



## بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز

مجید گودرزی<sup>۱</sup>، زهرا سلطانی<sup>۲</sup>، علی پورمقدم<sup>۳</sup>

DOI:10.22034/jtd.2022.331809.2577

### چکیده

گردشگری پزشکی اکنون با ایجاد درآمد سالیانه ۶۰ میلیارد دلاری در سطح جهان به منزله یکی از بازارهای پررونق گردشگری شناخته شده است و شمار کشورهایی که خواهان ایجاد تسهیلات و خدمات درمانی برای گردشگران خارجی هستند رو به افزایش است. بسیاری از کشورها هم‌اکنون در حال ایجاد طرح‌های کاربردی و قانونی خدمات‌رسانی و برنامه‌ریزی برای توسعه این صنعت هستند. نظر به اهمیت موارد مطرح‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی و تحلیل عوامل مؤثر در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز تدوین شد. این پژوهش، به لحاظ هدف، کاربردی - نظری و، به لحاظ ماهیت و روش، توصیفی، تحلیلی و پیمایشی است. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون در خصوص بررسی تأثیر متغیرهای مستقل پژوهش در متغیر وابسته حاکی از تأیید اثر متغیرهای مستقل قوانین و مقررات؛ فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها؛ عوامل انسانی، فرهنگی، طبیعی؛ عوامل اقتصادی و عوامل ارتباطی به ترتیب با ضرایب ۰/۶۷۴، ۰/۲۲۸، ۰/۳۰۱، ۰/۸۸۴ و ۰/۴۰۲ در متغیر وابسته تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز بوده است. در خصوص بررسی تفاوت بین وضعیت موجود (عینی) و وضع مطلوب (ذهنی) شاخص‌های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز، نتایج آزمون تی زوجی حاکی از وجود شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب است. حصول مقدار ۰/۵۰ برای شاخص نیکویی برآزش در مدل معادلات ساختاری نشان‌دهنده تأیید تأثیر متغیرهای مستقل پژوهش در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز و همچنین مطلوبیت کیفیت مدل اندازه‌گیری این پژوهش است.<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

### واژه‌های کلیدی:

تقاضای گردشگری، گردشگری پزشکی، گردشگران خارجی، کلان‌شهر اهواز

### مقدمه

در سال‌های اخیر، صنعت گردشگری، به منزله صنعت دارای اهمیت افزوده، در بسیاری از کشورها مطرح بوده (Baksi, 2017)، توجه به گردشگری و آثار مثبت آن بسیار افزایش یافته است (Hall & Lew, 2009) و این صنعت تأثیر بسیار زیادی در رفاه اجتماعی و اقتصادی جوامع میزبان دارد (Walker & Walker, 2011). دولت‌مردان، چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای در حال توسعه،

گردشگری را یکی از عوامل مهم ایجاد اشتغال و کاهش نرخ بیکاری می‌دانند (Mohammadi et al., 2010). گردشگری، به صورتی که امروزه مطرح است، بعد از جنگ جهانی دوم توسعه یافت. با درک اهمیت گردشگری از جنبه‌های گوناگون، اشکال نوینی برای آن ابداع شد و تکامل یافت؛ مباحثی مانند گردشگری ورزشی، گردشگری مذهبی، گردشگری اسلامی، گردشگری سلامت، گردشگری

۱. دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. M.goodarzi@Scu.ac.ir

۲. استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری با عنوان «بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز» در دانشگاه شهید چمران اهواز است.



چشم‌گیری داشته است. درآمد گردشگری پزشکی در جهان بین ۱۰/۵ میلیارد دلار در ۲۰۱۲ تا ۳۲ میلیارد دلار در ۲۰۱۹ بوده است. پیش‌بینی می‌شود، در سال ۲۰۲۵، این رقم به ۳ تریلیون برسد (Gholipour Soteh et al., 2019). جهانی شدن مراقبت‌های بهداشتی تازگی ندارد؛ مردم هزاران سال است که در پی درمان در سرزمین‌های بیگانه هستند. با این حال، الگوی این سفر در حال حاضر با الگوی آن در قرن گذشته بسیار متفاوت است؛ چراکه بیماران در حال حاضر از کشورهای توسعه‌یافته‌تر به کشورهای کمتر توسعه‌یافته سفر می‌کنند تا از هزینه‌های پایین‌تر بهره‌مند شوند، رویه‌هایی که ممکن است در کشورهای خود در دسترس نباشند و کیفیت نسبتاً بالایی از مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند. در قرن گذشته، کشورهای توسعه‌یافته جهان، مانند آمریکا و کشورهای اتحادیه اروپا، مقصدی محبوب برای روند پزشکی و بهداشتی در نظر گرفته شدند؛ زیرا این کشورها پزشکان، تجهیزات و فناوری پیشرفته‌تری داشتند. به عبارتی، آن‌ها می‌توانستند خدماتی پزشکی با کیفیت بالا ارائه کنند که ممکن است در بسیاری از کشورهای در حال توسعه وجود نداشته باشد. اما امروزه این گرایش معکوس شده است (Lee, 2012). کشور هند از جمله کشورهای فعال در زمینه گردشگری پزشکی است که در چند سال اخیر از حدود ۷۳۰ هزار نفر گردشگر ۲/۲ میلیارد دلار درآمد داشته است که شامل یک درصد از تولید ناخالص ملی کشور است (Modiri et al., 2018). کشور تایلند ۹۰۰ هزار نفر گردشگر پزشکی در سال ۲۰۰۸، سنگاپور ۶۶۵ هزار نفر در سال ۲۰۰۹ و مالزی ۳۵۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۸ داشته‌اند (Asgarnejad, Nouri et al., 2020). اقتصاد تک‌محصولی ایران، که تنها بر فروش نفت استوار است، کشور را با مشکلات فراوانی روبه‌رو کرده است و همواره با بالا و پایین شدن قیمت نفت ضربه شدیدی بر پیکره اقتصاد وارد می‌شود. بنابراین، برای حل مشکلات ناشی از وابستگی به درآمدهای ارزی صادرات نفت لازم است روی تولید و صدور آن دسته از محصولات و خدماتی که می‌توانند موجب ایجاد درآمدهای ارزی شوند سرمایه‌گذاری شود. صنعت گردشگری یکی از این موارد است (Jabbari et al., 2012). به گردشگری پزشکی در ایران نیز از سال‌ها پیش بیماران گوناگونی از کشورهای همسایه به‌ویژه از کشورهای حاشیه خلیج فارس توجه کرده‌اند (Maboudi & Hakimi, 2015). ایران در مباحثی مانند باروری و مباحث مداخله‌ای

تجاری روبه‌گسترش است (Aboalhassani, 2014). صنعت گردشگری سلامت، که سفر به کشورهای دیگر با اهداف درمانی است، زیرمجموعه صنعت گردشگری به شمار می‌رود و در بازار به سرعت روبه‌پیشرفت است (Transparency Market Research, 2013). هدف از گردشگری سلامت حفاظت از سلامت روحی/جسمی و همچنین بازیابی سلامتی است (Loh et al., 2018). گردشگری سلامت در کل به سه شاخه گردشگری تندرستی<sup>۱</sup>، گردشگری درمانی<sup>۲</sup> و گردشگری پزشکی<sup>۳</sup> تقسیم شده است (Imanzadeh et al., 2017). گردشگری پزشکی به معنای مسافرت بیماران به دیگر کشورها برای دریافت بعضی اشکال خدمات پزشکی است، اما در اغلب موارد شامل خدمات دندان پزشکی، جراحی زیبایی و سایر انواع جراحی‌ها است. سازمان جهانی گردشگری به‌طور خاص گردشگری درمانی را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد منجر می‌شود و، در مکانی خارج از محل سکونت فرد، بیش از ۲۴ ساعت به طول می‌انجامد (Ranjnoosh et al., 2016). گردشگری پزشکی خدمات پزشکی سریع و مناسب را از طریق گردشگری با هزینه‌های کمتر و گاهی با کیفیت بهتر از آنچه آن‌ها در کشورهای خود دریافت می‌کنند ارائه می‌دهد. گردشگری پزشکی بازاری است که به سرعت در حال رشد است و شکل جدیدی از گردشگری و بخش جدیدی از بازار است. (Zaki, 2017). در طول دهه گذشته، رهبران جامعه و متولیان گردشگری به‌طور فزاینده‌ای به گردشگری پزشکی به‌منزله صنعتی مهم با هدف تنوع بخشیدن به اشکال موجود گردشگری، بهبود اقتصاد، افزایش اقتصاد محلی، ایجاد اشتغال و افزایش درآمدهای مالیاتی توجه کرده‌اند (Suess, 2018).

