

بخش‌بندی بازار گردشگری پزشکی ورودی ایران بر مبنای متغیرهای روان‌شناختی (مورد مطالعه: بیمارستان‌های منتخب شهر تهران)

مهدی ابراهیمی^۱، سید امیرحسین طیبی ابوالحسنی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۲۷

چکیده

امروزه، گردشگری پزشکی به یکی از انواع مهم گردشگری تبدیل شده که برای تحقق فعالیت مؤثر در آن، بررسی و تحقیق در این حوزه ضروری است. این تحقیق، در راستای شناساندن هرچه بیشتر بازار گردشگران پزشکی ورودی شهر تهران صورت پذیرفته است. با توجه به اینکه، یکی از ابزارهای مناسب برای شناسایی و مطالعه بازار، بخش‌بندی آن است؛ بنابراین، این پژوهش بر اساس بخش‌بندی با استفاده از خوشه‌بندی گردشگران بوده است. برای این منظور، تعداد ۱۵۱ پرسشنامه توسط بیماران خارجی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران (بیمارستان‌های محب، مهر، پارس، آسیا، لاله و پژوهشگاه رویان) تکمیل شد. نتایج پرسشنامه‌ها، با استفاده از تحلیل عامل تأییدی بررسی شد. درنهایت، چهار خوشه متفاوت گردشگران پزشکی با نام‌های: افراد تمامیت‌خواه، افراد کیفیت‌خواه، افراد با درمان ممنوع و افراد درمان طلب به دست آمد.

واژگان کلیدی: گردشگری پزشکی، بخش‌بندی بازار، خوشه‌بندی بازار، انگیزه، تصویر مقصد.

۱- استادیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکتری، مدیریت بازرگانی، مدیریت استراتژیک، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)؛ Amirhosseintayebi69@yahoo.com

مقدمه

ترکیب گردشگری و پزشکی، نوع جدیدی از گردشگری است. گردشگری پزشکی، نوعی از گردشگری است که در آن گردشگر به دنبال درمان پزشکی در خارج از کشور خودش است و همچنین گونه یا تجربه گردشگری مرسوم، مربوط به فراغت و استراحت در مکان‌های گردشگری را نیز شامل می‌شود. سفر برای درمان و بازیابی توان، یکی از مهم‌ترین اهداف گردشگری پزشکی است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات فراغت نیز به بسته سفر بیمار اضافه می‌شود (کابالرودنل و چیپو^۱، ۲۰۰۷).

امروزه، گردشگری پزشکی یکی از مهم‌ترین شاخه‌های صنعت گردشگری است که منافع اقتصادی و اجتماعی بالایی دارد (ایمان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). در ارتباط با اهمیت این موضوع نیز باید گفت، این صنعت به ایجاد یک صنعت جهانی ۶۰ میلیارد دلاری منجر شده است که بر مشتریان، عرضه‌کنندگان، مقاصد، دولت‌ها و ... تأثیر دارد (سینق^۲، ۲۰۰۸). کانل^۳ (۲۰۰۶)، بیان کرده است که احتمالاً افزایش رشد گردشگری پزشکی در آینده با افزایش خصوصی‌سازی درمان و وجود تفاوت قیمت‌ها، بیشتر خواهد بود (ریکافورت^۴، ۲۰۱۱). ضمن این‌که کارشناسان پیش‌بینی می‌کنند، صنعت گردشگری در سال ۲۰۲۰ میلادی به سودآورترین صنعت جهان تبدیل شود (نوری حکمت و همکاران، ۱۳۹۳).

از طرفی، توسعه گردشگری پزشکی را می‌توان به‌عنوان یک استراتژی ملی، علاوه بر استفاده بهینه از سرمایه‌های داخلی در راستای افزایش درآمد کشور به‌عنوان یک بازوی امنیت ملی دانست (جانستون^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). ایران نیز در افق ۱۴۰۰، یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت در منطقه خواهد شد و از رهگذر آن، نه‌تنها از خروج ارز جلوگیری می‌شود، بلکه درآمد ارزی قابل‌توجهی نصیب ایران خواهد شد (فرهنگی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ اما برای بهره‌برداری بیشتر از این صنعت در حال رشد، نیازمند برنامه‌های بازاریابی هدفمند و مدون هستیم که این مهم بدون شناخت مشتریان، انتخاب بازار هدف مناسب و مدیریت ارتباط با مشتریان هدف فراهم نمی‌شود. تقسیم بازار یا بخش‌بندی بازار، هسته مرکزی استراتژی

1. Caballero-Danell & Chipo
2. Singh
3. Connell
4. Ricafort
5. Johnston

بازاریابی است زیرا استراتژی بازاریابی شامل دو بخش اساسی است: گزینش بازار هدف و توسعه و تدوین برنامه بازاریابی مؤثر برای موفقیت در بازار هدف (روستا و همکاران، ۱۳۸۸).

مسئله‌ای که وجود دارد این است که در ایران علی‌رغم وجود پتانسیل‌های بالا در این نوع گردشگری - مانند خدمات پزشکی ممتاز و کارآمد در کشور - متأسفانه گردشگری پزشکی از رشد قابل توجهی در مقایسه با کشورهای مشابه و پیشرو برخوردار نبوده است. تعیین آمیخته بازاریابی مناسب و هماهنگ با گردشگران مدرن، یکی از فاکتورهای مؤثر برای موفقیت در جذب گردشگران پزشکی است؛ بنابراین یکی از لوازم تعیین آمیخته بازاریابی مناسب، مطالعه بازار و بخش‌بندی آن و انتخاب بازار هدف مناسبی است که بر اساس ویژگی‌های این بازار منتخب، آمیخته بازاریابی مؤثر طراحی می‌شود (رستمی، ۱۳۹۲). بازاریابی گردشگری به دلیل ویژگی‌های خاص محصول آن، وظیفه‌ای پیچیده است (پاملا، ۲۰۰۹)؛ زیرا محصول گردشگری از همه جاذبه‌ها، تسهیلات و خدمات مورد استفاده یا رؤیت گردشگران در مدت اقامت آن‌ها در مقصد تشکیل می‌شود، همچنین هر اتفاقی که در این مدت برای گردشگری رخ می‌دهد یا هر تجربه‌ای که کسب کنند، بخشی از محصول گردشگری است؛ بنابراین، با توجه به پیچیدگی محصول گردشگری و تنوع ترجیحات و خواسته‌های گردشگران، اثربخشی بازاریابی گردشگری مستلزم شناسایی بازارهای هدف مشخص و روشن است (جفری و ژیو، ۱۹۹۵)؛ تا در نهایت با طراحی استراتژی‌های مناسب بازاریابی و ارائه برنامه‌های بازاریابی مناسب، بتوان نیازهای گروه هدف را برآورده کرد که خروجی این فرآیند سودآوری برای ذی‌نفعان صنعت خواهد بود. با توجه به موارد پیش گفته، به این نتیجه می‌رسیم که توجه به بخش‌بندی بازار به عنوان ابزاری باارزش در طراحی استراتژی‌های بازاریابی مناسب قابل تأمل است. بخش‌بندی، کمک می‌کند تا بازار گردشگران را به گروه‌های مجزا، با نیازها و علایق خاص و متفاوت تقسیم کرد تا بتوان شرایط هر یک را به‌طور تخصص‌تر مورد بررسی قرار داد (کاسینسکی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

در این پژوهش، تلاش می‌شود بازار گردشگران ورودی گردشگری پزشکی بر مبنای متغیرهای روان‌شناختی بخش‌بندی و تجزیه و تحلیل شود. لذا در ادامه، پس از مرور ادبیات تحقیق، با

1. Pamela
2. Jeffrey & Xie
3. Tkaczynski

استفاده از تحلیل عامل تأییدی به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته و سپس بر اساس خوشه‌بندی K-Means بخش‌بندی صورت می‌گیرد.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

بخش‌بندی بازار را می‌توان به عنوان: "فرآیند تقسیم یک بازار به زیرمجموعه‌های مشخصی از مشتریان با نیازها یا ویژگی‌های مشخص و انتخاب یک یا چند بخش به منظور تمرکز با یک آمیخته بازاریابی مناسب"، تعریف کرد (چیفمن و لازار، ۲۰۰۹). یک موضوع مهم در بخش‌بندی بازار، این است که چگونه به بهترین حالت بازار را بخش‌بندی کنیم. ژانگ^۱ و همکاران (۲۰۰۱)، بیان می‌کنند که مطالعات قبلی شاخص‌های متنوعی برای بخش‌بندی بازار در گردشگری پیشنهاد کرده‌اند. در این تحقیق، به دلیل گستردگی ابعاد متغیرهای روان‌شناختی (سبک زندگی)، نوع بخش‌بندی پسینی این مبنا و همچنین ماهیت ارتباطی بیشتر با گردشگران، صرفاً متغیرهای روان‌شناختی، مبنای بخش‌بندی قرار گرفتند. پژوهش‌های (سیلوربرگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۶) و همچنین (چیو و کالانتون^۳، ۱۹۷۸) از جمله تحقیقاتی هستند که مبنای روان‌شناختی را بیشتر مدنظر قرار داده‌اند. متغیرهای روان‌شناختی از هنگامی که دامنه نظریات روان‌شناختی به عنوان عامل مؤثر بر انگیزه سفر افراد به دانش گردشگری گسترده شد، اهمیت یافته است. شاخص‌های روان‌شناختی توانسته‌اند به دانش‌های نظری از قبیل علوم رفتاری و علوم اجتماعی در بازاریابی جنبه‌های عملی بخشند (رنجریان و زاهدی، ۱۳۸۸).

