

Artical History

Received/ Geliş
21.05.2019

Accepted/ Kabul
14.06.2019

Available Online/yayınlanma
15.06.2019.

Ensuring customer patronage through the service provider
empathy based on meditation of the customer
.attachment: A Multilevel perspective

العلاقة بين مقدرات الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة و الإرتباط العاطفي للزبون :
منظور ما بعد الحداثة لدور رأس المال البشري

أ.م.د. حسين علي عبد الرسول

أ.م. الهام نعمة كاظم

قسم إدارة الأعمال – كلية الإدارة والاقتصاد/جامعة القادسية

الملخص

يمثل القطاع الصحي الخاص مرتكز مهم للخدمات الصحية في أي بلد، وهو من القطاعات الخدمية المهمة، وإعداد الدراسات التجريبية في هذا المجال قضية مهمة لتطوير القطاع والنهوض به. لذا يهدف البحث الحالي للتحقق بشكل أساسي من معرفة إمكانية ضمان الإرتباط العاطفي للزبون (المريض) من خلال الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة. وفي ضوء ذلك يهدف البحث الى التحقق من التأثير المعنوي للذكاء الشعوري لمقدم الخدمة على الارتباط العاطفيللزبون به، وتمثل عينة البحث مجموعة من المرضى المراجعين في المستشفيات الخاصة في محافظة بابل، ويتم تحليل البيانات باستعمال البرنامج الإحصائي (SPSS).

كما إن طبيعة المتغيرات المتعلقة بالارتباط العاطفيللزبون، بحاجة الى المزيد من البحث والتقصي خصوصاً على المستوى المحلي والعربي. علاوة على ذلك، بسبب الصعوبة التي يواجهها الزبائن (المرضى) في تقييم جودة الخدمات الصحية، يكون تطوير مقياس لتفضيلات الزبون و إرتباطه النفسي بمقدم الخدمة أكثر أهمية في قطاع الخدمات منه في مجال السلع، وخصوصاً في قطاع الخدمات الصحية.

يتضمن البحث أربعة مباحث رئيسة، يقدم المبحث الأول من البحث المنهجية العلمية للدراسة. أما المبحث فقد خصص لتقديم تأصيل نظري لمتغيرات البحث بالإعتماد على دراسة تجريبية ونظرية سابقة. وتضمن المبحث الثالث محاولة البحث الجانب العملي والتطبيقي للبحث. وفي النهاية تم توظيف النتائج التجريبية للدراسة لتقديم إستنتاجات خاصة بالبحث والإفادة منها بتوصيات عملية لمجتمع البحث

Abstract

The current study aims to investigate the possibility of Ensuring customer patronage through the service provider empathy and meditation of the customer attachment. The study was applied to a sample of patients in private hospitals in Babylon Governorate. The study required the use of the multi-level approach using the MPlus program, 5 after the formulation of the study criteria based on the previous studies. The study found that there is an important role for the empathy of the health service providers of doctors in strengthening the psychological ties of patients with doctors, thus contributing to ensuring their patronage for the same doctors without switching to others for treatment. Therefore, the study recommended that doctors seek to strengthen their cognitive and interactive abilities to understand the needs of patients in order to maintain their relationship with them

.Keywords: Provider Empathy, Customer Attachment, customer Patronage

Liau, A. Liau, W. Teoh, J. and Liau, T. "The case for emotional literacy: the influence of emotional intelligence behavior in Malaysuan secondary school students ". Journal of moral education, 2003, 32, (1), 51- 66.

مقدمة :

على الرغم من الإهتمام المعرفي بالذكاء الشعوري لمقدم الخدمات الصحية في نظرية العلاقات التسويقية ، تبقى الدراسات التجريبية حول طبيعة الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة وآثاره محدودة نسبياً، لذا فالدراسة الحالية تحاول معالجة هذا القصور بتقديم تقييم تجريبي لدور الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة على سلوك

الزبون في القطاع الصحي. بتعبير أدق فالدراسة الحالية تقدم نموذج مفاهيمي للعلاقة الإيجابية بين الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة و الارتباط العاطفيللزبون بتفضيله التعامل مع مقدم الخدمة ذاته في معاملاته المستقبلية.

تتضمن الدراسة من أربعة مباحث رئيسة، يقدم المبحث الأول من الدراسة المنهجية العلمية للدراسة في مشكلة الدراسة وتساؤلاتها ثم أهداف وأهمية وفرضيات الدراسة وعينة الدراسة. أما المبحث فقد خصص لتقديم تأصيل نظري لمتغيرات الدراسة بالإعتماد على دراسة تجريبية ونظرية سابقة والتي تمخضت فيما عن وجود علاقة منطقية تمهد لإثبات فرضيات الدراسة بالجانب العملي. وتضمن المبحث الثالث محاولة الدراسة إثبات صحة ما ذهبت إليه الفرضيات التي تم بناؤها من قبل وتؤكد بعض ما وصلت إليه الدراسات السابقة. وفي النهاية تم توظيف النتائج التجريبية للدراسة لتقديم إستنتاجات خاصة بالدراسة ومتغيراتها والإفادة منها بتوصيات عملية لمجتمع الدراسة.

المبحث الأول

منهجية الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة :

يعتقد المسوقون والباحثون إعتقاداً راسخاً أن مشاعر الزبون و تفضيلاته مؤثر مهم لولاء الزبون وإستدامة علاقته مع المنظمة، لذا تسعى الكثير من المنظمات جاهدة للحفاظ على زبائنها والتمسك بهم، بإعتبار مظاهر الولاء تمثل موجودات سوقية غير ملموسة .

ونتيجة لطبيعة الخدمات الصحية التي تتطلب تفاعلات متكررة بين مقدم الخدمة و المريض، إذ يكون المناخ النفسي والعاطفي، علاوة على المناخ المادي، المعيار الجوهرى لتقييم الزبون لمستوى جودة الخدمات والرابط الحرج لعلاقة الزبون بمقدم الخدمة أو المنظمة.

وفي هذا السياق تؤكد الدراسات في مجال تسويق الخدمات الى إن الجزء الأهم من جودة اللقاء الخدمي يعتمد على التفاعل البشري والإجتماعي بين طرفي التبادل من مقدمة الخدمة في الخط الأمامي و الزبون متلقي الخدمة، خصوصاً في قطاع مثل القطاع الصحي، يتحمل فيه مقدمي الخدمة (الأطباء و الكادر الطبي الداعم) المسؤولية الرئيسة في نجاح التفاعل واللقاء الخدمي، لما لهم من قدرة من بناء حقوق ملكية علامة تجارية أو الإضرار بسمعتها.

عليه فإن الدراسة الحالية تحاول إثارة ذهن الباحثين والممارسين الى تساؤل مهم وجوهري وهو على النحو الآتي "هل يمكن تعزيز للإرتباط العاطفي للزبون(المريض)بمقدم الخدمة من خلال الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة؟".

والتساؤل الرئيس أعلاه يعبر عن تساؤلات فرعية يمكن صياغتها على النحو الآتي:-

- 1- ما هو مستوى الذكاء الشعوري الذي يملكه مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة؟
 - 2- ما هو مستوى الإرتباط العاطفي للزبائن (المرضى) بمقدمي الخدمات الصحية ؟
 - 3- هل توجد علاقة إرتباط وتأثير معنوية بين الإرتباط العاطفي للزبون والذكاء الشعوري لمقدم الخدمة؟
- ثانياً: أهمية الدراسة:

1- في الدراسات التسويقية ، على الرغم من التركيز على قابلية الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة أثناء تفاعلات في اللقاء الخدمي ، فإن الدراسات التجريبية المنهجية المتعلقة بكفاءة استخدام الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة ونتائجها غير كافية.