کاررا و بریجز<sup>۴</sup> (2006) گردشگری پزشکی را به‌منزله سفر سازمان‌یافته خارج از حوزه بهداشت و درمان طبیعی فرد برای احیای سلامتی فرد از طریق مداخله پزشکی تعریف می‌کنند (Gopala Reddy, 2013). گردشگر پزشکی به فردی گفته می‌شود که در پی مراقبت بهداشتی برای هزینه کمتر یا کاهش دوره‌های انتظار خارج از کشور مبدأ است (Rutherford, 2009). از سال ۲۰۱۰، گردشگری پزشکی رشد

1. Health tourism
2. Therapeutic tourism
3. Medical tourism
4. Arrera and Bridges



چون عراق، کویت و کشورهای حاشیه خلیج فارس و داشتن زبان و قومیت مشترک با این کشورها و همچنین وجود پایانه‌های مرزی همچون پایانه جذابه و شلمچه در استان، که تنها از شهرستان اهواز می‌توان به این پایانه‌های مرزی دسترسی داشت (مجموع مسافت حدود ۲۵۰ کیلومتر است که مسافت جذابه تا اهواز ۱۰۰ کیلومتر و مسافت شلمچه تا اهواز ۱۵۰ کیلومتر است، وجود مرز آبی خرمشهر - بصره و آبادان - عراق، ۷۸ کیلومتر)، تا حدود بسیار زیادی دارای ظرفیت توسعه گردشگری پزشکی است (Rahmani, 2015). با عنایت به موارد مذکور، در این پژوهش قصد داریم به بررسی و تحلیل عوامل مؤثر در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز بپردازیم.

### پیشینه پژوهش

در هر پژوهشی، توجه خاص محقق به تحقیقات مشابه و سابقه آن‌ها نشان از عمق کار محقق و جامعیت کار او دارد. هرچه محقق تحقیقات مشابه بیشتری را بررسی کند، علاوه بر این‌که توانمندی و اقتدار وی بر موضوع تحقیق افزایش می‌یابد، بر اعتبار تحقیق او نیز می‌افزاید و نشان از درک کامل و صحیح وی از ابعاد گوناگون تحقیق دارد. در ادامه، نتایج تعدادی از مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش به‌طور خلاصه در

رادیولوژی، پیوند کلیه و کبد پیشرفت‌های چشم‌گیری کرده است. علاوه بر این، به لحاظ قرار گرفتن در منطقه‌ای که کشورهای اطراف آن از لحاظ پزشکی و مراقبت‌های درمانی وضعیت نامطلوب دارند، موقعیت استراتژیکی خوبی دارد. با وجود این، بی‌توجهی به این‌گونه مزیت‌های رقابتی باعث شده است که درآمد گردشگری پزشکی ایران بسیار ناچیز باشد و سالیانه فقط تعداد محدودی از بیماران کشورهای حوزه خلیج فارس برای درمان وارد ایران شوند (Hadizadeh Moghadam et al., 2013). ماده ۷۸ بخش سوم قانون برنامه چهارم توسعه، همراه با اهداف سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، از مهم‌ترین سیاست‌های کلیدی دولت است که از توسعه گردشگری پزشکی حمایت می‌کند. براساس این سند، تا پایان برنامه چهارم باید ۳۰ درصد از هزینه‌های درمانی و بهداشتی کشور از طریق صادرات کالاهای مرتبط با پزشکی و گردشگری سلامت تأمین شود. بنابراین، پیش‌بینی می‌شود ایران سالانه بیش از ۴۰ میلیون گردشگر داخلی و ۲۰ میلیون گردشگر خارجی و، به تبع آن، ۱۵ میلیارد دلار درآمد ارزی داشته باشد (Hosseinpour & Riahi, 2019). یکی از مناطق ایران، که دارای قابلیت‌های زیادی برای گسترش گردشگری پزشکی است، شهر اهواز است. این شهر، به دلیل موقعیت استراتژیکی و هم‌مرزی با کشورهای همسایه جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش

نویسنده	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
هونگ و همکاران (2011)	توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ: ارزیابی موانع	سیاست‌ها و مقررات، حمایت دولت، هزینه‌ها و نیازهای بهداشتی جامعه محلی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی هستند.
لی و همکاران (2012)	گردشگری پزشکی - جذب گردشگران ژاپنی برای تجربه گردشگری پزشکی	متخصصان صنعت باید تلاش کنند گردشگران پزشکی ژاپنی را جذب کنند و مقامات باید تبادل اطلاعات کلامی را تحت تأثیر قرار دهند و باید در پی بازخورد توسعه استراتژی‌های بازاریابی باشند. تبلیغات باید با نهادهای حرفه‌ای در کشورهای مبدأ و مقصد هماهنگ شوند.
گوپال ردی (2013)	گردشگری پزشکی در هند	سه دلیل مهمی که گردشگران پزشکی کشور هند را برای درمان خود انتخاب کردند عبارت هستند از: ۱) کیفیت بالای پزشکان و امکانات پزشکی در هند ۲) هزینه مقرون‌به‌صرفه درمان ۳) در دسترس بودن درمان‌های خاص که ممکن است در کشورهای خود در دسترس نباشد.
پان و چانگ (2014)	گردشگران پزشکی چینی و ادراکات آن‌ها از تایوان	شناخت عواملی که گردشگران پزشکی را تحریک می‌کنند و نیازهای کیفی آن‌ها برای تورهای گردشگری، مؤسسات پزشکی و برای برنامه‌ریزان گردشگری پزشکی با هدف توسعه و سازمان‌دهی خدماتی که به مشتریان خود ارائه می‌کنند اهمیت بسزایی دارد.



پیشینه پژوهش‌های خارجی		
نویسنده	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
حسن (۲۰۱۵)	گردشگری پزشکی در لبنان: تحلیل جریان‌های گردشگری	در لبنان، گردشگری پزشکی می‌تواند سهم مهمی از اقتصاد منطقه‌ای به حساب آید؛ چراکه فقط در سال ۲۰۱۴ این کشور رشد ۱/۲ میلیارد دلاری ایجاد کرده است. در سال‌های اخیر، چندین عامل در روند پیشرفت پزشکی مانند مهارت پزشکی، رسانه‌ها و چشم‌انداز جذاب دخیل بوده‌اند، به خصوص نقش رسانه در توسعه این فعالیت در لبنان حیاتی بوده است.
وانگیت و مک‌کرچر (2015)	علاقه‌مندی‌های درمان پزشکی ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی مطالعه موردی گردشگری پزشکی نایلند	یافته‌های این پژوهش، با نشان دادن این‌که ملاحظات کیفی بدون توجه به نوع درمان در نظر گرفته می‌شود، مطالعات قبلی را به چالش می‌کشند. پیشنهاد می‌کنند که ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی، برای جلب توجه گردشگران پزشکی آینده، امکانات پزشکی و صلاحیت‌های کارکنان پزشکی خود را براساس استانداردهای جهانی ارتقا دهند.
ایزیوک <sup>۱</sup> و همکاران (2016)	تأثیر فاصله فرهنگی در گردشگری پزشکی	فاصله فرهنگی در انتخاب مقصد برای گردشگری پزشکی تأثیر دارد.
زاکی (2017)	گردشگری پزشکی به‌منزله نوعی گردشگری جدید در مصر	بیشتر گردشگرانی که برای اهداف پزشکی از مصر بازدید کردند از کشورهای عربی و مسلمان بودند و در آن‌جا خدمات پزشکی باکیفیت و مبتنی بر استانداردهای جهانی پزشکی و مقرون‌به‌صرفه دریافت می‌کردند.
سوس <sup>۲</sup> و همکاران (2018)	تأثیرات توسعه گردشگری پزشکی در سلامت جامعه	رهبران جامعه و مقامات گردشگری در لاس‌وگاس ارتقا و توسعه گردشگری پزشکی را برای بهبود اقتصاد و کیفیت زندگی ساکنان مطرح و تأثیر گردشگری پزشکی در رفاه جامعه را بسیار مثبت تلقی کرده‌اند. رفاه جامعه تأثیر مثبتی در تمایل ساکنان به پرداخت مالیات بیشتر و حمایت از توسعه گردشگری پزشکی دارد.
رحمان (۲۰۱۹)	گردشگری پزشکی: خدمات درک‌شده گردشگران و رضایتمندی از بیمارستان‌های مالزی	دسترسی به بیمارستان و رفتار بین فردی سازه‌هایی حیاتی هستند که در ویژگی‌های گردشگران تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، هزینه‌های پزشکی و تشریفات بهداشتی رابطه معناداری با خدمات درک‌شده از گردشگران پزشکی دارند
گودرزی (۲۰۱۵)	برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز	عوامل (قیمت خدمات درمانی و گردشگری، کیفیت خدمات درمانی و گردشگری، فرهنگ، امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری و فناوری اطلاعات و ارتباطات) از عوامل مهم و مؤثر در توسعه گردشگری پزشکی در شهر شیراز است.
غلامی و همکاران (۲۰۱۶)	ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال	سطح کیفیت خدمات دریافتی در حد انتظارات گردشگران نبوده است و لازم است اقداماتی برای بهبود آن انجام شود. همچنین، بهبود جنبه اعتماد گردشگران پزشکی به خدمات ارائه‌شده توسط بیمارستان‌ها عوامل مؤثری در افزایش سطح رضایت آنان خواهد بود.
رضایی نور و همکاران (۲۰۱۹)	ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی در استان قم با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی با ترکیب فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی فازی و روش تودیم	از نقاط ضعف اساسی این مراکز می‌توان به کمبود تجهیزات به‌روز، نبود توازن در قیمت و کیفیت مراکز اقامتی نزدیک بیمارستان‌ها اشاره کرد و از نقاط قوت این مراکز می‌توان به قیمت و کیفیت خدمات درمانی و عملکرد مناسب و دقت در درمان اشاره کرد.
فرزین و همکاران (۲۰۱۹)	مدل‌سازی ترکیبی پیش‌بینی تقاضای گردشگری پزشکی داخلی شهر تهران	تابع تقاضای گردشگری پزشکی داخلی شامل: عوامل اقتصادی (درآمد و ثروت افراد)، قیمت خدمات و هزینه زندگی در مقصد، قیمت تأسیسات اقامتی، وجود آلودگی هوا، قیمت محصولات جایگزین (سفر خارجی)، تعداد مراکز پزشکی، بیمارستان‌ها و آزمایشگاه است.