کاتلر^۴ (۲۰۱۲)، بیان می‌کند که در تقسیم‌بندی بر مبنای متغیرهای روان‌شناختی، بازار بر اساس متغیرهای سبک زندگی، شخصیت، ادراکات، نگرش، انگیزه‌ها و منافع مورد جستجو تقسیم‌بندی می‌شود. همچنین، یافته‌های پژوهشگران داخلی نیز نشان می‌دهد که اولاً، برخی از بیماران خارجی به دلیل درجه عضویت نزدیک، به طور هم‌زمان عضو چند خوشه می‌باشند. ثانیاً، با توجه به مراکز خوشه‌ها، خوشه دو و سه از حیث نوع کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی و ویژگی‌های آن‌ها در سطح متوسط ولی خوشه یک در سطح پایین می‌باشند

1. Schiffman & Lazar
2. Jang
3. Silverberg
4. Schewe & Calantone
5. Kotler

(رنجنوش و همکاران، ۱۳۹۵). (دانایی و همکاران، ۱۳۹۳) در تحقیق دیگری با عنوان " بخش‌بندی بازار توریسم درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای توریسم درمانی و تحلیل خوشه‌ای"، به بخش‌بندی مشتریان خارجی بر اساس منافع مورد انتظارشان از خدمات درمانی پرداختند. نتایج، نشان داد در بین چهار خوشه استخراج شده، افراد بیشترین درصد اهمیت را به ارائه مراقبت توأم با احترام اختصاص داده‌اند. پس از مطالعه تحقیقات پیشین در زمینه بخش‌بندی و خوشه‌بندی مصرف‌کننده که اکثر آنان همچون پارک و یون^۱ (۲۰۰۹)، ژانگ و همکاران (۲۰۰۱) و زارعی و همکاران (۱۳۹۵) انگیزه و تصویر مقصد را مبنای خوشه‌بندی متغیرهای روان‌شناختی خود قرار داده‌اند و پس از مشورت با چند نفر از متخصصین حوزه گردشگری پزشکی، متغیرهای روان‌شناختی «انگیزه» و «تصویر مقصد» به عنوان اساس خوشه‌بندی انتخاب شدند. در ادامه، به بررسی هر یک از این متغیرها پرداخته می‌شود.

انگیزه

انگیزه، مدت طولانی است که یک موضوع اساسی مطالعه در علم روانشناسی از طرق مختلف مانند رویکردهای فیزیولوژیکی، روانشناسی یا فلسفی بوده است (پتری و گاورن^۲، ۲۰۰۶). مطالعه انگیزه برای درک رفتار انسان، به‌طور وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است و در ادبیات بسیاری از تحقیقات می‌توان آن را یافت. در گردشگری هم مفهوم انگیزه برای درک رفتار و فرآیند تصمیم‌گیری سفر گردشگران مورد استفاده قرار گرفته است که می‌تواند راهنمای فراهم‌کنندگان صنعت گردشگری در جذب گردشگران و رفع نیازهای آنها در طول سفر در یک مقصد ویژه، باشد (آزمان^۳، ۲۰۱۰).

کانل و پیج^۴ (۲۰۰۶) بیان کرده‌اند که انگیزه به عنوان یک موضوع، بخشی کامل از مطالعه رفتار مصرف‌کننده در گردشگری است. میلمان و پیزام^۵ (۱۹۹۵)، انگیزش گردشگر را به عنوان «مجموعه‌ای از نیازها که یک فرد را برای شرکت در یک فعالیت گردشگری آماده و مستعد

1. Park & Yoon
2. Petri & Govern
3. Azman
4. Connel & Page
5. Milman & Pizam

می‌سازد» معرفی می‌کند (استاکهاس^۱، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، انگیزش می‌تواند نشان‌دهنده مجموعه‌ای از نیازها باشد که بر انتخاب‌های افراد به شیوه‌های مختلف اثرگذار خواهد بود (چن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعات و مدل‌های بررسی انگیزه، به صورت‌های مختلفی انجام شده است تا رفتار گردشگر در رابطه با جنبه‌های مختلف گردشگری، درک شود؛ به‌عنوان مثال، انتخاب مقصد (به‌عنوان مثال: پارک و یون، ۲۰۰۹)، تصمیم خرید/الگوی مصرف گردشگر (به‌عنوان مثال: اسوانسون و هاریچ^۳، ۲۰۰۶) و استراتژی‌های برنامه‌ریزی و بازاریابی تجاری (به‌عنوان مثال: بانسال و ایزلت^۴، ۲۰۰۴). آزمان (۲۰۱۰) بیان می‌کند که نتایج به‌دست آمده از بررسی انگیزه گردشگران به درک بیشتر رفتار گردشگر منجر شده و بنابراین به طراحی استراتژی بازاریابی مؤثر در هدف‌گیری بخش مناسب گردشگران کمک می‌کند.

مطالعات نشان می‌دهد، انگیزش گردشگر بر اساس مفاهیم عوامل «رانشی» و «کششی» بررسی شده است (دان^۵، ۱۹۷۷؛ یوان و مک‌دونالد^۶، ۱۹۹۰؛ کلنوسکی^۷، ۲۰۰۲؛ لام و هسو^۸، ۲۰۰۶ و سونقیوپ^۹، ۲۰۱۴). مطالعات، پیشنهاد می‌دهند که فاکتورهای انگیزشی (رانشی و کششی) بر تصمیم‌گیری در مورد اینکه به مسافرت بروند یا نه و تصویر ادراکی از مقصد گردشگری تأثیر دارند (سایپراسرت^{۱۰}، ۲۰۱۱).

ادبیات این موضوع، این نتیجه را می‌رساند که «عوامل رانشی» به فرآیند شناختی و انگیزه‌های روان‌شناختی-اجتماعی درونی افراد برای سفر کردن مربوط می‌شود (سایپراسرت، ۲۰۱۱) (ضرغام بروجنی و شالبافیان، ۱۳۹۲).

گودرزی و همکارانش، در تحقیقی به گردشگری پزشکی در شیراز پرداختند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که بین قیمت خدمات درمانی و گردشگری؛ کیفیت خدمات درمانی و گردشگری؛ فرهنگ؛ امکانات، تسهیلات و تجهیزات درمانی و همچنین بین گردشگری و فناوری

1. Stockhaus
2. Chen
3. Swanson & Horridge
4. Bansal & Eiselt
5. Dann
6. Yuan & McDonald
7. Klenosky
8. Lam & Hsu
9. Sunghyup
10. Saiprasert

اطلاعات و ارتباطات با توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز رابطه معنی‌داری وجود داشت (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین، کاظمی در تحقیق خود با عنوان عوامل مؤثر بر جذب گردشگر پزشکی در ایران، به این نتیجه دست یافت که امنیت اجتماعی، برخورداری از استانداردهای جهانی در مراکز درمانی و همچنین تجهیزات پزشکی و صدور روایید درمان از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر توسعه این صنعت در ایران می‌باشند (کاظمی، ۱۳۸۵).

درنهایت، جمع‌بندی ادبیات گردشگری نشان می‌دهد عوامل انگیزشی رانشی این حوزه عمدتاً در قالب: قیمت، کیفیت، زمان انتظار طولانی، دسترسی، درمان‌های غیر مشمول بیمه و حفظ حریم خصوصی قابل دسته‌بندی می‌باشند.

