

اثر کیفیت درک شده خدمات، رضایت و اعتماد گردشگران سلامت بر استفاده مجدد از خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر مشهد

ناعمه پروین محبی، کارشناس ارشد، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد

علیرضا خوراکیان^۱، دانشیار گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد

محمد مهدی فراچی، استادیار گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد

پذیرش نهایی: ۹۶/۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۷

چکیده

پدیده گردشگری سلامت، به عنوان یکی از رو به رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری در جهان؛ امروزه به صورت یکی از صنایع جذاب در زمینه‌های اقتصادی، اشتغال‌زایی، معرفی فرهنگ‌ها و حتی ایجاد منافع سیاسی برای کشورها درآمده است. گردشگری سلامت، برای اقتصاد کشورهایی که در این صنعت فعالیت دارند، منافع بسیاری به همراه دارد. با توجه به نوپا بودن صنعت گردشگری سلامت و نیز رقابت شدید برای توسعه این صنعت میان کشورهای مختلف، مسأله جذب و حفظ مشتریان، همواره اساسی‌ترین دغدغه گردانندگان صنعت گردشگری به شمار می‌رود. هدف از این مطالعه، بررسی اثر کیفیت درک شده خدمات (خدمات پزشکی و ارائه خدمات)، رضایت و اعتماد بر بازگشت گردشگران و استفاده مجدد آن‌ها از خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر مشهد است. از بین گردشگران خارجی حوزه سلامت که از خدمات پزشکی مراکز درمانی مشهد استفاده نموده‌اند، تعداد ۲۰۶ نفر به روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب و داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه گردآوری شده است. نتایج تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق با استفاده از آزمون معادلات ساختاری، فرضیه‌های اثر مثبت و مستقیم کیفیت درک شده خدمات (خدمات پزشکی و ارائه خدمات) بر رضایت گردشگران سلامت را تأیید می‌کنند. همچنین فرضیه‌های اثر مثبت رضایت گردشگران سلامت بر اعتماد به مراکز درمانی و کارکنان آن‌ها تأیید گردید. اثر اعتماد گردشگران سلامت به مراکز درمانی و کارکنان این مراکز، بر بازگشت مجدد آن‌ها به ایران نیز مورد تأیید قرار گرفت.

کلیدواژه‌ها: اعتماد، کیفیت، رضایت، گردشگران سلامت.

مقدمه

صنعت گردشگری در عصر حاضر، یکی از بزرگ‌ترین فعالیت‌های خدماتی دنیا به شمار می‌رود و می‌تواند به عنوان یکی از منابع درآمدزا و ایجاد اشتغال در سطح ملی، رهیافتی برای توسعه اقتصادی در قلمرو ملی باشد. امروزه گردشگری به قدری در توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورها اهمیت یافته است که اقتصاددانان بر آن «صادرات نامرئی» نام نهاده‌اند.

افزایش رشد بین‌المللی این صنعت و همچنین افزایش علاقه به مقصدهای گردشگری، سبب شده است که روزه‌روز انواع بیشتری از گردشگری، نظیر گردشگری فرهنگی و آموزشی، مذهبی، شهری، روستایی، ورزشی و گردشگری سلامت ایجاد شود. در میان حوزه‌های مختلف گردشگری، گردشگری سلامت و زیرمجموعه‌های آن، به دلیل قابلیت و مزیت‌های رقابتی، مورد توجه دوچندان قرار گرفته و در میان انواع گردشگری رشدی شتابان یافته است. برآورد شده که هر گردشگر سلامت سه برابر یک گردشگر معمولی، موجب ارز آوری می‌شود (آبادی و اردکانی، ۱۳۹۲: ۷۴).

بازار گردشگری سلامت مانند بازارها و محصولات دیگر، شاهد رقابت شدیدی است و جذب و نگهداشت مشتری و تبدیل استفاده‌کنندگان از خدمات گردشگری سلامت به مشتریان وفادار، از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که خدمات ارائه شده در این نوع گردشگری به طور مستقیم با سلامت مشتریان سر و کار دارد؛ اعتماد مشتریان به شرکت‌ها، مراکز درمانی، پزشکان و سایر عوامل انسانی و غیرانسانی که در فرایند خدمت‌رسانی دخیل‌اند، می‌تواند یکی از عوامل مهم در بازگشت مشتریان و استفاده مجدد آن‌ها از خدمات درمانی در کشور مقصد باشد.

همچنین کیفیت درک شده، مهم‌ترین عامل در تصمیمات خرید و استفاده مجدد از خدمات و محصولات محسوب می‌شود. کیفیت را مشتری تعیین می‌کند؛ یعنی اگر خدمتی انتظارات مشتریان را برآورده سازد و یا فراتر از آن باشد، باکیفیت محسوب می‌شود و اگر خدمتی کمتر از حد انتظارات مشتری باشد، الزاماً به این مفهوم نیست که کیفیت آن پایین است، اما باعث نارضایتی

مشتری می‌شود، بنابراین کیفیت خدمات نسبت به آنچه که مشتری از خدمات دریافتی‌اش انتظار دارد، ارزیابی می‌شود (زیویار و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۷۷).

بنابراین کیفیت خدمات، رضایت و اعتماد به عنوان مؤلفه‌های اصلی در توضیح رفتار خرید مشتریان و استفاده مجدد آن‌ها از خدمات در نظر گرفته می‌شود. از این‌رو چگونگی اطمینان یافتن مشتری از کیفیت خدمات و دستیابی به سطح بالاتری از رضایت و کسب اعتماد بیشتر، از جمله مسائل مهمی است که فعالان و بازاریابان صنعت گردشگری سلامت با آن مواجه هستند (هان و هیون^۱، ۲۰۱۵: ۲۱). با توجه به ورود ۱۵۰۰۰ گردشگر سلامت در سال ۹۳ به شهر مشهد^۲، و نیز اقدامات صورت گرفته در سایر شهرهای ایران و کشورهای منطقه برای جذب گردشگران سلامت و بازار رقابتی رو به افزایش، حفظ مشتریان فعلی و جذب گردشگران جدید از مشکلات اصلی پیش‌روی فعالان در این زمینه است. شایان ذکر است نوآوری اصلی این کار، بررسی در حوزه سلامت و به‌ویژه گردشگران خارجی است که به شهر مشهد مراجعه کرده‌اند. ضمن آن‌که در مطالعات داخلی تاکنون روابط بین این متغیرها بررسی نشده و با خلاء مطالعاتی در این حوزه روبه‌رو هستیم؛ در نتیجه این مطالعه سعی در برطرف نمودن کمبودهای مطالعاتی دارد. بر این اساس هدف از این مطالعه بررسی عوامل مؤثر در بازگشت گردشگران سلامت به ایران و استفاده مجدد از خدمات درمانی است.

مبانی نظری

در این بخش ابتدا مفاهیم مربوط به گردشگری سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد و سپس متغیرهای تحقیق به صورت مجزا تعریف و تبیین می‌گردد.

1. Han & Hyun

۲. خبرگزاری ایرنا، ۲۸ اسفند ۱۳۹۳. <http://www.irna.ir/fa/news/>

مفهوم گردشگری سلامت و انواع آن

با وجود اهمیت گردشگری سلامت، ادبیات پزشکی مطالب زیادی پیرامون فهم موضوع ارائه نمی‌دهد. در حقیقت هنوز ابهامات زیادی پیرامون گردشگری سلامت و پزشکی وجود دارد. کاررا و بریج^۱ گردشگری سلامت و پزشکی را به صورت زیر تعریف نمودند: «گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته به خارج از حوزه معمول مراقبت‌های سلامت است که برای حفظ، بهبود و حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد صورت می‌پذیرد. با این اوصاف، گردشگری پزشکی سفری است سازمان‌یافته به خارج از حوزه معمول مراقبت‌های سلامت فرد، برای بهبود و حصول مجدد سلامت از طریق دخالت پزشکی» (۲۰۰۶: ۴۴۹). سازمان جهانی گردشگری، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: «استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا و یا مداخلات پزشکی) منجر شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ۱۲ ساعت است به طول انجامد» (به نقل از اسماعیلی و دیگران، ۱۳۹۰: ۳). بنابراین مفهوم گردشگری سلامت فراتر از گردشگری درمانی است و شامل مقولات دیگری مانند استفاده از امکانات طبیعی، آب‌های گرم و آب‌های معدنی، لجن‌درمانی و غیره نیز می‌شود (WHO،^۲ ۲۰۰۵). بر اساس هدف گردشگران سلامت از مسافرت به دیگر کشورها، می‌توان گردشگری سلامت را به سه نوع تقسیم کرد که البته گردشگری سلامت بیشتر به موارد دوم و به‌ویژه سوم اشاره می‌کند (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰: ۴).

۱) **گردشگری تندرستی (پیشگیرانه^۳):** مواردی را که گردشگر، بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد گردشگری تندرستی گویند و عبارت است از مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب‌گرم (اسپاها) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی. در این نوع گردشگری، افراد برای استفاده از امکانات طبیعی

1. Karrera and Bridges

3. Preventive

۲. سازمان بهداشت جهانی

موجود در مقصد و پشت سر گذاشتن دوره نقاهت خود اقدام به مسافرت می‌کنند (خدادادحسینی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲).

۲) **گردشگری درمانی**^۱: در این نوع گردشگری نیز از امکانات طبیعی استفاده می‌شود، اما تفاوت اساسی در اینجاست که متقاضیان دارای بیماری یا مشکلات خاصی هستند و برای برگشت به حالت طبیعی و خروج از بیماری جسمی یا روحی سفر می‌کنند و مقصد آنان طبیعت است (نجفی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۷).

۳) **گردشگری پزشکی**^۲: مسافرت برای درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی. در این نوع از گردشگری سلامت، بیمار ممکن است پس از درمان و معالجه نیازمند استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی (مانند اسپاها^۳) باشد. این نوع گردشگری، بیشترین نوع گردشگری سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (خدادادحسینی و دیگران، ۱۳۹۳: ۲).

کیفیت درک شده

گرونروس^۴ دو بُعد کیفیت خدمات را شناسایی و آن‌ها را با عنوان بعد تکنیکی (چه خدماتی ارائه می‌شود) و بعد کارکردی (خدمات چگونه ارائه می‌شود) معرفی می‌کند که در واقع کیفیت کارکردی، ادراک مشتریان از نحوه ارائه خدمات می‌باشد (۱۹۸۳؛ به نقل از صادقی و دیگران، ۱۳۹۲: ۳۲). کیفیت کارکردی یا فرایندی، به کیفیت فرایندها و رویه‌ها در تولید و ارائه خدمات به مشتریان اشاره دارد. با توجه به هم‌زمانی تولید و مصرف خدمات، کیفیت فرایند به طور معمول در هنگام انجام خدمت از سوی مشتری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این عنصر از کیفیت، به تعامل بین ارائه‌کننده و دریافت‌کننده خدمات اشاره دارد و اغلب به شیوه‌ای ذهنی ادراک می‌شود (اصانلو و خدای، ۱۳۹۰: ۱۱).

-
1. Curative
 2. Medical
 3. Spa
 4. Gronroos

در شرکت‌های خدماتی، عملکرد رفتاری کارکنان ارائه‌کننده خدمات، بخش مهمی از کیفیت خدمات درک شده به وسیله مشتری را تشکیل می‌دهد. آکر (۲۰۰۰)؛ به نقل از احمدی و دیگران، (۱۳۹۴:۱۴) نیز بیان کرده است که کیفیت درک شده را در دو زمینه مختلف، کیفیت خدمت و کیفیت محصول باید در نظر گرفت.

در این تحقیق نیز طبق مطالعات هان و هیون (۲۰۱۵)، کیفیت درک شده در حوزه گردشگری سلامت در دو بعد مورد بررسی قرار می‌گیرد: کیفیت درک شده خدمات پزشکی و تخصصی که اشاره به ارزیابی فرد از عملکرد پزشکی (به عنوان مثال، مناسب بودن مراقبت‌های پزشکی، مهارت‌های جراحی و پزشکی، دسترسی گسترده به امکانات پزشکی و مراقبتی، استفاده از تجهیزات پزشکی مدرن) دارد؛ و کیفیت ارائه خدمات که نشان‌دهنده ارزیابی عملکرد خدماتی است که متخصصان و کارکنان مراکز درمانی ارائه می‌کنند (همانند مهارت‌ها و شایستگی‌های ارائه خدمات، ارتباطات راحت و دوستانه، مهربانی و خوش‌رویی). در واقع کیفیت درک شده در دو بعد تکنیکی (کیفیت درک شده خدمات پزشکی) و بعد کارکردی (کیفیت درک شده ارائه خدمات) بررسی شده است.

رضایت

رضایت مشتریان (بیماران) در صنعت گردشگری سلامت می‌تواند از عوامل تأثیرگذار بر حفظ و جذب آن‌ها به شمار رود (هان و هیون، ۲۰۱۵: ۲۱). در حوزه گردشگری سلامت نیز ارزیابی رضایت گردشگر از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده ضروری است و عوامل بیمارستانی اثرگذار بر رضایت بیمار (محیط بیمارستان، خدمات انجام شده در بیمارستان، مراقبت‌های بهداشتی و ...) با این هدف مورد ارزیابی واقع می‌شوند (طالقانی و شعبانی، ۱۳۹۳: ۴). در این پژوهش نیز رضایت به معنای ارزیابی‌ای است که گردشگران سلامت از تجربه استفاده از خدمات پزشکی و غیر پزشکی دریافت شده دارند.

اعتماد

کروزبی^۱ و همکاران (۱۹۹۰) اعتماد را این گونه تعریف می کنند: اطمینان مشتری به این که می توان به فروشنده اتکا نمود تا به روشی رفتار کند که منافع بلندمدت مشتری را برآورده سازد. در واقع مفهوم اعتماد نوعی باور، احساس یا انتظار خریدار می باشد که ناشی از تخصص، قابلیت اتکا و اهداف یا نیت فروشنده است (پیرکوهی، ۱۳۸۵: ۹۰).

هان (۲۰۱۳) اعتماد را به عنوان یکی از شاخصه های مهم در صنعت گردشگری سلامت در نظر گرفته و معتقد است که عواملی مانند ضعف در مراقبت های پزشکی، پایین بودن کیفیت خدمات درمانی، کم کاری و قصور و حوادث پزشکی به سرعت در حال گسترش بوده و زمینه ساز عدم رضایت مشتریان می گردد که خود اثر مخربی بر اعتماد آن ها خواهد گذاشت. در این تحقیق، اعتماد در دو بخش اعتماد به کارکنان و اعتماد به مرکز درمانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. بخش اول آن به ادراکات مشتریان از رفتار و عملکرد کارکنان اشاره دارد و بخش دوم بر عملکرد مرکز درمانی، از جمله سیاست ها و فرایندها و اقدامات آن مرکز، تأکید دارد (سانتوس و باسو^۲، ۲۰۱۲: ۱۷۲).

اگرچه رضایت و کیفیت خدمات دارای مشترکاتی هستند، لیکن به طور کلی رضایت مندی مفهوم گسترده تری نسبت به کیفیت دارد، چراکه کیفیت بر ابعاد خدمات تمرکز دارد. از این دیدگاه کیفیت، بخشی از رضایت مندی به حساب می آید (زیویار و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۷۶). در بررسی رابطه بین کیفیت و رضایت مشتریان، تحقیقات فراوانی انجام شده است. به عنوان مثال زیویار و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیق خود به بررسی ابعاد مختلف کیفیت بر رضایت مشتریان با استفاده از مدل سروکوال پرداختند و همچنین جمال و ناصر^۳ (۲۰۰۳) درباره رابطه میان کیفیت خدمات و رضایت

1. Crosby
2. Santos & Basso
3. Jamal & Nasser

مشتریان یک بانک پاکستانی تحقیق کرده‌اند و دریافته‌اند که این رابطه به طور کلی قوی است، هرچند که میان رضایت مشتریان و ابعاد ملموس خدمات رابطه‌ای نیافتند.

کرونین و تیلور^۱ (۱۹۹۲) در یافته‌های تجربی خود روابط بین کیفیت خدمات، رضایت مشتری و تصمیم خریدار را مورد بسط و بررسی قرار می‌دهند که مطالعات انجام شده توسط آنان نشان می‌دهد که کیفیت خدمات از مقدمات رضایت مشتری است و رضایت مشتری تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی تصمیمات خرید خواهد داشت. هان و هیون (۲۰۱۵) نیز در تحقیق خود که در حوزه گردشگری سلامت می‌باشد، به بررسی رابطه کیفیت درک شده و رضایت مشتریان از دو جنبه کیفیت درک شده ارائه خدمات و کیفیت درک شده خدمات پزشکی پرداخته‌اند و نتایج تحقیق بر اثبات تأثیر کیفیت درک شده بر رضایت مشتریان تأکید کرده است. بر این اساس فرضیه اول این تحقیق به شرح زیر ارائه می‌گردد:

فرضیه اول: کیفیت درک شده خدمات پزشکی تأثیر مثبت و معناداری بر رضایت گردشگران سلامت دارد.