1. Esiyok

2. Sues



پیشینه پژوهش‌های خارجی		
نویسنده	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
گودرزی (۲۰۲۲)	بررسی و تحلیل ابعاد فرهنگی مؤثر در جذب گردشگران پزشکی عراقی شهر اهواز	تأثیر متغیرهای فرهنگی ملی، فرهنگ سیاسی، فرهنگ‌سازمانی، فرهنگ عمومی و فرهنگ حرفه‌ای در جذب گردشگران پزشکی عراقی تأیید می‌شود. با مدنظر قرار دادن ضرایب تأثیر مربوط به متغیرهای مستقل پژوهش، می‌توان گفت اثر متغیرهای فرهنگی عمومی، حرفه‌ای و ملی در متغیر جذب گردشگران پزشکی عراقی، مستقیم و در حد متوسط به بالا و اثر متغیرهای فرهنگی سیاسی و سازمانی در این متغیر مستقیم و در حد متوسط به پایین برآورد می‌شود.
نوری خواجوی و جعفری (۲۰۲۱)	تعیین عوامل مؤثر در رقابت‌پذیری زنجیره تأمین پایدار گردشگری پزشکی	به ترتیب معیارهای مهارت کادر درمانی و امنیت کشور از مهم‌ترین عوامل در رقابت‌پذیری زنجیره تأمین پایدار گردشگری پزشکی هستند. همچنین، با استفاده از روش دیمتل مشخص شد که به ترتیب عوامل اقتصادی و نهادی (حاکمیتی) در دسته عوامل تأثیرگذار و عوامل اجتماعی فرهنگی و زیست‌محیطی در دسته عوامل تأثیرپذیر قرار می‌گیرند.

مطالعات رفتاری بُعد غالب در بررسی‌های مربوط به انواع گردشگری و خصوصاً گردشگری پزشکی است. بدین معنا که بررسی و تحلیل عوامل مؤثر در رفتار حرفه‌ای گردشگران در انتخاب مقاصد گردشگری با توجه به ویژگی‌های هر مقصد می‌تواند متفاوت و متمایز باشد. استان خوزستان، به دلیل موقعیت استراتژیک و هم‌مرزی با کشورهای همسایه‌ای چون عراق، کویت

و کشورهای حاشیه خلیج فارس و داشتن زبان و قومیت مشترک با این کشورها و همچنین وجود تقاضای زیاد در حوزه گردشگری پزشکی از سوی این کشورها، دارای ظرفیت بالقوه‌ای در توسعه گردشگری پزشکی است. از این حیث و با توجه به فقدان تحقیق در این حوزه و حوزه‌های نزدیک در کلان‌شهر اهواز، این تحقیق دارای جنبه نوآوری است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## فرضیه‌های پژوهش

- قوانین و مقررات (به‌خصوص مسائل حقوقی پزشکی) تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد.
- فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد.
- عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد.
- عوامل اقتصادی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد.
- عوامل ارتباطی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد.

## روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر، به‌لحاظ هدف، کاربردی - نظری و، از نظر ماهیت و روش، توصیفی - تحلیلی است. اطلاعات موردنیاز تحقیق از روش اسنادی، کتابخانه‌ای، پیمایشی و مصاحبه با گردشگران و کارشناسان گردآوری شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را گردشگران پزشکی خارجی، که در سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهر اهواز مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهد که، طبق آمار دانشگاه علوم پزشکی اهواز، تعداد این گردشگران حدود ۲۰۰۰ نفر برآورد شده است. به‌منظور تعیین حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شده است. براساس این فرمول، تعداد ۳۰۲ نمونه به دست آمده است.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 302$$

$$n = \frac{1 + \frac{1}{N} (t^2 pq / d^2 - 1)}{1 + \frac{1}{2000} ((1.96^2 * 0.5 * 0.5 / 0.05^2) - 1)}$$

t - 1/96      p - /5      q - /5      d - /5

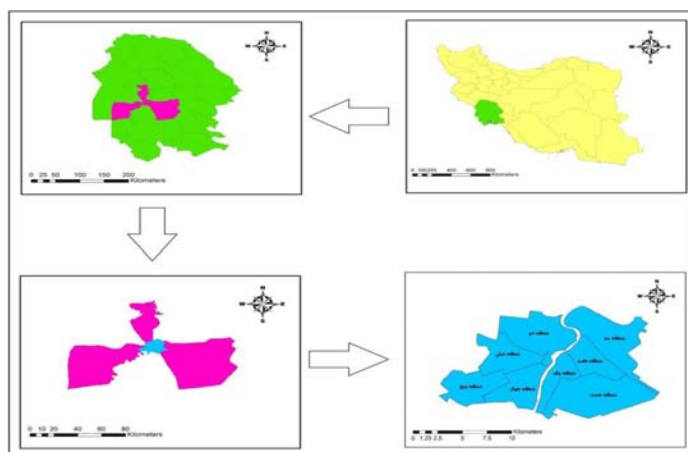
n- حجم نمونه، N- تعداد کل جامعه آماری، t- ضریب اطمینان، d- میزان خطا است. همچنین، p- درصد افرادی است که صفت موردنظر را دارند و q- درصد افرادی است که صفت موردنظر را ندارند (Nia, 2011).

روش مورد استفاده در این تحقیق، به‌منظور دستیابی به نمونه پژوهشی برای گردشگران پزشکی، نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم است که برای طبقات گوناگون، براساس میزان حجم آن‌ها، نمونه انتخاب کنیم، به این صورت که طبقه‌ای که بیشترین حجم را دارد بیشترین تعداد نمونه را هم دارد (Schaefer et al., 2004). انتخاب متغیرهای طبقه‌بندی معمولاً بستگی به متغیرهایی دارد که در دسترس هستند (Bibi, 2009).

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیات پژوهش، از تکنیک‌های آماری تی زوجی، ضریب هم‌بستگی پیرسون، رویکرد مدل‌سازی معادله ساختاری کواریانس محور و آزمون فریدمن استفاده شده است.