از طرف دیگر، «عوامل کششی» نیروهای خارجی هستند که ناشی از ویژگی‌هایی هستند که افراد را به یک مقصد خاص جذب می‌کنند و موجب انتخاب حقیقی یک مقصد خاص می‌شوند. عوامل کششی، هم به عنوان ویژگی‌های ملموس و هم ناملموس توصیف شده‌اند، مانند جاذبه‌های طبیعی و تاریخی، محیط فیزیکی، زیرساخت‌ها، امکانات تفریحی و ورزشی، غذا، مردم و تصویر تبلیغ شده برای مقصد (سایپراسرت، ۲۰۱۱). درنهایت جمع‌بندی ادبیات گردشگری نشان می‌دهد عوامل انگیزشی کششی این حوزه نیز عمدتاً عبارت‌اند از: هزینه‌های کم سفر و لذت تعطیلات، واسطه‌های سفر، تلاش‌های شرکت‌های بیمه، پروفایل (نمایه) کشور مقصد و تسهیل خدمات درمانی یا بیمارستانی.

تصویر مقصد

تصویر ادراکی از مقصد به نگرش‌ها، احساسات، اعتقادات، دانش، تصورات و تفکراتی که گردشگران بالقوه در ارتباط با مقاصد مختلف خواهند داشت، اشاره می‌کند. تصویر مقصد، می‌تواند به عنوان تصویری کلی و جامع از ویژگی‌های یک مقصد درک شود که به وسیله انگیزه‌های گردشگران برای سفر در آینده تعیین می‌شوند (مایو و جارویس^۱، ۱۹۸۱). تعدادی از محققان گردشگری (بیگن^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ هانت^۳، ۱۹۸۲؛ ریچی و اسمیت^۴، ۱۹۹۱؛ اردشیر تاج زاده نمین و بیات، ۱۳۹۴؛ طباطبائی و همکاران، ۱۳۹۳)، ساختار تصویر مقصد و اثر آن بر

1. Mayo & Jarvis
2. Bigne
3. Hunt
4. Ritchie & Smith

رفتار گردشگر و همچنین فرآیند انتخاب سفر و رضایت از سفر را مورد مطالعه قرار داده‌اند. ریلی^۱، در تحقیقش برای سنجش تصویر «مونتانا» از تکنیک استنباط آزاد برگرفته از علم روانشناسی استفاده کرده است و تصویر مقصد را یک متغیر روان‌شناختی در نظر گرفته است (جنکینس^۲، ۱۹۹۹). ایچنر و ریچیه^۳ (۱۹۹۳)، عنوان کردند که مطالعه تصویر مقصد ممکن است به عنوان زیرمجموعه‌ای از بخش عمومی‌تر «بررسی تصویر» دیده شود. اساساً، شکل‌گیری تصویر و بررسی آن به مطالعه «تصویرسازی» در حوزه روانشناسی مربوط می‌شود. تصویرسازی توسط روانشناسان به عنوان: "فرآیند پردازش و ذخیره‌سازی اطلاعات به دست آمده از حس‌های مختلف در ذهن فعال"، معرفی شده است که عوامل مؤثر در تصویر مقصد را در قالب منابع طبیعی، زیرساخت‌های عمومی و گردشگری، امکانات تفریحی و سرگرمی، فرهنگ، عوامل سیاسی و اقتصادی معرفی می‌کند.

زارعی و همکارانش، در تحقیقی به سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت پرداختند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که می‌توان از اصول بازاریابی اجتماعی به منظور توسعه تصویر مطلوب از مقصد در ذهن گردشگران سلامت بهره برد. عوامل مدل بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت آنان شامل رهبری بازارگرا، تحلیل و درک بازار گردشگری سلامت، راهبرد بازاریابی اجتماعی، زیرساخت‌های بازاریابی، آمیخته بازاریابی اجتماعی و مؤلفه‌های شناختی است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۵).

در نهایت جمع‌بندی ادبیات گردشگری نشان می‌دهد که می‌توان متغیرهای تصویر مقصد در تحقیق را شامل: تصویر مقصد از لحاظ دسترسی، تصویر مقصد از لحاظ فرهنگی و مذهبی، تصویر مقصد از لحاظ امنیت، تصویر کارکنان درمانی ایران، تصویر امکانات، تجهیزات و رویه‌های پزشکی ایران دانست.

روش‌شناسی پژوهش

تحقیق حاضر، از لحاظ هدف در دسته تحقیقات کاربردی است و از لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها، تحقیق توصیفی و از نوع پیمایشی محسوب می‌شود. از آنجایی که بیمارستان‌های شهر

-
1. Reilly
 2. Jenkins
 3. Echtner & Ritchie

تهران یکی از مراکز عمده جذب گردشگران پزشکی در کشور است، لذا جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق، بیماران خارجی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران هستند که در ارائه خدمات به بیماران خارجی در چند سال اخیر موفق عمل نموده و توانسته‌اند استانداردهای پزشکی جهانی را به خوبی رعایت کنند. همچنین روش نمونه‌گیری این تحقیق ترکیبی است. در ابتدا، پژوهشگران به بررسی و شناخت بیمارستان‌هایی که میزبان گردشگران پزشکی هستند پرداخته و با بسیاری از آنان مکاتبه شد، اما تنها تعدادی از آنان حاضر به همکاری شدند (بیمارستان‌های محب، مهر، پارس، آسیا، لاله و پژوهشگاه رویان) که این بیمارستان‌ها هر یک به عنوان یک خوشه انتخاب شدند (هر بیمارستان یک خوشه) سپس هر خوشه تمام شماری شد؛ یعنی همه بیماران خارجی حاضر در این بیمارستان‌ها، در بازه زمانی بهار، پرسشنامه تحقیق را تکمیل نمودند. به عبارت دیگر، روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای یک مرحله‌ای است که در نهایت تعداد ۱۵۱ پرسشنامه تکمیل شد.

در تحقیق حاضر، عمده‌ترین ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه با خبرگان است. برای طراحی پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق، از پرسشنامه سایپراسرت (۲۰۱۱) به عنوان اساس کار استفاده شده است؛ که پس از مشورت با خبرگان و مصاحبه با پزشکان آشنا به حوزه گردشگری پزشکی، برخی از متغیرهای آن تغییر یافته و پرسشنامه متناسب با کشور مقصد (ایران) و گردشگران به دست آمد. سؤالات پرسشنامه، بر اساس طیف لیکرت پنج‌گانه طراحی شده و هدف آن سنجیدن متغیرهای روان‌شناختی (انگیزه و تصویر مقصد) بوده است. پایایی پرسشنامه، توسط آلفای کرونباخ بررسی شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پایایی پرسشنامه براساس روش آلفای کرونباخ

شاخص‌ها	مقدار ضریب آلفای کرونباخ
عوامل انگیزشی	۰/۷۹۵
تصویر مقصد	۰/۸۰۳
تمام متغیرها (کل پرسشنامه)	۰/۸۸۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود تمامی ضرایب بالای ۰/۷ بوده که نشان از پایایی بالای پرسشنامه مورد استفاده است. همچنین روایی صوری (ظاهری) و منطقی محتوای پرسشنامه توسط خبرگان شامل ۵ تن از اساتید متخصص در این امر بررسی و تأیید شد.

