فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

# شناسایی شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی با رویکرد فازی

## مورد مطالعه: شهر اردبیل

باقر عسگرنژاد نوری[۱]، ولی نعمتی[۲]، سمیه صائب‌نیا[۳]، زهرا عبدالرحیمی[۴]

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۷/۱۱/۲۵
**تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۸/۰۶/۲۷

**چکیده**

کیفیت خدمات اهمیت بسزایی در جذب گردشگران به‌ویژه درزمینه گردشگری پزشکی دارد. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که درزمینه کیفیت خدمات گردشگری پزشکی خلأ پژوهشی چشمگیری وجود دارد. هدف اصلی پژوهش پیش رو شناسایی شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی به روش فازی است. در این راستا سه شکاف بررسی شده است: ۱. شکاف بین ادراکات مدیران مراکز درمانی از انتظارات بیماران و انتظارات بیماران، ۲. شکاف بین ادراکات مدیران مراکز درمانی از انتظارات بیماران و مشخصات واقعی کیفیت خدمات و ۳. شکاف بین انتظارات بیماران و ادراکات بیماران. جامعه آماری دربردارندهٔ تمامی گردشگران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل و کلیه پزشکان و متخصصان، دندان‌پزشکان، داروسازان و کارشناسان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی در شهر اردبیل است. با بهره‌گیری از فرمول کوکران، ۳۸۴ بیمار آذربایجانی و ۱۰۰ نفر از کارکنان مراکز درمانی برای نمونه انتخاب شده‌اند. مؤلفه‌های پژوهش با پرسش‌نامه استاندارد پادما و همکاران اندازه‌گیری شده و روایی آن به‌صورت محتوایی و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شده است. آزمون شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی براساس روش فازی صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که بین ادراکات مدیران مراکز درمانی و انتظارات بیماران شکاف وجود دارد. همچنین شکاف در بین ادراکات مدیران مراکز درمانی از انتظارات بیماران و مشخصات واقعی کیفیت خدمات تأیید شده است. درنهایت، نتایج نشان‌دهندهٔ شکاف در بین انتظارات بیماران و ادراکات بیماران بوده است. بنابراین هر سه فرضیه پژوهش تأیید شده است. نتایج این پژوهش و شناسایی شکاف‌های کیفیت خدمات راهکارهایی را برای تعدیل این شکاف‌ها ارائه می‌دهد و از خروج گردشگران پزشکی جلوگیری می‌کند و طبیعتاً این‌گونه از گردشگری را به‌ویژه در استان اردبیل به‌منزله یکی از قطب‌های اصلی گردشگری پزشکی کشور گسترش می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:**
گردشگری پزشکی، کیفیت خدمات، شکاف کیفیت خدمات، روش فازی

### مقدمه

گردشگری یکی از بزرگ‌ترین صنایع رقابتی جهان است و گردشگری پزشکی، به‌منزله یکی از شاخه‌های اصلی گردشگری با تمرکز بر بهداشت و مراقبت از سلامتی، به‌سرعت درحال توسعه است (Nilashi et al., 2019). گردشگری پزشکی نوعی مسافرت به خارج از منطقه سکونت بیمار است و فقط با هدف دسترسی به خدمات پزشکی صورت می‌گیرد که سفرهای بین‌المللی را نیز دربر می‌گیرد (Ryan et al, 2019). گردشگری پزشکی نمایانگر بازار درحال رشد مراقبت‌های بهداشتی است و این گروه از مسافران چالش‌های بی‌نظیری را برای بهداشت عمومی و داروهای بالینی به‌وجود می‌آورند (Gaines & Lee, 2019).

۱. نویسندهٔ مسئول: دانشیار مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (asgarnezhad.research@uma.ac.ir)؛
۲. دانشجوی دکتری مدیریت جهانگردی دانشگاه علامه طباطبائی و عضو هیئت علمی گروه مدیریت دولتی و جهانگردی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۳. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی و غیردولتی نوین، اردبیل، ایران.
۴. کارشناس ارشد مدیریت جهانگردی، گروه مدیریت دولتی و جهانگردی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

امروزه مردم برای بهره‌مندی از مراقبت‌های پزشکی و جراحی به کشورهای خارجی سفر می‌کنند، زیرا این امکانات در کشورشان در دسترس نیست یا هزینهٔ زیاد و یا زمان انتظار طولانی دارد (Pashley, 2012). ازاین‌رو گردشگری پزشکی امروزه از روبه‌رشدترین بخش‌های صنعت گردشگری جهان است (شعبانی و طالقانی، ۱۳۹۲). بنابر گزارش گروه تحقیقات و بازاریابی گردشگری، هرساله ۳۷میلیون سفر مرتبط با سلامت، با درآمد ۳۳میلیارد یورویی، صورت می‌گیرد (Khan & Alam, 2014).

ایران نیز، در میان کشورهای درحال توسعه، ازجمله مقاصد گردشگری به‌شمار می‌رود که ظرفیت بالقوهٔ بسیاری در این زمینه دارد. براساس آمار اعلام‌شده از سوی معاونت گردشگری سازمان میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری، در سال ۲۰۱۲ میلادی بیش از ۲۰۰هزار گردشگر با هدف گردشگری سلامت به ایران سفر کرده‌اند. ازآنجاکه براساس اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر گردشگری که با هدف گردشگری سلامت به ایران سفر می‌کند بیش از پنج هزار دلار هزینه می‌کند، از محل ورود این تعداد گردشگر بیش از یک میلیارد دلار درآمد وارد چرخه اقتصادی ایران شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۲). آمارهای موجود نشان می‌دهد که سهم ایران در جلب گردشگران خارجی، با توجه به وجود منابع و جاذبه‌های گردشگری، بسیار ناچیز است. ازاین‌رو، جذب گردشگر نیازمند توسعه صنعت گردشگری و توجه به کیفیت خدمات ارائه‌شده به گردشگران در کشور است (مافی و سقایی، ۱۳۸۸؛ حسینی و سازور، ۱۳۹۰). ایران طی یک دهه گذشته پیشرفتی ۲۰ تا ۲۵ درصدی در حوزهٔ گردشگری سلامت داشته است. گردشگران سلامت ورودی به ایران بیشتر از کشورهای آذربایجان، عراق، ترکمنستان، افغانستان، کویت، سوریه، لبنان، بحرین، عربستان و ترکیه هستند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی از مؤلفه‌های مؤثر بر رشد مقاصد گردشگری کیفیت خدمات است که زمینه جذب گردشگران را فراهم می‌آورد (پناهی و همکاران، ۱۳۹۴). در طی چند دهه گذشته کیفیت خدمت، به علت تأثیر در عملکرد کسب‌وکار، کاهش هزینه، خشنودی و وفاداری مشتری و سودآوری، توجه مدیران و پژوهشگران را به خود جلب کرده است (فلاح تفتی و حیدری کوشکنو، ۱۳۹۸). با وجود گذشت زمان زیاد از طرح موضوع کیفیت خدمات و شیوه‌های سنجش و ارزیابی آن، نه‌تنها توجه به این موضوع مهم کاهش نیافته است، بلکه به علت اهمیت فزایندهٔ خدمات در اقتصاد کشورها اهمیت آن دوچندان شده است (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۶). به‌طورقطع جلب رضایت گردشگران و ایجاد انگیزه در آن‌ها برای بازدید مجدد در گرو ارائه خدمات با کیفیت بالاست. هرچه در مقصد گردشگری، کیفیت تسهیلات مطلوب‌تر، میزان دسترسی به امکانات آسان‌تر و تصویر ذهنی از امکانات و تسهیلات مقصد با آنچه در واقعیت اتفاق می‌افتد مطابقت بیشتری داشته باشد، به همان اندازه رضایت گردشگر از بازدید مقصد گردشگری افزایش خواهد یافت (پناهی و همکاران، ۱۳۹۴). رضایتمندی گردشگران یکی از مهم‌ترین عوامل رقابتی و بهترین شاخص برای تضمین رشد سودهای آتی به‌شمار می‌رود و میزان رضایت گردشگران معیاری مهم برای سنجش کیفیت کار قلمداد می‌شود. هر اندازه رضایت گردشگر و توقعات و انتظارات گردشگران تأمین شود، به همان مقدار جذب گردشگر و توسعه گردشگری را در پی دارد (عینالی و همکاران، ۱۳۹۶).

کیفیت خدمات مقایسه آنچه مشتری احساس می‌کند باید باشد (انتظارات) با آن چیزی است که دریافت کرده است (ادراکات (عجم و همکاران، ۱۳۹۲). اگر عملکرد خدماتی از سطح مطلوب آن‌ها بالاتر باشد، شگفتی گردشگران را در پی دارد و قطعاً کیفیت آن را عالی تلقی می‌کنند. اگر عرضه خدمات در دامنه تحمل‌پذیری مشتریان جای داشته باشد، آن را رضایت‌بخش می‌دانند. اما اگر کیفیت واقعی را پایین‌تر از سطح رضایت‌بخش بدانند، بین عملکرد عرضه‌کنندهٔ خدمات و انتظارات مشتری شکاف کیفیت ایجاد می‌شود ازجمله کانو، بی‌اس‌کیو، سیسترا-اس‌کیو و پی‌سی‌پی. پاراسورامان و همکاران در ۱۹۸۸ با اصلاح مدل‌های پیشین به مدلی به نام سروکوال دست یافتند (Padma et al., 2009). براساس مدل کیفیت خدمات سروکوال، مصرف‌کننده کیفیت تجربهٔ خدمات را نتیجه تفاوت (شکاف) بین خدمات موردانتظار

فصلنامه علمی «پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

و درک‌شده ارزیابی می‌کند. این مدل، ازطریق شناسایی پنج اختلاف بین عناصر ساختار اصلی به‌منزله شکاف کیفیت، به تجزیه‌وتحلیل منابع احتمالی مشکلات کیفیت کمک می‌کند. در نتیجه نبود انطباق در فرایند مدیریت کیفیت، پنج شکاف کیفیت وجود دارد که به ترتیب عبارت‌اند از:

۱. شکاف ادراک مدیریت: ادراک مدیران از انتظارات مشتریان ممکن است با نیازها و خواسته‌های واقعی مشتریان متفاوت باشد، با اشاره به این‌که مدیریت انتظارات کیفیت را نادرست درک می‌کند.

