

Development and Psychometric Properties of a Questionnaire to Measure Factors Affecting the Attraction of Health Tourists

Maryam Khazae-Pool^{1,2}

Tahereh Pashaei³

Farhad Gholami⁴

Alireza Rafiei⁵

Koen Ponnet⁶

Hossein Rastegar⁷

¹ Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Professor, Department of Immunology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Professor, Department of Communication Sciences, imec-mict-Ghent University, Ghent, Belgium

⁷ Professor, Halal Research Center of IRI, Food and Drug Administration, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

(Received March 24, 2024; Accepted May 1, 2024)

Abstract

Background and purpose: Health tourism is one of the dimensions of sustainable development to help Mazandaran's economic dynamic. A strong agreement is doubted in identifying factors influencing the attraction of health tourists. This study was implemented to design a questionnaire to measure the factors influencing the attraction of healthy tourists and investigate its psychometric properties.

Materials and methods: This study was done with a combinatorial approach in three steps, including relevant literature and the opinions of experts as long as health tourists' opinions of Mazandaran province were applied to the development of the item pool. Then, content validity, face validity, construct validity, and reliability of the questionnaire were assessed for the psychometric properties of the questionnaire. The final questionnaire was approved after performing 17 interviews and applying professional expertise in the qualitative part. In the first stage of the quantitative part content validity was studied by 10 people from an expert panel, and its face validity, the questionnaire was completed by 10 participants. Finally, the construct validity of the designed instrument was calculated using exploratory factor analysis using SPSS 24 software and confirmatory factor analysis using AMOS 24 software by asking 300 people familiar with health tourism in Mazandaran province. The internal and external validity were determined using Cronbach's alpha and test-retest in 25 people.

Results: The results of the literature review and interviews with experts in the first and second stages of the study led to the design of 76 items. In the next step, the changes in the qualitative stage 15 questions did not receive favorite points in Content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) calculation in the quantitative part of content validity. Then face validity was applied and the item effect index for 8 items was lower than 1.5 in the quantitative stage of face validity. Then the questionnaire with 53 items was entered into construct validity. In the exploratory factor analysis, the value of KMO was equal to 0.778. Furthermore, the value of Bartlett's test of significance was less than 5%. Based on the rotated matrix of components, eight factors with positive values were obtained. The results of exploratory factor analysis showed that 7 items had a factor loading of less than 0.4, which were removed from the questionnaire, and finally, 46 items remained. In the confirmatory factor analysis stage, the factor load of all dimensions was in good condition and the P-value was in the acceptable range. Cronbach alpha rate was calculated as 0.831. The external reliability was lower than 0.05 (ICC= 0.90, P<0.001).

Conclusion: The designed questionnaire, due to the low number of questions, the simplicity of the sentences, as well as the acceptable validity and reliability, can be used to identify and investigate the factors affecting the attraction of health tourists. Normalization of the questionnaire in other cultures is suggested. It is hoped that the findings of this study will be utilized by researchers, healthcare and tourism system managers, and other stakeholders to inform the planning of interventions aimed at increasing medical tourism. Additionally, it is hoped that the results of this study will serve as a springboard for future research in this area.

Keywords: Mixed method, structural equations, psychometric properties, questionnaire, health tourists

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (233): 138-150 (Persian).

Corresponding Author: Hossein Rastegar - Halal Research Center of IRI, Food and Drug Administration, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. (E-mail: mhrastegar2@yahoo.com)

طراحی و روانسنجی پرسشنامه عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت

مریم خزائی پول^۱
 طاهره پاشائی^۲
 فرهاد غلامی^۴
 علیرضا رفیعی^۵
 کوئن پونت^۶
 حسین رستگار^۷

چکیده

سابقه و هدف: گردشگری سلامت، به عنوان یکی از ابعاد گردشگری به توسعه پایدار و پویایی اقتصادی مازندران کمک زیادی می تواند کند. اجماع بر روی عوامل اثرگذار بر جذب گردشگر سلامت مورد سوال قرار گرفته است. این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی ابزار سنجش عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: پژوهش اخیر با رویکرد ترکیبی و در سه مرحله انجام پذیرفت. نسخه اولیه پرسشنامه با مروری جامع بر منابع مرتبط با موضوع پژوهش در کنار نظرخواهی از گروه خبرگان و گردشگران سلامت استان مازندران تدوین شد. در ادامه روایی محتوایی، روایی صوری، روایی سازه و پایایی آن به صورت کیفی و کمی بررسی شد. در بخش کیفی بعد از انجام ۱۷ مصاحبه و اعمال بررسی های کارشناسانه، پرسشنامه با ۷۶ گویه نهایی شد. در بخش کمی، در مرحله نخست روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای پانل خبرگان بررسی و تایید شد. سپس روایی صوری، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از مشارکت کنندگان تکمیل شد. در نهایت روایی سازه ابزار طراحی شده با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی با به کارگیری نرم افزار SPSS 24 و تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار AMOS24 با پرسشگری از ۳۰۰ نفر از افراد آشنا با حوزه گردشگری سلامت در استان مازندران محاسبه گردید. پایایی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ و پایایی برونی با انجام آزمون- بازآزمون بر روی ۲۵ نفر مشابه گروه هدف اندازه گیری شد.

یافته ها: نتایج بررسی متون و مصاحبه با خبرگان در مرحله اول و دوم مطالعه منجر به طراحی ۷۶ گویه شد. در مرحله بعد، بررسی تغییرات حاصل از مرحله شاخص روایی محتوا (content validity index) و نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) در بخش کمی روایی محتوا، سبب شد که ۱۵ گویه امتیاز مورد نظر را کسب نکردند. پس از محاسبه کیفی روایی صوری اعمال و در مرحله کمی روایی صوری ۸ گویه شاخص تاثیر آیتم کم تر از ۱/۵ را کسب کردند و از پرسشنامه حذف شدند. سپس پرسشنامه با ۵۳ گویه وارد روایی سازه شد. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار KMO برابر ۰/۷۷۸ شد. هم چنین مقدار آزمون بارتلت، کم تر از ۵ درصد شد. هم چنین براساس ماتریس چرخش یافته مولفه ها، عامل هشت با ارزش مثبت به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد ۷ گویه دارای بار عاملی کم تر از ۰/۴ بودند که از پرسشنامه حذف شدند و ۴۶ گویه باقی ماند. در مرحله تحلیل عاملی تاییدی بار عاملی تمامی ابعاد در وضعیت مناسبی قرار داشت و مقدار P در دامنه قابل قبول بود. برای تعیین پایایی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۳۱ محاسبه شد. پایایی برونی، کم تر از ۰/۰۵ بود ($P < ۰/۰۰۱$)، ($ICC = ۰/۹۰$).

استنتاج: پرسشنامه طراحی شده با توجه به دارا بودن تعداد کم سوالات، سادگی جملات و هم چنین روایی و پایایی قابل قبول، می تواند جهت شناسایی و بررسی عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت به کار گرفته شود. بومی سازی پرسشنامه در سایر فرهنگ ها از پیشنهادات پژوهش حاضر است. امید است نتایج تحقیق حاضر در برنامه ریزی مداخلات افزایش جذب گردشگر سلامت مورد استفاده محققین، مدیران نظام سلامت و گردشگری و سایر کاربران قرار گیرد و نتایج حاصل از آن مقدمه ای برای تحقیقات بعدی باشد.