ضمن این که برای تجزیه و تحلیل نتایج نیز از تحلیل عامل تأییدی و مبنای خوشه‌بندی K-Means استفاده شده است. در تحلیل عاملی تأییدی، پژوهشگر به دنبال ارزیابی مدل اندازه‌گیری پیشنهادی است. تحلیل عاملی تأییدی روشی است که نشان می‌دهد تا چه میزان تخصیص گویه‌ها به متغیرهای پنهان با داده‌های جمع‌آوری شده تطابق دارد. تحلیل عاملی تأییدی، اندازه‌گیری را بر اساس تک‌بعدی بودن، روایی و پایایی مفاهیم ارزیابی می‌کند (براون، ۲۰۰۶).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. در تکمیل این پرسشنامه، مردان مشارکت بیشتری (۵۳٪) داشته‌اند. درصد بالایی (۴۹/۷٪) از افراد تحصیلات لیسانس و بالاتر داشته‌اند که نشان‌دهنده سطح بالای تحصیلات پاسخگویان به این پرسشنامه است. همچنین به لحاظ ملیت و نژاد، سهم عراقی‌ها در مسافرت درمانی بیش از سایر کشورها بوده است به طوری که ۳۷٪ افراد جامعه از این کشور بوده است و هندوستان کمترین درصد مشارکت (۲/۶٪) را داشته است. ضمن این که به لحاظ سنی اکثریت افراد (۶۶/۹) بیش از ۳۵ سال سن داشته‌اند که نشان‌دهنده مسن بودن جامعه آماری است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی

ردیف	عامل	موضوع	فراوانی	درصد
۱	جنسیت	زن	۷۱	۰/۴۷
		مرد	۸۰	۰/۵۳
۲	سن	۱۸-۲۵	۱۲	۷/۹
		۲۶-۳۵	۳۸	۲۵/۲
		۳۶-۴۵	۴۳	۲۸/۵
		۴۶-۵۵	۳۷	۲۴/۵
		۵۶-۶۵	۱۴	۹/۳

۴/۶	۷	بیشتر از ۶۵		
۴۱/۷	۶۳	دیپلم و کمتر	تحصیلات	۳
۱۰/۶	۱۶	فوق‌دیپلم		
۰/۴۳	۶۵	لیسانس		
۴/۷	۷	فوق‌لیسانس و بالاتر		

به منظور تحلیل ساختار پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل دهنده هر سازه، از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم استفاده شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم عوامل روان‌شناختی در جدول ۳ خلاصه شده‌اند. بارهای عاملی مربوط به سازه‌های تحقیق همگی در سطح خطای ۵ درصد آزمون شده‌اند، تمامی بارهای عاملی این متغیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار شده‌اند (آماره t خارج بازه $-۱/۹۶$ تا $+۱/۹۶$ قرار گرفته‌اند) و توانسته‌اند سهم معناداری در اندازه‌گیری سازه مربوطه ایجاد کنند. شاخصی که بار عاملی بالاتری داشته باشد، سهم بیشتری در اندازه‌گیری سازه مربوطه ایفا کرده است. علاوه بر روایی سازه که برای بررسی اهمیت نشانگرهای انتخاب شده برای اندازه‌گیری سازه‌ها به کار می‌رود، روایی تشخیصی^۱ نیز در تحقیق حاضر مورد نظر است. به این معنا که نشانگرهای هر سازه در نهایت تفکیک مناسبی را به لحاظ اندازه‌گیری نسبت به سازه‌های دیگر مدل فراهم آورند. به عبارت ساده‌تر هر نشانگر فقط سازه خود را اندازه‌گیری کند و ترکیب آن‌ها به گونه‌ای باشد که تمام سازه‌ها به خوبی از یکدیگر تفکیک شوند. با کمک شاخص میانگین واریانس استخراج شده مشخص شد که تمام سازه‌های مورد مطالعه دارای میانگین واریانس استخراج شده (AVE)^۲، بالاتر از ۰/۵ هستند.

1. Discriminant Validity

2. Average Variance Extracted

جدول ۳. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم برای مدل عوامل روان‌شناختی

متغیرهای پنهان	متغیرهای مشاهده‌شده	بار عاملی	آماره †	سطح معناداری	نتیجه	AVE
عوامل انگیزشی	زمان کمتر	۰/۵۹	-	<۰/۰۱	معنادار است	۰/۶۳
	هزینه کمتر	۰/۶۰	۵/۳۹	<۰/۰۱	معنادار است	
	کیفیت بالاتر	۰/۶۲	۵/۱۲	<۰/۰۱	معنادار است	
	نبود امکان درمان در کشور بیمار	۰/۵۸	۴/۷۳	<۰/۰۱	معنادار است	
	فرصت ادغام تعطیلات با درمان پزشکی	۰/۳۲	۲/۹۶	<۰/۰۱	معنادار است	
	ممنوعیت قانونی این نوع درمان در کشور بیمار	۰/۴۲	۳/۷۶	<۰/۰۱	معنادار است	
	عدم پوشش بیمه‌ای در کشور بیمار	۰/۶۳	۵/۱۸	<۰/۰۱	معنادار است	
	حفظ حریم خصوصی در طی درمان	۰/۶۰	۵/۲۱	<۰/۰۱	معنادار است	
	جاذبه‌های مقصد	۰/۵۴	۰/۸۷	<۰/۰۱	معنادار است	
تصویر مقصد	تصویر مقصد از لحاظ دسترسی	۰/۵۹	-	<۰/۰۱	معنادار است	۰/۶۱
	تصویر مقصد از لحاظ فرهنگی و مذهبی	۰/۵۵	۵/۶۱	<۰/۰۱	معنادار است	
	تصویر مقصد از لحاظ امنیت	۰/۶۲	۵/۱۸	<۰/۰۱	معنادار است	

	معنادار است	<۰/۰۱	۴/۴۴	۰/۴۸	تصویر کارکنان درمانی ایران	
	معنادار است	<۰/۰۱	۵/۳۲	۰/۶۲	تصویر امکانات، تجهیزات و رویه‌های پزشکی ایران	
۰/۹۰	معنادار است	<۰/۰۱	۳/۶۶	۰/۷۵	عوامل انگیزشی	عوامل روان‌شناختی
	معنادار است	<۰/۰۱	۵/۶۶	۰/۹۸	تصویر مقصد	

ضمن این که پس از تخمین پارامترهای مدل، سؤالی که مطرح می‌شود این است که تا چه حد مدل موردنظر با داده‌های مربوطه سازگاری دارد. پاسخ به این سؤال تنها از طریق بررسی برازش مدل امکان‌پذیر است؛ بنابراین در تحلیل معادلات ساختاری باید متعاقب انجام تخمین پارامترها و قبل از تفسیر آن‌ها از برازندگی مدل اطمینان حاصل کرد (کلانتری، ۱۳۸۷). همان‌طور که مشخصه‌های برازندگی در جدول ۴ ارائه شده است، نتایج نشان می‌دهد که داده‌های این پژوهش با ساختار عاملی و زیربنای نظری تحقیق برازش مناسبی دارد و این بیانگر همسو بودن سؤالات با سازه‌های نظری است.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	برآوردهای مدل	حد مجاز
(کای دو بر درجه‌ی آزادی)	۱/۷۱۳	کمتر از ۳
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۹
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹
NNFI (برازندگی نرم نشده)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
IFI (برازندگی فزاینده)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹

جدول ۵، وضعیت توصیفی متغیرها را بررسی می‌کند. بر اساس این جدول در صورتی که مقدار میانگین بالاتر از ۳ شده باشند، می‌توان گفت انگیزه و یا تصویر ادراکی افراد در آن شاخص بالا بوده است و در صورتی که مقدار میانگین کمتر از ۳ شده باشد، این نتیجه حاصل می‌شود که وضعیت آن شاخص در سطح پایینی بوده است. بنا بر نتایج به دست آمده از جدول، چنین استنباط می‌شود که تمامی شاخص‌های انگیزشی از میانگین بالایی برخوردار بوده‌اند به جز دو شاخص «ممنوعیت قانونی این نوع درمان در کشور بیمار» و «حفظ حریم خصوصی در طی درمان». بالاترین انگیزه مربوط به شاخص «کیفیت» بوده و تمامی شاخص‌های سنجش تصویر ادراکی نیز از میانگین بالایی برخوردارند که بالاترین رتبه برای تصویر ادراکی مربوط به «تصویر کارکنان درمانی ایران» بوده است که با توجه به مقدار میانگین می‌توان رتبه‌بندی انگیزه‌ها را مشاهده کرد.

