

شناسایی ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری

سلامت در ایران

محمود صوفی

دانشجوی دکتری گروه کارآفرینی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

احمد مهرایان^۱

استادیار گروه مهندسی صنایع، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

حسین دیده خانی

استادیار گروه مهندسی صنایع، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

روح الله سمیعی

استادیار گروه مدیریت، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۰

چکیده

تحقیق حاضر با هدف ارائه الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران انجام گردید. این تحقیق از جمله تحقیقات آمیخته (کیفی- کمی) اجرا گردید. جامعه آماری بخش کیفی شامل خبرگان حوزه گردشگری سلامت و کسب و کارهای الکترونیکی بودند که در موضوع پژوهش تجربه و آگاهی لازم را داشتند. نمونه‌گیری با روش گلوله برفی انجام شد و پس از مصاحبه با ۱۴ نفر به اشباع نظری رسید. در بخش کمی جامعه آماری شامل خبرگان دانشگاهی، متخصصان حوزه کسب و کار، صاحبان شرکت‌های موفق در حوزه گردشگری سلامت و متخصصان حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات بود که به صورت هدفمند تعداد ۱۳۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته و پرسشنامه محقق ساخته بود. در بخش کیفی تحقیق از کدگذاری باز و محوری مطابق با اصول روش کیفی استفاده گردید. به منظور اعتباریابی الگو و ارائه الگوی نهایی از روش آماری معادلات ساختاری استفاده شد. فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزارهای SPSS و PLS انجام گردید. با توجه به نتایج حاصل، برآزش الگو مورد تایید قرار گرفت. الگوی درآمدی شناسایی شده در ۲ دسته شامل عدالت جغرافیایی با ۷ مولفه و پوشش جغرافیایی با ۶ مولفه دسته‌بندی گردیدند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در توزیع منابع، امکانات و تجهیزات مرتبط با حوزه گردشگری سلامت در تمام مناطق جغرافیایی عدالت رعایت شده و همچنین با پوشش همه جانبه بر حسب مناطق مختلف جغرافیایی کشور، در توسعه این حوزه و ارتقاء سطح سلامت جامعه کمک شایانی نمود.

^۱. (نویسنده مسئول): mehrobian.project@gmail.com

کلیدواژگان: گردشگری سلامت، کسب و کار، الکترونیک، جغرافیا.

مقدمه

گردشگری، صنعتی درآمدزا و با صرفه اقتصادی بسیار که با ایجاد تبادلات فرهنگی و اجتماعی میان ملل مختلف مورد توجه می‌باشد و فرصت‌های مناسبی برای ورود به عرصه تجارت بین‌المللی را فارغ از سطح توسعه یافتگی کشورها فراهم می‌آورد. امروزه گردشگری سلامت به منظور بهره‌گیری از فواید پزشکی و تاثیرات جسمی و روانی مناطق خاص مورد توجه گردشگران قرار گرفته است (Hall, 2013). کشور ایران در این زمینه دارای توانمندی‌های همچون داروهای نو ترکیبی، سلول‌های بنیادین، درمان‌های چشم پزشکی و سرطان‌ها، همچنین هزینه کم پزشکی نسبت به کشورهای اروپایی و آمریکایی، هزینه کم اقامتی نسبت به منطقه، وجود اشتراکات دینی و پتانسیل‌های طبیعی مانند تنوع اقلیمی به‌عنوان کشوری چهار فصل، لجن درمانی، ماسه درمانی، گل فشان‌ها و در حوزه آب درمانی وجود بیش از ۱۰۰۰ چشمه آب معدنی و دیگر جاذبه‌های طبیعی که پتانسیل لازم را در زمینه گردشگری درمانی دارا می‌باشد. اما توسعه این حوزه از گردشگری آن‌طور که باید و شاید مورد توجه نهادهای متولی امر قرار نگرفته است و به تبع آن در سطح کسب و کار نیز مجموعه‌های خصوصی و موفق پای نگرفته است (تقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰). گردشگری نوعی مسافرت است که افراد به‌منظور تفریح و یا حتی کسب و کار برای مدت زمانی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال، به سرزمینی غیر از محل اقامت معمول خود می‌روند و در آنجا اقامت می‌کنند. نگاهی که طی دهه‌های اخیر به گردشگری شده، این است که گردشگری می‌تواند سبب افزایش درآمد کشورهای مقصد شود. در این میان گردشگری سلامت نیز شاخه‌ای از گردشگری است که به منظور تأمین درمان، تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی انجام می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۰).