فرضیه دوم: کیفیت درک شده ارائه خدمات تأثیر مثبت و معناداری بر رضایت گردشگران سلامت دارد.

رضایت مقدمه اعتماد است و زمینه ایجاد اعتماد را مهیا می‌کند. رضایت توسط بسیاری از اندیشمندان به عنوان پاسخی احساسی به یک موقعیت خرید تعریف می‌شود. اگر این احساس پس از خرید مثبت باشد، اعتماد را در پی خواهد داشت (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳: ۷۴). بر اساس نتایج مطالعه سانتوس و باسو (۲۰۱۲) در زمینه بهبود خدمات بانکی، اعتماد به کارکنان و اعتماد به شرکت بر پایه رضایت مشتریان از روش‌های رسیدگی به مشکلات شکل می‌گیرد. سینز^۲ (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای که انجام داد دریافت که رضایت بیشتر از عرضه‌کننده، باعث می‌شود خریدار اعتماد

1. Cronin & Taylor
2. Seines

بیشتری به عرضه‌کننده نماید که این به نوبه خود منجر به تعهد و سرانجام افزایش تبلیغات دهان به دهان و قصد خرید و حساسیت قیمتی می‌شود.

همچنین کاو و لو (۲۰۰۶) نیز عنوان نمودند که اعتماد مشتریان؛ خواه به کل سازمان یا به کارکنان، به شدت تحت تأثیر رضایت مشتریان است. هان و هیون (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که در صنعت گردشگری سلامت انجام داده‌اند، بر نقش مؤثر و مستقیم رضایت بر اعتماد مشتریان تأکید کرده‌اند. بر این اساس فرضیه سوم و چهارم به شرح زیر ارائه می‌گردد:

فرضیه سوم: رضایت گردشگران سلامت تأثیر مثبت و معناداری بر اعتماد آن‌ها به کارکنان مراکز درمانی دارد.

فرضیه چهارم: رضایت گردشگران سلامت، تأثیر مثبت و معناداری بر اعتماد آن‌ها به مراکز درمانی دارد.

صرف نظر از نوع رابطه مشتری و شرکت، اعتماد به احتمال زیاد منجر به وفاداری می‌گردد (آگیستین و سینگ^۱، ۲۰۰۵: ۱۰۱). بر اساس تحقیقات آزجن^۲ (۱۹۹۱)، وجود اعتماد به فروشنده آنلاین سبب ایجاد احساسات مطلوب می‌شود که به احتمال زیاد به افزایش قصد مشتری برای خرید مجدد منجر خواهد شد. سانتوس و باسو (۲۰۱۲) ضمن بررسی تأثیر رضایت مشتریان بر شکل‌گیری اعتماد، به این نتیجه رسیده‌اند که اعتماد نقش حیاتی در گسترش تبلیغات دهان به دهان و قصد تکرار خرید در مشتری، ایفا می‌نماید.

همچنین مطالعه چيو^۳ و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی تأثیر اعتماد بر تکرار خرید آنلاین، تأکید نمود که سطح اعتماد مشتریان به طور قابل توجهی نیت تکرار خرید را در ایشان افزایش می‌دهد. به طور کلی اعتماد شکل گرفته از یک تجربه خرید رضایت‌بخش، اثر قابل توجهی بر تکرار خرید از سوی مشتری خواهد گذاشت (هان و هیون، ۲۰۱۲: ۲۲).

1. Agustin & Singh
2. Azjen
3. Chiu

هان و هیون (۲۰۱۵) در مطالعه خود در زمینه گردشگری سلامت، رضایت را به عنوان یک نیروی محرک قابل توجه برای اعتماد معرفی نموده‌اند و اثر این اعتماد را بر شکل‌گیری نیات رفتاری گردشگران سلامت مبنی بر بازگشت و استفاده مجدد از خدمات درمانی تأیید می‌نمایند. بر این اساس فرضیه پنجم و ششم تحقیق به شرح زیر ارائه می‌گردد:

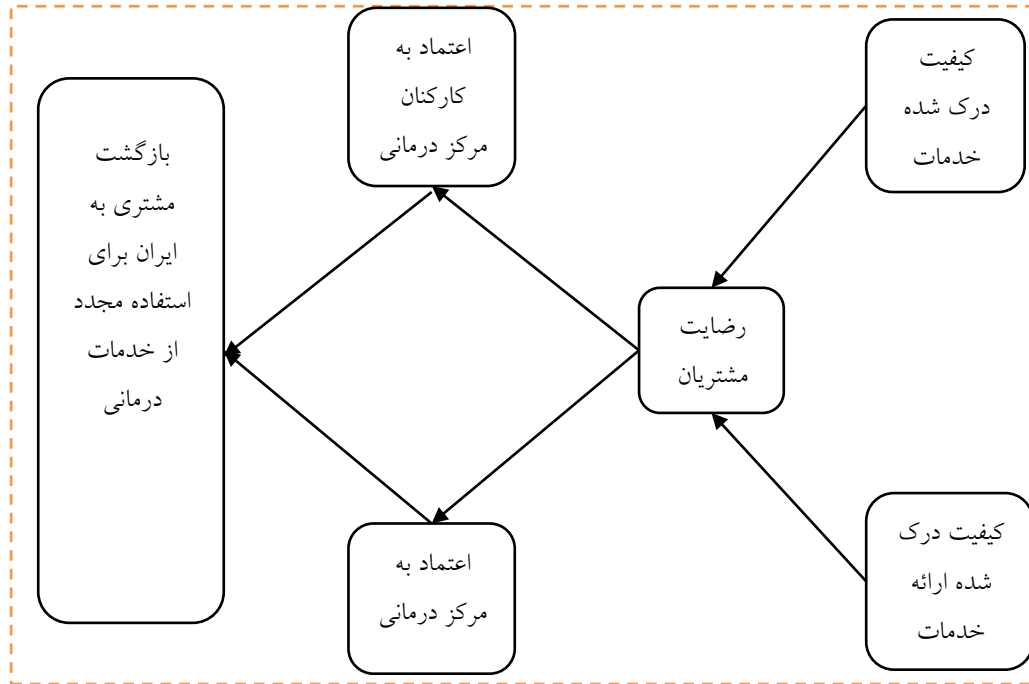
فرضیه پنجم: اعتماد گردشگران سلامت به کارکنان مراکز درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر بازگشت مجدد آن‌ها به ایران برای استفاده از خدمات درمانی دارد.

فرضیه ششم: اعتماد گردشگران سلامت به مراکز درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر بازگشت مجدد آن‌ها به ایران برای استفاده از خدمات درمانی دارد.

با توجه به مفاهیم و تعاریف کیفیت، رضایت، اعتماد و نیز مرور مطالعات انجام شده در حوزه گردشگری سلامت، مدل برگرفته از تحقیق هان و هیون (۲۰۱۵) به عنوان مدل مفهومی پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. چنانکه مدل نشان می‌دهد، کیفیت بر رضایت مشتریان در صنعت گردشگری سلامت اثرگذار بوده و رضایت نیز به نوبه خود بر اعتماد آن‌ها مؤثر است. در نهایت این فرضیه با اثری که اعتماد مشتریان بر بازگشت گردشگران برای دریافت خدمات پزشکی می‌گذارد، تکمیل می‌شود. شایان ذکر است که در این مدل، کیفیت در قالب دو متغیر کیفیت درک شده از ارائه خدمات و کیفیت درک شده از خدمات درمانی (در معنای خاص خدمات پزشکی) در نظر گرفته شده است که اثر این دو متغیر به صورت جدا بر رضایت مشتری بررسی خواهد شد. همچنین متغیر اعتماد نیز در دو مقوله مورد بررسی قرار خواهد گرفت: اعتماد به کارکنان مراکز درمانی و اعتماد به مرکز درمانی.