جدول ۵. نتایج آمار توصیفی برای تک‌به‌تک متغیرهای روان‌شناختی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	
زمان کمتر	۴/۲۷	۰/۹۲	انگیزه‌ها
هزینه کمتر	۳/۱۴	۰/۹۸	
کیفیت بالاتر	۴/۶۰	۱/۱۸	
نبود امکان درمان در کشور بیمار	۳/۶۰	۱/۷۶	
فرصت ادغام تعطیلات با درمان پزشکی	۳/۲۵	۱/۶۲	
ممنوعیت قانونی این نوع درمان در کشور بیمار	۱/۳۸	۱/۰۵	
عدم پوشش بیمه‌ای در کشور بیمار	۳/۸۳	۱/۷۹	
حفظ حریم خصوصی در طی درمان	۲/۶۸	۱/۵۱	
جاذبه‌های مقصد	۴/۰۱	۰/۵۵	
تصویر مقصد از لحاظ دسترسی	۴/۹۰	۰/۲۴	
تصویر مقصد از لحاظ فرهنگی و مذهبی	۳/۱۴	۰/۸۶	
تصویر مقصد از لحاظ امنیت	۴/۶۲	۰/۴۵	
تصویر کارکنان درمانی ایران	۴/۹۶	۰/۱۲	
تصویر امکانات، تجهیزات و رویه‌های پزشکی ایران	۴/۹۳	۰/۱۵	

همچنین برای خوشه‌بندی، از آزمون K-means استفاده شد. نتایج حاصله نشان می‌دهد، تمامی افراد نمونه بر حسب انگیزه‌های روان‌شناختی در ۴ خوشه طبقه‌بندی شده‌اند. انگیزه‌ها و شاخص‌های تصویر ادراکی که به نسبت برای هر خوشه بالاتر است، مشخص شده است. نتایج تحلیل واریانس نیز نشان می‌دهد که برای تمامی انگیزه‌های مورد مطالعه، در بین ۴ خوشه تفاوت معناداری وجود دارد؛ زیرا در تمامی موارد سطح معناداری کمتر از ۵٪ شده است. اما برای تصویر کارکنان درمانی ایران تفاوت معناداری در بین خوشه‌ها وجود ندارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل خوشه‌ای با استفاده از آزمون K-means

خوشه‌ها				متغیرهای روان‌شناختی
۴	۳	۲	۱	
۴/۴۰	۵/۰۰	۴/۲۴	۳/۱۷	(۱) زمان کمتر
۳/۱۸	۴/۰۰	۳/۳۸	۴/۱۷	(۲) هزینه کمتر
۵/۰۰	۱/۰۸	۵/۰۰	۳/۹۲	(۳) کیفیت بالاتر
۳/۴۵	۱/۰۰	۴/۵۴	۱/۳۳	(۴) نبود امکان درمان در کشور بیمار
۱/۸۰	۳/۷۵	۴/۰۳	۴/۸۳	(۵) فرصت ادغام تعطیلات با درمان پزشکی
۱/۰۰	۳/۶۷	۱/۳۱	۱/۳۳	(۶) ممنوعیت قانونی این نوع درمان در کشور بیمار
۴/۷۶	۲/۳۳	۳/۲۲	۴/۶۷	(۷) عدم پوشش بیمه‌ای در کشور بیمار
۲/۱۳	۲/۴۲	۲/۹۰	۴/۱۷	(۸) حفظ حریم خصوصی در طی درمان
۳/۸۱	۳/۷۲	۴/۱۶	۴/۳۹	(۹) جاذبه‌های مقصد
۴/۸۳	۴/۷۸	۴/۹۸	۴/۸۹	(۱۰) تصویر مقصد از لحاظ دسترسی
۳/۳۱	۲/۳۳	۳/۱۵	۳/۱۰	(۱۱) تصویر مقصد از لحاظ فرهنگی و مذهبی
۴/۵۲	۴/۰۰	۴/۷۶	۴/۸۱	(۱۲) تصویر مقصد از لحاظ امنیت
۴/۹۳	۵/۰۰	۴/۹۶	۵/۰۰	(۱۳) تصویر کارکنان درمانی ایران
۴/۹۵	۴/۶۴	۴/۹۶	۴/۹۷	(۱۴) تصویر امکانات، تجهیزات و رویه‌های پزشکی ایران
(/۳۶/۴)۵۵	(/۷/۹)۱۲	(/۴۷/۷)۷۲	(/۷/۹)۱۲	تعداد افراد در هر خوشه

در ادامه، فرضیه‌های آزمون تحلیل واریانس با در نظر گرفتن فرض ۱ برای تفاوت معنادار بین خوشه‌ها در نظر گرفته شده است که نتایج در قالب جداول زیر ارائه می‌شود.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه انگیزه در انتخاب مقصد در بین چهار خوشه

رد یا پذیرش H_1	سطح معناداری	F	خطا		خوشه		شاخص‌های انگیزشی
			درجه آزادی	میانگین مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	
پذیرش	۰/۰۰	۱۰/۱۹۱	۱۴۷	۰/۷۲	۳	۷/۳۳۸	(۱) زمان کمتر
پذیرش	۰/۰۰۲	۵/۲۴۵	۱۴۷	۰/۸۸۹	۳	۴/۶۶۴	(۲) هزینه کمتر
پذیرش	۰/۰۰	۲۳۸/۳۸	۱۴۷	۰/۲۴۴	۳	۵۸/۱۰۹	(۳) کیفیت بالاتر
پذیرش	۰/۰۰	۳۹/۱۳	۱۴۷	۱/۷۷	۳	۶۹/۲۵۶	(۴) نبود امکان درمان در کشور بیمار
پذیرش	۰/۰۰	۴۶/۴۸۷	۱۴۷	۱/۳۷۹	۳	۶۴/۰۸۹	(۵) فرصت ادغام تعطیلات با درمان پزشکی
پذیرش	۰/۰۰	۳۶/۸۲۹	۱۴۷	۰/۶۴۴	۳	۲۳/۷۰۴	(۶) ممنوعیت قانونی این نوع درمان در کشور بیمار
پذیرش	۰/۰۰	۱۴/۳۲۳	۱۴۷	۲/۵۵۶	۳	۳۶/۶۰۶	(۷) عدم پوشش بیمه‌ای در کشور بیمار
پذیرش	۰/۰۰	۷/۸۷۴	۱۴۷	۲/۰۲	۳	۱۵/۹۱	(۸) حفظ حریم خصوصی در طی درمان
پذیرش	۰/۰۰	۸/۰۰۵	۱۴۷	۰/۲۶۷	۳	۲/۱۴	(۹) جاذبه‌های مقصد

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه تصویر مقصد در بین چهار خوشه

رد یا پذیرش H1	سطح معناداری	F	خطا		خوشه		شاخص‌های تصویر مقصد
			درجه آزادی	میانگین مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	
پذیرش	۰/۰۰۱	۶/۰۸۴	۱۴۷	۰/۰۵۱	۳	۰/۳۰۸	(۱) تصویر مقصد از لحاظ دسترسی
پذیرش	۰/۰۰۴	۴/۵۷۶	۱۴۷	۰/۶۸۵	۳	۳/۱۳۴	(۲) تصویر مقصد از لحاظ فرهنگی و مذهبی
پذیرش	۰/۰۰۰	۱۴/۵۵۶	۱۴۷	۰/۱۶۱	۳	۲/۳۴۳	(۳) تصویر مقصد از لحاظ امنیت
رد	۰/۱۱۳	۲/۰۲۳	۱۴۷	۰/۰۱۵	۳	۰/۰۳۱	(۴) تصویر کارکنان درمانی ایران
پذیرش	۰/۰۰۰	۲۲/۴۰۵	۱۴۷	۰/۰۱۷	۳	۰/۳۷۷	(۵) تصویر امکانات، تجهیزات و رویه‌های پزشکی ایران

نتایج به‌دست آمده از تحلیل واریانس نشان می‌دهد در تمامی شاخص‌ها به جز شاخص تصویر کارکنان درمانی ایران، اثر معناداری در سطح اطمینان ۹۵٪ بین خوشه‌ها وجود دارد (مقدار سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). برای شاخص تصویر کارکنان درمانی ایران بین خوشه‌ها تفاوت معناداری در سطح اطمینان ۹۵٪ وجود ندارد (مقدار سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ شده است)

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق، وجود تفاوت‌های روان‌شناختی از منظر متغیرهای انگیزشی و تصویر مقصد در بین خوشه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل میانگین برای انگیزه‌های مختلف و تصویر عمومی و پزشکی ایران نشان داد که بالاترین عدد برای شاخص انگیزشی «کیفیت» است و عامل انگیزشی مهم بعدی «زمان» است و رتبه سوم را عامل انگیزشی کششی «جاذبه‌های مقصد» دارا است؛ که این نتایج تا حدی با نتایج تحقیق (مک کینزی و کامپانی، ۲۰۰۸) که مهم‌ترین عامل را برای پیدایش گردشگری پزشکی عامل کیفیت دانسته است، سازگار است. ایشان،

