

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -



كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم التجارية

العنوان

الجماعات المرجعية ودورها في اختيار الخدمة الصحية الخاصة

دراسة ميدانية بمصحة الشفاء بالطاهير - جيجل

مذكرة مقدمة استكمالاً لمتطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم التجارية

تخصص: تسويق الخدمات

تحت إشراف الأستاذ:

د. زين العابدين طويجيني

إعداد الطالبين:

فاتح بوعكاز

عبد الوهاب سحالي

نوقشت أمام اللجنة المكونة من:

رئيسا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر ب	الأستاذ: عبد الحكيم بوالحيلة
مشرفا ومقررا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر ب	الأستاذ: زين العابدين طويجيني
مناقشا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر ب	الأستاذ: يوسف تبوب

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر و عرفان

الحمد لله والصلاة و السلام على الحبيب المصطفى محمد
صلى الله عليه وسلم نتوجه بالشكر والحمد والثناء إلى
الجليل العلي إلى خالق السموات والأرض، الذي أمدنا
بنعمة البصر والبصيرة، ووفقنا في درب دراستنا، وأثار لنا
طريق العلم ، إلى الله كل الحمد والشكر.

ثم نتقدم بجزيل الشكر إلى من أمدنا يد العون، ومنحنا الثقة
لإتمام هذا العمل، أستاذنا الفاضل: " د. زين العابدين
طويجيني " مرجعنا الأول والأخير في النصائح
والتوجيهات، ووقوفه معنا طيلة مراحل إنجاز هذا البحث،
أدام الله له الصحة والعافية.

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر إلى كل من دعمنا
ولم يبخل علينا بالكلمة الطيبة، خاصة الأستاذين ليتيم خالد
وتبوب يوسف وكذلك الدكتور غديري داوود، الذين رفعوا
من معنوياتنا وطاقتنا لمواصلة العمل والتفاني فيه.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

إلى الوالدين الكريمين.

إلى زوجتي وأولادي

إلى جميع الأخوة والأخوات.

إلى كل الأصدقاء وزملاء العمل.

إلى كل زملاء الدراسة، تخصص تسويق الخدمات.

إلى كل من وسعته ذاكرتي ولم تسعه مذكرتي.

إلى كل من عرفني من بعيد أو قريب، و أمدني بالعون في إتمام هذا العمل المتواضع.

فهرس المحتويات

العنوان

الصفحة

	كلمة شكر وعرفان
	الإهداء
I	فهرس المحتويات
IV	فهرس الجداول
VI	فهرس الأشكال
VII	قائمة الملاحق
أ - ح	مقدمة
07	الفصل الأول: الإطار النظري للخدمة الصحية
08	تمهيد:
09	♦ المبحث الأول: ماهية الخدمة الصحية
09	- المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية
11	- المطلب الثاني: خصائص الخدمة الصحية
13	- المطلب الثالث: أنواع الخدمة الصحية
14	♦ المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول جودة الخدمة الصحية
14	- المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية
17	- المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمة الصحية
19	- المطلب الثالث: خطوات تحقيق الجودة في الخدمة الصحية
21	♦ المبحث الثالث: المزيج التسويقي للخدمة الصحية
21	- المطلب الأول: الخدمة الصحية وطرق تسعيرها
23	- المطلب الثاني: توزيع وترويج الخدمة الصحية
31	- المطلب الثالث: العناصر المستحدثة في المزيج التسويقي للخدمة الصحية
34	- خلاصة

35	الفصل الثاني: سلوك المستهلك ودور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية
36	تمهيد
37	♦ المبحث الأول: : أساسيات حول سلوك المستهلك
37	- المطلب الأول: مفهوم سلوك المستهلك
38	- المطلب الثاني: أهمية دراسة سلوك المستهلك
39	- المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك
44	♦ المبحث الثاني: ماهية الجماعات المرجعية
44	- المطلب الأول: مفهوم الجماعات المرجعية
45	- المطلب الثاني: خصائص ووظائف الجماعات المرجعية
47	- المطلب الثالث: أنواع الجماعات المرجعية
50	♦ المبحث الثالث: دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك نحو الخدمة الصحية
51	- المطلب الأول: مكانة الجماعات المرجعية ضمن مراحل اختيار الخدمة الصحية
53	- المطلب الثاني: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية
55	خلاصة
56	الفصل الثالث: دراسة ميدانية لدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير
57	تمهيد:
58	♦ المبحث الأول: تقديم لمصحة الشفاء بالطاهير
58	- المطلب الأول: التعريف بمصحة الشفاء بالطاهير وأهم أهدافها
58	- المطلب الثاني: دراسة الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء بالطاهير
61	- المطلب الثالث: الخدمات الصحية المقدمة بمصحة الشفاء بالطاهير
62	♦ المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
62	- المطلب الأول: تحديد مجتمع وعينة الدراسة

63	- المطلب الثاني: تصميم الاستبيان
68	- المطلب الثالث: الأدوات الإحصائية المستخدمة
69	♦ المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة
69	- المطلب الأول: تحليل البيانات المتعلقة بخصائص عينة الدراسة
71	- المطلب الثاني: تحليل إجابات أفراد العينة نحو المتغيرات المتعلقة بمحاور الدراسة
78	- المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
93	خلاصة
94	خاتمة
98	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق
	الملخصات

فهرس الجدول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
49	معايير تصنيف الجماعات المرجعية	(1-2)
64	تحديد مجال الفئة الذي يعبر عن درجة الموافقة	(1-3)
64	الصدق الداخلي لعبارات البعد الأول من المحور الأول	(2-3)
65	الصدق الداخلي لعبارات البعد الثاني من المحور الأول	(3-3)
65	الصدق الداخلي لعبارات البعد الثالث من المحور الأول	(4-3)
66	الصدق الداخلي لعبارات البعد الرابع من المحور الأول	(5-3)
66	الصدق الداخلي لعبارات المحور الثاني	(6-3)
67	صدق الاتساق البنائي لأبعاد المحور الأول	(7-3)
67	صدق الاتساق البنائي لمحاور الدراسة	(8-3)
67	معامل الثبات (ألفا كرومباخ) لقياس ثبات الاستبيان	(9-3)
69	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	(10-3)
69	توزيع أفراد العينة حسب السن	(11-3)
70	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	(12-3)
70	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل	(13-3)
71	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	(14-3)
71	اختبار التوزيع الطبيعي	(15-3)
72	تحليل العبارات الخاصة بالأسرة	(16-3)
73	تحليل العبارات الخاصة بالأصدقاء	(17-3)
74	تحليل العبارات الخاصة بالأطباء	(18-3)
75	تحليل العبارات الخاصة بالصيادلة	(19-3)
75	دور الجماعات المرجعية ككل	(20-3)
76	تحليل العبارات الخاصة بالمحور الثاني	(21-3)

79	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)	(22-3)
80	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الأولى المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)	(23-3)
81	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثانية المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)	(24-3)
82	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)	(25-3)
83	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)	(26-3)
84	نتائج اختبار T للفروق بالنسبة لمتغير الجنس	(27-3)
85	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير السن	(28-3)
86	نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير السن باستعمال اختبار توكي (tukey)	(29-3)
87	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير الحالة العائلية	(30-3)
88	نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير الحالة العائلية باستعمال اختبار توكي (tukey)	(31-3)
90	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي	(32-3)
90	نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير المستوى التعليمي باستعمال اختبار توكي (tukey)	(33-3)
91	تحليل تباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير الدخل	(34-3)

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
21	المزيج التسويقي للخدمة الصحية	(1-1)
29	القرارات الرئيسية في إدارة الإعلان	(2-1)
41	هرم (ماسلو) « Maslaw » لترتيب الحاجات	(1-2)
51	مراحل اتخاذ القرار الشرائي لدى المريض	(2-2)
58	الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء بالطاهير	(1-3)

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
1	استبيان أولي قبل التحكيم
2	قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين
3	الاستبيان النهائي بعد التحكيم
4	نتائج مخرجات برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية « SPSS » المتعلقة بإجابات أفراد العينة عن أسئلة الاستبيان

مقدمة

مقدمة:

لقد نال موضوع دراسة سلوك المستهلك في السنوات الأخيرة اهتمام الباحثين والدارسين في مجال تسويق الخدمات، وهذا راجع للأهمية والمكانة الرئيسية التي يحتلها المستهلك بالنسبة لجميع المؤسسات باعتباره العنصر المحرك لكل نشاط تسويقي، كون الخدمات موجهة أساساً لتلبية حاجاته ورغباته المختلفة.

كما تعتبر الخدمات الصحية أحد مجالات دراسة سلوك المستهلك، حيث تواجه المؤسسات الصحية تحديات كبيرة في الموازنة بين الحصول على إيرادات مالية من جهة، وتقديم خدمة صحية ذات جودة ونوعية لأفراد المجتمع بغض النظر عن قدرتهم الشرائية من جهة أخرى، مما سمح للقطاع الصحي الخاص بدخول السوق من أجل العمل على إشباع حاجات ورغبات المستهلكين المتزايدة والمتغيرة باستمرار، حيث شهد القطاع الصحي الخاص تطوراً ملحوظاً من خلال مساهمته في تحسين صحة أفراد المجتمع وزيادة رفاهيتهم.

كما أن تقديم خدمة ذات نوعية وجودة عالية يتطلب تدخل عدة عوامل تساهم في التأثير على سلوك المستهلك، من أهمها نجد الجماعات المرجعية التي تلعب دوراً في اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية، فالإنسان بطبيعته يتأثر ويؤثر في الأشخاص المحيطين به، ويرجع السبب في ذلك لكون الإنسان كائن اجتماعي تقوم حياته على التفاعل والتواصل مع الآخرين، حيث يقوم بتلبية حاجاته ورغباته في كثير من الأحيان بالاعتماد عليهم، ولهذا فالجماعات المرجعية تشكل له القاعدة الأساسية التي يستند عليها ويرجع إليها في كثير من الممارسات التي يقوم بها.

فمن خلال الجماعات المرجعية يتم تقييم سلوك الفرد واتجاهاته، لما توفره له من خلال عملية التنشئة الاجتماعية عبر مفاهيمها وتراكم خبراتها ما يمكنه من اكتساب الخبرة والمعلومات اللازمة لتشكيل نمطه السلوكي وإدراكه، لذا فإن معرفة هذا الدور يمكن المؤسسة الصحية من وضع سياسة تسويقية مناسبة وتوجيهها التوجيه الأمثل، وفي هذه الدراسة سيتم التعرف على دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك لاتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير.

أ. إشكالية الدراسة:

لقد أصبح التحدي الذي تواجهه المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر هو معرفة مدى تأثير الجماعات المرجعية على قرارات الأفراد في اختيار الخدمة الصحية المناسبة، لذا فقد تمحورت هذه الدراسة في محاولة للإجابة على التساؤلين الرئيسيين التاليين:

• التساؤل الرئيسي الأول:

- هل تساهم الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير؟

يندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تساهم الأسرة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير؟
- هل يساهم الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير؟
- هل يساهم الأطباء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير؟

- هل يساهم الصيادلة في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير؟

• التساؤل الرئيسي الثاني:

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

يندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الحالة العائلية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

- هل توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل الشهري عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)؟

ب. فرضيات الدراسة

للإجابة على التساؤلات السابقة قمنا بصياغة الفرضيتين الرئيسيتين على النحو التالي:

• الفرضية الرئيسية الأولى:

توجد مساهمة للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

حيث تنبثق عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- توجد مساهمة للأسرة في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $\alpha \leq 0.05$.

- توجد مساهمة الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $\alpha \leq 0.05$.

- توجد مساهمة للأطباء في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $\alpha \leq 0.05$.

- توجد مساهمة للصيادلة في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $\alpha \leq 0.05$.

• الفرضية الرئيسية الثانية

- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

حيث تنبثق عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الحالة العائلية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
- توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل الشهري عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ت. أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- تشكل الجماعات المرجعية جزءا هاما من حياة أفراد المجتمع.
- تمثل الخدمة الصحية الخاصة مطلبا أساسيا لمستهلكي الخدمات الصحية.
- يعتبر معرفة دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك عنصرا مهما في بناء الإستراتيجية التسويقية للمؤسسة الصحية الخاصة.

ث. أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على أنواع الجماعات المرجعية التي لها تأثير في سلوك المستهلك.
- التعرف على مستوى الخدمات الصحية الخاصة ممثلة في مؤسسة الشفاء بالطاهير.
- إبراز دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة بولاية جيجل.
- إثراء الرصيد المكتبي ومحاولة تعميق المعرفة في مجال الدراسة، ووضع أرضية لدراسات أخرى في نفس المجال.

- محاولة التعرف على سلوك المستهلك في اختيار الخدمة الصحية الخاصة.
- محاولة التعرف على التأثير الحقيقي للجماعات المرجعية على قرار اختيار الخدمة الصحية الخاصة.

ج. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- تم اختيار موضوع هذه الدراسة انطلاقا من مجموعة من المبررات نوجزها في ما يلي:
- قلة الدراسات في موضوع البحث تبعا لمستوى اطلاعنا.
- ملائمة موضوع البحث مع التخصص العلمي الذي نزاوله
- محاولة التعرف على سلوك المستهلك في اختيار الخدمة الصحية الخاصة.

- محاولة التعرف على التأثير الحقيقي للجماعات المرجعية على قرار اختيار الخدمة الصحية الخاصة.

ح. منهج الدراسة:

المنهج المتبع لدراسة هذا الموضوع هو المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، حيث يتجلى لنا المنهج الوصفي في الجانب النظري، وذلك من خلال عرض مختلف المفاهيم والتعاريف التي تتناول موضوع دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة، بينما يظهر استخدام المنهج التحليلي في الفصل التطبيقي وذلك من خلال دراسة حالة مؤسسة خاصة والمتمثلة في مؤسسة الشفاء الاستشفائية بالطاهير وذلك عن طريق جمع البيانات، تبويبها ومعالجتها وتحليلها وتفسيرها.

خ. حدود الدراسة

تتمثل حدود هذه الدراسة فيما يلي:

- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة على عينة من الزبائن الحاليين كونهم الفئة المستهدفة من هذا البحث لمصلحة الشفاء بالطاهير.
- **الحدود الموضوعية:** اقتصرت الدراسة على موضوع دور الجماعات المرجعية في اختيار المرضى (الزبائن الحاليين)، للخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير لإبراز أهمية هذا الدور.
- **الحدود الزمنية:** تمت عملية تصميم الاستبيان وجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها، خلال الفترة الممتدة بين شهري مارس وشهر أوت من عام 2020، وهي المدة التي أتيح لنا فيها انجاز هذا البحث.
- **الحدود المكانية:** تركزت هذه الدراسة على مصلحة الشفاء بالطاهير.
- د. الدراسات السابقة:

في هذا الجزء سنتطرق إلى بعض الدراسات السابقة، حيث تعرض البعض منها للجماعات المرجعية والبعض الآخر للخدمات الصحية.

1. دراسة نادية داود بعنوان "تأثير الجماعات المرجعية على قرار الشراء"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم التجارية تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2017- 2018، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وإبراز مدى تأثير الجماعات المرجعية على قرار الشراء بالنسبة للفرد خاصة فيما يتعلق بمنتج الهاتف النقال، وبعد استعراض جوانبها النظرية، حيث تم اختبار الفرضيات التي بنيت عليها ميدانيا، وقد خلصت الدراسة إلى أن الجماعات المرجعية تؤثر على قرار شراء منتج الهاتف النقال، من خلال إجراء دراسة ميدانية على عينة من مجتمع الدراسة المتمثل في جميع الأشخاص الذين يملكون هاتف نقال، وقد اعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان الذي يتضمن ستة محاور يعكس كل منها مكونا من مكونات الجماعات المرجعية المتمثلة في (الأسرة والأصدقاء، زملاء العمل، جمعيات حماية المستهلك، الجماعات الاجتماعية الرسمية، جماعات التسوق)، ودور كل واحد منها في التأثير على قرار الشراء، حيث كان هناك تأثير لكل من: الأصدقاء بنسبة كبيرة، يليه جماعات التسوق، بعدها الأسرة، ثم

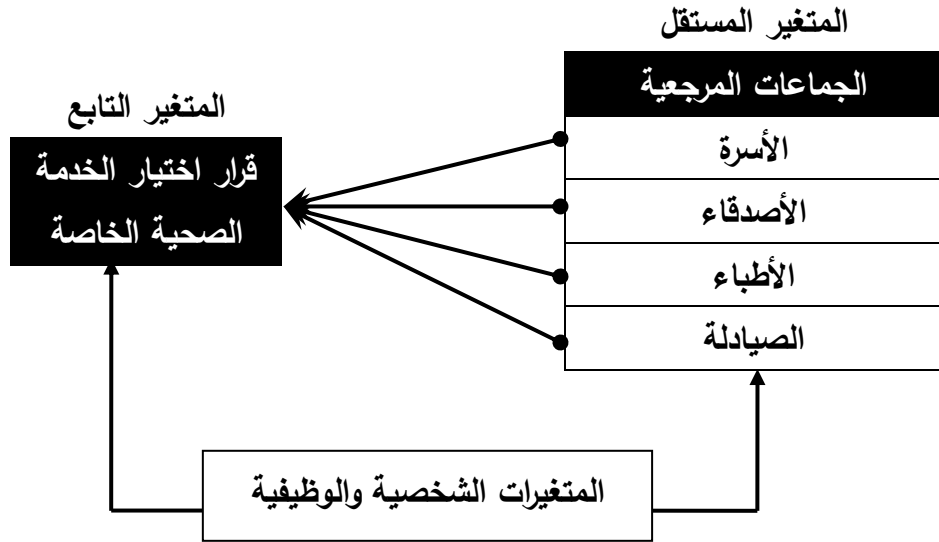
جمعيات حماية المستهلك، زملاء العمل وأخيرا الجماعات الاجتماعية الرسمية، على قرار شراء الهاتف النقال.

2. دراسة بن قاسمية مسعودة بعنوان "العوامل المؤثرة في سلوك الشراء الاندفاعي لدى المستهلك الجزائري"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير تخصص استراتيجية وتسويق، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2014-2015، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أهم العوامل المؤثرة على سلوك الشراء الاندفاعي، من خلال تقديم تعاريف لسلوك الشراء الاندفاعي وأنواعه، والتعرف على مختلف مراحل الشراء وخصائصه، وإبراز أثره على سلوك المستهلك، من خلال إجراء دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، وقد اعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان الذي يتضمن ثلاثة محاور يعكس كل واحد منها عامل من العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي الاندفاعي، حيث توصلت الدراسة إلى أن سلوك الشراء ظاهرة تتأثر بجملة من العوامل النفسية والتسويقية والموقفية، وهذا ما يدفع المستهلكين للقيام بعملية الشراء دون تخطيط.

3. دراسة نجات صغيرو بعنوان "تقييم جودة الخدمات الصحية" مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماجستير في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011-2012، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية الخاصة من وجهة نظر المرضى، من خلال إجراء دراسة ميدانية على عينة من مجتمع الدراسة المتمثل في جميع الأفراد الذين يتعالجون في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، وقد اعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان الذي تضمن محورين رئيسيين حيث يعكس المحور الأول أبعاد الجودة، والمحور الثاني يتعلق بتحديد درجة رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية معايير جودة الخدمة ايجابي، ويعكس درجة موافقة ورضا أفراد العينة عن جودة الخدمة المقدمة.

ذ. أنموذج الدراسة

يقدم أنموذج الدراسة صورة معبرة عن فكرة البحث، وطبيعة العلاقة بين متغيراته الرئيسية والفرعية، وكذلك إمكانية قياس هذه العلاقة بالارتباط أو تحليل الأثر، واعتمادا على الفرضيات المطروحة والدراسات السابقة تم تطوير الأنموذج المقترح لهذه الدراسة، كما هو موضح في الشكل الآتي:



المصدر: من إعداد الطالبين اعتماداً على الدراسات السابقة

ر. خطة الدراسة:

قصد الإحاطة أكثر بموضوع دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة، قمنا بصياغة الخطة التالية:

الفصل الأول: الإطار النظري للخدمة الصحية.

الفصل الثاني: : سلوك المستهلك ودور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالظاهر.

ز. صعوبات الدراسة

يمكن إيجاز بعض المعوقات التي واجهتنا خلال إنجاز هذه الدراسة في النقاط التالية:

- قلة المراجع والمصادر المتخصصة في هذا المجال.
- قلة الدراسات التي عالجت المتغيرين معاً مما تطلب منا بذل جهد أكبر في سبيل إنجاز هذا البحث.
- الصعوبات الناتجة عن انتشار جائحة COVID-19، والتي عطلت حرية الحركة وصعبت التواصل والتنسيق في العمل وكذلك تسببت في إغلاق مكتبة الكلية وبالتالي عدم الاستفادة بالشكل الكافي من المصادر والمراجع المتوفرة بالمكتبة.

الفصل الأول: الإطار النظري للخدمة الصحية

تمهيد

المبحث الأول: ماهية الخدمة الصحية

المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول جودة الخدمة الصحية

المبحث الثالث: المزيج التسويقي للخدمة الصحية

خلاصة

تمهيد:

تساهم الخدمات الصحية بشكل كبير في تحسين حياة الإنسان وسلامته العقلية والجسدية، مما يزيد من قدرته على العمل والمساهمة في التنمية، كما أصبحت الخدمات الصحية ضرورة حتمية لمساعدة الأفراد في تنشيط التنمية الاقتصادية وخلق الثروة وبالتالي تلبية الحاجات المتزايدة للمجتمع.

كما يمكن تقييم الخدمة من خلال طريقة تصميمها وطريقة تقديمها، حيث تعتبر ذات أهمية بالغة لكل من مقدمها (المؤسسات الصحية) والمستفيد منها (المرضى) لارتباطها بالصحة العامة، كما أن نجاح المؤسسة الصحية في خلق الجودة باستمرار يساعدها على البقاء لأطول فترة ممكنة.

في هذا الفصل حاولنا تسليط الضوء على الإطار النظري للخدمة الصحية، مع التطرق إلى المفاهيم الخاصة بالخدمة الصحية وجودتها والمزيج التسويقي الخاص بها، حيث قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، المبحث الأول تطرقنا فيه إلى ماهية الخدمة الصحية، والمبحث الثاني ناقشنا فيه مفاهيم عامة حول جودة الخدمة الصحية، والمبحث الثالث خصصناه لعرض المزيج التسويقي للخدمة الصحية.

المبحث الأول: ماهية الخدمة الصحية

أصبحت الخدمة الصحية ضرورة حتمية لكل شخص في المجتمع، تسعى جميع المؤسسات الصحية إلى توفير أحسنها من خلال العمل على توفير التمويل الكافي لها، نظرا لما تتطلبه من موارد مالية كبيرة من أجل تحسين مستوى الأداء في الخدمة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة الصحية

قبل التفصيل في مفهوم الخدمة الصحية والتعريف بها، لابد أن نشير في البداية إلى تعريف الخدمة وكذلك تعريف الصحة ومستوياتها.

أولاً: تعريف الخدمة

أعطيت العديد من التعريفات للخدمة من أهمها:

- يعرف (كوتلر) « Koteler » الخدمة على أنها: "نشاط أو منفعة يقدمها طرف لطرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أي ملكية في تقديم الخدمة، قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون"¹.
- كما تعرف الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة"².
- يرى (غرونروس) «Gronroos» بأن الخدمة هي: "أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أنتحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل"³.

من خلال هذه التعريفات يمكننا القول أن الخدمة هي عملية تبادل المنفعة بين مقدمها والمستفيد منها حيث يتم تقديمها دون ملامستها، أو امتلاكها وذلك من أجل إشباع حاجة ورغبة المستفيد منها مقابل دفع قيمة معينة.

ثانياً: مفهوم الصحة

من الصعب إعطاء تعريف محدد للصحة فقد تعددت آراء الباحثين والمختصين حول صياغة تعريف موحد خاص بها، كما أن للصحة عدة مستويات سنذكرها لاحقاً.

1. تعريف الصحة

هناك العديد من التعريفات للصحة سنذكر منها ما يلي:

- هناك من يرى بأن الصحة هي: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي تعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"⁴.

¹ محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات ، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص8.

² فريد كورتل، تسويق الخدمات، ط 1، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص60.

³ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط4، دار وائل للنشر، الأردن، 2008، ص20.

⁴ عبد الجبار منديل، أسس التسوق الحديث، ط1، الدار العلمية الدولية، عمان، الأردن، 2002، ص267.

- كما أن هناك من يعتبر بأن الصحة هي: "حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة المسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى النظافة البيئية والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها"¹.

- وتعرف الصحة كذلك على أنها: "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم المختلفة وتنتج من تكيف الجسم مع مختلف العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم مع تلك العوامل هو عبارة عن عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

من خلال التعريفات السابقة يمكننا القول أن الصحة هي وجود الجسد في حالة طبيعية خالية من الأمراض والعجز، مع الحفاظ على السلامة البدنية والعقلية والنفسية في نفس الوقت، مما يسمح للفرد بممارسة حياته اليومية بصفة طبيعية.

2. مستويات الصحة

يمكن تقسيم مستويات الصحة إلى أربعة مستويات تتمثل فيما يلي:³

أ. **الصحة المثالية:** هي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف صعب المنال تسعى المؤسسات الصحية لتحقيقه.

ب. **الصحة الايجابية:** هي الحالة التي يستطيع فيها الفرد مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير، دون ظهور أي أعراض مرضية.

ت. **الصحة المتوسطة:** أي أن الفرد يبدو سليماً معافى ولا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن عند تعرضه لمرض ما يؤثر فيه بسهولة.

ث. **مستوى الاحتضار:** هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل القدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.

إن تقسيم مستويات الصحة يكون نسبياً نتيجة صعوبة تحديد هذه المستويات وقياسها قياساً دقيقاً ومحدداً، حيث يتأثر مستوى الصحة بعدة عوامل مختلفة، منها العوامل الاقتصادية كالإمكانيات المادية والطبية التي تساهم في الحصول على الرعاية الطبية اللازمة التي تسمح بالتمتع بحياة صحية جيدة، كما تؤثر العوامل الاجتماعية في مستوى الصحة من خلال المستوى المعيشي للأفراد وعاداتهم وتقاليدهم، إضافة إلى العوامل الطبيعية المتمثلة في الظروف المناخية والبيئة الجغرافية التي يعيش فيها الفرد والتي قد تؤثر بالسلب أو الإيجاب على صحته وذلك حسب طريقة تفاعله معها.

¹ إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006، ص 18.

² أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، مصر، 2000، ص 13.

³ إبراهيم إقبال مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991، ص 47.

ثالثاً: تعريف الخدمة الصحية

- من الصعب إعطاء تعريف دقيق للخدمة الصحية على غرار الخدمات الأخرى، وسنحاول إعطاء أهم التعريفات التي تطرقت إليها مختلف آراء المختصين فيما يلي:
- عرفت الخدمة الصحية على أنها: "أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك (المريض)، والتي أدت أساساً إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية... إلخ، يتم الحصول عليها في المؤسسات الصحية سواء كانت عامة أو خاصة"¹.
 - كما عرفت الخدمة الصحية على أنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد، والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل"².
 - كما عرفت الخدمة الصحية على أنها: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك، مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها خطأ"³.
- من خلال هذه التعريفات يمكننا القول أن الخدمة الصحية هي المنافع التي يحصل عليها المريض أثناء تلقيه للخدمة، التي تلبي له حاجته المتمثلة في الشفاء مقابل دفعه لثمن معين يكون على علم به.

رابعاً: أهمية الخدمة الصحية

- تعتبر الخدمة الصحية من أهم الخدمات التي أصبحت تعطي أهمية بالغة في الوقت الحاضر ويمكن تلخيص هذه أهمية فيما يلي⁴:
- تعد الخدمة الصحية المقدمة للجمهور هي مخرجات المؤسسات الصحية لمختلف العمليات المقدمة للمرضى، والتي تستطيع من خلالها تحقيق عوائد مالية لتحقيق فوائد إضافية تمكنها من إعادة استثمارها في تحديث معداتها الطبية، من أجل تحسين نوعية خدماتها والقدرة على البقاء في السوق.
 - تعتبر الصحة العنصر الرابط بين طرفي العملية التبادلية التسويقية وهما المريض والمؤسسة.
 - تمتاز الخدمة الصحية بالسرعة في التطور والحاجة الدائمة للتغيير والتجديد، نظراً لتجدد الطرق والوسائل والاكتشافات العلمية المتلاحقة للحد من الأمراض المستعصية التي تظهر ولم يكن لها وجود من قبل، مما يستوجب على مقدمي الخدمة الصحية مواكبة هذا التجدد والظهور للأمراض وتلبية مختلف الحاجات المستجدة للأفراد.

المطلب الثاني: خصائص الخدمة الصحية

للخدمة الصحية خصائص مشتركة مع خصائص الخدمات الأخرى يمكن أن نذكر أهمها فيما يلي¹:

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، 2008، ص33.

² المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998، ص87.

³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005، ص58.

⁴ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005، ص170.

1. **الخدمة الصحية غير ملموسة:** حيث تعتمد على المهارة في الاتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، أي أن المستفيد لا يتعرف على الخدمة إلا بعد أن يقوم بعملية الشراء.
 2. **الخدمة الصحية غير قابلة للانفصال:** فتقديم الخدمة الصحية يتطلب وجود مقدم هذه الخدمة والمستفيد منها عند الإنتاج والتقديم، فمثلا الجراح لا يستطيع القيام بالعملية الجراحية إلا عند تواجد المريض.
 3. **الخدمة الصحية غير متماثلة:** كونها تعتمد على مهارة وأداء مقدم الخدمة وسلوكه أثناء تأديتها، وكذلك وفق الزمان والمكان والمعلومات التي يقدمها المريض، كما يلعب المستفيدون منها دورا مهما كونهم على اختلاف في المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل.
 4. **تلاشي الخدمة الصحية:** بما أن الخدمات عبارة عن نشاط أو فعل فهي معرضة للتلاشي سواء تمت الاستفادة منها أو لم تتم.
 5. **الخدمة الصحية تنتج عند وقوع الطلب عليها:** حيث أن إنتاج الخدمة الصحية يكون في نفس وقت طلبها وأن هذا الطلب يقع عندما يلتقي كل من مقدم الخدمة (المؤسسة الصحية) والمستفيد منها (المريض).
 6. **عدم انتقال الملكية:** فما يحصل عليه المستفيد من الخدمة هو مجموعة من المنافع، ولكن يستطيع المريض تحقيق انتقال ملكية المنتجات الطبية المساعدة على العلاج، كالحقن وأدوات التضميد وغيرها من المنتجات التي تعزز كفاءة الخدمات الطبية وتحقق الشفاء للمريض.
- إضافة إلى خصائص الخدمة الصحية المذكورة سابقا، توجد هناك خصائص متعلقة بالقطاع الصحي وهي كما يلي²:
- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة، لأنها مرتبطة بحماية الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، لذلك فان معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية.
 - تتأثر المؤسسات الصحية والمستشفيات بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص.
 - في شركات الأعمال تكون قوة القرار في يد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المؤسسات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.
 - وجوب الاتصال المباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج أو إجراء التحاليل.
 - صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية المطبقة في خدمات أخرى على الخدمة الصحية، باعتبارها مرتبطة بحياة الإنسان وهي أعلى شيء لديه.

¹ ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص100.

² تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار إثراء النشر، عمان، 2012، ص ص59-60.

- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يتطلب الاستعداد المبكر لحشد الطاقات الإدارية والطبية لتقديم الخدمة الصحية لطلابها، إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن ذلك يعتبر إخفاق في مهمة المؤسسة الصحية من الجانب الإنساني.

المطلب الثالث: أنواع الخدمة الصحية

اعتبرت أغلب المؤسسات الصحية العالمية أن الخدمة الصحية يمكن تقسيمها إلى قسمين هما¹:

أولاً: الخدمات الصحية العلاجية

تتمثل في الخدمة المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، وتشمل ما يلي:

- خدمة التشخيص.
- خدمة العلاج، وتتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات والتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر.
- خدمة الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهي عبارة عن خدمات علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

ثانياً: الخدمة الصحية الوقائية

تتمثل في الخدمة المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضاً اسم "الخدمة الصحية البيئية" أو "العامّة" وترتبط بالخدمة الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وتشمل ما يلي:

- خدمة التطعيم ضد الأمراض والأوبئة.
- خدمة رعاية الأمومة والطفولة.
- خدمة مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض.
- خدمة الرقابة الصحية على المتاجر التي تقدم الغذاء والمشروبات، ومحلات الحلاقة والتجميل.
- خدمة الإعلام ونشر الوعي الصحي.

ثالثاً: تصنيف الخدمة الصحية

يمكن تصنيف الخدمة الصحية وفق مجموعة من المؤشرات كما يلي²:

- من حيث الاعتمادية: إن الخدمة الصحية تتنوع استناداً إلى اعتمادها على السلع الملموسة مثل التحاليل المخبرية، الأشعة والجراحة... الخ، وخدمات يعتمد في تقديمها على العنصر البشري مثل العلاج النفسي تشخيص المرض، تحديد نوع العلاج... الخ.

¹ إبراهيم طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 18.

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 99.

- من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها: مثل العمليات الجراحية، الفحص السريري، سحب الدم، الأشعة... الخ.
- من حيث نوع الحاجة: فقد تشعب الخدمة حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب، أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود بالمستشفى، حيث تقدم خدمات الإطعام، العناية، الفحص الصباحي لجميع الراقدين في المستشفى.
- من حيث أهداف مقدمي الخدمة الصحية: حيث يختلف مقدمو الخدمة الصحية في أهدافهم (الربحية أو غير الربحية)، من حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة أو عامة)، من حيث البرامج التسويقية، فأهداف المؤسسة الصحية الخاصة تختلف عن تلك البرامج التي يطبقها المؤسسة الصحية العامة والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها.

المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول جودة الخدمة الصحية

تعد جودة الخدمة من أهم أهداف المؤسسات الخدمية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة، وذلك نتيجة التطورات التي شهدتها المجال الصحي، والزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية، فقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلباً مهماً ومشاركاً يخدم مصالح كل فئات المجتمع.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية

تعددت آراء الباحثين حول جودة الخدمة بصفة عامة وجودة الخدمة الصحية بصفة خاصة فمنهم من ركز في تعريفه على وجهة نظر المؤسسة المقدمة للخدمة، ومنهم من ركز على وجهة نظر المستفيد من الخدمة باعتباره الحكم في تقدير الجودة.

أولاً: تعريف جودة الخدمة

هناك عدة التعريفات مقدمة من طرف الباحثين من أجل تعريف جودة الخدمة نذكر منها:

- عرفها (فيشر) على أنها: "درجة التألق والتميز وكون الأداء ممتازاً أو كون خصائص الخدمة ممتازة، عند مقارنتها مع المعايير الموضوعية من طرف المؤسسة أو من طرف الزبون"¹.
- يرى (دومينغ) أن الجودة هي: "مسؤولية وهدف تتقاسمه جميع الإدارات"².
- تعرف جودة الخدمة كذلك على أنها: "تقديم الأداء اللازم للعميل والذي يقوم بإشباع وتلبية رغباته وفق سعر تنافسي، وفي الوقت المناسب ووفق الأساليب المناسبة"³.
- كما تعرف جودة الخدمة على أنها: "الفارق بين الخدمة المتحصل عليها وبين الخدمة المتوقع الحصول عليها من قبل المستفيد من الخدمة"⁴.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم عمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص24.

² وسيلة حمداوي، الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية، مديرية النشر للجامعة، قلمة، 2009، ص13.

³ Joco Pierre, Lucas Frédéric, *Au cœur du changement (une autre démarche de management)*, 3^{ème} édition, Paris, 1995, p22.

⁴ Stéphane Moissonnas, Jan Claude Dufour, *Marketing et Services*, chenillère éducation, Canada, 2006, p111.

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول بأن جودة الخدمة هي عبارة عن تقديم خدمة خالية من الأخطاء، مع التحسين المستمر في تقديمها سواء في إجراءات تقديم الخدمة أو في سلوكيات مقدم الخدمة، مع الأخذ بعين الاعتبار تطابق الخدمة المقدمة مع توقعات الزبون وتلبية احتياجاته ورغباته، وشعوره بالرضا والسعادة بعد الاستفادة من الخدمة.

ثانياً: تعريف جودة الخدمة الصحية

هناك العديد من التعريفات التي تناولت موضوع جودة الخدمة الصحية نذكر منها:

- عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) جودة الخدمة الصحية على أنها: "تقديم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس، والذي يضمن أفضل النتائج في مجال الصحة وفقاً للوضع الحالي لعلم الطب وبأفضل تكلفة وبأقل المخاطر"¹.

- فيما عرف المعهد الطبي الأمريكي جودة الخدمة الصحية على أنها: "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع"².

من خلال التعريفات السابقة يمكننا القول أن جودة الخدمة الصحية هي درجة المطابقة للمواصفات التي تلبي حاجات المرضى لتوفير خدمات صحية بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية في الوقت والمكان المناسبين مع تقليل وقت الانتظار وتقليل الأخطاء الطبية.

ثالثاً: أهمية جودة الخدمة الصحية

لجودة الخدمة الصحية أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات الصحية والأفراد (المرضى) كل حسب أهدافه ومتطلباته حيث يمكن حصر هذه الأهمية فيما يلي:

1. أهمية جودة الخدمة بالنسبة للمؤسسة الصحية

يمكن تناول أهمية الجودة بالنسبة للمؤسسة الصحية كالتالي:³

أ. سمعة المؤسسة: تستمد المؤسسة الصحية شهرتها من مستوى جودة خدماتها ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة الصحية مع جميع الأطراف المتعاملين معها، ومحاولة تقديم خدمات تلبي حاجات ورغبات الزبائن، فإذا كانت خدماتها ذات جودة منخفضة فيمكن تحسينها لكي تحقق الشهرة والسمعة الواسعة والتي تمكنها من التنافس مع المؤسسات الصحية الأخرى.

ب. المسؤولية القانونية للجودة: إن كل مؤسسة صحية سواء كانت عمومية أو خاصة تكون مسؤولة عن كل ضرر قد يصيب المريض نتيجة استقافته من خدمات غير جيدة، لذا فإن عدد المحاكم التي تتولى هذه القضايا في تزايد مستمر، إذا فعلى المؤسسة الصحية تحمل كامل المسؤولية.

¹ عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، ط1، مؤسسة الوارث للنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص96.

² Claude Vilcot, Hervet Lecllet, **Indication qualité en santé**, AFNOR, France, 2006, p14.

³ نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012، ص29.

ت. **المنافسة العالمية:** إن التغيرات السياسية والاقتصادية ستؤثر في كيفية وتوقيت تبادل الخدمات الصحية إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، وفي عصر المعلومات والعولمة حيث تكتسب الجودة أهمية متميزة تسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة والتوغل في الأسواق العالمية.

ث. **حماية الزبون:** إن تبني المؤسسة الصحية لسياسة الجودة ووضعها بمواصفات محددة تساهم في حماية المريض من الأخطاء الطبية وتعزيز الثقة في خدماتها الصحية، حيث أن الجودة المنخفضة تؤدي إلى عدم رضا المريض على خدمات المؤسسة الصحية.

ج. **التكاليف وحصة السوق:** عندما تقوم المؤسسة الصحية بتحسين جودة الخدمات التي تقدمها سيسمح لها بجذب أكبر عدد ممكن من الزبائن وبيع خدماتها بسعر مرتفع مما سيؤدي إلى زيادة حصتها السوقية وتخفيض تكاليفها، وبالتالي زيادة أرباحها .

2. أهمية جودة الخدمة الصحية بالنسبة للمرضى

لجودة الخدمة الصحية أهمية كبيرة للمرضى، تتمثل فيما يلي¹:

- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة التي يرافقها زيادة في الاهتمام بتلبية احتياجات وتوقعات المرضى.

- زيادة قوة التنافس بين المؤسسات الصحية المتشابهة مما يفتح المجال للمرضى في الاختيار الأفضل.

- انخفاض نسبة الأخطاء الطبية.

- زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمنفعين بالخدمة الصحية وارتفاع نسبة اهتمامهم بالجودة.

رابعاً: أهداف جودة الخدمة الصحية

إن المؤسسة الصحية هي مؤسسة إنسانية واجتماعية وخدمية تسعى إلى تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من أجل تحقيق الأهداف التالية²:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمرضى.

- تحقيق رضا المريض وزيادة تمسكه بالمؤسسة الصحية.

- معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة، ووسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للخدمة الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

- تطوير قنوات الاتصال وتحسينها بين المرضى وبين مقدمي الخدمات الصحية.

- تمكين المؤسسة الصحية من الاستمرار والنمو وتأدية مهامها بفعالية وكفاءة عالية.

¹ نزار عبد المجيد البراوي، لحسن عبد الله باشيورة، إدارة الجودة (مدخل للتمييز والزيادة مفاهيم وأسس وتطبيقات)، ط1، دار الوارث للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص568.

² عادل محمد عبد الله، مرجع سابق، ص101.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمة الصحية

للجودة أبعاد تتباين بالأهمية حسب المتغيرات البيئية والاجتماعية والاقتصادية، ومتغيرات أخرى تحيط بالجودة مع ضرورة تلاؤمها مع جودة الخدمة الصحية، وتشمل هذه الأبعاد ما يلي:

أولاً: الاستجابة

تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل العامل في المؤسسة الصحية، مع حسن المعاملة والتعاون ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر التالية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى وإخبار المريض بالضبط عن موعد تقديم الخدمة ووقت الانتهاء منها.

إن الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية تشير إلى أن العاملين في المؤسسة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة، وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليهم، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المؤسسة الصحية، والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم، وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمة الصحية لهم عند احتياجهم لها¹.

ثانياً: الاعتمادية

تعبر الاعتمادية عن درجة ثقة المريض المستفيد من الخدمة في المؤسسة الصحية، ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمة، ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية ويمكن تلخيص ما سبق في العناصر التالية²:

- الحرص على حل مشاكل المستفيد من الخدمة (مريض).
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص.
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

¹ أكرم احمد الطويل، "إمكانية إقامة أبعاد الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من مستشفيات في محافظة نينوى،" مجلة تكريت للعلوم للإدارية والاقتصادية، العراق، المجلد 02، العدد 19، 2010، ص 15.

² ديبون عبد القادر، "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة"، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 11، 2012، ص 219.

ثالثاً: الضمان

يعبر عن شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة، كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف وتقدير الجهد المبذول في العمل¹.

يقصد به كذلك تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين كالأطباء والممرضين وغيرهم، فضلاً على توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الطبي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية².

رابعاً: الملموسية

يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين بين المرضى والمراجعين للمستشفى، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه، مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها وحداثه المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية المختبرية والأمتعة التمريضية وغيرها ونظافة العاملين، وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المؤسسة والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

خامساً: التعاطف

يتمثل في الحرص أو الانتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المرضى، وبمعنى آخر التعاطف يمثل العلاقة والتفاعل بين مراجع المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري، ويقصد به أيضاً وجود الثقة، الاحترام، اللباقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفهم، الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى إذ تساهم العلاقة الجيدة بين الطرفين في إنجاز الخدمة الصحية عن طريق الإصغاء للمريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف³.

سادساً: أبعاد الجودة في المؤسسات الصحية

هناك مجموعة من الأبعاد يجب أن تتوفر عليها المؤسسة الصحية من أجل تحقيق الجودة في الخدمات الصحية، نذكر منها⁴:

1. **التمكن الفني:** يعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي والفني للمدير ومقدم الخدمة.
2. **سهولة الوصول للخدمة الطبية:** إن الخدمة الطبية المقدمة يجب أن لا يحدها أي عائق، ويجب الوصول إليها بسهولة وأن تكون قريبة وتتوفر على وسائل الاتصال للحصول عليها.
3. **الفعالية والتأثير:** بحيث تعتمد الجودة على مدى فعالية وتأثير الخدمات المقدمة على أسس علمية، وأن تقدم بطريقة مناسبة تكنولوجيا مع مراعاة الظروف والمخاطر المحتملة.

¹ إياد عبد الفتاح النسور، أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية (مدخل مفاهيمي)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 66.

² أكرم أحمد الطويل وآخرون، مرجع سابق، ص 16.

³ نفس المرجع السابق، ص 18.

⁴ فريد كورنيل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2009، ص 362.

4. **العلاقات بين الأفراد:** تعني التفاعل بين المقدمين للخدمات الطبية والمستفيدين وكذلك بين الفريق الصحي والمجتمع برمته، بحيث تكون العلاقات جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع والاحترام المتبادل.

5. **الكفاءة:** تعني الكفاءة في تقديم الخدمات الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي يتم تقديمها بطريقة خاطئة، أو على أسس ومعايير غير سليمة.

6. **الاستمرارية:** أي تقديم الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية دون توقف أو انقطاع.

7. **الأمان والسلامة:** أي تقليل المخاطر لأبعد الحدود ويشمل ذلك مقدم الخدمة والمستفيد منها على حد سواء.

8. **الكماليات:** تعني مواصفات الخدمة التي تساعد على إرضاء المرضى وإشباع رغباتهم، من توفر غرف انتظار مريحة ودورات مياه نظيفة ووجود ستائر بغرف الكشف الطبي تحافظ على أسرار المريض وخصوصياته.

المطلب الثالث: خطوات تحقيق الجودة في الخدمة الصحية

لتحقيق الجودة في تقديم الخدمة الصحية يجب إتباع الخطوات التالية¹:

أولاً: جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالعملاء

إن جذب انتباه العملاء وإظهار الاهتمام بهم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة، فالاستعداد النفسي والذهني لملاقاة العملاء وحسن المظهر والابتسامة والسلوك الإيجابي والفعال والثقة بالنفس... الخ، تعتبر كلها بمثابة سبب يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العملاء من أجل الحصول على الخدمة التي يريدونها، إلى جانب ذلك فإنها تعزز الولاء الدائم للعملاء من أجل الحصول على الخدمة وتكرار الحصول عليها باستمرار، ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية:

- الاستعداد النفسي والذهني لمقابلة العملاء والاهتمام بهم والرغبة في تقديم الخدمة لهم.
- حسن المظهر.
- الابتسامة والرفقة والدفء في التعامل مع العملاء وإظهار روح الود والمحبة في مساعدتهم.
- الدقة التامة في إعطاء المواصفات عن الخدمة دون اللجوء إلى المبالغة.
- إشعار العملاء بالسعادة في تقديم الخدمة وأن المؤسسة التي يتعامل معها تعتبر أفضل المؤسسات تأكيد الجودة والاهتمام بتقديمها.

- عدم التصنع في المقابلة والحديث والتخلص من الصور السلبية في التعامل.

- التركيز على أن المؤسسة تبدأ بالعمل وتنتهي به في توفير الخدمة.

ثانياً: خلق الرغبة لدى العملاء وتحديد حاجاتهم

إن خلق الرغبة وتحديد احتياجات العملاء تعتمد على المهارات التسويقية لمقدم الخدمة ومن المتطلبات الأساسية لذلك ما يلي:

¹ خضير كاظم محمود، إدارة الجودة، ط1، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2002، ص ص217، 218.

- العرض السليم لمزايا الخدمة المقدمة بالتركيز على خصائصها ووفرتها.
- التركيز على نواحي القصور في الخدمات التي يعتمد عليها العميل مع الالتزام بالموضوعية، في إقناع العميل بالتعامل في خدمة أخرى لتفادي القصور.
- ترك الفرصة للعميل لكي يستفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها، وأن يكون مقدم الخدمة مستعداً للرد على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل العميل مستعداً لاستكمال إجراءات اقتناء الخدمة.
- التركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل كالترحيب والابتسامة والشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية والمستقبلية للعملاء.

ثالثاً: إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه

إن عملية إقناع العميل باقتناء تلك الخدمة ليست بالأمر السهل وإنما تتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات، وكذلك معالجة الاعتراضات التي يبديها العميل عند الشراء أو يضع العراقيل أمام إتمام ذلك رغم اقتناعه بجودة الخدمة والسعر المعقول في بعض الأحيان، فيرى البعض أن عملية البيع لن تتم دون وجود اعتراض من قبل العميل لذلك فطريقة الرد على الاعتراض تختلف من موقف لآخر، لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات العملاء ويمكن توضيحها كما يلي:

- أن يلتزم مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية في فن التعامل مع العملاء وهي (أن العميل دائماً على حق)، بحيث يجب أن يكون مقدم الخدمة دبلوماسياً في الرد على العميل ولا يعمل على تأكيد خطأ وجهة نظر العميل مباشرة، ولكن يجب أن يعتمد على مجموعة من المبادئ في هذا المجال وهي:
- التقليل من الاعتماد على النفي المباشر مع الاعتماد عليه في الحالات التي لا يكون منها مفر من اللجوء إليه.
- طريقة التعويض وتقوم على تعويض اعتراض العميل على الخدمة من ناحية السعر مثلاً بإظهار جودتها.
- طريقة العكس وتقوم هذه الطريقة على قلب الاعتراض إلى ميزة.
- طريقة الاستجواب وتقوم هذه الطريقة على أن يلجأ مقدم الخدمة إلى توجيه بعض الأسئلة للعميل بحيث يكون في الإجابة عليها تقييد لاعتراضه.
- يجب أن يكون مقدم الخدمة مستمعاً جيداً للعميل وأن يظهر الاهتمام واليقظة مع تدوين الآراء والملاحظات التي يبينها العميل حتى يتم إرضاء كبريائه.
- يجب على مقدم الخدمة أن لا يأخذ اعتراضات العميل قضية مسلماً بها، فقد يكون العميل (المريض) راغباً في اقتناء خدمة معينة لكنه يثير الاعتراض فقط من أجل إنهاء المقابلة، لذلك فيجب أن يكون مقدم الخدمة يقظاً وإذا ما تأكد استحالة التعامل معه يجب إنهاء المقابلة بشكل لائق.
- يجب على مقدم الخدمة أن لا يجعل العميل (المريض) يشعر بانتهامه في المناقشة وأنه قد انتصر عليه لأن هذا الشعور قد يؤدي إلى فشل عملية البيع بعدما أن كادت تنتهي بنجاح.

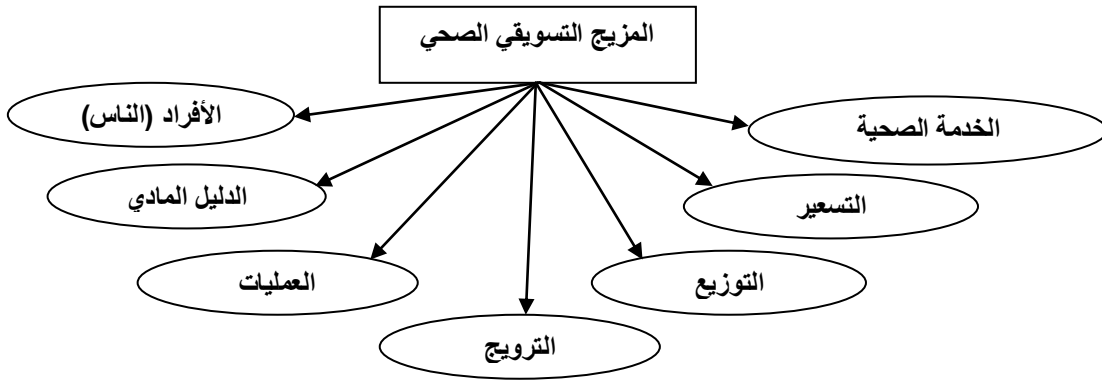
رابعاً: التأكد من استمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة الصحية

- إن عملية التأكد من استمرارية التعامل مع المؤسسة الصحية وخلق الولاء لدى العملاء (المرضى) يأتي من خلال بعض الخدمات التسويقية، التي تشكل ضمان ولاء العملاء للمؤسسة الصحية ومنها:
- الاهتمام بشكاوى العملاء وملاحظاتهم بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوى العملاء (المرضى)، واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال:
 - الاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى والمقدمة لهم.
 - تعويضهم عن الخسارة الناجمة عن ذلك.
 - تقديم الشكر للعملاء (المرضى) وتعظيم دورهم في دعم المؤسسة الصحية وتوفير الخدمات الجيدة بصورة دائمة.

المبحث الثالث: المزيج التسويقي للخدمة الصحية

نظراً لطبيعة وخصائص الخدمة الصحية التي تعتمد بشكل كبير على التفاعل بين مقدم الخدمة (الطبيب) المستفيد منها (المريض)، استوجب إضافة عناصر أخرى للمزيج التسويقي التقليدي حيث تم إضافة ثلاث عناصر أخرى للعناصر الأربعة التقليدية وهو ما أصبح يعرف بـ (7PS)، ولذا سنحاول من خلال هذا المبحث التطرق إلى جميع عناصر المزيج التسويقي الصحي في المؤسسات الصحية.

الشكل رقم (1-1): يوضح المزيج التسويقي للخدمة الصحية



المصدر: ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 91.

المطلب الأول: الخدمة الصحية وطرق تسعيرها

تسعى المؤسسات الصحية إلى تحقيق الحاجات الصحية المتزايدة للأفراد داخل المجتمع من خلال مختلف الخدمات الصحية التي تقدمها، وكذلك السياسات التي تتبعها لتلبية هذه الحاجات، ومن بين هذه الطرق التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية نجد طرق التسعير وسنحاول في هذا المطلب تقديم مزيج الخدمة الصحية و كيفية تطويرها وكذلك أهم الطرق المستعملة في عملية تسعير الخدمة الصحية.

أولاً: الخدمة الصحية

سننتقل في هذا الجزء إلى عناصر الخدمة الصحية

1. تعريف الخدمة الصحية

لقد سبق عرض مجموعة من التعريفات للخدمة الصحية، ولا بأس أن نشير إلى تعريف آخر حيث تعرف الخدمة الصحية على أنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً وينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من طرف المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹.

2. مزيج الخدمة الصحية

نظراً للتباين الحاصل في التخصص الوظيفي للمؤسسات الصحية فإن مزيج الخدمة لديها سوف يختلف أيضاً، فما هو عليه في المؤسسات الصحية العامة غير مماثل لما هو عليه في المؤسسات الصحية الخاصة.

أ- تعريف مزيج الخدمة الصحية

يمكن تعريف مزيج الخدمة الصحية بأنه: "عبارة عن حزمة من خطوط الخدمات المختلفة المقدمة من طرف مؤسسة ما"².

حيث يقصد بخط الخدمات مجموع الخدمات التي تقدمها المؤسسة والتي يرتبط كل منها بالآخر سواء من حيث خصائصها المتشابهة، أو أنها تشبع نفس الحاجات أو تباع لنفس الفئة من المستهلكين أو يتم توزيعها عن طريق نفس منافذ التوزيع.

ب- أبعاد مزيج الخدمة الصحية

لمزيج الخدمة الصحية ثلاثة أبعاد، يمكن تلخيصها فيما يلي³:

- **الاتساع:** يتمثل بعدد خطوط الخدمات الصحية داخل مزيج الخدمة الصحية الذي تقدمه المؤسسة الصحية.
- **العمق:** عبارة عن عدد الخدمات الصحية التي يحتويها الخط الواحد والتي تتصف عادة بالترابط والتكامل في ذات التخصص الطبي العلاجي.
- **الاتساق (الارتباط):** مؤشر دقيق لحالة التوافق أو الانسجام الحاصل ما بين الخدمات الصحية المقدمة، أي لا يمكن التشخيص الطبي أو تقديم العلاج في خط من خطوط الخدمات دون الاعتماد على ما يقدم من بيانات أو معلومات صحيحة عن الحالة المطلوب معالجتها في خط خدمة آخر.

ثانياً: طرق تسعير الخدمة الصحية

قبل الحديث عن طرق تسعير الخدمة الصحية لا بأس بداية أن نعطي تعريف عام للتسعير.

1. تعريف التسعير

فالتسعير هو قرار وضع الأسعار الذي يتخذ من خلال عملية إدارية متكاملة مع مراعاة عدة أمور تدخل في مفهوم السعر.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص168.

² فريد كورتل، سليم صادق درمان، نجا العامري، تسويق الخدمات الصحية، ط1، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص154.

³ نفس المرجع السابق، ص ص155-156.

بالتالي يمكن تعريف التسعير على أنه: "وضع أسعار عالية بما يكفي لتغطية التكاليف والحصول على فائدة من جهة ومنخفضة بما يكفي لجذب الزبائن من جهة أخرى"¹.

2. الطرق المستعملة في التسعير

تتلخص أهم الطرق التي يمكن اعتمادها لتحديد الأسعار فيما يلي²:

أ. التسعير على أساس التكلفة:

تعتمد المؤسسات الصحية في تحديد أسعار مختلف الخدمات التي تقدمها على التكاليف، باعتباره العنصر الأساسي في تحديد الأسعار وذلك كون السعر يجب أن يغطي هذه التكاليف مع إضافة هامش الربح.

$$\text{السعر} = \text{تكاليف إجمالية (كلية)} + \text{الربح}$$

فكلما ارتفعت هذه التكاليف كلما أثرت بشكل مباشر على ارتفاع الأسعار، والعكس كذلك إذا انخفضت التكاليف انخفضت الأسعار.

زيادة التكاليف في المؤسسات الصحية يكون عند تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية ومميزة.

ب. التسعير على أساس حجم الطلب والقوة الشرائية

يتأثر حجم الطلب بشكل مباشر بالقوة الشرائية فكلما كانت القوة الشرائية مرتفعة كلما زاد حجم الطلب على مختلف الخدمات بما فيها الخدمة الصحية فعند ارتفاع حجم الطلب يقابله ارتفاع في الأسعار.

ت. التسعير على أساس المنافسة

إن المؤسسات التي تعمل في سوق تنافسية شديدة ويكون تأثير كل مؤسسة متقارب مع تأثير المؤسسات الأخرى في نفس السوق فإن الأسعار تميل إلى التقارب، وبشكل عام تستخدم أسعار مناسبة لكسب الزبائن والمحافظة على حصتها السوقية، فإذا كان هناك عدد من المراكز الصحية التي تقدم خدمات متماثلة فإن الأسعار تكون متقاربة.

المطلب الثاني: توزيع وترويج الخدمة الصحية

يعتبر التوزيع والترويج عنصرين أساسيين من عناصر المزيج التسويقي، والتي تسعى إدارة المؤسسات الصحية إلى تحقيق أهدافها من خلالهما، وهذا يتطلب جهدا كبيرا في تحديد موقع اختيار السوق في تقديم الخدمة الصحية المناسبة.

أولاً: توزيع الخدمة الصحية

تتصف أنظمة التوزيع بشكل عام بالثبات والقوة مع ميل نسبي للتغيير من وقت لآخر، وتسعى المؤسسات الصحية إلى التجديد الصحيح لأنظمة التوزيع الأكثر ملائمة لخدماتها الصحية، كما تهدف أنظمة التوزيع إلى تخفيض عدد التبادلات الضرورية لخدمة الزبائن المستهدفين³.

¹ فريد كورتل وآخرون، مرجع سابق، ص 172.

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 168-169.

³ محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبائية، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر، الأردن، 2006، ص 74.

1. مفهوم توزيع الخدمة الصحية¹

يمثل التوزيع بشكل عام مجموعة الأنشطة التي تهدف من خلالها المؤسسة الصحية إلى جعل خدماتها في متناول المستفيدين منها.

ويمكن تعريف توزيع الخدمات الصحية بأنه: "مختلف النشاطات التي تتولاها المنظمة الصحية لجعل الخدمة الصحية سهلة المنال للمريض مكانيا، زمنيا، سعريا، ومعلوماتيا". يشير هذا التعريف إلى أربعة متغيرات رئيسية:

أ. المكان: يعني الموقع الجغرافي لتقديم الخدمة فضلا عن التسهيلات المختلفة، التي تقدم في سبيل الحصول على الخدمة الصحية.

ب. الزمان: يعني الأوقات التي تشتغل فيها المؤسسة الصحية أثناء تقديم الخدمة الصحية حيث تعطي الخيار الأفضل في الاستخدام والانتفاع من الخدمة.

ت. السعر: يعني تأثير التكلفة على القيمة الإجمالية للخدمة الصحية التي تقدم للمرضى القادرين على الدفع. ث. المعلومات: تعني معرفة المستهلكين من المرضى والمستفيدين بطبيعة الخدمة الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية من حيث النوعية أو مواقيت تقديمها والكيفية التي تتم بها.

كما يمكن تعريف توزيع الخدمة الصحية على أنه "جزء من النظام المتكامل للتسويق يتضمن مجموعة من العلاقات المعقدة والمتداخلة للعمليات الانتقال المادي والمعنوي لهذه الخدمات"².

على ضوء هذا التعريف فإن نظام التوزيع للخدمات الصحية نظام معقد ومركب من العمليات المادية والمعنوية، وتعتبر وظيفة توزيع الخدمات الصحية أهم الوظائف التسويقية لكونها توفر عملية التبادل بين المؤسسات الصحية والمرضى، وتعمل على توفير الجهد والوقت للمرضى أثناء حصولهم على الخدمة الصحية المرغوب فيها.

2. أهمية توزيع الخدمة الصحية

إن عملية التوزيع لا تنحصر في الحدود المادية للخدمة ذاتها وإنما تمتد إلى أبعاد سلوكية ورضا المستفيد منها، ولدى فإن إدراك المؤسسات الصحية لأهمية التوزيع، يساعد على تحقيق الاتصال المستمر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من خدماتها، ويكون العنصر البشري هو الأساس في عملية التوزيع والاتصال. كما أن التوزيع الفعال للخدمات الصحية يعمل على ضمان استمرار وجود الخدمة في السوق، ويولد الثقة لدى المريض، ومن خلال الاتصال المستمر والتوزيع الفعال سوف تكتسب المؤسسة الخاصة شهرة في السوق بفضل تحقيق رضا المرضى، كما يمكن لها الحصول على المعلومات التي تتعلق برود أفعال المرضى والمستفيدين من الخدمة.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 294.

² أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، ط 01، الدار المصرية، مصر، 2006، ص 304.

يساعد التوزيع كذلك في تحسين الصورة الذهنية للمؤسسة الصحية والمحافظة على حصتها السوقية والصمود في وجه المنافسة، والحصول على المعلومات التي تتعلق برودود أفعال المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية بهدف القيام بالمعالجات والتغييرات المناسبة التي تلبي حاجاتهم.

3. طرق توزيع الخدمة الصحية

إن الهدف من توزيع الخدمات الصحية هو تمكين المستفيدين من الحصول على حاجاتهم عن طريق استخدام قنوات لتقديم الخدمات الصحية، وهي تمثل سلسلة من الحلقات وبشكل عام فإن المؤسسات الصحية تعتمد على أسلوب التوزيع المباشر.

أ. التوزيع المباشر

يمثل التوزيع المباشر تقديم الخدمات الصحية في الزمان والمكان المناسب، دون الاعتماد على الوسطاء والموزعين، وذلك لكون الخدمة الصحية تقدم وتستهلك في آن واحد وذلك عند إلتقاء الطبيب بالمرضى.

• **تحديد مكان أداء الخدمة:** يقصد بهأو الموقع الجغرافي الذي تقدم فيه الخدمات الصحية التي يحتاجها المريض، ويشير المكان بالنسبة للمؤسسة الصحية الخاصة مكتب الاستقبال والاستعلامات الذي يكون في الواجهة ثم تأتي بعده الأقسام ووحدات الكشف، والتحليل، وقاعات العلاج، وأجنحة العمليات الجراحية، وقسم الأشعة والاستجالات الطبية.

• **تحديد زمن تقديم الخدمة:** إن أداء الخدمات الصحية يتطلب تحديد الوقت الذي تشغله المنظمة الصحية الخاصة والفترة الزمنية التي تستغرقها تلك الخدمة المقدمة، وهنا تشير إلى مواقيت العمل الرسمية في المنظمات الصحية الخاصة، والعيادات الخاصة ويخص بالتحديد مكاتب الاستقبال، فترات العلاج والكشوف الجداول الزمنية الخاصة بالعمليات الجراحية.

• **تحديد مقدم الخدمة الصحية:** إن الشخص الذي يقدم الخدمة الصحية ينبغي أن يكون على استعداد، وله القدرة على إقناع الجمهور المتردد عليه، وأن تكون لديه الرغبة في العمل، وقد يختلف مقدم الخدمة باختلاف الخدمات المقدمة وقد يكون مقدم الخدمة طبييا أو شبه طبي، أو موظف إداري.

- **قنوات التوزيع المباشر:** تتمثل قنوات التوزيع المباشر في تقديم الخدمات الصحية فيما يلي¹:
 - المستشفيات العامة والخاصة، تركز هذه المؤسسات الصحية على بناء برنامج يعمل على جعل الخدمات الصحية في المكان والزمان وبالسر المناسب لكل خدمة، وهذا لتحقيق الرضا للمستفيدين منها.
 - العيادات الطبية بما فيها العامة والخاصة.
 - عيادة الطبيب والتي تعتبر نقطة توزيع مباشرة، وأنها تؤدي نوعا أو أكثر من الخدمات الصحية.
 - مراكز الرعاية الصحية المنزلية، اتسع نشاط المنظمات الصحية الخاصة من خلال تقديم الرعاية الصحية في المنازل، عن طريق سيارات نقل المرضى وتقديم العلاج في المنزل تحت متابعة فريق طبي.

¹ ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص212.

ب. التوزيع الغير المباشر

ويتمثل في قيام الطبيب بدور الوسيط بين المريض والمؤسسة الصحية، فالطبيب هنا يعتبر جهة المؤدي المباشر للخدمة الصحية للمريض، ومن جهة أخرى هو الوسيط الذي يختار المؤسسة الصحية المناسبة للعلاج لذا نجد المؤسسات الصحية تتنافس في جذب أمهر وأفضل الأطباء في مختلف التخصصات الموجودة لديهم¹. وتمثل الصيدلية نقطة توزيعية تباع بالمقر (أي تاجر التجزئة في نظام التوزيع الغير المباشر)، وهي حلقة الوصل ما بين:

- المنتج والمستفيد من الأدوية.

- الطبيب والمستفيد من العلاج الذي حدد الطبيب المختص.

تعتبر الصيدلية نقطة توزيعية لأنها توفر الأدوية، الفيتامينات، الأعشاب، مواد التجميل ومستلزمات الأطفال الرضع مثل الحليب. والصيدلية هي مؤسسة تتاجر بالأدوية والمستلزمات الأخرى شأنها شأن أي مؤسسة تجارية، والواضح أن إدارة الصيدلية بحكم تعاملها مع شريحة من العملاء أغلبهم من المرضى تحتاج إلى أن يتعامل معهم تعاملًا خاصًا ليس فقط لاعتبارات تجارية صرفة، وإنما أيضا لاعتبارات إنسانية، فقد أوضحت دراسة أجرتها شركة (UPIJOHH) الدوائية العملاقة في أمريكا أن اللمسات الإنسانية التي تقدمها إدارة الصيدلية لروادها مسؤولة عن 25 % من زيادة المبيعات، وأن الخدمات الصيدلانية الرفيعة (الاستشارات المجانية، والاستقبال الجيد وسرعة تركيب الدواء...) تعد أيضا مسؤولة بنسبة 35 % من زيادة المبيعات².

4. العوامل المؤثرة على توزيع الخدمة الصحية الخاصة

إن توزيع الخدمة الصحية الخاصة تتأثر بعدة عوامل نذكر منها ما يلي³:

أ. العامل الجغرافي

تأثير العروض الجغرافية ولاسيما في المناطق الريفية أو خارج حدود الهدف على تقديم الخدمة الصحية، بحيث تصبح عمليات الاتصال لا غير مجدية إذا لم تكن صعبة جدا في بعض الأحياء.

ب. الكثافة السكانية

تمتاز الخدمات بصورة هامة بكونها تنتج عند الطلب عليها لكونها لا تخزن أساسا، لدى فإن ارتفاع شدة الطلب بما يفوق الطاقات التصميمية لإنتاج الخدمة الصحية ويصبح أمرا صعبا لذلك فإن الوحدات الصحية تواجه صعوبة كبيرة من حيث تمكنها من الاستجابة بشكل دقيق للطلبات غير المتوقعة من جراء ارتفاع الكثافة السكانية في منطقة عملها خلال فترة زمنية معينة لذلك فإن إدارة المنظمة الصحية الخاصة سنجد صعوبة كبيرة في توزيع وإيصال الخدمات الصحية المطلوبة.