## معرفی محدوده مورد مطالعه

شهر اهواز یکی از شهرهای بزرگ ایران و مرکز شهرستان اهواز و استان خوزستان است که از نظر جغرافیایی بین ۴۹ درجه و ۱۱ دقیقه طول شرقی و ۳۱ درجه و ۵۰ دقیقه عرض شمالی قرار دارد (Goodarzi et al., 2021). در حال حاضر، این شهر ۸ منطقه شهری دارد. در شکل ۲، نقشه موقعیت استان خوزستان در کشور، شهرستان اهواز در استان خوزستان، شهر اهواز در شهرستان اهواز و موقعیت مناطق هشت‌گانه شهر اهواز به تفکیک آمده است.



شکل ۲: موقعیت شهر اهواز در کشور و استان یافته‌های پژوهش



## آزمون فرضیات پژوهش

فرضیه اول: قوانین و مقررات (به‌خصوص مسائل حقوقی پزشکی) تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد. در این فرضیه، از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۲: بررسی اثر قوانین و مقررات در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

متغیر	قوانین و مقررات	تقاضای گردشگری پزشکی
قوانین و مقررات	هم‌بستگی پیرسون	۰/۶۷۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲
تقاضای گردشگری پزشکی	هم‌بستگی پیرسون	۰/۶۷۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲

سطح معناداری رابطه هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین قوانین و مقررات و تقاضای گردشگری پزشکی خارجی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و ( $r = 0/774$ ). بدین معنی که، هرچه قدر فقدان قوانین و مقررات در حوزه گردشگری و خصوصاً گردشگری پزشکی بیشتر باشد، میزان تقاضای گردشگری پزشکی خارجی نیز کاهش خواهد یافت و بالعکس. (محاسبات در سطح اطمینان ۹۵ درصد با ۵ درصد خطا انجام شده است). فرضیه دوم: فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد. برای بررسی اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در این فرضیه، از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۳: بررسی اثر فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

متغیر	فضای کسب‌وکار	تقاضای گردشگری پزشکی
فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها	هم‌بستگی پیرسون	۰/۲۲۸
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲
تقاضای گردشگری پزشکی	هم‌بستگی پیرسون	۰/۲۲۸
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲



سطح معناداری رابطه هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها و تقاضای گردشگری پزشکی خارجی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و ( $r = 0/228$ ). بدین معنی که بهبود فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها به افزایش تقاضای گردشگری پزشکی منجر خواهد شد (محاسبات در سطح اطمینان ۹۵ درصد با ۵ درصد خطا انجام شده است).

فرضیه سوم: عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد. برای بررسی اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در این فرضیه، از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۴: بررسی اثر عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

تقاضای گردشگری پزشکی	عوامل انسانی، فرهنگی، طبیعی	متغیر	
		هم‌بستگی پیرسون	عوامل انسانی، فرهنگی، طبیعی
۰/۳۰۱	۱	هم‌بستگی پیرسون	عوامل انسانی، فرهنگی، طبیعی
۰/۰۰۰		سطح معناداری	
۳۰۲	۳۰۲	تعداد	
۱	۰/۳۰۱	هم‌بستگی پیرسون	تقاضای گردشگری پزشکی
		سطح معناداری	
		تعداد	

سطح معناداری رابطه هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی و تقاضای گردشگری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و ( $r = -0/301$ ). فرضیه چهارم: عوامل اقتصادی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد. برای بررسی اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در این فرضیه، از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۵: بررسی اثر عوامل اقتصادی در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

تقاضای گردشگری پزشکی	عوامل اقتصادی	متغیر	
		هم‌بستگی پیرسون	عوامل اقتصادی
۰/۸۸۴	۱	هم‌بستگی پیرسون	عوامل اقتصادی
۰/۰۰۰		سطح معناداری	
۳۰۲	۳۰۲	تعداد	
۱	۰/۸۸۴	هم‌بستگی پیرسون	تقاضای گردشگری پزشکی
		سطح معناداری	
		تعداد	



فرضیه پنجم: عوامل ارتباطی تأثیر مثبت و معناداری در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز دارد. برای بررسی اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در این فرضیه، از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است.

سطح معناداری رابطه هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین عوامل اقتصادی و تأثیر آن در تقاضای گردشگری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و ( $r = 0/184$ ). بدین معنی که بهبود عوامل اقتصادی به افزایش تقاضای گردشگری پزشکی خارجی منجر خواهد شد و بالعکس (محاسبات در سطح اطمینان ۹۵ درصد با ۵ درصد خطا انجام شده است).

#### جدول ۶: بررسی اثر عوامل ارتباطی در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

متغیر	عوامل ارتباطی	تقاضای گردشگری پزشکی
عوامل ارتباطی	هم‌بستگی پیرسون	۰/۴۰۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲
تقاضای گردشگری پزشکی	هم‌بستگی پیرسون	۰/۴۰۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۰۲
	تعداد	۳۰۲

#### بررسی تفاوت بین وضع موجود و مطلوب شاخص‌های گردشگری پزشکی خارجی

برای بررسی تفاوت بین وضعیت موجود (عینی) و مطلوب (ذهنی) شاخص‌های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز از آزمون تی زوجی استفاده شده است.

سطح معناداری رابطه هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین عوامل ارتباطی و تقاضای گردشگری رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و ( $r = 0/202$ ). بدین معنی که هرچه قدر بسترهای ارتباطی بیشتر باشد تقاضای گردشگری پزشکی خارجی نیز افزایش خواهد یافت و بالعکس. (محاسبات در سطح اطمینان ۹۵ درصد با ۵ درصد خطا انجام شده است).

#### جدول ۷: بررسی تفاوت وضعیت موجود و مطلوب شاخص‌های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز

تفاوت میانگین (شکاف)	فراوانی	کران پایین	کران بالا	مقدار T	درجه آزادی	سطح معناداری
-۳/۶۲۴	۳۰۲	-۳/۹۲	-۳/۳۲	-۲۳/۶۴	۳۰۱	۰/۰۰۰
-۶/۰۲۷	۳۰۲	-۶/۴۹	-۵/۵۵	-۲۵/۱۱	۳۰۱	۰/۰۰۰
-۲/۶۱۶	۳۰۲	-۲/۹۰	-۲/۳۲	-۱۷/۸۳	۳۰۱	۰/۰۰۰
-۵/۶۶۹	۳۰۲	-۶/۱۸	-۵/۱۵	-۲۱/۶۵	۳۰۱	۰/۰۰۰
-۴/۲۶۱	۳۰۲	-۳/۱۴	-۲/۸۸	-۱۴/۱۹	۳۰۱	۰/۰۰۰

1. Paired samples T-Test



یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نظرهای پاسخ‌گویان در خصوص وضعیت موجود و مطلوب شاخص‌های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در سطح شهر اهواز عددی منفی است که نشان‌دهنده شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب است. همچنین، با توجه به سطح معناداری (Sig) برآورد شده که کمتر از ۰/۰۵ است ( $P < 0/05$ )، در سطح ۹۵ درصد اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میزان تقاضای گردشگری پزشکی خارجی از نظر پاسخ‌گویان در وضع موجود و مطلوب تفاوت وجود دارد. از طرف دیگر، با توجه به یک طرفه بودن آزمون و منفی بودن کران بالا و پایین و همچنین مقدار T محاسبه شده، می‌توان گفت که بین دو میانگین تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

### مدل معادلات ساختاری برای بررسی تأثیر متغیرها در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی

در پژوهش‌هایی که هدف آزمون مدلی خاص از روابط بین متغیرها است، از روش مدل معادلات ساختاری استفاده می‌شود. مدل‌سازی مسیری PLS یکی از روش‌های مدل معادلات ساختاری است. مدل کامل مسیری PLS شامل دو بخش اندازه‌گیری (مدل بیرونی) و ساختاری است. در قسمت اندازه‌گیری، ارتباط سؤالات با گویه‌ها بررسی می‌شود و در قسمت ساختاری، عامل‌های مورد بررسی با یکدیگر به منظور آزمون فرضیه‌ها بررسی می‌شوند. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها و وجود هم‌بستگی لازم بین متغیرها می‌توان از مدل‌های معادلات ساختاری استفاده کرد.

### ارزیابی مدل

در مدل‌های PLS دو مدل آزمون می‌شود. مدل بیرونی که هم‌ارز مدل اندازه‌گیری است و مدل درونی که مشابه مدل ساختاری در مدل‌های معادلات ساختاری است. مدل درونی بارهای عاملی متغیرهای مشاهده‌شده را نشان می‌دهد.

