ORIGINAL ARTICLE

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

Maryam Khazaee-Pool[1,2]
Tahereh Pashaei[3]
Farhad Gholami[4]
Alireza Rafiei[5]
Koen Ponnet[6]
Hossein Rastegar[7]

[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 Mazandarn'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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۳ خرداد سال ۱۴۰۳ (۱۵۰-۱۳۸)

طراحی و روانسنجی پرسشنامه عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت

مریم خزائی پول[۱و۲]
طاهره پاشائی[۳]
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 روش‌ها: 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 بررسی‌های 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 مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. در نهایت روایی سازه ابزار طراحی شده با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی با به کارگیری نرم‌افزار SPSS 24 و تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم‌افزار 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.

یافته‌ها: 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 کم‌تر از ۱/۵ را کسب کردند و از پرسشنامه حذف شدند. سپس پرسشنامه با ۵۳ گویه وارد روایی سازه شد. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدارKMO برابر ۰/۷۷۸ شد. هم‌چنین مقدار آزمون بارتلت، کم‌تر از ۵ درصد شد. هم‌چنین براساس ماتریس چرخش یافته مولفه‌ها، عامل هشت با ارزش مثبت به‌دست 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،کم‌تر 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 هم‌چنین روایی و پایایی قابل قبول، می‌تواند جهت شناسایی و بررسی عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت به‌کار گرفته شود. بومی سازی پرسشنامه در سایر فرهنگ‌ها از پیشنهادات پژوهش حاضر است. امید است نتایج تحقیق حاضر در برنامه‌ریزی مداخلات افزایش جذب گردشگر سلامت مورد استفاده محققین، مدیران نظام سلامت و گردشگری و سایر کاربران قرار گیرد و نتایج حاصل از آن مقدمه‌ای برای تحقیقات بعدی باشد.

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

مولف مسئول: حسین رستگار- تهران: سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی E-mail: mhrastegar2@yahoo.com
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 ایمونولوژی، 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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 طورکه 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 درحال 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 ارتقاءسلامت (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 به‌دلیل برخورداری از جاذبه‌های طبیعی، تاریخی و فرهنگی در زمره ۱۰ کشور اول صنعت گردشگری دنیا است. منطبق 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 ۰/۰۷ درصد در سال ۸۳ به ۲ درصد در سال ۱۴۰۴ رشد پیدا کند، به‌طوری‌که باید در سال ۱۴۰۴ سالانه درآمد این صنعت در کشور به حدود ۲۵ میلیارد دلار افزایش یابد. اما صنعت گردشگری آن‌گونه 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 موثر بر گسترش آن و راهکارهای جذب گردشگر سلامت است. برنامه‌ریزی نیازمند شناخت عوامل اثرگذار بر گسترش این صنعت و جذب گردشگر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

سلامت می‌باشد. براساس بررسی انجام شده، در اکثر مطالعات به سنجش گردشگری از جنبه عام توجه شده است. درحالی‌که 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 به‌عنوان 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 به‌طور 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 این‌که 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 روش ها

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 (Turism industry; health tourism; health services) در خصوص توریسم سلامت در پایگاه‌ها و موتورهای جستجو Pubmed، Scopus، Google scholar، 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 سال۱۳۹۲ تا سال ۱۴۰۲ در پایگاه‌های داده‌ای معتبر ایران جستجو شد. در نهایت سوالات استفاده شده در قالب پرسشنامه در این مطالعات استخراج شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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. درمجموع ۱۷مصاحبه 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(۱۸،۱۹). 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 ارزیابی‌کننده می‌باشد.

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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.

$$CVI=\frac{\text{تعداد متخصصانی که نمره ۳ یا ۴ داده اند}}{\text{تعداد تمام متخصصان}}$$