2- يمثل القطاع الصحي الخاص مرتكز مهم للخدمات الصحية في البلد، وهو من القطاعات الخدمية المهمة، و إعداد الدراسات التجريبية في هذا المجال قضية مهمة لتطوير القطاع والنهوض به.

3- طبيعة المتغيرات المتعلقة بأستجابة الزبون (الإرتباط العاطفيللزبون)، أذ تبين للباحثين ومن خلال المسح الميداني ندرة الدراسات المتعلقة بهذه المتغيرات على المستوى المحلي والعربي من جهة، وكذلك ندرة الدراسات الأجنبية التي ربطت هذه المتغيرات مع بعضها في نموذج واحد مع متغير الذكاء الشعوري.

4- علاوة على ذلك، بسبب الصعوبة التي يواجهها الزبائن (المرضى) في تقييم جودة الخدمات الصحية ، يكون تطوير مقياس لإرتباطه النفسي بمقدم الخدمة أكثر أهمية في قطاع الخدمات منه في مجال السلع / المنتجات، وخصوصاً في قطاع الخدمات الصحية.

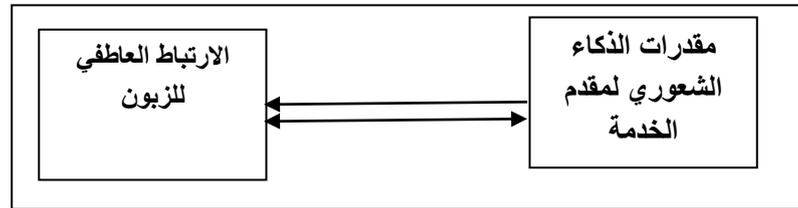
ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية للتحقق بشكل أساسي من معرفة إمكانية ضمان الإرتباط العاطفي للزبون(المريض)بمقدم الخدمة من خلال الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة(الطبيب). وفي ضوء ذلك هناك أهداف فرعية للدراسة وهي كما يأتي:

- 1- التحقق من مستوى الذكاء الشعوري الذي يملكه مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة.
- 2- التعرف على مستوى الإرتباط العاطفي للزبائن (المرضى) بمقدمي الخدمات الصحية.
- 3- تحديد طبيعة التأثير المعنوي للذكاء الشعوري على الارتباط العاطفي للزبون بمقدم الخدمة.
- 4- تقديم تأصيل نظري لمتغيرات الدراسة الثلاث (الذكاء الشعوري، الإرتباط النفسي)، كونها من المتغيرات الحديثة في الدراسات المحلية والعربية والتي تحتاج الى المزيد من التوسع النظري والتطبيقي لمعرفة دورها في مجال نجاح نشاط تسويق الخدمات.

رابعاً: مخطط الدراسة الفرضي

تتناول الدراسة الحالية العلاقة بين متغيرات رئيسة وهي (الذكاء الشعوري ، الارتباط العاطفي للزبون)، إذ تحاول الدراسة تفحص وإختبار طبيعة العلاقة بينها من خلال صياغة المخطط الفرضي الموضح في الشكل(1).



شكل رقم (1) مخطط الدراسة الفرضي

خامساً: فرضيات الدراسة :

في ضوء مشكلة الدراسة و أهدافها والمخطط الفرضي لها يمكن صياغة فرضية رئيسة للدراسة تكون على النحو الآتي " يمكن توظيف الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة في ضمان الارتباط العاطفي للزبون". و من هذه الفرضية تنبثق الفرضيات الفرعية الآتية:

- 1- هناك تباين في مستوى الذكاء الشعوري الذي يملكه مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة.
- 2- هناك تباين في مستوى الإرتباط العاطفي للزبائن (المرضى) بمقدمي الخدمات الصحية.

- 3- توجد علاقة تأثير بين الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة و الارتباط العاطفي للزبون.
- 4- يمكن أن يتباين الارتباط العاطفي للزبون في ضوء المتغيرات الشخصية لهم (العمر، النوع الاجتماعي، مستوى الدخل).

سادساً: مجتمع الدراسة وعينتها

لتحقيق أفضل استجابة ممكنة ومعدلات مطابقة بين مقدمي الخدمة الصحية من الأطباء والزبائن من المرضى ، إجتهد الباحث في إدارة الإستيبيان بنفسه، بعد أن إستعان بمجموعة من الكوادر الطبية في بعض المستشفيات الأهلية العاملة في محافظة بابل كما هو موضح في الجدول(1)، بعد أن حصل على موافقة جميع الإدارات في المستشفيات بالتعاون مع الدراسة الحالية للمشاركة في الدراسة الحالية .و لتتبع رابط كل زبون مع كل مقدم خدمة صحية من الأطباء ، تم تحديد رمز لكل طبيب يتعامل مجموعة من الزبائن(المرضى). وقد تكونت عينة المطابقة النهائية من (50) طبيب و (160) مريض كانت جميعها صالحة باستثناء استمارتين في مستشفى الحياة، في أربعة مستشفيات أهلية، وكما موضح في الجدول (1).

جدول(1)

عدد الاستمارات الموزعة حسب المستشفيات

عدد الإستمارات الموزعة		المستشفى	
الأطباء	المرضى		
12	40	مستشفى بابل الأهلي	1
12	38	مستشفى الحياة الأهلي	2
12	40	مستشفى السلام الأهلي	3
14	40	مستشفى الفيحاء الأهلي	4

إما خصائص العينة من الزبائن(المرضى) المستهدفين فقد كانت على النحو الموضح في الجدول(2)

جدول(2)

خصائص الزبائن (المرضى) عينة الدراسة

ت	الخصائص	التكرار	النسبة
1	النوع الإجتماعي	ذكر	54%
		أنثى	46%
2	العمر	أقل من 18	3%
		18-30	19%
		31-40	25%
		41-50	23%
		51 فأكثر	27%
3	مستوى الدخل	أقل من 250 الف	16%
		250-500	36%
		أكثر من 500	46%

في حين كانت الخصائص الشخصية لمقدمي الخدمة من الأطباء فقد كانت على النحو الموضح في الجدول (3).

جدول (3)

خصائص الأطباء عينة الدراسة

ت	الخصائص	التكرار	النسبة
1	النوع الإجتماعي	ذكر	36%
		أنثى	64%
2	العمر	أقل من 30	4%
		30-40	2%
		41-50	28%
		51-60	32%
		60 فأكثر	16%
3	الشهادة	دبلوم عالي	24%
		دكتوراه	76%

المبحث الثاني

الجانب النظري للدراسة

أولاً: الذكاء الشعوري

1- مفهوم وماهية الذكاء الشعوري

يعتبر مفهوم الذكاء الشعوري من المفاهيم التي شاع استخدامها وانتشارها في أروقة الفكر الإداري والتنظيمي بعد أن لاقى إهتمام واسع في مجال علم النفس. بعد أن أكد الباحثين في مجال علم النفس والإجتماع إلى أهمية فهم الإنسان لذاته، وفهمه للآخرين، وقدرته على توظيف واستخدام هذا الفهم الذي يمكنه من السيطرة على مشاعره وانفعالاته والتحكم فيها، وينمي لديه القدرة على فهم مشاعر الآخرين والتعاطف معهم ومساندتهم (Mayer & Salovey, 1990: 772). فهو نوع من أنواع الذكاء الاجتماعي، يتضمن قدرة الفرد على تحديد انفعالاته وانفعالات الآخرين و التمييز بينها، وتوظيفها لتوجيه طريقة تفكيره وأفعاله الخاصة.

