شدن خدمات گردشگری) است. این دست از جوامع علاقه‌مند هستند که خلاقیت را در صنعت گردشگری توسعه دهند و با به‌کارگیری فناوری، خدمات روزآمد را به گردشگران پیشنهاد دهند. آینده‌نگاری صنعت گردشگری نشان می‌دهد که این صنعت به سمت استفاده از هواپیماهای بدون سرنشین و گردشگری فضایی روی خواهد آورد که پذیرش این دست از فناوری‌ها برای جوامع ریسک‌پذیر آسان‌تر خواهد بود.

گویای مقدار خطای قابل قبول در مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی است. مقادیر شاخص‌های AGFI، GFI، CFI، NFI و NNFI در مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی نیز با توجه به ملاک مدنظر مطلوب ارزیابی شدند که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی است؛ بنابراین با توجه به نتایج مدل معادلات ساختاری فرضیه‌های فرعی، می‌توان گفت همه ابزارهای پژوهش برازش مناسب و قابل قبول دارند.

نتیجه

تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت در شهر سرعین بود. در این راستا با توجه به مدل فرهنگی هافستد و مدل کیفیت خدمات پادما، شش فرضیه عنوان شد و مورد آزمون قرار گرفت. آزمون فرضیه‌ها نشان داد که ابعاد فرهنگی مدل هافستد (مردگرایی/زن‌گرایی، فردگرایی/جمع‌گرایی، فاصله قدرت، درجه پذیرش ابهام، جهت‌گیری کوتاه‌مدت/بلندمدت و لذت‌جویی/خویش‌داری) بر کیفیت ادراک‌شده خدمات گردشگری سلامت تأثیر دارد.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۲۰)، فیلیمونائو (۲۰۱۸)، آهن و مک‌کرچر (۲۰۱۸) و دیلته و همکاران (۲۰۲۱) که ابعاد فرهنگی مدل هافستد در صنعت توریسم بررسی کردند، همسو است. در ارتباط با تأیید فرضیه‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ارزش‌های فرهنگی گردشگران در قالب ابعاد فرهنگی کلان مدل هافستد می‌تواند بیان شود. بدین‌منظور که شناخت میزان مردخویی و زن‌خویی، فردگرایی/جمع‌گرایی، فاصله قدرت، درجه پذیرش ابهام، جهت‌گیری کوتاه‌مدت/بلندمدت و لذت‌جویی/خویش‌داری در مقاصد گردشگری در بهبود کیفیت خدمات ارائه‌شده مؤثر است. با بسط نتایج

را با توجه به ابعاد فرهنگی مطرح شده در این پژوهش ارائه کنند تا گردشگران از این طریق بتوانند خدمتی متناسب با ارزش غالب خود دریافت کنند.

- برای تحقیقات آتی پیشنهاد می شود موضوع در سایر مناطق گردشگری نیز مورد تحقیق واقع شود تا بتوان نتایج حاصل از تحقیقات را تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می شود عوامل دیگری (سیاست ها و مقررات، علوم و فناوری جدید، عوامل اقتصادی و هزینه ها، نظام درمانی، جاذبه ها و زیرساخت ها، وضعیت سلامت منطقه، و...) که بر کیفیت خدمات گردشگری سلامت مؤثر هستند، مورد بررسی قرار گیرند. همچنین می توان از سایر مدل های ارزش های فرهنگی و کیفیت خدمات استفاده کرد. می توان از سایر روش های تحلیل آماری استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می شود در فصول دیگر نیز این تحقیق انجام شود. از محدودیت های تحقیق حاضر نیز می توان موارد زیر را بیان کرد: مشکلات مربوط به پرسش نامه و پاسخ دهنده ها و سوگیری های احتمالی، زمان انجام تحقیق، استفاده از یک مدل ارزش های فرهنگی و کیفیت خدمات، کمبود پژوهش های موردی درباره موضوع مورد مطالعه.

