



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم العلوم الاقتصادية والتجارية



المرجع :

الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية
فرع: علوم تجارية
التخصص: تسويق الخدمات

مذكرة بعنوان:

علاقة إدارة المعرفة بتحسين جودة الخدمات الصحية حالة القطاع الصحي بالقرارم قوقة- ميلة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في العلوم التجارية
تخصص " تسويق الخدمات "

إشراف:
داودي عبد الهادي

إعداد الطلبة:
- درموشي شفيقة

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	بلحاج طارق
مشرفا ومقررا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	داودي عبد الهادي
مناقشا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	قرين الربيع

السنة الجامعية 2020/2019

قائمة الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
02	المخطط الفرضي للدراسة	01
12	هرم المعرفة	02
13	المعرفة الضمنية و المعرفة الصريحة	03
14	التفاعل بين المعرفة الضمنية والصريحة	04
15	عمليات إدارة المعرفة	05
18	تأثير عمليات إدارة المعرفة على المنظمة	06
20	كيف تؤثر إدارة المعرفة على أداء المنظمة	07
24	مصادر المعرفة في نموذج المنابع	08
24	المراحل في نموذج العمليات	09
57	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	10
58	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	11
59	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	12



قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
24	الترميز والتشخيص كإستراتيجيتين لإدارة المعرفة	01
29-28	الحواجز الأكثر شيوعا التي تؤثر على فعالية إدارة المعرفة	02
43	تعريف الجودة عند المفكرين الغربيين	03
44	مفهوم جودة الخدمات الصحية لبعض الكتاب و الباحثين	04
57	معامل الفا كرونباخ	05
58	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	06
59	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	07
59	توزيع أفراد العينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	08
62- 61-60	التوزيع التكراري لعبارات الاستبيان	09
64	المتوسط و الانحراف المعياري لمتغير توليد المعرفة	10
64	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد تخزين المعرفة	11
65	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد توزيع المعرفة	12
65	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد توزيع المعرفة	13
66	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد تطبيق المعرفة	14
66	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الملموسية	15
67	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الاعتمادية	16
68	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الاستجابة	17
69	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الثقة	18
69	الإحصاء الوصفي لعبارات بعد التعاطف	19
70	معامل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية توليد المعرفة	20
71	معامل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية تخزين المعرفة	21
71	يوضح معمل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية توزيع المعرفة	22
72	معامل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية تطبيق المعرفة	23
72	التباين بين جودة الخدمات الصحية و إدارة المعرفة	24
73	التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية توليد المعرفة	25
73	التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية تخزين المعرفة	26
74	التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية توزيع المعرفة	27
74	التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية تطبيق المعرفة	28



خطة البحث:

مقدمة عامة

الفصل الأول: إدارة المعرفة

المبحث الأول: إدارة المعرفة.

المبحث الثاني: استراتيجيات إدارة المعرفة.

المبحث الثالث: المعوقات والمشاكل التي تواجه إدارة المعرفة ,

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسات الاستشفائية لبلدية القرارم قوقة ولاية ميلة.

المبحث الأول: عينة و أداة الدراسة.

المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة.

المبحث الثالث: اختبار الفرضيات.

خاتمة عامة

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة إدارة المعرفة بتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية لبلدية القرام قوقة ولاية ميله ، وذلك من خلال معرفة اتجاهات المبحوثين حول حيث تم اعتماد الاستبيان كأداة للدراسة ، إذ تم توزيع 30 استبانة على مختلف المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة وتم اللجوء إلى الأساليب الإحصائية لتحليل و تفسير النتائج المسجلة .

و لقد تمكنت الدراسة من التوصل إلى أن:

هناك علاقة بين إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية بجميع أبعادها ، كما أن كل بعد من أبعاد إدارة المعرفة يرتبط بشكل ايجابي و يؤثر على جودة الخدمات الصحية، مما يدعو القائمين على المؤسسات الصحية و العاملين فيها إلى زيادة الاهتمام بإدارة المعرفة بجميع أبعادها ، و ذلك من أجل تحسين وزيادة جودة الخدمات الصحية.

كزيادة التجهيزات المادية الحديثة و متطورة تفي بالغرض بالإضافة إلى ضرورة قيام المستشفى بتقييم دوري للمعرفة و الأخذ بنظام الحوافز من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: إدارة المعرفة، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية، إدارة الجودة الشاملة، الرعاية الصحية.

This study aims to identify the relationship of knowledge management to improve the quality of health services in the wilaya of mila.

through knowledge of by the trends of the major around ,where the master were adopted as a tool for the study as 30 questions were distributed various hospitals under study . and resort to statistical methods for analysis and interpretation ? improving interpretation of recorded demolitions the study has exhausted the conclusion that this is usually between knowledge management and improving the quality of health services survey services , wish indicates those in charge of health institution and workers in to increase the quality in health services the leadership is a beautiful and illustrate german direction that fulfills purpose in addition to do need for the hospital to term for a year and recruit pregnant stations in order to improve the quality of health services.

Key words :

knowledge management ,quality of health services, health services , healthcare, total quality management .



مقدمة عامة:

تعد المعرفة وإدارة المعرفة من أحدث المفاهيم الإدارية و قد شهدت السنوات الماضية اهتماما متزايدا من جانب المنظمات بكافة أشكالها لتبني مفهوم إدارة المعرفة ،وأصبحنا نعيش في عالم يطلق عليه عالم المعرفة عالم يفعل بالمعلومة و يتفاعل معها، و إذا كنا في السابق نتحدث عن صناعة الطرق و الأدوية و السيارات أصبحنا نتحدث اليوم المعرفة و تحول الفرد إلى صانع المعرفة .

إذ أصبحت إدارة المعرفة من الموضوعات الحيوية في علم الإدارة ،و قد ساعد في ذلك ما أفرته العولمة من فرص ومخاطر بالإضافة إلى ثورة الاتصالات التي شكلت عاملا مساعدا لانتشار و توسع إدارة المعرفة حيث أتاحت الكثير من المعلومات التي أدت إلى الانتشار الواسع و الفهم الكبير لمفهوم حاجات العملاء و أصبحت منظمات الأعمال تركز بصورة كبيرة على تبني فلسفة اقتصاد المعرفة الذي يعد سلاحا تنافسيا في عالم منظمات الأعمال بما في ذلك المنظمات الصحية و الاستشفائية ،والتي تسعى جاهدة وراء تحقيق الجودة في خدماتها وعلى هذا الأساس قمنا بصياغة الإشكالية التالية:

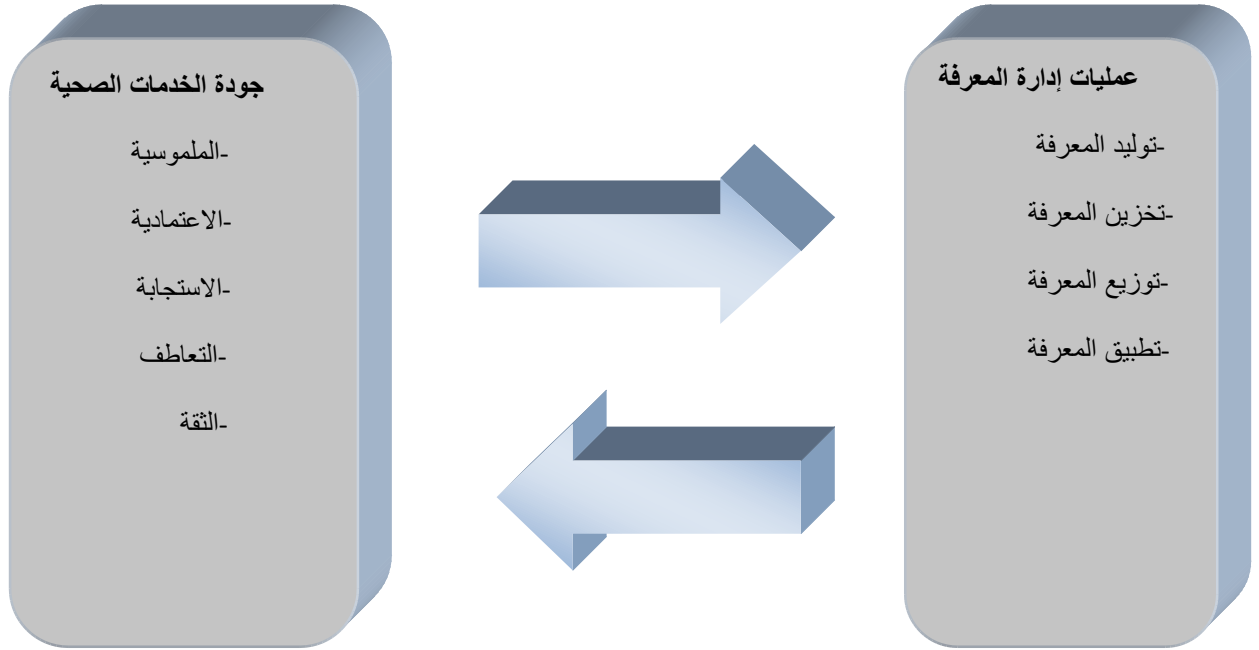
أولاً: طرح إشكالية البحث: الإشكال الأساسي الذي يتمحور حوله موضوع دراستنا يتمثل في الآتي:

هل توجد علاقة بين إدارة المعرفة (عمليات إدارة المعرفة) وتحسين جودة الخدمات الصحية؟ ويندرج تحت هذا التساؤل الأساسي التساؤلات الفرعية التالية:

هل توجد علاقة بين عملية توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية؟ هل توجد علاقة بين عملية تخزين المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية؟ هل توجد علاقة بين عملية تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية؟

المخطط الفرضي للدراسة : يلخص الشكل التالي فرضيات الدراسة وإشكالياتها كما يلي:

الشكل رقم 01: المخطط الفرضي للدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة

ثانيا: فرضيات البحث

الفرضية العامة: توجد علاقة بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .

الفرضيات الفرعية:

- الفرضية الأولى: توجد علاقة بين عملية توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .
- الفرضية الثانية: توجد علاقة بين عملية تخزين المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .
- الفرضية الثالثة: توجد علاقة بين عملية توزيع المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .
- الفرضية الرابعة: توجد علاقة بين عملية تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .

ثالثا: مبررات اختيار موضوع البحث: لقد جاء موضوع بحثنا انطلاقا من المبررات التالية:

المبررات الموضوعية: معظم المؤسسات الجزائرية ما زالت تطبق أساليب تسيير تقليدية باعتبارها كنتاج لمخلفات مرحلة الاقتصاد المخطط و مرحلة التحول لاقتصاد الحر تتطلب ضرورة تبني أنماط تسييرية حديثة و منها نظام إدارة المعرفة

- زيادة الاهتمام بموضوع الجودة في الخدمات الصحية بالنظر إلى أهمية الدور الذي يؤديه في تطوير الخدمات المقدمة في المستشفيات.

المبررات الذاتية:

- قلة الاهتمام بموضوع الجودة من قبل المؤسسات الجزائرية.
- الميول الشخصي لمعالجة مثل هذا النوع من المواضيع خصوصا وان هذا الموضوع يتماشى و الأوضاع الراهنة و بالأخص في ظل تحول الجزائر إلى نظام السوق الحر.

رابعاً: أهداف الدراسة و أهميتها: تعد هذه الدراسة امتدادا للدراسات السابقة التي تهتم بقياس الخدمات الطبية ، و مدى ملائمتها لتلبية حماية صحة المجتمع و الارتقاء بها ، و تحاول الدراسة قياس جودة الخدمات الطبية و العلاجية التي تقدمها المستشفيات عينة الدراسة لمرضاها من خلال تطبيق مبادئ إدارة المعرفة و تتبع أهمية الدراسة في أنها تتناول موضوعا نادر البحث و التحليل و قلما تم التطرق إليه كما إن التعرف على اتجاهات المرضى و تطلعاتهم بخصوص جودة هذه الخدمة الحيوية و الضرورية سوف يساعد المعنيين على إدارة المؤسسات عينة الدراسة في تطوير خدماتها بما يواكب توقعات طالبي الخدمات الطبية المتنوعة للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الطبية و يحقق لهم الأمن والسلامة الصحية المرجوة و التمتع بهذه الخدمات.

خامسا حدود الدراسة:

تجرى الدراسة الحالية في إطار حدود تتعلق بمعطيات الدراسة، و أخرى بالإطار الزمني و المكاني للدراسة وهو ما يتم تناوله فيما يلي:

الحدود المكانية:

تمثلت في عدة مؤسسات إستشفائية متواجدة ببلدية القرام قوقة ولاية ميله و التي تمثلت في المؤسسات الاستشفائية العمومية و التي تسهم بشكل فعال في تقديم خدمات صحية لطالبيها من المرضى.

الحدود الزمنية: تمت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من:شهرمارس2020 إلى شهر اوت2020

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على الزبائن الداخليين و الخارجيين للمؤسسات محل الدراسة حيث أن:

الزبائن الداخليين: هم المديرون الأطباء الممرضون.

الزبائن الخارجيين: هم المرضى.

حدود تتعلق بأداة الدراسة:تتحدد الدراسة بمدى صدق و ثبات أداة الدراسة و المجالات التي تغطيها

سادسا:المنهج المستخدم في البحث:

في إطار القيام بتحليل و معالجة الإشكالية الرئيسية للبحث و الإلمام بمختلف حيثياتها سواء ما تعلق بالجانب النظري أو التطبيقي فقد اعتمدت طريقة البحث على الأسلوبين التاليين:

المنهج الوصفي:تم الاعتماد على هذا المنهج في الجانب النظري لهذا البحث بغية جمع البيانات و المعلومات من الكتب و المراجع و الدراسات المتصلة بالبحث بهدف تحليل و استنباط المفاهيم و الأسس النظرية للدراسة التي تتعلق بأهمية تطبيق نظام إدارة المعرفة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية و مستوى جودة الخدمة وأبعادها.

المنهج التحليلي:تم الاعتماد في دراسة الحالة التطبيقية على المنهج الإحصائي التحليلي على عينة من المؤسسات الاستشفائية في بلدية القرام قوقة، باستخدام أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة والاستبيان بهدف التعرف على علاقة إدارة المعرفة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات عينة الدراسة، بغية قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في عينة الدراسة و التعرف على أهم العراقيل التي تحول دون تطبيق نظام إدارة المعرفة بها سعيا لتقديم التوصيات المناسبة التي تمكن المؤسسات المعنية من تحقيق التميز في جودة الخدمات التي تقدمها لطلابيها من الزبائن .

سابعاً : أدوات الدراسة:

المسح المكتبي: من خلال الاعتماد على عدة مراجع بالغة العربية و الأجنبية تمثل في الكتب و المجلات المتخصصة رسائل الماجستير و الدكتوراه و الانترنت بغية الإحاطة بالجوانب النظرية و المعرفية لإشكالية الدراسة.

الاستبيان: يعد كأحد المصادر الرئيسية لجمع البيانات و الذي وجه لكل من الموظفين و المرضى.

الأدوات الإحصائية: تم في هذا المجال الاستعانة بالبرمجيات في هذا الميدان لتحليل الإجابات الواردة في الاستقصاء باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 25.

ثامناً: الدراسات السابقة:

حيث تم الاطلاع عدت دراسات سابقة ناقشت موضوع الدراسة الحالية كما هو أو في جوانبه المختلفة ،و ذلك من اجل التعرف إلى مجمل ما توصل إليه الباحثون في مجال تطبيق إدارة المعرفة في القطاع الصحي ولقد أوردنا مجموعة من هذه الدراسات التي توصلنا إليها كما يلي:

1-الدراسات العربية:

1. دراسة الحيدري 2001 دراسة بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى الراقدين في المستشفى الكندي التعليمي في بغداد :

هدفت هذه الدراسة غالى قياس رضا المرضى الراقدين و تحديد العوامل الأكثر أهمية في المسؤولية في تحقيقه و اثر العوامل الديموغرافية في تباين مستوياته عن المستشفيات العامة ،و قد توصلت الدراسة إلى وجود اتجاه ايجابي في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة و رضا المرضى الراقدين عن كفاية إدارة المستشفى و مستوى الأسعار و الأجور و نظافة المستشفى و مرفقها وإجراءات تنظيم زيارة عوائلهم و سرعة إجراءات الاستقبال و تلقي العلاج و كفاءة خبرة الطبيب المعالج و العاملين وحسب معاملتهم و تمتعهم بالراحة والهدوء .

2. دراسة الهويدي 2009:دراسة بعنوان قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة دراسة تطبيقية بمستشفيات شعبية الزاوية :هدفت الدراسة إلى قياس جودة الخدمات المقدمة في قطاع الصحة بالتطبيق على مستشفيات الزاوية في مدينة طرابلس بليبيا تكونت عينة الدراسة من مائة و أربعين مريضاً و قد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أبرزها :

✓ وجود تدني في مستوى خدمات الاعتمادية من حيث تقديم الخدمة في الوقت الذي يطلبها المريض و بالشكل الصحيح في المرة الأولى.

✓ وجود تدني في مستوى جودة خدمة الاستجابة المقدمة من حيث السرعة تلبية احتياجات المرضى و انخفاض جودة خدمات الأمان الذي يشعر بها المريض أثناء تقديم الخدمة لهم وانخفاض جودة التعاطف مع المريض من حيث إبداء روح الصداقة و الحرص عليه و إشعاره بأهميته و الرغبة في تقديم الخدمة له.

3. دراسة شارف 2018 : هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى اعتماد المؤسسة الصحية على إدارة التغيير لتحسين جودة الخدمة المقدمة بالتطبيق على المؤسسة العمومية الاستشفائية مستشفى احمد بن عجيله بمستشفى الأغواط توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها :

أن هناك اثر لإدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية للمؤسسة محل الدراسة مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين كانت مقبولة أوصت الدراسة بضرورة التعامل الإدارة مع العاملين بايجابية و اهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد المبذول وإيجاد نظام للحوافز لتشجيع العاملين ضرورة الاهتمام بمدى رضا المستفيد من الخدمة المقدمة.

4. دراسة أبو عباس 2010 بعنوان: اثر جودة الرعاية الصحية و الاتصالات على رضا المرضى

هدفت الدراسة إلى الجودة المدركة و رضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية و خاصة في دولة الكويت و التعرف على الدور الذي تلعبه الاتصالات و المعلومات كمتغير وسيط مابين الجودة و الرضا و شملت الدراسة 386 مريضا من المتلقين للعلاج في كل من المستشفى الأمريكي الحكومي و مستشفى السلام الدولي لدولة الكويت ،وقد أظهرت نتائج التحليل عددا من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها ارتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة وكذا رضا المريض في مستشفى السلام الدولي ، قياسا بالمستشفى الأميري الحكومي و وجود اثر دو دلالة إحصائية على كل من رضا المرضى و الاتصالات و المعلومات وكذلك وجود اثر للاتصالات و المعلومات على رضا المرضى ، و أوصى الباحث بضرورة الياء المستشفيات و بصفة خاصة الحكومية منها اهتماما أكثر بالبيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية ، و كذلك الاهتمام بتطوير أداء العاملين وبصفة خاصة ما يتعلق بأسلوب التعامل مع المرضى و مستوى الاستجابة لحاجاتهم و إشعارهم بالتعاطف و الأمان ،وذلك للدور الكبير الذي يلعبونه في تحقيق رضا المرضى المتلقين للعلاج.

5. دراسة (صفاء محمد الهادي الجزائري) دراسة بعنوان :قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة.

حيث تقوم هذه الدراسة على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة المكون من أربعة أبعاد رئيسية هي (الملموسية الاعتمادية الاستجابة الثقة التعاطف) ،فضلا عن استمارة الإستبانة المكونة من 22 متغير فرعي ترتبط بالأبعاد الرئيسية المشار إليها والتي تترجم مظاهر جودة الخدمة و ذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام ،توصلت الدراسة إلى أن هناك ضعف واضح في مستشفى الفيحاء العام ،توصلت الدراسة إلى أن هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسية .

6. دراسة (ريمه أوثن 2017):دراسة بعنوان: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الإستشفائية الجامعية في الشرق الجزائري و مدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة ،و ذلك عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من إصلاحات في المنظومة الصحية ،وذلك عن طريق معرفة اتجاهات المبحوثين من أطباء نحو درجة الملائمة كل من التزام الإدارة العليا ظروف الموارد البشرية الجودة و نظام الاتصال و المعلومات المعتمد في المراكز الاستشفائية الجامعية.

و قد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها إن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين ،رغم أن الإدارة لا توفر ظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية تم تقييم جودة هذه الخيرة على أنها في أدنى مستوياتها و الحاجة إلى تحديث نظام الاتصال و المعلومات الذي أصبح عاجزا عن تحقيق الأهداف المرجوة منه.

7. دراسة (ريمه أوثن و إيمان بن زيان) تحت عنوان :واقع أداء النظام الصحي بالجزائر: دراسة تحليلية الهدف من هذه الدراسة تقييم مستوى الأداء النظام الصحي الجزائري وعرض أهم النتائج التي حققتها في السنوات الأخيرة و كذا أهم نقاط الضعف التي يعاني منها و التي شكلت عراقيل لتحقيق الأهداف المرجوة منه ،حيث توصلت الدراسة إلى انه لا تزال هناك فجوة واسعة تفصل بين الطاقات الكامنة للنظام الصحي الجزائري و بين أدائه الفعلي لذا هناك حاجة لإجراء عدد متزايد من التقييمات الذاتية لأدائه و مقارنته مع البلدان الأخرى ذات الظروف و المستوى المشابه و التي حققت نتائج أفضل و كذا إشراك كافة القطاعات التي تؤثر بصفة غير مباشرة على الصحة بغرض تخطيط وبناء النظام الصحي ووضع البرامج الكفيلة برفع المستوى الصحي و تحسين و تطوير الهياكل الصحية و تأهيل الإمكانيات التقنية لتقديم خدمات صحية ذات مستوى.

8. دراسة(خلود محمد عيسى ابو رحمة2016)بعنوان: تأطير معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين و الباحثين الاجتماعيين: دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية ,

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق في إدراك تأثير اعتماد المستشفيات على جودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين و الباحثين الاجتماعيين، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يقدم وصفا كميا لاتجاهات و مواقف و آراء الأفراد من خلال دراسة عينة منهم ،معتمدا على الاستبانة كأداة رئيسية للدراسة للمستشفيات الحاصلة على الاعتماد الصحي ،حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة إن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي أدى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الأطباء و التمريض و الباحثين الاجتماعيين كما أظهرت الحاجة إلى قياس الجودة من وجهة نظر المرضى.

9 .دراسة: (محمد نور الطاهر و احمد عبد القادر) بعنوان : قياس جودة المستشفيات الحكومية من وجهة المرضى و المراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية بولاية الخرطوم .

تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى و المراجعين، و أجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم وتم اختيار عينة ميسرة من المرضى المنومين و المراجعين ،و استخدام استبانته اشتملت على22 عبرة لقياس مستوى جودة الخدمة فيها ،وتوصلت الدراسة إلى إن هناك إدراكا تاما لدى المرضى المراجعين لمستويات جودة الخدمة الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية، كما بينت أيضا عدم وجود فروقات دلالة إحصائية فيها لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية عند مستوى معنوية اقل من 005تبعاً لمتغيرات ديموغرافية للعينة المتمثلة في النوع و العمر و التعليم و الدخل و المكان والسكن، و أوصت الدراسة بتهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة و المعدات المطلوبة وتوفر الكوادر الطبية و الكوادر المساعدة المؤهلة و توفير التقييم المادي المناسب لها ضمان استمرارها في العمل بها لزرع الثقة و الأمان في نفوس المرضى و المراجعين لها.

10.دراسة: (وفاء علي سلطان2012) : بعنوان :أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين .

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة من خلال قياس أبعاد جودة الخدمة باستخدام استبانته محكمة و مختبرة وتوصلت الدراسة إلى إمكانية توافر أبعاد جودة الخدمة في المستشفيات موضوع الدراسة، كما تولت الدراسة أيضا إلى إن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية في مجال جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية و على ضوء الاستنتاجات صيغة مجموعة من التوصيات منها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية و النظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات.

11. دراسة(نازك عبد الله حامد على 2019)بعنوان:أثر تعامل مع المرضى على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم .

أ- حيث تهدف هذه الدراسة إلى معرفة اثر تعامل مع المرضى على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم واثار العوامل الديموغرافية على العلاقة بين المهارات التعامل مع المرضى و جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم خلصت هذه الدراسة لوجود علاقة ارتباط ايجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى و جودة الخدمات الصحية ،ووجود علاقة تأثير ايجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية ،ووجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية و المدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير الجنس، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى العلية و المدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير

العمر وتبعاً لمتغير المستوى التعليمي يوجد تأثير جزئي للعوامل الديموغرافية على العلاقة بين المهارات التعامل مع المرضى ووجود الخدمة الصحية.

كما وصلت الدراسة أن تقوم الإدارة المؤسسات الصحية بإجراء دورات تدريبية للعاملين في القطاع الصحي فيما يتعلق بتطوير مهارات الاتصال وضرورة إيجاد آلية فعالة من قبل المستشفيات للرد على استفسارات وشكاوى المرضى ،

12.دراسة(عمر ادم علي أبو رءوف سنة2016) بعنوان :أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات بالقطاع الصحي بشكل عام وخدمات التخلص من النفايات الطبية على وجه اخص ،كما هدفت إلى اهم مفاهيم الجودة الشاملة و الوسائل الممكنة لتطبيق هذه المفاهيم على خدمات قطاع الصحي و خدمات التخلص من النفايات الطبية.

حيث توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من بينها:

- إن غالبية أفراد العينة يوافقون على إن القطاع الصحي يتوفر به إدارة الجودة و هيكل تنظيمي و إداري و وظيفية واضحة.
- إن غالبية المبحوثين يوافقون على إن توفر النظام الفعال للعلاقات العامة و الاتصال يساعد في تطوير و تثبيت المعرفة بالمفاهيم والمعايير الضرورية للجودة في القطاع الصحي
- جاء مستشفى الخرطوم التعليمي في المرتبة الأولى من حيث تطبيق مفاهيم الجودة

تاسعا: تقسيمات البحث

لقد تناولنا موضوع الدراسة من خلال ثلاث فصول:

الفصل الأول: و تم تخصيصه لإدارة المعرفة و الذي يحتوي على ثلاث مباحث ، حيث يضم المبحث الأول إدارة المعرفة و تناولنا فيه مفهوم المعرفة ومصادر المعرفة و أنواعها ، أما المبحث الثاني نظم إدارة المعرفة ،و قد تناولنا من خلاله المفهوم وعمليات إدارة المعرفة و فاعليتها و تأثيرات هذه الأخيرة في المنظمة و استراتيجيات إدارة المعرفة ،إما المبحث الثالث فقد تضمن المعوقات والمشاكل التي تواجه إدارة المعرفة .

الفصل الثاني: فقد خصص لجودة الخدمات الصحية وقد قسمناه لمبحثين المبحث الأول وقد تناولنا فيه الخدمات الصحية ،الذي تعرضنا فيه لكل من الخدمات الصحية من حيث المفهوم والخصائص و التصنيفات أنواع و الأسس و الأهمية بالإضافة إلى دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية باعتبار هذا الأخير مورد للرعاية الصحية ،أما المبحث الثاني فقد تناولنا فيه جودة الخدمات الصحية من حيث المفهوم و المكونات و الخصائص و الأبعاد إضافة إلى قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثالث: فقد خصصناه للجانب التطبيقي انطلاقا من لدراسة الميدانية للاستبيان الموزع على أفراد عينة المؤسسات الاستشفائية العمومية و العيادات الخاصة ببلدية القرارم قوقة ولاية ميلة، و الذي تناولنا فيه تحليل الاستبيان بالاعتماد على برنامج SPSS إصدار 25 .

وقد انهينا البحث بخاتمة عامة للموضوع تضم جملة من النتائج و التوصيات إضافة إلى أفاق البحث.

عاشرا:الصعوبات الملازمة أثناء انجاز البحث:

لقد واجهنا في إطار انجاز هذا البحث عدة صعوبات من هامها:

صعوبة إجراء دراسة حالة نتيجة:

- عدم تعاون بعض رؤساء المصالح ببعض المؤسسات الاستشفائية.
- صعوبات متعلقة باستقصاء الموظفين و الزبائن الخارجيين.
- صعوبة الحصول على المعلومات الدقيقة بسبب أزمة فيروس كورونا.

إدارة المعرفة

المبحث الأول: إدارة المعرفة

إن إدارة المعرفة هي أي عملية أو ممارسة لإنشاء المعرفة ، اكتسابها ، النقاطها ، مشاركتها واستخدامها أينما كانت لتعزيز التعلم والتطور في المنظمات (Michael Armstrong 2006p174) ، ومن هذا التعريف يتضح أهمية إدارة المعرفة وأن كل منظمة تحتاج إلى نظام معلومات إداري ومعرفي لاكتساب مزايا تنافسية، ورغم هذه الأهمية لإدارة المعرفة فهي تواجه الكثير من المعوقات والعراقيل والمشكلات أثناء التطبيق وهذا ما سنتطرق له من خلال النقاط التالية:

إدارة المعرفة.

- استراتيجيات إدارة المعرفة.

- المعوقات والمشاكل التي تواجه إدارة المعرفة .

