



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الاقتصاد
قسم إدارة الأعمال

أثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى

﴿دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق﴾

The effect of relationship quality dimensions of service
providers on patient's attitudes

A comparative study between public and private hospitals in Damascus

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في التسويق

إعداد الطالبة

دعاء عرسان

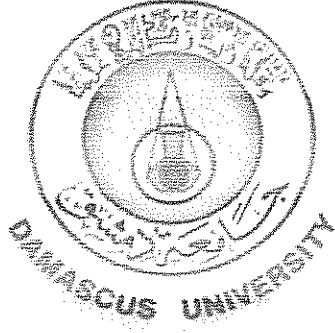
إشراف الأستاذ الدكتور

رعد حسن الصرن

2020-2019 م

1441-1440 هـ

قرار لجنة الحكم على الرسالة



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الاقتصاد
قسم إدارة الأعمال

أثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى

دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق

إعداد:
الباحثة دعاء عرسان

السادة أعضاء لجنة المناقشة والحكم على الرسالة:

الاسم والمرتبة العلمية	التوقيع
الدكتور رعد الصرن الأستاذ في قسم إدارة الأعمال-كلية الاقتصاد-جامعة دمشق	عضواً مشرفاً
الدكتور فداء ناصر الأستاذ المساعد في قسم إدارة الأعمال-كلية الاقتصاد-جامعة دمشق	عضواً
الدكتور نعيم مرتكوش المدرس في قسم إدارة الأعمال-كلية الاقتصاد-جامعة دمشق	عضواً

تاريخ المناقشة: 2020/8/26

البحر

أنا الباحثة دعاء عرسان أصرح بأن هذا البحث والذي بعنوان " أثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق " هو من إنجازي.

اسم الباحثة: دعاء عرسان

التوقيع:

الاحمداء

إله من كلله اللهم بالحيية والوفاء... إله من أتمل اسمه بكل افتخار

إله القلب الكبير

والله العزيز

إله من بها أكبر وحليها أحسن... إله سمعة مقدرة تنير حياتي

أُمِّي الحبيبة

إله من عرفت معها معنى الحياة... إله القلب الناصع بالبياض... إله ملائكتي

إله القلوب الطاهرة الرفيعة... والنفوس البرية

أُمِّي الأختواني

إله أشقاء روحي ورفيقات وربي ورفاق حياتي

(الله - ربي - جلال - برادة - إسرائ - نور)

إله نوال روحي ورفيعة وربي إله صاحبة القلب الطيب

نها وزهرة

إله أختي وصديقتي وخالتي الرفيعة

إله يلبس حجاب

إله مدللي الصغيرة... ولا بنة قلبي..... أُمِّي التي أنارت حياتي

الأخوات اللواتي لم ندرهن أُمِّي... إله من تحملوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء..

بنات خالتي

إله أُميرات انجبتن ملكة عظيمة

(رعم - رغد - رؤى - رفاه - ريهام - ريناج)

إله كل من أسمى إله معروف أو ضحاً أو عوناً

إله كل الأحرفاء والأقارب والأحبة

إلههم جميعاً أُمِّي عمره هذا الجهد المتواضع عرفانا وتقديراً

الشكر

إلى رسول العلم النبي أنار دربي ولم يخل علمي بالنصح في كل وقت وحسن، وكاف لي أبا ومعلماً لا أساق
الدكتور محمد الصراف .

إلى الأساتذة والدكاترة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم الموقرين .

إلى إدارة المستشفيات وكوادرها التي لم يخل بمساعدتي بالنهوض بهذه الرسالة .

إلى كل من ينزل من وقته وجهده في سبيل رفعة العلم وكل من ساعدني في إجراء بحثي هذا من ناحية تقديم وجمع
المعلومات أو النصائح العلمية .

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	الإهداء
ج	الشكر
د	قائمة المحتويات
و	قائمة الجداول
ي	قائمة الأشكال
ك	الملخص
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	1-1. مقدمة
3	1-2. الدراسات السابقة
11	1-3. مشكلة البحث
13	1-4. أهمية البحث
14	1-5. أهداف البحث
15	1-6. مصطلحات البحث
16	1-7. نموذج البحث ومتغيراته
17	1-8. فرضيات البحث
18	1-9. منهجية البحث
19	1-10. المجتمع والعينة
20	1-11. مصادر جمع البيانات
20	1-12. أساليب تحليل البيانات
21	1-13. أساليب جمع البيانات
21	1-14. صعوبات البحث
22	1-15. حدود البحث
23	الفصل الثاني: جودة العلاقة ومتغيراتها الأساسية في الرعاية الصحية
24	1-2. مفهوم العلاقات
25	2-2. تعريف المريض
26	3-2. مفهوم تسويق العلاقات
27	4-2. جودة العلاقة
33	5-2. مراجعة لأبعاد جودة العلاقة في الدراسات السابقة

40	2-6. متغيرات جودة العلاقة
48	2-7. جودة العلاقة في الرعاية الصحية
51	الفصل الثالث: الاتجاهات النفسية وأنواعها والعوامل المؤثرة فيها
52	3-1. مفهوم الاتجاهات
60	3-2. مكونات الاتجاه
63	3-3. تكوين الاتجاه
64	3-4. خصائص الاتجاه
67	3-5. أنواع الاتجاه
69	3-6. العوامل المؤثرة في تغيير الاتجاهات
70	3-7. أساليب يمكن اتباعها لإحداث تغيير في الاتجاهات
73	3-8. قياس الاتجاهات
76	الفصل الرابع: الدراسة العملية
77	4-1. المبحث الأول: دراسة العينة وأداة البحث
78	4-1-1. مجتمع البحث
80	4-1-2. عينة البحث
81	4-1-3. خصائص العينة
89	4-1-4. تصميم أداة الاستقصاء وصدقها وثباتها
102	4-2. المبحث الثاني: اختبار الفرضيات
103	4-2-1. اختبار التوزع الطبيعي والتجانس
104	4-2-2. اختبار الفرضيات على مستوى العينة ككل
113	4-2-3. اختبار الفرضيات في المستشفيات العامة
121	4-2-4. اختبار الفرضيات في المستشفيات الخاصة
133	الفصل الخامس: النتائج والمقترحات
134	5-1. نتائج البحث
137	5-2. المقترحات والتوصيات
140	5-3. الدراسات المستقبلية
141	قائمة المراجع
169	قائمة الملاحق
170	الملحق (1): استبانة البحث النهائية

174	الملحق (2): قائمة محكمي الاستبانة
175	Abstract

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
3	الجدول (1) الدراسات السابقة باللغتين العربية والأجنبية	1.
34	الجدول (2) أبعاد جودة العلاقة المستخدمة في الدراسات السابقة	2.
79	الجدول (3) توزيع فقرات كل بعد من أبعاد الاتجاهات واتجاهها	3.
78	الجدول (4) متوسط عدد السكان لكل سرير في المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق لعام 2018	4.
80	الجدول (5) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستشفى	5.
81	الجدول (6) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس	6.
82	الجدول (7) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي	7.
83	الجدول (8) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر	8.
84	الجدول (9) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير متوسط الدخل الشهري	9.
84	الجدول (10) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مدة الإقامة في المستشفى	10.
85	الجدول (11) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير طبيعة العلاقة	11.
90	الجدول (12) معاملات ارتباط بنود الاستبانة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه للمتغير المستقل	12.
90	الجدول (13) معاملات ارتباط بنود الاستبانة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه للمتغير التابع	13.
91	الجدول (14) معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير المستقل) الذي تنتمي إليه	14.
91	الجدول (15) معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير التابع) الذي تنتمي إليه	15.
92	الجدول (16) معاملات ثبات الاستبانة	16.
93	الجدول (17) درجات الترميز لكل درجة إجابة ومجالها	17.
94	الجدول (18) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الأول (الثقة) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)	18.

94	الجدول (19) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الثاني (الرضا) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)	19.
95	الجدول (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الثالث (الالتزام) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)	20.
96	الجدول (21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الرابع (الحب والمودة) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)	21.
96	الجدول (22) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الخامس (جودة الاتصالات) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)	22.
97	الجدول (23) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على أبعاد المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل)	23.
98	الجدول (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الأول (الاتجاه المعرفي) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)	24.
99	الجدول (25) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الثاني (الاتجاه الوجداني) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)	25.
99	الجدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات البعد الثالث (الاتجاه السلوكي) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)	26.
100	الجدول (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات على أبعاد المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع)	27.
101	الجدول (28) المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على محوري البحث الرئيسيين	28.
103	الجدول (29) نتائج اختبار Kolmogorov-Smirnov للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات	29.
103	الجدول (30) نتائج اختبار ليفين لتجانس بيانات العينة	30.
104	الجدول (31) معاملات الارتباط بين بعد الثقة وأبعاد الاتجاهات	31.
105	الجدول (32) معاملات الارتباط بين بعد الرضا وأبعاد الاتجاهات	32.
105	الجدول (33) معاملات الارتباط بين بعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات	33.
106	الجدول (34) معاملات الارتباط بين بعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات	34.
106	الجدول (35) معاملات الارتباط بين بعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات	35.
107	الجدول (36) نتائج الفرضية الرئيسة الأولى لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات	36.
108	الجدول (37) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات على مستوى العينة ككل	37.

108	الجدول (38) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد على مستوى العينة ككل	38.
108	الجدول (39) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها على مستوى العينة ككل	39.
109	الجدول (40) معامل الارتباط ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات على مستوى العينة ككل	40.
109	الجدول (41) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل	41.
110	الجدول (42) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها على مستوى العينة ككل	42.
111	الجدول (43) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المشفى (عام أو خاص)	43.
111	الجدول (44) نتائج اختبار مان ويتي لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المشفى (عام أو خاص)	44.
112	الجدول (45) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص)	45.
112	الجدول (46) نتائج اختبار مان ويتي لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص)	46.
113	الجدول (47) نتائج الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة	47.
115	الجدول (48) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة	48.
116	الجدول (49) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات العامة محل الدراسة	49.
116	الجدول (50) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات العامة محل الدراسة	50.
117	الجدول (51) معامل الارتباط ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة	51.
117	الجدول (52) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في المستشفيات العامة محل الدراسة	52.
118	الجدول (53) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها في المستشفيات العامة محل الدراسة	53.
118	الجدول (54) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)	54.
119	الجدول (55) نتائج اختبار مان ويتي لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المشفى العام (الأسد والمواساة)	55.

120	الجدول (56) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)	56.
120	الجدول (57) نتائج اختبار مان ويتي لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)	57.
121	الجدول (58) نتائج الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	58.
123	الجدول (59) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	59.
123	الجدول (60) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	60.
124	الجدول (61) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	61.
125	الجدول (62) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	62.
125	الجدول (63) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	63.
125	الجدول (64) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها في المستشفيات الخاصة محل الدراسة	64.
126	الجدول (65) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	65.
127	الجدول (66) نتائج اختبار كروسكال واليس لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	66.
127	الجدول (67) نتائج اختبار مان ويتي للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين على أبعاد جودة العلاقة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	67.
128	الجدول (68) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد الاتجاهات لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	68.
129	الجدول (69) نتائج اختبار كروسكال واليس لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	69.
129	الجدول (70) نتائج اختبار مان ويتي للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)	70.
131	الجدول (71) متوسط الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المشفى (الأسد والمواساة والتوفيق والروضة والرازي)	71.

72.	الجدول (72) متوسط الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المشفى (الأسد والمواساة والتوفيق والرازي والروضة)	132
-----	--	-----

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1.	الشكل (1) نموذج البحث ومتغيراته	16
2.	الشكل (2) مكونات الاتجاه الثلاث	62
3.	الشكل (3) شكل تمثيلي يُبين كيفية تدرج شدة الاتجاه إيجاباً وسلباً	68
4.	الشكل (4) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستشفى	80
5.	الشكل (5) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس	81
6.	الشكل (6) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي	82
7.	الشكل (7) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر	83
8.	الشكل (8) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير متوسط الدخل الشهري	84
9.	الشكل (9) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مدة الإقامة في المستشفى	85
10.	الشكل (10) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير طبيعة العلاقة	86
11.	الشكل (11) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب الجنس	86
12.	الشكل (12) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب المؤهل العلمي	87
13.	الشكل (13) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب العمر	87
14.	الشكل (14) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب مستوى الدخل	88
15.	الشكل (15) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب مدة الإقامة في المستشفى	88
16.	الشكل (16) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب طبيعة العلاقة	89
17.	الشكل (17) المتوسطات الحسابية للإجابات على أبعاد المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل)	98
18.	الشكل (18) المتوسطات الحسابية للإجابات على أبعاد المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع)	100

الملخص

أثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى

(دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق)

هدف البحث إلى التعرف من خلال دراسة ميدانية على واقع جودة العلاقة في المستشفيات العامة والخاصة في دمشق والمقارنة بينها، إضافةً لقياس اتجاهات المرضى نحوها وتحديد الأبعاد الأكثر أهمية لجودة العلاقة بين المرضى ومقدمي الخدمة في المستشفى، ومعرفة مدى تأثيرها على أبعاد الاتجاهات، حيث تم جمع المعلومات من خلال استبانة شملت خصائص العلاقة مثل مدة الإقامة في المستشفى وطبيعة العلاقة، وتضمنت الاستبانة 59 سؤالاً، وُزعت على عينة عَرَضِيَّة من 400 مريض داخلي ومرافقيهم في ثلاثة مستشفيات خاصة ومستشفيين من القطاع العام في مدينة دمشق.

وكانت أهم النتائج التي توصل إليها البحث أن مستوى جودة العلاقة وأبعادها ومستوى الاتجاهات الإيجابية للمرضى هي فوق المتوسط، وأكثر أبعاد جودة العلاقة تأثيراً في الاتجاهات هو الحب والمودة، يليه الالتزام بالعلاقة، ومن ثم الثقة وجودة الاتصالات على التوالي؛ وبالمقابل لم يكن للرضا تأثيراً على اتجاهات المريض، بالإضافة لوجود فروق جوهرية بين المستشفيات العامة والخاصة من حيث جودة العلاقة والاتجاهات وأبعادها، وكانت الفروق لصالح المستشفيات الخاصة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1-1. مقدمة
- 1-2. الدراسات السابقة
- 1-3. مشكلة البحث
- 1-4. أهمية البحث
- 1-5. أهداف البحث
- 1-6. التعريفات الإجرائية
- 1-7. نموذج البحث ومتغيراته
- 1-8. فرضيات البحث
- 1-9. منهجية البحث
- 1-10. المجتمع والعينة
- 1-11. مصادر جمع البيانات
- 1-12. أساليب تحليل البيانات
- 1-13. أساليب جمع البيانات
- 1-14. صعوبات البحث
- 1-15. حدود البحث

1-1. مقدمة :

هناك عدة أسباب تجعل التحول إلى نموذج تسويق العلاقات مفيداً، من هذه الأسباب السوق التنافسية، حيث يحتاج المسوقون بدايةً لإعادة توجيه تركيزهم الأساسي من اكتساب عملاء جدد إلى الاحتفاظ بالعملاء الحاليين، فإن خلق عميل جديد هو أكثر صعوبة وتكلفة بكثير من الاحتفاظ بالعميل الحالي، وتؤدي الأهمية المتزايدة للاحتفاظ بالعملاء إلى دفع المسوقين لتبني تسويق العلاقات الذي يُركز على إقامة علاقات طويلة الأمد مع العملاء، كما يمكن للمنظمات الاستفادة من التسويق بالعلاقات بإصلاح علاقاتها التالفة مع العملاء الساخطين، فالعواقب المترتبة على سخط العملاء وإن لم تكن فورية فقد تكون مدمرة عاجلاً أم آجلاً.

معظم مسوقي الخدمات اليوم يُدركون أهمية الاحتفاظ بالعملاء وجعلهم من العملاء المفضلين، حيث أن البيئة التنافسية وحاجات العملاء المتغيرة والمتزايدة تدفع المؤسسات الخدمية إلى حصولها على ميزة تنافسية بفوزها بعلاقة طويلة الأمد مع عملائها، والتركيز على حصة الزبون وليس على حصة السوق، وهذا يعني زيادة العائد من كل زبون لأقصى حد ممكن، فالتركيز على الاحتفاظ بالزبون فعّال في خفض التكلفة أكثر من حالة الاكتساب.

ف نجاح العديد من الخدمات يعتمد على خلق وإدامة العلاقات المستندة للعميل، أو التفاعل مع العملاء الذي يؤدي إلى إرضائهم، لذا يتوجب على مُقدّم الخدمة أن يسعى لبناء الثقة وتحقيق التزام ورضا العملاء بصورة جيدة، بحيث يتولّد لديهم ولاء عالٍ جداً لمُقدّم الخدمة عندها فقط لن يكونوا راغبين بالتحول إلى المنافسين، فنرى مما سبق أن جودة العلاقة هي شرط مُسبق وهام لنجاح تبادل طويل الأجل وتُحدد احتمال استمرار العلاقات بين الشركاء، وعلى الرغم من أن مصطلح "جودة العلاقة" كثيراً ما أُستخدم في الأدبيات المتعلقة بالعلاقات، إلا أنه لا يوجد توافق في الآراء حول تعريفه وتحديد أبعاده وقياسها، ويعود السبب الرئيسي لعدم وجود التوافق للتنوع الواسع للعلاقات القائمة بين مجموعة من المستهلكين وأسواق الأعمال.

تواجد الكثير من المستشفيات العامة والخاصة في دمشق يؤدي إلى منافسة شديدة في هذا القطاع، كما أن اعتقاد المرضى أنهم سيحصلون على خدمات صحية أعلى جودة في المستشفيات الخاصة، وكثرة الخيارات المتاحة أمامهم تصبح توقعاتهم أعلى وأكثر تنوعاً، مما يزيد فرصة التنافس بشكل أكبر بين القطاعين العام والخاص، لهذه الأسباب أصبحت عملية بناء العلاقة والحفاظ عليها أكثر تعقيداً، مما يزيد من صعوبات المستشفى في الحفاظ على جودة العلاقة، ما سبق يؤكد أهمية إدراك المستشفى لجودة

العلاقة، فإذا كانت جودة العلاقة بين المريض والمستشفى جيدة فالاحتمال الأكبر أن يثق المريض بالمستشفى ويشعر بالتزامه نحوها، وبالتالي سيؤدي ذلك إلى ولائه للمستشفى، كما أن ولاء العملاء مهم للمستشفى، ويرجع ذلك إلى حقيقة أن المستشفى لن تكون قادرة على كسب الكثير من الأرباح إذا لم يكن لدى العملاء ولاء تجاهها أو عند الاستمرار في التحول إلى المنافسين.

2-1. الدراسات السابقة:

يعرض الجدول (1) الدراسات السابقة باللغتين العربية والأجنبية:

الجدول (1) الدراسات السابقة

Relationship framework in sport management: How relationship quality affects sport consumption behaviors	Kim, 2008
المتغيرات المدروسة: سلوكيات الاستهلاك، جودة العلاقة. مكان الدراسة: أمريكا. أهم الأهداف: البحث في كيفية تأثير جودة العلاقة على الحضور (أو نية حضور حدث رياضي) حيث أن زيادة الحضور هو الهدف الأساسي لمديري الرياضة والموسمين، وتتكون جودة العلاقة من (7) مقاييس فرعية (الثقة والالتزام والرضا عن العلاقة والارتباط الذاتي (Self-connection)، والحب والمودة والمعاملة بالمثل (Reciprocity)). العينة: (305) شخصاً شاركوا في استطلاع رأي شخصي وجهاً لوجه. أهم النتائج: - أثرت جودة العلاقة بشكل كبير على سلوكيات استهلاك الرياضة المتعلقة بفريق "UF Football" ونوايا الشراء لأجهزة iPod . - المستوى الأعلى من جودة العلاقة أدى إلى اتجاه إيجابي نحو تمدد العلامة التجارية (brand extension) أي أن المستهلكين الذين أدركوا جودة العلاقات الجيدة كانوا أكثر عرضة لشراء المنتجات التي تستخدم نفس اسم العلامة التجارية.	
Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services	Moliner, 2009
المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، الولاء، القيمة المدركة. مكان الدراسة: إسبانيا.	

	أهم الأهداف: تبرير الدور المركزي الذي تلعبه القيمة المتصورة لما بعد الشراء وجودة العلاقة في تفسير سلوك الولاء في سياق خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى، وقد أستخدم الالتزام والرضا والثقة كأبعاد لجودة العلاقة. العينة: (157) مريض في المستشفى الخاص و(151) مريض في المستشفى العام. أهم النتائج: - القيمة الوظيفية المدركة تمارس تأثيراً هاماً على رضا المستهلك وثقته. - السوابق الرئيسية للولاء هي الثقة والرضا.
Hui et al, 2011	Relationship Quality and Customer Loyalty towards Private Hospitals in Malaysia
	المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، الولاء. مكان الدراسة: ماليزيا. أهم الأهداف: دراسة العلاقة بين جودة العلاقة وولاء العملاء تجاه المستشفيات الخاصة، وتحديد الأبعاد المهمة لجودة العلاقة (الثقة والرضا والتواصل والالتزام وجودة الخدمة) التي يجب التركيز عليها في محاولة إنشاء عملاء مخلصين. العينة: (250) مريض ومرافق. أهم النتائج: - الثقة، الرضا، الالتزام، وجودة الخدمة لهم علاقة إيجابية مهمة مع ولاء العملاء في حين أن الاتصال ليس له علاقة إيجابية مباشرة مع ولاء العملاء. - المستوى الأعلى من الالتزام يعني مستوى أعلى من الوفاء، مما يجعل العميل الملتزم يُدافع عن المستشفى عندما ينتقده الآخرون، وهو على استعداد لمواصلة السعي للحصول على خدمات العلاج في المستشفى عندما يحتاج للرعاية الصحية. - الثقة لها علاقة إيجابية ضعيفة مع ولاء العملاء. - الرضا المتغير الأكثر أهمية بعلاقته بولاء العملاء يتبعها جودة الخدمة والالتزام والثقة بترتيب تنازلي.
Kim et.al, 2011	The impact of relationship quality on attitude toward a sponsor
	المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، الاتجاه. مكان الدراسة: أمريكا.

أهم الأهداف: التحقق من تأثير جودة العلاقة بين المستهلك والملكية الرياضية على فعالية الرعاية، وتطوير نموذج لفحص الروابط بين جودة العلاقة، والصدق (sincerity)، والاتجاه نحو الراعي (sponsor)، والنية لشراء منتج الراعي، وتأثير جودة العلاقة للمستهلك على النتائج المتوقعة المرتبطة بالعلاقة. العينة: (474) طالباً . أهم النتائج: - تؤثر جودة علاقة المستهلك الرياضي مع منظمة أو حدث رياضي معين بشكل مباشر على تصوراتهم للصدق، والاتجاه نحو الراعي، بالإضافة إلى نيتهم في شراء منتجات الراعي. - التأثير المباشر غير المهم لجودة العلاقة على الاتجاه نحو الراعي توحى بالدور المهم للإخلاص كوسيط في نقل الرابطة النفسية (psychological bond) للمستهلكين الرياضيين مع الراعي. - كان المسار المباشر من الإخلاص (Sincerity) إلى الاتجاه نحو الراعي إيجابياً ومهماً وكان المسار المباشر من الاتجاه نحو الراعي إلى نية الشراء إيجابياً ومهماً أيضاً، وكان المسار غير المباشر من الإخلاص من خلال الاتجاه نحو الراعي إلى نية الشراء مهماً، حيث توفر هذه النتيجة دعماً للتوسط في العلاقة بين الإخلاص ونية الشراء. - المسار المباشر من الإخلاص إلى نية الشراء إيجابي ومهم. - المسار المباشر من جودة العلاقة إلى نية الشراء إيجابياً ومهماً، وشرح ما يقارب من 3% من تباين نية الشراء. - تأثير مباشر لجودة العلاقة على الاتجاه نحو الراعي.	
Causal linkages among relationship quality perception, attitude, and behavior intention in a membership organization	
المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة المدركة، الاتجاه، النية السلوكية. مكان الدراسة: أمريكا.	
الأهداف: اختبار نموذجين يربطان بين جودة العلاقة المدركة (التحكم في التبادلية control mutuality والرضا والثقة والالتزام) والاتجاه والمشاركة القائمة على السلوك behavior-based involvement في منظمة عضوية. النتائج: - أثرت الثقة بالعلاقة والالتزام بشكل إيجابي على اتجاهاتهم نحو المنظمة. - إدراك الجمهور للالتزام يمكن أيضاً أن يؤد سلوكاً داعماً بشكل مباشر تجاه المنظمة (الجمعية) بين أفراد الجمهور الرئيسي. - الالتزام هو الوحيد القوي المتنبئ بالسلوك، وهو بدوره مؤشر قوي على الاتجاه حيث كانت تصورات المشاركين عن الالتزام بالعلاقة أساسية لاتجاهاتهم الإيجابية نحو المنظمة والنوايا السلوكية. - أفراد الجمهور الذين درسوا، والذين أظهروا تصورات قوية للالتزام بالعلاقة، كانوا أكثر عرضة للتوصية بالعضوية للآخرين، والاحتفاظ بعضويتهم. - لم يكن لتصورات التحكم المتبادل والرضا آثار كبيرة على الاتجاه والنوايا السلوكية. - استراتيجيات التواصل التي يمكن أن تحسن مستوى الرضا المتبادل بين المنظمة وعضوها الجديد أكثر فعالية في تعزيز المزيد من الاتجاهات الإيجابية والسلوكيات الداعمة.	Jung Ki & Hon, 2012

2015 مجاهدي و براهمي	دراسة اتجاهات المستهلك الجزائري نحو علامة المؤسسة الوطنية للصناعات الإلكترونية ENIE المتغيرات المدروسة: الاتجاهات. مكان الدراسة: الجزائر. أهم الأهداف: تسليط الضوء على أحد مؤشرات تقييم المستهلك الجزائري للمنتجات والعلامات التجارية الجزائرية، ودراسة اتجاهات المستهلك الجزائري نحو إحدى العلامات التجارية الجزائرية، وتأثيرها بالخصائص الديموغرافية للمستهلك. العينة: (817) مفردة من المستهلكين الجزائريين. أهم النتائج: -إيجابية اتجاهات المستهلكين الجزائريين نحو العلامة التجارية، وعدم تأثرها بمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، في حين أن هذه الاتجاهات تتأثر بمتغيري الدخل والعمر.
Sornsri, 2015	Antecedents and Consequences of Relationship Quality A Study on Private Hospitals in Thailand المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة ونتائجها . مكان الدراسة: تايلاند. الأهداف: تطوير مجموعة أكثر شمولاً من أبعاد جودة العلاقة من قبل توظيف نظرية الاستثمار، وتألفت الأبعاد الجديدة لهذه الدراسة من: الثقة، والجمود (inertia)، والاعتماد (dependence)، وتحديد سوابقها، وكذلك فحص علاقاتهم النسبية الهامة. العينة: (478) مريضاً خارجياً من إجمالي أربعة مستشفيات خاصة في بانكوك. النتائج: - المعرفة بالمرضى لها علاقة بالغة الأهمية بالثقة، ومخاطر تحوّل المرضى لها علاقة أكثر ارتباطاً بالقصور الذاتي (inertia)، والتبعية (dependence) . - الثقة والقصور (inertia) لهما آثار إيجابية على ردود الفعل البناءة ونية إعادة الزيارة، فقد تثبط (تعوق) الثقة أيضاً نية التحول بينما الاعتماد (dependence) تؤثر بشكل إيجابي على نية إعادة الزيارة.
2016 ، الصرن	دراسة قياس أبعاد جودة العلاقة بين المؤسسة الإعلامية وجمهورها المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة ، الولاء . مكان الدراسة: سورية.

	أهم الأهداف: تحديد أهمية تطوير نموذج جديد وضرورته لقياس جودة العلاقة، وتقييم درجة العلاقة بين المؤسسات الإعلامية وجمهورها، وتألف النموذج الجديد من خمسة متغيرات هي: الثقة، والالتزام، والرضا، وجودة الاتصال، ومعالجة النزاع. العينة: اعتمد على عيّنتين، عيّنة للعاملين، وعتينة للجمهور المتابع لستة مؤسسات إعلامية وبلغت عينة العاملين (86) أما عينة الجمهور (91) . أهم النتائج: - مستوى جودة العلاقة في المؤسسات الإعلامية السورية المدروسة ومستوى ولاء جمهورها لها هو فوق المتوسط. - هناك علاقة ارتباطية موجبة وشبه مقبولة ومعنوية بين جودة العلاقة وولاء الجمهور للمؤسسات الإعلامية السورية. - لا توجد فروق جوهرية بين المؤسسات الإعلامية السورية محل الدراسة في مستويات الثقة ومعالجة النزاع. - هناك فروق جوهرية بين المؤسسات الإعلامية السورية محل الدراسة في مستويات الرضا والالتزام وجودة الاتصال.
Su & Huang, 2018	How does Perceived Destination Social Responsibility Impact Revisit Intentions: The Mediating Roles of Destination Preference and Relationship Quality المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، المسؤولية الاجتماعية. مكان الدراسة: الصين - مدينة تشانغشا . أهم الأهداف: تطبيق نظرية جودة العلاقة لفحص كيفية تأثير المسؤولية الاجتماعية للوجهة DSR على نوايا إعادة النظر من خلال وساطة تفضيل الوجهة وجودة العلاقة (رضا السياح وتحديد الهوية). العينة: تم إجراء مسح في ثلاث مناطق لخدمة الزوار، وبلغت العينة (522) زائر. أهم النتائج: - يؤثر تفضيل الوجهة بشكل مباشر على رضا السياح وتحديد الوجهة السياحية، مما يؤثر بدوره بشكل إيجابي على نوايا إعادة الزيارة. - DSR تؤثر بشكل إيجابي على تفضيلات الوجهة، ورضا السائحين، لكنها لا تؤثر بشكل كبير على تحديد الوجهة السياحية. - يؤثر تفضيل الوجهة بشكل إيجابي على كل من مكونات بنية جودة العلاقة، أي رضا السياح وتحديد الوجهة السياحية. - فيما يتعلق بالعلاقة بين جودة العلاقة ونوايا إعادة الزيارة تظهر النتائج التجريبية أن كلاً من رضا السياح وتحديد الهوية يؤثران بشكل إيجابي على نوايا إعادة الزيارة. - تراكيب جودة العلاقة لها أدوار وسيطة مهمة بين DSR وتفضيل الوجهة ونوايا إعادة النظر.
John F. Kros, 2018	The impact of buyer-supplier relationship quality and information management on industrial vending machine benefits in the healthcare industry المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، إدارة المعلومات، فوائد خدمة العملاء، فوائد إدارة المخزون، فوائد التكلفة. مكان الدراسة: أمريكا. أهم الأهداف: تطوير واختبار نموذجاً يُبرز الدور الحاسم لإدارة المعلومات في بيان العلاقة بين جودة العلاقة بين المشتري والمورد ونتائج الأداء في سياق تنفيذ IVM واستخدامه في صناعة الرعاية الصحية. العينة: استطلاع عبر الإنترنت على (130) مشتري.

	أهم النتائج: - إدارة المعلومات وجود العلاقة مرتبطتان بسلسلة من الفوائد في سياق اتفاقيات تعاون "IVM" بين المشتري والمُورّد. - جودة العلاقة لها تأثير غير مباشر كبير على تكلفة الرعاية الصحية "IVM" وفوائد إدارة المخزون من خلال إدارة المعلومات. - جودة العلاقة لها أثر مباشر وكبير على فوائد خدمة العملاء.
Nagaraj & Singh, 2018	Investigating the Role of Customer Brand Engagement and Relationship Quality on Brand Loyalty: An Empirical Analysis
	المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، مشاركة العميل للعلامة التجارية، الولاء. "العلامة التجارية X من أجل السرية" أهم الأهداف: التحقق من دور مشاركة العملاء مع العلامة التجارية وجود العلاقة عندما يتفاعل الأفراد عبر الإنترنت مع علامة تجارية، والتحقق مما إذا كانت مشاركة العملاء مع العلامات التجارية وجود العلاقة يلعبان دوراً مؤثراً مختلفاً في إنتاج الولاء للعلامة التجارية عندما يتعامل العميل مع علامة تجارية محددة. العينة: (194) طالباً. النتائج: - إذا كان العميل لديه تجربة مسبقة مع العلامة التجارية، فإن ولائه للعلامة التجارية لا يتوسط من خلال ارتباطه بالعلامة التجارية وحدها، ولكن من خلال جودة العلاقة أيضاً. - جودة العلاقة تعمل كنتيجة وليست سابقة لمشاركة العملاء للعلامة التجارية للعملاء الجدد.
Tonder & Petzer, 2019	Loyalty Intentions and Selected Relationship Quality Constructs- The Mediating Effect Of Customer Engagement
	المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، قيمة العميل، نوايا الولاء. مكان الدراسة: مقاطعة جوتنج بجنوب إفريقيا. أهم الأهداف: تقييم التأثير الوسيط لمشاركة العملاء على العلاقات بين جودة العلاقة (الالتزام ، ورضا العملاء ، والثقة) وقيمة العميل، والنتيجة (نوايا الولاء) في قطاع التأمين على المدى القصير. العينة: (491) من عملاء التأمين. أهم النتائج: - يجب على شركات التأمين على المدى القصير تسهيل مشاركة العملاء من خلال تنفيذ الاستراتيجيات التي تعزز التزام العملاء وتضمن رضا العملاء وتبني الثقة وتخلق قيمة للعملاء.
Fernandes & Pinto, 2019	Relationship quality determinants and outcomes in retail banking services: The role of customer experience
	المتغيرات المدروسة: تجربة العميل، جودة العلاقة، الاحتفاظ بالعميل، كلمة الفم المنطوقة إيجابياً، التسامح. مكان الدراسة: البرتغال.

أهم الأهداف: التعرف على كيفية مساهمة تجربة العميل في جودة العلاقة وتأثيرها على النتائج العلائقية (الاحتفاظ بالعميل وكلمة الفم المنطوقة إيجابياً والتسامح). العينة: (227) عميلاً من عملاء الخدمات المصرفية للأفراد . أهم النتائج: تجربة العميل لها تأثير كبير على النتائج العلائقية. ارتباط تسامح العملاء بتنمية الروابط العاطفية في العلاقات . تم اعتبار تجربة العملاء سابقة لجودة العلاقة. العلاقات الوثيقة يمكن تحقيقها من خلال تقديم تجارب إيجابية للعملاء. جودة العلاقة هي وسيط قوي بين تجربة العملاء والنتائج المتعلقة بالولاء، فعلى الرغم من أن العملاء قد يرغبون في تكرار تجارب ممتعة قد لا تكون التجربة نفسها قادرة على توليد ولاء العملاء ما لم تستفز ردود فعل عاطفية قوية، وتكوّن علاقات ذات جودة عالية.	
The Relationship between Face-to-Face and Online Patient-Provider Communication: Examining the Moderating Roles of Patient Trust and Patient Satisfaction المتغيرات المدروسة: الاتصال، الثقة، الرضا. مكان الدراسة: الصين. أهم الأهداف: دراسة كيفية ارتباط جودة الاتصال وجهاً لوجه مع مُقدّمي الخدمة، باستخدامهم اللاحق للإنترنت للتواصل مع المريض. العينة: (265) مشاركاً. أهم النتائج: -التواصل وجهاً لوجه مع مُقدّم الخدمة للمريض، كان له تأثير إيجابي ومباشر على الاتصال عبر الإنترنت مع مُقدّم الخدمة للمريض في وقت لاحق. -أكدت الدراسة على الأدوار المهمة للاتصال الذي يركز على المريض، والعلاقة بين المريض ومُقدّم الخدمة في عملية الصحة الإلكترونية، خاصة في نظام الرعاية الصحية الصيني. -التواصل بين مُقدّم الخدمة والمريض وجهاً لوجه وعوامل العلاقة (ثقة المريض ورضا المريض) يمكن أن يكون له تأثيرات كبيرة في تعزيز تبني الصحة الإلكترونية، وبالتالي يجب بذل جهوداً أكبر لتحسين التواصل الذي يركز على المريض، وتعزيز علاقات الشفاء، والتي هي في صميم الرعاية الصحية.	Jiang, 2020
Relationships between restaurant attachment, experiential relationship quality and experiential relationship intentions: The case of single friendly restaurants in Taiwan المتغيرات المدروسة: التعلق، جودة العلاقة، نوايا العلاقة التجريبية. مكان الدراسة: مدينة تايبيه في تايوان.	Hung-Che Wu, 2020

	أهم الأهداف: تهدف هذه الدراسة إلى دراسة العلاقات بين أبعاد التعلق بالمطعم، وأبعاد جودة العلاقة التجريبية، ونوايا العلاقة التجريبية في سياق المطاعم. العينة: (492) عميل. أهم النتائج: - التأثيرات الإيجابية لهوية المطعم، وتأثير المطعم، وألفة المطعم، ونوايا العلاقة التجريبية على الرضا التجريبي ذات أهمية كبيرة. - إذا حاولت إدارة المطاعم زيادة تصورات الرضا التجريبي، فيجب أن تدمج أفكار التأثير على المطعم، وإمام المطعم، ونوايا العلاقة التجريبية في مرحلة التخطيط الاستراتيجي طويل المدى. - التأثير الإيجابي لاعتماد المطعم على الرضا التجريبي غير مهم. - الثقة التجريبية تتأثر بشكل إيجابي بالرضا التجريبي، ونوايا العلاقة التجريبية. - الرضا التجريبي والثقة التجريبية يؤثران بشكل إيجابي على الالتزام التجريبي. - الأثر الإيجابي لنوايا العلاقة التجريبية على الالتزام التجريبي غير مهم.
Masri et al, 2020	Assessing the Effects of Information System Quality and Relationship Quality on Continuance Intention in E-Tourism
	المتغيرات المدروسة: جودة العلاقة، جودة نظام المعلومات، القيمة المدركة، النية بالاستمرار. مكان الدراسة: تايوان. أهم الأهداف: تقترح نموذجاً يتعلق بتشكيل جودة العلاقة (رضا العملاء وثقتهم)، وجودة نظام المعلومات، والقيمة المدركة، وعزم العملاء على الاستمرار في بيئة السياحة الإلكترونية. العينة: (351) مستخدماً للسفر الإلكتروني. أهم النتائج: - رضا العملاء له تأثير إيجابي على نية الاستمرارية. - تتمتع جودة نظام المعلومات بعلاقة إيجابية مع رضا العملاء، والثقة، ونوايا استمرارية العملاء. - القيمة المدركة لها تأثير على رضا العملاء وثقتهم. - تربط القيمة المدركة جزئياً بنية استمرارية العملاء من خلال رضا العملاء.
Tran, 2020	Assessing the Effects of Service Quality, Experience Value, Relationship Quality on Behavioral Intentions
	المتغيرات المدروسة: جودة الخدمة، قيمة التجربة، جودة العلاقة، نوايا السلوك. مكان الدراسة: فيتنام. الأهداف: فحص العلاقات والتأثير بين جودة الخدمة، وقيمة التجربة، وجودة العلاقة ونوايا السلوك. العينة: مسح للمراكز الرياضية من خلال (309) مستجيباً من زوارها. النتائج: - يجب ألا يُركّز المدراء على تحسين جودة الخدمة فقط، بل على التخطيط الاستراتيجي الشامل أيضاً. - هناك علاقة إيجابية وهامة بين جودة الخدمة، وقيمة الخبرة، وجودة العلاقة، ونوايا السلوك.

وتختلف دراستنا عن الدراسات السابقة بمجموعة من النقاط التالية أهمها:

1. يتعرض البحث لموضوع هام لم يسبق أن تطرقت له أي من الدراسات السابقة، ألا وهو تأثير أبعاد جودة العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة في أبعاد اتجاهات المريض المعرفية والوجدانية والسلوكية نحو المستشفى من خلال دراسة ميدانية على المستشفيات العاملة في مدينة دمشق.
2. يتناول البحث جوانب متعددة هامة في الرعاية الصحية، أهمها الدعم النفسي للمريض.
3. اختلاف البيئة التي تُطبق فيها دراسة الاتجاهات، والمتمثلة ببيئة الرعاية الصحية المُقدّمة في المستشفيات، وهي بيئة مهملة من قبل الدراسات السابقة.
4. يضيف البحث الحالي بعداً جديداً للفكر الإداري والبحوث الإدارية، يتمثل في كيفية تأثير الأبعاد الخمسة لجودة العلاقة بين المريض ومقدم خدمة الرعاية الصحية في المستشفى في تحقيق اتجاه إيجابي للمريض نحو المستشفى.
5. استخدام استراتيجية المسح لخمس مستشفيات عامة وخاصة في مدينة دمشق وتبيان واقع جودة العلاقة والاتجاهات الإيجابية للمرضى نحوها، والمقارنة بينها.

3-1. مشكلة البحث:

إن التغيرات المستمرة في البيئة المحيطة وفي سلوك وحاجات العملاء، تدفع المؤسسات إلى تبني استراتيجية تسويقية تعزز فرصها في النمو والبقاء وزيادة ربحيتها، وذلك من خلال بناء علاقات طويلة الأمد مع العملاء لفهم حاجاتهم ورغباتهم وتلبيتها مما يؤدي إلى تحسين الأداء التسويقي للمؤسسات، ومن الملاحظ أن المستشفيات العامة والخاصة السورية تعاني من ضعف وهشاشة علاقاتها مع مرضاها، وتدني مستوى جودة العلاقة، ونفور وتخوف المرضى من زيارتها، ويُعزى ذلك إلى غياب مفهوم جودة العلاقة وعدم إدراك الإدارات لأهميتها في الحصول على عملاء مدى الحياة، فالتبادل البشري الحقيقي هو أغنى بكثير من تبادل السوق، لذا تم تسليط الضوء على قطاع الرعاية الصحية بشكل عام وقطاع المستشفيات على وجه الخصوص، والذي يُعد ذو أهمية قصوى في الاقتصادات المتقدمة؛ نظراً لأهميته على المستوى الاجتماعي، حيث أن الحاجة الأساسية التي تُرضيها المستشفيات هي الصحة وهي من الأولويات الأكثر أهمية للبشر، وتأتي أهميتها على المستوى الاقتصادي بأنها منظمات متعددة الخدمات تتطلب كمية كبيرة من الموارد والقدرات.

كما تبين من خلال الدراسات التي تم الاطلاع عليها عدم التحديد الواضح والشامل لأبعاد جودة العلاقة، وعدم اتفاق الباحثون على هذه الأبعاد المكونة لجودة العلاقة بين العميل والمؤسسة الخدمية، واختلاف الباحثون في مجمل الدراسات السابقة على قياس هذه الأبعاد ودراسة مدى تأثيرها على اتجاه المريض نحو المستشفى مما أثار تساؤلات لدى الباحثة:

مما سبق يمكننا إيجاز مشكلة البحث بالتساؤلات التالية :

1. ما هي أبعاد جودة العلاقة، وما ترتيب كل بعد منها من حيث التأثير على مستوى جودة العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة في المستشفى؟
2. ما هو أثر أبعاد جودة العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة في المستشفى على كلٍ من المكون السلوكي والمعرفي والوجداني للاتجاهات ؟
ويتفرع من السؤال الثاني الأسئلة الفرعية التالية:
 - أ- ما هو أثر بعد الثقة كبعد من أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من اتجاه المريض الوجداني والمعرفي والسلوكي نحو المستشفى؟
 - ب- ما هو أثر بعد الالتزام كبعد من أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من اتجاه المريض الوجداني والمعرفي والسلوكي نحو المستشفى؟
 - ت- ما هو أثر بعد الرضا عن العلاقة كبعد من أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من اتجاه المريض الوجداني والمعرفي والسلوكي نحو المستشفى؟
 - ث- ما هو أثر بعد جودة الاتصال كبعد من أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من اتجاه المريض الوجداني والمعرفي والسلوكي نحو المستشفى؟
 - ج- ما هو أثر بعد الحب والمودة كبعد من أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من اتجاه المريض الوجداني والمعرفي والسلوكي نحو المستشفى؟
3. ما هو واقع جودة العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة في كلٍ من المستشفيات العامة والخاصة؟ وما الفرق بين مستوى جودة العلاقة بين المرضى والمستشفيات العامة، ومستوى جودة العلاقة بين المرضى والمستشفيات الخاصة؟

1-4. أهمية البحث:

يُعدّ هذا البحث من البحوث الأساسية التي تسعى لزيادة المعرفة بأبعاد جودة العلاقة ومعرفة ترتيب هذه الأبعاد من حيث التأثير والأهمية على مستوى جودة العلاقة بين المريض والمستشفى، كما يسعى هذا البحث للتعرف على مدى تأثير هذه العلاقة وجودتها على الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي للمريض، ومحاولة الوصول إلى معارف جديدة وتطوير المفاهيم النظرية حول هذا الموضوع، حيث تُساعد في فهم جودة العلاقة ومحدداتها، وبناءً على ذلك تغلب الأهمية النظرية (العلمية) على الأهمية التطبيقية (العملية)، فلدراسة أهميتين:

1-4-1. الأهمية العلمية:

تتمثل في أن هذا البحث يُقدم تحديد أوضح لأبعاد جودة العلاقة، وتدرس مدى تأثير كلٍ من هذه الأبعاد على كلٍ من الاتجاهات الوجدانية، والسلوكية، والمعرفية للمريض نحو المستشفى.

1-4-2. الأهمية العملية:

يساعد هذا البحث المستشفيات الطبية من خلال النقاط التالية:

1. التعرف على واقع جودة العلاقة بهدف تحديد مستواها من أجل تقديم التوصيات والمقترحات للأطراف المنطوية تحت لواء هذه العلاقة.

2. إلقاء الضوء على الأبعاد الأكثر أهمية في تحديد مستوى جودة العلاقة، ومدى تأثيرها على اتجاه المريض الوجداني، والمعرفي، والسلوكي نحو المستشفى، مما يساعد إدارة المستشفى في التركيز على الأبعاد الأكثر تحديداً وأهمية لإنشاء العلاقات الجيدة القوية الدائمة مع مرضاها، وبالتالي تقييم واقعها وتصويبه بشكل يحقق لهم وضعاً تنافسياً أفضل.

3. الحصول على عميل مدى الحياة وبالتالي على فوائد تعظيم العلاقة بين المريض والمستشفى مثل:

أ. نجاح الخدمة؛ لأن ذلك يعتمد على خلق وإدامة العلاقات مع العميل.

ب. خفض التكلفة، فالتركيز على الاحتفاظ بالعميل؛ يؤدي لخفض التكلفة أكثر من حالة الاكتساب.

ت. زيادة الربحية عن طريق رفع مستوى القدرة على الاحتفاظ بالعميل، وتحقيق أرباح وعائدات مستقرة ومستمرة.

ث. التقليل من التكاليف التسويقية وخاصة في مجال الترويج، والتعريف بالمؤسسة الخدمية وجهود استقطاب عملاء جدد.

ج. تحقيق كلمة الفم الطيبة التي تجعل من العميل أحد شبكات التسويق للمستشفى، ونوع من الدعاية المجانية للمستشفى وخدماتها.