واژه های کلیدی: روش ترکیبی، معادلات ساختاری، روانسنجی، پرسشنامه، گردشگر سلامت

E-mail: mhrastegar2@yahoo.com

موفق مسئول: حسین رستگار - تهران: سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۳. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
 ۴. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۵. استاد، گروه ایمنولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۶. استاد، گروه علوم ارتباطات، دانشگاه imec-mict-Ghent، گنت، بلژیک
 ۷. استاد، مرکز تحقیقات حلال جمهوری اسلامی ایران، سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۲/۱۲

مقدمه

دستیابی به توسعه از اهداف جوامع می باشد و یکی از حوزه‌های مورد توجه طی سالیان اخیر در کشورهای توسعه یافته در این خصوص، گردشگری است، اما این مهم در کشورهای در حال توسعه مانند ایران علی‌رغم پتانسیل‌های گردشگری آن طور که باید توجه نشده و سرمایه‌گذاری مناسبی نداشته است (۱). صنعت گردشگری پس از صنعت نفت و خودروسازی، سومین صنعت جهان است که نقش مهمی در رشد اقتصادی دارد و برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه اولویت اول صادرات می‌باشد (۲). گسترش گردشگری علاوه بر تاثیر در هویت ملی، سبب رشد ابعاد اقتصادی از جمله شکل‌گیری فرصت‌های شغلی، درآمدزایی و گسترش عدالت اجتماعی و مشاغل زیادی در هتل‌ها، آژانس‌های مسافرتی، رستوران‌ها و سیستم بهداشت و درمان شده است (۳). این صنعت تاثیر بسزایی در درآمدهای ارزی کشورها دارد و پتانسیل تبدیل شدن به صنعت اول جهان را در آینده‌ای نزدیک دارد (۴). با گذر زمان گردشگری از حالت عام خارج شده و به شاخه‌های تخصصی نظیر گردشگری ورزشی، گردشگری مذهبی، گردشگری فرهنگی، گردشگری ماجراجویانه، گردشگری سلامت و غیره تقسیم شده است. آنچه مبنای این تقسیم‌بندی است، «نیت یا قصد اصلی» گردشگر از گردشگری می‌باشد. یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های این صنعت، گردشگری سلامت است که به دلیل مزیت رقابتی از توجه ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و توجه مؤثر به آن می‌تواند توسعه فزاینده صنعت گردشگری را به همراه داشته باشد (۵). براساس تعریف سازمان جهانی گردشگری (United Nations World Tourism Organization)، گردشگری سلامت عبارت است از استفاده از خدمات و امکاناتی که به بهبود یا ارتقاء سلامت (با استفاده از آب و هوا، آب‌های معدنی یا اقدامات پزشکی) منجر شده و در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامد (۶). گردشگری سلامت شامل

گردشگری درمانی، گردشگری پزشکی، گردشگری تندرستی و گردشگری پیشگیرانه می‌باشد. انگیزه اصلی در گردشگری سلامت، کمک به ارتقاء سلامت جسمی، روانی یا معنوی از طریق فعالیت‌های پزشکی و سلامت محور است. این در حالی است که گردشگری سلامت بخش مهمی از گردشگری اجتماعی بوده و بر مراقبت‌هایی که سبب افزایش رفاه فرد می‌شود، تاکید دارد. گردشگری سلامت دو هدف پیشگیرانه و درمانی دارد. لذا، افرادی که به منظور برخورداری از خدمات سلامت به مقصدی دیگر سفر می‌کنند، در زمره گردشگران سلامت هستند (۷). جذب گردشگر سلامت علاوه بر ارتقای سلامت، سبب ورود سرمایه به کشور می‌شود. با این وجود، آمار صحیح تعداد گردشگران سلامت موجود نیست. با توجه به بالا بودن درآمد صنعت گردشگری سلامت، اکثر کشورها علاقه‌مند به توسعه این صنعت بوده و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند (۸). ایران به دلیل برخورداری از جاذبه‌های طبیعی، تاریخی و فرهنگی در زمره ۱۰ کشور اول صنعت گردشگری دنیا است. مطابق با سند چشم‌انداز ۲۰ ساله صنعت گردشگری، تا سال ۱۴۰۴ هجری شمسی، ایران باید ۲۰ میلیون گردشگر خارجی را جذب کند. علاوه بر این، سهم ایران از درآمد صنعت گردشگری دنیا باید از ۰/۷ درصد در سال ۸۳ به ۲ درصد در سال ۱۴۰۴ رشد پیدا کند، به طوری که باید در سال ۱۴۰۴ سالانه درآمد این صنعت در کشور به حدود ۲۵ میلیارد دلار افزایش یابد. اما صنعت گردشگری آن گونه که شایسته است، توسعه نیافته است (۹). در این خصوص، ارائه برنامه راهبردی و مدیریت اصولی گردشگری سلامت جهت رفاه حال گردشگران و ساکنین نقش پراهمیتی دارد. لذا، با توجه به اهمیت موضوع و به منظور افزایش جذب گردشگر سلامت، لزوم برنامه‌ریزی برای توسعه این صنعت حائز اهمیت می‌باشد. برای برنامه‌ریزی، نیاز به شناسایی عوامل مؤثر بر گسترش آن و راهکارهای جذب گردشگر سلامت است. برنامه‌ریزی نیازمند شناخت عوامل اثرگذار بر گسترش این صنعت و جذب گردشگر

سلامت می‌باشد. براساس بررسی انجام شده، در اکثر مطالعات به سنجش گردشگری از جنبه عام توجه شده است. در حالی که گردشگری سلامت پدیده‌ای چند عاملی است که به زمینه‌های فرهنگی وابسته است و ارزیابی نیازهای گردشگران بدون دسترسی به ابزاری معتبر و منطبق با زمینه فرهنگی ممکن نیست. لذا ارائه برنامه‌های راهبردی و برنامه‌ریزی گسترش این صنعت مستلزم شناسایی مولفه‌های اثرگذار و شناسایی تقاضای گردشگران سلامت است. بدیهی است که انجام این بررسی‌ها جهت مداخلات ساختاری نیز نیازمند ابزاری معتبر است و پژوهشگران بدون اتکا به ابزاری علمی، ناتوان در انجام تحقیقی مناسبند و یافته‌های منتج از ابزارهای غیر معتبر، موجب تردید می‌گردد. از این روست که طی سالیان اخیر جهت تعیین کفایت یک پژوهش در گام اول کفایت ابزار اندازه‌گیری سنجیده می‌شود و ابزارسازی به عنوان اساس علمی صحیح در مطالعات است، بدین معنا که در وجوب طراحی یک ابزار اندازه‌گیری آگاهی، شناخت، باورها، رفتارها و یا مولفه‌هایی که قرار است گزارش شوند یا تغییر و تعدیل شوند، هیچ تردیدی نمی‌باشد (۱۱، ۱۰). بررسی وسیع متون مرتبط منتشر شده نشان می‌دهد که عمده تحقیقات مرتبط با گردشگری سلامت یا با ابزارهای محقق ساخته و به طور اختصاصی حول تعدادی از مولفه‌های این صنعت انجام شده است، یا در مطالعات مختلف از ابزارهای موجود این حوزه اگر استفاده شده است به دلیل این که این ابزارها برگرفته از زمینه‌های فرهنگی متفاوت با بافت فرهنگی ایران است، لذا چه بسا همه جوانب و راهکارهای جذب گردشگر سلامت سنجش نشده است (۱۷-۱۲). با توجه به بررسی‌های محققین مطالعه حاضر، تاکنون پرسشنامه‌ای معتبر که براساس زمینه‌های فرهنگی ما و در نظر گرفتن همه جوانب از دیدگاه خبرگان و گردشگران سلامت در خصوص سنجش عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت طراحی و اعتبارسنجی نشده است. لذا با توجه به اهمیت و لزوم اندازه‌گیری این مهم و فقدان ابزاری استاندارد

(بومی و متناسب با خصوصیات جامعه ایرانی)، مطالعه حاضر با هدف طراحی و تعیین ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سنجش عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش روش شناختی با رویکرد ترکیبی، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.182 است که به منظور طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت، در سال ۱۴۰۲ در ۳ مرحله شامل بررسی متون، مطالعه کیفی (با هدف طراحی گویه‌های ابزار) و مطالعه کمی (با هدف اعتبارسنجی ابزار طراحی شده)، انجام شده است.