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد، متغیر بازگشت مشتری به ایران برای استفاده مجدد از خدمات درمانی به عنوان متغیر وابسته نهایی در مدل در نظر گرفته شده و متغیرهای کیفیت (در دو بعد کیفیت درک شده خدمات درمانی و کیفیت درک شده ارائه خدمات)، رضایت مشتریان و اعتماد

آن‌ها (در دو بعد اعتماد به مرکز درمانی و اعتماد به کارکنان آن) به عنوان متغیر مستقل (که به طور خطی نیز به هم وابسته‌اند) در نظر گرفته شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

روش پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف، کاربردی و از حیث روش، پیمایشی - تحلیلی و مبتنی بر تحلیل ماتریس کوواریانس با استفاده از الگوی مدلیابی معادله ساختاری^۱ (SEM) است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، گردشگران سلامتی هستند که به قصد استفاده مجدد از خدمات درمانی به ایران و شهر مشهد مسافرت کرده‌اند و از خدمات بیمارستان‌ها و یا مراکز درمانی این شهر استفاده نموده‌اند.

1. Structural Equation Modeling

گرچه تعداد گردشگران سلامت با توجه به اطلاعات در دسترس (مانند آمار ارائه شده از سوی سازمان میراث فرهنگی مشهد) بیش از ۱۵۰۰۰ نفر در سال است، اما عدد دقیقی از افرادی که دوباره به ایران بازگشته‌اند، در دسترس نیست. لذا جامعه مورد مطالعه در این پژوهش نامعلوم در نظر گرفته خواهد شد. واحد تحلیل نیز فردی خواهد بود. از جمله دلایل انتخاب شهر مشهد می‌توان به حجم بالای گردشگران خارجی، جاذبه‌های معنوی این شهر و وجود امکانات، بیمارستان‌ها و پزشکان متخصص اشاره نمود.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جامعه نامعلوم استفاده شد. در این فرمول ابتدا پیش نمونه‌گیری به تعداد ۳۰ نفر از جامعه آماری انجام شد. با توجه به انحراف معیار این پیش‌نمونه که ۰/۵ به دست آمد و همچنین مقدار خطای ۰/۰۷ بر اساس منابع موجود (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۹۵) مقدار خطا بین ۰/۰۳ تا ۰/۰۷ می‌تواند تغییر کند که در این مطالعه با توجه به دسترسی سخت به گردشگران خارجی مقدار خطا ۰/۰۷ در نظر گرفته شد. حداقل حجم نمونه ۱۹۶ نفر برآورد گردید. با توجه به پیش‌بینی عدم بازگشت پرسش‌نامه‌ها تعداد ۲۵۰ پرسش‌نامه توزیع شد که از این بین ۲۰۶ پرسش‌نامه تکمیل و بازگردانده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

لازم به ذکر است که بر پایه پیشنهاد استیونس، بنتلر و چو برای حجم نمونه در مدل‌یابی معادلات ساختاری، در نظر گرفتن پنج تا پانزده پرسش‌نامه برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه یک قاعده سرانگشتی خوب به شمار می‌آید (به نقل از هومن، ۱۳۸۴: ۱۴۷) که با توجه به داشتن ۱۷ گویه و در نظر گرفتن حداقل ۵، تعداد ۲۰۶ پرسش‌نامه جمع‌آوری شده بسیار بیشتر از این مقدار است که این خود می‌تواند نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری در این مطالعه باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه بود. سؤالات پرسش‌نامه شامل ۷ متغیر است که توسط ۱۷ گویه با طیف ۵ تایی لیکرت از ۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود. این سنج‌ها بر اساس معیارهایی است که از مطالعات مرتبط پیشین به دست آمده است. برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات

پزشکی و کیفیت ارائه خدمات، سه گویه برگرفته از مطالعات اوه^۱ (۲۰۰۰) استفاده شده است. سه گویه برای سنجش رضایت مشتریان، بر اساس مطالعات تیلور و بیکر (۱۹۹۴)، سه گویه برای اعتماد مشتریان به مرکز درمانی و سه گویه برای اعتماد آن‌ها به کارکنان مراکز درمانی بر اساس تحقیقات مورگان و هیونت^۲ (۱۹۹۴) و سانتوس و باسو (۲۰۱۲) استفاده شده است. در نهایت برای سنجش آخرین متغیر یعنی بازگشت گردشگران به ایران به قصد استفاده مجدد از خدمات درمانی، به دو گویه استفاده شده در مطالعات هان (۲۰۱۳) و الیور^۳ (۱۹۹۷) استناد شده است. همچنین روایی سازه‌های پرسش‌نامه نیز با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار «پی ال اس»^۴ مورد ارزیابی قرار گرفت و معناداری بار شدن گویه‌های مربوط به سازه‌های مورد نظر، مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی در جدول ۱ آورده شده است. همچنین انسجام درونی ابزارهای مورد استفاده نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که در جدول ۱ گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد تمامی مقادیر بالای ۰/۷ می‌باشد که می‌توان نتیجه گرفت ابزار از پایایی لازم برخوردار است.

همچنین برای اعتباریابی روابط علی غیرآزمایشی بین متغیرها در قالب تجزیه و تحلیل چندمتغیره، روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته شد، بنابراین، مدل مفهومی پژوهش در نرم‌افزار «پی ال اس» مدل‌سازی شد، تمام متغیرها به‌طور هم‌زمان و در یک مرحله وارد مدل معادلات ساختاری شدند و با توجه به ضرایب استانداردشده، سطوح معناداری و اعداد معناداری خروجی نرم‌افزار، نسبت به تأیید یا رد فرضیات مطرح شده در مورد ضرایب مسیر بین متغیرهای تحقیق اقدام گردید.

-
1. Oh
 2. Morgan & Hunt
 3. Oliver
 4. PLS

یافته‌ها

در این بخش نتایج آمار توصیفی و همچنین نتایج حاصل از برازش مدل و آزمون فرضیه‌های تحقیق ارائه شده است. بررسی آمار توصیفی پاسخ‌دهندگان نشان می‌دهد که ۶۵ درصد پاسخ‌دهندگان مرد و ۳۵ درصد زن بودند. ۴/۹ درصد کمتر از ۲۰ سال، ۷۴/۳ درصد بین ۲۰ تا ۶۰ و ۲۰/۹ درصد بالاتر از ۶۰ سال سن داشتند. ۸۶/۲۴ درصد از پاسخ‌دهندگان دارای تابعیت عراقی، ۱۲/۶ درصد دارای تابعیت دیگر کشورهای عربی و ۱ درصد از سایر کشورها بوده‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق، از روش دو مرحله‌ای هالاند (۱۹۹۹) و برای مدل‌یابی از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. مرحله اول شامل تعیین مدل اندازه‌گیری از طریق برآورد روایی و پایایی است و مرحله دوم شامل تعیین مدل ساختاری از طریق تحلیل شاخص‌های برازندگی و ضرایب تعیین و تحلیل مسیر است. در هر یک از این مراحل از نرم‌افزار «اسمارت پی ال اس» استفاده شده است. در مرحله اول از برآورد روایی و پایایی برای بررسی مدل اندازه‌گیری استفاده می‌شود که روش‌های تأییدی هماهنگی داده‌ها با یک ساختار عاملی معین را بررسی می‌نمایند. در واقع، تحلیل عاملی تأییدی شایستگی گویه‌هایی که برای معرفی متغیرها برگزیده شده‌اند را بررسی می‌کند. در مرحله دوم، از تحلیل مسیر، شاخص‌های برازش مدل و ضرایب تعیین برای بررسی مدل ساختاری، استفاده می‌شود.

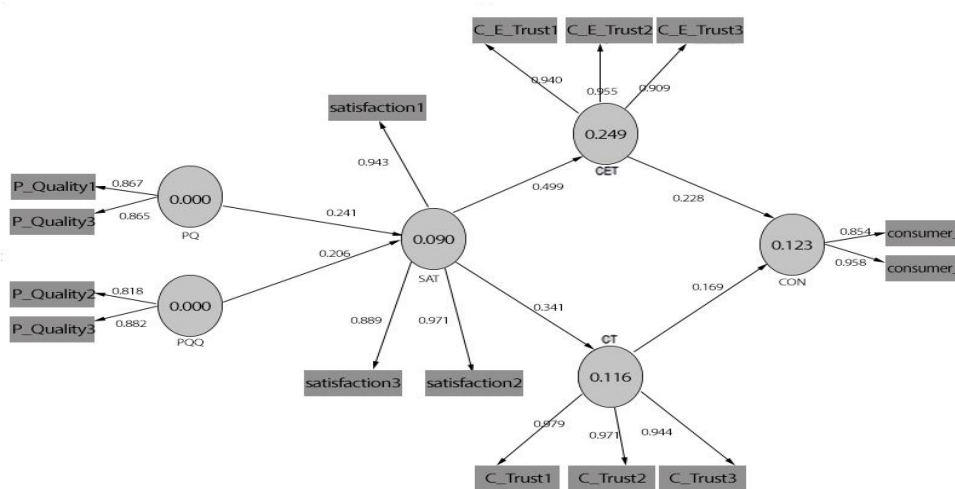
پیش از مدل‌سازی معادله ساختاری برای آزمون فرضیات تحقیق، لازم است اعتبار ابزار سنجش پژوهش تأیید شود. برای بررسی این امر اعتبار سازه مدل مورد بررسی قرار می‌گیرد. در اعتبار سازه هر یک از بارهای عاملی (ضرایب رگرسیونی) باید معنادار و از ۰/۵ بزرگتر یا مساوی باشد، در غیر این صورت باید حد مطلوب و قابل قبول روایی مرکب (CR) و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) مورد بررسی قرار گیرد. جدول ۱ نتایج بررسی روایی و پایایی برای گویه‌های پرسش‌نامه را به تفکیک هر یک از ابعاد آن نشان می‌دهد.