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 به‌دست 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 تائیدی با استفاده از نرم‌افزارAMOS24 بررسی شد. هدف از تحلیل عاملی اکتشافی، کشف ابعاد است(۲۱). تحلیل عاملی تاییدی مبتنی بر نظریه و آزمون فرضیه درباره سازه عاملی موجود است(۲۳،۲۲). در این مرحله ۵۳ گویه باقی مانده مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت. در مورد حجم نمونه تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی توافق کلی وجود ندارد؛ اما براساس دیدگاه‌هایی حجم نمونه برای تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی،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 بابلسر و دانشجویان/ اساتید مدیریت خدمات بهداشتی/ درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران، بابل و بین‌الملل رامسر بودند. روش جمع‌آوری نمونه‌ها تصادفی ساده بود. پرسشنامه به‌صورت 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 تاییدی ارائه شد. در مرحله بعد آزمون تاییدی براساس نرم‌افزار آموس جهت تایید گویه‌ها و عوامل استخراج شده مرحله قبل و تعیین شاخص‌های برازش مدل استفاده شد. شاخص‌های کای اسکوئر، شاخص نیکویی برازشGFI و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده AGFI، شاخص

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

توکرلوییس (TLI)، شاخص برازش هنجارشده NFI و برازش هنجار نشده NNFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RSMEA) در مرحله آنالیز تاییدی پرسشنامه محاسبه شد. مقدار GFI و AGFI چنان چه بالاتر از ۰/۹ باشد نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. مقدار شاخص TLI که با استفاده از آماره خی دو محاسبه می‌شود و بین صفر و ۱ است. عدد ۱ نمایانگر برازش کامل مدل بوده و مقادیر بالای ۰/۹ نشان‌دهنده 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 دانشگاه‌های 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 نشان‌دهنده این بود که پرسشنامه پایایی قابل قبولی دارد(۲۵). هم‌چنین برای ارزیابی پایایی درونی از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد(۲۶).

یافته‌ها

نتایج بررسی متون و مصاحبه با خبرگان در مرحله اول و دوم منجر به استخراج ۱۳۴ عبارت اولیه در خصوص گردشگری سلامت شد. سپس گویه‌های انتخابی طی ۴ نشست توسط تیم مطالعه بررسی شد. گویه‌های 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) طبقه‌بندی 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، ابهاد و تناسب بازبینی 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. آزمون‌های شاخص کفایت نمونه‌گیری کیسر مایر الکین و آزمون بارتلت انجام شد. ضریب به دست آمده برای کیسر مایر الکین ۰/۷۷۸ بود که نشان می‌دهد حجم نمونه برای تحلیل رضایت بخش است. از این رو داده‌ها برای آنالیز تناسب لازم دارند (جدول شماره ۱). با توجه به آزمون کرویت بارتلت، معنی‌دار است (معنی‌داری برابر ۰/۰۰۱)، یعنی بین متغیرها همبستگی معنی‌دار وجود دارد و تحلیل عاملی مناسب است.

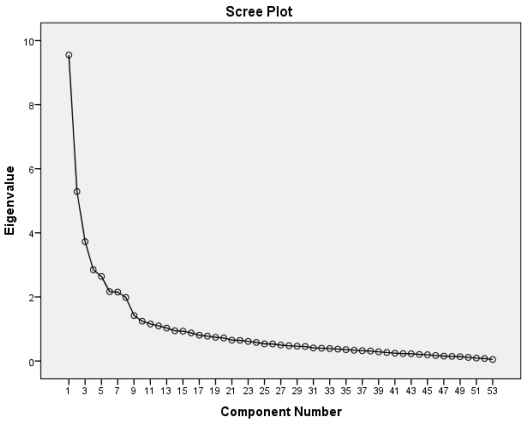
جدول .Error! No text of specified style in document**شماره ۱:**نتایج آزمون KMO و بارتلت جهت انجام تحلیل عاملی

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

جهت استخراج عوامل، از تجزیه و تحلیل مولفه‌های 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 می‌گردد. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی با ارزش ویژه بالاتر از یک را مشخص نمود که در مجموع ۵۵/۹۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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 شن ریزه، از عامل ۸ به بعد، روی یک خط قرار گرفته‌اند؛ لذا انتخاب ۸ عامل مورد قبول است.