جامعه پژوهش کلیه خبرگان دانشگاهی حوزه گردشگری، فعالان صنعت گردشگری سلامت، مدیران حوزه گردشگری سلامت و هم‌چنین گردشگران سلامت استان مازندران بودند.

مرحله اول (بررسی متون):

در این مرحله با استفاده از کلید واژه‌های مناسب انگلیسی (Tourism industry; health tourism; health services) در خصوص توریسم سلامت در پایگاه‌ها و موتورهای جستجو Google scholar, Scopus, Pubmed، از سال ۲۰۱۳ تا سال ۲۰۲۳ براساس مقالات با رویکرد اکتشافی و هم‌چنین مقالاتی که به صورت موردی اقدام به مطالعه در حوزه توریسم سلامت نموده‌اند، جستجو شد و کلیه مقالاتی که در این بازه زمانی و با کلید واژه‌های مطرح شده در عنوان یا چکیده به زبان انگلیسی پیدا شدند، جهت بررسی متن کامل مقاله وارد مطالعه شدند و با استفاده از کلید واژه‌های فارسی مناسب (صنعت توریسم، توریسم سلامت، خدمات سلامت) از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۴۰۲ در پایگاه‌های داده‌ای معتبر ایران جستجو شد. در نهایت سوالات استفاده شده در قالب پرسشنامه در این مطالعات استخراج شدند.

مرحله دوم (مطالعه کیفی):

بعد از بررسی متون، مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی به منظور تبیین مولفه‌های تاثیرگذار بر توسعه صنعت توریسم سلامت و جذب گردشگر سلامت و طراحی گویه‌های ابزار استفاده شد. نمونه‌های مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی گلوله برفی انتخاب شدند. برای این منظور، ابتدا با یکی از خبرگان آشنا با گردشگری سلامت استان که معیارهای لازم (کلیدی بودن، شناسایی شده توسط سایرین، فهم نظری موضوع، تنوع و موافقت با مشارکت و سابقه کار مفید و تحصیلات مرتبط) را دارا بود، مصاحبه شد. سپس، از ایشان خواسته شد تا افراد صاحب نظری که ممکن است برای مصاحبه مناسب باشند را معرفی نماید. لذا، به جزء چند نفر نخست که مستقیماً توسط محقق اصلی بر اساس معیارهای فوق انتخاب شدند، سایر خبرگان علاوه بر معیارهای خبرگی، توسط سایر خبرگان وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا کرد که داده‌ها به اشباع رسیدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق فردی نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد. در مجموع ۱۷ مصاحبه برگزار شد. تمامی مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول مطالعه که آشنا با روش تحقیق کیفی است، انجام شد. مدت زمان مصاحبه برحسب شرایط مشارکت‌کنندگان، مشغله کاری، تمایل برای مصاحبه، حداکثر ۴۵ دقیقه بود. پس از بررسی متون و مطالعه کیفی، بانکی از سوالات شامل ۱۳۴ سوال تهیه شد. سپس با مشورت با ۶ متخصص حوزه گردشگری سلامت و هیات علمی دانشگاه تعداد گویه‌ها به ۷۶ گویه کاهش یافت. در مرحله بعد، گویه‌های تدوین شده جهت اطمینان از صحت و کشف گویه‌های هم پوشان و تکراری بررسی شد. سپس فرم اولیه پرسشنامه برای مرحله دوم (سنجش روایی و پایایی) آماده شد. گزاره‌ها در مقیاس ۵ گانه طیف لیکرت از ۱ تا ۵ و به صورت خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴)، و خیلی زیاد (۵) نمره‌دهی شد.

مرحله سوم (مطالعه کمی):

پس از نهایی شدن پیش‌نویس اولیه پرسشنامه، روایی و پایایی آن ارزیابی شد. لذا در این مرحله گام‌های ذیل اجرا شد.

۱- روایی محتوایی: روایی محتوایی پرسشنامه به دو روش کیفی و کمی ارزیابی شد. برای تعیین این نوع روایی از دو شاخص استفاده شد که شامل نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بود. برای تعیین روایی محتوایی، از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه و صاحب نظران (آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مدیریت جهانگردی و گردشگری، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی و متخصص در ابزارسازی و آشنا با حیطه گردشگری سلامت) و در مورد محتوای گویه‌ها، ساختار کلی پرسشنامه و حذف یا اضافه نمودن گویه‌ها استفاده شد. متخصصین درباره محتوا و جایگاه مناسب گویه‌ها، استفاده از کلمات مناسب، رعایت دستور زبان و امتیازدهی مناسب گویه‌ها رهنمودهایی ارائه نموده و نظراتشان مبنای تغییرات بود. برای سنجش روایی محتوایی کمی پرسشنامه، دو شاخص نسبت و شاخص روایی محتوا با استفاده از پانل خبرگان (۱۰ نفر) ارزیابی شد. نسبت روایی محتوا (CVR) براساس شاخص Lawshe مقادیر بالای ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا (CVI) براساس شاخص Waltz مقادیر بالای ۰/۷۹ قابل قبول ارزیابی شد (۱۹، ۱۸). در نسبت روایی محتوا، گروهی از متخصصین موضوع برای عملیاتی کردن سازه نظری، یکی از سه گزینه ۱- ضروری است، ۲- مفید است اما ضروری نیست و ۳- ضرورتی ندارد را در مورد هر یک از گویه‌ها انتخاب می‌کنند (۱۸). پاسخ‌ها در فرمول زیر قرار داده شد و نسبت روایی محتوا محاسبه گردید. در این فرمول، nE، تعداد متخصصینی که گزینه ضروری است را انتخاب کرده‌اند و N، تعداد کل متخصصین ارزیابی کننده می‌باشد.

$$CVR = \frac{n_E - N/2}{N/2}$$

در شاخص روایی محتوا سه معیار سادگی، اختصاصی بودن یا مربوط بودن و وضوح در یک طیف لیکرت ۴ قسمتی محاسبه شد. گویه‌هایی که امتیاز ۳ و ۴ کسب کردند در فرمول زیر قرار داده شدند و شاخص روایی محتوا محاسبه شد. پذیرش گویه براساس معیارهای زیر انجام شد. نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تشخیص داده شد، بین ۰/۷۹-۰/۷۰ سوال برانگیز بود و به بازنگری نیاز داشت و کم‌تر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول بوده و حذف گردید.