در ارتباط با توسعه فناوری های جدید برای خدمات گردشگر سلامت، می توان به سفر گردشگران در جهت جراحی های زیبایی، پیوند عضو و درمان ناباروری است که ریسک پذیری خاص خود از سوی گردشگران را می طلبد. در ارتباط با ابعاد جهت گیری های بلندمدت و میل به لذت جویی، نشان دهنده این واقعیت است که با فراگیر شدن سبک زندگی ماشینی در بین جوامع و بروز بیماری های این سبک زندگی، میل به استفاده از خدمات پیشگیرانه گردشگری سلامت در بین مردم رو به افزایش است و مقاصد گردشگری نیازمند آمادگی لازم در مواجهه با این رشد تقاضا است. با توجه به نتایج به دست آمده می توان این گونه استنباط کرد که جوامع مقصد دارای فرهنگی هستند که در طول زمان با آیین ها و اسلوب های فرهنگی تقویت شده است. استنباط اینکه کدام ابعاد فرهنگی در تقویت خدمات مناسب گردشگری سلامت دشوار است و نیازمند این واقعیت است که هر کدام از این ابعاد باید به صورت اقتضایی در نظر گرفته شود. در این راستا به مسئولان گردشگری استان اردبیل و شهرستان سرعین پیشنهاد می شود ضمن شناسایی و تقویت ارزش های فرهنگی ایرانی- اسلامی جامعه خود، خدمات گردشگری سلامت

منابع

ایزدی، مرتضی؛ علی ایوبیان؛ طه نصیری؛ نعمت الله جنیدی (۱۳۹۱). وضعیت گردشگری سلامت در ایران؛ فرصت یا تهدید، مجله طب نظامی. دوره ۱۴. شماره ۲. صفحات ۷۵-۶۹.

https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000477.html

بیگی فیروزی، الله یار (۱۳۹۰). تدوین استراتژی توسعه صنعت گردشگری استان لرستان بر اساس تحلیل SWOT و فرآیند تحلیل شبکه ای (ANP). پایان نامه کارشناسی ارشد. گروه مدیریت بازرگانی. دانشگاه سیستان و بلوچستان.

<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/flcb274dd0449d7749b22ae31b0345ea>

زارعی، قاسم؛ توکل شرفی؛ الله یار بیگی فیروزی (۱۴۰۰). سقف شیشه ای زنان؛ پنداشت ها و کندوکاوها با کاربست روش کیو، پژوهش های مدیریت در ایران. دوره ۲۵. شماره ۲. صفحات ۲۱۷-۱۸۴.

https://mri.modares.ac.ir/article_561.html

عارفی، امین؛ داود فیض؛ بهار بیشمی؛ عظیم زارعی (۱۳۹۹). طراحی شبکه مضامین برند حلال در صنعت گردشگری درمانی، مطالعات مدیریت گردشگری (مطالعات جهانگردی)، دوره ۱۵. شماره ۵۰. صفحات ۲۲۰-۱۹۷.

https://tms.atu.ac.ir/article_11213.html

عسگرنژادنوری، باقر؛ قاسم زارعی؛ الله یار بیگی فیروزی؛ جاوید نوری نژاد (۱۴۰۰). بررسی تأثیر آمیخته بازاریابی سیاسی و ارزش ویژه برند احزاب سیاسی بر تعهد و وفاداری رأی‌دهندگان در ایران (مورد مطالعه شهروندان واجد شرایط رأی‌گیری در شهرستان تهران)، پژوهش‌های راهبردی سیاست. دوره ۱۰ شماره ۳۷. صفحات ۷۲-۴۳.

https://journals.atu.ac.ir/article_13325.html

عسگرنژادنوری، باقر؛ قاسم زارعی؛ علیرضا حمیدزاده‌اربابی؛ الله یار بیگی فیروزی (۱۴۰۰). تأثیر عوامل شخصی و سازمانی بر نگرش نسبت به نوآوری مشترک به منظور توسعه خدمات جدید در صنعت بانکداری، فصلنامه مطالعات مدیریت راهبردی. دوره ۱۲. شماره ۴۷. صفحات ۲۴۹-۲۲۹.

http://www.smsjournal.ir/article_126188.html

کاظمی، مهدی؛ محمودرضا اسماعیلی؛ الله یار بیگی فیروزی (۱۳۹۱). تدوین و اولویت‌بندی استراتژی‌های مناسب توسعه گردشگری پایدار (مطالعه موردی: استان لرستان)، مجله مطالعات مدیریت گردشگری. سال هفتم. شماره ۱۹. صفحات ۸۹-۶۹.

https://tms.atu.ac.ir/article_5118.html

کاظمی، مهدی؛ محمودرضا اسماعیلی؛ الله یار بیگی فیروزی (۱۳۹۲). تدوین و انتخاب استراتژی توسعه صنعت گردشگری استان لرستان بر اساس تحلیل SWOT و ماتریس برنامه‌ریزی استراتژیک کمی، مجله جغرافیا و توسعه. سال یازدهم. شماره ۳۲. صفحات ۶۰-۴۷.

https://gdij.usb.ac.ir/article_1163.html

مهدی‌پور، رضا (۱۳۹۳). ارزش‌های فرهنگی و تکنیک‌های مؤثر اجرایی در تبلیغات، دانشگاه جامع علمی کاربردی. مرکز فرهنگ و هنر. واحد ۱۳. تهران. کد خبر: ۳۰-۳۴۴۳.