المبحث: إدارة المعرفة

قبل أن نتطرق إلى إدارة المعرفة وما يتعلق بها لابد من التطرق إلى المعرفة.

أولاً: المعرفة

المعرفة متعددة الأوجه ومعقدة كونها تقع ومجردة ضمنية وصريحة موزعة وفردية، جدية وعقلية، نامية وساكنة، لفظية ومشفرة (Michael Armstrong 2006 p175)

والمعرفة هي حصيلة عمل الأشخاص، إذ تتلاقى 3 أنواع من المعرفة ضمنية، صريحة وثقافية لخلق معرفة جديدة التي تؤدي إلى الابتكارات أو القدرات التي توفر إمكانية العمل، يتحول الإجراء المحتمل إلى التزام بالعمل من خلال اتخاذ القرارات في مواجهة المخاطر وعدم اليقين أي أن إنشاء المعرفة هو عملية لبناء القدرات.

يصف Todd المعرفة بأنها: "معرفة الإنسان في أشكاله، الكفاءات والتجارب والخبرات والمهارات والمواهب والحكمة والأفكار والحدس والالتزامات والابتكارات والممارسات والخيال... الأشياء في العقل البشري، المعرفة تكمن في المستخدم وليس في المجموعة"، و يتناقض مع المعرفة والمعلومات التي يصفها بأنها بيانات تم نشرها رسمياً لمعرفة الأشخاص (Mory E.Reynolds 2005 p10)

ويمكن تعريف المعرفة بأنها: الحقائق والمعتقدات ووجهات النظر والمفاهيم والإحكام والتوقعات والمناهج ومعرفة الكيف (Know How) والمعرفة تراكمية تكاملية يتم حفظها لتكون جاهزة لاستخدام لمعالجة المشاكل والمواقف.

والمعرفة هي خليط من تجارب محددة وقيم ومعلومات سياقية وبصيرة نافذة تجسد تجارب ومعلومات جديدة، فالمعرفة ليست موضوعا جديد بقدر ما هي مصطلح جديد لمعنى قديم هو العلم. (د.حسين موسى قاسم البناء، أ.د. نعمة عباس الخفاجي 2014 ص66)

وعلى خلفية المنافسة المتزايدة والتأثير المتزايد للتكنولوجيا الجديدة والتجارة الإلكترونية أصبحت القيمة المضافة التي يمكن للشركة تحقيقها من خلال الاستخدام الفعال لمعرفتها وخبرتها تزداد أهمية (<http://www.dti.gov.uk/>)

1- المعرفة والمعلومات والبيانات: Knowledge, Information and Data

في عالم الأعمال، يحتاج الموظفون إلى البيانات والمعلومات والمعرفة لحل المشكلات وعمليات صنع القرار لإنشاء معرفة جديدة، يأتي الوصول إلى هذه المفاهيم بعدد من الطرق، البيانات والمعلومات والمعرفة مستعدة من القراءة والتحدث مع الزملاء وقواعد البيانات ومن تجربة الأشياء في البيئة وملاحظتها». وليست هناك طريقة واحدة بالضرورة أكثر أهمية من غيرها ولكنها تعتمد على مضمون السيناريو، المهم هو كيف تقوم المنظمات بإنشاء البيانات والمعلومات والمعارف والوصول إليها ومشاركتها واستخدامها، إن المدى الذي يمكن أن يقال بأن المنظم تتسم بالكفاءة هو المدى الذي تطبق فيه البيانات والمعلومات والمعرفة المتاحة، ستكون الخطوة الأخيرة هي الانتقال من المعرفة إلى الحكمة ويمكن التفكير في الحكمة من المعرفة التي تم تطبيقها.

حظيت مهمة تحديد هذه المفاهيم وخاصة المعرفة باهتمام منذ سنوات عديدة في الآونة الأخيرة، تم طرح مسألة الطبيعة الدقيقة للبيانات والمعلومات والمعارف من جديد، ليس فقط في علم المعلومات ولكن في البيئات التنظيمية أيضا، المعرفة أيضا هي مجال متعدد التخصصات وتضم العديد من التخصصات مثل الفلسفة والاقتصاد والإدارة وتكنولوجيا المعلومات والموارد البشرية والذكاء الاصطناعي على سبيل المثال لا الحصر.

توضح المجموعة الواسعة من وجهات النظر والتعريفات المتاحة أن البيانات والمعلومات والمعرفة تستخدم بشكل مختلف تماما، اعتماد على السياق ونية الاستخدام، والمشكلة الأساسية فيما يتعلق بهذه المفاهيم هي أنه يمكن استخدامها بالتبادل أيضا، ويمكن اعتبار المعلومات والمعرفة مرتبطين ارتباطا وثيقا في مراحل تكاملية على طول الطريق نفسه وعلى هذا النحو يؤدي أدوار أساسية في عملية حل المشكلات واتخاذ القرارات.

(Martie Maria Squier 2006 p19)

وقد قام جاكوب نيدلمان الفيلسوف المعاصر بتطوير نموذج من المعرفة مفيد جدا في إدارة المعرفة في سياق العمل، ففي نموذج نيدلمان تشكل درجات الفهم التي يمكننا تمثيلها كطبقات هذه الطبقات من المعرفة هي:

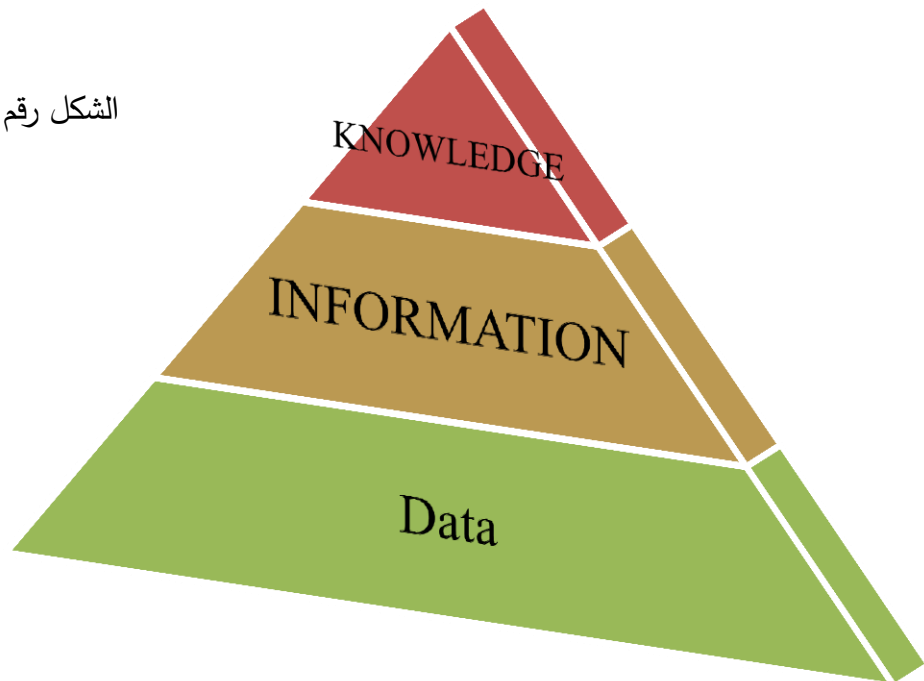
- البيانات Data
- المعلومات Information
- المعرفة knowledge
- الحكمة Wisdom

وعلى الرغم من أنه يمكن عرض هذه المستويات وإدارتها بشكل مستقل، إلا أنها غالباً ما تكون متداخلة ومتراكمة تمتلك فولفو على سبيل المثال مجموعة هائلة من البيانات حول كيفية تأثير التصادم على السيارات والأشخاص الموجودين فيها هذه البيانات يمكن تنظيمها في شروط المعلومات حول التصادمات. والتي تؤدي إلى معرفة قيمة تمكن من بناء سيارات أكثر أمناً وأكثر مقاومة.

وبعد فهم الاختلافات من البيانات والمعلومات والمعارف وكيفية ربطها أمر مهما للغاية لإدارة الأعمال لأصول المعرفة . (Kathleen Foley Curley , Brbara Kivowitz 2001 p223)

والشكل التالي يبين لنا التدرج الهرمي لكل من البيانات والمعلومات والمعرفة:

الشكل رقم (01):هرم المعرفة



Source : Kathleen Foley Curley , Brbara Kivowitz 2001 p223

في هذا الشكل فإن الحكمة مدمجة ضمن المعرفة.

وتكون المعرفة داخلية للإنسان وبالتالي ذاتية في حين تظل المعلومات والبيانات خارجية وموضوعية» (Martie Maria Squier 2006 p22)، هذا ويمكن اعتبار المعلومات والمعرفة والحكمة ككل متواصل يتبع كل منها الآخر ودرجة مشاركة الإنسان تقسم المفاهيم، ومع ذلك توجد علاقة تكافلية بين المعلومات والمعرفة، يمكن العثور على دليل على هذه العلاقة في نموذج SECI Nonoka و Takeuchi بصرف النظر عما إذا كانت البيانات والمعلومات والمعرفة ينظر إليها على أنها علاقة مستمرة كاملة أم علاقة تكافلية التالية تلخص لنا مفهوم البيانات والمعلومات والمعرفة.

- **البيانات:** هي الحروف والأرقام والخطوط والرموز المستخدمة لتمثيل الأحداث وحالتها، منظمة وفقا لقواعد الاتفاقات الرسمية.
- **المعلومات:** الحالة المعرفية للوعي (كما يتم إعلامها) الممنوحة في شكل مادي (بيانات) هذه المادية إعادة عملية المعرفة.
- **المعرفة:** هي الحالة المعرفية التي تفوق الوعي. تنطوي المعرفة على المشاركة والفهم والقدرة على توسيع مستوى الفهم لمواجهة حالات الحياة الطارئة، يمكن أن تشير المعرفة أيضا إلى السجل المنظم للتجربة البشرية الممنوحة للتمثيل البدني المادي (تقارير الكتب) (Martie Maria Squier 2006 p23)

2- مصادر المعرفة

عرف (Saffady 2000 p4-5) مصدر المعرفة بأنه ذلك المصدر الذي يحوي أو يجمع المعرفة وأكد ان الذكاء والتعلم والخبرة أمور تحدد حدود المعرفة للأفراد، وقديما أشار أريستو إلى الحس كمصدر للمعرفة، ولا بد من الإشارة إلى أهم مصادر المعرفة والتي تقسم إلى مصدرين رئيسيين:

أ- المصادر الخارجية: وهي تلك المصادر التي تظهر في بيئة منظمة المحيطة والتي تتوقف على نوع العلاقة مع المنظمات الأخرى الرائدة في الميدان أو الانتساب إلى التجمعات التي تعمل عليها عملية استنساخ المعرفة، ومن أمثلة هذه المصادر المكتبات والانترنت وملاحظات لوتس. والقطاع الذي تعمل فيه المنظمة والمنافسون لها والموردون والزبائن والجامعات ومراكز البحث العلمي وبراءات الاختراعات الخارجية. (د.صلاح الدين الكبيسي 2005 ص20)

ب- المصادر الداخلية: تتمثل المصادر الداخلية في خبرات أفراد المنظمة المتراكمة حول مختلف الموضوعات وقدرتها على الاستفادة من تعلم الأفراد والجماعات المنظمة ككل وعملياتها والتكنولوجيا المتعددة، ومن الأمثلة على المصادر الداخلية: الإستراتيجية والمؤتمرات الداخلية، المكتبات والعقل والخبرة والمهارة، أو من خلال التعلم بالعمل والبحوث وبراءات الاختراع الداخلية. (د.صلاح الدين الكبيسي 2005 ص22)

3-أنواع المعرفة:

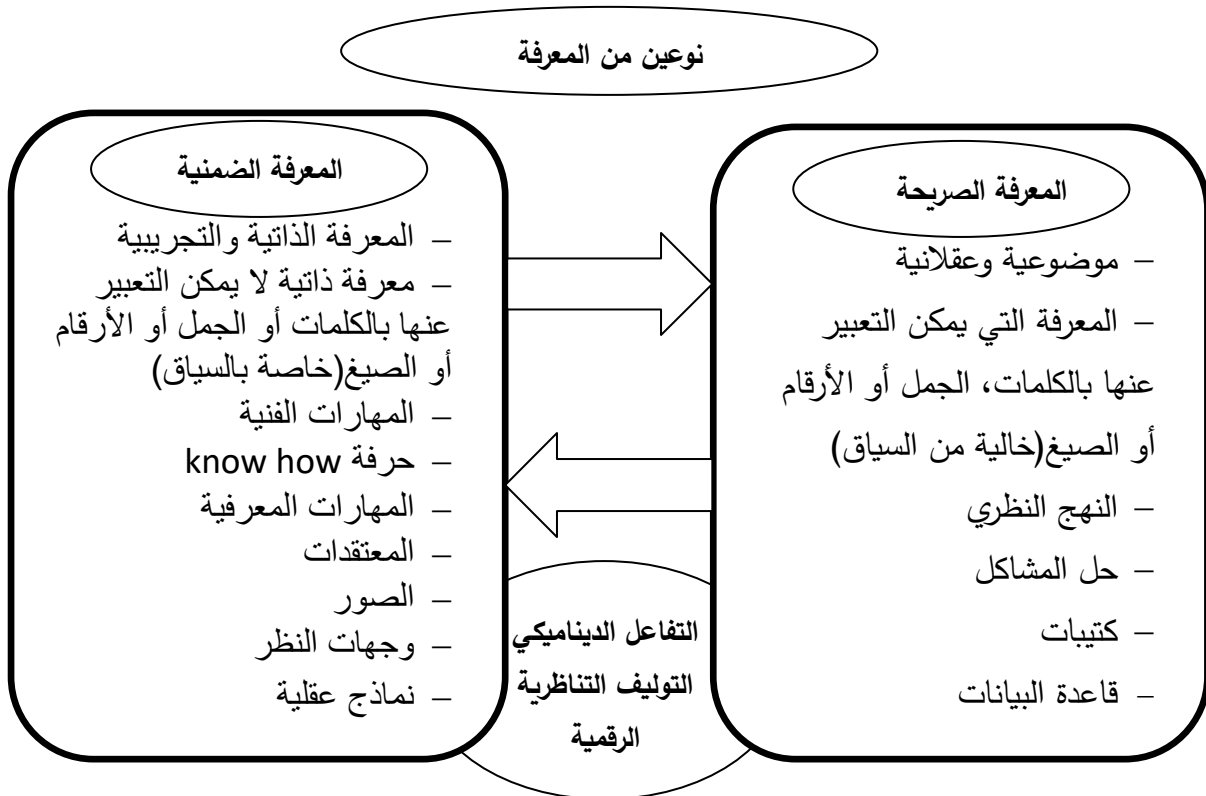
يمكن تصنيف المعرفة حسب المستويات الثلاثة التالية:

أ-المعرفة الجوهرية(Core Knowledge): وهي النطاق الأدبي من المعرفة والذي يكون مطلوباً من أجل الدخول في الصناعة بشكل أساسي ولكنه لا يضمن للمنظمة قابلية البقاء والتنافسية للأمد البعيد ولكن لابد من توافرها للدخول أصلاً للسوق وتكون مثل هذا المعارف سمة يحتفظ بها أصحاب الصناعة نفسها دون غيرهم.

ب-المعرفة المتقدمة(Advanced Knowledge): وهي نطاق المعرفة الذي يعطي المنظمة القابلية للبقاء والتنافسية حيث أن المنظمة تكون قادرة بذلك المستوى من المعرفة على تحقيق ميزة تنافسية تمايزها عن الآخرين في السوق.

ج-المعرفة الابتكارية(Innovation Knowledge): وهي ذلك المستوى المتطور من المعرفة الذي يعطي المنظمة سمة القدرة على قيادة الصناعة والتفوق على المنافسين بفضل ابتكار المعرفة متجاوزة الممارسات التقليدية في السوق.(د،حسن موسى قاسم البنا.أ.د.نعمة عباس الخفاجي 2014 ص 76) ومن التصنيفات المهمة للمعرفة أيضاً تصنيفها إلى معرفة ضمنية ومعرفة صريحة حسب الشكل التالي:

شكل رقم (02) يبين المعرفة الضمنية و المعرفة الصريحة



Source: Dr.serfin D.Talisayon.Manila.philippines 2007 p10.

1- المعرفة الصريحة Explicit Knowledge: هي وثائق وقواعد البيانات و المعلومات المستخدمة لإدارة الشركة بكفاءة ,يمكن أن يكون مصدر للعديد من الأفكار والابتكارات ومن السهل المشاركة عن طريق الأشكال الشائعة للاتصالات وتكنولوجيا المعلومات.

2- المعرفة الضمنية Tacit Knowledge: من الصعب تحديدها بوضوح لأنه يتم مشاركتها شفويا بشكل أساسي,كلم زادت خيرتنا,زادت المعرفة الضمنية التي تمتلكها الشركة وموظفوها,و الاتصالات وجها لوجه والعمل الجماعي هي أفضل طريقة لتطوير ومشاركة هذه المعرفة (Marta Masur and others 2014 p53)

4-التفاعل بين المعرفة الصريحة و الضمنية :

يمكن أن تصبح المعرفة الشخصية معرفة تنظيمية من خلال التفاعل الديناميكي بين المعرفة الضمنية والمعرفة الصريحة.هذه العملية الديناميكية هي جوهر خلق المعرفة المنظمة، يؤدي التفاعل بين نوعي المعرفة إلى ما يسمى أنماط تحويل المعرفة الأربعة. تعتمد عملية تكوين المعرفة على حركة دوامة مزدوجة بين المعرفة الضمنية والمعرفة الصريحة (Filemon A. Uriarte ,JR 2008 p7)

5-الطرق الأربعة لتحويل المعرفة:

التنشئة الاجتماعية(من المعرفة الضمنية الفردية لتجميع المعرفة الضمنية) و الاستيعاب الخارجي(من المعرفة الضمنية إلى المعرفة الصريحة) والمزج(من المعرفة الصريحة المنفصلة إلى المعرفة الصريحة الشاملة) والاستيعاب الداخلي(من المعرفة الصريحة إلى المعرفة الضمنية) (Filemon A. Uriarte ,JR 2008 p7)

الشكل رقم(03): التفاعل بين المعرفة الضمنية والصريحة.

	Tacit knowledge	to	explicit knowledge
Tacit knowledge from	Socialisation التنشئة الاجتماعية		Externatisation الاستيعاب الخارجي
Explicit knowledge	Internationalisation الاستيعاب الداخلية		Combination المزج

SOURCE:Marta Masur and others 2014 p48

ثانيا: إدارة المعرفة:

بعدها تطرقنا في الصفحات السابقة إلى المعرفة نتناول في هذه الصفحات إدارة المعرفة حيث عرف jennex إدارة المعرفة بأنها الممارسة المتمثلة في تطبيق المعرفة بشكل اتقائي في التجارب السابقة في وضع القرار لتقليص أنشطة صنع القرار في المستقبل بهدف واضح هو تحسين فعالية المنظمة وأيضاً نظر jennex إلى نظام إدارة المعرفة باعتباره النظام الذي تم إنشاؤه لتسهيل النقاط المعرفة وتخزينها واستعادتها وإعادة استخراجها هذا التصور لإدارة المعرفة هو أنها تجمع بشكل كلي بين الحلول التنظيمية والتقنية لتحقيق أهداف الاحتفاظ بالمعرفة وإعادة استخدامها من أجل الالتزام في الوقت المناسب لرصد عملية اتخاذ القرارات التنظيمية والفردية وهذه وجهة نظر churchman لإدارة المعرفة تسمح باتخاذ أي شكل ضروري لتحقيق هذه الأهداف بالنسبة إلى بعض المؤسسات، قد يعني هذا أن نظام إدارة الملفات هو في الأساس نظام لإدارة الوثائق، ومع ذلك كمجتمع لا نريد أن ينظر إلى إدارة المعرفة على أنها تقنية لإدارة المستندات أيضاً في بعض المنظمات يمكن استخدام إدارة المعرفة فقط لإدارة المعرفة غير المنظمة قد يلي هذا احتياجات التنظيمات مرة أخرى، فإن مجتمع إدارة المعرفة غير متاح لقبول أن إدارة المعرفة يتعامل مع المعرفة غير المنظمة فقط وهناك تعريف رئيسي لإدارة المعرفة يشمل holsapple و joshi اللذان يعتبران إدارة المعرفة كجهود منهجية ومدروسة لتوسيع زراعة وتطبيق المعرفة المتوفرة بطرق تضيف قيمة إلى الكيان بمعنى النتائج الإيجابية في تحقيق أهدافه fulhkling أو الغرض منه قد يكون نطاق الكيان فردياً أو تنظيمياً أو منظماً أو وطنياً وما إلى ذلك.

أخيراً خلص alvi و leidner في عملهما الأساسي إلى أن إدارة المعرفة تنطوي على عمليات متميزة ولكنها مترابطة لإنشاء المعرفة، تخزينها، استرجاعها، نقلها وتطبيقه، (Murray E.jennex 2007) (p4) وإدارة المعرفة هي ببساطة عملية منهجية لإنشاء مؤسسة ورعايتها لتحقيق أفضل استخدام للمعرفة لإنشاء قيمة أعمال وخلق ميزة تنافسية في كل مكان ننظر إليه اليوم تسيطر المعرفة على المشهد الاقتصادي يبدو في بعض الأحيان أن الجميع يشارك في أعمال المعرفة (how to implement knowledge management in your company 2003) وتعرف جمعية مسؤولي الصحة في الدولة والإقليم (ASTHO إدارة المعرفة على أنها مقارنة منظمة أو مجتمع مخطط له لجمع وتقييم الفهرسة والتميز والمشاركة وتحسين وتوليد القيمة من أصولها الفكرية والقائمة على المعلومات. (ASTHO 2005 p8)

وفيما يلي بعض التعاريف المختصرة:

حيث عرف Jeremy waytt إدارة المعرفة العادية على أنها «إدارة المعرفة العيادية (clinical.k) تعني تعزيز تحديد ونشر الوعي وتطبيق نتائج البحوث ذات الصلة بالممارسة العادية في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية» (NHS 2005 p6)

أما IBM فيعرفها على أنها قوة، ولهذا السبب «أما شركة فتعرفها إدارة المعرفة بأنها لا تتعلق بالبيانات بل تتعلق بإيصال المعلومات المناسبة إلى الأشخاص المناسبين في الوقت المناسب لكي تؤثر على الحد الأدنى».

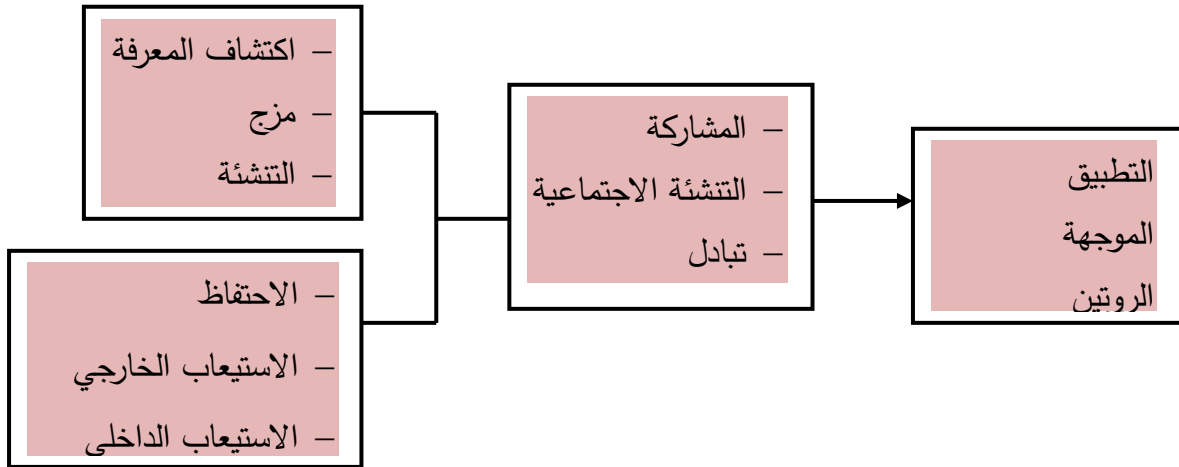
(NHS 2005 p8)

وحتى نفهم إدارة المعرفة بشكل جيد لابد من معرفة عمليات إدارة المعرفة.

1-عمليات إدارة المعرفة knowledge Management processes :

تتمثل عمليات إدارة المعرفة بشكل أساسي في العمليات التالية كما يوضحها الشكل:

الشكل رقم(04):عمليات إدارة المعرفة



Source : Irma Becerra-Fernandez , Rajiv Sabherwal 2010 p57.

- اكتشاف المعرفة knowledge discovery :

اكتشاف المعرفة هو مطور للمعرفة الضمنية أو الصريحة الجديدة من البيانات والمعلومات أو من توليف المعرفة السابقة، يعتمد اكتشاف المعرفة الجديدة الواضحة بشكل مباشر على الجميع، في حين يعتمد اكتشاف المعرفة الضمنية الجديدة بشكل مباشر على التنشئة الاجتماعية ، وفي كلتا الحالتين يتم اكتشاف معرفة واضحة من منطقتين يتم تجميعها من خلال الجمع ومعرفة ضمنية من مجالين يتم تجميعها من خلال التنشئة الاجتماعية.(Irma Becerra-Fernandez , Ragiv Sabeherwel 2010p57)

- **المزج combination**: يتم اكتشاف المعرفة الجديدة الواضحة من خلال الجمع، حيث يتم تجميع العناصر المتعددة للمعرفة الصريحة (و/أو البيانات و/أو المعلومات) لإنشاء مجموعات جديدة أكثر تعقيد من المعرفة الواضحة من خلال التواصل والتكامل من تيارات متعددة من المعرفة الصريحة، يتم إنشاء معرفة جديدة صريحة إما بشكل تدريجي أو جذري.

يتم إعادة تصنيف المعرفة والبيانات والمعلومات الصريحة الحالية وإعادة تصنيفها لإنتاج معرفة جديدة واضحة، على سبيل المثال عند إنشاء اقتراح جديد للعميل يتم دمج البيانات والمعلومات والمعرفة الصريحة من المقترحات السابقة في الاقتراح الجديد، أيضا قد يستخدم تقنيات لاستخراج البيانات لكشف عن علامات جديدة بين البيانات الواضحة التي قد تؤدي إلى إنشاء علامات تنبؤية أو تصنيفية تخلق معرفة جديدة.

- **التنشئة الاجتماعية socialisation**: في حالة المعرفة الضمنية يحدث تكامل تيارات متعددة لإنشاء معرفة جديدة من خلال آلية التنشئة الاجتماعية (Irma Becerra-Fernandez , Ragiv Sabeherwel 2010p57)

- **امتلاك المعرفة knowledge capture**: تظهر المعرفة وكما سبق القول مع الأفراد والجماعات ومن التطبيقات والتكنولوجيات المختلفة بالإضافة إلى الكيانات الإدارية المختلفة المستويات مثل الوحدات الإدارية والمنظمات والشبكات داخل المنظمات، كما أن المعرفة يمكن أن تكون ضمنية ومصريح بها كما وفي كثير من الأحيان تكون المعرفة مستقرة في أذهان الأفراد ومن دونها لا يستطيع الأفراد امتلاك القدرة على تشخيصها ومشاركة الآخرين بها، كما وأن المعرفة يمكن أن تستقر أيضا في الأشكال المختلفة لتصريح بها Explicit form في المشاركة الفردية (الأدلة) إلا أن القليل من الأفراد الذين من الممكن أن يخشوا التصريح بها، وعليه فمن الضروري امتلاك المعرفة knowledge capture التي من الممكن تعريفها على أنها استرجاع المعرفة بنوعها الضمنية والمصرح بها والتي تكون عادة مستقرة في أذهان الأفراد ومعهم وكذلك في التطبيقات المختلفة والكيانات الإدارية داخل المنظمة كما ومن الممكن أن تستقر المعرفة المصريح بها خارج حدود المنظمة مما في ذلك المستشارون والمنافسون والزبائن والموردون والأفراد العاملون قبل مجيئهم للمنظمة.

وتأتي عملية امتلاك المعرفة مباشرة من نوعين من العمليات الفرعية لإدارة المعرفة وهما الاستيعاب الخارجي و الاستيعاب الداخلي (Externalisation and internalisation) (أ.د. عيد الستار العلي وآخرون 2009 ص296)

- **مشاركة المعرفة sharing knowledge**: مشاركة (تبادل) المعرفة هو العملية التي يتم من خلالها نقل المعرفة الصريحة أو الضمنية إلى أفراد آخرين وهنا نوضح 3 توضيحات مهمة على الترتيب:

1- تقاسم المعرفة يعني النقل الفعال، حيث يستطيع متلقي المعرفة فهمه جيدا بما يكفي للعمل عليه.

2- ما يتم تقاسمه هو المعرفة بدلا من التوصيات القائمة على المعرفة. الأول ينطوي على المعرفة المشتركة بالإضافة إلى القدرة على اتخاذ إجراء بناء عليها، في حين أن الأخيرة ينطوي ببساطة على استخدام المعرفة دون أن يقوم المتلقي باستيعاب المعرفة المشتركة.