¹ مصطفى يوسف كافي، الإعلام والتسويق الصحي، ط1، دار الابتكار، عمان، الأردن، 2017، ص191.

² بشير العلق، التسويق الصيدلاني، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2007، ص236.

³ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص212.

ت. التباعد والنقل

يؤثر مكان أو موقع المنظمة بشكل كبير على سهولة تقديم الخدمة الصحية للمحتاجين لها وبما إن المريض يسعى للحصول على الخدمة الصحية في المنظمة الصحية الخاصة حسب الحالة التي هو فيها فإن بعد المسافة ومحدودية وسائل النقل تحول دون إقدامه على الذهاب لتلقي العلاج وقد يستعين عن ذلك بأن وسيلة أخرى بديلة لا ترقى إلى مستوى كفاءة أداء المنظمة الصحية الخاصة.

ث. الطاقم الطبي

يتمثل ذلك في الأعداد المتاحة من الأطباء الدائمين أو المتعاقدين المختصين أو العاملين في تقديم الخدمة الصحية، سواء كان ذلك داخل المنظمة الصحية أو خارجها حيث يصبح العلاقة عكسية بين الأطباء واتساع نطاق تقديم الخدمات الصحية وانتشارها.

ثانياً: ترويج الخدمة الصحية

يعتبر الترويج من أهم عناصر التسويق الصحي، وذلك لأنه يعتبر المرآة التي من خلالها يتم عرض الفوائد أو المنافع المنشودة من الخدمة الصحية.

1. تعريف الترويج الصحي

الترويج كلمة مشتقة من الكلمة العربية (رَوَّج الشيء) أي عرّف به وهذا يعني أن الترويج هو الاتصال بالآخرين وتعريفهم بأنواع الخدمات التي بحوزة المؤسسة، ويعرف الترويج بأنه التنسيق بين جهود المؤسسة في إقامة منافذ للمعلومات وفي تسجيل بيع الخدمة أو في قبول فكرة معينة¹.

حيث يرى (كوتلر) أن الترويج: "هو نشاط إقناعي قائم على اتصال مباشر أو غير مباشر مع الجمهور المستهدف"².

كما يمكن القول أن الترويج من المنظور الصحي هو استخدام وسائل الاتصال المباشرة وغير المباشرة، لتعريف وتذكير وإقناع الأسواق المستهدفة بالخدمات الصحية والعلاجية والتشخيصية والوقائية وذلك لتشجيع الإقبال على استخدامها من قبل الأفراد، ومن خلال هذا التعريف الذي يتضمن عدة أبعاد للترويج يمكن تلخيصها فيما يلي:³

- أنه أحد الأنشطة الرئيسية التي يستوجب استخدامها من قبل المؤسسة للتعريف بخدماتها الحالية والمستقبلية.
- وسيلة اتصال مفتوحة مع البيئة المحيطة بالمؤسسة الصحية وبصفة مستمرة.
- إمكانية استخدام وسائل مباشرة، أو غير مباشرة في عملية الاتصال.
- الهدف يكمن في تشجيع الإقبال على الخدمات الصحية المقدمة من خلال الإدراك والقناعة الحقيقية بها.

¹ بشير العلق، استراتيجيات التسويق، ط1، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص245.

² Ph.Kotler, B.Dubois, **Marketing management**, 11^{ème} édition, Pearson, Paris, 2004, p217.

³ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص241.

2. أهمية ترويج الخدمة الصحية

- تتجلى أهمية الترويج في الخدمات الصحية انطلاقاً من خصوصياته كنشاط مرتبط بالمجتمع، مما يتطلب تحقيق الأداء الجيد في خلق التأثير على الجمهور المستهدف.
- ضرورة استخدام الترويج من أجل تقليص المساحة الجغرافية، وجعل المرضى يدركون ما تقدمه المؤسسات الصحية من خدمات والاستعداد لتلبية رغباتهم.
 - يعمل على إقناع الأفراد في الأسواق المستهدفة بالخدمات الصحية المقدمة حالياً والتعريف بالخدمات الجديدة منها وكيفية الاستفادة منها.
 - العمل على تعزيز العلاقة مع المرضى الحاليين، ومحاولة كسب ولائهم من خلال طبيعة الخدمات الصحية المقدمة.
 - إن قطاع الخدمات الصحية كباقي القطاعات الأخرى، يشهد منافسة كبيرة لكسب الزبائن (المرضى)، وهنا يبرز دور النشاط الترويجي الفعال الذي يستطيع جلب أكبر عدد ممكن من الزبائن المحتملين.

3. المزيج الترويجي للخدمات الصحية

يمكن اعتبار المزيج الترويجي بأنه مجموعة من الأدوات المختارة والمستخرجة لتحقيق أهداف المؤسسة الترويجية المحددة، ومن أبرز عناصر المزيج الترويجي ما يلي:

أ. الإعلان

- حيث يعتبر من أبرز العناصر المكونة للمزيج الترويجي، ويعرّف على أنه "الوسيلة الغير الشخصية لتقديم المنتجات بواسطة جهة معلومة مقابل أجر مدفوع"¹.
- يعتبر الإعلان: "أهم صور الاتصال حيث تتم نقل رسالة التوعية من خلال وسائل الإعلان واسعة الانتشار وبتكاليف معقولة"².
- يتم اختيار وسائل الإعلان في المؤسسات الصحية حتى تكون ملائمة لتوعية المستفيدين من توفر الخدمات الصحية وشرح مزاياها، وتعد التوعية عن طريق الإعلان من الطرق الفعالة في توعية المستفيدين وزيادة الطلب على خدمات المؤسسة الصحية.
- وبشكل عام فإن أهداف الإعلان تكمن فيما يلي³:
- تحقيق اتصال غير مباشر وفعال.
 - اختيار وسائل الإعلان الأكثر تأثيراً على المستفيدين من الرسالة الإعلانية.
 - استخدام وسائل إعلانية واضحة لإيصال الأفكار.
 - جعل المستفيد يدرك أهمية الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة.

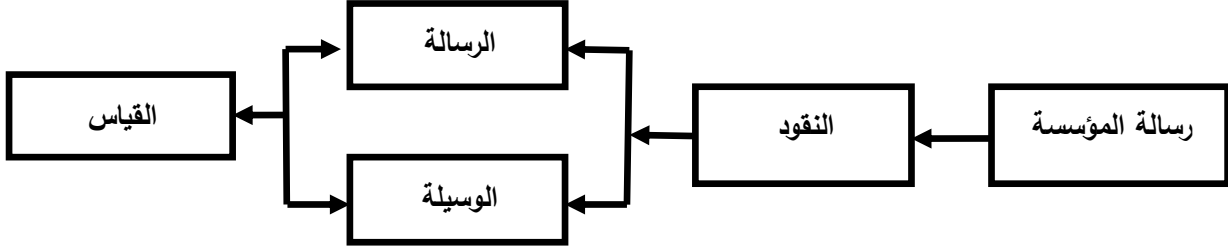
¹ نفس المرجع السابق، ص 245.

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 141.

³ ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 142.

-إظهار المنافع التي يحصل عليها المستفيد من الخدمات الصحية.
ولتحقيق هذه الأهداف يجب تحديد السوق المستهدف الذي تسعى إليه المؤسسة الصحية في معروف السلوك الشرائي للمستهلك والذي يستوجب اعتماد خمسة عناصر رئيسية لنجاح الإعلان، والموضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم (1-2): يوضح القرارات الرئيسية في إدارة الإعلان



المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 125.

يتضح من خلال هذا الشكل مجموعة من العناصر هي¹:

- رسالة المنظمة: تتمثل في أهداف المؤسسة الصحية المراد تحقيقها من خلال النشاط الإعلاني والذي ينحصر في ما يلي:
 - اختيار الجمهور المستهدف.
 - محاولة خلق التفضيل لدى المرضى، وحصولهم على الخدمة الصحية التي تقدمها.
 - خلق نوايا حسنة بواسطة النشاطات المختلفة الهادفة لخدمة المجتمع.
 - تعمل على تحفيز الطلب على الخدمة الصحية المقدمة.
- النقود: تمثل المبلغ الذي يمكن تخصيصه لتنفيذ البرنامج الإعلاني المقرر.
- الرسالة: تعني المضمون الذي تسعى المؤسسات الصحية إلى إيصاله للجمهور الذي يكون متوافق مع التطور في الخدمات الصحية المقدمة فضلا عن ما هو موجود في المؤسسات الصحية المنافسة. وتحتوي الرسالة على:
 - إظهار الفوائد للمرضى والجمهور المستفيد من هذه الخدمات الصحية المقدمة.
 - إبراز الجوانب التي تميز الخدمة الصحية المقدمة عن غيرها لإقناع المرضى باقتنائها.
 - تحتوي الرسالة على المعلومات الصحية الدقيقة عن الخدمات الصحية المقدمة.
- الوسيلة: إن اختيار الوسيلة مرتبط باستخدام الشائعات لحد كبير من قبل الجمهور لتلك الوسيلة وتكرار في الاستخدام مع الآخرين.
- القياس: هو عملية تقييم النتائج المحققة من الإعلان ويتم ذلك من خلال:
 - قياس مدى التأثير المحقق على الجمهور من هذا الإعلان، عن طريق الاستبيانات المختلفة.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 247.

- قياس مدى التأثير المحقق من الوسائل الإعلانية المستخدمة ومقارنتها بالوسائل الأخرى.
- ب. **البيع الشخصي:** هو شكل قوي للاتصال ذو اتجاهين يسمح بنشوء علاقة تفاعلية بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، يستطيع فيها هذا الأخير أن يعدل المعلومات المقدمة استجابة لاحتياجات الجمهور، ويسمح البيع الشخصي بإقامة علاقة صداقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها يمكن أن تكون عنصراً هاماً في إستراتيجية تسويق العلاقات، ويعتبر البيع الشخصي من العناصر الفعالة في ترويج وبيع الخدمات الصحية، لأن للعنصر البشري الدور الأساسي في تقديم هذه الخدمات وفي الاستفادة منها، وأن أغلب الخدمات الصحية لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال تحقيق عملية اتصال مباشر بين مقدم الخدمة والمستفيد منها.
- ت. **تنشيط المبيعات:** تعرف على أنها "مجموعة من الأدوات المتطورة والتي صممت لأن يكون لها تأثير سريع وقصير الأمد لغرض الإسراع في تحقيق عملية الشراء للسلع والخدمات من قبل المستهلك"¹.
- ويمكن للمؤسسة الصحية أن تستخدم أسلوب تنشيط المبيعات كما يلي:

• المعارض الطبية

والتي تنقسم بدورها إلى قسمين هما:

- **المعارض الطبية الثابتة:** تتمثل في المعارض التي يشترك فيها عدد من المنتجين للصناعات الطبية والدوائية، أو المؤسسات الصحية بغرض عرض المنتجات الصحية الجديدة والتعريف بها.
- **المعارض الطبية المتنقلة:** تتمثل في المعارض التي تقوم بها المؤسسات الصحية على أساس تنقلها والوصول بها إلى الجمهور الذي يصعب عليه رؤيتها في المعارض الثابتة.
- **الهدايا الترويجية:** تستخدم الهدايا في تشجيع المرضى للتعامل مع المؤسسة الصحية في المستقبل.
- ث. **العلاقات العامة**

تقوم على أساس القواعد التي أفرزتها المفاهيم الحديثة لإدارة الأعمال ومدى التأثير المتبادل بين المؤسسة والبيئة التي تعيش فيها، والبعد الإنساني والاجتماعي لتحقيق التفاعل بين الطرفين.

فالعلاقات العامة تتمثل في دراسة أفراد المجتمع، والتعرف على أفكارهم وآرائهم واتجاهاتهم نحو المؤسسة الصحية، ومن ثم نقلها إلى الإدارة العليا ليتم تحليلها والأخذ بما يتناسب مع ضرورة التغيير انسجاماً مع آراءهم وتوجيهاتهم"².

وبالتالي يمكن القول بأن العلاقات العامة تقوم على تبادل الآراء والتحليل، سواء كانت الآراء من المؤسسة الصحية إلى المجتمع نقلها بصورة واقعية باستعمال وسائل الاتصال المتاحة، أو تكون هذه الآراء في شكل اقتراحات أو شكاوى من المجتمع إلى المؤسسة الصحية، حيث يتم نقل هذه الآراء ووجهات النظر بجميع عناصرها والتي تكون لها علاقة بالمؤسسات الصحية من حيث النشاط والفعالية في تقديم خدماتها للمجتمع، كما أن العلاقات العامة لها دور كبير في التأثير داخل المؤسسة الصحية، حيث يظهر في الكثير من الأحيان توتر

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 254.

² ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 232.

وانفعال بين العاملين أنفسهم أو بين العاملين والمستفيدين من خدماتها، وهذا يستوجب وجود وظيفة العلاقات العامة ويكون دورها في تخفيض الحدة والآثار السلبية لتلك العلاقات على عمل المؤسسات الصحية، وهذا من شأنه تعزيز الثقة بين العاملين وإدارة المؤسسة من خلال رعاية مصالحهم.

المطلب الثالث: العناصر المستحدثة في المزيج التسويقي للخدمة الصحية

هناك ثلاثة عناصر مستحدثة في المزيج التسويقي للخدمة الصحية وتتمثل فيما يلي:

أولاً: الأفراد

يمثل الأفراد كافة المشاركين في تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين منها، والعمل على التأثير فيهم من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية وترك انطباع جيد لديهم عن مختلف الخدمات المقدمة، غير أنه وبالنظر للخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية فقد تم توسيع هذه السياسة لتشمل:¹

- طاقم موظفو المؤسسة الصحية.

- الزبائن المستفيدون من الخدمة الصحية.

- الزبائن الآخرون الموجودون في بيئة الخدمة الصحية.

- الأفراد مقدمي الخدمات الصحية (أعوان الاتصال)، ويتمثل أعوان الاتصال في الأطباء، الممرضين عمال المساندة الذين يتولون مهام التمريض الأقل مهارة، فنيي الأجهزة الطبية الذين يقومون بتشغيل وصيانة الأجهزة الطبية المختصة من المهندسين أو الفنيين.

ويعرف عون الاتصال بأنه الفرد المستخدم من قبل المؤسسة الخدمية للاتصال مع عملائها، ويكون هذا الاتصال إما نظرياً أو هاتفياً أو إلكترونياً.

ولتحقيق الهدف من سياسة الأفراد ضمن المزيج التسويقي للمؤسسات الصحية، لا بد من البحث عن الآلية المناسبة والكفيلة بتقديم خدمات صحية بالجودة المطلوبة من أول مرة وبدون ارتكاب أخطاء طبية، والوصول إلى المشاركة الفعالة للمريض أثناء الإنتاج المشترك للخدمة الصحية وتتجلى الآلية المستخدمة بالنسبة له.

1. مقدمو الخدمة بالمؤسسات الصحية

يمكن تحسين وزيادة أعوان الاتصال باعتبارهم كمقدمين للخدمات الصحية من جهة، ورجال بيع للمؤسسة الصحية من جهة أخرى من خلال:

- التدريب والتأهيل من أجل تنمية المعارف والمعلومات والمهارات والقدرات.

- تحسين علاقات الاتصال بين مختلف الأطراف العاملين بالمؤسسة الصحية في المكتب الأمامي والمكتب الخلفي والإداريين.

- المعاملة الجيدة للمريض من لحظة دخوله إلى غاية خروجه.

¹ مصطفى يوسف كافي، مرجع سابق، ص 192.

2. المستفيدون من الخدمات الصحية

العمل على زيادة مشاركة المريض في عملية إنتاج الخدمة الصحية من خلال تزويده بالمعلومات الضرورية لمعرفة دوره أثناء هذه العملية.

ثانياً: الدليل المادي

يعرف الدليل المادي على أنه: "الدعم المادي الضروري لإنتاج الخدمة الصحية والذي يستعمله عون الاتصال أو الزبون أو الاثنين معا".

فالدليل المادي يتمثل في كافة الأشياء والعلاقات الملموسة المستخدمة في تقديم الخدمة للعميل أو تعميق شعوره المادي بها، كأجهزة الحاسبات الآلية، أجهزة التكتيف آلات تصوير المستندات، شبكة المعلومات... إلخ¹. إن المستفيد من الخدمات الصحية ومستوى إقباله على هذه الخدمات يتأثر بالمظهر الخارجي للمؤسسة الصحية، الترتيب الداخلي لها، الأجهزة الحديثة التي يعتمد عليها وغيرها من السلع الملموسة الداعمة لعملية تقديم الخدمات الصحية، حيث يقوم مقدمو الخدمات الصحية بالاعتماد على أحدث الأجهزة والمستلزمات الطبية في تقديمها لأنهم يدركون بأن لها دوراً مهماً في تعزيز الثقة لدى المستفيد من الخدمة من خلال جودة الخدمة المعتمدة وتمييزها².

ثالثاً: العمليات

تتمثل في كافة الأنشطة والفعاليات التي تقدم قبل وأثناء تقديم الخدمة الصحية، حيث تبدأ العملية منذ دخول المريض إلى المؤسسة الصحية وفي قاعة الانتظار، والتي من خلالها سيتولد لديه القبول أو عدم القبول للخدمة الصحية وهذا من خلال ما يلي³:

- دقة المواعيد المعتمدة في الاستقبال ومدة الانتظار.
- السرعة في الاستجابة للطلب المقدم للحصول على الخدمة الصحية.
- كيفية المخاطبة وأسلوب التحدث مع المرضى.
- القدرة في التجاوز على الأعمال الروتينية تقدير حالة المريض الصحية.
- اللمسة الإنسانية التي تجسدها مهنة الطب.

ومما لا شك فيه بأن هذه الإجراءات لا يمكن أن تتم إلا من خلال تدريب وتطوير الكفاءات من العاملين في كيفية الاستقبال والتوجيه للاستفادة من الخدمة الصحية.

إن الخطوات التي يجب القيام بها بهدف إجراء عملية جراحية يمكن إيجازها فيما يلي⁴:

¹ زاهر عبد الرحيم عاطف، تسويق الخدمات، ط1، دار الراية، عمان، الأردن، 2012، ص49.

² ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص174.

³ أمير جيلالي، محاور دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2008-2009، ص111.

⁴ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص132.

- توفير جميع المستلزمات اللازمة لإجراء العملية الجراحية والقيام بالفحص الطبي، يتطلب أخذ الأشعة والتحاليل.
- إعداد الوثائق والأولويات عن طبيعة العلاج الذي تلقاه المريض من قبل، ومراجعة التقارير الطبية للمريض قبل إجراء العملية الجراحية، والتحقق من المستوى الذي سوف يكون عليه الفريق الطبي لإجراء العملية الجراحية.
- بعدها يتم تحديد العناية الصحية ووصفة الدواء لمتابعة الحالة الصحية لتحديد مستوى الأداء الحقيقي، لأن خدمة المريض هي الجوهر الذي تدور حوله عناصر المزيج التسويقي، وهذا يتطلب علاقة وطيدة معه والمزيد من التوعية في الخدمة المقدمة له.

خلاصة:

لقد ناقشنا في هذا الفصل الإطار النظري للخدمة الصحية من خلال التطرق إلى مختلف المفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية، التي تقدمها المؤسسات الصحية لأفراد المجتمع وكذلك إبراز الخصائص المميزة للخدمة الصحية عن باقي الخدمات الأخرى، بسبب ارتباطها بحماية حياة الإنسان التي لا تقدر بثمن ولا يمكن تعويضها بشيء آخر.

حيث تتطلب الخدمة الصحية حد أدنى من الجودة حتى تلبى حاجة المستفيد منها (المريض) والمتمثلة في الشفاء، لذلك حاولنا إبراز أهمية جودة الخدمة الصحية ومختلف أبعادها وكذلك مختلف خطوات تحقيقها. كما أبرزنا كذلك في هذا الفصل إلى عناصر المزيج التسويقي للخدمة الصحية والتي لا تختلف كثيرا عن باقي الخدمات، حيث يلعب المزيج التسويقي دورا مهما في بقاء المؤسسة الصحية في السوق وذلك من خلال حسن استغلالها وتحكمها في عناصر المزيج التسويقي واستغلال نقاط قوتها، في الرفع من جودة خدماتها بأقل التكاليف والتي تسمح لها بالتميز والحصول على عدد زبائن أكبر وهو العامل الذي يساعدها على البقاء وتحقيق الاستمرارية.

الفصل الثاني: سلوك المستهلك ودور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية

تمهيد

المبحث الأول: أساسيات حول سلوك المستهلك

المبحث الثاني: ماهية الجماعات المرجعية

المبحث الثالث: دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك

نحو الخدمة الصحية

خلاصة

تمهيد

يعتمد رجال التسويق على دراسة سلوك المستهلك في وضع الاستراتيجيات والسياسات التسويقية، وهذا بالنظر لقيمة المستهلك وأهميته كأساس لتحقيق الأهداف التسويقية، حيث أصبح يشكل المحور الأساسي ونقطة الانطلاق لأي عملية تسويقية، ومما لا شك فيه أن دراسة سلوك المستهلك تعتبر من المهام الصعبة التي تواجه إدارة المؤسسات بشكل عام، نظرا للتباين الموجود بين الأفراد في التفكير والمعتقدات والاتجاهات التي تتغير من شخص لآخر.

وحتى تتمكن المؤسسات من الوصول إلى المستهلك وتتجح في إقناعه بالتعامل معها، تلجأ إلى دراسة مختلف العوامل التي تؤثر في سلوكه، وهنا يبرز دور الجماعات المرجعية كأحد أهم هذه العوامل المؤثرة على هذا السلوك وذلك راجع لمكانتها الخاصة لدى المستهلك ومساهمتها في التأثير على قراراته واختياراته، ولمعرفة هذا الدور قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، حيث ناقشنا في المبحث الأول مفهوم سلوك المستهلك، والمبحث الثاني تطرقنا فيه إلى ماهية الجماعات المرجعية، والمبحث الثالث خصصناه لإبراز دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك .

المبحث الأول: أساسيات حول سلوك المستهلك

يتميز سلوك المستهلك بالديناميكية والتغير في أي وقت لذلك تعتبر دراسة هذا السلوك من الأمور الصعبة والمعقدة، كما تعتبر دراسة سلوك المستهلك من أهم العوامل التي تسمح بوضع الاستراتيجيات التسويقية الدقيقة والفعالة، فدراسة سلوك المستهلك تعتمد على تحليل وتفسير التغيرات السلوكية للمستهلك، ومن هذا المنطلق سنتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم سلوك المستهلك وأهمية دراسته ومختلف العوامل المؤثرة فيه.

المطلب الأول: مفهوم سلوك المستهلك

من خلال هذا المطلب سنقدم بعض المفاهيم والخصائص المتعلقة بسلوك المستهلك.

أولاً: تعريف سلوك المستهلك

تعددت آراء الباحثين والمختصين حول إعطاء تعريف محدد لسلوك المستهلك، مما سمح بظهور عدة تعريفات حسب تفكير ومفهوم كل باحث ومن بين هذه التعريفات نذكر ما يلي:

- يعرف (أنجل) (Engel) سلوك المستهلك بأنه: "الأفعال والتصرفات المباشرة للأفراد من أجل الحصول على المنتج أو الخدمة ويتضمن إجراءات اتخاذ قرار الشراء"¹.

- كما يحدده (مولينا) (Molina) على أنه: "التصرفات والأفعال التي يسلكها الأفراد في تخطيط وشراء المنتج ثم استهلاكه"².

- كما أن هناك من يرى بأن سلوك المستهلك هو: " ذلك التصرف الذي يبرزه المستهلك في البحث عن شراء أو استخدام المنتجات أو الأفكار أو الخبرات التي يتوقع أنها تشبع رغباته وتلبي حاجاته وهذا حسب إمكانياته الشرائية المتاحة"³.

- أما فيما يخص سلوك مستهلك الخدمة الصحية فقد عرف بأنه ذلك: "النمط الذي يتبعه المريض في سلوكه للبحث أو الشراء أو الاستخدام أو التقييم للخدمات التي يتوقع منها أن تشبع حاجاته ورغباته"⁴.

يمكننا من خلال هذه التعريفات القول أن سلوك المستهلك هو كل تصرف يقوم به الفرد بغرض التخطيط لشراء منتج لإشباع حاجاته، متأثراً بعدة عوامل داخلية وخارجية، ويمر بمجموعة من الخطوات بدءاً بالاختيار بين البدائل، ثم المفاضلة بينها، ثم تقييمها من أجل الحصول على أفضلها.

ثانياً: خصائص سلوك المستهلك

يتميز سلوك المستهلك بعدة خصائص نذكر منها:⁵

- السلوك الاستهلاكي هو محصلة لدافع أو لعدة دوافع.

¹ محمد جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002، ص344.

² محمد جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك (مدخل تحليلي وكمي)، دار المناهج، عمان، الأردن، 2007، ص19.

³ محمد إبراهيم عبيدات، سلوك المستهلك (مدخل استراتيجي)، ط4، دار وائل للنشر، عمان، 2004، ص13.

⁴ طلعت أسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص95.

⁵ البرواري نزار عبد المجيد، البرنجي أحمد محمد فهمي، إستراتيجية التسويق (المفاهيم، الأسس، الوظائف)، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط1،

- السلوك الاستهلاكي هو سلوك هادف، متنوع ومرن، ويختلف من شخص لآخر.
- كثيرا ما يتدخل اللاشعور في إحداث السلوك الاستهلاكي.
- يتغير السلوك الاستهلاكي بتغير الظروف المحيطة بالفرد.
- صعوبة التنبؤ بسلوك المستهلك و تصرفاته في أغلب الأحيان.

المطلب الثاني: أهمية دراسة سلوك المستهلك

تعتبر دراسة سلوك المستهلك عملية معقدة وواسعة إلى حد كبير، كونها تضم عدة أطراف معنية بحديد قرار الشراء، بدءا بالمستهلك ومرورا برجال التسويق ووصولاً إلى مسؤولي المؤسسات، كل حسب طريقته وإمكانياته وأهدافه التي يسعى إلى تحقيقها، ويمكن تلخيص هذه الأهمية بالنسبة لكل طرف كما يلي:¹

أولاً: أهمية دراسة سلوك المستهلك بالنسبة للفرد والأسرة

- يمكننا تلخيص أهمية دراسة سلوك المستهلك بالنسبة للفرد والأسرة على حد سواء في النقاط التالية:
- تفيد دراسة سلوك المستهلك في التعرف على كافة المعلومات والبيانات التي تساعد هذا الأخير في الاختيار الأمثل للمنتج وهذا حسب إمكانياته الشرائية.
- تساعد دراسة سلوك المستهلك كذلك على توفير المنتجات (الخدمات) التي يرغب فيها المستهلك وبالمواصفات المرجوة.
- تمكن المستهلك من فهم ما يتخذه من قرارات شرائية ومعرفة ماذا يشتري؟ ولماذا يشتري؟ وكيف يشتري؟
- تسمح للمستهلك تحديد المواعيد الأفضل للحصول على الخدمة المرغوبة.
- تساعد دراسة سلوك المستهلك على إدراك العوامل الأكثر تأثيراً على سلوكه أثناء اتخاذ قرار الشراء.
- كما تساعد كذلك دراسة سلوك المستهلك على إجراء التحليلات اللازمة أثناء المقارنة بين مختلف البدائل المتاحة، من أجل القيام بالخيار الأفضل وتحقيق أقصى درجة إشباع.

ثانياً: أهمية دراسة سلوك المستهلك بالنسبة لرجال التسويق

- تسمح دراسة سلوك المستهلك لرجال التسويق بالاستفادة قدر الإمكان من عدة مزايا من أهمها:
 - تساعدهم على وضع وتصميم الاستراتيجية التسويقية المناسبة والفعالة.
 - مساعدة رجال التسويق في تحديد وقت اتخاذ القرار الشرائي من قبل المستهلكين ومعرفة مختلف أنواع سلوكياتهم الشرائية.
 - تساعدهم كذلك على معرفة مختلف العوامل التي تؤثر في سلوكهم الشرائي.
 - تسمح لهم بمعرفة المشتريين الحاليين و المحتملين وتحديد الطريقة المثلى للتأثير عليه.
- #### ثالثاً: أهمية دراسة سلوك المستهلك بالنسبة للمؤسسات
- تساعد هذه الدراسة مسؤولي المؤسسات بالعمل بكل ثقة وأكثر فعالية من خلال:

¹ عنابي بن عيسى، سلوك المستهلك، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003، ص21.

- اكتشاف الفرص التسويقية المناسبة في ظل المنافسة التي تشهدها الأسواق حيث يمكن للمؤسسة أن تستفيد من الفرص التسويقية المتاحة أمامها في السوق المستهدف.
- تقسيم السوق إلى مجموعات أو قطاعات متميزة من المستهلكين الذين يتشابهون فيما بينهم داخل كل قطاع مع اختلاف كل قطاع عن باقي القطاعات، حيث يمكن للمؤسسة اختيار قطاع أو أكثر حسب إمكانياتها لتكون سوقها المستهدف، ومما لاشك فيه فإن المؤسسات مطالبة بتحليل أسواقها والإمام بخصائص المستهلكين والتعرف على حاجاتهم ورغباتهم وسلوكهم الشرائي بصفة منتظمة لتضمن بقائها ونموها في السوق.
- تمكن المؤسسات باختلاف أنواعها الاعتماد على نتائج دراسة سلوك المستهلك عند التخطيط لما يجب إنتاجه كما ونوعا بما يرضي ويشبع حاجات ورغبات المستهلكين.
- تساعد المؤسسة على تحديد المزيج التسويقي المناسب ورسم سياساتها الترويجية وتحديد المنافذ التوزيعية حيث تساعدها نتائج هذه الدراسة على معرفة أماكن تواجد وتركز مستهلكيها.
- تمكن المؤسسة من اتخاذ القرار الصحيح فيما يخص السياسات التسويقية وفقا لمختلف العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك.
- الاستجابة السريعة للتغيرات في حاجات ورغبات المستهلكين، فمن الضروري أن تقوم المؤسسة بدراسة السلوك الشرائي بصفة منتظمة بهدف مسايرة التغيرات التي تطرأ على حاجات المستهلكين.
- تطوير وتحسين الخدمات التي تقدمها المؤسسة فمن الطبيعي أن يتأثر سلوك المستهلك بالسياسات التسويقية التي تصممها المؤسسات إذ تعمل كل مؤسسة على جذب أكبر عدد ممكن من المستهلكين.
- تحديد الموقع التنافسي للمؤسسة حيث يجب عليها العمل على الفهم الجيد والدقيق لطبيعة وخصائص السوق المراد دخوله لمواجهة المنافسة الموجودة داخله.
- كما أن دراسة سلوك المستهلك تسمح للمؤسسة من تقييم أدائها التسويقي وبمساعدها على تحديد مواطن القوة والضعف لديها.

المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك

يتأثر المستهلك عند اتخاذ قرار شراء الخدمة بعدة عوامل تحفز أو تحد من الإقدام على التعامل مع هذه المؤسسات. فالمزيج التسويقي ليس هو المؤثر الوحيد في السلوك الشرائي، بل تلعب العوامل النفسية والثقافية والاجتماعية وعوامل الموقفية، دورا بارزا في تحديد السلوك الشرائي ولذلك أصبحت عملية فهم هذه العوامل خطوة حيوية في تخطيط استراتيجية السوق.

أولاً: عناصر المزيج التسويقي

تعتبر عناصر المزيج التسويقي من العوامل المساهمة وبشكل كبير في التأثير على سلوك المستهلكين وعلى اتخاذ قراراتهم الشرائية، فالمزيج التسويقي يمثل مجموعة من الأنشطة التسويقية المتكاملة والتي تقوم بها

المؤسسة بهدف جذب المستهلكين والتأثير عليهم من أجل دفعهم لطلب الحصول على خدماتها لإشباع حاجاتهم ورغباتهم.

ثانيا: العوامل الموقفية

هي عوامل محيطة بعملية الشراء تساهم في التأثير على سلوك المستهلك أثناء اتخاذه لقرار الشراء حيث يمكن تلخيصها في العناصر التالية¹:

1. البيئة المادية المحيطة بعملية الشراء: يتأثر سلوك المستهلك عند شراء الخدمة بالمتغيرات البيئية للمحيط المادي للمؤسسة كالموقع الجغرافي، الشكل الداخلي والخارجي للمؤسسة، الوسائل المستعملة في تقديم الخدمة...إلخ.
2. البيئة الاجتماعية المحيطة بعملية الشراء: يتأثر السلوك الشرائي بالخصائص التي يبديها الأصدقاء أو الأقارب أو أي شخص آخر في لحظة الإقدام على شراء الخدمة.
3. الإطار الزمني للموقف الشرائي: يلعب توقيت تقديم الخدمة فيما إذا كانت في ساعة معينة من ساعات اليوم أو خلال أحد أيام الأسبوع دورا كبيرا أثناء اتخاذه المستهلك لقرار الشراء من عدمه.
4. طبيعة المهمة الشرائية: تشير إلى أسباب ودوافع والأهداف التي يسعى إليها المستهلك من خلال عملية الشراء، وتحددها الظروف التي تتم في إطارها استهلاك الخدمة.
5. الحالة المزاجية: يؤثر مزاج المستهلك على رغبته في استقبال المعلومة أو البحث عنها، أو تقييمها بالشكل الصحيح والدقيق، وبالتالي تأثيرها على السلوك الشرائي واتخاذه لقرار الشراء.

ثالثا: العوامل النفسية

يتأثر المستهلك إلى حد كبير في سلوكه الشرائي للخدمة بالعديد من العوامل النفسية والشخصية، كالحاجات والدوافع، الإدراك، التعلم، الخبرات، وكذلك خصائص الشخصية.

1. الحاجات والدوافع

أ. الحاجات: يعتبر الشعور بالحاجة بأنه نقطة البداية في عملية اتخاذه لقرار الشراء ويمكن تعريف الحاجة على أنها "عبارة عن الشعور بالنقص أو العوز لشيء معين، وهذا النقص والعوز يدفع الفرد لأن يسلك مسلكا يحاول من خلاله سد هذا النقص أو إشباع الحاجة"².

يمكن القول بان الحاجات تولد عدم الاستقرار الداخلي للفرد وتتغير بتغير طبيعته وتجدد حاجاته.