وفي ضوء ذلك عرفه (Goleman) على إنه " القدرة على إدراك الانفعالات وفهم ومعرفة انفعالات الآخرين، بحيث يؤدي ذلك إلى تنظيم وتطوير النمو الانفعالي المرتبط بتلك الانفعالات من خلال الوعي بالذات وإدارة الانفعالات والدافعية والتعاطف والمهارات الاجتماعية" (Rode et al., 2007: 400).

و يؤكد (Solloway & Cartright, 2008: 2) على إن مقدرات الذكاء الشعوري تعطي الفرد القدرة على الوعي بحالته الانفعالية وانفعالات الآخرين وتنظيم انفعالاته وانفعالات الآخرين، والتعاطف والتواصل الاجتماعي مع الأفراد المحيطين به. و يضيف (Hagloo & Farajian, 2013:32) الى ذلك دور الذكاء الشعوري في تزويد الفرد بالقدرة على التعامل الإيجابي مع نفسه ومع الآخرين، بحيث يحقق أكبر قدر من السعادة لنفسه ولمن حوله.

كما يعتبر (Liau & liau, 2003:54) الذكاء الشعوري بأنه الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تمكن الشخص من تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية والاجتماعية انطلاقاً من هذه المهارات.

2- أبعاد الذكاء الشعوري ومكوناته

اتفقت الأبحاث و الدراسات السابقة على أن الذكاء الانفعالي يتكون من عدة أبعاد تتشابه فيما بينهما في المفهوم و الدلالة فقد ذكر (Mayer & Salovey, 1990: 773) إن الذكاء الشعوري الى ينقسم أربعة أبعاد هي إدراك الانفعالات ، قياس و استخدام الانفعالات؛ فهم الانفعالات، تنظيم الانفعالات.

أما (Golman, 1995: 15) فقد قسم الذكاء الشعوري إلى خمسة أبعاد هي:

1- الوعي بالذات ويتضمن هذا القسم معرفة الفرد لحالته المزاجية بحيث يكون لديه ثراء في حياته الانفعالية و رؤية واضحة لانفعالاته، والوعي بالذات عنصر مؤثر في مشاعرنا؛ حيث إن الفرد الغاضب عندما يدرك أن ما يشعر به هو الغضب، فهذا يتيح له فرصة كبيرة من الحرية ليختار عدم إطاعة هذا الشعور، والتخلص من قبضة هذا الغضب .

2- ادارة الانفعالات و يعني هذا القسم قدرة الفرد على تحمل الانفعالات العاصفة وألا يكون عبدا لها، أي يشعر بأنه سيد نفسه .وهذا يمثل دالة على الكفاءة في تناول أمور الحياة (تنظيم الذات).

3- دافعية الذات (حفز الذات) بمعنى أن الذكاء الشعوري يؤثر بقوة وعمق في كافة القدرات الأخرى إيجاباً أو سلباً؛ لأن حالة الفرد الانفعالية تؤثر على قدراته العقلية وأدائه بشكل عام.

4- التعاطف ويقصد به معرفة وإدراك مشاعر الغير مما يؤدي إلى التناغم الوجداني مع الآخرين .

5- المهارات الاجتماعية ويقصد بها التعامل الجيد والفعال مع الآخرين بناء على فهم ومعرفة مشاعرهم.

في حين قسم (Mayer & Salovey, 1990: 773) الذكاء الشعوري الى أربعة أبعاد هي إدراك الانفعالات ، قياس و استخدام الانفعالات؛ فهم الانفعالات، تنظيم الانفعالات. في حين يرى (

(Solloway & Cartright, 2008) أن للذكاء الانفعالي أربعة أبعاد هي الوعي بالذات ، الوعي الاجتماعي ، إدارة العلاقات ، إدارة الذات .

ثانياً: الارتباط العاطفي للزبون

يمثل الارتباط العاطفي ذخيرة سلوكية يستخدمها الفرد كوسيلة لتأمين الحماية النفسية والجسدية بالإعتماد على التفاعل المعرفي والعاطفي تجاه شيء محدد (Hazan & Shaver, 2014:515) . ويدعم بعض الباحثين هذه النظرة من خلال تفسير الرغبة في خلق الإرتباط العاطفي كوسيلة لإشباع الحاجات الأساسية للفرد، بدءاً من إرتباط الطفل بأمه، مروراً بالعلاقات العاطفية للكبار (Thomson etal., 2004:80) ، وعلاقات القرابة والصدقة التي ينشئها الفرد لإشباع الحاجات المذكورة. ويعرف الارتباط العاطفي بأن حالة التعلق المرتبطة بهدف عاطفي أو نفسي محدد تحدث بين الفرد و قضية معينة قد تختلف من حيث القوة (Hwang & Chen, 2013:149) (Ball & Tasaki, 2009:160).

وعبر (Schultz, 2015:370) عن الارتباط العاطفي من منظور يصف قوة الحزم النفسية التي تربط فرداً بآخر في علاقة معينة (Gross & Brown, 2014:705). وعلى الرغم من أن التعلق بشخص ما قد يختلف عن التعلق بشيء معين، إلا أن الخصائص المفاهيمية الأساسية والتأثيرات السلوكية للارتباط والتعلق يفترض أنها متشابهة تماماً في كل الأحوال (Gu & Ryan, 2015:242).

وفي مجال التسويق العلاقي تشير الدراسات الى الإرتباط أو التعلق يمكن أن يمتد الى ما وراء سياق علاقة الشخص بعلامة معينة أو منتج أو منظمة. وقد تطرقت البحوث في هذا المجال الى بنية الإرتباط التي تشمل حب العلامة و الإلتزام والألفة والولع بالعلامة (Hwang & Chen, 2013:145). ويؤكد (Thompson, 2006:57) بأن الارتباط العاطفي يكمن في جوهر العلاقات التجارية القوية والرصينة.

ويمكن النظر الى الارتباط العاطفي بمقدم الخدمة كقوة للرابطة المعرفية والعاطفية التي تربط مقدم الخدمة مع الزبون (المريض) (Hailu & McFarlane, 2015:586)، مما يعني جزء من حاجات الزبون ووسيلة لإشباع رغباته النفسية بناءً على الترابط المعرفي و العاطفي معه وفي ضوء المتطلبات النفسية

والرمزية فان الزبون يلجأ الى الإرتباط بعلامة تجارية أو مقدم خدمة معين لتلبية حاجات إشباع الذات) من خلال تجربة إستهلاك الخدمة) وصولاً الى تمكين الذات (من خلال الوظيفي) و مروراً بإثراء الذات (الإستلاك الرمزي)(Brocato,2016:64). بمعنى أن الارتباط العاطفي لا تتطور إلا عندما تنشئ علاقة قوية بين الفرد الزبون والعلامة التجارية أو مقدم الخدمة ويتم ذلك بمرور الوقت.

وتؤكد الدراسات التسويقية إن الروابط النفسية مع الذات تستند على الجوانب المعرفية و العاطفية ، إذ تبرز التجارب الشخصية للزبون مع مقدم الخدمة في المخططات المعرفية للفرد مع الروابط العاطفية للذات بما يعطيها تأثير حرج على سلوكيات الزبون ودوافعه الشرائية(Kleine,2012:360)(Schultz,2015:370). ويضيف (Hou & Morais,2013:225) عامل مهم في مجال الارتباط العاطفي إذ يمكن للتجارب الحسية(وفق الحواس الخمسة) أن تؤدي دوراً أساسياً في تغير مزاج الزبون ، وحتى في حالات المريض معينة)، علاوة على توفير مناخ نفسي إيجابي للزبون و استقراره العاطفي (Hailu & McFarlane,2015:585).

