

**ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة
بالإعتماد على الدور الوسيط للإرتباط العاطفي للزبون:
منظور متعدد المستويات**

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

أ.م.د. حسين علي عبد الرسول^(١)

Assist. Prof. Hossein Ali Abed AL-Rasool

المستخلص

تهدف الدراسة الحالية للتحقق بشكل أساسي من معرفة إمكانية ضمان تفضيلات الزبون (المريض) من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة (الطبيب) وفي ضوء الدور الوسيط للإرتباط العاطفي للزبون (المريض) بمقدم الخدمة. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة من المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة بابل، وتطلبت الدراسة استخدام المدخل متعدد المستويات باستخدام البرنامج (MPlus,5)، بعد صياغة مقاييس للدراسة بالإعتماد على الدراسات السابقة. وتوصلت الدراسة الى وجود دور مهم للتقمص العاطفي لمقدمي الخدمات الصحية من الأطباء في تعزيز الروابط النفسية للمرضى مع الأطباء بما يساهم في ضمان تفضيلهم لنفس الأطباء دون اللجوء لغيرهم من أجل العلاج. لذلك أوصت الدراسة بضرورة سعي الأطباء لتقوية مقدراتهم الشعورية والتفاعلية بفهم حاجات المرضى الشخصية من أجل إدامة العلاقة معهم.

١ - قسم إدارة الأعمال - كلية الإدارة والاقتصاد/جامعة القادسية.

Abstract

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

المقدمة

على الرغم من الإهتمام المعرفي بالتقمص العاطفي لمقدم الخدمات الصحية في نظرية العلاقات التسويقية، تبقى الدراسات التجريبية حول طبيعة التقمص العاطفي لمقدم الخدمة وآثاره محدودة نسبياً، لذا فالدراسة الحالية تحاول معالجة هذا القصور بتقديم تقييم تجريبي لدور التقمص العاطفي لمقدم الخدمة على سلوك الزبون في القطاع الصحي. بتعبير أدق فالدراسة الحالية تقدم نموذجاً مفاهيمياً يشتمل على وظيفتين مهمتين للتقمص العاطفي في التفاعلات الإجتماعية، هما تعزيز الإرتباط النفسي للزبون بمقدم الخدمة من جانب، و تطوير تفضيلات الزبون للتعامل مع مقدم خدمة محدد ليعبر الزبون عن ولاءه. كما توضح الدراسة التجريبية، يمكن للإرتباط النفسي للزبون تنشيط العلاقة الإيجابية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و تفضيلات الزبون، علاوة على ذلك، توفر النتائج دليلاً تطبيقياً تجريبياً لدور الإرتباط النفسي للزبون بتفضيله التعامل مع مقدم الخدمة ذاته في معاملاته المستقبلية.

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

المبحث الأول: منهجية الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة:

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

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

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

عليه فإن الدراسة الحالية تحاول إثارة ذهن الباحثين والممارسين الى تساؤل مهم وجوهري وهو على النحو الآتي "هل يمكن ضمان تفضيلات الزبون(المريض) من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة(الطبيب) وفي ضوء الدور الوسيط للإرتباط العاطفي للزبون(المريض) بمقدم الخدمة؟".

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

١- هل توجد علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و الإرتباط العاطفي للزبون بمقدم الخدمة؟

٢- هل هناك علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و تفضيل الزبون للتعامل مع مقدم الخدمة؟

٣- هل توجد علاقة تأثير بين الإرتباط العاطفي للزبون و تفضيلاته لمقدم الخدمة؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

١- في الدراسات التسويقية، على الرغم من التركيز على قابلية التقمص العاطفي لمقدم الخدمة أثناء التفاعلات في اللقاء الخدمي، فإن الدراسات التجريبية المنهجية المتعلقة بكفاءة استخدام التقمص العاطفي لمقدم الخدمة ونتائجها غير كافية.

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

٣- طبيعة المتغيرات المتعلقة بأستجابة الزبون (الإرتباط النفسي للزبون، وتفضيل الزبون)، أذ تبين للباحثين ومن خلال المسح الميداني ندرة الدراسات المتعلقة بهذه المتغيرات على المستوى المحلي والعربي من

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط
جهة، وكذلك ندرة الدراسات الأجنبية التي ربطت هذه المتغيرات مع بعضها في نموذج واحد مع متغير
التقمص العاطفي.

٤- علاوة على ذلك، بسبب الصعوبة التي يواجهها الزبائن (المرضى) في تقييم جودة الخدمات
الصحية، يكون تطوير مقياس لتفضيلات الزبون و إرتباطه النفسي بمقدم الخدمة أكثر أهمية في قطاع
الخدمات منه في مجال السلع / المنتجات، وخصوصاً في قطاع الخدمات الصحية.
٥- إستخدام أسلوب إحصائي متقدم في معالجة البيانات الإحصائية و إختبار الفرضيات وهو
إسلوب التحليل متعدد المستويات (Multi-levels analysis)، وهذا ما فرضته طبيعة الدراسة.

ثالثاً: أهداف الدراسة

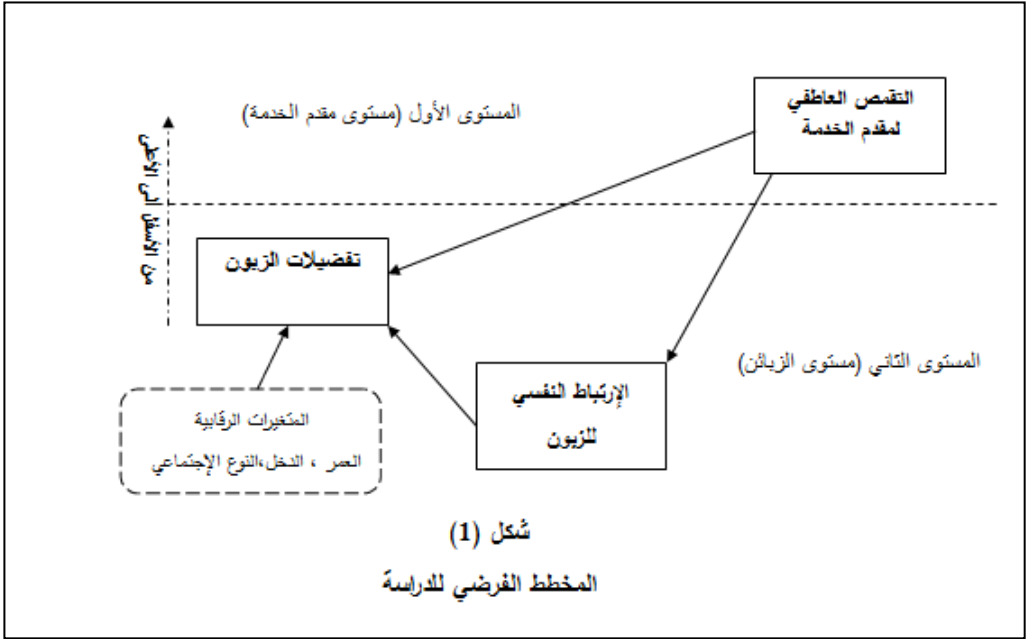
تهدف الدراسة الحالية للتحقق بشكل أساسي من معرفة إمكانية ضمان تفضيلات الزبون (المريض)
من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة (الطبيب) وفي ضوء الدور الوسيط للإرتباط العاطفي للزبون
(المريض) بمقدم الخدمة. وفي ضوء ذلك هناك أهداف فرعية للدراسة وهي كما يأتي:

١- التحقق من التأثير المعنوي للتقمص العاطفي لمقدم الخدمة على الإرتباط النفسي للزبون به.
٢- التعرف على التأثير المعنوي للتقمص العاطفي لمقدم الخدمة على تفضيل الزبون للحصول على
الخدمة من مقدمة الخدمة ذاته.