جدول ۱. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه

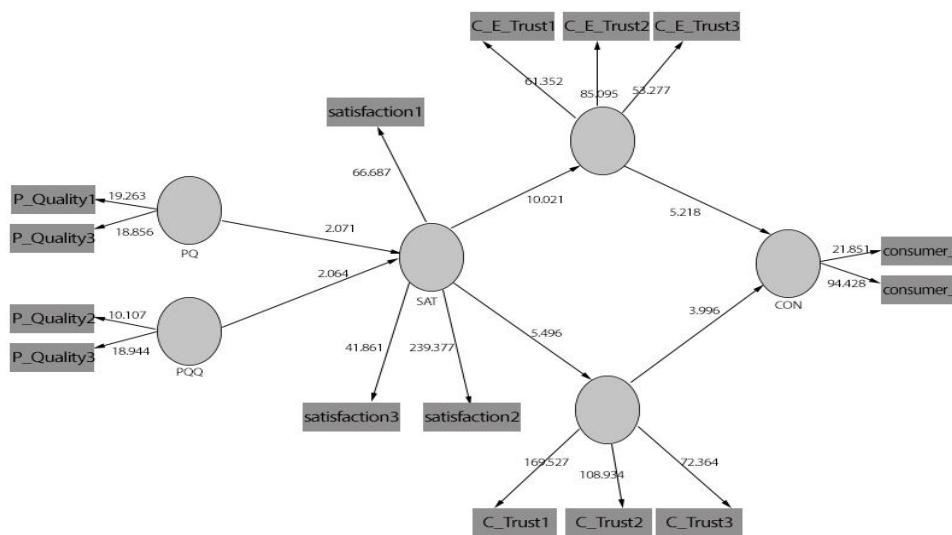
متغیر نشانگرها	کیفیت درک شده خدمات پزشکی (PQ)	کیفیت درک شده ارائه خدمات (PQQ)	رضایت مشتریان	کارکنان مراکز درمانی (SAT)	اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مراکز درمانی (CET)	اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مجمده از خدمات درمانی (CON)	بازگشت مشتری به ایران برای استفاده	T- VALUE	AWE	CR	آلفای کرونباخ
P-Quality1	۰/۸۶۷							۱۹/۲۶۳	۰/۷۴۹	۰/۸۴۱	۰/۹۱۶
P-Quality3	۰/۸۶۵							۱۸/۸۵۶			
P-Quality2		۰/۸۱۸						۱۰/۱۰۷	۰/۷۲۳	۰/۷۲۵	۰/۷۷۲
P-Quality3		۰/۸۸۲						۱۸/۹۴۴			
Satisfaction1			۰/۹۴۳					۶۶/۶۸۷	۰/۸۷۴	۰/۷۲۵	۰/۹۵۳
Satisfaction2			۰/۹۷۱					۲۳۹/۳۷۷			
Satisfaction3			۰/۸۸۹					۴۱/۹۶۱			
C-E-Trust1				۰/۹۴۰				۶۱/۳۵۲	۰/۸۷۳	۰/۸۳۲	۰/۹۵۱
C-E-Trust2				۰/۹۵۵				۸۵/۰۹۵			
C-E-Trust3				۰/۹۰۹				۵۳/۲۷۷			
C-Trust1					۰/۹۷۹			۱۶۹/۵۲۷	۰/۹۳۱	۰/۷۹۸	۰/۹۷۲
C-Trust2					۰/۹۷۱			۱۰۸/۹۳۴			
C-Trust3					۰/۹۴۴			۷۲/۳۶۴			
Consumer1							۰/۸۵۴	۲۱/۸۵۱	۰/۶۸۲	۰/۸۲۴	۰/۹۰۰
Consumer2							۰/۹۵۸	۹۴/۴۲۸			

بنابراین با توجه به جدول ۱ همه گویه‌ها در سطح اطمینان ۰/۹۵ دارای بارعاملی معنادار و بالای ۰/۵ هستند. ضمن این که هم حد مطلوب و قابل قبول روایی مرکب (CR)، و هم میانگین واریانس استخراج شده (AVE) حداقل ۰/۵ به دست آمد، در نتیجه اعتبار سازه ابزار سنجش تأیید می‌شود. پس از تحلیل و بررسی مدل اندازه‌گیری، در این قسمت به بررسی مدل ساختاری پرداخته می‌شود. در واقع، مرحله دوم در رویه‌ها لاند بهره‌گیری از تحلیل مسیر، ضریب تعیین و شاخص برازندگی مدل است. در تحلیل مسیر، روابط بین متغیرها در یک جهت جریان می‌یابند و به عنوان

مسیرهای متمایز در نظر گرفته می‌شوند. مفاهیم تحلیل مسیر در بهترین صورت از طریق ویژگی عمده آن، یعنی نمودار مسیر که پیوندهای علی احتمالی بین متغیرها را آشکار می‌سازد، تبیین می‌شوند (هومن، ۱۳۸۷). شکل ۲ و ۳، مدل معادلات ساختاری و نمودار مسیر مدل تحقیق را نشان می‌دهند.



شکل ۲. مدل مفهومی برازش شده در حالت تخمین استاندارد



شکل ۳. مدل مفهومی برازش شده در حالت معناداری پارامترها

ضریب تعیین نسبت به ضریب همبستگی، معیار گویاتری است. ضریب تعیین مهم‌ترین معیاری است که با آن می‌توان رابطه بین یک یا چند متغیر مستقل با متغیر وابسته را توضیح داد. این ضریب بیان‌کننده درصد تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل است.

با توجه به شکل ۲، ضریب تعیین رضایت، رضایت مشتریان و اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به کارکنان مراکز درمانی، اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مراکز درمانی و بازگشت مشتری به ایران برای استفاده مجدد از خدمات درمانی به ترتیب برابر با ۰/۰۹، ۰/۲۴۹، ۰/۱۱۶ و ۰/۱۲۳ می‌باشد. بر این اساس می‌توان گفت حدود ۹ درصد از تغییرات رضایت به وسیله دو متغیر کیفیت درک‌شده خدمات پزشکی و کیفیت درک‌شده ارائه خدمات شکل می‌گیرد. همچنین حدود ۲۴/۹ و ۱۱/۶ درصد تغییرات اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به کارکنان مراکز درمانی و اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مراکز درمانی توسط متغیر رضایت و حدود ۱۲/۳ درصد تغییرات بازگشت مشتری به ایران برای استفاده مجدد از خدمات درمانی نیز توسط اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به کارکنان مراکز درمانی و اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مراکز درمانی شکل می‌گیرد و مابقی آن عواملی هستند که در مدل در نظر گرفته نشده است.

با آن که انواع گوناگون آزمون‌ها که به‌طور کلی شاخص‌های برازندگی نامیده می‌شوند، پیوسته در حال مقایسه، توسعه و تکامل هستند، اما هنوز در مورد حتی یک آزمون بهینه، توافق همگانی وجود ندارد. نتیجه آن است که مقاله‌های مختلف، شاخص‌های مختلفی را ارائه کرده‌اند و حتی نگارش‌های مشهور برنامه‌های معادلات ساختاری مانند نرم‌افزارهای آموس، لیزرل و پی‌ال‌اس، شاخص‌های برازندگی متعددی به دست می‌دهند. این شاخص‌ها به شیوه‌های مختلف طبقه‌بندی شده‌اند که یکی از عمده‌ترین آن‌ها طبقه‌بندی به صورت مطلق، نسبی، برازش مدل بیرونی و درونی می‌باشد (هومن، ۱۳۸۴: ۱۶۷).