### بررسی مدل بیرونی تحقیق بررسی پایایی مدل‌های اندازه‌گیری

در مدل‌های PLS، مدل اندازه‌گیری یا همان گویه‌ها به دو دسته گویه‌های انعکاسی و گویه‌های ترکیبی تقسیم می‌شوند. در پژوهش حاضر، تمام مدل‌های اندازه‌گیری از نوع انعکاسی هستند. در ارزیابی پایایی این مدل‌ها باید تک‌بعدی بودن بلوک‌ها تعیین شود. از آلفای کرونباخ برای تعیین تک‌بعدی بودن مدل‌های اندازه‌گیری استفاده می‌شود. معمولاً اولین معیاری که در مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی بررسی می‌شود پایایی سازگاری درونی است. معیار سنتی برای کنترل آن آلفای کرونباخ است که پایایی را براساس هم‌بستگی درونی معرف‌ها برآورد می‌کند. اگر آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷ باشد، سازگاری درونی و تک‌بعدی بودن بلوک تأیید می‌شود (Gholamzadeh et al., 2013). علاوه بر آلفای کرونباخ، در مدل‌های مسیری PLS، از پایایی مرکب نیز برای بررسی پایایی سازگاری درونی و تک‌بعدی بودن بلوک‌ها استفاده می‌شود. اگر میزان این شاخص از ۰/۷ بیشتر باشد، پایایی مرکب مدل تأیید می‌شود. برای تشخیص تک‌بعدی بودن یک بلوک، پایایی مرکب از آلفای کرونباخ شاخص مناسب‌تری است؛ زیرا آلفای کرونباخ مبتنی بر فرض هم‌ارزی متغیرهای مشاهده‌شده است. یعنی فرض می‌شود که اهمیت هر متغیر مشاهده‌شده با سایر متغیرهای مشاهده‌شده در تعریف متغیر پنهان یکسان است. اما پایایی مرکب این فرض را ندارد و بیشتر مبتنی بر نتایج مدل (یعنی بارهای عاملی) است تا هم‌بستگی موجود بین متغیرهای مشاهده‌شده در مجموع داده‌ها. در واقع، آلفای کرونباخ تخمینی کران پایینی از پایایی ارائه می‌دهد (Gholamzadeh et al., 2013). نتایج نرم‌افزار PLS برای این دو شاخص در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۸: بررسی پایایی مدل اندازه‌گیری

متغیرها	پایایی مرکب	آلفای کرونباخ
قوانین و مقررات	۰/۸۴	۰/۷۶
فضای کسب‌وکار	۰/۹۱	۰/۷۹
عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی	۰/۸۸	۰/۷۹
عوامل اقتصادی	۰/۹۰	۰/۸۰
عوامل ارتباطی	۰/۹۳	۰/۷۸



به منزله معیاری برای اعتبار همگرا پیشنهاد می‌کنند. حداقل AVE معادل ۰/۵ بیانگر اعتبار همگرایی کافی است. به این معنی که یک متغیر مکنون می‌تواند به‌طور میانگین بیش از نیمی از پراکندگی معرف‌هایش را تبیین کند (Gholamzadeh et al., 2013).

### جدول ۹. ارزیابی روایی همگرا مدل اندازه‌گیری

متغیرها	AVE
قوانین و مقررات	۰/۸۳
فضای کسب‌وکار	۰/۷۹
عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی	۰/۸۰
عوامل اقتصادی	۰/۸۴
عوامل ارتباطی	۰/۸۱

با توجه به این‌که مقدار AVE برای متغیرهای مکنون بالاتر از ۰/۵ است، می‌توان بیان کرد که روایی همگرایی مدل‌های اندازه‌گیری مطلوب است. دومین روایی مورد بررسی برای تأیید روایی و اعتبار مدل اندازه‌گیری روایی افتراقی یا واگرا بوده که یک معیار تکمیل‌کننده است. در مدل‌سازی مسیری PLS، از دو معیار شامل معیار فورنل - لارکر و آزمون بارهای عرضی برای بررسی روایی واگرا استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر، از آزمون فورنل - لارکر، که روایی را در سطح معرف بررسی می‌کند، استفاده می‌شود. به عبارت دیگر، این آزمون بررسی می‌کند که معرف هر گویه هم‌بستگی بالاتری به خود گویه در مقایسه با سایر گویه‌ها داشته باشد (Gholamzadeh et al., 2013). نتایج مربوط به بارهای عاملی فورنل - لارکر در جدول ۱۰ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بار هر معرف انعکاسی برای هر گویه بیشتر از بار آن معرف برای سایر گویه‌ها است (بارهای عاملی روی قطر اصلی بیش از سایر است). بنابراین، روایی افتراقی یا واگرای مدل تأیید می‌شود.

همان‌طور که از جدول ۸ مشاهده می‌شود، مقادیر به‌دست‌آمده برای دو شاخص آلفای کرونباخ و پایایی مرکب برای متغیرهای محوری مورد مطالعه از ۰/۷ بیشتر شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب متغیرهای تحقیق است. بنابراین، درکل مدل‌های اندازه‌گیری پایایی مطلوبی دارند. این شاخص‌ها از طریق بررسی هم‌بستگی درونی یا بارهای عاملی بین معرف‌ها درخصوص پایایی هم‌زمان متغیرها به دست می‌آیند. اما، از آن‌جا که پایایی معرف‌ها متفاوت است، پایایی هر معرف باید به‌تنهایی ارزیابی شود. پژوهشگران معتقد هستند که یک متغیر مکنون باید بخش قابل‌توجهی از پراکندگی معرف را توضیح دهد (معمولاً حداقل ۵۰ درصد). بنابراین، قدر مطلق هم‌بستگی بین یک گویه و هر کدام از متغیرهای مشاهده‌شده آن (یعنی قدر مطلق بارهای خروجی استانداردشده) باید بیشتر از ۰/۷ باشد. برخی از محققان نیز معتقد هستند که متغیرهایی که دارای بار عاملی (هم‌بستگی بین یک گویه و هر کدام از متغیرهای مشاهده‌شده آن) کمتر از ۰/۴ باشند، بهتر است از مدل اندازه‌گیری حذف شوند (Gholamzadeh et al., 2013). در صورتی که مقدار AVE گویه بیشتر از ۰/۵ باشد، اگر تعداد معرف‌ها کم باشد (سه یا چهار معرف)، می‌توان معرف‌هایی را که بار عاملی آن‌ها کمتر از ۰/۷ است حفظ کرد. برخی نیز معتقد هستند که، اگر تعداد معرف‌ها بیشتر از ۵ عدد باشد، معرف‌های ضعیف را می‌توان حذف کرد (Bontis et al., 2000). پایایی معرف‌ها در جدول ذیل ارائه شده است. با توجه به آنچه بیان شد، متغیرهایی که بار عاملی آن‌ها از ۰/۶ کمتر است بهتر است از مدل اندازه‌گیری حذف شوند.

### ارزیابی روایی مدل‌های اندازه‌گیری

اولین روایی مورد بررسی، برای تأیید روا بودن مدل‌های اندازه‌گیری، روایی همگرا است. روایی همگرا به این معنا است که مجموعه معرف‌ها گویه اصلی را تعیین می‌کنند. فورنل و لارکر (1981) استفاده از متوسط واریانس استخراج‌شده (AVE) را

جدول ۱۰: بررسی روایی و اگر مدل اندازه‌گیری

عوامل ارتباطی	عوامل اقتصادی	عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی	فضای کسب‌وکار	قوانین و مقررات
قوانین و مقررات				۰/۸۸
فضای کسب‌وکار			۰/۹۱	۰/۸۴
عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی		۰/۹۰	۰/۷۸	۰/۸۰
عوامل اقتصادی	۰/۸۲	۰/۷۹	۰/۷۹	۰/۸۱
عوامل ارتباطی	۰/۸۲	۰/۹۲	۰/۸۷	۰/۸۳