ثالثاً: العلاقة بين متغيرات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة

لقد أظهرت الدراسات السابقة أن المظاهر العاطفية لمقدم الخدمة يمكن أن تحفز الحالات الشعورية للزبون كرد فعل مباشر (Hailu & McFarlane,2015:586)، وتؤكد الدراسات التجريبية بان الزبائن الحساسين يكونوا أكثر من غيرهم إستجابة للمشاعر التي يظهرها مقدمو الخدمة(Hwang, & Kim,2016:11)، الأمر الذي يعزز من إرتباط الزبون نفسياً وشعوريا بمقدم الخدمة ويزيد من تفضيله له(Wieseke & Kraus,2015:322)، كما قد يخفف أو يقلل من الآثار السلبية لأخطاء وحالات التفاعل السلبية وغير المرضية(Pilling,2004:53)، على وجه الخصوص في الحالات التي يكون فيها الزبون قادر على التكيف العاطفي بدلا من الإحتكام للحسابات المنطقية كرد فعل سلوكي، أي عندما تتحكم دوافع الشراء العاطفية بدلاً من دوافع الشراء العقلية أو المنطقية بقرارات الزبون.

ويذكر (Drollinger& Comer,2013:58) إن جودة اللقاء الخدمي لها صلة معنوية برضا/عدم الزبون، كما إنها قد تؤدي الى نتائج خدمة مبهجة. ووفقاً لنظرية التحكم بالطلب، فإن

مقدمي الخدمة قد يظهرون سلوكا تعاطفيا مع الزبائن أثناء اللقاء الخدمي (Drollinger,2006:166). ويؤكد (Itani & Inyang,2015:703) إن المقدرات الشعورية والعاطفية لمقدم الخدمة لها دور معنوي في سلوكيات الزبون مثل رضا الزبون ولاءه . وعلى العكس من ذلك، فإن عدم إمتلاك مقدمي الخدمة لهذه المقدرات يسبب فشل الخدمة ويؤدي الى عدم الزبائن.

وفي مجال تسويق الخدمات الصحية فقد أثبتت الدراسات أن العواطف الإجتماعية ، وتحديداً الذكاء الشعوري له أهمية حاسمة لفهم طبيعة التفاعلات بين مقدم الخدمة (الطبيب) والزبون (المريض) (Schultz,2015:372).

فقد أكدت دراسة (Pilling,2004:55) إن الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة ترتبط بجدارته في فهم وجهة نظر الزبون ومشاعره أثناء تقديم الخدمة، بما يخلق مشاعر إيجابية تجاه المنظمة أو مقدم الخدمة. علاوة على ذلك، فإن الذكاء الشعوري تجاه الزبون تؤدي دور حاسم في ربط تجربة الزبون ومستوى جودة الخدمة وإشباع حاجاته ورغباته (Wieseke & Kraus,2015:322)، وما لا شك فيه أن إدراك الزبون لجودة الخدمة وتلبيتها لتوقعاته تحث الزبون على تفضيل الخدمة و الإرتباط بمقدمها (Itani & Inyang,2015:703). كما أتفقت معظم الدراسات بأن الذكاء الشعوري مؤشر مهم لتقييم جودة الخدمة، وهي من المحددات الأساسية لمشاعر الرضا والقبول (Hwang, & Kim,2016:14)، كما إنها تؤثر على الإستجابة الشعورية للزبون وعلى ولاءه تجاه مقدم الخدمة (Schultz,2015:372). ومن ثم إذا توقعنا تكرار هذا السلوكيات بالتتابع فإنه يمكن تقديم الفرضية الآتية:

كما يؤكد (Hailu & McFarlane,2015:586) إن قدرة مقدم الخدمة على فهم مشاعر الزبون ، والإستشعار بتوقعات الزبون ، ثم الاستجابة وفقاً لذلك تؤثر على تحسين وتنسيق السلوكيات التفاعلية المناسبة التي يقيم الزبائن من خلالها مثل هذه التطورات وزيادة الرضاء بشكل عام. أي إن تعاطف الطبيب مع المريض وفهم حاجاته والتعامل وفق متطلباته الشخصية ، يحث المريض على إقامة علاقة طويلة و متمينة مع الطبيب.

وعلاوة على ذلك، فإن استشعار المشاعر الإيجابية أو السلبية للزبائن (المرضى) والاستجابة لها بطريقة مناسبة يفرض تطوير وتنسيق سلوكيات تفاعلية كافية. فإذا كان الأطباء قادرين على الاستجابة بحساسية

لمرضاهم، فإن المرضى سيقدرّون التفاعل وسوف يكونون أكثر ارتياحًا ويفضلون التعامل مع نفس الأطباء دون الرغبة بالتحويل عنهم (Tan & Yeap, 2012:223).

و في إطار الدراسات التسويقية وعلاقات الخدمة، الارتباط العاطفي للزبون بنية أساسية لإنشاء العلاقات والحفاظ عليها وتعزيز ولاء الزبون للمنظمة، كما إن الارتباط العاطفي يدفع الزبون الى إعادة شراء خدمة مفضلة باستمرار في المستقبل ، مما يتسبب في تكرار نفس العلامة التجارية أو التعامل مع مقدم الخدمة ذاته (Kleine, 2012:361).

وفي ضوء ما تقدم يمكن صياغة الفرضية الفرعية الآتية:

H1: توجد علاقة تأثير معنوية بين الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة و الارتباط العاطفي للزبون

بمقدم الخدمة.

المبحث الثالث

الجانب العملي للدراسة

أولاً: منهج الدراسة وأدواتها

أستخدمت الدراسة الحالية المنهج الكمي متعدد المستويات في معالجة مشكلة الدراسة و الإجابة على التساؤلات المطروحة ، وتم إختيار أسلوب الإستقصاء من خلال الإستبيان لما يوفره من مزايا وإيجابيات تلاءم طبيعة الدراسة، وتم جمع الإستبيان من خلال المقابلات المباشرة مع المرضى والعاملين في المستشفيات المستهدفة وبالإستعانة ببعض العاملين في المستشفيات و الإصدقاء، قد تم إختيار قطاع المستشفيات الخاصة للأسباب الآتية:

1- تعد واحدة من القطاعات الصحية الأساسية والتي تتجاهلها معظم الدراسات التسويقية.

2- هناك تفاعل مباشر بين الأطباء و المرضى، وهو ما تتطلبه طبيعة ومتغيرات الدراسة الحالية.

والجانب المهم في الدراسة الحالية هو معرفة التأثير المباشر بين الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة على الارتباط العاطفي للخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية. إذ تركز الدراسة الحالية على طبيعة التفاعلات بين مقدم الخدمات الصحية (الطبيب) و الزبائن(المرضى) في المستشفيات قيد الدراسة.

وتم توظيف أسلوب العينات العشوائية المنهجية وهو أسلوب مشابه للعينات العشوائية مع فرق بسيط يقوم على إحتساب حجم العينة ثم يتم تحديد كل سجل من قائمة المرضى التي تتعامل مع مقدم خدمة

معين (طبيب)، استخدمت أرقام خاصة لمطابقة مقدمي الخدمة (الأطباء) واستبيانات الزبائن (المرضى)، ثم تم تعيين الزبائن (المرضى) إلى رقم رمز مقدم الخدمة المعني (الطبيب).