به‌طور کلی در پی‌ال‌اس دو شاخص برازندگی Q^2 و شاخص نیکویی برازش وجود دارد. برای شاخص Q^2 مقادیر بیشتر از ۰/۳۵ برازش خوب، مقادیر ۰/۱۵ تا ۰/۳۵ برازش متوسط و مقادیر

کمتر ۰/۱۵ برآزش کم را نشان می دهد. حدود شاخص نیکویی برآزش نیز بین صفر و یک بوده و سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای آن ذکر کرده اند. با توجه به مقدار این دو شاخص در این تحقیق مدل تحقیق از برازندگی خوبی برخوردار است. جدول ۲ نتایج مربوط به شاخص های برآزش مدل را نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های برازندگی مدل تحقیق

Q ²	GoF	نام متغیر
۰/۴۵۴	۰/۳۵۴	کیفیت درک شده خدمات پزشکی
۰/۴۹۵	۰/۳۹۵	کیفیت درک شده ارائه خدمات
۰/۳۰۵	۰/۳۷۰	رضایت مشتریان
۰/۶۹۴	۰/۳۶۹	اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به کارکنان مراکز درمانی
۰/۶۹۴	۰/۴۹۸	اعتماد مشتریان گردشگری سلامت به مراکز درمانی
۰/۳۵۲	۰/۳۶۱	بازگشت مشتری به ایران برای استفاده مجدد از خدمات درمانی

پس از اطمینان از برآزش مناسب مدل به داده های پژوهش، می توان بدان استناد و نسبت به آزمون فرضیه ها اقدام کرد. مبنای معناداری ضرایب مسیر در مدل ساختاری برآزش یافته، قرار گرفتن عدد معناداری متناظر با آن ها خارج از بازه بحرانی $\pm 1/96$ است. همان گونه که در شکل های ۲ و ۳ مشاهده می شود، عدد معناداری گزارش شده برای تمامی مسیرها بیشتر از $1/96$ بوده و روابط مربوط به آن مورد تأیید است. قوی ترین ضریب مسیر، مربوط به ضریب اثر رضایت بر اعتماد به مراکز درمانی ($estimate = .499$; $t\text{-value} = 10.021$) و ضعیف ترین اثر نیز مربوط به اثر اعتماد مشتریان به بازگشت مشتریان ($estimate = .169$; $t\text{-value} = 3.998$) می باشد. جدول ۳، خلاصه نتایج آزمون فرضیه های پژوهش (اثرات مستقیم بین متغیرها) را نشان می دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌های تحقیق

ردیف	فرضیه	ضریب مسیر	T- value	نتیجه فرضیه
۱	کیفیت درک شده خدمات پزشکی ⇐ رضایت گردشگران	۰/۲۴۱	۲/۰۷۱	تأیید فرضیه
۲	کیفیت درک شده ارائه خدمات ⇐ رضایت گردشگران	۰/۲۰۶	۲/۰۶۴	تأیید فرضیه
۳	رضایت مشتریان ⇐ اعتماد به کارکنان مراکز درمانی	۰/۴۹۹	۱۰/۰۲۱	تأیید فرضیه
۴	رضایت مشتریان ⇐ اعتماد به مرکز درمانی	۰/۳۴۱	۵/۴۹۶	تأیید فرضیه
۵	اعتماد مشتریان ⇐ بازگشت مجدد جهت استفاده از خدمات درمانی	۰/۲۲۸	۶/۲۱۸	تأیید فرضیه
۶	اعتماد مشتریان ⇐ بازگشت مجدد برای استفاده از خدمات درمانی	۰/۱۶۹	۳/۹۹۸	تأیید فرضیه

نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، بررسی عوامل مختلف بر بازگشت گردشگران سلامت به ایران است. بر اساس مطالعه و بررسی ادبیات تحقیق، کیفیت درک شده، رضایت، اعتماد به مراکز درمانی و اعتماد به کارکنان، به عنوان عوامل اثرگذار بر بازگشت گردشگران شناسایی شدند و اثر این عوامل بر بازگشت مشتریان مورد سنجش قرار گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت و معنادار کیفیت درک شده خدمات پزشکی و همچنین کیفیت درک شده ارائه خدمات بر رضایت گردشگران سلامت است؛ در نتیجه فرضیه اول و دوم تأیید شد.

نتایج بررسی این فرضیه‌ها با نتایج تحقیق رضایی و دیگران (۱۳۹۴)، محمودی و دیگران (۱۳۹۴)، صمدی و اسکندری (۱۳۹۰)، زیویار و همکاران (۱۳۸۸)، کرونین و تیلور (۱۹۹۲)، جمال و ناصر (۲۰۰۳)، رایو و هان (۲۰۰۹) و هان و هیون (۲۰۱۵) مطابقت و همخوانی دارد. البته همان‌گونه که در بخش‌های گذشته نیز اشاره شد، منظور از کیفیت درک شده خدمات پزشکی در این مقاله، خدمات تخصصی مرتبط با بیماری فرد است که نقش مستقیم در درمان وی دارد و از این منظر، این بخش از کیفیت درک شده، تأثیر مستقیم و مثبتی بر رضایت گردشگران سلامت داشته است.

هدف جامعه مورد نظر در تحقیق حاضر از سفر به ایران و مراجعه به مراکز درمانی، درمان و بهبود بیماری است و به همین سبب، خدمات پزشکی که ایشان در خصوص بیماری خود دریافت می‌نمایند، بسیار حایز اهمیت است و می‌تواند تمام سفر آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. چه بسا تمام سختی‌ها و مشکلات در نتیجه دریافت خدمات پزشکی با کیفیت فراموش شود و رضایت ایشان را در پی داشته باشد. بنابراین تأیید فرضیه تأثیر مثبت و مستقیم کیفیت خدمات پزشکی بر رضایت گردشگران سلامت به منزله اهمیت ویژه به ارائه خدمات با کیفیت پزشکی است.

فرضیه دوم نیز به جنبه دوم، یعنی کیفیت درک شده خدمات جانبی و البته چگونگی ارائه آن به گردشگران سلامت اشاره دارد. در سازمان‌های خدماتی عملکرد رفتاری کارکنان ارائه‌کننده خدمات، بخش مهمی از کیفیت خدمات درک شده به وسیله مشتری را تشکیل می‌دهد. این نوع از خدمات، مواردی چون توانمندی و شایستگی ارائه خدمت، نحوه برخورد، دلجویی از بیمار، رفتار دوستانه و از این قبیل را در بر می‌گیرد. این نوع خدمات و نحوه ارائه آن، در بیشتر موارد به خود پزشک مربوط نیست و ناشی از سایر عوامل انسانی و غیر انسانی فرایند درمان بیمار و گردشگر سلامت می‌باشد و همان‌طور که نتایج این فرضیه نشان داد، نحوه ارائه این خدمات بر رضایت گردشگران سلامت اثر مثبت و مستقیم دارد.

با نگاهی دقیق‌تر در اطلاعات به دست آمده از تحلیل داده‌های آماری تحقیق و با مقایسه میزان ضریب مسیرها و آماره t در روابط بین کیفیت خدمات پزشکی و کیفیت ارائه خدمات بر رضایت مشتریان، می‌توان دریافت که تأثیر کیفیت درک شده خدمات تخصصی پزشکی بر رضایت مشتریان، به مراتب بیشتر و بزرگ‌تر از تأثیر ارائه خدمات بر رضایت آن‌هاست. البته این نتیجه قابل پیش‌بینی نیز بوده است و با توضیحاتی که در فرضیه نخست درباره هدف اصلی گردشگران اصلی به ایران ذکر شد، این امر تأیید می‌گردد. بنابراین در مجموع در دو فرضیه اول و دوم، اثر مثبت و مستقیم کیفیت درک شده خدمات هم در خدمات تخصصی و هم در ارائه خدمات جانبی بر رضایت گردشگران سلامت مورد تأیید قرار گرفت.