همچنین عامل زمان و هزینه را به ترتیب دومین و سومین عامل مهم می‌دانند که البته عامل سوم این دو تحقیق متفاوت‌اند و یک دلیل این است که آن‌ها تنها به بررسی عوامل رانشی پرداخته‌اند و عوامل رانشی را نیز تنها از منظر درمانی در نظر گرفته‌اند، در صورتی که در تحقیقات دیگر عامل «نیاز به سفر و تفریح در کنار درمان» را به عنوان یک انگیزه رانشی در نظر گرفته‌اند، اما ایشان تنها به انگیزه‌های مستقیماً مرتبط با درمان توجه نموده‌اند و نکته دیگر اینکه چون اکثر بیماران ورودی به کشور از کشورهای فقیرتر از ایران بوده‌اند، پس هزینه‌های درمانی ایران به نسبت کشورهای خود آنان خیلی پایین‌تر نیست (و شاید بالاتر نیز باشد)؛ بنابراین عامل انگیزشی دستیابی به «درمان ارزان‌تر» با سفر به ایران برای آنان از اولویت کمتری برخوردار است و رتبه ششم را در بین نه عامل انگیزشی داراست. همچنین این نتایج تا حدی با نتایج تحقیق (دالنیکار، ۲۰۰۸) نیز همسو است چرا که طبق نتایج به دست آمده از این تحقیق مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بیماران آمریکایی برای انتخاب یک مقصد، کیفیت و هزینه درمان در آن مقصد است و نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که گردشگران پزشکی ورودی ایران نیز بیشتر به دنبال دستیابی به کیفیت بالاتر به ایران سفر کرده‌اند. نتایج تحقیق (سایراسرت، ۲۰۱۱) نیز نشان می‌دهد که عامل قیمت برای گردشگران ورودی تایلند مهم‌ترین فاکتور انگیزشی بوده است. عوامل مهم بعدی برای این گردشگران نیز به ترتیب فرصت ادغام درمان پزشکی با تعطیلات، جاذبه‌های تایلند و زمان انتظار کوتاه‌تر بوده است. همچنین نتیجه کلی به دست آمده در این بخش با نتایج به دست آمده از تحقیق (بدیعی و همکاران، ۱۳۹۵)، (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۳) و (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۲) نیز همسو است. در ادامه نیز به تحلیل نتایج خوشه‌بندی پرداخته می‌شود.

خوشه اول با نام «افراد تمامیت‌خواه»: این خوشه برای اکثر عوامل انگیزشی رتبه بالایی را نشان می‌دهد. مهم‌ترین عامل انگیزشی برای آنان عامل رانشی «فرصت ادغام تعطیلات با درمان پزشکی» بوده است و عامل رانشی «عدم پوشش بیمه‌ای در کشور بیمار» و عامل کششی «جاذبه‌های مقصد» به ترتیب در رده‌های بعدی قرار دارند. همچنین عامل انگیزشی رانشی «حفظ حریم خصوصی در طی درمان» تنها برای این خوشه عدد بالایی را نشان می‌دهد که با توجه به این که نیمی از آنان (۵۰٪) برای انجام درمان‌های مرتبط با ناباروری به ایران آمده‌اند قابل توجه است. تقریباً تمام افراد این خوشه (۹۱/۷٪) زن هستند و این نتیجه با مفاهیم روانشناسی جنسیتی

که عموماً زنان را کمال‌گرا می‌دانند مطابقت دارد. تقریباً نیمی (۵۸/۳٪) از این خوشه را افراد جوان بین ۲۶-۳۵ سال تشکیل می‌دهند و اکثریت آنان (۵۰٪) تحصیلات زیر دیپلم و ۳۳/۳٪ از آنان دارای مدرک لیسانس هستند. بیشترین درصد افراد ۳۳/۳٪ از کشور عراق هستند و کشور قطر با ۲۵٪ در مرتبه دوم قرار دارد.

خوشه دوم با نام «افراد کیفیت خواه»: این خوشه با دربرداشتن (۴۷/۷٪) ۷۲ نفر از گردشگران پزشکی، پرجمعیت‌ترین و مهم‌ترین خوشه است و به دلیل بزرگ‌تر بودن آن می‌تواند به عنوان بازار هدف بازاریابان حوزه گردشگری پزشکی قرار گیرد. همان‌گونه که از نام انتخابی آن نیز برمی‌آید مهم‌ترین انگیزه افراد این خوشه برای سفر پزشکی بهره بردن از کیفیت بالای خدمات پزشکی ایران بوده است. فاکتور انگیزشی رانشی «هزینه» برای افراد این خوشه از اهمیت بالایی برخوردار نیست و بیشتر آنان به علت پایین بودن کیفیت درمان و یا نبود درمان مناسب در کشور خودشان به ایران سفر کرده‌اند. تعداد زنان در این خوشه نیز بیشتر از مردان است و ۵۶/۹٪ از افراد خوشه را تشکیل می‌دهند. افراد این گروه نیز بیشتر جوان و در رده‌های سنی ۲۶-۳۵ و ۴۵-۳۶ قرار دارند. ۵۰٪ آنان دارای مدرک کارشناسی و ۳۸/۹٪ آنان مدرک دیپلم و یا پایین‌تر دارند. عراقی‌ها بیشترین درصد (۲۲٪) را در بین دیگر کشورها در این خوشه دارند ولی آنچه قابل توجه است این است که بیشترین درصد بیماران کشورهای آذربایجان (۶۱،۵٪)، تاجیکستان (۷۰٪)، ارمنستان (۷۳/۳٪)، کویت (۶۰٪)، قطر (۵۰٪) و ترکمنستان (۵۰٪) نیز در این خوشه قرار دارند؛ یعنی اکثریت بیماران این کشورها به دنبال کیفیت بالاتر بوده‌اند.

خوشه سوم با نام «افراد با نوع درمان ممنوع در کشور خودشان»: مهم‌ترین انگیزه در این خوشه زمان درمان کمتر است که با توجه به اهمیت عامل انگیزشی «ممنوعیت قانونی درمان در کشور بیمار» در این خوشه توجیه‌پذیر است؛ یعنی کسانی که به دنبال منع قانونی نوعی درمان در کشور خود به ایران آمده‌اند، عامل زمان نیز برایشان اهمیت فراوانی داشته است. بیشتر افراد این خوشه کوچک (۱۲ نفر)، مردان (۵۸/۳٪) هستند که بیشتر در رده‌های سنی ۳۶-۴۵ و ۴۶-۵۵ قرار دارند و اکثر آنان (۶۶/۷٪) دارای مدرک لیسانس هستند و ۱۶/۷٪ نیز دارای فوق‌دیپلم هستند که نشان می‌دهد میانگین تحصیلات افراد این خوشه بالاتر از دیگر خوشه‌هاست و این شاید به این دلیل باشد که ۴۱/۷٪ از افراد خوشه از کشور ترکیه و ۳۳/۳٪ از هند و ۲۵٪ از قطر است؛ که سطح سواد در این کشورها به نسبت دیگر کشورهای شرکت‌کننده در تحقیق بالاتر است.

باید اشاره نمود که تمامی گردشگران هندی و ۸۳٪ از گردشگران ترکیه‌ای در این خوشه قرار دارند.

خوشه چهارم با نام «افراد درمان طلب»: مهم‌ترین انگیزه‌های افراد این خوشه «کیفیت بالا» و «زمان کمتر» است. افراد این خوشه اهمیت اندکی به جاذبه‌های مقصد می‌دهند (۳/۸۱) و این سفر را فرصتی برای ادغام درمان با تعطیلات و تفریح نمی‌دانند (۱,۸). جنسیت بیشتر آنان (۵۸/۲٪) مرد است و میانگین سنی آنها (۶۱/۸٪) بین ۳۶-۵۵ نشان می‌دهد که بیشتر میان سال هستند. ۵۰/۹٪ از آنان تحصیلات دیپلم و کمتر دارند و ۶۱/۸٪ از آنان از کشور عراق هستند و بیشترین تعداد عراقی‌ها در این خوشه قرار دارند.

همان‌گونه که در نتایج تحقیق نیز اشاره شد کشور عراق بیشترین میزان گردشگر پزشکی در میان نمونه مورد تحقیق را دارا بوده است که این نتیجه می‌تواند حاصل تشابهات فرهنگی بین دو کشور و دسترسی آسان عراقی‌ها به ایران باشد؛ بنابراین وجود و ارائه برنامه منظم و مدون برای شناخت گردشگران این کشور و لزوم برنامه‌ریزی برای ارضای نیازهای آنان و برآورده کردن خواسته‌هایشان به عنوان پیشنهاد این تحقیق، می‌تواند موجب رونق هرچه بیشتر و افزایش نرخ گردشگران ورودی این کشور گردد. البته این به معنی فراموش کردن دیگر کشورهای موجود در بازار گردشگری پزشکی (مانند آذربایجان) نیست اما این توجهات باید بر مبنای تعداد گردشگران هر کشور اولویت‌بندی شود.