۲. شکاف کیفیت مشخصات: تفاوت در ویژگی‌های کیفیت خدمات ممکن است نشان دهد که حتی اگر نیازهای مشتری شناخته شده باشند، ممکن است به مشخصات خدمات مناسب تبدیل نشوند.

۳. شکاف ارائه خدمات: شکاف عملکرد خدمات اشاره‌شده است و نشان می‌دهد که مشخصات کیفیت با عملکرد در فرایند تولید و ارائه خدمات مطابقت ندارد.

۴. شکاف ارتباطات بازار: شکافی بین خدمت ارائه‌شده و ارتباطات بازار است.

۵. شکاف کیفیت خدمات درک‌شده: این شکاف زمانی ایجاد می‌شود که خدمات درک‌شده کمتر از انتظارات مشتریان باشد. به گفته بروگویکز و همکاران (۱۹۹۰) این شکاف مهم‌ترین شکاف است، زیرا ارائه خدمات واقعی را با خدمات درک‌شده مقایسه می‌کند (Ingram & Daskalakis, 1999). در این پژوهش به شناسایی سه شکاف ۱، ۲ و ۵ پرداخته می‌شود؛ زیرا این سه شکاف بر انتظارات مشتریان و ادراکات مدیران از کیفیت خدمات تمرکز دارد.

در سال‌های اخیر، توجه به نیازهای گردشگران و پاسخ‌گویی به خواسته‌های آنان در بخش خدمات یکی از اصلی‌ترین و ضروری‌ترین وظایف یا اهداف هر مقصد گردشگری شده است (Clemes et al., 2011؛ حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۶). استان اردبیل نیز، به‌واسطهٔ داشتن موقعیت خاص جغرافیایی، این قابلیت را دارد که به‌عنوان یکی از قطب‌های مهم گردشگری پزشکی در جهان مطرح شود؛ زیرا مواهب طبیعی نظیر چشمه‌های آب‌گرم و آب‌های معدنی بهترین راه درمان برای بسیاری از بیماری‌ها است (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۱). این استان، به علت هم‌مرزی با کشور آذربایجان از سمت شمال، سالانه پذیرای گردشگران پزشکی بی‌شماری است که به علت کمبود یا فقدان تجهیزات بیمارستانی کافی، کمبود پزشکان حاذق و هزینه‌های زیاد در کشور متبوع خود، برای درمان به استان اردبیل سفر می‌کنند (تقی‌زاده، ۱۳۹۱). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که خلأ پژوهشی قابل توجهی در زمینه کیفیت خدمات گردشگری پزشکی وجود دارد. در پژوهش‌های پیشین بیشتر به بررسی تأثیر کیفیت خدمات گردشگری در وفاداری و رضایت پرداخته شده است و توجه کافی دربارهٔ شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی مشاهده نمی‌شود. برای مثال، حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی تأثیر کیفیت خدمات گردشگری در وفاداری به مقصد گردشگری با توجه به نقش میانجی تصویر ذهنی از مقصد گردشگری و رضایت گردشگران پرداختند و نشان دادند که کیفیت خدمات گردشگری در رضایت و تصویر ذهنی گردشگری و همچنین تصویر ذهنی در رضایت و وفاداری و رضایت در وفاداری به مقصد گردشگری تأثیر می‌گذارد. همچنین علی‌خواه (۱۳۹۴) به بررسی کیفیت خدمات گردشگری مقصد در چارچوب رضایت گردشگر با استفاده از مدل سروکوال پرداخت. وی نشان داد شاخص‌هایی که اثرگذار بر میزان رضایت در پنج بعد شواهد فیزیکی و ملموس، اعتبار، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری، همدلی درنظر گرفته شده‌اند، از عوامل تعیین‌کنندهٔ مؤثر بر ادراکات و انتظارات گردشگر از کیفیت خدمات و ترجیحات او و بازگشت مجدد او به مقصد گردشگری است. پناهی و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی تأثیر کیفیت خدمات در رضایت گردشگران پرداختند و نشان دادند که متغیرهای تسهیلات، دسترسی و تصویر ذهنی از مقصد به ترتیب بیشترین تأثیر را در رضایت گردشگران داشته‌اند. نیلاشی و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی عوامل مؤثر بر تصویب گردشگری پزشکی در مالزی پرداختند و نشان دادند که عوامل انسانی و فنّاوری مهم‌ترین عوامل برای پذیرش گردشگری پزشکی در مالزی است. سوس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تأثیرات درک‌شده از توسعه گردشگری پزشکی در رفاه جامعه پرداختند و نشان دادند که هرچه عملکرد اقتصادی گردشگری پزشکی بیشتر باشد، تأثیر گردشگری پزشکی در رفاه جامعه بهتر درک می‌شود.

با توجه به توضیحات ارائه‌شده، مسئله اصلی این پژوهش شناسایی علل رضایت یا نارضایتی گردشگران از وضعیت گردشگری پزشکی در شهر اردبیل، با بررسی شکاف خدمات و شکاف آگاهی و شکاف معیار، با توجه به مدل تخصصی کیفیت خدمات گردشگری پزشکی پادما و همکاران (۲۰۰۹)

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

است. در این پژوهش، با شناسایی این شکاف‌ها، راهکارهایی برای تعدیل آن‌ها ارائه می‌شود و به جلوگیری از خروج گردشگران پزشکی و طبیعتاً توسعه این گونه گردشگری در استان اردبیل منجر می‌شود

## مروری بر ادبیات موضوع

### کیفیت خدمات گردشگری

کیفیت خدمات یکی از زمینه‌های حیاتی رضایت و ارزش درک‌شده و پیش‌بینی‌کنندهٔ خوبی برای اهداف خرید مجدد است (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۶). خدمات گردشگری محصولی است که کیفیت آن بستگی به جنبه‌هایی دارد که ویژگی‌های ذاتی فعالیت‌های مرتبط با این نوع از خدمات دانسته می‌شود. فعالیت‌هایی که از ورود گردشگران تا خروج آن‌ها انجام می‌شود. به‌طورکلی، کیفیت خدمات در گردشگری شامل اطمینان از امنیت خدمت به‌منزله عاملی اساسی است. کیفیت در خدمات رویکردی حرفه‌ای به انجام عمل مطلوب در برآوردن انتظارات گردشگران در طول زمان است (Narayan et al., 2008). در حوزهٔ بهداشت و درمان، هیچ درک مشترکی از این‌که چه کسی نقش اصلی را در شناسایی کیفیت خدمات ایفا می‌کند وجود ندارد. تمرکز اصلی باید بر روی بیماران باشد که مشتریان این حوزه هستند؛ زیرا آن‌ها می‌توانند «حلقه مصرف» را ترک کنند، درحالی‌که حضور آن‌ها در عملکرد سازمان ضروری است. همچنین در مطالعه اُکانر و همکاران (۱۹۹۴) دیدگاه بیماران «شاخص معنی‌دار کیفیت خدمات بهداشتی» تعریف شده است و چشم‌انداز حیاتی را به تصویر می‌کشد. مفهوم دیگر در تمرکز کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی را سایور و همکاران (۲۰۰۹) ارائه کردند. ازنظر آن‌ها ویژگی‌های کیفیت را باید بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی متقابلاً بشناسند، زیرا هر دوی آن‌ها نگرش ارزشمندی در خصوص ویژگی‌هایی دارند که کیفیت را در بیمارستان‌ها شکل می‌دهد.