در بررسی تأثیر رضایت گردشگران سلامت بر اعتماد آن‌ها به کارکنان مراکز درمانی مورد مطالعه و همچنین خود مراکز درمانی، مشخص شد که رضایت آن‌ها بر اعتمادشان به کارکنان مراکز درمانی و خود مراکز درمانی تأثیر مستقیم و مثبتی دارد و در نتیجه فرضیه سوم و چهارم نیز تأیید گردید. نتایج بررسی این فرضیه‌ها با نتایج تحقیقات رضایی و دیگران (۱۳۹۴)، احمدی و ده‌آبادی (۱۳۹۴)، لوریرو و گونزالس (۲۰۰۸)، مکیندا و دیگران (۲۰۱۰) و هان و هیون (۲۰۱۵) مطابقت و همخوانی دارد.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد در این تحقیق اعتماد از دو منظر اعتماد به کارکنان و اعتماد به مرکز درمانی مورد بررسی قرار گرفته است. تأیید این فرضیه‌ها به منزله این است که اگر مشتریان مرکز از خدمات آن راضی باشند، به کارکنان آن مرکز و از طرفی به خود آن مرکز در هویتی مستقل، اعتماد می‌کنند و این اعتماد می‌تواند اثرات مثبتی در ایشان ایجاد نماید. مطالعاتی که در حوزه اعتماد انجام شده است نشان می‌دهد که اعتماد مشتریان؛ خواه نسبت به کل سازمان و یا کارکنان آن، به شدت تحت تأثیر رضایت مشتریان است (کاو و لو، ۲۰۰۶: ۱۰۸).

اثرپذیری گسترده فعالیت‌های سازمان‌ها و مراکز درمانی از متغیر اعتماد (چه از جنبه اعتماد به کارکنان و چه اعتماد به خود مرکز) واضح است و به گفته شاو (۱۹۹۵؛ به نقل از پیرکوهی، ۱۳۸۵: ۸۹) که اعتماد را اعتقاد داشتن به دیگران تعریف می‌کند، مشتریان در صورت اعتماد به سازمان به آن اعتقاد پیدا می‌کنند و به نوعی به آن وابسته می‌شوند. در واقع تأیید فرضیه سوم و چهارم نشان می‌دهد که رضایت بیشتر گردشگران سلامت از تجربه استفاده از خدمات پزشکی در یک مرکز درمانی باعث می‌شود که آن‌ها بیشتر حس کنند که می‌توانند هم به مرکز درمانی و هم به کارکنانی که این خدمات را ارائه می‌کنند، اعتماد نمایند.

نتایج بررسی یافته‌های مربوط به فرضیه پنجم و ششم نشان‌دهنده تأیید تأثیر مثبت و معنادار اعتماد مشتریان (گردشگران سلامت) به کارکنان مراکز درمانی و خود مراکز درمانی بر بازگشت مجدد آن‌ها به ایران برای استفاده از خدمات درمانی می‌باشد. تأیید این فرضیه‌ها با نتایج تحقیق

آزجن (۱۹۹۱) در خصوص این که وجود اعتماد به فروشنده سبب ایجاد احساسات مطلوب می‌شود و به احتمال زیاد به افزایش قصد مشتری برای خرید مجدد منجر خواهد شد، همسو است. همچنین آگوستین و سینگ (۲۰۰۵)، لورپرو و گونزالس (۲۰۰۸)، سانتوس و باسو (۲۰۱۲) در تحقیقات خود، اعتماد را عاملی بر وفاداری و خرید مجدد مشتری دانسته‌اند که همسو با تأیید فرضیه پنجم: «تأثیر مثبت اعتماد به کارکنان مراکز درمانی بر بازگشت مجدد آن‌هاست».

به طور تخصصی در زمینه گردشگری سلامت در تحقیق هان (۲۰۱۳) اعتماد، یکی از عوامل اثرگذار بر بازگشت بیمار برای استفاده از خدمات درمانی در نظر گرفته شده و اثر مثبت و مستقیم آن تأیید شده که با نتایج این فرضیه همسو است. هان (۲۰۱۳) اعتماد را یکی از شاخصه‌های مهم در صنعت گردشگری سلامت در نظر گرفته و معتقد است که عواملی مانند ضعف در مراقبت‌های پزشکی، پایین بودن کیفیت خدمات درمانی، کم‌کاری، قصور و حوادث پزشکی به سرعت در حال گسترش است و زمینه‌ساز عدم رضایت مشتریان شده که خود اثر مخربی بر اعتماد آن‌ها خواهد گذاشت. بنابراین تأیید اثر مستقیم و مثبت فرضیه‌های مذکور نشان‌دهنده اهمیت توجه به موضوع جلب اعتماد مشتریان در صنعت گردشگری سلامت می‌باشد.

هنگامی که گردشگر سلامتی تجربه خوبی از کیفیت خدمات درمانی یک مرکز کسب نموده و خدمات درمانی موجب جلب رضایت وی گردد، در نتیجه به آن مرکز اعتماد کرده و با توجه به نتایج تحقیق، نه تنها بر بازگشت وی برای استفاده دوباره از خدمات درمانی تأثیر مثبت و مستقیم خواهد داشت، بلکه به عقیده محقق باعث جلب نظر سایرین و معرفی مرکز به آشنایان وی خواهد شد. نظر به اینکه اکثر پاسخ‌دهندگان (و به طور طبیعی اکثر گردشگران سلامتی که به مشهد مراجعه می‌کنند) از کشورهای عربی هستند و سبک زندگی ایشان قبیله‌ای و به صورت خانواده‌های بزرگ است، معرفی مرکز درمانی مورد اعتماد به سایرین، می‌تواند باعث مراجعه آن‌ها به آن مرکز درمانی گردد.

تصویب قوانین مختلف در حوزه گردشگری سلامت و تأکیدات سال‌های اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص ایجاد دپارتمان پذیرش بیماران بین‌المللی^۱ مؤید اهمیت این موضوع در سطح کلان کشور است. به همین منظور توصیه می‌گردد که مراکز درمانی با ایجاد واحد پذیرش بیماران بین‌المللی و ارتقای خدمت‌رسانی از طریق این واحدها؛ فرایند جذب، درمان و پیگیری خواسته‌های گردشگران سلامت و همراهان آن‌ها را بهبود بخشند و حس رضایت و اعتماد را در ایشان افزایش دهند و در نهایت باعث ایجاد انگیزه بیشتر برای بازگشت مجدد آن‌ها شوند.

همان‌طور که از نتایج پیداست، آگاه‌سازی کارکنان در زمینه چگونگی بهبود کیفیت خدمات امری ضروری است. در صورت نبود بینش و تعریفی روشن از کیفیت، کارکنان به احتمال زیاد بر اساس تعبیر و تفسیر خود از کیفیت خدمات، عمل خواهند کرد. نبود بینش مشترک، تغییرپذیری تجربه مشتری در هر یک از مراحل ارائه خدمات را افزایش خواهد داد و در نهایت تغییرپذیری و ناپایداری اثر منفی بر ادراکات مشتری از کیفیت خواهد گذاشت. از سوی دیگر باید در نظر داشت که کیفیت خدمات فرایندی دائمی است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مفهوم کیفیت خدمات، در بین کارکنان به تفصیل تشریح شود تا بینش دقیق و هماهنگی به وجود آید.

علاوه بر این، همان‌گونه که از نتایج فرضیه‌های تحقیق مشخص است، کیفیت خدمات به‌طور مستقیم بر رضایت مشتریان، رضایت بر اعتماد، و در نهایت اعتماد گردشگران سلامت بر بازگشت مجدد آن‌ها به ایران برای استفاده مجدد از خدمات درمانی اثرگذار است. در وضعیت فعلی ممکن است که ذهنیت مدیران، پزشکان و کارکنان این باشد که هدف اصلی جذب گردشگر سلامت، بیشتر تحقق اهداف مالی و اعتباری است و بقیه امور از جمله کیفیت خدمات تحت‌الشعاع این هدف قرار گیرد. باید از طریق آموزش و گسترش فعالیت‌های فرهنگی، فرهنگ سازمانی به نحوی تغییر نماید که همه کارکنان به این باور برسند که برای دستیابی به اهداف مالی و اعتباری خود، بهتر است کیفیت خدمات تخصصی پزشکی و نحوه ارائه خدمات را بهبود و ارتقا دهند. به این

1. IPD (International Patient Department)

ترتیب رضایت مشتریان نیز تأمین می‌گردد و استفاده بیشتر از خدمات مرکز درمانی و در نتیجه افزایش درآمد و سودآوری مرکز تضمین می‌شود.