كما وظفت الدراسة برنامج AMOS 21 لإجراء تحليل البيانات، وفق أسلوب نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM) لتقييم نموذج القياس والنموذج الهيكلية. وأستخدم تحليل المكونات الأساسية واختبارات الانحدار في وقت واحد لتقييم نموذج القياس والنموذج الهيكلية. إذ إن الفائدة من استخدام (SEM) بأنها تسمح لنا بإجراء تحليل متزامن لترتيب متغيرات كاملة في نموذج مفترض، وهذه التقنية هي أداة قوية لإجراء هذه الاختبارات (Anderson & Gerbing, 1998).

وللتخلص من احتمال التحيز في إجابات العينة استخدمت الدراسة أسلوب (Harman's single-factor test) للبحث عن الشواغل الشائعة بالتحيز، وكشفت النتائج إن جميع الفقرات تم تصنيفها إلى سبعة عوامل، وإن العامل الأول لم يفسر سوى (14.71%) من التباين وهذا ما يعني عدم تحيز معنوي للاستجابات (Podsakoff et al., 2003).

ثانياً: بناء مقاييس الدراسة

استعانت الدراسة ببحوث ودراسات سابقة في تحديد المقاييس الخاصة بالمتغيرات، وتم تكيفها لتلائم طبيعة القطاع والمجتمع والعينة المختارة. وقد إستندت الدراسة إلى ثلاث متغيرات رئيسية وعلى النحو الآتي:

1- الذكاء الشعوري (Emotional Intelligence, EI) تم الإعتماد على دراسة كل من (Goleman, 1995) والذي يتكون من أربعة أبعاد هي

2- الارتباط الشعوري (Customer Attachment, CA) تم الإعتماد على دراسة (Ball & Tasaki, 2009).

3- المتغيرات الرقابية تشمل العوامل الشخصية مثل العمر و النوع الإجتماعي و مستوى الدخل واعتمدت على (Grewal, 2013) كضرورة لدراسة تأثير هذه العوامل على تفضيلات الزبون.

و تم إستخدام التحليل العاملي التوكيدي لقياس ثبات و مصداقية المقياس، وقد كانت جميع مؤشرات حسن المطابقة بنموذج القياس الكلي مطابقة ($\chi^2/df = 1.734$, RMSEA = .045, GFI = .955, AGFI = .876, CFI = .901) = إذ يلاحظ أن جميع القيم أعلى من قيم المؤشر القياسي، كما تم تطبيق معامل التحميل، معامل كرونباخ ألفا، معامل الصدق المركب، ومعامل التباين المركب للتأكد من ثبات وصدق المقياس (أنظر الجدول (4)). وكانت القيم المعيارية لها على مقبولة

باستثناء الفقرتين (9,4) من الذكاء الشعوري ، والفقرة (4) من الارتباط العاطفيللزبون، كذلك الفقرة (3) من تفضيلات الزبون، وقد تم إستبعادها من المقياس.

كما يلاحظ في الجدول (4) ، تم استيفاء شرط اختبار صدق التمايز لأن الجذر التربيعي لمعامل التباين المفسر لجميع المتغيرات كان أعلى من الارتباط بين المتغيرات ، مما يدل على صدق التمايز بين المتغيرات. كذلك فأن فان معاملات ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.72-0.90) ، أما معامل الثبات المركب فقد تراوح بين (0.75-0.90) وهي أعلى من المستوى المقبول في مجال البحوث التسويقية والإدارية (Fornell & Larcker, 1981).

رابعا: وصف متغيرات الدراسة

ونظراً لطبيعة المتغيرات في الدراسة الحالية والذي يتناول حالة توافقية بين سلوكيات خاصة بمقدم الخدمة في مقابل سلوكيات خاصة بالزبون، فكل مقدم خدمة يتعامل مع مجموعة من المرضى فقد تظهر إجابات هؤلاء المرضى درجة أكبر من التوافق عندما التعامل مع مقدم خدمة خاص بهم.

عليه فقد تم اللجوء الى منهج تحليلي خاص في إختبار الفرضيات ، وهو التحليل متعدد المستويات. و الدراسة الحالية تتناول نوعين من المتغيرات، متغيرات على مستوى المجموعة (الذكاء الشعوري)، ومتغير على مستوى الفرد (الارتباط العاطفي، وتفضيلات المريض).

وهذا يتطلب تحويل المتغيرات ذات الخصائص المشتركة في المجموعة الى متغيرات على مستوى الفرد لتحقيق التطابق بين مستوى النظرية والقياس. وقبل القيام بهذا التحويل من خلال عملية تجميع فإن ذلك يحتاج الى تحليل مجموعة من المؤشرات لتبرير عملية التجميع ، وما أن يتم التحقق من الحصول على هذه المؤشرات، سيعني ذلك وجود إتفاق بين أعضاء كل مجموعة تتعامل مقدم خدمة معين بما يسمح بإجراء تجميع للبيانات على مستوى الفرد (Rousseau,1985:20). ومن المهم أن يتم توفير ثلاث مؤشرات في ضوء عملية التحليل السابقة، وهي على النحو الآتي: (Klein& Hall:1994:200) 1- مؤشر الإتفاق ضمن المجموعة :

يمثل هذا المؤشر مدى درجة الإتفاق بين المستجيبين، اي مستوى التشابه بين إجابات الأفراد نحو فقرات المقياس. ويتم حساب هذا المؤشر من بمقارنة تباين المجموعة الملاحظة الى تباين العشوائي المتوقع ، وتتراوح قيمة المؤشر (من الصفر الى الواحد)، و إقتراب قيمته من الواحد الصحيح يدل على مستوى إتفاق عالي ضمن المجموعة. ويحسب هذا المؤشر وفق المعادلة الآتية:

$$r_{wg}(J) = J[1 - (Sx_j^2/\sigma_E^2)] / J[1 - (Sx_j^2/\sigma_E^2)] + (Sx_j^2/\sigma_E^2)$$

حيث ان :
 $r_{wg}(J)$ = مؤشر الإتفاق بين المستجيبين ضمن المجموعة
 Sx_j^2 = متوسط التباين الملاحظ على زمن الفقرات
 σ_E^2 = التباين المتوقع للمتغير X_j عندما تتجاوز الاستجابات خطأ القياس العشوائي ، حيث ان :
 $(A_2-1/12)$ (A_j) تعني عدد مدرجات المقاييس مثل مقاييس ليكرت الخماسي يعني (5)

وعند احتساب مؤشر الإتفاق ضمن المجموعة يتضح إن عدد الفقرات هي (10) وأدنى قيمة له هي (59). أما أقصى قيمة فقد كانت (83)، بمعدل عام قدره (84). ويؤشر على وجود المستوى المقبول. وبشكل عام تدل هذه المخرجات على إن قيمة الإتفاق ضمن المجموعة كبيرة ومتلائمة مع الحد المقبول (70). مما يعني أن إستجابات الأفراد إتجاه متغير الذكاء الشعوري تتصف بوجود حالة التوافق داخل المجموعات، وذلك يبرر لنا إمكانية تحويل الإستجابات على مستوى الفرد الى إستجابات على مستوى المجموعة لغرض إستخدامها في الإحصاءات الوصفية و إختبار الفرضيات.

2- معامل الارتباط الأول بين الفئات

يستخدم هذا المؤشر لغرض تحديد مستوى التباين في المتغيرات الذي يعتمد على إتتماء الفرد الى مجموعة معينة دون غيرها، ويعكس هذا المؤشر مستوى التباين بين المجموعات بخصوص المتغيرات المبحوثة. ويحسب من خلال تحليل التباين ذات التأثيرات العشوائية وفق المعادلة الآتية:

$$ICC (1) = \frac{\tau_{00}}{\tau_{00} + \sigma^2}$$

حيث ان :
 τ_{00} = التباين بين المجموعات
 σ^2 = التباين ضمن المجموعات

وكلما كانت قيمة التباين بين المجموعات معنوية كان المؤشر بمستوى جيد ويعطي دلالة معنوية على الإتفاق وفق قيمة كاي سكوير.