نمودار شماره ۱: نمودار شن ریزه: 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 آن‌جایی‌که سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ بود بین ابعاد پرسشنامه در این دو مرحله همبستگی لازم وجود دارد و پایایی بیرونی تایید شد ($P<0/001$ و $ICC=0/91$). 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 بیان گردد 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 می دهد. نسبت (کای دو) برابر با ۲/۰۱ و کم تر از ۳ است و مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵ است. مطابق جدول شماره ۳ شاخص‌های TLI، IFI، RFI، PCFI، NFI و CFI بزرگ‌تر از ۰/۷۰ باشند بر برازش مناسب مدل دلالت دارند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

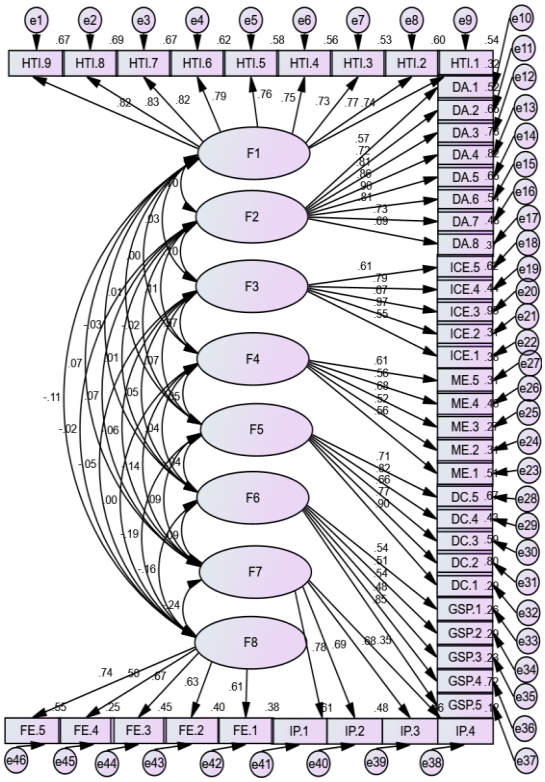
جدول شماره ۲: عوامل هشت گانه استخراج‌شده تحلیل عاملی با استفاده از دوران ماتریکس