٣- تحديد طبيعة التأثير المعنوي للإرتباط النفسي على تفضيل الزبون لمقدم الخدمة.
٤- تقديم تأصيل نظري لمتغيرات الدراسة الثلاثة (التقمص العاطفي، الإرتباط النفسي، تفضيل
الزبون)، كونها من المتغيرات الحديثة في الدراسات المحلية والعربية والتي تحتاج الى المزيد من التوسع النظري
والتطبيقي لمعرفة دورها في مجال نجاح نشاط تسويق الخدمات.

رابعاً: مخطط الدراسة الفرضي

تتناول الدراسة الحالية العلاقة بين ثلاثة متغيرات رئيسة وهي (التقمص العاطفي، الإرتباط
النفسي، تفضيل الزبون)، إذ تحاول الدراسة تفحص وإختبار طبيعة العلاقة بينها من خلال صياغة المخطط
الفرضي الموضح في الشكل (١)، الذي يبين وجود مستويين للتحليل، المستوى الأول يتعلق بالتقمص
العاطفي وهو على مستوى مقدم الخدمة (الطبيب) والمستوى الثاني على مستوى الزبائن وهم (المرضى)،
وتم التحليل من المستوى الثاني الى المستوى الأول بعد إستخدام أسلوب التحليل المتعدد المستويات.



خامساً: فرضيات الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة و أهدافها والمخطط الفرضي لها يمكن صياغة فرضية رئيسة للدراسة تكون على النحو الآتي "يمكن توظيف التقمص العاطفي لمقدم الخدمة في ضمان تفضيلات الزبون من خلال الدور الوسيط للإرتباط النفسي للزبون". و من هذه الفرضية تنبثق الفرضيات الفرعية الآتية:

- ١- توجد علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و الإرتباط العاطفي للزبون بمقدم الخدمة.
- ٢- هناك علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و تفضيل الزبون للتعامل مع مقدم الخدمة.
- ٣- توجد علاقة تأثير بين الإرتباط العاطفي للزبون و تفضيلاته لمقدم الخدمة.
- ٤- يمكن أن تتباين تفضيلات الزبائن (المرضى) في ضوء المتغيرات الشخصية لهم (العمر، النوع الاجتماعي، مستوى الدخل).

سادساً: مجتمع الدراسة وعينتها

لتحقيق أفضل استجابة ممكنة ومعدلات مطابقة بين مقدمي الخدمة الصحية من الأطباء والزبائن من المرضى، إجتهد الباحث في إدارة الإستبيان بنفسه، بعد أن إستعان بمجموعة من الكوادر الطبية في بعض المستشفيات الأهلية العاملة في محافظة بابل كما هو موضح في الجدول (١)، بعد أن حصل على موافقة جميع الإدارات في المستشفيات بالتعاون مع الدراسة الحالية للمشاركة في الدراسة الحالية. و لتتبع رابط كل زبون مع كل مقدم خدمة صحية من الأطباء، تم تحديد رمز لكل طبيب يتعامل مع مجموعة من

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط الزبائن(المرضى). وقد تكونت عينة المطابقة النهائية من (50) طبيب و (160) مريض كانت جميعها صالحة باستثناء استمارتين في مستشفى الحياة، في أربعة مستشفيات أهلية، وكما موضح في الجدول (١).

جدول(١) عدد الاستمارات الموزعة حسب المستشفيات

المستشفى	عدد الإستمارات الموزعة	المرضى	الأطباء
١ مستشفى بابل الأهلي	40	12	
٢ مستشفى الحياة الأهلي	38	12	
٣ مستشفى السلام الأهلي	40	12	
٤ مستشفى الفيحاء الأهلي	40	14	

إما خصائص العينة من الزبائن(المرضى) المستهدفين فقد كانت على النحو الموضح في الجدول(٢) جدول(٢) خصائص الزبائن(المرضى) عينة الدراسة

النسبة	التكرار	الخصائص	ت
54%	85	ذكر	١ النوع الاجتماعي
46%	٧٣	أنثى	
3%	6	أقل من ١٨	٢ العمر
19%	31	٣٠-١٨	
25%	40	٤٠-٣١	
23%	37	٥٠-٤١	
27%	44	٥١ فأكثر	
16%	26	أقل من ٢٥٠ الف	٣ مستوى الدخل
36%	58	٥٠٠-٢٥٠	
46%	74	أكثر من ٥٠٠	

في حين كانت الخصائص الشخصية لمقدمي الخدمة من الأطباء فقد كانت على النحو الموضح في الجدول(٣).

جدول(٣) خصائص الأطباء عينة الدراسة

النسبة	التكرار	الخصائص	ت
36%	18	ذكر	١ النوع الاجتماعي
64%	32	أنثى	
4%	2	أقل من ٣٠	٢ العمر
2%	10	٤٠-٣٠	
28%	14	٥٠-٤١	
32%	16	٦٠-٥١	

6٠ فأكثر	8	%16
دبلوم عالي	12	%24
دكتوراه	38	%76

المبحث الثاني: الجانب النظري للدراسة

أولاً: التقمص العاطفي لمقدم الخدمة

عبر علماء النفس السريري عن التقمص العاطفي بأنه قدرة الفرد على أن يتوقع أو يتنبأ بمشاعر الآخرين وردود فعلهم واستجاباتهم الخفية و عواطفهم الداخلية ومعتقداته (Agnihotri & Krush, 2015:166).

أما (Aggarwal, 2015:17) يؤكد على وجود جانبين للتقمص، الجانب الأول يفسر التقمص على أنّ الفرد يجرب التصرفات ويفعل ما يفعله الآخرون في ضوء خبراته وتجاربه أو مدركاته، وهذا يعني أننا لا نستطيع تفسير تصرفات الآخرين و لا التنبؤ بردود أفعالهم ما لم نمر بنفس تجاربهم. أما الجانب الثاني يفسر التقمص العاطفي للفرد بأن يضع نفسه في ظروف مشابهة لظروف ومواقف الآخرين ثم يحاول من خلال التصور الذهني المعتمد على الإتصال أخذ التنبؤ بردود أفعالهم.

ويفسر (Richard, 2016:120) التقمص العاطفي كعملية تستهدف التنبؤ بسلوك الزبون من خلال التنبؤ عن العلاقات بين السلوك الذي يقدم عليه مقدم الخدمة، والسلوك الذي يقدم عليه الزبائن استجابة على سلوك مقدم الخدمة، والاستجابة التالية التي يقدم عليها مقدم الخدمة بناء على سلوك الزبائن. لذا يمكن القول التقمص العاطفي مهارة مؤثرة للغاية، يمكن من خلالها أن يشعر مقدم الخدمة بالأحاسيس و يفهم المعاني التي تسيطر على الزبون، أي يكون قادراً على رؤية العالم بنظرة الزبون هو و ليس بنظرته الشخصية (Hwang, & Kim, 2016:9). ويلاحظ من هذه الخطوات إن الإنصات مادة التقمص العاطفي و جوهره، إذا لا يمكن تحقيق التقمص إلا من خلال الإنصات للزبون و الإستماع أو الإهتمام الشخصي بحاجاته ومتطلباته (Drollinger & Comer, 2013:54).