منابع

- آبادی، علی؛ و اردکانی، فائزه. (۱۳۹۲). «ارائه مدل توسعه گردشگری سلامت با رویکرد تلفیقی تاپسیس فازی و مدل‌سازی ساختاری تفسیری در استان یزد». *مدیریت سلامت*. دوره ۱۵. شماره ۵۵. صص ۷۳ - ۸۸.
- احمدی، پرویز؛ جعفرزاده کناری، مهدی؛ بخشی‌زاده، علیرضا. (۱۳۹۳). «نگاهی به هویت برند و تأثیر آن بر وفاداری به برند و ارزش ویژه برند؛ مورد مطالعه: شرکت تولید کننده محصولات لبنی و فرآورده‌های گوشتی کاله». *فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی*. شماره ۷۱. صص ۶۵ - ۹۳.
- احمدی، سیدعلی‌اکبر؛ عسگری ده‌آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه بین کیفیت خدمات، رضایت، اعتماد و وفاداری در میان مشتریان؛ مورد مطالعه: شرکت‌های مسافربری فعال در پایانه‌های شهر تهران». *مدیریت توسعه و تحول*. شماره ۲۳. صص ۱۱ - ۲۰.
- اسماعیلی، امین؛ اکبرنتاج، حمید؛ عمادی، محمدابراهیم. (۱۳۹۰). «نقش بازاریابی و گردشگری الکترونیک در توسعه گردشگری سلامت؛ مطالعه موردی: منطقه لاریجان». *اولین همایش ملی گردشگری، سرمایه‌های ملی، چشم‌انداز آینده*. پژوهشکده علوم جغرافیایی. اصفهان.
- اصانلو، بهاره؛ خدابی، سهیلا. (۱۳۹۰). «سنجش کیفیت خدمات ادراک شده مشتریان با رویکرد حس‌گری بازار». *مدیریت بازرگانی*. دوره سوم. شماره ۱۰. صص ۱۸ - ۱.
- پیرکوهی، آرش. (۱۳۸۵). «اهمیت اعتماد در بازاریابی رابطه‌ای و ایجاد مقیاسی جهت سنجش آن». *مجله دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه اصفهان*. سال هجدهم. شماره ۳. صص ۸۱ - ۱۰۳.
- خدادادحسینی، سیدحمید؛ همتی‌نژاد، مهرعلی؛ نورصالحی، اسماعیل و میربلوک، زهرا. (۱۳۹۳). *بررسی و تحلیل وضعیت انتخاب مقصد گردشگران پزشکی در استان گیلان*. اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار، موسسه ایرانیان، تهران.

دانایی فرد، حسن؛ الوانی، سیدمهدی؛ آذر، عادل. (۱۳۹۱). روش‌شناسی پژوهش کمی در مدیریت: رویکردی جامع. تهران: انتشارات صفار. چاپ دوم.

رضایی دولت‌آبادی، حسین؛ شریفی تهرانی، محمد؛ شفیعی عربی، محمد علی؛ اسفندیار، کوروش. (۱۳۹۴). «بررسی روابط میان کیفیت، اعتماد، رضایت و وفاداری الکترونیکی در صنعت هتلداری». مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری. سال چهارم. شماره ۱۲. صص ۵۲ - ۷۱.

زیویار، فرزاد؛ ضیایی، محمدصادق و نرگسیان، جواد. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر رضایت مشتریان با استفاده از مدل سروکوال». فصلنامه علمی پژوهشی تحقیقات بازاریابی نوین. سال دوم. شماره سوم. صص ۱۷۳ - ۱۸۶.

صادقی، محسن؛ غفاری چراتی، موسی؛ دادخواه، روزیتا؛ یعقوبی بیجاربنه، بهرام؛ جعفری، مهدی و شعبازی، باقر. (۱۳۹۲). «ارزیابی تأثیر کیفیت کارکردی، کیفیت فنی و تصویر ذهنی بر رضایتمندی مشتریان در هتل‌های ۳، ۴ و ۵ ستاره در سطح شهر مشهد». فصلنامه مدیریت. سال دهم. شماره ۳۲. صص ۲۹-۴۶.

صمدی، عباس؛ اسکندری، سهیلا. (۱۳۹۰). «بررسی تأثیر کیفیت خدمات بر رضایت مشتریان بانک ملی شهرستان تویسرکان (بر اساس مدل سروکوال)». فصلنامه مدیریت. سال هشتم. شماره ۲۱. صص ۳۰ - ۴۲.

طالقانی، محمد؛ شعبانی، عاطفه. (۱۳۹۳). «تأثیر بازدیدهای قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت مجدد آن‌ها؛ مطالعه موردی: گردشگری سلامت». اولین همایش ملی گردشگری، سرمایه‌های ملی و چشم‌انداز آینده. پژوهشکده علوم جغرافیایی. اصفهان.

محمودی، احمد؛ سجادی، سید نصرالله؛ گودرزی، محمود. (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر کیفیت خدمات و رضایتمندی بر وفاداری مشتریان در باشگاه‌های ورزشی بدنسازی و ایروبیک». مدیریت ورزشی. دوره ۷. شماره ۱. صص ۳۱ - ۵۱.

نجفی‌پور، امیرعباس؛ حیدری، مجید؛ امدادی، صائب؛ بذرافشان، مرتضی. (۱۳۹۰). «مطالعه روندهای آتی گردشگری سلامت در حوزه خلیج فارس». اولین همایش ملی گردشگری، سرمایه‌های ملی، چشم‌اندازهای آینده، پژوهشکده علوم جغرافیایی. اصفهان.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۴). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. تهران: سمت.

Agistin, C., & Singh, J. (2005). Curvilinear effects of consumer loyalty determinants in relational exchanges. *Journal of Marketing Research*, 42(1), 96-108.

Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Chiu, C., Hsu, M., Lai, H., & Chang, C. (2012). Re-examining the influence of trust on online repeat purchase intention: the moderating role of habit and its antecedents. *Decision Support System*, 53(4), 835-845.

Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

Crosby, L. A., Evans, K. R. & Cowles, D. (1990). Relationship Quality in Service Selling: An Interpersonal Influence Perspective. *Journal of Marketing*, 54(3), 68-81.

Gronroos, C. (1983). *Strategic Management and Marketing in Service Sector*. Marketing Science Institute, Cambridge, MA.

Han, H. (2013). The healthcare hotel: Distinctive attributes for international medical travelers. *Tourism Management*, 36, 257-268.

Han, H. and S. S. Hyun (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.

Han, H. and W. Kim (2009). Outcomes of relational benefits: restaurant customers' perspective. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 26, 820-835.

Hulland, J. (1999). Use of partial least square (PLS) in strategic management research: a review of four recent studies. *Journal of Strategic Management*, 20, 195-204.

Jamal, A. & Nasser, K. (2003). Factors influencing customer satisfaction in the retail banking sector in Pakistan. *International Journal of Commerce and Management*, 13(2), 29-53.

Karrera, P.M & Bridges, J.F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Journal of Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447 – 454

Kau, A. K. & Loh, E. W. Y. (2006). The effects of servicerecovery on consumer satisfaction: a comparison between complainants and non-complainants. *Journal of Services Marketing*, 20(2), 101-111.

Loureiro, S.M.C. & Gonzalez, F.J.M. (2008). The importance of quality, satisfaction, trust, and image in relation to rural tourist loyalty. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 25(2), 117-136.

Mecchinda, P., Serirat, S., Anuwichanont, J. & Gulid, N. (2010). An Examination Of Tourists' Loyalty Towards Medical Tourism In Pattaya, Thailand. *International Business & Economics Research*, 9(1), 55-61.

Morgan, R. and S. D.Hunt (1994). The commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Marketing*, 58(3), 20-38.

Oh, H. (2000). The effect of brand class, brand awareness, and price on customer value and behavioral intention. *Hospitality & Tourism Research*, 24(2), 36-162.

Oliver, R.L. (1997). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.

Ryu, K., & Han, H. (2009). Influence of the quality of food, Service, and Physical Environment on Customer Satisfaction and Behavioral Intention in Quick-Casual Restaurants: Moderating Role of Perceived Price. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 34(3), 310-329.

Santos, C. P. d. and K. Basso (2012). Do ongoing relationships buffer the effects of service recovery on customers' trust and loyalty? *International Journal of Bank Marketing*, 30(3), 168-192.

Seines, F (1998). Antecedents and Consequences of Trust and Santisfaction in Buyer-Seller Relationships. *European Journal of Marketing*, 32(3/4), 305-322.

Taylor, S. A. and T. L. Baker (1994). An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers' Purchase Intentions. *Retailing*, 70(2), 163-178.