ح. المشاركة في المعلومات بين المستشفى وعملائها.

خ. إصلاح العلاقات التالفة مع العملاء الساخطين.

فمن الضروري للمدراء التعرف على محددات اتجاهات العميل، من أجل ضمان استدامة المستشفى واكتسابها ميزة تنافسية، ويساعدهم هذا البحث في تحديد أهم الأبعاد، التي ينبغي التركيز عليها في بناء علاقة طويلة الأجل ومربحة مع العملاء، تضمن لهم الحفاظ على ولاء العملاء للمستشفى ومنع تحولهم إلى مستشفى آخر منافس. ففي هذه البيئة التنافسية من الصعب الحصول على اتجاه إيجابي قوي في قطاع الخدمات، وخاصة في قطاع الرعاية الصحية، وبالتالي فمن المهم إجراء هذا البحث للتحقيق في الأبعاد الرئيسية في جودة العلاقة التي لها تأثير كبير على اتجاه المريض الإيجابي وبالتالي تحسين سمعة المستشفى.

1-5. أهداف البحث:

تتمثل أهداف البحث في النقاط التالية:

1. قياس أبعاد جودة العلاقة بين المريض ومُقدّمي الخدمة في المستشفى.
2. تحديد الأبعاد الأكثر أهمية لجودة العلاقة بين المرضى ومُقدّمي الخدمة في المستشفى.
3. التعرف على مدى تأثير أبعاد جودة العلاقة على كلٍ من الاتجاه الوجداني والمعرفي والسلوكي للمريض نحو المستشفى.
4. ترتيب أبعاد جودة العلاقة من حيث الأكثر تأثيراً على كلٍ من الاتجاهات الوجدانية والمعرفية والسلوكية للمريض نحو المستشفى.
5. توسيع المعرفة النظرية التي تبحث في تأثير جودة العلاقة على كلٍ من الاتجاهات الثلاثة للمريض نحو المستشفى.
6. قياس مستوى جودة العلاقة في المستشفيات العامة والخاصة في دمشق والمقارنة بينها.
7. قياس مستوى اتجاهات المريض الإيجابية في المستشفيات العامة والخاصة في دمشق والمقارنة بينهما .
8. تعميم نتائج البحث على المستشفيات السورية.

6-1. مصطلحات البحث:

المستشفى Hospital:

عرّفتها الهيئة الأمريكية للمستشفيات: بأنها مؤسسة تحتوي على جهاز طبي مُنظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض، وذلك لإعطاء المريض التشخيص والعلاج المناسبين (شعيب، 2013، ص32).

الاتجاهات Attitudes:

يُعرّف الاتجاه بصفة عامة بأنه الحكم الذي يضعه الفرد عن الأشخاص والأشياء والمنتجات (Engel et al, 2006, p370)، ورد الفعل الإيجابي أو السلبي الذي يأخذه الفرد تجاه أشياء محددة من خلال التعلم (Hawkins et al., 2007, p44; Schiffman & Kanuk, 2006, p 112)، ويتضمن رد الفعل هذا حكماً وشعوراً وجدانياً وميلاً سلوكياً، فهو الحكم العام الذي يكونه المريض عن المستشفى.

جودة العلاقة Relationship quality:

هي بمثابة التقييم الشامل لقوة العلاقة ومدى تلبيتها لاحتياجات وتوقعات العملاء استناداً إلى تجارب العملاء السابقة (Crosby et al, 1990,p70)

الثقة Trust:

هي التوقعات التي يحملها المستهلك بأن مُقدّم الخدمة يمكن الاعتماد عليه ككل والاعتماد عليه من حيث وفائه بوعوده (Sirdeshmukh et al, 2002, p17).

الالتزام commitment:

الالتزام من أهم مفاتيح العلاقات الناجحة، فهو تعهد ضمني لاستمرارية العلاقة بين الشركاء، لذا فهو مهم جداً في تطوير العلاقات طويلة المدى لاستمرارية العلاقة مع العميل (المطيري، 2001، ص33)، ويعرف بأنه اعتقاد من العملاء والمؤسسات الخدمية بأن العلاقة بين الأطراف المعنية مهمة جداً بحيث تعمل الأطراف المعنية على الحفاظ على العلاقة (Van et al, 2017, p48).

جودة الاتصال بالعلاقة:: Communication Quality of the Relationship:

يُعَدُّ الاتصال أداة لبناء وتحسين علاقة طويلة الأمد مع العملاء، كما يشير أيضاً إلى المشاركة sharing الرسمية وغير الرسمية للمعلومات الهامة وفي الوقت المناسب بين الطرفين (Anderson & Narus, 1990, p44)، حيث أنها تبادل للمعلومات بين مقدّمي الخدمات والعملاء، وتُحدد جودة الاتصالات

من خلال عدة خصائص تتألف من: الدقة (accuracy)، والتوقيت (timeliness)، والاكتمال (completeness)، والكفاية (adequacy) والمصداقية (credibility) (Fynes et al,2005; Beloucif) (et al,2004).

الرّضا عن العلاقة Satisfaction:

يشير إلى التقييم العاطفي والمعرفي للعملاء بناءً على تجاربهم الشخصية عبر جميع حلقات الخدمة (service episodes) خلال العلاقة.

7-1. نموذج البحث ومتغيراته :

- يشمل المتغير المستقل (جودة العلاقة) الأبعاد التالية:

1. الثقة

2. الرّضا عن العلاقة

3. الالتزام

4. الحب والمودة

5. جودة الاتصالات

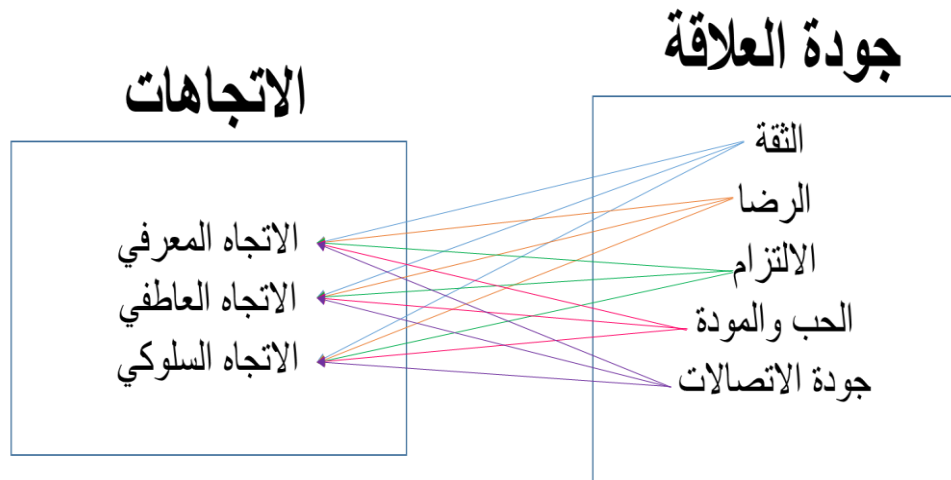
- ويشمل المتغير التابع (الاتجاهات) الأبعاد التالية:

1. العاطفي (الوجداني)

2. المعرفي

3. السلوكي

ويوضح الشكل رقم (1) الأبعاد والمتغيرات الأساسية المستقلة والتابعة.



الشكل (1) نموذج البحث ومتغيراته

1-8. فرضيات البحث:

يستند البحث إلى الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة العلاقة لمُقَدِّمي الخدمة وأبعاد الاتجاهات.

ويتفرع عن هذه الفرضية عدة فرضيات أخرى منها :

الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات.

الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات.

الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات.

الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات.

الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمُقَدِّمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات.

الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات توفر أبعاد جودة العلاقة لمُقَدِّمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص).

الفرضية الرئيسية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات توفر أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص).

وسيتم اختبار هذه الفرضيات على مستوى العينة ككل وعلى مستوى المستشفيات الخاصة والعامة كلاً على حده.

1-9. منهجية البحث : Research methodology

أ- فلسفة البحث:

يقوم هذا البحث على الفلسفة الوضعية (Positivism)، ويعود سبب الاعتماد على الفلسفة الوضعية للأسباب التالية (Saunders et al, 2009, p 113-114):

1- إن مشكلة البحث تتمحور حول قياس أبعاد جودة العلاقة ودرجة واتجاه تأثيرها على كل من مكونات الاتجاهات الثلاثة، وهي مشكلة يتوافر لها عدد من الدراسات السابقة التي تشكل معرفة مقبولة لتكوين أساس نظري متين.

2- تتناسب الفلسفة الوضعية مع هدف البحث المتمثل بإعادة قياس أبعاد جودة العلاقة وتأثيرها على كل من مكونات الاتجاهات الثلاثة، فالفلسفة الوضعية تفترض أن الحقيقة واحدة ولا تختلف باختلاف الأفراد، وأن الباحث مستقل عن البيانات التي يتم جمعها، وبالتالي فإنها تسمح بإعادة اختبار النظرية على عينة كبيرة الحجم لأنها تمكن من إعادة طرح نفس السؤال واستخدام نفس المقياس مع كل أفراد العينة، الأمر الذي يساعد في الوصول إلى مبادئ قابلة للتعميم على مستشفيات أخرى.

ب -أسلوب البحث:

سيتم اعتماد الأسلوب الاستنتاجي كأسلوب للبحث، وذلك لأنه:

- الأسلوب الأكثر ملاءمة للفلسفة الوضعية .
- الأسلوب الأكثر ملاءمة للإجابة على تساؤلات البحث .
- يتناسب مع الهدف العام للبحث وهو إعادة اختبار النظرية التي تربط بين جودة العلاقة والاتجاهات.
- يتناسب مع الهدف العام للبحث وهو هدف وصفي تفسيري، وذلك بسبب وجود عدد لا بأس به من الدراسات السابقة .

ج -استراتيجية البحث:

سيتم الاعتماد في البحث على استراتيجية المسح، لأن أهداف وفلسفة وأسلوب البحث مُنصبة على اختبار الفرضيات وتعميم نتائجه، وعليه فإن الاستراتيجية المثلى لتحقيق ذلك هي المسح .

د -أدوات جمع البيانات:

في ضوء مشكلة البحث وأهدافه وفرضياته تم جمع البيانات اللازمة بواسطة الاستبانة، والتي تُعدّ من أنسب وسائل جمع المعلومات لهذا الغرض، حيث تمّ الاعتماد في تحليل البيانات على المنهجية الكمية والتي تُعدّ المنهجية الأكثر ملاءمة للفلسفة الوضعية والأسلوب الاستنتاجي واستراتيجية المسح.

تتكوّن الاستبانة من جزأين:

1. معلومات عامة عن متغيرات البحث تمثلت في: الجنس، العمر، متوسط الدخل الشهري، المؤهل العلمي، مدة الإقامة في المستشفى، طبيعة العلاقة.
2. الأسئلة المتعلقة بمحاور البحث وشملت المحورين التاليين:
 - المحور الأول: جودة العلاقة
 - المحور الثاني: اتجاهات المريض.

11-1. المجتمع والعينة:

يتمثل مجتمع البحث في عدد من المستشفيات العامة والخاصة العاملة في مدينة دمشق، أما عينة البحث فكانت عَرَضِيَّة، وتتمثل في اختيار البعض من هذه المستشفيات العامة والخاصة، فقد تم اختيار مستشفين من القطاع العام وهما: الأسد الجامعي، والمواساة، بالإضافة إلى ثلاثة مستشفيات خاصة وهي التوفيق، والرازي، والروضة.

ولتحديد حجم العينة تمّ اعتماد قانون العينة الإحصائية التالي (Chen,2008,p 478):

$$n = \frac{p * q}{\frac{p * q}{N} + \frac{E^2}{Z^2}}$$

حيث:

n: حجم عينة البحث.

N: حجم مجتمع البحث.

P: قيمة احتمالية تتراوح قيمتها بين الصفر والواحد 0.5 = p

E : نسبة الخطأ المسموح فيه وهو غالباً يساوي 0.05 = E

Z: الدرجة المعيارية وتساوي 96.1 عند معامل ثقة 95%

1-11. مصادر جمع البيانات:

تتمثل في مصدرين أساسيين:

أ. المصادر الأولية للبيانات:

وتشمل البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية، وذلك من خلال توزيع الاستبانة على عينة من المرضى في المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق، كما تم الاعتماد على بعض المنشورات الصادرة في المجموعة الإحصائية ومنشورات وزارة الصحة.

ب. المصادر الثانوية للبيانات:

وتشمل الكتب، والمقالات، والأبحاث، وأوراق عمل المؤتمرات والندوات، والدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع البحث.

1-12. أساليب تحليل البيانات:

يعتمد البحث على المؤشرات الإحصائية التالية:

1. التأكد من صدق البناء الخاص بالاستبانة من خلال دراسة الاتساق الداخلي لها، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط (معامل بيرسون).

2. اختبار كرونباخ ألفا (Cronbach – Alpha) لدراسة صدق وثبات أداة القياس.

3. التوزيع التكراري النسبي لدراسة خصائص أفراد عينة البحث حسب المتغيرات الديموغرافية.

4. الإحصاءات الوصفية لإجابات الفئة التي تم إجراء الاستبيان عليها من خلال حساب المتوسطات والانحراف المعياري لإجاباتهم على عبارات الاستبانة.

5. اختبار (كولموغوروف سميروف) لاختبار التوزيع الطبيعي للبيانات، اختبار ليفين (Levene) لمعرفة مدى تجانس بيانات العينة، واستخدام الطرائق المعلمية أم اللامعلمية.

6. معامل الارتباط (سبيرمان) لحساب العلاقة بين أبعاد المتغير المستقل (جودة العلاقة)، وأبعاد المتغير التابع (الاتجاهات).

7. اختبار مان ويتني (Mann Whitney) لاختبار جوهرية الفروق بين المستشفيات العامة من حيث درجة توافر أبعاد جودة العلاقة، وأبعاد الاتجاهات في حال وجود مجموعتين.

8. اختبار كروسكال واليس (Kruskal Wallis Test) لاختبار جوهرية الفروق بين المستشفيات العامة، من حيث درجة توافر أبعاد جودة العلاقة، وأبعاد الاتجاهات في حال وجود ثلاثة مجموعات.

9. نموذج الانحدار المتعدد؛ لدراسة أثر كل بعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات.

13-1. أساليب جمع البيانات:

تم جمع البيانات المطلوبة بأسلوبين:

- الاستبانة: وتتضمن مجموعة من الأسئلة الهادفة التي عُدَّت كأداة أساسية لجمع البيانات الأولية، وقد روعي في إعدادها الدقة واتباع الأصول والقواعد اللازمة في صياغة الأسئلة.
- الاعتماد على بعض المنشورات الصادرة في المجموعة الإحصائية ومنشورات وزارة الصحة.

14-1. صعوبات البحث:

هناك الكثير من الصعوبات التي تمت مواجهتها خلال القيام بالبحث، ومن أبرز هذه الصعوبات :

1. الإجراءات الروتينية الطويلة الصعبة التي تتطلب موافقات لقبول المستشفيات بتوزيع الاستبانة على مرضاها.
 2. صعوبات في توزيع الاستبانة على المستشفيات الخمسة محل الدراسة، وإقناع إدارات المستشفيات بالسماح للباحثة بدخول مستشفياتهم وتوزيع الاستبانة على مرضاهم بالرغم من تواجد موافقات رسمية، وخاصة في القطاع الخاص، بالإضافة لمواجهة الباحثة لخوف الإدارات من البحث، وعدم المبالاة عند بعض إدارات المستشفيات، وعدم تقدير الجهود المبذولة في أخذ إجابات المرضى، وتغيير رأي إدارة أحد المستشفيات بخصوص الموافقات بعد بذل قدر كبير جداً من الجهد النفسي، والجسدي، وإضاعة وقت الباحثة بتوزيع الاستبانة، فضلاً عن سوء المعاملة!
 3. مقاومة كبيرة من قِبل إدارة بعض المستشفيات لمنع التعاون مع الباحثة وخاصة في المستشفيات الخاصة لتخوفات مجهولة السبب!
 4. التعب الجسدي والنفسي الذي مرّت به الباحثة خلال مرحلة توزيع الاستبانات على المرضى في المستشفيات العامة والخاصة، والاختلاط مع حالات متنوعة من المرضى.
 5. بذل جهد كبير مع المرضى الذين وُزعت عليهم الاستبانة لتجنب وجود استبانات مفقودة أو غير صالحة للتحليل، مما أدى لتعب جسدي ونفسي كبير من مخالطة المرضى بمختلف حالاتهم الصحية، وقضاء وقت طويل معهم للوصول لأكبر قدر ممكن من الإجابات الصادقة والشفافة للوصول للنتائج المثلى للدراسة.
- ولكن بالرغم من هذه الصعوبات إلا أنه وبحمد الله تمّ الحصول على البيانات المطلوبة والكافية لإتمام البحث .

15-1. حدود البحث:

يتحدد البحث بالمجالات التالية:

المجال البشري: حيث تمّ تطبيق الدراسة على المرضى الداخليين ومرافقيهم في بعض المستشفيات العامة والخاصة العاملة في مدينة دمشق دون سواهم من أفراد المجتمع.

المجال المكاني: تتمثل الحدود المكانية للدراسة في مدينة دمشق فقط، حيث تم جمع الاستبيانات في مستشفيات دمشق دون التطرق لمستشفيات خارج مدينة دمشق.

المجال الزمني: تم تنفيذ هذا البحث خلال الفترة الممتدة من 2018 إلى 2020 م .

الفصل الثاني: جودة العلاقة ومتغيراتها الأساسية في الرعاية الصحية

- 1-2. مفهوم العلاقات
- 2-2. تعريف المريض
- 3-2. مفهوم تسويق العلاقات
- 4-2. جودة العلاقة
- 5-2. مراجعة لأبعاد جودة العلاقة في الدراسات السابقة
- 6-2. متغيرات جودة العلاقة
- 7-2. جودة العلاقة في الرعاية الصحية

سوق اليوم أكثر ديناميكية وتنافسية مما سبق، والعملاء أصبحوا أكثر ذكاءً واستنارةً، كما يمكنهم الوصول للعديد من القنوات والخيارات التي لا تأخذ منهم سوى القليل من وقتهم، ويمكن للعميل الانتقال بسهولة إلى المنافسين الذين يعدّونه بأفضل العروض وبأقل الأسعار، وفي ظل بيئة سريعة التوسع والتغيير لا تستطيع الشركات الحفاظ على المواقف التي تتميز بجذب العملاء أو التوسع في أسواق جديدة، ويعتمد عامل النجاح الرئيسي للبقاء على قيد الحياة في الأسواق الناضجة على الحفاظ على علاقات طويلة الأمد مع عملائها، فإن التحدي الذي يواجهه جميع المُسوّقين اليوم أصبح إيجاد طرق لزيادة ولاء العملاء والاحتفاظ بهم.

2-1. مفهوم العلاقات:

التبادل البشري الحقيقي هو أغنى بكثير من تبادل السوق، فعندما يتعامل الأشخاص مع بعضهم، فإنهم لا يقومون فقط بتبادل الأموال مقابل السلع، بل يتشاركون الأفكار والآراء والمعلومات والرؤى، كما أنهم يميلون إلى تشكيل العواطف (affections)، والروابط (bonds)، وعلاقة الولاء (ties of loyalty)، والشعور بالالتزام، وهكذا يبدأون في مشاركة (share) وتبادل القيم (exchange)، والأشخاص الذين تتفق قيمهم أكثر مع من حولهم يميلون إلى تشكيل أقوى وأشد الروابط الداعمة مع الآخرين (John, 2011,p47)، وقد عرّف (Greenhahgn, 1987,p237) العلاقة بأنها "تجربة ذاتية".

يُستخدم مصطلح العلاقات للتعبير عن العلاقات الشخصية والإنسانية بين البشر في كثير من الأحيان، وتجدر الإشارة إلى أن مصطلح العلاقات هو استعارة مزيفة فمن المهم أن نفهم أن التبادل بين المستهلكين والمنظمات ليس علاقات شخصية في حد ذاتها، ولكن يتم استخدام سمات العلاقات بين الأشخاص بشكل مفيد عند وصف هذا التبادل أو محاولة فهمه، فاستخدام مصطلح العلاقات في التسويق الحديث هو استخدام مجازي لا يدل على العلاقات الشخصية بحرفيتها، فكما نوّه (Crosby et.al,1990,p70) إلى أن أحداث التبادل الناجحة يمكن أن تؤدي في النهاية إلى علاقة دائمة بين البائع والمشتري، إذا تم التعامل معها بالشكل المناسب من وجهة نظر كل من المشتري والبائع، وقد عرّف قاموس أكسفورد العلاقات بأنها "الطريقة التي يتصل بها شخصان أو أكثر من الأشخاص أو الأشياء أو حالة الاتصال" (Simpson et al,2003).

يتوسع مصطلح العلاقة من الناحية المفاهيمية ليشمل الأطراف التي ليست بالضرورة أن تكون أفراداً أو شركات مثل: العلاقات بين العملاء والعلامة التجارية، وكذلك العلاقات بين الحكومة والشركات،

والعلاقات بين الدول، كما درست الأبحاث التسويقية جودة العلاقة بين الشركة وجمهورها الداخلي والخارجي من موظفين وموردين وعملاء وغيرهم ممن لهم صلة بالشركة، وهنا سنقتصر على علاقة المؤسسة الخدمية (مُقدم الخدمة) مع عملائها.

فاليوم يعترف التسويق أكثر من أي وقت مضى بوجود علاقات وشبكات متعددة من العلاقات بين مختلف الأطراف (Ford et al,2011 ; Gummesson,2008). وقد اخترنا قطاع الرعاية الصحية لندرس جودة علاقات المرضى مع مُقدمي خدمة الرعاية الصحية في المستشفيات السورية، فكما لوحظ من خلال مراجعة الأدبيات أن قطاع الرعاية الصحية "المستشفيات" هو قطاع مُهمَل أدبياً.

يهتم العملاء بالعلاقة ككل، ويحكمون على العلاقة من خلال التجربة السابقة، والتوقعات والتنبؤات، والأهداف، والرغبات (Crosby et al,1990,p72)، فيما يتعلق بالعلاقة بين مُقدمي الخدمات والعملاء، يتوقع العميل الحصول على فوائد تتجاوز توقعاته من قبل مقدم الخدمة، وقد أطلق عليها الباحثون اسم الفوائد العلائقية (essentially additional expected benefits) لأنها بشكل أساسي فوائد متوقعة إضافية (Bendapudi&Berry,1997,p31 ; Dwyer et al, 1997 ,p14 ; Hennig-Thurau et al,2000,p63 ; Reynolds&Beatty,1999,p16)، ويُقال: إن هذه الفوائد العلائقية توفر الأسباب الحقيقية وراء وجود علاقات حقيقية (Bendapudi&Berry,1997, p23).

2-2. تعريف المريض:

هي كلمة مشتقة من اللفظ اللاتيني "patior" الذي يعني المعاناة (Fowler,2008,p1)، فالهدف الرئيسي لمُقدم خدمة الرعاية الصحية هي إزالة معاناة المريض سواء الجسدية أو النفسية. العميل يُعد عضواً في نظام الخدمة، كما يُنظر إليه على أنه موظف جزئي في شركة الخدمة ويقوم بعدة أدوار أثناء عملية الإنتاج، لذلك فليس من الغريب أن يُنظر إلى العميل على أنه مورد هام للشركة، وكلما انتقلنا من المنظور المحدود للعميل على أنه طرف في صفقة إلى منظور أكثر اتساعاً يُرى العميل من خلاله على أنه من أهم موارد الشركة.

فالمستشفيات توفر خدمات شخصية وخاصة بالمريض حسب طلبه، لذا فالعلاقة بين المريض والمستشفى مهمة للغاية، ومن المهم تسليط الضوء على القطاع الذي يركز عليه هذا البحث. فلقطاع الرعاية الصحية بشكل عام والمستشفيات على وجه الخصوص أهمية قصوى في الاقتصادات المتقدمة، كما تظهر هذه الأهمية على المستوى الاجتماعي لأن الحاجة الأساسية التي تُرضيها هي الصحة والتي تُعدّ من الأولويات المهمة للبشر، وكذلك تظهر أهميتها أيضاً على المستوى الاقتصادي؛ لأنها منظمات

متعددة الخدمات وتتطلب كمية كبيرة من الموارد والقدرات، ويتطلب سياق الرعاية الصحية من المرضى العمل بتعاون حميم مع مزود الخدمات والانخراط (المشاركة) في الرعاية الذاتية لتحقيق النتائج المرغوب فيها.

2-3. مفهوم تسويق العلاقات:

يُعرّف تسويق العلاقات على نطاق واسع بأنه "جميع الأنشطة التسويقية المُوجّهة نحو تأسيس وتطوير علاقات تبادلية ناجحة والحفاظ عليها" (Morgan&Hunt,1994,p22)، فقد ظهرت عبارة "تسويق العلاقات" في أدبيات تسويق الخدمات لأول مرة في عام 1983م من قِبَل "Berry"، حيث يرى بأنها "عملية جذب وتنمية والحفاظ على علاقات دائمة بالعملاء"، وتوالت الدراسات والتعاريف المختلفة لهذا المفهوم بعد ذلك (Berry,1995,p236). فقد عرّف كل من (Evans&Laskin,1994,p450) التسويق بالعلاقات بأنه: العملية التي تبني المنظمة من خلالها تحالفات طويلة الأجل مع العملاء، بحيث يعمل البائع والمشتري معاً على تحقيق أهداف مشتركة ومحددة، وهذا يتطلب من المنظمة أن تكون على اتصال دائم بالعملاء وأن تدير مواردها بشكل يتناسب مع حاجات ورغبات العملاء الحالية والمستقبلية، وأشار (Sheth& Paravathir,1994,p26) إلى أنها تنمية وصيانة علاقات فعالة طويلة الأجل مع العملاء والموردين والموظفين والأطراف الأخرى لتحقيق منافع مشتركة، ويُنظر إلى التسويق بالعلاقات على أنه توجّه استراتيجي تتبّعه المنظمة، ويمثل التزاماً بتعاون طويل الأجل يُرضي الطرفين، وبمعنى آخر هي محاولة لتعزيز العلاقة التي ستكون مفيدة لكل من الطرفين المعنيين، ويمكن للأطراف المعنية أن تستفيد من تقديم اتصال تفاعلي وشخصي وقيمة مضافة للعميل (Shani&Chalasani,1992,p41)، كما يسعى تسويق العلاقات إلى تطوير العلاقة والحفاظ عليها وتعزيزها في الربح من خلال التعاون المتبادل بين الطرفين ووعدهم الوفاء لتحقيق أهداف الأطراف المعنية (Ndubisi&Wah, 2005, p550).

إن التركيز الرئيسي لتسويق العلاقة هو بناء علاقة طويلة الأجل (Shani& Chalasani,1992,p36)، وقد تمت دراسة تسويق العلاقات في مجال الرعاية الصحية من قِبَل كلٍ من (Paul,1988 ; Naidu et al,1999)، وقد تم الاعتراف على نطاق واسع بأهمية تسويق العلاقة في مجال الرعاية الصحية من قبل (Cassidy et. al,1993; Dunn&Thomas,1994; Naidu et al ,1994;)، وهناك اتفاق عام على أن الغرض من تسويق العلاقة هو تحقيق المنفعة لجميع الأطراف المعنية في العلاقة، ووجد (Shani& Chalasani,1992,p40) أن التركيز الرئيسي للعلاقات التسويقية هو بناء علاقة طويلة الأمد نظراً لأهمية العلاقات التسويقية في الأعمال

التجارية الحالية، فإن جودة العلاقة أمر ضروري لتقييم قوة العلاقة ودرجة رضا العملاء وتوقعاتهم (Crosby et al,1990,p68)، وبالمثل لم يُعد الباحثون مهتمون بتلك العوامل التي أدت إلى التبادلات فقط ؛ بل اهتموا بالعوامل التي كانت تحافظ علي العلاقات أيضاً، فقد ذكر (Zeithaml et al,1996,p47-48) أن العملاء المخلصين يميلون إلى بناء وتقوية العلاقة مع الشركة ويتصرفون بشكل مختلف عن العملاء غير المخلصين. لذلك، يسعى التسويق بالعلاقات إلى جعل الشركة قريبة من العملاء من أجل تمكينها من تمييز احتياجاتهم وتلبيةها بشكل ملائم، بالإضافة إلى قدرته على المساعدة في فهم العملاء، ويساعد التسويق عبر العلاقات أيضاً على زيادة حصة السوق والربحية وخفض التكاليف .

2-4. جودة العلاقة:

بدأت جذور هذا المفهوم في علم النفس الاجتماعي، ثم استعاره واعتنقه علماء التسويق لفهم التفاعلات بين البائع والمشتري وإقامة علاقات طويلة الأجل في مجال التسويق، وقد تم تقديم مفهوم جودة العلاقة من قبل (Crosby et al,1990) منذ ما يقرب عقدين من الزمان استناداً إلى مقالة (Dwyer et al,1987) حول العلاقات، وقد تم تكريس جهد كبير للتحقيق في الموضوعات المختلفة حول جودة العلاقة منذ ذلك الحين، وتُعدّ جودة العلاقة جزء من تسويق العلاقات، وحُدّد التعريف الأول لجودة العلاقة عام 1986م من قبل Levitt بأنها "مجموعة من القيم غير الملموسة التي تعزز تبادل السلع أو الخدمات وتؤدي إلى تبادل متوقع بين المشتري والبائع" (Lagace et al ,1991,p40)، وعدّ (Gummesson, 1987,p19) جودة العلاقة بأنها جودة التفاعل بين الشركة وعملائها، كما أضاف (Jarvelin&Lehtinen,1996,p252) أن جودة العلاقة تشير إلى تصورات العميل حول مدى جودة العلاقة الكاملة مع التوقعات (expectations)، والتنبؤات (predictions)، والأهداف (goals)، والرغبات (desires) لدى العميل فيما يتعلق بالعلاقة الكاملة، وتُعدّ جودة العلاقة: هي جودة الاتصال، وكثافة تبادل المعلومات، والرضا عن العلاقة (Lages et al,2005 ,p1040)، وذلك من وجهة نظر الشركة، أما من وجهة نظر العملاء يمكن تحقيق جودة العلاقة من خلال قدرة البائعين على تقليل المخاطر المتصورة في تقديم الخدمات (Chen et al,2008,p245)، كما أضاف (Bojet et al ,2010,p87) بأنها إدراك العميل لمدى تحقيق العلاقة الكاملة للتوقعات والأهداف والرغبات وكيفية علاقة العميل بالعلاقة الكاملة، وتُعدّ إطاراً عالمياً يعكس عملية تجميع تقييمات العملاء لصفقات متعددة، وبمعنى آخر هي "درجة ملاءمة العلاقة لتلبية احتياجات العميل" (Henning-Thurau&Klee,1997,p751)، فجودة العلاقة هي مقياس لقوة

العلاقة بين طرفي العلاقة، ونتيجة لذلك يمكن للمشتري الاستمرار في الشراء حتى لو واجه عدة مشاكل، فهي مهمة للحفاظ على العملاء، كما عُدَّت جودة العلاقة مؤشراً أفضل للنية السلوكية من جودة الخدمة، وتختلف بشكل كبير عن جودة الخدمة (Roberts et al,2003, p169).

وبرأي (Negi&Ketema,2013,p111) تُمثل جودة العلاقة مجموعة القيم غير الملموسة التي تتوافق مع أهداف تسويق السلع والخدمات؛ بحيث تؤدي في نهاية المطاف إلى تقدير حالة التفاعل بين كل من المؤسسة والعميل وتحقيق رضاه، وتشير جودة العلاقة إلى جودة التعاملات مع العميل وتؤدي الجودة العالية إلى علاقة طويلة المدى (Gurviez&Korchia,2003,p18).

من وجهة نظر العميل، يعتمد تقييم جودة العلاقة مع مؤسسة الخدمة على تقييم لقاء الخدمة (service encounter)، أو الفترة الزمنية التي يتفاعل فيها العميل مباشرة مع المنظمة وعناصرها، فهذا اللقاء بأكمله القدرة على التأثير على تقييمات العملاء وتصوراتهم حول جودة العلاقة (Bitner et al 1990,p 80).

وفي هذا الصدد أضاف (Gronroos) أن جودة العلاقات هي "ديناميكية تشكل الجودة على المدى الطويل في علاقات العملاء الجارية" (Vesel&Zabkar,2010,p215)، وهي تجسد جوهر تسويق العلاقات (Jap et al,1999,p309)، لأنها تُعدّ التقييم الشامل لقوة العلاقة (Garbarino& Johnson,1999,p80) ومدى تلبيتها لاحتياجات وتوقعات الأطراف استناداً إلى تاريخ المقابلات أو الأحداث الناجحة (Smith,1998,p78). وعبر (Fournier,1998,p361) عنها بأنها ضمان المحافظة على علاقة تبادلية ناجحة بين العميل والمنظمة، وأضاف (shin,2017, p169) أن جودة العلاقة هي تقييم شامل لقوة اتصال (connection) العميل.

ومن وجهة نظر العملاء أيضاً، فإن جودة العلاقة هي تطوير إدراكات الجودة باستمرار بمرور الوقت، كما يمكن تعريف جودة العلاقة بأنها "التقييم الإجمالي لقوة العلاقة، وتصور كبناء مُركب أو مُتعدد الأبعاد يلتقط الجوانب المختلفة ولكن ذات الصلة بالعلاقة" (Palmatier et al,2006, p138)، وفي ذات السياق تُعرّف جودة العلاقة: بأنها عبارة عن بناء أعلى (a higher order construct) يصف القيمة التي يُعلّقها العملاء على علاقتهم مع مقدم الخدمة (Dorsch et al,1998,p135)، وتُعدّ جودة العلاقة دليلاً على النتائج الإيجابية للعلاقة التي تعكس قوة العلاقة التي تلبي الحاجة والتوقعات للعملاء والشركات، حيث تشكل العلاقة الانطباع العام لدى العميل فيما يتعلق بالعلاقة الكاملة التي يمتلكها مع أي من مُقدمي الخدمات (Obeidat,2011, p23).

وتُعرّف بأنها انعكاس لمدى تلبية المؤسسات لاحتياجات العملاء، ويشير إلى أنها مرونة (resilience) العلاقة بين العملاء والمؤسسات (Tonder et al,2017,p 56)، كما يصف المفهوم الأكثر عمومية لجودة العلاقة بأنها العمق والمناخ العام للعلاقة (Garbarino & Johnson,1999 ,p72)، في حين أضاف (Gronroos,2000,p82) بأنها "القوة المحركة لتكوين الجودة على المدى الطويل في العلاقات المستمرة مع العملاء"، كما أكد (Alrubaiee,2012,p10) أن جودة العلاقة تشير إلى إدراك المستهلك وتقييمه لطبيعة السلوك والاتصال والمشاعر والحالة العاطفية عند تلقيه للخدمة، فتُعدّ العلاقة القوية من الأصول غير الملموسة التي لا يمكن تكرارها بسهولة من قبل المنافسين (Wong et al,2007,p582)، وبالتالي هي التقييم الكلي لمدى قوة وتماسك العلاقة بين طرفي التبادل، فكلما زادت جودة العلاقة كلما أدى ذلك إلى بناء علاقات قوية وطويلة المدى بين العميل والشركة، فجودة العلاقة تُعدّ عاملاً أساسياً في تقييم قوة العلاقة ودرجة إشباع حاجات ورغبات العملاء ومقابلة توقعاتهم (Alejandro et al,2011,p37). ويقتراح هذا المفهوم على المنظمات أن تُحوّل اهتمامها من التركيز على الصفقات المتفرقة إلى الإهتمام ببناء علاقات مستمرة لفترة طويلة مع العملاء، فالقائم على النشاط التسويقي لم يعد يبيع منتجات فحسب، بل أصبح أمام تحدي لكسب الميزة التنافسية بإقامة علاقات طويلة الأجل مع العميل تدوم طوال العمر، والجودة العالية للعلاقات تساعد في خلق القيمة وتوفير أسس النجاح لطرفي التبادل، كما تؤدي جودة العلاقة إلى زيادة المنافع وخفض المخاطر (Naud & Buttle,2000,p358). قد أسفرت الطبيعة التنافسية الشديدة للبيئة التجارية اليوم عن حاجة أكبر للشركات لإقامة علاقات أوثق مع العملاء. ومع ذلك، فإن العلاقة بين الشركة والعميل ذات الجودة العالية فقط هي التي توفر الحافز التنافسية اللازمة، يحدث هذا عندما تبدأ الشركة في الاستفادة من علاقة ثابتة مع العملاء للحصول على معلومات متميزة عن العملاء وبالتالي فهم احتياجاتهم بشكل أفضل وتقديمها بشكل مرضٍ أكثر من المنافسين، وستضمن جودة العلاقة للشركة أن تكون قريبة بما يكفي من عملائها لتكون قادرة على الشعور بهم بشكل صحيح وخدمة احتياجاتهم بشكل أكثر فعالية؛ فالعملاء يلتزمون بالشركة التي يتمتعون معها بعلاقات جيدة.

يُعدّ (Crosby et al,1990,p74) أن الرضا عن العلاقة والثقة هما مؤشران على الجودة العالية للعلاقة، كما جادل آخرون بأن الالتزام هو أيضاً بُعد أساسي لجودة العلاقات (De Wulf et.al,2001,p

ويمكن اعتبار جودة العلاقة كما ذكر (Crosby et al,1990,p77) أنها بمثابة التقييم العام لقوة العلاقة ومدى تلبيتها لاحتياجات وتوقعات العملاء استناداً إلى تجارب العملاء السابقة. ومن ناحية أخرى، يشعر العملاء بالقلق إزاء العلاقة بينهم وبين مقدم الخدمة، وغالباً ما يُقيّمون العلاقة باستخدام التجارب السابقة واللقاءات مع مُقدم الخدمة. ولذلك، من وجهة نظر العملاء، يمكن تحقيق جودة العلاقة من خلال قدرة البائعين للحد من المخاطر المتصورة التي تنطوي على تقديم الخدمات (Chen et al,2008,p248)، وتكون جودة العلاقة عالية عندما يكون العميل على استعداد للاعتماد على مُقدم الخدمة ولديه ثقة اتجاه الأداء المستقبلي له نتيجة الأداء السابق المُرضي (Crosby et al,1990,p75)، وكلما زاد مستوى رضا العملاء عن العلاقة، كلما زاد احتمال أن يكون العميل مخلصاً للشركة التي توفر تلك الخدمة أو المنتج، والهدف من تسويق العلاقات هو تحقيق مستويات عالية من رضا العملاء من خلال تعاون الأطراف المعنية (Payne et al,1995,p14).

وتُعدّ جودة العلاقة دليلاً على النتائج الإيجابية للعلاقة التي تعكس قوة العلاقة التي تُلبّي حاجات وتوقعات العملاء والشركات، حيث تشكل العلاقة الانطباع العام لدى العميل فيما يتعلق بالعلاقة الكاملة التي يمتلكها مع أي من مُقدمي الخدمات، كما يمكن اعتبار جودة العلاقة كبناء يتكون من عدة مكونات رئيسية يعكس الطبيعة الكلية للعلاقات بين الشركات والمستهلكين. على الرغم من عدم وجود إجماع مشترك حول وضع المفاهيم الخاصة بجودة العلاقة، فقد كان هناك تكهنات كبيرة حول التركيبات المركزية التي تضم هذا الترابط العلائقي.

تُعرّف جودة العلاقة على أنها "التقييم الكلي لمدى قوة وتماسك العلاقة بين طرفي التبادل" (Alejandro et al,2011,p37)، وقد حدد باحثون آخرون جودة العلاقة بأنها "درجة الراحة (convenience) التي توفرها العلاقة للعميل عند تلبية احتياجاته" (Hennig-Thurau&Klee,1997) (p,751)، أما (Jap et al,1999,p306) فقد عرّف جودة العلاقة على أنها مفهوم يتضمن الرضا والنتائج العادلة والميل إلى استمرارية التعاون. أما (Smith et al,1997, p.41) عرفها على أنها "التقييم الكلي لقوة العلاقة ومدى مقابلة الاحتياجات والتوقعات للعملاء اعتماداً على سوابق النجاح أو عدم النجاح". ويمكن النظر إلى جودة العلاقة على أنها بناء ضخم (mega-construct) يتكون من مكونات رئيسية تعكس الطبيعة الكلية لعلاقة التبادل بين طرفين، وينظر لتلبية احتياجات العملاء كمحور أساسي لنجاح العلاقة، وتُعدّ علاقات العملاء طويلة الأجل واحدة من أهم الأصول التجارية لمنظمات الأعمال (Hennig-Thurau et al, 2002,p240).

في قطاع الخدمات، حدد (Crosby et al,1990,p70) جودة العلاقة بأنها "عندما يكون العميل قادراً على الاعتماد على نزاهة مقدم الخدمة ولديه ثقة في الأداء المستقبلي لمقدم الخدمة لأن مستوى الأداء السابق كان مرضياً باستمرار". ويفترض (Henning-Thurau & Klee,1997 ,p751) أن جودة العلاقة هي "درجة ملاءمة العلاقة لتلبية احتياجات العميل المرتبطة بالعلاقة"، فهي أمر ضروري لتقييم قوة العلاقة ودرجة رضا العملاء وتوقعاتهم وتلبية احتياجاتهم وتؤدي في النهاية إلى وجود علاقة دائمة بين أي بائع ومشتري إذا كانت معاملتهم تتم بالشكل الصحيح من وجهات نظر كل منهم.

على الرغم من أنه قد تم التحقيق في جودة العلاقات في سياقات مختلفة، لكن لا يوجد نموذج عام مقدم لدراسة جودة العلاقة وقد تم إهمال مجال الرعاية الصحية. وبذلك يتفق العديد من الباحثين على أن جودة العلاقة لا تزال تفقر إلى تعريف رسمي ثابت (Woo&Ennew, 2006; Huntley,2006; Holmlund,2008; Henning-Thurau et al,2000; Henning-Thurau et al,2001;2004)؛ بالإضافة إلى أن الأبحاث السابقة لا تتفق على العوامل المحددة لجودة العلاقة ونلاحظ جدل كبير حول ذلك. وأظهرت مراجعة أدبيات جودة العلاقة عدم وجود وعي حقيقي وإجماع على تعميم جودة العلاقة على الرغم من وجود اتفاق بين باحثين كثر على أن جودة العلاقة تَعُدُّ طويل الأجل يرتبط بمجموعة من الأبعاد المتميزة.

فعلى الرغم من عدم وجود إجماع مشترك حول وضع المفاهيم الخاصة بجودة العلاقة، فقد كان هناك تكهنات (تخمينات) كبيرة حول التركيبات الجوهرية التي تضم هذا البناء العلائقي الشامل، فجودة العلاقة تقاس بالعديد من المكونات.

بصفة عامة، تتكون أبعاد جودة العلاقة من الثقة والرضا والالتزام (Qin et Roberts et al,2003;) (Caceres&Paparoidamis,2007; al,2009)، وقد ظهرت أول دراسة للبيع بالتجزئة في عام 1990م لـ (Crosby et al,1990) وبعدها تتالت الدراسات، كما أُجريت معظم الدراسات اعتباراً من عام 2000م فصاعداً، وقد أخذت الأبعاد المستخدمة للتعبير عن جودة العلاقة بالازدياد مع مرور السنوات وخاصة من عام 2003م فصاعداً.

وأشارت نتائج الأدبيات المتعلقة بجودة العلاقة إلى أن جودة العلاقة بين الأطراف المعنية هي عامل محدد مهم للولاء (Vilte et al,2010) ، وبذلك فإن جودة العلاقة مهمة في قطاع الرعاية الصحية "المستشفى". فإذا كانت جودة العلاقة بين المريض والمستشفى جيدة، فهناك احتمال أكبر بأن يثق المريض ويشعر بالتزامه بالمستشفى. وبالتالي، فإن ذلك سيؤدي إلى ولاء المريض للمستشفى. ويرجع ذلك

إلى حقيقة أن المستشفى لن تكون قادرة على كسب الكثير من الأرباح إذا لم يشعر العملاء بالولاء نحو المستشفى أو في حال الاستمرار في التحول إلى المستشفيات الأخرى المنافسة.

يعتقد معظم الباحثين السابقين أن أحد العوامل الهامة المؤثرة في نجاح جودة العلاقة هي العلاقة بين العملاء وموظفي الخط الأول أو موظفي الخدمة، وهذا ما يبرر توجه دراستنا لدراسة العلاقة بين المريض ومقدم خدمة الرعاية الصحية، فقد ذكر (Gummesson,1987,p16) أن التفاعلات الشخصية أو الاجتماعية مهمة في تطوير علاقات جيدة مع العملاء، فكما وجدت نتائج دراسة (Wong&Sohal,2002) التي أجريت على الفنادق بأنه عندما يكون لدى العملاء علاقات عالية الجودة مع الفنادق، فإن العملاء لديهم معتقدات عالية عن الأداء المستقبلي للفندق لأنهم يرون التجارب السابقة مع الفندق موثوقة ومُرضية، وتعتبر جودة العلاقة معياراً مهماً لتقييم قوة العلاقة بين الشركات (Nguyen et al,2007,p30). تُعتبر جودة العلاقة دليلاً على النتائج الإيجابية للعلاقة، والتي تعكس قوة العلاقة التي تلبي حاجات وتوقعات العملاء والشركات، حيث تُشكل العلاقة الانطباع العام لدى العميل فيما يتعلق بالعلاقة الكاملة التي يمتلكها مع أي من مُقدمي الخدمات. فقد تمّ الاعتراف بفعالية جودة العلاقة كمسألة مهمة لنجاح الأعمال، فإذا تم تطوير علاقة جيدة من قِبل موظفي الشركة الذين يتفاعلون مباشرة مع العملاء ستحصل الشركة على أعلى فوائد الأعمال.

وبعبارة أخرى، فإن العلاقة ذات الجودة الأعلى تؤدي إلى تكوين ارتباط بين مُقدمي الخدمات والعملاء، وتُشجع التبادلات المستقرة طويلة الأجل حيث يمكن لكلا الطرفين الحصول على منافع متبادلة (Singh,2008,p481)، ففي ظل بيئة شديدة التنافسية تتميز باحتياجات العملاء المتغيرة بسرعة، يُعد فقدان العملاء أمر مكلف، لذا تسعى الشركات جاهدة لتطوير علاقات ناجحة وطويلة الأمد ومفيدة للطرفين مع العملاء، وتُعتبر العلاقة القوية بمثابة أصل غير ملموس لا يمكن أن يتكرر بسهولة من قِبل المنافسين (Wong et al,2007,p593).