از جمله کشورهای موفق در زمینه گردشگری سلامت در آسیا می‌توان به هند، تایلند و سنگاپور اشاره کرد، این کشورها به دلیل دارا بودن مزیت‌های رقابتی و با برنامه‌ریزی‌های لازم برای ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز برای گسترش این صنعت در این زمینه پیشرو بوده‌اند. ایران نیز با توجه به مزیت‌های بالقوه از جمله نیروی انسانی متخصص، تجهیزات پیشرفته پزشکی و عوامل طبیعی مناسب و... می‌تواند در راستای رفع مشکلات این صنعت اقدام کند. از جمله مشکلاتی که در زمینه توسعه این صنعت در ایران وجود دارد می‌توان به تحریم‌های شورای امنیت علیه ایران، وجود ذهنیت منفی نسبت به ایران در سطح بین‌الملل، نبودن زیرساخت‌های لازم، عدم هماهنگی سازمان‌های مسئول، عدم وجود سیستم ثبت اطلاعات ورود گردشگران و اطلاعات مربوط به آن‌ها و غیره اشاره کرد (آسمانه و امامقلی‌پور، ۱۳۹۳).

صنعت گردشگری در ایران تابع اصول و قواعد کسب و کار سنتی بوده و از کارایی لازم برای خلق ارزش افزوده (مالی و غیرمالی) برای نقش‌آفرینان این صنعت اعم از گردشگران و صاحبان کسب و کارهای گردشگری برخوردار نیست. دلیل عمده این نقصان عدم وجود سیستم مدیریت مقاصد برای بهینه‌سازی زنجیره ارزش مصرف‌کننده در صنعت گردشگری می‌باشد که به تبع آن عموم کسب و کارهای گردشگری ایجاد شده فاقد کارایی لازم برای خلق ارزش افزوده می‌باشند. پژوهش حاضر یک الگوی کسب و کار الکترونیک بهینه برای صنعت گردشگری سلامت ارائه می‌دهد که در آن بر خلق ارزش مشترک بین نقش‌آفرینان صنعت گردشگری تأکید خواهد شد. این مهم تا کنون

در ایران در قالب یک پژوهش نظام‌مند برای راه‌اندازی کسب و کارهای الکترونیک گردشگری سلامت مورد بررسی قرار نگرفته است.

براساس آخرین گزارش سازمان جهانی گردشگری ملل متحد، تعداد گردشگران بین‌المللی ایران از ۲۳۷/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ به ۹۴۲/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶، کاهشی ۶/۵ درصدی داشته است که این آمار بیان‌گر عدم کارایی سازمان‌های درگیر در مدیریت و بازاریابی مقاصد گردشگری در ایران می‌باشد (موقرپاک و قربانی، ۱۳۹۷). بر این اساس با توجه به قابلیت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات، ضرورت دارد تا به طراحی الگوهای کسب و کارهای الکترونیک در حوزه مختلف گردشگری پرداخته شود.

کشور ایران با توجه به تنوع جغرافیایی و زیست‌محیطی دارای ظرفیت‌های متعددی جهت پذیرش گردشگری سلامت می‌باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به چشمه‌های آب معدنی در اکثر استان‌های کشور، مناطق کویری در قم، بخش‌های پزشکی ناباروری در یزد، دندانپزشکی، مراکز دیالیز و انواع جراحی‌های قلب، پلاستیک و چشم در مشهد و تهران و مرکز تخصصی گردشگری سلامت در رشت اشاره نمود. حسینی‌نژاد و دریاباری (۱۳۹۵) در تحقیق خود اذعان داشتند که ایران علی‌رغم داشتن چشمه‌های آب گرم و معدنی فراوان، تاکنون نتوانسته است با برنامه‌ریزی مناسب نسبت به توسعه زیرساخت‌های گردشگری اقدام و سهم قابل قبولی در توسعه گردشگری سلامت داشته باشد. کمالی و آسایش (۱۳۹۸) نیز ۱۰ عامل را بر تقاضای گردشگری سلامت در مناطق دارای منابع طبیعی و اقلیمی مناسب موثر می‌دانند که شامل قیمت‌های نسبی (نرخ ارز)، هزینه حمل و نقل و سفر، برخورداری از ظرفیت‌های درمانی، محل اقامت استاندارد، امکانات گردشگری سلامت، هزینه اقامت، بهای خدمات تندرستی، میزان درآمد شخصی قابل تصرف، مقررات و تسهیلات ورود و خروج و همراهی بین‌آژانس‌های گردشگری و مراکز درمانی بودند.