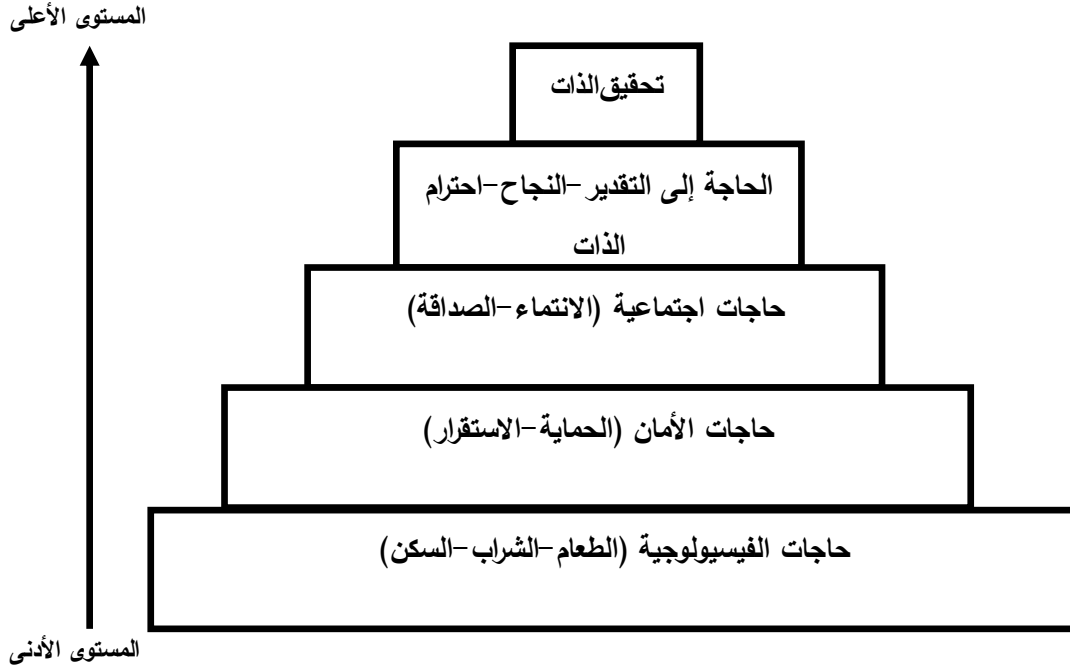
ويمكن ترتيب الحاجات حسب أهميتها بدءا بالحاجات الضرورية إلى حاجات تحقيق الذات، ولقد رتب

(ماسلو) « Maslaw » الحاجات في خمسة مستويات حسب أهميتها وفق الشكل التالي:

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 63.

² ماهر أحمد، السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 181.

الشكل رقم(2-1): هرم (ماسلو) « Maslaw » لترتيب الحاجات



Source : Daniel Durafour, **Marketing**, Dunod, Paris, 2001, p16.

- وانطلاقاً من هذا التصميم الترتيبي لحاجات الفرد يمكن توضيح أن هذا الشكل يضم:
- **الحاجات الفسيولوجية:** حسب (ماسلو) فإن أول ما يحتاج إليه الإنسان هي الحاجات الفسيولوجية (الأكل، الشرب، الملابس... إلخ) فإشباع هذه الحاجات ضروري لبقائه واستمراره.
 - **حاجات الأمان:** تتضمن الحماية من مختلف الأخطار التي يمكن أن تلحق بالفرد في حياته اليومية، وفي هذا المستوى نجد أن هناك عدد من الخدمات التي يتم استهلاكها من أجل تفادي تلك الأخطار.
 - **الحاجات الاجتماعية:** فمن منطلق أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، حيث لا يستطيع العيش بمفرده، ويلجأ دائماً إلى جماعات محددة ينتمي إليها ويتعامل معها كالنوادي، الجمعيات والمنظمات المتعددة وذلك لإشباع حاجاته المتعلقة بالانتماء الاجتماعي.
 - **الحاجة إلى التقدير:** تتمثل في رغبة وطموح الفرد للوصول إلى مكانة متميزة في المجتمع، والتي تخلق لديه الحاجة إلى كسب الاحترام والتقدير.
 - **الحاجة إلى تحقيق الذات:** تعني قمة ما يسعى إليه كل إنسان من تطلعات، فبعد أن يشبع مختلف حاجاته السابقة الذكر يعمل على استغلال كل إمكانياته وطاقاته الشخصية.
- ب. **الدوافع:** هي عنصر مؤثر في سلوك الفرد الاستهلاكي لأنها توجه سلوكه وتتحكم به بغرض تحقيق هدف معين وتم تعريفها على أنها: "عبارة عن قوة محركة كامنة في الأفراد والتي تدفعهم لسلوك اتجاه معين، وتتولد

هذه القوة نتيجة تلاقي أو انسجام المنبهات التي يتعرض لها الأفراد مع الحاجات الكامنة لديهم، والتي تؤدي إلى حالات التوتر¹.

ومنه يمكن اعتبار الدوافع بأنها قوى داخلية تختلف من شخص لآخر يتم من خلالها تحديد توجهاته في اتخاذ قرار الشراء.

2. الإدراك

إن تصرفات الإنسان تكون بناء على ما يعرفه عن الشيء الذي يرغب في شرائه، وهذا ما ينطبق على عملية الاستهلاك، ويمكن تعريف الإدراك على أنه: " خلاصة المعتقدات والأفكار والانطباعات التي يتلقاها الشخص عن شيء معين"².

أو هو: " تلك العملية التي يتم من خلالها معرفة الفرد للأشياء الموجودة في العالم المحيط به عن طريق حواسه"³.

ومعنى ذلك أن الفرد يتفاعل مع البيئة المحيطة به من خلال حواسه، لكي يحدد فيما بعد الموقف الذي يعكس حالته الشعورية أو السلوكية.

3. التعلم

يكون وفق خطوات مستمرة ومنتظمة، حيث يكون الهدف من هذه الخطوات اكتساب الفرد للمعرفة التي تساعده على تعديل نمط سلوكه أو كسب أنماط سلوكية أخرى.

فقد عرف (كوتلر) التعلم على أنه: "كل التعديلات التي تحصل على سلوك الشخص نتيجة تجارب عاشها، حيث تعتبر جميع سلوكياتنا متعلمة أو مكتسبة"⁴.

ومنه فالتعلم يتمثل في مجموعة التغيرات الحاصلة في سلوك الفرد الناجمة عن تراكم الخبرات السابقة لديه، أي أن الفرد يتعامل مع البيئة المحيطة به يوميا ويكتسب من كل حالة خبرة معينة.

كما يستطيع المستهلك التعلم من خلال تفاعله مع مختلف مقدمي الخدمات لتحديد ما هو مفيد بالنسبة له وما هو عكس ذلك، ومتى وكيف يمكن الحصول على الخدمة، وما هي الإجراءات المتبعة في ذلك...إلخ.

4. المعتقدات والاتجاهات

من خلال التأثير والتأثر بالمحيط، ومن خلال العمل والتعلم، يكتسب الفرد معتقدات واتجاهات التي من شأنها أن تؤثر على سلوكه، فالمعتقد هو: " توظيف لفكرة يمتلكها الفرد عن موضوع معين، ويبني على أساس معرفة حقيقية بالمنتج أو على أساس البيئة المحيطة كالأسرة والأصدقاء، أو نتيجة لما يتلقاه من معلومات من خلال الرسائل الترويجية التي تقوم بتدعيم وتعزيز المعتقدات"⁵.

¹ محمد إبراهيم عبيدات ، سلوك المستهلك مدخل استراتيجي، ط2، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2001، ص76.

² زكي خليل مساعد، التسويق في المفهوم الشامل، دار زهران، عمان، الأردن، 1997، ص124.

³ فريد كورتل وآخرون، مرجع سابق، ص115.

⁴ PH.Kotler, B.Dubois, **Marketing Management**, 9^{ème} édition, PubliUnio, Paris, France, p210.

⁵ محمود جاسم الصميدعي، يوسف ردينة عثمان، مرجع سابق، ص149.

أما الاتجاه (الموقف) فهو: "ذلك الميول الناتج عن التعلم والذي يجعل المستهلك يتصرف بطريقة ايجابية أو سلبية نحو فعل أو فكرة أو شيء ما"¹.

حيث أن للأفراد معتقدات واتجاهات حيال بعض المنتجات أو الخدمات، تؤدي إلى اتخاذ مواقف اتجاهها نتيجة لعدة عوامل حسب معتقدات وقناعات حيث تختلف كل شخص.

5. الشخصية

تعد الشخصية أحد أهم المؤشرات في علم النفس، حيث نالت اهتمام الباحثين في عدة مجالات ومنها مجال التسويق، وذلك نتيجة وجود علاقة مباشرة بينها وبين السلوك الشرائي، فالشخصية هي: "النظام المتكامل من الخصائص المميزة، والعلاقة بين هذه الخصائص والتي تساعد الفرد على مداومة نفسه مع الآخرين والبيئة المحيطة به"².

كما يمكن القول أن الشخصية تتمثل في مدى تأثر الفرد بالعوامل والأحداث من حوله، وكيفية تفاعله ومدى قدرته على التكيف معها.

ومنه فإن السلوك الناجم عن شخصية الفرد يتأثر بعاملين هما³:

- السمات المميزة للفرد وما اكتسبه من خبرة خلال حياته.

- المؤثرات الخارجية المحيطة به والتي تفرض عليه أن يتخذ موقفا اتجاهها.

ومن خلال السلوك الشرائي للخدمة، يتضح بأن تمتع الفرد بشخصية مميزة تمكنه من حسن اختيار الخدمة التي تلبي حاجته، ويستطيع من خلالها التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المتاحة أمامه، وبالتالي اختيار ما هو متوافق مع حاجاته وقدراته المالية.

رابعاً: العوامل الثقافية

يمكن القول بأن العوامل الثقافية تمثل نمط استهلاكي يعتمد عليه رجال التسويق بصورة كبيرة عند إعداد السياسة التسويقية، وتتمثل هذه العوامل الثقافية في الآتي:

1. الثقافة

يمكن تعريفها على أنها: "تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها، وتتم نقلها للأجيال القادمة"⁴.

كما تعرف الثقافة بأنها: "لفظ يشمل كل القيم والعادات والمهارات المشتركة بين الأفراد في مجتمع معين، ويتم انتقالها من جيل إلى آخر"⁵.

¹ محمد إبراهيم عبيدات، مرجع سابق، ص169.

² عمر أيمن علي، قراءات في سلوك المستهلك، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008، ص40.

³ فريد كورتل وآخرون، مرجع سابق، ص116.

⁴ تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص65.

⁵ PH.Kotler, B.Dubois, Op.cit, p196.

2. الشريحة الاجتماعية

تحتوي المجتمعات الإنسانية المختلفة في داخلها على شرائح اجتماعية متفاوتة، ويعتمد هذا التفاوت على عدة أسس منها مستوى الدخل، التعلم، المهنة... إلخ. كأساس للتمايز فيما بين الشرائح الاجتماعية.

خامسا: العوامل الاجتماعية

يتأثر الفرد بالعديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل في مجملها مجموعة العلاقات التي تربطه بأفراد آخرين، يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار ويتأثر بهم في نفس الوقت وتتمثل هذه العوامل في الآتي¹:

1. المكانة

تتمثل في الموقع الذي يحتله الفرد ضمن الجماعة الاجتماعية التي ينتسب إليها وما يمكن أن يلعبه من دور في التأثير على الآخرين.

2. الجماعات المرجعية

يقصد بها تلك الجماعات التي تمتلك التأثير المباشر أو غير المباشر على اتجاهات الأفراد وسلوكهم، كما هو الحال في العائلة، الأصدقاء، جماعات العمل، الجيران ومختلف الجمعيات والنقابات... إلخ، حيث سنقوم في العنصر الموالي بالتعرض إلى ماهية الجماعات المرجعية بشكل أكبر.

المبحث الثاني: ماهية الجماعات المرجعية

تمثل الجماعات المرجعية أحد العوامل الهامة والمؤثرة على السلوك الاستهلاكي للمرضى في كافة المجتمعات الإنسانية، فالإنسان بطبيعته اجتماعي لا يستطيع العيش بمفرده وإنما يميل تلقائيا إلى التفاعل مع الآخرين، ويتأثر سلوك الإنسان بالجماعات التي ينتمي إليها، والتي تمثل له إطارا مرجعيا لاتخاذ قراراته الشرائحية.

المطلب الأول: مفهوم الجماعات المرجعية

سنتناول في هذا المطلب مجموعة من التعريفات والمفاهيم المرتبطة بالجماعات المرجعية.

أولا: تعريف الجماعات المرجعية

هناك عدة التعريفات تناولت موضوع الجماعات المرجعية نذكر منها:

- تعرف على أنها: " الجماعة التي تخدم الفرد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وتكون كنقاط ومحطات للمقارنة أو إطار يشكل مواقف للأفراد وسلوكهم"².
- كما تعرف على أنها: " مجموعة الأفراد التي تؤثر ايجابيا أو سلبيا على الفرد في اتجاهاته، وسلوكياته وعلى حكمه التقويمي"³.
- وتعرف كذلك على أنها: " مجموعة الأشخاص الذين يؤثرون في مواقف الفرد وقيمه وسلوكياته، كما أنه ينظر إليهم كدليل ومؤشر ثابت، وأطر مرجعية لسلوك الأفراد، ويشارك هؤلاء الأفراد بتمثيل قيم المجموعة، متوقعين مطابقة هذا السلوك للنموذج السلوكي لها"¹.

¹ PH.Kotler, B.Dubois, Op.cit, p234.

² نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، التسويق مفاهيم معاصرة، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص166.

³ La dwein.R, le comportement du consommateur, édition économique. France. 1999, p259.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف الجماعات المرجعية على أنها مجموعات يمكن أن تستخدم كإطار مرجعي للأفراد في قراراتهم الاستهلاكية والشرائية وتشكيل مواقفهم، وقد تكون تلك المجموعات كبيرة تشمل المجتمع برمته وقد تكون مجموعات صغيرة، وتعد الجماعات المرجعية من أقوى العوامل تأثيراً في سلوك المستهلكين، حيث يتأثر هذا السلوك بعادات واتجاهات وقيم وآراء الجماعة المرجعية، وينعكس ذلك على سلوكه الشرائي.

ثانياً: المفاهيم المرتبطة بالجماعات المرجعية

يمكن للباحث في ميدان العلوم التجارية أن يصادف العديد من المصطلحات ذات الصلة بالجماعات المرجعية، حيث يمكن أن نوضح أهم مفاهيمها فيما يلي²:

1. العرف: عبارة عن قواعد تحدد أو تمنع سلوكاً معيناً في مواقف معينة، وتتمثل الوظيفة المعيارية للجماعة المرجعية في توجيه الأفراد وقراراتهم الشرائية. مثل اختيار أنواع معينة من الأغذية، ويستمد الفرد العرف من القيم الثقافية، وكل فرد يعمل على مخالفة أو الابتعاد عن العرف سيدفع الجماعة المرجعية إلى مقاطعته أو توقيع الجزاء عليه.

2. الأدوار: تتمثل المهام المنوطة للفرد أو تلك التي تحددها له الجماعة، من خلال وضع نماذج للسلوك عند اتخاذ قراراته الاستهلاكية والمتوقعة من الفرد في موقف معين بناء على الوضعية التي يكون فيها أثناء حصول ذلك الموقف، ويمكن للفرد الواحد أن يقوم بعدة أدوار مما يتطلب منه سلوكيات مختلفة، وقد يحدث تعارض نتيجة تعدد أدوار الفرد، وخاصة عندما يكون السلوك المتوقع لا يتناسب مع ما هو مقبول اجتماعياً.

3. المكانة: تحدد الوضعية التي يحتلها الفرد في الجماعة وكذلك نفوذه وسلطته وتأثيره.

4. التنشئة الاجتماعية أو التكيف: الإجراءات التي يتم بواسطتها اكتساب المهارات والعرف والاتجاهات الضرورية لأداء الأدوار التي يتوقع من الفرد القيام بها، حيث يتكيف الطفل مثلاً من خلال التعليمات التي يتلقاها من والديه أو عن طريق المشاهدة المستمرة لسلوكهما وسلوك أفراد العائلة الأكبر سناً، في القرارات الاستهلاكية.

المطلب الثاني: خصائص ووظائف الجماعات المرجعية

سننظر في هذا المطلب إلى مجموعة الخصائص والوظائف التي تتميز بها الجماعات المرجعية

أولاً: خصائص الجماعات المرجعية

سنركز على أهم خصائص الجماعة المرجعية ذات العلاقة بالمستهلك، بحيث تتمثل فيما يلي³:

1. تحديد منزلة الفرد داخل الجماعة المرجعية

تحقق الجماعة للفرد منزلة يسعى إليها، وهذه المنزلة تترتب عليها حقوق وواجبات على الفرد.

¹ خالد عبد الرحمان الجريسي، سلوك المستهلك دراسة تحليلية للقرارات الشرائية للأسرة السعودية، ط3، مكتبة فهد الوطنية للنشر، الرياض، السعودية، 2006، ص131.

² عنابيين عيسى، مرجع سابق، ص ص، 176-178.

³ كاسر نصر المنصور، سلوك المستهلك مدخل للإعلان، ط1، دار مكتبة الحامد للنشر و التوزيع عمان، الأردن، 2006، ص ص225، 226.

2. وضع المعايير السلوكية للفرد

تضع الجماعة مجموعة من القواعد السلوكية التي تنظم علاقة الأفراد داخلها، وتطلب من أعضائها الالتزام بها، كما يستفيد مديرو التسويق من هذه المعايير في صياغة إعلاناتهم وسياساتهم التسويقية.

3. تحديد دور الفرد ضمن الجماعة

يرافق هذا الدور المنزلة التي يحتلها الفرد في الجماعة، ويتأثر الدور بالقيم والمواقف والسلوك الذي يحدده المجتمع للفرد الذي يحتل منزلة معينة فيه، كما يستفيد رجال التسويق من هذه الخاصية بتحديد توقعات أفراد الجماعة مستقبلا.

4. المساهمة في التطبيع الاجتماعي للفرد

تعمل الجماعة من خلال التفاعل والتعامل مع أعضائها على تطبيع أفرادها وتهيئتهم اجتماعيا، لأداء أدوارهم المنوطة لهم من خلال إكسابهم عادات وتقاليد وأعراف ذات قيم اجتماعية تتلاءم ومبادئها والقواعد الخاصة بها، وفي الوقت نفسه تكسبهم عادات استهلاكية وتنمط قراراتهم الاستهلاكية.

5. سيطرة الجماعة على أعضائها

تعمل الجماعة على السيطرة على أعضائها من خلال استخدامها لعوامل النفوذ مثل إجبار الجماعة للفرد على إتباع السلوك الذي يتفق مع مبادئها، وممارسة النفوذ المتأتي من خبرة الأعضاء وقوة مهاراتهم وقدراتهم وأخيرا من خلال النفوذ المعنوي (الأدب) للجماعة والمعروفة بقوة الانتماء للجماعة.

ثانيا: وظائف الجماعة المرجعية

تتميز الجماعات المرجعية بشكل عام بثلاثة وظائف هي¹:

1. الوظيفة المعلوماتية

يبحث اغلب المستهلكين عن مصادر للمعلومات عندما يكونون بصدد اتخاذ قراراتهم الاستهلاكية، وبالتالي يتوجهون إلى تلك المصادر المتاحة أمامهم والتي يتوفر فيها عنصر المصداقية وهذا ما تقدمه الجماعة المرجعية التي ينظر الفرد إليها كدليل ومعيار.

2. الوظيفة النفعية

حيث توفر الجماعة المرجعية لأفرادها الشعور بالعاطفة والاحترام والتفاعل، ويحدث ذلك عن طريق تحقيق آمال أفراد الجماعة وتوقعاتهم واختياراتهم.

3. وظيفة التعبير عن القيمة

وتتبع من حاجة الفرد إلى الحب والانتماء، وأكثر طرق الوصول إلى ذلك هو قبول وجهات نظر الجماعة ومن ثم التعبير عن القيم التي يؤمنون بها، وهكذا يصبح الفرد مقبولا ومنتميا إلى الجماعة.

¹ خالد عبد الرحمن الجريسي، مرجع سابق، ص132

كما يمكن للفرد في الجماعة المرجعية أن يستفيد من وظائفها من خلال " نصائح المستهلك " التي يحصل عليها من الجماعة، وهذه النصائح وما تحمله من معلومات وإرشادات وقيم تحظى بقدرة كبيرة على التأثير في سلوك المستهلك لعدة أسباب يمكن إيجازها في ما يلي:

- تعتبر النصائح التي يقدمها الآخرون للمستهلك مصدر معلومات ذات مصداقية كبيرة أكثر من الإعلانات التي يعتقد المستهلك أنها تخدم مصالح المؤسسة المعلنة، كما يحصل المستهلك على هذه المعلومات عبر مناقشات تتصف بالودية والثقة والانفتاح مع جماعته المرجعية، وكذلك فإن هذه المناقشات تؤكد سلامة قيام المستهلك بتجربة سلوكيات معينة، فإن المستهلك عندما يقدم نصيحة لمستهلك آخر فإنه يتلقى بالمقابل دعماً لوجهة نظره الخاصة وتأييداً لسلوكياته وذلك عندما يتقبل الطرف الآخر منه هذه النصيحة.
- تحقق نصائح المستهلك اتصالاً يناسب في اتجاهين بخلاف الإعلان وغيره من وسائل الترويج التي تتميز بكونها اتصالاً أحادي الاتجاه، كما أن هذه الاتصالات تحظى بمرونة في مدتها، حيث تستغرق وقتاً مفتوحاً، في حين أن مدة الإعلان محددة بزمان معين، لذلك يوفر هذا الأسلوب (نصائح المستهلك) وضعاً تعليمياً ناجحاً.
- السبب الذي يفسر قدرة هذا الأسلوب على التأثير في سلوك المستهلك يرجع للخبرة المتبادلة من خلال هذه النصائح.

المطلب الثالث: أنواع الجماعات المرجعية

هناك عدة تصنيفات للجماعات المرجعية نذكر منها ما يلي¹:

أولاً: من حيث شكل اللقاء

تنقسم الجماعات من حيث شكل اللقاء إلى:

1. الجماعات الأولية

وهي تلك الجماعات التي تتكون من عدد قليل من الأفراد والتي تسمح بقيام علاقات شخصية بين أعضائها، ويتميز الاتصال بين هؤلاء الأعضاء بصفة التكرار والاستمرار ويكون مباشراً وقوياً، لذا تسمى كذلك بالجماعات المباشرة، ومن أمثلتها الأسرة، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل.

2. الجماعات الثانوية

وهي الجماعات التي تتميز بكثرة عدد أعضائها، الأمر الذي يجعل العلاقات بين هؤلاء الأعضاء علاقات غير شخصية، واللقاءات بينهم لقاءات غير مباشرة لذا تسمى بالجماعات الغير المباشرة، بالتالي فهي تتميز بقلة تفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض، ومن ثم ضعف تأثير هذه الجماعات على سلوكيات وتصرفات أعضائها ومن أمثلتها، النقابات والأحزاب.

ثانياً: من حيث التأسيس والتكوين:

يمكن تصنيف الجماعات المرجعية إلى:

¹ حمد الغدير، رشاد الساعد، سلوك المستهلك (مدخل متكامل)، دار زهران، عمان، 1997، ص ص 189، 190.

1. الجماعات الرسمية

يتكون هذا النوع من الجماعات بشكل رسمي وظاهر ويتحدد دور كل عضو طبقا لنوع الوظيفة التي يشغلها الفرد في التنظيم، وعليه فإن إنشاء هذا النوع من الجماعات يتم بمقتضى قرار من سلطة رسمية بغرض تحقيق هدف معين.

2. الجماعات الغير الرسمية

تتكون هذه الجماعات بصفة اختيارية، أي أن الفرد هو الذي يسعى للانضمام إليها بإرادته، كما يمكنه الانسحاب منها بشكل اختياري، غالبا ما تتشابه القيم الاجتماعية لأعضاء الجماعة وتكون لهم أهدافهم المشتركة، فهي إذا تنظيمات لا يتحدد وجودها بالقوانين والأنظمة، وليس لها هيكل تنظيمي مكتوب، إلا أن هذا لا يعني عدم وجود تأثير لهذه الجماعات على أفرادها، حيث أن الواقع يشير إلى أن هناك قيود على الأفراد من التنظيمات غير الرسمية قد لا تقل في أهميتها عن تأثير الجماعات الرسمية.

ثالثا: من حيث شكل الارتباط

يمكن تقسيمها إلى:

1. جماعات مرجعية خاصة

مثل العائلة، جماعات العمل، الفرق الرياضية والأصدقاء المقربين، وهنا يكون الارتباط قوي ومتبادل بين جميع الأفراد وأعضاء الجماعة المرجعية.

2. جماعات مرجعية عامة

هي المجموعات ذات التأثير العام، والتي لا ينتمي إليها الفرد لكنه يتمنى الانتماء إليها، مثل الأوساط الفنية والرياضية والسياسية، وهنا يكون ارتباط الفرد بالجماعة المرجعية من طرف واحد.

رابعا: من حيث حجم الجماعة

إن التفريق بين الجماعات المرجعية الكبيرة والصغيرة والذي يعتمد على عدد الأعضاء في المجموعة يمكن أن يكون معيارا لتصنيف الجماعات وتحديد الحد الأعلى للجماعات الصغيرة أو الحد الأدنى للجماعات الكبيرة، كما أن الجماعات المرجعية الكبيرة قد لا يتمكن الفرد من معرفة كل أعضائها، وقد لا يدرك ادوار و نشاط كل واحد منهم، أما في الجماعات المرجعية الصغيرة فإن الأفراد يعرفون بعضهم البعض بشكل جيد ويدركون دور كل منهم.

خامسا: من حيث الانتماء

تصنف الجماعات المرجعية من حيث الانتماء إلى:

1. الجماعات العضوية

وهي الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ويتفاعل معها، أي يكون عضوا فيها، فهذه الجماعات لها صفة التشكيل الرسمي، وقد تكون صغيرة كجمعيات الأحياء، أو كبيرة كنقابة الأطباء.

2. الجماعات الرمزية

هي الجماعات التي يأمل الفرد في الانضمام إليها، فهو يبني اتجاهات وقيم وسلوكيات الجماعة، ولكن لا يمكنه أن يكون عضوا فعلا فيها، ومثال ذلك جماعات الفنانين الرياضيين الأبطال.

3. الجماعات السلبية

هي الجماعات التي يرفض الفرد قيمها وسلوكها، ويحاول الابتعاد عنها، وذلك عن طريق اتخاذ بعض الخطوات المتعمدة والمدروسة لفك ارتباطه النفسي بها كنتيجة منطقية لرفضه لمبادئها. يوضح الجدول التالي تصنيفات الجماعات المرجعية.

جدول رقم (2-1): معايير تصنيف الجماعات المرجعية

المعايير	أنواع الجماعات المرجعية
وظيفة الأعضاء	جماعة من المهندسين، جماعة من الأطباء، جماعة من الصيادلة
تنظيم الجماعة	جماعة رسمية، جماعة غير رسمية
تفاعل الأعضاء	جماعة أولية، جماعة ثانوية
العضوية في الجماعة	جماعة ذات عضوية، جماعة رمزية
التأثير على الفرد	جماعة ذات تأثير ايجابي، جماعة ذات تأثير سلبي

المصدر: أحمد على، سلوك المستهلك بين النظرية والتطبيق (منشورات معهد الإدارة العامة)، الرياض، السعودية، 2000، ص251.

يوضح هذا الجدول تصنيف الجماعات المرجعية حسب مختلف المعايير، فالمعيار المعتمد كثيرا في التصنيف هو المعيار المهني كالأطباء، وكذلك الهيكل التنظيمي المحدد مثل الجماعات الرسمية وغير الرسمية، ومعيار تفاعل الأعضاء من خلال العلاقات الشخصية وغير الشخصية المتمثلة في الجماعات الأولية والثانوية، ومعيار عضوية الفرد في الجماعة وعدم عضويته، والتأثير على الفرد سواء كان سلبيا أو ايجابيا.

سادسا: الجماعات المرجعية للمستهلك

يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. الأسرة

تعتبر الأسرة من المتغيرات الخارجية الأكثر تأثيرا على القرار الشرائي والاستهلاكي للفرد، وهذا راجع لسببين أساسيين هما:

- أنها الخلية الأولى التي تربي فيها الفرد، فهي تؤثر في اتجاهاته وأنماطه الشرائية والاستهلاكية.
- أنها وحدة شرائية واستهلاكية على حد سواء.

2. الأصدقاء

وهم عمليا جماعة غير رسمية وهي تمتاز بسلطة معنوية هدفها التأثير النسبي على مواقف ومشاعر أصدقائهم نحو مختلف الأمور المرتبطة بالخدمات والسلع، وتعتبر آراء واختيارات الأصدقاء مؤشرات هامة في تحديد الخدمات التي قد يختارها المستهلك المستهدف.

3. الجماعات الاجتماعية الرسمية

تعتبر هذه الجماعات أكثر تأثيرا لأنها تؤدي وظائف مختلفة للأفراد المنتمين إليها، فالفرد عادة ينتمي إلى جماعة رسمية لتحقيق بعض الأهداف مثل تكوين صداقات أو مقابلة أشخاص معينين، ومثال ذلك النوادي الرياضية والثقافية، وبصفة عامة تؤثر العضوية في هذا النوع من الجماعات على المستهلك من نواح عديدة، على سبيل المثال قد يكون لدى هذه الجماعات عيادة خاصة يتعاملون معها فيضطر العضو المنتمي إلى هذه الجماعة إلى التعامل مع هذه العيادة.

4. جماعات التسوق

في كثير من الأحيان لا يذهب المستهلك للتسوق بمفرده وإنما يذهب بصحبة شخص أو أكثر وهذا لشراء بعض السلع أو الحصول على بعض الخدمات، وقد تكون هذه الجماعات مكونة من أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران، ويفضل الأفراد التسوق مع الأشخاص الذين يتقنون بهم وبمعرفة خاصة فيما يتعلق بالخدمات والسلع التي يقصدون شرائها.

5. زملاء العمل

يقضي الأفراد وقتا كبيرا في أماكن العمل، ومثل هذا التواجد في مكان واحد ولفترة طويلة يؤدي إلى تكوين بعض العلاقات بينهم، ومن بين هذه العلاقات التأثير المتبادل على سلوكهم الاستهلاكي.

6. جمعية حماية المستهلك

إن المهمة الأساسية لجمعية حماية المستهلك هي إيجاد نوع من التوازن بين حقوق المستهلكين والبائعين، وبسبب تأثير هذه الجمعيات على سلوك المستهلكين فإنه يتوجب على المؤسسات أن تأخذ بعين الاعتبار تأثير هذه الجمعيات، وذلك عن طريق التنسيق معها في إيجاد المواصفات المطلوبة التي تتوافق واحتياجات المستهلك.

المبحث الثالث: دور الجماعات المرجعية في توجيه سلوك المستهلك نحو الخدمة الصحية

تؤدي الجماعات المرجعية دورا مهما في التأثير على المستهلكين وسلوكهم في اختيار الخدمة الصحية، لذا يهتم رجال التسويق بدراسة هذا التأثير، ويحاولون الاستفادة منه في صياغة إستراتيجية تسويقية مناسبة، حيث يتعلق هذا التأثير بعدة عوامل، ففي كثير من الحالات ونظرا لنقص المعلومات المتعلقة بالخدمة الصحية، يلجأ المستهلك إلى الجماعات المرجعية التي تمدّه بالمعلومات، وتساعد على اتخاذ القرار المناسب، وفي حالة توفر المعلومات والخبرة لدى المستهلك فإن دور الجماعة يتمثل في زرع الثقة لدى المستهلك الذي قد يتردد كثيرا في اتخاذ القرار، خاصة إذا تعلق الأمر بالخدمة الصحية لذا يستشيرهم.

ومن خلال هذا المبحث سنتطرق إلى مراحل اختيار الخدمة الصحية وتأثير الجماعات المرجعية على قرار اختيار هذه الخدمة.

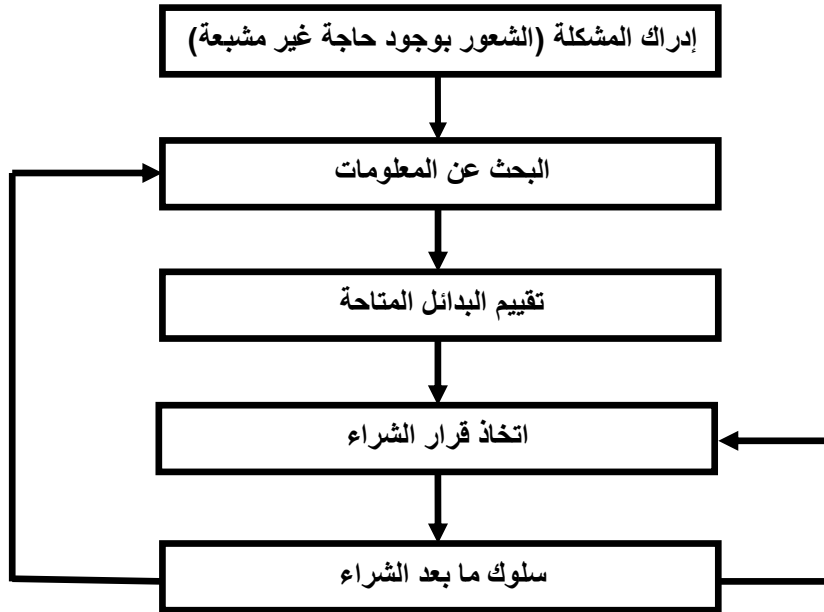
المطلب الأول: مكانة الجماعات المرجعية ضمن مراحل اختيار الخدمة الصحية

تمر عملية اتخاذ القرار الشرائي للخدمات الصحية لدى المرضى بعدة مراحل، نظرا لأهميتها وارتباطها بحياتهم ومصيرهم حيث يعود ذلك أساسا إلى حجم التأثير الذي يمكن أن يخلقه هذا القرار إذا ما كان خاطئا ولا يقود إلى الهدف المطلوب، وهنا تبرز مكانة الجماعات المرجعية ضمن مراحل اتخاذ هذا القرار.