و يؤكد (Agnihotri & Krush, 2015:169) الى هذه المهارات تتطلب فهم ظروف الزبون أثناء تقديم الخدمة، ثم مشاطرته العواطف التي تثيرها تلك الظروف، وكأن مقدم الخدمة يريد أن يقول للزبون بأنه يشعر بقلبه الألم الذي يعيشه الزبون.

وقد عرف (Wieseke & Kraus, 2015:321) التقمص العاطفي بأنه فهم مقدم الخدمة لحالة الزبون أو مشاعره ودوافعه الشخصية. كما أشار (McBan, 2005:352) الى إنّها التقمص العاطفي لمقدم الخدمة يمثل مقدرات ومهارات شعورية يمكنه من وضع نفسه في موضع أو حالة الزبون، بمعنى أنه الفهم الكامل للزبون عقلياً و شعورياً، وهذا ما أطلق عليه (Pilling, 2004:52) أفهمك بعقلي وقلبي.

ناهيك عما سبق فأن التقمص العاطفي يتطلب عملية إتصال واعية ومعقدة من قبل مقدم الخدمة، كونها تتطلب عملية ترابط ذهني للطرفين (مقدم الخدمة-الزبون) من خلال التصور أو التمثيل المعرفي

ضمن تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط للحالة الشعورية التي يمر بها الزبون في تلك اللحظة، بمعنى أنه يمثل توقعات عن الحالة النفسية والشعورية الداخلية للزبون قبل وأثناء وبعد تلقي الخدمة (Drollinger,2006:164).

لذلك يؤكد (Itani & Inyang,2015:702) على إن التقمص العاطفي لمقدم الخدمة تعد من متطلبات الأداء العالي، يمكن من خلالها دمج الزبون مع علامة المنظمة و جعله يعيش حالة من التماهي أو التماثل مع المنظمة أو علامتها، من خلال إبداء مقدم الخدمة روح الصداقة والحرص على مصلحة الزبون و التوجه نحو تقديم الخدمات حسب حاجاته الفردية.

في حين يرى (Wieseke & Kraus,2015:321) إن التقمص العاطفي يتطلب من مقدم الخدمة التعامل بإحترام مع الزبون و الإهتمام بمشاعره أثناء اللقاء الخدمي، ويتضمن بذل جهود حقيقية للتعرف على حاجات الزبون ورغباته الفردية أو الشخصية، أي التعامل مع كل زبون بسياسة الإيصائية الفردية و الإعتناء بظروفه وحاجاته الشخصية ثم التكيف معها.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول إن التقمص العاطفي يعكس العلاقة بين مقدمي الخدمات و الزبائن أو المستفيدين، ويكون مبني على اللطف والكياسة و الإحترام (Richard,2016:120)، علاوة على التفهم والسرية والإصغاء والتواصل المستمر (Drollinger,2006:165). و تحقق (Hwang, & Kim,2016:7) في دراسته حول أبعاد جودة الخدمة إن العلاقة الجيدة بين مقدم الخدمة والزبون تسهم في نجاح الخدمة وإستجابة الزبائن للتعليمات واللوائح، كما أكد (Itani & Inyang,2015:700) إن التقمص يضع مصلحة المستفيد في مقدمة أولويات و إهتمامات المنظمة والعاملين فيها، ويوجه العاملين الى الإصغاء لشكوى الزبون وتلبية إحتياجاته بكل ودٍ ولطافةٍ.

وفي السياق ذاته، أشار (Pilling,2004:52) في دراسته الى إن توجه العاملين للتعامل بكياسة ولطف مع المرضى، وإيلاء المريض اهتماماً خاصاً، ومناداته باسمه من قبل الطبيب، ووضع مصلحة المريض أولاً، و التعاطف معه في حالة تعرضه لمشكلةٍ ما، وإحترام عادات وتقاليد المرضى، تعد من المظاهر الأساسية للتقمص العاطفي في مجال الخدمة الصحية.

كما يتفق (McBan,2005:352) مع هذه الدراسة بأن التقمص العاطفي يشتمل على إهتمام العاملين في المستشفى بمصلحة المرضى، وتفهم العاملين لحاجات المرضى، ملاءمة ساعات تقديم الخدمة الصحية لحالات المرضى، وحرص المستشفى على تحقيق المصلحة العليا للمرضى، والدراية المعمقة بحاجات ورغبات المرضى.

ويضيف (Hwang, & Kim,2016:9) الى ما سبق، أن التقمص العاطفي يعني توجه إدارة المستشفى الى العناية الشخصية بالمرضى، وحل مشاكلهم بطرق ودية وإنسانية، وتوفير الخدمة لهم بالمكان والزمان الملائمة لهم، ودرجة فهم المستشفى لحاجاتهم الضمنية.

في حين يشير (Drollinger,2006:165) إن المقدرات العاطفية لمقدم الخدمة لها دور أساسي في تحقيق الإستيعاب الداخلي للفرد(الزبون) بربطه مع الذات و يعمل على تعزيزها و إثرائها، بمعنى أن المقدرات الشعورية كالتقمص العاطفي تمكن مقدم الخدمة من إثارة مشاعر الحنين والقبول والقناعة وحماية

الذات وتعزيز الهوية، فيرتبط الزبون (المريض) بمقدم الخدمة عاطفياً ويحقق لهم وجوده إحساساً بالذات وشعوراً بالإستقرار العاطفي (Drollinger & Comer, 2013:57).
ومن جانب آخر يمكن للتمقص العاطفي أن يثري الذات من خلال تحقيق بعد القيمة الشخصية (وهي إحدى ابعاد قيمة الزبون)، بتمثيلها رمزياً للشخصية الحالية التي تعكس من هو الشخص الذي يقدم الخدمة (McBan, 2005:353).

ثانياً: الإرتباط النفسي للزبون

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

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

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

ويمكن النظر الى الإرتباط النفسي بمقدم الخدمة كقوة للرابطة المعرفية والعاطفية التي تربط مقدم الخدمة مع الزبون (المريض) (Hailu & McFarlane, 2015:586)، مما يعني جزء من حاجات الزبون ووسيلة لإشباع رغباته النفسية بناءً على الترابط المعرفي و العاطفي معه وفي ضوء المتطلبات النفسية والرمزية فان الزبون يلجأ الى الإرتباط بعلامة تجارية أو مقدم خدمة معين لتلبية حاجات إشباع الذات (من خلال تجربة إستهلاك الخدمة) وصولاً الى تمكين الذات (من خلال الوظيفي) و مروراً بإثراء الذات (الإستلاك الرمزي) (Brocato, 2016:64). بمعنى أن الإرتباط النفسي لا تتطور إلا عندما تنشأ علاقة قوية بين الفرد الزبون والعلامة التجارية أو مقدم الخدمة ويتم ذلك بمرور الوقت.