کرمی و همکاران (۱۳۹۷) چنین اذعان داشتند که روش برنامه‌ریزی برای توسعه گردشگری در سطوح منطقه‌ای و ملی به صورت یک اصل در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است. اگر چه هنوز اجرای طرح‌ها و سیاست‌ها در برخی از مناطق ضعیف است؛ اما بسیاری از کشورها و مناطق برنامه گردشگری در دست تهیه دارند. کشورهایی که تاکنون چنین طرح‌هایی را اتخاذ نکرده‌اند می‌بایست در آینده‌ای نزدیک این مسئله را مد نظر خود قرار دهند. وانگ (۲۰۱۶) با هدف توسعه استراتژی‌های بازاریابی اینترنتی در استفاده از گردشگری سلامت، پس از بررسی‌های خود پی برد که استفاده از روش‌های بازاریابی اینترنتی در جهت توسعه گردشگری سلامت، ضمن بهبود آگاهی‌ها و آشنایی افراد با مقاصد پزشکی، سبب می‌گردد تا مسیر رشد و ترقی این نوع گردشگری با شدت بالاتری طی گردد (Wong, 2016). نتایج تحقیقات مختلف از جمله: (Görener, 2016)، (Pocock & Phua, 2011)، کیامهر و همکاران (۱۳۹۴) و عباسی و بابائی (۱۳۹۳) نیز عدم تنظیم و تدوین مناسب راهبردها و توجه نکردن به پتانسیل‌های موجود در مناطق جغرافیایی و اقلیمی را علت آسیب رسیدن به مسیر توسعه این نوع گردشگری عنوان نموده‌اند.

در یک پژوهش جامع توسط البدوی و سداد (۲۰۱۲)، وضعیت الگوهای کسب و کار الکترونیک متعلق به ۲۰۷ شرکت درگیر در صنعت گردشگری ایران (خطوط هوایی ملی، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی) از نظر میزان

سازگاری آنها با کاربرد تجارت الکترونیک مورد ارزیابی قرار گرفت. براساس نتایج این پژوهش، الگوهای کسب و کار الکترونیکی گردشگری در ایران در مراحل اولیه سازگاری خود با تجارت الکترونیک قرار دارند و از وبسایت‌های خود تنها برای حضور اطلاعاتی در فضای اینترنت استفاده کرده و در مدیریت روابط مشتری، رزرو آنلاین و پرداخت دچار ضعف‌های اساسی هستند، طوری که بیشتر الگوهای مورد مطالعه فاقد رزرو آنلاین بوده و در صورت وجود نیز هنوز در زبان‌های مختلف ارائه نشده است. این مساله سبب گردیده تا تحقیق حاضر در جهت ارائه الگوی ابعاد جغرافیایی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران طراحی و اجرا گردد.

محدوده مورد مطالعه

محدوده تحقیق حاضر، کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت کشور ایران در سال ۱۳۹۸ است.

روش‌شناسی

این تحقیق از نظر هدف؛ توسعه‌ای و از لحاظ روش اجرا، از نوع توصیفی - پیمایشی است که در آن هم از روش‌های کمی (از جمله طراحی پرسشنامه برای اعتبارسنجی مدل مفهومی اولیه و به کارگیری فنون آماری کمی) و هم از روش‌های کیفی (از جمله مصاحبه‌های اکتشافی با خبرگان و کدگذاری) استفاده گردیده است. جامعه آماری تحقیق در بخش کیفی شامل خبرگان حوزه گردشگری سلامت و کسب و کارهای الکترونیکی بودند که در خصوص موضوع پژوهش، تجربه و آگاهی لازم داشتند. به منظور شناسایی این نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده گردید. این نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت پس از مصاحبه با ۱۴ این اشباع صورت گرفت. جامعه آماری این تحقیق در بخش کمی شامل خبرگان دانشگاهی، متخصصان حوزه کسب و کار، صاحبان شرکت‌های موفق در حوزه گردشگری سلامت و متخصصان حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات بود. بر حسب انتخاب هدفمند تعداد ۱۳۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق مشخص شدند. بدین صورت که ۴۰ نفر از خبرگان دانشگاهی، ۳۰ نفر از متخصصان حوزه کسب و کار، ۳۰ نفر از صاحبان شرکت‌های موفق در حوزه گردشگری سلامت و ۳۰ نفر متخصصان حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات بود. در پایان پس از پخش تمامی ۱۳۰ پرسشنامه در میان نمونه‌های تحقیق، ۱۱۷ پرسشنامه تکمیل شده و صحیح مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحقیق حاضر از روش‌های میدانی و کتابخانه‌ای جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. در قسمت کتابخانه‌ای با استفاده از بررسی مقالات و کتب موجود در حوزه تحقیق، به گردآوری و تهیه مبانی نظری تحقیق پرداخته شد. همچنین در قسمت میدانی تحقیق از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته (ضبط صدا و نکته برداری در هنگام مصاحبه، به جمع‌بندی مصاحبه) در بخش کیفی و پرسشنامه محقق ساخته در بخش کمی پژوهش جهت گردآوری اطلاعات تحقیق استفاده شد. پرسشنامه در بُعد جغرافیایی دارای ۱۳ سوال بود و سوالات بر اساس طیف پنج ارزشی لیکرت (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) طراحی گردید.