اصلی هستند و مقدار آن‌ها همیشه بین صفر و یک تغییر می‌کنند. هرچه ضریب تعیین بزرگ‌تر باشد نشان می‌دهد که خط رگرسیون بهتر توانسته تغییرات متغیر وابسته را به متغیر مستقل نسبت دهد. مقادیر  $R^2$  برابر ۰/۱۸، ۰/۲۳ و ۰/۶۷ در مدل‌های مسیری PLS به ترتیب ضعیف، متوسط و قابل توجه توصیف می‌شوند. اگر ساختارهای یک مدل مسیری داخلی معین یک متغیر مکنون درون‌زا را با تعداد معدودی (یک یا دو) متغیرهای مکنون برون‌زا شرح دهد،  $R^2$  متوسط قابل پذیرش است. اما، اگر متغیر مکنون درون‌زا متکی به چند متغیر مکنون برون‌زا باشد، مقدار  $R^2$  حداقل باید در ۰/۶۷ بیشتر باشد، در غیر این صورت در خصوص زیربنای تئوریک مدل شبهاتی مطرح می‌شود و نشان می‌دهد که مدل در شرح متغیرهای مکنون درون‌زا ناتوان است (Gholamzadeh et al., 2013)

### بررسی مدل درونی تحقیق

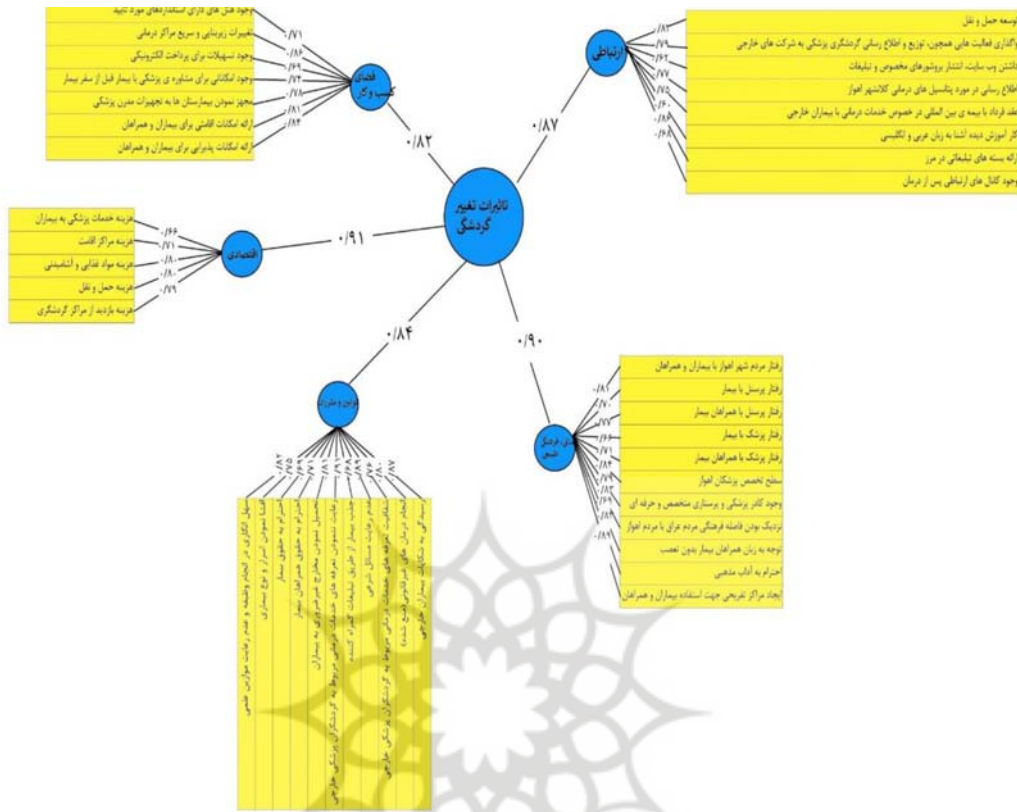
پس از آزمون مدل بیرونی و به عبارتی تأیید روایی و پایایی (مدل‌های اندازه‌گیری تحقیق)، مدل درونی یا همان مدل ساختاری تحقیق ارزیابی می‌شود. با استفاده از مدل درونی می‌توان به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخت. از معیارهای آماره‌تی، ضریب تعیین و ضریب مسیر برای ارزیابی مدل استفاده می‌شود. مدل مفهومی آزمون‌شده در حالت استاندارد یا الگوریتم PLS و ضریب مسیرها ارائه شده است. اعدادی که بر روی مسیر گویه‌ها با یکدیگر نشان داده شده‌اند ضریب مسیر نامیده می‌شوند. این اعداد بیانگر بتای استاندارد شده در رگرسیون یا ضریب هم‌بستگی دو گویه هستند و برای بررسی میزان تأثیر مستقیم یک متغیر در متغیر دیگر ارائه می‌شوند. اعدادی که بر روی مسیر بین گویه‌ها و معرف‌ها نمایش داده می‌شوند در مدل‌های انعکاسی بیانگر بار عاملی هستند و اعداد داخل هر دایره نشان‌دهنده ضریب تعیین ( $R^2$ ) گویه

جدول ۱۱: مقدار ضریب تعیین متغیرهای تحقیق

متغیرها	R2
قوانین و مقررات	۰/۸۴
فضای کسب‌وکار	۰/۸۲
عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی	۰/۹۰
عوامل اقتصادی	۰/۹۱
عوامل ارتباطی	۰/۸۷



همان‌طور که مشاهده می‌شود، برای متغیرهای  $R^2$  محاسبه‌شده برای متغیرهای موردنظر در سطح مکنون برون‌زا یا مستقل مقدار  $R^2$  ارائه نمی‌شود. مقدار



شکل ۳: مدل اندازه‌گیری تحقیق در حالت معناداری

### برآزش مدل

از شاخص می‌توان برای ارزیابی برآزش مدل اندازه‌گیری و مدل معادلات ساختاری در تحلیل‌های PLS استفاده کرد. این شاخص به دو قسمت شاخص اشتراک و شاخص افزونگی تقسیم می‌شود. مثبت بودن به ترتیب نشان‌دهنده کیفیت مطلوب مدل اندازه‌گیری و کیفیت مطلوب مدل معادلات ساختاری است.

### بحث و نتیجه‌گیری

گردشگری پزشکی یکی از مهم‌ترین شاخه‌های گردشگری سلامت است که در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه بوده است. کشور ایران، به لحاظ کاهش ارزش پول ملی در سال‌های اخیر، وجود پزشکان حاذق، موقعیت استراتژیک و نزدیکی به بازارهای این حوزه و دارا بودن جایگاه مناسب در برخورداری از سایر جاذبه‌های گردشگری به منزله یکی از کشورهای در حال توسعه دارای مزیت‌های رقابتی

مناسب در این عرصه است. با توجه به این‌که عمده گردشگران پزشکی از کشور عراق می‌آیند و نزدیکی جغرافیایی و، مهم‌تر از آن، سنخیت فرهنگی-زبانی در این انتخاب مؤثر است، کلان‌شهر اهواز در جنوب کشور و در هم‌جواری کشور عراق دارای مزیت بالقوه‌ای در جذب بسیاری از این گردشگران است. نظر به موارد مهم مطرح‌شده، این پژوهش با هدف بررسی و تحلیل عوامل مؤثر در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز تدوین شد.

برای بررسی اثر متغیر مستقل در متغیر وابسته در این فرضیه از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون در خصوص بررسی تأثیر متغیرهای مستقل پژوهش در متغیر وابسته حاکی از تأیید اثر متغیرهای مستقل قوانین و مقررات؛ فضای کسب‌وکار و زیرساخت‌ها؛ عوامل انسانی، فرهنگی، طبیعی؛ عوامل اقتصادی و عوامل ارتباطی به ترتیب با ضرایب ۰/۲۲۸، ۰/۳۰۱، ۰/۸۸۴ و ۰/۴۰۲ در متغیر وابسته تقاضای



گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز بوده است. در خصوص بررسی تفاوت بین وضعیت موجود (عینی) و وضع مطلوب (ذهنی) شاخص‌های تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز، نتایج آزمون تی زوجی حاکی از وجود شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب است. حصول مقدار ۰/۵۰ برای شاخص نیکویی برازش در مدل معادلات ساختاری نشان‌دهنده تأیید تأثیر متغیرهای مستقل پژوهش در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در کلان‌شهر اهواز و همچنین مطلوبیت کیفیت مدل اندازه‌گیری این پژوهش است.

نتایج این پژوهش، از حیث تأثیرگذاری سیاست‌ها و مقررات در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز، با تحقیق هونگ و همکاران (2011) با عنوان «توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ: ارزیابی موانع» هم‌سو است که سیاست‌ها و مقررات را از جمله موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در هنگ‌کنگ می‌دانند.