3- قيمة معامل الارتباط الثاني بين الفئات

يمثل هذا المؤشر تقدير لمستوى موثوقية وثبات الأوساط الحسابية للمجموعات، ومن الملاحظ إن هذا المؤشر يرتبط مع المؤشر الأول لتشكيل دالة لحجم المجموعة، وتكون قيمة هذا المؤشر مقبولة عندما تكون (0.70- فأكثر). وتعتمد المعادلة الآتية في احتساب قيمة معامل الارتباط الثاني بين الفئات:

$$ICC(2) = \frac{k (ICC(1))}{1 + (k-1) \times ICC(1)}$$

إذ أن
ICC(2) - قيمة معامل الارتباط الثاني بين الفئات.
ICC (1) - قيمة معامل الارتباط الأول بين الفئات.
K - حجم المجموعة

و عند احتساب النتائج بقيمة المؤشرين أعلاه وقيم كاي سكوير الخاصة بمعنوية التباين بين المجموعات، تبين أن قيمة معاملي الارتباط الأول والثاني للفئات تدعم عملية تجميع البيانات على مستوى الفرد الى مستوى المجموعة . فقد كانت قيمة معامل الارتباط الأول ($\tau_{00}=0.37113$) ومقبولة لأن قيمة التباين بين المجموعات ذو دلالة معنوية بمستوى (1%)، وكانت قيمة معامل الارتباط الأول للفئات (0.59)، وهذه القيمة تعني هناك تباين معنوي ما بين المجموعات في قياس مستوى الذكاء الشعوري لدى مقدمي الخدمات من وجهة نظر العينة. كما تبين إن قيمة معامل الارتباط الثاني للفئات بلغت (0.88). ويعني إنها قد تجاوزت القيمة المطلوبة للقبول وهي (0.70)، في حين كانت ($X^2=555.78$)، مما يفيد بأن الوسط الحسابي العام لمتغير الذكاء الشعوري في كل مجموعة يتصف بالثبات والموثوقية.

ووفقاً للنتائج أعلاه يمكن القول إن متغير الذكاء الشعوري هو فعلاً متغير على مستوى المجموعة، فقد كشفت النتائج بأن الأفراد عينة الدراسة في كل مجموعة أتفقوا على مستوى هذا المتغير ليس على مستوى الفرد بل على مستوى المجموعة، ولو كان العكس لظهر وجود تباين وعدم إتفاق بين أفراد العينة بحكم اختلاف خصائصهم الشخصية. عليه فإن الدراسة الحالية لجأت الى تحويل هذا المتغير من مستوى الفرد الى مستوى المجموعة باستخدام طريقة التجميع. وبعد التأكد من إمكانية استخدام منهج تعدد المستويات في معالجة البيانات الإحصائية للدراسة سيتم توصيف متغيرات الدراسة باستخدام مقياس النزعة المركزية والتشتت.

ويلاحظ من خلال الجدول (5) الأوساط الحسابية و الانحرافات المعيارية ومصفوفة الارتباط الداخلي لمتغيرات الدراسة على مستوى المجموعة وعلى مستوى الفرد. فقد حصل بعد الذكاء الشعوري (بعد على مستوى المجموعات) على وسط حسابي بلغ (3.42) بانحراف معياري (0.73). مما يشير الى تناسق إجابات العينة حول فقرات المقياس، ويؤكد ذلك إتفاق العينة على إن مقدمة الخدمات الصحية من اطباء وكادر طبي داعم من العاملين) يمتاز بالذكاء الشعوري وله قدرات عاطفية وشعورية تمكنه من فهم حاجات المرضى وحالاتهم الشعورية والتعرف على متطلباتهم الخاصة وفق ظروفهم الشخصية

والنفسية. وهي مسألة غاية في الأهمية في هذا القطاع لما لها من تأثير ملحوظ على نجاح عمل الفريق الطبي في المستشفى وتجاوب المريض سريرياً وبيولوجياً للعلاج المقدم له من قبل الطبيب. كما اشارت نتائج الوصف الإحصائي الواردة في الجدول (5) الى إن الوسط الحسابي العام لمتغير الإرتباط الشعوري للزبون (المريض) كان (3.37) وبانحراف معياري (.82)، مما يشير الى إرتباط العينة قيد الدراسة (في ضوء إنسجام إجابات العينة) بمقدمي الخدمة من أطباء و كادر طبي داعم لهم. وبنفس السياق أكدت نتائج الوصف الواردة في الجدول (5) الى وجود إنسجام في إجابات العينة حول متغير تفضيل الزبون (المريض) لمقدم الخدمة، فقد كان الوسط الحسابي لهذا المتغير (4) بانحراف معياري (.81)، مما يعني إن العينة تعبر عن وجود علاقة معنوية خاصة مستندة على مواقف وإتجاهات رصينة تجاه مقدم الخدمة.

الجدول (5)

والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الإرتباط الداخلي لمتغيرات الدراسة

ت	المتغير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الإرتباط				
				1	2	3	4	5
1	الذكاء الشعوري	3.42	.73	1				
2	الارتباط العاطفي للزبون	3.37	.82	.52*	1			
3	النوع الإجتماعي	-	-	.60**	.53**	1		
4	العمر	-	-	.52*	.50**	.55*	1	
5	مستوى الدخل	-	-	.33	.24	.39	.13	1

*p < .01; **p < .05

أما بالنسبة لمعاملات الإرتباط الداخلي بين متغيرات الدراسة، فقد تم توظيفها للتأكد من قوة النموذج الهيكلي الدراسة من خلال الكشف على عدم وجود إرتباط خطي متعدد بين متغيرات الدراسة، وهذا ما أظهرته النتائج الواردة في الجدول (5)، إذ تبين أن أكبر معامل إرتباط بين المتغيرات لم

يتجاوز (60%) . كما تم التعويل على نتائج هذه المعاملات لتقديم دعم مبدئي لفرضيات التأثير من خلال الكشف عن وجود إرتباط معنوي بين هذه المتغيرات.

خامساً: إختبار فرضيات الدراسة

تتضمن الفقرة الحالية محاولة لإثبات الأسس النظرية للعلاقة بين متغيرات الدراسة، والذي يستند على أسس نظرية سابقة من خلال ما قدمته الدراسات الأخرى. والجدول (6) يوضح نمذجة العلاقات الهيكلية بين متغيرات الدراسة (بالاعتماد على البرنامج الإحصائي Amos v1.23) وفي ضوء قيمة النسبة الحرجة (C.R) و مستوى المعنوية (P-Value) يتم الحكم بوجود أو عدم وجود تأثير معنوي بين المتغيرات.

إذ تشير نتائج الإختبار الواردة في الجدول (6) الى وجود علاقة تأثير معنوية بين الذكاء الشعوري لمقدم الخدمة و الإرتباط النفسي للزبون ، أذ كانت القوة التفسيرية للنموذج بدلالة معامل التفسير ($R^2=0.65$) بمعنوية إحصائية ($p=0.000$)، ويؤكد معامل التحديد على إن وجود مقدرات ادكاء الشعوري لمقدم الخدمة يفسر (65%) من تباين قيم الارتباط العاطفي للزبون المريض معه، مما يعني لهذه المقدرات الفردية التي يمتلكها الأطباء حيزاً واضحاً في تعزيز ولاء الزبون لهم وإستمرار التعامل معهم في المستقبل.