### مدل‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی

ادبیات موضوع کیفیت خدمات درزمینه تعاریف، مدل‌ها و مسائل اندازه‌گیری بسیار غنی است. پژوهشگران متعددی موضوعات را با دیدگاه‌های مختلف و با روش‌های متفاوت بررسی کرده‌اند که در ادامه این بخش به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. اسمیت و فورگیون (۲۰۰۷) مدلی دومرحله‌ای برای نشان‌دادن عوامل مؤثر بر تصمیم بیمار دربارهٔ یافتن خدمات بهداشتی و درمانی در خارج از کشور ارائه کرده‌اند. مدل آن‌ها بیان می‌کند که هیچ عامل غالبی در چنین تصمیمی تأثیرگذار نیست، بلکه همه عوامل به نظر تأثیر یکسانی دارند. در مرحله اول مدل، عوامل تأثیرگذار در انتخاب مقصد شناسایی شده و در مرحله دوم، عوامل تأثیرگذار در انتخاب تسهیلات بهداشتی درمانی ارزیابی شده‌اند (Heung et al., 2010). کابالرو دنل و موگومبا (۲۰۰۷)، برای درک بهتر وضعیت موجود گردشگری پزشکی، طرحی برای ثبت تمام اطلاعات جمع‌آوری‌شده از رسانه الکترونیکی، روزنامه‌ها، نشریات، مجلات و مطالب علمی ارائه کردند (Ibid). آن‌ها مدلی را پیشنهاد کردند که سه کانال توزیع را شناسایی و دسته‌بندی می‌کند و مشتریان را به مقاصد هدایت می‌کند: اپراتورها، نمایندگان در بازارهای مصرف‌کنندهٔ هدف و تبلیغات دهان‌به‌دهان (Ibid). یون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعات خود انگیزه‌ها و موانع گردشگری پزشکی را در میان چنین گردشگران بالقوه‌ای در هنگ کنگ بررسی کردند. آن‌ها رویکرد مطالعه موردی را اتخاذ کردند و به نظریه انگیزشی جاذبه و دافعه پرداختند و چارچوبی از انگیزهٔ گردشگران پزشکی را ارائه دادند (Ibid). علاوه بر مطالعات انجام‌شده، ازجمله مدل‌هایی که به‌صورت تخصصی به معرفی معیارهایی برای سنجش کیفیت خدمات پزشکی و درمانی می‌پردازد، پادما و همکاران (۲۰۰۹) مدلی را ارائه کردند که جنبه‌های مربوط به چارچوب MBNQA و JCI را به‌منظور اندازه‌گیری ابعاد کیفیت خدمات از منظر بیماران و مدیران پذیرفته است؛ بنابراین چارچوبی توسعه‌یافته و جامع است و این قابلیت را دارد که از سوی مراکز درمانی و بهداشتی در اندازه‌گیری و نظارت بر کیفیت درک خدمات از دیدگاه مشتریان پذیرفته شود. این مدل، با شناسایی شباهت‌ها و تفاوت‌ها در ترجیحات دوگروه مشتری یعنی بیماران و همراهان، به ارائه‌دهندگان خدمات در تصمیم‌گیری‌های راهبردی کمک کند. پنج شکاف کیفیت نتیجه نبود انطباق در فرایند مدیریت کیفیت است: ۱. شکاف ادراک مدیریت: تفاوت بین آنچه مشتری انتظار دارد و آنچه مدیریت دربارهٔ انتظارات مشتری گمان می‌کند (درک می‌کند). ادراک مدیران از انتظارات مشتریان ممکن است با نیازها و خواسته‌های واقعی مشتریان متفاوت باشد؛ با اشاره به این‌که مدیریت انتظارات کیفیت را نادرست درک می‌کند. ۲. شکاف

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

کیفیت مشخصات: تفاوت بین ادراکات مدیریت از آنچه مشتریان انتظار دارند و مشخصات خدماتی که مدیریت به هنگام تشریح کارهای ضروری در ارائه کیفیت خدمات به آن می‌پردازد. تفاوت در ویژگی‌های کیفیت خدمات ممکن است نشان دهد که حتی اگر نیازهای مشتری شناخته‌شده باشند، ممکن است به مشخصات خدمات مناسب تبدیل نشوند. ۳. شکاف ارائه خدمات: این شکاف ناشی از نبود انطباق بین مشخصات ارائهٔ خدمات درخواست‌شده از سوی مدیریت و خدماتی واقعی است که کارکنان خط‌مقدم ارائه می‌دهند. این به‌منزله شکاف عملکرد خدمات اشاره می‌شود و نشان می‌دهد که مشخصات کیفیت با عملکرد در فرایند تولید و ارائه خدمات مطابقت ندارد. ۴. شکاف ارتباطات بازار: شکافی است بین ارائه تجربه به مشتری و آنچه به مشتری وعده داده شده است. این شکاف نشان می‌دهد که وعده‌های داده‌شده ازطریق فعالیت‌های ارتباطی بازار با خدمات ارائه‌شده سازگار نیست. ۵. شکاف کیفیت خدمات درک‌شده: این شکاف تفاوت کلی بین خدمات موردانتظار و خدمات درک‌شده و تجربه‌شده است. این شکاف زمانی ایجاد می‌شود که خدمات درک‌شده کمتر از انتظارات مشتریان باشد.

در این پژوهش از مدل مفهومی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی پادما و همکاران (۲۰۰۹)، با اندکی ویرایش، برای به‌کارگیری در مراکز بهداشتی و درمانی شهر اردبیل (اعم از بیمارستان‌ها، مطب‌ها، درمانگاه‌ها و...) و بدون تغییر ساختار اصلی استفاده شده است.

## مدل مفهومی و بیان فرضیه‌ها

در هر رویارویی خدماتی، جلوگیری از ایجاد شکاف و کنترل شکاف‌های خدماتی به مؤسسه کمک می‌کند تا شهرت و اعتبار خود را درزمینه کیفیت خدمات ارتقا بخشد. (لاولاک و رایت، ۱۳۸۵). پاراسورامان و همکاران (۱۹۸۸) مدل پیشین خود را اصلاح کردند و به مدلی به نام سروکوال دست یافتند (Padma et al., 2009) که مشتریان، به‌منزله معیار، از ابعاد پنج‌گانه آن استفاده می‌کنند. توجه به شکاف خدماتی اهمیت خاصی دارد، زیرا ارزیابی کلی مشتری را از خدمات نشان می‌دهد. هدف نهایی از ارتقای کیفیت خدمات کاهش این شکاف تا اندازهٔ ممکن است. این مدل، ازطریق شناسایی پنج اختلاف بین عوامل ساختار اصلی به‌منزله شکاف کیفیت، به تجزیه‌وتحلیل منابع احتمالی مشکلات کیفیت کمک می‌کند.

براساس یافته‌های پژوهش کیم و همکاران (۲۰۱۷)، عوامل اندازه‌گیری‌شده از عملکرد پزشک و فرایندهای کیفیت خدمات تأثیر مثبتی بر اثربخشی درمان دارند. تأثیرات امکانات و محیط به‌طور مستقیم بر میزان رضایتمندی افراد در رویارویی‌های خدمات پزشکی بین‌فردی تأثیر دارد، درحالی‌که اثربخشی درمان در رضایت از کیفیت خدمات پزشکی تأثیر مثبت می‌گذارد. بااین‌حال، اثربخشی درمان تأثیر بیشتری در رضایتمندی از امکانات و محیط دارد و به‌طور غیرمستقیم در رضایتمندی اثر غیرمستقیم و در قصد بازگشت اثر مستقیم می‌گذارد. اثربخشی درمان و رضایت هر دو در قصد بازگشت مجدد تأثیر مثبت می‌گذارند. غلامی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که سطح کیفیت خدمات دریافتی در حد انتظارات گردشگران نبوده است. حسنی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود به سنجش شکاف کیفیت خدمات بیمارستانی از دیدگاه بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی قزوین پرداختند و نشان دادند که بین انتظارات و ادراکات بیماران در کلیه ابعاد کیفیت ارتباط معنی‌داری برقرار است. توشمال و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بین شناخت مدیران از ادراکات و انتظارات بیماران و ادراکات و انتظارات واقعی آن‌ها تناسبی وجود ندارد و این امر موجب صدمه‌دیدن کیفیت خدمات می‌شود. رنجبر عزت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که بین کیفیت موردانتظار و کیفیت ادراک‌شدهٔ بیماران از خدمات بیمارستانی شکاف وجود دارد. سوس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گردشگری پزشکی در رفاه جامعه و رضایت مشتری تأثیری مثبت و معنی‌دار می‌گذارد. آبوسی و آتینگا (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که توقعات بیمار در طی درمان پزشکی برآورده نشده است. کیفیت خدمات ادراک‌شده برای همه متغیرها پایین‌تر از انتظارات ارزیابی شده است. اختلاف میانگین بین ادراکات و انتظارات ازلحاظ آماری معنی‌دار بوده است. هو و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به تحلیل شکاف فازی برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات گردشگری پزشکی در تایوان پرداختند و نشان دادند پنج مورد حیاتی خدمات که سبب افزایش کیفیت خدمات گردشگری پزشکی در تایوان می‌شوند عبارت‌اند از:

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

توانایی ارائه‌کنندهٔ خدمات در ارائه مطمئن و درست خدمات گردشگری پزشکی تعهدشده؛ امکانات ارائه‌دهندهٔ خدمات درخصوص خدمات ارائه‌شده؛ رفتار صمیمی و مؤدبانه ارائه‌دهندهٔ خدمات که به ایجاد احساس اعتماد در مشتری منجر می‌شود؛ توانایی حرفه‌ای پرسنل پزشکی (پرستاری) در بیمارستان و قابلیت اطمینان ارائه‌دهندهٔ خدمات. در پژوهش شکوهیار و همکاران (۱۳۹۴)،کلیه ابعاد مؤثر بر کیفیت خدمات با شکاف منفی و نارضایتی در بین بیماران وجود داشت. همچنین، از دیدگاه خبرگان حوزهٔ پژوهش، از میان ابعاد مدل سروکوال، بعد پایایی بیشترین و بعد همدلی و دسترسی کمترین اهمیت را داشتند. چزاریو (۲۰۱۸) نشان داد که گردشگری پزشکی هر دو شرایط فرصت و چالش را برای پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی فراهم می‌آورد. سوس و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که نگرش دربارهٔ گردشگری پزشکی و رضایت کلی جامعه تأثیر پذیرفته‌شدهٔ گردشگری پزشکی در سلامت جامعه را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. درنهایت، سلامت جامعه به‌طور مثبت در تمایل ساکنان به پرداخت مالیات بیشتر و حمایت از توسعه گردشگری پزشکی تأثیرگذار بود. راثی و همکاران (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که مقایسه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با انتظارات و ادراکات نشان می‌دهد که مشتریان از بیمارستان‌های خصوصی انتظارات بیشتری دارند و همچنین درک بیمارستان‌های خصوصی بیشتر است. همچنین مشخص شد که تفاوت بین ادراکات در دو نوع بیمارستان در مقایسه با انتظارات بالاتر است که نشان می‌دهد سطح درک برای هر دو نوع بیمارستان بسیار مشابه انتظارات است. وو و شوارتز (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که دو ویژگی مهم کیفیت و قیمت در گردشگری پزشکی که در یافته‌ها مشخص شده در ادبیات مربوط به ادراکات خودگردشگران نیز یافت می‌شوند. این دو ویژگی ارزیابی مشتری از ارزش محصول را تعیین می‌کند. کیفیت بیشتر و قیمت نازل‌تر به ارزیابی بهتر از ارزش و به‌تبع آن رضایت بیشتر می‌انجامد. عزیز و همکاران (۲۰۱۵) و پادما و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود نشان دادند که ارائه‌دهندگان خدمات بیمارستانی باید نیازهای بیماران و همراهان آنان را برای ایجاد دیدگاهی کل‌نگر از خدمات درک کنند.