أولاً: مراحل اتخاذ القرار الشرائي

تبدأ عملية اتخاذ القرار بالنسبة للمريض من نقطة إحساسه بالمرض أو أعراض المرض وهو ما يدفعه لإتباع الخطوات الأخرى وفق الشكل التالي:

الشكل رقم (2-2): يوضح مراحل اتخاذ القرار الشرائي لدى المريض



Source : HelleGean Pierre, Orsoni Jacques, **Marketing**, Vuibert, Paris, France, 6^{ème} édition, 2000, p125.

1. إدراك المشكلة

تبدأ المرحلة الأولى في اتخاذ القرار الشرائي عند إدراك الفرد لوجود مشكلة ما، ويحدث هذا الإدراك عندما يشعر المريض بوجود فارق بين الموقف الأمثل والموقف الذي يوجد فيه حالياً وفي وقت محدد.

هذا الإدراك الذي يمكن أن يتحقق من خلال منبه داخلي أو خارجي، ويقصد بالمنبه الداخلي هو إحساس المريض بالحالة الصحية التي يرغب في تجاوزها من خلال التشخيص أو العلاج الآني السريع، وبالتالي فإنه يبحث عن مصدر محدد للعلاج، أما المنبه الخارجي فيتمثل في مصدر تحفيز الحاجة الموجودة لدى المريض، وهنا يبرز دور الجماعة المرجعية في إرشاد المريض إلى عيادة قريبة من مكان سكنه تقدم الخدمة الصحية التي

يحتاجها، أو يقوم أحد أفراد الجماعة المرجعية بتقديم المساعدة للمريض عن طريق تحفيزه بالذهاب إلى الطبيب¹.

2. البحث عن المعلومات

بعد أن يقوم المريض بتحديد حاجته للعلاج وأن الأمر يستوجب مراجعة مصدر طبي لتشخيص الحالة ومعالجتها، فإنه يبدأ بجمع المعلومات فضلا عما يحوز من المعلومات، سواء كانت شخصية أو مسموعة من الآخرين، بحيث يكون حجم المعلومات وطبيعتها يتناسب مع درجة الخطورة والأهمية للحالة الصحية المطلوب معالجتها.

ويمكن تحديد مصادر الحصول على المعلومات على النحو التالي²:

- أ. مصادر شخصية يقوم بها المسوقون: وتتمثل في البيع الشخصي للخدمة الصحية.
- ب. مصادر شخصية لا يقوم بها المسوقون: تتمثل في الغالب في كل أنواع الجماعات المرجعية حيث يحظى هذا المصدر من المعلومات بثقة المريض، لأن الجماعات المرجعية هي أول من يستشيرهم المريض حول حالته الصحية المطلوب معالجتها، وبالتالي تكون الجماعات المرجعية أول مصدر لجمع المعلومات.
- ت. مصادر غير شخصية لا يقوم بها المسوقون: وتتمثل في وسائل الاتصال العامة، بعض الجماعات المرجعية كجمعية حقوق المستهلك وجمعيات حماية البيئة من التلوث...إلخ.
- ث. مصادر غير شخصية يقوم بها المسوقون: وتتمثل في الإعلانات ووسائل الترويج المختلفة التي تمارس من قبل المؤسسات الصحية.

3. تقييم البدائل

بعد أن يقوم المريض بجمع المعلومات يصبح في موقف اتخاذ القرار، وهنا تبدأ عملية تقييم البدائل، وفي مجال الطب تتعدد الأطراف والجهات المقدمة للخدمة الصحية، مما يؤدي إلى زيادة البدائل والخيارات أمام المرضى في اختيارهم ذلك الطرف دون غيره في التعامل معه لتلقي العلاج أو الخدمة الصحية، وعليه فإن المرضى يمرون بمرحلة مهمة قبل اتخاذهم قرار شراء الخدمة الصحية، وهي تقييمهم للبدائل المتاحة أمامهم وهنا يبرز دور الجماعات المرجعية في تقديم الاستشارات والمعلومات حول هذه البدائل، وعليه فإن المريض سوف يركز على بدائل معينة (خيارات مدركة) ويلغي بدائل أخرى حيث يختار مجموعة من الخيارات الأولية، وينتقل إلى البدائل أو القرار المناسب له³.

¹ إسماعيل السيد، التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص128.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص74.

³ نفس المرجع السابق، ص74.

4. اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية

بعد أن يقوم المريض بتحديد وترتيب البدائل المتاحة أمامه، يكون قد وصل إلى قرار مبدئي لشراء تلك الخدمة التي تأتي في مقدمة الترتيب، وعلى الرغم من ذلك فإن القرار النهائي قد يأتي مخالف لما قد توصل إليه. فاتخاذ المريض لقرار شراء الخدمة الصحية يتأثر إلى حد كبير بعاملين هما¹:

أ. اتجاهات الجماعات المرجعية: وتتمثل في مقدار قوة التأثير التي تمارسها الجماعات المرجعية على المريض عند اقباله على اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية ومدى استجابته لتلك التأثيرات.

ب. العوامل الموقفية: وتتمثل في الظروف والحالات المفاجئة التي تحصل عند تحقيق نية شراء الخدمة الصحية، كأن يكون ظهور حاجة جديدة أكثر إلحاحاً من التي تم البحث عنها سابقاً، أو السلوك غير المناسب من طرف إدارة المؤسسة الصحية أدى إلى التوقف عن اتخاذ قرار الشراء.

5. سلوك ما بعد الشراء

من الخطأ الاعتقاد بأن العلاقة بين إدارة المؤسسة الصحية والمريض تنتهي بمجرد انتهاء عملية بيع الخدمة الصحية، وإنما يجب أن تبقى العلاقة بين الطرفين مستمرة، إذ أن الانطباع الإيجابي لدى المريض عن طبيعة الخدمة الصحية المقدمة وطريقة تقديمها، ستساهم في استمرار هذه العلاقة وزيادة ولاء المريض للمؤسسة الصحية.

إن رضا المريض يتمثل في سلوكه وتفاعله الإيجابي مع إدارة المؤسسة الصحية، وهو ما يعد مكسباً لها بحيث يسمح لها بتحقيق قيمة مضافة تتمثل في جعل المريض مصدر إعلامي وترويجي لها. وفيما يتعلق بالتغذية العكسية لعملية شراء الخدمة الصحية، فإنها تعني المعلومات المسترجعة من المريض نتيجة تقديم الخدمة الصحية، وهي في حقيقتها تقويم لدقة القرار المتخذ، فإن كان هناك خطأ في اتخاذ القرار فيسمح هذا التقويم بتحديد المرحلة التي حدث فيها الخطأ، أو بالعكس معرفة التسلسل الحاصل المؤدي إلى النجاح المحقق في شراء الخدمة الصحية.

المطلب الثاني: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية

تؤثر الجماعات المرجعية على مدركات ومعتقدات وقرارات الأفراد من خلال ما تسيطر عليه هذه الجماعات من منبهات ومدعمات تحيط بالأفراد وتشكل جزءاً من واقعهم الاجتماعي، ويتقبل الأفراد هذا التأثير وينصاعون لقواعد ومعايير تلك الجماعات بسبب حصولهم على فوائد تقدمها لهم نتيجة التزامهم بمبادئها العامة، لهذا يحصل التفاعل الاجتماعي بين أفراد الجماعة الواحدة، والذي يترتب عليه نوعان من التأثير هما:

- تأثير إيجابي، يمثل النتائج الإيجابية للتفاعل، مثل زيادة درجة الإشباع الاجتماعي للفرد.
 - تأثير سلبي، يمثل النتائج السلبية للتفاعل مثل إنفاق بعض المال من أجل مصالح الجماعة.
- تستخدم الجماعات المرجعية أساليب كثيرة للتأثير على مدركات ومفاهيم الأفراد المتعلقة بسلوكهم الاستهلاكي وقراراتهم في اختيار الخدمات الصحية، ونذكر منها ما يلي¹:

¹ نفس المرجع السابق، ص 77.

أولاً: المدعّمات الاجتماعية

تستطيع الجماعة من خلال أساليب التدعيم أن تصيغ وتشكل السلوك الاستهلاكي أو الشرائي لأفرادها، فقبول وتشجيع الجماعة لسلوك معين (اختيار خدمة صحية خاصة) يؤدي إلى تعزيز قرار الاختيار لديه، فيعود ويشترى نفس الخدمة الصحية الخاصة كلما احتاجها، كما أن عدم قبول أفراد الجماعة لسلوك معين وإبداء استيائهم منه وضغوطهم على الفرد للابتعاد عنه يؤدي إلى توقف الفرد عن ممارسة هذا السلوك.

ثانياً: التحكم في المعلومات المتاحة للفرد

تعد الجماعات المرجعية مصدراً هاماً للمعلومات المتعلقة بالخدمات الصحية، لأن الجماعة المرجعية تشكل مخزوناً هائلاً من المعلومات، وهذا المخزون نتاج خبرات أعضاء الجماعة المتراكمة خلال فترة زمنية طويلة، من خلال هذه المعلومات تستطيع الجماعة أن تتحكم في نسبة هامة من مصادر معرفة الفرد، أو عن طريق السياق الذي يتم تقديمها به، علماً أن هذه المعلومات مثقلة بمدرجات أعضائها، وليست معلومات مجردة مما يساعد الفرد على تشكيل مدرجاته في اتجاه سلوك أعضاء الجماعة المرجعية.

ثالثاً: توفير نماذج الاقتداء

إن أحد مصادر تعلم الأفراد هو الاقتداء ومحاكاة الغير، مما يجعل الجماعة المرجعية تستطيع التأثير على أفرادها من خلال قيام بعض أفرادها البارزين الذين يحظون بمكانة خاصة في الجماعة، أو الذين لهم نفوذ كبير على الأعضاء بالتصرف بطريقة معينة من أجل التأثير على بقية الأعضاء بهدف الاقتداء بهم، وأن الجماعة من خلال هذا التأثير تسعى لتحقيق الأهداف التالية:

- تشكيل سلوك الفرد خاصة السلوك الشرائي (قرار اختيار خدمة صحية خاصة)، والسيطرة على ما يتعلمه، لذا توفر الجماعة للفرد خبرتها ومفاهيمها لتحقيق تعلم سريع من قبل الفرد بما يتلاءم مع ما تحرص الجماعة على أن يتعلمه ويكتسبه من معلومات ومفاهيم.
- تنميط سلوك الأفراد في بعض المسائل التي تحفظ سلوك الجماعة، وتزيد من تماسكها خاصة بالنسبة لقرار اختيار الخدمات الصحية، وتحقق التماثل في سلوك أعضائها بما يساعد في إمكانية التنبؤ المسبق بسلوك بعض الأعضاء.
- تحقيق التكامل الداخلي من خلال التنسيق بين مختلف أدوار أعضاء الجماعة.

¹ كاسر نصر المنصور، مرجع سابق، ص ص، 233-235.

خلاصة

لقد ناقشنا في هذا الفصل سلوك المستهلك من خلال التعرض لمختلف التعريفات والمفاهيم المرتبطة به، كما قمنا بإبراز أهمية وأهداف دراسة سلوك المستهلك، التي تبنى عليها الاستراتيجيات والبرامج التسويقية للمؤسسات بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة. كما ناقشنا فيه كذلك مختلف العوامل التي تؤثر على سلوك المستهلك خاصة إذا تعلق الأمر باتخاذ القرارات الشرائية للمستهلك.

كما حاولنا عرض ماهية الجماعات المرجعية، من خلال تقديم بعض التعريفات والمفاهيم المتعلقة بها، إضافة إلى إبراز أنواع الجماعات المرجعية ومعايير تقسيمها.

وفي الأخير قمنا بالربط بين متغيرات الدراسة وذلك من خلال إبراز مكانة الجماعات المرجعية ضمن مراحل اختيار الخدمة الصحية، وتوصلنا إلى أن الجماعات المرجعية تقوم بتوجيه سلوك المستهلك في اختيار الخدمة الصحية من خلال أساليب التدعيم الاجتماعية حيث تستطيع الجماعة أن تشكل السلوك الاستهلاكي لأفرادها، مثل قبول وتشجيع أفراد الجماعة لسلوك معين كما أن الجماعات المرجعية تعد مصدرا هاما للمعلومات المتعلقة بالخدمة الصحية، و من خلال هذه المعلومات تستطيع الجماعة أن تتحكم في نسبة هامة من مصادر معرفة الفرد، أو عن طريق السياق الذي يتم تقديمها به ، كما يمكنها التأثير على قرار اختيار الخدمة الصحية من خلال توفير نماذج الاقتداء.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير

تمهيد

المبحث الأول: تقديم لمصحة الشفاء بالطاهير.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

خلاصة

تمهيد:

تجسيدا للمفاهيم النظرية التي تطرقنا إليها في الفصلين السابقين اخترنا مؤسسة صحية خاصة، وهي مصحة الشفاء بالطاهير، حتى يتسنى لنا معرفة الدور الذي تقوم به الجماعات المرجعية لاختيار الخدمة الصحية لهذه المصحة، حيث سنستعرض في هذا الفصل التعريف بمصحة الشفاء بالطاهير ودراسة هيكلها التنظيمي، ومختلف الخدمات التي تقدمها، كما سنناقش الإطار المنهجي العام للدراسة من خلال تحليل عينة ومجتمع الدراسة، تصميم أداة الدراسة ومختلف الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسة، كما سنقوم بعرض وتحليل نتائج هذه الدراسة.

المبحث الأول: تقديم لمصلحة الشفاء بالطاهير

سنستعرض في هذا المبحث تقديم عام لمصلحة الشفاء بالطاهير وذلك من خلال إبراز أهم أهدافها، ودراسة هيكلها التنظيمي بالإضافة إلى أهم الخدمات الصحية التي تقدمها المصلحة، وذلك بالاعتماد على الاستقصاء والملاحظة الميدانية.

المطلب الأول: التعريف بمصلحة الشفاء بالطاهير وأهم أهدافها

في هذا المطلب سنقوم بإعطاء لمحة موجزة عن مصلحة الشفاء بالطاهير وأهم أهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

أولاً: تعريف بمصلحة الشفاء

إن مصلحة الشفاء بمدينة الطاهير ولاية جيجل هي عيادة طبية جراحية خاصة تقع في حي زعموش بدائرة الطاهير، باشرت العمل في 29 رجب 1433 هـ الموافق ل 12 جوان 2012 م، بغلاف مالي قدره 77 مليار سنتيم، وتتكون من عدة هياكل صحية خاصة بالعلاج والاستشفاء والوقاية موجهة لخدمة المواطنين، وتتربع على مساحة تقدر ب 399 م²، وتتسع ل 47 سرير منها 22 سرير خاص بالجراحة العامة، 13 سرير خاص بطب النساء والتوليد، 08 أسرة خاصة بقسم الإنعاش، 04 أسرة بالمراقبة الطبية، كما توظف المصلحة 81 عامل، منهم 05 أطباء مختصين، 05 أطباء عامين، و 18 ممرض، و 04 قابلات، وصيدلي واحد، و 35 عامل بين إداريين وعمال آخرين، إضافة إلى 13 موظف بصيغة عقود ما قبل التشغيل.

ثانياً: أهداف المصلحة

تتمثل أهداف المصلحة فيما يلي:

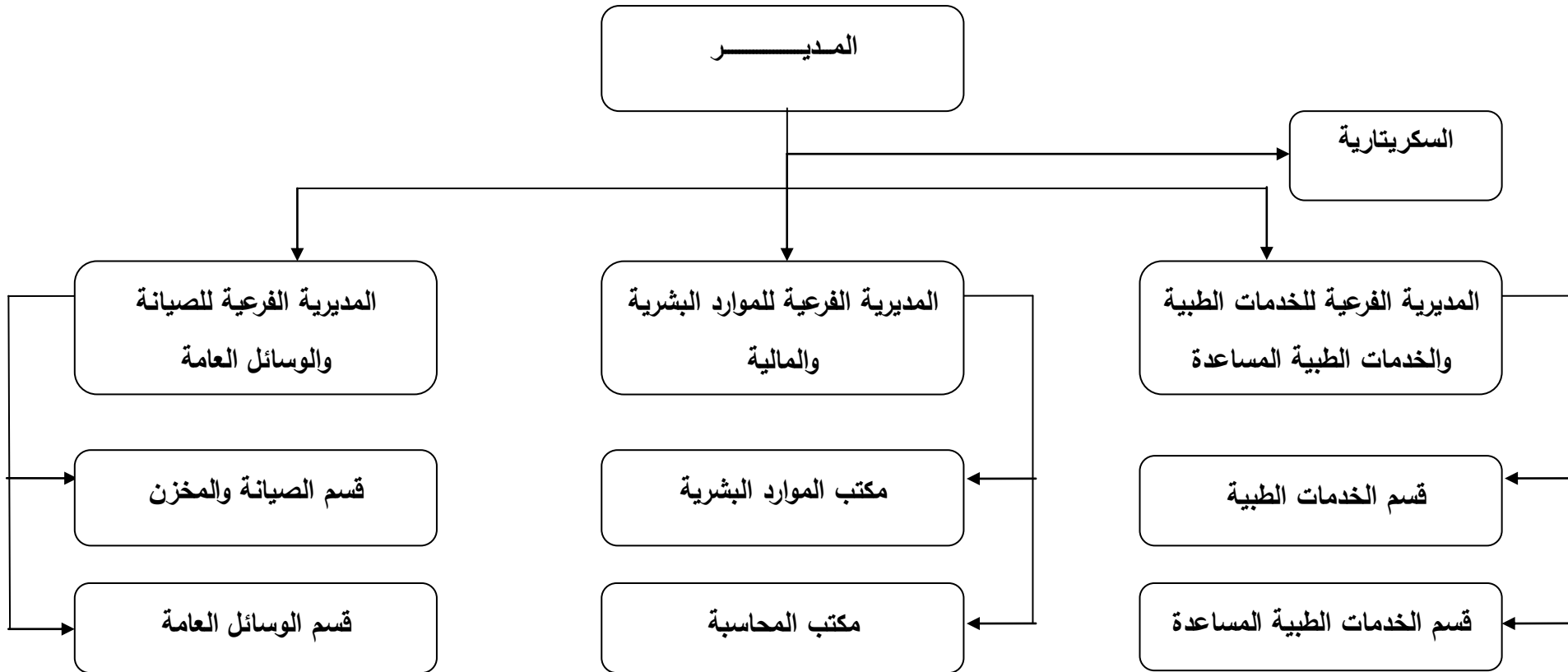
- المساهمة في التوعية والتثقيف الصحي لأفراد المجتمع ؛
- المساهمة في رفع وتحسين المستوى الصحي لأفراد المجتمع؛
- المساهمة في إرساء قواعد ومعايير عالية المستوى لممارسة مهنة الطب؛
- توفير وسط ملائم وممتاز في مجال الخدمات الصحية؛
- تشخيص وعلاج الحالات المرضية المعقدة، التي أحيلت إليها من طرف المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى؛

- تنمية الموارد البشرية بالمؤسسة في مختلف المجالات الصحية والإدارية من خلال التعلم والتدريب؛
- تحقيق الربح في المدى الطويل بهدف دعم وتطوير الخدمة الصحية المقدمة؛
- الاستثمار في الموارد البشرية (جلب أحسن الكفاءات في كل المجالات).

المطلب الثاني: دراسة الهيكل التنظيمي لمصلحة الشفاء بالطاهير

يعتبر الهيكل التنظيمي من أهم العوامل التي تؤدي إلى تحقيق الأهداف فهو يظهر الوظائف ويحدد المسؤوليات، والشكل التالي يمثل الهيكل التنظيمي لمصلحة الشفاء.

الشكل رقم (3-1): الهيكل التنظيمي لمصلحة الشفاء



المصدر: من إعداد الطالبين بناء على مقابلة مع رئيس مكتب المحاسبة

من خلال الشكل يتبين أن الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء يتكون من:

أولاً: المدير يعتبر المسؤول الأول والأخير عن تسيير المصحة وتتمثل مهامه فيما يلي:

- تقييم الوضع بالمصحة ومقارنته بما هو مخطط وما يجب تحقيقه.

- مناقشة احتياجات كل مديرية بالمصحة وتحديد نصيبها من الميزانية العامة.

- تحديد المهام والمسؤوليات في المصحة.

ثانياً: السكرتارية تتمثل مهامها في ضمان خدمات إدارة المديرية، وتتولى استقبال البريد الخاص بالمدير وترتيب

الوثائق في خزائن الأرشيف، تحرير المراسلات، استقبال وإرسال الفاكس، استقبال وتحويل المكالمات الخاصة

بالمدير.

ثالثاً: المديرية الفرعية للخدمات الطبية والطبية المساعدة: مديرية فرعية تابعة للمؤسسة تخضع لسلطة المدير

مباشرة، حيث تضم قسمين هما:

قسم الخدمات الطبية

تقوم المصحة بتقديم العديد من الخدمات الطبية في مختلف وحداتها تتمثل أهمها فيما يلي:

- استقبال المرضى وتوجيههم للوحدات المختصة حسب حالة التي هم عليها؛

- تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية المختلفة؛

- علاج ومتابعة حالات العناية المركزة حسب الاختصاص؛

- تبادل الاستشارات بين مختلف الوحدات؛

- تحويل المرضى إلى مستشفيات أخرى إذا تطلب الأمر ذلك بعدم توفر نوعية العلاج المتخصص.

وتشمل المصحة على الوحدات التالية:

- وحدة الجراحة؛

- وحدة الطب الداخلي؛

- وحدة أمراض النساء والتوليد؛

- وحدة خدمات العناية المركزة؛

- وحدة الاستعجال.

1. قسم الخدمات الطبية المساعدة

تتمثل هذه الخدمات أساساً في :

- خدمات الأشعة التشخيصية؛

- خدمات صيدلانية؛

- خدمات التحاليل الطبية.

رابعاً: المديرية الفرعية للموارد البشرية والمالية

تقوم هذه المديرية الفرعية بمهام عامة تتمثل في متابعة وتوفير الاحتياجات المادية والبشرية التي يحتاجها العمل، والسعي لمواكبة التطورات وتحسين الأداء، والاشتراك في أعمال اللجان المختلفة ذات العلاقة بالمؤسسة، ومناقشة الحالات مع الأطباء، وإعداد تقارير دورية عن أعمال المديرية، وكذلك التوصيات الرامية إلى تطوير العمل بالمديرية، حيث تضم مكاتبين:

1. مكتب الموارد البشرية: يقوم هذا القسم بجميع الأعمال المتعلقة بعمال المصحة من الناحية الوظيفية كالتعيين في مختلف الوظائف واحتساب الترقية في السلم والدرجات ومنح الإجازات والانتدابات وغيرها، كما يقوم بتحديد احتياجات المصحة لمختلف القوى العاملة.

2. مكتب المحاسبة: حيث تتمثل مهامه في القيام بجميع الأعمال المحاسبية للمصحة كإعداد الميزانية والقيام بالمراجعة المالية الدورية وتأمين المشتريات، ومختلف إجراءات التحصيل والصرف تسديد الرواتب والعلوات، إعداد التقارير المالية.

خامساً: المديرية الفرعية للصيانة والوسائل العامة

- تضم قسمين هما قسم صيانة التجهيزات والمخزن، وقسم الوسائل العامة وتعمل هذه المديرية الفرعية على:
- تامين وتلبية الطلبات واحتياجات مختلف المصالح، بالأجهزة الطبية الضرورية؛
- توفير مختلف الأدوية الأساسية المطلوبة بالكميات والجودة المناسبة؛
- تخزين التجهيزات والمستلزمات الطبية والغير طبية ومراقبتها؛
- تعقيم الأدوات الجراحية وكذلك مكافحة العدوى.

المطلب الثالث: الخدمات الصحية المقدمة بمصحة الشفاء بالطاهير

تتمثل أهم الخدمات الصحية التي تقدمها مصحة الشفاء في:

أولاً: خدمات الطب الباطني

تهدف إلى تقديم خدمات طبية وتشخيصية وعلاجية وإسعافية في مجال الطب الباطني، مثل أمراض القلب والأمراض الصدرية، الأورام والغدد الصماء... الخ.

ثانياً: خدمات الجراحة

تتمثل في إجراء العمليات الجراحية العلاجية والاستكشافية ومتابعة المرضى بعد إجراء العمليات الجراحية وتشمل ما يلي:

- جراحة عامة وتشمل جميع العمليات الجراحية والجراحة بالمنظار؛
- جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية؛
- جراحة العيون؛
- جراحة الأنف والحنجرة؛
- جراحة العظام؛

- جراحة الصدر؛

- جراحة القلب.

ثالثا: خدمات أمراض النساء والتوليد

تقوم المؤسسة بتوفير الخدمات العلاج والرعاية الطبية والإسعاف للنساء عموما، كما تهتم بالأمراض النسائية والأمهات أثناء الحمل وبعد الولادة، وكذلك تشخيص وعلاج الأمراض النسائية وإجراء العمليات الجراحية اللازمة.

رابعا: خدمات الأشعة

تتمثل في الأشعة والتصوير بأحدث الأجهزة مثل السكاير والراديو

خامسا: الخدمات المخبرية

تتمثل في خدمات فحص الدم والهرمونات

سادسا: خدمات العناية الطبية المركزة

هي خدمات طبية مركزة للحالات المرضية الحادة، وهذه الخدمات تختلف عن بقية الخدمات الطبية الأخرى في نوعية الخدمة المقدمة للمريض، ودقة المتابعة له بالإضافة إلى الخدمات السابقة الذكر، تقدم المصحة مجموعة أخرى من الخدمات كخدمات الإطعام وخدمات التوجيه والاستقبال والنظافة.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

سنتعرض في هذا المبحث إلى الإجراءات المنهجية في هذه الدراسة.

المطلب الأول: تحديد مجتمع وعينة الدراسة

سنحاول من خلال هذا المطلب تقديم مجتمع الدراسة بالإضافة إلى العينة المختارة.

أولا: مجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الزبائن الحاليين لمصحة الشفاء بالطاهير، وهو المجتمع الكلي الذي اعتمدنا عليه خلال فترة إنجاز الدراسة موزعين عبر المصالح والأقسام الطبية للمصحة.

ثانيا: عينة الدراسة

العينة عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة مناسبة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي، وبما أن موضوعنا يركز بالأساس على دراسة دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة، فقد عملنا على أخذ عينة عشوائية تقدر بـ 100 زبون من مجموع المجتمع الأصلي، حيث قمنا بتوزيع 100 استمارة وتم استعادة 93 استمارة صالحة للدراسة.

• اختيار حجم العينة:

تم اختيار حجم عينة الدراسة بطريقة الباحثة (Sekaran)، حيث أنه في حالة تحليل الأثر باستخدام الانحدار المتعدد يفضل أن يكون حجم العينة 10 أضعاف متغيرات الدراسة على الأقل، وبما أن الدراسة شملت أربعة متغيرات مستقلة ومتغير تابع، فحجم العينة يكون يساوي 50 مفردة أو أكثر.

المطلب الثاني: تصميم الاستبيان

هو الأداة والوسيلة الرئيسية لجمع البيانات والمعلومات وقد كان الهدف منه هو معرفة رأي أفراد عينة البحث حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير، وقد تم تصميم هذا الاستبيان من أجل جمع البيانات الخاصة بمتغيرات الدراسة، وذلك في ضوء تساؤلات وفرضيات وأهداف الدراسة، حيث اشتمل الاستبيان على قسمين:

• القسم الأول يضم البيانات الشخصية للزبائن والتي تمثلت في الجنس، العمر، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، الدخل الشهري.

- القسم الثاني: يندرج ضمن هذا القسم محورين حول متغيرات الدراسة، يضم المحور الأول (16) عبارة تتعلق بدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية، حيث ينقسم بدوره إلى أربعة أبعاد.

- البعد الأول: دور الأسرة في اختيار الخدمة الصحية، ويشمل على خمس عبارات من (01) إلى (05).

- البعد الثاني: دور الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية، ويشمل خمس عبارات من (06) إلى (10).

- البعد الثالث: دور الأطباء في اختيار الخدمة الصحية، يشمل ثلاث عبارات من (11) إلى (13).

- البعد الرابع: دور الصيدلة في اختيار الخدمة الصحية، يشمل ثلاث عبارات من (14) إلى (16).

أما المحور الثاني فيضم (10) عبارات من (17) إلى (26) ويتعلق بقياس قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، وقد تم تحديد أوزان فقرات الاستبيان طبقا لمقياس ليكرت الخماسي وهي: غير موافق تماما، غير موافق، موافق إلى حد ما، موافق، موافق تماما، وهذه الاختبارات تقابلها الأوزان التالية: 1، 2، 3، 4، 5 على التوالي، وبغية تحديد مجال الفئة الذي يعبر عن درجة الموافقة، حيث تم تحديد المدى (R) وطول الفئة (L) ما يلي:

- حساب المدى: $R = \text{maximum} - \text{minimum} = 5 - 1 = 4$

- حساب طول الفئة: $L = R/C = 4/5 = 0,8$

حيث (C) Classes تمثل عدد الفئات، فيصبح الحد الأدنى للفئة الأولى هو أقل قيمة في المقياس وهي (1)، وبإضافة طول الفئة نحصل على الحد الأعلى للفئة وهو (5)، وبالتالي يكون مجال كل فئة كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-1): تحديد مجال الفئة الذي يعبر عن درجة الموافقة

الاستجابة	غير موافق تماما	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق تماما
الدرجة	1	2	3	4	5
المجال	[1,80-1]	[2,60-1,80]	[3,40-2,60]	[4,20-3,40]	[5-4,20]

المصدر: من إعداد الطالبين

أولاً: صدق وثبات أداة الدراسة

سنقوم بالتأكد من صدق الاستبيان عن طريق الصدق الظاهري والاتساق الداخلي للأداة، وكذا قياس ثبات الاستبيان باستخدام معامل الثبات (ألفا كرومباخ).

أ. الصدق الظاهري للأداة: تم التحقق من صدق الأداة عن طريق عرضها على الأستاذ المشرف، ثم على مجموعة من الأساتذة المحكمين ذوي الاختصاص والخبرة في مجال التسويق بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة جيجل، انظر الملحق رقم (02) حيث طلب منهم تقييم وإبداء الرأي حول محاور وعبارات الاستبيان، وذلك بالحذف والتعديل، واقتراح عبارات جديدة ومناسبة تخدم موضوع الدراسة.

ب. صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان: تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان على عينة الدراسة البالغ حجمها (93) مفردة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمحور التابعة له كما يلي:

• الصدق الداخلي لعبارات المحور الأول: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية

- الصدق الداخلي لعبارات البعد الأول من المحور الأول

الجدول رقم (3-2): الصدق الداخلي لعبارات البعد الأول من المحور الأول

رقم العبارة	عنوان العبارة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
01	أعتبر بأن لأسرتي الدور الأكبر في اختيار الخدمة الصحية	0.601**	0.000
02	أشعر بالارتياح عند استشارة أفراد الأسرة في اختيار الخدمة الصحية	0.655**	0.000
03	يمثل الدعم المادي المقدم من طرف أفراد الأسرة السبب الرئيسي في اختيار الخدمة الصحية	0.781**	0.000
04	يتقبل أفراد أسرتي قرار اختياري للخدمة الصحية دون استشارتهم	0.150	0.150
05	أقدم رأي والديين على رأيي الخاص عند اختيار الخدمة الصحية	0.657**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يتضح من خلال الجدول رقم (3-2) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الأول موجبة وتتراوح بين (0.150 و 0.781) وأن معظم مستويات الدلالة أقل من (0,05)، مما يبين دقة الاتساق الداخلي لهذه العبارات.

- الصدق الداخلي لعبارات البعد الثاني من المحور الأول

الجدول رقم (3-3): الصدق الداخلي لعبارات البعد الثاني من المحور الأول

رقم العبارة	عنوان العبارة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
06	أستأور مع أصدقائي قبل اختيار الخدمة الصحية	0.597**	0.000
07	أستعين بخبرة الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية	0.872**	0.000
08	أشعر بالارتياح عند إتباع نصيحة الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية	0.733**	0.000
09	يعتبر الدعم المادي للأصدقاء المحفز الأول في اختيار الخدمة الصحية	0.680**	0.000
10	أخذ برأي صديقي المقرب عند اختيار الخدمة الصحية مهما كانت آراء باقي الأصدقاء	0.420**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يتضح من خلال الجدول رقم (3-3) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الثاني موجبة وتتراوح بين (0.420 و 0.872) وأن مستويات الدلالة أقل من (0.05)، مما يبين دقة الاتساق الداخلي لهذه العبارات.

- الصدق الداخلي لعبارات البعد الثالث من المحور الأول

الجدول رقم (3-4): الصدق الداخلي لعبارات البعد الثالث من المحور الأول

رقم العبارة	عنوان العبارة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
11	أتقيد بالمعلومات الدقيقة الصادرة عن الأطباء الذين سبق التعامل معهم	0.850**	0.000
12	أستعين بإرشادات ونصائح الأطباء المشهورين أكثر من إرشادات غيرهم في اختيار الخدمة الصحية	0.892**	0.000
13	أثق بشكل كبير في توجيهات طبيب العائلة عند اختيار الخدمة الصحية	0.726**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يتضح من خلال الجدول رقم (3-4) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الثالث موجبة وتتراوح بين (0.726 و 0.892) وأن مستويات الدلالة أقل من (0.05)، مما يبين دقة الاتساق الداخلي لهذه العبارات.

- الصدق الداخلي لعبارات البعد الرابع من المحور الأول

الجدول رقم (3-5): الصدق الداخلي لعبارات البعد الرابع من المحور الأول

رقم العبارة	عنوان العبارة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
14	أعتمد على المعلومات التي يقدمها الصيدلي عند اختيار الخدمة الصحية	0.900**	0.000
15	أطلب نصيحة الصيادلة قبل اختيار الخدمة الصحية	0.978**	0.000
16	أثق في إرشادات الصيادلة في اختيار الخدمة الصحية	0.889**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يتضح من خلال الجدول رقم (3-5) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الرابع موجبة وتتراوح بين (0.889 و 0.900) وأن مستويات الدلالة أقل من (0.05)، مما يبين دقة الاتساق الداخلي لهذه العبارات.