در این پژوهش برای اندازه‌گیری روایی محتوایی ابزار اندازه‌گیری، از نظر اساتید و متخصصان استفاده شد. در نتیجه اشکالات ساختاری آن شناسایی و اصلاحات لازم جهت برآورده ساختن روایی ظاهری صورت پذیرفت. در بخش کیفی تحقیق جهت بررسی روایی از قابلیت باورپذیری، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری استفاده گردید. بدین منظور تأیید فرایند پژوهش توسط هشت متخصص و همچنین استفاده از دو کدگذار جهت کدگذاری چند نمونه مصاحبه جهت کسب اطمینان از یکسانی دیدگاه کدگذاران صورت گرفت. برای بررسی انتقال‌پذیری از نظرات سه متخصص که در

پژوهش مشارکت نداشتند در ارتباط با یافته‌های پژوهش مورد مشورت قرار گرفتند. جهت بررسی قابلیت تأییدپذیری از ثبت و ضبط تمامی مصاحبه‌ها و بررسی آنان در زمان‌های مورد نیاز استفاده گردید. از روش آلفای کرونباخ نیز برای محاسبه پایایی پرسشنامه بهره گرفته شد. با توجه مقدار آلفای کرونباخ مربوط به هر متغیر و مقدار آلفای کلی که بیشتر از ۰/۷ بود، بنابراین تمامی متغیرها به طور مجزا و در مجموع از پایایی مناسب برخوردار است. در بخش کیفی تحقیق جهت بررسی پایایی، از کمیته‌های تخصصی استفاده گردید. بدین صورت که نظرات کمیته‌های تخصصی در خصوص اهداف مورد بررسی و با نظرات به دست آمده مورد بررسی قرار گرفت و با مقایسه یکسان بودن نتایج اولیه با نظرات کمیته تخصصی مورد تایید قرار گرفت. ضمناً کلیه روند تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق در نرم‌افزارهای SPSS و PLS انجام گردید.

یافته های پژوهش

وضعیت جنسیت نمونه‌های پژوهش حاضر شامل ۶۶/۴ درصد مرد و ۳۳/۳ درصد زن بود. شرایط سنی نمونه‌ها نشان داد که ۱۰/۳ درصد در رده سنی کمتر از ۴۰ سال، ۲۹/۰ درصد در رده سنی بین ۴۰-۵۰ سال و ۶۷/۷ درصد افراد در رده سنی بالاتر از ۵۰ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات نمونه تحت بررسی شامل ۱۵/۴ درصد کارشناسی و پایین‌تر، ۲۷/۴ درصد کارشناسی ارشد و ۵۷/۲ درصد دکتری بودند.

نتایج کدگذاری باز ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج کدگذاری باز ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران

مجموع	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	خبره
ابعاد جغرافیایی															
دسترسی تمامی مناطق جغرافیایی کشور به فناوری اطلاعات و ارتباطات	۱۲	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	
عدالت در قیمت گذاری بر حسب مناطق جغرافیایی کشور در ایران در حوزه گردشگری سلامت	۱۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
عدالت در توزیع منابع در حوزه گردشگری سلامت بر حسب مناطق جغرافیایی ایران	۱۲	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	
عدالت در تسریع فرایندهای مربوط به گردشگری سلامت بر حسب مناطق جغرافیایی ایران	۱۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	
بهبود زیرساخت های تمامی مناطق جغرافیایی فعال در حوزه گردشگری سلامت	۱۳	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	
ارتقا تسهیلات به مناطق محروم در جهت توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت	۱۲	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	
ارتقا سطح فنی منابع انسانی فعال در حوزه گردشگری سلامت در سراسر کشور	۱۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	

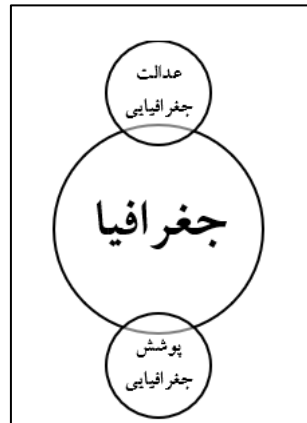
۹	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	ایجاد کسب و کارهای الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در تمامی مناطق و استان های ایران
۱۲	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	پوشش کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در تمامی مناطق کشور
۱۳	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	امکان بهره گیری از خدمات کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در سراسر کشور
۱۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	استفاده از ظرفیت های سراسر کشور در ترویج کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در ایران
۱۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	توجه به تفاوت های جغرافیایی در توسعه گردشگری سلامت در ایران
۱۲	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	معرفی ظرفیت های مختلف مناطق جغرافیایی ایران در حوزه گردشگری سلامت

پس از انجام کدگذاری باز در خصوص ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران، تعداد ۱۳ شاخص اولیه شناسایی شدند. جدول ۲ نتایج کدگذاری محوری انجام شده را نشان می‌دهد.