وتؤكد الدراسات التسويقية إن الروابط النفسية مع الذات تستند على الجوانب المعرفية و العاطفية، إذ تبرز التجارب الشخصية للزبون مع مقدم الخدمة في المخططات المعرفية للفرد مع الروابط العاطفية للذات بما يعطيها تأثيراً حرجاً على سلوكيات الزبون ودوافعه الشرائية (Kleine, 2012:360) (Schultz, 2015:370). ويضيف (Hou & Morais, 2013:225) عامل مهم في مجال الإرتباط النفسي

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط إذ يمكن للتجارب الحسية (وفق الحواس الخمسة) أن تؤدي دوراً أساسياً في تغيير مزاج الزبون، وحتى في حالات المريض معينة)، علاوة على توفير مناخ نفسي إيجابي للزبون و استقراره العاطفي (Hailu & McFarlane,2015:585).

ثالثاً: تفضيلات الزبون (Customer Patronage)

تؤكد نظريات سلوك المستهلك بأن الإستجابة السلوكية والعاطفية والموقفية للزبون تعتمد على طبيعة المثيرات التسويقية التي توظفها المنظمات لتحقيق ما تهدف إليه من إستجابة، وهذا يتطلب من التحقق من إستجابات الزبائن لفهم مبررات قراراتهم الشرائية وإختيارهم لمنتج أو خدمة معينة دون الأخرى (Mlenga,2014:371).

ولكي تتمكن المنظمات من تحليل هذا السلوك تحاول المواءمة بين خصائص الزبون وخصائص الخدمة والعملية الشرائية، لأن البحوث التسويقية أثبتت أنّ الزبون (المستهلك) يحتكم الى معايير متنوعة لتفضيل منتج أو علامة دون الأخرى (Tan & Yeap,2012:220).

ويعرف تفضيل الزبون بأنه مزيج من المواقف والمعتقدات المعيارية والدوافع التي تؤثر على سلوك الشراء موافقة الزبون أو دعمه لعلامة أو منظمة معينة (Ogwo & Igwe, 2012:85)، وتوفر تفضيلات الزبون أساساً لحصة سوقية راسخة ومتنامية (Dhruv et al.,2013: 261)، لذا يؤكد بعض الباحثين بأن فهم تفضيلات الزبون تمهد للتنبؤ بسلوكيات الزبون في المستقبل. لذا يمكن القول بأن مؤشرات تفضيل الزبون لمنظمة أو علامة تمثل مؤشراً للأداء التسويقي و حصة الزبون (Tan & Yeap,2012:221) (Gajanayake,2011:34)، و يعتمد ذلك على معرفة نوايا الزبون ومواقفه تجاه المنظمة. فقد تصور مؤشرات تكرار الشراء، نوايا التحول، زيادة المشتريات من العلامة نفسها دليل لتفضيلات الزبون بالتعامل مع المنظمة واستمرار علاقته بها (Grewal,2013:265).

ومن المؤكد فأن هناك عوامل سابقة أو محددة لتفضيلات الزبون مثل رضا الزبون و ثقته بالمنظمة أو مقدم الخدمة علاوة على جودة الخدمة (Kim & He, 2017:321)، كما يضيف (Ogwo & Igwe,2012:86) عوامل سوابق محددة لتحقيق تفضيلات الزبون مثل صورة المنظمة، خصائص مقدم الخدمة معالجة شكاوى الزبون والإستجابة السريعة (Mlenga,2014:373).

كما أثبت (Dhruv et al.,2013: 263) في دراسته أنّ مستوى الإستجابة الشعورية المتحققة للزبون نتيجة التفاعل في اللقاء الخدمة، والمناخ المادي أو بيئة اللقاء الخدمي، وسرعة الإستجابة، والسعر كلها من المحددات الرئيسة لتفضيلات الزبون.

رابعاً: العلاقة بين متغيرات الدراسة

لقد أظهرت الدراسات السابقة أن المظاهر العاطفية لمقدم الخدمة يمكن أن تحفز الحالات الشعورية للزبون كرد فعل مباشر (Hailu & McFarlane,2015:586)، وتؤكد الدراسات التجريبية بان الزبائن الحساسين يكونوا أكثر من غيرهم إستجابة للمشاعر التي يظهرها مقدمو الخدمة (Hwang, & Kim,2016:11)، الأمر الذي يعزز من إرتباط الزبون نفسياً وشعورياً بمقدم الخدمة ويزيد من تفضيله له

(Wieseke & Kraus,2015:322)، كما قد يخفف أو يقلل من الآثار السلبية لأخطاء وحالات التفاعل السلبية وغير المرضية (Pilling,2004:53)، على وجه الخصوص في الحالات التي يكون فيها الزبون قادراً على التكييف العاطفي بدلا من الإحتكام للحسابات المنطقية كرد فعل سلوكي، أي عندما تتحكم دوافع الشراء العاطفية بدلاً من دوافع الشراء العقلية أو المنطقية بقرارات الزبون. ويذكر (Drollinger & Comer,2013:58) إن جودة اللقاء الخدمي لها صلة معنوية برضا/عدم الزبون، كما أنها قد تؤدي الى نتائج خدمة مبهجة. ووفقاً لنظرية التحكم بالطلب، فإن مقدمي الخدمة قد يظهرون سلوكاً تعاطفياً مع الزبائن أثناء اللقاء الخدمي (Drollinger,2006:166). ويؤكد (Itani & Inyang,2015:703) إن المقدرات الشعورية والعاطفية لمقدم الخدمة لها دور معنوي في سلوكيات الزبون مثل رضا الزبون وولائه. وعلى العكس من ذلك، فإن عدم إمتلاك مقدمي الخدمة لهذه المقدرات يسبب فشل الخدمة ويؤدي الى عدم الزبائن. وفي ضوء ما تقدم يمكن صياغة الفرضية الفرعية الآتية:

H1: توجد علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و الإرتباط العاطفي للزبون

بمقدم الخدمة.

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

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

H2: هناك علاقة تأثير معنوية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و تفضيل الزبون للتعامل مع

مقدم الخدمة.

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

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط وعلاوة على ذلك، فإن استشعار المشاعر الإيجابية أو السلبية للزبائن (المرضى) والاستجابة لها بطريقة مناسبة يفرض تطوير وتنسيق سلوكيات تفاعلية كافية. فإذا كان الأطباء قادرين على الاستجابة بحساسية لمرضاهم، فإن المرضى سيقدرون التفاعل وسوف يكونون أكثر ارتياحًا ويفضلون التعامل مع نفس الأطباء دون الرغبة بالتحول عنهم (Tan & Yeap,2012:223).

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

كما قدمت الدراسات المعاصرة الإرتباط النفسي بعده سمة أساسية للزبون الموالي والذي يفضل العلامة نفسها أو المنظمة دون غيرها من المنافسين، ويكون مصدراً مهماً للتغذية العكسية حول سمعة المنظمة وصورتها في المجتمع، بل إنهم قد يدافعون عن المنظمة ويردون المعلومات السلبية عن المنظمة (Hailu & McFarlane,2015:586). بناءً على ما قدمته تلك الدراسات يمكن صياغة الفرضية الآتية:

H3: توجد علاقة تأثير بين الإرتباط العاطفي للزبون و تفضيلاته لمقدم الخدمة.