لی و همکاران (2012) در پژوهشی با عنوان «گردشگری پزشکی - جذب گردشگران ژاپنی برای تجربه گردشگری پزشکی» به این نتیجه رسیدند که مقامات باید تبادل اطلاعات کلامی را تحت تأثیر قرار دهند و در پی بازخورد توسعه استراتژی‌های بازاریابی باشند. تبلیغات باید با نهادهای حرفه‌ای در کشورهای مبدأ و مقصد هماهنگ شوند. این نتیجه‌گیری تقریباً هم‌سو با نتیجه پژوهش حاضر است که مؤید تأثیر عوامل ارتباطی در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز است. همچنین، براساس این عامل، پژوهش حسن (2015)، با عنوان «گردشگری پزشکی در لبنان: تحلیل جریان‌های گردشگری» که به نقش رسانه در توسعه گردشگری پزشکی در لبنان اشاره کرده است، با پژوهش حاضر نیز هم‌سو است.

در این پژوهش، دو عامل مهم اقتصادی و زیرساختی به‌منزله عوامل مؤثر در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز تأیید شد و از این حیث با نتایج تحقیق گودرزی (2015)، با عنوان «برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز» که قیمت خدمات درمانی و گردشگری و همچنین امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و گردشگری را در توسعه گردشگری پزشکی مؤثر می‌داند، هم‌سو است. در پژوهش فرزین و همکاران (2019)، با عنوان «مدل‌سازی ترکیبی پیش‌بینی تقاضای گردشگری پزشکی داخلی شهر تهران»، عامل اقتصادی یکی از

عوامل تابع تقاضای گردشگری پزشکی در نظر گرفته شده که با نتیجه تحقیق حاضر نیز هم‌سو است. عوامل اقتصادی و عوامل انسانی، فرهنگی و طبیعی در پژوهش حاضر به‌منزله عوامل مؤثر در تقاضای گردشگری پزشکی خارجی در شهر اهواز تأیید شدند که این نتیجه با نتیجه مقاله نوری خواجوی و جعفری (2021) با عنوان «تعیین عوامل مؤثر بر رقابت‌پذیری زنجیره تأمین پایدار گردشگری پزشکی» هم‌سو است که عوامل اقتصادی و نهادی (حاکمیتی) را در دسته عوامل تأثیرگذار و عوامل اجتماعی فرهنگی و زیست‌محیطی را در دسته عوامل تأثیرپذیر در رقابت‌پذیری زنجیره تأمین پایدار گردشگری پزشکی قرار می‌دهد.

منابع فارسی که معادل لاتین آن‌ها در فهرست منابع آمده است:

ابوالحسنی، نازنین (۱۳۹۳). جنبه‌های قانونی و حقوقی گردشگری پزشکی. فصلنامه اخلاق زیستی، ۴(۱۲)، ۸۱-۱۰۰.

ایمان‌زاده، علی، همراه‌زاده، ملیکا، جعفریان، وحیده و جباری، کامران (۱۳۹۶). تجربیات زیسته گردشگران پزشکی از درمان در بیمارستان‌های شهر تبریز. فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۲(۳۷)، ۲۵-۴۶.

بیبی، ای. (۱۳۸۷). روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه رضا فاضل، جلد اول. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

جباری، علیرضا، فردوسی، مسعود، کیوان آرا، محمود و آقارحیمی، زهرا (۱۳۹۱). تحلیل ذی‌نفعان صنعت گردشگری پزشکی: ارائه راهبردهای مؤثر در شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت، ۹(۶)، ۹-۱.

حافظ‌نیا، محمدرضا (۱۳۸۹). مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی. تهران: انتشارات سمت.

حسین‌پور، رباب و ریاحی، لیلا (۱۳۹۷). رابطه قابلیت‌های گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریست در استان اردبیل. مجله سلامت و بهداشت، ۹(۲)، ۱۵۹-۱۷۱.

رحمانی، پاییز (۱۳۹۳). بررسی اثرات اقتصادی - اجتماعی توسعه گردشگری پزشکی



گودرزی، مجید (۱۳۹۳). برنامه‌ریزی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز. پایان‌نامه دکتری دانشگاه اصفهان.

گودرزی، مجید، فیروزی، محمدعلی و سعیدی، امید (۱۳۹۹). تحلیل موانع کاربری اراضی توسعه حمل‌ونقل عمومی در کلان‌شهر اهواز. فصلنامه برنامه‌ریزی و آمایش فضا، ۲۴(۲)، ۱-۴۲.

گودرزی، مجید (۱۴۰۰). بررسی و تحلیل ابعاد فرهنگی مؤثر بر جذب گردشگران پزشکی عراقی شهر اهواز. فصلنامه علمی - پژوهشی توسعه اجتماعی فرهنگی، ۱۵(۳)، ۱-۲۸.

لوح موسوی، سیدعلی‌رضا، تقوایی، مسعود، وسیلی، محمدرضا و زارع، محمدحسین (۱۳۹۶). شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مرتبط با مکان‌یابی دهکده‌های سلامت (مطالعه موردی: استان اصفهان). مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۴(۳)، ۹۶-۱۰۲.

محمدی، تیمور، کریمی، مجتبی، نجارزاده، نگین و شاه کرم اوغلی، معصومه (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر تقاضای گردشگری ایران. فصلنامه علوم اقتصادی، ۳(۱۰)، ۲۷-۵۱.

مدیری، محمود، کریمی شیرازی، حامد و هاشمی دهقی، زهرا (۱۳۹۶). انتخاب راهبرد گردشگری پزشکی ایران براساس سوات و رویکرد تصمیم‌گیری چندمعیاره فازی. مدیریت سلامت، ۲۰(۶۸)، ۲۳-۳۷.

معبودی، محمدتقی و حکیمی، هادی (۱۳۹۴). عوامل تعیین‌کننده گردشگری پزشکی (نمونه موردی: ایران). مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۴(۱۵)، ۸۰-۱۰۶.

نوری خواجوی، درسا و جعفری، عزیزالله (۱۴۰۰). تعیین عوامل مؤثر بر رقابت‌پذیری زنجیره تأمین پایدار گردشگری پزشکی. فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، ۱۰(۲)، ۱۲۳-۱۳۶.

هادی‌زاده مقدم، اکرم، زاهدیان نژاد، محمدحسین، قنبرزاده میاندهی، رضا و فخارمنش، سینا (۱۳۹۲). الگوی عوامل مؤثر بر انگیزه گردشگران پزشکی برای ورود به ایران. چشم‌انداز مدیریت بازرگانی، ۱۲(۱۶)، ۷۹-۵۹.

(مطالعه موردی: شهر اهواز). پایان‌نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی توریسم، دانشگاه سیستان و بلوچستان.

رضایی‌نور، جلال، محبتی، محمدرضا و معصومی کاشانی، محمدحسین (۱۳۹۷). ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی در استان قم با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی با ترکیب فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی فازی و روش تودیم. فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، ۷(۱)، ۲۰-۴۰.

رنجنوش، راحله، ضرغام برونجی، حمید و حمیدی، ناصر (۱۳۹۵). بخش‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی. مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۴(۸)، ۵۴-۷۲.

شیفر، ریچارد ال.، مندن هال، ویلیام و لایمن، اوت (۱۳۸۲). آمارگیری نمونه‌ای، ترجمه کریم منصورفر. تهران: انتشارات سمت.

عسگرنژاد نوری، باقر، نعمتی، ولی و عباسقلی‌زاده، ناطق (۱۳۹۸). تأثیر ارزش درک‌شده بر تصویر ذهنی از مقصد، رضایت و وفاداری گردشگران پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). م‌ج‌له سلامت و بهداشت، ۱۰(۱)، ۳۴-۴۹.

غلام‌زاده، رسول، آذر، عادل و قنواتی، مهدی (۱۳۹۱). مدل‌سازی مسیری - ساختاری در مدیریت: کاربرد نرم‌افزار SmartPLS. تهران: نگاه دانش.

غلامی، مریم، جباری، علیرضا، کاووسی، زهرا و چمن‌پریا، پریسا (۱۳۹۵). ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال. مدیریت اطلاعات و سلامت، ۱۳(۲)، ۱۴۵-۱۵۲.

فرزین، محمدرضا، افسر، امیر، دبیر، علیرضا و زندی، ابتهال (۱۳۹۷). مدل‌سازی ترکیبی پیش‌بینی تقاضای گردشگری پزشکی داخلی شهر تهران. فصلنامه مدیریت سلامت، ۲۱(۷۴)، ۵۱-۶۴.