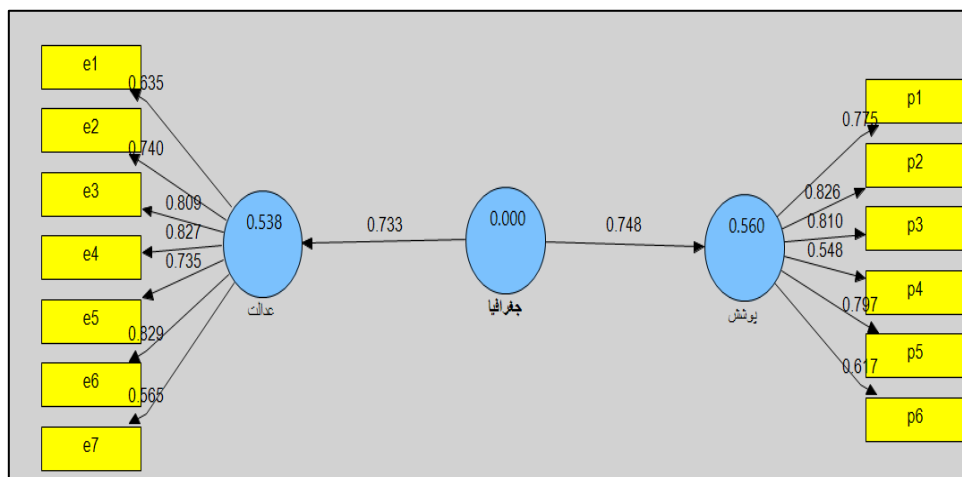
جدول ۲. کدگذاری محوری ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران

مفوله ها	ویژگی های استخراج شده
عدالت جغرافیایی	<ul style="list-style-type: none"> - دسترسی تمامی مناطق جغرافیایی کشور به فناوری اطلاعات و ارتباطات جهت بهره گیری از ظرفیت های کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران - عدالت در قیمت گذاری بر حسب مناطق جغرافیایی کشور در ایران در حوزه گردشگری سلامت - عدالت در توزیع منابع در حوزه گردشگری سلامت بر حسب مناطق جغرافیایی ایران - عدالت در تسریع فرایندهای مربوط به گردشگری سلامت بر حسب مناطق جغرافیایی ایران - بهبود زیرساخت های تمامی مناطق جغرافیایی فعال در حوزه گردشگری سلامت - ارتقا تسهیلات به مناطق محروم در جهت توسعه زیرساخت های گردشگری سلامت - ارتقا سطح فنی منابع انسانی فعال در حوزه گردشگری سلامت در سراسر کشور
پوشش جغرافیایی	<ul style="list-style-type: none"> - ایجاد کسب و کارهای الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در تمامی مناطق و استان های ایران - پوشش کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در تمامی مناطق کشور - امکان بهره گیری از خدمات کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت در سراسر کشور - استفاده از ظرفیت های سراسر کشور در ترویج کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران - توجه به تفاوت های جغرافیایی در توسعه گردشگری سلامت ایران - معرفی ظرفیت های مختلف مناطق جغرافیایی ایران در حوزه گردشگری سلامت

مطابق با جدول ۲، ابعاد جغرافیایی شناسایی شده در قالب ۲ دسته شامل عدالت جغرافیایی و پوشش جغرافیایی دسته‌بندی گردیدند. شکل ۱ نیز مدل مربوط به ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران را نشان می‌دهد.