3- قد يتم تبادل المعرفة بين الأفراد وكذلك عبر المجموعات أو الإدارات أو المنظمات، إذا كانت المعرفة موجودة في موقع مختلف عن المكان الذي تكون هناك حاجة إليه، فإما مشاركة المعرفة أو استخدامها دون مشاركة ضرورية، من الواضح أن مشاركة المعرفة هي عملية مهمة في تعزيز الإبداع التنظيمي والأداء التنظيمي. (Irma Becerra-Fernandez , Ragiv Sabeherwel 2010p60)

فبالاعتماد على ما إذا كانت المعرفة الصريحة أو الضمنية قيد التبادل، يتم استخدام عمليات التبادل أو التنشئة الاجتماعية، إن التنشئة الاجتماعية التي ناقشناها أعلاه تسهل تبادل المعرفة الضمنية في الحالات التي يتم فيها إنشاء معرفة ضمنية جديدة وكذلك عندما يتم إنشائها لا يوجد فرق جوهري بين عملية التنشئة الاجتماعية عند استخدامها لاكتشاف المعرفة أو تبادل المعرفة على الرغم من أن الطريقة التي يمكن أن تستخدم بها العملية، قد تكون مختلفة على سبيل المثال عند استخدامها لتبادل المعرفة، فإن اجتماعا وجها لوجه (آلية تسهل التنشئة الاجتماعية) يمكن أن يشتمل على جلسة أسئلة وأجوبة بين مرسل المعرفة ومستلمها، في حين يتم استخدامها في تكوين المعرفة يمكن أن يتخذ الاجتماع المباشر وجها لوجه شكل نقائص أو حل مشترك للمشاكل، على عكس التنشئة الاجتماعية ويركز على تبادل المعرفة الواضحة يتم استخدامه للتواصل أو نقل المعرفة الصريحة بين مجموعات الأفراد والمنظمات، ولا تختلف عملية تبادل المعرفة الصريحة بطبيعتها الأساسية عن العملية التي يتم من خلالها توصيل المعلومات ، مثال على التبادل هو دليل تصميم المنتج الذي يتم نقله من قبل موظف إلى آخر، ويمكنه بعد ذلك استخدام المعرفة الصريحة الموجودة في الدليل ويمكن أيضا استخدام تبادل مستند لنقل المعلومات (Irma Becerra-Fernandez , Ragiv Sabeherwel 2010 p60)

تطبيق المعرفة knowledge application : يتوجب توجيه المساهمة المعرفية المباشرة نحو تحسين الأداء المؤسسي في حالات صنع القرار و الأداء الوظيفي، فمن الطبيعي أن تكون عملية تطبيق المعرفة مستندة على المعرفة المتاحة و أن (الرسالة أو الخطاب) يستند على عمليات اكتشاف المعرفة و امتلاكها وكذلك خزنها.

و الانتقال من المعرفة يعود إلى نوعين من العمليات التي ليست لها علاقة مع الانتقال الفعلي للمعرفة أو تبادلها مابين الأفراد ذوو العلاقة وهاتان العمليتان هما: الموجهة أو المباشرة و الروتينية.

الموجهة أو المباشرة Direction وتعني العملية التي يقوم الأفراد بالمعالجة المعرفة مباشرة نحو الفعل للفرد الآخر من دون انتقال المعرفة إلى ذلك الشخص الذي وجهت إليه المعرفة.

أما الروتينية Routines فتعني الانتفاع من المعرفة التي يمكن الحصول عليها من التعليمات والأنظمة و القواعد والنماذج التي توجه إلى الآخرين نحو السلوك المستقبلي. و تتركز اقتصاديات العملية الروتينية للمعرفة على الاتصالات أكثر مما تتركز على التوجيهات لأن مثل هذه المعرفة موجودة في أدلة العمل Working Manuals وفي التكنولوجيا. (أ.د عبد الستار العلي وآخرون 2009 ص296).

أخيرا يجب تطبيق المعرفة وهذا يعني تطبيق المعرفة الصحيحة للمهمة الصحيحة في المكان المناسب وفي الوقت المناسب. (Marta Masur and others 2014 p12)

-فاعلية عمليات إدارة المعرفة:

يعتبر مفهوم فاعلية عمليات إدارة المعرفة عن التطبيق الناجح لعمليات إدارة المعرفة بشكل يؤدي إلى تحقيق الهدف الذي صممت من أجله، كما أن فاعلية عمليات إدارة المعرفة هي القدرة على تحقيق رضا أصحاب المصالح المتمثلة بتوليد قيمة مضافة من الأصلي المنظمي أي المعرفة وهي القدرة على تحقيق أقصى النتائج والخدمات باستخدام الموارد المعرفية المتاحة للمنظمة أحسن استخدام ممكن، وتركز على الكيفية التي تحقق أهدافها المتمثلة بتوليد قيمة مضافة وحل مشكلات بكلفة ووقت وجهد اقل، وتشكيل رافعة معرفية منظميه تزيد من قيمة أصول المنظمة بفضل رفع قيمة أصل المعرفة لديها، وبما أن الفعالية تعتبر عن درجة إنجاز ما تم تخطيطه من أهداف، فإنه يصعب فهمها بعيدا عن الأهداف التي تمثل الحالة المرغوب فيها والتي تسعى الإدارة إلى تحقيقها مستقبلا ويمكن تقييم مؤشرات الفعالية عموما إلى 3 أنواع:

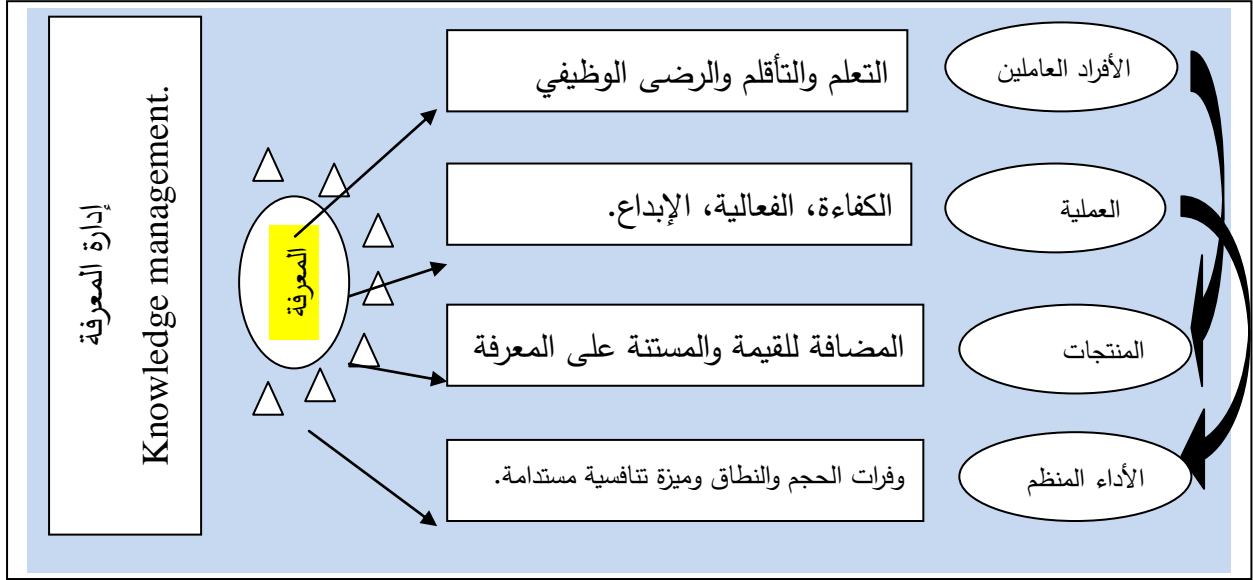
- 1- مؤشرات المخرجات حيث يكون التركيز على خصائص المنتج النهائي.
- 2- مؤشرات العمليات والتي تركز على جودة وكمية الأنشطة التي تؤدي من أجل إنجاز المخرجات.
- 3- مؤشرات هيكلية حيث يتم تقييم قدرة وحدة الأعمال الإستراتيجية على إنجاز الأداء الفعال. (د.حسين موسى قاسم البنا، ا.د نعيمة عباس الخفاجي 2014 ص87)

3-التأثيرات المنظمة لإدارة المعرفة Organisational effects of knowledge management :

يدفع الاستثمار في المعرفة بالمنظمات لتحقيق أعلى المستويات من الأداء في بيئتها وهنا تؤثر إدارة المعرفة المستندة إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أداء المنظمات من خلال 4مستويات هي: الأفراد والعمليات والمنتجات والأداء المنظمي ككل، إذ يمكن لعمليات إدارة المعرفة أن تؤثر على المنظمات في هذه المستويات الأربع من خلال إسهامين هما: أولا: تساعد عمليات إدارة المعرفة في توليد المعرفة، والتي تساهم في تحسين أداء المنظمات عبر المستويات الأربع سابقة الذكر ، وثانيا: تسبب عمليات إدارة المعرفة على تحسينات مباشرة وفقا للمستويات الأربعة. (عامر عبد الرزاق الناصر 2015 ص57)

والشكل التالي يبين هذا التأثير:

الشكل رقم(05): تأثير عمليات إدارة المعرفة على المنظمة



المصدر: عامر عبد الرزاق الناصر 2015 ص58

المصدر: (د.عامر عبد الرزاق الناصر 2015 ص58)

يُصور الشكل التأثيرات المترتبة لإدارة المعرفة على المستويات الأربعة ويدل على مدى تأثير إدارة المعرفة على كل مستوى الذي يؤثر بدوره على المستويات الأخرى، تم تنظيم هذه المستويات من خلال دراسة مشتركة لشركة (international data corporation) ومجلة إدارة المعرفة، والتي قام بإجرائها (dyer and Mc Donough) في أيار 2001 تحت عنوان (The state of KM) وحيث ناقشا ثلاث أسباب رئيسية التي دفعت هذه المنظمات لتبني إدارة المعرفة منها تحسين الأداء المنظم والحفاظ على خبرة الأفراد العاملين وتعزيز رضا الزبون لمنتجات المنظمة فضلا عن زيادة الأرباح والعوائد. (د.عامر عبد الرزاق الناصر 2015 ص58)

- الأفراد peoples: يمكن أن تؤثر إدارة المعرفة على وظائف أخصائيي التحاطب في العديد من الولايات أولا وقبل كل شيء يمكن أن يتعثر تعلمهم (من بعضنا البعض كما نحن من مصادر خارجية) هذا التعلم من

قبل الموظفين الأفراد يتيح له أن ينمو باستمرار ويتغير استجابة للسوق والتكنولوجيا، إدارة المعرفة تؤدي أيضا إلى زيادة فرص التوظيف وزيادة رضاهم عن العمل، هذا يرجع إلى حد كبير إلى قدر مهم غير المعقولة على التعرف على حلول لمشاكل العمل التي عملت في الماضي وكذلك تلك الخبرات التي لم تنجح.

(Irma Becerra-Fernandez , Ragiv Sabeherwel2015p75)

- **العمليات processes:** تمكن إدارة المعرفة من إجراء التحسينات في العمليات التنظيمية كالتسويق والتصنيع، إذ يمكن ملاحظة هذه التأثيرات من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية هي الفاعلية: إنجاز العمليات الأكثر ملائمة وضع القرارات على أفضل وجه، والكفاءة: إنجاز العمليات بسرعة وبطريقة منخفضة، التكلفة والإبداع: إنجاز العمليات بطريقة خلاقة والتي تحسن الكفاءة الفاعلية. تحسن إدارة المعرفة، الجوانب المترابطة السابقة للعمليات التنظيمية من خلال عدة وسائل بما في ذلك استخراج المعرفة وأفضل الأفكار عبر عمليتي التبادل والتنشئة الاجتماعية وتوفير الحلول العملية من خلال التوجيهات والإجراءات الواجب اتخاذها لحل المشكلات التي تواجه الأفراد العاملين في أداء مهامهم الوظيفية. (د. عبد الرزاق الناصر 2015 ص61)

- **المنتجات products:** تؤثر أيضا إدارة المعرفة على المنتجات والمخرجات المختلفة التي تقدمها المنظمة وخاصة في سوق المنافسة الحادة، ويمكن مشاهدة هذه الآثار في محورين هما: المنتجات ذات القيمة المضافة value-added product والمنتجات المستندة على المعرفة knowledge-based product هذا مع العلم بأن الآثار على هذه الأبعاد تأتي أيضا من خلال المعرفة أو مباشرة من إدارة المعرفة. (عبد الستار العلي وآخرون 2009 ص281)

أ- أثر إدارة المعرفة على المنتجات ذات القيمة المضافة:

تساعد عمليات إدارة المعرفة المنظمات على تقديم المنتجات الجديدة وكذلك تحسين المنتجات القائمة في تحقيق قيمة مضافة عالية مقارنة مع المنتجات السابقة، وخير مثال على ذلك تطبيقات شركة فورد لإنتاج السيارات حيث تطلب الإدارة العليا لهذه الشركة العملاقة سنويا من المديرين العاملين فيها تحقيق التحسينات بنسبة تتراوح ما بين (5-7%) على المعايير الأساسية لمنتجاتهم مثل التحسينات على المخرجات ومواصفاتها أو معدلات استهلاك الوقود وغيرها. وبالمقابل بتوجيه المديرين لغرض تحقيق مثل هذه المؤثرات يتوجهون إلى نتائج أفضل التطبيقات السابقة والموجودة في قاعدة البيانات بحثا عن المعرفة التي يمكن أن تساعدهم في تحقيق هذه المؤثرات وتنتفع أيضا المنتجات ذات القيمة المضافة من إدارة المعرفة من الجهود المبذولة في عمليات الابتكار داخل المنظمة.

ب- أثر إدارة المعرفة على المنتجات المستندة على المعرفة:

يمكن أيضا أن تساعد إدارة المعرفة تطوير المنتجات المستندة على المعرفة من خلال قواعد المعرفة التي تمتلكها الشركات الاستشارية والمتخصصة في تطوير صناعة المبرمجيات، كما وأن المنتجات المستندة على المعرفة تساعد أيضا في بعض الأحيان من أن تلعب دورا مهما في الشركات الإنتاجية التقليدية، مثلا شركة matsushita اليابانية قد طورت ماكينة عجن الخبز ذات الأتمتة العالية. ولتحقيق هذا الإنجاز فقد طورت

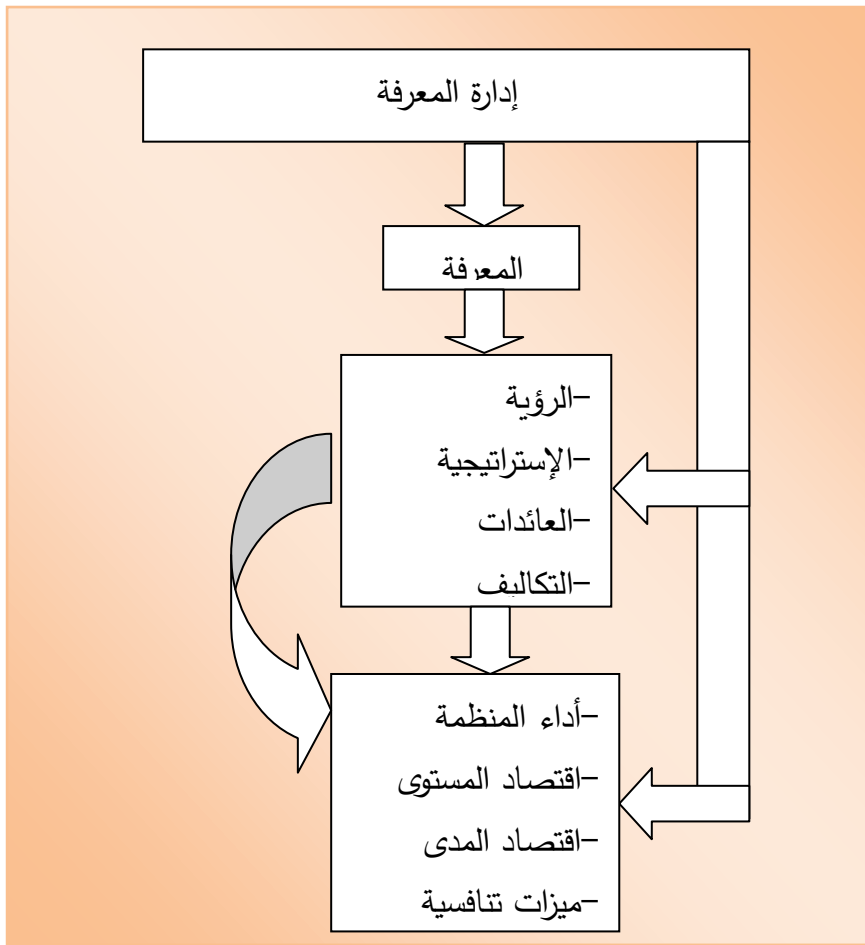
الشركة أولاً آلة لعجن الرئيسية ومن ثم دراسة وتطبيق لمختلف أساليب إنتاج الخبر ومن ثمة إدخال هذه الأساليب ضمن برمجيات وظائف ماكينات العجن. (عبد الستار العلي وآخرون 2009 ص282)

- الأداء **performance**: إن الإدارة السلمية للمعرفة تعمل على تحسين أداء المنظمة سواء أكانت عامة أو خاصة (Dr.Abdul ghafoor Awan 2015 p5)

وإدارة المعرفة تعنى بتحديد المعلومات ذات القيمة والاستفادة منها وفهم الموجودات المعرفية للمنظمة وأصول استغلالها وإدارة المعرفة تشكل أساساً لبقاء المنظمات وتفوقها وتميزها لتأثيرها على الأداء (أ.د سليمان الفارس 2010 ص59)

فمن الممكن تحسين إدارة المعرفة من الأرباح بعيدة المدى من إضافة قيمة فقط للشركة في الوقت الحالي حيث أن إدارة المعرفة تؤثر على أداء المنظمة بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة. (د. خضر مصباح إسماعيل) ويبين الشكل التالي تأثير إدارة المعرفة على أداء المنظمة.

الشكل رقم(06):كيف تؤثر إدارة المعرفة على أداء المنظمة



المصدر: خضر مصباح إسماعيل الطيبي 2010 ص126.

المبحث الثاني: إستراتيجيات إدارة المعرفة knowledge management strayingies

وفقا لمايكل بورتر في مقال نشر في مجلة Harvard 1996 وفي كتابه الذي نشر عام 1986 "الإستراتيجية التنافسية" يجادل بورتر بأن الإستراتيجية التنافسية هي أن "تكون مختلف" ويضيف هذا يعني اختيار مجموعة من الأنشطة عن عمد لتقديم مزيج فريد من القيمة وباختصار يجادل بورتر بأن الإستراتيجية تدور حول وضع تنافسي، حول تمييز نفسك في وجهة نظر العميل حول إضافة قيمة من خلال مزج من الأنشطة المختلفة عن تلك المستخدمة من قبل المنافسين. (Fred Nickolas 2016 p4)

ويمكن أن تكون الإستراتيجية فن كما هي علم وذلك أثناء تطبيقها وممارستها علميا، في الاشتقاق الروسي وبشكل دقيق هناك تمييز مثلا في المجال العسكري بين النظرية العسكرية والعمل العسكري "كل قطاع وكل مستوى في الحقل العسكري له هذين الجانبين النظري والعلمي"، إن كل نشاط أو فعل يكون معادا من خلال القوانين والمبادئ والطرق، وهذا الفعل أو النشاط يقام أولا من خلال النظرية، ثم يأتي الفعل والممارسة ليزيد من غنى النظرية، إذ أن في التخطيط الإستراتيجي لا بد من معرفة الكثير نظريا من أجل الحصول على القليل علميا.

إنها حقيقة أبدى يقول الإستراتيجي الصيني "sum zi": "إن الأكثر تمييزا من القادة بيننا هم هؤلاء الأكثر حكمة والأكثر استشرافا ورؤية" (د.صلاح نبوف ص6)

ويتباين الباحثون والمؤلفون في حقل الإدارة الإستراتيجية في تعريفهم للإستراتيجية باختلاف المداخل التي تناولوا بها تعريف الإستراتيجية بأنها خطط النشاط وتخصيص الموارد الضرورية لإنجاز أهداف المنظمة طويلة الأمد أو أنها نتاج اتفاق جماعات التحالف المسيطرة في المنظمة من التفاعل بين متغيرات سياسية (كمصدر قوتها وطموحاتها وقيمتها وتفاوضها) وإدراكها لبيئة المنظمة الخارجية المتصفة بالديناميكية وندرة الموارد. (د.عبد الفتاح جاسم زعلان 2017-2018 ص1)

1-تعريف إستراتيجية إدارة المعرفة: هي وصف مستوى المشروع أو الخدمة أو إجراءات مستوى العمل التي سيتم اتخاذها لتطوير المعرفة أو استيرادها أو تصديرها (Dr.Mohemmed Ali Akour and others 2012 p147) وتعتمد إستراتيجية إدارة المعرفة على ثلاثة عناصر: بنية المعرفة، البنية التحتية التقنية و تبادل المعرفة وثقافة التعلم. (Dr.Mohemmed Ali and authers 2014 p147)

ففي عصر المعرفة اليوم تعد إستراتيجية إدارة المعرفة واحدة من أفضل الطرق لدفع أداء العمل وتحسين أداء الشركة، ومع ذلك فإن اعتماد وتنفيذ إستراتيجية إدارة المعرفة في الممارسة العملية ليس بهذه السهولة إلى الأمام بسبب العديد من العوامل الداخلية والخارجية المختلفة للشركة، من ناحية أخرى فإن إختيار إستراتيجية إدارة المعرفة أمر مهم لتنفيذها. (Alex Hou Hong Ng and others 2012 p210).

2- أهمية إستراتيجية إدارة المعرفة :

تبرز أهمية إستراتيجية إدارة المعرفة بما تعكسه تلك الإستراتيجيات من دور فاعل في الإستراتيجية التنافسية للمنظمة وكيفية تحقيق استجابة أعلى لاحتياجات المستفيدين، وتسعى المؤسسة عند تبنيها لإستراتيجيات إدارة المعرفة إلى تسهيل استعمال الموجودات المعرفية. واكتساب وتقاسم المعرفة لدى العاملين فيها والمتعاملين معها ومن ثمة توثيقها للحفاظ عليها، وقد تناولتا عدة دراسات أهمية تطبيق إستراتيجيات إدارة المعرفة في المؤسسات فمنهم من يبرز أهمية إستراتيجيات إدارة المعرفة من خلال مفهوم التشارك في التفكير الإستراتيجي الذي يهدف إلى تحويل (المعرفة الضمنية) إلى معرفة ظاهرية، واجتماعية معتمدة على الترابط بين المعرفة الشخصية وظواهر المعرفة الاجتماعية، في حين يرى فريق آخر أن أهمية إستراتيجيات إدارة المعرفة تكمن في أن إدارة المعرفة ما هي إلا إطار يحوي داخله كلا من عناصر (عمليات الإنتاج وتكنولوجيا المعلومات والتخزين المعرفي والسلوك الشخصي) ولغرض التعامل الصحيح من الناحية الإدارية والممارسة التنظيمية فإن المؤسسات تتبنى الإستراتيجية المعرفية الملائمة لتلك العناصر التي تحقق التوليد والاكتساب والاستثمار الأمثل والنشر للمعرفة. (د. فيصل علوان الطائي، د. أميمة حميد العادلي 2011 ص 31)

3- أهداف إستراتيجية إدارة المعرفة:

أدى سعي المؤسسات المختلفة على مستوى العالم لتحقيق التميز والإبداع في تقديمها لخدماتها. وبعد أن أثبتت إستراتيجيات إدارة المعرفة أهميتها من خلال التطبيق الفعلي لهما، إلى تبني تلك المؤسسات لإستراتيجيات إدارة المعرفة التي تهدف منها إلى تحقيق الآتي:

1. حصر وتوثيق الأصول المعرفية الضمنية و المنقولة في المؤسسة و جعلها متاحة للاستخدام .
2. تطوير البنى التحتية الإلكترونية في المؤسسة بما يتلاءم مع متطلبات لإدارة المعرفة.
3. توفير بيئة مناسبة تساعد على المشاركة بالمعرفة و الإبداع و التعلم بين العاملين للوصول إلى تكامل المعرفة على مستوى المؤسسة.
4. نشر الوعي بأهمية إدارة المعرفة لدى الموظفين.
5. وضع خطة لإدارة المخاطر التي تتعرض لها الأصول والموجودات المعرفية داخل المؤسسة.
6. تطوير نظام الاتصالات الداخلية والخارجية بما يساهم في نشر و تعميم المعرفة داخل المؤسسة أو خارجها. (د. فيصل علوان الطائي، د. أميمة حميد العادلي 2014 ص 31)

4- خصائص إستراتيجية إدارة المعرفة :

هناك عدد من الخصائص الجوهرية لإستراتيجيات إدارة المعرفة لا بد من التطرق إليها لتمييزها عن إستراتيجيات الأعمال الأخرى في المؤسسات الحديثة، وتتمثل هذه الخصائص بالآتي:

1. تعتبر إستراتيجية إدارة المعرفة عن جاهزية المؤسسة استعدادها لاستثمار الموارد غير الملموسة و بخاصة رأس المال الفكري.
2. إذ إستراتيجية إدارة المعرفة تعكس الإستراتيجية التنافسية للمؤسسة من خلال تركيزها على أنشطة وعمليات تكوين القيمة الفريدة لخدمة المستفيدين.
3. تكون المعرفة بأنواعها ومستوياتها هي أساس المنافسة وهي امتياز أي مؤسسة، فإن المنافسة الفعالة بين الأعمال تتطلب مقارنة ما لدى المنظمة من أنماط المعرفة وذلك لبناء القدرات الجوهرية المطلوبة في سوق العمل.
4. تمثل إستراتيجية المعرفة قيمة رأس المال الفكري الموجود في المنظمة و بالتالي يمكن استخدام هذه الإستراتيجية كأداة لقياس العائد الذي يتحقق في ضوء تكلفة الاستثمار في مكونات وعناصر رأس المال الفكري.
5. تساعد إستراتيجية إدارة المعرفة في دراسة وتحليل المكانة الإستراتيجية للمؤسسة في هيكل الصناعة من خلال تقييم تأثير المؤسسة في عمليات الابتكار التكنولوجي والريادية في إنتاج المعرفة والتكنولوجيا الجديدة. (د.فيصل علوان الطائي، د.أميمة حميد العادلي 2011 ص31)

5- نماذج إستراتيجية إدارة المعرفة:

ظهرت عدة نماذج لإستراتيجيات إدارة المعرفة تطورت على مر السنوات منذ مطلع تسعينات القرن الماضي وحتى السنوات الأخيرة، لكن هذه النماذج تباينت في تركيزها على جانب أو أكثر من عمل المؤسسة وبما يعكس طبيعة عملها فنجد أن بعضها ركز على العائد المادي التجاري (المؤسسات التي تعتمد الربحية في عملها)، وبعضها الآخر ركز على تحسين أداء الأعمال بما يوازي عمليات تحسين الأداء بصرف النظر عن نوع المؤسسة، وبعضها الآخر ركز على الجانب المعرفي للمؤسسات. (د.فيصل علوان الطائي، د.أميمة حميد العادلي 2011 ص32)، وفيما يلي نذكر النموذجين التاليين:

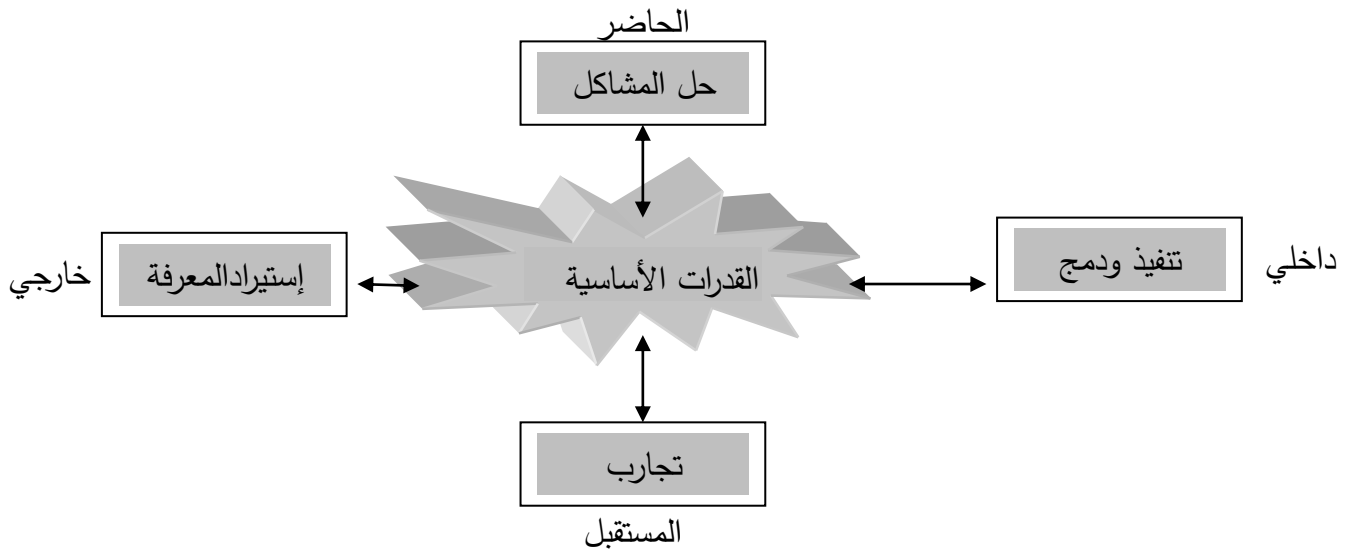
1. نموذج منابع المعرفة (wellsprings of knowledge) : (Klak2010) تم إنشاء نموذج إدارة المعرفة في منتصف التسعينات كنتيجة لأبحاث حول الابتكار في المجموعات الصناعية.