- الصدق الداخلي لعبارات المحور الثاني

الجدول رقم (3-6): الصدق الداخلي لعبارات المحور الثاني

رقم العبارة	عنوان العبارة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
17	تقدم مؤسسة الشفاء خدمة صحية ذات جودة عالية	0.911**	0.000
18	أفضل دائما التعامل مع مصلحة الشفاء في الحصول على الخدمة الصحية	0.872**	0.000
19	أشعر بالرضا بعد حصولي على الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء	0.853**	0.000
20	تمتاز الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بسمعة جيدة	0.861**	0.000
21	تتوفر مؤسسة الشفاء على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية	0.844**	0.000
22	يعتبر سعر الخدمة الصحية المقدمة من طرف مؤسسة الشفاء معقول	-0.064	0.540
23	تلتزم مؤسسة الشفاء بمواعيد تقديم الخدمة الصحية	0.746**	0.000
24	تضع مؤسسة الشفاء لوحات إعلانية تسهل الوصول إليها	0.123	0.241
25	تحتوي مؤسسة الشفاء على غرف نظيفة ومريحة	0.850**	0.000
26	يتميز العاملون والأطباء في مؤسسة الشفاء بالاستعداد الدائم لمساعدة المرضى	0.678**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يتضح من خلال الجدول رقم (3-6) أن معظم قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الثاني موجبة وأن معظم مستويات الدلالة أقل من (0.05)، مما يبين دقة الاتساق الداخلي لهذه العبارات.

- صدق الاتساق البنائي لأبعاد المحور الأول

الجدول رقم(3-7): صدق الاتساق البنائي لأبعاد المحور الأول

رقم البعد	عنوان البعد	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
01	الأسرة	0.647**	0.000
02	الأصدقاء	0.587**	0.000
03	الأطباء	0.572**	0.000
04	الصيدلة	0.784**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول رقم (7-3) يتضح أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمحور الأول دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث أن القيمة الاحتمالية لكل بعد أقل من (0.05).

- صدق الاتساق البنائي لمحاور الدراسة

الجدول رقم(3-8): صدق الاتساق البنائي لمحاور الدراسة

رقم المحور	عنوان المحور	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
01	دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية	0.853**	0.000
02	قرار اختيار الخدمة الصحية	0.823**	0.000

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول رقم (8-3) يتضح أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس (الاستبيان)، يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، حيث أن القيمة الاحتمالية لكل محور أقل من (0.05)

2. ثبات عبارات الاستبيان

ثبات أداة الدراسة يعني التأكد من أن الإجابة ستكون واحدة تقريبا لو تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم في أوقات مختلفة، حيث استخدمنا معامل "ألفا كرومباخ" من أجل قياس ثبات الاستبيان.

الجدول رقم(3-9): معامل الثبات (ألفا كرومباخ) لقياس ثبات الاستبيان

معامل ألفا كرومباخ	عنوان الدراسة
0.737	دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية
0.843	قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير
0.834	دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير

المصدر: من إعداد الطالبين الاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول (3-9) أن معاملات الثبات مقبولة مما يمكننا من استخدام الاستبيان.

المطلب الثالث: الأدوات الإحصائية المستخدمة

لدراسة دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير، تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (statistical package for social science) والذي يرمز له بالرمز spss، وهو برنامج يحتوي على كميات كبيرة من الاختبارات الإحصائية التي تندرج ضمن الإحصاء الوصفي، بالإضافة إلى ذلك فقد تمت عملية جمع البيانات وفرزها باستخدام الأساليب التي جاءت كالآتي:

- النسب المئوية والتكرارات: التي تفيد في وصف وتبيان خصائص عينة الدراسة.
- المتوسط الحسابي: لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية، كما يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي.
- الانحراف المعياري: يعتبر من أكثر مقاييس التشتت أهمية ومن أقواها حساسية وأكثرها شيوعاً؛ وهو عبارة عن مفهوم جبري محدد بدقة؛ والفكرة الأساسية له هي أنه بدلاً من إهمال الإشارات الجبرية وعند حساب انحراف متوسط نحاول التخلص من تلك الإشارات بطريقة أكثر صلاحية؛ وذلك بتربيع الانحرافات؛ كما يفيدنا في التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد العينة من عبارات متغيرات الدراسة
- معامل الارتباط بيرسون (R coefficient Pearson correlation): لقياس درجة الارتباط يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين المتغيرين وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للاستبيان.
- اختبار التوزيع الطبيعي: يستخدم اختبار التوزيع الطبيعي (اختبار كولموجوروف-سمرنوف 1-Sample K-S) لمعرفة نوع البيانات هل هي تتبع التوزيع الطبيعي أم لا.
- ألفا كرومباخ (Crambach's Alpha): تم استخدامه للتأكد من ثبات أداة الدراسة (الإستبيان)، حيث أنه من الناحية التطبيقية يعتبر ثبات أداة الدراسة جيداً في البحوث الاجتماعية إذا كانت ألفا كرونباخ أكبر من (60%).
- الاختبار (One Sample T-test): يعتمد هذا الاختبار على توزيع T حيث يستخدم لفحص ما إذا كان متوسط متغير ما لعينة أصغر أو يساوي أو أكبر من قيمة ثابتة، وهذه القيمة بالنسبة لمقياس ليكرت (Likert) في هذه الدراسة تساوي (03) لأنها تتوسط درجات الإجابة.
- الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Regression Linear Simple and Miltuple): إن الغرض من استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط هو دراسة وتحليل أثر متغير كمي على متغير كمي آخر، كما أنه يهتم بالبحث في العلاقة بين متغيرين فقط هما المتغير التابع y والمتغير المستقل x، وقد استخدم لاختبار الفرضيات الفرعية للدراسة. أما الانحدار الخطي المتعدد فقد استخدم لاختبار الفرضية الرئيسية.
- توزيع F: من التوزيعات المهمة التي تستخدم في اختبارات الفروض.

- اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA): تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار تأثير المتغيرات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة على المتغير التابع.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

في هذا المبحث سيتم تحليل البيانات المتعلقة بخصائص عينة الدراسة، ثم تحليل إجابات أفراد العينة نحو محاور الدراسة، وفي الأخير سنقوم باختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: تحليل البيانات المتعلقة بخصائص عينة الدراسة

نقوم في هذا المطلب بتحليل القسم الأول من الاستبيان والذي يسمح لنا بالتعرف على بعض الخصائص المميزة لعينة الدراسة والمتمثلة في الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، الحالة العائلية.

أولاً: خصائص عينة الدراسة

1. الجنس: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب طبيعة جنسهم كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-10): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار المطلق	التكرار النسبي
ذكر	40	43%
أنثى	53	57%
المجموع	93	100%

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات (spss)

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (3-10) أن عدد أفراد العينة من الإناث، بلغ 53 فرد أي

بنسبة 57%، وهو يفوق عدد الذكور الذين بلغ عددهم 40 فرد أي بنسبة 43%.

2. العمر: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب عمرهم كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-11): توزيع أفراد العينة حسب السن

العمر	التكرار المطلق	التكرار النسبي
أقل من 30 سنة	22	24
من 30 إلى 40 سنة	34	36
من 40 إلى 50 سنة	24	26
50 سنة فأكثر	13	14
المجموع	93	100%

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات (spss)

تبين معطيات الجدول رقم(3-11) أن أكبر فئة من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى أقل من 40 سنة، حيث بلغ عددهم 34 فرد أي بنسبة 36%، ثم تليها فئة الأفراد الذين تراوح أعمارهم من 40 إلى أقل من 50 سنة، حيث بلغ عددهم 24 فرد أي بنسبة 26%، ثم تليها فئة الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 30 سنة حيث بلغ عددهم 22 فرد أي بنسبة 24%، وفي الأخير فئة الأفراد الذين يفوق سنهم 50 سنة حيث بلغ عددهم 13 فرد أي بنسبة 14%.

3. المستوى التعليمي: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب مستواهم التعليمي كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(3-12): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار المطلق	التكرار النسبي
ابتدائي	8	9
متوسط	16	17
ثانوي	25	27
جامعي	44	47
المجموع	93	100%

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات (spss)

تبين معطيات الجدول رقم(3-12) أن أكبر فئة من أفراد العينة مستواهم التعليمي جامعي، حيث بلغ عددهم 44 فرد أي بنسبة 47%، ثم تليها فئة الأفراد الذين يحوزون على المستوى الثانوي، حيث بلغ عددهم 25 فرد أي بنسبة 27%، ثم تليها فئة الأفراد الذين يحوزون على المستوى المتوسط، حيث بلغ عددهم 16 فرد أي بنسبة 17%، وفي الأخير فئة الأفراد الذين يحوزون على المستوى الابتدائي، حيث بلغ عددهم 8 فرد أي بنسبة 9%.

4. مستوى الدخل: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى دخلهم كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(3-13): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل

مستوى الدخل	التكرار المطلق	التكرار النسبي
أقل من 20000	22	24
من 20000 إلى أقل من 40000	51	55
من 40000 إلى أقل من 60000	17	18
60000 فأكثر	3	3
المجموع	93	100%

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات (spss)

نلاحظ من الجدول رقم(3-13) أن أغلبية أفراد العينة من ذوي الدخل المتراوح من 20000 دج إلى أقل من 40000 دج حيث بلغ عددهم 51 فرد أي بنسبة 55%، ثم يليها الأفراد ذوي الدخل الأقل من 20000 دج حيث بلغ عددهم 22 فرد بنسبة 24%، ثم يليها الأفراد الذين يراوح دخلهم بين 40000 دج وأقل من 60000 دج حيث بلغ عددهم 17 فرد أي بنسبة 18%، وأخيرا الأفراد الذين دخلهم 60000 دج فما فوق.

5. الحالة العائلية: يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة العائلية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم: (3-14) توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

المستوى التعليمي	التكرار المطلق	التكرار النسبي
أعزب	24	26
متزوج	66	71
أرمل	3	3
المجموع	93	100%

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على إجابات أفراد العينة ومخرجات (spss)

نلاحظ من الجدول رقم(3-14) أن أغلبية أفراد العينة من فئة المتزوجين حيث بلغ عددهم 66 فرد أي بنسبة 71%، ثم تليها فئة العزاب الذين بلغ عددهم 24 فرد أي بنسبة 26%، ثم تليها فئة الأرمال الذين بلغ عددهم 03 أفراد أي بنسبة 3%.

ثانيا: اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات

استخدمنا اختبار كولموغوروف سميرنوف (Smirnov Kolmogorov) لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، وهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات لأن معظم الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعيا.

الجدول رقم (3-15): اختبار التوزيع الطبيعي

القيمة الاحتمالية	قيمة Z	عنوان الدراسة
0.182	1.095	دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يوضح الجدول رقم(3-15) نتائج الاختبار حيث أن القيمة الاحتمالية للدراسة أكبر من (0.05)، وهذا ما يدل على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

المطلب الثاني: تحليل إجابات أفراد العينة نحو المتغيرات المتعلقة بمحاور الدراسة

سيتم في هذا المطلب تحليل القسم الثاني من الاستبيان، والمتعلق بإجابات أفراد العينة نحو العبارات المتعلقة بمحور دور الجماعات المرجعية في اختيار الجماعات المرجعية، وكذلك العبارات الخاصة بمحور قياس

قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث سيتم استخدام كل من القيمة الاحتمالية، وكذلك قيم المتوسط الحسابي وقيم الانحراف المعياري للعبارات المحسوبة عن طريق البرنامج الإحصائي (spss)، وفيما يلي نتائج التحليل التي تم التوصل إليها حسب كل محور؛

أولاً: تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات المحور الأول المتمثل في دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية

1. تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات البعد الأول المتمثل في الأسرة

تضمن هذا البعد (05) عبارات، والجدول التالي يوضح إجابات أفراد العينة حول عبارات هذا البعد؛

الجدول رقم: (3-16) تحليل العبارات الخاصة بالأسرة

رقم العبارة	عنوان العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
1	أعتبر بأن لأسرتي الدور الأكبر في اختيار الخدمة الصحية	4.34	0.699	18.536	0.000	مرتفع جدا
2	أشعر بالارتياح عند استشارة أفراد الأسرة في اختيار الخدمة الصحية	4.22	0.640	18.305	0.000	مرتفع جدا
3	يمثل الدعم المادي المقدم من طرف أفراد الأسرة السبب الرئيسي في اختيار الخدمة الصحية	4.25	0.855	14.063	0.000	مرتفع جدا
4	يتقبل أفراد أسرتي قرار اختياري للخدمة الصحية دون استشارتهم	2.78	1.051	-1.973	0.052	متوسط
5	أقدم رأي الوالدين على رأيي الخاص عند اختيار الخدمة الصحية	4.06	0.930	11.036	0.000	مرتفع
	البعد الأول: الأسرة	3.931	0.455	19.719	0.000	مرتفع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- العبارة (01) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي (4.34) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا على أن الأسرة الدور الأكبر في اختيار الخدمة الصحية.
- العبارة (02) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.22) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا على الارتياح النفسي عند استشارة أفراد الأسرة في اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (03) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.25) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا على أن الدعم المادي المقدم من طرف أفراد الأسرة هو السبب الرئيسي في اختيار الخدمة الصحية.
- العبارة (04) بلغ المتوسط الحسابي لها (2.78) أي أن درجة الموافقة متوسطة وهو أقل من القيمة الافتراضية (3)، وبلغ الانحراف المعياري (1.051) وهو أكبر من (1) وهو ما يعني على وجود درجة مرتفعة من التشتت في إجابات المبحوثين، وبلغت القيمة الاحتمالية (0.052) وهي أكبر من (0.05)، أي أن العبارة مرفوضة وهو ما يدل على عدم تقبل أفراد الأسرة لقرار اختيار الخدمة الصحية دون استشارتهم.
- العبارة (05) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي (4.06) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على تقديم رأي الوالدين على الرأي الخاص عند اختيار الخدمة الصحية.

2. تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات البعد الثاني المتمثل في الأصدقاء

الجدول رقم: (3-17) تحليل العبارات الخاصة بالأصدقاء

رقم العبارة	عنوان العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
6	أتشاور مع أصدقائي قبل اختيار الخدمة الصحية	3.35	0.829	4.126	0.000	مرتفع
7	أستعين بخبرة الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية	3.97	0.786	11.867	0.000	مرتفع
8	أشعر بالارتياح عند إتباع نصيحة الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية	3.59	0.612	9.317	0.000	مرتفع
9	يعتبر الدعم المادي للأصدقاء المحفز الأول في اختيار الخدمة الصحية	3.44	0.914	4.649	0.000	مرتفع
10	أخذ برأي صديقي المقرب عند اختيار الخدمة الصحية مهما كانت آراء باقي الأصدقاء	2.98	1.021	0.203-	0.840	متوسط
	البعد الثاني: الأصدقاء	3.466	0.535	8.397	0.000	مرتفع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول نلاحظ أن:

- العبارة (06) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي (3.35) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على التشاور مع أصدقاء قبل اختيار الخدمة الصحية.
- العبارة (07) بلغت القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.97) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على الاستعانة بخبرة الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (08) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.59) مما يدل على درجة موافقة عالية على الشعور بالارتياح عند إتباع نصيحة الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (09) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.44) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على اعتبار الدعم المادي للأصدقاء هو المحفز الأول في اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (10) بلغ المتوسط الحسابي لها (2.98) أي أن درجة الموافقة متوسطة وهو أقل من القيمة الافتراضية (3)، وبلغ الانحراف المعياري (1,021) وهو أكبر من (1) وهو ما يعني وجود درجة مرتفعة من التشتت في إجابات المبحوثين، وبلغت القيمة الاحتمالية (0.840) وهي أكبر من (0.05)، أي أن العبارة مرفوضة وهو ما يدل على الأخذ بآراء الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية مهما كان رأي الصديق المقرب.

3. تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات البعد الثالث المتمثل في الأطباء

الجدول رقم (3-18) تحليل العبارات الخاصة بالأطباء

رقم العبارة	عنوان العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
11	أتقيد بالمعلومات الدقيقة الصادرة عن الأطباء الذين سبق التعامل معهم	4.29	0.582	21.381	0.000	مرتفع جدا
12	أستعين بإرشادات ونصائح الأطباء المشهورين أكثر من إرشادات غيرهم في اختيار الخدمة الصحية	4.18	0.966	11.805	0.000	مرتفع
13	أثق بشكل كبير في توجيهات طبيب العائلة عند اختيار الخدمة الصحية	4.29	0.563	22.102	0.000	مرتفع جدا
	البعد الثالث: الأطباء	4.254	0.588	20.556	0.000	مرتفع جدا

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن:

- العبارة (11) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي (4.29) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا على التقيد بالمعلومات الدقيقة الصادرة عن الأطباء الذين سبق التعامل معهم.

- العبارة (12) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.18) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على الاستعانة بإرشادات ونصائح الأطباء المشهورين أكثر من إرشادات غيرهم في اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (13) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4,29) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا على الثقة بشكل كبير في توجيهات طبيب العائلة عند اختيار الخدمة الصحية.

4. تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات البعد الرابع المتمثل في الصيادلة

الجدول رقم(3-19): تحليل العبارات الخاصة بالصيادلة

رقم العبارة	عنوان العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
14	أعتمد على المعلومات التي يقدمها الصيدلي عند اختيار الخدمة الصحية	3.57	0.865	6.355	0.000	مرتفع
15	أطلب نصيحة الصيادلة قبل اختيار الخدمة الصحية	3.74	0.920	7.780	0.000	مرتفع
16	أثق في إرشادات الصيادلة في اختيار الخدمة الصحية	3.82	0.943	8.353	0.000	مرتفع
	البعد الرابع: الصيادلة	3.709	0.838	8.160	0.000	مرتفع

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن:

- العبارة (14) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي (3.57) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على الاعتماد على المعلومات التي يقدمها الصيدلي عند اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (15) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.74) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على طلب نصيحة الصيادلة قبل اختيار الخدمة الصحية.

- العبارة (16) بلغت القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.82) مما يدل على درجة موافقة مرتفعة على الثقة في إرشادات الصيادلة في اختيار الخدمة الصحية.

5. عرض وتحليل البيانات المتعلقة بمحور الجماعات المرجعية ككل

لمعرفة دور الجماعات المرجعية لدى أفراد عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذا ترتيب الأبعاد حسب درجة الموافقة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم: (3-20) دور الجماعات المرجعية ككل

رقم العبارة	عنوان البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
1	الأطباء	4.25	0.588	20.556	0.000	مرتفع جدا
2	الأسرة	3.93	0.455	19.7.19	0.000	مرتفع

مرتفع	0.000	8.160	0.838	3.70	الصيدلة	3
مرتفع	0.000	8.397	0.535	3.46	الأصدقاء	4
مرتفع	0.000	20.606	0.376	3.805	المحور الأول: دور الجماعات المرجعية	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يشير الجدول رقم (3-20) إلى إجابات أفراد عينة الدراسة عن الأبعاد المتعلقة بمتغير دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (3.46 و 4.25)، فقد جاء في المرتبة الأولى بعد "الأطباء" بمتوسط حسابي (4.25)، وانحراف معياري (0.588)، يليه بعد "الأسرة" بمتوسط حسابي (3.93)، وانحراف معياري (0.455)، وهما أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (3.80)، بانحراف معياري قدره (0.535)، أما بعد "الصيدلة" فحل في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (3.70) وانحراف معياري (0.838) وأخيرا في المرتبة الرابعة بعد "الأصدقاء" بمتوسط حسابي بلغ (3.46) وانحراف معياري (0.535) وهما أدنى من المتوسط الحسابي الكلي البالغ (3.80)، وبشكل عام يتبين أن مستوى أهمية متغير دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة كان عاليا، كما يتضح من نتائج الجدول أن هناك اتساق عام في رؤية أفراد العينة لهذا المتغير حيث بلغ الانحراف الكلي (0.376) وهو انحراف أقل من (1).

ثانيا: تحليل إجابات أفراد العينة حول عبارات المحور الثاني

الجدول رقم: (3-21) تحليل العبارات الخاصة بالمحور الثاني

رقم العبارة	عنوان العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار T	القيمة الاحتمالية	درجة الموافقة
17	تقدم مؤسسة الشفاء خدمة صحية ذات جودة عالية	3.85	0.846	9.680	0.000	مرتفع
18	أفضل دائما التعامل مع مصلحة الشفاء في الحصول على الخدمة الصحية	3.28	1.280	2.106	0.038	مرتفع
19	أشعر بالرضا بعد حصولي على الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء	3.94	0.805	11.207	0.000	مرتفع
20	تمتاز الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بسمعة جيدة	4.01	0.759	12.844	0.000	مرتفع
21	تتوفر مؤسسة الشفاء على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية	4.05	0.757	13.423	0.000	مرتفع
22	يعتبر سعر الخدمة الصحية المقدمة من طرف مؤسسة الشفاء معقول	1.72	0.937	-13.173	0.000	منخفض جدا
23	تلتزم مؤسسة الشفاء بمواعيد تقديم الخدمة	3.85	0.736	11.124	0.000	مرتفع

					الصحية	
منخفض	0.000	-8.752-	0.924	2.16	تضع مؤسسة الشفاء لوحات إعلانية تسهل الوصول إليها	24
مرتفع	0.000	14.977	0.720	4.12	تحتوي مؤسسة الشفاء على غرف نظيفة ومريحة	25
مرتفع جدا	0.000	18.666	0.672	4.30	يتميز العاملون والأطباء في مؤسسة الشفاء بالاستعداد الدائم لمساعدة المرضى	26
مرتفع	0.000	9.195	0.553	3.528	المحور الثاني: قرار اختيار الخدمة الصحية	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

من خلال الجدول رقم (3-21) نلاحظ أنه:

- العبارة (17) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05) وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.85)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية على أن مؤسسة الشفاء تقدم خدمة صحية ذات جودة عالية تلبي رغباتهم.
- العبارة (18) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05) وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.28)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية في تفضيلهم التعامل مع مصلحة الشفاء في الحصول على الخدمة الصحية.
- العبارة (19) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05) وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.94)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية وشعورهم بالرضا عن الخدمة الصحية المقدمة من مصلحة الشفاء.
- العبارة (20) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05) وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.01)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية على أن الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء تمتاز بسمعة جيدة.
- العبارة (21) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.05)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية عن توفر مؤسسة الشفاء على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية تلبي احتياجاتهم.
- بالنسبة للعبارة (22) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، كما بلغ المتوسط الحسابي (1.72) الذي يعبر على درجة موافقة منخفضة جدا، مما يدل على عدم موافقة أفراد الجماعات المرجعية على سعر الخدمة الصحية بمصلحة الشفاء.

- العبارة (23) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (3.85)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية على التزام مؤسسة الشفاء بمواعيد تقديم الخدمة الصحية.
- بالنسبة للعبارة (24) بلغت القيمة الاحتمالية 0.000 وهي أصغر من (0.05)، كما بلغ المتوسط الحسابي 2.16 الذي يعبر على درجة موافقة منخفضة لدى أفراد الجماعات المرجعية، مما يدل على عدم اهتمام مصحة الشفاء بوضع اللوحات الإعلانية التي تسهل الوصول إليها.
- العبارة (25) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.12)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد الجماعات المرجعية على أن مصحة الشفاء تحتوي على غرف نظيفة ومريحة.
- العبارة (26) بلغت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من (0.05)، وبلغ المتوسط الحسابي لها (4.30)، مما يدل على درجة موافقة مرتفعة جدا لدى أفراد الجماعات المرجعية على تميز العاملين والأطباء في مصحة الشفاء بالاستعداد الدائم لمساعدة المرضى.

المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

بعد عرض وتحليل مختلف إجابات أفراد العينة حول المحاور التي تضمنها الاستبيان، يأتي هذا الجزء كمحاولة لمعرفة دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير، حيث سيتم اختبار الفرضيتين الرئيسيتين، وقبل الشروع في عملية الاختبار تجدر الإشارة إلى أنه تم اعتماد قاعدة القرار التالية :

- إذا كانت القيمة المطلقة لـ T أو قيمة F المحسوبة أكبر من قيمة T أو F الجدولية، أو إذا كانت القيمة الاحتمالية (**Sig**) الناتجة عن اختبار T أو F للعينة أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)، نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 .
- إذا كانت القيمة المطلقة لـ T أو قيمة F المحسوبة أصغر من قيمة T أو F الجدولية، أو إذا كانت القيمة الاحتمالية (**Sig**) الناتجة عن اختبار T أو F للعينة أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)، نقبل الفرضية الصفرية H_0 ونرفض الفرضية البديلة H_1 .

أولاً: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى

تنص هذه الفرضية على أنه: توجد مساهمة للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
نقوم بصياغة هذه الفرضية كالاتي:

H_0 : لا توجد مساهمة للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

H₁: توجد مساهمة للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد للتحقق من مساهمة الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، وأهم النتائج متضمنة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-22): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)

مستوى الدلالة	قيمة (T)	قيمة (Beta)	المتغير المستقل: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية
0.017	2.429	0.190	الأسرة
0.002	3.206-	0.274-	الأصدقاء
0.000	3.978	0.427	الأطباء
0.018	2.401	0.254	الصيدالة
	0.731		قيمة R
	0.535		قيمة R ²
	25.301		قيمة F
	0.000		مستوى الدلالة

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول رقم (3-22) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون R كانت (0,731)، مما يدل على وجود علاقة ارتباط طردية قوية، وهذا ما دعمته قيمة F المحسوبة البالغة (25.301) بمستوى الدلالة (Sig) البالغ (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، كما بلغ معامل التحديد R² القيمة (0.535) أي ما نسبته (53.5%) من التغيرات التي تطرأ على قرار اختيار الخدمة الصحية ناتجة عن التغير في دور الجماعات المرجعية بأبعادها وهي نسبة قوية، أما النسبة المتبقية أي (46.5%) تعود إلى متغيرات أخرى.

بالتالي نرفض الفرضية الصفرية H₀ ونقبل الفرضية البديلة H₁، أي توجد مساهمة للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

كما يبين الجدول رقم (23) وجود مساهمة كبيرة للأطباء بحجم أثر Beta يساوي (0.427)، ومستوى الدلالة (0.000) أي أقل من (0.05) في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء مقارنة بباقي الأبعاد، ثم تليها

مساهمة الصيادلة بحجم أثر Beta يساوي (0.254)، ومستوى الدلالة (0.018) أي أقل من (0.05) ثم تليها مساهمة الأسرة بحجم أثر Beta الذي بلغ (0.254)، ومستوى الدلالة (0.017) أي أقل من (0.05)، ثم تليها مساهمة الأصدقاء بشكل عكسي بحجم أثر سلبي Beta بلغ (-0.274)، ومستوى الدلالة (0.02) أي أقل من (0.05)، مما يدل على أن الأصدقاء ينصحون بعدم اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء.

ثانياً: اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى

لاختبار هذه الفرضيات الفرعية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط للتحقق من دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير.

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى للفرضية الرئيسية الأولى

التي تنص على:

H_0 : لا توجد مساهمة للأسرة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

H_1 : توجد مساهمة للأسرة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

الجدول الموالي يبين نتائج الانحدار البسيط :

الجدول رقم (3-23): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الأولى

المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)

نتيجة الفرضية الصفرية H_0	معامل التحديد R^2	معامل الارتباط R	القيمة المعنوية Sig	قيمة "T" الجدولية	قيمة "T" المحسوبة	قيم احصائية الفرضية الفرعية
رفض	0.069	0.262	0.011	1.984	2.590	H_1 الأولى

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول رقم (3-23) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون R كانت (0.262)، وهو ارتباط ضعيف ولكنه ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما دعمته قيمة T المحسوبة البالغة (2.590) وهي أكبر من قيمة T الجدولية البالغة (1.984) بمستوى دلالة (0.011) وهي أقل من (0.05) والتي تدل على معنوية النموذج ككل، كما نلاحظ من خلال معامل التحديد R^2 الذي بلغ (0.069)، بأن بعد الأسرة يفسر (6.9%) من التغيرات التي تطرأ على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء وهي نسبة ضعيفة، أما النسبة المتبقية أي (93.1%) تعود إلى متغيرات أخرى.

وتبعاً لقاعدة القرار فهذا يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: توجد مساهمة للأسرة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ويمكن تفسير ضعف العلاقة بين الأسرة وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء لكون المريض يهتم أكثر بأراء أفراد الجماعات المرجعية ذوي الاختصاص في قطاع الصحة (أطباء، صيادلة).

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية للفرضية الرئيسية الأولى

التي تنص على:

H_0 : لا توجد مساهمة للأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

H_1 : توجد مساهمة للأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

الجدول الموالي يبين نتائج الانحدار البسيط :

الجدول رقم (3-24): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثانية

المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)

نتيجة الفرضية الصفرية H_0	معامل التحديد R^2	معامل الارتباط R	القيمة المعنوية Sig	قيمة "T" الجدولية	قيمة "T" المحسوبة	قيم احصائية الفرضية الفرعية
رفض	0.057	-0.238	0.022	1.984	-2.336	الثانية H_1

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول رقم (3-24) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون R كانت (-0.238)، وهو ارتباط ضعيف جدا، وأما الإشارة السالبة (-) لمعامل الارتباط فتدل على وجود علاقة عكسية بين دور الأصدقاء وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، ولكنه ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما دعمته القيمة المطلقة T المحسوبة البالغة (-2.336) وهي أكبر من قيمة T الجدولية البالغة (1.984) بمستوى دلالة (0.022) وهي أقل من (0.05) والتي تدل على معنوية النموذج ككل، كما نلاحظ من خلال معامل التحديد R^2 الذي بلغ (0.057)، بأن بعد الأصدقاء يفسر (5.7%) من التغيرات التي تطرأ على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء وهي نسبة ضعيفة، أما النسبة المتبقية أي (94.3%) تعود إلى متغيرات أخرى.

تبعا لقاعدة القرار فهذا يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: توجد مساهمة للأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

يمكن تفسير العلاقة العكسية بين دور الأصدقاء وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بعدم ثقة الأصدقاء في الخدمة الصحية المقدمة من طرف مصلحة الشفاء.

3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة للفرضية الرئيسية الأولى

التي تنص على:

H_0 : لا توجد مساهمة للأطباء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

H_1 : توجد مساهمة للأطباء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

الجدول الموالي يبين نتائج الانحدار البسيط؛

الجدول رقم (3-25): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة

المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)

نتيجة الفرضية الصفرية H_0	معامل التحديد R^2	معامل الارتباط R	القيمة المعنوية Sig	قيمة "T" الجدولية	قيمة "T" المحسوبة	قيم احصائية الفرضية الفرعية
رفض	0.459	0.677	0.000	1.984	8.781	الثالثة H_1

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول رقم (3-25) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون R كانت (0.677)، وهو ارتباط متوسط ودال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما دعمته القيمة المطلقة T المحسوبة البالغة (8.781) وهي أكبر من قيمة T الجدولية البالغة (1.984) بمستوى دلالة (0.000) وهي أقل من (0.05) والتي تدل على معنوية النموذج ككل، كما نلاحظ من خلال معامل التحديد R^2 الذي بلغ (0.459)، بأن بعد الأطباء يفسر (45.9%) من التغيرات التي تطرأ على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء وهي نسبة متوسطة، أما النسبة المتبقية أي (54.1%) تعود إلى متغيرات أخرى.

وتبعاً لقاعدة القرار فهذا يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: توجد مساهمة للأطباء في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ويمكن تفسير قوة العلاقة بين دور الأطباء وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء لكون المريض يهتم أكثر بآراء الأطباء في مجال الصحة أكثر من الجماعات المرجعية الأخرى.

4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة للفرضية الرئيسية الأولى

التي تنص على:

H_0 : لا توجد مساهمة للصيادلة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية

($\alpha \leq 0.05$).

H_1 : توجد مساهمة للصيادلة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

الجدول الموالي يبين نتائج الانحدار البسيط؛

الجدول رقم (3-26): نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة

المتغير التابع (قرار اختيار الخدمة الصحية)

نتيجة الفرضية الصفرية H_0	معامل التحديد R^2	معامل الارتباط R	القيمة المعنوية Sig	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	قيم احصائية الفرضية الفرعية
رفض	0.264	0.514	0.000	1.984	5.714	الرابعة H_1

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يبين الجدول رقم (3-26) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون R كانت (0.514)، وهو ارتباط متوسط ودال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ما دعمته القيمة المطلقة T المحسوبة البالغة (5.714) وهي أكبر من قيمة T الجدولية البالغة (1.984) بمستوى دلالة (0.000) وهي أقل من (0.05) والتي تدل على معنوية النموذج ككل، كما نلاحظ من خلال معامل التحديد R^2 الذي بلغ (0.264)، بأن بعد الصيادلة يفسر (26.4%) من التغيرات التي تطرأ على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء وهي نسبة متوسطة، أما النسبة المتبقية أي (73.6%) تعود إلى متغيرات أخرى لم تدخل في النموذج قيد الدراسة.

تبعاً لقاعدة القرار فهذا يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: توجد مساهمة للصيادلة في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

يمكن تفسير الدرجة المتوسطة للعلاقة بين دور الصيادلة وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء لكون الصيادلة نقطة وصل بين الأطباء والمرضى.

ثالثاً: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

من أجل اختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T-test) للعينة العشوائية للجنس، أما باقي المتغيرات الشخصية والوظيفية فتم اختبارهم بتحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء أفراد عينة الدراسة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث تنص هذه الفرضية على ما يلي: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، ولاختبار هذه الفرضية لا بد من اختبار الفرضيات الفرعية التالية:

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى للفرضية الرئيسية الثانية

تنص هذه الفرضية على أنه: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار

الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$). حيث صيغت هذه الفرضية بالاعتماد على قاعدة القرار التالية:

H_0 - لا توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

H_1 - توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار **T** للفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين (Independent

Samples Test)، وقد تم اختبار الفروق بين آراء أفراد عينة الدراسة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصحة الشفاء تعزى لمتغير للجنس، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-27): نتائج اختبار **T** للفروق بالنسبة لمتغير الجنس.