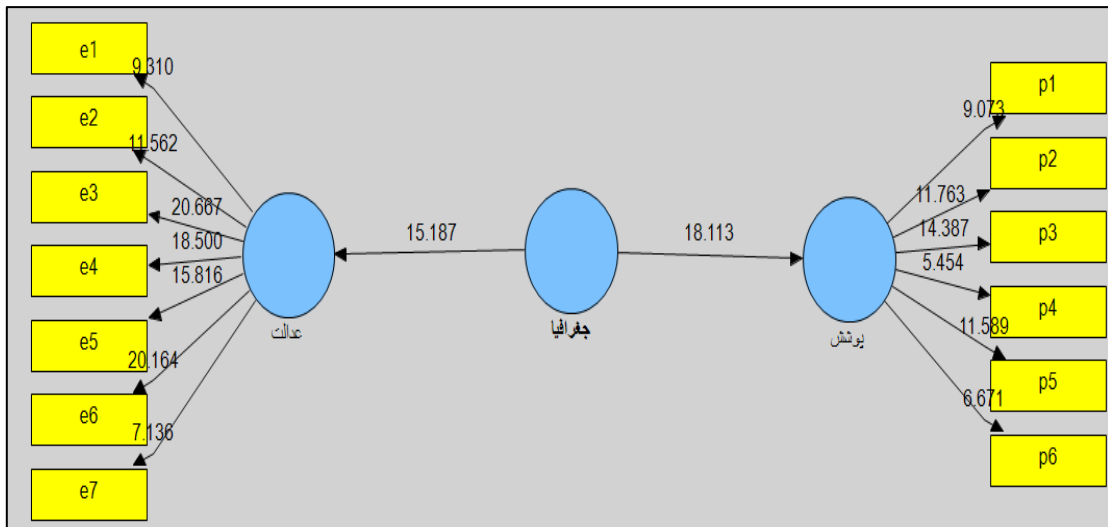


شکل ۱. مدل اولیه ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران به منظور ارائه مدل ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران از روش معادلات ساختاری استفاده گردید. شکل ۲ و ۳ مدل تحقیق در حالت بار عاملی و ضرایب t به نمایش گذاشته است.



شکل ۲. میزان بار عاملی مدل نهایی

مقدار بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار همبستگی شاخص‌های یک سازه با آن سازه محاسبه می‌شوند. همچنین مقادیر t و بارهای عاملی برای تمام سؤالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که تمام بارهای عاملی سؤالات پرسشنامه بیش‌تر از $0/4$ بوده است، بنابراین در حد قابل قبولی بودند.



شکل ۳. میزان شاخص t مدل نهایی

مقادیر t نیز برای تمام سؤالات بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده و از این رو، در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار هستند. جدول ۳. خلاصه مدل ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران

ابعاد	ضرب مسیر	مقدار T-VALUE
عدالت جغرافیایی	۰/۷۳۳	۱۵/۱۸۷
پوشش جغرافیایی	۰/۷۴۸	۱۸/۱۱۳

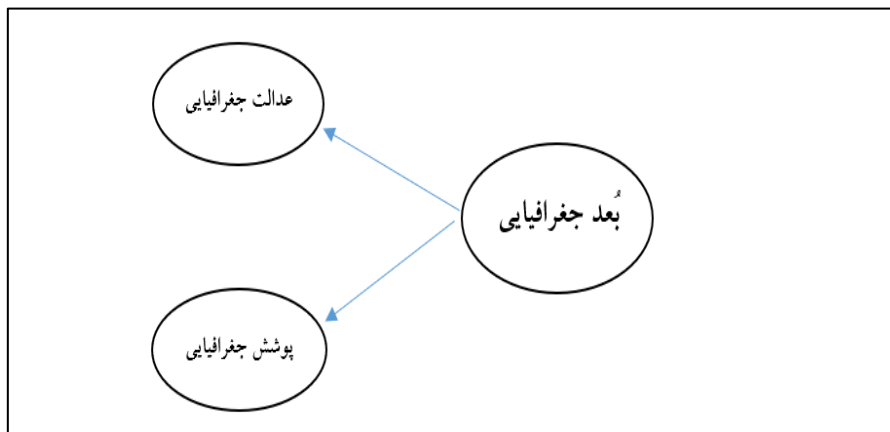
با توجه به جدول ۳، مقدار T-Value با توجه به اینکه همگی بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشند بنابراین در سطح ۰/۹۹، همه‌ی روابط در مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تمامی ابعاد شناسایی شده نقش معناداری در الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران دارد. جدول ۴ نتایج مربوط به آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به ابعاد جغرافیایی الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به ابعاد جغرافیایی

سطح مطلوب	پوشش جغرافیایی	عدالت جغرافیایی	آلفای کرونباخ
بالاتر از ۰/۷	۰/۸۶۳	۰/۸۰۷	آلفای کرونباخ
بالاتر از ۰/۷	۰/۸۹	۰/۸۴	پایایی ترکیبی (CV)
بالاتر از ۰/۴	۰/۴۶	۰/۴۳	روایی همگرا (AVE)
بالاتر از ۰/۳۲	۰/۴۴۳	۰/۴۰۹	GOF

با توجه به جدول ۴، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (CR) در محدوده مورد قبول واقع شده‌اند که نشان دهنده سازگاری درونی و پایداری درونی مناسب مدل اندازه‌گیری است. معیار دیگر برای ارزیابی الگو، روایی همگرا بود. هرچه این همبستگی بیش‌تر باشد، برازش الگوی اندازه‌گیری نیز بیشتر است. نتایج آماری در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج آزمون بار عرضی نشان دهنده روایی همگرای مناسب و برازش خوب مدل اندازه‌گیری می‌باشد.