(Marta Masur and others 2014 p47)

تعتمد هذه الإستراتيجية على حقيقة أن المعرفة هي المورد الرئيسي للشركة والمنتج "إنها سمة للشركات التي تحدث وظائفها حسب مستوى قدرتها الفكرية لدى الموظفين، لهذا السبب تعد إدارة المعرفة جانبا رئيسيا في إمداد الشركة، وبالتالي ينظر على قاعدة المعرفة على أنها ميزة تنافسية رئيسية على الشركات الأخرى وأكبر قيمة منها"، والهدف من هذه الإستراتيجية هو حماية المعرفة واستخدامها لإنتاج متاجر جديدة للمعرفة، والشئ الجديد (منابع المعرفة)، هو قدرة إدارة الموارد لأن الشركة بأكملها تشمل المهارات الفكرية التي تعد أكبر مورد، لهذا السبب من المهم للغاية التعامل مع معرفة الشركة، قد يكون مصدر المعرفة الشركة نفسها وبيئتها، إذ كنا نريد أن يكون النموذج فعالا فإنه يتطلب التعاون من عدة جوانب:

- استيراد المعرفة المحيطة.
 - حل المشاكل المشتركة.
 - التجربة.
 - تنفيذ وتكامل الأدوات والتقنيات الجديدة.
 - المهارات الأساسية التي تشمل النظم المادية والتقنية وأنظمة الإدارة والمعرفة والمهارات والقواعد والقيم.
- (Marta Masur and others 2014 p47)

الشكل رقم(07):مصادر المعرفة في نموذج المنابع



Source: Marta Masur and others 2014 p47

2. نموذج العملية **The Process model**: (potochi2011) ويعتمد على الخبرات العملية في الشركات الاستشارية الكبرى، وقد تشارك في تطويره الباحثون L.Prusak ، T.Davenport ، مجموعة من IBM consulting ، G.Probst ، S.Raub ، W.R.Bukowitz و R.L.Wilson . ووفقا للنموذج فإن إدارة المعرفة هي مجموعة من العمليات التي تمكن من إنشاء ونشر واستخدام المعرفة لتحقيق الأهداف التعليمية فهناك ثلاث مراحل أساسية في هذا النموذج:

المرحلة الأولى: اكتساب المعرفة (خلق المعرفة) (aquisition of knowledge (creation) ويكون داخلي (تطوير مهارات التوظيف)، أو خارجي (التعاقد من الباطن)، بشكل عام يجب ألا تستخدم الشركة اكتساب المعرفة الخارجي إلا عندما تكون مواردها ضعيفة وغير واعدة، ومع ذلك

علينا أن ندرك أن حقيقة المعرفة المكتسبة بهذه الطريقة ليست فريدة ومحمية لأن المنظمة التي باعتهنا لنا، قد تتبعها كذلك لشخص آخر. (Marta Masur and others 2014p49)

المرحلة الثانية: تقاسم المعرفة sharing of knowledge: الخطوة التالية هي تبادل المعرفة ونشرها داخل المنظمة وخارجها، بالطبع، يتعين علينا أولاً تدوين المعرفة من خلال منحها الشكل المناسب، ليس فقط موظفي الشركة المحددة، يجب أن يكون لهم حق الوصول إليها ولكن أيضاً جميع أصحاب المصلحة والأشخاص المهتمين، مثل الطلاب والمدارس والهيئات الحكومية والبنوك المرتبطة بفرع معين، عندما يتبادل هؤلاء المشاركون المعرفة، فإن مستوى رأس المال الفكري لديهم يزداد.

المرحلة الثالثة: تحويل المعرفة إلى قرارات transformation of knowledge into decisions:

تتطلب هذه العملية نظام تحفيز جيد للعاملين، تشجيع الإجراءات المبكرة وإجراءات صنع القرار (ينبغي إشراك الأشخاص الأكفاء فيه). (Marta Masur and Authers 2014p4)

الشكل رقم(08): المراحل في نموذج العمليات



Source : Marta Masur and others 2014 p49.

وبناء على بحث حول إدارة المعرفة في المنظمات في أواخر التسعينات لاحظ الباحثون N.nohria i T و T.tierney, M.T.Hansen إستراتيجية الترميز والتشخيص (Marta) the **codification and personalisation strategy** (49Masur and others 2014 p49)

1. الإستراتيجية الترميزية **codification strategy**: والتي تتمحور حول الحاسوب، ويجري بموجبها ترميز و تخزين المعرفة في قواعد يمكن الوصول إليها.

2. الإستراتيجية الشخصية **personalisation strategy**: ترتبط هذه الإستراتيجية بالشخص الذي يتولى تطويرها، وتجري المشاركة فيها من خلال الاتصال المباشر بين الأشخاص، وهي لا تلغي دور الحواسيب،

ولكنها تعد أدوات مساعدة للأشخاص في توصيل المعرفة وليس في تخزينها، وتركز على الحوار بين الأفراد وليس على المواضيع المعرفية الموجودة في القواعد. (د. صلاح الدين الكبيسي 2005 ص98)

والجدول التالي يبين الفرق بين الإستراتيجيتين:

الجدول رقم(1): الترميز والتشخيص كإستراتيجيتين لإدارة المعرفة

إستراتيجية الترميز	إستراتيجية التشخيص
- التركيز على المعرفة الصريحة .	- التركيز على المعرفة الضمنية الفردية
- يتم ترميز المعرفة وتخزينها في قواعد البيانات التي يمكن لأي شخص الوصول إليها.	- ترتبط المعرفة ارتباطا وثيقا بالشخص الذي قام بتطويرها و مشاركتها بشكل رئيسي من خلال الاتصالات الشخصية المباشرة.
- تطوير نظام الوثائق الإلكترونية الذي يقن ويخزن وينشر ويسمح بإعادة استخدام المعرفة.	- تطوير شبكات لتطوير الناس.
- استثمارات ضخمة في تكنولوجيا المعلومات.	- تسهيل المحادثات وتبادل المعرفة الضمنية.
- تدريب الأفراد في مجموعات ومن خلال التعلم عن بعد بواسطة الكمبيوتر.	- تخزين المعلومات للتواصل وليس لتخزين المعرفة.
- وثائق الناس.	- حل المشاكل والتسامح من الغموض
- مقارنة.	- التوجه الفردي.
	- مقارنة الناس.

Source :Eerikkimaki2017p13

6- مبادئ وأسس إستراتيجية إدارة المعرفة الجيدة :

كانت إدارة المعرفة موجودة منذ ما يقرب عقدين من الزمن مع العديد من الإخفاقات و النجاحات، إن ما يفصل عادة بين النجاحات و الإخفاقات، هو المبادئ الكامنة وراء التخزين المؤقت لبرامج إدارة المعرفة، فالقائمة على مبادئ سليمة تتجج (Stephanie Barnes , Nick Milton 2015 p23) وتقوم إستراتيجية إدارة المعرفة على المبادئ التالية:

1. يحتاج تطبيق إدارة المعرفة إلى قيادة منظمة مرتبطة بإستراتيجية المنظمة ولقضايا المنظمة المحددة.
2. يجب تسليم إدارة المعرفة تكمن فيه المعرفة الحرجة حيث يتم اتخاذ القرارات ذات القيمة العالية.

3. تطبيق إدارة المعرفة يجب أن يعامل كبرنامج تغيير السلوك.
4. ستكون نهاية اللعبة هي تقديم إطار إدارة كامل لإدارة المعرفة
5. سوف يحتاج الإطار إلى تضمين إدارة الأنظمة لتكون مستدامة.
6. سيتم هيكله الإطار بدلا من الناشئة.
7. يجب أن يكون تطبيق إدارة المعرفة عملية مرحلية، مع اتخاذ قرارات منتظمة من حين لآخر.
8. يجب أن يحتوي تطبيق إدارة المعرفة على مرحلة تدريبية.
9. يجب أن يتم تنفيذ عملية إدارة من قبل فريق التنفيذ وتقديم التقارير إلى مجموعة توجيهية مشتركة بين المنظمات (Stephanie barnes , nick Milton 2015 p24) . بناءا على هذه المبادئ وغيرها يتم تطوير إستراتيجية مع وللمجموعات المحددة من الأشخاص الذين يعملون من أجل تحقيق هدف مشترك، عادة في إطار نوع ما من السياق التنظيمي. (A guide to developing K.M stratigy 2016 p7)

ومن شأن الإستراتيجية الجيدة أن تمدك بخطة التحرك المناسبة للوصول إلى الهدف في الوقت المناسب كما أنها تدل على الاستثمارات المطلوبة في أماكنها الملائمة، ومن أجل ذلك لا بد من الأخذ بالأسباب متمثلة فيما يلي:

- ✓ دعم البنية الأساسية لإدارة المعرفة بالعامل البشري المناسب.
- ✓ توسيع البنية الأساسية لتكنولوجيا المعلومات.
- ✓ وصف الثقافة المؤسسية.
- ✓ تطوير مداخل متخصصة لتنفيذ الإستراتيجية مثل: التعلم قبل المشروع وأثناءه وبعد.
- ✓ تنظيم الإجراءات.
- ✓ عند التفكير في وضع إستراتيجية يجب تذكر أن لكل مقام مقالا، أي أن الإستراتيجية المثالية لإحدى المؤسسات قد تكون غير ملائمة على الإطلاق لمؤسسة أخرى، أي أنك يجب أن تتيح لمؤسستك إستراتيجية تلاؤمها وخاصة بها.

وضع إستراتيجية خاصة لمؤسستك من أجل الوصول إلى أفضل إستراتيجية لمؤسستك عليك الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما طبيعة الأعمال التي تؤديها.
- ما رؤيتك.
- ما أهدافك.
- كيف تخطط لتنفيذ هذه الأهداف.
- ما البيئة العملية الحالية لمؤسستك.
- ما صناعتك؟ وما الذي يؤثر فيها؟ وما البيئة الملائمة لصناعتك؟

ومن شأن إستراتيجية المعرفة أن تساعد المؤسسة في الوصول إلى إستراتيجية إدارة المعرفة عامة متكاملة الأهداف، لذلك يجب تأصيل إستراتيجية إدارة المعرفة قبل إستراتيجية المؤسسة، لكن مما قد يثير الدهشة أن الحوار الذي تديره إدارة المعرفة قد تكشف معه ضرورة تغيير إستراتيجية المؤسسة بأكملها بسبب ما قد تتسم به من تقصير غير ظاهر أو عدم توظيف بعض الإمكانيات المناسبة فيها الأمر الذي يتطلب إعادة تشكيل الإستراتيجية وتقديم رؤية جديدة للمؤسسة، فتطوير الإمكانيات الجديدة من خلال إدارة المعرفة من شأنه أن يغير من موازين المؤسسة، ويدعو إلى تغيير الإستراتيجية، وهو ما حدث فعلا في شركة ماكينزي للاستشارات الإدارية عندما أوصى مجتمع الممارسة باتجاه إستراتيجي جديد لهذه الشركة، وهذه الإستراتيجية المناسبة أنت في حاجة إليها، وإن كنت تعمل في وحدة إدارية من وحدات المؤسسة أو مجرد قسم صغير، ففي شركة هيوليت باكارد الاستشارية كان الابتكار هو الحراك الأساسي في الشركة، وهو ما دعم إستراتيجية إدارة المعرفة بها التي تدعم بدورها أهداف الشركة كلها.

إذن عليك أن تتحاور مع المغيبين في مؤسستك حول الأهداف والإستراتيجية وأن تبحث في عمل الإدارات والوحدات المختلفة بها، مع مناقشة الخطط المستقبلية، وأبرز العوامل التي تؤثر في تلك الأهداف وتحديد الهدف الأكبر الذي تريد الوصول إليه تحديد واضحا. (سلسلة المميزون الإدارية 2005 ص49)

المبحث الثالث: معوقات (حواجز) ومشكلات إدارة المعرفة:

يتم التعرف على المعرفة بشكل متزايد على أنها توفر أساسا لاستثناء الكفاءات الأساسية والمزايا التنافسية للمؤسسات ، وبالتالي أصبحت الإدارة الفعالة للمعرفة حاسمة وهامة، على الرغم من تطور وجهات النظر والمساعي الحثيثة لاحتضان نوايا إدارة المعرفة في جدول أعمال الأعمال، فقد وجد أن المؤسسات لا يمكنها الاستفادة من الفوائد المتوقعة وزيادة أدائها (Murray E Jennex 2005 p279) ، فقد بينت دراسة لمنظمة في هونغ كونغ وهي منظمة نموذجية لديها وعي قوي وتوقع من إدارة المعرفة ،ومع ذلك فشل برنامجها في غضون عامين. وتبين النتائج التي توصل إليها البحث أن أنشطة إدارة المعارف التي تم تنفيذها كانت مجزأة وغير مدعومة. من قبل أعضائها بناء على حالة الفشل هذه تم تحديد أربعة دروس مستفادة من قبل الإدارة في مبادرات إدارة المعرفة مستقبلا (Murray E Jennex 2005 p279)

وبناء على ما تقدم يتبين لنا أن إدارة المعرفة رغم تأثيرها الإيجابي عموما على أداء المنظمات وتحقيقها لميزة تنافسية لهذه المنظمات في حالة استخدامها استخداما فعالا إلا أنه يمكن أن تواجه هذا الاستخدام مشاكل وعقبات وعراقيل تؤثر على الأداء والميزة التنافسية كليا أو جزئيا وسننظر إلى بعض هذه المشاكل والعراقيل في السطور القادمة.

إذ تعرقل العديد من الحواجز المرتبطة بمبادرات إدارة المعرفة وتجعل من الصعب إدراك القيمة الكاملة لتلك الجهود، الأول ينطوي على المجالات التنظيمية للتخطيط والتمكين والتحفيز، النوع الثاني من الحواجز أكثر

شخصية ويتعلق بالمواقف والسلوكيات المتميزة التي يتحلى بها المستخدمون عند اعتماد أنظمة إدارة المعرفة.
(Chihab.Ben Mousa 2009 p902)

ومن العراقيل التي تواجه إدارة المعرفة نذكر:

1. ضعف تبادل المعرفة الوظيفية
2. عدم وجود آليات تدريب مبتكرة ونقص الاستثمار في البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات.
3. التدخل البيروقراطي
4. اكتناز المعرفة من قبل خبراء المعرفة.
5. نريد لخبراء المعرفة لتدريب قوة العمل بشكل دوري.
6. عدم وجود استقلالية في التعلم.
7. الهيكل الراسي لشبكة التعلم التنظيمي (OLN).
8. عدم كفاءة النقاط المعرفة النظامية.
9. عدم التكامل الأفقي على سبيل المثال بين الإدارة والقوى العاملة والبيئة الخارجية (تعرض عملاء المشروع، عدم وجود مشاركة...الخ).
10. التعلم من فتن المشروع.
11. عدم وجود مراقبة فعالة لمنحنى تعلم الموظف أو الفشل في الإشراف على أي صعوبات في جهودهم التعليمية (Sidharta Chattergee 2011 p11)

ووفقا لنتائج البحوث التي أجراها du Toi و N dlela بشأن القضايا المتعلقة بالأشخاص على سبيل المثال فإن عدم رغبة الناس في مشاركة معارفهم وعدم إلتزام القيادة وكذلك الوقت والموارد يمكن أن تكون حواجز عندما يحاول المرء تنفيذ برنامج إدارة المعرفة ووفقا N dlela و du Toi، لا يحب الناس التغيير ويجب على المرء أن يفهم أن الأمر يتطلب بعض الوقت والجهد لحمل الناس على قبول وتعلم أساليب جديدة حتى يتمكنوا بسهولة ويسر الممارسات في سلوكياتهم.

يجب أن يفهم كبار القادة في المنظمة قيمة الاستثمار في إدارة المعرفة وفوائد إتاحة الوقت للناس لتبادل المعرفة يجادل بونفيدة (Martie Maria Squire 2006 p57)، بأنه يمكن إنشاء بيئة لتبادل المعرفة من خلال تحديد الحواجز التنظيمية وإقناع الناس بأنه يمكن أن يستفيدوا من تبادل المعرفة ووفقا ل Bonfield يمكن تحديد أربعة مجالات على أنها حواجز تنظيمية محتملة عند تنفيذ مبادرة إدارة المعرفة، وهي حواجز الثقافية والتكنولوجية والاقتصادية والسوق .

أ- الحواجز الثقافية cultural barriers:

يمكن تلخيص المشكلات المتعلقة بإدارة الثقافة كما يلي:

- منظمة الثقافة بحد ذاتها ترفض وتعزز قواعد المنظمة.

– غالبا ما تتكون الثقافة من الاستجابات المستفادة التي يتم توصيلها بصعوبة في المؤسسة تشير النتائج إلى أن المنظمات أكثر عرضة لتذكر المواقف المنافسة وتفسيرات المنتجات والأحداث بدلا من الحدث نفسه.

– تحتوي الثقافة على الأكاذيب وتقدم الدروس السابقة التي يتم تطبيقها في كثير من الأحيان دون فهمها وأسباب وجودها.

تشير البحوث إلى أن الحواجز الثقافية تميل إلى تعزيز التعلم كوسيلة للاستغلال وتشجيع تحقيق أهداف تنظيمية محددة، وبالتالي تعزيز الامتثال بدلا من الإبداع (Gratiela Dana BOCA and others 2017p282)

ب- الحواجز التكنولوجية technological barriers :

يحتاج الناس للوصول إلى التقنيات اللازمة لمشاركة المعرفة ويجب أن يكونوا قادرين على ذلك، إن إثبات أن كل وحدة بمفردها لديها الكثير لتربحه من خلال الوصول إلى معلومات جميع الوحدات الأخرى يمكن أن يخفف من المخاوف التكنولوجية.

ج- الحواجز الاقتصادية economic barriers :

يتسبب الأشخاص في أنه إذا كانت المعرفة توفر الميزة التنافسية لمصدر المنظمة، فإنها توفر أيضا الميزة التنافسية للفرد في المؤسسة، هذا صحيح إذا كان الناس على استعداد لتبادل المعرفة التي تكسب لهم الوظيفة التي يحملونها وأملهم في المكافأة المالية وفقا ل Bonfield يمكن معالجة الحواجز الاقتصادية على حد كبير عن طريق ربط نظام الكفاءات على تحقيق أهداف المجموعة وكذلك أهداف الأفراد.

د- حواجز السوق marketplace barriers :

يجب أن يكون تبادل المعرفة ذا صلة بالعمل، يجب أن يفهم الفريق مصدر الميزة التنافسية والمعرفة الضرورية اللازمة لتحقيق هذه الميزة، تتم معالجة حواجز السوق من خلال إعطاء كل موظف مهمة لتحويل التصور بأن "المعلومات قوة" إلى أن "تقاسم المعلومات قوة" (Martie Maria Squire 2006 p58)

والجدول التالي يلخص قائمة الحواجز الأكثر شيوعا التي تؤثر على فعالية إدارة المعرفة:

جدول رقم(02): الحواجز الأكثر شيوعا التي تؤثر على فعالية إدارة المعرفة

المستوى	نوع الحاجز	الحواجز المحددة
مستوى الموظف	نفسي	<ul style="list-style-type: none"> - الخوف الطبيعي من التغيير. - حماية مصالح المرء وموقفه والخوف من تجربة ذات قيمة واحدة - الإحجام عن القيام بعمل إضافي - احتياجات محدودة للتطوير المهني وتحقيق الذات. - عدم وجود مبادرة. - عدم القدرة على اكتساب المعرفة وتقييمها. - عدم الشجاعة لتبادل الملاحظات. - الخوف من ارتكاب خطأ وتحمل نتائجه. - عدم القدرة على تلقي النقد والنقد البناء. - عدم القدرة على طلب النصيحة والمساعدة.
	تقني	<ul style="list-style-type: none"> - عدم القدرة على استخدام التكنولوجيا الجديدة - عدم وضوح ترميز المعرفة وحرية التفسير.
	مالي	<ul style="list-style-type: none"> - لا توجد إمكانية لتحمل تكاليف الخدمات المتعلقة بالوصول إلى مهارات جديدة واكتسابها.

Source : Anna Ujmary-Gil 2011 p94.

جدول رقم(2): الحواجز الأكثر شيوعا التي تؤثر على فعالية إدارة المعرفة

المستوى	نوع الحاجز	الحواجز المحددة
مستوى المؤسسة	نفسي	<ul style="list-style-type: none"> - انخفاض الوعي بفوائد إدارة المعرفة. - المشاركة النفسية المنخفضة للإدارة في تنفيذ ومراقبة KM
	اجتماعي	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود زعيم - الخوف من الاستثمار في موظف قد يغادر إلى مؤسسة أخرى. - الاختلافات الوطنية والثقافية. - عدم القدرة على التعاون في مجموعة.
	تنظيمية	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود إستراتيجية محددة بوضوح.

<ul style="list-style-type: none"> - لا توجد ردود فعل مع مجال إدارة الموارد البشرية. - تدفق المعلومات غير لائق. - تطوير الهيكل التنظيمي (الهرمي). - لا تدفق للناس مع معرفة جديدة. - عدم تكامل الموظفين. - ثقافة تنظيمية غير مواتية. - التفاعل المبكر للموظفين ذوي الخبرة. - الخوف من تسرب المعلومات من المؤسسة. 		
<ul style="list-style-type: none"> - هندسة معمارية - مسافة بعد - عدم تكامل البنية التحتية التقنية أو انعدامها. - لا توجد إمكانية لاستبدال فترة التدريب. 	تقني	
<ul style="list-style-type: none"> - إمكانية محدودة للنفقات على التنفيذ وتحقيق مفهوم - غدارة المعرفة. - أولويات غير مناسبة تؤدي إلى تحقيق وفيات في - النفقات على تحسين مؤهلات الموظفين. 	مالي	
<ul style="list-style-type: none"> - عدم قدرة المؤسسة على التعاون والربط. 	نفسي	مستوى الاقتصاد والقطاع
<ul style="list-style-type: none"> - إجماع عن مشاركة الإنجازات والخبرات. 	اجتماعي	
<ul style="list-style-type: none"> - عجز في إدارة المعرفة - عدم وجود تدريبات متخصصة للغاية ومرنة - لا يوجد اتصال مع مجال العلوم وإعادة البحث - نظام التعليم لا يتكيف مع احتياجات الاقتصاد، - الجمود في نظام التعليم. - لا يوجد نظام موحد لاعتراف بالمؤهلات التي تم - الحصول عليها خارج نظام التعليم الرسمي 	التقنية والنظامية	
<ul style="list-style-type: none"> - حماية قانونية سيئة للملكية الفكرية - قانون غير مستقر 	قانوني	
<ul style="list-style-type: none"> - التمويل السيئ لبرامج العلوم والبحث - ظروف العمل أسوأ. 	مالي	

Source : Anna.Ujmary-Gil 2011 p95

7- فجوة المعرفة knowledge gap:

وقد أشار حجازي إلى مشكلة تواجد إدارة المعرفة ويقول: أنه ظهر في حقل إدارة المعرفة مصطلح أطلق علي اسم فجوة المعرفة، وقد أخذ الاهتمام بهذا المصطلح يتزايد نظرا للآثار السلبية التي يخلفها وجود هذه الفجوة ويشير wing إلى وجود أنواع عديدة من "فجوة المعرفة" ويضيف أن بعض هذه الفجوات تظهر من خلال حدوث فجوة بين المعرفة الموجودة وبين المعرفة المطلوبة للتعامل مع المواقف، فمثلا قد تتولد فجوة من خلال العلاقات بين مختلف الأطراف، كأن يكون لدى أحد الأطراف معرفة متفوقة في حين أن الأطراف الأخرى تمتلك معرفة أقل وقد تحدث فجوة معرفة بين الدول والشعوب حينما تكون إحدى الدول على درجة من التعليم أعلى من أخرى، أو حينما تكون القاعدة التكنولوجية لدى شعب أفضل منها لدى شعب آخر كما

يمكن أن تحدث فجوة المعرفة بين صانع المعرفة knowledge worker وبين العمل حينما يتطلب العمل توافر مهارة معينة لا يمتلكها صانع المعرفة وهكذا.

وهناك عدة أسباب تعمل على حدوث فجوة المعرفة منها:

- 1- الافتقار إلى الاستعداد الشخصي.
- 2- الافتقار إلى المعرفة المتعلقة بالعمل.
- 3- وجود فجوة اتصالات بين الدوائر.
- 4- افتقار فرق العمل إلى الفهم والإدراك الكافيين لخبرات وقدرات ووجهات نظر الفرق الأخرى.
- 5- الافتقار إلى المهارات الأساسية على الصعيدين النظري والعملي.

ومن أجل إدارة فجوة المعرفة تم تحديد الخطوات التالية:

- 1- تحديد طبيعة فجوة العمل.
- 2- تحديد أفضل خيارات إدارة الفجوة.
- 3- تنفيذ الخيارات فيما يتعلق بالتدريب وإعادة تحديد واجبات الأفراد. (ربحي مصطفى عليان 2012 ص 429)

الخدمات الصحية

مقدمة:

تسعى الكثير من المنظمات و منها المستشفيات للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها حتى تصل إلى درجة التميز الذي يعد مثالا يتوق إليه كل من مقدمي الخدمات و المستفيدين منها على حد سواء، إذ تقوم تلك المؤسسات باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أداءها و من أهم تلك الاستراتيجيات الاهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد المستشفيات و غيرها على توفير خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء و تلبى متطلباتهم، فكل منظمة تسعى لرفع مستوى أداءها من الناحية الإنتاجية و الخدمية و سبب ذلك يعود بالدرجة الأساس إلى أن الجودة هي الشريان الحيوي الذي يمد المنظمة بدماء جديدة متدفقة مثل المزيد من الزبائن الموالين و المزيد من الربحية فضلا عن دور الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسة المعنية،

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية:

أولاً: تعريف الخدمة الصحية :

إن الخدمات الصحية هي المنتجات و الملموسة و غير الملموسة التي تقدمها المستشفيات و المستوصفات و المركز الصحية و العيادات و الجهات ذات العلاقة بغرض المحافظة على سلامة الإنسان الجسمية و العقلية.

إن مفهوم الخدمة بشكل عام ينطبق على مفهوم الخدمة الصحية لان الخدمات متماثلة من حيث الخصائص و المضمون، لذلك تعرف الخدمات الصحية وفقا لذلك على مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة وهناك اتفاق على إن الخدمات :

- منافع تعرض للبيع (مجموعة المنافع الصحية مثل إزالة الألم وإزالة التعب تخفيض الحرارة التخلص من الصداع تحقيق راحة نفسية تشخيص الطبيب للمرضى و العلاج).
- خدمات غير ملموسة ولكنها تقدم بمساعدة سلع ملموسة(أخذ حبة للتخلص من الصداع استخدام المشرط في الجراحة).
- خدمات غير ملموسة.

ثانياً: أهمية الخدمات الصحية للفرد و المجتمع:

يمكن إدراجها في النقاط التالية:

1. فردية: أي يستفيد منها الشخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة أو نظام معين كأنه يتوجه شخص مريض إلى إحدى العيادات و يحصل على المعالجة الطبية .
2. جمعية أو منظمة: يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة أو نظام واحد وفق إجراءات و قواعد محددة مثل الخدمات الطبية التي تقدمها الشركات و المؤسسات لعمالها وموظفيها سواء عن طريق تعيين طبيب متفرغ في تلك المؤسسة وفق اتفاق معين أو غير ذلك.