وفي ضوء ما تقدم فإن الدراسة الحالية تقترح سلسلة سببية بين التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و الإرتباط النفسي للزبون لضمان تفضيلات تمدد عمر العلاقة بين الزبون (المرضى) ومقدم الخدمة (الطبيب)، ويمكن توضيح تلك العلاقة في ضوء المخطط الفرضي الموضوع في الشكل (1).

المبحث الثالث: الجانب العملي للدراسة

أولاً: منهج الدراسة وأدواتها

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

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

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

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

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

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

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

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

ثانياً: بناء مقاييس الدراسة

استعانت الدراسة ببحوث ودراسات سابقة في تحديد المقاييس الخاصة بالمتغيرات، وتم تكييفها لتلائم طبيعة القطاع والمجتمع والعينة المختارة. وقد استندت الدراسة الى ثلاثة متغيرات رئيسة وعلى النحو الآتي:
١- التقمص العاطفي (Employee Empathy, EE) تم الإعتماد على دراسة كل من (Wieseke et al., 2012).

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

٣- تفضيل الزبون (Customer Patronage, CP) إعتمدت على دراسة (Mlenga, 2014).

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

و تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي لقياس ثبات و مصداقية المقياس، وقد كانت جميع مؤشرات حسن المطابقة بنموذج القياس الكلي مطابقة ($\chi^2/df = 1.734$, $RMSEA = .045$, $GFI = .901$, $AGFI = .876$, $CFI = .955$) إذ يلاحظ أن جميع القيم أعلى من قيم المؤشر القياسي، كما تم تطبيق معامل التحميل، معامل كرونباخ ألفا، معامل الصدق المركب، ومعامل التباين المركب للتأكد من ثبات وصدق المقياس (أنظر الجدول (٤)). وكانت القيم المعيارية لها على مقبولة باستثناء الفقرتين (4,9) من التقمص العاطفي، والفقرة (4) من الارتباط النفسي للزبون، كذلك الفقرة (3) من تفضيلات الزبون، وقد تم إستبعادها من المقياس.

كما يلاحظ في الجدول (٤)، تم استيفاء شرط اختبار صدق التمايز لأن الجذر التربيعي لمعامل التباين المفسر لجميع المتغيرات كان أعلى من الارتباط بين المتغيرات، مما يدل على صدق التمايز بين المتغيرات. كذلك فأن معاملات ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.72-0.90)، أما معامل الثبات المركب فقد تراوح بين

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط
(0.90-0.75) وهي أعلى من المستوى المقبول في مجال البحوث التسويقية والإدارية (Fornell & Larcker, 1981).

جدول(٤) إختبار الصدق والثبات والأوساط الحسابية و الإنحرافات المعيارية

المتغير	الفقرات	معامل التحميل	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	كرونباخ الفا	معامل الثبات المركب	معامل التباين المفسر
التقمص العاطفي	EE1	.84	3.43	.90	.89	.85	.53
	EE2	.90	3	.80			
	EE3	.85	3.72	.65			
	EE4	.29	3.31	.92			
	EE5	.84	3.7	.80			
	EE6	.76	4	.72			
	EE7	.82	3.12	.81			
	EE8	.69	3.16	.69			
	EE9	.24	3.79	.61			
	EE10	.90	3	.55			
	EE11	.72	3.60	.78			
	EE12	.81	3.62	.75			
الإرتباط الشعوري للزبون	CA1	.85	3.12	.69	.84	.82	.51
	CA2	.62	3.51	.57			
	CA3	.78	3.34	.81			
	CA4	.21	3.19	.77			
	CA5	.83	3.13	.69			
	CA6	.76	3.50	.92			
	CA7	.85	3.32	.89			
	CA8	.79	3.72	.87			
	CA9	.75	3.15	.82			
تفضيلات الزبون	CP1	.81	3.21	.72	.79	.75	.50
	CP2	.52	3.17	.81			
	CP3	.27	4	.69			
	CP4	.79	3.16	.92			
	CP5	.81	3.11	.91			
	CP6	.86	3.53	.81			

All factor loadings are significant at the $p < .001$ level.

ثالثاً: وصف متغيرات الدراسة

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

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط عليه فقد تم اللجوء الى منهج تحليلي خاص في إختبار الفرضيات، وهو التحليل متعدد المستويات. و الدراسة الحالية تتناول نوعين من المتغيرات، متغيرات على مستوى المجموعة (التقمص العاطفي)، ومتغير على مستوى الفرد (الإرتباط العاطفي، وتفضيلات المريض).

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

١- مؤشر الإتفاق ضمن المجموعة:

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

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

حيث ان :

$r_{wg}(J)$ = مؤشر الاتفاق بين المستجيبين ضمن المجموعة

S_{Xj}^2 = متوسط التباين الملاحظ على زمن الفقرات

σ_E^2 = التباين المتوقع للمتغير X_j عندما تتجاوز الاستجابات خطأ القياس العشوائي ، حيث ان :

$\sigma_E^2 = (A2-1/12)$ (وA تعني عدد مدرجات المقياس مثل مقياس ليكرت الخماسي يعني (5))

وعند إحتساب مؤشر الإتفاق ضمن المجموعة يتضح إن عدد الفقرات هي (١٠) وأدنى قيمة له هي (59). أما أقصى قيمة فقد كانت (83)، بمعدل عام قدره (84). ويؤشر على وجود المستوى المقبول. وبشكل عام تدل هذه المخرجات على أنّ قيمة الإتفاق ضمن المجموعة كبيرة ومتلائمة مع الحد المقبول (70). مما يعني أن إستجابات الأفراد إتجاه متغير التقمص العاطفي تتصف بوجود حالة التوافق داخل المجموعات، وذلك يبرر لنا إمكانية تحويل الإستجابات على مستوى الفرد الى إستجابات على مستوى المجموعة لغرض إستخدامها في الإحصاءات الوصفية و إختبار الفرضيات.

٢- معامل الإرتباط الأول بين الفئات

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

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

حيث ان :

τ_{00} = التباين بين المجموعات

σ^2 = التباين ضمن المجموعات

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

٣- قيمة معامل الارتباط الثاني بين الفئات

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

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

إذ أن

$ICC(2)$ = قيمة معامل الارتباط الثاني بين الفئات.

$ICC(1)$ = قيمة معامل الارتباط الأول بين الفئات.

K = حجم المجموعة

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

ووفقاً للنتائج أعلاه يمكن القول إن متغير التقمص العاطفي هو فعلاً متغير على مستوى المجموعة، فقد كشفت النتائج بأن الأفراد عينة الدراسة في كل مجموعة أتفقوا على مستوى هذا المتغير ليس على مستوى الفرد بل على مستوى المجموعة، ولو كان العكس لظهر وجود تباين وعدم إتفاق بين أفراد العينة بحكم إختلاف خصائصهم الشخصية. عليه فأن الدراسة الحالية لجأت الى تحويل هذا المتغير من مستوى الفرد الى مستوى المجموعة بإستخدام طريقة التجميع. وبعد التأكد من إمكانية إستخدام منهج تعدد

ضمنان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط المستويات في معالجة البيانات الإحصائية للدراسة سيتم توصيف متغيرات الدراسة باستخدام مقياس النزعة المركزية والتشتت.