تعداد متخصصانی که نمره ۳ یا ۴ داده اند

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصان}}{\text{تعداد تمام متخصصان}}$$

تعداد تمام متخصصان

در پایان ارزیابی روایی محتوایی، ۷۶ گویه به ۶۱ گویه کاهش یافت و برای مرحله بعد (روایی صوری) آماده شد.

۲- روایی صوری: بعد از سنجش روایی محتوایی، روایی صوری پرسشنامه به دو روش کیفی و کمی بررسی شد. برای این منظور، پرسشنامه به ۱۰ نفر از افراد مشابه گروه هدف داده شد و براساس پاسخ ۱۰ نفر امتیاز تاثیر هر یک از گویه‌ها براساس فرمول زیر به دست آمد.

$$\text{Impact Score} = \text{Frequency (\%)} \times \text{Importance}$$

منظور از فراوانی، درصد فراوانی افرادی بودند که امتیاز ۴ و یا ۵ را به گویه دادند و مقصود از اهمیت، میانگین نمره اهمیت براساس طیف لیکرت فوق‌الذکر بود. کسب امتیاز تاثیر بیش از ۱/۵، سبب حفظ گویه برای تحلیل‌های بعدی شد (۲۰). در پایان این مرحله از ۶۱ گویه ارزیابی شده، ۸ گویه ضریب تاثیر کم‌تر از ۱/۵ را کسب کردند و حذف شدند. در نهایت، ۵۳ گویه باقی ماند که وارد تحلیل عاملی اکتشافی شد.

۳- روایی سازه: روایی سازه ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی با نرم‌افزار SPSS 24 و تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS24 بررسی شد. هدف از تحلیل عاملی اکتشافی، کشف ابعاد است (۲۱).

تحلیل عاملی تأییدی مبتنی بر نظریه و آزمون فرضیه درباره سازه عاملی موجود است (۲۲، ۲۳). در این مرحله ۵۳ گویه باقی مانده مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت. در مورد حجم نمونه تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی توافق کلی وجود ندارد؛ اما براساس دیدگاه‌هایی حجم نمونه برای تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، ۳ تا ۱۰ برابر تعداد گویه‌های پرسشنامه در نظر گرفته می‌شود و براساس مطالعات دیگر حداقل ۲۰۰ نفر برای تحلیل عاملی نیاز است. در این مطالعه حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. جامعه مطالعه اساتید و دانشجویان مدیریت بازرگانی دانشگاه بابلرس و دانشجویان/ اساتید مدیریت خدمات بهداشتی/ درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران، بابل و بین‌الملل رامسر بودند. روش جمع‌آوری نمونه‌ها تصادفی ساده بود. پرسشنامه به صورت الکترونیکی تکمیل شد. معیار ورود، آشنایی با گردشگری سلامت و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه بود (رضایت آگاهانه) و معیار خروج انصراف و عدم رضایت در ادامه پژوهش بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

جهت آنالیز اکتشافی از نرم‌افزار SPSS_{v24} استفاده شد. از تحلیل عاملی اکتشافی برای بررسی سازه عاملی استفاده شد. در ابتدای تحلیل عاملی از شاخص کفایت نمونه کیسر-مایر-الکین (KMO) و آزمون بارتلت جهت بررسی قابل توجیه بودن تحلیل عاملی در نمونه‌ها، از نمودار شن ریزه و ارزش ویژه جهت تصمیم‌گیری در زمینه تعداد عوامل و از آماره اشتراک جهت حذف گویه‌های دارای اشتراک کم‌تر از ۰/۴ به منظور افزایش میزان واریانس تبیین شده استفاده شد. در نهایت براساس تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه نهایی جهت تحلیل عاملی تأییدی ارائه شد. در مرحله بعد آزمون تأییدی براساس نرم‌افزار آموس جهت تأیید گویه‌ها و عوامل استخراج شده مرحله قبل و تعیین شاخص‌های برازش مدل استفاده شد. شاخص‌های کای اسکور، شاخص نیکویی برازش GFI و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده AGFI، شاخص

توکرلویس (TLI)، شاخص برازش هنجار شده NFI و برازش هنجار نشده NNFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RSMEA) در مرحله آنالیز تاییدی پرسشنامه محاسبه شد. مقدار GFI و AGFI چنانچه بالاتر از ۰/۹ باشد نشان دهنده برازش خوب مدل است. مقدار شاخص TLI که با استفاده از آماره خی دو محاسبه می شود و بین صفر و ۱ است. عدد ۱ نمایانگر برازش کامل مدل بوده و مقادیر بالای ۰/۹ نشان دهنده برازش خوب مدل است. چنانچه مقدار شاخص RSMEA کوچکتر از ۰/۱ باشد نشانه برازش مناسب مدل است (۲۴، ۲۳).

پایایی:

برای ارزیابی پایایی بیرونی از آزمون مجدد استفاده شد. پرسشنامه توسط ۲۵ نفر از اساتید و دانشجویان آشنا به گردشگری سلامت دانشگاه های مورد مطالعه تصادفی با فاصله زمانی ۲ هفته تکمیل شد و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شد. ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۷ نشان دهنده این بود که پرسشنامه پایایی قابل قبولی دارد (۲۵). همچنین برای ارزیابی پایایی درونی از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد (۲۶).

یافته ها

نتایج بررسی متون و مصاحبه با خبرگان در مرحله اول و دوم منجر به استخراج ۱۳۴ عبارت اولیه در خصوص گردشگری سلامت شد. سپس گویه های انتخابی طی ۴ نشست توسط تیم مطالعه بررسی شد. گویه های دارای مفهوم مشترک تجمیع شدند. در نهایت گویه های اولیه به دلیل ارتباط موضوعی و با نظر تیم مطالعه، در قالب ۷۶ عبارت و در طیف لیکرت ۵ تا از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) طبقه بندی شدند. در تعیین روایی محتوایی کیفی و به منظور اطمینان از شیوه صحیح نگارش برای نوشتن عبارات پرسشنامه، رعایت دستور زبان فارسی و قرارگیری عبارات در جای مناسب، عبارات توسط تیم

مطالعه چند مرحله بررسی شد و نظرات اعمال شد. بررسی نسبت روایی محتوایی نشان داد ۶ گویه از نسبت روایی مناسبی (کمتر از ۰/۶۲) برخوردار نبودند که حذف شدند. در بررسی شاخص روایی محتوایی نشان داده شد که ۹ گویه از شاخص روایی مناسبی (کمتر از ۰/۷۹) برخوردار نبودند که حذف شدند. در نهایت ۶۱ گویه حفظ شد. در بررسی روایی صوری کیفی، عبارات اولیه از نظر دشواری، ابهام و تناسب بازمینی شدند. نتایج روایی صوری کمی نشان داد نمره ضریب تاثیر ۸ گویه کمتر از ۱/۵ بودند؛ لذا حذف شدند. در نهایت پرسشنامه با ۵۳ گویه باقی ماند که وارد تحلیل عاملی اکتشافی شد.

در مرحله روایی سازه، ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. آزمون های شاخص کفایت نمونه گیری کیسر مایر الکین و آزمون بارتلت انجام شد. ضریب به دست آمده برای کیسر مایر الکین ۰/۷۷۸ بود که نشان می دهد حجم نمونه برای تحلیل رضایت بخش است. از این رو داده ها برای آنالیز تناسب لازم دارند (جدول شماره ۱). با توجه به آزمون کرویت بارتلت، معنی دار است (معنی داری برابر ۰/۰۰۱)، یعنی بین متغیرها همبستگی معنی دار وجود دارد و تحلیل عاملی مناسب است.