من المعروف أن العلاقات القوية طويلة الأجل مع العملاء تُسفر عن نتائج إيجابية مثل زيادة الربحية وخفض التكاليف وزيادة المبيعات وكلمة الفم المنطوقة الإيجابية والاحتفاظ بالموظفين (Sirdeshmukh et al,2002 ; Palmatier et al,2009 ; Stokburger Bühler&Nuffer,2010 ; Morgan&Hunt,1999,p284 ; Voss&Voss,2008,p213 ; Rowe&Barnes,1998) (-Sauer,2010)

علاوة على ذلك، يمكن أن تكون العلاقات القوية والثيقة والإيجابية مع العملاء مصدراً فريداً لخلق ميزة تنافسية مستدامة (Morgan&Hunt,1999,p284 ; Voss&Voss,2008,p213 ; Rowe&Barnes,1998)

p290). ووجد (Ndubisi, 2004, p 86) أن العديد من الشركات تستفيد من علاقتها القوية مع العملاء للحصول على معلومات لا تقدر بثمن عن أفضل طريقة لخدمة العملاء. لذلك، فإن بناء العلاقات مع العملاء مفيد للمنظمات للحصول على مصادر ذات جودة (quality sources) للاستخبارات التسويقية (marketing intelligence)، والتي تؤدي في نهاية المطاف إلى تخطيط إستراتيجية التسويق بطريقة أفضل ويستفيد منها كل من الشركة والعميل، ويستهدف هذا البحث قياس أبعاد جودة العلاقة بين المستشفى (مقدم الخدمة) من جهة كطرف أول للعلاقة ومرضاها من جهة ثانية كطرف ثانٍ للعلاقة.

2-5.مراجعة لأبعاد جودة العلاقة في الدراسات السابقة :

تؤدي الجودة العالية للعلاقة إلى علاقات طويلة المدى، وهي بدورها متغير متعدد الأبعاد لاقى اختلافاً كبيراً بالآراء حول أبعاده، فيعتبر (Crosby, Evans and Cowles, 1990) أن الرضا عن العلاقة والثقة هما مؤشران على الجودة العالية للعلاقة، وجادل آخرون بأن الالتزام هو أيضاً بُعد أساسي لجودة العلاقات (De Wulf et.al, 2001)، أما آخرون فقد أضافوا أبعاد أخرى للأبعاد السابقة الذكر ومنهم من لم يذكر هذه الأبعاد الثلاثة، واكتفى بأبعاد أخرى معبراً بها عن جودة العلاقة، وسنتطرق فيما بعد إلى هذه الدراسات بشكل مفصل، ولكن يمكننا القول: إنه من خلال مراجعة الدراسات السابقة تبين أن الأبعاد الأكثر استخداماً لجودة العلاقة والأكثر إجماعاً من قِبل الباحثين هي رضا العملاء والثقة والالتزام. وقد عرض العديد من الباحثين قوائم مختلفة من أبعاد جودة العلاقة واختلفوا حول تحديد أبعاد جودة العلاقة، وسنقدم لمحة عامة في الجدول أدناه حول البنى الرئيسية لجودة العلاقة استناداً إلى مراجعة شاملة للأدبيات الموجودة.

الجدول (2) أبعاد جودة العلاقة المستخدمة في الدراسات السابقة

Shin et al, 2017	—			—	—
KIM, Yu Kyoun,2008	—		—	—	
palmatier , 2008	—			—	
woo & Annew , 2004					
Lang and Colgate, 2003	—		—	—	
De Wulf et al. 2003	—		—	—	
FOURNIER, 1998					
de Wulf et al. 2001	—		—	—	
Hennig-Thurau ,2000	—		—	—	
Naude and Buttle, 2000	—	—	—		
Dorsch et al. 1998	—		—	—	
Bejou et al. 1996	—		—		
Storbacka et al. 1994			—	—	
Wray et al. 1994	—		—		
Dwyer and Oh, 1987	—		—	—	
crosby et al. 1990	—		—		
المُبع	الثقة	mutual understanding	الرّضا	الالتزام	الاتصال

الصراع																
Customer orientation																
Positive Relational experience																
Social bonding																
Export of Continuity self-connection																
المودة																
love (liking)																
Ethical profile																
الحد الأدنى من الانتهازية																
Bond																
Coordination																
Cooperation																
Adaptation																
Reciprocity norms																

exchange efficiency																
Atmosphere																
Power																
Profit																

نستنتج من مراجعة الأدبيات أنه لا يوجد إطار موحد مقبول لأبعاد جودة العلاقة، فالتقارب الوحيد بين الدراسات هو في الأبعاد الثلاثة الرئيسية فقط (الثقة والرضا والالتزام) التي أستخدمت في العديد من الدراسات في مجالات مختلفة كما ذكرنا، ونلاحظ اختلاف هذه الأبعاد تبعاً للمجال المقام عليه الدراسة ولوحظ شح الدراسات في مجال الرعاية الصحية بالرغم من أهمية جودة العلاقة في هذا السياق، ونلاحظ أن هناك اتفاق عام و واضح على أن رضا العملاء عن أداء مقدم الخدمة وعن العلاقة معه والثقة في مقدم الخدمة والالتزام بالعلاقة مع المؤسسة الخدمية هي مكونات أساسية لجودة العلاقة، وعلى الرغم من عدم وجود إجماع مشترك حول وضع المفاهيم لجودة العلاقة، فقد كانت هناك تكهنات كبيرة حول التركيبات المركزية التي تضم هذا الترابط العلائقي.

فمن الدراسات المعروضة في الجدول أعلاه نلاحظ أن (Bejou et al,1996; Wray et al,1994 ; crosby et al,1990) أكتفوا بالثقة والرضا كأبعاد محددة لجودة العلاقة ، بينما أضاف كل من (Hennig–Thurau,2000 ; de Wulf et al,2001) بُعد الالتزام أيضاً للأبعاد السابقة، وبالمقابل أضاف (Dwyer and Oh, 1987) للثقة والرضا والالتزام بُعد الحد من الانتهازية (Minimal opportunism)، بينما أضاف لهم (Dorsch et al, 1998) بُعدي الصورة الأخلاقية (Ethical profile) وتوجه العميل (Customer orientation) تعبيراً عن جودة العلاقة، وبالمقابل أضاف (Kim,2008) للأبعاد الثلاثة (الثقة والرضا والالتزام) بُعد الحب والمودة و استمرارية الاتصال الذاتي (Export of continuity self-connection) والمعاملة بالمثل (reciprocity norms)، أما (Lang&Colgate,2003; De Wulf et al,2003) فقد أضافوا لهم الصراع و الترابط الاجتماعي (Social bonding).

بينما (Storbacka et al,1994) اتخذ من الرضا والالتزام و الروابط (bonds) أبعاداً لجودة العلاقة، وعدّ (Shin,2017) الثقة والالتزام بالإضافة للاتصال والتجربة العلائقية الإيجابية (positive relational experience) أبعاداً لجودة العلاقة، أما (palmatier, 2008) أضاف للثقة والالتزام بُعدي المعاملة بالمثل (reciprocity norms)، وفعالية التبادل (exchange efficiency)، أما (Fournier, 1998) فاكتمت بالمودة و استمرارية الاتصال الذاتي (Export of continuity self-connection) كأبعاد لجودة العلاقة، وبالمقابل أكتفيا كل من (woo& Annew ,2004) بالتعاون (Cooperation)، والتكيف (Adaptation)، و (Atmosphere) .

وفي بعض الدراسات يستخدمون الروابط (bonds)، الصراع (conflict)، الاتصال (communication)، والنفعية (opportunism) (Dorsch, Swanson, and Kelley 1998)، وهناك دراسات تطرقت لأبعاد أخرى كتوقع الاستمرارية (expectation of continuity)، (Kumar et al,1995;Jap et al,1999;Hennig-Thurau, 2000) وأيضاً توافق الأهداف (goal compatibility) ومقارنة مستوى البديل (Wilson&Jantrania,1994)، وهناك بعض الدراسات تميل إلى تقسيم أبعاد مثل الثقة والالتزام والصراع والرضا إلى فئات فرعية (in sub-categories)، ونلاحظ من الجدول أعلاه أنه قد وضع الكثير من الباحثين بُعدي الثقة والرضا كأبعاداً لجودة العلاقة، وقد تم إضافة بُعد الالتزام إلى هذين البُعدين كأبعاد أساسية وقع عليها إجماع كبير من قبل الباحثين، وكذلك العديد من الأبعاد التي تم ذكرها في الدراسات السابقة.

فتميل مكونات جودة العلاقة إلى التباين عبر الدراسات مع غياب التوافق في الآراء، في حين (Nyaga et al,2010,p104) خالف هذا الرأي بقوله: بأن الالتزام ليس أحد مكونات جودة العلاقة لأنه بناء سلوكي، ومازالت الدراسات مستمرة حول تعيين متغيرات جودة العلاقة، لذا لا يوجد اتفاق بينها حتى الآن على نمط موحد لهذه المتغيرات، وإن كان أغلبها يؤكد على وجود ثلاثة عناصر لجودة العلاقة وهي الرضا والثقة والالتزام، وفي المقابل استخدم (Skinner et al,1992) عنصراً واحداً فقط للتعبير عن جودة العلاقة وهو الرضا عن العلاقة، واستخدم (Doney&Cannon,1997) الثقة للتعبير عن جودة العلاقة، كما اعتمد (Gundlach et al,1995) على الالتزام بالعلاقة للتعبير عن جودة العلاقة، واستخدم بعض الباحثين عنصرين من الثلاثة للتعبير عن جودة العلاقة كُبُعدي الرضا والثقة (Kennedy et al,2001)، أو الرضا والالتزام بالعلاقة (Andaleeb,1996)، أو الثقة والالتزام (Morgan&Hunt,1994)، واعتمدت معظم الدراسات على العناصر الثلاثة (الرضا، الثقة، الالتزام) في قياس جودة العلاقة والتعبير عنها كما ذكرنا، ومن بين هذه الدراسات (Dorsch et al, 1998;De Wulf et al,2001; Gabarino& Johnson,1999; Henning-Thurau et al,2000).

نتيجة لذلك، حاول بعض الباحثين مراراً وتكراراً تحديد أبعاد جودة العلاقة بالإضافة إلى سابقتها وعواقبها في سياقات مختلفة ومنهم (Roberts et al.,2003 ؛ Crosby et al., 1990 ؛ Huntley,2006)؛ ومع ذلك لا يوجد اتفاق بين الباحثين.

النتائج المذكورة هي محددة السياق للغاية؛ لذا هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات، كما لوحظ من خلال مراجعة الدراسات السابقة التي درست جودة العلاقة أن مجال الرعاية الصحية مهمل تماماً.

فعلى الرغم من أن هناك كمية هائلة من البحوث في جودة العلاقة؛ إلا أنه لا يبدو أن هناك توافق في الآراء بشأن التركيبات المركزية التي تشمل جودة العلاقة والطبيعة الهيكلية لتلك البُنيات، كما تبين من خلال مراجعة الأدبيات أنه لم تُؤلى مسألة جودة العلاقة في مجال الرعاية الصحية سوى الاهتمام الضئيل ، وأنه لا يوجد مقياس اختباري يتمكن من خلاله كل الباحثين في مجال الرعاية الصحية قياس جودة العلاقة بين المريض والمستشفى، فسيوفر هذا البحث فهم أفضل لطبيعة العلاقة بين المريض ومُقدم الخدمة الصحية، فإن علاقة المريض مع مستشفاه هي علاقة حساسة ومعقدة أكثر من باقي القطاعات، فالتعامل هنا يكون مع المريض ومعاناته وألمه بهدف التخفيف من هذه المعاناة.

في دراسات سابقة لجودة العلاقة، ربط بعض الباحثين دراستهم لجودة العلاقة بالولاء، وأظهروا تأثير جودة العلاقة على ولاء العملاء، فالناس يشاركون في العلاقة لأنهم يعتقدون بأنهم سيحصلون على شيء ذي قيمة، وسيحصلون أيضاً على فوائد العلاقة، حيث يسعى كلا الطرفين للحصول على منافع متبادلة لأي اتصال مع بعضهم البعض يمكن أن يُولّد الربح أو الفائدة لكليهما على المدى الطويل أو القصير، فقد لا تكون جودة الخدمة المُقدّمة من إحدى المنظمات في حد ذاتها مُرضية ومع ذلك يمكن أن تكون جودة علاقة العميل بالمنظمة من الدرجة الأولى، على سبيل المثال، قد لا تُقدم مؤسسة خيرية صغيرة أكثر من "الشاي والتعاطف" للمستفيد مع دعم ثانوي لا يكاد يُذكر أو مساعدة مادية، ومع ذلك قد ينظر العملاء إلى علاقاتهم مع هذه المؤسسة الخيرية على أنها ممتازة (Bennett&Barkensjo,2005,p89).

2-6. متغيرات جودة العلاقة:

بعد مراجعة الأدبيات المتعلقة بمكونات جودة العلاقة عن كثب، تم تحديد خمسة تراكيب يُزعم أنها تجمع بين الجوانب الأساسية لجودة العلاقة، التركيبات التي تم إدراجها في هذا البحث هي الثقة والرضا والالتزام والحب والمودة وجودة الاتصال، وسيتم ذكر تفاصيل حول كل من هذه التركيبات أدناه.

بصرف النظر عن التعريفات العامة، يوافق الباحثون على أن جودة العلاقة ليست بسيطة، بل إنها في الواقع عبارة عن بنية عالية المستوى مصنوعة من عدة أبعاد متميزة، وإن كانت ذات صلة (Crosby et al,1990; Roberts et al,2003; Kumar et al,1995; Brun et al,2014)

وسوف يعتمد هذا البحث على الأبعاد التالية:

2-6-1. الثقة Trust:

هي حجر الزاوية للعلاقات طويلة الأجل، فلكسب ولاء العملاء يجب علينا أولاً كسب ثقتهم، وتُعد الثقة عنصراً حاسماً في العلاقة الناجحة (Dwyer,et al,1999,p80; Garbarino&Johnson,1999,p150, p150; Palmatier et al,2006, p150; Morgan&Hunt,1994,p35; al,1987,p14)، وقد عرّف Anderson (1989,p312) الثقة بأنها "اعتقاد أحد الطرفين بأن احتياجاته سوف تُنفذ من خلال الإجراءات التي تَعَهَّد بها (تكفل) الطرف الآخر"، وتُعرّف الثقة أيضاً على أنها "الرغبة في الاعتماد على شريك التبادل الذي كان على ثقة" (Moorman et al,1993,p82).

فالثقة مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن جوانب سلوكية وعاطفية وإدراكية (Sanchez,2004)، وتشير الثقة بشكل عام إلى نتيجة مقدرة مُقدم الخدمة على أداء الخدمات على أساس الموثوقية (reliability)، والأمانة (honesty)، والاستقامة (integrity)، والتخصص (specialty) (Duncan&Moriarty,1998,p4; Roberts et al,2003). ويتمثل المكون الرئيسي للثقة في مدى اعتقاد العميل أن البائع لديه النية والدوافع التي تعود بالفائدة على العميل وأن الإجراء الذي يتم تنفيذه سيمكنه من إقامة علاقة إيجابية مع العملاء (Morgan&Hunt,1994,p51).

إن ثقة العملاء اتجاه مقدم الخدمة ستؤدي إلى إعادة التوصية والتوصية الشفهية (Chen et al,2008,p244)، ويمكن تعزيز الثقة من خلال مصداقية وصدق الخدمات المقدمة للعملاء من قبل مُقدمي الخدمات في الحفاظ على علاقة طويلة الأمد (Crosby et al,1990,p78; Morgan & al,1994,p30)، فإن ارتفاع مستوى الثقة يزيد من إمكانية إقامة علاقة طويلة الأمد مع

العملاء، الأمر الذي سيؤدي بدوره إلى أن يكون العملاء موالين للشركة في المستقبل (Qin et al,2009,p398).

وأساس الحفاظ على العلاقات هو الحفاظ على الوعود (Gronroos,1990,p6)، بحيث إذا لم يتم الوفاء بوعده المستشفى للمريض؛ فإنه لن يعاود زيارة المستشفى مرة أخرى، وبالتالي، فإن العلاقة ستنتهي، فالمكون الرئيسي للثقة هو خلق العلاقة وتعزيزها والحفاظ عليها لمدة طويلة بين الطرفين، حيث تمت دراسة الثقة على نطاق واسع في التبادل الاجتماعي (social exchange) في التسويق (Anderson & Weitz,1989,p312; Dwyer et al,1987,p17; Narus,1990,p 52). بالإضافة لما سبق فقد حدد (McPhail&Yau,1995,p24) الثقة بأنها "انتمان أو تَيَقُّن (credit or conviction) في نوايا إيجابية للطرف الآخر فيما يتعلق بالعلاقة"، وكما صور (Le et al,2002,p699) الثقة باعتبارها " the dimension of a business relationship " بُعد (مقياس) علاقة العمل الذي يُحدد المستوى الذي يشعر به كل طرف أنه يمكنه الاعتماد على نزاهة الوعود التي يُقدِّمها الطرف الآخر".

قام (Mishra,1996,p533) بتقسيم الثقة إلى أربعة أبعاد: الموثوقية (reliability)، الكفاءة (competence)، الانفتاح (openness)، والاهتمام (concern) ، ووجد أن التواصل أمر حاسم لإثبات جميع جوانب الثقة، كما افترض (Lee et al,2002,p704) أنه كلما ارتفع مستوى الثقة بين المشتري والبائع كلما زاد احتمال وجود علاقة طويلة الأمد، وأضاف (Ndubisi,2004) (p86)، أن مستوى الثقة الذي تم تحقيقه بين الشركاء هو معيار هام يُسهِّل تقييم قوة العلاقة، وفي ذات الصدد أشار (Parasuraman,1985,p43) إلى أن الثقة عامل حاسم في علاقات الخدمة الناجحة، وقد تم تعريف (Sirdeshmukh et al,2002,p27) الثقة بأنها توقعات المستهلك بأن مُقدم الخدمة يمكن الاعتماد عليه شخصياً، كما ويمكن الاعتماد عليه من حيث الوفاء بوعوده أيضاً، وتشير الثقة إلى توقع أحد الأطراف بأن الطرف الآخر في العلاقة سيتصرف بطريقة مُتَوَقَّعة، وتُعدُّ كذلك أساساً للعلاقة بين العملاء والمؤسسات الخدمية، كما أنها مهمة في سياق الخدمات حيث أن الخدمات غير ملموسة والثقة غالباً ما تُستخدم كأداة لتسويق خدمات المؤسسة للعميل (Van et al,2017,p47)، وهي الأساس ما لم تكن الأكثر أهمية لبناء العلاقات، وإذا فُقدت الثقة فإن العلاقة لن تبدأ، ولو بدأت فسرعان ما تنتهي، ويُقصد بالثقة أن كلا من طرفي العلاقة سوف يبذل أقصى جهده لتحقيق منفعة الآخر، وأن كلمة الشريك ووعده يمثلان التزاماً قوياً

عليه، وسوف يسعى حتماً إلى تحقيقه ولابد من التنسيق بين الطرفين والالتزام الكامل اتجاه إثراء العلاقة، فكما أشار (Fritzsche et al, 2020,p 33) بأنه إذا كان الطبيب يُعَدّ جديراً بالثقة ومفيداً من قبل المريض، يتم تكوين أساس جيد لأي علاج طبي لاحق.

تظهر نتائج دراسة (Sohi&Ramsey,1997,p78) أن إعطاء المرضى الوقت ليقولوا ما يودّون قوله والإصغاء إليهم يُحسّن من رضاهم عن العلاقة مع أطبائهم، فعندما يشعرون المرضى أو يُدركون أن الطبيب يستمع إلى ما يقولونه فهذا سيعزز ثقتهم بالطبيب. تتفق هذه النتيجة مع الأدبيات على أن إدراك العملاء لسلوك الإصغاء يلعب دوراً محورياً في تحسين النتائج العلائقية، فإن الإصغاء بعناية إلى المرضى يدل على احترام الطبيب واهتمامه بمشاكل المريض عامةً والمشاكل الصحية خاصةً، وبالتالي خلق الرضا عن العلاقة، كما يحتاج الأطباء إلى الاستجابة لثقة (confidence) العملاء بهم من خلال تقديم خدمات عالية الجودة بناءً على احتياجاتهم ورضاهم. على سبيل المثال، يعتقد العديد من المرضى بأن أطبائهم مستشارين لهم (advisors) ويشاركوهم القضايا (issues) الشخصية على أمل الحصول على إرشادات (guidance) للتغلب على المشكلات (issues) أو القضايا المرتبطة بشكل غير مباشر بمرضهم، لذا يجب على الأطباء الممارسين والكادر الطبي النظر في هذه القضية الهامة أثناء التفاعل مع مرضاهم.

2-6-2. الرضا satisfaction:

يشير الرضا إلى الشعور المُمتع الذي تُقدّمه الخدمة للعميل (Oliver et al , 2009, 292)، بالإضافة إلى ذلك، فإن رضا العملاء يتضمن أيضاً التقييم المعرفي والعاطفي من قبل العميل من خلال تجربته الشخصية مع مزود الخدمة (Storbacka et al,1994,p26)، فالرضا هو تقييم جودة التجارب السابقة مع الشركة الخدمية أو مُقدّمي الخدمات، مما يخلق توقعات جودة التفاعل المستقبلية، كما أشار (oliver,1999) إلى أن الرضا هو إشباع ذو سعادة يشعر به العميل من عملية استهلاك سلعة أو خدمة معينة.

كما عرّف (Tracey et al,1999,p415) رضا العملاء على أنه تصوّر العملاء أن المنتج أو الخدمة التي حصلوا عليها تستحق السعر الذي دفعوه، ويمكن أن يؤثر التوقع على رضا العملاء، فالتوقع هو النقاط المرجعية التي يستخدمها العملاء لمقارنة الأداء الفعلي والأداء المدرك. وبالتالي إذا تجاوز الأداء الفعلي ما هو مُتوقّع (التوقعات) يكون العميل راضياً ويكون

عكس ذلك عندما يكون الأداء الفعلي أقل من هذه التوقعات (Oliver,1980,p461)، ووفقاً لهذه الدراسات، فإن أهم جوانب الرضا عن الأطباء هي شعور المرضى برعايتهم بشكل حقيقي من قبلهم، ومقدار الوقت الذي استهلكه الطبيب بالشرح والاستماع إليهم، ووجوده إلى جانبهم عند الحاجة. وفي ذات الصدد استعرض (Johnson,1987,p39) الأدبيات في التخصصات السلوكية (behavioral disciplines) على أساليب التواصل وخلص إلى أن تبادل التسويق بين المريض ومقدم الرعاية الصحية هو أكثر إرضاء لكلا الطرفين عندما يتحسن الاتصال، كما يُبرز مسح لمرضى قسم الجراحة (surgical patients) حاجتهم لأن يقضي الأطباء المزيد من الوقت في تحديد نوع المشكلة لدى المريض والعلاجات الممكنة المتاحة لها (Wriglesworth &Williams,1975,p123).

يشير الرضا إلى التقييم العاطفي والمعرفي للعملاء بناءً على تجاربهم الشخصية عبر جميع حلقات الخدمة (service episodes) خلال العلاقة، فالرضا هو حالة إدراكية وعاطفية للأفراد ناتجة عن تقييم شامل للعلاقة (Kim&Trail,2011,p61)، وإن العلاقات الشخصية بين العملاء ومقدمي الخدمة هي العامل الأكثر أهمية لرضا العملاء، وبالمثل فإن جودة العلاقة بين العملاء ومقدمي الخدمة لها تأثير كبير على قياس رضا العملاء (Amin&Nasharuddin,2013,p241)، وقد اكتسب الرضا دوراً هاماً في الأدب التسويقي فهو أمر أساسي لتحسين أداء العلاقات، لأنه رد فعل عاطفي على تجربة المنتج أو الخدمة (Kim&Trail,2011,p64)، وبالنسبة لكثير من الباحثين تشير مقاييس رضا العملاء إلى أرباح مستقبلية، وهو الأساس لنجاح المؤسسة على المدى الطويل.

كما أن (Silva et al,2010,p15) توصلوا من خلال استعراض لتعاريف الرضا من الدراسات السابقة إلى أن الرضا هو نتيجة عاطفية لتجربة العميل بعد اتخاذ القرار، فيعكس الرضا رد فعل عاطفي أو استجابة لحالة حالية، ويمكن مقارنته بتقييم موجز أو منطقي لنتائج التجارب السابقة، فمن الواضح أنه ينشأ من عملية إدراكية تُقارن الأداء المدرك بمجموعة محددة من المعايير، ومع ذلك فالرضا يمثل حالة عاطفية للعقل، فالرضا عن الخدمة ينطوي على عوامل ذاتية وعاطفية وشعورية، ونظراً لهذه الأبعاد العاطفية يمكن أن يتأثر تسويق العلاقة ويبدو من المعقول أن نفترض أن تسويق العلاقة السليمة يرتبط ارتباطاً إيجابياً بالرضا عن الخدمة المُقدّمة، وفي الواقع تجدر الإشارة إلى أن المكون العاطفي من الرضا يفوق المكون المعرفي.

2-6-3. الالتزام commitment:

تمّ تعريف الالتزام على أنه رغبة مستمرة في الحفاظ على علاقة قيّمة (Moorman et al., 1992, p 320)، ويُعدّ الالتزام أمراً ضرورياً لبناء علاقة مُستدامة (Morgan&Hunt,1994,p25). كما يُمثل الالتزام أعلى مرحلة من الترابط العلائقي (Dwyer et al,1987,p18)، وقد قام البعض بتقسيم الالتزام إلى أبعاد مختلفة بما في ذلك الالتزام المحسوب (calculative)، والمعيارى (normative)، والعاطفي emotional (Vesel&Zabkar,2010,220).

فالالتزام هو الاعتقاد لدى أحد أطراف العلاقة بأن الطرف الآخر فيها مستمر في علاقته معه، وأن هذه العلاقة مهمة له وبيذل أقصى جهده للحفاظ عليها، وبذلك فإن الطرف الملتزم يؤمن بأن هذه العلاقة مهمة وجديرة بالعمل على الوصول إليها للتمكن من الاستمرار إلى أجل غير مسمى (Morgan&Hunt,1994,p23).

فهي رغبة العميل الدائمة في مواصلة العلاقة مع الشركة مصحوبة برغبة العميل في بذل الجهود أيضاً للحفاظ عليها (De Wulf et al,2001,p40)، وبعبارة أخرى عرّف (Morgan& Hunt,1994,p24) الالتزام بأنه "الرغبة الدائمة للعميل في مواصلة العلاقة مع مُقدّم الخدمة مصحوب باستعداد العميل لبذل جهود للحفاظ عليه". كما حدد (Fehr,1998,p803) الالتزام بأنه "نية لمواصلة مسار العمل أو النشاط مثل الحفاظ على علاقة تجارية مع شريك". وهناك تعريف آخر للالتزام مفاده: أنه تعهد ضمني أو صريح لاستمرارية العلاقة بين شركاء التبادل (ALrubaiee & ALnazer,2010,p159).

لضمان استمرار العلاقة يجب أن يكون لدى الطرفين رغبة في الاستمرار لإيمانهم بأن ذلك سوف يحقق لهم منافع في المستقبل، ولاشك أن الالتزام من أهم مفاتيح العلاقات الناجحة، فهو تعهد ضمني لاستمرارية العلاقة بين الشركاء، ومهم جداً في تطوير العلاقات طويلة المدى لاستمرارية العلاقة مع العميل، فهو اعتقاد من جانب العملاء والمؤسسات الخدمية بأن العلاقة بين الأطراف المعنية مهمة جداً، وأن هذه الأطراف تعمل من أجل الحفاظ على العلاقة القائمة بينهم (Van et al,2017,p 55).

ومن مراجعة تعريفات الدراسات السابقة وجدنا أن جوهر الالتزام في العلاقات بين المؤسسات والعلاقات بين الأشخاص يمكن تعريفه على أنه الرغبة في مواصلة علاقة مستقرة والنية في البقاء في تلك العلاقة والعمل بجهد على ذلك، فمن الواضح أن العلاقات لا يمكن أن

تستمر لفترة طويلة دون التزام من طرفي العلاقة، وبالمقابل يمكن أن يكون هناك نية للبقاء في العلاقة بالاكراه (الاضطرار). على سبيل المثال، قد يكون العميل ملتزماً بالبقاء في علاقة لأنه قد لا تتواجد خيارات قيمة لهذه العلاقة أو لبعض الأسباب التي تجبره على هذه العلاقة كمستوى الدخل مثلاً، وهذا يمكن أن يقلل من حالة الالتزام، مما يحول دون النجاح على المدى الطويل في العلاقة، إلا إذا كان لدى الطرف الأكثر التزاماً رغبة دائمة في مواصلة العلاقة والاستعداد لموازنة الاختلافات في الالتزام (Silva et al,2010,p17).

2-6-4. الحب والمودة Love and Intimacy :

الحب بناء مهم لفهم طبيعة العلاقات وهذا ما دارت حوله دراسات بعض الباحثين (Fournier,1998; Nicholson et al,2001; Pawle&Cooper,2006; Smit et al,2007)، فالعوامل المهمة التي تدعم جودة العلاقة هي المرفقات العاطفية والاجتماعية كالحب والمودة التي تتحد معاً لتحقيق القوة والمتانة للعلاقة بمرور الوقت (Fournier,1998,p363).

فإن أغلب الأبحاث تؤيد عموماً أن حب العميل لشركة ما أو أشياء معينة مشابه تماماً الحب بين الأشخاص ولقد تم اعتبار الحب حافزاً قوياً لتطوير العلاقات الإنسانية والحفاظ عليها (Thorbjornsen et al,2002,p1). فقد وصف Fournier الحب بأنه شعور عاطفي يتضمن الدفء والمودة والعاطفة والهوس، في حين أن بعض الباحثين أشاروا إلى أن حب العميل لشركة أو أشياء قد لا يكون مشابهاً تماماً للحب بين الأشخاص (oliver,1999,p39). أما (Bengtsson,2003,p155) فقد كان ناقداً لمقولة أن العلاقات الإنسانية تتشابه مع العلاقة القائمة بين العميل والشركة فهو لا يؤيد هذا القول، فعلاقة العلامة التجارية يمكن فهمها على أنها مختلفة عن علاقة الإنسان، فبعض العملاء يفهمون الحب بأنه لا يمكن أن يتواجد إلا بين البشر، فالعديد من حالات حب العلامة التجارية لن تكون مماثلة تماماً لأشكال الحب الأقوى القائم بين الأشخاص.

الحب يتعلق بالمشاعر المحتملة للعلامة التجارية وتفضيلها على باقي العلامات المنافسة لها في ذات السياق (smit et al,2007,p628-628)، وبمعنى آخر يعكس الحب عاطفة قوية لعلامة تجارية معينة، لذا سيشعر العملاء الذين لديهم حب قوي للعلامة التجارية أن شيئاً ما مفقود إذا لم يتم استخدام العلامة التجارية (Smit et al,2007,p628). وتعكس المودة معرفة العملاء وفهمهم العميق للعلامة التجارية وتشير للكمية الكبيرة من المعرفة لدى المريض حول

المستشفى وأدائه (Aaker , 2007, p 629 ; Kressmann et al, 2006, p 957-958 ; et al, 2004, p 7). وكذلك حدد العديد من الباحثين أن الحب والمودة مكون أساسي لجودة العلاقة (Barnes, 1997; Smit et al., 2007; Monga, 2002)، وبدوره أشار (Kim, 2008, p28) إلى المودة في مجال العلاقات التجارية التسويقية بأنها درجة من الألفة والقرب والانفتاح على شركاء العلاقة، بالإضافة إلى أن جودة العلاقة بين الطبيب والمريض هي العامل الحاسم لنجاح العلاج، فالأطباء الذين يجمعون بين التعاطف والسلوك المطمئن والمعلومات المفهومة، لديهم نتائج علاجية أفضل مقارنة بالأطباء ذوي السلوك الأكثر بعداً ورسميةً (Fritzsche et al, 2020, p 34).

ركز (Fournier, 1998, p365) على الأبعاد غير الجنسية للمودة، وأكد على أن العلاقة الناجحة للعلامة التجارية مبنية على مستوى أعلى من الحب والمودة بين شركاء العلاقة. وقد عَقَّبَ (smit et al, 2007, p 628) واصفاً المودة بالتقارب النفسي بين شركاء العلاقة والمعرفة بالعلامة التجارية. على كل حال، تجدر الإشارة إلى أنه قد يراها بعض العملاء في المقابل كالاقتحام (التطفل - intrusion) (Smith and Higgins, 2000, p84) ويرفضون ذلك بشكل مبرر.

2-6-5. جودة الاتصال بالعلاقة Communication Quality of the Relationship:

يُعَدُّ الاتصال ضرورياً في قطاع الخدمات وخاصة عندما يكون بمثابة أداة لبناء وتحسين علاقة طويلة الأمد مع العملاء، ويشير أيضاً إلى المشاركة (sharing) الرسمية وغير الرسمية للمعلومات الهامة وفي الوقت المناسب بين الطرفين (Anderson & Narus, 1990, p46)، وتُعرَّف الاتصالات أيضاً بأنها تبادل المعلومات بين مُقدِّمي الخدمات والعملاء، وقد برهنت الدراسات بأن تبادل المعلومات أمراً ضرورياً لبناء علاقات جيدة مع العملاء (Anderson & Narus, 1990; Anderson & Weitz, 1989; Dwyer et al., 1987; Morgan & Hunt, 1994)، وتُحدَّد جودة الاتصالات من خلال عدة خصائص تتألف من: الدقة (accuracy)، التوقيت (timeliness)، الاكتمال (completeness)، الكفاية (adequacy)، والمصداقية (credibility) (Beloucif, Donaldson & Kazanci, 2004, p 334).

في أدبيات علم الاجتماع الطبي، أشار كل من (DiMatteo & Taranta, 1979) أن قدرة الطبيب على إقامة علاقة مع المرضى تعتمد بشكل جزئي على مهاراته في التواصل، كما وجدا أن السلوك الاجتماعي-العاطفي (socio-emotional behavior) للأطباء (المعالج أو مقدم خدمة الرعاية الصحية في المستشفى) كسلوك الاهتمام والانفتاح على الاتصال، يميل إلى التأثير بشدة في قرار المرضى بمواصلة العلاقة بين الطبيب والمريض (physician-patient relationship)، أو المريض ومقدم الخدمة، وتشير نتائج الدراسة إلى أن تطوير مهارات التواصل الفعال للأطباء يستحق الاهتمام الواجب في مجال التعليم الطبي.

كما أكدت نتائج دراسة (Singh et al, 2011, p 67) أن علاقة الطبيب والمريض تتأثر بشكل إيجابي بسلوك تفاعل مقدمي الخدمات أي الكادر الطبي من الأطباء والمرضى، وتوضح الدراسة أن سلوك تفاعل الأطباء الجيد أساسي في تطوير علاقة فعالة مع مرضاهم ويعزز ثقة (confidence) المرضى في أطبائهم. علاوة على ذلك، يعزز التفاعل الفعال (effective interaction) ولاء المرضى لمزودي خدماتهم، فخدمات الرعاية الصحية (high-credence services) هي خدمات عالية المصداقية (Fisk et al., 2007, p55)، تتميز بدرجة عالية من عدم اليقين (uncertainty) والمخاطر، وعادة ما يفترق المرضى أو أسرهم إلى المعرفة المهنية للحكم على جودة الخدمة المقدمة (Wray et al., 1994, p 38; Bejou et al, 1996, p 140) أثناء تقديم الخدمة وحتى بعد استلام الخدمة (Berry & Bendapudi, 2007, p 115)، فيقوم المرضى بتقييم جودة خدمات الرعاية الصحية بناءً على تفاعلاتهم أو ما يسمى لقاءات الخدمة (service encounters) مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية وأطبائهم، كما تساعد هذه التفاعلات في بناء ثقة (confidence) المرضى في أطبائهم وجودة الخدمات الطبية المقدمة.

يحرص معظم المرضى على تكوين علاقة مع أطبائهم (Danaher et al., 2008, p 56)، وتُعَدّ العلاقة بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية (وخاصة الأطباء) مهمة للغاية، لأن المرضى يحصلون على إحساس أكيد (يقيني) بالأمان فيما يتعلق بنتائج الخدمة المقدمة لهم.

تحسن جودة الرعاية من خلال علاقات طويلة الأمد مع الأطباء الذين يعرفون تاريخهم الطبي. ومن ناحية أخرى، وبسبب المنافسة الشديدة يمكن للمريض ممارسة حقه في الاختيار من خلال التبديل إذا لم يكن راضياً عن مقدمي الرعاية الصحية لديه، فهذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة

تكاليف التسويق وسيكون أقل ربحية لمقدم خدمة الرعاية الصحية (Nelson et al,1992 ,p42). ولذلك، فإن جودة العلاقة أمر بالغ الأهمية لمقدمي الرعاية الصحية كما هو الحال بالنسبة للمرضى.

2-7. جودة العلاقة في الرعاية الصحية:

يجب على مزودي الخدمة بناء جودة العلاقة وإبعاد الحواجز (switching barriers) لتقليل إمكانية الانشقاق (defection -نقض الولاء) والتعزيز من ولاء العملاء (Liu et al,2011, p 75)، وبالتالي يجب إدارتها بالطريقة المثلى.

وعلى الرغم من كمية البحوث في جودة العلاقة التي تتزايد باستمرار في مختلف المجالات، إلا أنه لوحظ شح في الدراسات التي تناولت دراسة جودة العلاقة في مجال الرعاية الصحية، ففي الواقع تعمل منظمات الرعاية الصحية في بيئة صعبة ومعقدة حيث أن الخطأ الصغير قد يتحول لكارثة وعواقب كارثية كسخط العملاء الأبدى، وعدم رضا العملاء، وفقدان ثقتهم وتدهور وانتهاء العلاقة بين المريض والمستشفى. وتأتي أهمية وحساسية هذه العلاقة من الأهداف القائمة على أساسها المستشفيات، وهي الحد من معاناة المريض والحفاظ على حياته ورعايته جسدياً ونفسياً، فيجب على المستشفيات أن تسعى جاهدة لتكون جودة علاقتها مع مرضاها بأعلى مستوياتها، ففي هذه البيئة التنافسية من الصعب كسب اتجاه العملاء الإيجابي في قطاع الخدمات، وخاصة في مجال الرعاية الصحية.

وسنركز في هذا البحث على الأبعاد النفسية والعاطفية لطبيعة وحساسية قطاع الرعاية الصحية، وخاصة قطاع المستشفيات لتعامله مع معاناة البشر، والذي يهدف في الدرجة الأولى إلى إزالة معاناة المريض جسدياً ونفسياً وهذا ما ركزت عليه فلورانس، وهي رائدة الطب الحديث الذي يعدّ العوامل النفسية هي الأساس في علاج المرضى، وأيضاً كما وصفوا (Fritzsche et al, 2020, p35) الطبيب أو مقدم خدمة الرعاية الصحية في كتابهم Psychosomatic Medicine كأداة تشخيصية ودواء للمريض، حيث أن كل طبيب لديه ثقة في أن وجوده أو فعله مفيد بالفعل للمريض أكثر من الدواء نفسه. وبالتالي، يُعتبر تصور الطبيب نفسه كدواء من المهام الأساسية في التعامل مع المرضى.

فإن لتحديد جودة العلاقة بين المرضى ومُقدّمي خدمة الرعاية الصحية في المستشفى دور مهم جداً، وذلك بسبب الطبيعة غير الملموسة للخدمة، فعندما يكون لدى المرضى علاقات عالية الجودة مع المستشفى، فإن المرضى لديهم معتقدات عالية حول الأداء المستقبلي للمستشفى، لأن المرضى يرون التجارب السابقة لغيرهم وتجاربهم موثوقة ومُرضية (wong & sohal,2002,p 44). وكما هو مُلاحظ أصبحت الأفضلية التوجه إلى المستشفيات الخاصة، لأن المرضى يعتقدون أنهم قادرون على الحصول على خدمات صحية أعلى جودة في المستشفيات الخاصة، كما أن زيادة عدد المستشفيات جعلت من قطاع المستشفيات أكثر تنافسية، وبما أن هناك المزيد من الخيارات أمام المريض بسبب توفر العديد من المستشفيات المتاحة، فإن توقعات المرضى تصبح أعلى وأكثر تنوعاً. ونتيجة لذلك، أصبحت عملية البناء والحفاظ على العلاقة أكثر تعقيداً. كل هذا يزيد من الصعوبات على المستشفى للحفاظ على جودة علاقتها مع مرضاها، ونلاحظ في الجمهورية العربية السورية أن عدد المستشفيات الخاصة يزيد عن عدد المستشفيات العامة، ففي مدينة دمشق نلاحظ بأن عدد المستشفيات الخاصة هو (46) مستشفى من أصل (399) مستشفى خاص في سوريا ككل، وعدد المستشفيات العامة في دمشق (15) مستشفى من أصل (111) مستشفى في جميع أنحاء القطر في عام 2018، وذلك وفقاً للنشرة الإحصائية الصحية لوزارة الصحة السورية. (موقع وزارة الصحة السورية).

وقد أُجريت العديد من البحوث حول كيفية تأثير جودة الخدمة المُتصوّرة على رضا العملاء والذي بدوره يؤثر على اتجاهات العملاء، ومع ذلك، لا يوجد أبحاث قد أُجريت على كيفية تأثير أبعاد جودة العلاقة على اتجاهات العملاء، كذلك لم يكن هناك أي بحث عن جودة العلاقة في قطاع الرعاية الصحية السورية. وبالتالي، فإن هذا يمثل فجوة تم التحقيق فيها، ومن المهم معرفة الأبعاد الأساسية لجودة العلاقة التي ينبغي للمستشفيات توجيه جهودها نحوها لتحقيق الاتجاه الإيجابي لدى مرضاها وزوارها.

وخلص القول:

نستنتج مما سبق أن جودة العلاقة بين مُقدّمي الخدمة والمرضى هي الضمان القوي للمحافظة على علاقة تبادلية ناجحة بين أطراف العلاقة، وتُعدّ العلاقة القوية من أهم الأصول غير الملموسة التي تُكوّن سلاح قوي في وجه محاولات المنافسين للاستحواذ على عملائها، فالحصول على عميل مدى الحياة هو حلم لا يمكن تحقيقه إلا بالحصول على مستوى عالٍ من جودة العلاقة، مما يجعل المستشفى قريبة بما يكفي من مرضاها وزوارها لتكون قادرة على الشعور بهم بالشكل الصحيح، وفهمهم وتمييز احتياجاتهم، وتلبية بشكل مرضٍ أكثر من المنافسين، فالعملاء يلتزمون بالمستشفى التي يتمتعون معها بعلاقات حقيقية جيدة وقوية. ولفهم جودة العلاقة في الرعاية الصحية بين مُقدّمي الخدمة والمرضى تم التطرق لأبعاد جودة العلاقة الخمسة المستخدمة في هذا البحث والمتمثلة: بالثقة، الرضا، الالتزام، وجودة الاتصالات، والحب والمودة. فقطاع الرعاية الصحية يتميز بحساسيته وتعقيده وخطورته العالية لأن هدفه الأساسي هو التخفيف من معاناة المريض والوقوف بجانبه والتخفيف عنه نفسياً وجسدياً.

الفصل الثالث: الاتجاهات النفسية أنواعها والعوامل المؤثرة فيها

- 3-1. مفهوم الاتجاهات.
- 3-2. مكونات الاتجاه.
- 3-3. تكوين الاتجاه.
- 3-4. خصائص الاتجاه.
- 3-5. أنواع الاتجاه.
- 3-6. العوامل المؤثرة في تغيير الاتجاهات.
- 3-7. أساليب يمكن اتباعها لإحداث تغيير في الاتجاهات.
- 3-8. قياس الاتجاهات.

يُعد مفهوم الاتجاهات النفسية الاجتماعية من أهم المفاهيم في علم النفس وأكثرها ثراءً، فُيعدُّ مؤشراً على السلوك، لذا يسعى المسوقون للتنبؤ بالسلوك قبل وقوعه من خلال دراستهم للاتجاه؛ لمحاولة السيطرة عليه والتحكم به لصالح العلامة التجارية؛ لجذب العميل للعلامة التجارية دون غيرها من العلامات التجارية المنافسة والفوز بولاء العميل، فإنَّ فهم سلوك المريض، والدوافع وراء سلوكه، وكيفية وصوله لهذا السلوك، وقراره بالتعامل مع مستشفى ما دوناً عن منافسيه هو أمر مهم لنجاح أي مستشفى، فالاتجاهات النفسية هي العامل الأساسي الذي يتحكم في تصرفات الإنسان وتفكيره.

وهذا ما يُعطي دراستها الأهمية الكبيرة، إلا أنه لا يوجد إجماع بين العلماء السلوكيين حول تعريف محدد للاتجاهات، فعلى الرغم من قدم هذا المفهوم في علم النفس إلا أن العلماء يختلفون في تعريفه كما يحدث بمعظم المفاهيم النفسية، كما أن معظمهم يعدّون مفهوم الاتجاه مفهوماً تربوياً ونفسياً، والآخرين يعدّونه مفهوماً اجتماعياً .

3-1. مفهوم الاتجاهات:

اختلف علماء النفس في تصورهم للاتجاه ونتج عن اختلاف رؤيتهم وتصورهم العديد من التعريفات. أول من استخدم مفهوم الاتجاهات هو هيربرت سبنسر Herbert Spencer ، حيث ذكر في كتابه The First Principles "المبادئ الأولى" عام 1962م أن: "وصولنا إلى أحكام صحيحة في المسائل الجدلية يعتمد إلى حد كبير على الاتجاه الذهني الذي نحمله في أثناء إصغائنا إلى هذا الجدل أو الاشتراك فيه " (بعوش، 2012، ص15).

وقدم كلا من Herbert Spencer و Alexander Bain مصطلح "الاتجاه في علم النفس" في أوائل الستينيات على أنه حالة داخلية inner state من الاستعداد readiness أو التأهب (لفعل عمل ما) لأداء مهمة (Vahdati et al, 2015, p834).

وأضاف Gordon Allport تعريفاً لمفهوم الاتجاه على أنه "حالة من التهيؤ والتأهب العقلي العصبي التي تنظمها الخبرة وتوجه استجابات الفرد نحو عناصر البيئة"، وحالة التأهب العقلي العصبي هذه قد تكون قصيرة المدى (لحظية)، أو بعيدة المدى، أي تستمر لزمان طويل (البهى، سعد، 1999، ص 251).

كما يُعرّف (Stotland et al, 1959, p520) الاتجاه بشكل عام على أنه "استعداد (ميل) مكتسب (مُتعلّم) للاستجابة بطريقة تقييمية متناغمة نحو شيء ما؛ وتشير الاتجاهات إلى تقييمات تتعلق بموضوع معين أو شيء ما (Ajzen,1991, p194).

ويُعبّر عنها برد الفعل السلبي أو الإيجابي الذي يأخذه الفرد اتجاه شيء ما، أو مجموعة أشياء محددة (Best et al, 2007, p 25 ; Schiffman & Kanuk , 2006, p 44)، وأضاف كلاً من (Kinicki & Kreitner,2006,p106) بأنه "ميل مكتسب للاستجابة بطريقة محبة أو غير محبة وبصورة ثابتة اتجاه شيء ما"، ويتضمن رد الفعل هذا حكماً وشعوراً وجدانياً وميلاً سلوكياً (Kotler & Keller, 2008, p 56). وفي هذا الإطار، عرّف كلاً من (Ajzen & Fishbein , 1980, p 10) الاتجاه نحو علامة تجارية معينة بأنه "ميل المستهلك إلى تفضيل أو عدم تفضيل هذه العلامة".