ويلاحظ من خلال الجدول (٥) الأوساط الحسابية و الإنحرافات المعيارية ومصنوفة الارتباط الداخلي لمتغيرات الدراسة على مستوى المجموعة وعلى مستوى الفرد. فقد حصل بعد التقمص العاطفي (بعد على مستوى المجموعات) على وسط حسابي بلغ (3.42) بإنحراف معياري (.73). مما يشير الى تناسق إجابات العينة حول فقرات المقياس، ويؤكد ذلك إتفاق العينة على أن مقدمة الخدمات الصحية من اطباء وكادر طبي داعم من العاملين) يمتاز بالتقمص العاطفي وله قدرات عاطفية وشعورية تمكنه من فهم حاجات المرضى وحالاتهم الشعورية والتعرف على متطلباتهم الخاصة وفق ظروفهم الشخصية والنفسية. وهي مسألة غاية في الأهمية في هذا القطاع لما لها من تأثير ملحوظ على نجاح عمل الفريق الطبي في المستشفى وتجاوب المريض سريرياً وبيولوجيا للعلاج المقدم له من قبل الطبيب.

كما اشارت نتائج الوصف الإحصائي الواردة في الجدول (٥) الى إن الوسط الحسابي العام لمتغير الارتباط الشعوري للزبون (المريض) كان (3.37) و إنحراف معياري (.82)، مما يشير الى ارتباط العينة قيد الدراسة (في ضوء إنسجام إجابات العينة) بمقدمي الخدمة من أطباء و كادر طبي داعم لهم. وبالسباق نفسه أكدت نتائج الوصف الواردة في الجدول (٥) الى وجود إنسجام في إجابات العينة حول متغير تفضيل الزبون (المريض) لمقدم الخدمة، فقد كان الوسط الحسابي لهذا المتغير (4) بإنحراف معياري (.81)، مما يعني إن العينة تعبر عن وجود علاقة معنوية خاصة مستندة على مواقف وإتجاهات رصينة تجاه مقدم الخدمة.

الجدول (٥) والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط الداخلي لمتغيرات الدراسة

ت	المتغير	الوسط		معامل الارتباط			
		الحسابي	المعياري	١	٢	٣	٤
1	التقمص العاطفي	3.42	.73				
٢	الارتباط النفسي للزبون	3.37	.82	.52*	1		
٣	تفضيلات الزبون	4	.81	.56**	.59*	1	
٤	النوع الإجتماعي	-	-	.60**	.53**	.58*	1
٥	العمر	-	-	.52*	.50**	.52*	.55*
٦	مستوى الدخل	-	-	.33	.24	.29	.39
							.13
							1

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

أما بالنسبة لمعاملات الارتباط الداخلي بين متغيرات الدراسة، فقد تم توظيفها للتأكد من قوة النموذج الهيكلي للدراسة من خلال الكشف على عدم وجود ارتباط خطي متعدد بين متغيرات الدراسة، وهذا ما أظهرته النتائج الواردة في الجدول (٥)، إذ تبين أن أكبر معامل ارتباط بين المتغيرات لم يتجاوز (60%).

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

رابعاً: اختبار فرضيات الدراسة

يتطلب إختبار فرضيات الدراسة اللجوء الى أسلوب النمذجة الخطية الهرمية، وتؤكد النتائج الواردة في الجدول (٦) والخاصة باختبار فرضيات التأثير إلى أن التباين المراد تفسيره في متغيرات المستوى ١ (الإرتباط النفسي للزبون و تفضيلاته) يتطلب تبايناً آخر للمتغيرات في المستوى ٢، في حين تم تصميم البنيات المتبقية كمتغيرات في المستوى ١ مما يؤكد تعدد المستويات في نموذج الدراسة.

وهذا يعني تبايناً في التقمص العاطفي باختلاف مقدم الخدمة، ولذلك تصميمه كمتغير من المستوى (٢). وقد استخدمنا التحليل الكامل لنموذج مسار متعدد المستويات، باستخدام البرنامج (MPlus,5) وتم تقديره بأقصى احتمال كامل مراعاة البنية الهرمية للبيانات (Raudenbush & Bryk, 2002) كما يوضح الشكل (٢)، فإن الإرتباط النفسي للزبون هو دالة للتقمص العاطفي لمقدم الخدمة من المستوى ٢، أي أن الإرتباط النفسي للزبون في المستوى الأول من التحليل يتحدد على أساس مستوى التقمص العاطفي لمقدم الخدمة في المستوى الثاني من التحليل، كما هو موضح في المعادلة الآتية:

$$CE_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} (EE_{ij}) + r_{ij},$$

حيث يكون (CE_{ij}) زبون مرتبط نفسياً بمقدم الخدمة j، كما إن (EE_{ij}) هو تعاطف العميل (i) للموظف j، و (π_{ij}) هو معيار خطأ التقدير للتوزيع الطبيعي عندما N(0,σ²). وفي الخطوة الثانية يتم تحديد معلمات الإنحدار (التقاطع والميل) بعد أن تبين من الخطوة الأولى نتائج الإنحدار و تأثير تقمص مقدم الخدمة، إذ إن () تمثل التقمص العاطفي لمقدم الخدمة j وكما هو في المعادلة الآتية:

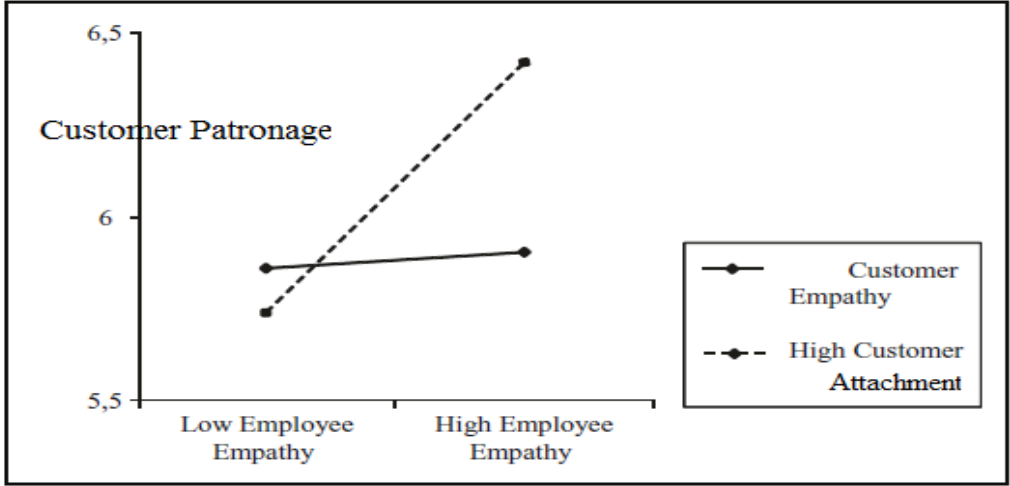
$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01} EE_j + u_{0j},$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{11} EE_j + u_{1j}.$$

ويمكن توحيد المعادلتين ضمن إطار واحد يمثل إمكانية التنبؤ بالحصلة النهائية التي تمثل تفضيلات الزبون كمتغير في المستوى الأول ناتج عن التغير في التقمص العاطفي لمقدم الخدمة و الإرتباط العاطفي للزبون لينتج مقدار التأثير على تفضيلات الزبون وفق المعادلة الآتية:

$$CP_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{01} EE_j + \gamma_{10}(CE_{ij}) + \gamma_{11} EE_j(CE_{ij}) + u_{0j} + u_{1j}(CE_{ij}) + r_{ij}.$$

ضمان تفضيلات الزبون من خلال التقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالإعتماد على الدور الوسيط وهذا يعني أن تفضيلات الزبون ناتجة عن التقاطع المشترك للتقمص العاطفي لمقدم الخدمة بالمستوى الثاني و الإرتباط النفسي للزبون في المستوى الأول.