قلی‌پور سوتی، رحمت‌الله، امیری، مجتبی، ضرغام برونجی، حمید و کیانی فیض‌آبادی، زهره (۱۳۹۷). واکاوی موانع توسعه گردشگری پزشکی در ایران با تأکید بر الزامات سیاست‌گذاری. فصلنامه علمی-پژوهشی گردشگری و توسعه، ۷(۴)، ۳۸-۶۰.

- 13(2), 145-152. [In Persian]
- Gholamzadeh, R., Azar, A., & Qanavati, M. (2013). *Route-Structural Modeling in Management: Application of SmartPLS Software*. Tehran: Negah Danesh. [In Persian]
- Gholipour Soteh, R., Amiri, M., Zargham Bronji, H., & Kiani Feyzabadi, Z. (2019). Analysis of Barriers to Medical Tourism Development in Iran with Emphasis on Policy Requirements, *Journal of Tourism and Development*, 7(4), 60-38. [In Persian]
- Goodarzi, M. (2015). *Strategic planning for the development of medical tourism in the metropolis of Shiraz*. PhD Thesis University of Isfahan. [In Persian]
- Goodarzi, M., Firoozi, M. A., & Saedi, O. (2021). Analysis of land use barriers to public transportation development in Ahvaz metropolis. *Spatial Planning and Planning Quarterly*, 24(2), 1-42. [In Persian]
- Goodarzi, M. (2022). Study and analysis of cultural dimensions affecting the attraction of Iraqi medical tourists in Ahvaz. *Journal of Socio-Cultural Development*, 15(3), 1-28. [In Persian]
- Gopal Reddy, S. (2013). *Medical Tourism in India: Anexploratory Study*, ph.d thesis, Kansas State University Manhattan, Kansas.
- Hall, C. M., & Lew, A. A. (2009). *Understanding and managing tourism impacts: an integrated approach*. London: Routledge.
- Hadizadeh Moghadam, A., Zahediannejad, M. H., Ghanbarzadeh Miandehi, R., & Fakharmanesh, S. (2013). Pattern of Factors Affecting the Motivation of Medical Tourists to Enter Iran, *Business Management*
- Aboalhassani, N. (2014). Legal aspects of medical tourism. *Bioethics Quarterly*, 4(12), 81-100. [In Persian]
- Asgarnejad Nouri, B., Nemati, V., & Abbas Gholizadeh, N. (2020). The effect of perceived value on the mental image of the destination, satisfaction and loyalty of medical tourist's Case study: Ardabil. *Journal of Health*, 10(1), 34-49. [In Persian]
- Bakas, F. E. (2017). A beautiful mess': Reciprocity and positionality in gender and tourism research. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 33(1), 126-133.
- Bibi, E. (2009). *Research Methods in Social Sciences*, translated by Reza Fazel, Vol. One. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Samat). [In Persian]
- Bontis, N., Chua, W., & Richardson, S. (2000). Intellectual capital and business performance in Malaysian industries. *Journal of Intellectual Capital*, 1(1), 85-100.
- Esiyok, B., akarbFeride, M., & Kurtulmuşoğlub, B. (2018). The effect of cultural distance on medical tourism. *Journal of Destination Marketing & Management*, 6(1), 66-75.
- Farzin, M. R., Afsar, A., Dabir, A., & Zandi, I. (2019). Combined modeling of domestic medical tourism demand forecasting in Tehran. *Health Management Quarterly*, 21(74), 51-64. [In Persian]
- Gholami, M., Jabbari, A., Kavousi, Z., & Chaman Priya, P. (2016). Evaluating the attitude of medical tourists towards the quality of services in Shiraz hospitals using SERVQUAL model. *Information and Health Management*,





- Information Management*, 14(3), 96-102. [In Persian]
- Maboudi, M. T., & Hakimi, H. (2015). Determinants of medical tourism; Case study of Iran. *Journal of Tourism Planning and Development*, 4(15), 80-106. [In Persian]
- Modiri, M., Karimi Shirazi, H., & Hashemi Dehghi, Z. (2018). Selection of Iranian medical tourism strategy based on SWOT and multi-fuzzy multi-criteria decision making approach. *Health Management*, 20(68), 23-37. [In Persian]
- Mohammadi, T., Karimi, M., Najarzadeh, N., & Shah Karam Oghli, M. (2010). Factors affecting Iran's tourism demand. *Quarterly Journal of Economic Sciences*, 3(10), 27-51. [In Persian]
- Nouri Khajavi, D., & Jafari, A. (2021). Determining the effective factors on competitiveness of sustainable medical tourism supply chain. *Journal of Tourism and Development*, 10(2), 123-136. [In Persian]
- Pan, T. J., & Chang, W. C. (2014). Chinese medical tourists-Their perceptions of Taiwan. *Tourism Management*, 44, 108-112.
- Rahman, M. K. (2019). Medical tourism: tourists, perceived services and satisfaction lessons from Malaysian hospitals. *Tourism Review*, 74(3), 739-758. <https://doi.org/10.1108/TR-01-2018-0006>
- Rahmani, A. (2015). Investigating the socio-economic effects of medical tourism development Case study: Ahvaz city. Master Thesis in Geography and Tourism Planning, Sistan and Baluchestan University. [In Persian]
- Perspectives*, 12(16), 59-79. [In Persian]
- Hafiz Nia, M. R. (2011). *Introduction to research methodology in humanities*. Tehran: Samat Publications. [In Persian]
- Hassan, V. (2015). Medical Tourism in Lebanon: An Analysis of Tourism Flows. *Athens Journal of Tourism*, 2(3), 153-166. <https://doi.org/10.30958/ajt.2-3-2doi=10.30958/ajt.2-3-2>
- Heung, V. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourist development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32, 995-1005.
- Hosseinpour, R., & Riahi, L. (2019). Relationship between medical tourism capabilities and tourist attraction in Ardabil province. *Journal of Health*, 9(2), 159-171. [In Persian]
- Imanzadeh, A., Hamrazadeh, M., Jafarian, V., & Jabbari, K. (2017). Lived experiences of medical tourists from treatment in hospitals of Tabriz. *Quarterly Journal of Tourism Management Studies*, 12(37), 25-46. [In Persian]
- Jabbari, A., Ferdowsi, M., Keyvan Ara, M., & Aghar Rahimi, Z. (2012). Stakeholder Analysis of Medical Tourism Industry: Presenting Effective Strategies in Isfahan. *Health Information Management*, 9(6), 1-9. [In Persian]
- Lee, C. (2012). Health Care at a Crossroads: Medical Tourism and The Dismantling of Costa Rican Exemptionism, Masers thesis, University of Colorado.
- Loh Mousavi, A. R., Taqvae, M., Waseeli, M. R., & Zare, M. H. (2018). Identification and ranking of factors related to the location of health villages: A case study of Isfahan province. *Health*

- Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism management*, 69, 232-245.
- Transparency Market Research (TMR) (2013). Medical tourism market-Global industry analysis,size,share,growth,trends&forecast, 2013- 2019. [online] Retrieved from: <http://www.transparencymarketresearch.com/medicaltourism.html> [Accessed on Oct. 02, 2015].
- Walker, J., & Walker, J. (2011). *Tourism Concepts and Practices*. New Jersey: Prentice Hall.
- Wongkit, M., & Mckercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourism: A case study of Thailand. *Tourism Management*, 38, 4-12.
- Zaki, D. (2017). Medical Tourism as a New Form of Niche Tourism in Egypt, *International Journal of Heritage, Tourism and Hospitality*, 11(2), 13-27.
- Ranjnoosh, R., Zargham Bronji, H., & Hamidi, N. (2016). Segmentation of Iranian medical tourism businesses from the perspective of foreign patients. *Journal of Tourism Planning and Development*, 4(18), 54-72. [In Persian]
- Rezaei Noor, J., Mohabbaty, M. R., & Masoumi Kashani, M. H. (2019). Evaluating the quality of hospital services in Qom province with the approach of medical tourism development by combining fuzzy hierarchical analysis process and Todim method. *Journal of Tourism and Development*, 7(1), 20-40. [In Persian]
- Rutherford, A. S. (2009). India health: impact of medical tourism facilities on state health and economy, master's thesis, Iowa State University.
- Schaefer, R. L., Menden Hall, W., & Lyman, A. (2004). *Sample statistics*. Translated by Karim Mansourfar. Tehran: Samat Publications (original work published in 1996). [In Persian]