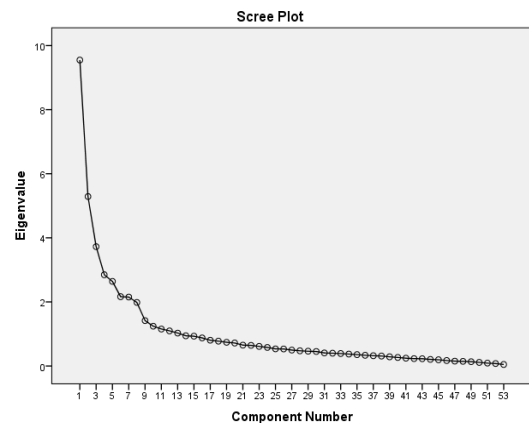
جدول Error! No text of specified style in document. شماره ۱: نتایج

آزمون KMO و بارتلت جهت تحلیل عاملی

نوع آزمون	نتیجه آزمون
شاخص کفایت نمونه گیری کیسر مایر الکین	۰/۷۷۸
آزمون کرویت بارتلت	۶۸۴۶/۵۴۵
تقریب خی دو	۱۳۷۸
درجه آزادی	< ۰/۰۰۱
سطح معنی داری	

جهت استخراج عوامل، از تجزیه و تحلیل مولفه های اصلی و جهت تعیین تعداد عوامل از روش ویژه استفاده شد. نتایج نشان داد بیشترین درصد واریانس کل (۵۵/۹۵ درصد) توسط ۸ عامل اول و باقی مانده درصد واریانس کل (۴۴/۰۵ درصد) توسط عوامل باقی مانده تبیین می گردد. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی با ارزش ویژه بالاتر از یک را مشخص نمود که در مجموع ۵۵/۹۵

درصد واریانس را تبیین می‌کند. از طرفی، نمودار شن‌ریزه (مقدار مشخصه) نیز مناسب بودن انتخاب ویژه ۸ عامل را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که براساس نمودار شماره ۱ شن‌ریزه، از عامل ۸ به بعد، روی یک خط قرار گرفته‌اند؛ لذا انتخاب ۸ عامل مورد قبول است.



نمودار شماره ۱: نمودار شن‌ریزه: اندازه نسبی مقادیر ویژه اولیه

هم‌چنین براساس ماتریس چرخش یافته مولفه‌ها، تمام بار عاملی در عامل هشت با ارزش مثبت بودند. بدین ترتیب با استفاده از دوران ماتریکس عامل‌ها و ابعاد استخراج شدند. برای این منظور تمامی گویه‌هایی که دارای دارای بار عاملی کم‌تر از ۰/۴ بودند از پرسشنامه حذف شدند و سایر گویه‌ها باقی ماندند. در این مرحله از ۵۳ گویه مورد تحلیل، ۷ گویه دارای بار عاملی کم‌تر از ۰/۴ بودند از پرسشنامه حذف شدند و ۴۶ گویه باقی ماند و برای تحلیل عاملی تاییدی حفظ شدند. نامگذاری ابعاد براساس گویه‌ای که دارای بیش‌ترین بار عاملی بود و در نهایت مفهوم تمامی گویه‌ها را منعکس می‌کرد صورت گرفت. بر این اساس عامل اول (زیر ساخت‌های گردشگری سلامت) شامل ۹ عبارت (از سوالات ۱ تا ۹)، عامل دوم (جاذبه‌های مقصد) دارای ۸ عبارت (از سوالات ۱۰ تا ۱۷)، عامل سوم (ویژگی‌های فردی کارکنان) دارای ۵ عبارت (از سوالات ۱۸ تا ۲۲)، عامل چهارم (عناصر بازاریابی) دارای ۵ عبارت (از سوالات ۲۳ تا ۲۷)، عامل پنجم (شرایط تقاضا) دارای ۵ عبارت

(از سوالات ۲۸ تا ۳۲)، عامل ششم (برنامه‌های حمایتی دولت) دارای ۵ عبارت (از سوالات ۳۳ تا ۳۷)، عامل هفتم (مشارکت بین بخشی) دارای ۴ عبارت (از سوالات ۳۸ تا ۴۱) و عامل هشتم (عوامل اقتصادی) دارای ۵ عبارت (از سوالات ۴۲ تا ۴۶) می‌باشد (جدول شماره ۲). برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج حاصل نشان دادند که مقدار آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۳۱ می‌باشد و پایایی پرسشنامه قابل قبول است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر ساخت‌های گردشگری سلامت ۰/۹۴۹، برای جاذبه‌های مقصد ۰/۹۳۶، برای ویژگی‌های فردی کارکنان ۰/۹۰۱، برای عناصر بازاریابی ۰/۸۳۴، برای شرایط تقاضا ۰/۹۲۳، برای برنامه‌های حمایتی دولت ۰/۸۳۳، برای مشارکت بین بخشی ۰/۸۴۷ و برای عوامل اقتصادی ۰/۸۶۰ بود. برای پایایی بیرونی و ثبات، ۲۵ نفر از خبرگان پرسشنامه را طی دو مرحله با فاصله زمانی ۱۴ روز تکمیل کردند و سپس نمرات این دو مرحله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مقایسه شد. از آنجایی که سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ بود بین ابعاد پرسشنامه در این دو مرحله همبستگی لازم وجود دارد و پایایی بیرونی تایید شد ($P < ۰/۰۰۱$ و $ICC = ۰/۹۱$). سپس تحلیل عاملی تاییدی براساس نرم‌افزار Amos برای ۴۶ گویه باقی مانده انجام شد. جدول شماره ۳ شاخص‌های نیکویی برازش می‌باشند که هر کدام باید در دامنه مشخصی باشند که بیان‌گر مدل برازش مناسبی دارد. تمامی شاخص‌های نیکویی برازش، در محدوده قابل قبول‌اند.

براساس شاخص‌های نیکویی برازش و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده و شاخص برازش تطبیقی برازش مناسبی از مدل ۸ عاملی مدل عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت را نشان می‌دهد. نسبت (کای دو) برابر با ۲/۰۱ و کم‌تر از ۳ است و مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵ است. مطابق جدول شماره ۳ شاخص‌های CFI، NFI، PCFI، RFI، IFI، TLI و CFI بزرگ‌تر از ۰/۷۰ باشند بر برازش مناسب مدل دلالت دارند.