وأشار (Wilkie,1986,p 60) إلى أنه الحكم العام الذي يكوّنه المستهلك عن العلامة التجارية، وينطلق تكوين هذا الحكم من تقييم المستهلك للمنفعة التي تحققها العلامة وصورتها الذهنية لديه، والتي تنطلق بدورها من اتجاهات المستهلك نحو خصائص العلامة (MacKenzie & Spreng, 1992, p523)، أما (Chaiken & Eagly, 1993,p 1) فيرونه ميل نفسي يُعبّر عن تقييم موضوع معين بدرجة أو بأخرى من التفضيل أو عدم التفضيل، ويشير التقييم إلى الاستجابات التفضيلية المعرفية والوجدانية والسلوكية سواءً أكانت صريحة أم ضمنية، وأضاف (Luthans, 1995, p 121) بأنه: " ميل دائم للشعور والتصرف بصورة معينة نحو شيء ما"، وفي هذا الصدد أشار (Chein, 1981, p 179) إلى الاتجاه على أنه "استعداد فردي لتقييم أي موضوع، أو أي فعل ، أو أي موقف بطريقة معينة".

وبمعنى آخر، يرى (Fazio, 1995, p81) أن الاتجاه عبارة عن اتحاد بين الموضوع وتقييمه في الذاكرة، وهذا الاتجاه لا يُستدعى إلا عندما يتعرض المستهلك لنفس موضوع التقييم، كما أن الاتجاه الناشئ يمكن أن يُفعل في الذاكرة ويُستخدم لترجمة أيّة معلومات جديدة، وكما يُعرّف (Erwin,2001,p4) الاتجاه أيضاً بأنه "حالة الفرد الشعورية التي توجه نحو الموضوعات والأشياء المختلفة، وقد يكون هذا التّوجه موجباً أو سالباً أي يُحدّد شعور الفرد نحو أو ضد الموضوعات المختلفة".

يُعدّ الاتجاه استعداداً نفسياً أو تهيئاً عقلياً عصبياً للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو أشخاص أو مواقف وأشياء في البيئة، وهو مجموع ميول ومشاعر الفرد وقناعاته نحو مثير معين، كما أنه مُكوّن من

ثلاثة عناصر، معرفية، ووجدانية، ونزوعية، وقد يكون إيجابي أو سلبي نحو موضوع ما أو نحو موضوعات معينة (الخيكاني، 2007، ص 212)، كما أضاف Gordon Allport بتعريف آخر له للاتجاه بأنه "حالة من الاستعداد العقلي العصبي التي تنظمها الخبرة السابقة والتي تُوجّه استجابات الفرد للمواقف أو المثيرات المختلفة (سعيد، 2009، ص37)، وتكون هذه الاستجابات نحو شيء ما إيجاباً أو سلباً" (مجاهدي و ابراهيمي، 2015، ص 15 ؛ Eagly & Chaiken, 1993, p 1).

وفي ذات السياق توصلت (بعوش، 2012، ص 30) لتعريفاً إجرائياً للاتجاه بناءً على عدة تعاريف معبرة عنه "استعداد وميل نسبي متعلم يتشكل بتراكم خبرات معرفية وسلوكية، يفضي إلى استجابات محددة للفرد والجماعة، قد تكون سلبية أو إيجابية نحو أنماط المثيرات الحياتية المختلفة".

الاتجاهات تُعدُّ بمثابة مؤثرات نتوقع في ضوئها سلوك الفرد، فالاتجاه هو متغير لسلوك المستهلك (Banyte et al, 2007, p 66)، حيث إنه يُعبر عن قوة أو ميل أو استعداد يوجه سلوك الفرد نحو موضوع ما بطريقة معينة، وهناك قوى داخلية تدفع هذا السلوك، فالاتجاه مكتسب من البيئة ومن خلال التجارب الشخصية للفرد، فهو ليس فطرياً أو وراثياً، وإنما يتأثر بفعل العوامل الاجتماعية السائدة في المجتمع (طشوش & الخزاعلة، 2010، ص5)، وأضاف Delozier تعريفاً للاتجاهات بقوله أنها "حالة ذهنية لدى الفرد تعكس مدى إيجابيته أو سلبيته، تأييده أو عدم تأييده، تفضيله أو عدم تفضيله لشيء أو مفهوم ما (معلا، 1996، ص316)، وفي هذا الصدد قدم كلاً من (Kinner & Taylor) تعريفاً للاتجاه بأنه إدراك ثابت للأفراد يعتمد على المعرفة والتقييم نحو موضوع معين (عنابي، 2003، ص 192)، فالاتجاه إستجابة تقييمية بالموافقة أو المعارضة سواء للأشياء أو الأشخاص، بمكوناتها المعرفية والوجدانية والسلوكية (Myers, 1999, p 130).

وينظر علماء النفس إلى الاتجاه على أنه استعداد وجداني مكتسب ثابت ثبات نسبي يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء الموضوعات من حيث تفضيلها، وقد يكون هذا الموضوع قراراً أو فكرياً أو مبدأً، كما أن العلماء يُصنفون الاتجاهات بأنها موجبة وأخرى سالبة، وذلك وفقاً لنوع الاستجابة الصادرة بالإقبال، أو النفور (عبد الخالق، 2001، ص98)، فالاتجاه هو مجموع ميول ومشاعر الفرد وقناعاته اتجاه مثير معين (الطالب و إليويس، 2000، ص196).

فبصورة عامة يمكننا القول: إن اتجاه العملاء نحو العلامة التجارية هو ميل إيجابي أو سلبي نحو العلامة التجارية (Phelps&Hoy,1996,p88)، ويدل الاتجاه برأي (Bougardous,1931, p444) على أنه نزعة للتصرف سواء أكان إيجاباً أم سلباً نحو وضع ما في البيئة التي تحدد قيماً إيجابية أو سلبية لهذا التصرف، وبمعنى آخر هو عدد من العمليات الانفعالية والإدراكية المعرفية انتظمت في صورة دائمة وأصبحت تحدد استجابة الفرد لجانب من جوانب بيئته (الثقفي، 2006، ص10)، وفي ذات السياق عرّفت (المخزومي، 1989، ص64) الاتجاه بأنه "حصيلة إدراك وشعور الفرد نحو موضوع معين مما يدفعه لأن يسلك سلوكاً إيجابياً أو سلبياً"، وفي ذات الصدد ذكر (توماس Thomas) أن اتجاهات الفرد في لحظة ما هي حصيلة مزاجه ونوع المفاهيم التي يفرضها عليه مجتمعه، والصورة التي يدرك بها شتى المواقف في ضوء خبراته وتفكيره (حافظ و مليكة، 1965، ص265)، فالاتجاه هو حالة استعداد عقلي عصبي نظمت عن طريق التجارب الشخصية، وتعمل على توجيه استجابة الفرد لكل الأشياء والمواقف التي تتعلق بهذا الاستعداد (طعمية ، ص 83)، ويدل الاتجاه برأي (جوردن ألبورت) بأنه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة (OKeefe,2002, p 6).

تلعب الاتجاهات دوراً مهماً في سلوك المستهلك؛ فهي مسببات للسلوك ونواتج له أيضاً، ولكن لا يمكن ملاحظة الاتجاهات بشكل مباشر، فهي مواقف عقلية (mental positions) يجب على المسوقين محاولة استنتاجها من خلال مقاييس البحث (Wilkie,1994 , p 53)؛ فهي استعداد مكتسب مُشبع بالعاطفة، ويُحدد سلوك الفرد إزاء المواقف والموضوعات والأشخاص التي يتعامل معها في البيئة المحيطة به، إما بقبولها أو رفضها (عبد الخالق، 2001، ص66)، وعُبر عن الاتجاه بأنه استجابة تقييمية بالموافقة أو المعارضة سواءً للأشياء أو الأشخاص بمكوناتها المعرفية الوجدانية والسلوكية (Myers,1999, p130)، حيث أنه يشير إلى دافع مكتسب يتضح في استعداد وجداني له درجة ما من الثبات يُحدد شعور الفرد، ويكوّن سلوكه بالنسبة لموضوعات معينة من حيث تفضيلها أو عدم تفضيلها، فإذا بالفرد يحبها ويميل إليها (إن كان اتجاهه نحوها إيجابياً) أو يكرها وينفر منها (إن كان اتجاهه نحوها سلبياً)، أما موضوع الاتجاه فقد يكون شخصاً معيناً، أو جماعة ما، أو شعباً ما، أو مادة علمية، أو مذهباً أيديولوجياً ما، أو فكرة ما، أو مشروعاً ما، أو شيء ما (طه وآخرون، 1993، ص 23)،

وبالمقابل يرى كامبل (Campbell) أن الاتجاه ليس إلا سلوكاً اجتماعياً مكتسباً ومعدلاً نتيجة لمجموعة من الخبرات التي يمر بها الفرد، والتي تُوجه سلوكه في المواقف المختلفة (الصغير، 1999، ص 258).

الاتجاهات ظاهرة نفسية اجتماعية جديرة بالدراسة، وينظر إليها على أنها إدراك الفرد ومشاعره القوية نحو الناس والأشياء والموضوعات، فهي تتكون نتيجة للخبرات والمعلومات والمواقف التي يتعرض لها الفرد في مراحل حياته المختلفة، بحيث تحدد نوعية أو شكل الاتجاه اجتماعياً، أو تربوياً، أو نفسياً (ماري، دانيلز، 2003، ص 16)، فَيُعَدُّ الاتجاه "مظهر من مظاهر التكوين الهرمي للشخصية؛ وهي تسفر بذلك عن القيم التي تُرسَّب في أعماق الفرد وترتبط بحاجته، وترجع مقومات الاتجاه إلى المستوى المعرفي للشخصية، ومستوى الإدراك الزمني للأحداث المقبلة، وترتبط أيضاً بالأبعاد الوجدانية للشخصية" (ربوح، 2009، ص 33)، وأضاف (نيوكمب) أن الاتجاه هو تنظيم خاص للعمليات السيكلوجية، وهذا التنظيم يمكن الاستدلال عليه من سلوك الفرد، وذلك بالنسبة لمدرجات نوعية في بيئته الخارجية، وهذا التنظيم هو حصيلة الخبرة السابقة للإنسان (عبد الرحمن، 1992، ص 359).

وفي هذا الصدد توصل (جلندى، 2013، ص 14) لتعريف الاتجاه بناءً على عدة تعاريف قام باستعراضها، قائلاً: أن الاتجاه "تكوين فرضي، يتحقق بوجود الاستعداد، ثم تتولد من هذا الاستعداد الاستجابة، وتكون محصلته السلوك"، ويرجع تكوين الاتجاه نتيجة للتراكم المعرفي متمثلاً بالخبرات والمعلومات والمواقف التي يتعرض لها الفرد، والتي بدورها تؤدي إلى خلق موقف ثابت نسبياً، إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً أو حيادياً متمثلاً باستجابة نحو أو ضد أو محايد لذلك الموقف (بعوش، 2012، ص 39 و 40). وبالمقابل اختلف معه في ذلك (عنابي، 2003، ص 192) فقد أشار إلى أن الاتجاهات لا تكون محايدة، فهي إما اتجاه سلبي أو إيجابي، وبذلك يمكننا القول: أن الاتجاه يُلخص موقف الفرد وتقييمه العام لموضوع الاتجاه، حيث يمكننا استنتاج فكرته ومشاعره نحو الموضوع، وبناءً عليها يمكننا توقع سلوك معين من الفرد نحو موضوع الاتجاه.

وهذه الحالة العقلية النفسية (الاتجاه) تصبح الإطار المسبق الذي يستخدمه الفرد في إصدار أحكامه وتقييمه بالنسبة لما يتعامل معه من مواقف، فهي حالة مع أو ضد (سعد، 1992، ص 358)، ويُعرّف معجم المصطلحات التربوية الاتجاه بأنه "حالة من الاستعداد العقلي تولد تأثيراً ديناميكياً على استجابة الفرد، تساعد على اتخاذ القرارات المناسبة، سواء أكانت بالرفض أم بالإيجاب فيما يتعرض له من مواقف ومشكلات" (اللقاني و الجمل، 1999، ص 7).

الاتجاهات ظاهرة نفسية جديرة بالدراسة فعلاً؛ لأهميتها الكبرى في اكتشاف السلوك المستقبلي للعميل، فيُنظر إليها باعتبارها إدراك الفرد وطبيعة مشاعره ومدى قوتها نحو موضوع الاتجاه، فهي تتكون نتيجة التجارب والمواقف التي يتعرض لها الفرد في مراحل حياته المختلفة، بحيث تحدد نوع وشكل الاتجاه، فالاتجاه خلاصة الماضي للتنبؤ بالمستقبل فهو يتكون عند العميل نتيجة لخبراته الماضية ولعمليات تفاعل واحتكاك مرّ بها مع موضوع الاتجاه أو المعلومات التي جمعها عنه لتتنظم في ذهنه، ويتم اتخاذ قراره المستقبلي نحو موضوع الاتجاه بناءً عليها، فالاتجاهات تحدد ما سيفعله الإنسان وما يقوله نحو أشياء معينة في مواقف مستقبلية معينة.

وأضاف العديلي بأن الاتجاهات استعدادات وجدانية مكتسبة، وهي ثابتة وتلعب دوراً كبيراً في سلوك الإنسان ومشاعره إزاء الأشياء التي يمارسها، وقد تكون إيجابية أو سلبية، سرية أو علنية (الزبيدي، 2003، ص111)، في المقابل تعارض البعض مع العديلي حول فكرة ثبات الاتجاهات، فعَدّوها بأنها ثابتة ثبات نسبي، فالاتجاه تنظيماً نفسي مستقر للعمليات الإدراكية و المعرفية والوجدانية لدى الفرد، ويساهم في تحديد الشكل النهائي للاستجابة الصادرة نحو الأشياء والأشخاص والمسميات المعنوية، حيث أن هذه الاستجابة تكون موسومة بالقبول أو النفور (ابراهيم، 1995، ص5)، وهذا الاتجاه يُخزّن في الذاكرة ويفعل تلقائياً عند التعرض للموضوع ذاته ثانية (Van & Siebler, 2005, p246)، ويعدّ (Eagly & Chaiken, 1993, p 1) الاتجاه "ميل نفسي لتقييم الموضوع مع درجة معينة من التفضيل أو عدمه" وجاء تعريف الاتجاهات (صديق، 2012، ص305) بأنها "نتاج اجتماعي ثقافي من تنشئة اجتماعية وتفاعل اجتماعي وخبرات سابقة فضلاً عن الظروف التي مر بها كل فرد وطبيعة مجتمعه"، وترتبط الاتجاهات بمثيرات ومواقف معينة، فتمثل اتجاهات الفرد استعداداً أو ميلاً للاستجابة بشكل معين إزاء مثيرات معينة في السوق، فقد يكون لدى العميل اتجاه إيجابي أو مفضل نحو خدمة معينة لعلامة تجارية معينة، ولكن بنفس الوقت لا يُفضّل الشراء منها لأسباب لا تتعلق بالخدمة ذاتها، إنما تتعلق بوضعه المالي مثلاً (أوغيدني، 2009، ص 62)، وهذا ما يفسّر توجّه بعض المرضى لمستشفى دون آخر على الرغم من تفضيله للمستشفى الآخر، ولكنه مُضطَرٌّ إلى التعامل مع غيرها؛ بسبب وضعه المالي مثلاً أو لأسباب أخرى اضطرارية خارجة عن إرادته ورغبته المطلقة؛ فتكون هنا علاقته مع هذا المستشفى هي علاقة اضطرار.

فيما يتعلق بنظريات علم النفس الاجتماعي، درس باحثو التسويق العلاقة بين الاتجاه والسلوك، وفيما يتعلق بذلك أشار (Riley et al, 1999, p120) إلى أن الاتجاه يسبق السلوك، فالإتجاه يحدث أولاً وعلى أثره يحدث السلوك، ولكن ليس بالضرورة أن يكون السلوك متطابقاً دائماً مع الاتجاه وذلك لأنه محكوم بعوامل أخرى خارجة عن السيطرة. علاوةً على ذلك، فإن الأدلة التجريبية الشاملة في سياق اختيار وتفضيل العلامة التجارية قد دعمت العلاقة بين الاتجاهات والسلوك من حيث التعزيز المتبادل (الاتجاهات ⇔ السلوك)، بدلاً من العلاقة السببية (المواقف ⇔ السلوك)، وتوافق الأبحاث التي أُجريت خلال القرن الحادي والعشرين على أن هذه الاتجاهات لها تأثير كبير على التسويق وسلوك المستهلك.

يرى (Della Bitta و Loudon) أن الاتجاه هو كيفية تأييد الشخص أو معارضته، إيجاباً أو سلباً، بطريقة مواتية favorably أو غير مواتية unfavorably فيما يتعلق بشيء معين، وبالتالي يهدف هذا التعريف إلى الكشف عن فكرة مفادها أن الاتجاه يحتوي على مشاعر المستهلك وتقييماته المتعلقة بشيء معين (Banyte et al, 2007, p 204)، وضمن الإطار ذاته يدعم (Monirul & Han, 2012, p 105) نفس الفكرة، ويضيفون أن الاتجاه هو تقييم (assessment) طويل الأمد (long-lasting) ومشترك للناس، بما في ذلك الذات والأشياء والإعلان ومشكلة معينة، لذلك يمكننا القول: أن اتجاه العميل هو تقييمه العام لمفهوم ما.

ذكر علماء النفس الاجتماعيون (Secord و Backman) بدراستهم حول تفسير الاتجاه ، مُدّعين أن الاتجاه هو نظام دقيق (particular system) من الحماس (motivation) ، والعواطف (emotions)، والإدراك (perceptual)، والعمليات الإدراكية (cognitive) processes متجاوب مع جوانب بيئية معينة تحيط بالفرد (Peter, 1994, p 485).

استخدم العديد من الباحثين مخططاً ثلاثياً للاتجاه؛ باعتباره مكون معرفي ووجداني وسلوكي، ولكن اقتصر آخرون على كلٍ من المكون المعرفي والمكون الوجداني فقط لقياس الاتجاهات (Kim & Chan, 2005, p166 ; Voss et al, 2003, 313 ; Mackenzie et al, 1992, p521)، في حين اقتصرت دراسات أخرى مثل (Osgood et al, 1957, p 62) على الجانب الوجداني فقط "أحادي البعد".

فالبعض نظر (Weiner et al, 2003, p 261) للاتجاه على أنه الحالة الوجدانية القائمة وراء رأي الشخص أو اعتقاده فيما يتعلق بموضوع معين من حيث رفضه لهذا الموضوع أو قبوله، ودرجة هذا الرفض أو القبول، وفي ذات الصدد عدّ (Erwin, 2001, p 4) الاتجاه حالة الفرد الشعورية التي توجه نحو الموضوعات والأشياء المختلفة، وقد يكون هذا التوجيه موجباً أو سالباً، أي يحدد شعور الفرد نحو أو ضد الموضوعات المختلفة، ويتضمن التعريف الشائع وصف الاتجاهات على أنها تشتمل المكونات الثلاثة وهي: المعرفي (cognition)، والوجداني (affect)، والسلوكي (behavior) (Rajecki, 1990, p 259 ; McGuire, 1985, p 259 ; Bagozzi & Burnkrant, 1979, p 922 ; p112).

على أي حال، يعتمد البحث الحالي في قياس الاتجاهات نحو العلامة التجارية للمستشفيات على المكونات الثلاثة للاتجاه وذلك لأنه المنظور الأكثر قبولاً وشيوعاً .

ويوفر (Reid, 2006, p23) تعريفاً واضحاً لهذه المكونات:

1. **المكون المعرفي:** معرفة موضوع الاتجاه، والمعتقدات، والأفكار التي تتعلق به.
2. **المكون الوجداني:** الشعور حول موضوع الاتجاه ، تحييز أو عدم تحييز.
3. **المكون السلوكي:** الميل نحو فعل ما ، المكون الموضوعي.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه المكونات الثلاثة السابقة مرتبطة ببعضها البعض، وبشكل عام ومختصر نرى أن البعض وصف الاتجاه على أنه استعداد، والبعض وصفه بالاستجابة، وآخرون وصفوه بأنه استعداد واستجابة، وبالمقابل وصفه البعض بأنه عاطفة وجدانية وشعور، أما البعض الآخر فقد رآه بأنه مزيج من المعرفة والعاطفة، والبعض وصفه بأنه تنظيم موحد للمكونات الثلاث، وكان رأي الأغلب بأنه تقييم.

3-2. مكونات الاتجاه:

نلاحظ من خلال التعاريف السابقة جميعها أن الاتجاهات تنقسم إلى ثلاث مكونات وهي:

1. الاتجاه المعرفي :

وهو أول عنصر من العناصر المكونة للاتجاه، وهو الجانب الذي يشمل معتقدات الفرد عن الشيء المتجه إليه (دويدار، 2006، ص160)، ويشير إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد موضوع الاتجاه ويفهمه، ويشتمل على المعتقدات والمعلومات المخزنة في ذاكرة العميل عن موضوع الاتجاه والخبرات والمعارف التي تتصل بموضوع الاتجاه، والتي انتقلت إلى الفرد عن طريق التلقين أو عن طريق الممارسة المباشرة، بالإضافة إلى رصد القنوات والتوقعات (السيد، سعد ، 1999، ص253) .

فالمكون المعرفي يتضمن الأفكار والمعلومات والخبرات والمواقف التي يتعرض لها المريض والتي تؤثر بدورها في وجهة نظره نحو المستشفى والتي بدورها تؤدي إلى تكوين المركب الوجداني العاطفي المستند على العملية الإدراكية المعرفية .

وبالتالي فالمكون المعرفي يشمل كل تلك الأفكار والمعتقدات والمفاهيم والإدراك والحجج و البراهين نحو موضوع الاتجاه (العتوم، 2009، ص 198)، ويشمل إدراك الشخص لموضوع الاتجاه ومعتقداته عنه، وأفكاره التي يحملها عن هذا الموضوع، كذلك الحجج التي يتقبلها الشخص نحو الاتجاه، وترتبط معتقدات الشخص بنواحي اجتماعية و عقلية (شقيير، 2001، ص 194).

2. الاتجاه الوجداني: (الاستجابة العاطفية المتعلقة بالتقييم)

يعدّ من أهم مكونات الاتجاه، وهو الاستجابة العاطفية المتعلقة بالتقييم، ويتضمن المشاعر والانفعالات وكل ما يتعلق بالحب والكراهة، الارتياح وعدم الارتياح، أو القبول والرفض نحو موضوع الاتجاه (العتوم، 2009، ص19).

فيشير هذا المكون إلى مشاعر الحب والكراهية التي يوجهها الفرد نحو موضوع الاتجاه، وترتبط بتكوينه العاطفي، فقد يحب موضوعاً ما فيندفع نحوه ويستجيب له على نحو إيجابي، وقد ينفر من موضوع آخر ويستجيب له على نحو سلبي (بني جابر، 2004، ص 44) ، وكما ذكر أن المكون الوجداني هو أكثر المكونات من حيث الأهمية بالنسبة للاتجاه، فالاتجاهات الوجدانية القوية تؤدي إلى

أنماط سلوكية معينة بغض النظر عن وضوح هذه الاتجاهات أو صدقها من الوجهة المعرفية (بعوش، 2012، ص 48).

3. الاتجاه السلوكي: (الميل السلوكية)

هو ميل الفرد للتصرف بطريقة معينة تجاه موضوع الاتجاه، فهو المكون الناتج عن المكونين السابقين اللذين يوجهان سلوك المستهلك نحو فعل معين، ويعبر الاتجاه عن متوسط هذه المكونات الثلاثة (جاسم و يوسف، 2007، ص 146)، ويُعدُّ هذا المكون مؤشراً قوياً عن نية العميل في التعامل مع المؤسسة، أي هو ذلك السلوك الذي يختاره الفرد لترجمة البُعدين المعرفي والعاطفي لديه، أو هي نتيجة للمواقف التي يتعرض لها الفرد حيث يُمثل هذا المكون السلوك الفعلي له، ولكن على الرغم من ذلك فهناك حالات لا يتطابق فيها المكون السلوكي مع المكونين السابقين؛ نظراً لارتباط السلوك بمحددات خارجية أخرى كمستوى الدخل مثلاً، وهو ما أشارت إليه نظرية التعارض الإدراكي (عبيدات، 2000، ص 21).

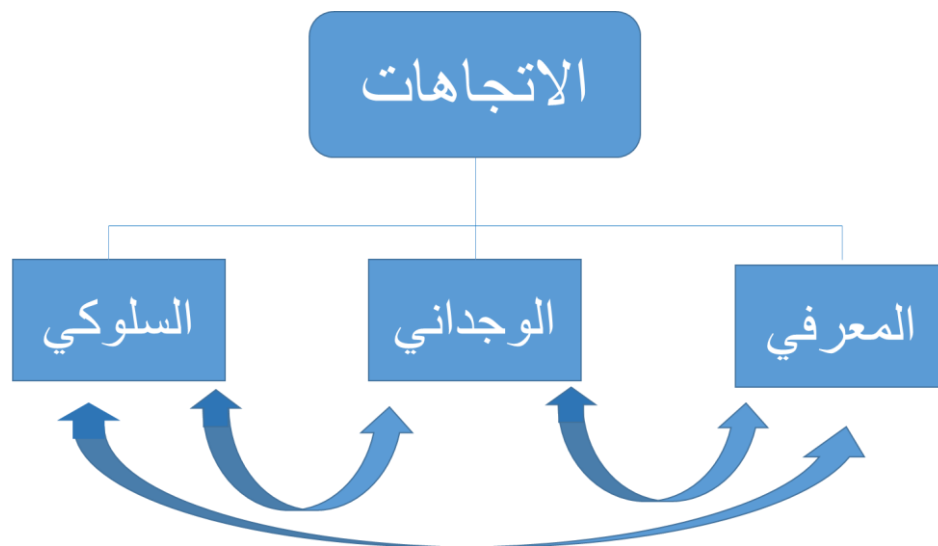
هنا يمكن القول: أن سلوك الإنسان ونزوعه تعبير عن رصيد معرفته بشيء ما، ثم الشحنة العاطفية الوجدانية المصاحبة لهذه المعرفة، فعندما يكون لدى الفرد رصيد من المعرفة التي استقاها من الإدراك ثم يتوافر لديه الشحنة الانفعالية والعاطفية المناسبة فلا يتبقى أمامه سوى النزوع السلوكي الذي يتجسد بإقباله أو نفوره من التعامل مع المؤسسة. فالمكون السلوكي هو الجانب النزوعي، أي مجموعة الاستجابات الواضحة التي يقدمها الفرد بعد إدراكه ومعرفته وانفعالاته، فهو يُعبّر عن الميل السلوكي المرتبط بالموقف (جابر وآخرون، 2006، ص 9).

وفقاً لتعريف كلاً من (crutchfield & krech, 1962, p99) للاتجاه بأنه تنظيم مستمر للعمليات الإنفعالية والإدراكية والمعرفية إزاء بعض جوانب المجال الذي يعيش فيه الفرد، نجد أن المكونات الثلاثة للاتجاهات النفسية الاجتماعية مترابطة مع بعضها البعض، فمعرفتنا عن موضوع الاتجاه تتأثر بمشاعرنا نحوه، وباستعداداتنا لإصدار سلوك نحو موضوع الاتجاه، كذلك فإن أي تغيير في المعارف يؤدي إلى تغيير مُماثل في المشاعر ومن ثم السلوك، والعكس صحيح، فهناك ترابط شديد بين المكونات الثلاثة للاتجاه وتأثير متبادل بين المكونات المذكورة سابقاً، كما أنها أيضاً تتأثر بالسياق الاجتماعي والثقافي المرتبط بموضوع الاتجاه (وسيلة بن عامر وآخرون، 2018، ص 447)، فمشاعرنا

تجاه موضوع ما تتأثر بمعارفنا عنه، وكذلك تؤثر على استعداد الفرد لإصدار سلوكه بما يخص هذا الموضوع.

فباختصار، يحدث التكوين المعرفي للمستهلك نحو العلامة التجارية؛ نتيجة خبرته السابقة باستخدام هذه العلامة أو حصوله على معلومات عنها باختلاف مصادرها، أما التكوين الوجداني فيحدث نتيجة تقييم المستهلك للعلامة التجارية ومشاعره تجاه هذا التقييم، وأخيراً يعكس المكون السلوكي (النزوعي) ميل المستهلك لاستخدام هذه العلامة والتعامل معها أو عدمه مستقبلاً (Mackenzie et al, 1986, p135 ; Guiltinan et al, 1997, p33 ; Assael,2004, p27).

مكونات الاتجاه الأساسية:



الشكل (2) مكونات الاتجاه الأساسية

"وهذا الخليط من العلاقة القوية بين المكونات الثلاثة هي ما تنتج السلوك الفعلي والنهائي نحو موضوع الاتجاه".

3-3. تكوين الاتجاه

يمر الاتجاه أثناء تكوينه بثلاث مراحل وهي (عويضة، 1996، ص 115 و 116):

1. المرحلة الإدراكية المعرفية :

وهي أول مرحلة من مراحل تكوين الاتجاه، حيث يدرك الفرد مثيرات البيئة ويتعرف عليها ويخزنها في ذاكرته كرسيد من المعلومات والخبرة وتكون إطار مرجعي معرفي .

2. المرحلة التقييمية :

في هذه المرحلة تُقيّم نتائج تفاعل الفرد مع المثيرات استناداً إلى الإطار المرجعي المكون لدى الفرد نحو موضوع الاتجاه، بالإضافة إلى عدة إطارات أخرى منها ما هو ذاتي ومنها ما هو موضوعي فيه الكثير من الأحاسيس والمشاعر التي تتصل بهذا المثير.

3. المرحلة التقريرية :

"وهي المرحلة التي يُصدر فيها الفرد قراره على نوعية علاقته بهذه العناصر، وقد يكون الاتجاه عن طريق التلقين أي من خلال نقل الخبرة بصورة غير مباشرة إلى الفرد، وبصرف النظر عن طريقة تكوين الاتجاهات، سواء أكانت بالطريقة المباشرة أم غير المباشرة، فإن التطبيع الاجتماعي والتعليم الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية هي العملية المسؤولة عن الاتجاهات وتنميتها وتأكيداها أو محوها أو إزالتها أو تغييرها".

فالمريض سَيُكوّن اتجاهاً محدداً نحو المستشفى؛ وذلك نتيجة للمعتقدات والتصورات والتجارب مع المستشفى، سواء من تجربته الشخصية أو تجارب الآخرين من معارفه ومحيطه أو قادة الرأي بالنسبة له والمؤثرين فيه، وأيضاً المعلومات التي جمعها عنه أو تلقاها من عدة مصادر، بالإضافة لشعوره اتجاهها ونيته بالسلوك نحو المستشفى.

وهنا إما أن يكون اتجاهاً سلبياً أو إيجابياً، فإن كَوّن المريض اتجاهاً إيجابياً فبدوره سيكون سلوكه إيجابي نحو المستشفى وسيكون مُرَوّج إيجابي لها، أما إن كَوّن اتجاهاً سلبياً فسيكون مُرَوّج سلبى وأحد أعداء المستشفى، وبذلك تكون العواقب هي خسارته وخسارة من يَعَدّه قائداً لرأيه.

4-3. خصائص الاتجاهات :

1. الاتجاهات أمر مكتسب :

الاتجاهات مُكتسبة ومُتعلّمة وليست وراثية، فهي تتكون نتيجة احتكاك الفرد بعالمه وبيئته الخارجية، والتي من خلالها يكتسب تجاربه وخبراته، سواء بشكل مباشر من خلال تجربته الشخصية مع الخدمة واحتكاكه مباشرة وتقييمه الذهني الذاتي لهذه التجارب، أو بشكل غير مباشر من خلال آراء قادة رأي الفرد، أو من خلال المعلومات التي جمعها عن موضوع الاتجاه، أو من خلال تجارب الأفراد المحيطة به وتوصياتهم، وكذلك يتم تعلمها من الآخرين كالأصدقاء والعائلة والجماعات التي ينتمي لها الفرد، باختلاف الأفراد في اتجاهاتهم يكون نتيجةً اختلاف الخبرات والمواقف التي يتعرضون لها، فالاتجاهات لا تتكون من فراغ (مجاهدي وبراهيمي، 2015، ص90 و 91).

2. الاتجاهات ذات طبيعة اجتماعية (قطامي، 2003، ص 163)

3. قابلة للتعديل:

بناءً على الخاصية الأولى التي تقول: أن الاتجاهات ليست فطرية موروثة بل مُكتسبة ومُتعلّمة نجد بأنه من الممكن تعديلها وتطويرها (سعيد، 2009، ص43)، فقد تكون لدى الفرد اتجاهات سلبية نحو منتج أو خدمة ما وبمجرد تلقيه معلومات إضافية أو جديدة قد يغير اتجاهاته.

4. العمومية:

قد يُعمم الفرد اتجاهه على عدة جوانب، فتجربته الفاشلة مع إحدى العلامات التجارية تجعله يتخذ موقفاً سلبياً من هذه العلامة التجارية، وبالتالي يتجنب التعامل معها مرة أخرى.

5. الاتجاهات ثابتة نسبياً:

أمّا بالنسبة لثباتها فيرجع ذلك إلى استخدامها كمعيار يرجع المستهلك إليه عند الحاجة، في حين أن نسبية الثبات ترجع إلى تغير أذواق وميول الأفراد نتيجة تغير المفاهيم السائدة في المجتمع، وكذلك المؤثرات الخارجية كتغير مستوى أداء منتجات أو خدمات هذه العلامة التجارية أو ظهور بدائل أفضل، بالإضافة إلى الجهود التسويقية للمؤسسات، وقد اختلف الباحثون حول نسبة ثبات الاتجاهات.

ويمكننا القول: أنه كنتيجة لتأثر الاتجاهات بعامل التعلم (أي مكتسبة)، يمكن الجزم بعدم ثباتها وإمكانية تغييرها تبعاً لتغير المعارف لدى الفرد أو زيادة خبراته أو نتيجة لظروف معينة .

6. لها اتجاه نحو شيء معين و لها قوة:

ويعني هذا أن يكون الاتجاه إما إيجابياً ويلقى التأييد المطلق، أو يكون سلبياً ويلقى المعارضة المطلقة، فالاتجاهات لا تكون محايدة، أما بالنسبة للقوة فإما أن نحب الشيء بشدة أو نكرهه بشدة، كما تمثل اتجاهات الفرد استعداده وميله للاستجابة بشكل معين إزاء مثيرات معينة في السوق مثل طرق شراء المنتج، كما تركز الاتجاهات على معتقدات الأفراد.

7. الشمولية:

تتميز هذه الظاهرة كغيرها من الظواهر الإنسانية بشموليتها، والتي تعني اشتراك مجموعة من الأفراد في نفس الاتجاهات نحو علامة تجارية معينة أو منتج معين، ولولا هذه الخاصية لما اهتمت المؤسسات بدراسة اتجاهات العملاء نحو علاماتها التجارية، ولا بحثت في كيفية استخدامها للتأثير في سلوكهم وفقاً لكل قطاع سوقي على حدة (مجاهدي وبراهيمي، 2015، ص 90، 91).

8. الاتجاه تكوين فرضي:

فهو حالة عقلية (نفسية) أو عملية ذهنية (معرفية) لا يمكن ملاحظتها بطريقة مباشرة بل نحاول استنتاجها، فلا وجود مادي لها (الطواب، 1990، ص9).

9. الاتجاهات ذات قوة تنبؤية:

تسمح بالتنبؤ باستجابة الفرد لبعض المثيرات الاجتماعية والنفسية والتربوية (بعوش، 2012، ص 53)، فيرتبط الاتجاه بالسلوك ويُعدّ مُنبئاً للسلوك المستقبلي للفرد، فهو ما يحدد طريقة سلوك الفرد ويفسره (Erwin, 2001, p 15).

10. الاتجاه محوري مُستقطب:

وله محوران، مع أو ضد، تفضيل أو عدم تفضيل، تحبب أو رفض، وهو تقييم شخصي من الفرد اتجاه موضوع ما، وقد تكون القيمة والتفضيل عالية أو العكس، فتختلف شدة الاتجاه سواء بسلبية أو ايجابية

نحو موضوع الاتجاه (بدر وآخرون، 2010، ص10)، فالاتجاهات متدرجة من الإيجابية الشديدة إلى السلبية الشديدة (صديق، 2012، ص 307).

11. الاتجاه عقلي عاطفي :

فهو تفاعل بين الجانبين العقلي والعاطفي الانفعالي، وتتفاوت القوة بين كلا الجانبين عند الأفراد (بدر وآخرون، 2010، ص11)، فهي ليست عقلية بحت أو عاطفية فقط بل تجمع العنصرين معاً، فهي استعداد عقلي ووجداني (قطامي، 2003، ص 163).

12. تغلب عليها الذاتية أكثر من الموضوعية :

بسبب وجود المركب العاطفي الوجداني بها، وبناءً على المفاهيم والتعريفات السابقة للاتجاهات تبين أن الاتجاهات تتميز بعدم الموضوعية نظراً لاعتمادها شخصية وذهنية الفرد وجميع الجوانب الذاتية لديه في تشكيلها، كذلك أنها تعميمات قائمة على آراء وانطباعات لا تستند إلى براهين علمية تجريبية في الغالب، بل ترتبط بالمشاعر الذاتية والعواطف الشخصية، لذلك فإن أقوى الاتجاهات تأثيراً تلك المنبثقة من أمور عاطفية؛ لأنها تستطيع أن تؤثر في سلوك المستهلك وتبقى معه ما بقيت هذه العاطفة (صديق، 2012، ص307).

13. تتفاوت الاتجاهات في وضوحها وجلائها، فمنها ما هو واضح المعالم ومنها ما هو غامض (صالح محمد أبو جادو، 1998، ص 216).

14. تُعدّ الاتجاهات موجّهات سلوكية للفرد، فهي كما تم ذكره في تعاريف مختلفة للاتجاه "تهيؤ واستعداد وإمكانات لدى الفرد للاستجابة بطريقة معينة نحو شيء ما".

15. تتشكل عبر مراحل، فهي ليست وليدة اللحظة "آنية التشكل" بل يحتاج تكوينها لوقت ومراحل سابقة.

16. الارتباط بدرجة التفاعل :

كلما كانت الاتجاهات نحو علامة تجارية معينة ناتجة عن تفاعل مباشر للعمليات مع هذه العناصر كلما كانت هذه الاتجاهات قوية، على عكس تلك الناتجة عن خبرات غير مباشرة أو عن معلومات خارجية (مجاهدي و براهيم، 2015، ص 91).

3-5. أنواع الاتجاه:

تتعدد أنواع الاتجاهات ومن أهمها (منسى، 2001، ص 230 و 231):

1. الاتجاه الفردي والاتجاه الجمعي:

الاتجاه الفردي هو الاتجاه المتكوّن من فرد واحد من أفراد الجماعة دون الآخرين، أما الاتجاه الجمعي فهو الاتجاه الذي يُجمع عليه عدد من الأفراد نحو موضوع أو شيء ما.

2. الاتجاه العام والاتجاه الخاص:

الاتجاه العام هو الذي يُؤخذ اتجاه الموضوع كاملاً ككل، أما الاتجاه الخاص فهو الذي يأخذ اتجاه جزء من تفاصيل الموضوع، والاتجاه العام يكون أكثر ثباتاً واستقراراً من الاتجاه الخاص.

3. الاتجاه السالب والاتجاه الموجب:

التأثير النهائي نحو موضوع معين يمكن أن يكون موجباً أو سالباً، فالاتجاهات الموجبة هي التي تتحو بالفرد نحو موضوع معيّن، أما السالبة فهي التي تجنح بالفرد بعيداً نحو شئ آخر.

4. الاتجاه القوي والاتجاه الضعيف:

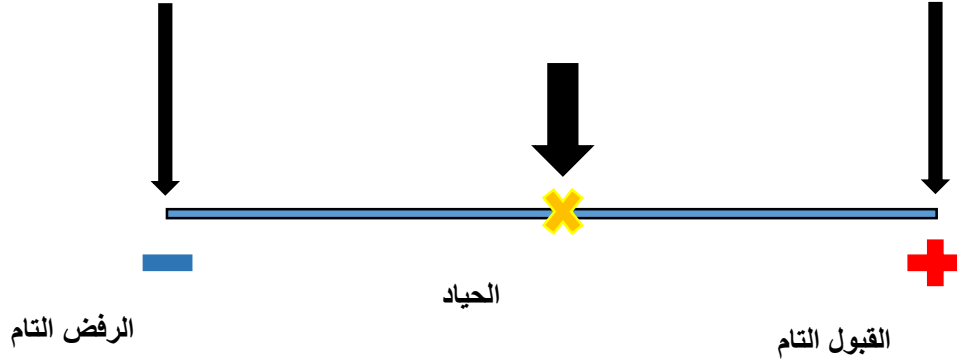
الاتجاه القوي يقوم صاحبه بالدفاع عن موضوع الاتجاه بكل الطرق قولاً وعملاً، أما الاتجاه الضعيف فيكون تأثيره بسيطاً على الفرد.

5. الاتجاه العلني والخفي:

الاتجاه العلني هو الاتجاه الذي يتحدث فيه الفرد أمام الناس دون حرج أو تحفّظ، وهو غالباً ما يكون متفقاً مع معايير الجماعة ومثلها وقيّمها، أما الاتجاه الخفي السري فهو اتجاه يجد الفرد حرجاً في اظهاره، ويحاول اخفاءه والاحتفاظ به لنفسه بل قد ينكره أحياناً ويخشى التصريح به .

تتباين الاتجاهات من حيث نمطها وشدتها كما تمّ ذكره، ويمكن تمثيلها بأنها خط متصل يمتد من التأييد المطلق (الإيجابية) إلى الحياد ثم يصل إلى المعارضة الكاملة (السالبة)، ويجب التنويه أن منطقة الحياد لا تُعدّ اتجاه (عنابي بن عيسى، 2003، ص194)، فإذا ما شبهنا الاتجاه بخط مستقيم يُقسم

لنصفين وفي المنتصف نقطة الحياد التي لا تنتمي للاتجاه، ويتدرج الاتجاه من المنتصف (نقطة الحياد) إلى أقصى اليمين (القبول التام الإيجابي)، أو يتدرج من المنتصف إلى أقصى اليسار (الرفض التام السلبي)، وهدف المسوقون هو إيصال العميل إلى النقطة في أقصى اليمين وهو الاتجاه الإيجابي التام المطلق، وإبعاده كل البعد عن الاتجاه السلبي وذلك بتعديله وتغييره ليصبح إيجابي نحو المستشفى .



الشكل (3) شكل تمثيلي يُبين كيفية تدرج شدة الاتجاه إيجاباً وسلباً

فعندما نقول: أن هناك اتجاه إيجابي للمريض نحو مستشفى ما، يعني تفضيله عن باقي المستشفيات والميل له وقبوله بالتعامل معه ومع كادره الطبي ووجود الرغبة بتجربته أو إعادة زيارته، أما القول: بأن اتجاهه سلبي نحو مستشفى ما فذلك يعني نفوره من هذا المستشفى وعدم ميله له أو وجود أي رغبة لتجربته، وعدم القبول بزيارته والتعامل معه ومع كادره الطبي.

ولتعديل سلوك المرضى وتوجيههم نحو مستشفى دون غيرها من المستشفيات الأخرى المنافسة، يجب على المسوقين معرفة الاتجاه أولاً، فمعرفة الاتجاه هو نقطة البداية، وبالتالي يسعون للوصول إلى الاتجاه الإيجابي وتعزيزه، وتغيير الاتجاه السلبي للإيجابي، وخلق الاتجاه الإيجابي لمن لا يملك أي اتجاه نحو المستشفى (محايد)، بمعنى آخر الاتجاه الإيجابي يتم الإبقاء عليه وتعزيزه للوصول للقبول التام الإيجابي أما الاتجاه السلبي فيتم تغييره ليصل للاتجاه الإيجابي، فالاتجاهات كما تم ذكره قابلة للتعديل والتطوير.

3-6. العوامل المؤثرة في تغيير الاتجاهات:

كما ذكرنا سابقاً أن من خصائص الاتجاهات أنها ثابتة نسبياً، أي أنها قابلة للتغيير والتطوير وإن كان ذلك بصعوبة، فالإتجاه السلبي للعميل نحو الشركة أو المنظمة أو المؤسسة هي كارثة حقيقية؛ لأنه بالإضافة لنفوره منها وخسارتها للعميل الذي يحمل اتجاهاً سلبياً نحو المؤسسة الخدمية كذلك سيكون مُرَوِّج سلبي لها، فيسعى المسوقون لتغيير الإتجاه من سلبي أو محايد إلى إتجاه إيجابي؛ لتحويل العميل ذو الإتجاه السلبي لمُروِّج إيجابي والتحوّل من كلمة الفم المنطوقة السلبية لكلمة الفم الإيجابية المجانية السريعة الانتشار التي هي حُلْم جميع المؤسسات.

وقد أشار كل من مجاهدي و براهيمى إلى العوامل المؤثرة في تغيير الاتجاهات (عوامل تحدد قابلية الاتجاهات للتغيير) وهي التالية: (مجاهدي و براهيمى، 2015، ص 92 ، 93):

1. طبيعة الاتجاهات:

والتي يمكن تلخيصها في الجوانب التالية:

• درجة تجانس الاتجاهات وخصائصها :

عند التجانس الثابت بين المكونات المعرفية والوجدانية للاتجاه تكون الاتجاهات أقل قابلية للتغيير ويصعب تغييرها، وكلما كانت الاتجاهات غير متجانسة كلما كانت أكثر قابلية للتغيير.

• مدى ارتباط اتجاهات المستهلك ببعض القيم :

كلما تعلقّت الاتجاهات بالقيم الدينية أو بعض المعتقدات كلما زادت صعوبة التغيير، ومن الصعب إحداث تغيير في الإتجاه بسبب توفير المعلومات الكافية، فكلما كان هناك اعتقاد راسخ و ثابت للمستهلك كلما كان هنالك صعوبة أكبر في التغيير.

• درجة رسوخ الاتجاهات :

ترتكز على الاهتمام الشخصي للفرد، فإذا كان غير متأكد من تقييمه لعلامة معينة أو لا يبدي اهتماماً كبيراً فيمكن تغيير الإتجاه؛ بسبب عدم توفير المعلومات الكافية، والعكس صحيح، وبعبارة آخر كلما

كانت كمية المعلومات المخزنة لدى المستهلك محدودة عن الخدمة كلما كانت اتجاهاته أكثر قابلية للتغيير مقارنة مع العميل الذي يمتلك معلومات أكثر وفرة.

2. شخصية المستهلك:

والتي لها تأثير كبير في تحديد قابلية التغيير، حيث أن المستهلك ذو الشخصية المنطوية يصعب تغيير اتجاهاته بعكس المستهلك ذو الشخصية المنبسطة والمتكيفة مع الآخرين نظراً لتفاعله معهم، فالشخصية إما أن تكون مرنة ومتكيفة قابلة للتغيير، أو جامدة غير متكيفة وغير قابلة للتغيير .