با توجه به توضیحات ارائه‌شده، فرضیه‌ها به این شرح بیان می‌شود:

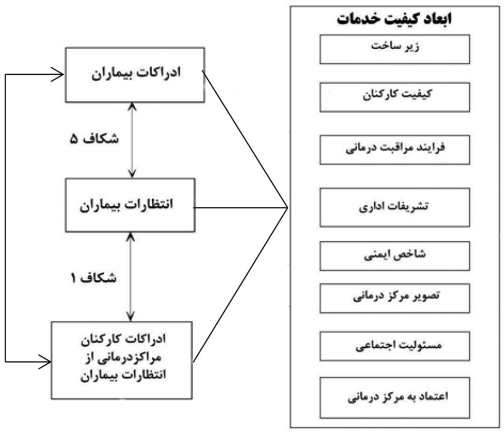
فرضیه اول: بین ادراک مشتری و انتظارات مشتری از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد.

فرضیه دوم: بین ادراک مدیران از انتظارات مشتری و انتظارات مشتری از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد.

فرضیه سوم: بین ادراک مدیران از انتظارات مشتری و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد.

مدل مفهومی پژوهش نیز در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

**شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش** (Uno et؛Padma et al., 2009 al., 2017؛ Rathee et al., 2016؛ عزت‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۲)




## روش‌شناسی پژوهش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه گردشگران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل در مرداد سال ۱۳۹۶ و کلیه پزشکان و متخصصان و فوق‌تخصص‌ها، دندان‌پزشکان، داروسازان و کارشناسان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی است. بنابر آمار کارشناسان سازمان میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری شهر اردبیل، گردشگران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل در مرداد ۱۳۹۳ تعداد ۴۲۸۶۰ نفر، در مرداد ۱۳۹۴ تعداد ۳۶۹۷۲ نفر و در مرداد ۱۳۹۵ تعداد ۳۵۰۹۷ نفر بوده‌اند که به‌طور میانگین در این سه سال حدود ۳۸۳۱۰ نفر جامعه آماری بیماران درنظر گرفته شد. همچنین مطابق با آمار ارائه‌شده از سوی کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی شهر اردبیل، تعداد کارکنان مراکز درمانی ۱۱۹۲ نفر برآورد شد. براین‌اساس، مطابق با فرمول کوکران، با سطح خطای ۰/۰۵، نمونه‌هایی با حجم ۳۸۰ نفر

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

از بین بیماران آذربایجانی و ۲۹۰ نفر از بین کارکنان مراکز درمانی به روش نمونه‌گیری در دسترس درنظر گرفته شد. با توجه به حجم نمونه‌های برآوردشده و با توجه به احتمال تکمیل‌نشدن‌پرسش‌نامه‌ها به‌وسیله پاسخ‌دهندگان، پرسش‌نامه‌ها بین ۴۰۰ بیمار آذربایجانی و ۳۰۰ نفر از کارکنان مراکز درمانی در مرداد ۱۳۹۶ به‌صورت حضوری توزیع شد. درنهایت، طی چندین مرحله مراجعه، پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص یا بی‌ارزش (برای مثال، پرسش‌نامه‌هایی که تمام پاسخ‌ها تک‌گزینه‌ای بود)، ۳۸۴ پرسش‌نامه از گردشگران آذربایجانی و ۱۰۰ پرسش‌نامه از کارکنان مراکز درمانی جمع‌آوری شد؛ بدین‌ترتیب، حجم نمونه کلی پژوهش ۴۸۴ نفر درنظر گرفته شد.

## روش اندازه‌گیری متغیرها

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسش‌نامه است که در سه بخش نامه همراه، اطلاعات جمعیت‌شناختی و سؤالات اختصاصی تنظیم شد. در بخش اول با عنوان نامه همراه، علاوه‌بر عنوان پژوهش، هدف از گردآوری اطلاعات به‌وسیله پرسش‌نامه و ضرورت همکاری پاسخ‌دهندگان در تکمیل پرسش‌نامه توضیح داده شد. بخش جمعیت‌شناختی دربردارندهٔ سؤالاتی دربارهٔ مشخصات عمومی پاسخ‌دهندگان از قبیل جنسیت، سن، ملیت، میزان تحصیلات، سابقه کار و پست سازمانی (شغل) بود. آخرین بخش نیز شامل سؤالات اختصاصی دربارهٔ متغیرهای مستقل و وابسته بود. سؤالات مؤلفه‌های زیرساخت (۷ سؤال)، کیفیت پرسنل (۴ سؤال)، فرایند مراقبت بالینی (۳ سؤال)، رویه‌های اداری (۲ سؤال)، شاخص‌های ایمنی (۲ سؤال)، تصویر بیماران (۳ سؤال)، مسئولیت اجتماعی (۳ سؤال) و درنهایت اطمینان بیماران (۴ سؤال) براساس پرسش‌نامه استاندارد پادما و همکاران (۲۰۰۹) (یکی برای کارکنان مراکز درمانی و دیگری برای بیماران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل) با اندکی ویرایش بدون تغییر ساختار اصلی آماده شد. در این پرسش‌نامه‌ها، ازطریق مجموعه‌ای از پرسش‌های هدف‌دار و بهره‌گیری از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، ادراکات و انتظارات گردشگران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل و ادراکات کارکنان مراکز درمانی از وضعیت موجود خدمات در مراکز درمانی این شهر بررسی شد. در مقیاس لیکرت به‌طور خاص از مبنای کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق استفاده می‌شود. براین‌اساس، از اعضای نمونه آماری درخواست شد تا براساس این مقیاس به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهند.

روایی پرسش‌نامه از راه روایی محتوایی بررسی شد. به این صورت که ابتدا، با مطالعه پایان‌نامه‌ها و مقالات معتبر مجلات داخلی و خارجی، سنجه‌های مربوط به متغیرها استخراج شد و با اتخاذ رویکرد بومی‌سازی و اعمال تغییرات لازم در سؤالات، درنهایت پرسش‌نامه طراحی شد. در گام بعد، پرسش‌نامه ابتدایی در اختیار استادان و خبرگان قرار گرفت تا موارد نیازمند ویرایش تعیین شوند. درنهایت، پرسش‌نامه نهایی تدوین و در میان گردشگران به شیوهٔ حضوری توزیع شد. ارزیابی پایایی پرسش‌نامه نیز با ضریب آلفای کرونباخ انجام گرفت. ضریب آلفای کرونباخ نشان‌دهندهٔ سازگاری درونی سؤالات است که متغیر مشابهی را مورد سنجش قرار می‌دهند و مقدار بیشتر از ۰/۷ بر پایایی قابل‌قبول پرسش‌نامه دلالت دارد (محمدبیگی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج سنجش ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های زیرساخت ۰/۸۲، کیفیت پرسنل ۰/۷۴، فرایند مراقبت بالینی ۰/۶۹، رویه‌های اداری ۰/۶۸، شاخص‌های ایمنی ۰/۷۱، تصویر بیماران ۰/۸۱، مسئولیت اجتماعی ۰/۸۵، اطمینان از بیمارستان ۰/۸۶ و نهایتاً کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ به‌دست آمد که بیشتربودن نتایج به‌دست‌آمده از ۰/۷ نشان‌دهندهٔ پایایی قابل‌قبول پرسش‌نامه است.

## روش‌های تجزیه‌وتحلیل آماری

در این پژوهش، برای شناسایی شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری از رویکرد فازی استفاده شده است. الگوریتم منطق فازی که اولین‌بار لطفی‌زاده (۱۹۶۵-۱۹۷۵) آن را معرفی کرد، ازجمله مدل‌های شبکه‌های عصبی است که برای اقدام در شرایط عدم اطمینان ارائه می‌شود. این نظریه بسیاری از مفاهیم، متغیرها، شاخص‌ها و سامانه‌های نامشخص و مبهم را صورت‌بندی ریاضی می‌کند و زمینه را برای استدلال، کنترل و تصمیم‌گیری در شرایط نامطمئن فراهم می‌آورد (Mähönen & Frantti 2000). یک مجموعه فازی تابع عضویت دارد که درجه عضویت آن بین صفر و یک است. عضویت درواقع درجه‌ای معین از تعلق شیء به مجموعه فازی را نمایش می‌دهد (Abd Al-Mohseen, 2009). در این پژوهش، به‌منظور فازی‌سازی متغیرها از طیف

پنج‌گزینه‌ای بر مبنای اعداد فازی مثلثی استفاده شده است. اطلاعات متغیرهای کلامی و اعداد مثلثی در جدول ۱ ارائه شده است.

برای محاسبه میانگین فازی اعداد، بازه‌ها با یکدیگر جمع و بر تعداد اعداد تقسیم می‌شود.