جدول شماره ۲: عوامل هشت گانه استخراج شده تحلیل عاملی با

استفاده از دوران ماتریکس

شماره گویه	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷	عامل ۸
Q1	۸۲۳	۲۲۱	۰۴۵	۰۰۳	۰۲۳	۰۴۵	۰۰۰	۰۴۵
Q2	۸۱۵	۲۳۶	۰۰۵	۰۴۵	۰۴۳	۰۶۹	۰۲۸	۰۶۰
Q3	۸۰۵	۲۵۷	۰۰۰	۰۴۳	۰۳۹	۰۵۲	۰۱۱	۰۴۵
Q4	۸۰۴	۲۳۹	۰۲۷	۰۴۹	۰۱۶	۰۰۸	۰۱۳	۰۶۸
Q5	۷۷۳	۱۷۳	۰۱۷	۰۰۹	۰۴۷	۰۱۰	۰۱۰	۰۰۳
Q6	۷۶۱	۲۷۵	۰۳۱	۰۱۵	۰۲۳	۰۳۶	۰۰۹	۰۳۲
Q7	۷۵۵	۳۰۰	۰۱۵	۰۰۸	۰۱۴	۰۱۹	۰۸۰	۰۰۷
Q8	۷۴۴	۲۱۷	۰۳۷	۰۱۲	۰۲۱	۰۷۶	۰۵۷	۰۶۳
Q9	۷۳۷	۲۵۴	۰۵۰	۰۶۶	۰۱۸	۰۰۶	۰۰۸	۰۰۹
Q10	۷۴۸	۷۸۷	۰۱۳	۰۱۷	۰۳۲	۰۶۸	۰۲۸	۰۲۲
Q11	۳۷۲	۷۴۸	۰۶۰	۰۵۵	۰۱۱	۰۴۸	۰۰۸	۰۴۰
Q12	۲۰۶	۷۴۷	۰۱۰۶	۰۴۰	۱۴۷	۰۲۵	۰۲۵	۰۲۳
Q13	۳۳۷	۷۴۶	۰۳۸	۰۰۷	۰۱۵	۰۱۴	۰۱۴	۰۰۵
Q14	۲۱۱	۷۳۱	۰۳۵	۰۱۰	۰۱۵	۰۵۰	۰۴۱	۰۲۴
Q15	۲۹۳	۷۱۵	۰۰۳	۰۱۰	۰۱۷	۰۳۸	۰۱۵	۰۶۹
Q16	۲۲۲	۷۱۴	۰۹۸	۰۴۳	۰۰۶	۰۰۶	۰۲۲	۰۲۷
Q17	۲۷۰	۷۰۶	۰۴۲	۰۱۱	۰۶۹	۰۱۷	۰۹۲	۰۲۳
Q18	۲۰۳	۶۹۳	۰۳۴	۰۱۷	۰۵۳	۰۳۰	۰۶۸	۰۲۳
Q19	۲۰۴	۶۸۱	۰۱۰	۰۳۵	۰۷۶	۰۵۲	۱۰۰	۰۸۱
Q20	۲۰۹	۶۶۳	۰۶۳	۰۳۱	۰۸۶	۰۶۹	۰۴۵	۰۱۵
Q21	۲۰۰	۶۷۵	۰۷۵	۰۶۹	۰۴۸	۱۱۲	۰۷۱	۰۶۲
Q22	۲۰۵	۶۶۲	۰۱۶	۰۲۶	۰۱۱	۰۶۷	۰۳۶	۰۸۸
Q23	۲۰۳	۶۶۹	۰۳۵	۰۸۶	۰۳۴	۰۵۷	۰۹۴	۰۰۸
Q24	۲۰۴	۸۴۷	۰۳۱	۰۱۴	۰۱۳	۰۰۵	۰۷۷	۰۰۱
Q25	۲۰۳	۸۱۵	۰۱۹	۰۴۰	۰۷۶	۰۰۷	۰۸۲	۰۱۷
Q26	۲۰۱	۷۹۶	۰۳۱	۰۲۱	۰۳۴	۰۵۸	۰۸۶	۰۲۳
Q27	۲۰۲	۷۶۱	۰۲۴	۰۲۴	۰۰۴	۰۱۴	۰۱۵	۰۲۵
Q28	۲۰۳	۷۲۱	۰۵۱	۰۴۱	۰۷۲	۰۴۱	۱۱۷	۰۴۰
Q29	۲۰۳	۷۵۲	۰۸۰	۰۵۹	۰۷۳	۰۱۳	۱۰۳	۰۵۹
Q30	۲۰۵	۷۳۲	۰۳۸	۰۳۱	۰۲۹	۰۲۹	۱۲۶	۰۱۴
Q31	۲۰۵	۶۶۳	۰۵۷	۰۴۴	۰۳۴	۰۳۴	۰۰۳	۰۶۴
Q32	۲۰۴	۶۵۳	۰۴۴	۰۱۵	۰۱۸	۰۰۲	۰۰۲	۰۷۱
Q33	۲۰۰	۶۶۳	۰۲۹	۰۴۴	۰۵۱	۰۸۳	۱۱۰	۰۵۰
Q34	۲۰۳	۷۷۷	۰۶۷	۰۰۹	۰۳۱	۷۸۲	۰۴۶	۱۰۷
Q35	۲۰۱	۶۴۳	۰۴۲	۰۴۳	۱۴۳	۷۶۵	۰۰۰	۰۹۳
Q36	۲۰۴	۶۶۹	۰۶۹	۰۷۰	۰۹۲	۷۴۲	۰۳۷	۰۶۴
Q37	۲۰۳	۶۴۸	۰۰۶	۰۱۷	۰۲۸	۶۸۲	۰۱۸	۰۸۵
Q38	۲۰۴	۶۹۰	۰۹۰	۰۸۹	۰۱۹	۷۵۲	۰۶۷	۰۶۷
Q39	۲۰۷	۶۶۹	۰۶۹	۰۱۹	۰۹۶	۱۵۱	۶۹۸	۰۲۵
Q40	۲۰۶	۶۶۳	۰۲۹	۰۳۹	۰۷۹	۱۳۳	۶۹۸	۱۲۳
Q41	۲۰۴	۵۵۲	۰۵۲	۰۴۹	۰۲۲	۰۶۲	۶۸۹	۰۴۶
Q42	۲۰۶	۷۵۰	۰۱۰	۰۴۹	۰۲۷	۱۰۳	۱۰۳	۴۸۳
Q43	۲۰۸	۱۰۴	۰۱۴	۰۰۴	۰۱۶	۰۹۱	۰۵۹	۸۳۰
Q44	۲۰۷	۰۰۳	۰۱۲	۰۰۸	۰۱۴	۰۷۲	۱۰۶	۷۹۰
Q45	۲۰۷	۰۳۸	۰۱۴	۰۲۸	۰۸۰	۰۱۴	۰۵۴	۷۵۴
Q46	۲۰۹	۰۶۰	۰۱۴	۰۱۱	۰۴۶	۰۱۰	۱۱۷	۷۴۵

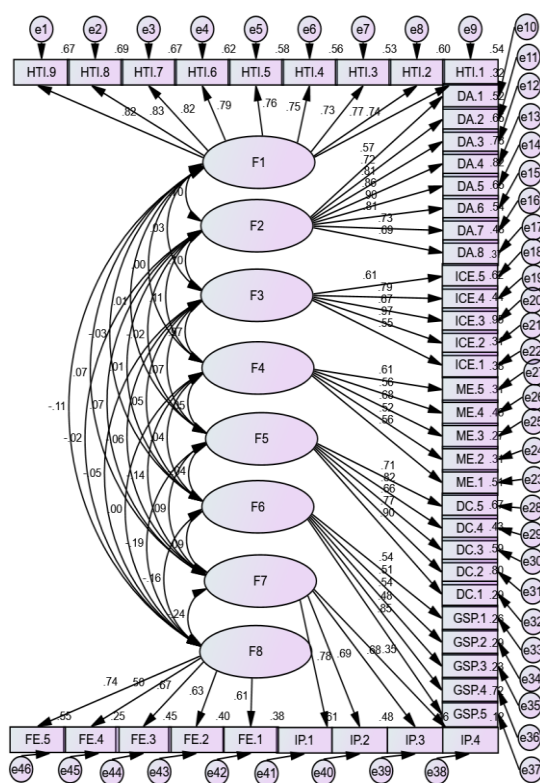
جدول شماره ۳: شاخص های برازش مدل عوامل موثر بر توسعه

صنعت گردشگری سلامت

شاخص های برازش	CFI	TLI	IFI	RFI	PCFI	NFI	RMSEA	χ^2/df
مقدار قابل قبول	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۵	> ۰/۵	> ۰/۹	< ۰/۰۸	< ۳
نتیجه	۰/۸۶	۰/۸۵	۰/۸۷	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۷۶	< ۰/۰۵	۲/۰۱

براساس نمودار شماره ۲، بار عاملی ابعاد وضعیت مناسبی دارد و مقدار P در دامنه قابل قبول می باشد. لذا ساختار مدل با توجه به معنی داری هر ۴۶ گویه تشکیل دهنده ۸ بعد دارای زیر بنای مناسبی برای قبول ارتباط

بین سازه ها و گویه ها از نظر آماری است. نمودار شماره ۲، نشان دهنده مدل معادلات ساختاری برازش یافته است و شدت روابط بین متغیرها را روشن می کند.