3. طبيعة الموقف الذي يحدث فيه التغيير:

والذي يكون نتيجة الموقف الذي يتعرض له المستهلك ويتطلب منه التغيير، وخاصة إن لم يكن متعارضاً مع القيم الراسخة لديه ودرجة ثقة المصدر، فمثلاً إذا انتقل المستهلك من طبيعة إلى أخرى فإنه يجد نفسه في موقف يتطلب منه التغيير، فإذا كان يشتري منتجات رخيصة الثمن فإنه يصبح يشتري منتجات مرتفعة الثمن تتناسب مع الطبقة الجديدة التي انتمى إليها.

4. قوة الاتجاهات: الاتجاهات الضعيفة أكثر قابلية للتغيير من الاتجاهات القوية.

3-7. أساليب يمكن اتباعها لإحداث تغيير في الاتجاهات:

إن التغيير في الاتجاهات لا يتم بمحض الصدفة وبدون مسببات مسبقة، بل هو ظاهرة تتم من منطلق وجود جملة من المؤثرات أو المسببات منها.

1. تغيير المجال الإدراكي المعرفي:

وذلك من خلال تزويد الأفراد بالمعارف والمعلومات التي تتعلق بموضوع الاتجاه لتعديل اتجاهاته.(طاهر، 2012، ص609)، فالاتجاهات لبعض الأفراد ربما تكونت من خلال معلوماته الخاطئة عن موضوع الاتجاه أو من إدراكه الخاطئ، وهنا سيكون إعطائه للمعلومات الصحيحة عن موضوع الاتجاه كفيلاً بتعديل وتغيير اتجاهه، وبالتالي سيتعدل لديه المحتوى الإدراكي المعرفي لاتجاهه نحو موضوع الاتجاه (عويضة الشيخ كامل محمد، ص120).

2. تغيير المواقف:

وذلك بتغيير مواقف الفرد وأدواره الاجتماعية، فعلى سبيل المثال نلاحظ تغير باتجاهات الطالب عندما يصبح مدرساً.

3. وسائل الإعلام:

لما لها من تأثير فعال ومهم وواضح على اتجاهات الفرد فيمكن اللجوء لها كوسيلة لتعديل وتغيير اتجاه الفرد نحو موضوع ما، أو شركة ومؤسسة ما من خلال المعلومات التي توصلها للفرد المتلقي .

4. تأثير رأي الأغلبية والخبراء :

وخاصة ممن هم معروفون بخبراتهم ويوثق بهم ولهم مراكز اجتماعية مرموقة، فقد يؤثرون على اتجاه الفرد ويغيرونه، فالشخص الذي يحصل على معلوماته والتي يُكوّن من خلالها اتجاهاته من أشخاص معينين (كأصدقائه مثلاً) يمكننا السيطرة على اتجاهاته ومحاولة تغييرها وتعديلها بالشكل المطلوب.

5. التغيير التقني:

له أثره الواضح في العلاقات والاتجاهات، فالتطور العلمي تأثير كبير على اتجاهات الفرد والأسرة والمجتمع (شند وآخرون، 1997، ص 332-333).

6. تغيير الإطار المرجعي:

"إن اتجاه الفرد نحو أي موضوع، يتأثر بلا شك بإطاره المرجعي الذي يتضمن المعايير والقيم والمدرجات ويؤثر فيه، وهذا الارتباط الوثيق يؤكد أن تغيير الاتجاه يتطلب إحداث تغيير في الإطار المرجعي"(حامد عبد السلام زهران، 2003، ص 163) .

7. تغيير الجماعة المرجعية:

فانتماء الفرد لجماعة جديدة سيؤدي مع مرور الوقت إلى تكيفه معها ومع معاييرها، وبالتالي سينعكس على تغيير وتعديل اتجاهه القديم الذي كوّنه ضمن جماعته المرجعية السابقة.

8. الاتصال أو الخبرة المباشرة بموضوع الاتجاه:

يُسمح للفرد التعرف على موضوع الاتجاه من جوانب جديدة وذلك من خلال ازدياد تعرضه لخبرات مباشرة بالموضوع مما يؤدي إلى تغيير الاتجاه نحوه وتشكيل اتجاه جديد (صالح محمد أبو جادو، 1998، ص 227).

9. التغيير في المنتج أو الخدمة:

التغيير في المنتجات أو الخدمة سواء بتغيير منافعها أو وظائفها أو استخداماتها هو ما تلجأ إليه المؤسسة للتأثير في اتجاهات المستهلك وخلق اتجاهات جديدة لديه (مجاهدي و براهمي، 2015، ص93).

10. التجارب المؤلمة :

عند تعرّض العميل لأي موقف أو تجربة مؤلمة فإن تغيير الاتجاه يكون بصورة سريعة، فتجربة عاطفية مروعة يمكن أن تخلق مزاجاً متوتراً عاطفياً (emotionally) tensed mood مثل: السعادة (happiness)، والحزن (sorrow)، والعار (shame)، والاشمئزاز (disgust)، والغضب (anger)، والحزن (grief)، الخطأ (fault)، أو الدهشة (astonishment)؛ وبناءً على هذا الشعور الذي سيشعر به العميل سيكون اتجاهه جديداً (Banyte, 2007, p 87) .

11. تغيير أوضاع الفرد:

الفرد يمر بأوضاع مختلفة ومتعددة على مرّ حياته، وكثيراً ما تتعدد اتجاهاته تبعاً لتغير أوضاعه ليصبح أكثر اتساقاً وانسجاماً وتلاؤماً مع وضعه الجديد.

12. التغيير الإجباري القسري في السلوك:

ويُلجأ له عند عدم فاعلية الأساليب الأخرى وفي بعض الحالات المحدودة، بالإضافة إلى أن الفرد قد يضطر أحياناً إلى تغيير اتجاهاته نتيجة تغير بعض الظروف أو الشروط الحياتية التي تطرأ عليه كظروف العمل، أو السكن، أو الدراسة.

13. طريقة سحب القدم:

وتتلخص في إقناع صاحب اتجاه معين بأن يُقدم خدمة بسيطة تخالف مواقفه واتجاهاته، فيقدمها الفرد متنازلاً بقدر بسيط عن مواقفه والتزاماته، وفي حقيقة الأمر فإن التنازل البسيط يؤدي إلى تحطيم دفاعات صاحب الاتجاه، ويصبح بعد ذلك أكثر استعداداً لتقديم تنازلات أخرى يقترب فيها من اكتساب اتجاهات جديدة يعدل فيها أو يغير من اتجاهاته السابقة نحو موضوع الاتجاه (صالح محمد أبو جادو، 1998، ص 228).

الاتجاه لا يُترجم بشكل حتمي في شكل سلوك، وإنما هو ميل نحو السلوك، حيث أن الاتجاه والسلوك قد لا يتطابقان في بعض الحالات؛ لأن السلوك مُتغيّر تحكمه العديد من المتغيرات الأخرى على غرار القدرة الشرائية مثلاً.

8-3. قياس الاتجاهات:

إن قياس الاتجاهات يعني تسجيل استجابة الفرد الخاصة باتجاهه نحو موضوع متجادل عليه وتحويلها إلى قيمة عددية، من خلال عدد من الأدوات والمقاييس، وصولاً إلى تفسير السلوك والتنبؤ به، وبالتالي ضبطه والتحكم فيه، أي قياس الاتجاه النفسي وتحويله من صيغته الوصفية إلى صفة كمية .

تُعدّ الاستبانة من أفضل الطرق لقياس الاتجاهات؛ لسهولة إجرائها وسرعة جمع النتائج من خلالها، ويتم ذلك عبر عدة مقاييس للاتجاهات، إذ تشير البحوث والدراسات النفسية إلى وجود طرائق عديدة في التقدير الذاتي لقياس الاتجاهات النفسية منها (دوران، 1985، ص24):

1. طريقة الملاحظة (Observation).

2. طريقة المقابلة (Interview).

3. طريقة الأداء (Performance).

4. أسلوب التقرير الذاتي (Self-Reporting).

ومن طرائق التقرير الذاتي المستخدمة في قياس الاتجاهات ما يلي:

1. طريقة بوجاردس .

2. طريقة ثرستون .

3. طريقة ليكرت .

4. طريقة جتمان .

5. طريقة تمايز المعنى .

6. طريقة لازرفيلد .

وسيتّم الاعتماد في هذا البحث على طريقة ليكرت؛ وذلك لأنها الطريقة الأكثر استخداماً وشيوعاً في بناء مقاييس الاتجاهات؛ لما تمتاز به عن الطرائق الأخرى، وتُعدّ من أفضل الطرائق في التنبؤ بالسلوك، ولها عدة خطوات أعتمدت في تصميم الاستبانة وتطبيقها على عينة البحث وسيتم توضيح هذه الطريقة في ما يلي.

طريقة ليكرت:

وضع ليكرت عام 1932م طريقة لقياس الاتجاهات، وتعتمد هذه الطريقة على عدد كبير من الفقرات، التي تُجمع من المبحوثين بعد تحديد مكونات أو عناصر الموضوع المراد قياسه، أي وضع تعريف واضح ومحدد للموضوع المقاس، ثم توجيه استمارة استطلاعية لعينة من مجتمع البحث، حيث يُطلب من أفراد العينة الإجابة عن الأسئلة مفتوحة النهاية نحو الموضوع المقاس، ثم يضاف إليها فقرات الأدبيات والدراسات السابقة وخبرة الباحث وآراء الخبراء والمتخصصين حول موضوع الاتجاه ومحدداته ومجالاته المراد قياسها، وتوضع لكل عبارة بدائل متدرجة للإجابة قد تكون ثلاثية أو خماسية أو سباعية أو تساعية أو أكثر، وقد تكون البدائل عددية أو رمزية أو لفظية، وقد اعتمدت الباحثة أسلوب ليكرت ذات التدرج الخماسي، وذلك لأنه الطريقة الأكثر استخداماً وشيوعاً في بناء مقاييس الاتجاهات.

وعند إعداد مقياس للاتجاه وفق طريقة ليكرت يمكن إتباع الخطوات الآتية (طاقة، 1989، ص 59؛

(Krech et al, 1962, p100):

1. يُجمع عدد مناسب من العبارات التي يرى الباحث أنها ذات علاقة بموضوع الاتجاه، وكل عبارة يجب أن تتوفر فيها الشروط من حيث الشكل والبناء، أي أن تكون العبارة تقريرية، وتقبل العبارة التدرج بحيث تكون الآراء فيها بين الموافقة الكاملة والرفض الكامل، وأن تتضمن العبارة فكرة واحدة فقط، ويمكن للباحث أن يختار مثل هذه العبارة من الحوار المتداول بين الناس، وهذه الطرائق في جمع العبارات سوف تساعد الباحث على الاقتراب ما أمكن بالمقياس من حقيقة الاتجاه النفسي المطلوب قياسه.
2. من المستحسن ألا تكون العبارات من النوع المحايد؛ وذلك للتغلب على نمطية الإجابة ويفضل صياغة العبارات بحيث تكون نصفها إيجابي والنصف الآخر سلبي.
3. عرضها على عدد من الخبراء للتأكد من الصدق المنطقي للمقياس، وتمتاز هذه الطريقة بأنها لا تحتاج إلى عدد كبير من الحُكّام كما هو الحال في طريقة ثرستون.
4. إجراء التحليل الإحصائي للعبارات بعد تطبيق الصورة المُصاغة للمقياس على عينة مناسبة، ويتم حذف كل عبارة غير مميزة أو لا ترتبط درجتها بالدرجة الكلية للمقياس.
5. إعطاء درجات تتراوح بين (1- 5) للاستجابة لكل فقرة من فقرات المقياس، والتي تكون عادة نصفها سلبي ومثلها إيجابي، فإذا كانت الفقرة تحمل اتجاهاً إيجابياً نحو الموضوع المُقاس فإنها تأخذ

الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي وبعبسه إذا كانت الفقرة تحمل اتجاهًا سلبيًا نحو موضوع القياس، ومعنى ذلك أن موافقة المستجيب على الفقرات الإيجابية تساوي من الناحية النفسية عدم الموافقة على الفقرات السلبية.

6. ويُتحقق من ثبات درجات المقياس بطريقة التجانس الداخلي بواسطة معادلة ألفا كرونباخ، وعادة يتمتع مقياس ليكرت بدرجة عالية من الثبات لوجود بدائل عدة للفقرة الواحدة.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى كيفية توزيع فقرات كل متغير من متغيرات الاتجاهات النفسية الثلاث واتجاهاتها في الاستبانة النهائية لهذا البحث ، ويمكن الإطلاع على هذه الفقرات بالتفصيل في الملحق (1).

الجدول (3) توزيع فقرات كل بعد من أبعاد الاتجاهات واتجاهها

رقم البعد	البعد	عدد الفقرات الإيجابية	عدد الفقرات السلبية	المجموع
1	الاتجاه المعرفي	4	4	8
2	الاتجاه الوجداني	3	3	6
3	الاتجاه السلوكي	2	2	4

المصدر: الباحثة

خلاصة القول:

نستنتج مما سبق أن الاتجاه النفسي هو موقف عقلي لا يمكن ملاحظته بشكل مباشر، كما أنه العامل الأساسي الذي يتحكم بتصرفات العميل وتفكيره نحو المستشفى؛ لأنه الحكم العام الذي يكونه عن العلامة التجارية والتقييم العام في ذاكرة العميل لخبراته وتجاربه معها، لذا فهو مؤشر قوي على السلوك المستقبلي للعميل ومنبئ به، ويتكون الاتجاه من ثلاثة عناصر متمثلةً بالاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي، وهي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع بعضها البعض وذات تأثير متبادل، والخليط من العلاقة بينهم هو ما يُكوّن السلوك الفعلي والنهائي نحو موضوع الاتجاه، وقد يكون الاتجاه إيجابياً أو سلبياً، فالاتجاه الإيجابي للمريض نحو المستشفى هو تفضيله له عن باقي المستشفيات والميل إلى التعامل معه ومع كادره الطبي ومقدمي الخدمة فيه، فعند معرفتنا بالاتجاه يمكننا تعديل سلوك المريض وتوجيهه والتحكم به للفوز بالاتجاه الإيجابي من خلال تعديل وتغيير الاتجاه السلبي إلى إيجابي، وقد تمّ التطرق في هذا الفصل إلى مراحل تكوين الاتجاه وخصائصه وأنواعه، بالإضافة إلى العوامل المؤثرة في تغييره والأساليب التي يمكن للمستشفى اتباعها لإحداث تغيير وتعديل في اتجاهات مرضاه وزوارها.

الفصل الرابع : الدراسة العملية

4-1. المبحث الأول: دراسة العينة وأداة البحث

4-2. المبحث الثاني: اختبار الفرضيات

المبحث الأول: دراسة العينة وأداة البحث

1-1-4. مجتمع البحث

2-1-4. عينة البحث

3-1-4. خصائص العينة

4-1-4. تصميم أداة الاستقصاء وصدقها وثباتها

اعتمد البحث على الاستبانة كأداة للاستقصاء وجمع البيانات من المستشفيات العامة والخاصة محل الدراسة، وتمت الاستفادة من تطبيقات برنامج SPSS.21 لمعالجة البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة بعد اختبار توزيعها الطبيعي وتجانسها، حيث اعتمد البحث على الأساليب الإحصائية اللاعلمية في اختبار فرضياته، وتم التأكد من ثبات وصدق المقياس، واستخدمت التوزيعات التكرارية للتعرف على خصائص العينة وتحليل الارتباط وأسلوب الانحدار البسيط والمتعدد، واختبار مان ويتي، واختبار كروسكال واليس لاختبار جوهرية الفروقات بين المستشفيات العامة والخاصة محل الدراسة.

4-1-1. مجتمع البحث:

يتمثل مجتمع البحث بالمستشفيات العامة والخاصة الموجودة في مدينة دمشق، حيث أخذت عينة من كل منهما بحجم مستشفين من المستشفيات العامة وهي: (مستشفى المواساة، والأسد الجامعي)، وبحجم ثلاثة مستشفيات من المستشفيات الخاصة (مستشفى التوفيق، ومستشفى الرّازي، ومستشفى الرّوضة)، ووُزعت 400 استبانة على المرضى الداخليين ومرافقيهم في كل مستشفى بطريقة العينة العرضية. وقد تم تقدير مجتمع البحث بناءً على جدول في النشرة الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2018 الذي بُني فيه ما يلي بالاعتماد على تقديرات المكتب المركزي الإحصائي (المجموعة الإحصائية 2018).

الجدول (4) متوسط عدد السكان لكل سرير في المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق لعام 2018

متوسط عدد السكان لكل سرير Average number of persons per bed	*عدد الأسرة النظرية *NO. of Beds	المحافظة Governorate
405	5211	دمشق Damascus

وبناءً على ما سبق تم حساب مجتمع البحث ألا وهو عدد المرضى الداخليين الإجمالي خلال سنة 2018 في مستشفيات مدينة دمشق بناءً على المعادلة التالية :

عدد المرضى الإجمالي = عدد الأسرة × متوسط عدد السكان لكل سرير

$$405 \times 5211 =$$

$$= 2110455 \text{ مريض}$$

ولتحديد حجم العينة تم اعتماد قانون العينة الإحصائية التالي (Chen,2008,478):

$$n = \frac{p * q}{\frac{p * q}{N} + \frac{E^2}{Z^2}}$$

حيث:

n: حجم عينة البحث.

N: حجم مجتمع البحث.

P: قيمة احتمالية تتراوح قيمتها بين الصفر والواحد $p = 0.5$

E : نسبة الخطأ المسموح فيه وهو غالباً يساوي $E = 0.05$

Z: الدرجة المعيارية وتساوي 96.1 عند معامل ثقة 95%

وبالتعويض نجد أن:

$$\begin{aligned} n &= \frac{0.5 * 0.5}{\frac{0.5 * 0.5}{2110455} + \frac{(0.05)^2}{(1.96)^2}} \\ &= \frac{0.25}{1.18457868090E - 7 + 0.0006507705122} \\ &= \frac{0.25}{0.00065088897} \\ &= 384.09008528751 \text{ مريض} \end{aligned}$$

وبالتالي تكون عينة البحث هي عينة عرضية بحجم 384 مفردة في المستشفيات محل الدراسة، وقد تم توزيع 400 استمارة على المرضى الداخليين ومرافقيهم في المستشفيات محل الدراسة، وكانت جميعها صالحة للتحليل وهو أكبر من حجم العينة، وهذا سيقدم صورة أفضل للواقع نظراً لأنه كلما كُبر حجم العينة كلما كانت ممثلة للمجتمع بشكل أفضل.

4-1-2. عينة البحث:

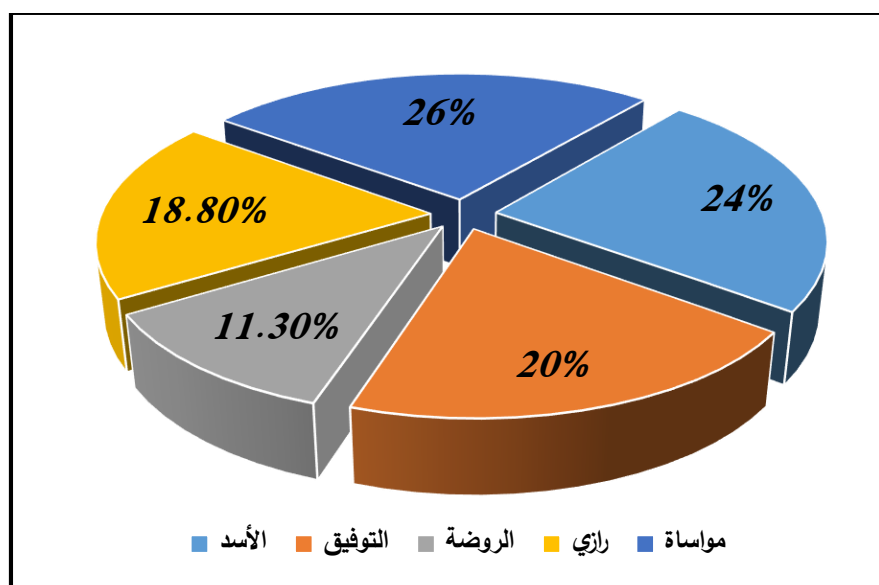
تكونت عينة البحث من (400) مريضاً ومرافقاً موزعين في المستشفيات الحكومية والخاصة، وتبين الجداول الآتية توزيع أفراد العينة وفق متغيرات البحث:

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب المستشفى:

يبين الشكل (4) التوزيع التكراري النسبي لأفراد عينة البحث حسب المستشفى المتواجدين فيه كما يأتي:

الجدول (5) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستشفى

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
نوع المشفى	عام	200	50%
	خاص	200	50%
	المجموع	400	100%
المشفى	الأسد	96	24%
	التوفيق	80	20%
	الروضة	45	11.3%
	الرازي	75	18.8%
	المواساة	104	26%
	المجموع	400	100%



الشكل (4) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستشفى

يُظهر الشكل (4) أن غالبية المرضى المبحوثين من مستشفى المواساة يُشكلون نسبة 26%، يليهم المبحوثين من مستشفى الأسد الجامعي بنسبة 24%، فالمبحوثين من مستشفى التوفيق بنسبة 20%، فالمبحوثين من مستشفى الرازي بنسبة 18.80%، وأدنى نسبة كانت للمبحوثين من مستشفى الروضة 11.3%

4-1-3. خصائص العينة:

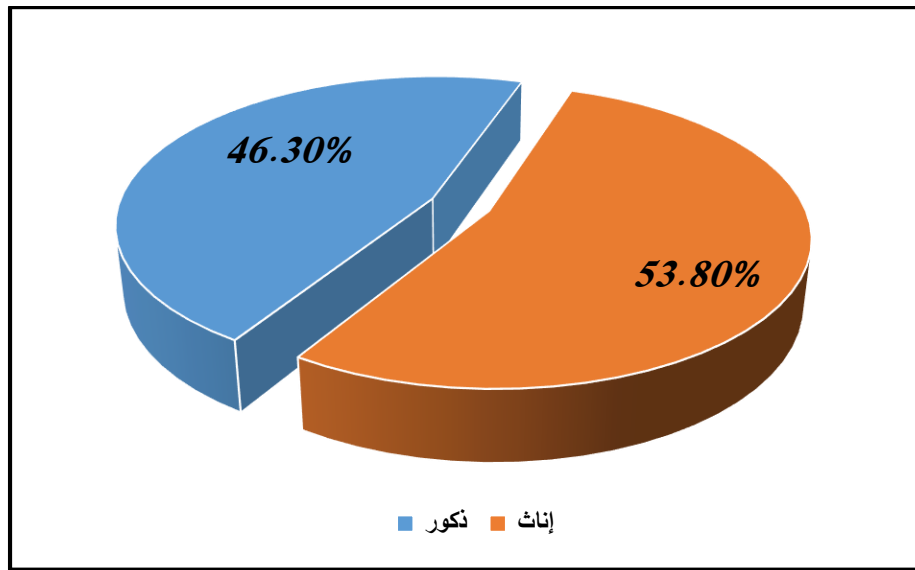
نعرض فيما يلي التوزيعات التكرارية النسبية لأفراد عينة البحث حسب المتغيرات الديموغرافية الآتية:

التوزيع النسبي للمبحوثين حسب الجنس:

يوضح الشكل (5) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب الجنس

الجدول (6) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	185	46.3%
	إناث	215	53.8%
	المجموع	400	100%



الشكل (5) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس

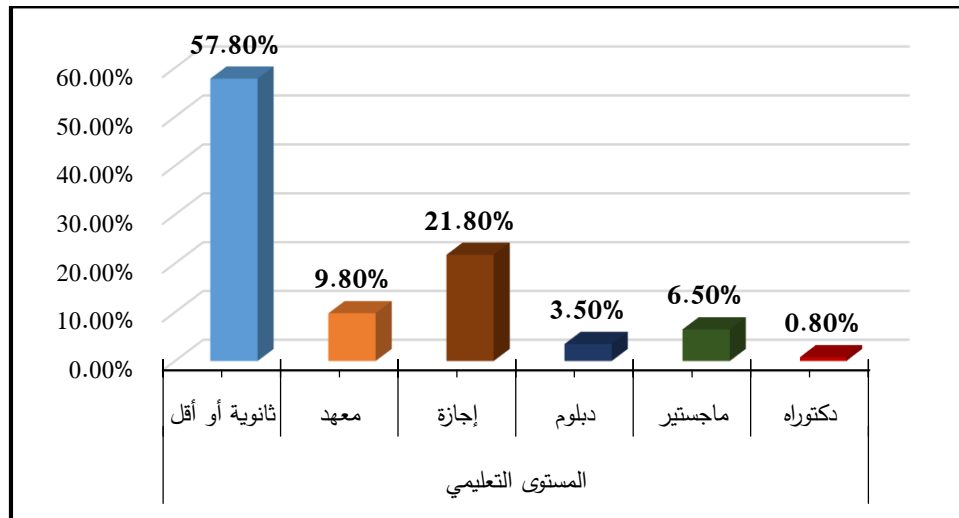
يبين الشكل (5) أن غالبية المرضى المبحوثين في العينة هم من الإناث بنسبة 53.80% وتبلغ نسبة الذكور 46.30% من إجمالي المبحوثين في العينة.

التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المستوى التعليمي:

يوضح الشكل (6) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب المستوى التعليمي

الجدول (7) توزع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	ثانوية أو أقل	231	57.8%
	معهد	39	9.8%
	إجازة	87	21.8%
	دبلوم	14	3.5%
	ماجستير	26	6.5%
	دكتوراه	3	0.8%
	المجموع	400	100%



الشكل (6) توزع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي

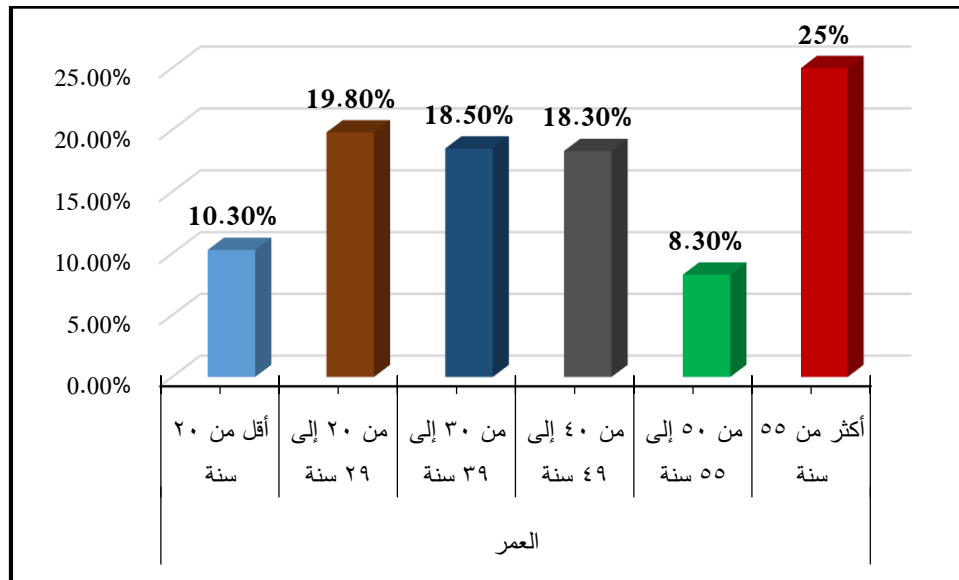
يبين الشكل (6) أن غالبية المرضى يحملون شهادة الثانوية العامة فما دون فتبلغ نسبتهم 57.80% ، ويأتي بعدهم المرضى حملة الإجازة الجامعية بنسبة 21.80%، وحملة المعهد بنسبة 9.80%، وتبلغ نسبة حملة الماجستير 6.50%، وحملة الدبلوم 3.50%، والدكتوراه 0.80%.

التوزيع النسبي للمبحوثين حسب فئات العمر:

يوضح الشكل (7) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب فئات العمر

الجدول (8) توزع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
العمر	أقل من 20 سنة	41	10.3%
	من 20 إلى 29 سنة	79	19.8%
	من 30 إلى 39 سنة	74	18.5%
	من 40 إلى 49 سنة	73	18.3%
	من 50 إلى 55 سنة	33	8.3%
	أكثر من 55 سنة	100	25%
	المجموع	400	100%



الشكل (7) توزع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر

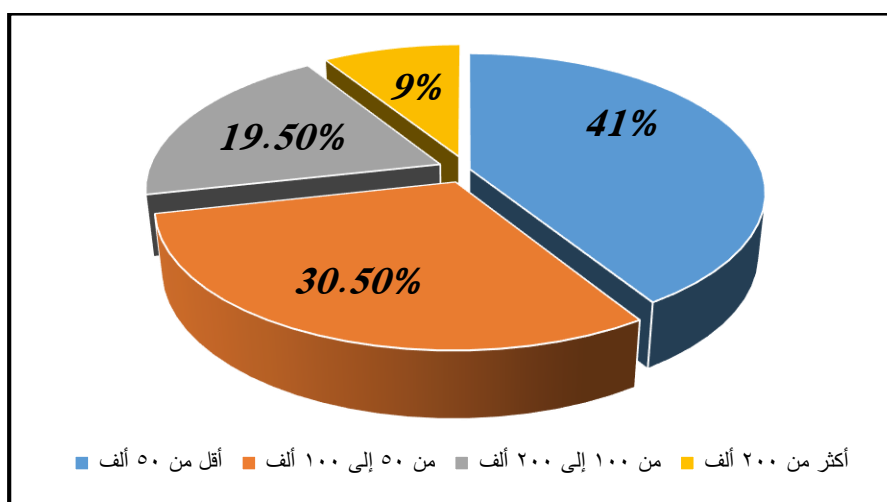
يتضح من الشكل (7) أن غالبية المرضى الداخليين المبحوثين في العينة، تبلغ أعمارهم أكثر من 55 عاماً بنسبة 25%، ويأتي بعدهم المرضى الذين ينتمون للفئة العمرية من 20 إلى 29 سنة وتبلغ نسبتهم 19.8%، وتبلغ نسبة من ينتمي إلى الفئة العمرية من 30 إلى 39 سنة 18.3%، والذين تبلغ أعمارهم أقل من 20 سنة بنسبة 10.3%، وأخيراً بلغت نسبة الفئة العمرية من 50 إلى 55 سنة 8.3% .

التوزيع النسبي للمبحوثين حسب فئات الدّخل:

يوضح الشكل (8) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب فئات الدّخل.

الجدول (9) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير متوسط الدّخل الشهري

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
متوسط الدّخل الشهري	أقل من 50 ألف	164	41%
	من 50 إلى 100 ألف	122	30.5%
	من 100 إلى 200 ألف	78	19.5%
	أكثر من 200 ألف	36	9%
	المجموع	400	100%



الشكل (8) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير متوسط الدّخل الشهري

يتضح من الشّكل أعلاه أنّ غالبية المرضى المبحوثين الذين ينتمون لفئة الدخل أقل من 50 ألف ل.س يشكلون نسبة 41%، وتبلغ نسبة من دخله 50 - 100 ألف ل.س 30.50%، ويأتي بعدهم من دخله ينتمي للفئة ما بين 100-200 ألف ل.س بنسبة 19.50%، و من دخلهم أكثر من 200 ألف ل.س بنسبة 9%.

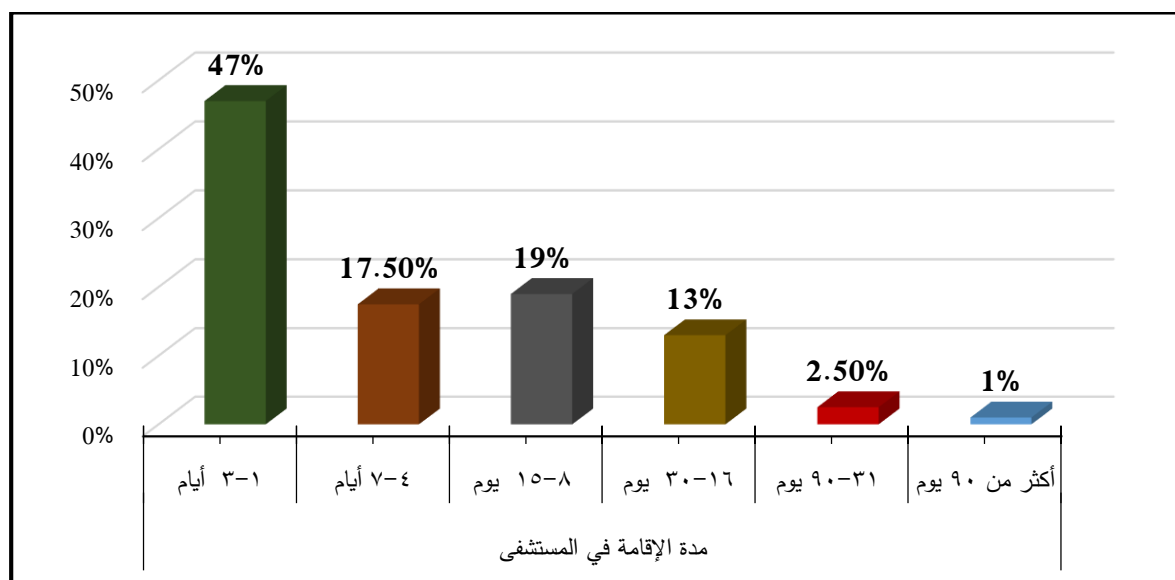
التوزيع النسبي للمبحوثين حسب مدة الإقامة في المستشفى:

يوضح الشكل (9) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب مدة الإقامة في المستشفى.

الجدول (10) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مدة الإقامة في المستشفى

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
مدة الإقامة في المستشفى	1-3 أيام	188	47%
	4-7 أيام	70	17.5%
	8-15 يوم	76	19%

30-16 يوم	52	13%
90-31 يوم	10	2.5%
أكثر من 90 يوم	4	1%
المجموع	400	100%



الشكل (9) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مدة الإقامة في المستشفى

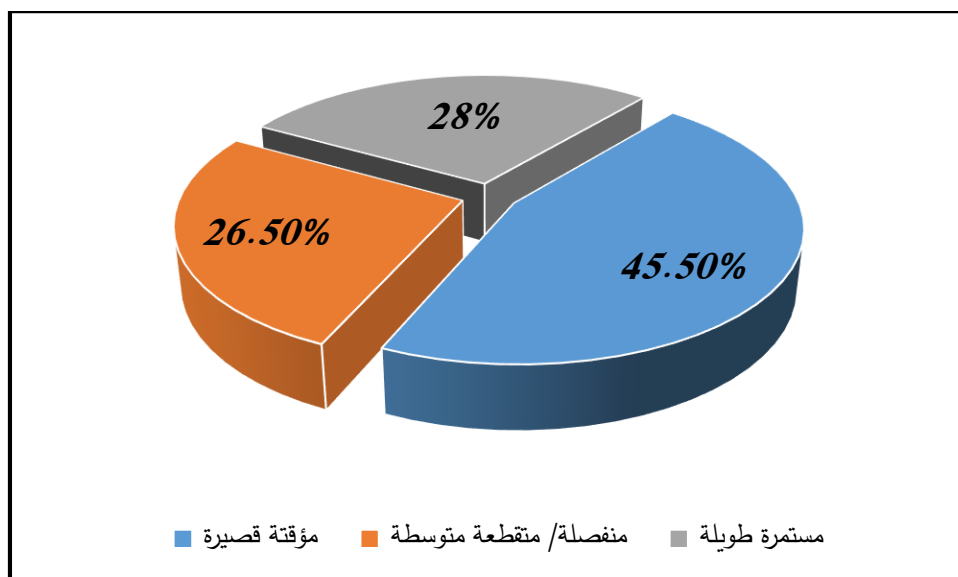
يوضح الشكل أعلاه أنه يقيم 47% من المرضى ومرافقيهم في المستشفى بين 1-3 أيام، و19% يقيمون من 8-15 يوم، ويليهم من يقيم 4-7 أيام بنسبة 17.50%، ومن ثم من يقيم من 16-30 يوم بنسبة 13%، ويقيم 2.50% مدة قدرها من 31-90 يوم، و1% منهم فقط يقيمون أكثر من 90 يوم.

التوزيع النسبي للمبحوثين حسب طبيعة العلاقة:

يوضح الشكل (10) التوزيع النسبي للمرضى الداخليين حسب طبيعة العلاقة.

الجدول (11) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير طبيعة العلاقة

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
طبيعة العلاقة	مؤقتة	182	45.5%
	منفصلة	106	26.5%
	مستمرة	112	28%
	المجموع	400	100%

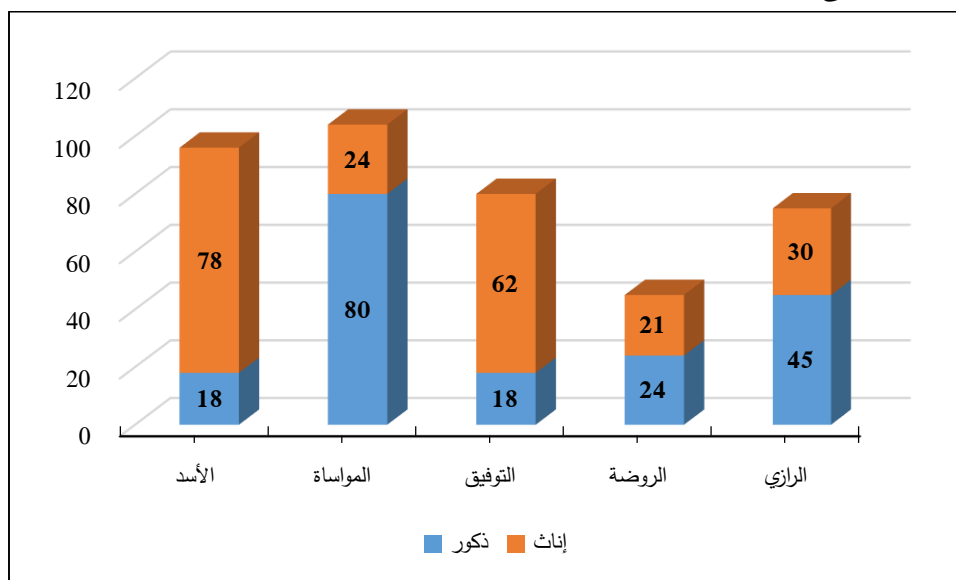


الشكل (10) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير طبيعة العلاقة

ويبين الشكل أعلاه أن أغلب المبحوثين كانت علاقاتهم مؤقتة مع المستشفى بنسبة 45.5%، يليهم بنسبة 28% الذين يملكون علاقات مستمرة مع المستشفى، أما ذوي العلاقات المنفصلة فقد كانوا بنسبة 26.5.

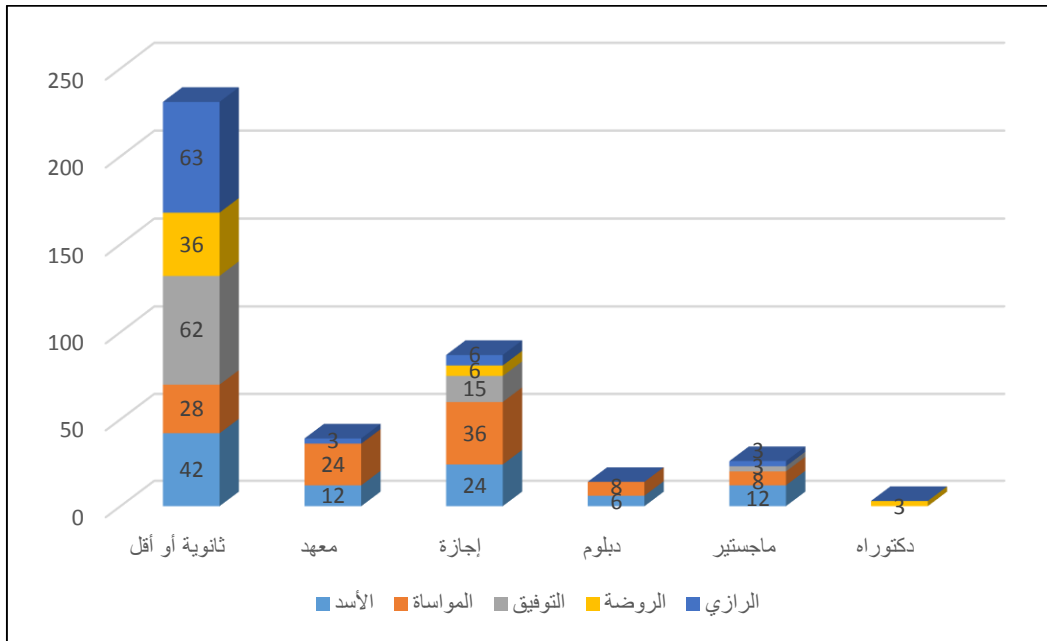
توزيع أفراد العينة على متغير المستشفيات:

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب الجنس:



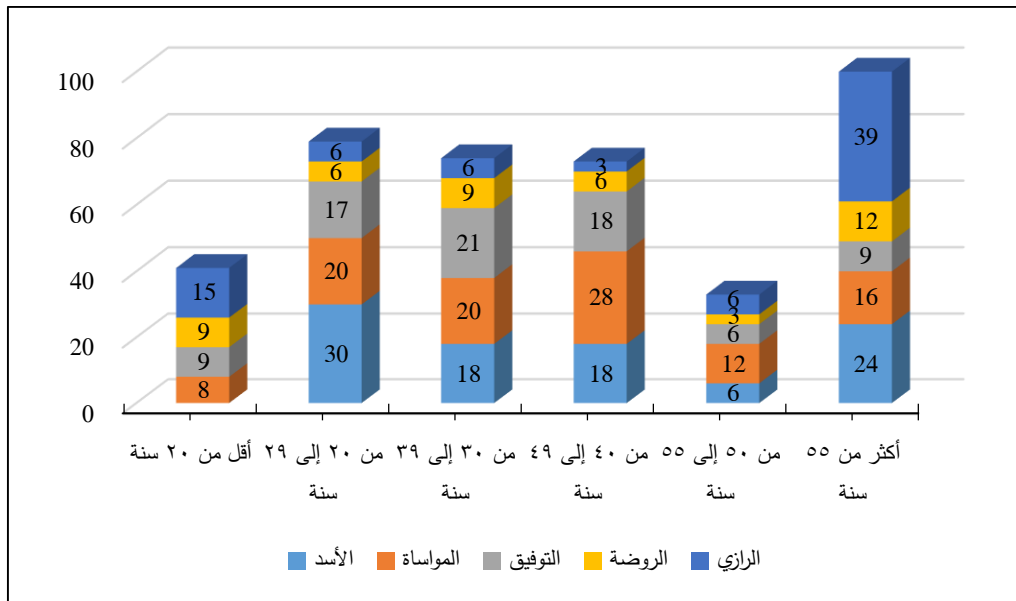
الشكل (11) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب الجنس

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب المؤهل العلمي:



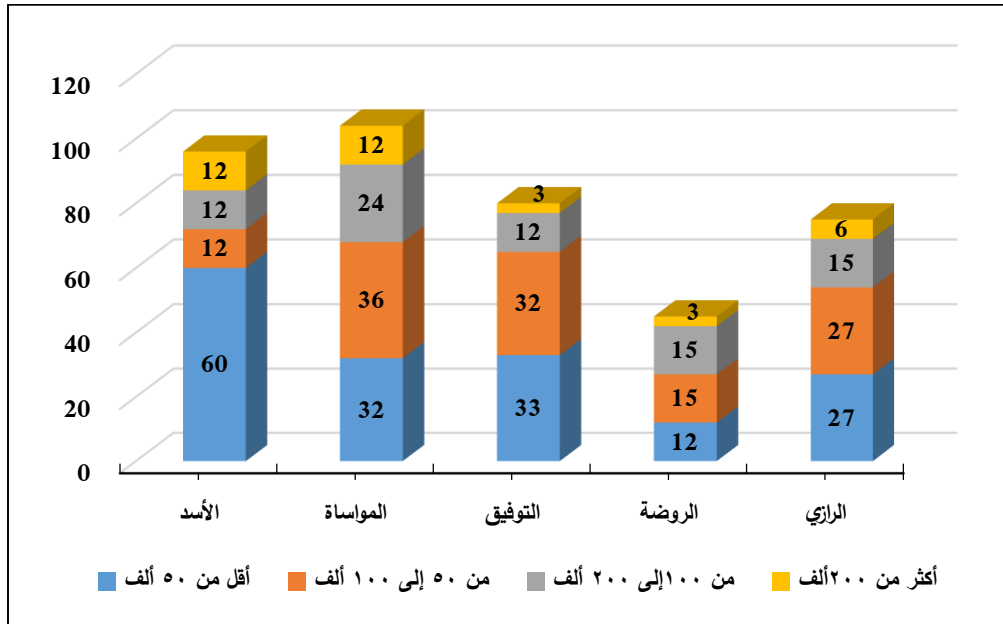
الشكل (12) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب المؤهل العلمي

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب العمر:



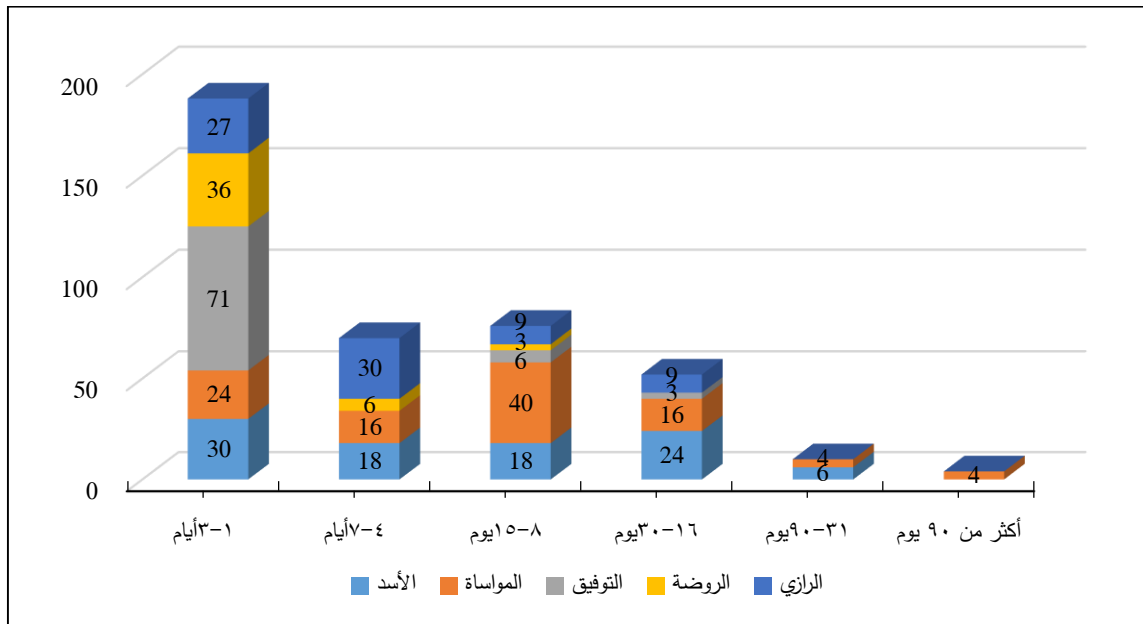
الشكل (13) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب العمر

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب مستوى الدخل:



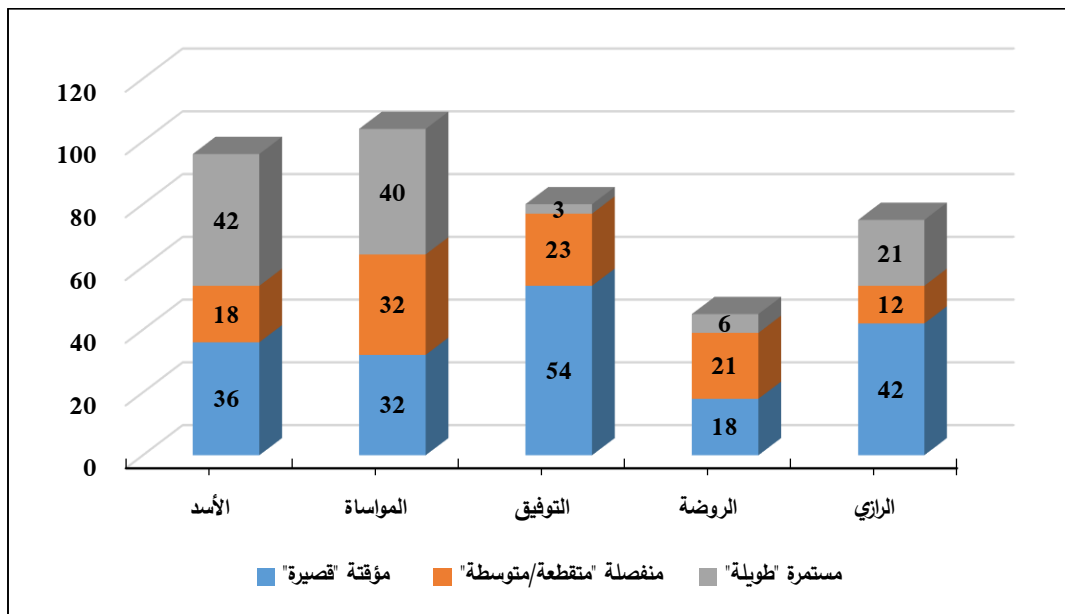
الشكل (14) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب مستوى الدخل

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب مدة الإقامة في المستشفى:



الشكل (15) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب مدة الإقامة في المستشفى

توزيع أفراد العينة على المستشفيات حسب طبيعة العلاقة مع المستشفى:



الشكل (16) توزيع أفراد العينة على المشافي حسب طبيعة العلاقة

4-1-4. تصميم أداة الاستقصاء وصدقها وثباتها:

إنّ أداة الاستقصاء عبارة عن استبانة موجهة للمريض الداخلي ومرافقيه في مستشفيات مدينة دمشق محل البحث والتي تمكّنّا من توزيع الاستبانة فيها، وتتكون الاستبانة من قسمين:

-**القسم الأول:** يتضمن بيانات شخصية عن المبحوث تشمل ما يأتي: الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مستوى الدخل، مدة الإقامة في المستشفى، وطبيعة العلاقة.