الشكل (٢) نتائج التحليل الهرمي بين متغيرات الدراسة يظهر من الجدول (٦) إن ميل منحى التقمص العاطفي لمقدم الخدمة في المستوى الثاني يمثل دالة لتفضيلات الزبون من خلال الدور الوسيط للإرتباط النفسي للزبون بمقدم الخدمة، فكلما إرتفع مستوى التقمص العاطفي كان تأثير الإرتباط النفسي على تفضيلات الزبون لمقدم الخدمة أعلى مستوى. فقد كان مستوى التأثير في هذا المستوى ($\gamma=.56, p < .01$). كما يلاحظ التأثير المباشر للإرتباط النفسي للزبون على تفضيلاته لمقدم الخدمة ($\gamma=.11, p < .01$). علاوة على التأثير المباشر للتقمص العاطفي لمقدم الخدمة على الإرتباط النفسي للزبون بمقدم الخدمة ($\gamma=.45, p < .01$). جدول (٦) نتائج إختبار فرضيات التأثير بين متغيرات الدراسة

تباين قيم الثابت τ_{00}	معامل قيم الإندثار	معامل قيم الإندثار	مسار الفرضية
0.0054	.45	.21**	التقمص العاطفي لمقدم الخدمة --> الإرتباط النفسي للزبون
	-	.29**	التقمص العاطفي لمقدم الخدمة --> تفضيلات الزبون
	.11	.49**	الإرتباط النفسي للزبون --> تفضيلات الزبون
	.56	.51**	التقمص العاطفي لمقدم الخدمة --> الإرتباط النفسي للزبون --> تفضيلات الزبون

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

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

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

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

والجداول (٩ و٨ و٧) توضح دور هذه المتغيرات، إذ تشير نتائج التحليل الإنحدار الى إن عدم وجود تأثير معنوي في هذه العلاقة في ضوء خصائص الشخصية المتعلقة بالنوع الإجتماعي، بمعنى إن التباين في النوع الإجتماعي ليس له تأثير معنوي. كما تؤكد النتائج الواردة في الجداول (٩ و٨ و٧) الى أن الخصائص الشخصية المتعلقة بالعمر ليس لها تأثير معنوي على تفضيلاتهم للطبيب، كذلك نوع مستوى الدخل لم يكن له تأثير معنوي على طبيعة العلاقة بين المتغيرات وبذلك يمكن تحييده من هذه العلاقة، كما أظهرت نتائج تحليل الإنحدار الخاصة بالمتغيرات الرقابية الى إن لم يكن لها تأثير على هذه العلاقة.

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

الجدول (٧) ملخص النموذج

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

a.predictor: (constant),Income.

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

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

الجدول (٨) تحليل ANOVA

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error				Tolerance	VIF	
1	(Constant)	2.723	.114		23.880	.000		
	Gender	-.001	.068	-.001	-.013	.990	.995	1.005
2	(Constant)	1.685	.282		5.986	.000		
	Gender	-.014	.066	-.010	-.205	.838	.993	1.007
	Age	.031	.043	.041	.733	.464	.822	1.216
3	(Constant)	.548	.389		1.406	.160		
	Gender	-.013	.065	-.010	-.205	.838	.964	1.037
	Age	-.006	.042	-.008	-.137	.891	.783	1.276
	Income	.129	.060	.122	2.172	.031	.767	1.303

a. Dependent Variable: Patronage

Source: The Survey Data

الجدول (٩) معاملات الإنحدار بين متغيرات الدراسة

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

a. predictor: (constant),Income.

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

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

المبحث الرابع: الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: الإستنتاجات:

- ١- تبين من خلال نتائج التحليل الإحصائي إمتلاك الكادر الطبي من الأطباء في الدراسة لمهارات وقدرات شعورية، مثلت وعاءً عاطفياً يستوعب حاجات ورغبات مرضاهم من خلال إيلاء المرضى إهتمام شخصي بوقت كافٍ وحسب ظروفهم الخاصة.
- ٢- أظهرت العينة إرتباطها النفسي بالأطباء الذين يتعاملون معهم وبشكل واضح، فقد كانت مشاعر الإنتماء للعلاقة مع الطبيب كونها تمثل جزءاً نفسياً من شفائهم وراحتهم، كما إنهم بالقيمة الشخصية للطبيب.

٣- عبرت العينة عن تفضيلاتها وولائها لمقدمي الخدمات الصحية من الأطباء من خلال نيتها باستمرار التعامل مع الطبيب ذاته وعدم رغبته في التحول الى طبيب غيره، علاوة على تطوعها في نصح الآخرين بمراجعة الطبيب نفسه عند الحاجة.

٤- أظهرت نتائج إختبار الفرضيات بأن التقمص العاطفي للأطباء يمكن أن يسهم معنوياً في شحن مشاعر الإرتباط النفسي للمرضى للتعلم بالطبيب ذاته وجعل العلاقة بينهما جزءاً من العلاج للمريض. مما يعني إن الإصغاء للمريض وتفهم حالته الخاصة وظروفهم الشخصية، والتعامل معهم يتصف بروح المرح والصدقة يجعلهم يرتبطون به نفسياً ويلتصقون بشخصه معنوياً.

٥- كما أثبتت نتائج الدراسة إنشغال الطبيب بتلبية طلبات المرضى فوراً، والسلوك المهني الأخلاقي الذي يتحلى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى، يعد من محفزات الإلتصاق النفسي والشعوري بالطبيب المعالج وجعله قيمة نفسية تعني الكثير للمريض وتشعره بالراحة والإستقرار النفسي.

٦- إن الإرتباط النفسي للمريض بالطبيب بما يظهره من شعور التحسن عند التعامل مع طبيبه والراحة النفسية نتيجة الإرتباط الذاتي، قد يجعل المريض كزبون للطبيب يصر على التعامل معه دون غيره من الأطباء(المنافسين)، كما قد يدفعه بالتفاخر أمام الآخرين بتعامله مع الطبيب المختص وينصحهم بالرجوع إليه.

ثانياً: التوصيات

١- ضرورة تطوير الأطباء لمقدرتهم على استشعار توقعات المرضى وتعزيز التفاعل معهم لذا فإن النجاح المهني للطبيب يستلزم أن يكون هناك مقدرات تفاعل بشري و إجتماعي تمكنه من فهم أفكار المرضى ومشاعرهم ونواياهم والرد عليها أثناء اللقاء الخدمي.

٢- سعي الأطباء المختصين لكسب و معرفة مهارات الذكاء الشعوري بعده أداة نفسية تمكنهم من فهم وإستيعاب مشاعر مرضاهم، والتأكيد على فهم العادات والتقاليد المتباينة التي تفرضها البيئة.