و ما تجدر الإشارة إليه هو الأهمية الكبيرة للخدمات الصحية و علاقتها المتينة بالحياة الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمع حيث يمكن اعتبار الخدمات الطبية المقدمة للأفراد و المجتمع مؤشرا و مقياسا صادقا لمدى التقدم الاقتصادي و الاجتماعي لذلك المجتمع، إذ انه من المعروف انه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للفرد و المجتمع كلما ارتقى مستوى الخدمات الطبية، و هذا ما يؤدي إلى ارتفاع دخل المشتغلين بالرعاية الطبية مما يسمح لهم بتطوير أساليب و نوعية خدماتهم(تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي . (خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد 2000)

ثالثاً: أنواع الخدمات الصحية:

تتمثل خدمات النظم الصحية في التركيز على تقديم الخدمات الصحية بشقيها العلاجي و الوقائي للمستفيدين من الخدمة ضمن الخدمات التالية:

1. خدمات الارتقاء بالصحة: و هي الخدمات التي تعنى ببناء سلوكيات صحية ايجابية للفرد والمجتمع فيما يتعلق بأهمية الغذاء المتوازن و ممارسة التمارين و التنقيف الصحي و النظافة الشخصية و الامتناع عن العادات الضارة كالتدخين و الكحول و المخدرات و إتباع أساليب السلامة في قيادة السيارات .
2. خدمات الرعاية الصحية الشخصية: و تشمل الخدمات الصحية الوقائية العلاجية في العيادات الخارجية و أقسام تنويم و خدمات الرعاية طويلة الأجل التي تقدم دور الرعاية و النفاهة و خدمات الصحة النفسية و الخدمات التأهيلية التي تقدمها المراكز التخصصية.
3. خدمات الصحة العامة:و تشمل مكافحة الأمراض المعدية و صحة البيئة وسلامة الغذاء و التخلص من الحشرات والنفايات.
4. الخدمات الإسعافية: مثل خدمات السيارات المجهزة و المتوفرة في المستشفيات العامة و الخاصة و خدمات جمعيات الإسعافات و خدمات الإسعاف الجوي.
5. خدمات الرعاية الصحية الخاصة:مثل خدمات المعوقين و المسنين و علاج الحالات النفسية و الادمان. (أيمن زكي كربية 2011 ص59)

رابعاً: خصائص الخدمات الصحية:

ان خصائص الخدمات الصحية لا تختلف عن خصائص الخدمات بشكل عام وهي:

1. عدم ملموسية الخدمات الصحية: بما إن الخدمة تمثل عملاً أو نشاطاً يقدمه من طرف ما إلى طرف آخر، فإن هذا يعني عدم ودود جانب ملموس يمكن رؤيته أو لمسه أو تذوقه قبل اتخاذ قرار الشراء و الاستفادة فعلاً منه أي أن المستفيد لا يتعرف على الخدمة إلا بعد أن يقوم بعملية الشراء.
2. غير قابلة للانفصال: إن إنتاج وتقديم الخدمة الصحية يتطلب وجود مقدم الخدمة و المستفيد عند الإنتاج و التقديم و إن الجراح لا يستطيع إن يقوم بالعملية الجراحية إلا عندما يتواجد المريض عندما يكون بحاجة لها لذلك فإنها تتصف بكونها تقدم وتستهلك في نفس الوقت .
- كما أن الخدمة الصحية على العكس من السلع المادية الملموسة ،حيث إن الإنتاج و الاستهلاك عمليتان منفصلتان تماماً فإن العديد من الخدمات تطلب تداخلاً بين الإنتاج و الاستهلاك و الاستفادة منها ،فالطبيب لا يمكنه أن يجري الفحص الطبي و عملية التشخيص إلا بوجود المستفيد الذي سيشارك في أداء الخدمة الصحية و هذا التعامل المباشر يفرض على نظم الخدمات الصحية تدريب مقدمي الخدمة من إداريين وأطباء و مرضيين على كيفية التعامل مع المريض لان التفاعل المباشر بين المستفيد و مقدم الخدمة يؤثر في بناء ثقة المستفيد من الخدمات الصحية.
3. تلاشي الخدمة الصحية: بما أن الخدمات تمثل نشاطاً أو فعلاً فإنها تتلاشى و تنتهي سواء تم الاستفادة منها أو لم يتم الاستفادة منها بالإضافة إلى عدم إمكانية تخزين الخدمات الصحية لحين وقوع الطلب عليها.
4. عدم انتقال الملكية: إن عدم انتقال الملكية يعتبر ميزة خاصة بالخدمات مقارنة بالسلع الملموسة و أن ما يحصل عليه المستفيد من الخدمة هو مجموعة من المنافع و لكن يستطيع المريض تحقيق انتقال الملكية السلع المساعدة للعلاج مثل الحبوب و الشراب و أدوات التمريض الحقن وغيرها من السلع التي تعزز كفاءة الخدمات الطبية و تحقق الشفاء
5. تنتج الخدمات الطبية عند وقوع الطلب عليها : إن ما يميزه إنتاجها عند وقوع الطلب عليها و أن هذا الطلب يقع عندما يلتقي كل من مقدم الخدمة و المستفيد منها فإذا كان هناك 50 سرير في إحدى المستشفيات و هناك 20 راقداً فإن هناك 30 سرير لم يقع الطلب عليها و لكن في حالة دخول شخص آخر لطلب العناية الصحية و هذه العناية تتطلب أن يرقد المريض في المستشفى فإن السرير رقم 21 سوف يقع الطلب عليه و هناك 29 لم يقع الطلب عليها.

6. عدم تماثل الخدمات: تتصف الخدمات بشكل عام و لخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين و عدم التماثل، لأنها تعتمد على مهارة و أداء و سلوك مقدم الخدمة و الزمان و المكان و على المعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، و يلعب المستفيد من الخدمة جورا هاما في تباينها لان هذا المستفيد يختلف من حيث المزاج والسلوك و مستوى الاستجابة و التفاعل فقد يعالج الطبيب مرضاه بطرق مختلفة و لا يقدم نفس المستوى من الخدمات و هدي يعود إلى مدى استجابة المريض و تعاونه معه وقت تقديم الخدمة كما ان حالة الطبيب متعب مرتاح سعيد حزين أثرا فعلاا علي اختلاف الخدمة، كما أن العاملين على تقديم الخدمات الصحية يتعاملون مع المريض وفقا للظروف النفسية و الاجتماعية فادا كان عدد المراجعين لعيادة الطبيب عسرة أفراد فان هؤلاء الأفراد مختلفون من حيث الحاجات و المواقف و الرغبات الشخصية و غيرها من العوامل التي تؤثر على تقديم الخدمات الصحية و تباينها لذلك من الصعب جدا تنميط الخدمات الصحية.

7. تدبب الطلب: يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتدبب و عدم الاستقرار استنادا إلى الظروف البيئية و حاجة المريض للعلاج و الكوارث و الحروب و غيرها من العوامل، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هنالك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام و في فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية فصل الصيف يكون هنالك طلب على الأدوية و العناية الصحية و اللقاح الخاص بالتيفويد و عندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فان الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة و التلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها.

و هناك عدد من الخصائص تضاف إلى الخصائص السابقة وهي:

- ❖ إن الخدمة الصحية سلعة يمكن استهلاكها من قبل شخص واحد دون ان يقلل من ذلك من الكمية التي يستهلكها الآخرون .
- ❖ إن الخدمة الصحية غير قابلة للتخزين و تستهلك في نفس الوقت فالطاقة الغير مستعملة لا يمكن استخدامها في وقت آخر.
- ❖ الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير الزمن وهذا يعني إن الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير عمر المريض فالخدمات الطبية التي تطلب في مقتبل العمر تختلف على تلك الخدمات المطلوبة لكبار السن كما ان ظهور الأمراض وحدثها تختلف من فترة زمنية لأخرى.
- ❖ تعتبر الخدمات الصحية ذات درجة اتصال عالية مع العملاء و مقدمي الخدمة.
- ❖ الخدمات الصحية حق لكل مواطن يجب أن يحصل عليه عند الحاجة و هذه الخدمة في الغالب تقدر من قبل المواطنين بأقل من قيمتها الحقيقية على الرغم من أهميتها.
- ❖ جودة الخدمة الصحية في العادة تخضع لرأي المريض على مجموعة من المتغيرات أهمها:

وقت الحصول على الخدمة نهارا أو ليلا، وقت الفحص طويل أو قصير، و كذلك الحضور كحالة طارئة أو عادية بالإضافة إلى طول أو قصر وقت الانتظار.

- ❖ مكان تقديم الخدمة في العيادة أو خارجها أو في موقع الإصابة .
- ❖ درجة الاستفادة من الخدمة.
- ❖ اتجاهات المريض الشخصية . (أيمن زكي كردية 2011 ص61)

رابعاً: أسس الخدمات الصحية:

هناك مجموعة العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير الحاجات الملحة و له ارتباط كبير بالبحوث و الدراسات الجارية في الرعاية الطبية و نظم المعلومات الصحية و تنظيم المؤسسات و المراكز الصحية و العيادات المتعددة الخدمات، وهذا من اجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كافي و مستوى عالي أي انه يجب أو يتوفر فيها الكفاية الكمية و الكفاية النوعية.

1: الكفاية الكمية

و تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كافي يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:

- توفير عدد كافي من الموارد البشرية الطبية: أطباء ممرضين فنيين مختبرات وغيرهم من المساعدين حيث إن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية.
- توفير عدد كافي من الأطباء و مراكز المؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية مختبرات صيدليات وحدات صحية، ويشترط أن تكون هنالك عدالة و مساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما من البلاد علا حساب المناطق الأخرى.
- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات: وهذا ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة ساعة 24 فالمرض لا يعرف وقتنا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.
- توفير أساليب و وسائل التنقيف الصحي بين الأفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية و تواجدها و الخدمات التي تقدمها وأهميتها و طرق الاستفادة منها مبكرا بمجرد الإحساس الفرد بالمرض و عدم الانتظار حتى يتطور المرض و يصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.
- يجب وضع النظم الإدارية والكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل الفرد الحصول عليها و السعي لتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.

2: الكفاية النوعية:

لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية لوحدات الصحية فحسب بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب و الواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي و المعدات و الأجهزة ووسائل التشخيص و العلاج ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة من ذوي الاختصاص و الخبرة و الدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة و ليسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توفرت فيها هذه المعايير.
- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدليا وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي و الاطلاع على احدث الاكتشافات الطبية بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من اجل تجديد معلوماتهم النظرية و العلمية و يشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.
- تقديم تسهيلات ومساعدات مالية و إدارية وفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية سواء كانوا فراد او مؤسسات من اجل الحصول أو امتلاك أجهزة و المعدات الطبية اللازمة و المرافق الطبية بأقل التكاليف المالية و الجهود ليستطيعوا تقديم خدمات طبية على مستوى عالي.
- دمج الخدمات الصحية العلاجية و الوقائية و ذلك لان هذه الخدمات لها كيان و احد متكامل و غرض شامل هو العمل على اكمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية و العقلية ، علاوة على مكافحة الأمراض و علاجها لان تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة إلى ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية و الإدارية لهذه الخدمات و بالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.

خامسا: الطلب على الخدمة الصحية:

إن الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة إذ أن الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة ،أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها وإنما بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبته في تحسين مستوى صحته ،و نظرا لأن الطلب على الخدمات الصحية

يعتمد على إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية والصحة و تتمثل إحدى عوامل محاولة التنبؤ بهذا الطلب في إن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة، و يعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحي في شراء سلعة أو خدمة والتي تساندها القوة الشرائية الأزمة ، ففي علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومون لديهم احتياجات و لكن ليس لديهم القوة الشرائية وبالتالي لا يستطيعون طلب السلعة التي يحتاجونها ، و لكن الصحة ليست سلعة اقتصادية كغيرها من السلع إذا كان العرض الطبي في الوقت ما يعرف تناقص فالطلب على الرعاية الصحية لا يتماشى و العرض .

بصفة عامة يتم تحليل سلوك المستهلكين في النظرية الاقتصادية الجزئية في إطار مجموعة من الافتراضات تمكن من تبسيط نموذج التحليل ، و يخضع تحليل سلوك المستهلك الخدمات الصحية لنفس الافتراضات في مجال الخدمات الصحية نجد خدمات عديدة متكاملة بطبيعتها ا دان زيادة العمليات الجراحية سيرتبط بزيادة الطلب على أسرة المستشفيات و خدمات الإقامة المرتبطة بها الأدوية وهيئة التمريض و الموارد المستهلكة كمواد التعقيم و الففازات.

وقد شهدت تسعينات القرن الماضي دعوة قوية إلى الطلب القائم على الأدلة و البراهين استجابة إلى الموارد الاقتصادية النادرة التي تستخدم لتسهيل الخدمات الصحية ، و ذلك من خلال استبعاد الممارسات الغير فعالة و إعادة توجيه الأموال سواء كانت عامة أو خاصة إلى علاجات أكثر فعالية.

و مع تغير حجم هيكل السكان سيحدث انتقال مقابل لذلك في منحيات الطلب على العديد من السلع و الخدمات منها الخدمات الصحية وبالتالي اهتمامات التخطيط الصحي ، فمثلا الزيادة في المواليد تؤدي إلى زيادة في خدمات التوليد والأطفال و الزيادة في السكان تزيد أعمارهم عن 60 سنة بمعنى الزيادة في الطلب على أسرة الشيخوخة و عندما تقدم الخدمات الصحية مجانا لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى و لا حتى توقعات الدخل أو الأسعار ، أي دور يذكر في التأثير على الطلب لتلك الخدمة الصحية المجانية تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد و وجود قوائم انتظار طويلة للحصول على الخدمة الصحية ، لقد بدأت صياغة نماذج من خلال الارتكاز على سلوك المستهلكين للخدمة و ذلك بتعظيم المنفعة بالاهتمام بالمنفعة الصحية قبل الطلب على الصحة. (عائشة عتيق)

سادسا: دور المستشفى في تحقيق الرعاية الصحية:

القطاع الصحي المعني بتطبيق الجودة:

بالرغم من اختلاف وجهات النظر حول التقسيمات الممكنة للمستشفيات إلا أنها تكاد تتفق جميعها في المحتوى العام لأنواعها إذ نجدها في الغالب الأعم من حيث اعتبارها مؤسسات عامة أو خاصة أو دمج بين الاثنين في شكل معين و على العموم يمكن توضيح ذلك في الآتي:

مفهوم المؤسسة العمومية العامة و الخاصة:

المؤسسة الصحية هي تلك المؤسسة التي يتم إنشائها بغرض تحقيق الغرض من تواجدها و هي على نوعان هما:

أولاً: مفهوم المؤسسة الصحية العمومية :

للمؤسسة الصحية العمومية العديد من التعاريف حسب الكتاب و المختصين في المجال الصحي و نحاول في هذا المجال الاقتصار على بعضها كالاتي:

تعتبر المؤسسة الصحية العمومية ذات طابع إداري تدعى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية التشخيص العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة و المتكونة من المستشفيات و العيادات المتعددة الخدمات المراكز الصحية قاعة الفحص و العلاج مراكز الأمومة مراكز المراقبة في الحدود و كل منشأة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة و السكان.

و هناك من يرى بأنها: تلك المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مباشرة تقوم بتقديم مختلف الخدمات الطبية و العلاجية لجميع أفراد المجتمع.

1. تبرز أهمية منظمات القطاع غير ربحي من خلال معرفة ازدياد كبير و المطرد لإعداد هذه المنظمات إضافة إلا اتساع نطاق أنشطتها إلى الدرجة التي لامست فيها جميع مناحي حياة الأفراد الصحية و التعليمية و الاجتماعية و ما يميز أهمية القطاع الغير ربحي ما يلي:
2. مساهمة تلك المنظمات في الناتج القومي
3. توفير فرص العمل
4. توفير المستلزمات الأساسية لحاجات الأفراد غير القادرين أو المؤهلين جسديا
5. تعمل كحلقة وصل بين هيئاتها و بين المؤسسات الحكومية و الخاصة

انطلاقا من التعاريف السابقة يمكننا استنتاج ما يلي :

- المؤسسة العمومية تحثها الدولة وفقا لما تقدره من أنشطة معينة تحقيقا للنفع العام
- خضوع المؤسسة العمومية للسلطة الإدارية إذ لا يمكن أن تفصل عن سلطة الدولة و تخضع في تنظيمها الداخلي و الخارجي لأدارتها
- المؤسسة العمومية يتم تنشئها بغرض تحقيق حاجة من حاجات النفع العام

ولقد تعددت أشكال المؤسسة العمومية الاقتصادية ونجدها تنقسم إلى نوعين أساسيين هما:

(أ) المؤسسات العمومية: وهي المؤسسات رأس مالها تابع للقطاع العام وتسير بواسطة أو مجموعة من الأشخاص يتم اختيارهم من طرف الجهة الوصية

المؤسسات نصف العمومية: سميت كذلك نظرا لكونها تتشكل من طرفين هما الدولة أو إحدى هيئاتها و التي لها الحق في مراقبتها و الطرف الأخر يتمثل في القطاع الخاص

أو تتمثل أنواع المؤسسات الصحية في الأتي

ب) المراكز الإستشفائية الجامعية: من مهامها العلاج والبحث في المجال الطبي و التكوين

ج) القطاعات الصحية: من مهامها التكفل بالصحة المدنية و الوقاية و تقديم العلاج الأولي

د) المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: تتكفل هذا النوع من العلاج التخصصي دون غيره

ثانيا:

مفهوم المؤسسة الصحية الخاصة :

إن المكون الثاني للنظام الصحي بالإضافة إلى للنظام الحكومي نجده يتمثل في القطاع الصحي الخاص الذي تطور بشكل ملفت للانتباه خلال العقدين الآخرين إذ أصبح يشكل قطاع استثماري مربح في مجال الصحة والخدمات الصحية.

إن نشأت هذا القطاع الطبي ليكون رديفا مساعدا و مساندا للقطاع الطبي العام ويعد قطاعا فعالا يستفيد من خدماته ملا يقل عن نصف المواطنين تقريبا بدرجات متفاوتة ، و يقدم هذا القطاع خدمات متطورة في مختلف التخصصات خاصة الخدمات الوقائية و التخصصي في أدق الأمراض الجراحية وغيرها.

ويمكن تعريف هذا النوع من المؤسسات على أنها تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للأفراد ويشرفون على إدارتها بأنفسهم حيث تكون وسائل الخدمة الطبية من عيادات و أجهزة و معدات ملكا خاصا للأطباء و الأفراد و تخضع فيها العلاقة بين الطبيب و المريض للمعاملة الحرة وفق العرض و الطلب.

ثالثاً: خصائص المؤسسة الصحية العمومية و الخاصة:

بالنظر للأهمية الاقتصادية و الاجتماعية و المر دودية الضعيفة على المدى القصير للمؤسسة العمومية لأنها تتميز بالعديد من الخصائص من أهمها:

- إن الصفة المشتركة لكل المؤسسات العمومية هي تمركزها في القطاعات القاعدية لأهميتها .
- أغلب المؤسسات العمومية متواجدة في سوق الاحتكار مثل شركة الكهرباء و الغاز في الجزائر.
- معظم المؤسسات المقدمة للخدمات العمومية هي مؤسسات ضخمة و كبرى كمن خلال عدد عمالها و رقم أعمالها و معدل استثماراتها المحققة خاصة إذا تعلق الأمر بالقطاعات القاعدية.
- الهدف الأساسي من تواجد هذه المؤسسات هو السعي لتحقيق الرضا لزبائنها من خلال تلبية رغباتهم لما يطلبونه من أسواق و بأقل تكلفة.
- ليس من أولويات اغلب المؤسسات العمومية ذات الطابع الخدمي و حتى ذات الطابع الصناعي و التجاري البحث عن تحقيق الربح المادي بل تحقيق الربح الاجتماعي.
- تتميز المؤسسات العمومية بمعيار كثافة رأس المال و ذلك لانتمائها إلى قطاع الصناعات الثقيلة.

رابعاً: خصائص المؤسسات الصحية الخاصة:

إن المؤسسة الصحية الخاصة بالنظر للدور الحيوي الذي يقوم به في ظل الخدمات الصحية نجدها تتميز بالعديد من الخصائص من أهمها:

- المنظمات الصحية تمثل القطاع الصحي الخاص في المجتمع.
- إن ملكية العيادات الخاصة تعود لفرد أو جماعة من الأفراد يقومون بإدارتها أو يعينون من يديرها في العيادات الطبية الصغيرة وقد يكونوا غير المهنيين كما في المستشفيات العملاقة.
- في المنظمات الصحية العملاقة قد يكون هناك مجلس إدارة منتخب من بين المالكين و المساهمين و الذي يضم خبرات متنوعة بالإضافة إلى المهنيين الصحيين.
- يركز تمويل المنظمات الصحية الخاصة على استثمارات الخاصة من أجل الحصول على المزيد من العملاء و من ثم المزيد من الأرباح و المكاسب.
- تنوع الأنشطة في المنظمات الصحية العملاقة و لا تقتصر فقط على النشاط العلاجي أو الوقائي بل تمتد إلى أنشطة أخرى مثل أنشطة السياحة و الترفيه.
- تخضع المستشفيات و العيادات و المراكز الطبية الخاصة إلى نظم و التشريعات الضريبية و النظم و التشريعات السائدة في المجتمع خاضعة لرقابة الأجهزة المعنية.

خامساً: أسباب تواجد المؤسسة الصحية العمومية:

بدون شك أن المؤسسة العمومية تواجدت في الواقع بغرض تحقيق اقتصادية، سواء تم إنشاءها بالتأميم الكلي أو الجزئي أو إنشاءها كلية من جديد بأموال عمومية، و لقد تعددت و اختلفت الأسباب التي تساعد على إنشاءها حيث يتميز بعضها بالوضوح و البعض الآخر بالغموض و من الأسباب التي أدت إلى ظهور و انتشار المؤسسات الاقتصادية نذكر منها:

1. الأسباب السياسية: تنفرع هذه الأسباب إلى عدة عناصر هي:
2. أسباب أمنية : الغرض منها حماية و ضمان استقلاليتها في اتخاذ القرارات خاصة فيما يتعلق بالقطاعات الإستراتيجية الخاصة باقتصادها.
3. أسباب إيدولوجية سياسية: إن المسؤولين في السلطة نظرا لمواقعهم و مكانتهم القانونية التي تخولهم بإصدار الأوامر طبقا لبرامجهم و ميولا تهم الإيدولوجية.

4. الأسباب الاقتصادية: في بعض الأحيان تتدخل الدولة لاحتكار بعض القطاعات التي يجتنبها القطاع الخاص سواء لانخفاض مردوديتها أو ارتفاع تكاليفها والتي قد يصعب عليها الصعود اقتصاديا وماليا .

5. الأسباب الاجتماعية: تتمثل في الاتجاه نحو توفير بعض الخدمات و المنتجات للمواطنين أو لبعض الطبقات منهم بشيء من الدعم أو بدون مقابل.

إضافة لما سبق توجد أسباب أخرى أدت لوجود المؤسسات الصحية و من أهمها:

- عدد الأسرة في العيادة الداخلية و حجم الخدمة في العيادة الخارجية.
- نوع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة مثل جراحة القلب أمراض النساء طب العيون الخ

و سواء كانت وقائية أو علاجية.

- المساحة المتاحة للتخطيط الهندسي و التخطيط الداخلي و الموقع و مدى توفر مساحات للتوسع
- حجم الطلب على الخدمات و التوزيع الديموغرافي لسكان المنطقة التي تقع في دائرتها المؤسسة الصحية و ظروف البيئة من حيث الصحة العامة و تلوث الجو و المياه.
- حجم و تركيب القوة العاملة و مستوى المهارة الصحية للأطباء و الممرضات و مدير المخبر.
- حجم ميزانية المؤسسة الصحية و مصادر التمويل و مدى توفر الأموال و سرعة الحصول عليها.
- تؤثر درجة التخصص في الوظائف الصحية في حجم المؤسسة الصحية كالأطباء الأخصائيين.

سادسا: أهداف المؤسسة الصحية العمومية:

تسعى المؤسسة الصحية العمومية و منها الصحية إلى تحقيق عدة أهداف تختلف وتتحدد حسب اختلاف المؤسسات و طبيعتها و ميدان نشاطها و يمكن تلخيص الأهداف الأساسية كالآتي:

1. الأهداف الاقتصادية : من بين أهم الأهداف التي تسعى المؤسسة العمومية إلى تحقيقها الآتي:

1. تحقيق الربح: غالبا إن المؤسسة لكي تضمن استمراريتها في حقل النشاط الذي تزاوله ينبغي لها إن تحقق ربحا يضمن لها إمكانية رفع رأس مالها غير انه ليس لكل مؤسسة عمومية غايتها في تحقيق الربح يضمن لها إمكانية رفع رأس مالها غير انه ليس مؤسسة عمومية غايتها تحقيق الربح بل توجد البعض منها تحقيق الخدمة في حد ذاتها لطالبيها مثل: المؤسسات العمومية و التعليمية.

2. تحقيق متطلبات السوق: إن تحقيق المؤسسة لنتائجها يمر عبر عملية تصريف أو بيع إنتاجها المادي أو المعنوي (خدماتي) و تغطية تكاليفها.

3. عقلنة الإنتاج: لكي تحقق المؤسسة الأهداف التي تواجهت من اجلها بما فيها الربح ينبغي لها استعمال موارد المتاحة بشيء من العقلنة و الرشده.
II. الأهداف الاجتماعية:

هي الأهداف التي تزداد أهميتها في المؤسسات العمومية و التي من أهمها:

1. ضمان مستوى مقبول من الأجور: يعتبر العمال في المؤسسة من المستفيدين الأوائل من نشاطها حيث يتقاضون أجور مقابل عملهم و مجهوداهم المقدمة.

2. : تحسين مستوى معيشة العمال إن التطور السريع تشهد المجتمعات في الحقل التكنولوجي يجعل العمال أكثر حاجة لتلبية رغباتهم المتزايدة باستمرار، و هو ما يدعو إلى تحسين و عقلنة الاستهلاك وفق تنويع و تحسين عمليات الإنتاج

3. الدعوة إلى تنظيم و تماسك العمال: عادة ما تتوفر داخل المؤسسة علاقات مهنية و اجتماعية بين أشخاص قد تختلف مستوياتهم العملية و انتماءاتهم الاجتماعية والسياسية.
4. توفير تأمينات و مرافق العمال: من بين أهم هذه المرافق نذكر على سبيل لمثال التأمين الصحي و التأمين ضد الحوادث إضافة إلى توفير المرافق العامة مثل المطاعم و التعاونيات الاستهلاكية الخ.
- III. الأهداف التكنولوجية: تؤدي المؤسسة العمومية دورا هاما في الميدان التكنولوجي فقد نجد عند بعضها مصلحة خاصة بالبحث و التطوير و ذلك من اجل تطوير الطرق و الوسائل الإنتاجية علميا.
- IV. الأهداف الثقافية: تسعى المؤسسات لتدريب عمالها الجدد أو رسكلة عمالها القدامى و ذلك من اجل استغلال الفرص و الكفاءات المتاحة استغلالا امثلا.

العلاقة بين المستشفيات العمومية و العيادات الخاصة:

توجد علاقة تربط بين المستشفيات القطاع العام و الخاص داخل الدولة الواحدة و توجه المريض إليها و التي نتطرق إليها كآتي:

الفروقات بين القطاعين العام و الخاص:

❖ من حيث التأثير في المتغيرات الاقتصادية:

إن الملاحظ لواقع المؤسسات الصحية الممثلة في المستشفيات الحكومية و الخاصة يجد مجموعة من الفروق نذكر ما يلي:

- 1) من حيث درجة التعرض للسوق : تعني الإشارة إلى درجة ارتباط التنظيم بقوى الطلب و العرض و المنافسة وأثارها على الإيرادات و في هذا المجال نجد أن المستشفيات الحكومية لديها تعريض اقل للسوق مقارنة بالعيادات الخاصة و هذا ما أدى بالمستشفيات الحكومية إلى تقليل الاهتمام نحو تخفيض التكلفة و تحسين الكفاءة أو تحسين الأداء بصفة عامة .
- 2) من حيث التوجيه بالربح و عدم الربح: إن المستشفيات الحكومية لا تبحث عن تحقيق الربح بقدر ما تبحث عن تحقيق العدالة و الكفاءة في إشباع الحاجات و النجاح أو الفشل لا يقاس بالأسس المالية أما العيادات الخاصة نجد أن دافع الربح هو المغزى الأساسي للقرارات التي تتخذها.
- 3) التسعير إن وظيفته الأولى في العيادات القطاع الخاص تتمثل في رفع الإيرادات أما المستشفيات الحكومية فتسعى إلى تقديم الخدمات مجانية أو بأسعار رمزية للمرضى دون اعتبار لتكلفة الأداء
- 4) من حيث الأداء: يقاس أداء العيادات الخاصة بمقاييس و أسس اقتصادية إما المستشفيات الحكومية نجد أن أداءها يقاس من خلال ثلاث معايير هامة :

الفعالية: تعني تحقيق الأهداف المرسومة و المخططة

الكفاءة: تمثل درجة تخفيض التكاليف و تعظيم المخرجات

العدالة: تتمثل في درجة التوزيع العادل للخدمات الصحية او توزيع الخدمات على المناطق

❖ من حيث التأثير في السوق: إضافة إلى الفروقات السابقة بين القطاعين توجد فروقات أخرى من أهمها:

- 1) السوق المستهدف : إن العيادات الخاصة تعمل على إعطاء الأولوية لتطوير و تنمية قطاعات السوق التي تعتبر أكثر استجابة لمدخلات معينة إما المستشفيات الحكومية فان الأسواق المستهدفة لا تستجيب اوان المتلقين للخدمة معارضين تماما لتلقي الخدمة
- 2) التعرض للضغوط : قد تتعرض المؤسسات الصحية العامة إلى ضغوط ن اجل اتخاذ استراتيجيات معينة كان تكون مطالبة بخدمة اكبر عدد ممكن من الأفراد لإعطاء فرص متساوية لجميع الأفراد في حين أن المستشفيات الخاصة نجدها تعرف تماما حاجات القطاعات المختلفة بالأسواق
- ❖ من حيث التنافس: ان المستشفيات لا تهدف للربح لا تنافس العيادات الخاصة

سابعاً: تكامل القطاعين العمومي و الخاص.

إن القطاعين العام و الخاص ينبغي أن يكونا مكملين لبعضهما البعض في مجال تحسين الخدمات الصحية و التكفل الجيد بالمريض، خصوصاً وان نفس الإجراءات القانونية التي تطبق في القطاع العام تطبق أيضاً في القطاع الخاص بوحدهاته كاملة في تقديم الخدمة من أجل تخفيف الحمل الذي أثقل كاهل الدولة، و لكن لا تنسحب من هذا النشاط بل تظل المنظمات الحكومية تعمل إلى جانب المنظمات الخاصة فالسماح بإنشاء عيادات خاصة أو معاهد تعليمية خاصة لا يعني بالضرورة إلغاء المؤسسات الحكومية التي تواجدت لأداء ذات الأنشطة، كما إن بقاء الدولة كمنافس في هذه المجالات يحقق العديد من المزايا أهمها:

– إعطاء المواطن حرية الاختيار في الحصول على الخدمة من خلال الهيئات الحكومية أو الخاصة.