**جدول ۱: متغیرهای کلامی برای تعیین اهمیت متغیرهای الگو (صاحبی و همکاران، ۱۳۹۴)**

| | |
|---|---|
| کاملاً موافقم | (۱ و ۰٫۹ و ۰٫۸) |
| نسبتاً موافقم | (۰٫۹ و ۰٫۸ و ۰٫۷) |
| نظری ندارم | (۰٫۶ و ۰٫۵ و ۰٫۴) |
| نسبتاً مخالفم | (۰٫۳ و ۰٫۲ و ۰٫۱) |
| کاملاً مخالفم | (۰٫۲ و ۰٫۱ و ۰) |

از معادله ۱ برای محاسبه شکاف بین انتظارات (E) و ادراکات بیماران (P) از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی استفاده می‌شود. از معادله ۲ تفاضل اعداد فازی برای محاسبهٔ شکاف بین انتظارات (E) و ادراکات مدیران (M) از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی به‌دست می‌آید. از معادله ۳ تفاضل اعداد فازی برای محاسبه شکاف بین ویژگی‌های واقعی (P) و ادراکات مدیران (M) از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی به‌دست می‌آید. از معادله ۴ تفاضل اعداد فازی و نهایتاً عدد فازی باید به مقداری خاص با اشاره به غیرفازی‌سازی تبدیل شود. درنهایت، برای تبدیل شکاف به‌دست‌آمده از تفاضل ادراکات و انتظارات در بعد فازی به مقداری معین، از معادله ۵ به‌منظور تبدیل عدد فازی به مقدار معین بعد غیرفازی‌سازی (DF) استفاده. عدد به‌دست‌آمده از این معادله نشانگر مقدار شکاف است (صاحبی و همکاران، ۱۳۹۴).

$$\tilde{P} = \left(\prod_{i=1}^{m} a_i, \prod_{i=1}^{m} b_i, \prod_{i=1}^{m} c_i\right)^{1/m} \quad \text{معادلهٔ } 1$$

$$\tilde{P} - \tilde{E} = (p_1, p_2, p_3) - (e_1, e_2, e_3) = (p_1 - e_3, p_2 - e_2, p_3 - e_1) \quad \text{معادلهٔ } 2$$

$$\tilde{M} - \tilde{E} = (m_1, m_2, m_3) - (e_1, e_2, e_3) = (m_1 - e_3, m_2 - e_2, m_3 - e_1) \quad \text{معادلهٔ } 3$$

$$\tilde{P} - \tilde{M} = (p_1, p_2, p_3) - (m_1, m_2, m_3) = (p_1 - m_3, p_2 - m_2, p_3 - m_1) \quad \text{معادلهٔ } 4$$

$$DF_i = \frac{(UR_i - LR_i) + (MR_i - LR_i)}{3} + LR_i \quad \text{معادلهٔ } 5$$

## یافته‌ها

### ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان

تجزیه‌وتحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختي پاسخ‌دهندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان**

| ویژگی‌های جمعیت‌شناختی | | طبقات | تعداد | درصد | طبقات | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| فراوانی پاسخ‌گویان | | گردشگران | ۳۸۴ | ۷۹٫۳۳ | کارکنان مراکز درمانی | ۱۰۰ | ۲۰٫۶۷ |
| جنسیت | گردشگران | مرد | ۱۷۴ | ۳۵٫۹۵ | زن | ۲۱۰ | ۴۳٫۳۹ |
| | کارکنان مراکز درمانی | مرد | ۵۶ | ۱۱٫۵۷ | زن | ۴۴ | ۹٫۰۹ |
| ملیت | گردشگران | جمهوری آذربایجان | ۳۸۴ | ۷۹٫۳۳ | ایران | ۰ | ۰ |
| | کارکنان مراکز درمانی | جمهوری آذربایجان | ۰ | ۰ | ایران | ۱۰۰ | ۲۰٫۶۷ |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سن | گردشگران | کمتر از ۱۸ سال | | ۱۹ تا ۲۵ سال | | ۲۶ تا ۳۶ سال | | ۳۷ تا ۵۰ سال | | بیشتر از ۵۱ سال | |
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| | | ۴۱ | ۸٫۴۷ | ۳۱ | ۶٫۴۰ | ۴۲ | ۸٫۶۷ | ۱۳۲ | ۲۷٫۲۷ | ۱۳۸ | ۲۸٫۵۱ |
| | کارکنان مراکز درمانی | کمتر از ۳۰ سال | | بین ۳۱ تا ۴۰ سال | | بین ۴۱ تا ۵۰ سال | | | | بیشتر از ۵۰ سال | |
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | تعداد | درصد |
| | | ۱۰ | ۲٫۰۶ | ۸ | ۱٫۶۵ | ۳۲ | ۶٫۶۱ | | | ۵۰ | ۱۰٫۳۶ |
| تحصیلات | گردشگران | دیپلم و زیر دیپلم | | کارشناسی | | کارشناسی ارشد | | | | دکتری | |
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | تعداد | درصد |
| | | ۳۲۸ | ۶۷٫۷۷ | ۵۱ | ۱۰٫۵۳ | ۵ | ۱٫۱۵ | | | - | - |
| | کارکنان مراکز درمانی | کارشناسی | | کارشناسی ارشد | | دکتری | | | | فوق تخصص | |
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | | تعداد | درصد |
| | | ۱۰ | ۲٫۰۶ | ۶۸ | ۱۴٫۰۴ | ۱۴ | ۲٫۹۰ | | | ۸ | ۱٫۶۵ |
| سابقه | کارکنان مراکز درمانی | کمتر از ۵ سال | | ۵ تا ۱۰ سال | | ۱۱ تا ۱۵ سال | | | | بیشتر از ۱۵ سال | |
| | | ۶ | ۶٫۰ | ۹ | ۹٫۰ | ۳۳ | ۳۳٫۰ | | | ۵۲ | ۵۲٫۰ |

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۳۵/۹۵ درصد گردشگران مرد و ۴۳/۳۹ درصد زن بوده‌اند. ۱۱/۵۷ درصد کارکنان مرد و ۹/۰۹ درصد زن بوده‌اند. بیشترین پاسخ‌دهندگان گردشگران از لحاظ سنی بیش از ۵۱ سال با ۲۸/۵۱ درصد و بیشترین سن کارکنان بیش از ۵۰ سال با ۱۰/۳۶ درصد بوده است. از لحاظ ملیت ۷۹/۳۳ درصد گردشگران از جمهوری آذربایجان و ۲۰/۶۷ درصد کارکنان ایرانی بوده‌اند. بیشترین تحصیلات کارکنان کارشناسی ارشد با ۱۴/۰۴ درصد و گردشگران دیپلم و زیر دیپلم با ۶۷/۷۷ درصد بوده است.

**تجزیه‌وتحلیل توصیفی متغیرها در مقیاس‌های لیکرت و فازی لینگویستیک**

در جدول ۳ وضعیت کیفیت خدمات و ابعاد آن از لحاظ انتظارات بیماران، ادراکات بیماران و ادراکات مدیران ارائه می‌شود.

**جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرها در مقیاس‌های لیکرت و فازی لینگویستیک**

| متغیر/ابعاد | | طیف لیکرت | | | مقیاس فازی لینگویستیک | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | انتظارات بیماران | ادراکات بیماران | ادراکات مدیران | انتظارات بیماران | ادراکات بیماران | ادراکات مدیران |
| کیفیت خدمات | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۶۴۵۶<br>۰/۱۸۷۴۵ | ۴/۱۵۹۵<br>۰/۳۳۸۳۸ | ۴/۳۲۹۳<br>۰/۳۸۴۵۷ | ۰/۸۶۲۱ | ۰/۷۶۴۷ | ۰/۸۰۰۱ |
| زیرساخت | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۵۳۱۶<br>۰/۲۶۳۳۱ | ۳/۹۷۵۴<br>۰/۵۱۷۲۳ | ۳/۹۷۰۰<br>۰/۵۵۲۰۹ | ۰/۸۴۴۷ | ۰/۷۱۳۵ | ۰/۷۱۹۶ |
| کیفیت پرسنل | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۶۸۹۵<br>۰/۴۴۷۷۴ | ۴/۵۳۹۱<br>۰/۴۸۱۸۲ | ۴/۶۴۵۰<br>۰/۴۰۶۹۸ | ۰/۸۶۸۹ | ۰/۸۳۲۲ | ۰/۸۶۰۰ |
| فرایند مراقبت بالینی | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۷۳۷۸<br>۰/۳۷۲۵۸ | ۴/۵۰۵۲<br>۰/۴۵۵۰۹ | ۴/۶۱۶۷<br>۰/۵۸۰۹۸ | ۰/۸۷۳۷ | ۰/۸۲۷۵ | ۰/۸۴۱۰ |
| رویه‌های اداری | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۷۳۰۵<br>۰/۳۶۷۹۵ | ۴/۰۱۸۲<br>۰/۴۶۹۳۵ | ۴/۰۰۵۰<br>۱/۲۴۴۱۷ | ۰/۸۷۳۰ | ۰/۷۷۹۹ | ۰/۷۹۹۰ |
| شاخص‌های ایمنی | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۷۹۱۷<br>۰/۳۶۶۱۰ | ۴/۲۴۳۵<br>۰/۷۳۷۸۰ | ۴/۳۶۵۰<br>۰/۴۳۷۲۵ | ۰/۸۷۹۱ | ۰/۷۷۰۱ | ۰/۸۰۳۵ |
| تصویر بیمارستان | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۷۸۹۱<br>۰/۲۴۱۶۱ | ۴/۰۳۷۳<br>۰/۸۲۷۴۷ | ۴/۲۲۰۰<br>۰/۵۶۱۰۲ | ۰/۸۶۹۱ | ۰/۷۴۰۴ | ۰/۷۹۶۰ |
| مسئولیت اجتماعی | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۳۸۲۸<br>۰/۳۹۶۰۰ | ۴/۷۶۹۱<br>۰/۹۳۴۷۳ | ۴/۳۴۳۳<br>۰/۴۴۳۰۷ | ۰/۸۳۸۲ | ۰/۶۸۴۸ | ۰/۸۰۵۰ |
| اطمینان از بیمارستان | میانگین<br>انحراف معیار | ۴/۷۰۵۷<br>۰/۴۱۱۶ | ۴/۲۵۵۹<br>۰/۶۵۵۹۶ | ۴/۶۴۲۵<br>۰/۴۴۳۰۷ | ۰/۸۷۵۵ | ۰/۸۰۸۱ | ۰/۸۴۸۷ |

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین انتظارات بیماران از کیفیت خدمات در طیف لیکرت با میانگین ۴/۶۴ و در مقیاس فازی با میانگین ۰/۸۶۲۱ از میانگین ادراکات آنان در طیف لیکرت با میانگین ۴/۱۵ و در مقیاس فازی با میانگین ۰/۷۶۴۷ و از میانگین ادراکات کارکنان مراکز درمانی در طیف لیکرت با میانگین ۴/۳۲ و در مقیاس فازی با میانگین ۰/۸۰۰۱ بیشتر است.