المتغيرات	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
بعد الأسرة	ذكر	3.925	0.461	-0.113	91	0.910
	أنثى	3.935	0.455	-0.113	83.571	0.910
بعد الأصدقاء	ذكر	3.470	0.548	0.052	91	0.959
	أنثى	3.464	0.531	0.052	82.747	0.959
بعد الأطباء	ذكر	4.183	0.631	-1.013	91	0.314
	انثى	4.308	0.554	-0.995	77.807	0.323
بعد الصيادلة	ذكر	3.525	0.942	-1.870	91	0.065
	أنثى	3.849	0.729	-1.804	71.316	0.075
قرار اختيار الخدمة الصحية	ذكر	3.510	0.587	-0.270	91	0.788
	أنثى	3.541	0.532	-0.267	79.430	0.790

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يمكن أن نلاحظ من الجدول رقم(3-27) أن مستوى المعنوية في المحور الأول (المتغير المستقل بجميع أبعاده) والمحور الثاني أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في إجابات أفراد العينة حول أبعاد الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

2- اختبار الفرضية الفرعية الثانية للفرضية الرئيسية الثانية

تنص هذه الفرضية على أنه: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$). حيث تقوم بصياغة هذه الفرضية بالاعتماد على قاعدة القرار التالية:

- H_0 : لا توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

- H_1 : توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي للفروق (One Way ANOVA) بين آراء أفراد عينة الدراسة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير السن، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-28): تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير السن

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
0.032	3.069	0.596	3	1.788	بين المجموعات	بعد الأسرة
		0.194	89	17.291	داخل المجموعات	
			92	19.080	المجموع	
0.000	6.796	1.642	3	4.925	بين المجموعات	بعد الأصدقاء
		0.242	89	21.501	داخل المجموعات	
			92	26.427	المجموع	
0.005	4.656	1.441	3	4.323	بين المجموعات	بعد الأطباء
		.309	89	27.544	داخل المجموعات	
			92	31.866	المجموع	
0.562	0.688	0.489	3	1.466	بين المجموعات	بعد الصيادلة
		0.711	89	63.251	داخل المجموعات	
			92	64.717	المجموع	
0.103	2.120	0.627	3	1.881	بين المجموعات	قرار اختيار الخدمة الصحية
		0.296	89	26.326	داخل المجموعات	
			92	28.207	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يمكن أن نلاحظ من خلال الجدول رقم (3-28) أن مستوى الدلالة في البعد الخاص بالصيادلة من المحور الأول والمحور الثاني أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أما فيما

يخص الأبعاد الأخرى من المحور الأول المتمثلة في الأسرة، الأصدقاء، الأطباء فإن مستوى الدلالة اقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن، ومن أجل معرفة أي من الفئات العمرية تكمن فيها هذه الفروق، وللكشف عن مصدر الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية على قرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير السن تم إجراء مقارنات بعدية باستخدام اختبار توكي (tukey)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-29): نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير السن باستعمال اختبار توكي (tukey)

مستوى الدلالة Sig	الفرق بين (I-J)	السن		البعد
		المتوسط الأول (I)	المتوسط الثاني (J)	
0.630	0.1449-	من 30 إلى أقل من 40 سنة	أقل من 30 سنة	الأسرة
0.866	0.1006-	من 40 إلى أقل من 50 سنة		
0.286	0.2752	50 سنة فأكثر		
0.2640-	0.0433	من 40 إلى أقل من 50 سنة	من 30 إلى أقل من 40 سنة	
0.0436	0.4191*	50 سنة فأكثر		
0.070	0.3768	50 سنة فأكثر	من 40 إلى أقل من 50 سنة	
0.321	0.2310-	من 30 إلى أقل من 40 سنة	أقل من 30 سنة	الأصدقاء
0.999	0.0212-	من 40 إلى أقل من 50 سنة		
0.027	0.4916*	50 سنة فأكثر		
0.383	0.2098	من 40 إلى أقل من 50 سنة	من 30 إلى أقل من 40 سنة	
0.000	0.7226*	50 سنة فأكثر		
0.017	0.5128*	50 سنة فأكثر	من 40 إلى أقل من 50 سنة	
0.129	0.3360-	من 30 إلى أقل من 40 سنة	أقل من 30 سنة	الأطباء
0.005	0.5631*-	من 40 إلى أقل من 50 سنة		
0.028	0.5524*-	50 سنة فأكثر		
0.423	0.2271-	من 40 إلى أقل من 50 سنة	من 30 إلى أقل من 40 سنة	
0.633	0.2164-	50 سنة فأكثر		
1.000	0.0106	50 سنة فأكثر	من 40 إلى أقل من 50 سنة	

* الفرق بين المتوسطين دال إحصائيا عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يتبين من الجدول رقم (3-29) أنه:

- بالنسبة للبعد الأول "الأسرة" والبعد الثاني "الأصدقاء" نلاحظ وجود فروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم بين 30 وأقل من 40 سنة على حساب أفراد العينة الذين يبلغ أعمارهم 50 سنة فأكثر، كما نلاحظ في البعد الثاني "الأصدقاء" وجود فروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 إلى أقل من 50 سنة على حساب أفراد الفئة الذين يبلغ أعمارهم 50 سنة فأكثر، وهذا ما تؤكد قيمة مستويات الدلالة التي كانت جميعها أقل من (0.05).
- بالنسبة للبعد الثالث "الأطباء" نلاحظ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 إلى أقل من 50 سنة على حساب أفراد الفئة الذين يبلغ أعمارهم أقل من 30 سنة، وفروق أخرى لصالح أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم 50 سنة فأكثر على حساب أفراد الفئة الذين يبلغ أعمارهم أقل من 30 سنة، وهذا ما تؤكد قيمة مستويات الدلالة التي كانت أقل من (0.05).

3- اختبار الفرضية الفرعية الثالثة للفرضية الرئيسية الثانية

تتص هذه الفرضية على أنه: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى إلى الحالة العائلية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
نقوم بصياغة هذه الفرضية بالاعتماد على قاعدة القرار التالية:

- H_0 : لا توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى للحالة العائلية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).
- H_1 : توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى للحالة العائلية عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي للفروق (One Way ANOVA) بين آراء أفراد عينة الدراسة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى للحالة العائلية، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-30) تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير الحالة العائلية

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.008	5.094	0.970	2	1.940	بين المجموعات
		0.190	90	17.140	داخل المجموعات
			92	19.080	المجموع
0.173	1.788	0.505	2	1.010	بين المجموعات
		0.282	90	25.417	داخل المجموعات
			92	25.630	المجموع
0.000	15.085	4.000	2	8.000	بين المجموعات
		0.265	90	23.866	داخل المجموعات

			92	26.427	المجموع	
0.027	3.769	2.500	2	5.001	بين المجموعات	بعد الصيادلة
		0.664	90	59.716	داخل المجموعات	
			92	64.717	المجموع	
0.004	6.005	1.661	2	3.321	بين المجموعات	قرار اختيار الخدمة الصحية
		0.277	90	24.886	داخل المجموعات	
			92	28.207	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يمكن أن نلاحظ من خلال الجدول (3-30) أن مستوى المعنوية في المحورين لا يتجاوز القيمة (0.05) مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة العائلية ما عدا بعد الأصدقاء من المحور الأول الذي تجاوز فيه مستوى المعنوية (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة العائلية في هذا البعد، ومن أجل معرفة أي من الحالة العائلية تكمن فيها هذه الفروق تم الاعتماد على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الأسرة، الأطباء، الصيادلة، قرار اختيار الخدمة الصحية (المحور الثاني) يعزى لمتغير الحالة العائلية، ويمكن توضيح ذلك من في الجدول الموالي رقم (31).

الجدول رقم (3-31): نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير الحالة العائلية باستعمال اختبار

توكي (tukey)

مستوى الدلالة Sig	الفرق بين (I-J)	الحالة العائلية		البعد
		المتوسط الثاني (J)	المتوسط الأول (I)	
0.098	0.2174-	متزوج	أعزب	الأسرة
0.205	0.4583	أرمل		
0.027	0.6757*	أرمل	متزوج	الأطباء
0.000	0.5972-*	متزوج	أعزب	
0.001	1.2083-*	أرمل	متزوج	
0.116	0.6111-	أرمل	متزوج	الصيادلة
0.024	0.5189-*	متزوج	أعزب	
0.364	0.6805-	أرمل	متزوج	
0.940	0.1616-	أرمل	متزوج	قرار اختيار الخدمة
0.002	0.4340-*	متزوج	أعزب	
0.509	0.3583-	أرمل	متزوج	
0.968	0.0757	أرمل	متزوج	

* الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يتبين من الجدول رقم (3-31) أنه:

- بالنسبة للبعد الأول " الأسرة " نلاحظ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد فئة المتزوجين على حساب أفراد فئة الأرمال، وهذا ما تؤكد قيمة مستوى الدلالة التي كانت أقل من (0.05).
- بالنسبة للبعد الثاني "الأطباء" نلاحظ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد فئة الأرمال على حساب أفراد فئة العزاب، وفروق أخرى لصالح أفراد المتزوجين على حساب أفراد فئة العزاب.
- بالنسبة للبعد الثالث "الصيدلة" والمحور الثاني "قرار اختيار الخدمة" نلاحظ وجود فروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد فئة المتزوجين على حساب أفراد فئة العزاب.

4- اختبار الفرضية الفرعية الرابعة للفرضية الرئيسية الثانية

تنص هذه الفرضية على أنه: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$). نقوم بصياغة هذه الفرضية بالاعتماد على قاعدة القرار التالية:

H_0 : لا توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

H_1 : توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي للفروق (One Way ANOVA) بين آراء أفراد عينة الدراسة، حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء، تعزى لمتغير المستوى التعليمي، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-32): تحليل التباين الاحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.043	2.830	0.554	3	1.662	بين المجموعات
		0.196	89	17.418	داخل المجموعات
			92	19.080	المجموع
0.007	4.289	1.113	3	3.338	بين المجموعات
		0.259	89	23.089	داخل المجموعات
			92	26.427	المجموع
0.326	1.168	0.402	3	1.207	بين المجموعات
		0.344	89	30.659	داخل المجموعات
			92	31.866	المجموع
		0.899	3	2.698	بين المجموعات

0.283	1.291	0.697	89	62.019	داخل المجموعات	قرار اختيار الخدمة الصحية
			92	64.717	المجموع	
0.272	1.322	0.401	3	1.203	بين المجموعات	
		0.303	89	27.004	داخل المجموعات	
			92	28.204	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

نلاحظ من الجدول (3-32) أن مستوى المعنوية في بعد الأطباء وبعد الصيادلة من المحور الأول وقرار اختيار الخدمة الصحية (المحور الثاني) يتجاوز القيمة (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وأما فيما يخص بعد الأسرة وبعد الأصدقاء فإن مستوى المعنوية فيهما أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ومن أجل معرفة أي مستوى من المستويين التعليميين تكمن فيه هذه الفروق تم الاعتماد على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعده الأسرة وبعد الأصدقاء يعزى لمتغير المستوى التعليمي، ويمكن توضيح ذلك من في الجدول الموالي.

الجدول رقم (3-33): نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) حسب متغير المستوى التعليمي باستعمال اختبار

توكي (tukey)

مستوى الدلالة Sig.	الفرق بين (I-J)	المستوى التعليمي		البعد
		المتوسط الثاني (J)	المتوسط الأول (I)	
0.268	0.3500-	متوسط	ابتدائي	الأسرة
0.033	0.4990*	ثانوي		
0.048	0.4477*	جامعي		
0.719	0.1490-	ثانوي	متوسط	
0.874	0.0977-	جامعي		
0.967	0.0512	جامعي		
0.059	0.5625-	متوسط	ابتدائي	الأصدقاء
0.004	0.7250*	ثانوي		
0.009	0.6340*	جامعي		
0.752	0.1625-	ثانوي	متوسط	
0.963	0.0715-	جامعي		
0.892	0.0909	جامعي		

* الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يتبين من الجدول رقم (3-33) أنه:

- بالنسبة للبعد الأول "الأسرة" والبعد الثاني "الأصدقاء" نلاحظ وجود فروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية لصالح أفراد مستوى التعليم الثانوي على حساب أفراد فئة مستوى التعليم الابتدائي وفروق أخرى لصالح أفراد فئة المستوى الجامعي على حساب أفراد فئة المستوى الابتدائي، وهذا ما تؤكد قيمة مستويات الدلالة التي كانت أقل من (0.05).

5- اختبار الفرضية الفرعية الخامسة للفرضية الرئيسية الثانية

تنص هذه الفرضية على أنه: توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

نقوم بصياغة هذه الفرضية بالاعتماد على قاعدة القرار التالية:

- H_0 : لا توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

- H_1 : توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي للفروق (One Way ANOVA) بين آراء أفراد عينة الدراسة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة لمصلحة الشفاء تعزى لمتغير الدخل، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-34): تحليل تباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة لمتغير الدخل.

مستوى الدلالة	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.203	1.566	0.319	3	0.957	بين المجموعات
		0.268	89	18.123	داخل المجموعات
			92	19.080	المجموع
0.351	1.105	0.316	3	0.949	بين المجموعات
		0.286	89	25.477	داخل المجموعات
			92	26.427	المجموع
0.465	0.860	0.299	3	0.898	بين المجموعات
		0.348	89	30.968	داخل المجموعات
			92	31.866	المجموع
0.334	1.150	0.805	3	2.414	بين المجموعات
		0.700	89	62.303	داخل المجموعات
			92	64.717	المجموع
		0.124	3	0.371	بين المجموعات

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بالطاهير

0.757	0.395	0.313	89	27.837	داخل المجموعات	الصحية
			92	28.207	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبين بالاعتماد على مخرجات (spss)

يمكن أن نلاحظ من الجدول رقم (3-34) أن مستوى المعنوية في المحور الأول والثاني أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في إجابات أفراد العينة حول أبعاد الدراسة تعزى لمتغير الدخل.

خلاصة

من خلال دراستنا الميدانية حاولنا إعطاء صورة واقعية عن دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، من خلال إبراز المكانة والأهمية التي تحتلها الجماعات المرجعية لدى المرضى عند اختيار الخدمة الصحية.

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على مجموعة من المعطيات والإحصائيات التي تم الحصول عليها من إدارة المصلحة، كما اعتمدنا أيضا على الاستبيان باعتباره الأداة الرئيسية لجمع البيانات، وقد كان الهدف منه معرفة دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث توصلنا من خلال تفريغ وتحليل إجابات أفراد العينة إلى أنه يوجد دور كبير للجماعات المرجعية (الأسرة، الأصدقاء، الأطباء، الصيادلة) في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور الأول الخاص بالجماعات المرجعية (3.805)، وهو متوسط حسابي يقابل درجة الموافقة (عالية) لدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية في مقياس "ليكرت" الخماسي، وهذا ما انعكس بالإيجاب على اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث بينت نتائج الدراسة أن هناك علاقة طردية بين دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء وبمستويات (مرتفعة)، وهذا ما أكدته قيمة المتوسط الحسابي الكلي التي بلغت (3.698) في مقياس "ليكرت" الخماسي.

وقد أسفرت هذه النتائج على أن هناك مساهمة للجماعات المرجعية في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، حيث كانت هذه المساهمة بدرجات متفاوتة بين الأبعاد، وقد كانت مساهمة الأسرة والأصدقاء ضعيفة قدرت بـ (6.9%)، (5.7%) على التوالي، أما مساهمة الصيادلة فقد كانت متوسطة قدرت بـ (26.4%)، في حين كانت مساهمة الأطباء بنسبة مرتفعة بلغت (45.9%) على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء.

كما تم التوصل إلى أنه توجد فروق في آراء أفراد العينة حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، تعزى لكل من متغير السن، الحالة العائلية، والمستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

خاتمة

خاتمة

إن نجاح المؤسسة الصحية وبقاءها في السوق مرهون بالمكانة التي تحظى بها لدى المرضى ومستوى ثقتهم بما تقدمه من خدمات صحية، وعليه فإنه أصبح لزاماً على المؤسسة الصحية بناء علاقة وطيدة مع المرضى من خلال معرفة حاجاتهم ورغباتهم والجماعات المرجعية التي تؤثر على قراراتهم واختباراتهم فيما يخص الخدمات الصحية، وأي الجماعات تساهم بشكل أكبر في قرار الاختيار، لذا فقد جاءت هذه الدراسة كمحاولة لإظهار دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير-جيجل وبناء على ما تم طرحه في الفصلين النظريين والدراسة الميدانية توصلنا إلى مجموعة من النتائج والاقتراحات نوردتها على النحو الآتي:

أولاً: نتائج الدراسة

من خلال الدراسة النظرية والميدانية التي قمنا بها حول دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة توصلنا إلى جملة من النتائج تتمثل فيما يلي:

1. النتائج المتعلقة بالجانب النظري

- تساهم الخدمات الصحية في تحسين حياة الأفراد؛
- تعد جودة الخدمة الصحية من أهم أهداف المؤسسة الصحية؛
- إن اهتمام المؤسسة الصحية بالمزيج التسويقي للخدمة الصحية يمكنها من المحافظة على زبائنها؛
- تعتمد المؤسسة الصحية على دراسة سلوك المستهلك من أجل وضع إستراتيجيتها التسويقية؛
- إن مصطلح الجماعة المرجعية يشمل أكثر من شخص وكل شخص يتأثر ويؤثر بالآخر نتيجة التفاعل المشترك بين أعضاء الجماعة؛
- إن كل صنف من الجماعات المرجعية يرجع إليه الفرد عند تحديد سلوكه في موقف اختيار خدمة صحية ما؛
- هناك أنواع مختلفة من الجماعات المرجعية تحيط بالفرد منها الأسرة، الأصدقاء، الأطباء، الصيادلة؛
- إن العلاقة بين أعضاء الجماعة الواحدة تكون مستمرة ودائمة؛
- إن الجماعة المرجعية لها أنماط وقيم ومعلومات تؤثر بها على الفرد خاصة بالنسبة لاتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية؛
- يحتل كل صنف من أصناف الجماعات المرجعية مكانة هامة وأولوية خاصة عند كل فرد حسب تأثره بكل صنف وهذا أثناء اتخاذه لقرار اختيار الخدمة الصحية؛
- تؤثر العوامل الخارجية إلى جانب العوامل الداخلية والموقفية في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية؛
- تعرف عملية اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية بأنها تلك الخطوات أو المراحل التي يمر بها المريض في حالة القيام باختيارات حول الخدمات الصحية المتاحة؛
- يمر قرار اختيار الخدمة الصحية بخمسة مراحل تتطلق من إدراك الحاجة، البحث عن المعلومات، تقييم البدائل، ليصل إلى قرار الاختيار، ثم مرحلة ما بعد الاختيار.

2. النتائج المتعلقة بالجانب الميداني

من خلال آراء واتجاهات أفراد عينة الدراسة والمكونة من 93 فرد، توصلنا إلى أن أكثر الجماعات المرجعية مساهمة في تحديد قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء هي جماعة الأطباء أولاً، حيث كانت نسبة المساهمة 45.9%، ثم جماعة الصيادلة بنسبة مساهمة بلغت 26.4%، ثم تليها جماعة أفراد الأسرة بنسبة مساهمة بلغت 6.9%، وبعدها جماعة الأصدقاء بنسبة قدرت بـ 5.7%.

- يساهم أفراد الجماعات المرجعية بنسبة كبيرة في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لدور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية ككل (3.805) وهو متوسط يقابل درجة الموافقة (عالية)؛
- هناك مستوى قوي في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، وهذا ما أكدته قيمة المتوسط الحسابي الكلي التي بلغت (3.528) وهو متوسط يقابل درجة الموافقة (عالية)؛
- توجد علاقة ارتباط طردية وضعيفة ذات دلالة إحصائية بين دور الأسرة وبين قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ؛
- توجد علاقة ارتباط عكسية وضعيفة ذات دلالة إحصائية بين دور الأصدقاء وبين قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ؛
- توجد علاقة ارتباط طردية وقوية ذات دلالة إحصائية بين دور الأطباء وبين قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ؛
- توجد علاقة ارتباط طردية ومتوسطة ذات دلالة إحصائية بين دور الصيادلة وبين قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ؛
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد العينة حول مساهمة أبعاد دور الجماعات المرجعية على اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية تعزى لكل من متغير السن، ومتغير الحالة العائلية، ومتغير المستوى التعليمي، عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

ثانياً: الاقتراحات

- على ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، يمكننا تقديم الاقتراحات التالية:
- ضرورة اهتمام إدارة المصلحة بالجانب التسويقي وذلك من خلال إنشاء مصلحة خاصة بالتسويق لتحقيق أهدافها التسويقية؛
- على موظفي المصلحة أن يحاولوا توفير مناخ اجتماعي ونفسي وتنظيمي يقلل من الضغوط والتوتر؛
- على إدارة المصلحة مراعاة أسعار الخدمات الصحية المقدمة بما يتماشى ومستوى الدخل لأفراد المجتمع؛

- العمل على تنمية روح العمل الجماعي بين العاملين بهدف تسهيل إنجاز المهام وإتمامها في الوقت المحدد وبالنوعية المطلوبة؛
- ضرورة اهتمام إدارة المصحة بوضع لوحات إعلانية تسهل الوصول إلى المصحة؛
- ضرورة الاهتمام ببناء علاقة مع جماعة الأطباء باعتبارها المؤثر الرئيسي على قرار اختيار الخدمة الصحية.

ثالثاً: آفاق الدراسة

- اعتماداً على هذا البحث يمكن عرض مجموعة من المواضيع التي يمكن اتخاذها لبنة أولى وآفاقاً لبحوث ودراسات مستقبلية أخرى، والتي تتمثل في الآتي:
- تأثير العوامل النفسية والموقفية في اختيار الخدمة الصحية الخاص؛
 - دور الجماعات المرجعية في تغيير التوجه الصحي للمرضى؛
 - دور الجماعات المرجعية في التسويق الاجتماعي للخدمات الصحية.
- في الأخير لقد كان علينا أن نعطي لكلّ عنصر من الموضوع محل الدراسة حقّه في الشرح والتفصيل، على ضوء ما وجد في المصادر والمراجع القانونية التي تمّ البحث فيها، لذا نرجوا أننّا قد وفّقنا، ولو جزءاً بسيطاً من موضوع البحث، والله ولي التوفيق.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

أولاً: الكتب

1. إبراهيم إقبال مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
2. إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006.
3. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، ط 01، الدار المصرية، مصر، 2006.
4. إسماعيل السيد، التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1999.
5. إياد عبد الفتاح النصور، أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية (مدخل مفاهيمي)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
6. أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، مصر، 2000.
7. البرواري نزار عبد المجيد، البرنجي أحمد محمد فهمي، إستراتيجية التسويق (المفاهيم، الأسس، الوظائف)، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، ط 1، 2004.
8. بشير العلق، استراتيجيات التسويق، ط 1، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
9. بشير العلق، التسويق الصيدلاني، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2007.
10. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار إثراء النشر، عمان، 2012.
11. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005.
12. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005.
13. حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط 4، دار وائل للنشر، الأردن، 2008.
14. حمد الغدير، رشاد الساعد، سلوك المستهلك (مدخل متكامل)، دار زهران، عمان، 1997.
15. خالد عبد الرحمان الجريسي، سلوك المستهلك دراسة تحليلية للقرارات الشرائية للأسرة السعودية، ط 3، مكتبة فهد الوطنية للنشر، الرياض، السعودية، 2006.
16. خضير كاظم محمود، إدارة الجودة، ط 1، إدارة المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2002.
17. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
18. زاهر عبد الرحيم عاطف، تسويق الخدمات، ط 1، دار الراية، عمان، الأردن، 2012.
19. زكي خليل مساعد، التسويق في المفهوم الشامل، دار زهران، عمان، الأردن، 1997.
20. طلعت أسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002.
21. عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، ط 1، مؤسسة الوارق للنشر والتوزيع، عمان، 2013.
22. عمر أيمن علي، قراءات في سلوك المستهلك، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008.
23. عنابي بن عيسى، سلوك المستهلك، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.
24. فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن، 2009.

25. فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، ط 1، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
26. فريد كورتل، سليم صادق درمان، نجاه العامري، **تسويق الخدمات الصحية**، ط1، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
27. قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات (مفاهيم، عمليات وتطبيقات)**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
28. كاسر نصر المنصور، **سلوك المستهلك مدخل للإعلان**، ط1، دار مكتبة الحامد للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2006.
29. ماهر أحمد، **السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات**، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
30. محمد إبراهيم عبيدات ، **سلوك المستهلك مدخل استراتيجي**، ط2، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2001.
31. محمد إبراهيم عبيدات، جميل سمير دبائية، **التسويق الصحي والدوائي**، دار وائل للنشر، الأردن، 2006.
32. محمد إبراهيم عبيدات، **سلوك المستهلك (مدخل استراتيجي)**، ط4، دار وائل للنشر، عمان، 2004.
33. محمد جاسم الصميدعي، بشير عباس العلق، **أساسيات التسويق الشامل والمتكامل**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002.
34. محمد جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، **سلوك المستهلك (مدخل تحليلي وكمي)**، دار المناهج، عمان، الأردن، 2007.
35. محمود جاسم الصميدعي، **تسويق الخدمات**، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.
36. المساعد زكي خليل، **تسويق الخدمات الصحية**، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998.
37. مصطفى يوسف كافي، **الإعلام والتسويق الصحي**، ط1، دار الابتكار، عمان، الأردن، 2017.
38. نزار عبد المجيد البراوي، لحسن عبد الله باشيورة، **إدارة الجودة (مدخل للتمييز والزيادة مفاهيم وأسس وتطبيقات)**، ط1، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
39. نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، **التسويق مفاهيم معاصرة**، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
40. نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للنشر، الجزائر، 2008.
41. هاني عبد الجبار منديل، **أسس التسوق الحديث**، ط1، الدار العلمية الدولية، عمان، الأردن، 2002.
42. وسيلة حمداوي، **الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية**، مديرية النشر للجامعة، قالمة، 2009.
- ثانيا: المجلات**
1. أكرم احمد الطويل، "إمكانية إقامة أبعاد الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من مستشفيات في محافظة نينوى"، **مجلة تكريت للعلوم للإدارية والاقتصادية**، العراق، المجلد02، العدد19، 2010.

2. دبون عبد القادر، "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة"، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 11، 2012.

ثالثا: الرسائل والمذكرات الجامعية

1. أمير جيلالي، محاول دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 2008-2009.

2. نجات صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012.

3. دراسة نادية داود، تأثير الجماعات المرجعية على قرار الشراء، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في العلوم التجارية تخصص تسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2017-2018.

4. دراسة بن قاسمية مسعودة، العوامل المؤثرة في سلوك الشراء الاندفاعي لدى المستهلك الجزائري، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير تخصص استراتيجية وتسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2014-2015.

المراجع باللغة الأجنبية

• Ouvrages

1. Claude Vilcot, Hervet Leclot, **Indication qualité en santé**, AFNOR, France, 2006.
2. HefteGean Pierre, Orsoni Jacques, **Marketing**, Vuibert, Paris, France, 6^{ème} édition, 2000.
3. Jocu pierre, Lucas Frédéric, **Au cœur du changement (une autre démarche de management)**, 3^{ème} édition, Paris, 1995.
4. La dwein.R, **le comportement du consommateur**, édition économique. France 1999.
5. Ph.Kotler, B.Dubois, **Marketing management**, 11^{ème} édition, Pearson, Paris, 2004.
6. PH.Kotler, B.Dubois, **Marketing Management**, 9^{ème} édition, PubliUnio, Paris, France.
7. Stéphane Moissonnas, Jan Claude Dufour, **Marketing et Services**, chenillère éducation, Canada, 2006.

الملاحق

الملحق رقم (01)
استبيان أولي قبل التحكيم

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

إستبيان

السلام عليكم تحية طيبة وبعد:

في إطار التحضير لإنجاز مذكرة نهاية الدراسة التي تتدرج ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماستر في العلوم التجارية تخصص تسويق الخدمات، حول موضوع: "دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة"، قمنا بصياغة هذا الاستبيان الذي تدخل أسئلته ضمن موضوع البحث سابق الذكر، لذلك نرجو منكم أن تخصصوا جزءا من وقتكم للإجابة بكل موضوعية على أسئلة هذا الإستبيان، كما نتعهد لكم بأن إجاباتكم عن الأسئلة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

شاكرين لكم مسبقا حسن التعاون.

من إعداد الطالبين:

- بوعكاز فاتح
- سحالي عبد الوهاب

القسم الأول: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء
عند الإجابة على الأسئلة الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة.
المحور الأول: الجماعات المرجعية

الأدوار	الرقم	العبارات	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الأسرة	1	أعتبر بأن لأسرتي الدور الأكبر في اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	2	أحترم آراء واتجاهات أفراد الأسرة عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	3	أطلب نصيحة أفراد الأسرة عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	4	أنا تأثر برأي الوالدين عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	5	أستشير إخوتي قبل اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
الأصدقاء	6	أناشاور مع أصدقائي عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	7	لدي احترام شديد لنصائح أصدقائي قبل اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	8	أستعين بخبرة الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	9	أقوم بجمع المعلومات عن الخدمة الصحية المقدمة من طرف مؤسسة الشفاء بناء على نصيحة الأصدقاء					
	10	أفضل الاعتماد على رأي أصدقائي عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	11	أنا تأثر برأي صديقي المقرب عند اختيار الخدمة الصحية					
الأطباء	12	أثق بجميع المعلومات الدقيقة الصادرة عن الأطباء قبل اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	13	نصائح وإرشادات الأطباء تساعدني في اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	14	أستعين بإرشادات ونصائح الأطباء أكثر من إرشادات غيرهم في اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	15	أنا تأثر برأي طبيب الأسرة عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
الصيدانية	16	أفضل رأي الصيدلي عند اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	17	أطلب نصيحة الصيدلي قبل اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	18	أحترم رأي الصيدلي حول الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					
	19	أنا تأثر برأي الصيدلي الذي أتعامل معه قبل اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء					

المحور الثاني: الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء

الرقم	العبارات	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماماً
20	تقدم مؤسسة الشفاء خدمة صحية ذات جودة عالية					
21	تتوفر مؤسسة الشفاء على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية					
22	يعتبر سعر الخدمة الصحية المقدمة من طرف مؤسسة الشفاء معقول					
23	تلتزم مؤسسة الشفاء بمواعيد تقديم الخدمة الصحية					
24	تضع مؤسسة الشفاء لوحات إعلانية تسهل الوصول إليها					
25	تحتوي مؤسسة الشفاء على غرف نظيفة ومريحة					
26	يتميز العاملون والأطباء في مؤسسة الشفاء بالاستعداد الدائم لمساعدة المرضى					
27	تغطي مؤسسة الشفاء جميع احتياجات المرضى					

القسم الثاني: البيانات الشخصية

لو تكرمت بذكر بعض المعلومات العامة من أجل استكمال البيانات الخاصة بالبحث.

1. الجنس: ذكر أنثى

2. السن:

أقل من 20 سنة من 20 إلى أقل من 40 سنة من 40 إلى أقل من 50 سنة
من 50 سنة فما فوق

3. الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج

4. المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

5. الدخل الشهري:

أقل من 20000 دج من 20000 دج إلى أقل من 40000 دج

من 40000 إلى أقل من 60000 من 60000 دج فما فوق

الملحق رقم (02)
قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين للاستبيان

الكلية	الدرجة العلمية	الاسم واللقب	الرقم
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير	استاذ محاضر أ	خالد ليتيم	01
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير	أستاذ محاضر ب	هشام بورمة	02

الملحق رقم (03)
الاستبيان النهائي بعد التحكيم

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى-جيجل-
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

استبيان

تحية طيبة وبعد:

في إطار التحضير لانجاز مذكرة نهاية الدراسة التي تتدرج ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماستر في العلوم التجارية تخصص تسويق الخدمات، حول موضوع: "دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية الخاصة"، قمنا بصياغة هذا الاستبيان الذي تدخل أسئلته ضمن موضوع البحث سابق الذكر، لذلك نرجو منكم أن تخصصوا جزءا من وقتكم للإجابة بكل موضوعية على أسئلة هذا الاستبيان بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، كما نتعهد لكم بأن إجاباتكم عن الأسئلة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.
شاكرين لكم مسبقا حسن التعاون.