– إن توجه البعض للحصول على الخدمة من المنظمات الخاصة يخفف العبء على المؤسسات الحكومية و هذا من شأنه أن يساعد على تحقيق بعض الوفورات لتطوير الخدمة وتحسينها.

– عدم تعرض المواطن محدود الدخل للحرمان من الحصول على الخدمة خصوصاً وان الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص تتميز بالتكلفة المرتفعة مقارنة بالتي يقدمها القطاع الحكومي

– تواجد القطاعين معا في نفس مجال النشاط يكون نوعاً من المنافسة البناءة التي تؤدي إلى تطوير الخدمة و من ثم خدمة أهداف المجتمع ككل.

لتحقيق هذه الخطوة الأخيرة قد تلجأ الدولة أحيانا إلى إعطاء منح و تعويضات للقطاع الخاص في شكل إعفاءات ضريبية أو مساعدات مالية.

و لضمان متابعة صحية جيدة للمواطن ينبغي التقليل أو الحد من النقائص التي يعاني منها القطاعان و لاسيما المتعلقة بالتنسيق و التنظيم و نقص الموارد البشرية، كما ينبغي إعطاء مكانة متميزة للقطاع الخاص على غرار ما هو معمول به في دول توصلت إلى تحسين التغطية الصحية و دون خلق تمييز بين القطاعين

من شأنه أن يؤثر على أحدهما بالسلب خصوصاً و أن كلا القطاعين ينبغي القيام به بين القطاعين العام و الخاص لخدمة الصحة العمومية، و بما يساعد السلطات العمومية على اتخاذ القرار دولياً من خلال العمل المتواصل و إزالة الفروقات بينهما و النظر إليهما كأنهما قطاع واحد.

و في الغالب ما توجد منافسة قوية بين القطاعين و خاصة إذا كانت إمكانيات القطاع الصحي العام ذات كفاءة متميزة كما يحدث في الدول المتقدمة، إما في الدول النامية فتتعدم المنافسة نظراً لتدني مستوى الأداء و الخدمة الصحية في المستشفيات العامة و العيادات الخاصة بوجه عام، وفي الجزائر كمثال فبالرغم من رفع القيود على حرية المبادرة حتى شهدت اغلب ولايات الشمال و خاصة في المدن الكبرى منها فتح عيادات جراحية و طبية منها المتخصصة في العلاج و منها المتخصصة في الكشف و عيادات أخرى شاملة تكاد تغطي كل الاحتياجات المريض منذ دخوله إلى غاية خروجه من العيادة إلا أن ذلك لم يمنع وجود العديد من التناقضات بين القطاعين و التي نوجز بعضها في الآتي:

- عدم وجود تأثير قانوني لقطاع المؤسسات الطبية الخاصة.
- انعدام وجود نظام واحد لتسعير الأداءات مما ترتب عنه إرهاق المريض مادياً.
- عدم وجود تخطيط مركزي للتنوع الجغرافي لعيادات القطاع الخاص.
- سعى أصحاب العيادات الخاصة للدفاع عن عياداتهم و اعتبارها كبديل عن المستشفى العام.

و ما ذكر أعلاه يمثل عينة بسيطة للأسباب التي حالت دون الوصول إلى الهدف الأسمى من وجود القطاع الخاص في مجال الصحة مما أدى إلى الفشل الذريع في تحقيق الأهداف المسطرة من السلطات الوصية

للنهوض بهذا القطاع و الوصول به إلى بر الأمان و الحد من كل الصعاب التي مازال إلى حد الآن يعاني منها المريض .

ثامنا:توجه المريض نحو أي من القطاعين:

إذا نظرنا إلى الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر فيمكننا القول ما أحوج المريض لخدمات القطاع الصحي بغض النظر عن وجهة التي يسلكها المريض لكن بالنظر إلى النقص الواضح و المسجل في القطاع العام ، و الذي حال دون تكفله بالمشاكل الصحية للمريض ،رغم تخصيص ميزانية ضخمة بشكل دوري تشمل تجهيزات طبية كبيرة و تكوين مستمر لأطباء و استحداث مرافق طبية جديدة في كل مرة أرهقت ميزانية الدولة إلا إن المريض لا يجد ضالته عند اللجوء إلى المؤسسات الاستشفائية فيدخل في دوامة البحث عن جهة تكفل بإمراضه و تجيب عن تساؤلاته مما يجعله مضطرا للجوء إلى العيادات الخاصة التي أضحت سيدة الموقف مقارنة بما هو موجود في مستشفيات القطاع العام .

إن انتشار ظاهرة تراجع الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام مقارنة بالعيادات الخاصة التي و بالرغم من عجزها أمام الحالات الحرجة و تنازلها للقطاع العام في أصعب الحالات بسبب توفرها على أقدم الأطباء إلا أن العيادة الخاصة أصبحت ضرورة لا بد منها و واقع يثبتته تفاقم وضعية الخدمات الصحية بالمفشى العام بشكل كبير بدءا من كثرت الاضطرابات و التوقفات التي أثرت حتى على أدنى الخدمات الضرورية المقدمة، و صولا إلى غياب الإمكانيات الأزمة و نقص التكفل الصحي بالمريض الطامع في الحصول على علاج يشفي علته مما يجعله يعيش ظروفا مزرية ضائعا من خلالها بين مجانية القطاع العام الذي أضحي عاجزا أمام توفير التكفل التام بالخدمات الصحية و بين غلاء العيادات الخاصة التي تفرض مبالغ مالية خيالية مقابل عمليات جراحية أو خدمات صحية بسيطة.

و في ظل التراجع الذي تعرفه المستشفيات في حال التكفل الصحي بسبب الإهمال و لامبالاة وجدت العيادات الخاصة فرصة لجذب المواطن نحو الاستفادة من خدماتها رغم ارتفاع تكاليفها و لم يأتي ذلك إلا من خلال عوامل مساعدة أهمها :

✓ حسن استقبال و جودة في الخدمات المقدمة و التميز في التشخيص

وفي الأخير نجد المريض محتارا في اختيار وجهته فهو ومحير بين المستشفيات العمومية التي تعتبر مجرد هياكل لا تقدم أي خدمات ترقى طموحاته و سندان العيادات الخاصة التي يدفع إليها بطريقة أو بأخرى خصوصا و أن المواطن البسيط غير قادر على تحمل تكاليفه الباهظة سيما في ظل تدني مستوى المعيشة.

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية

يستعمل الناس في حياتهم اليومية الكثير من الخدمات و من بينها الخدمات الصحية، مثلما يستهلكون السلع إلا انه هناك بعض الغموض حول طبيعة جودة الخدمات الصحية و أبعادها في هذا المبحث سنسلط الضوء على بعض المفاهيم الخاصة بطبيعة جودة الخدمة الصحية و أبعادها .

أولاً: مفهوم الجودة:

الجودة مفهوم واسع يفتقد الاتفاق العام حول تعريفه لأنه يختلف إدراك ما يعنيه من سياق إلى سياق ومن شخص إلى آخر فلا يوجد تعريف واحد صحيح حيث يستخدم المصطلح استخدامات متنوعة من خلال الاهتمامات المختلفة و المطالب المتنوعة و نظرا لوجود مدى واسع من التعريفات قد تؤدي إلى إحداث الخلط و التشويش لذلك اجتهد العديد من الباحثين في تصنيف تعريفات الجودة في عدة مداخل بعبر كل مدخل منها عن توجه مفاهيمي محدد يتضمن عناصر محددة للجودة.

و لقد اختلف عدد المداخل التي صنفت فيها تعريفات الجودة من متخصص لآخر و لكنها تنحصر في مدى بين مدخلين إلى خمس مداخل و كذلك قد يختلف عدد عناصر كل مدخل حيث قسم david grvin

تعريفات الجودة إلى خمسة مداخل هي: مدخل الامتياز مدخل الخاصية المميزة مدخل المستفيد او المستخدم مدخل مطابقة المواصفات و مدخل القيمة (فتحي سرحان المنهل 2011)

جدول رقم 03: تعريف الجودة عند المفكرين الغربيين

الرقم	اسم المفكر	التعريف
1	Deming w e	درجة التميز الذي يمكن التنبؤ بها من خلال استعمال معايير أكثر ملائمة و اقل تكلفة و هذه المعايير تشتق من المستهلك و ينطبق ذلك المبدأ على عملية الإنتاج و المنهج النهائي في نفس الوقت
2	Jm juran	الملائمة للاستعمال
3	Ph crosby	المطابقة للمواصفات
4	feigenbaum	الناتج الكلي للمنتج أو الخدمة جراء دمج خصائص نشاطات التسويق و الهندسة و التصنيع و الصيانة و التي تمكن من تلبية حاجات و رغبات الزبون
5	Ishkawa	القدرة على إشباع العميل
6	Taguchi	تعبير عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها و التي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه

(بليّة حبيب 2019 ص20)

المبحث الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية و المكونات و الخصائص و الأبعاد:

تعريف جودة الخدمة الصحية: رغم الاهتمام المتزايد بجودة الخدمة الصحية و شيوع استخدام مصطلح الجود في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة إلا انه من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع حيث يخضع مفهوم الجودة لتقدير الأفراد و يختلف باختلاف اهتماماتهم و أولوياتهم و أهدافهم و تلك التعاريف نذكر ما يلي :

جودة الخدمة من المنظور المهني و الطبي هي:

تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية و يتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة و نوعيتها و طبيعة الخدمة الصحية المقدمة

أوضح (kotler and armstrong) : " بأن جودة الخدمة هي شكل من أشكال الطرق التي تستمدها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات "

ويعرف (MOSADOGHRAD): "جودة الخدمة الصحية بأنها: تقديم الخدمات الصحية المناسبة في الوقت المناسب و السعر المناسب من قبل مقدم الخدمة المناسب للمريض للحصول على النتائج المطلوبة."

إما المنظمة الحية العالمية (WHO) عرفتها بأنها: "التماشي مع المعايير و الاتجاه الصحيح بطريقة أمانة ومقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية نسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية" (د ,نازك عبد الله حامد علي السنة 2019 ص113)

جدول رقم 04: مفهوم جودة الخدمات الصحية لبعض الكتاب و الباحثين:

ت	اسم الكاتب أو الباحث	المفهوم
1	Donabedian 1980 34	هي تطبيق العلم و التكنولوجيا الطبية بطريقة تحقق أقصى قدر من الفائدة للصحة دون زيادة في الخطر بالمقابل.
2	Kotler and clarke 1987	المريض: ما تقدمه المستشفى من خدمة تمتاز بالعطف و الاحترام. الطبيب: تقديم الخدمة للمريض على أساس المعرفة و المهارات الطبية المتقدمة. الإدارة: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمات للمريض. المالكين: استقطاب أفضل العاملين وتوفير أفضل الموارد لتقديم الخدمة.
3	Laffel and blumenthal 1989 2873	هي الرعاية التي تلبي تطلعات المرضى و غيرهم من المستفيدين من الخدمة.
4	Lohr 1991 167	هي درجة الخدمات الصحية للأفراد و المجتمع التي تزيد من احتمالية النتائج الصحية المطلوبة و التي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية.
5	Geard and michel 451992	هي الفرق الذي يفصل المريض عن الخدمة التي يحس بها بعد تقديم الخدمة له.
6	Lohr and al 1992 18	هي مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى التي تؤدي إلى النتائج الصحية المطلوبة.
7	EVEANS AND LINDSDAY 1996 564	هي جميع خصائص الخدمات التي لها القدرة على تلبية حاجات معينة للمرضى.
8	Zethamel AND BITNER 1996 86	هي تقديم خدمة جيدة تفوق توقعات المرضى.
9	Ovreteit 2009 65	هي تقديم الخدمة التي تتجاوز توقعات المريض و تحقق أعلى النتائج السريرية المحتملة مع الموارد المتاحة.
10	Mosadeghrad 2013 147	هي الابتهاج المستمر للمريض عن طريق تقديم الخدمات الصحية الفعالة و الكفوة وفقا لأحدث المبادئ التوجيهية و المعايير السريرية التي تلبي حاجات المريض و ترضي مقدمي الخدمة.
11	Mosadeghrad 2014 203	هي تقديم الخدمات الصحية المناسبة بالمكان المناسب و الوقت المناسب من قبل مقدم الخدمة المناسب للمريض للحصول على النتائج المطلوبة.
12	Pui '2006 : 56	هي القدرة على تلبية توقعات المرضى.

المصدر: سعد مهدي السعيد الموسوي 2016 ص39

من مجمل التعاريف السابقة يتضح لنا:

يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على أنها " تقديم الخدمة الصحية التي تطابق توقعات المرضى او تجاوزها من خلال استخدام المعرفة و الموارد المتاحة"

نستنتج أن:

جودة الخدمة الصحية يقيها المريض.

- ✓ أن جودة الخدمة الصحية تتحقق من خلال المعرفة (الطبية و الإدارية و غيرها) و الموارد(الأجهزة المعدات الأثاث المباني و غيرها).
- ✓ إن مقدم الخدمة الصحية عنصر مهم في جودة الخدمة الصحية و ذلك من خلال تعامله مع المريض.

(سعد مهدي السعيد الموسوي 2016 ص39)

ثانيا: التطور التاريخي لمفهوم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية:

إن المتتبع لفكرة الرعاية الصحية سيلاحظ إن الاهتمام بهذه الفكرة قديم قدم الرعاية الصحية نفسها ،لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية و الأساليب الإحصائية لتطبيق برامج إدارة الجودة و وضع المعايير اللازمة لتقويم مستويات الأداء و هو ما تطمح إليه المؤسسات الصحية.

التوجه نحو تطبيق الإجراءات الخاصة بتحسين جودة الخدمات الصحية كان عالميا و في نفس الفترة إلا إن درجة التقدم اختلفت من دولة إلى أخرى و ذلك بسبب:

- ✓ التطور التقني و التكنولوجي الذي عرفته الخدمات الصحية بصورة سريعة لذا أصبحت معيارا لتقييم جودة تقديم الخدمات الصحية.
- ✓ انتشار الوعي بين أوساط المستفيد و عموم المواطنين.
- ✓ تطور تكنولوجيا المعلومات و توسع امتلاك المعلومة الطبية لدى المستفيدين مما خلق الحاجة إلى اعتماد أنظمة معلومات لتسيير المستشفيات.

في السنوات الأولى 1850 1910 كانت الجودة تركز على تحسين النتيجة و كان هذا التركيز من السمات البارزة لعصر فلورانس ناتينجيل و غيرها ،حيث قامت بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية في سنة 1860 لدراسة جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الانجليزية و اشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة و الصحة العامة و تحسين نظم التغذية و وضع أسس تنظيمية لإجراءات اليومية للمنتشى و وضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض و التي أدت إلى خفض عدد كبير من الوفيات في المستشفيات.

في 1910 ادى تقرير أبراهم فلكيس نر المبنى على دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية و كندا و أعادت تنظيم جذري للتعليم الطبي في البلاد.

في سنة 1917 طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجا لمعايير معينة تخص أداء المنشآت الصحية و كان احد أهداف ذلك البرنامج يمكن في و ضع طريقة رسمية للاعتماد المستشفيات و التحقق من جودة الرعاية الصحية المقدمة و قد اشتمل برنامج المعايير على أربعة نقاط رئيسية:

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد.
- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية.
- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال الكفء.
- التأكيد على أهمية إشراف الأطباء و حاجاتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.

سنوات الخمسينيات :نتيجة لارتفاع المتزايد في التكاليف الخدمة الصحية دفع المرضى للمطالبة بنوعية أفضل للخدمات و هذا ما نتج عنه ظهور أولى المحاولات لتقييم نوعية الخدمات المقدمة التي شملت في لبدأية ميدان الجراحة لتعميم فيما بعد على باقي التخصصات الطبية.

كما شهدت هذه الفترة إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات في عام 1952 و التي أعيد تسميتها لاحقا لتعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية و بهذه الطريقة ساعد مفهوما الاعتماد و الاستشهاد على تطور عملية الجودة مع مواصلة التركيز على العناصر البنوية .

و تم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة الاختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير وقد قامت اللجنة الأمريكية المشتركة بإصدار كتيب سنة 1953 عن معايير اعتماد المستشفيات إذ أصبحت ضرورة مراقبة إذ أصبحت ضرورة مراقبة الجودة حاجة ملحة في المستشفيات بالنظر إلى الوضعيات الحرجة التي كانت تعرفها.

سنوات الستينات خلال سنة 1965 اقترحت الرابطة الأمريكية للمرضين دليلا للتقييم الذاتي يضم 600 سؤال تحت خمسة أبعاد على التوالي: تحديد المريض حاجات و متطلبات المريض تنظيم وتنفيذ الخدمات تقييم النتائج إلى جانبها لجنة المصالح الإدارية في كاليفورنيا و وضعت برنامج لتقييم الجودة تحتوي على

55 معيار يشمل محيط و ملف المريض تنظيم الوحدات الصحية و كان الهدف من و راء هذه البرامج الكشف عن بعض الأخطاء أثناء تقديم الرعاية الصحية .

في سنة 1966 ظهر نموذج donabedian حيث وضع معايير و مقاييس الجودة تشمل ثلاث مستويات مستوى الموارد مستوى العمليات النتائج

السبعينيات : لم يتم حتى السبعينات من القرن العشرين تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية و اعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض أهم ما ميز الفترة ما يلي:

في الولايات المتحدة الأمريكية طلبت الحكومة إلى القطاع الخاص المساعدة على أقامت منظمات للمراجعة من اجل وضع معايير للعملية أو الرعاية و بثها و رصدها و قد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات و استمرت زمنا طويلا .

تدعيما لنموذج donabedian ظهرت نماذج مماثلة سميت بالنماذج الكلية لأنها تحتوي على مجموعة هامة من المعايير منها ما يركز على :

العمليات مثل نموذج nursing audit phaneuf 1979 يشمل 50 معيار و طريقة wandelt et 1974
ager تشمل 48 معيار لتقييم الجودة

العمليات و الموارد معا: rush medius يشمل 340 معيارا

النتائج نموذج horn et swain 1979 شمل 539 معيار

إلى جانب الطرق الكلية ظهرت نماذج جزئية متعلقة ببعض التخصصات تشمل مجالات مختلفة كالمقصور التنفسي سوء التغذية خدمات ما بعد الجراحية ظهرت كذلك في هذه الفترة ما يسمى بالمعايير العامة و اعتبرت كدليل لتقديم الخدمات الصحية و كأدوات لتقديم الكفاءات لممارسين المهنية.

سنوات الثمانينات: خلال هذه الفترة تم تطوير النماذج السابقة ففي 1982

Grenier et levesque اقترحا نموذج لقياس الجودة يحتوي على 25 معيار خاصا بالجراحة الباطنية و في سنة 1989 و قد طورا مع مجموعة من معاونيها نموذجا عاما لتقييم الكفاءات لممارسات المهنية

سنوات الثمانينات: خلال هذه الفترة تم تطوير النماذج السابقة ففي 1982 grenier levesque

اقترحا نموذجا لقياس الجودة يحتوي على 25 معيارا خاصا بالجراحة الباطنية و في سنة 1989 و قد طورا مع مجموعة من معاونيها نموذجا عاما لتقييم الجودة اعتمادا على نموذج rush medius يعتمد على الموارد و العمليات و النتائج.

سنة 1984 في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق formella et shkoder ظهرت برامج التامين الجودة داخل المصالح العلاجية unit based quality assurance program حيث اقترحت النقاط التالية:

- اختيار مواضيع تحسين الجودة من قبل ممارسي المهنة .
- وضع مجموعة من الشروط و المقاييس من قبل ذوي الخبرة في الممارسة.
- جعل لكل موضوع أدوات القياس الخاصة به.
- وضع دليل أو مخططات للعمل و العمل على تطبيقها.

لقد كان لهذه البرامج الأثر الكبير في تفعيل أدوات الجودة و ذلك عن طريق اقتحام و مشاركة جميع الأفراد ثم نقلت هذه البرامج إلى فرنسا عام 1985 ثم إلى بريطانيا سنة 1990 ظهرت طريقة جديدة و هي جودة الخدمات التمريضية سنة 1982 1989 تتركز في تقييمها للجودة على النتائج فعرفت هذه النماذج كوسائل فعالة في قياس الجودة.

خلال هذه الفترة كذلك ظهرت توجهات جديدة مثل إدارة المخاطر و حلقات الجودة كان الهدف منها كشف و قياس و تحليل الأخطاء تفاديا لحدوثها مستقبلا تعتمد على برامج الوقاية من خلالها استطاعت بغض الهيئات الاعتمادية الكشف عن العديد من الأخطاء في استعمال أدوات الجودة.

و في سنة 1984 تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الاعتماد لتطوير الجودة و ملائمة أساليب تقديم و مراقبة الرعاية الصحية.

حتى إذا حلت أواخر الثمانينات أخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طريق بديلة لقياس الجودة و تطويرها وهكذا بدا اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة .

سنوات التسعينات: ظهر في هذه الفترة تيار جديد و هو إدارة الجودة الشاملة الذي يتركز على تخفيض التكاليف في المستشفيات ورفع مستوى رضا الزبون عن طريق:

- تحقيق الجودة على المدى البعيد وبصفة مستمرة
- مشاركة و مسؤولية كافة أفراد في تحقيق الجودة
- التدريب و التعليم
- تصحيح الأخطاء
- الوقاية

شهدت هذه الفترة توسعا في نشاط الهيئة المكلفة بتقييم الجودة داخل المؤسسات من الولايات المتحدة إلى أوروبا مثل:

الهيئات الاعتمادية:

في أمريكا لجان اعتماد المستشفيات الهدف منها مراقبة المستشفيات بطلب منها بواسطة فرق متخصصة في الميدان وفق مجموعة من المعايير و المعايير الموضوعية و المحددة مسبقا تشمل ثلاث أبعاد أساسية : العناية بالمريض النواحي المادية و الداعمة للمنتشى تسيير الجودة و الوقاية من المخاطر

الشهادة :لجأت عدة مستشفيات إلى نظام (iso 9000 , 1991 , 1993 , 1994)كمعايير عالمية لضمان و تسيير الجودة داخل المؤسسات الاستفائية

جوائز التسيير: شهدت انتشارا كبيرا في بلدان أوروبا الشمالية تشمل تقييما ذاتيا للمؤسسة المرتكز على تسعة أبعاد وهي:

أبعاد التسييرية، القيادة الأفراد، إستراتيجية، المستشفى، تسيير العمليات، تسيير الموارد البشرية .

أبعاد خاصة بالنتائج: رضا الأفراد ،رضا المريض ،صورة المستشفى ،النتائج المالية.

في سنة 1992 قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة و تقويمها من خلال هذه المحاولات تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري و القيادي بدلا من التركيز على خدمات الرعاية الصحية فقط.

حاليا يسعى الاتحاد الأوروبي و المؤسسات المهنية المتخصصة للبحث عن وسيلة للتنسيق من اجل تقديم أفضل رعاية للمريض و ضمان حمايته و توفير جميع وسائل الراحة له.

فإذن مفهوم الجودة في الرعاية الصحية ليس مفهوم جديد أو وليد اللحظة أو ظاهرة سوف تنتهي في يوم فحسب التسلسل التاريخي الظاهر، فقد تم إرساء أسس المصطلح و توضيح مفاهيمه منذ أقدم العصور و تتدرج في التطور حتى وصل إلى ما يسمى بالتحسين المستمر و مازال في طور التقدم و التحسن. (ريمة اوثن السنة 2018 ص62 67)

ثالثا: مكونات جودة الخدمات الصحية :

أكد (miranda et al 2010) إن هنالك أربع مكونات تعتبر عوامل مهمة في تحقيق جودة الخدمة الصحية في المستشفيات وتعتبر أساسا لنجاحها وهي :

1. الأفراد العاملين في مجال الصحة الكوادر الصحية: هم يعملون على دراسة و ممارسة المهارات المهنية (الطبية) و الاتصالات والانتباه إلى مشاكل المرضى وفهمها و حلها بمهنية لمصلحة المرضى.
2. الإجراءات الكفؤة: وهي مستوى البيروقراطية و أوقات الانتظار في المستشفى قبل دخول المريض إلى العيادة الاستشارية وسرعة إكمال التحاليل المخبرية و إصدار القرار حول الشكاوى و الوقت المخصص لكل مريض و الجداول الزمنية للمراجعات.
3. الأفراد العاملين في المجالات الغير صحية: هم من يعملون على دراسة و ممارسة المهارات الحرفية غير الصحية و اللطف والانتباه للمرضى و حل مشكلاتهم بحرفية.
4. البنية التحتية للمستشفيات: وهي الأجهزة و المعدات الطبية و مبنى المستشفى و مواقف السيارات. (بلي حمزة و بنية مجد 2017 ص10)

رابعا: ضوابط الرعاية الصحية:

توجد مجموعة من الضوابط التي تؤسس لجودة عالية في مجال الرعاية الصحية:

- الشهادات أو الاختصاص إذ لا بد من توفر شهادات علمية تؤهل مقدمي الخدمات الصحية من القيام بعملهم مثل شهادة الطب أو الصيدلة أو التمريض الخ.
- الإجازة وهي الرخصة تمنح لبعض العاملين في المجال الصحي لممارسة مهنة معينة متخصصة دون غيرهم، و لذلك توجد مجموعة من المؤسسات التي تصنف هؤلاء حسب تخصصاتهم مثل النقابات المهنية التي تتولى منح التراخيص للقائمين بالعملية الصحية كل حسب اختصاص.
- ضوابط داخلية هناك مجموعة من الضوابط الداخلية التي تصدر عن المستشفى أو المركز الصحي و التي يجب عليهم الالتزام بها من خلال تنفيذ التعليمات الصادرة و المنظمة للخدمات الطبية و الجراحية المقدمة للمريض و التي يجب مراجعتها و قياسها من قبل المستشفى و تدوين البيانات خاصة بها حتى يتمكن المستشفى من اتخاذ القرارات المستقبلية.
- التدفق الداخلي يعهد إلى لجان متخصصة من الأطباء من القيام بعملية تقديم الرعاية الصحية للمرضى و يتم ذلك بشكل دوري لجميع الخدمات الطبية و المساندة التي تمس مستوى الأداء في الخدمة الصحية.

خامسا: أبعاد جودة الخدمات الصحية: (quality dimotions in health services)

أبعاد الخدمات الصحية يقصد بها أن تكون الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق الصحية المختلفة موافقة و مطابقة لبعض المتطلبات أو المعايير التي تحتاجها تقديم تلك الخدمات حتى تناسب الغرض منها وتؤدي إلى نتائج ايجابية المرغوبة من ملئى تلك الخدمات وتلبي احتياجاتهم و تنتشع رغباتهم ،وفي نفس الوقت تولد الإحساس لدى مقدمي الخدمات بالانجاز والفخر و مدى تعاطف دورهم وأهمية ما يقومون به وما يقدمونه من خدمات فأبعاد جودة الخدمات الصحية تهدف إلى توفير خدمات صحية أكثر كفاءة و أمنا وأسهل وصولا و أكثر أقتناعا لدى ملئى الخدمة الصحية على اختلاف رغباتهم و تنوع احتياجاتهم، مما يرفع درجة رضاهم ويمكن توضيح هذه الأبعاد كالآتي:

1. بعد الاستجابة:عرفت الاستجابة في مجال الخدمات الصحية على أنها قدرة العاملين على تقديم الخدمة و التفاعل السريع مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيدين من الخدمات الصحية و بالتالي فان الاستجابة في الخدمات الصحية تشتمل على المتغيرات التالية:

تقديم الخدمة الصحية المطلوبة على وجه السرعة الاستجابة لرغبات واحتياجات المرضى فورا مهما كانت الظروف الاستعداد التام وروح التعامل لطيفة وتعريف المريض بأوقات تقديم الخدمات والانتهاه منها و كذلك الرد الفوري على انشغالاتهم والاستجابة لشكواهم وان هذا البعد يمثل 22 بالمئة كأهمية نسبية من الجودة مقارنة بأبعاد جودة الخدمات الصحية الأخرى .

من خلال ما تقدم يمكن القول إن بعد الاستجابة في مجال الخدمات الصحية يتمخض في الآتي:

- ✓ المؤسسة الصحية قادرة و فعالة في الاستجابة لتقديم الخدمات الصحية بكفاءة و درجة عالية من النوعية
- ✓ العاملين بالمؤسسة الصحية على درجة رفيعة من الجاهزية و الاستعداد في تقديم الخدمات الصحية باستمرار بالشكل الذي يرضي الطموحات و يلبي الرغبات لطالبي الخدمات الصحية.

2. بعد الاعتمادية: تعرف الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية على أنها قدرة مقدمي الخدمات الصحية على القيام بالأعمال التي تم تحديدها و التخطيط لها مسبقا و أداءها بأفضل ما يمكن وبطريقة مقبولة وشكل موثوق و أسلوب دقيق وسليم وفي زمن مقدر موعود ووجيز أي تسليم حسب الاتفاق و بالشكل و الوقت المحدد ،حيث يشكل هذا البعد حسب كوتلر 32 بالمئة قياسا بأبعاد الجودة الصحية الأخرى و بالتالي فان الاعتمادية تعبر عن مدى ثقة ملئى الخدمة أو مقدمها درجة اعتمادهم عليها فيما يتوقعون الحصول عليه من خدمات و كذلك يعكس هذا البعد مستوى مقدمي الخدمات الصحية في الوفاء بالتزامات وتقديم الخدمات بالكفاءة ودرجة عالية من الموثوقية علاوة على الدقة و السهولة في إجراءات الحصول على الخدمة و توفرها في الوقت المناسب.