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

**آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف**

به‌منظور بررسی توزیع متغیر کمّی از آزمون کولموگوروف ـ اسمیرنوف استفاده می‌شود. در این آزمون، فرض صفر نشان‌دهندهٔ نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. در جدول ۴ نتایج این آزمون مشاهده می‌شود.

**جدول ۴: آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف**

| متغیر | میانگین<br>انحراف استاندارد | آمارهٔ Z | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|
| کیفیت خدمات | ۴/۶۴۵۶<br>۰/۱۸۷۴۵ | ۱٫۱۸۹ | ۰٫۱۹۵ |
| زیرساخت | ۴/۵۳۱۶<br>۰/۲۶۳۳۱ | ۱٫۵۸۲ | ۰٫۰۶۸ |
| کیفیت پرسنل | ۴/۶۸۹۵<br>۰/۴۴۷۷۴ | ۱٫۴۰۸ | ۰٫۱۰۱ |
| فرایند مراقبت بالینی | ۴/۷۳۷۸<br>۰/۳۷۲۵۸ | ۱٫۴۳۲ | ۰٫۰۹۵ |
| رویه‌های اداری | ۴/۷۳۰۵<br>۰/۳۶۷۹۵ | ۱٫۶۲۴ | ۰٫۰۷۹ |
| شاخص‌های ایمنی | ۴/۷۹۱۷<br>۰/۳۶۶۱۰ | ۱٫۲۴۸ | ۰٫۱۰۱ |
| تصویر بیمارستان | ۴/۷۸۹۱<br>۰/۲۴۱۶۱ | ۱٫۱۱۸ | ۰٫۱۶۴ |
| مسئولیت اجتماعی | ۴/۳۸۲۸<br>۰/۳۹۶۰۰ | ۱٫۲۲۷ | ۰٫۰۹۹ |
| اطمینان از بیمارستان | ۴/۷۰۵۷<br>۰/۴۱۱۶ | ۱٫۱۹۵ | ۰٫۰۸۱ |

نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تمامی متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند؛ زیرا سطح معنی‌داری این متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۵ است. بنابراین، با توجه به نرمال‌بودن توزیع متغیرها، می‌توان برای آزمون فرضیه‌ها از روش‌های پارامتریک استفاده کرد.

**آزمون فرضیه‌های پژوهش**

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، در بعد لیکرت از آزمون t مستقل و در بعد فازی از تفاضل اعداد فازی استفاده شده است. در جدول ۵ نتایج آزمون t مشاهده می‌شود.

**جدول ۵: نتایج آزمون فرضیه‌های اول تا سوم براساس روش t**

| فرضیه | نوع شکاف | تعداد | میانگین | انحراف معیار | آمارهٔ t | سطح معناداری | نتیجه | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| فرضیه اول | کیفیت خدمات | انتظارات بیماران | ۳۸۴ | ۴/۶۴۵۶ | ۰/۱۸۷۴۵ | ۲۴/۶۲۲ | ۰/۰۰۰ | معنادار |
| | | ادراکات بیماران | ۳۸۴ | ۴/۱۵۹۵ | ۰/۳۳۸۳۸ | | | |
| فرضیه دوم | کیفیت خدمات | انتظارات بیماران | ۳۸۴ | ۴/۶۴۵۶ | ۰/۱۸۷۴۵ | ۱۱/۶۶۷ | ۰/۰۰۰ | معنادار |
| | | ادراکات مدیران | ۱۰۰ | ۴/۳۲۹۳ | ۰/۳۸۴۵۷ | | | |
| فرضیه سوم | کیفیت خدمات | ویژگی‌های واقعی | ۳۸۴ | ۴/۱۵۹۵ | ۰/۳۳۸۳۸ | -۴/۳۴۱ | ۰/۶۰۱ | غیر معنادار |
| | | ادراکات مدیران | ۱۰۰ | ۴/۳۲۹۳ | ۰/۳۸۴۵۷ | | | |

فصلنامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

برای تأیید یا رد فرضیه‌ها باید از آماره t استفاده شود. قضاوت براساس آماره t بدین‌سان است که اگر مقدار این آماره کمتر از ۱/۹۶ باشد، فرضیه در سطح اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود؛ و اگر مقدار این آماره بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد، فرضیه در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود. در فرضیه اول بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد. همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، مقدار t برای ادراکات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی برابر با ۲۴/۶۲۲ به‌دست‌آمده است که بیشتر از مقدار قدر مطلق t بحرانی (۱/۹۶) در سطح احتمال ۰/۹۹ است و همچنین سطح معنی‌داری نیز پایین‌تر از ۰/۰۵ به‌دست‌آمده است؛ بدین‌ترتیب می‌توان نتیجه گرفت اختلاف میانگین مشاهده‌شده بین انتظارات و ادراکات بیماران معنی‌دار است، پس فرضیه اول تأیید می‌شود. در فرضیه دوم بین انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی و ادراکات مدیران از انتظارات بیماران شکاف وجود دارد. مقدار t برابر با ۱۱/۶۶۷ است که بالاتر از مقدار قدر مطلق t بحرانی (۱/۹۶) در سطح احتمال ۰/۹۹ است، همچنین سطح معنی‌داری نیز پایین‌تر از سطح خطای ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اختلاف میانگین مشاهده‌شده بین انتظارات بیماران و ادراکات مدیران از انتظارات بیماران معنی‌دار است و فرضیه دوم تأیید می‌شود. در فرضیه سوم بین ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد. سطح معنی‌داری آزمون بالاتر از سطح خطای ۰/۰۵ به‌دست‌آمده است؛ بنابراین اختلاف میانگین مشاهده‌شده بین ادراکات مدیران و ویژگی‌های واقعی معنی‌دار نیست، پس فرضیه سوم رد می‌شود؛ بدین معنی که اختلاف معنی‌داری بین ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی وجود ندارد.

علاوه‌براین، در مقیاس فازی، برای گزینه خیلی بد اعداد ۰/۲ و ۰/۱ و ۰، گزینه بد ۰/۳ و ۰/۲ و ۰/۱، گزینه متوسط ۰/۶ و ۰/۵ و ۰/۴، گزینه خوب ۰/۹ و ۰/۸ و ۰/۷ و گزینهٔ خیلی خوب ۱ و ۰/۹ و ۰/۸ درنظر گرفته می‌شود. نتایج محاسبه میانگین هندسی هر مؤلفه در بعد فازی برای سه فرضیه در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

**جدول ۶: بررسی شکاف بین ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی در مقیاس فازی**

| ردیف | | ویژگی‌های واقعی | ادراکات مدیران از انتظارات بیماران |
|---|---|---|---|
| فرضیهٔ اول | کیفیت خدمات | ۰٫۹۶۲۱ ،۰٫۸۶۲۱ ،۰٫۷۶۲۱ | ۰٫۸۶۴۷ ،۰٫۷۶۴۷ ،۰٫۶۶۴۷ |
| فرضیهٔ دوم | کیفیت خدمات | ۰٫۹۶۲۱ ،۰٫۸۶۲۱ ،۰٫۷۶۲۱ | ۰٫۹۰۰۱ ،۰٫۸۰۰۱ ،۰٫۷۰۰۱ |
| فرضیهٔ سوم | کیفیت خدمات | ۰٫۸۶۴۷ ،۰٫۷۶۴۷ ،۰٫۶۶۴۷ | ۰٫۹۰۰۱ ،۰٫۸۰۰۱ ،۰٫۷۰۰۱ |

براساس نتایج محاسبهٔ میانگین هندسی هر مؤلفه در بعد فازی، در فرضیه اول، یعنی ادراکات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی، به‌اندازهٔ ۰/۰۹۷۳- شکاف وجود دارد. این شکاف در طیف لیکرت نیز مشهود و معنی‌دار و برابر با ۰/۴۸۶۱- بود؛ بنابراین ادراکات بیماران از کیفیت خدمات کمتر از انتظاراتی بوده است که از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی داشته‌اند و فرضیه اول تأیید می‌شود. در فرضیه دوم، یعنی ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی، به‌اندازهٔ ۰/۰۶۱۹- شکاف وجود دارد. این شکاف در طیف لیکرت نیز مشهود و معنی‌دار و برابر با ۰/۱۶۳- بود؛ بنابراین انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بیشتر از ادراکات مدیران از انتظارات بیماران بوده است و فرضیهٔ دوم تأیید می‌شود. درنهایت، براساس نتایج فرضیه سوم، یعنی ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی، به‌اندازهٔ ۰/۰۳۵۳- شکاف وجود دارد. این شکاف بین میانگین ادراکات مدیران از انتظارات

فصلنامه علمی «پژوهشی گردشگری و توسعه
انجمن علمی گردشگری ایران
سال نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۹

بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی در طیف لیکرت نیز مشهود بود، اما سطح معنی‌داری آن بیشتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد؛ بنابراین بین ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد و فرضیه سوم تأیید می‌شود.