جدول (6)

إختبار فرضيات التأثير (مسار النموذج الهيكلية)

ت	Paths (Hypotheses)	C. R	B	SE	Sig.	R2	P- valu e
1	الذكاء الشعوري --- >الارتباط العاطفي	0.33	0.3	0.09	0.016	0.65	.000
GFI=0.91, GFI = 0.96, RMESA=0.073 الخطأ المعياري معنوية المعلمة. Sig.، النسبة الحرجة (C.R) (SE)							

و مما سبق يمكن القول إن إمتلاك الأطباء للمهارات الشعورية الخاصة بالذكاء الشعوري لها دور مهم في تعزيز إرتباط مرضاهم وزبائنهم بهم وهو ما يسهل نجاح عملهم ويساهم في تقوية أواصر العلاقة مع المرضى بشكل عام.

كما إن ممارسة وتوظيف مقدراتهم ومهارتهم في الذكاء الشعوري في فهم حاجات مرضاهم الشخصية له دور كبير في تعزيز روابط الولاء والشعور بالرضا عن علاقتهم مع الأطباء الذين يراجعونهم دون غيرهم من ذوي الإختصاص. فضلاً عن الدور الذي يؤديه إرتباطهم النفسي بإطبائهم المعالجين في إطالة عمر العلاقة ونجاح الدور الفني للأطباء.

أخيراً نلاحظ من نتائج التحليل الإحصائي أن الروابط النفسية للمرضى يجعلهم يصرون على إدامة علاقتهم بنفس الطبيب المعالج دون التفكير بالتحول الى طبيب آخر من ذوي الإختصاص، بل إنهم يمكن أن يكون قناة داعمة للأطباء من خلال نقل تجاربهم الناجحة للآخرين.

أما الفرضية الخاصة بالمتغيرات الرقابية تم إختبارها من خلال معادلة الإنحدار الهرمي المتعدد بخطوتين، في الخطوة الأولى تم إضافة المتغيرات الرقابية، وفي الخطوة الثانية تم إدخال المتغير المستقل.

والجدول (7و8و9) توضح دور هذه المتغيرات، إذ تشير نتائج التحليل الإنحدار الى إن عدم وجود تأثير معنوي في هذه العلاقة في ضوء خصائص الشخصية المتعلقة بالنوع الإجتماعي ، بمعنى إن التباين في النوع الإجتماعي ليس له تأثير معنوي. كما تؤكد النتائج الواردة في الجدول (7و8و9) الى إن الخصائص الشخصية المتعلقة بالعمر ليس لها تأثير معنوي على تفضيلاتهم للطبيب ، كذلك نوع مستوى الدخل لم يكن له تأثير معنوي على طبيعة العلاقة بين المتغيرات وبذلك يمكن تحييده من هذه العلاقة، كما أظهرت نتائج تحليل الإنحدار الخاصة بالمتغيرات الرقابية الى إن لم يكن لها تأثير على هذه العلاقة.

وبالمجمل فإن الفرضية الخاصة بالمتغيرات الرقابية قد تحققت كلياً، لذا يمكن القول إن بعض الخصائص الشخصية للمرضى يمكن تحييدها تأثير بعض العوامل على تفضيلات المرضى.

الجدول (7)

ملخص النموذج

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.178 ^a	.032	.023	.640
2	.278 ^b	.078	.065	.626
3	.382 ^c	.146	.122	.607

a.predictor: (constant),Income.

b.predictor: (constant),Income,Gender.

c.predictor: (constant),Income,Gender,Age.

الجدول (8)

تحليل ANOVA

Model	Unstandardized Coefficients B	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Collinearity Statistics	
						Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.723	.114	23.880	.000	.995	1.005
	Gender	-.001	.068	-.001	.990		
2	(Constant)	1.685	.282	5.986	.000	.993	1.007
	Gender	-.014	.066	-.010	.335		
	Age	.031	.043	.041	.733		
3	(Constant)	.548	.589	1.406	.160	.964	1.037
	Gender	-.013	.065	-.010	.335		
	Age	-.006	.042	-.008	.921		
	Income	.129	.060	.122	.217		

a. Dependent Variable: Patronage

Source: The Survey Data

الجدول (9)

معاملات الإنحدار بين متغيرات الدراسة

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.812	3	1.604	3.916	.009 ^b
	Residual	147.862	361	.410		
	Total	152.674	364			
2	Regression	11.833	5	2.367	6.032	.000 ^c
	Residual	140.841	359	.392		
	Total	152.674	364			
3	Regression	22.283	10	2.228	6.050	.000 ^d
	Residual	130.391	354	.368		
	Total	152.674	364			

a.predictor: (constant),Income.

b.predictor: (constant),Income,Gender.

c.predictor: (constant),Income,Gender,Age.

المبحث الرابع

الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: الإستنتاجات:

- 1- تبين من خلال نتائج التحليل الإحصائي إمتلاك الكادر الطبي من الأطباء في الدراسة لمهارات وقدرات شعورية ، مثلت وعاء عاطفي يستوعب حاجات ورغبات مرضاهم من خلال إيلاء المرضى إهتمام شخصي بوقت كافي وحسب ظروفهم الخاصة.
- 2- أظهرت العينة إرتباطها النفسي بالأطباء الذين يتعاملون معهم وبشكل واضح ، فقد كانت مشاعر الإلتئام للعلاقة مع الطبيب كونها تمثل جزء نفسي من شفاءهم وراحتهم، كما إنهم بالقيمة الشخصية للطبيب.
- 3- عبرت العينة عن تفضيلاتها وولائها لمقدمي الخدمات الصحية من الأطباء من خلال نيتها بإستمرار التعامل مع الطبيب ذاته وعدم رغبته في التحول الى طبيب غيره، علاوة على تطوعها في نصح الآخرين بمراجعة نفس الطبيب عند الحاجة.
- 4- أظهرت نتائج إختبار الفرضيات بأن الذكاء الشعوري للأطباء يمكن أن يساهم معنوياً في شحن مشاعر الارتباط العاطفي للمرضى للتعلم بالطبيب ذاته وجعل العلاقة بينهما جزء من العلاج للمريض . مما يعني إن الإصغاء للمريض وتفهم حالته الخاصة وظروفهم الشخصية، والتعامل معهم يتصف بروح المرح والصدقة يجعلهم يرتبطون به نفسياً ويلتصقون بشخصه معنوياً.
- 5- كما أثبتت نتائج الدراسة إنشغال الطبيب بتلبية طلبات المرضى فوراً، والسلوك المهني الأخلاقي الذي يتحلى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى، يعد من محفزات الإلتصاق النفسي والشعوري بالطبيب المعالج وجعله قيمة نفسية تعني الكثير للمريض وتشعره بالراحة والإستقرار النفسي.
- 6- إن الارتباط العاطفي للمريض بالطبيب بما يظهره من شعور التحسن عند التعامل مع طبيبه والراحة النفسية نتيجة الإرتباط الذاتي، قد يجعل المريض كزبون للطبيب يصر على التعامل معه دون غيره من الأطباء(المنافسين)، كما قد يدفعه بالتفاخر أمام الآخرين بتعامله مع الطبيب المختص وينصحهم بالرجوع إليه.