برازش کلی مدل (GOF) در سطح مطلوب حاصل گردید. با توجه به نتایج کلی تحقیق، الگوی نهایی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران در شکل ۴ ارائه شده و مورد تایید قرار گرفته است.



شکل ۴. الگوی نهایی بعد جغرافیایی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران

نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، ارائه الگوی کسب و کار الکترونیک در حوزه گردشگری سلامت ایران بود. با توجه به مدل مفهومی طراحی شده، تدوین این الگو تحت تاثیر چهار بعد اصلی و بیست و یک مولفه (هدف) قرار دارد. با توجه به مقادیر t که برای تمام سؤالات بزرگتر از $1/96$ بوده، معنی دار بودن روابط تعیین گردید. در صورتی که ضرایب t بیش تر از $1/96$ باشد، نشان از صحت رابطه بین سازه‌ها و در نتیجه تأیید مسیرها در مدل پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. با توجه به نتایج، مقادیر t برای تمام سؤالات و روابط میان متغیرها بزرگتر از $1/96$ بوده و در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار هستند که نشان از تأیید مدل و روابط بین متغیرها دارد.

نتایج حاصل نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (CR) در محدوده مورد قبول واقع شده‌اند که نشان دهنده سازگاری درونی و پایداری درونی مناسب مدل اندازه‌گیری است. معیار دیگر که برای ارزیابی الگو مورد استفاده قرار گرفت، روایی همگرا بود کارشناسان معتقدند مقدار $0/4$ به بالا را برای روایی همگرا (AVE) کافی دانستند، بنابراین با توجه به نتایج، مناسب بودن روایی همگرا (AVE) مدل اندازه‌گیری تأیید می‌گردد (Wanner et al., 2006). نتایج آزمون بار عرضی نشان‌دهنده روایی و اگرایی نیز مناسب و برازش خوب مدل اندازه‌گیری بود. همچنین، برازش کلی مدل (GOF) در سطح مطلوبی قرار داشت.

با توجه به نتایج حاصل از تحقیق، الگوی درآمدی شناسایی شده در قالب ۲ دسته شامل عدالت جغرافیایی با ۷ مولفه و پوشش جغرافیایی با ۶ مولفه دسته بندی گردیدند. موارد مربوط به عدالت جغرافیایی شامل: «دسترسی تمامی مناطق جغرافیایی کشور به فناوری اطلاعات و ارتباطات»، «عدالت در قیمت گذاری بر حسب مناطق جغرافیایی»، «عدالت در توزیع منابع»، «عدالت در تسریع فرایندهای گردشگری سلامت بر حسب منطقه جغرافیایی»، «بهبود زیرساخت های تمامی مناطق جغرافیایی فعال در این حوزه»، «ارتقا تسهیلات به مناطق محروم» و «ارتقا سطح فنی منابع انسانی فعال در این حوزه» و موارد مربوط به پوشش جغرافیایی شامل: «ایجاد کسب و کارهای الکترونیک

در این حوزه در استان‌ها، «پوشش کسب و کار الکترونیک در این حوزه در کشور»، «امکان بهره‌گیری از خدمات کسب و کار الکترونیک در کشور»، «استفاده از ظرفیت‌های سراسر کشور برای ترویج کسب و کار الکترونیک این حوزه»، «توجه به تفاوت‌های جغرافیایی در توسعه گردشگری سلامت» و «معرفی ظرفیت‌های مختلف مناطق جغرافیایی ایران در این حوزه» بودند؛ که در تحقیقات مختلفی به این مساله اشاره شده است. از جمله تحقیقات (Wong, 2016)، (Görener, 2016)، (Pocock & Phua, 2011)، کیامهر و همکاران (۱۳۹۴) و عباسی و بابائی (۱۳۹۳) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد؛ که توجه به جنبه‌های جغرافیایی شامل تقسیم عادلانه منابع و همچنین پوشش گسترده فعالیت‌های گردشگری سلامت سبب می‌گردد تا فعالیت‌های مربوط به گردشگری سلامت از سوی کسب و کارهای الکترونیکی به صورت مدون‌تر دنبال گردد. از طرفی ابعاد جغرافیایی به واسطه استفاده از ظرفیت‌های تمام نقاط کشور در حوزه گردشگری سلامت سبب می‌گردد تا از پتانسیل‌های ایران در این حوزه استفاده لازم گردد.