## بحث‌ونتیجه‌گیری

گردشگری پزشکی شاخه‌ای از گردشگری سلامت است که در مقایسه با سایر حوزه‌ها رشد چشمگیری داشته است. موفقیت این نوع گردشگری به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای وابسته به کیفیت خدمات است. در این پژوهش تلاش شده تا شکاف‌های کیفیت خدمات گردشگری پزشکی با به‌کارگیری روش فازی در شهر اردبیل شناسایی شود. جامعه آماری کلیه گردشگران آذربایجانی ورودی به شهر اردبیل و تمامی پزشکان و متخصصان، دندان‌پزشکان، داروسازان و کارشناسان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی درنظر گرفته شد و از بین آن‌ها نمونه‌ای ۴۸۴نفری به روش در دسترس انتخاب شد. داده‌های موردنیاز با پرسش‌نامه استاندارد پادما و همکاران (۲۰۰۹) جمع‌آوری شد و سپس با روش آماری مبتنی بر آزمون t و رویکرد فازی تجزیه‌وتحلیل شد. براساس نتایج آزمون فرضیه اول، شکاف بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی تأیید شده که این مقدار نشان‌دهندهٔ بالاترین حد شکاف است. نتایج این فرضیه با پژوهش اونو و همکاران (۲۰۱۷)، پرامانیک (۲۰۱۶)، آبوسی و آتینگا (۲۰۱۳)، پادما و همکاران (۲۰۰۹) و حسنی و همکاران (۱۳۹۴) مطابقت دارد. مطابق نتایج آزمون فرضیه دوم، شکاف بین ادراک مدیران از انتظارات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی با مقدار ۰/۰۶۱۹- تأیید شد. نتایج این فرضیه با پژوهش چزاریو (۲۰۱۸)، غلامی و همکاران (۱۳۹۵)، هو و همکاران (۲۰۱۵)، آبوسی و آتینگا (۲۰۱۳)، نیلاشی و همکاران (۲۰۱۹)، سوس و همکاران (۲۰۱۸) و توشمال و همکاران (۱۳۹۴) مطابقت دارد. نتایج تجزیه‌وتحلیل فرضیهٔ سوم نشان داد که بین ادراکات مدیران از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی شکاف وجود دارد. نتایج این فرضیه با پژوهش چزاریو (۲۰۱۸)، کیم و همکاران (۲۰۱۷)، راثی و همکاران (۲۰۱۶)، حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۶)، شکوهیار و همکاران (۱۳۹۴) و عزت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، سه پیشنهاد به شرح زیر ارائه می‌شود.

۱. پیشنهاد می‌شود، برای ازبین‌بردن یا حتی کاهش شکاف موجود در بین ادراکات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی مدیران مراکز درمانی درخصوص سطح کیفیت خدمات دقت و توجه بیشتری داشته باشند و کیفیت خدمات را حتی بالاتر از انتظارات بیماران ارتقا دهند. رسیدگی به بهداشت و نظافت مرکز درمانی، آموزش کارکنان برای رفتار مناسب با بیماران، سیستم صدور صورت‌حساب قابل‌اطمینان و منصفانه برای بیماران آذربایجانی، توجه ویژه به بیماران آذربایجانی و تبعیض قائل‌نشدن، تجهیز سالن انتظار با سیستم سرمایشی و گرمایشی، تهویهٔ مناسب، صندلی‌های راحت، تزیینات داخلی و تابلوها و بروشورهای علمی مواردی است که مدیران مراکز درمانی باید اولویت کارشان قرار دهند.

۲. برای ازبین‌بردن یا کاهش شکاف موجود در بین ادراکات کارکنان مراکز درمانی از انتظارات بیماران و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات گردشگری پزشکی، مدیران مراکز درمانی همواره انتظارات بیماران مراجعه‌کننده را در حد بسیار بالایی درنظر بگیرند و مرکز درمانی خود را برای چنین انتظاراتی آماده سازند. حتی اگر بیماران از کشورهای سطح پایین‌تر مراجعه کرده باشند، مدیران مراکز درمانی نباید انتظارات بیماران را در حد پایین درنظر بگیرند و مثلاً با بیمارانی از اقشار پایین جامعه برخورد نامناسبی داشته باشند.

۳. درنهایت پیشنهاد می‌شود، برای ازبین‌بردن یا کاهش شکاف موجود در بین ادراکات مدیران مراکز درمانی از انتظارات بیماران و ویژگی‌های واقعی خدمات گردشگری پزشکی، مدیران این مراکز سطح کیفیت خدمات گردشگری پزشکی را در مراکز درمانی خود تا حدی ارتقا دهند که حتی از ادراکاتشان دربارهٔ انتظارات بیماران فراتر رود؛ به جذب بیشتر سرمایه‌گذاران در

بهره‌گیری از فنّاوری‌های جدید اقدام کنند و با به‌کارگیری آیین‌نامه تشویقی، از روش‌های ابتکاری برای تشویق کارکنان بهره گیرند.

در این پژوهش فقط سه شکاف از بین تمامی شکاف‌های مدل سروکوال بررسی شده است؛ بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی خود به بررسی سایر شکاف‌ها درزمینه کیفیت گردشگری پزشکی بپردازند. همچنین با توجه به این‌که این پژوهش فقط در شهر اردبیل صورت گرفته و ممکن است شهر اردبیل معرف کل کشور نباشد، پیشنهاد می‌شود در سایر استان‌ها و شهرهایی که قطب‌های گردشگری پزشکی هستند چنین مطالعه‌ای انجام شود تا ضمن فراهم‌ساختن امکان مقایسه و ارزیابی تطبیقی در کشور، برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری برای کاهش یا حتی ازبین‌بردن شکاف‌های موجود کیفیت صورت گیرد. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که مدل مفهومی این پژوهش را درخصوص سایر شاخه‌های تخصصی گردشگری ازجمله طبیعی، فرهنگی و ورزشی بیازمایند. همچنین بهتر است پژوهشی دربارهٔ گردشگران پزشکی داخلی و خارجی با رویکرد مقایسه‌ای انجام گیرد. به این صورت که یک نمونه آماری از گردشگران پزشکی داخلی و یک نمونهٔ آماری از گردشگران پزشکی خارجی به‌دست آورده و مقایسه شود. درنهایت، ازآنجاکه گردشگران پزشکی در این پژوهش از کشور آذربایجان بوده‌اند، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی گردشگران پزشکی سایر کشورها نیز مطالعه شوند.

پس از ارائه پیشنهادهای اجرایی و کاربردی، به محدودیت‌ها اشاره می‌شود. ترغیب پرسنل مراکز درمانی به‌ویژه پزشکان برای پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه بسیار مشکل بود. همچنین، بیماران آذربایجانی در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه بسیار محافظه‌کار بودند و تمایل چندانی به همکاری نداشتند. علاوه‌براین، به علت کم‌سوادی بیشتر گردشگران آذربایجانی مراجعه‌کننده، پژوهشگر نمی‌توانست از پرسش‌نامه اینترنتی استفاده کند. منابع مطالعاتی کافی نیز برای مطالعه فرهنگ بیماران آذربایجانی در دسترس نبود.

## منابع


احمدی، لیلا، طاهری، روح‌الله و شامی، اصغر (۱۳۹۲). «چالش ها و راهکارهای توسعه توریسم سلامت در ایران». اولین همایش ملی مدیریت گردشگری، طبیعت گردی و جغرافیا، همدان. https://civilica.com/doc/248643

پناهی، حسین، بهبودی، داوود، ذوالقدر، حمید و ذوالقدر، علی (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر کیفیت خدمات بر رضایت گردشگران مورد شناسی: گنبد سلطانیه». فصلنامه جغرافیا و آمایش شهری ـ منطقه‌ای، دورهٔ ۵، شمارهٔ ۱۵، ص ۱۰۱-۱۱۶.

تقی‌زاده، فرزاد (۱۳۹۱). اخبار اردبیل. دسترسی در وبگاه http://artawilnews. blogfa. com/tag/.

توشمال، غلامرضا، حکاک، محمد و حیدری، حشمت اله (۱۳۹۴). «بررسی شکاف کیفیت خدمات فوریت‌های پزشکی شهرستان خرم‌آباد با استفاده از مدل سروکوال». فصلنامه علمی ـ پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دورهٔ ۱۷، شمارهٔ ۱، ص ۷۸-۸۶.

حسنی، هانا، محبی‌فر، رفعت و باریکانی، آمنه (۱۳۹۴). «سنجش شکاف کیفیت خدمات بیمارستانی از دیدگاه بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی قزوین (۱۳۹۱-۱۳۹۲)». فصلنامه بیمارستان، دورهٔ ۱۴، شمارهٔ ۱، ص ۹۷-۱۰۴.

حسینی، میرزا حسن و سازور، اعظم (۱۳۹۰). «بهبود کیفیت خدمات گردشگری شهر یزد از دیدگاه گردشگری خارجی». فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، دورهٔ ۶، شمارهٔ ۱۶، ص ۱۴۲-۱۱۶.