3. بعد الضمان:يعتبر من الأبعاد الهامة للجودة في الخدمات بشكل عام وجودة الخدمات الصحية بشكل خاص وذلك لارتباطه بأعلى ما يمتلك الإنسان وهي صحته وكذلك لأنه يتطلب من مقدمي الخدمات الصحية المعرفة الوثيقة و القدرة الرفيعة و الثقة المستندة و القائمة على الكفاءة و الصلاحية حيث يمثل 19 بالمئة كأهمية نسبية في الجودة مقياسا مع الأبعاد الأخرى لجودة الخدمات الصحية الأخرى بعد الضمان يعني كذلك القدرة على خلق الكسب ثقة ملئى الخدمات و طالبوها و ذلك اعتمادا على المعرفة الجيدة و الجدارة والأمان و المصدقية في التعامل و امتلاك مهارات التواصل الجيد مع الآخرين.

4. بعد الملموسية:تعرف الملموسة بأنها تلك التسهيلات المادية والبشرية التي تتضمن المظاهر ل خارجية التي تزيد من قناعة وإقبال و رغبة و اعتمادية ملئى الخدمات وتحفزهم للعودة لنفس مقدم الخدمة و هي تشمل على العناصر التالية مثل الآلات و المعدات الحديثة و الأجهزة الطبية و

المختبرية المباني ملابس العاملين وسائل الراحة و التي تعتبر كمحفزات على الإقبال و الولاء و والدتي يتطلب على مقدمي الخدمات توفيرها للمستهلكين و المستفيدين من الخدمة كل هذه الأمثلة للتسهيلات المادية و البشرية تعتبر معايير لتقييم بعد الملموسية ويمثل هذا البعد 16 بالمائة كأهمية نسبية في الجودة مقارنة بأبعاد جودة الخدمات الصحية الأخرى.

5. بعد التعاطف:يشمل بعد التعاطف على مجموعة من المتغيرات يتمثل أهمها في الأتي:اهتمام العاملين الشخصي بالمستفيدين استيعاب و تقدير احتياجات المستفيدين حرص المؤسسات الصحية و العاملين بها على المصلحة العليا للمستفيدين و العناية بهم و المحافظة على صحتهم وسلامتهم و السرية و احترام خصوصيته و إنسانية المرضى والتعامل الحسن و التواصل المستمر مع المستفيدين وتعتبر جميع المتغيرات من المعايير التي يعتمد عليها عند تقديم بعد التعاطف و الذي يمثل 16 بالمائة كأهمية نسبية في الجودة مقارنة بأبعاد جودة الخدمات الصحية الأخرى (عمر ادم علي ابو روف 2016 ص142)

سادسا:قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية:

نالت مقاييس جودة الخدمة انتباه مجموعة من الباحثين منذ سبعينات القرن الماضي حيث ركزت جهودهم على محاولة إيجاد المنهجية المناسبة لقياس جودة الخدمات بشكل عام غير أن أكثر هذه النماذج شهرة وتطبيقا هما جودة الخدمة و نموذج أداء الخدمة

كما استخدمت طرق و مداخل مختلفة لقياس جودة الخدمة الصحية وهي :

أولا: قياس جودة الخدمات من منظور العملاء:

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في إطار هذا المدخل ما يلي:

1. مقياس عدد الشكاوى:

تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن خدمات الرعاية الصحية المقدمة دون مستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها أو مع قيمة ما يدفعونه من تكاليف مقابل الحصول على الخدمة الصحية.

وينقسم العملاء من حيث الشكاوى إلى عدة أنواع أهمها:

العميل الصامت:بشكل عام هذا النوع لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء و ينبغي العمل على إغراءه من أجل تقديم الشكاوى

العميل الدائم الشكوى:يشكو دائما بحق أو بدون حق و لا يكون راضيا أبدا عن الخدمة و هناك دائما من وجهة نظره أخطاء .

العميل الموضوعي: هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه فهو يهتم بالنتائج و حل المشاكل و لا تهمة الأعداء.

العميل المستقل:يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه فهدفه الرئيسي ليس حل المشاكل

2. مقياس الرضا:

يعرف الرضا بأنه "الشعور بالراحة والقبول عن مجمل الخدمات التي يتلقاها مدة إقامته في المستشفى و تشمل الخدمات الطبية و التمريضية" و هو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض بمختلف أنواع جمع البيانات المتعارف عليها.

و قد يتحقق رضا المريض وقد لا يتحقق فبالرغم من ذلك يجب على مقدمي الخدمات الالتزام بالمعايير و الأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى لدى المريض .

3. مقياس الفجوات servqual

يقوم مقياس الفجوات من مقياس يتكون من (22) بنداً تعكس أبعاد جودة الخدمة الخمس و هي :

(الملموسية, الاعتمادية, الاستجابة, الضمان , التعاطف).

ويتكون المقياس من مجموعتين تتضمن كلا منها (22) عبارة و تهدف المجموعة الأولى إلى تحديد الخدمة المتوقعة و الثانية الخدمة المدركة من قبل المرضى و من ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات و الإدراكات و ذلك باستخدام الأبعاد التي يمثلها المقياس كما يلي:

جودة الخدمة= الإدراكات _ التوقعات

فكلما كانت الخدمة المدركة أعلى من التوقعات المريض تكون الجودة مرتفعة

و قد استخدم هذا النموذج في الكثير من بحوث تقييم جودة الخدمات الصحية وهذه الفجوات الخمس هي:

الفجوة الأولى: الفجوة بين توقعات العملاء لجودة الخدمة وإدراك الإدارة لتلك التوقعات: وتنتج بين اختلاف توقعات العملاء لمستوى جودة وإدراك إدارة المنظمة لتلك التوقعات فقد لا تدرك الإدارة المنظمة بدقة رغبات العملاء و كيفية حكمهم على مكونات الخدمة إما لان المعلومات التي لديها خاطئة أو انه تم تفسيرها بشكل غير صحيح و على سبيل المثال قد يقتصر مدير المستشفى إن المرضى يحكمون على جودة الخدمة الصحية من خلال حداثة المعدات و الأجهزة الطبية في حين يهتم المرضى بالعناية التي يقدمها لهم التفاعل بين الطبيب و العاملين في التمريض.

الفجوة الثانية: الفجوة بين مواصفات جودة الخدمة و إدراك الإدارة لتوقعات العملاء:

وتنشأ هذه الفجوة من قصور الإدارة عن غن إدراك توقعات العملاء لمواصفات جودة الخدمة و هذه الفجوة مرتبطة بشكل تصميم الخدمة وهي ناتجة بسبب ظروف السوق و لتدبب الكبير في الطلب أو بسبب موارد المنظمة أو التنظيم أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة

الفجوة الثالثة: الفجوة بين إدراك الإدارة للمواصفات جودة الخدمة و مواصفات الخدمة المقدمة

تنشأ هذه الفجوة بسبب صعوبة وضع معايير محددة لتوحيد أداء و تقديم الخدمة و ضعف مستوى مهارات لدى القائمين على أداء الخدمة لأدائها بمستوى معين بسبب ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول أو لمشاكل الأداء لموظفي الخط الأول.

الفجوة الرابعة: الفجوة بين الاتصال الخارجي مع العميل عن مستوى الخدمة و مواصفات الخدمة المقدمة فعلياً.

توقعات العملاء معتمدة على الاتصالات الخارجية للمنظمة المقدمة للخدمة فالتوقعات الواقعية تبنى على إدراك ايجابي اكبر لجودة الخدمة ، و الطريقة التي تسلم بها الخدمة لان ذلك يؤثر على إدراك العميل لجودة الخدمة المقدمة و عليه عند حصول خلل في مصداقية المنظمة المقدمة للخدمة عن طريق الإخلال بالوعد التي أعلنتها عن مستوى جودة الخدمة المقدمة و مواصفاتها فهذا سينشأ الفجوة.

الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المتوقعة من قبل العملاء وإدراك الخدمة المقدمة فعلياً من قبل العملاء

ويعتمد نشوء على حجم وتوجه الفجوات الأربعة السابقة و التي لها تأثير على طريقة تسليم الخدمة ووجود الفجوات الأربعة يقود إلى نشوء الفجوة 5.

4. مقياس الأداء الفعلي: يعرف هذا النموذج باسم servperf ظهر خلال الدراسات التي قام بها كروتين و تايلور و تعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاها يرتبط بادراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة و يعرف الاتجاه لي انه "تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة.

يعتبر هذا النموذج معدلا عن نموذج الفجوة و يركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض على اعتبار أن الجودة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية: جودة الخدمة الصحية = الأداء الفعلي.

يرفض هذا النموذج فكرة الفجوة بين إدراكات العملاء و توقعاتهم و يركز على تقييمها الأداء الفعلي للخدمة المقدمة و يعد هذا المقياس من الناحية العملية احد الأدوات الفعالة التي يكن أن تساعد على أنها جانب القصور في مستوي جودة الخدمة من وجهة نظر المستفيدين منها.

ولاختلف هذا النموذج عن سابقه في الاعتماد على نفس المؤشرات التقييمية (الاعتمادية الاستجابة و الملموسية و التعاطف و الضمان).

إلا انه يتميز عنه بالبساطة من حيث القياس و التحليل و ما يزال الجدل مستمرا حول فعالية كل من هذين النموذجين في قياس و تقييم جودة الخدمة و في هذا الإطار انقسم الباحثون إلى فريقين مابين مؤيد و معارض لكل نموذج منهما الأمر الذي يستوجب ضرورة القيام بالمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدل.

5. مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على إن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة المدركة للمريض و التكلفة للحصول على هذه الخدمات فالعلاقة بين المنفعة و السعر هي التي تحدد القيمة فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرض.

ثانيا: قياس الجودة المهنية:

1) قياس الجودة بدلالة المدخلات :

بمعنى اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها إذا ما توافر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته و معداته و القوانين و النظم و الأهداف المحددة الواضحة كانت الخدمة مميزة فعلا ، و على الرغم من منطقية هذا المدخل و الترحيب به من قبل الباحثين إلا انه يبقى ناقصا فعناصر المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة إذا كان هناك عوامل أخرى مكملة مثل الطرق تناول المدخلات و التفاعلات فيما بينها.

2) قياس الجودة بدلالة العمليات:

يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة الذي يحتوي على المؤشرات و المعايير توضح النسب المقبولة لكافة أنشطة الخدمات المقدمة كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا انه لا يعتبر دقيقا في تصميم و تقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى كونه يركز على عمليات الخدمة بدلا من أبعادها الكمية

3) قياس جودة الخدمة بدلالة المخرجات:

هو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية لهذه الخدمة و التي يمكن قياسها من خلال:

القياس المقارن: وهو إجراء مقارنات بين المستهدف و الأداء الفعلي لاستكشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا

- ✓ استقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة
- ✓ استقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود

ثالثا: قياس الجودة من منظور شامل:

رغم كل ما أسهمت به كل المداخل السابقة من تقدم في قياس الجودة وتقويمها إلا أنها جميعا يغلب عليها الطابع الجزئي وقد أدت هذه المداخل إلى و المقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في قياس جودة خدمة الرعاية الصحية و تقويمها و يمكن قياس جودة :

الرعاية الصحية من الجوانب الغير القابلة للقياس و ذلك من خلال توجيه قوائم الاستقصاء للعملاء (المرضى و العملاء و الزائرين).

حيث يجيب العميل على ما بها من أسئلة و من خلال هذه الإجابات يمكن تحديد مدى مطابقة أوجه الخدمة لمتطلبات و توقعات العمل. (د نازك عبد الله حامد على السنة 2019 الصفحة 122 127)

سابعا: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:

إن النجاح في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات الصناعية سمح بان يأخذ هذا المفهوم طريقه بقوة إلى باقي المؤسسات و من قطاعات أخرى ومنها المؤسسة الصحية فما هي ادن خصوصيات مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ؟

أ- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لاختلف عما قدمه كل من ديمينغ و جوران و كروبي و ايشيكوا و غيرهم من رواد إدارة الجودة الشاملة

وبشكل موجز فان إدارة الجودة الشاملة قد قدمت في أربع ثورات في عالم الأعمال هي:

- منح الزبون الأولوية و الأهمية.
- التحسين المستمر في كل ما يجري داخل المؤسسة.
- مشاركة الجميع في تحقيق الأهداف و رسمها.
- إدراج المؤسسة في شبكة اجتماعية.

أما عن خصوصية مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فانه يقوم أساس على الأبعاد التالية:

- جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى وتسعى في جميع أعمالها إلى إرضاءه.
- يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة هي العنصر الأساسي الذي يجب على المستشفيات إليه كما أنها تسخر كافة مواردها و إمكانياتها لتحقيقه.
- لا تقتصر الجودة على على المخرجات النهائية للخدمات الصحية بل يجب ان تبنى في كل خطوة من خطوات تقديمها و ذلك ليتسنى الوصول إلى الهدف المنشود و تعتبر كل خطوة مدخلا لما بعدها من الخطوات التالية:
- الاعتماد على الحقائق و الأرقام في تقديم الخدمة الصحية دون الاعتماد على الحدس و الأحاسيس
- مشاركة جميع العاملين في المستشفى في تطوير الخطط العمل وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل مستمر.
- تحقيق التوافق بين العاملين و تنمية كفاءتهم بتكوين فرق العمل و تحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمرضى .

- وضع نظام لتطوير جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى بصفة مستمرة .
 - الاعتماد على مستوى من الأداء يعادل 100 بالمائة إي نسبة الخطأ يجب أن تكون صفرا وهذا معناه القيام بالشكل الصحيح من أول مرة و في كل مرة.
 - الاهتمام بالجوانب النفسية للعاملين بالمستشفى و السعي نحو تحقيق رضاهم عن العمل و العمل على تنمية شعورهم بالولاء و الانتماء إلى المستشفى الذين يعملون فيه.
- ب- أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:**

إن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة تكمن في اعتبارها احد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات و تقديم جودة عالية و التي يترتب عليها رضا العميل باعتباره مفتاح للنجاح لأي مؤسسة، حيث إن طبيعة المنافسة العالمية الواسعة و الشاملة تتطلب بصفة عامة من أي مؤسسة أربعة خصائص رئيسية هي:

1. فهم ما يريد العميل و إشباع احتياجاته وقت طلبها و بأقل تكلفة.
2. الإمداد بالسلع و الخدمات و بجودة عالية وبشكل ثابت و مستمر.
3. مجارات التغيير في النواحي الاقتصادية و التكنولوجية و السياسية و الاجتماعية.
4. توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية لدا فان تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة يمكن أن يحقق جملة من الفوائد يمكن تلخيصها كالآتي:
5. تخفيض شكاوى العملاء.
6. تخفيض تكاليف الجودة.
7. زيادة النصيب السوقي بسبب تخفيض التكاليف و زيادة رضا العملاء
8. زيادة الابتكارات و التحسين المستمر.
9. تحسين العلاقات الإنسانية و رفع الروح المعنوية.
10. تحفيز العاملين بسبب وجود اتجاهات إيجابية لديهم نحو عناصر المناخ التنظيمي.
11. تحسين الأداء الكلي بشكل عام مم يؤدي على دعم المركز التنافسي للمؤسسة.

و تأكيذا على أهمية نظام TQM فقد تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة بالمستشفيات هذا المفهوم و وضعته مند عام 1994 معيارا أساسيا من معايير الاعتراف بالمستشفيات الأمر الذي يدعى الكثير من المستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية و بعض الدول المتقدمة نحو تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

ت- مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات:

قدم ادوارد ديمينغ وجوزيف جوران مجموعة من المفاهيم و المبادئ التي تبحث عن السمات او الخصائص الايجابية التي تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة على المؤسسة بنجاح و فعالية فاشتركوا في العديد من المبادئ وهي:

- التركيز على العمليات.
- التركيز على العميل.
- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.
- التعاون و العمل الجماعي.
- الاعتماد على البيانات و المعلومات لحل المشكلات و اتخاذ القرارات.
- استخدام أساليب إحصائية للرقابة على الجودة التحسين المستمر.
- و أخيرا تهيئة العاملين من اجل المشاركة في تحقيق الجودة المطلوب.
- إما فيما يتعلق بمبادئ الجودة الشاملة في المستشفيات فإنها لا تختلف في الجوهر عن ما هو معروف و معتمد في المؤسسات الصناعية فاختلاف الكتاب و الباحثين حول عدد هذه المبادئ إنما هو ظاهري فقط يرجع إلى دمج بعض المبادئ مع بعضها أو التركيز على بعض هذه المبادئ الأساسية تحجب بعضا من المبادئ الأخرى.

فمثلا قدم ساعاتي ملخصا لأهم المبادئ الأساسية في نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وهي:

- ❖ التركيز على المريض و تحسين الخدمات الصحية.
- ❖ مشاركة العاملين في تطوير خطط العمل.
- ❖ تكوين فرق العمل الفعالة.
- ❖ التركيز على العمليات.
- ❖ التحسين المستمر للجودة.
- ❖ الاعتماد على الحقائق و المعلومات عند تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية.
- ❖ ويمكن إضافة مبدئين:
- ❖ دعم الإدارة العليا.
- ❖ تحفيز القوى العاملة. (د بن نافلة قدور مريزق عاشورص 106)

خاتمة الفصل الثاني:

تعد المؤسسات الصحية ذات مكانة هامة ضمن مجال قطاع الخدمات بالنظر لما تقدمه من خدمات للأفراد و المجتمع من حيث الحفاظ على صحتهم و علاجهم بين مختلف الأوبئة و الأمراض التي يمكن إن تصيبهم و من المتعارف عليه إن مؤشر الحالة الصحية لأفراد المجتمع يعد في الوقت الحاضر من مؤشرات التنمية البشرية ، لذلك فإننا نجد إن هذه المؤسسات قد لاقت اهتماما كبيرا من قبل حكومات الدول من خلال السعي إلى الرفع من أداءها و تحسين جودة خدماتها ، و في ظل هذه المؤشرات تسعى المؤسسات الصحية لتجديد طاقتها بغية الاستجابة لمتطلبات الزبائن لأي خدمة سواء كانت علاجية أو تشخيصية أو حتى وقائية، وهذه الاستجابة لا تتم بمعزل عن جملة من العوامل التي تأتي في مقدمتها الجودة و الذي يؤدي تسلسلها إلى تحقيق رضا المريض عن المؤسسة و خدماتها المقدمة .

الفصل الثالث:

الدراسة الميدانية

مقدمة الفصل الثالث:

نتناول في هذا الفصل دراسة الجانب التطبيقي من اجل تحليل و دراسة ما تطرقنا له في الجانب النظري تطبيقيا في الميدان إذ وقع اختيارنا على عينة من المؤسسات الاستشفائية والعيادات الخاصة ببلدية القرارم قوقة ولاية ميلة .

تم التطرق في بداية هذا الفصل إلى عينة الدراسة وعددها و كذا أداة الدراسة والأساليب الإحصائية التي اعتمدت في الدراسة بالإضافة إلى تحليل مختلف البيانات المتحصل عليها وقد تم تقسيم هذا الفصل كالتالي:

- i. عينة و أداة الدراسة.
- ii. تحليل بيانات الدراسة.
- iii. اختبار الفرضيات.

أولاً:عينة و أداة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية لهذه الدراسة و اختبار فرضياتها فقد تم بناء الاستبيان على خلفية الإطار النظري للدراسة و الذي خصصت لفئة العملاء الداخليين والخارجيين للمؤسسات الاستشفائية العامة و الخاصة وقد قسم الاستبيان إلى قسمين الأول: خصص للمعلومات الشخصية الخاصة بالعملاء والقسم الثاني وقد تضمن ستة وثلاثين عبارة موزعة على محورين الأول متعلق بعمليات إدارة المعرفة الثاني متعلق بجودة الخدمات الصحية القسم الثاني والثالث ،وقد صيغت جميع عبارات الاستبيان على أساس مقياس ليكارت الخماسي.

ثانياً: تحليل أدوات الدراسة

حيث سنقوم بعملية تحليل الاستبيان كما يلي:

صدق أداة الدراسة:

من اجل التحقق من صدق أداة الدراسة قامت الباحثة بعرض الاستبيان الموجه لفئة الموظفين على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم أربعة محكمين متخصصا في مجال المنهجية البحث العلمي و مجال الادارة و التسويق هذا وقد تم الأخذ بجميع ملاحظاتهم و اقتراحاتهم للحصول عل درجة اكبر من التناسق.

إثبات أدوات الدراسة:

حيث يتم تحليل محاور وأقسام الاستبيان الموجهة إلى الموظفين انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من برنامج spss25 و هذا التحليل يفن ذاو يؤيد الفرضيات المبني عليها الاستبيان ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 05: يمثل معامل الفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,954	36

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث نلاحظ أن معامل الفا كروباخ اكبر من 0,7 مما يدل على مصداقية البيانات و ارتفاع الثبات الداخلي وهذا ما يجعلنا نكمل عملية التحليل ،وقد تم الاستعانة بكل من الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي في عملية تحليل الاستبيان.

1-الإحصاء الوصفي

توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

يوضح الجدول رقم 06 أفراد العينة الدراسة حسب متغير الجنس

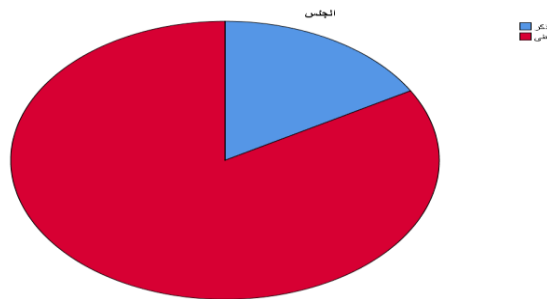
الجنس

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ذكر	5	16,7	16,7	16,7
أنثى	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الإناث بلغت 83,3% مقارنة بنسبة الذكور و التي بلغت نسبتها 16,7% ; وهذا التباين راجع إلى أسباب متعددة.

شكل رقم : (09) :توزيع أفراد العينة حسب الجنس



المصدر: مخرجات نظام spss

الجدول رقم(07): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	
أقل من 30	8	26,7	26,7	26,7
أكثر من 30	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

المصدر: مخرجات نظام spss

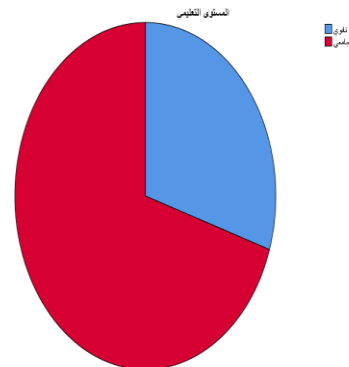
حيث نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان معظم أفراد العينة يتراوح عمرهم من ثلاثين سنة فاكثر و ذلك بنسبة 73% تم تليها الفئة العمرية التي اقل من ثلاثين سنة بنسبة تقدر ب 26% شكل رقم 10 توزيع أفراد العينة حسب السن. توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

يوضح الجدول 08: توزيع أفراد العينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	
ثانوي	9	30,0	30,0	30,0
جامعي	21	70,0	70,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

المصدر: مخرجات نظام spss

من خلال الجدول نلاحظ ان معظم أفراد العينة يملكون مستوى جامعي وكان ذلك بنسبة 70% إما النسبة المتبقية فكانت للمستوى الثانوي ب 20% وهذا راجع لشروط التوظيف. شكل رقم : (10) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



التوزيع التكراري لمحاور الدراسة:

و فيما يلي التوزيع التكراري لعبارات الاستبيان

جدول رقم(09):التوزيع التكراري لعبارات الاستبيان

مقاييس الإجابة										المحور الثاني : عمليات إدارة المعرفة		
لا أوافق بشدة		لا أوافق		أوافق إلى حد ما		أوافق		أوافق بشدة		الرقم	العبارة	توليد المعرفة
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع			
26.7	8	36.7	11	6.7	2	6.7	2	32.3	7	1	هناك تشجيع الموظفين على التعلم و تطوير مهاراتهم وقدراتهم باستمرار	توليد المعرفة
20	6	30	9	13.3	4	20	6	16.7	5	2	المستوى توجيه المعرفة من المستوى الفردي إلى الجماعي	
30	9	26.7	8	30	9	10	3	3.3	1	3	يتم إجراء البحوث بصفة مستمرة	
33.3	10	30	9	16.7	5	3.3	1	16.7	5	4	يتم استقطاب الكفاءات و الطاقات المبدعة	
13.3	4	16.7	5	16.7	5	36.7	11	16.7	5	5	يعتمد المستشفى على الأرشيف و المستندات الورقية	تخزين المعرفة
30	9	20	6	33.3	10	3.3	1	13.3	4	6	يتم تقييم المعرفة المخزنة و تحديثها باستمرار	
33.3	10	26.7	8	7.16	5	3/3	1	20	6	7	يملك المستشفى وسائل الكترونية حديثة لتوثيق معارف جديدة	
20	6	23.3	7	20	6	13.3	4	23.3	7	8	يستخدم المستشفى وسائل تقليدية لتخزين المعرفة	
33.3	10	23.3	7	23.3	7	3.13	4	7.6	2	9	يملك المستشفى شبكة معلومات داخلية تسهل الوصول إلى المعرفة	توزيع المعرفة
40	12	13.3	4	16.7	5	20	6	10	3	10	تستعمل وسائل الكترونية لتبادل المعارف	
26.7	8	16.7	5	20	6	30	9	6.7	2	11	يتم إصدار نشرات دورية و مطبوعات مختلفة	
23.3	7	16.7	5	20	6	36.7	11	3.3	1	12	يتم عقد اجتماعات و ندوات و ورش عمل داخلية	
30	9	13.3	4	30	9	20	6	6.7	2	13	يتم تطبيق المبادرات و البرامج بشكل مستمر	تطبيق المعرفة
23.3	7	16.7	5	33.3	10	20	6	6.7	2	14	يشجع المستشفى العاملين على تطبيق المعرفة و الاستفادة منها	
20	6	26.7	8	23.3	7	16.7	5	13.3	4	15	يلغي المشفى الإجراءات التي تحد من تطبيق المعرفة	
33.3	10	20	6	26.7	8	16.7	5	3.3	1	16	لا يواجه العاملين صعوبة في إيصال معارفهم	

الرقم	العبارة	أوافق بشدة		أوافق		أوافق إلى حد ما		لا أوافق		لا أوافق بشدة	
		%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع
17	اهتمام إدارة المستشفى و العاملين بطريقة و هيئة ملابس العمل	26.7	8	13.3	4	20	6	10	3	9	30
18	التسهيلات المادية رؤيتها جذابة	13.3	4	10	3	16.7	5	16.7	5	13	43.3
19	توفر صيدلية بالمستشفى	6.7	2	30	9	30	9	16.7	5	5	16.7
20	استخدام المستشفى أجهزة و مستلزمات حديثة	6.7	2	10	3	23.3	7	26.7	8	10	33.3
21	هناك التزام إدارة المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية	16.7	5	16.7	5	30	9	13.3	4	7	23.3
22	اهتمام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد	16.7	5	13.3	4	23.3	7	30	9	5	16.7
23	تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في السجلات و الحواسيب	26.7	8	26.7	8	16.7	5	16.7	5	4	13.3
24	توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات المرضى	13.3	4	10	3	33.3	10	20	6	7	23.3
25	هناك تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم	10	3	20	6	30	9	16.7	5	7	23.3
26	إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمة لهم	30	9	23.3	7	26.7	8	20	6		
27	يبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة و السهولة في تقديم الخدمة الصحية	20	6	13.3	4	33.3	10	16.7	5	5	16.7
28	يعطي العاملون معلومات واضحة و مفهومة للمرضى	26.7	8	36.7	11	13.3	4	16.7	5	2	6.7
29	يثق المرضى بخبرات و مؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى	16.7	5	16.7	5	30	9	26.7	8	3	10
30	تحتفظ المستشفى بسجلات خالية من الأخطاء	16.7	5	10	3	50	15	20	6	1	3.3
31	تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى	10	3	20	6	46.7	14	20	6	1	3.3
32	عندما توعد المستشفى بفعل شيء في وقت معين تلتزم بذلك	6.7	2	16.7	5	40	12	23.3	7	4	13.3
33	يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للعملاء	16.7	5	13.3	4	50	15	13.3	4	2	6.7
34	يتعامل العاملون بالمفشى بلطف و لباقة	26.7	8	13.3	4	43.3	13	10	3	2	6.7
35	تولي إدارة المستشفى الاهتمام بالمرضى	16.7	5	26.7	8	36.7	11	13.3	4	2	6.7
36	يقدم العاملون الاهتمام الشخصي للمرضى	23.3	7	23.3	7	40	12	10	3	1	3.3

المصدر: من اعداد الباحثة من نتائج التحليل الاحصائي

حيث يتضح من الجدول ما يلي:

1. بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 1: هناك تشجيع للموظفين على التعلم و تطوير مهاراتهم حيث بلغت نسبتهم(39%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (4 ' 63)إما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(6.7)
2. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 2:توجيه المعرفة من المستوى الفردي إلى المستوى الجماعي ب (36.7) بينما بلغت نسبة الغير موافق%50إما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(13.3%)
3. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 3:يتم إجراء البحوث بصفة مستمرة حيث بلغت نسبتهم(13.3%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (66.3%)إما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(30)
4. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 4:استقطاب كفاءات وطاقات مبدعة حيث بلغت نسبة الموافقين%20() بينما بلغت نسبة الغير موافقين (63.3%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(16.7)
5. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 5:إن يعتمد الأرشيف و المستندات الورقية حيث بلغت نسبتهم(53.4%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (30)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(16.7%)
6. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 6: يتم تقييم المعرفة المخزنة و تقييمها باستمرار%3. حيث بلغت نسبت%50أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(33.3%)
7. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 7: يملك المستشفى وسائل الكترونية حديثة لتوثيق معارف جديدة (10.46%بينما بلغت نسبة الغير موافقين (60%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(7.16)
8. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 8: يستخدم المستشفى وسائل تقليدية لتخزين المعرفة %36.6بينما بلغت نسبة الغير موافقين (43.3%)
9. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 9:يملك المشفى شبكة معلومات داخلية تسهل الوصول إلى المعرفة : (10.73%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (56.6%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(23.3%)
10. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 10: تستعمل وسائل الكترونية للتبادل: ب(30%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين(53.3%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(16.7%)
11. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 11:يتم إصدار نشرات دورية و مطبوعات مختلفة ب (36.7%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (43.4)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(20%)
12. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 12 : يتم عقد اجتماعات وندوات وورش عمل داخلية ب(40%) بينما بلغت نسبة (40%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(20%)
13. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 13 يتم تطبيق المبادرات و البرامج بشكل مستمر ب (26.7%)أما أفراد العينة %40الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(33.3%)
14. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 14 يشجع المستشفى العاملين على تطبيق المعرفة و الاستفادة منها :ب(30% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (46.7%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(23.3%)
15. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم 15(30% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (46.7%)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(23.3)
16. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم ب(20%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (53.3)أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم(26.7)

17. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 17م (40%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (7) أما أفراد العينة 40% الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (20%)
18. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 18(23.3%) أما أفراد العينة 60% الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (16.7%)
19. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 19:ب 36.7% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (33.4%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (16.7%)
20. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 20: ب (16.7%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (60%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (26.7%)
21. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 21:ب 33,4 بينما بلغت نسبة الغير موافقين 33.4 ما أفراد العينة 36.9% الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (30%)
22. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 22:ب 29.79% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (46.7%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (23.3%)
23. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 23: ب (53.4%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (30%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (16.7%)
24. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 24: ب (23.3%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (43.3%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (33.3%)
25. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 25: ب (30%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (40%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (30%)
26. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 26: ب (53.3%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (26.7%)
27. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 27: ب (23.3%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (33.4%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (33.3%)
28. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 28: ب (63.4%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (20%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (13.3%)
29. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 29: ب 33.4% بينما بلغت نسبة الغير موافقين 36.7 أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (30%)
30. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 30: ب 26.7% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (23.3%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (50%)
31. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 31: ب (30%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (23.3%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (46.7%)
32. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 32: ب 23.4% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (36.6%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (40%)
33. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 33: (30%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (20%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (50%)
34. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 34: ب (40%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (16.7%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (43.3%)
35. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 35: ب (43.4%) بينما بلغت نسبة الغير موافقين (20%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (36.7%)
36. حيث بلغت نسبة الموافقين على العبارة رقم: 36: 46.7% بينما بلغت نسبة الغير موافقين (13.3%) أما أفراد العينة الذين لم يبدو إجابات محددة بلغت نسبتهم (40%)

2-الإحصاء الوصفي لعبارات الاستبيان:

المحور الأول: إدارة المعرفة

فيما يلي جدول يبين المتوسط و الانحراف المعياري لمتغير توليد المعرفة

جدول رقم 10 يبين المتوسط و الانحراف المعياري لمتغير توليد المعرفة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
هناك تشجيع الموظفين على التعلم و تطوير مهاراتهم وقدراتهم باستمرار	30	2,6333	1,54 213
توجيه المعرفة من المستوى الفردي إلى المستوى الجماعي	30	2,8333	1,41 624
يتم إجراء البحوث بصفة مستمرة	30	2,3000	1,11 880
يتم استقطاب الكفاءات و الطاقات المبدعة	30	2,4000	1,42 877
N valide (liste)	30		

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث يتضح من خلال الجدول ما يلي:
إن أهم عبارة من عبارات بعد توليد المعرفة هي توجيه المعرفة من المستوى الفردي إلى المستوى الجماعي حيث بلغ متوسط ايجابات أفراد العينة على العبارة (2,83) و انحراف معياري 1,42، ثم تليها العبارة هناك تشجيع الموظفين على التعلم و تطوير مهاراتهم وقدراتهم باستمرار، حيث بلغ متوسط ايجابات الأفراد 2,63 و انحراف معياري 1,54 والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و لانحراف المعياري لعبارات بعد تخزين المعرفة

جدول رقم (11): الإحصاء الوصفي لعبارات بعد تخزين المعرفة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
يعتمد المستشفى على الأرشيف و المستندات الورقية	30	3,2667	1,31 131
يتم تقييم المعرفة المخزنة و تحديثها باستمرار	30	2,5000	1,33 261
يملك المستشفى وسائل الكترونية حديثة لتوثيق معارف جديدة	30	2,5000	1,50 287
يستخدم المستشفى وسائل تقليدية لتخزين المعرفة	30	2,9667	1,47 352
N valide (liste)	30		

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث يتضح من الجدول ما يلي:
إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: يعتمد المستشفى على الأرشيف و المستندات الورقية والتي يزيد متوسطها عن المتوسط الفوضى و الذي قدر ب3,26 و هذه النتيجة تدل على درجة موافقة عالية من طرف أفراد العينة

ثم تليها العبارة يستخدم المستشفى وسائل تقليدية لتخزين المعرفة بمتوسط حسابي قدر ب(2,96) و انحراف معياري ب(1,47) و اقل عبارة من حيث الموافقة هي يملك المستشفى وسائل الكترونية حديثة لتوثيق معارف جديدة بمتوسط حسابي 2,5 وانحراف معياري 1,50
الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد توزيع المعرفة

جدول رقم(12):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد توزيع المعرفة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
يملك المستشفى شبكة معلومات داخلية تسهل الوصول إلى المعرفة	30	2,3667	1,27 261
تستعمل وسائط الكترونية لتبادل المعارف	30	2,4667	1,45 586
يتم إصدار نشرات دورية و مطبوعات مختلفة	30	2,7333	1,33 735
يتم عقد اجتماعات و ندوات و ورش عمل داخلية	30	2,8000	1,27 035
N valide (liste)	30		

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث يتضح من الجدول ما يلي:

إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: يتم عقد اجتماعات و ندوات وورش عمل داخلية بمتوسط حسابي قدر ب(2,80) و انحراف معياري ب1.27، ثم تليها يتم إصدار نشرات دورية و مطبوعات مختلفة بمتوسط حسابي قدر ب(2.73) و انحراف معياري ب (1.33)، و اقل عبارة من حيث الموافقة يملك المستشفى وسائل الكترونية حديثة لتوثيق معارف جديدة بمتوسط حسابي 2,5 وانحراف معياري 1,50
الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد تطبيق المعرفة

جدول رقم(13):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد تطبيق المعرفة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
يتم تطبيق المبادرات و البرامج بشكل مستمر	30	2,6000	1,3025 2
يشجع المستشفى العاملين على تطبيق المعرفة و الاستفادة منها	30	2,7000	1,2359 6
يلغي المستشفى الإجراءات التي تحد من تطبيق المعرفة	30	2,7667	1,3308 9
لا يواجه العاملين صعوبة في إيصال معارفهم	30	2,3667	1,2172 1
N valide (liste)	30		

المصدر:مخرجات نظامspss

حيث يتضح من الجدول ما يلي:

إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: يلغي المستشفى الإجراءات التي تحد من تطبيق المعرفة بمتوسط حسابي قدره 2,76 وانحراف معياري ب1,33 ثم تليها يشجع المستشفى العاملين على تطبيق المعرفة و الاستفادة منها بمتوسط حسابي قدر ب(2,7) و انحراف معياري ب(1,23) و اقل عبارة من حيث الموافقة لا يواجه العاملين صعوبة في إيصال معارفهم بمتوسط حسابي 2,36 وانحراف معياري 1,21

ثانيا : جودة الخدمات الصحية:الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد الملموسية. جدول رقم(14):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الملموسية.

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
اهتمام إدارة المستشفى و العاملين بطريقة وهيئة ملابس العمل	30	2,9667	1,60 781
التسهيلات المادية رؤيتها جذابة	30	2,3333	1,47 001
توفر صيدلية بالمستشفى	30	2,9333	1,20 153
استخدام المستشفى أجهزة ومستلزمات حديثة	30	2,3000	1,23 596
N valide (liste)	30		

المصدر:مخرجات نظامspss

حيث يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:
 إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: اهتمام إدارة المستشفى و العاملين بطريقة و هيئة ملابس العمل
 بمتوسط حسابي قدره 2,96 وانحراف معياري 1,60، ثم تليها العبارة : توفر صيدلية بالمستشفى يستخدم
 بمتوسط حسابي قدر ب(2,93) و انحراف معياري ب 1,2، وأقل عبارة من حيث الموافقة هي استخدام
 المستشفى أجهزة و مستلزمات حديثة بمتوسط حسابي 2,3 وانحراف معياري 1,23
 والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد الاعتمادية.

جدول رقم(15):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الاعتمادية

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
هناك التزام إدارة المستشفى بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات العلاجية	30	2,9000	1,39 827
اهتمام إدارة المستشفى بتقديم خدمات في الوقت المحدد	30	2,8333	1,34 121
تدوين المعلومات عن المرضى في السجلات و الحواسيب	30	3,3667	1,40 156
توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات المرضى	30	2,7000	1,31 700
N valide (liste)	30		

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:
 إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في السجلات و الحواسيب بمتوسط حسابي قدر ب3,36 وانحراف معياري ب 1,40
 ثم تليها العبارة هناك التزام إدارة المستشفى بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.
 يستخدم بمتوسط حسابي قدر ب(2,9) و انحراف معياري ب 1,39
 وأقل عبارة من حيث الموافقة هي توافق الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى مع احتياجات المرضى بمتوسط حسابي 2.7 وانحراف معياري 1,31
 والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد الاستجابة

جدول رقم(16):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الاستجابة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
هناك تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم	30	2,7667	1,30 472
إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمة لهم	30	3,6333	1,12 903
يبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان	30	3,0333	1,35 146
يعطى العاملون معلومات واضحة و مفهومة للمرضى	30	3,6000	1,24 845
N valide (liste)	30		

المصدر: مخرجات نظام spss

حيث يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:
 إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمة لهم بمتوسط حسابي قدر ب3,63 و انحراف معياري 3,6
 ثم تليها العبارة يعطي العاملون معلومات واضحة و مفهومة للمرضى يستخدم بمتوسط حسابي قدر ب(3,6) و انحراف معياري ب 1,24
 وأقل عبارة من حيث الموافقة هي هناك تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم بمتوسط حسابي 2,76 وانحراف معياري 1,3
 الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد الثقة

جدول رقم(17):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد الثقة

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
يثق المرضى بخبرات و مؤهلات الإطارات الصحية في المستشفى	30	3,0333	1,24 522
يحتفظ المستشفى بسجلات خالية من الأخطاء	30	3,1667	1,05 318
تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى	30	3,1333	,973 20
عندما توعد المستشفى بفعل شيء في وقت معين تلتزم بذلك	30	2,8000	1,09 545
N valide (liste)	30		

المصدر:مخرجات نظامspss

حيث يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:

إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة تحتفظ المستشفى بسجلات خالية من الأخطاء بمتوسط حسابي قدره 3,16 و انحراف معياري ب1,05، ثم تليها العبارة تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى بمتوسط حسابي قدر ب(3,13) و انحراف معياري ب 0,97، و أقل عبارة من حيث الموافقة عندما توعد المستشفى بفعل شيء في وقت معين تلتزم بذلك بمتوسط حسابي 2,8 و انحراف معياري 1,09، و الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري لعبارات بعد التعاطف جدول رقم(18):الإحصاء الوصفي لعبارات بعد التعاطف

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للعملاء	30	3,2000	1,09 545
يتعامل العاملون بالمستشفى بلطف و لباقة	30	3,4333	1,19 434
تولى إدارة المستشفى الاهتمام بالمرضى	30	3,3333	1,12 444
يقدم العاملون الاهتمام الشخصي للمرضى	30	3,5333	1,07 425
N valide (liste)	30		

المصدر:مخرجات نظامspss

حيث يتضح من الجدول أعلاه ما يلي:
 إن أهم عبارة في هذا البعد هي عبارة: يقدم العاملون الاهتمام الشخصي للمرض بمتوسط حسابي قدره 3.5 و انحراف معياري ب1,07 ثم تليها العبارة يتعامل العاملون بالمفشى بلطف و لباقة يستخدم بمتوسط حسابي قدر ب(3.43) و انحراف معياري ب 1,19 و اقل عبارة من حيث الموافقة هي يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للعملاء بمتوسط حسابي 3,2 وانحراف معياري 1,09

ثانيا: الإحصاء الاستدلالي:

حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع كما يلي:
 جدول رقم19: يوضح معمل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية توليد المعرفة

Corrélations

		توليد المعرفة	جودة الخدمات الصحية
توليد المعرفة	Corrélation de Pearson	1	,524**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
جودة الخدمات الصحية	Corrélation de Pearson	,524**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

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

المصدر: مخرجات نظام spss

نلاحظ بأن معامل الارتباط بين توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية فوق المتوسط وهو طردي وذو دلالة إحصائية.

جدول رقم20: يوضح معمل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية تخزين المعرفة

Corrélations

		تخزين المعرفة	جودة الخدمات الصحية
جودة الخدمات الصحية	Corrélation de Pearson	1	,511**
	Sig. (bilatérale)		,004
	N	30	30
المعرفة تخزين	Corrélation de Pearson	,511**	1
	Sig. (bilatérale)	,004	
	N	30	30

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

المصدر: مخرجات نظام spss

نلاحظ بأن معامل الارتباط بين تخزين المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية فوق المتوسط وهو طردي وذو دلالة إحصائية.

جدول رقم 21: يوضح معمل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية توزيع المعرفة

Corrélations

	توزيع المعرفة	الخدمات جودة الصحية
جودة الخدمات الصحية	Corrélation de 1	,446*
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	30
المعرفة توزيع	Corrélation de ,446*	1
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	30

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

المصدر: مخرجات نظام spss

نلاحظ بأن معامل الارتباط بين توزيع المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية دون المتوسط وهو طردي وذو دلالة إحصائية.

جدول رقم 22: يوضح معمل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و عملية تطبيق المعرفة

Corrélations

	تطبيق المعرفة	الخدمات جودة الصحية
جودة الخدمات الصحية	Corrélation de 1	,556**
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
المعرفة تطبيق	Corrélation de ,556**	1
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30

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

المصدر: مخرجات نظام spss

نلاحظ بأن معامل الارتباط بين تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية فوق المتوسط (قوي) وهو طردي وذو دلالة إحصائية.

جدول رقم 23: يوضح معامل الارتباط بين جودة الخدمات الصحية و إدارة المعرفة

Corrélations

	إدارة المعرفة	جودة الخدمات الصحية
جودة الخدمات الصحية	Corrélation de 1	,607**
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
المعرفة إدارة	Corrélation de ,607**	1
	Pearson	
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

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

المصدر: مخرجات نظام SPSS

نلاحظ بأن معامل الارتباط بين إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية قوي وهو طردي وذو دلالة إحصائية .

ثالثاً: اختبار الفرضيات:

وذلك من خلال وضع الفرضية الصفرية والبديلة للفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية كما يلي:
 H_0 : لا توجد علاقة بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .
 H_1 : توجد علاقة بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية . حيث كانت نتيجة الاختبار هي رفض H_0 وقبول H_1 مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم 24: يوضح التباين بين جودة الخدمات الصحية و عمليات إدارة المعرفة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8,006	1	8,006	16,313	,000 ^b
	de Student	13,742	28	,491		
	Total	21,748	29			

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية

b. Prédicteurs : (Constante), إدارة المعرفة

المصدر: مخرجات نظام spss

H_0 : لا توجد علاقة بين عملية توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .

H_1 : توجد علاقة بين عملية توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .حيث كانت نتيجة الاختبار هي رفض H_0 وقبول H_1 مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمليات توليد المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم 25: يوضح التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية توليد المعرفة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	5,977	1	5,977	10,612	,003 ^b
	de Student	15,771	28	,563		
	Total	21,748	29			

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية:

b. Prédicteurs : (Constante), توليد المعرفة,

المصدر: مخرجات نظام spss

H_0 : لا توجد علاقة بين عملية تخزين المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية

H_1 : توجد علاقة بين عملية تخزين المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية حيث كانت نتيجة الاختبار هي رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم 26: يوضح التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية تخزين المعرفة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	5,668	1	5,668	9,869	,004 ^b
	de Student	16,080	28	,574		
	Total	21,748	29			

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية :

b. Prédicteurs : (Constante), تخزين المعرفة,

المصدر: مخرجات نظام spss

H_0 : لا توجد علاقة بين عملية توزيع المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .

H_1 : لا توجد علاقة بين عملية توزيع المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية حيث كانت نتيجة الاختبار هي رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عملية توزيع المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية .

جدول رقم 27: يوضح التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية توزيع المعرفة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4,330	1	4,330	6,961	,013 ^b
	de Student	17,418	28	,622		
	Total	21,748	29			

a. Variable dépendante: جودة الخدمات الصحية:

b. Prédicteurs : (Constante), توزيع المعرفة,

المصدر: مخرجات نظام spss

H_0 : لا توجد علاقة بين عملية تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية
 H_1 : لا توجد علاقة بين عملية تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية حيث كانت نتيجة الاختبار هي رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عملية تطبيق المعرفة وتحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم 28: يوضح التباين بين جودة الخدمات الصحية و عملية تطبيق المعرفة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	6,731	1	6,731	12,550	,001 ^b
	de Student	15,017	28	,536		
	Total	21,748	29			

a. Variable dépendante: جودة الخدمات الصحية:

b. Prédicteurs : (Constante), تطبيق المعرفة,

المصدر: مخرجات نظام spss

خلاصة الفصل:

تم من خلال هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية المتعلقة بدراسة علاقة إدارة المعرفة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وقد اقتصرَت الدراسة على أداة واحدة و هي الاستبيان الموجه لفئة العملاء الداخليين و الخارجين بغية التعرف على علاقة التي تربط بين عمليات إدارة المعرفة (توليد و تخزين و توزيع و تطبيق المعرفة) و الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الملموسية و الاعتمادية و الاستجابة و الثقة و التعاطف).

حيث تسعى المؤسسات الصحية إلى تجديد طاقاتها من اجل الرفع من مستوى جودة خدماتها ،وذلك من خلال تطبيق نظام إدارة المعرفة فعال حيث ثبت أن لإدارة المعرفة تأثير كبير على جودة الخدمات الصحية.

الخاتمة:

ما يمكن أن نلخصه في هذا البحث اعتمادا على الإطار النظري أن إدارة المعرفة تعد من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تقوم على جملة من الأفكار و المبادئ التي يمكن لأي مؤسسة أن تطبقها في مجال نشاطها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، الشيء الذي يؤهلها لمواجهة المنافسة الشرسة ما بين المؤسسات التي ازداد وعيها في غضون السنوات الأخيرة بضرورة تطبيق مفاهيم إدارة المعرفة في مختلف عملياتها التصنيعية و الخدماتية .

إذ تعتبر إدارة المعرفة إحدى الركائز الأساسية التي تعتمد عليها المؤسسات في تحسين جودة منتجاتها ،إذ تسعى الجزائر إلى إدخال إصلاحات إلى أنظمتها و خاصة النظام الصحي باعتبار هذا الأخير الأساس الذي يعتمد عليه في تقديم الخدمات الصحية لطالبيها من أفراد المجتمع ،وذلك من خلال تطبيق أسس ومبادئ الاقتصاد المعرفي من أجل مواكبة التطور في مجال الخدمات الصحية.

و على هذا الأساس استهدف البحث في جانبه التطبيقي تسليط الضوء على علاقة إدارة المعرفة بتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة .

وفي الأخير يمكننا القول بان الخدمة الطبية الجيدة لم تأتي من عدم و إنما هي إلى نتيجة لجهود شاقة ومدروسة ،تسعى دائما إلى التحسين والتطوير و ذلك من خلال تطبيق مختلف الأنظمة و التي من بينها نظام إدارة المعرفة و الذي من شأنه أن تساهم من رفع مستوى الجودة .

نتائج الدراسة: ويمكن تقسيمها إلى قسمين:

نتائج النظرية: من أهم النتائج التي توصلنا إليها ما يلي:

- بات واضحا من خلال الجانب النظري إن استخدام إدارة المعرفة يؤدي إلى تحسين أداء المنظمة بشكل مباشر و هذا ما ينعكس على جودة الخدمة المقدمة للزبون.
- جودة الخدمات تتحدد من خلال قياس أبعاد جودة الخدمة الخمسة الملموسية الاعتمادية الاستجابة الثقة و التعاطف.

وفي ضوء تحليل متغيرات الدراسة تبين ما يلي:

- ❖ امتلاك المؤسسات الاستشفائية المبحوثة لإبعاد جودة الخدمة.
- ❖ إن المستشفيات عينة الدراسة تختلف في اهتماماتها للمتغيرات التي تدعم إدارة معرفتها
- فرزت نتائج اختبار فرضية الدراسة ما يلي:

1. هناك اثر معنوي عند مستوى (0.1) بين جودة الخدمات الصحية و توليد المعرفة.
2. هناك اثر معنوي عند مستوى (0.1) بين جودة الخدمات الصحية و تخزين المعرفة.
3. هناك اثر معنوي عند مستوى(0.1) بين جودة الخدمات الصحية و توزيع المعرفة.
4. هناك اثر معنوي عند مستوى(0.1) بين جودة الخدمات الصحية و تطبيق المعرفة.

التوصيات:

- ضرورة تجهيز المستشفى بتجهيزات مادية حديثة و متطورة تفي بالغرض
- ضرورة قيام المستشفى بتقييم دوري للمعرفة
- ضرورة العمل بنظام الحوافز الذي من شأنه أن يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية
- ضرورة اهتمام المستشفيات بإدارة المعرفة التي يمتلكها أفرادها بمختلف صفاتهم الوظيفية، إذ أن هذه المعارف تمثل رأس المال الفكري الذي تمتلكه هذه المنظمات، والذي يساهم في تنمية الميزة التنافسية، وتوسيع حصتها السوقية.

- ضرورة اهتمام المستشفيات بالتقصي عن مدى رضا العميل عن الخدمة المقدمة، إذ أن الحصول على معلومات عن العملاء يعد أحد جوانب إدارة المعرفة، ويمكن ذلك من خلال تفعيل دور صندوق الشكاوي، وإجراء استطلاعات لرأي العملاء ومدى رضاهم عن الخدمة المقدمة على فترات متباعدة.
- ضرورة الاهتمام بالعميل الداخلي ويقصد الباحث هنا الموظفين، إذ أن الموظف هو في النهاية من يحمل المعرفة التي تسعى المنظمة نحو الحصول عليها بهدف نشرها لمن يحتاجها من أفرادها.

الأفاق المستقبلية للدراسة:

إن الدراسة تبقى مفتوحة من جوانب متعددة و أبعاد مختلفة مما يتطلب اقتراح المواضيع التالية:

- 1- واقع تبني المؤسسات الجزائرية لنظام إدارة المعرفة.
- 2- استراتيجيات إدارة المعرفة و دورها في تنمية الميزة التنافسية.
- 3- دراسة مقارنة حول تطبيق نظام إدارة المعرفة في القطاع الصحي في الجزائر بين القطاع العام و الخاص.
- 4- أثر تطبيق نظام إدارة المعرفة على جودة الخدمات التعليمية.

قائمة المراجع:

- 1- نازك عبد الله حامد علي اثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمات الصحية السنة 2019
- 2- أحمد الهلة إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحي 2017
- 3- أيمن زكي كردية مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور و أثرها على فعالية الخدمة الصحية من وجهة نظر الجمهور المراجعين 2011
- 4- بعلي حمزة و بنية محمد دور إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية السنة 2017
- 5- بن نافلة قدور مريزق عاشور إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات
- 6- حسين موسى قاسم ألبنا، أ.د. نعمة عباس الخفاجي إستراتيجية التمكين لتعزيز عمليات إدارة المعرفة دار الأيام عمان الأردن 2014
- 7- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي دار المسيرة عمان الاردن 2000
- 8- خضر مصباح إسماعيل الطي طي إدارة المعرفة التحديات و التقنيات و الحلول دار حامد عمان الأردن الطبعة الأولى 2010
- 9- سعد مهدي السعيد الموسوي دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية 2016
- 10- ربحي مصطفى عليان 2012 اقتصاد المعرفة دار الصفاء للنشر و التوزيع عمان الاردن الطبعة 129 سلسلة المميزون الإدارية 2005 ادارة المعرفة الطبعة الأولى
- 11- سليمان الفارس دور إدارة المعرفة في رفع كفاءة أداء المنظمات مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية المجلد 22 العدد 2 2010
- 12- صلاح الدين الكبيسي 2005 إدارة المعرفة المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات 2005
- 13- صلاح نيوف مدخل إلى الفكر الاستراتيجي الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانيمارك
- 14- عامر عبد الرزاق الناصر إدارة المعرفة في إطار نظم ذكاء الأعمال دار اليازوري عمان الاردن 2015
- 15- عائشة عتيق جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية 2012
- 16- عبد الستار العلي وآخرون المدخل إلى إدارة المعرفة دار المسيرة عمان الأردن الطبعة الثانية 2009
- 17- عبد الفتاح جاسم زعلان متطلبات مادة الإدارة الإستراتيجية جامعة كربلاء 2017-2018
- 18- عمر ادم علي أبو روف اثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية السنة 2016
- 19- فتحي سرحان إدارة الجودة الشاملة الاتجاهات العالمية الإدارية الحديثة فتحي سرحان المنهل 2011

20- فيصل علوان الطائي، د. أميمه حميد العادلي 2011 استراتيجيات إدارة المعرفة و الإستراتيجية الأمثل لإدارة المعرفة في المكتبات الجامعية العراقية دراسة حالة لمكتبة جامعة كربلاء العلوم الاقتصادية العدد 36 المجلد 9 تموز 2014

قائمة المراجع الاجنبية:

- 1-ASTHO knoweldge management for public health proffessionels washington 2005.
- 2-Filemon A. Uriarte ,JR. Asean fondation jacarta . indonesia 2008
- 3-Murray E.jennex knoweldge management in modern organization idea group puplshing 2007.
- 4-NHS national library for health abc of knoweldge management.M.Esharpe new york 2005.
- 5-Michael Armstrong .human resources management proctice kognpage london and phladilphia 10 th ed 2006.
- 6-Mory E.Reynolds the contrabition of knowledge management to learning university of protiorio 2005.
- 7-Martie Maria Squier the principles and practice of knoweldge management university of protiorio 2006.
- 8-Kathleen Foley Curley , Brbara Kivowitz knoweldge management hrdpress.u.S and kanada 2001.
- 9-A guide to developing K.M stratigy 2016.
- 10-Alex Hou Hong Ng and others integrat knoweldge management strategy procedia social and behavioral sionces 2012.
- 11-Dr. abudel ghafor aman . impact of knoweldge management on organization performance IISTE. VOL 5. NOB 2015.
- 12-Dr.Mohemmed Ali Akour and others .K .M stratigy building European sientifie journal vol 8N july 2012.
- 13-Dr.serfin D.Talisayon.Manila.philippines knoweldge management from brain to business apo 2007.
- 14- Eriki maki knoweldge management in practice aalto_YLIOPisto2017.
- 15-Fred Nickolas stratigy difinition and neming 2016.
- 16-Irma Becerra-Fernandez .rajiv sabherual knoweldge management ME sharpe new york2010.

- 17-Marta Masur and others knoweldge management hand book for companies lifelong learing programe 2014.
- 18-Stephanie Barnes , Nick Milton designing a successful KM strategy A guide for the knoweldge management professional information tody .INC new jersey 2015 p23.
- 19-Murray E Jennexcase stadies in knoweldge management IDEA group publishing hershy. London 2005.
- 20-Chihab.Ben Mousabarriers and tecnology a theoretical fromwork and revie of academy of sience engineerig and thecology 30 / 2009.
- 21-Sidharta Chattergee managing constaints and removing obstacles to knoweldge management MAPRA6 august -2014.
- 22-Gratiela Dana BOCA and others CULTURAL baririers between organisation and knoweldge management north economic review 2017.
- 23- Anna Ujmary-Gil bussiness and non profit organisation facing increased compition and growing cusomers demands norny saz business school vol 10 ed2011.