-**القسم الثاني:** شمل (43) عبارة موزعة على محورين أساسيين:

1. **المحور الأساسي الأول:** أبعاد جودة العلاقة، ويشمل هذا المحور على (25 عبارة) وُزعت على خمسة محاور فرعية هي: الثقة (5 عبارات)، الرضا (6 عبارات)، الالتزام (4 عبارات)، الحب والمودة (5 عبارات)، جودة الاتصالات (5 عبارات).

2. **المحور الأساسي الثاني:** اتجاهات المريض، ويشمل هذا المحور على (18 عبارة) وُزعت على ثلاثة محاور جزئية هي: الاتجاه المعرفي (8 عبارات)، الاتجاه الوجداني (6 عبارات)، الاتجاه السلوكي (4 عبارات).

وللاطلاع على المزيد من عبارات الاستبانة انظر الملحق (1).

صدق وثبات الاستبانة:

1- صدق الاستبانة:

تمّ التّحقّق من صدق الاستبانة وفق الطرائق التالية:

أ- صدق المحتوى: من خلال عرض الاستبانة على مجموعة من المُحكّمين:

حيث تمّ عرض الاستبانة للتحكيم من قبل مجموعة من المتخصصين وأعضاء الهيئة التدريسية في كلية الاقتصاد، وذلك للتأكد من أنها تحقق الهدف الذي يسعى إليه البحث، وتمّ تعديلها وفق آرائهم إلى أن وصلت إلى صورتها الحالية.

ب- الصدق البنوي:

تمّ التأكد من صدق البناء الخاص بالاستبانة من خلال دراسة الاتساق الداخلي لها، من خلال حساب معاملات الارتباط (معامل بيرسون) بين درجات كل بند من بنود الاستبانة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، وحساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ودرجة المحور الذي تنتمي إليه بالنسبة لكل من المتغير المستقل والمتغير التابع، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

الجدول (12) معاملات ارتباط بنود الاستبانة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه للمتغير المستقل

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
البعد الأول: الثقة	البعد الثاني: الرضا	البعد الثالث: الالتزام	البعد الرابع: الحب والمودة	البعد الخامس: جودة الاتصالات					
1	**0.830	6	**0.871	12	**0.880	16	**0.910	21	**0.794
2	**0.852	7	**0.894	13	**0.923	17	**0.945	22	**0.631
3	**0.898	8	**0.866	14	**0.894	18	**0.953	23	**0.718
4	**0.823	9	**0.939	15	**0.913	19	**0.904	24	**0.759
5	**0.867	10	**0.937			20	**0.853	25	**0.749
		11	**0.807						

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط درجات البنود مع درجة البعد الذي تنتمي إليه في محور (المتغير المستقل) كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد تراوحت قيمة هذه المعاملات بين (0.631-0.945) لدى أفراد عيّنة البحث.

الجدول (13) معاملات ارتباط بنود الاستبانة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه للمتغير التابع

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
البعد الأول: الاتجاه المعرفي	البعد الثاني: الاتجاه الوجداني	البعد الثالث: الاتجاه السلوكي			
26	**0.905	34	**0.826	40	**0.938
27	**0.852	35	**0.933	41	**0.942
28	**0.804	36	**0.903	42	**0.950

**0.939	43	**0.858	37	**0.912	29
		**0.919	38	**0.875	30
		**0.881	39	**0.881	31
				**0.812	32
				**0.825	33

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط درجات البنود مع درجة البُعد الذي تنتمي إليه في محور (المتغير التابع) كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد تراوحت قيمة هذه المعاملات بين (0.804-0.950) لدى أفراد عينة البحث.

الجدول (14) معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير المستقل) الذي تنتمي إليه

معامل الارتباط	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس	درجة المحور
البُعد الأول	1	**0.861	**0.816	**0.812	**0.462	**0.900
البُعد الثاني		1	**0.916	**0.901	**0.497	**0.962
البُعد الثالث			1	**0.924	**0.491	**0.956
البُعد الرابع				1	**0.453	**0.951
البُعد الخامس					1	**0.610
درجة المحور						1

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير المستقل) الذي تنتمي إليه كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، وقد تراوحت قيمة هذه المعاملات بين (0.453-0.962) لدى أفراد عينة البحث.

الجدول (15) معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير التابع) الذي تنتمي إليه

معامل الارتباط	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	درجة المحور
البعد الأول	1	**0.928	**0.910	**0.974
البعد الثاني		1	**0.949	**0.982
البعد الثالث			1	**0.971
درجة المحور				1

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع بعضها بعضاً ومع درجة المحور (المتغير التابع) الذي تنتمي إليه كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد تراوحت قيمة هذه المعاملات بين (0.910-0.982) لدى أفراد عينة البحث، وبالتالي فإن الاستبانة تتصف بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي، وتحقق مؤشرات مرتفعة لصدقها البنوي.

2- **الثبات:** تم التحقق من ثبات الاستبانة وفق طريقتين هما:

أ- **ثبات التجزئة النصفية:** تم استخراج معامل ثبات التجزئة النصفية لبنود كل بُعد من أبعاد الاستبانة ولمحوريها الرئيسيين وصح معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان- براون، والجدول (16) يوضح قيمة هذه المعاملات.

ب- **ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ:** تم حساب الاتساق الداخلي لدرجات أفراد العينة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والجدول (16) يبين معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ لدرجات أفراد عينة البحث وذلك لكل بعد من أبعاد الاستبانة ولمحوريها الرئيسيين:

الجدول (16) معاملات ثبات الاستبانة

المحور الأول (المتغير المستقل)			المحور الثاني (المتغير التابع)		
البعد	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	البعد	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ
الأول	0.927	0.900	الأول	0.943	0.919
الثاني	0.870	0.843	الثاني	0.938	0.944
الثالث	0.926	0.923	الثالث	0.955	0.958
الرابع	0.972	0.949	المحور الثاني	0.975	0.977
الخامس	0.803	0.759			
المحور الأول	0.976	0.964			

يُلاحظ من الجدول أن قيم معامل ثبات التجزئة النصفية كانت مرتفعة للأبعاد كافة في كلا المحورين الرئيسيين، وقد بلغت قيمته للمحور الأول ككل (0.976)، وللمحور الثاني (0.975)، وهي قيم مرتفعة. ويُلاحظ من الجدول أن قيم معامل ثبات (ألفا كرونباخ) كانت مرتفعة للأبعاد كافة في كلا المحورين، وقد بلغت قيمته للمحور الأول ككل (0.964)، وللمحور الثاني (0.977)، وهي قيم مرتفعة، ومنه فإن الاستبانة تتصف بمؤشرات ثبات مرتفعة.

نستنتج مما سبق أن الاستبانة تتصف بمؤشرات صدق وثبات مرتفعة، وتتوافر فيها الخصائص السيكومترية الملائمة للدراسة.

الإحصاءات الوصفية:

أُعتد مقياس ليكرت الخماسي في تصميم الاستبانة، حيث أُعطي رقماً لكل إجابة، وذلك وفق الترتيب الآتي: 5- موافق بشدة 4- موافق 3- حيادي 2- غير موافق 1- غير موافق بشدة

وبالتالي يكون متوسط المقياس $\text{test value} = 3$.

وحُسب مجال الإجابة من خلال العلاقة التالية: (أعلى درجة إجابة- أدنى درجة إجابة)/عدد الإجابات= $0.8=5/(1-5)$ ، وبالتالي يكون المجال الأول المقابل للإجابة غير الموافق بشدة بالنسبة للبند الإيجابية هو 1-1.79، وهكذا بالنسبة لبقية المجالات بحيث يكون المدى الفاصل بين كل مجال والمجال الذي يليه هو 0.8 ، كما في الجدول (17) التالي:

الجدول(17) درجات الترميز لكل درجة إجابة ومجالها

الإجابة للبند السلبية	غير موافق بشدة	غير موافق	حيادي	موافق	موافق بشدة
الإجابة للبند الإيجابية	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
درجة الإجابة	5	4	3	2	1
مجال الإجابة	4.2-5	3.4-4.19	2.6- 3.39	1.8-2.59	1-1.79
النتيجة على مقياس ليكرت	مرتفعة جداً	مرتفعة نوعاً ما	متوسطة	منخفضة نوعاً ما	منخفضة جداً

المصدر: الباحثة.

تجريب المقياس على عينة استطلاعية :

طُبِقَ المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (40) استبانة وُزعت على زوار المستشفيات محل الدراسة من مرضى ومرافقين بهدف معرفة مدى وضوح وحسن صياغة الفقرات، وبعد الأخذ بملاحظات المرضى والمرافقين وتوزيع إجاباتهم وتحليلها، تم تعديل بعض العبارات التي أُبديت الملاحظات حولها كما تم حذف بعض الفقرات للوصول إلى الشكل النهائي، والملحق (1) يبين الأداة بعد الانتهاء من هذه المرحلة.

ولتحديد نتيجة كل عبارة من عبارات الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي، وبالتالي تُعرف درجة توفرها في مستشفيات عينة البحث، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين على عبارات الاستبانة، وتوضح الجداول التالية الإحصاءات الوصفية لإجابات المبحوثين على عبارات أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل) وعلى عبارات أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)، وكانت النتائج وفق التالي:

الجدول (18) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الأول (الثقة) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
1	أنا أثق في الخدمات المقدمة لي من قبل المستشفى	4.14	1.127	موافق	4
2	الكادر الطبي يهتم بصحتي ويقدم لي الخدمات على أكمل وجه	4.51	0.907	موافق بشدة	1
3	موظفو المستشفى صادقون	4.20	1.190	موافق بشدة	3
4	موظفو المستشفى لديهم نزاهة عالية	4.06	1.355	موافق	5
5	هذا المستشفى يفي بوعوده	4.39	1.023	موافق بشدة	2
	البعد الأول: الثقة	4.26	0.852	موافق بشدة	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الأول (الثقة) جاءت بين موافق وموافق بشدة، وكانت على البعد الأول بدرجة موافق بشدة على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.26)، وجاءت العبارة (الكادر الطبي يهتم بصحتي ويقدم لي الخدمات على أكمل وجه) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق بشدة على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.51)، بينما جاءت العبارة (موظفو المستشفى لديهم نزاهة عالية) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.06)، ويمكن تبرير سبب احتلال هذه العبارة المرتبة الأخيرة؛ هو عدم اتصاف بعض مقدمي الخدمة بالنزاهة، وعدم قيامهم بعملهم على أكمل وجه إلا بعد الرّشوة، وتفضيل وتمييز بعض المرضى عن غيرهم، وعدم قيامهم بواجبهم إلا إذا كان المريض أحد معارفهم، فضلاً عن بعض الأخلاق السيئة وبعض المحسوبيات وهو واقع أليم مؤسف تمت ملاحظته خلال جمع الاستبانات.

الجدول (19) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الثاني (الرّضا) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
6	خدمات المستشفى تلبي توقعاتي دائماً	3.81	1.469	موافق	5
7	تجربتي مع هذا المستشفى جيدة	4.17	1.132	موافق	1
8	إذا اضطررت إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية لاحقاً فسأختار هذا المستشفى	3.79	1.643	موافق	6
9	أنا سعيدٌ بعلاقتي مع هذا المستشفى	3.90	1.409	موافق	4
10	أنا راضٍ عن علاقتي مع هذا المستشفى	3.94	1.448	موافق	2

11	أسعار خدمات المستشفى تنافسية	3.91	1.386	موافق	3
	البعد الثاني: الرضا	3.92	0.653	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الثاني (الرضا) جاءت بدرجة موافق، وكانت على البعد الثاني بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.92)، وجاءت العبارة (تجربتي مع هذا المستشفى جيدة) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.17)، بينما جاءت العبارة (إذا اضطررت إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية فسأختار هذا المستشفى) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.79).

الجدول (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الثالث (الالتزام) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
12	ما زلت أتعامل مع هذا المستشفى، لأنني أستمتع حقاً بعلاقتي معه	3.74	1.415	موافق	2
13	أدافع عن هذا المستشفى عند انتقاد أحدهم له	3.64	1.651	موافق	4
14	من المهم بالنسبة لي الحفاظ على علاقتي مع المستشفى	4.16	1.354	موافق	1
15	إنني أؤمن بهذا المستشفى	3.72	1.557	موافق	3
	البعد الثالث: الالتزام.	3.81	0.953	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الثالث (الالتزام) جاءت بدرجة موافق، وكانت على البعد الثالث بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.81)، وجاءت العبارة (من المهم بالنسبة لي الحفاظ على علاقتي مع المستشفى) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.16)، بينما جاءت العبارة (أدافع عن هذا المستشفى عند انتقاد أحدهم له) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.64).

ويعود سبب عدم الدفاع عن المستشفى عند سماع انتقاد الآخرين له حتى لو كانت تجربة المريض وعلاقته جيدة مع المستشفى إلى اعتقاد المريض أنه قد تكون تجربة غيره من المرضى الساخطين تختلف عن تجربته، أو أنهم تعاملوا مع مقدم خدمة آخر مختلف عن الذي تعامل هو معه، ويعود أيضاً لسبب آخر يتعلق بعدم رغبته بالتجادل مع أحد والاكتفاء بالاستماع بصمت فقط.

الجدول (21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الرابع (الحب والمودة) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
16	أنا أحب هذا المستشفى	3.77	1.520	موافق	2
17	أنا متحمس بتعاملي مع هذا المستشفى	3.65	1.592	موافق	3
18	أنا مرتبط عاطفياً بهذا المستشفى	3.48	1.548	موافق	4
19	أفضل التعامل مع هذا المستشفى لشعوري بالألفة اتجاهه	3.84	1.579	موافق	1
20	أشعر هنا وكأنني ضمن عائلتي	3.18	1.684	محايد	5
	البعد الرابع: الحب والمودة	3.58	0.716	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الرابع (الحب والمودة) جاءت بدرجة موافق ومحايد، وكانت على البعد الرابع بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.58)، وجاءت العبارة (أفضل التعامل مع هذا المستشفى لشعوري بالألفة اتجاهه) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.84)، بينما جاءت العبارة (أشعر هنا وكأنني ضمن عائلتي) في المرتبة الأخيرة وبدرجة محايد على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.18)، ويعود سبب ذلك لاعتراض البعض عن هذه العبارة بتشبيه أي أحد بعائلتهم، فباعثادهم لا يوجد أحد مثل عائلاتهم ويعود سبب ذلك أيضاً إلى اقتران تواجد المريض بالمستشفى بالألم الذي يشعر به، وبالتالي كل ما يتمناه هو خروجه من المكان الذي اقترن بمعاناته لذا لا يُعد المستشفى كمنزله.

الجدول (22) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الخامس (جودة الاتصالات) من أبعاد محور جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	العبارة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
21	يقدم لي المستشفى المعلومات التي أحتاجها في الوقت المناسب	4.17	1.160	موافق	3
22	يقدم المستشفى المعلومات الكافية عند وجود خدمة جديدة	3.41	1.020	موافق	5
23	المستشفى يقدم دائماً معلومات دقيقة عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة فيه	4.49	0.769	موافق بشدة	2
24	المستشفى يقدم دائماً معلومات موثوقة عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة فيه	4.53	0.810	موافق بشدة	1
25	يشرح الطبيب والممرضات (الكادر الطبي) عملية	4.04	1.433	موافق	4

				التطبيب (المعالجة) بالتفصيل	
	موافق	0.826	4,13	البعد الخامس: جودة الاتصالات.	

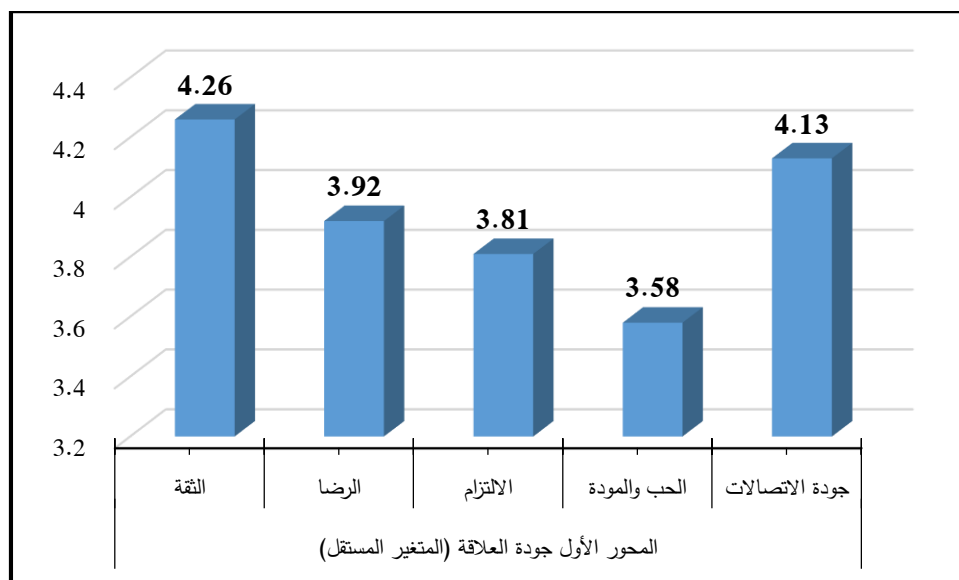
يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين عن العبارات الخاصة بالبعد الخامس (جودة الاتصالات) جاءت بدرجة موافق وموافق بشدة ، وكانت على البعد الخامس بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.13)، وجاءت العبارة (المستشفى يقدم دائماً معلومات موثوقة عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة فيه) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق بشدة على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.53)، بينما جاءت العبارة (يقدم المستشفى المعلومات الكافية عند وجود خدمة جديدة) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.41)، ويعود سبب تَصَدُّر العبارة 24 بالمرتبة الأولى إلى أنه غالباً ما قد يستقي المريض معلوماته حول المستشفى وحالته الصحية من طبيبه الذي يثق به والذي قام بتخيره بين عدة مستشفيات، لذا تعود الإجابات على هذه العبارة إلى ثقة المريض بطيبه حتى من قبل اختياره للمستشفى، ويعود سبب احتلال العبارة 22 في المرتبة النهائية في بُعد جودة الاتصالات أنه أغلب المرضى لم يتعرضوا لوجود خدمة جديدة فكانت أغلب إجابات المرضى محايدة وهذا ما أثر على النتيجة النهائية لمتوسط إجابات هذه العبارة.

- بالنسبة لأبعاد المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل):

الجدول (23) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن أبعاد المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الرقم	البعد	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
1	الثقة	4.26	0.852	موافق بشدة	1
2	الرضا	3.92	0.653	موافق	3
3	الالتزام	3.81	0.953	موافق	4
4	الحب والمودة	3.58	0.716	موافق	5
5	جودة الاتصالات	4,13	0.826	موافق	2
	المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل)	3.94	0.788	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين عن الأبعاد الخمسة الخاصة بالمحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل) جاءت بدرجة موافق وموافق بشدة، وكانت على المحور الأول ككل بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.94)، وجاء البعد الأول (الثقة) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق بشدة على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.26)، بينما جاء البعد الرابع (الحب والمودة) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.58).



الشكل (17) المتوسطات الحسابية للإجابات عن أبعاد المحور الأول جودة العلاقة (المتغير المستقل)

الجدول (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الأول (الاتجاه المعرفي) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
26	الكادر الطبي غير جيد بالتعامل معي	4.04	1.495	غير موافق	3
27	الكادر الطبي دائماً جذاب المظهر	4.38	1.008	موافق بشدة	1
28	لا أعتقد أن تفاعلي مع الكادر الطبي سوف يعود عليّ بأي فائدة	4.11	1.328	غير موافق	2
29	كل ذكرياتي مع هذا المستشفى هي ذكريات سيئة	3.99	1.459	غير موافق	4
30	ما يميز هذا المستشفى عن غيره من المشافي هو قيامه بالرعاية الصحية على أكمل وجه	3.97	1.425	موافق	5
31	هذا المستشفى صادق في معالجة مخاوفي	3.93	1.416	موافق	6
32	هذا المستشفى لا يلبي توقعاتي	3.84	1.516	غير موافق	7
33	أؤمن بأن هذا المستشفى هو أفضل من باقي المستشفيات	3.36	1.578	محايد	8
	البعد الأول: الاتجاه المعرفي	3.95	0.494	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين عن العبارات الخاصة بالبعد الأول (الاتجاه المعرفي) جاءت بدرجة موافق بشدة وموافق ومحايد وغير موافق، وكانت على البعد الأول بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.95)، وجاءت العبارة (الكادر الطبي دائماً جذاب المظهر) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق بشدة على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.38)، بينما جاءت العبارة (أؤمن بأن

هذا المستشفى هو أفضل من باقي المستشفيات) في المرتبة الأخيرة وبدرجة محايد على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.36).

الجدول (25) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الثاني (الاتجاه الوجداني) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
34	تفاعلي مع الكادر الطبي يبعد القلق عني	4.12	1.297	موافق	1
35	أشعر بالراحة النفسية عند زيارة هذا المستشفى	3.89	1.451	موافق	2
36	لا أشعر بالرضا عما يقدمه الكادر الطبي من خدمات	3.88	1.657	غير موافق	3
37	ينتابني شعور بالخوف حيال المستشفى	3.74	1.742	غير موافق	5
38	إنني مستاء من مستوى الخدمات المقدمة لي هنا	3.78	1.659	غير موافق	4
39	هذا المستشفى هو المحبب لي "الأفضل"	3.41	1.560	موافق	6
	البعد الثاني: الاتجاه الوجداني	3.80	0.633	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الثاني (الاتجاه الوجداني) جاءت بدرجة موافق وغير موافق، وكانت على البعد الثاني بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.80)، وجاءت العبارة (تفاعلي مع الكادر الطبي يبعد القلق عني) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (4.12)، بينما جاءت العبارة (هذا المستشفى هو المحبب لي "الأفضل") في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.41).

الجدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن عبارات البعد الثالث (الاتجاه السلوكي) من أبعاد محور الاتجاهات (المتغير التابع)

الرقم	العبرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
40	لا أرغب بإعادة زيارة هذا المستشفى إذا كان ذلك باختيار	3.66	1.725	غير موافق	3
41	أجد المتعة حينما أتحدث إلى الآخرين حول خدمات المستشفى وكادرها المميز	3.68	1.648	موافق	2
42	أدافع عن المستشفى عند سماع أحدهم يتكلم عنه بشكل سلبي	3.57	1.639	موافق	4
43	لا أشجع الآخرين بزيارة المستشفى وتجربتها	3.84	1.610	غير موافق	1
	البعد الثالث: الاتجاه السلوكي	3.69	0.922	موافق	

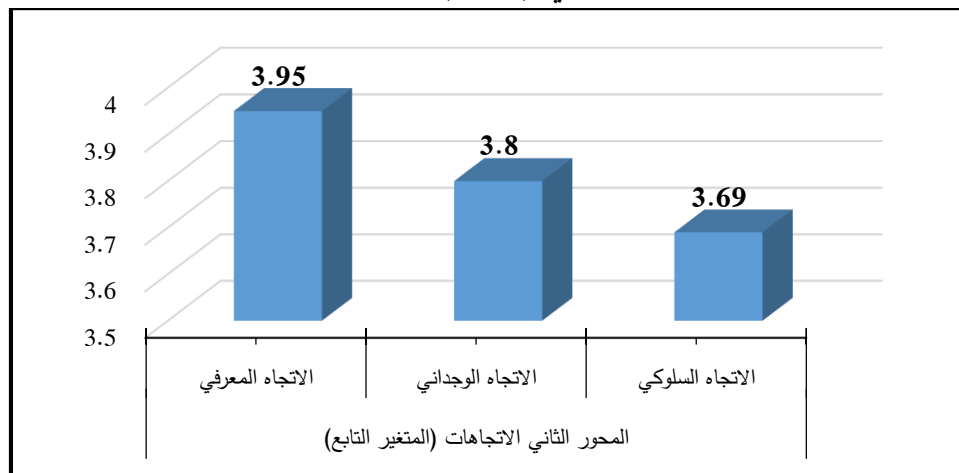
يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على العبارات الخاصة بالبعد الثالث (الاتجاه السلوكي) جاءت بدرجة موافق وغير موافق، وكانت على البعد الثالث بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.69)، وجاءت العبارة (لا أشجع الآخرين بزيارة المستشفى وتجربتها) في المرتبة الأولى وبدرجة غير موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.84)، بينما جاءت العبارة (أدافع عن المستشفى عند سماع أحدهم يتكلم بشكل سلبي عنه) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.57)، وسبب ذلك قد يعود لعدم رغبة المريض بالتجادل مع أحد، فعلى الرغم من تجربته الجيدة مع المستشفى إلا أنه يفضل الصمت عند سماع أحدهم يتكلم عنه بشكل سلبي.

- بالنسبة لأبعاد المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع):

الجدول (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابات عن أبعاد المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع)

الرقم	البعد	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي	الترتيب
1	الاتجاه المعرفي	3.95	0.494	موافق	1
2	الاتجاه الوجداني	3.80	0.633	موافق	2
3	الاتجاه السلوكي	3.69	0.922	موافق	3
	المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع)	3.84	1.280	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن متوسط إجابات المبحوثين على الأبعاد الثلاثة الخاصة بالمحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع) جاءت بدرجة موافق، وكانت على المحور الثاني ككل بدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.84)، وجاء البعد الأول (الاتجاه المعرفي) في المرتبة الأولى وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.95)، بينما جاء البعد الثالث (الاتجاه السلوكي) في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافق على مقياس ليكرت وبمتوسط حسابي (3.69).



الشكل (18) المتوسطات الحسابية للإجابات على أبعاد المحور الثاني الاتجاهات (المتغير التابع)

الجدول (28) المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على محوري البحث الرئيسيين

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	النتيجة على مقياس ليكرت الخماسي
أبعاد جودة العلاقة (المتغير المستقل)	3.94	0.788	موافق
أبعاد الاتجاهات (المتغير التابع)	3.84	1.280	موافق

يبين الجدول أعلاه أن متوسط إجابات المبحوثين على مُتَغَيَّرِي البحث الأساسيين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد اتجاه المريض جاء على مقياس ليكرت الخماسي بدرجة موافق، وبذلك يمكن القول: أن أبعاد جودة العلاقة، وأبعاد اتجاه المريض متوفرة بدرجة موافق وبمتوسطين قدرهما 3.94، 3.84 على التوالي في المستشفيات محل الدراسة.

ويمكن القول مما سبق بأن أبعاد جودة العلاقة، وأبعاد الاتجاهات مستوَاهما مرتفع نوعاً ما في المستشفيات محل الدراسة.

المبحث الثاني: اختبار الفرضيات

- 4-2-1. اختبار التّوزع الطبيعي والتجانس
- 4-2-2. اختبار الفرضيات على مستوى العينة ككل
- 4-2-3. اختبار الفرضيات في المستشفيات العامة
- 4-2-4. اختبار الفرضيات في المستشفيات الخاصة

4-2-1. اختبار التوزيع الطبيعي والتجانس:

من المتعارف عليه قبل إجراء اختبار فرضيات البحث التحقق من توفر خاصيتي تجانس البيانات وتوزيعها الطبيعي، وذلك لاختيار الأسلوب الإحصائي الملائم لاختبار الفرضيات واستخدام الطرائق المعلمية أو اللامعلمية لأجل ذلك، وفيما يلي نتائج اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnova) لاختبار التوزيع الطبيعي للبيانات وفق الجدول الآتي:

الجدول (29) نتائج اختبار (Kolmogorov-Smirnova) للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات

الأبعاد	Statistic	df	Sig.
بُعد الثقة	0.235	400	0.000
بُعد الرضا	0.202	400	0.000
بُعد الالتزام	0.224	400	0.000
بُعد الحب والمودة	0.163	400	0.000
بُعد جودة الاتصالات	0.197	400	0.000
أبعاد جودة العلاقة	0.232	400	0.000
بعد الاتجاه المعرفي	0.217	400	0.000
بعد الاتجاه الوجداني	0.238	400	0.000
بعد الاتجاه السلوكي	0.244	400	0.000
أبعاد الاتجاهات	0.216	400	0.000

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لاختبار سميرنوف عند كل متغير كانت معنوية إذ كانت أقل من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي فإن بيانات البحث الحالي لا تتبع التوزيع الطبيعي. وتم إجراء اختبار ليفين (Levene) لتجانس بيانات العينة وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (30) نتائج اختبار ليفين لتجانس بيانات العينة

الأبعاد	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
بُعد الثقة	257.943	1	398	0.000
بُعد الرضا	303.904	1	398	0.000
بُعد الالتزام	315.078	1	398	0.000
بُعد الحب والمودة	321.495	1	398	0.000
بُعد جودة الاتصالات	52.998	1	398	0.000
أبعاد جودة العلاقة	355.964	1	398	0.000
بُعد الاتجاه المعرفي	289.645	1	398	0.000
بُعد الاتجاه الوجداني	591.232	1	398	0.000

0.000	398	1	551.606	بُعد الاتجاه السلوكي
0.000	398	1	497.189	أبعاد الاتجاهات

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية للأبعاد كافة كانت أقل من مستوى المعنوية بنسبة 0.05 ، وبالتالي فإن البيانات غير متجانسة.

يتبين مما سبق أن البيانات غير موزعة بشكل طبيعي وغير متجانسة، ومنه فإن الأساليب الإحصائية اللامعلمية هي الملائمة لاختبار فرضيات البحث.

4-2-2. اختبار الفرضيات على مستوى العينة ككل:

تم اختبار الفرضيات على مستوى العينة ككل:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة وأبعاد الاتجاهات.

ويتفرع عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات أفراد العينة على بُعد

الثقة ودرجاتهم على أبعاد الاتجاهات وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (31) معاملات الارتباط بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط	Spearman's rho
**0.731	**0.701	**0.705	**0.717	Correlation Coefficient	
0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2-tailed)	

يتبين من الجدول السابق أن معامل ارتباط بُعد الثقة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي: (0.717، 0.705، 0.701) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة قوية وموجبة ومعنوية بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي.

وكان معامل الارتباط بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.731) بمستوى معنوية (0.000)، وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات أفراد العينة على بُعد الرضا ودرجاتهم على أبعاد الاتجاهات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (32) معاملات الارتباط بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط	بُعد الرضا	Spearman's rho
**0.753	**0.745	**0.697	**0.745	Correlation Coefficient		
0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2-tailed)		

يتبين من الجدول السابق أن معامل ارتباط بُعد الرضا مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي: (0.745، 0.697، 0.745)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة قوية وموجبة ومعنوية بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات الثلاثة.

وكان معامل الارتباط بين بعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.753) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات أفراد العينة على بُعد الالتزام ودرجاتهم على أبعاد الاتجاهات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (33) معاملات الارتباط بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط	بُعد الالتزام	Spearman's rho
**0.834	**0.845	**0.763	**0.783	Correlation Coefficient		
0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2-tailed)		

يتبين من الجدول السابق أن معامل ارتباط بُعد الالتزام مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي: (0.783، 0.763، 0.845) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة قوية وموجبة

ومعنوية بين بُعد الالتزام وبُعدي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كانت العلاقة قوية جداً وموجبة ومعنوية بين بُعد الالتزام وبُعد الاتجاه السلوكي.

وكان معامل الارتباط بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.834) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات أفراد العينة على بُعد الحب والمودة، ودرجاتهم على أبعاد الاتجاهات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (34) معاملات الارتباط بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط		Spearman's rho
**0.880	**0.861	**0.813	**0.860	Correlation Coefficient	بُعد الحب	
0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2- tailed)	والمودة	

يتبين من الجدول السابق أن معامل ارتباط بُعد الحب والمودة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي: (0.860، 0.813، 0.861) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة قوية جداً وموجبة ومعنوية بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات الثلاثة.

وكان معامل الارتباط بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.880) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات. للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب معامل ارتباط سبيرمان بين درجات أفراد العينة على بُعد جودة الاتصالات ودرجاتهم على أبعاد الاتجاهات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (35) معاملات الارتباط بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط		Spearman's rho
**0.514	**0.402	**0.521	**0.492	Correlation Coefficient	بُعد جودة	

0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2-tailed)	الاتصالات	
-------	-------	-------	-------	-----------------	-----------	--

يبين الجدول السابق أن معامل ارتباط بُعد جودة الاتصالات مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي: (0.492، 0.521، 0.402) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة متوسطة الشدة وموجبة ومعنوية بين بعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات الثلاثة.

وكان معامل الارتباط بين بعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.514) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل.

وبين الجدول الآتي نتائج الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة وأبعاد الاتجاهات.

الجدول (36) نتائج الفرضية الرئيسية الأولى لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات

أبعاد الاتجاهات	الاتجاه السلوكي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه المعرفي	معامل الارتباط		Spearman's rho
**0.894	**0.862	**0.836	**0.860	Correlation Coefficient	أبعاد جودة	
0.000	0.000	0.000	0.000	Sig. (2-tailed)	العلاقة	

يبين الجدول السابق أن معامل ارتباط أبعاد جودة العلاقة مع بعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي كانت على التوالي (0.860، 0.836، 0.862) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وكان معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.894) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك علاقة قوية جداً وموجبة ومعنوية بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد علاقة قوية جداً وموجبة ومعنوية بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات الثلاثة.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات.

أستخدم نموذج الانحدار المتعدد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (37) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات على مستوى العينة ككل

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.964	0.929	0.928	6.172

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وبين المتغيرات المستقلة (أبعاد جودة العلاقة) قد بلغت (0.964) وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.929)، أي أن المتغير المستقل (أبعاد جودة العلاقة) قد فسرت ما نسبته (92.9%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات).

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد :

الجدول (38) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد على مستوى العينة ككل

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	196494.279	5	39298.856	1031.551	0.000
Residual	15010.161	394	38.097		
Total	211504.440	399			

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة في أبعاد الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي المتعدد جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع.

ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها:

الجدول (39) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها على مستوى العينة ككل

Coefficients					
Model	Unstandardized Coefficients			T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-5.719	2.030		-2.817	0.005

0.000	4.862	0.130	0.129	0.629	بُعد الثقة
0.468	0.726	0.029	0.144	0.105	بُعد الرضا
0.000	8.090	0.332	0.175	1.413	بُعد الالتزام
0.000	12.188	0.462	0.121	1.471	بُعد الحب والمودة
0.000	5.725	0.089	0.094	0.541	بُعد جودة الاتصالات

يتبين من الجدول السابق عدم وجود أثر معنوي لبُعد الرضا في الاتجاهات وهذا يتعكس مع نتيجة دراسة (Jung ki & Hon,2012)، التي مفادها أن الرضا له أثر ولكن لم يكن كبير، بينما كان هناك أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة والمتمثلة في: (الثقة، الالتزام، الحب والمودة، جودة الاتصالات) في أبعاد الاتجاهات. إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية وهذا يتوافق مع نتيجة دراسة (Jung ki & Hon,2012) التي توصلت إلى أن الثقة والالتزام لهما تأثير إيجابي على الاتجاه.

كما يتبين من الجدول السابق أن أكثر متغير من متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغير التابع (الاتجاهات) هو الحب والمودة حيث بلغ تأثيره (1.471)، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الحب والمودة هو بُعد عاطفي (oliver,1999,p39; Fournier, 1998, p363) وهذا ما يفسر تفوقه من بين باقي أبعاد جودة العلاقة بالتأثير على الاتجاهات التي يغلب عليها الجانب العاطفي الوجداني (Osgood et al, 1957, p 62) ؛ صديق، 2012، ص307).

كما تمّ اختبار هذه الفرضية على مستوى محور جودة العلاقة (المتغير المستقل) ككل:

تمّ استخدام نموذج الانحدار البسيط لدراسة أثر المتغير المستقل (جودة العلاقة ككل) في المتغير التابع (الاتجاهات)، وكانت النتائج وفق الجداول الآتية:

الجدول (40) معامل الارتباط ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات على مستوى العينة ككل

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
6.764	0.914	0.914	0.956	1

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وبين المتغير المستقل (جودة العلاقة) قد بلغت (0.956)، وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.914)، أي أن المتغير المستقل (جودة العلاقة) قد فسر ما نسبته (91.4%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات).

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار الخطي البسيط وفق الآتي:

الجدول (41) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط على مستوى العينة ككل

Sig.	F	Mean Square	Df	Sum of Squares	Model
0.000	4225.372	193297.217	1	193297.217	Regression
					1

		45.747	398	18207.223	Residual	
			399	211504.440	Total	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لجودة العلاقة في الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي البسيط جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع.

ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها:

الجدول (42) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها على مستوى العينة ككل

Coefficients						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
0.000	-13.188-		1.387	-18.298-	(Constant)	1
0.000	65.003	0.956	0.014	0.887	جودة العلاقة	

يتبين من الجدول السابق أن هناك أثراً معنوياً لجودة العلاقة في الاتجاهات، إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية، حيث توصلت نتيجة دراسة (kim, 2011) أيضاً إلى وجود تأثير مباشر لجودة العلاقة على الاتجاه. ويمكن توضيح العلاقة بين المتغيرين وفق المعادلة الآتية:

$$\text{الاتجاهات} = -18.298 + (0.887 \times \text{جودة العلاقة})$$

يتبين من المعادلة السابقة أنه كلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة؛ فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.887) وبالاتجاه نفسه.

ومما سبق نرفض الفرضية الأساسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات، وذلك على كل بُعد وعلى الأبعاد مجتمعة، ومنه تؤثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى.

الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص).

أستخدم اختبار مان ويتي (Mann-Whitney U) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص)، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (43) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المشفى (عام أو خاص)

الأبعاد	نوع المشفى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
بُعد الثقة	عام	200	134.67	26934.00
	خاص	200	266.33	53266.00
	Total	400		
بُعد الرضا	عام	200	159.75	31950.00
	خاص	200	241.25	48250.00
	Total	400		
بُعد الالتزام	عام	200	153.21	30642.00
	خاص	200	247.79	49558.00
	Total	400		
بُعد الحب والمودة	عام	200	158.18	31635.00
	خاص	200	242.83	48565.00
	Total	400		
بُعد جودة الاتصالات	عام	200	171.30	34259.00
	خاص	200	229.71	45941.00
	Total	400		
أبعاد جودة العلاقة ككل	عام	200	147.45	29490.00
	خاص	200	253.55	50710.00
	Total	400		

الجدول (44) نتائج اختبار مان ويتني لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير نوع المشفى (عام أو خاص)

أبعاد جودة العلاقة	بُعد جودة الاتصالات	بُعد الحب والمودة	بُعد الالتزام	بُعد الرضا	بُعد الثقة	
9390.000	141590.000	115350.000	105420.000	11850.000	68340.000	Mann-Whitney U
29490.000	342590.000	316350.000	306420.000	31950.000	269340.000	Wilcoxon W
-9.182-	-5.118-	-7.389-	-8.287-	-7.088-	-11.720-	Z
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	Asymp. Sig. (2-tailed)

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند كل متغير كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفريّة ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة وعلى جودة

العلاقة ككل تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص). وكانت الفروق لصالح المستشفيات الخاصة، إذ كانت متوسطات الرتب فيها أعلى من مقابلاتها في المستشفيات العامة، وذلك على أبعاد جودة العلاقة الخمسة وعلى جودة العلاقة ككل.

الفرضية الرئيسية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص).

أستخدم اختبار مان ويتني (Mann-Whitney U) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المشفى (عام أو خاص)، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (45) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص)

الأبعاد	نوع المشفى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
الاتجاه المعرفي	عام	200	158.85	31770.00
	خاص	200	242.15	48430.00
	Total	400		
الاتجاه الوجداني	عام	200	143.75	28749.00
	خاص	200	257.26	51451.00
	Total	400		
الاتجاه السلوكي	عام	200	153.32	30663.00
	خاص	200	247.69	49537.00
	Total	400		
أبعاد الاتجاهات ككل	عام	200	149.96	29991.00
	خاص	200	251.05	50209.00
	Total	400		

الجدول (46) نتائج اختبار مان ويتني لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات

تبعاً لمتغير نوع المستشفى (عام أو خاص)

أبعاد الاتجاهات	بُعد الاتجاه المعرفي	بُعد الاتجاه الوجداني	بُعد الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات
Mann-Whitney U	11670.000	86490.000	105630.000	98910.000
Wilcoxon W	31770.000	287490.000	306630.000	299910.000
Z	-7.244-	-9.924-	-8.375-	-8.762-
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند كل متغير كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات وعلى الاتجاهات ككل تبعاً لمتغير نوع

المستشفى (عام أو خاص). وكانت الفروق لصالح المستشفيات الخاصة، إذ كانت متوسطات الرتب فيها أعلى من مقابلاتها في المستشفيات العامة، وذلك على أبعاد الاتجاهات الثلاثة وعلى الاتجاهات ككل.

3-2-4. اختبار الفرضيات في المستشفيات العامة:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة وأبعاد الاتجاهات، وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة.

يبين الجدول الآتي نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها، والتي تمّ التتويه إليها سابقاً عند اختبار هذه الفرضية على مستوى العينة ككل.

الجدول (47) نتائج الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة

الأبعاد	معامل الارتباط	الاتجاه المعرفي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات
Spearman's rho	بُعد الثقة	**0.827	**0.791	**0.739	**0.811
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الرضا	**0.900	**0.850	**0.851	**0.901
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الالتزام	**0.900	**0.870	**0.907	**0.915
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الحب والمودة	**0.919	**0.884	**0.891	**0.919
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد جودة الاتصالات	**0.443	**0.465	**0.333	**0.455
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	أبعاد جودة العلاقة	**0.953	**0.912	**0.889	**0.955
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000

يتبين من الجدول السابق:

- بالنسبة لبُعد الثقة: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الثقة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.827، 0.791، 0.739)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعد الاتجاه الوجداني والسلوكي، بينما كان هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعد الاتجاه المعرفي، وكان معامل الارتباط بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.811) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الرضا: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الرضا مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.900، 0.850، 0.851)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.901) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الالتزام: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الالتزام مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.900، 0.870، 0.907)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.915) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الحب والمودة: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الحب والمودة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.919، 0.884، 0.891)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين بعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.919) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد جودة الاتصالات: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد جودة الاتصالات مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.443، 0.465، 0.333) ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وبُعدَي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وبُعد الاتجاه السلوكي، وكان معامل الارتباط بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.455) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لمتغير جودة العلاقة ككل: بلغت قيمة معامل ارتباط أبعاد جودة العلاقة ككل مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.953، 0.912، 0.889)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين جودة العلاقة ككل وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة ككل وأبعاد الاتجاهات ككل (0.955) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمُقدمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات، وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة.

أستخدم نموذج الانحدار المتعدد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (48) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
5.542	0.955	0.956	0.978	1

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وبين المتغيرات المستقلة (أبعاد جودة العلاقة) في المستشفيات العامة محل الدراسة قد بلغت (0.978) وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.956)، أي أن المتغير المستقل (أبعاد جودة العلاقة) قد فسرت ما نسبته (95.6%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات العامة محل الدراسة وفق الآتي:

الجدول (49) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات العامة محل الدراسة

Sig.	F	Mean Square	Df	Sum of Squares	Model	
0.000	837.876	25731.917	5	128659.587	Regression	1
		30.711	194	5957.913	Residual	
			199	134617.500	Total	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة في أبعاد الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي المتعدد جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة. ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات العامة محل الدراسة:

الجدول (50) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات العامة محل الدراسة

Coefficients						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
0.890	-.139-		2.219	-.309-	(Constant)	1
0.353	0.931	0.030	0.158	0.147	بُعد الثقة	
0.751	0.318	0.020	0.218	0.069	بُعد الرضا	
0.000	6.862	0.375	0.233	1.596	بُعد الالتزام	
0.000	11.944	0.545	0.145	1.734	بُعد الحب والمودة	
0.000	4.035	0.068	0.099	0.401	بُعد جودة الاتصالات	

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد أثر معنوي لبُعدي (الثقة، الرضا) في الاتجاهات، بينما كان هناك أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة الآتية: (الالتزام، الحب والمودة، جودة الاتصالات) في أبعاد الاتجاهات، إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية. كما يتبين من الجدول السابق أن أكثر متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغير التابع (الاتجاهات) كان الحب والمودة، حيث بلغ تأثيره (1.734) وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة.