شماره گویه	عامل ۱	عامل۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷	عامل ۸
Q1	۸/۲۳	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	۰۴۹	۰۲۷	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	۲۴۸	۷۸۷	۱۲۳	۰۱۷	۰۳۲	۰۶۸	۰۲۸	۰۲۲
Q11	۳۷۲	۷۴۸	۰۶۰	۰۵۵	۰۱۱	۰۴۸	۰۰۸	۰۴۰
Q12	۲۰۶	۷۴۷	۱۰۶	۰۴۰	۱۴۷.	۰۲۵	۰۲۵	۰۳۳
Q13	۳۴۷	۷۴۶	۰۳۸	۰۷۱	۱۳۰	۰۱۵	۰۱۴	۰۰۵
Q14	۲۱۱	۷۳۱	۰۳۵	۰۱۰	۱۱۵	۰۵۰	۰۴۱	۰۲۴
Q15	۲۹۳	۷۱۵	۰۰۳	۰۱۰	۰۱۷	۰۳۸	۰۱۵	۰۶۹
Q16	۲۲۲	۷۱۴	۰۹۸	۰۴۳	۰۸۸	۰۰۶	۰۲۲	۰۲۷
Q17	۲۷۰	۷۰۶	۰۴۲	۰۱۱	۰۶۹	۰۱۷	۰۹۲	۰۲۳
Q18	-۰۳۳	۰۳۴	۹۰۳	۰۵۳	۰۱۷	۰۳۰	۰۶۸	۰۲۳
Q19	-۰۲۴	۰۱۰	۸۰۱	۰۳۵	۰۷۶	۰۵۲	۱۰۰	۰۸۱
Q20	-۰۰۹	۰۶۳	۷۳۱	۰۸۶	۰۴۴	۰۶۹	۰۴۵	۰۱۵
Q21	-۰۲۰	۰۷۵	۶۹۰	۰۴۸	۰۳۱	۱۱۲	۰۷۱	۰۶۲
Q22	-۰۵۱	۰۱۶	۶۶۲	۰۲۶	۰۱۱	۰۶۷	۰۳۶	۰۸۸
Q23	-۰۳۶	۰۳۵	۸۶۸	۰۶۹	۰۳۴	۰۵۷	۰۹۴	۰۰۸
Q24	-۰۴۵	۰۱۴	۸۴۷	۰۳۱	۰۱۳	۰۰۵	۰۷۷	۰۰۱
Q25	-۰۳۱	۰۴۰	۸۱۵	۰۱۹	۰۷۶	۰۰۷	۰۸۲	۰۱۷
Q26	-۰۱۶	۰۳۲	۷۹۶	۰۳۱	۰۳۴	۰۵۸	۰۸۶	۰۲۳
Q27	-۰۲۵	۰۳۲	۷۶۱	۰۲۴	۰۰۴	۰۱۴	۰۱۵	۰۲۵
Q28	-۰۶۳	۰۴۱	۸۱۶	۰۷۲	۰۵۱	۰۴۱	۱۱۷	۰۴۰
Q29	-۰۵۳	۰۴۰	۰۵۹	۰۸۰	۷۵۲	۰۷۳	۱۰۳	۰۵۹
Q30	-۰۰۵	۰۱۱	۰۳۱	۰۳۸	۷۳۲	۰۲۹	۱۲۶	۰۱۴
Q31	-۰۵۰	۰۸۱	۰۴۴	۰۵۷	۶۶۳	۰۳۴	۰۰۳	۰۶۴
Q32	-۰۴۱	۰۳۹	۰۱۵	۰۴۴	۶۵۳	۰۱۸	۰۰۲	۰۷۱
Q33	-۰۱۰	۰۷۷	۰۲۹	۰۰۶	۸۳۵	۰۵۱	۱۱۰	۰۵۰
Q34	-۰۳۳	۰۷۷	۰۶۷	۰۰۹	۷۸۲	۰۳۱	۰۴۶	۱۰۷
Q35	-۰۱۲	۰۴۲	۰۴۳	۱۴۳	۱۱۸	۰۴۳	۰۰۰	۰۹۳
Q36	-۰۷۴	۰۶۹	۰۷۰	۰۹۲	۰۰۲	۷۴۲	۰۳۷	۰۶۴
Q37	-۰۳۸	۰۴۸	۰۰۶	۰۱۷	۰۲۸	۶۸۲	۰۱۸	۰۸۵
Q38	-۰۴۱	۰۹۰	۰۸۹	۰۱۹	۰۵۵	۰۳۰	۷۵۲	۰۶۷
Q39	-۱۲۷	۰۶۹	۰۱۹	۰۱۹	۰۹۶	۱۵۱	۶۹۸	۰۲۵
Q40	-۰۶۶	۰۲۹	۰۳۹	۰۷۹	۰۸۹	۱۳۳	۶۹۸	۱۲۳
Q41	-۰۴۸	۰۵۲	۰۴۹	۰۲۲	۰۲۰	۰۶۲	۶۸۹	۰۴۶
Q42	۰۰۶	۰۷۵	۰۱۰	۰۱۴	۰۴۹	۰۲۷	۱۰۳	۴۸۳
Q43	۰۸۱	۰۱۴	۰۰۴	۰۱۶	۰۶۰	۰۹۱	۰۵۹	۸۳۰
Q44	۰۲۷	۰۰۳	۱۰۲	۰۰۸	۰۱۴	۰۷۲	۱۰۶	۷۹۰
Q45	۰۳۷	۰۳۸	۰۱۴	۰۲۸	۰۸۰	۰۱۴	۰۵۴	۷۵۴
Q46	۰۴۹	۰۶۰	۱۰۴	۰۱۱	۰۴۶	۰۱۰	۱۱۷	۷۴۵

جدول شماره ۳: شاخص‌های برازش مدل عوامل موثر بر توسعه صنعت گردشگری سلامت

شاخص‌های برازش	$x2/df$	RMSEA	NFI	PCFI	RFI	IFI	TLI	CFI
مقدار قابل قبول	<۳	<۰/۰۰۸	>۰/۹	>۰/۵	>۰/۵	>۰/۷	>۰/۷	>۰/۹
نتیجه	۲/۰۱	<۰/۰۵	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۸۷	۰/۸۵	۰/۸۶

براساس نمودار شماره ۲، بار عاملی ابعاد وضعیت مناسبی دارد و مقدار P در دامنه قابل قبول می‌باشد. لذا ساختار مدل با توجه به معنی‌داری هر ۴۶ گویه تشکیل دهنده ۸ بعد دارای زیر بنای مناسبی برای قبول ارتباط بین سازه‌ها و گویه‌ها از نظر آماری است. نمودار شماره ۲، نشان‌دهنده مدل معادلات ساختاری برازش یافته است و شدت روابط بین متغیرها را روشن می‌کند.