ثانياً: التوصيات

- 1- ضرورة تطوير الأطباء لمقدرتهم على استشعار توقعات المرضى وتعزيز التفاعل معهم لذا فإن النجاح المهني للطبيب يستلزم أن يكون هناك مقدرات تفاعل بشري و إجتماعي تمكنه من فهم أفكار المرضى ومشاعرهم ونواياهم والرد عليها أثناء اللقاء الخدمي.
- 2- سعي الأطباء المختصين لكسب و معرفة مهارات الذكاء الشعوري بأعتبره أداة نفسية تمكنهم من فهم وإستيعاب مشاعر مرضاهم، والتأكيد على فهم العادات والتقاليد المتباينة التي تفرزها البيئة.
- 3- ضرورة توفير مناخ نفسي و عاطفي للمرضى بما يسهم بمد جسور الثقة و التفاهم بين الطبيب و مرضاه و يولد مشاعر الإرتباط الذاتي عند المرضى ليكون جزء من متطلبات الإستشفاء وركيزة أساسية للدواء.
- 4- مد جسور التواصل و الإتصال مع المريض (كزبون) من أجل أن ييوح بمشاعره النفسية والتأكيد على إن العلاج النفسي يسبق العلاج المادي من العقاقير الطبية.
- 5- دعوة الأطباء الى زيادة الاهتمام بالمراجعين من المرضى واضعين نصب أعينهم إعطاء التصور والانطباع الحسن والجيد عنهم يمثل مرتكز أساسي للنجاح المهني والشخصي بعيداً عن الخبرات والكفاءات، مما يعني التفكير بنموذج التوجه نحو الزبون.

References

1. Aggarwal, Praveen, Stephen B. Castleberry, Rick Ridnour, and C. David Shepherd (2015), "Salesperson Empathy and Listening: Impact on Relationship Outcomes," Journal of Marketing Theory and Practice, 13 (3), 16-31.
2. Agnihotri, R., & Krush, M. T. (2015). Salesperson empathy, ethical behaviors, and sales performance: The moderating role of trust in

- one's manager. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 35(2), 164–174.
3. Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423.
 4. Ball, A. D., & Tasaki, L. H. (2009). The role and measurement of attachment in consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 1, 155–172.
 5. Brocato, E.D. (2016). Place attachment: an investigation of environments and outcomes in service context. Doctoral Thesis, The University of Texas at Arlington.
 6. Dhruv, G., Julie, B., Michael, L., Glenn, B., & Voss, G. B. (2013). The effects of wait expectations and store atmosphere evaluations on patronage intentions in service-intensive retail stores. *Journal of Retailing*, 79, 259– 268.
 7. Drollinger, T., & Comer, L. B. (2013). Salesperson's listening ability as an antecedent to relationship selling. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 28(1), 50–59.
 8. Drollinger, Tanya, Lucette B. Comer, and Patricia T. Warrington (2006), "Development and Validation of the Active Empathetic Listening Scale," *Psychology and Marketing*, 23 (2), 161–180.
 9. Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
 10. Gajanayake, R., Gajanayake, S., & Surangi, H. A. K. N. S. (2011). The impact of selected visual merchandising techniques on patronage intentions in supermarkets. Unpublished thesis, University of Kelaniya, Sri Lanka.
 11. Grewal, D., Baker, J., Levy, M., & Voss, G. B. (2013). The effects of wait expectations and store atmosphere evaluations on patronage

- intentions in service-intensive retail stores. *Journal of Retailing*, 79, 259–268.
12. Gross, M. J., & Brown, G. (2014). Tourism experiences in a lifestyle destination settings: the role of involvement and place attachment. *Journal of Business Research*, 59, 696–700.
13. Gu, H., & Ryan, C. (2015). Place attachment, identity and community impacts of tourism – the case of Beijing hutong. *Tourism Management*, 29, 637–647.
14. Hailu, G., Boxall, P. C., & McFarlane, B. L. (2015). The influence of place attachment on recreation demand. *Journal of Economic Psychology*, 26, 581–598.
15. Hazan, Cindy and Phillip R. Shaver (2014), “Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process,” *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
16. Hou, J. S., Lin, C. H., & Morais, D. B. (2013). Antecedents of attachment to a cultural tourism destination: the case of Hakka and non-Hakka Taiwanese visitors to Pei-Pu, Taiwan. *Journal of Travel Research*, 44, 221–233.
17. Hwang, K., & Kim, H. (2016). Are ethical consumers happy? Effects of ethical consumers' motivations based on empathy versus self-orientation on their happiness. *Journal of Business Ethics*, 1–20.
18. Hwang, S. N., Lee, C., & Chen, H. J. (2013). The Relationship among tourists' involvement, place attachment and interpretation satisfaction in Taiwan's national parks. *Tourism Management*, 26, 143–156.
19. Itani, O. S., & Inyang, A. E. (2015). The effects of empathy and listening of salespeople on relationship quality in the retail banking industry. *International Journal of Bank Marketing*, 33(6), 692–716.

20. Kim, W. K. & He, H. (2017). A study on physical environment and consumers' repatronage intention. *International Journal of Contents*, 3(4).
21. Klein, K. J., Dansereau, F., & Hall, R. J. (1994) Levels issues in theory development, data collection, and analysis. *Academy of Management Review*, 19, 195–229.
22. Kleine, Robert E. III, Susan S. Kleine and Jerome B. Kernan (2012), "These Are a Few of My Favorite Things — Toward an Explication of Attachment as a Consumer–Behavior Construct," *Advances in Consumer Research*, 16, 359–366.
23. McBane, David A. (2005), "Empathy and the Salesperson: A Multidimensional Perspective," *Psychology and Marketing*, 12(4), 349–370.
24. Mlenga G. Jere, Babatunde A. Aderele, & Albertina Jere (2014), Exploring Factors that Influence Store Patronage amongst Low-Income Consumers in Cape Town, South Africa, *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 20(5), 369–81.
25. Ogwo, O.E. & Igwe, S.R. (2012) Some Key Factors Influencing Attitudes to Patronage of GSM Services: The Nigerian Experience. *International Journal of Business and Management*; Vol. 7, No. 18 pp 82–91.
26. Pilling, Bruce K. and Sevo Eroglu (2004), "An Empirical Examination of the Impact of Salesperson Empathy and Professionalism and Merchandise Salability on Retail Buyers' Evaluations," *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 14 (1), 45–58.
27. Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.

28. Richard, E. M., Bupp, C. P., & Alzaidalsharief, R. G. (2016). Supervisor empathy moderates the negative effects of customer injustice. *Emotions and Organizational Governance*, 12, 117–140.
29. Rousseau, D. M. (1985). Issues of level in organizational research: Multilevel and crosslevel perspectives. In L. L. Cummings & B. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (Vol. 7, pp. 1–37).
30. Schultz, Susan E., Robert E. Kleine and Jerome B. Kernan (2015), “These Are a Few of My Favorite Things: Toward an Explication of Attachment as a Consumer Behavior Construct,” *Advances in Consumer Research*, 16, 359–366.
31. Tan, B. & Yeap, P. (2012). What Drives Green Restaurant Patronage Intention. *International Journal of Business and Management*, 7(2), 215–223.
32. Thompson, Craig J, Aric Rindfleisch and Zeynep Arsel (2006), “Emotional Branding and the Strategic Branding of the Doppelganger Brand Image”, *Journal of Marketing*, 70 (Jan), 50–65.
33. Thomson, Matthew, Deborah J. MacInnis and C. Whan Park (2005), “The Ties That Bind: Measuring the Strength of Consumers’ Emotional Attachments to Brands,” *Journal of Consumer Psychology*, 15 (1), 77–91.
34. Wieseke, J., Geigenmüller, A., & Kraus, F. (2015). On the role of empathy in customer–employee interactions. *Journal of Service Research*, 15(3), 316–331.