إشراف الأستاذ:

د. زين العابدين طويجيني

إعداد الطالبين:

- بوعكاز فاتح
- سحالي عبد الوهاب

القسم الأول: البيانات الشخصية والوظيفية

1. الجنس: ذكر أنثى

2. السن:

أقل من 30 سنة من 30 إلى أقل من 40 سنة من 40 إلى أقل من 50 سنة
50 سنة فأكثر

3. الحالة العائلية:

أعزب متزوج مطلق أرمل

4. المستوى التعليمي:

ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

5. الدخل الشهري:

أقل من 20000 دج من 20000 دج إلى أقل من 40000 دج
من 40000 دج إلى أقل من 60000 دج 60000 دج فأكثر

القسم الثاني: دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمؤسسة الشفاء
المحور الأول: الجماعات المرجعية

الأدوار	الترتيب	العبارات	غير موافق تماماً	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق تماماً
الأسرة	1	أعتبر بأن لأسرتي الدور الأكبر في اختيار الخدمة الصحية					
	2	أشعر بالارتياح عند استشارة أفراد الأسرة في اختيار الخدمة الصحية					
	3	يمثل الدعم المادي المقدم من طرف أفراد الأسرة السبب الرئيسي في اختيار الخدمة الصحية					
	4	يتقبل أفراد أسرتي قرار اختياري للخدمة الصحية دون استشارتهم					
	5	أقدم رأي الوالدين على رأيي الخاص عند اختيار الخدمة الصحية					
الأصدقاء	6	أستأور مع أصدقائي قبل اختيار الخدمة الصحية					
	7	أستعين بخبرة الأصدقاء عند اختيار الخدمة الصحية					
	8	أشعر بالارتياح عند إتباع نصيحة الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية					
	9	يعتبر الدعم المادي للأصدقاء المحفز الأول في اختيار الخدمة الصحية					
	10	أخذ برأي صديقي المقرب عند اختيار الخدمة الصحية مهما كانت آراء باقي الأصدقاء					
الأطباء	11	أثقيد بالمعلومات الدقيقة الصادرة عن الأطباء الذين سبق التعامل معهم					
	12	أستعين بإرشادات ونصائح الأطباء المشهورين أكثر من إرشادات غيرهم في اختيار الخدمة الصحية					
	13	أثق بشكل كبير في توجيهات طبيب العائلة عند اختيار الخدمة الصحية					
الصيدلة	14	أعتمد على المعلومات التي يقدمها الصيدلي عند اختيار الخدمة الصحية					
	15	أطلب نصيحة الصيدلانية قبل اختيار الخدمة الصحية					
	16	أثق في إرشادات الصيدلانية في اختيار الخدمة الصحية					

المحور الثاني: قرار اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء

موافق تماماً	موافق	موافق إلى	غير موافق	غير موافق	العبارات	الترتيب	
					تقدم مؤسسة الشفاء خدمة صحية ذات جودة عالية	17	قرار اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء
					أفضل دائماً التعامل مع مصحة الشفاء في الحصول على الخدمة الصحية	18	
					أشعر بالرضا بعد حصولي على الخدمة الصحية لمصحة الشفاء	19	
					تمتاز الخدمة الصحية لمصحة الشفاء بسمعة جيدة	20	
					تتوفر مؤسسة الشفاء على مجموعة متكاملة من الخدمات الصحية	21	
					يعتبر سعر الخدمة الصحية المقدمة من طرف مؤسسة الشفاء معقول	22	
					تلتزم مؤسسة الشفاء بمواعيد تقديم الخدمة الصحية	23	
					تضع مؤسسة الشفاء لوحات إعلانية تسهل الوصول إليها	24	
					تحتوي مؤسسة الشفاء على غرف نظيفة ومريحة	25	
					يتميز العاملون والأطباء في مؤسسة الشفاء بالاستعداد الدائم لمساعدة المرضى	26	

الملحق رقم (04)
نتائج مخرجات برنامج
SPSS

1. نتائج الصدق البنائي للعبارة والأبعاد والمحاور

Corrélations		
		الأسرة
الأسرة	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
Q_01	Corrélation de Pearson	,601**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_02	Corrélation de Pearson	,655**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_03	Corrélation de Pearson	,781**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_04	Corrélation de Pearson	0.150
	Sig. (bilatérale)	0.150
	N	93
Q_05	Corrélation de Pearson	,657**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
Corrélations		
		الأصدقاء
الأصدقاء	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
Q_06	Corrélation de Pearson	,597**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_07	Corrélation de Pearson	,872**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_08	Corrélation de Pearson	,733**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_09	Corrélation de Pearson	,680**

	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_10	Corrélation de Pearson	,420**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		الأطباء
الأطباء	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
Q_11	Corrélation de Pearson	,850**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_12	Corrélation de Pearson	,892**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_13	Corrélation de Pearson	,726**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		الصيدالَة
الصيدالَة	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
Q_14	Corrélation de Pearson	,900**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_15	Corrélation de Pearson	,978**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_16	Corrélation de Pearson	,889**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations		
		الجماعات المرجعية
الجماعات المرجعية	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
الأسرة	Corrélation de Pearson	,647**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
الأصدقاء	Corrélation de Pearson	,587**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
الأطباء	Corrélation de Pearson	,572**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
الصيدالدة	Corrélation de Pearson	,784**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations		
		قياس قرار اختيار الخدمة الصحية
قياس قرار اختيار الخدمة الصحية	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
Q_17	Corrélation de Pearson	,911**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_18	Corrélation de Pearson	,872**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_19	Corrélation de Pearson	,853**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_20	Corrélation de Pearson	,861**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_21	Corrélation de Pearson	,844**
	Sig. (bilatérale)	0.000

	N	93
Q_22	Corrélation de Pearson	-0.064
	Sig. (bilatérale)	0.540
	N	93
Q_23	Corrélation de Pearson	,746**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_24	Corrélation de Pearson	0.123
	Sig. (bilatérale)	0.241
	N	93
Q_25	Corrélation de Pearson	,850**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
Q_26	Corrélation de Pearson	,678**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
Corrélations		
		الدرجة الكلية
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	93
الجماعات المرجعية	Corrélation de Pearson	,853**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
قياس قرار اختيار الخدمة الصحية	Corrélation de Pearson	,823**
	Sig. (bilatérale)	0.000
	N	93
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		

2. نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ Alpha de Cronbach

معامل الثبات لمحوّر دور الجماعات المرجعية

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,737	16

معامل الثبات لمحوّر قرار اختيار الخدمة الصحية

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,843	10

معامل الثبات لجميع المحاور

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,834	26

3. نتائج تحليل البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة

الجنس					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	40	43,0	43,0	43,0
	أنثى	53	57,0	57,0	100,0
	Tota l	93	100,0	100,0	

السن					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 30 سنة	22	23,7	23,7	23,7
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	34	36,6	36,6	60,2
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	24	25,8	25,8	86,0
	سنة فأكثر 50	13	14,0	14,0	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

الحالة العائلية					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعزب	24	25,8	25,8	25,8
	متزوج	66	71,0	71,0	96,8
	أرمل	3	3,2	3,2	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

المستوى_التعليمي					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	إبتدائي	8	8,6	8,6	8,6
	متوسط	16	17,2	17,2	25,8
	ثانوي	25	26,9	26,9	52,7
	جامعي	44	47,3	47,3	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

الدخل_الشهري					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 20000 دج	22	23,7	23,7	23,7
	من 20000 دج إلى أقل من 40000 دج	51	54,8	54,8	78,5
	من 40000 دج إلى أقل من 60000 دج	17	18,3	18,3	96,8
	دج فأكثر 60000	3	3,2	3,2	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

4. نتائج تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات محور دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q_01	93	4.34	.699	.073
Q_02	93	4.22	.640	.066
Q_03	93	4.25	.855	.089
Q_04	93	2.78	1.051	.109
Q_05	93	4.06	.930	.096
Q_06	93	3.35	.829	.086
Q_07	93	3.97	.786	.082
Q_08	93	3.59	.612	.063
Q_09	93	3.44	.914	.095
Q_10	93	2.98	1.021	.106
Q_11	93	4.29	.582	.060
Q_12	93	4.18	.966	.100
Q_13	93	4.29	.563	.058
Q_14	93	3.57	.865	.090
Q_15	93	3.74	.920	.095
Q_16	93	3.82	.943	.098

One-Sample Test

	Test Value = 3			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Q_01	18.536	92	.000	1.344
Q_02	18.305	92	.000	1.215
Q_03	14.063	92	.000	1.247
Q_04	-1.973-	92	.052	-.215-
Q_05	11.036	92	.000	1.065
Q_06	4.126	92	.000	.355
Q_07	11.867	92	.000	.968
Q_08	9.317	92	.000	.591
Q_09	4.649	92	.000	.441
Q_10	-.203-	92	.840	-.022-
Q_11	21.381	92	.000	1.290
Q_12	11.805	92	.000	1.183
Q_13	22.102	92	.000	1.290
Q_14	6.355	92	.000	.570
Q_15	7.780	92	.000	.742
Q_16	8.353	92	.000	.817

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الأسرة	93	3.9312	.45540	.04722
الأصدقاء	93	3.4667	.53595	.05558
الأطباء	93	4.2545	.58853	.06103
الصيدالة	93	3.7097	.83872	.08697
المرجعية الجماعات	93	3.8051	.37679	.03907

One-Sample Test

	Test Value = 3			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
الأسرة	19.719	92	.000	.93118
الأصدقاء	8.397	92	.000	.46667
الأطباء	20.556	92	.000	1.25448
الصيدالة	8.160	92	.000	.70968
المرجعية الجماعات	20.606	92	.000	.80511

5. نتائج تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات محور قرار اختيار الخدمة الصحية

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q_17	93	3.85	.846	.088
Q_18	93	3.28	1.280	.133
Q_19	93	3.94	.805	.083
Q_20	93	4.01	.759	.079
Q_21	93	4.05	.757	.079
Q_22	93	1.72	.937	.097
Q_23	93	3.85	.736	.076
Q_24	93	2.16	.924	.096
Q_25	93	4.12	.720	.075
Q_26	93	4.30	.672	.070

One-Sample Test

	Test Value = 3			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Q_17	9.680	92	.000	.849
Q_18	2.106	92	.038	.280
Q_19	11.207	92	.000	.935
Q_20	12.844	92	.000	1.011
Q_21	13.423	92	.000	1.054
Q_22	-13.173-	92	.000	-1.280-
Q_23	11.124	92	.000	.849
Q_24	-8.752-	92	.000	-.839-
Q_25	14.977	92	.000	1.118
Q_26	18.666	92	.000	1.301

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
المرجعية الجماعات	93	3.8051	.37679	.03907
الصحية الخدمة اختيار قرار قياس	93	3.5280	.55372	.05742
الكلية الدرجة	93	3.6985	.37313	.03869

One-Sample Test

	Test Value = 3			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
المرجعية الجماعات	20.606	92	.000	.80511
الصحية الخدمة اختيار قرار قياس	9.195	92	.000	.52796
الكلية الدرجة	18.053	92	.000	.69851

6. اختبار التوزيع الطبيعي

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		الدرجة الكلية
N		93
Paramètres normaux ^{a,b}	Moyenne	3,6985
	Ecart-type	,37313
Différences les plus extrêmes	Absolue	,114
	Positive	,086
	Négative	-,114
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,095
Signification asymptotique (bilatérale)		,182

a. La distribution à tester est gaussienne.

b. Calculée à partir des données.

7. اختبار الفرضية الرئيسية الأولى

- نتائج اختبار تحليل الانحدار الخطي المتعدد للتحقق من مساهمة الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.731 ^a	.535	.514	.38612

a. Predictors: (Constant), الأصدقاء, الأسرة, الصيادلة

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15.088	4	3.772	25.301	.000 ^b
	Residual	13.119	88	.149		
	Total	28.207	92			

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

b. Predictors: (Constant), الأصدقاء, الأسرة, الصيادلة

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.266	.500		2.533	.013
	الأسرة	.231	.095	.190	2.429	.017
	الأصدقاء	-.283	.088	-.274	-3.206	.002
	الأطباء	.402	.101	.427	3.978	.000
	الصيادلة	.168	.070	.254	2.401	.018

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

8. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى

1.8 نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط لدور الأسرة في اختيار الخدمة الصحية

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.262 ^a	.069	.058	.53730

a. Predictors: (Constant), الأسرة

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.937	1	1.937	6.709	.011 ^b
	Residual	26.271	91	.289		
	Total	28.207	92			

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

b. Predictors: (Constant), الأسرة

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.275	.487		4.675	.000
	الأسرة	.319	.123	.262	2.590	.011

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

2.8 نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط لدور الأصدقاء في اختيار الخدمة الصحية

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.238 ^a	.057	.046	.54078

a. Predictors: (Constant), الأصدقاء

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.595	1	1.595	5.456	.022 ^b
	Residual	26.612	91	.292		
	Total	28.207	92			

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

b. Predictors: (Constant), الأصدقاء

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.380	.369		11.870	.000
	الأصدقاء	-.246-	.105	-.238-	-2.336-	.022

a. Dependent Variable: قرارا اختيار الخدمة الصحية

3.8 نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط لدور الأطباء في اختيار الخدمة الصحية

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.677 ^a	.459	.453	.40962

a. Predictors: (Constant), الأطباء

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12.938	1	12.938	77.109	.000 ^b
	Residual	15.269	91	.168		
	Total	28.207	92			

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

b. Predictors: (Constant), الأطباء

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.817	.312		2.622	.010
	الأطباء	.637	.073	.677	8.781	.000

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

4.8 نتائج اختبار تحليل الانحدار البسيط لدور الصيدالة في اختيار الخدمة الصحية

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.514 ^a	.264	.256	.47762

a. Predictors: (Constant), الصيدالة

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.448	1	7.448	32.649	.000 ^b
	Residual	20.759	91	.228		
	Total	28.207	92			

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

b. Predictors: (Constant), الصيدلة

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.269	.226		10.053	.000
	الصيدلة	.339	.059	.514	5.714	.000

a. Dependent Variable: قرار اختيار الخدمة الصحية

9. اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

1.9 نتائج اختبار T للعينات المستقلة للفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير الجنس

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الأسرة	ذكر	40	3.9250	.46119	.07292
	أنثى	53	3.9358	.45535	.06255
الأصدقاء	ذكر	40	3.4700	.54828	.08669
	أنثى	53	3.4642	.53172	.07304
الأطباء	ذكر	40	4.1833	.63133	.09982
	أنثى	53	4.3082	.55412	.07611
الصيدلة	ذكر	40	3.5250	.94247	.14902
	أنثى	53	3.8491	.72961	.10022
اختيار قرار قبيل الصحية الخدمة	ذكر	40	3.5100	.58739	.09287
	أنثى	53	3.5415	.53221	.07310

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
		الأسرة	Equal variances assumed	.074	.786	-.113-
	Equal variances not assumed			-.113-	83.571	.910

الأصدقاء	Equal variances assumed	.097	.756	.052	91	.959
	Equal variances not assumed			.052	82.747	.959
الأطباء	Equal variances assumed	1.042	.310	-1.013-	91	.314
	Equal variances not assumed			-.995-	77.807	.323
الصيدالدة	Equal variances assumed	8.114	.005	-1.870-	91	.065
	Equal variances not assumed			-1.804-	71.316	.075
الخدمة اختصار قرار الصحية	Equal variances assumed	.496	.483	-.270-	91	.788
	Equal variances not assumed			-.267-	79.430	.790

2.9 نتائج التحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير السن

		Descriptives			
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
الأسرة	سنة 30 من أقل	22	3.8909	.40814	.08702
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	34	4.0353	.43337	.07432
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	24	3.9917	.41064	.08382
	فأكثر سنة 50	13	3.6154	.55655	.15436
	Total	93	3.9312	.45540	.04722
الأصدقاء	سنة 30 من أقل	22	3.4455	.44905	.09574
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	34	3.6765	.44317	.07600
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	24	3.4667	.60337	.12316
	فأكثر سنة 50	13	2.9538	.44836	.12435
	Total	93	3.4667	.53595	.05558
الأطباء	سنة 30 من أقل	22	3.9091	.68376	.14578
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	34	4.2451	.50791	.08711
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	24	4.4722	.47055	.09605
	فأكثر سنة 50	13	4.4615	.58592	.16251
	Total	93	4.2545	.58853	.06103
الصيدالدة	سنة 30 من أقل	22	3.5152	.91274	.19460
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	34	3.8431	.72584	.12448
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	24	3.7222	.94110	.19210
	فأكثر سنة 50	13	3.6667	.81650	.22646
	Total	93	3.7097	.83872	.08697

الخدمة اختيار قرار	سنة 30 من أقل	22	3.3955	.58103	.12388
الصحية	سنة 40 من أقل إلى 30 من	34	3.4824	.57917	.09933
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	24	3.7625	.46045	.09399
	فأكثر سنة 50	13	3.4385	.52367	.14524
Total		93	3.5280	.55372	.05742

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الأسرة	Between Groups	1.788	3	.596	3.069	.032
	Within Groups	17.291	89	.194		
	Total	19.080	92			
الأصدقاء	Between Groups	4.925	3	1.642	6.796	.000
	Within Groups	21.501	89	.242		
	Total	26.427	92			
الأطباء	Between Groups	4.323	3	1.441	4.656	.005
	Within Groups	27.544	89	.309		
	Total	31.866	92			
الصيدلة	Between Groups	1.466	3	.489	.688	.562
	Within Groups	63.251	89	.711		
	Total	64.717	92			
الخدمة اختيار قرار الصحية	Between Groups	1.881	3	.627	2.120	.103
	Within Groups	26.326	89	.296		
	Total	28.207	92			

3.9 نتائج التحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير المستوى التعليمي

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
الأسرة	إبتدائي	8	3.5250	.57508	.20332
	متوسط	16	3.8750	.37148	.09287
	ثانوي	25	4.0240	.43328	.08666
	جامعي	44	3.9727	.44532	.06713
	Total	93	3.9312	.45540	.04722
الأصدقاء	إبتدائي	8	2.8750	.48917	.17295
	متوسط	16	3.4375	.69750	.17437
	ثانوي	25	3.6000	.48990	.09798
	جامعي	44	3.5091	.44083	.06646
	Total	93	3.4667	.53595	.05558
الأطباء	إبتدائي	8	4.6250	.51755	.18298
	متوسط	16	4.2083	.38249	.09562

	ثانوي	25	4.2133	.69974	.13995
	جامعي	44	4.2273	.58743	.08856
	Total	93	4.2545	.58853	.06103
الصيدالة	إبتدائي	8	3.3750	.91613	.32390
	متوسط	16	3.4583	1.03905	.25976
	ثانوي	25	3.8667	.73283	.14657
	جامعي	44	3.7727	.79329	.11959
	Total	93	3.7097	.83872	.08697
الخدمة اختيار قرار الصحية	إبتدائي	8	3.1625	.43732	.15462
	متوسط	16	3.5875	.46314	.11579
	ثانوي	25	3.5800	.61644	.12329
	جامعي	44	3.5432	.55673	.08393
	Total	93	3.5280	.55372	.05742

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الأسرة	Between Groups	1.662	3	.554	2.830	.043
	Within Groups	17.418	89	.196		
	Total	19.080	92			
الأصدقاء	Between Groups	3.338	3	1.113	4.289	.007
	Within Groups	23.089	89	.259		
	Total	26.427	92			
الأطباء	Between Groups	1.207	3	.402	1.168	.326
	Within Groups	30.659	89	.344		
	Total	31.866	92			
الصيدالة	Between Groups	2.698	3	.899	1.291	.283
	Within Groups	62.019	89	.697		
	Total	64.717	92			
الخدمة اختيار قرار الصحية	Between Groups	1.203	3	.401	1.322	.272
	Within Groups	27.004	89	.303		
	Total	28.207	92			

4.9 نتائج التحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير الحالة العائلية

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
الأسرة	أعزب	24	3.7917	.36584	.07468
	متزوج	66	4.0091	.45800	.05638
	أرمل	3	3.3333	.46188	.26667
	Total	93	3.9312	.45540	.04722

الأصدقاء	أعزب	24	3.5833	.35345	.07215
	متزوج	66	3.4455	.58892	.07249
	أرمل	3	3.0000	.00000	.00000
	Total	93	3.4667	.53595	.05558
الأطباء	أعزب	24	3.7917	.55441	.11317
	متزوج	66	4.3889	.50834	.06257
	أرمل	3	5.0000	.00000	.00000
	Total	93	4.2545	.58853	.06103
الصيدالة	أعزب	24	3.3194	.93498	.19085
	متزوج	66	3.8384	.78063	.09609
	أرمل	3	4.0000	.00000	.00000
	Total	93	3.7097	.83872	.08697
اختيار قرار الصحية	أعزب	24	3.2083	.47174	.09629
	متزوج	66	3.6424	.55082	.06780
	أرمل	3	3.5667	.15275	.08819
	Total	93	3.5280	.55372	.05742

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الأسرة	Between Groups	1.940	2	.970	5.094	.008
	Within Groups	17.140	90	.190		
	Total	19.080	92			
الأصدقاء	Between Groups	1.010	2	.505	1.788	.173
	Within Groups	25.417	90	.282		
	Total	26.427	92			
الأطباء	Between Groups	8.000	2	4.000	15.085	.000
	Within Groups	23.866	90	.265		
	Total	31.866	92			
الصيدالة	Between Groups	5.001	2	2.500	3.769	.027
	Within Groups	59.716	90	.664		
	Total	64.717	92			
اختيار قرار الصحية	Between Groups	3.321	2	1.661	6.005	.004
	Within Groups	24.886	90	.277		
	Total	28.207	92			

5.9 نتائج التحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية و قرار اختيار الخدمة الصحية حسب متغير الدخل

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
الأسرة	دج 20000 من أقل	22	3.9000	.36384	.07757
	دج 40000 من أقل إلى دج 20000 من	51	3.9725	.44366	.06212
	دج 60000 من أقل إلى دج 40000 من	17	3.9412	.52804	.12807
	فأكثر دج 60000	3	3.4000	.72111	.41633
	Total	93	3.9312	.45540	.04722
الأصدقاء	دج 20000 من أقل	22	3.4727	.48421	.10323
	دج 40000 من أقل إلى دج 20000 من	51	3.4706	.55400	.07758
	دج 60000 من أقل إلى دج 40000 من	17	3.5412	.49378	.11976
	فأكثر دج 60000	3	2.9333	.80829	.46667
	Total	93	3.4667	.53595	.05558
الأطباء	دج 20000 من أقل	22	4.1667	.76808	.16376
	دج 40000 من أقل إلى دج 20000 من	51	4.2222	.56042	.07847
	دج 60000 من أقل إلى دج 40000 من	17	4.4510	.37158	.09012
	فأكثر دج 60000	3	4.3333	.57735	.33333
	Total	93	4.2545	.58853	.06103
الصيدلة	دج 20000 من أقل	22	3.6061	.99542	.21222
	دج 40000 من أقل إلى دج 20000 من	51	3.6340	.85441	.11964
	دج 60000 من أقل إلى دج 40000 من	17	4.0196	.55865	.13549
	فأكثر دج 60000	3	4.0000	.00000	.00000
	Total	93	3.7097	.83872	.08697
اختيار قرار قياس الصحية الخدمة	دج 20000 من أقل	22	3.4409	.57210	.12197
	دج 40000 من أقل إلى دج 20000 من	51	3.5490	.55870	.07823
	دج 60000 من أقل إلى دج 40000 من	17	3.6059	.56951	.13813
	فأكثر دج 60000	3	3.3667	.28868	.16667
	Total	93	3.5280	.55372	.05742

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الأسرة	Between Groups	.957	3	.319	1.566	.203
	Within Groups	18.123	89	.204		
	Total	19.080	92			
الأصدقاء	Between Groups	.949	3	.316	1.105	.351
	Within Groups	25.477	89	.286		
	Total	26.427	92			
الأطباء	Between Groups	.898	3	.299	.860	.465
	Within Groups	30.968	89	.348		

	Total	31.866	92			
الصيدلة	Between Groups	2.414	3	.805	1.150	.334
	Within Groups	62.303	89	.700		
	Total	64.717	92			
الخدمة اختيار قرار الصحية	Between Groups	.371	3	.124	.395	.757
	Within Groups	27.837	89	.313		
	Total	28.207	92			

10. نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc)

1.10 نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) لتحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية

وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء حسب متغير السن باستعمال اختبار توكي (Tukey)

Tukey HSD

Dependent Variable	السن (I)	السن (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
الأسرة	سنة 30 من أقل	سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.14439-	.12060	.630
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.10076-	.13010	.866
		فأكثر سنة 50	.27552	.15419	.286
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	سنة 30 من أقل	.14439	.12060	.630
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	.04363	.11751	.982
		فأكثر سنة 50	.41991 [*]	.14373	.023
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.10076	.13010	.866
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.04363-	.11751	.982
		فأكثر سنة 50	.37628	.15179	.070
	فأكثر سنة 50	سنة 30 من أقل	-.27552-	.15419	.286
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.41991 [*]	.14373	.023
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.37628-	.15179	.070
الأصدقاء	سنة 30 من أقل	سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.23102-	.13449	.321
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.02121-	.14508	.999
		فأكثر سنة 50	.49161 [*]	.17194	.027
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	سنة 30 من أقل	.23102	.13449	.321
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	.20980	.13104	.383
		فأكثر سنة 50	.72262 [*]	.16028	.000
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.02121	.14508	.999
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.20980-	.13104	.383
		فأكثر سنة 50	.51282 [*]	.16926	.017
	فأكثر سنة 50	سنة 30 من أقل	-.49161 [*]	.17194	.027
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.72262 [*]	.16028	.000
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.51282 [*]	.16926	.017
الأطباء	سنة 30 من أقل	سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.33601-	.15222	.129
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.56313 [*]	.16420	.005

		فأكثر سنة 50	-.55245*	.19461	.028
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	سنة 30 من أقل	.33601	.15222	.129
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.22712-	.14831	.423
		فأكثر سنة 50	-.21644-	.18141	.633
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.56313*	.16420	.005
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	.22712	.14831	.423
		فأكثر سنة 50	.01068	.19157	1.000
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.55245*	.19461	.028
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	.21644	.18141	.633
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.01068-	.19157	1.000
الصيدلة	سنة 30 من أقل	سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.32799-	.23067	.489
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.20707-	.24883	.839
		فأكثر سنة 50	-.15152-	.29491	.956
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	سنة 30 من أقل	.32799	.23067	.489
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	.12092	.22475	.950
		فأكثر سنة 50	.17647	.27490	.918
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.20707	.24883	.839
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.12092-	.22475	.950
		فأكثر سنة 50	.05556	.29031	.997
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.15152	.29491	.956
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.17647-	.27490	.918
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.05556-	.29031	.997
اختيار قرار قياس الصحية الخدمة	سنة 30 من أقل	سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.08690-	.14881	.937
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.36705-	.16053	.109
		فأكثر سنة 50	-.04301-	.19026	.996
	سنة 40 من أقل إلى 30 من	سنة 30 من أقل	.08690	.14881	.937
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.28015-	.14500	.222
		فأكثر سنة 50	.04389	.17735	.995
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.36705	.16053	.109
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	.28015	.14500	.222
		فأكثر سنة 50	.32404	.18729	.314
	سنة 50 من أقل إلى 40 من	سنة 30 من أقل	.04301	.19026	.996
		سنة 40 من أقل إلى 30 من	-.04389-	.17735	.995
		سنة 50 من أقل إلى 40 من	-.32404-	.18729	.314

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

2.10 نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) لتحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختيار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء حسب متغير المستوى التعليمي باستعمال اختبار توكي (Tukey)

Tukey HSD

Dependent Variable	التعليمي_المستوى (I)	التعليمي_المستوى (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
الأسرة	ابتدائي	متوسط	-.35000 [*]	.19156	.268
		ثانوي	-.49900 [*]	.17970	.033
		جامعي	-.44773 [*]	.17003	.048
	متوسط	ابتدائي	.35000	.19156	.268
		ثانوي	-.14900-	.14163	.719
		جامعي	-.09773-	.12915	.874
	ثانوي	ابتدائي	.49900 [*]	.17970	.033
		متوسط	.14900	.14163	.719
		جامعي	.05127	.11080	.967
	جامعي	ابتدائي	.44773 [*]	.17003	.048
		متوسط	.09773	.12915	.874
		ثانوي	-.05127-	.11080	.967
الأصدقاء	ابتدائي	متوسط	-.56250-	.22055	.059
		ثانوي	-.72500 [*]	.20689	.004
		جامعي	-.63409 [*]	.19577	.009
	متوسط	ابتدائي	.56250	.22055	.059
		ثانوي	-.16250-	.16307	.752
		جامعي	-.07159-	.14869	.963
	ثانوي	ابتدائي	.72500 [*]	.20689	.004
		متوسط	.16250	.16307	.752
		جامعي	.09091	.12757	.892
	جامعي	ابتدائي	.63409 [*]	.19577	.009
		متوسط	.07159	.14869	.963
		ثانوي	-.09091-	.12757	.892
الأطباء	ابتدائي	متوسط	.41667	.25415	.362
		ثانوي	.41167	.23841	.316
		جامعي	.39773	.22559	.298
	متوسط	ابتدائي	-.41667-	.25415	.362
		ثانوي	-.00500-	.18791	1.000
		جامعي	-.01894-	.17135	1.000
	ثانوي	ابتدائي	-.41167-	.23841	.316
		متوسط	.00500	.18791	1.000
		جامعي	-.01394-	.14700	1.000
	جامعي	ابتدائي	-.39773-	.22559	.298
		متوسط	.01894	.17135	1.000

		ثانوي	.01394	.14700	1.000
الصيدلة	إبتدائي	متوسط	-.08333-	.36147	.996
		ثانوي	-.49167-	.33909	.472
		جامعي	-.39773-	.32085	.604
متوسط	إبتدائي	متوسط	.08333	.36147	.996
		ثانوي	-.40833-	.26726	.425
		جامعي	-.31439-	.24370	.572
ثانوي	إبتدائي	متوسط	.49167	.33909	.472
		ثانوي	.40833	.26726	.425
		جامعي	.09394	.20907	.970
جامعي	إبتدائي	متوسط	.39773	.32085	.604
		ثانوي	.31439	.24370	.572
		ثانوي	-.09394-	.20907	.970
اختبار قرار قياس الصحية الخدمة	إبتدائي	متوسط	-.42500-	.23852	.289
		ثانوي	-.41750-	.22375	.250
		جامعي	-.38068-	.21171	.281
متوسط	إبتدائي	متوسط	.42500	.23852	.289
		ثانوي	.00750	.17635	1.000
		جامعي	.04432	.16081	.993
ثانوي	إبتدائي	متوسط	.41750	.22375	.250
		ثانوي	-.00750-	.17635	1.000
		جامعي	.03682	.13796	.993
جامعي	إبتدائي	متوسط	.38068	.21171	.281
		ثانوي	-.04432-	.16081	.993
		ثانوي	-.03682-	.13796	.993

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

3.10 نتائج المقارنة البعدية (Post Hoc) لتحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات دور الجماعات المرجعية وقرار اختبار الخدمة الصحية لمصحة الشفاء حسب متغير الحالة العائلية باستعمال اختبار توكي (Tukey)

Tukey HSD

Dependent Variable	العائلية_الحالة (I)	العائلية_الحالة (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
الأسرة	أعزب	متزوج	-.21742-	.10402	.098
		أرمل	.45833	.26724	.205
	متزوج	أعزب	.21742	.10402	.098
		أرمل	.67576*	.25761	.027
	أرمل	أعزب	-.45833-	.26724	.205
		متزوج	-.67576*	.25761	.027
الأصدقاء	أعزب	متزوج	.13788	.12667	.524
		أرمل	.58333	.32543	.178
	متزوج	أعزب	-.13788-	.12667	.524

		أرمل	.44545	.31371	.335
	أرمل	أعزب	-.58333	.32543	.178
		متزوج	-.44545	.31371	.335
الأطباء	أعزب	متزوج	-.59722*	.12275	.000
		أرمل	-1.20833*	.31534	.001
	متزوج	أعزب	.59722*	.12275	.000
		أرمل	-.61111	.30399	.116
	أرمل	أعزب	1.20833*	.31534	.001
		متزوج	.61111	.30399	.116
الصيدلة	أعزب	متزوج	-.51894*	.19416	.024
		أرمل	-.68056	.49881	.364
	متزوج	أعزب	.51894*	.19416	.024
		أرمل	-.16162	.48086	.940
	أرمل	أعزب	.68056	.49881	.364
		متزوج	.16162	.48086	.940
اختيار قرار قياس الصحة الخدمة	أعزب	متزوج	-.43409*	.12534	.002
		أرمل	-.35833	.32201	.509
	متزوج	أعزب	.43409*	.12534	.002
		أرمل	.07576	.31042	.968
	أرمل	أعزب	.35833	.32201	.509
		متزوج	-.07576	.31042	.968

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء بالطاهير، من خلال قياس مساهمة الجماعات المرجعية بأبعادها الأربعة (الأسرة، الأصدقاء، الأطباء، الصيادلة) في قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء، حيث تم توزيع 100 استمارة على عينة عشوائية من المرضى (الزبائن الحاليين للمصلحة)، وقد تم استرجاع 93 استمارة صالحة للتحليل والتي خضعت للمعالجة الإحصائية عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

حيث أسفرت نتائج الدراسة الميدانية على وجود درجة عالية من الموافقة لدى أفراد عينة الدراسة على أهمية دور الجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية، وقد كانت درجة موافقة أفراد العينة على قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عالية كذلك، كما بينت هذه الدراسة أن هناك مساهمة قوية للجماعات المرجعية في اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

كما كشفت الدراسة على وجود فروق في آراء أفراد العينة، حول درجات مساهمة أبعاد الجماعات المرجعية في اتخاذ قرار اختيار الخدمة الصحية لمصلحة الشفاء تعزى لكل من: متغير السن، متغير الحالة العائلية، وأخيراً متغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

الكلمات المفتاحية: الجماعات المرجعية، الخدمة الصحية، الأسرة، الأصدقاء، الأطباء، الصيادلة.

Abstract

The current study attempts to identify the role of reference groups in the choice of health service at the Al-Shifa clinic in Al-Tahir, by measuring the contribution of such reference groups, addressed in their four dimensions (family, friends, doctors, pharmacists), on the decision to opt for the health service at the Shifa clinic. Furthermore, 100 questionnaires was addressed to a random sample of patients (current clients of the clinic). However, 93 valid questionnaires were retrieved and which were analyzed by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program.

The results obtained have shown that the individuals in the sample have a high degree of consent about the role that reference groups plays an important role in the choice of health service. Also, individuals in the sample have a high degree of consent about the decision to opt for a medical service provided by the Alshifa Clinic. Moreover, this study showed that the reference groups strongly contribute to the choice of the correct medical service offered by this clinic, whose the statistical significant value is ($\alpha \leq 0.05$).

On the other hand, the study revealed differences in the opinions of the sample members, concerning the degree of contribution of the different dimensions of the reference groups in the decision of the choice of medical service at the Alshifa clinic. These differences are explained by the variables of age, family situation, level of education and whose the statistical significant value is ($\alpha \leq 0.05$).

Key words : reference groups, health service, family, friends, doctors, pharmacists.

Résumé :

Cette étude a pour objectif d'identifier le rôle des groupes de référence dans le choix de service de santé au niveau de la clinique Al-Shifa à Al-Tahir, en mesurant la contribution de tels groupes de références, abordés dans leurs quatre dimensions (famille, amis, médecins, pharmaciens), qu'elle peut avoir sur la décision d'opter pour le service de santé auprès de la clinique Shifa. Il a été procédé par l'envoi de 100 formulaires à un échantillon aléatoire composé de patients (clients actuels de la clinique) et qui ont conduit à la récupération de 93 formulaires valables à l'analyse statistique au moyen du logiciel de l'analyse des ensembles statistiques en sciences sociales, (SPSS).

Les résultats de l'étude empirique ont montré que les individus relevant de l'échantillon sont fortement d'accord sur le rôle que jouent les groupes de références dans le choix du service de santé. En outre, les individus de l'échantillon ont été fortement d'accord sur la décision d'opter pour un service médical fourni par la clinique Ashifa. L'étude a montré également que les groupes de références contribuent fortement au bon choix d'un service médical offert par cette clinique dont la valeur statistique est de l'ordre de ($\alpha \leq 0.05$).

D'autre part, l'étude a révélé des disparités dans les opinions des individus de l'échantillon, concernant le degré de contribution des différentes dimensions des groupes de références dans la prise de décision relative au choix de service médical auprès de la clinique Ashifa et qui s'expliquent par les variables de l'âge, la situation familiale, le niveau de scolarité et dont la valeur statistique est de l'ordre de ($\alpha \leq 0.05$).

Mots clés : groupes de référence, service de santé, famille, amis, médecins, pharmaciens.