پیشنهادات

بنابراین پیشنهاد می‌شود در توزیع منابع، امکانات و تجهیزات مرتبط با حوزه گردشگری سلامت در تمام مناطق جغرافیایی عدالت رعایت شده و همچنین با پوشش همه جانبه بر حسب مناطق مختلف جغرافیایی کشور، در توسعه این حوزه و ارتقاء سطح سلامت جامعه کمک شایانی نمود. لذا برنامه‌ریزان و مسئولان حوزه گردشگری سلامت می‌توانند با اتکا به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه در این زمینه شرایط مناسب توسعه را بیش از پیش فراهم آورند. این الگو می‌تواند برای تدوین بهتر و قوی‌تر راهبردهای مرتبط با حوزه گردشگری سلامت در اقصی نقاط کشور به عنوان دستور کار قرار گیرد.

منابع

- آسمانه، زهرا؛ امامقلی پور، سارا. (۱۳۹۳). وضعیت کشورهای آسیایی موفق در گردشگری سلامت (با بررسی وضعیت ایران). اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار، تهران، موسسه ایرانیان، قطب علمی برنامه ریزی و توسعه پایدار گردشگری دانشگاه تهران.
- تقی زاده، زهرا؛ نوری، غلامرضا؛ شیرانی، زیبا. (۱۳۹۰). نقش ایران در گردشگری درمانی جهان اسلام با تأکید بر طبیعت درمانی: کارکردها، چالش‌ها و راهکارها. اولین همایش بین‌المللی مدیریت گردشگری و توسعه پایدار، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- جعفری، حسن؛ بختیاری، الهام؛ کشتکار، مینا. (۱۳۹۰). گردشگری پزشکی و اهمیت آن در نظام سلامت ایران، اولین همایش بین‌المللی مدیریت گردشگری و توسعه پایدار، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- عباسی، بیژن؛ بابائی همتی، روشن. (۱۳۹۳). راه‌کارهای توسعه گردشگری سلامت در ایران. اولین کنفرانس ملی جغرافیا، گردشگری، منابع طبیعی و توسعه پایدار، تهران، موسسه ایرانیان، قطب علمی برنامه ریزی و توسعه پایدار گردشگری دانشگاه تهران.
- کیامهر، رامین؛ پیری، عیسی؛ تنگستانی زاده، نازنین. (۱۳۹۴). بررسی گردشگری پزشکی و چالش‌های پیش رو مورد مطالعه شهر شیراز، اولین کنفرانس بین‌المللی علوم.

کمالی، مهدی؛ آسایش، حمید. (۱۳۹۸). تعیین عوامل موثر بر تقاضای گردشگری سلامت خارجی در مناطق مختلف ایران، فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۱۰ (۱-۲)، ۶۵۹-۶۷۸.

حسینی نژاد، سیدرامین؛ دریاباری، سید جمال الدین. (۱۳۹۵). بررسی نقش گردشگری در توسعه پایدار منطقه‌ای (نمونه موردی: گردشگری سلامت استان اردبیل). فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۶ (۳)، ۵۵-۶۳.

کرمی، زین العابدین؛ لطفی، حیدر؛ ناصری منش، علی. (۱۳۹۷). برنامه‌ریزی توسعه گردشگری در ایران با تاکید بر توسعه جزایر خلیج فارس؛ جزیره قشم، فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۸ (۴)، ۳۶۹-۳۹۳.

موقرپاک، علی؛ قربانی، فاطمه. (۱۳۹۷). جایگاه گردشگری در امنیت ملی و روند توسعه کشورها (مطالعه موردی: کشور ایران). نشریه جغرافیایی فضای گردشگری، ۷ (۲۶)، ۱-۲۵.

Görener, A. (2016). A SWOT-AHP Approach for Assessment of Medical Tourism Sector in Turkey. *Alphanumeric Journal*, 4(2), 491- 515.

Hall, C. M. (Ed.). (2013). Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility, *Routledge*, 33, 189- 197.

Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7(1), 12 .

Wong, L. Y. (2016). *Development of a holistic internet marketing strategy framework (IMSF) in promoting medical tourism industry (MTI) in Malaysia*, Doctoral dissertation, Universiti Tun Hussein Onn Malaysia.

Wanner, G.A., Ertel, W., Müller, P., Höfer, Y., Leiderer, R., Menger, M.D., Messmer, K. (1996). Liver ischemia and reperfusion induces a systemic inflammatory response through Kupffer cell activation. *Shock, Augusta Ga.*, 5(1):34-40.