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

چارچوب 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، گام‌های سیستماتیک و استاندارد مراحل طراحی پرسشنامه را طی نمود که مشابه سایر مطالعات طراحی پرسشنامه می‌باشد(۲۸،۲۷). پرسشنامه حاضر بر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

طبق پیش‌فرض با اثبات آن توسط تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی عوامل موثر بر جذب توریسم سلامت را ارزیابی می‌کند. بر پایه جستجوی محققین در منابع به همراه نظرخواهی افراد کلیدی، پرسشنامه عوامل موثر بر جذب گردشگر سلامت طراحی و ویژگی‌های روانسنجی آن ارزیابی شد که از این حیث و براساس این‌که به‌طور جامع به مولفه‌های اثرگذار بر توسعه صنعت توریسم سلامت در ابعاد مختلف توجه نموده است، می‌تواند نقطه قوتی برای مطالعه حاضر باشد. هدف از مطالعات روش شناختی، طراحی و ارزشیابی پرسشنامه‌ها و روش‌های جمع‌آوری اطلاعات است. تحقیق روش شناختی شامل مراحلی همچون تعیین گویه‌های 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 اصلی‌ترین راه جمع‌آوری شواهد در حمایت از پرسشنامه است. لذا، بررسی روایی محتوای پرسشنامه براساس نظرات متخصصین نشان‌دهنده کسب معیارهای قابل قبول است. در راستای مطالعه حاضر، پژوهش‌های مشابهی انجام شده است که با بهره‌مندی از نظرات جمعی از خبرگان، روایی محتوای پرسشنامه را تایید کرده‌اند(۳۲،۳۱،۱۶). هم‌چنین نظر به این‌که در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که شناسایی مولفه‌ها و نیازهای گردشگران سلامت و خبرگان می‌تواند 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(۳۵-۳۳).

پایایی کیفیت پرسشنامه را منعکس می‌کند. پرسشنامه پایا توان مطالعه را برای تشخیص تفاوت‌ها و ارتباطات معنی‌داری که به‌طور واقعی در مطالعه پیش می‌آید را توسعه می‌دهد. پرسشنامه طراحی شده با ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای مطلوب، نشان می‌دهد که ابعاد این پرسشنامه دارای همبستگی درونی است و هنگامی که در یک گروه یکسان در دو زمان متفاوت به کارگرفته شود، نتایج مشابهی کسب می‌شود(۲۹). مطالعه رضاپور و همکاران، در سال ۱۴۰۱ که با پرسشنامه‌ای ۷۸ سوالی، عوامل مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت و اثرات آن بر بهزیستی جامعه را بررسی نموده است، نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای 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 کم‌تری برخوردار است(۳۶).

یافته‌ها نشان داد مولفه‌های اثرگذار بر جذب گردشگر سلامت متمرکز بر هشت بعد زیر ساخت‌های گردشگری سلامت، جاذبه‌های مقصد، ویژگی‌های فردی کارکنان، عناصر بازاریابی، شرایط تقاضا، برنامه‌های حمایتی دولت، مشارکت بین بخشی و عوامل اقتصادی می‌باشد. در این راستا، در مطالعات مختلف عوامل متعددی همچون زیر ساخت‌های عمومی، کیفیت خدمات درمانی، جاذبه‌های 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 به‌عنوان مولفه‌های 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 می‌رسد با توجه به فقدان ابزاری جامع در این زمینه، مطالعه اخیر می‌تواند در راستای بهبود جذب گردشگر سلامت مفید باشد. انتظار می‌رود 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 برنامه‌ریزی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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 هم‌چین ساختار برنامه‌ها (قوانین و مقرارت 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.

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.

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 overeview 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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, Taghvaee M, Nasr Esfahani MH, Koohi 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. IJQQRM 2018; 6(1): 46-57.
26. Kilic S. Cronbach's alpha reliability coefficient. Psychiatry and Behavioral Sciences 2016; 6(1): 47-48.
27. Khazaee-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. Khazaee-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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]

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 (MTSQQ) 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-09]