كما تم اختبار هذه الفرضية على مستوى المحور جودة العلاقة (المتغير المستقل) ككل، وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة:

تم استخدام نموذج الانحدار البسيط لدراسة أثر المتغير المستقل (جودة العلاقة ككل) في المتغير التابع (الاتجاهات) في المستشفيات العامة محل الدراسة، وكانت النتائج وفق الجداول الآتية:

الجدول (51) معامل الارتباط ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات العامة محل الدراسة

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
7.141	0.925	0.925	0.962	1

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير التابع أبعاد الاتجاهات وبين المتغير المستقل جودة العلاقة في المستشفيات العامة محل الدراسة قد بلغت (0.962) وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.925)، أي أن المتغير المستقل (جودة العلاقة) قد فسر ما نسبته (92.5%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار الخطي البسيط في المستشفيات العامة محل الدراسة وفق الآتي:

الجدول (52) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في المستشفيات العامة محل الدراسة

Sig.	F	Mean Square	Df	Sum of Squares	Model	
0.000	2441.986	124521.133	1	124521.133	Regression	1
		50.992	198	10096.367	Residual	
			199	134617.500	Total	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لجودة العلاقة في الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي البسيط جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع، وذلك المستشفيات العامة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة وفق التالي:

الجدول (53) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها في المستشفيات العامة محل الدراسة

Coefficients					
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	-12.245-		1.641	-20.090-	(Constant)
0.000	49.416	0.962	0.018	0.899	جودة العلاقة

يتبين من الجدول السابق أن هناك أثر معنوي لجودة العلاقة في الاتجاهات، إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية، وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة. ويمكن توضيح العلاقة بين المتغيرين وفق المعادلة الآتية:

$$\text{الاتجاهات} = -20.090 + (0.899 \times \text{جودة العلاقة})$$

يتبين من المعادلة السابقة أنه كلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة ؛ فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.899) وبالاتجاه نفسه.

ومما سبق نرفض الفرضية الأساسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات، وذلك على كل بُعد وعلى الأبعاد مجتمعة، ومنه تؤثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى وذلك في المستشفيات العامة محل الدراسة. الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد و المواساة).

أستخدم اختبار مان ويتني (Mann-Whitney U) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد و المواساة)، وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (54) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى العام

(الأسد و المواساة)

الأبعاد	المشفى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
بُعد الثقة	الأسد	96	143.75	13800.00
	المواساة	104	60.58	6300.00
	Total	200		
بُعد الرضا	الأسد	96	148.50	14256.00
	المواساة	104	56.19	5844.00
	Total	200		
بُعد الالتزام	الأسد	96	152.25	14616.00
	المواساة	104	52.73	5484.00

		200	Total	
14604.00	152.13	96	الأسد	بُعد الحب والمودة
5496.00	52.85	104	المواساة	
		200	Total	
11496.00	119.75	96	الأسد	بُعد جودة الاتصالات
8604.00	82.73	104	المواساة	
		200	Total	
14520.00	151.25	96	الأسد	أبعاد جودة العلاقة ككل
5580.00	53.65	104	المواساة	
		200	Total	

الجدول (55) نتائج اختبار مان ويتني لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المشفى العام (الأسد والمواساة)

أبعاد جودة العلاقة	بُعد جودة الاتصالات	بُعد الحب والمودة	بُعد الالتزام	بُعد الرضا	بُعد الثقة	
120.000	31440.000	360.000	240.000	3840.000	840.000	Mann-Whitney U
5580.000	86040.000	54960.000	54840.000	58440.000	6300.000	Wilcoxon W
-11.924-	-4.555-	-12.274-	-12.236-	-11.325-	-10.193-	Z
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	Asymp. Sig. (2-tailed)

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند كل متغير كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة وعلى جودة العلاقة ككل تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة).

وكانت الفروق لصالح مستشفى الأسد، إذ كانت متوسطات الرتب في مستشفى الأسد أعلى من مقابلاتها في مستشفى المواساة، وذلك على أبعاد جودة العلاقة الخمسة وعلى جودة العلاقة ككل.

الفرضية الرئيسية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى العام (الأسد والمواساة).

أستخدم اختبار مان ويتني (Mann-Whitney U) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)، وكانت النتائج وفق الآتي:
الجدول (56) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)

الأبعاد	المشفى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
الاتجاه المعرفي	الأسد	96	150.50	14448.00
	المواساة	104	54.35	5652.00
	Total	200		
الاتجاه الوجداني	الأسد	96	152.50	14640.00
	المواساة	104	52.50	5460.00
	Total	200		
الاتجاه السلوكي	الأسد	96	152.13	14604.00
	المواساة	104	52.85	5496.00
	Total	200		
أبعاد الاتجاهات ككل	الأسد	96	152.50	14640.00
	المواساة	104	52.50	5460.00
	Total	200		

الجدول (57) نتائج اختبار مان ويتني لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة)

بُعد الاتجاه المعرفي	بُعد الاتجاه الوجداني	بُعد الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات	
1920.000	0.000	360.000	0.000	Mann-Whitney U
56520.000	5460.000	54960.000	5460.000	Wilcoxon W
-11.794-	-12.252-	-12.504-	-12.235-	Z
0.000	0.000	0.000	0.000	Asymp. Sig. (2-tailed)

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند كل متغير كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات وعلى الاتجاهات ككل تبعاً لمتغير المستشفى العام (الأسد والمواساة).

وكانت الفروق لصالح مستشفى الأسد، إذ كانت متوسطات الرتب في مستشفى الأسد أعلى من مقابلاتها في مستشفى المواساة وذلك على أبعاد الاتجاهات الثلاثة وعلى الاتجاهات ككل.

4-2-4. اختبار الفرضيات في المستشفيات الخاصة:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة العلاقة لمُقدمي الخدمة وأبعاد الاتجاهات، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

يبين الجدول الآتي نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها، والتي تمّ التنويه إليها سابقاً عند اختبار هذه الفرضية على مستوى العينة ككل.

الجدول (58) نتائج الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية لها لحساب معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

الأبعاد	معامل الارتباط	الاتجاه المعرفي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات
Spearman's rho	بُعد الثقة	**0.500	**0.420	**0.388	**0.514
		0.000	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الرضا	**0.384	**0.341	**0.416	**0.409
		0.000	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الالتزام	**0.519	**0.486	**0.678	**0.633
		0.000	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد الحب والمودة	**0.641	**0.600	**0.711	**0.722
		0.000	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	بُعد جودة الاتصالات	**0.684	**0.514	0.473	**0.629
		0.000	0.000	0.000	0.000
Spearman's rho	أبعاد جودة العلاقة	**0.705	**0.626	0.726	**0.766
		0.000	0.000	0.000	0.000

يتبين من الجدول السابق:

- بالنسبة لبُعد الثقة: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الثقة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.500، 0.420، 0.388)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعدي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعد الاتجاه السلوكي، وكان معامل

الارتباط بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.514) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الرضا: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الرضا مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.384، 0.341، 0.416)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد الرضا وبُعدَي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط متوسط الشدة بين بُعد الرضا وبُعد الاتجاه السلوكي، وكان معامل الارتباط بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.409) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الالتزام: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الالتزام مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.519، 0.486، 0.678)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وبُعدَي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وبُعد الاتجاه السلوكي، وكان معامل الارتباط بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.633) بمستوى معنوية (0.000)، وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد الحب والمودة: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد الحب والمودة مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.641، 0.600، 0.711)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.722) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لبُعد جودة الاتصالات: بلغت قيمة معامل ارتباط بُعد جودة الاتصالات مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.684، 0.514، 0.473)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وبُعدَي الاتجاه الوجداني والسلوكي، بينما كان الارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد جودة

الاتصالات وُبُعد الاتجاه المعرفي، وكان معامل الارتباط بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل هو (0.629) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل.

- بالنسبة لمتغير جودة العلاقة ككل: بلغت قيمة معامل ارتباط أبعاد جودة العلاقة ككل مع بُعد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي على التوالي: (0.705، 0.626، 0.726)، ومستوى معنويتها (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي نقول: أن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين جودة العلاقة ككل وأبعاد الاتجاهات الثلاثة، وكان معامل الارتباط بين أبعاد جودة العلاقة ككل وأبعاد الاتجاهات ككل (0.766) بمستوى معنوية (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه فإن هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمُقدّمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

أستخدم نموذج الانحدار المتعدد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (59) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر كل بُعد من أبعاد جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.833	0.693	0.685	5.355

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وبين المتغيرات المستقلة (أبعاد جودة العلاقة) في المستشفيات الخاصة محل الدراسة قد بلغت (0.833) وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.693)، أي أن المتغير المستقل (أبعاد جودة العلاقة) قد فسرت ما نسبته (69.3%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات الخاصة محل الدراسة وفق الآتي:

الجدول (60) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار المتعدد في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	12565.256	5	2513.051	87.624	0.000
1					

		28.680	194	5563.924	Residual	
			199	18129.180	Total	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة في أبعاد الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي المتعدد جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات الخاصة محل الدراسة:

الجدول (61) ثوابت الانحدار الخطي المتعدد ومعنويتها في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Coefficients						
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model	
		Beta	Std. Error	B		
0.007	2.719		5.573	15.153	(Constant)	1
0.584	0.548	0.027	0.287	0.157	بُعد الثقة	
0.352	-0.933-	-0.056-	0.171	-0.160-	بُعد الرضا	
0.000	3.609	0.233	0.227	0.820	بُعد الالتزام	
0.000	6.405	0.414	0.159	1.019	بُعد الحب والمودة	
0.000	7.421	0.387	0.187	1.390	بُعد جودة الاتصالات	

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد أثر معنوي لأبعاد (الثقة، الرضا) في الاتجاهات، بينما كان هناك أثر معنوي لأبعاد جودة العلاقة الآتية: (الالتزام، الحب والمودة، جودة الاتصالات) في أبعاد الاتجاهات. إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية.

كما يتبين من الجدول السابق أن أكثر متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغير التابع (الاتجاهات) هو متغير جودة الاتصالات حيث بلغ تأثيره (1.390)، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة. كما تم اختبار هذه الفرضية على مستوى محور جودة العلاقة (المتغير المستقل) ككل وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة:

تم استخدام نموذج الانحدار البسيط لدراسة أثر المتغير المستقل (جودة العلاقة ككل) في المتغير التابع (الاتجاهات) في المستشفيات الخاصة محل الدراسة، وكانت النتائج وفق الجداول الآتية:

الجدول (62) معامل الارتباط المتعدد ومعامل التحديد لدراسة أثر جودة العلاقة في الاتجاهات في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
5.721	0.641	0.642	0.802	1

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وبين المتغير المستقل (جودة العلاقة) في المستشفيات الخاصة محل الدراسة قد بلغت (0.802) وهو ارتباط طردي وقوي جداً، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.642)، أي أن المتغير المستقل (جودة العلاقة) قد فسر ما نسبته (64.2%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (أبعاد الاتجاهات) وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي نتائج اختبار تحليل التباين لنموذج الانحدار الخطي البسيط في المستشفيات الخاصة محل الدراسة وفق الآتي:

الجدول (63) نتائج تحليل التباين لنموذج الانحدار البسيط في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model	
0.000	355.833	11647.847	1	11647.847	Regression	1
		32.734	198	6481.333	Residual	
			199	18129.180	Total	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية كان أصغر من المستوى الافتراضي (0.05)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: يوجد أثر معنوي لجودة العلاقة في الاتجاهات، وإن نموذج الانحدار الخطي البسيط جيد في تمثيل العلاقة بين المتغيرات، ويمكن استخدامه في التنبؤ بسلوك المتغير التابع، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

ويوضح الجدول الآتي ثوابت نموذج الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة:

الجدول (64) ثوابت الانحدار الخطي البسيط ومعنويتها في المستشفيات الخاصة محل الدراسة

Coefficients					
Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.058	1.910		3.932	7.512	(Constant)
0.000	18.864	0.802	0.035	0.663	جودة العلاقة
					1

يتبين من الجدول السابق أن هناك أثر معنوي لجودة العلاقة في الاتجاهات، إذ كانت مستويات المعنوية المتعلقة بها معنوية، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

ويمكن توضيح العلاقة بين المتغيرين وفق المعادلة الآتية:

$$\text{الاتجاهات} = 7.512 + (0.663 \times \text{جودة العلاقة})$$

يتبين من المعادلة السابقة أنه كلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة؛ فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.663) وبالاتجاه نفسه.

ومما سبق نرفض الفرضية الأساسية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة على أبعاد الاتجاهات، وذلك على كل بُعد وعلى الأبعاد مجتمعة، ومنه تؤثر أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة في اتجاهات المرضى، وذلك في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

الفرضية الرئيسية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي).

أستخدم اختبار كروسكال واليس (Kruskal Wallis Test) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)، وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (65) متوسط الرتب ومجموع الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الرازي)

الأبعاد	المستشفى	العدد	متوسط الرتب
بُعد الثقة	التوفيق	80	104.18
	الروضة	45	110.67
	الرازي	75	90.48
	Total	200	
بُعد الرضا	التوفيق	80	110.93
	الروضة	45	107.73
	الرازي	75	85.04
	Total	200	
بُعد الالتزام	التوفيق	80	116.68
	الروضة	45	95.27
	الرازي	75	86.38
	Total	200	
بُعد الحب والمودة	التوفيق	80	114.79
	الروضة	45	109.23

80.02	75	الزراي	
	200	Total	
94.37	80	التوفيق	بُعد جودة الاتصالات
109.07	45	الروضة	
101.90	75	الزراي	
	200	Total	
112.86	80	التوفيق	أبعاد جودة العلاقة ككل
106.23	45	الروضة	
83.88	75	الزراي	
	200	Total	

الجدول (66) نتائج اختبار كروسكال واليس لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي)

أبعاد جودة العلاقة	بُعد جودة الاتصالات	بُعد الحب والمودة	بُعد الالتزام	بُعد الرضا	بُعد الثقة	
10.293	2.013	15.720	11.707	8.818	5.050	Chi-Square
2	2	2	2	2	2	df
0.006	0.366	0.000	0.003	0.012	0.080	Asymp. Sig.

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند المتغيرات جودة العلاقة ككل والأبعاد (الرضا، الالتزام، الحب والمودة)، كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة (الرضا، الالتزام، الحب والمودة)، وعلى جودة العلاقة ككل تبعاً لمتغير نوع المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي).

كما يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند البعدين (الثقة، جودة الاتصالات)، كانت أكبر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نقبل الفرضية الصفرية أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على بعدي جودة العلاقة لمقدمي الخدمة (الثقة، جودة الاتصالات) تبعاً لمتغير نوع المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي).

ولتحديد جهة الفروق على الأبعاد الدالة إحصائياً أجري اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (67) نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين على أبعاد جودة العلاقة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي)

أبعاد جودة العلاقة	بُعد الحب والمودة	بُعد الالتزام	بُعد الرضا		
1666.500	16980.000	14070.000	17340.000	Mann-Whitney U	الفروق بين
2701.500	27330.000	24420.000	27690.000	Wilcoxon W	مستشفى

-0.688-	-0.543-	-2.117-	-0.344-	Z	التّوفيق
0.491	0.587	0.034	0.731	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّوضة
21450.000	19590.000	2098.500	22320.000	Mann-Whitney U	الفروق بين
49950.000	48090.000	4948.500	50820.000	Wilcoxon W	مستشفي
-3.065-	-3.775-	-3.328-	-2.773-	Z	التّوفيق
0.002	0.000	0.001	0.006	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّازي
12960.000	1192.500	1530.000	12960.000	Mann-Whitney U	الفروق بين
41460.000	4042.500	4380.000	41460.000	Wilcoxon W	مستشفي
-2.126-	-2.703-	-0.869-	-2.149-	Z	الرّوضة
0.034	0.007	0.385	0.032	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّازي

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق جوهرية بين مستشفى التّوفيق والرّوضة على بُعد الالتزام وكانت الفروق لصالح مستشفى التّوفيق، بينما لم تكن الفروق جوهرية بين هذين المستشفيين على بقية الأبعاد وعلى أبعاد جودة العلاقة ككل.

- وجود فروق جوهرية بين مستشفى التّوفيق والرّازي على الأبعاد (الرّضا، الالتزام، الحب والمودة) وعلى أبعاد جودة العلاقة ككل، وعند مقارنة متوسطات الرّتب تبين أن الفروق كانت لصالح مستشفى التّوفيق، على الأبعاد الثلاث وعلى أبعاد جودة العلاقة ككل.

- وجود فروق جوهرية بين مستشفى الرّوضة والرّازي على بُعد (الرّضا، والحب والمودة) وعلى أبعاد جودة العلاقة ككل، وعند مقارنة متوسطات الرّتب تبين أن الفروق كانت لصالح مستشفى الرّوضة، على البعدين وعلى أبعاد جودة العلاقة ككل، بينما لم تكن الفروق جوهرية بين هذين المستشفيين على بُعد الالتزام. الفرضية الرئيسية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير نوع المستشفى الخاص (التّوفيق، الرّوضة، الرّازي).

أستخدم اختبار كروسكال واليس (Kruskal Wallis Test) لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التّوفيق، الرّوضة، الرّازي)، وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول (68) متوسط الرّتب ومجموع الرّتب على أبعاد الاتجاهات لمُقدّمي الخدمة تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التّوفيق، الرّوضة، الرّازي)

الأبعاد	المستشفى	العدد	متوسط الرّتب
الاتجاه المعرفي	التّوفيق	80	94.99
	الرّوضة	45	123.97

92.30	75	الزراي	
	200	Total	
99.08	80	التوفيق	الاتجاه الوجداني
118.07	45	الروضة	
91.48	75	الزراي	
	200	Total	
107.25	80	التوفيق	الاتجاه السلوكي
109.93	45	الروضة	
87.64	75	الزراي	
	200	Total	
100.52	80	التوفيق	أبعاد الاتجاهات ككل
121.47	45	الروضة	
87.90	75	الزراي	
	200	Total	

الجدول (69) نتائج اختبار كروسكال واليس لاختبار معنوية الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي)

الاتجاه المعرفي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات	
9.801	6.395	6.571	9.519	Chi-Square
2	2	2	2	df
0.007	0.041	0.037	0.009	Asymp. Sig.

يتبين من الجدول السابق أن مستويات المعنوية لمؤشر الاختبار عند المتغيرات الاتجاهات ككل والأبعاد (الاتجاه المعرفي، الاتجاه الوجداني، الاتجاه السلوكي)، كانت أصغر من مستوى المعنوية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على الاتجاهات ككل وأبعادها (الاتجاه المعرفي، الاتجاه الوجداني، الاتجاه السلوكي)، تبعاً لمتغير نوع المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي).

ولتحديد جهة الفروق أجري اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين وكانت النتائج وفق

الآتي:

الجدول (70) نتائج اختبار مان ويتني للمقارنة بين متوسطي كل مجموعتين على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير المستشفى الخاص (التوفيق، الروضة، الزراي)

الاتجاه المعرفي	الاتجاه الوجداني	الاتجاه السلوكي	أبعاد الاتجاهات		
1288.500	1450.500	1780.500	1410.000	Mann-Whitney U	الفروق بين مستشفى التوفيق
4528.500	4690.500	5020.500	4650.000	Wilcoxon W	
-2.668-	-1.868-	-0.108-	-2.016-	Z	

0.044	0.914	0.062	0.008	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّوضة
2608.500	2440.500	2764.500	2929.500	Mann-Whitney U	الفروق بين
5458.500	5290.500	5614.500	5779.500	Wilcoxon W	مستشفى
-1.405-	-2.083-	-0.862-	-0.254-	Z	التّوفيق
0.160	0.037	0.389	0.799	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّازي
11340.000	1282.500	1246.500	11430.000	Mann-Whitney U	الفروق بين
39840.000	4132.500	4096.500	39930.000	Wilcoxon W	مستشفى
-3.013-	-2.279-	-2.485-	-2.982-	Z	الرّوضة
0.003	0.023	0.013	0.003	Asymp. Sig. (2-tailed)	والرّازي

يتبين من الجدول السابق:

- وجود فروق جوهرية بين مستشفى التّوفيق والرّوضة على بُعد الاتجاه المعرفي وعلى أبعاد الاتجاهات ككل وعند مقارنة متوسطات الرّتب كانت الفروق لصالح مستشفى الرّوضة، بينما لم تكن الفروق جوهرية بين هذين المستشفىين على بُعدَي الاتجاه الوجداني والاتجاه السلوكي.
- وجود فروق جوهرية بين مستشفى التّوفيق والرّازي على بُعد الاتجاه السلوكي، وعند مقارنة متوسطات الرّتب تبين أن الفروق كانت لصالح مستشفى التّوفيق، بينما لم تكن جوهرية على البُعدين (الاتجاه المعرفي، والاتجاه الوجداني) وعلى أبعاد الاتجاهات ككل.
- وجود فروق جوهرية بين مستشفى الرّوضة والرّازي على الأبعاد الثلاثة وعلى أبعاد الاتجاهات ككل، وعند مقارنة متوسطات الرّتب تبين أن الفروق كانت لصالح مستشفى الرّوضة على الأبعاد الثلاثة وعلى أبعاد الاتجاهات ككل.

ترتيب المستشفيات محل الدراسة من حيث مستوى جودة العلاقة:

بناءً على متوسطات الرتب، و جمع نتيجة الجدول (54) والجدول (65) يظهر الجدول التالي:

الجدول (71) متوسط الرتب على أبعاد جودة العلاقة لمقدمي الخدمة تبعاً لمتغير كل من مستشفى

(الأسد، المواساة، التوفيق، الروضة، والرازي)

الأبعاد	المستشفى	العدد	متوسط الرتب
أبعاد جودة العلاقة ككل	الأسد	96	151.25
	المواساة	104	53.65
	التوفيق	80	112.86
	الروضة	45	106.23
	الرازي	75	83.88
	Total	400	

مما سبق يمكننا ترتيب المستشفيات محل الدراسة من حيث مستوى جودة العلاقة ترتيباً تنازلياً وفق التالي:
احتل مستشفى الأسد الجامعي المرتبة الأولى من حيث مستوى جودة العلاقة، يليه مستشفى التوفيق في المرتبة الثانية، ثم الروضة بالمرتبة الثالثة، ويحتل مستشفى الرازي المرتبة الرابعة، ويأتي مستشفى المواساة بالمرتبة الخامسة والأخيرة.

فيكون ترتيبهم على الشكل التالي:

1. الأسد الجامعي
2. التوفيق
3. الروضة
4. الرازي
5. المواساة

فعلى الرغم من وجود فروق جوهريّة بين مستوى جودة العلاقة بين المستشفيات العامة والخاصة لصالح المستشفيات الخاصة، إلا أن الجدول (71) يُبين أنه على الرغم من هذه النتيجة إلا أن مستشفى الأسد الجامعي وهو مستشفى عام، قد تفوّق على باقي المستشفيات الخاصة من حيث مستوى جودة العلاقة، ويمكن تبرير تفوق المستشفيات الخاصة على العامة بالفروق كان بسبب ترتيب مستشفى المواساة وهو مستشفى عام بالمرتبة الأخيرة بين المستشفيات محل الدراسة وهذا ما يفسر ما سبق.

ترتيب المستشفيات محل الدراسة من حيث مستوى الاتجاهات الإيجابية نحو المستشفى:
بناءً على متوسطات الرتب والتي حصلنا عليها نتيجة جمع نتيجة الجدول (56) والجدول (68) يظهر الجدول التالي:

الجدول (72) متوسط الرتب على أبعاد الاتجاهات تبعاً لمتغير كل من مستشفى (الأسد، المواساة، التوفيق، الرازي، والروضة)

الأبعاد	المشفى	العدد	متوسط الرتب
أبعاد الاتجاهات ككل	الأسد	96	152.50
	المواساة	104	52.50
	التوفيق	80	100.52
	الروضة	45	121.47
	الرازي	75	87.90
	Total	400	

مما سبق يمكننا ترتيب المستشفيات محل الدراسة من حيث مستوى الاتجاهات ترتيباً تنازلياً وفق التالي:
احتل مستشفى الأسد الجامعي المرتبة الاولى من حيث مستوى الاتجاهات، يليه مستشفى الروضة بالمرتبة الثانية، ثم مستشفى التوفيق بالمرتبة الثالثة، واحتل مستشفى الرازي المرتبة الرابعة، ويأتي مستشفى المواساة بالمرتبة الخامسة والأخيرة.
فيكون ترتيبهم على الشكل التالي:

1. الأسد الجامعي
2. الروضة
3. التوفيق
4. الرازي
5. المواساة

فعلى الرغم من وجود فروق جوهريّة بين مستوى الاتجاهات بين المستشفيات العامة والخاصة لصالح المستشفيات الخاصة، إلا أن الجدول (72) يُبين أنه على الرغم من هذه النتيجة إلا أن مستشفى الأسد الجامعي وهو مستشفى عام وقد تفوّق على باقي المستشفيات الخاصة من حيث مستوى الاتجاهات ، ويمكن تبرير تفوّق المستشفيات الخاصة على العامة بالفروق؛ بسبب ترتيب مستشفى المواساة وهو مستشفى عام بالمرتبة الأخيرة بين المستشفيات محل الدراسة وهذا ما يفسر ما سبق.

الفصل الخامس : النتائج والمقترحات

5-1. نتائج البحث

5-2. المقترحات والتوصيات

5-3. الدراسات المستقبلية

5-1. نتائج البحث:

خلص البحث إلى النتائج الآتية:

• نتائج عامة:

- 1- تتوفر أبعاد جودة العلاقة بدرجة موافق (مرتفعة نوعاً ما) في المستشفيات العامة والخاصة محل الدراسة، وهناك اهتمام فوق المتوسط من قِبل إدارات المستشفيات المدروسة بمفهوم جودة العلاقة مع مرضاهم.
- 2- تتوفر أبعاد الاتجاهات بدرجة موافق (مرتفعة نوعاً ما) في المستشفيات العامة والخاصة محل الدراسة.
- 3- درجة شعور المريض بأنه ضمن عائلته في المستشفيات محل الدراسة كانت متوسطة (محايد).
- 4- كانت درجة شرح الكادر الطبي لعملية التطبيب والمعالجة بالتفصيل متوسطة (محايد) في المستشفيات محل الدراسة.
- 5- إن درجة إيمان المرضى بالمستشفيات محل الدراسة بأنها أفضل من باقي المستشفيات متوسطة (محايد) في المستشفيات محل الدراسة.
- 6- الأبعاد الأكثر تأثيراً على مستوى جودة العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة في المستشفيات محل الدراسة هي بالترتيب: الثقة، ومن ثم جودة الاتصالات، و يليها الرضا، ثم الالتزام والحب والمودة على التوالي.
- 7- الأبعاد الأكثر تأثيراً على الاتجاهات النفسية للمريض في المستشفيات محل الدراسة يأتي الاتجاه المعرفي بالمرتبة الأولى، و يليه الاتجاه الوجداني، ومن ثم يأتي الاتجاه السلوكي للمريض في المرتبة الأخيرة.
- 8- يوجد ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعدَي جودة العلاقة (الثقة، الرضا)، وأبعاد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي.
- 9- يوجد ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وبُعدَي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وبُعد الاتجاه السلوكي، (ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل).
- 10- يوجد ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاه المعرفي والوجداني والسلوكي.
- 11- يوجد ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات الثلاثة.

12- هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل، فكلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة، فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.887) وبالاتجاه نفسه.

13- وجود فروق جوهرية بين المستشفيات العامة والخاصة من حيث جودة العلاقة ككل وأبعادها الخمسة كل على حدة، ومن حيث الاتجاهات ككل وأبعادها الثلاثة كل على حدة، وكانت الفروق لصالح المستشفيات الخاصة.

14- أكثر متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغير التابع (الاتجاهات) كان الحب والمودة، حيث بلغ تأثيره (1.471)، يليه متغير الالتزام بالعلاقة بتأثير (1,413)، ومن ثم بالمرتبة الثالثة بُعد الثقة بتأثير (0,629)، واحتل المرتبة الأخيرة بالتأثير على الاتجاهات بُعد جودة الاتصالات بتأثير (0,541)، وبالمقابل لم يكن للرضا تأثير على اتجاهات المريض.

• نتائج على مستوى المستشفيات العامة:

1- هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعد الاتجاه الوجداني والسلوكي، بينما كان هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وبُعد الاتجاه المعرفي في المستشفيات العامة محل الدراسة، (هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل).

2- هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين أبعاد جودة العلاقة التالية: (الرّضا، الالتزام، الحب والمودة) وأبعاد الاتجاهات الثلاثة في المستشفيات العامة محل الدراسة.

3- هناك ارتباط متوسط الشّدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وبُعدّي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وبُعد الاتجاه السلوكي في المستشفيات العامة محل الدراسة (هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل)

4- هناك ارتباط قوي جداً وموجب ومعنوي بين جودة العلاقة ككل وأبعاد الاتجاهات الثلاثة في المستشفيات العامة محل الدراسة، فكلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة ، فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.899)، وبالاتجاه نفسه.

5- وجود فروق جوهريّة بين المستشفيات العامة كمستشفى الأسد والمواساة من حيث أبعاد جودة العلاقة ككل، وأبعادها الخمسة كل على حدة، ومن حيث أبعاد الاتجاهات ككل وأبعادها الثلاثة كل على حدة، وكانت الفروق لصالح مستشفى الأسد.

6- أكثر متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغيّر التابع (الاتجاهات) كان الحب والمودة، ويليه الالتزام وجودة الاتصالات على التوالي، ولم يكن هناك تأثير لِبُعْدِي (الثقة والرضا) وذلك في المستشفيات العامة محل الدّراسة.

• نتائج على مستوى المستشفيات الخاصة:

1- هناك ارتباط متوسط الشّدة وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وِبُعْدِي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد الثقة وِبُعْد الاتجاه السلوكي في المستشفيات الخاصة محل الدراسة (هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بعد الثقة وأبعاد الاتجاهات ككل).

2- هناك ارتباط ضعيف وموجب ومعنوي بين بُعد الرّضا وِبُعْدِي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط متوسط الشّدة بين بُعد الرّضا وِبُعْد الاتجاه السلوكي في المستشفيات الخاصة محل الدّراسة (هناك ارتباط متوسط الشدة وموجب ومعنوي بين بعد الرضا وأبعاد الاتجاهات ككل).

3- هناك ارتباط متوسط الشّدة وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وِبُعْدِي الاتجاه المعرفي والوجداني، بينما كان الارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الالتزام وِبُعْد الاتجاه السلوكي في المستشفيات الخاصة محل الدّراسة (هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بعد الالتزام وأبعاد الاتجاهات ككل).

4- هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد الحب والمودة وأبعاد الاتجاهات الثلاثة في المستشفيات الخاصة محل الدّراسة.

5- هناك ارتباط متوسط الشّدة وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وِبُعْدِي الاتجاه الوجداني والسلوكي، بينما كان الارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بُعد جودة الاتصالات وِبُعْد الاتجاه المعرفي في المستشفيات الخاصة محل الدّراسة (هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين بعد جودة الاتصالات وأبعاد الاتجاهات ككل).

- 6- هناك ارتباط قوي وموجب ومعنوي بين أبعاد جودة العلاقة وأبعاد الاتجاهات ككل في المستشفيات الخاصة محل الدراسة، فكلما تغيرت جودة العلاقة بمقدار وحدة واحدة، فإن الاتجاهات ستتغير بمقدار (0.663) وبالاتجاه نفسه في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.
- 7- هناك فروق دالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة (التوفيق، الروضة، الرّازي) من حيث أبعاد جودة العلاقة ككل وأبعادها (الرّضا، الالتزام، الحب والمودة)، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة (التوفيق، الروضة، الرّازي) على أبعاد جودة العلاقة (الثقة، جودة الاتصالات).
- 8- أكثر متغيرات جودة العلاقة تأثيراً في المتغير التابع (الاتجاهات) كان جودة الاتصالات، ويليه الحب والمودة والالتزام على التوالي، ولم يكن لكل من (الرّضا والثقة) تأثير على الاتجاهات النفسية للمريض وذلك المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

2-5. المقترحات والتوصيات:

يوصي البحث بما يلي:

• توصيات عامة:

- 1- ضرورة اهتمام المستشفيات العامة والخاصة بدراسة جودة علاقتها مع مرضاها، وتعزيز أهميتها ومفهومها في أذهان الموظفين في المستشفى عموماً ومُقدّمي الخدمة في الخط الأول بشكل خاص، كما يجب على المستشفى تدريب جميع موظفيها على ذلك، ابتداءً من موظفي الكراج والاستقبال وعمال النظافة والكادر الطبي وجميع الذين على لقاء وتماس مباشر مع المرضى والزوار، لأن خطأ أحدهم قد يكون كفيلاً بسخط العميل على المستشفى بمجمله، مما قد يؤدي بإنهاء علاقاتهم معه وتدهور مستوى جودة العلاقة مما يعود بعواقب كارثية على المستشفى .
- 2- تعزيز مفهوم جودة العلاقة في المستشفيات السورية لما لها من تأثير إيجابي على اتجاهات المرضى نحو المستشفى، ومما يُكسبها ميزة تنافسية في قطاع الصحة والرعاية الصحية عالمياً، وضرورة تحسين نظرة المريض نحو المستشفى وذلك من خلال خلق علاقات طويلة الأمد وذات جودة عالية معهم.
- 3- من الضروري تعزيز اهتمام المستشفيات السورية بعناصر جودة العلاقة الخمسة في المستشفيات العامة والخاصة ولا سيما الحب والمودة، وتعزيز شعور المريض بأنه ضمن عائلته عند زيارته للمستشفى

وتفاعله مع مُقدّمي الخدمة فيها، حيث يتوجب عليهم الاهتمام أكثر بالجانب النفسي، فتقديم الدّعم النّفسي للمريض هو الأهم ويُعدّ ثلثي العلاج.

4- يجب على إدارة المستشفيات تعزيز نزاهة الموظفين، وخاصة من هم على تماس واحتكاك مباشر مع المرضى .

5- ربط تراخيص المستشفيات باتباع دورات متخصصة عن جودة العلاقة والمعاملة الإنسانية الطيبة، وجودة التفاعل ومهارات التواصل مع المرضى للقائمين على إدارة المستشفى والعاملين فيها وخاصة مُقدّمي الخدمة الذين هم على تماس مباشر مع المرضى.

6- إدخال مفهوم جودة العلاقة وأهميتها في المناهج التعليمية للكليات والمعاهد التي يتخرّج منها كل من موظفي المستشفى من إداريين، وممرضين، وأطباء، ومقدمي للخدمة. حيث أن شرح مُجمل عناصر جودة العلاقة وتوضيحها لكل من إدارة المستشفيات والعاملين فيها جميعاً أمر ضروري.

7- زيادة التركيز على جودة الاتصال بين مُقدم الخدمة والمريض، والاهتمام أكثر بشرح الكادر الطبي لعملية التطبيب والمعالجة بالتفصيل.

8- التركيز على زيادة الاتجاه المعرفي الإيجابي للمريض نحو المستشفى، ومحاولة الإدارة تعزيز درجة إيمان المرضى بأن مستشفاهم هي الأفضل من بين المستشفيات الأخرى المنافسة من خلال العمل على رفع مستوى جودة العلاقة معهم.

9- زيادة تركيز إدارة المستشفيات على تكوين اتجاه إيجابي قوي للمرضى نحو المستشفى، وذلك من خلال التركيز على أبعادها الثلاثة، ابتداءً بالاتجاه المعرفي، ومروراً بالاتجاه الوجداني، وانتهاءً بالاتجاه السلوكي دون إهمال أحدها.

10- على الرغم من أن بُعد الرّضا ليس له أي تأثير على اتجاهات المريض نحو المستشفى إلا أنه ينبغي على الإدارة أن لا تُهمل رضا المرضى، حيث إن جودة العلاقة لا يمكن تعزيزها إلا من خلال الجمع بين أبعادها الخمسة مجتمعةً بما في ذلك الرّضا .

11- استغلال علاقات المستشفى القوية مع مرضاها للتعرف على احتياجات ورغبات المرضى بغية إشباعها بأكبر قدر ممكن من الجودة، وتحسين الخدمة، والأخذ بالملاحظات البناءة للمرضى.

12- يتوجب العمل على التقييم المستمر لدرجة العلاقة ومستوى جودتها بين المريض ومُقدّمي خدمة الرعاية الصحية بشكل دوري، لتفعيل الرقابة على علاقات المستشفى مع مرضاها وزوارها، وترميم علاقاتها التالفة مع عملائها والعمل على إصلاحها، ومحاسبة المسيئين من الموظفين ومُقدّمي الخدمة لعلاقات المستشفى والمساس بسمعتها.

• توصيات للمستشفيات العامة:

- 1- التركيز أكثر على الثقة، والرّضا عن العلاقة، والالتزام بالعلاقة، والحب والمودة معاً، لتأثيرها الموجب والقوي جداً على الاتجاه المعرفي نحو المستشفيات العامة.
- 2- التركيز على الرّضا، والالتزام، والحب والمودة، لما لهم من تأثير موجب وقوي جداً على الاتجاه الوجداني، ومن ثم التركيز على الثقة لما لها من تأثير موجب وقوي على الاتجاه الوجداني نحو المستشفيات العامة.
- 3- التركيز على الرّضا، والالتزام، والحب والمودة لما لهم من تأثير موجب وقوي جداً على الاتجاه السلوكي، ومن ثم التركيز على الثقة لما لها من تأثير موجب وقوي على الاتجاه السلوكي للمريض نحو المستشفيات العامة.
- 4- يجب على المستشفيات العامة التركيز أكثر على بُعد الحب والمودة بالمرتبة الأولى، وعلى بُعدي الالتزام، وجودة الاتصالات بالمراحل اللاحقة، لخلق اتجاه إيجابي للمرضى نحوها.

• توصيات للمستشفيات الخاصة:

- 1- التركيز على بُعدي الالتزام، والحب والمودة لما لهما من تأثير موجب وقوي على الاتجاه السلوكي للمريض نحو المستشفيات الخاصة.
- 2- التركيز على بُعدي جودة الاتصالات والحب والمودة لما لهما من تأثير موجب وقوي على الاتجاه المعرفي للمرضى نحو المستشفيات الخاصة.
- 3- التركيز على الحب والمودة لما له من تأثير موجب وقوي على الاتجاه الوجداني للمرضى نحو المستشفيات الخاصة.
- 4- يتوجب على المستشفيات الخاصة تركيز اهتمامها على جودة الاتصالات بالمرتبة الأولى، و من ثم الحب والمودة، و من بعدهما الالتزام بالعلاقة، لما لهم من تأثير في اتجاهات المرضى الإيجابية نحوها.

3-5. الدراسات المستقبلية:

- 1- دراسة جودة العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمة في المستشفيات السورية.
- 2- إعادة الدراسة على باقي مستشفيات المدن السورية ومقارنتها مع نتائج هذه الدراسة التي تمت في مستشفيات مدينة دمشق العاصمة سواء العامة أو الخاصة، ودراسة واقع جودة العلاقة للمستشفيات السورية في باقي المدن لتقديم التوصيات اللازمة لتحسين جودة علاقة المستشفى مع مرضاها، وبالتالي تعزيز الاتجاه الإيجابي نحوها.
- 3- أخذ أبعاد أخرى من أبعاد جودة العلاقة في قطاع الرعاية الصحية، وقياسها ودراسة تأثيرها في اتجاهات المرضى نحو المستشفى.
- 4- دراسة تأثير جودة العلاقة في الاتجاهات في قطاعات أخرى لندرة ربط هذين المتغيرين مع بعضهما في جميع القطاعات.

قائمة المراجع:

1. الكتب:

أ. باللغة العربية:

- 1- إبراهيم، حافظ ؛ كامل لويس، مليكة.(1965). الاتجاهات النفسية للشباب نحو مركز المرأة- قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية، ب ط. القاهرة: الدار القومية للطباعة والنشر.
- 2- أبو جادو، صالح.(1998). علم النفس التربوي (ط1) . عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 3- بني جابر، جودة. (2004). علم النفس الاجتماعي. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 4- جابر، نصر الدين ؛ لوكيا، الهاشمي.(2006). مفاهيم أساسية في علم النفس الاجتماعي، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية للطبعة الجهوية.
- 5- جازية، كيران. (2008). محاضرات في المنهجية لطلاب علم الاجتماع. الجزائر: بن عكنون، ديوان المطبوعات الجامعية ، الساحة المركزية.
- 6- دويدار، عبد الفتاح .(2006). علم النفس الاجتماعي أصوله و مبادئه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 7- رودني، دوران.(1985). أساسيات القياس والتقويم في تدريس العلوم ، ترجمة محمد سعيح وآخرون ، الأردن :دار الأمل.
- 8- الزبيدي، كامل. (2003). علم النفس الاجتماعي، د ط. الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
- 9- السيد، فؤاد ؛ سعد، عبد الرحمن. (1999). علم النفس الاجتماعي- رؤية معاصرة، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، الكتاب التاسع . ب ط . القاهرة: دار الفكر العربي.
- 10- شعيب، محمد عبد المنعم. (2013). إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي الجزء الثالث (ط1). القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 11- شقير، زينب. (2001). الباثولوجيا الاجتماعية و المشكلات المعاصرة. مكتبة الانجلو المصرية.
- 12- شند، سميرة ابراهيم ؛ عبد الفتاح، نبيل؛ سليمان، عبد الرحمن.(1997). مقدمة في علم النفس الاجتماعي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 13- الصميدعي ،محمود ؛ ويوسف، ردينة. (2007). سلوك المستهلك. ط1. عمان: دار المناهج للنشر و التوزيع.

- 14- طاقة، ياسين.(1989). الاتجاهات والحياة. بغداد: إباد للطباعة.
- 15- الطالب ، نزار ؛ كامل طه، الويس.(2000). علم النفس الرياضي (ط2). الموصل: دار الكتب.
- 16- طعيمة، رشدي. (2014). تعليم العربية لغير الناطقين بها: مناهجه وأساليبه. ط1. الرباط :المنظمة الإسلامية للتربية والثقافة والعلوم الإيسيسكو.
- 17- طه، فرج ؛ قنديل، شاكر ،محمد، حسين ؛ عبد الفتاح، مصطفى. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الطبعة الأولى. الكويت: دار سعاد الصباح.
- 18- الطواب، سيد. (1990). الاتجاهات النفسية وكيفية تغييرها. القاهرة.
- 19- عبد الرحمن، سعد. (1992). القياس النفسي بين النظرية والتطبيق. ب ط: دار الفكر العربي.
- 20- عبد الرحمن، سعد. (1992). القياس النفسي بين النظرية والتطبيق. ب ط: دار الفكر العربي.
- 21- عبدالخالق، أحمد. (2001). الأبعاد الأساسية للشخصية. (ط3). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 22- عبيدات، محمد. (2000). سلوك المستهلك: مدخل استراتيجي. الطبعة الثالثة. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
- 23- العتوم، عدنان يوسف. (2009). علم النفس الاجتماعي. ط1. الأردن: إثراء للنشر والتوزيع.
- 24- عنابي بن عيسى. (2003). سلوك المستهلك: عوامل التأثير النفسية، الجزء الثاني. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 25- عويضة، كامل محمد. (1996). علم النفس الصناعي. القاهرة: دار الكتب العلمية.
- 26- قطامي، يوسف ؛ نايف، قطامي. (2003). نماذج التدريس الصفي. ط2. عمان: دار الشروق للطباعة.
- 27- الكندري، أحمد. (1995). علم النفس الاجتماعي والحياة المعاصرة. ب ط. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 28- اللقاني، أحمد وعلي، الجمل. (1999). معجم المصطلحات التربوية، الطبعة الثانية. القاهرة: عالم الكتب.
- 29- ماري، لمبي روز ؛ دانيلز، مورنج ديبى.(2003). الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. الجزء الثاني: الفنيات وأساليب التدخل، ترجمة علاء الدين كقافي ومايسة أحمد الفيال. ب ط. القاهرة: دار قباء.
- 30- المحاميد، شاكر. (2003). علم النفس الاجتماعي. الأردن، الكرك: مركز يزيد للخدمات الطلابية.

31- الطواب، سيد ؛ صالح، أحمد ؛ قاسم، ناجي ؛ هاشم، مها؛ مكاري، نبيلة.(2001). المدخل إلى علم النفس التربوي.

32- مذكور، إبراهيم. (1995). معجم العلوم الاجتماعية. القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب.

33- معلا، ناجي. (1996). الأصول العلمية للترويج التجاري والإعلان. الطبعة الثانية. الأردن: دار المكتبة الوطنية.

ب. باللغة الإنكليزية:

- 1- Bougardous. (1931). Fundmental of Fsychoiogy ,2nd Edition and Grofts.
- 2- Buhler, A. & Nuffer, G. (2010). Relationship marketing in sports. Burlington, MA: Elsevier Ltd.
- 3- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, p 1.
- 4- Egan, John .(2011). Relationship marketing Exploring relational strategies in marketing, Fourth Edition, London South Bank University.
- 5- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). Understanding attitudes and predicting social Behavior, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- 6- Fritzsche, Kurt ; McDaniel, Susan H., Wirsching, Michael .(2020). Psychosomatic Medicine:An International Guide for the Primary Care Setting,Second Edition.
- 7- Gronroos, C. (1990). Service Management and Marketing, Lexington Books, Toronto, ONT.
- 8- Gronroos, C. (2000). Service Management and Marketing. A Customer Relationship Management Approach, 2nd ed., John Wiley & Sons Ltd., Chichester.
- 9- Guiltinan, J.P., Gordon, W.P. and Madden, T.J. (1997). Marketing Management Strategies and Programs, 6th ed., McGraw-Hill, New York, NY.

- 10- Gummesson, E. (2008). Total Relationship Marketing, 3rd edition, Butterworth-Heinemann, MA, USA.
- 11- Hawkins, D.I., Best, R.J. and Koch, E.C. (2007). Consumer Behavior: Building Marketing Strategy, 10th ed., McGraw-Hill, New York, NY.
- 12- Howard, J. A. (1994). Buyer behavior in marketing strategy, (2nd ed.). NJ: Prentice Hall.
- 13- Kinicki, Angelo & Robert Kreitner. (2006). Organizational Behavior: Key concepts, skills & Best practices, Mc Graw – Hill companies, Inc., Boston.
- 14- Kotler, P., & Keller, K.L. (2008). Marketing Management (13th ed.), Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ.
- 15- Kotler, P., Keller, K. L. (2006). Marketing Management. New Delhi: Prentice-Hall of India.
- 16- Saunders, Mark; Lewis, Philip; Thornhill, Adrian.(2009). Research methods for business students, fifth edition.
- 17- Simpson, John; Wiener, Edmund; Murray, James .(2003). Oxford Dictionary,Oxforde.
- 18- Levitt, T., & Levitt, I. M. (1986). Marketing Imagination: New. Simon and Schuster.
- 19- Luthans, Fred. (1995). Organizational Behavior, (7th ed.), Mc Graw-Hill, Inc., New York.
- 20- Myers, David,G. (1999). Social psychology.6th Edition. Holland: The MC GrawHill.
- 21- O'Keefe, D. (2002). Persuasion: Theory and Research, 2nd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

- 22- Schiffman, L.G. and Kanuk, L.L. (2006). Consumer Behavior, 9th ed., Prentice-Hall, New York, NY.
- 23- Wilkie, W. (1986). Consumer behavior, Wiley, New York, NY.
- 24- Wilkie, W.L. (1994). Consumer Behavior, 3rd ed., John Wiley & Sons, New York, NY.