منابع

- اردشیر تاج زاده نمین، ابوالفضل، بیات، سوده، (۱۳۹۴)، مطالعه اثربخشی تارنماهای گردشگری پزشکی در ایران، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره ۱۰، شماره ۳۰، ص ۵۳-۷۵
- ایمان زاده، علی، همراه زاده، ملیکا، جعفریان، وحیده، جباری، کامران، (۱۳۹۶)، تجربیات زیسته گردشگران پزشکی از درمان در بیمارستان‌های شهر تبریز، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره ۱۲، شماره ۳۷، ص ۲۵-۴۶
- بدیعی، فرناز، ابراهیمی، عبدالحمید، دیده خانی، حسین، (۱۳۹۵)، شناسایی و رتبه‌بندی راهکارهای توسعه گردشگری پزشکی؛ مطالعه موردی استان گلستان، *تحقیقات بازاریابی نوین*، دوره ۶، شماره ۴، ص ۲۵-۳۶
- دانائی، حبیب‌الله، رحمانی، حجت، ترک‌زاده، لیلا، نظری، محسن، (۱۳۹۳)، بخش‌بندی بازار توریسم درمانی در ایران با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه‌ای توریسم درمانی و تحلیل خوشه‌ای، *فصلنامه بیمارستان*، دوره ۱۳، شماره ۳، ص ۶۹-۷۶
- رستمی، مروارید، (۱۳۹۲)، *بخش‌بندی بازار گردشگری پزشکی ایران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی
- رنجبریان، بهرام، زاهدی، محمد، (۱۳۸۸)، *بازاریابی گردشگری*، اصفهان: انتشارات چهارباغ
- رنجنوش، راحله، ضرغام بروجنی، حمید، حمیدی، ناصر، (۱۳۹۵)، بخش‌بندی کسب‌وکارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی، *برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، دوره ۵، شماره ۱۸، ص ۵۴-۷۲
- روستا، احمد، ونوس، داور، ابراهیمی، عبدالحمید، (۱۳۸۸)، *مدیریت بازاریابی*، تهران: انتشارات سازمان سمت، چاپ سیزدهم
- زارعی، عظیم، آذر، عادل، رضایی راد، مصطفی، (۱۳۹۵)، *سنجش بازاریابی اجتماعی در گردشگری سلامت، برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، دوره ۵، شماره ۱۸، ص ۳۳-۵۳

طباطبایی، سید محمد، نوری، ابوالفضل، محمد نوری، زهره، حشمتی، فرزانه، (۱۳۹۳)، گونه شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره ۹، شماره ۲۶، ص ۶۰-۸۲

ضرغام بروجنی، حمید، شالبافیان، اصغر، (۱۳۹۲)، *سیاست‌های گردشگری کشورها (مطالعه تطبیقی)*، تهران: مهکامه

فرهنگی، علی‌اکبر، کروی، مهدی، صادق وزیری، فراز، (۱۳۹۴)، نظریه داده بنیاد کلاسیک؛ شرح مراحل تولید نظریه مرکز ثقلی هویت برند توریسم سلامت ایران، *مدیریت بازرگانی*، دوره ۷، شماره ۱، ص ۱۴۵-۱۶۲

کاظمی، زهرا، (۱۳۸۵)، *مطالعه عوامل مؤثر در جذب گردشگران سلامت در ایران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه صنعتی اصفهان

کلانتری، خلیل، (۱۳۸۷)، *مدل‌سازی معادلات ساختاری در تحقیقات اجتماعی اقتصادی*، تهران: فرهنگ صبا

گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود، زنگی‌آبادی، علی، (۱۳۹۳)، توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۱۱، شماره ۴، ص ۴۸۵-۴۹۶

گودرزی، مجید، تقوایی، مسعود، زنگی‌آبادی، علی، (۱۳۹۲)، بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز، *مطالعات مدیریت گردشگری*، دوره ۸، شماره ۲۳، ص ۱-۲۵

نوری حکمت، سمیه، جباری، علیرضا، دهنویه، رضا، (۱۳۹۳)، آمادگی بیمارستان‌ها برای ورود به صنعت گردشگری پزشکی، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۱۱، شماره ۴، ص ۵۰۶-۵۱۴

Ardshir tajzadehnamin namen, A., Bayat, S., (2015), A Study of the Effectiveness of Medical Tourism Websites in Iran, *Tourism Management Studies*, 10(30), 53-75 (In Persian).

Azman, P.L., (2010), *Health and Spa Tourism Business: Tourists' Profiles and Motivational Factors*, Inoormaziah. Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business?, Proceedings of the Travel and Tourism Research Association Europe, Annual Conference.

Badiei, F., Ebrahimi, A., Didekhani, H., (2017), Medical Tourism Development in Golestan Province; An Assessment of Identified Solutions, *New Marketing Research Journal*, 6(4), 25-36 (In Persian).

Bansal, H., Eiselt, H.A. (2004). Exploratory research of tourist motivations and planning, *In Tourism Management*, 25(3), 387-396.

Bigne, J.E., Sanchez, M.I., Sanchez, J. (2001). Tourism image, evaluation variables and after purchase behaviour: Inter-relationship. *Tourism Management*, 22, 607-616.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guildford Press.

Caballero-Danell, S., Chipó, M. (2007). *Medical Tourism and its entrepreneurial opportunities – A conceptual framework for entry into the industry*, Göteborg University, School of Business, Economics and Law, Master Thesis.

Chen, J, Prebensen, N, Huan, T. (2008). Determining the Motivation of Wellness Travelers, *Anatolia, An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 19(1), 103-115.

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.

Danaee H, Rahmani H, Torkzade L, Nazari M., (2014), Segmentation of Medical Tourism Market Using Cluster Analysis Medical tourism and cluster analysis, *Journal of Hospital*, 13 (3), 69-76 (In Persian).

Dann, G. (1977). Anomie, ego-enhancement and tourism, *Annals of Tourism Research*, 4(4), 184-194.

Dolnicar, S. (2008). *Market Segmentation in Tourism*. In A. Woodside & D.Martin (Eds.), *Tourism management: analysis, behaviour and strategy* (pp. 129-150). Oxfordshire: CAB International.

Echtner, C.M., Ritchie, J.R. (1993). The measurement of destination image: An empirical assessment. *Journal of Travel Research*, 31(4), 3 – 13.

Farhangi, A., Karoubi, M., Saadeghvaziri, F., (2015), Classic Grounded Theory; description of generating Gravity Center of Iranian Health Tourism Brand Identity Theory, *Journal of Business Management*, 7(1), 145-162 (In Persian).

Goodarzi, M., Taghvaei, M., Zangiabadi, A., (2014), Investigation and Evaluation of the impacting Factors on the Development of Medical Tourism in Shiraz Megalopolis, *Tourism Management Studies*, 8(23), 1-25 (In Persian).

Goodarzi, M., Taghvaei, M., Zangiabadi, A., (2014), Developing of Domestic Medical Tourism in Shiraz, *Health Information Management*, 11(4), 485-496 (In Persian).

Hunt, J.D. (1982), Image As a Factor in Tourism Development, *Tourism Recreation Research*, 7(1).

Imanzadeh, A., (2017), lived Experiences of Medical Tourists from Treatment in Tabriz Hospitals, *Tourism Management Studies*, 12(37), 25-46 (In Persian).

Jang, S, Morrison, A, O'Leary, J. (2001). Benefit Segmentation of Japanese pleasure travelers to the USA and Canada: selecting target markets based on the profitability and risk of individual market segments. *Journal of Tourism Management*, 23, 367-378.

Jeffrey, D., Xie, Y. (1995). The UK market for tourism in China. *Annals for Tourism Research*, 22(4), 857-876.

Jenkins, O. (1999). Understanding and Measuring Tourist Destination Images, *International Journal of Tourism Research*, 1, 1-15.

Johnston, R., Valorie A., Jeremy, S., Paul, K. (2010). What is known about the Effects of Medical Tourism in Destination and Departure Countries? A Scoping Review, *International Journal for Equity in Health* 9, 24-37.