٣- ضرورة توفير مناخ نفسي و عاطفي للمرضى بما يسهم بمد جسور الثقة و التفاهم بين الطبيب و مرضاه و يولد مشاعر الإرتباط الذاتي عند المرضى ليكون جزء من متطلبات الإستشفاء وركيزة أساسية للدواء.

٤- مد جسور التواصل و الإلتصال مع المريض(كزبون) من أجل أن ييوح بمشاعره النفسية والتأكيد على أن العلاج النفسي يسبق العلاج المادي من العقاقير الطبية.

٥- دعوة الأطباء الى زيادة الاهتمام بالمراجعين من المرضى واضعين نصب أعينهم إعطاء التصور والانطباع الحسن والجيد عنهم يمثل مرتكزاً أساسياً للنجاح المهني والشخصي بعيداً عن الخبرات والكفاءات، مما يعني التفكير بنموذج التوجه نحو الزبون.

References

1. Aggarwal, Praveen, Stephen B. Castleberry, Rick Ridnour, and C. David Shepherd (2015), "Salesperson Empathy and Listening: Impact on

- Relationship Outcomes,” *Journal of Marketing Theory and Practice*, 13 (3), 16-31.
2. Agnihotri, R., & Krush, M. T. (2015). Salesperson empathy, ethical behaviors, and sales performance: The moderating role of trust in one’s manager. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 35(2), 164–174.
 3. Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423.
 4. Ball, A. D., & Tasaki, L. H. (2009). The role and measurement of attachment in consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 1, 155–172.
 5. Brocato, E.D. (2016). Place attachment: an investigation of environments and outcomes in service context. Doctoral Thesis, The University of Texas at Arlington.
 6. Dhruv, G., Julie, B., Michael, L., Glenn, B., & Voss, G. B. (2013). The effects of wait expectations and store atmosphere evaluations on patronage intentions in service-intensive retail stores. *Journal of Retailing*, 79, 259– 268.
 7. Drollinger, T., & Comer, L. B. (2013). Salesperson’s listening ability as an antecedent to relationship selling. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 28(1), 50–59.
 8. Drollinger, Tanya, Lucette B. Comer, and Patricia T. Warrington (2006), “Development and Validation of the Active Empathetic Listening Scale,” *Psychology and Marketing*, 23 (2), 161-180.
 9. Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
 10. Gajanayake, R., Gajanayake, S., & Surangi, H. A. K. N. S. (2011). The impact of selected visual merchandising techniques on patronage intentions in supermarkets. Unpublished thesis, University of Kelaniya, Sri Lanka.
 11. Grewal, D., Baker, J., Levy, M., & Voss, G. B. (2013). The effects of wait expectations and store atmosphere evaluations on patronage intentions in service-intensive retail stores. *Journal of Retailing*, 79, 259–268.
 12. Gross, M. J., & Brown, G. (2014). Tourism experiences in a lifestyle destination settings: the role of involvement and place attachment. *Journal of Business Research*, 59, 696–700.

13. Gu, H., & Ryan, C. (2015). Place attachment, identity and community impacts of tourism - the case of Beijing hutong. *Tourism Management*, 29, 637–647.
14. Hailu, G., Boxall, P. C., & McFarlane, B. L. (2015). The influence of place attachment on recreation demand. *Journal of Economic Psychology*, 26, 581–598.
15. Hazan, Cindy and Phillip R. Shaver (2014), "Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process," *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
16. Hou, J. S., Lin, C. H., & Morais, D. B. (2013). Antecedents of attachment to a cultural tourism destination: the case of Hakka and non-Hakka Taiwanese visitors to Pei-Pu, Taiwan. *Journal of Travel Research*, 44, 221–233.
17. Hwang, K., & Kim, H. (2016). Are ethical consumers happy? Effects of ethical consumers' motivations based on empathy versus self-orientation on their happiness. *Journal of Business Ethics*, 1-20.
18. Hwang, S. N., Lee, C., & Chen, H. J. (2013). The Relationship among tourists' involvement, place attachment and interpretation satisfaction in Taiwan's national parks. *Tourism Management*, 26, 143–156.
19. Itani, O. S., & Inyang, A. E. (2015). The effects of empathy and listening of salespeople on relationship quality in the retail banking industry. *International Journal of Bank Marketing*, 33(6), 692–716.
20. Kim, W. K. & He, H. (2017). A study on physical environment and consumers' repatronage intention. *International Journal of Contents*, 3(4).
21. Klein, K. J., Dansereau, F., & Hall, R. J. (1994) Levels issues in theory development, data collection, and analysis. *Academy of Management Review*, 19, 195-229.
22. Kleine, Robert E. III, Susan S. Kleine and Jerome B. Kernan (2012), "These Are a Few of My Favorite Things -Toward an Explication of Attachment as a Consumer-Behavior Construct," *Advances in Consumer Research*, 16, 359-366.
23. McBane, David A. (2005), "Empathy and the Salesperson: A Multidimensional Perspective," *Psychology and Marketing*, 12(4), 349-370.
24. Mlenga G. Jere, Babatunde A. Aderole, & Albertina Jere (2014), Exploring Factors that Influence Store Patronage amongst Low-Income Consumers in Cape Town, South Africa, *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 20(5), 369-81.

25. Ogwo, O.E. & Igwe, S.R. (2012) Some Key Factors Influencing Attitudes to Patronage of GSM Services: The Nigerian Experience. *International Journal of Business and Management*; Vol. 7, No. 18 pp 82-91.
26. Pilling, Bruce K. and Sevo Eroglu (٢٠٠٤), "An Empirical Examination of the Impact of Salesperson Empathy and Professionalism and Merchandise Salability on Retail Buyers' Evaluations," *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 14 (1), 45-58.
27. Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.
28. Richard, E. M., Bupp, C. P., & Alzaidalsharief, R. G. (2016). Supervisor empathy moderates the negative effects of customer injustice. *Emotions and Organizational Governance*, 12, 117–140.
29. Rousseau, D. M. (1985). Issues of level in organizational research: Multilevel and crosslevel perspectives. In L. L. Cummings & B. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (Vol. 7, pp. 1-37).
30. Schultz, Susan E., Robert E. Kleine and Jerome B. Kernan (2015), "These Are a Few of My Favorite Things: Toward an Explication of Attachment as a Consumer Behavior Construct," *Advances in Consumer Research*, 16, 359-366.
31. Tan, B. & Yeap, P. (2012). What Drives Green Restaurant Patronage Intention. *International Journal of Business and Management*, 7(2), 215-223.
32. Thompson, Craig J, Aric Rindfleisch and Zeynep Arsel (2006), "Emotional Branding and the Strategic Branding of the Doppelganger Brand Image", *Journal of Marketing*, 70 (Jan), 50-65.
33. Thomson, Matthew, Deborah J. MacInnis and C. Whan Park (2005), "The Ties That Bind: Measuring the Strength of Consumers' Emotional Attachments to Brands," *Journal of Consumer Psychology*, 15 (1), 77-91.
34. Wieseke, J., Geigenmüller, A., & Kraus, F. (2015). On the role of empathy in customer-employee interactions. *Journal of Service Research*, 15(3), 316–331.