2. البحوث والدراسات:

أ. باللغة العربية:

- 1- الصرن، رعد. (2016). قياس أبعاد جودة العلاقة بين المؤسسة الإعلامية وجمهورها. مجلة جامعة دمشق، المجلد (32)، (العدد 1)، 303-333.
- 2- المخزومي، أمل. (1989). سلوك واتجاه طلبة كلية الشريعة بجامعة التاسع من أيلول بأزمير نحو اللغة العربية. مجلة رسالة الخليج العربي، العدد (31). الرياض.
- 3- الملك، هاجر ؛ علي، الطاهر. (2016، 10-3). جودة الخدمات المصرفية وأثرها علي رضا العميل. مجلة العلوم الاقتصادية، (مج 17، ع 1)، 1858-6740.
- 4- العنبيكي، حيدر. (2014). بناء تطبيق مقياس اتجاهات طلبة كلية التربية الأساسية نحو مادة الإحصاء التربوي. مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد (160)، 567-615.
- 5- بدر، رقية ؛ أحمد، عبد الباقي ؛ سعد، انتصار. (2010). الاتجاهات النفسية لمواطني جنوب السودان نحو الانفصال عن الشمال. مجلة الاستراتيجية والأمن الوطني.
- 6- صديق، حسين. (2012). الاتجاهات من منظور علم الاجتماع. مجلة جامعة دمشق، المجلد (28)، (العدد 4+3-2012)، 299-322.
- 7- طاهر، حيدر. (2012). اتجاهات طلبة التربية الفنية نحو استعمال الحاسوب التعليمي في تنفيذ متطلبات الدروس العملية. مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد (18)، (العدد 73)، 601-622.
- 8- مجاهدي، فاتح ؛ شراف، براهيم. (2015). دراسة اتجاهات المستهلك الجزائري نحو علامة المؤسسة الوطنية للصناعات الإلكترونية. مجلة الردة لاقتصاديات الأعمال، العدد (2015/01)، 86-113.
- 9- بن عامر، وسيلة؛ بو عمر، سهيلة؛ إبراهيمي، كوثر. (2018، كانون الأول). الاتجاهات النفسية الاجتماعية للأمهات حديثي الولادة نحو معاملة الأطباء والقابلات في المؤسسة الاستشفائية - دراسة ميدانية على عينة من الأمهات حديثي الولادة بمدينة بسكرة. مجلة الأستاذ، (العدد 227)، 441-447.

ب. باللغة الإنكليزية:

- 1- Aaker, J., Fournier, S. and Brasel, S.A. (2004). "When good brands do bad", Journal of Consumer.
- 2- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- 3- Alejandro, T. B., Souza, D. V., Boles, J. S., Ribeiro, Á. H. P., & Monteiro, P. R. R. (2011). The outcome of company and account manager relationship quality on loyalty, relationship value and performance. *Industrial Marketing Management*, 40(1), 36-43.
- 4- Alrubaiee, L., & Al-Nazer, N. (2010). Investigate the impact of relationship marketing orientation on customer loyalty: The customer's perspective. International Journal of Marketing Studies, 2(1), 155- 174.
- 5- Alrubaiee, L., (2012). Exploring the Relationship Quality between Ethical Sales Behaviour, Relationship Quality and Customer Loyalty. *International Journal of Marketing Studies*, 4(1), 7-25.
- 6- Amin, M. & Nasharuddin, S. Z. (2011). 'Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention'.
- 7- Amin, M., & Nasharuddin, S. Z. (2013). Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*.
- 8- Andaleeb, S. S. (1996). An experimental investigation of satisfaction and commitment in marketing channels: the role of trust and dependence. Journal of retailing, 72(1), 77-93.
- 9- Anderson, E., & Weitz, B. (1989). Determinants of continuity in conventional industrial channel dyads. *Marketing science*, 8(4), 310-323.

- 10-Anderson, J. C., & Narus, J. A. (1990). A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. Journal of marketing, 54(1), 42-58.
- 11-Assael, Henry. (2004), Consumer Behavior: A Strategic Approach, Hunghton Mifflin Company, Boston, MA.
- 12-Auruskeviciene, Vilte, Salciuviene & Skudiene (2010) .The relationship Quality effect on customer loyalty. Pecvnia, 10 (2010), 23-36.
- 13- Bagozzi, R. P., & Burnkrant, R. E. (1979). Attitude Organization and the Attitude Behavior Relationship. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 913- 929.
- 14-Banyte, J., Joksaite, E., & Virvilaite, R. (2007). Relationship of Consumer attitude and brand: emotional aspect. Engineering Economics, 52(2).
- 15-Barnes, J. G. (1997). Closeness, strength, and satisfaction: examining the nature of relationships between providers of financial services and their retail customers. Psychology & Marketing, 14(8), 765-790.
- 16-Begley, T.M., Lee, C., Fang, Y. and Li, J. (2002)."Power distance as a moderator of the relationship between justice and employee outcomes in a sample of Chinese employees", Journal of Managerial Psychology, Vol. 17 No. 8, 692-711.
- 17-Bejou, D., Wray, B., & Ingram, T. N. (1996). Determinants of relationship quality: an artificial neural network analysis. Journal of Business Research, 36(2), 137-143.
- 18-Beloucif, A., Donaldson, B., & Kazani, U. (2004). Insurance broker-client relationships: An assessment of quality and duration. Journal of Financial Services Marketing, 8(4), 327–342.
- 19-Bendapudi, N., & Berry, L. L. (1997). Customers' motivations for maintaining relationships with service providers. Journal of retailing, 73(1), 15-37.

- 20-Bennett, R., & Barkensjo, A. (2005). Relationship quality, relationship marketing, and client perceptions of the levels of service quality of charitable organisations. International journal of service industry management, 16(1), 81-106.
- 21-Berry, L. L. (1995). Relationship marketing of services—growing interest, emerging perspectives. Journal of the Academy of marketing science, 23(4), 236-245.
- 22-Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: a fertile field for service research. Journal of Service Research, 10(2), 111-122.
- 23- Best, R. J., Hawkins, D. I., & Mothersbaugh, D. L. (2007). Consumer behavior: Building marketing strategy. McGraw-Hill.
- 24-Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. Journal of marketing, 54(1), 71-84.
- 25-Bojei, Jamil & Alwie (2010). The influence of relationship quality on loyalty in service sector. International journal of economics & management, 4(1): p.81-100.
- 26-Brun, I., Rajaobelina, L., & Ricard, L. (2014). Online relationship quality: scale development and initial testing. International Journal of Bank Marketing.
- 27-CALLAGHAN, M.; J. MCPHAIL and O.H.M. YAU. (1995). "Dimensions of a Relationship Marketing Orientation: an Empirical Exposition", Proceedings of the Seventh Biannual Word Marketing Congress, 7, 2, 10-65.
- 28-Cassidy, Judy, et. al., Critical Relationships in Integrated Delivery, Health Progress , (December, 1993), 38-55.

- 29-Chatterjee, R. (2015). Exploring the relationship between attitude towards collaborative learning and sense of community among college students in online learning environments: a correlational study.
- 30-Chen, H., Shao, M., & Li, Y. (2008). The characteristics of soil water cycle and water balance on steep grassland under natural and simulated rainfall conditions in the Loess Plateau of China. *Journal of hydrology*, 360(1-4), 242-251.
- 31-Chen, Joseph S. (2008): *Advances in Hospitality and leisure*, Vol.4, Emerald Group publishing LTD., U.K.
- 32-Chiew, C. H., Lau, S. L., Lee, C. Y., Wong, C. H., & Wong, N. T. (2011). Relationship quality and customer loyalty towards private hospitals in Malaysia (Doctoral dissertation, UTAR).
- 33-Chumpitaz Caceres, R., & Paparoidamis, N. G. (2007). Service quality, relationship satisfaction, trust, commitment and business-to-business loyalty. *European journal of marketing*, 41(7/8), 836-867.
- 34-Conditions when consumers expect a relationship with their service provider”, *Journal of Service Research*, Vol. 11 No. 1, pp. 43-62.
- 35-Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., & Windle, M. (1992). Development and validation of a three -dimensional measure of drinking motives. *Psychological assessment*, 4(2), 123.
- 36-Crosby, L., Evans, K., & Cowles, D. (1990). Relationship quality in services selling: An interpersonal influence perspective. *Journal of Marketing*, 54(3), 68-81.
- 37-Danaher, P.J., Conroy, D.M. and McColl-Kennedy, J.R. (2008), “Who wants a relationship anyway?

- 38-De Wulf, K., Odekerken-Schroder, G. and Iacobucci, D. (2001), "Investments in consumer relationships: a cross-country and cross-industry exploration", Journal of Marketing, Vol. 65 No. 4, 33-50.
- 39-DiMatteo, M. R., & Taranta, A. (1979). Nonverbal communication and physician–patient rapport: An empirical study. *Professional Psychology*, 10(4), 540.
- 40-Doney, P. M., & Cannon, J. P. (1997). An examination of the nature of trust in buyer–seller relationships. *Journal of marketing*, 61(2), 35-51.
- 41-Dorsch, M. J., Swanson, S. R., & Kelley, S. W. (1998). The role of relationship quality in the stratification of vendors as perceived by customers. *Journal of the Academy of marketing Science*, 26(2), 128-142.
- 42-Duncan, T., & Moriarty, S. E. (1998). A communication-based marketing model for managing relationships. *Journal of marketing*, 62(2), 1-13.
- 43-Dunn, Dan T. Jr., and Thomas, Claude A., Partnering with Customers, Journal of Business and Industrial Marketing, 9 (1) 1994: 34-40.
- 44-Dwyer, F.R., Schurr, P.H. and Oh, S. (1997). "Developing buyer-seller relationships", Journal of Marketing, Vol. 51, April, 11-27.
- 45- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich Collhrt ludkmege Publishers.
- 46-Engel, S. G., Robinson, M. D., Wonderlich, S. J., Meier, B. P., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., ... & Mitchell, J. E. (2006). Does the avoidance of body and shape concerns reinforce eating disordered attitudes? Evidence from a manipulation study. *Eating behaviors*, 7(4), 368-374.
- 47- Erwin, P. (2001). *Attitudes and Persuasion stress management: Getting stronger, handling the load*. Hove: Psychology Press.

- 48-Evans, J. R., & Laskin, R. L. (1994). The relationship marketing process: A conceptualization and application. *Industrial Marketing Management*, 23(5), 439-452.
- 49-Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., & Williams, C. J. (1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: A bona fide pipeline? *Journal of personality and social psychology*, 69(6), 1013.
- 50-Fernandes, T., & Pinto, T. (2019). Relationship quality determinants and outcomes in retail banking services: The role of customer experience. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 50, 30-41.
- 51-Fisk, R., Gountas, S., Hume, M., Gountas, J., Grove, S. and John, J. (2007), *Services Marketing*, John Wiley & Sons, Milton.
- 52-Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- 53-Ford, D., Gadde, L. E., Håkansson, H., Lundgren, A., Shenota, I., Turnbull, P., & Wilson, D. (1998). *Managing business relationships* (Doctoral dissertation, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta).
- 54-Fournier, S. (1998). "Consumers and Their Brands: Developing Relationship Theory in Marketing." *Journal of Consumer Research*, 24 (4), 343-373.
- 55-Fynes, B., Voss, C., & Burca, S. D. (2005). The impact of supply chain relationship quality on quality performance. *International Journal of Production Economics*, 96(3), 339-354.
- 56-Garbarino, Ellen and Mark S. Johnson. (1999). "The Different Roles of Satisfaction, Trust, and Commitment in Customer Relationships," *Journal of Marketing*, 63 (April), 70-87.

- 57-Gronroos, C. (1990). Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. Journal of business research, 20(1), 3-11.
- 58-Gronroos, C. (1993). "Toward a Third Phase in Service Quality Research: Challenges and Future Directions", in Swartz A.T., Bowen, D. E. and Brown, S.W. (Eds), *Advances in Services Marketing Management*, Vol.11, JAI Press, Greenwich, CT, 49-64.
- 59-Gronroos, C. (1994). "From Marketing Mix to Relationship Marketing. Towards a Paradigm Shift in Marketing", *Management Decision*, Vol. 32 No. 2, pp. 4-32.
- 60-Gummesson, E. (1987), "The new marketing-developing long-term interactive relationships", *Long Range Planning*, Vol. 20 No. 4, 10-20.
- 61-Gundlach, G. T., Achrol, R. S., & Mentzer, J. T. (1995). The structure of commitment in exchange. Journal of marketing, 59(1), 78-92.
- 62-Gurviez, P., & Korchia, M. (2003, June). Test of a consumer-brand relationship model including trust and three consequences. In *Thirtieth International Research Seminar in Marketing* (pp. 1-20).
- 63-Hennig-Thurau, T., & Klee, A. (1997). The impact of customer satisfaction and relationship quality on customer retention: A critical reassessment and model development. *Psychology & marketing*, 14(8), 737-764.
- 64-Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. and Gremler, D. (2000), "Why customers build relationships with companies – and why not", in Henning-Thurau, T. and Hansen, U. (Eds), *Relationship Marketing – Gaining Competitive Advantage through Customer Satisfaction and Customer Retention*, Springer Verlag, Berlin, 369-392.

- 65-Hennig-Thurau, T., Gwinner, K.P. and Gremler, D.D. (2002) "A integration of relational benefits and relationship quality". Journal of Service Research, Vol. 4 No. 3, pp. 230-47.
- 66-Hennig-Thurau, T., Langer, M. F., & Hansen, U. (2001). Modeling and managing student loyalty: An approach based on the concept of relationship quality. Journal of service research, 3(4), 331-344.
- 67-Henning-Thurau, T. and Klee, A. (1997), "The impact of customer satisfaction and relationship quality on customer retention: a critical reassessment and model development", Psychologyand Marketing, Vol. 14 No. 8, 737-764
- 68-Holmlund, M. (2008). A definition, model, and empirical analysis of business-to-business relationship quality. International journal of service industry management.
- 69-Huntley, J. K. (2006). Conceptualization and measurement of relationship quality: Linking relationship quality to actual sales and recommendation intention. Industrial marketing management, 35(6), 703- 714 .
- 70-Huntley, J. K. (2006). Conceptualization and measurement of relationship quality: Linking relationship quality to actual sales and recommendation intention. Industrial marketing management, 35(6), 703-714.
- 71-Jap, S. D., Manolis, C., & Weitz, B. A. (1999). Relationship quality and buyer-seller interactions in channels of distribution. Journal of business research, 46(3), 303-313.
- 72-Jarvelin, A. and Lehtinen, U. (1996). "Relationship quality in business-to-business service context", in Edvardsson, B.B., Johnston, S.W. and Scheuing, E.E. (Eds), QUIS 5 Advancing Service Quality: A Global Perspective, Warwick Printing Company Ltd, Lethbridge, 243-254.

- 73-Jiang, S. (2020). The Relationship between Face-to-Face and Online Patient-Provider Communication: Examining the Moderating Roles of Patient Trust and Patient Satisfaction. *Health communication*, 35(3), 341-349.
- 74- Johnson, B.C. (1987) .“Understanding the relational impact of the health care marketing exchange: a review of the social implications of therapeutic communicator style”, Journal of Health Care Marketing, Vol.7,September, 37-49.
- 75-Keating, B., Rugimba, R., & Quazi, A. (2003). Differentiating between service quality and relationship quality in cyberspace. *Managing Service Quality*, 13(3), 217-232.
- 76-Kennedy, M.S., Ferrell, L.K. and Leclair, D.T. (2001). "Consumers' Trust of Salesperson and Manufacturer: An Empirical Study". Journal of Business Research, 51, pp.73-86
- 77-Ki, E. J., & Hon, L. C. (2012). Causal linkages among relationship quality perception, attitude, and behavior intention in a membership organization. *Corporate Communications: An International Journal*.
- 78-Kim, J., & Chan-Olmsted, S. M. (2005). Comparative effects of organization–public relationships and product-related attributes on brand attitude. Journal of Marketing Communications, 11(3), 145-170.
- 79-Kim, Y. K. (2008). Relationship framework in sport management: How relationship quality affects sport consumption behaviors. University of Florida.
- 80-Kim, Y. K. and Trail, G. (2011). ‘A Conceptual Framework for Understanding Relationships Between Sport Consumers and Sport Organizations: A Relationship Quality Approach’, Journal of Sport Management, 25, 57-69.

- 81-Kim, Y. K., Trail, G. T., Woo, B., & Zhang, J. (2011). Sports consumer-team relationship quality: development and psychometric evaluation of a scale. International Journal of Sports Marketing and Sponsorship, 12(3), 57-74.
- 82-Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). Individual in society: A textbook of social psychology.
- 83-Kressmann, F., Sirgy, M. J., Herrmann, A., Huber, F., Huber, S., & Lee, D.-J. (2006). Direct and indirect effects of self-image congruence on brand loyalty. Journal of Business Research, 59, 955-964.
- 84-Kros, J. F., Kirchoff, J. F., & Falasca, M. (2019). The impact of buyer-supplier relationship quality and information management on industrial vending machine benefits in the healthcare industry. Journal of Purchasing and Supply Management, 25(3), 100506.
- 85-Kumar, N., Scheer, L. K., & Steenkamp, J. B. E. (1995). The effects of perceived interdependence on dealer attitudes. Journal of marketing research, 348-356.
- 86-Kumar, Nirmalya, Lisa K. Scheer, and Jan-Benedict E. M. Steenkamp (1995), "The Effects of Supplier Fairness on Vulnerable Resellers," Journal of Marketing Research, 32 (February), 54-65.
- 87-Lagace, R. R., Dahlstrom, R., & Gassenheimer, J. B. (1991). The relevance of ethical salesperson behavior on relationship quality: the pharmaceutical industry. Journal of Personal Selling & Sales Management, 11(4), 39-47.
- 88-Lages, C., Lages, C. R., & Lages, L. F. (2005). The RELQUAL scale: a measure of relationship quality in export market ventures. Journal of business research, 58(8), 1040-1048.
- 89-Lang, B., & Colgate, M. (2003). Relationship quality, on-line banking and the information technology gap. International journal of bank marketing.

- 90-Liu, C. T., Guo, Y. M., & Lee, C. H. (2011). The effects of relationship quality and switching barriers on customer loyalty. International Journal of Information Management, 31(1), 71-79.
- 91-MacKenzie, S. B., & Spreng, R. A. (1992). How does motivation moderate the impact of central and peripheral processing on brand attitudes and intentions? Journal of consumer research, 18(4), 519-529.
- 92-Mackenzie, Scott B.; Lutz, Richard J. and George, E. Blech. (1986). The role of attitude toward the ad as a mediator of advertising effectiveness: a test of competing explanations, Journal of Marketing Research.23(2), 130-143.
- 93-MacMillan, K., Money, K., Money, A., & Downing, S. (2005). Relationship marketing in the not-for-profit sector: An extension and application of the commitment-trust theory. Journal of Business Research, 58, 806-818.
- 94-MacStravic, R. S., and Denning, E., Relationship Marketing in Maternity Care, Journal of Hospital Marketing, 7 (Fall/Winter 1986): 115-123.
- 95- McGuire, W. J. (1985). Attitude and Attitude Change. In Lindzey, G. and Aronson, E. (eds.) Handbook of Social Psychology, New York, NY: Random House, 233-346.
- 96-Masri, N. W., You, J. J., Ruangkanjanases, A., Chen, S. C., & Pan, C. I. (2020). Assessing the Effects of Information System Quality and Relationship Quality on Continuance Intention in E-Tourism. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(1), 174.
- 97-Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. Archives of gerontology and geriatrics, 48(3), 291-295.

- 98-Mishra, S., Kim, D., & Lee, D. H. (1996). Factors affecting new product success: Cross-country comparisons. *Journal of Product Innovation Management: AN INTERNATIONAL PUBLICATION OF THE PRODUCT DEVELOPMENT & MANAGEMENT ASSOCIATION*, 13(6), 530-550.
- 99-Moliner, M. A. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of service management*.
- 100- Monga, A. B. (2002). Brand as a relationship partner: Gender differences in perspectives. *Advances in Consumer Research*, 29, 36-41.
- 101- Monirul, I. M., & Han, J. H. (2012). Perceived quality and attitude toward tea & coffee by consumers. *International Journal of Business Research and Management (IJBRM)*, 3(3), 100-112.
- 102- Moorman, C., Deshpandé, R., & Zaltman, G. (1993). Factors affecting trust in marketing relationships. *Journal of Marketing*, 57, 81-101.
- 103- Moorman, C., Zaltman, G., & Deshpande, R. (1992). Relationships between providers and users of market research: The dynamics of trust. *Journal of marketing research*, 29(3), 314-328.
- 104- Morgan, R. M., & Hunt, S. (1999). Relationship-based competitive advantage: the role of relationship marketing in marketing strategy. *Journal of Business Research*, 46(3), 281-290.
- 105- Morgan, R., & Hunt, S. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.
- 106- Murray, K., & Vogel, C.M. (1997). Using a hierarchy of effects approach to gauge the effectiveness of corporate social responsibility. *Journal of Business Research*, 38, 141–159.

- 107- Nagaraj, S., & Singh, S. (2018). Investigating the role of customer brand engagement and relationship quality on brand loyalty: An empirical analysis. International Journal of E-Business Research (IJEBR), 14(3), 34-53.
- 108- Naidu, G. M., Parvatiyar, A., Sheth, J. N., & Westgate, L. (1999). Does relationship marketing pay? An empirical investigation of relationship marketing practices in hospitals. Journal of Business Research, 46(3), 207-218.
- 109- Naidu, G. M., Relationship Marketing in Health Care Industry, in Relationship Marketing: Theory, Methods and Applications, Jagdish N. Sheth and Atul Parvatiyar, eds., Center for Relationship Marketing, Emory University, Atlanta, GA. 1994.
- 110- Naude, P., & Buttle, F. (2000). Assessing relationship quality. Industrial marketing management, 29(4), 351-361.
- 111- Ndubisi, N. O. (2012). Relationship quality: upshot of mindfulness-based marketing strategy in small organisations. International Journal of Quality & Reliability Management.
- 112- Negi, R., & Ketema, E. (2013). Customer-perceived relationship quality and satisfaction. African Journal of Economic and Management Studies.
- 113- Nelson, E. C., Rust, R. T., Zahorik, A., Rose, R. L., Batalden, P., & Siemanski, B. A. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance? Journal of health care marketing, 12(4).
- 114- Nguyen, T. T., Barrett, N. J., & Nguyen, D. T. (2007). The role of market and learning orientations in relationship quality: evidence from Vietnamese exporters and their foreign importers. International Marketing Research: Opportunities and Challenges in the 21st Century.

- 115- Nicholson, Y., Compeaur, L. D., & Sethi, R. (2001). The role of interpersonal liking in building trust in long-term channel relationships. Journal of Academy of Marketing Science, 29, 3- 15.
- 116- Nyaga, G. N., Whipple, J. M., & Lynch, D. F. (2010). Examining supply chain relationships: do buyer and supplier perspectives on collaborative relationships differ? Journal of operations management, 28(2), 101-114.
- 117- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. Journal of marketing research, 17(4), 460-469.
- 118- Oliver, R. L.(1999). Whence consumer loyalty? Journal of Marketing,63,33-44.
- 119- Oly Ndubisi, N. (2004). Understanding the salience of cultural dimensions on relationship marketing, it's underpinnings and aftermaths. Cross Cultural Management: An International Journal, 11(3), 70-89.
- 120- Oly Ndubisi, N., & Kok Wah, C. (2005). Factorial and discriminant analyses of the underpinnings of relationship marketing and customer satisfaction. International journal of bank marketing, 23(7), 542-557.
- 121- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). The measurement of meaning (No. 47). University of Illinois press.
- 122- Palmatier, R. W. (2008). Interfirm Relational Drivers of Customer Value. Journal of Marketing, 72(4), 76-89.
- 123- Palmatier, R. W., Dant, R. P., Grewal, D. & Evans, K. (2006). Factors influencing the effectiveness of relationship marketing: A meta-analysis. Journal of Marketing, 70, 136- 153.

- 124- Palmatier, R. W., Jarvis, C. B., Bechkoff, J. R. & Kardes, F. R.(2009) The role of customer gratitude in relationship marketing. Journal of Marketing, 73(5),11-18.
- 125- Palmer, Adrian and David Bejou. (1994). "Buyer-Seller Relationships: A Conceptual Model and Empirical Investigation". Journal of Marketing Management, 10 (6), 495-512.
- 126- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. the Journal of Marketing, 41-50.
- 127- Paul, T. (1988). Relationship marketing for healthcare providers. Journal of Health Care Marketing, 8, 20-25.
- 128- Pawle, J., & Cooper, P. (2006). Measuring emotion: Lovemarks, the future beyond brands. Journal of Advertising Research, 46, 38-48.
- 129- Payne, A., Christopher, M., Clark, M., & Peck, H. (1995). excerpts from Relationship Marketing for Competitive Advantage introduction pp. vii-x and Relationship Marketing–Key Concepts pp 3-17.
- 130- Peter, J.P.Understanding Consumer Behaviour / J.P. Peter, J.C. Olson, D. Richard. Irwin, 1994.
- 131- Petzer, D. J., & van Tonder, E. (2019). Loyalty intentions and selected relationship quality constructs. International Journal of Quality & Reliability Management.
- 132- Phelps, J. E., & Hoy, M. G. (1996). The Aad-Ab-PI relationship in children: the impact of brand familiarity and measurement timing. Psychology & Marketing, 13(1), 77-101.

- 133- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Bommer, W. H. (1996). Meta-analysis of the relationships between Kerr and Jermier's substitutes for leadership and employee job attitudes, role perceptions, and performance. Journal of Applied psychology, 81(4), 380.
- 134- proactive interaction for service failure prevention to improve customer service experiences ", Journal of Service Theory and Practice, Vol. 27. 164 -186.
- 135- Rajecki, D. W. (1990). Attitudes. Sunderland, MA: Sinauer.
- 136- Ramsey, R. P., & Sohi, R. S. (1997). Listening to your customers: The impact of perceived salesperson listening behavior on relationship outcomes. Journal of the Academy of marketing Science, 25(2), 127.
- 137- Ratten, V., Ratten, H., Kim, Y. K., Ko, Y. J., & James, J. (2011). The impact of relationship quality on attitude toward a sponsor. Journal of Business & Industrial Marketing.
- 138- Reid, N. (2006). Thoughts on Attitude Measurement. Research in Science & Technological Education, 24(1), 3-27.
- 139- Reinartz, W. J., & Kumar, V. (2003). The impact of customer relationship characteristics on profitable lifetime duration. Journal of marketing, 67(1), 77-99
- 140- Reynolds, K.E. and Beatty, S.E. (1999). "Customer benefits and company consequences of customer-salesperson relationships in retailing". Journal of Retailing, Vol. 75 No. 1, 11-32.
- 141- Riley, F. D. O., Rink, L., & Harris, P. (1999). Patterns of attitudes and behaviour in fragmented markets. Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science, 4(3).

- 142- Roberts, K., Varki, S. and Brodie, R. (2003). "Measuring the quality of relationships in consumer services: an empirical study". European Journal of Marketing, Vol. 37 No. 1/2, pp. 169-196.
- 143- Rowe, W. G., & Barnes, J. G. (1998). Relationship marketing and sustained competitive advantage. Journal of Market-Focused Management, 2(3), 281-297.
- 144- Shani, D., & Chalasani, S. (1992). Exploiting niches using relationship marketing. Journal of consumer marketing, 9(3), 33-42.
- 145- Sheth and Atul Parvatiyar, eds., Center for Relationship Marketing, Emory University, Atlanta, GA. 1994.
- 146- Shin, H., Ellinger, A. E., Mothersbaugh, D. L., & Reynolds, K. E. (2017). Employing proactive interaction for service failure prevention to improve customer service experiences. Journal of Service Theory and Practice.
- 147- Silva, J. J., Day, M., & Palmer, R. (2010, September). Relationship hierarchies and behavioural effects: understanding key relationship variables in interaction. In The 26th IMP Conference.
- 148- Singh Gaur, S., Xu, Y., Quazi, A., & Nandi, S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. Managing Service Quality: An International Journal, 21(1), 67-87.
- 149- Singh, R. (2008). Relational embeddedness, tertius iungens orientation and relationship quality in emerging markets. Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics.
- 150- Sirdeshmukh, D., Singh, J. & Sabol, B. (2002) Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. Journal of Marketing, 66(1), 15-37.
- 151- Smit, E., Bronner, F., & Tolboom, M. (2007). Brand relationship quality and its value for personal contact. Journal of Business Research, 60, 627-633.

- 152- Smith W, Higgins M. Reconsidering the relationship analogy. *J Mark Manage* 2000; 16:81 – 94.
- 153- Smith, J.B. (1998), “Buyer-seller relationships: bonds, relationship management, and sex-type”, Canadian Journal of Administrative Sciences, Vol.15 No. 1, 76-92.
- 154- Smith, P. M., Ross, E. S., & Smith, T. (1997). A case study of distributor–supplier business relationships. *Journal of Business Research*, 39(1), 39–44.
- 155- Sornsri, S. (2015). Antecedents and consequences of relationship quality: a study on private hospitals in Thailand. AU Journal of Management, 13(1), 41-65
- 156- Spence, M. (2000) ‘Quality assurance in education’, *Measuring Business Excellence*, 4(3).
- 157- Sprecher, S., Felmlee, D., Metts, S., Fehr, B., & Vanni, D. (1998). Factors associated with distress following the breakup of a close relationship. Journal of Social and Personal Relationships, 15(6), 791-809.
- 158- Stokburger-Sauer, N. (2010). Brand community: Drivers and outcomes. *Psychology & Marketing*, 27(4), 347-368.
- 159- Storbacka, K., Strandvik, T., & Grönroos, C. (1994). Managing customer relationships for profit: the dynamics of relationship quality. International journal of service industry management, 5(5), 21-38.
- 160- Stotland, E., Katz, D., & Patcshen, M. (1959). The reduction of prejudice through the arousal of self-insight 1. *Journal of Personality*, 27(4), 507-531.
- 161- Su Qin Li Zhao Xu Yi, (2009), "Impacts of customer service on relationship quality: an empirical study in China", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 19 Iss 4 , 391 - 409.

- 162- Su, L., & Huang, Y. (2019). How does perceived destination social responsibility impact revisit intentions: The mediating roles of destination preference and relationship quality. *Sustainability*, 11(1), 133.
- 163- Thorbjornsen, H., Supphellen, M., Nysveen, H., & Pedersen, P. E. (2002). Building brand relationships online: A comparison of two interactive applications. *Journal of Interactive Marketing*, 16, 17-34.
- 164- Tracey, M., Vonderembse, M. A., & Lim, J. S. (1999). Manufacturing technology and strategy formulation: keys to enhancing competitiveness and improving performance. *Journal of operations management*, 17(4), 411-428.
- 165- TRAN, V. D. (2020). Assessing the effects of service quality, experience value, relationship quality on behavioral intentions. *The Journal of Asian Finance, Economics, and Business*, 7(3), 167-175.
- 166- Vahdati, H., Mousavi, N., & Tajik, Z. M. (2015). The study of consumer perception on corporate social responsibility towards consumers attitude and purchase behavior. *Asian Economic and Financial Review*, 5(5), 831-845.
- 167- Vakili, M., Rafatullah, M., Salamatinia, B., Abdullah, A. Z., Ibrahim, M. H., Tan, K. B., ... & Amouzgar, P. (2014). Application of chitosan and its derivatives as adsorbents for dye removal from water and wastewater: A review. *Carbohydrate polymers*, 113, 115-130.
- 168- Van Overwalle, F., & Siebler, F. (2005). A connectionist model of attitude formation and change. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3), 231-274.
- 169- Van Tonder, E., Petzer, D. J., & Van Zyl, K. (2017). A mediated model of relationship quality factors affecting behavioural intention at a luxury motor vehicle dealership. *European Business Review*, 29(1), 43-60.

- 170- Verplanken, B. A. S. (1998). Accessibility of affective versus cognitive components of attitudes, 28(August 1995).
- 171- Vesel, P., & Zabkar, V. (2010). Comprehension of relationship quality in the retail environment. *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(3), 213-235.
- 172- Vesel, P., & Zabkar, V. (2010). Relationship quality evaluation in retailers' relationships with consumers. *European Journal of Marketing*.
- 173- Voss, Kevin E.; Spangenberg, Eric R. and Grohmann, Bianca. (2003), Measuring the hedonic and utilitarian dimensions of consumer attitude, *Journal of Marketing Research*.40(3), 310-320.
- 174- Voss, U., & Tuin, I. (2008). Relationship of sleep quality with coping and life styles in female Moroccan immigrants in Germany. *Women's Health Issues*, 18(3), 210-216.
- 175- Weiner, I. & Freedheim, D. & Velicer, W. & Schinka, J. & Lerner, R. (2003). *Handbook of Psychology*, Volume 5. New York: John Wiley and Sons.
- 176- Wilson, D. T., & Jantrania, S. (1994). Understanding the value of a relationship. *Asia-Australia marketing journal*, 2(1), 55-66.
- 177- Wong, A., and Sohal, A. (2002), "An examination of the relationship between trust, commitment and relationship quality", *International Journal of Retail & Distribution Management*, Vol. 30 No. 1, 34-50.
- 178- Woo, K. S., & Ennew, C. T. (2004). Business-to-business relationship quality: An IMP interaction-based conceptualization and measurement. *European journal of marketing*, 38(9/10), 1252-1271.

- 179- Wray, B., Palmer, A. & Bejou, D. (1994). Using neural network analysis to evaluate buyer-seller relationships. European Journal of Marketing, 28(10), 3248.
- 180- Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. International journal of nursing studies, 12(3), 123.
- 181- Wu, H. C., Cheng, C. C., Ai, C. H., & Chen, G. (2019). Relationships between restaurant attachment, experiential relationship quality and experiential relationship intentions: The case of single friendly restaurants in Taiwan. Journal of Hospitality and Tourism Management, 40, 50-66.
- 182- Y.H. Wong Humphry Hung Wing-ki Chow, (2007), "Mediating effects of relationship quality on customer relationships: an empirical study in Hong Kong", Marketing Intelligence & Planning, Vol. 25 Iss 6, 581 -596
- 183- Zeithaml, V.A., Berry, L. and Parasuraman, A. (1996), "The behavioral consequences of service quality", Journal of Marketing, Vol. 60 No. 2, 31-46.

3. الإطروحات:

أ. باللغة العربية:

- 1- الثقفي، حسين حميد . (2006). تغيير الاتجاهات نحو مهنة التمريض لدى عينة من الشباب السعودي من خلال برنامج إرشادي . رسالة ماجستير غير منشورة، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الاجتماعية.
- 2- طشطوش ، رامي عبد الله يوسف؛ أحمد خالد، الخزاعلة. (2010). اتجاهات طلاب كلية اللغة العربية والدراسات الاجتماعية في جامعة القصيم نحو المعاقين.
- 3- السامرائي، فائق. (1998). أثر استخدام الاختبارات التشخيصية في تحفيز طالبات السادس العلمي في مادة التفاضل والتكامل ،(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ديالى ،كلية المعلمين.

- 4- سعيد ، ربوح. (2009). الاتجاهات نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي ، دراسة ميدانية لتلاميذ المرحلة الثانوية بثانويات ولاية تيسمسيلت، جامعة الجزائر- معهد التربية البدنية والرياضية سيدي عبد الله - زرادة، الجزائر.
 - 5- سيف الغرابي، جلندي.(2013). اتجاهات العمانيين نحو الإرشاد الأسري والزواجي في ضوء بعض المتغيرات، جامعة نزوى.
 - 6- الصغير، صالح بن محمد. (1999). بعض المحددات الاجتماعية والثقافية والديموغرافية لمستوى الاتجاهات البيئية - دراسة تحليلية مطبقة على طلبة جامعة الملك سعود بالرياض.
 - 7- المطيري ، د خليل الله غنام. (2001). أثر جودة الخدمة والتسويق بالعلاقات على ولاء الزبائن دراسة تحليلية على عينة من المسافرين على شركة طيران الجزيرة في دولة الكويت، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال/ جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا ،كلية الأعمال.
 - 8- حاج صالح ، مؤيد (2011). الاتجاهات التسويقية المعاصرة وأثرها على استقطاب السائحين: دراسة ميدانية للنشاط التسويقي لمقدمي الخدمات السياحية في سورية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية الاقتصاد ، جامعة دمشق.
 - 9- هدى، أوغيدنى. (2009). اتجاهات العملاء نحو جودة الخدمة- دراسة ميدانية بالمؤسسة المينائية E.P.S بسكيكة، جامعة باجي مختار- عنابة.
 - 11- هدى، بعوش. (2012). اتجاهات الطلبة المعلمين نحو مهنة التعليم ، "دراسة ميدانية على عينة من طلبة المدرسة العليا للأساتذة بقسنطينية"، جامعة محمد خيضر – بسكرة- كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم العلوم الاجتماعية.
- ب. باللغة الإنكليزية:**

- 1- Fowler, J. D. (2008). Cultural and structural barriers that affect the doctor-patient relationship: a Bolivian perspective, A thesis submitted to Oregon State University.
- 2- Kim, Y. K. (2008). Relationship framework in sport management: How relationship quality affects sport consumption behaviors. University of Florida.
- 3- Obeidat, O. S. (2011). Investigating the Impact of Customer Orientation, Relationship Quality, and Strategic Flexibility on Customer Loyalty: "An applied

Study on SME's in Commercial Banks in Jordan " (Doctoral dissertation, Middle East University).

4. المؤتمرات والندوات:

- 1- الخيكاني، عامر . (2007). اتجاهات طلاب الدراسات العليا لكليات التربية الرياضية في العراق نحو البحث في كرة القدم. قُدم إلى المؤتمر العلمي السادس عشر لكليات وأقسام التربية الرياضية، العراق: بابل.

5. التقارير:

النشرة الإحصائية الصحية ، مديرية التخطيط والتعاون الدولي، الإصدار الرابع عشر، 2018.

6. المواقع الالكترونية Web site:

موقع وزارة الصحة السورية (<https://www.moh.gov.sy>)

قائمة الملاحق
الملحق (1): استبانة البحث النهائية
الملحق (2): قائمة محكمي الاستبانة

المُلحق (1)



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق - كلية الاقتصاد
قسم إدارة الأعمال
ماجستير تسويق

السّادة المُحترمون

تحية طيبة وبعد:

إنّ التقدم العلمي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال ربط الجوانب النظرية بالجوانب الواقعية التطبيقية، حيث إنني أقوم بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير في التسويق بعنوان " أثر أبعاد جودة العلاقة لمُقدّمي الخدمة في اتجاهات المرضى في المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق – دراسة مقارنة "

لذا نعرض عليكم استبانة تتضمن أسئلة حول رأي المريض في نشاط المستشفى، وهذه الاستبانة مخصصة لأغراض لبحث العلمي فقط، ولا داعي لكتابة اسم المجيب على هذه الأسئلة، كما نرجو التعامل مع الاستبانة بأكبر قدر من العفوية والمصادقية.

متمنياً أن يتم قراءة العبارات بعناية ووضع علامة (√) في الخانة التي تُعبّر عن مدى موافقتكم عليها.

شاكرين تعاونكم.

إشراف الدكتور: رعد الصرن

الباحثة : دعاء عرسان

أولاً: المعلومات الشخصية:

اختر الإجابة المناسبة بوضع علامة (√)

1- الجنس :

ذكر () أنثى ()

2- المستوى التعليمي :

ثانوية وأقل () معهد () إجازة جامعية () دبلوم ()
ماجستير () دكتوراه ()

3- العمر:

أقل من 20 () 20 – 29 () 30 - 39 () 40 - 49 () 50 - 55 ()
55 فأكثر ()

4- متوسط الدخل الشهري :

أقل من 50 ألف () 50 - 100 ألف () 100 - 200 ألف ()
أكثر من 200 ألف ()

5- مدة الإقامة في المستشفى (مدة العلاقة / فترة زمنية) :

1-3 أيام () 4-7 أيام () 8-15 يوم () 16-30 يوم () 31-90 يوم ()
أكثر من 90 يوماً ()

6- طبيعة العلاقة:

مؤقتة () منفصلة () مستمرة ()

ثانياً: محاور الدراسة:

يرجى اختيار درجة موافقتكم على العبارات أدناه:

التسلسل					العبارات المتعلقة بالمتغير المستقل: جودة العلاقة	لا أوافق جداً	أوافق جداً	محايد	لا أوافق	لا أوافق أبداً
البُعد الأول: الثقة						الدراسة				
1.	أنا أثق في الخدمات المقدمة لي من قِبَل المستشفى.					Vesel & Zabkar, 2010				
2.	الكادر الطبي يهتم بصحتي ويقدم لي الخدمات على أكمل وجه.									
3.	موظفو المستشفى صادقون.									
4.	موظفو المستشفى لديهم نزاهة عالية.									
5.	هذا المستشفى يفي بوعوده.					Chiew et al, 2011				
البُعد الثاني: الرضا										
6.	خدمات المستشفى تلبي توقعاتي دائماً.					Chiew et al, 2011				
7.	تجربتي مع هذا المستشفى جيدة.					Ndubisi, 2012				
8.	إذا اضطررت إلى الحصول على خدمات الرّعاية الصحيّة لاحقاً فسأختار هذا المستشفى.									
9.	أنا سعيدٌ بعلاقتي مع هذا المستشفى.									
10.	أنا راضٍ عن علاقتي مع هذا المستشفى.									
11.	أسعار خدمات المستشفى تنافسية.									
البعد الثالث: الالتزام										
12.	ما زلت أتعامل مع هذا المستشفى؛ لأنني أستمع حقاً بعلاقتي معه.					Chiew et al, 2011				
13.	أدافع عن هذا المستشفى عند انتقاد أحدهم له.									
14.	من المهم بالنسبة لي الحفاظ على علاقتي مع المستشفى.									
15.	إنني أؤمن بهذا المستشفى.									
البعد الرابع : الحب والمودة										
16.	أنا أحب هذا المستشفى.					Kim, 2008				
17.	أنا متحمس بتعاملي مع هذا المستشفى.									
18.	أنا مرتبط عاطفياً بهذا المستشفى.									
19.	أفضل التعامل مع هذا المستشفى لشعوري بالألفة اتجاهه.									
20.	أشعر هنا وكأنني ضمن عائلتي.									
البعد الخامس : جودة الاتصالات										
21.	يُقدم لي المستشفى المعلومات التي أحتاجها في الوقت المناسب.									

Chiew et al, 2011						22	يُقدّم المستشفى المعلومات الكافية عند وجود خدمة جديدة.
						23	المستشفى يُقدّم دائماً معلومات دقيقة عن خدمات الرّعاية الصحيّة المُقدمة فيه.
						24	المستشفى يُقدّم دائماً معلومات موثوقة عن خدمات الرّعاية الصحيّة المُقدمة فيه.
						25	يشرح الطّبيب والمرضات (الكادر الطبي) عملية التّطبيب (المعالجة) بالتفصيل
لا أوافق جداً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق جداً	العبارات المتعلقة بالمتغيّر التّابع: الاتجاهات		
البُعد الأول: الاتجاه المعرفي							
العنبيكي،2014					26	الكادر الطبي غير جيد بالتعامل معي.	
					27	الكادر الطبي دائماً جذاب المظهر.	
Chatterj,2015					28	لا أعتقد أن تفاعلي مع الكادر الطبي سوف يعود عليّ بأي فائدة.	
					29	كل ذكرياتي مع هذا المستشفى هي ذكريات سيئة.	
					30	ما يميز هذا المستشفى عن غيره من المشافي هو قيامه بالرّعاية الصحيّة على أكمل وجه.	
العنبيكي،2014					31	هذا المستشفى صادق في معالجة مخاوفي.	
Chatterj,2015					32	هذا المستشفى لا يلبي توقعاتي.	
حاج صالح،2011					33	أؤمن بأن هذا المستشفى هو أفضل من باقي المستشفيات.	
البعد الثاني: الاتجاه الوجداني							
Chatterj,2015					34	تفاعلي مع الكادر الطبي يُبعد القلق عني.	
					35	أشعر بالراحة النفسية عند زيارة هذا المستشفى.	
					36	لا أشعر بالرضا عما يقدمه الكادر الطبي من خدمات.	
العنبيكي،2014					37	ينتابني شعور بالخوف حيال المستشفى.	
					38	أنني مستاء من مستوى الخدمات المُقدمة لي هنا.	
					39	هذا المستشفى هو المحبب لي "الأفضل".	
البعد الثالث: الاتجاه السلوكي							
العنبيكي،2014					40	لا أرغب بإعادة زيارة هذا المستشفى إذا كان ذلك باختياري.	
					41	أجد المتعة حينما أتحدث مع الآخرين حول خدمات المستشفى وكادرها المميز.	
حاج صالح،2011					42	أدافع عن المستشفى عند سماع أحدهم يتكلم عنه بشكل سلبي.	
					43	لا أشجع الآخرين بزيارة المستشفى وتجربتها.	

يُرجى إضافة ما ترونه مناسباً:

.....

.....

.....

أسماء السادة المحكمين:

المحامي سامر المصطفى
 السيد كمال الشو
 السيد شيمز
 السيد محمد حسن

Abstract

The effect of relationship quality dimensions of service providers on patient's attitudes

A comparative study between public and private hospitals in Damascus

Public and private hospitals are suffering from weakness and fragility of their relationships with their patients, so in this study we highlighted the health care sector in general and the hospital sector in particular.

The research aims to identify, through a field study, the reality of relationship quality in public and private hospitals in Damascus and compare between them, in addition to identifying the most important dimensions of relationship quality between patients and service providers in the hospital and the extent of their impact on the dimensions of attitude and knowing which are the most influential.

This information was collected through a questionnaire that included relationship characteristics such as the length of stay in the hospital and the nature of the relationships; The questionnaire included 59 questions. A sample of 400 patients and their companions was distributed to three private hospitals and two public sector hospitals in Damascus.

The most important findings of the research were that the level of relationship quality and its dimensions and positive attitudes of patients are above average, in addition to that, the most influential dimensions of relationship quality on the attitudes were love and intimacy followed by commitment to the relationship and then came trust and the quality of communication, respectively. On the other hand, satisfaction did not affect the patient's attitudes, in addition to the existence of fundamental differences between public and private hospitals in terms of relationship quality, attitudes and their dimensions. the differences were in favor of private hospitals.

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
Damascus University
Faculty of Economics
Business Administration Department



The effect of relationship quality dimensions of service providers on patient's attitudes

**A comparative study between public and private
hospitals in Damascus**

A Thesis Submitted to obtain a Master degree in Marketing

Prepared by

Douaa Hasan Arsan

Supervised by

Prof.Dr. Raed H. Alsarn

Professor Doctor

2019–2020

1440–1441