نمودار شماره ۲: مدل تحلیل عاملی تاییدی نهایی عوامل موثر بر

جذب توریسم سلامت

HIT: Health tourism infrastructure;
DA: Destination attractions;
ICE: Individual characteristics of employees;
ME: Marketing elements;
DC: Demand conditions;
GSP: Demand conditions;
IP: Interdepartmental partnership;
FE: Financial elements

بحث

چارجوب مطالعه حاضر در قالب مطالعه روش شناختی بر شناسایی عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت متمرکز بود. پرسشنامه ۴۶ سوالی طراحی شده از نظر روند اجرا، گام های سیستماتیک و استاندارد مراحل طراحی پرسشنامه را طی نمود که مشابه سایر مطالعات طراحی پرسشنامه می باشد (۲۸، ۲۷). پرسشنامه حاضر بر

طبق پیش فرض با اثبات آن توسط تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی عوامل موثر بر جذب توریسم سلامت را ارزیابی می کند. بر پایه جستجوی محققین در منابع به همراه نظرخواهی افراد کلیدی، پرسشنامه عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت طراحی و ویژگی های روانسنجی آن ارزیابی شد که از این حیث و براساس این که به طور جامع به مولفه های اثرگذار بر توسعه صنعت توریسم سلامت در ابعاد مختلف توجه نموده است، می تواند نقطه قوتی برای مطالعه حاضر باشد. هدف از مطالعات روش شناختی، طراحی و ارزشیابی پرسشنامه ها و روش های جمع آوری اطلاعات است. تحقیق روش شناختی شامل مراحل هم چون تعیین گویه های پرسشنامه، طراحی دستورالعمل برای کاربران و آزمون روایی (صوری، محتوایی و سازه) و پایایی است که در این مطالعه اجرا شد (۳۰، ۲۹). بررسی روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصین اصلی ترین راه جمع آوری شواهد در حمایت از پرسشنامه است. لذا، بررسی روایی محتوای پرسشنامه براساس نظرات متخصصین نشان دهنده کسب معیارهای قابل قبول است. در راستای مطالعه حاضر، پژوهش های مشابهی انجام شده است که با بهره مندی از نظرات جمعی از خبرگان، روایی محتوای پرسشنامه را تایید کرده اند (۳۲، ۳۱، ۱۶). هم چنین نظر به این که در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که شناسایی مولفه ها و نیازهای گردشگران سلامت و خبرگان می تواند به افزایش جذب گردشگر سلامت کمک نماید، لذا در طراحی و روانسنجی این ابزار از نظرات خبرگان و گردشگران سلامت به صورت کیفی استفاده شد (۳۳-۳۵). پایایی کیفیت پرسشنامه را منعکس می کند. پرسشنامه پایا توان مطالعه را برای تشخیص تفاوت ها و ارتباطات معنی داری که به طور واقعی در مطالعه پیش می آید را توسعه می دهد. پرسشنامه طراحی شده با ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول و شاخص همبستگی درون خوشه ای مطلوب، نشان می دهد که ابعاد این پرسشنامه دارای همبستگی درونی است و هنگامی که در یک گروه

یکسان در دو زمان متفاوت به کار گرفته شود، نتایج مشابهی کسب می شود (۲۹). مطالعه رضاپور و همکاران، در سال ۱۴۰۱ که با پرسشنامه ای ۷۸ سوالی، عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت و اثرات آن بر بهزیستی جامعه را بررسی نموده است، نشان می دهد ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و ضریب همبستگی درون طبقه ای ۰/۷۹ است (۱۳). مطالعه ناصرپور و همکاران در ۱۳۹۷، که با پرسشنامه ای ۱۹ سوالی، تاثیر عوامل غیر درمانی بر توسعه گردشگری سلامت ارزیابی شده است، ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۷۸ گزارش شد که در مقایسه با ابزار طراحی شده مطالعه حاضر از پایایی کم تری برخوردار است (۳۶).

یافته ها نشان داد مولفه های اثرگذار بر جذب گردشگر سلامت متمرکز بر هشت بعد زیر ساخت های گردشگری سلامت، جاذبه های مقصد، ویژگی های فردی کارکنان، عناصر بازاریابی، شرایط تقاضا، برنامه های حمایتی دولت، مشارکت بین بخشی و عوامل اقتصادی می باشد. در این راستا، در مطالعات مختلف عوامل متعددی همچون زیر ساخت های عمومی، کیفیت خدمات درمانی، جاذبه های گردشگری، سیستم حمل و نقل در دسترس، امنیت، منابع انسانی، تغییرات فرهنگی، سیستم بازاریابی و اطلاع رسانی، خدمات بیمه، صدور روادید درمان، قیمت کم، خدمات الکترونیکی - مخابراتی و منابع مالی به عنوان مولفه های تاثیرگذار بر توسعه صنعت گردشگری سلامت و جذب گردشگر سلامت گزارش شده است (۳۷-۴۰، ۳۳، ۱۷، ۱۵).

پرسشنامه اخیر به دلیل پایایی و روایی قابل قبول، ساده و روان بودن، ابزار مناسبی در این خصوص است. لذا به نظر می رسد با توجه به فقدان ابزاری جامع در این زمینه، مطالعه اخیر می تواند در راستای بهبود جذب گردشگر سلامت مفید باشد. انتظار می رود با انجام تحقیق اخیر و طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه بررسی عوامل تاثیرگذار بر جذب گردشگر سلامت و شناسایی موانع و خلاءهای موجود بتوان به ارتقاء برنامه ریزی و

سپاسگزاری

این مقاله، برگرفته شده از طرح تحقیقاتی مشترک مرکز تحقیقات حلال جمهوری اسلامی ایران و دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره ۱۸۱۱۱ است. مجوز اخلاق در پژوهش از کمیته اخلاق (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1402.182) دانشگاه علوم پزشکی مازندران اخذ گردید. از مردم شریف مازندران که در انجام پژوهش یاری رساندند تقدیر می‌گردد. هم‌چنین از معاونت پژوهشی مرکز تحقیقات حلال جمهوری اسلامی ایران و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در مراحل مختلف پژوهش حمایت کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مدیریت ارتقاء صنعت گردشگری سلامت کمک نمود. هم‌چنین انجام پژوهش مرتبط و ارائه بازخورد به موقع به سیاستگذاران حوزه گردشگری و سلامت درخصوص نیازهای گردشگران سلامت از سایر اهداف کاربردی تحقیق حاضر می‌باشد.