Kalantari, K., (2008), *Structural Equation Modeling in Socio-Economic Research*, Tehran, Farhang Saba (In Persian).

Kazemi, Z., (2006), *A Study of Factors Affecting Health Tourism Attraction in Iran*, Master thesis, Isfahan University of Technology (In Persian).

Kotler, Ph., Keller, L., (2012) *Marketing Management – Millennium Edition* (14th Edition). Upper Saddle River, N.J Prentice Hall.

Klenosky, D.B. (2002). The “pull” of tourism destinations: A means-end investigation. *Journal of Travel Research*, 40(4), 385-395.

Lam, T., Hsu, H.C., (2006). Predicting behavioral intention of choosing a travel destination, *Tourism Management*, 27(4), 589-599.

McKinsey & Company. (2008). Mapping the market for medical travel, *Research*, 19(1), 103 – 115.

Mayo, E., Jarvis, L. (1981). *The Psychology of Leisure Travel: Effective Marketing and Selling of Travel Services* (Boston: CBI Publishing Co., Inc).

Milman, A., Pizam, A. (1995). The role of awareness and familiarity with destination: The Central Florida case. *Journal of Travel Research*, 33(3), 21 - 27.

Noori Hekmat, S., Jabbari, A., Dehnavieh, R., (2014), Readiness of hospitals to infare medical tourism industry: Isfahan city, *Health Information Management*, 11(4), 506-514 (In Persian).

Page, S., Connel, J., (2006). *Tourism: a modern synthesis – 2nd Edition*. London: Thomson Learning.

Pamela, W., Ken, W., Jiho, H., Phillip, E.B. (2009). Identifying Lesser Travel Market Segments Based on Preference for Novelty, *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 25(5-6), 568-584.

Park, D.B., Yoon, Y.S. (2009). Segmentation by motivation in rural tourism: A Korean case study. *Tourism Management*, 30 (1), 99-108.

Petri, H.L., Govern, J.M. (2006). *Motivation: theory, research and application* 5th edition. USA: Wardsworth/Thomson Learning.

Ranjbarian, B., Zahedi, M., (2009), *Tourism Marketing*, Isfahan, Chahar Bagh Publications (In Persian).

Ranjnoush, R., Zargham Boroujeni, H., Hamidi, N., (2016), Segmentation of Medical Tourism Business in Iran: From Foreign Patients Point of View, *Journal of Tourism Planning and Development*, 5(18), 54-72 (In Persian).

Ricafort, K. (2011). *A study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination*. Master thesis for Business Administration in Webster University.

Ritchie, J.R., Smith, B.H. (1991). The impact of a mega-event on host region awareness: A longitudinal study. *Journal of Travel Research*, 30, 3–10.

Roosta, A., Venus, D., Ebrahimi, A., (2009), *Marketing Management*, Tehran, Samt (In Persian).

Rostami, M., (2013), *Market Segmentation in Iran Medical Tourism*, Master thesis, Allameh Tabataba'i University (In Persian).

Saiprasert, W. (2011). *An Examination of Medical Tourists Motivational Behavior and Perception*, Oklahoma State University.

Schiffman, L., Lazar, K.L. (2009). *Consumer behavior – 9th Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall Publishing.

Schewe, C.D., Calantone, R.J. (1978). Psychographic Segmentation of Tourists. *Journal of Travel Research*, 16(3), 14-20.

Stockhaus, K. (2012). *Polish aesthetic medicine market in the context of Swedes' beauty tourism*, Södertörn University School of Business Studies, Master's Dissertation.

Sunghyup, S.H. (2014). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness, *Tourism Management*, 46, 20–29.

Silverberg, K.E., Backman, S.J., Backman, K.F. (1996). A Preliminary Investigation into the Psychographics of Nature-Based Travelers to the Southeastern United States, *Journal of Travel Research*, 35(2), 19-28.

Singh, P. (2008). *Medical tourism: global outlook and Indian scenario*: Kanishka Publishers.

Swanson, K.K., Horridge, P.E. (2006), Travel motivations as souvenir purchase indicators *Tourism Management*, 127, 671-683.

Tabatabaeinasab, S., Nouri, A., Mohammadnabi, Z., Heshmati, F., (2015), Customers' typology in medical tourism, *Tourism Management Studies*, 9(26), 60-82 (In Persian).

Tkaczynski, A., Rundle, S., Beaumont, N. (2009). Segmentation: A tourism stakeholder view. *Journal of Tourism Management*.169-175.

Yuan, S., McDonald, C. (1990). Motivational determinants of international pleasure time. *Journal of Travel Research*, 24(1), 42-44.

Zarei, A., Azar, A., Rezaei Rad, M., (2016), Measurement of Social Marketing in Health Tourism, *Journal of Tourism Planning and Development*, 5(18), 33-53 (In Persian).

Zargham Borougeni, H., Shalbafan, A., (2013), *Countries' Tourism Policies (comparative study)*, Tehran, Mahkame (In Persian).

Persian References:

Ardeshir Tajzadeh Namin, A., Bayat, S. (2015), *Study of the Effectiveness of Medical Tourism Websites in Iran*, *Tourism Management Studies*, Volume 10, Number 30, pp. 75-53

Imanzadeh, A., Hamrazzadeh, M., Jafarian, V., Jabbari, K. (2017), *Medical Tourists' Living Experiences of Treatment in Tabriz Hospitals*, *Tourism Management Studies*, Volume 12, Number 37, pp 46-25

Badiei, F., Ebrahimi, A., Didekhani, H. (2016), *Identification and Ranking of Medical Tourism Development Strategies; Case Study of Golestan Province*, *Modern Marketing Research*, Volume 6, Number 4, pp. 36-25

Danaei, H., Rahmani, H., Torkzadeh, L., Nazari, M. (2014), *Segmentation of Medical Tourism Market in Iran Using Cluster Analysis Technique of Medical Tourism and Cluster Analysis*, *Hospital Quarterly*, Volume 13, Number 3, Pp. 76-69

Rostami, M., (2013), *Iran Medical Tourism Market Segmentation*, MSc Thesis, Allameh Tabatabai University.

Ranjbarian, B., Zahedi, M. (2009), *Tourism Marketing*, Isfahan: Chahar Bagh Publications.

Ranjnoush, R., Zargham Borojeni, H., Hamidi, N. (2016). *Segmentation of Iranian Medical Tourism Businesses and Activities from the Viewpoint of Foreign Patients*, *Tourism Planning and Development*, Volume 5, Number 18, pp. 72-54

Roosta, A., Venus, D., Ebrahimi, A. (2009), *Marketing Management*, Tehran: SAMT Publications, 13th Edition.

Zarei, A., Azar, A., Rezaei Rad, M. (2016), *Measurement of Social Marketing in Health Tourism*, Tourism Planning and Development, Volume 5, Number 18, pp. 53-33

Tabatabai, S. M., Nouri, A., Mohammad Nouri, Z., Heshmati, F. (2014), *Customer Typology in Medical Tourism*, Tourism Management Studies, Volume 9, Number 26, pp. 82-60

Zargham Borojeni, H., Shalbfafian, A. (2013), *Tourism Policy of Countries (Comparative Study)*, Tehran: Mahkameh.

Farhangi, A. A., Karroubi, M., Sadegh Vaziri, F. (2015), *Classical Foundation Data Theory; Describing the Processes of Generating Theory of Gravity Center of Brand Identity of Iran Health Tourism*, Business Management, Volume 7, Number 1, pp. 162-145.

Kazemi, Z. (2006), *Studying the Factors Affecting Health Tourist Attraction in Iran*, MSc Thesis, Isfahan University of Technology.

Kalantari, Kh. (2008), *Structural Equation Modeling in Socio-Economic Research*, Tehran: Saba Culture.

Goodarzi, M., Taghavi, M., Zangi Abadi, A. (2014), *Development of Internal Medical Tourism in Shiraz*, Health Information Management, Volume 11, Number 4, pp 496-485

Goodarzi, M., Taghavi, M., Zangi Abadi, A. (2013), *Investigation and Evaluation of Factors Affecting Medical Tourism Development in Shiraz Metropolitan Area*, Tourism Management Studies, Volume 8, Number 23, pp. 25-1

Nouri Hekmat, S, Jabbari, A., Dehnouyeh, R. (2014), *Hospitals Preparedness to Enter Medical Tourism Industry*, Health Information Management, Volume 11, Number 4, pp. 514-506