<http://www.uast13.ir>

نجاری، حمیدرضا؛ حسین دیده‌خانی؛ محمودرضا مستقیمی؛ سیدمحمدرضا حسینی (۱۴۰۰). شناسایی و اولویت‌بندی ابعاد توریسم درمانی با تأکید بر کارآفرینی فناورانه، مدیریت سلامت. دوره ۲۴. شماره ۱. صفحات ۲۲-۱۱.

<https://jha.iuims.ac.ir/article-1-3410-fa.html>

References

- Ahn, M., McKercher, B (2018). Hofstede's Cultural Indices Revisited: The Relationship Between Cultural Values and International Tourism. *Tourism Culture & Communication*, 18 (4), 241-250.
- Akhil, A., Suresh, M. (2021). Assessment of service quality in restaurant using multi-grade fuzzy and importance performance analysis. *Materials Today: Proceedings*, available on: <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.01.767>.
- Andries, A., Balutel, D (2022). The impact of national culture on systemic risk. *Economic Systems*, available on: <https://doi.org/10.1016/j.ecosys.2022.100972>.
- Baniule, R., Pundzinene, A., Gimenez, V., & Perpina, I (2022). Role of Cultural Dimensions and Dynamic Capabilities in the Value-based Performance of Digital Healthcare Services. *Technological Forecasting and Social Change*. 176, available on: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.121490>.
- Chambers, N., & Cifter, A (2022). Working capital management and firm performance in the hospitality and tourism industry. *International Journal of Hospitality Management*, 102, available on: <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103144>.
- Dillette, A., Douglas, A., Andrzejewski, C (2021). Dimensions of holistic wellness as a result of international wellness tourism experiences. *Current Issues in Tourism*, 24:6, 794-810.
- DOI: [10.1080/13683500.2020.1746247](https://doi.org/10.1080/13683500.2020.1746247).

- Filimonau, V., Matute, J., Mika, M., & Faracik, R (2018). National culture as a driver of pro-environmental attitudes and behavioural intentions in tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 26 (10), 1804-1825.
- Frijns, B., Hubers, F., Kim, D., Roh, T., & Xu, Y (2022). National culture and corporate risk-taking around the world. *Global Finance Journal*, 52, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.gfj.2022.100710>.
- He, M., Liu, B., & Li, Y (2021). Tourist Inspiration: How the Wellness Tourism Experience Inspires Tourist Engagement. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 24, available on:
<https://doi.org/10.1177/10963480211026376>.
- Huang, S., & Wen, J (2021). Developing and validating a Chinese cultural value scale in tourism. *Tourism Management*, 86, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104327>.
- Jiang, L., Wu, H., & Song, Y (2022). Diversified demand for health tourism matters: From a perspective of the intra-industry trade. *Social Science & Medicine*, 293, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114630>.
- Kosaka, M., Kobashi, Y., Kato, K., & Okawa, M (2021). Lessons from COVID-19's impact on medical tourism in Cambodia. *Public Health in Practice*, 2, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100182>.
- Kronenberg, K., & Fuchs, M (2021). Aligning tourism's socio-economic impact with the United Nations' sustainable development goals. *Tourism Management Perspectives*, 39, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.tmp.2021.100831>.
- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *Benchmarking: An International Journal*.
- Wang, K., Xu, H., & Huang, L (2020). Wellness tourism and spatial stigma: A case study of Bama, China. *Tourism Management*, 78, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2019.104039>.
- World Travel & Tourism Council (2022). <https://wttc.org/research/economic-impact>.
- Zhang, Q., Zhang, H., & Xu, H (2021). Health tourism destinations as therapeutic landscapes: Understanding the health perceptions of senior seasonal migrants. *Social Science & Medicine*, 279, available on:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113951>.