حیدرزاده، کامبیز، نجفی، کبری و حسینی، سیدعلی (۱۳۹۶). «تأثیر کیفیت خدمات گردشگری بر وفاداری به مقصد گردشگری با توجه به نقش میانجی تصویر ذهنی از مقصد گردشگری و رضایت گردشگران». فصلنامه مطالعات مدیریت گردشگری، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۴۰، ص ۱۱۵-۱۵۳.

رشیدی، معصومه، رامشت، محمدحسین و خوشحال دستجردی، جواد (۱۳۹۱). «گردشگری سلامت در ایران (با تأکید بر رتبه‌بندی خواص درمانی چشمه‌های منتخب استان اردبیل)».

نشریه سلامت و بهداشت اردبیل، دورهٔ۳، شمارهٔ ۱، ص ۴۹-۵۷.
رنجبر عزت‌آبادی، محمد، بهرامی، محمدامین، عرب، معصومه، نصیری، سهیلا، هادی زاده، فرزانه و احمدی طهرانی، غلامرضا (۱۳۹۲). «تحلیل شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان شهید رهنمون یزد». فصلنامه علمی ـ پژوهشی طب و تزکیه، دورهٔ ۲۲، شمارهٔ ۲، ص ۴۵-۵۲.
شعبانی، عاطفه و طالقانی، محمد (۱۳۹۲). «تأثیر بازدیدهای قبلی و رضایت گردشگران از یک مقصد بر قصد بازگشت مجدد آن‌ها (مطالعه موردی: گردشگران سلامت)». نشریه جغرافیا و مطالعات محیطی، دورهٔ ۲، شمارهٔ ۶، ص ۵۵-۶۴.
شکوهیار، سجاد، کاویانی، حسن و محمودی، فهیمه سادات (۱۳۹۴). «ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از رویکرد فازی (مطالعهٔ موردی: یک بیمارستان نظامی)». فصلنامه علمی ـ پژوهشی ابن‌سینا، دورهٔ ۱۷، شمارهٔ ۳، ص ۳۷-۴۵.
صاحبی، زینب، متقی، هایده و شجاعی، محمدرضا (۱۳۹۴). «به‌کارگیری رویکرد تلفیقی QFD فازی و TOPSIS در انتخاب تأمین‌کننده». مجله مدیریت تولید و عملیات، دورهٔ ۶، شمارهٔ ۲، پاییز ۱۳۹۴، ص ۲۱-۴۰.
عجم، مهدی، صادقی‌فر، جمیل، انجم شعاع، مینا، محمودی، سعید، هنرور، حسن و موسوی، سیدمیثم (۱۳۹۲). «سنجش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از مدل سروکوال: (مطالعه موردی: یک بیمارستان صحرایی)». نشریه طب نظامی، دورهٔ ۱۵، شمارهٔ ۴، ص ۲۷۳-۲۷۹.
علی‌خواه، ساهره (۱۳۹۴). بررسی کیفیت خدمات گردشگری مقصد در چارچوب رضایت گردشگر با استفاده از مدل سروکوال. اوّلین کنفرانس ملی علوم مدیریت نوین و برنامه‌ریزی پایدار ایران. https://www.civilica.com/Paper-MCCONF01-MCCONF01_071.html
عینالی، جمشید و رمضان‌زاده لسبویی، مهدی و الهی چورن، محمدعلی (۱۳۹۶). «ارزیابی میزان رضایتمندی گردشگران از مقاصد گردشگری، مطالعه موردی: مجتمع‌های گردشگری غرب استان مازندران». اولین همایش اندیشه‌ها وفناوری‌های نوین در علوم جغرافیایی. https://civilica.com/doc/679567
غلامی، مریم، جباری، علیرضا، کاوسی، زهرا و چمن پرا، پریسا (۱۳۹۵). «ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال». مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۳، شمارهٔ ۲، ص ۱۴۵-۱۵۲.
فلاح تفتی، حامد و حیدری کوشکنو، مجید (۱۳۹۸). «ارزیابی کیفیت خدمات دفاتر گردشگری مبتنی بر ادراک مراجعین (موردمطالعه: شهر یزد)». نشریه گردشگری و توسعه، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۱(۱۸)، ص ۲۱۰-۲۳۰.
لاولاک، کریستوفر و رایت، لارن (۱۳۸۵). اصول و مدیریت بازاریابی خدمات. ترجمه بهمن فروزنده. اصفهان: نشر آموخته.
مافی، عزت‌الله و سقایی، مهدی (۱۳۸۸). «کاربرد مدل MS-SWOT در تحلیل مدیریت گردشگری (مطالعه موردی: کلان‌شهر مشهد)». مجلهٔ جغرافیا و توسعه، دورهٔ ۷، پیاپی ۱۴، ص ۲۷-۵۰.
محمدبیگی، ابوالفضل، محمد صالحی، نرگس، علی گل، محمد (۱۳۹۳). «روایی و پایایی ابزارها و روش‌های مختلف اندازه‌گیری آنها در پژوهش‌های کاربردی در سلامت». مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دورهٔ ۱۳، شمارهٔ ۱۲، ص ۱۱۱۷- ۱۱۵۳.

Abd Al-Mohseen, K. A.(2009). “Drought index assessment for Fatha region using fuzzy logic approach”. Proceedings of the Georgia Water Resources Conference. At the University of Georgia. Athens, Georgia, 23-27.

Abuosi, A. A., & Atinga, R. A. (2013). “Service quality in healthcare institutions: establishing the gaps for policy action”. International Journal of Health Care Quality Assurance, 26(5), 481-492.

Aziz, A., Yusof, R. M., Ayob, M., & Bakar, N. T. A. (2015). “Measuring Tourist Behavioural Intention Through Quality in Malaysian Medical Tourism Industry”. Procedia Economics and Finance, 31, 280-285.

Cesario, S. K. (2018). “Implications of Medical Tourism’. Nursing for Women›s Health, 22(3), 269-273.

& Industrial Engineering, 137, 106005.

O› Connor, S. J., Shewchuk, R. M. & Carney, L. W. (1994). "The great GAP. Physicians› perceptions of patient service quality expectations fall short of reality". Journal of Health Care Marketing,1994, 14(2), 32-39.

Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S. (2010). "Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals". Benchmarking: An International Journal. 17(6), 807-841.

Padma, P., Rajendran, C., & Sai, L. P. (2009). "A conceptual framework of service quality in healthcare Perspectives of Indian patients and their attendants". Benchmarking: An International Journal, 16(2), 157-191.

Pashley, H. S. (2012). "Medical tourism presents opportunities and risks for patients". AORN Journal, 96(2), C6.

Pramanik, A. (2016). "Patients' Perception of Service Quality of Health Care Services in India A Comparative Study on Urban and Rural Hospitals". Journal of health management, 18(2), 205-217.

Rathee, R., Rajain, P., & Isha. (2016). "Confirmatory Factor Analysis of Service Quality Dimensions in Healthcare". International Journal of Science and Research (IJSR). 1740-1744.

Ryan, E. T., Hill, D. R., Solomon, T., Endy, T. P., & Aronson, N. (2019). Hunter›s Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases (Tenth Edition). Elsevier Health Sciences. pp. 1124-1127.

Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). "Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing". Tourism Management. 69, 232-245

Uno, M., Tsujimoto, T., & Inoue, T. (2017). "Perceptions of nurses in Japan toward their patients› expectations of care: A qualitative study". International Journal of Nursing Sciences. 4, (1), 58-62.

Woo, E., & Schwartz, Z. (2014). "Towards Assessing the Knowledge Gap in Medical Tourism". Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism, 15(2), 213-226.

Clemes, M. D., Gan, C., & Ren, M. (2011). "Synthesizing the Effects of Service Quality, Value, and Customer Satisfaction on Behavioral Intentions in the Motel Industry: An Empirical Analysis". Journal of Hospitality & Tourism Research, 35(4), 530-568.

Heung, V. C. Kucukusta, D., & Song, H. (2010). "A conceptual model of medical tourism: implications for future research". Journal of travel and tourism marketing. 27(3), 236-251.

Ho, L. H., Feng, S. Y., & Yen, T. M. (2015). "Using fuzzy gap analysis to measure service quality of medical tourism in Taiwan". International Journal of Health Care Quality Assurance, 28(7), 648-659.

Ingram, H., & Daskalakis, G. (1999). "Measuring quality gaps in hotels: the case of Crete". International Journal of Contemporary Hospitality Management, 11(1), 24-30.

Gaines, J., & Lee, C. V. (2019). Medical Tourism. In Travel Medicine. Fourth Edition.(pp. 371-375). Elsevier.

Khan, S., & Alam, M. S. (2014). "Kingdom of Saudi Arabia: a potential destination for medical tourism". Journal of Taibah University Medical Sciences. 9(4), 257-262.

Kim, C. E., Shin, J. S., Lee, J., Lee, Y. J., Kim, M. R., Choi, A., & Ha, I. H. (2017). "Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals". BMC Complementary and Alternative Medicine. 17(1), 174.

Mähönen, P., & Frantti, T. (2000). "Fuzzy Classifier for Star-Galaxy Separation". The Astrophysical Journal, 541(1), 261.

Martín-Cejas, R. R. (2006). "Tourism service quality begins at the airport". Journal of tourism management, 27(5), 874-877.

Narayan, B., Rajendran, C., & Sai, L. P. (2008). "Scales to measure and benchmark service quality in tourism industry". Benchmarking: An International Journal, 15(4), 469-493.

Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A. A., Ahmadi, H., Rashid T. A., … & Ahmed O. H. (2019). "Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach". Computers