از محدودیت‌های مطالعه این است که پرسشنامه حاضر بر مبنای نظرات خبرگان این حوزه که مبتنی بر شرایط جاری ایران در بعد جاذبه‌ها و زیرساخت‌های گردشگری سلامت و هم‌چنین ساختار برنامه‌ها (قوانین و مقررات قانونی) حمایتی دولت انجام شد. بومی‌سازی پرسشنامه در دیگر فرهنگ‌ها با در نظر گرفتن شرایط و عوامل زیر ساختی و قانونی منطقه‌ای در سایر مناطق جغرافیایی پیشنهاد می‌شود.

References

1. Lajevardi SJ, Rezaeian A, Fartokzadeh H, Talaei Shokri S. Systematic analysis of Iranian tourism development based on neighbor markets and model presentation. *J Tourism & Development* 2020; 9(4): 1-19 (Persian).
2. Sharifabadi AM, Ardakani FA. A model for health tourism development using fuzzy TOPSIS and interpretive structural modeling in Yazd province. *Journal of Health Administration* 2014; 17(55): 73-88 (Persian).
3. Sheibaninia K, Abdollahi S, Mohammadzade M. An overview on tourism and its effects; a step towards sustainable development. *Human & Environment* 2021; 19(3): 201-213 (Persian).
4. Hemmati F, Dabbaghi F, Mahmoudi G. Investigating the impact of Information Technology on the status of Health Tourism in Mashhad, Iran. *Revista Publicando* 2018; 5(15 (1)): 54-65.
5. Altinay F, Dagli G, Altinay M, Altinay Z. The Role of Technology in Tourism and Health Services for Accessibility in Service Management. *Postmodern Openings/Deschideri Postmoderne* 2019; 10(4): 1-7.
6. Haghighi Kafash M, Ziaee M, Jafari G. Prioritization factors related to the development of medical tourism in Iran. *Direct Tourism* 2010; 3(1): 11-12.
7. Mosadeghrad AM, Sadeghi M. Medical tourism: Reasons for choosing Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2021; 20(2): 145-166.
8. Alizadehsani M, Farahani B, Ahmadikhatir T. Wellness tourism motivational factors in hot springs of Mazandaran province: The case of Ramsar and Lavij hot springs. *Journal of Tourism planning and Development* 2015; 3(11): 33-52.
9. Alavi S, Nazmfar H, Hasanzadeh M. Analysis of Iran's Tourism Competitiveness in Comparison with Competitors of the 1404 Vision Document. *Journal of Geography and Environmental Studies* 2022; 11(42): 170-189.

10. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development. Theory and applications: United States Sage Pub; 2021.
11. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* 2004; 2(1): 7-12.
12. Ahmadi SA, Rizi SMMP, Raeissi P. The effective factors on health tourism marketing in hospitals affiliated to Iran University of medical sciences. *JHOSP* 2022; 21(2): 48-59 (Persian).
13. Rezapour A, Roodgarnejad F, Ranji Jifroudi N. Factors Affecting the Development of Health Tourism and Its Effects on Society's Well-being. *J Health* 2023; 13(4): 495-514.
14. Ayat M, Sharifi M. Identification and Evaluation of Strategic Factors Affecting The Development of Health Tourism: A Mixed Approach. *Journal of Strategic Management Studies* 2024; Articles in Press. (Persian).
15. Fallah-Tafti H, Zahmatkesh-Saredorahi M. Identification and Structural Analysis of Factors Affecting the Development of Health Tourism; A Case Study on Tehran City, Iran. *Health Information Management* 2019; 16(3): 122-128 (Persian).
16. Hee OC. Validity and Reliability of the Customer-Oriented Behaviour Scale in the Health Tourism Hospitals in Malaysia. *International Journal of Caring Sciences* 2014; 7(3): 771-775.
17. Nili Pour A, Taghvaei M, Nasr Esfahani MH, Koochi Esfahani M. Identifying and prioritizing effective factors in the development of health tourism. *New Perspect Hum Geogr* 2015; 7(4): 45-60 (Persian).
18. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-575.
19. Waltz CF, Bausell BR. Nursing research: design statistics and computer analysis. Michigan: Davis Fa; 1981.
20. Thomas SD, Hathaway DK, Arheart KL. Face validity. *West J Nurs Res* 1992; 14(1): 109-112.
21. Ferguson E, Cox T. Exploratory factor analysis: A users' guide. *International Journal of Selection and Assessment* 1993; 1(2): 84-94.
22. Harrington D. Confirmatory factor analysis. Oxford Press Online; 2009.
23. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 2th ed. New York: Psychology Press; 2004.
24. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin* 1988; 103(3): 391-410.
25. Hajjar S. Statistical analysis: internal-consistency reliability and construct validity. *IJQRM* 2018; 6(1): 46-57.
26. Kilic S. Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences* 2016; 6(1): 47-48.
27. Khazaei-Pool M, Naghib SA, Pashaei T, Ponnet K. Designing and evaluating validity and reliability of the questionnaire concerning the factors affecting person's intention of COVID-19 prevention (FAPI-COP). *Iran J Health Sci* 2022; 10(3): 1-12 (Persian).
28. Khazaei-Pool M, Pashaei T, Ponnet K, Jafari F, Alizadeh R. Decisional balance inventory (DBI) adolescent form for smoking: psychometric properties of the Persian version. *BMC Public Health* 2017; 17: 507.
29. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice .5th ed. Maryland: Mosby Elsevier; 2002.

30. Whitehead D, LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing and midwifery research: Methods and appraisal for evidence based practice. 6th ed. Amsterdam, Elsevier; 2016.
31. Fetscherin M, Stephano R-M. The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management* 2016; 52: 539-556.
32. Qolipour M, Torabipour A, Khiavi FF, Malehi AS. Validation of medical tourism service quality questionnaire (MTSQ) for Iranian hospitals. *Electronic Physician* 2017; 9(3): 3905-3911.
33. Poloie K, Fazli S, Darvish F, Baiat R, Ghaderi E. Prioritizing factors affecting the development of health tourism industry in Iran in the 1414 horizons with the approach of interpretive structural modeling. *Journal of Tourism and Development* 2019; 8(3): 1-29 (Persian).
34. Izadi M, Ayoobian A, Nasiri T, Joneidi N, Fazel M, Hosseinpourfard MJ. Situation of health tourism in Iran; opportunity or threat. *Iranian Journal of Military Medicine* 2012; 14(2): 69-75 (Persian).
35. Asadi R, Daryaei M. Strategies for development of Iran health tourism. *European Journal of Social Sciences* 2011; 23(3): 329-344.
36. Naserpour M, Muosavi SN, Sepahvand R. Effect of non-medical factors on health tourism development. *Journal of Tourism and Development* 2018; 7(3): 195-212.
37. Gholami M, Keshtvarz Hesam Abadi AM, Miladi S, Gholami M. A systematic review of the factors affecting the growth of medical tourism in Iran. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2020; 8(1): 1-12.
38. Mosammam HM, Sarrafi M, Nia JT. Measuring the competitiveness of Iran's health tourism. *Int J Tourism Policy* 2019; 9(3): 201-221.
39. Haji Ahmadi S, Hosseini SM, Jafari M. Factors affecting the attraction of medical tourists in Iran. *Int J Med Rev* 2017; 4(2): 47-51.
40. Saberi S, Miri A, Zakipour M. Analyzing Factors Influencing Health tourism Marketing A case study of Tehran city. *J Urban Tourism* 2023; 10(1): 57-75.