

انعكاس عملية ايجاد المعرفة الجديدة على استدامة جودة الخدمات الصحية/
دراسة استطلاعية لآراء عينة من الاطباء العاملين في المستشفيات الحكومية في
محافظة نينوى

The role of organizational Finding new knowledge process in enhancing sustainability of quality of Health Service/ an investigation study of the views of doctors in some governorate hospitals in Nineveh Governance

ا.م.د. أحمد هاني محمد النعيمي
Ahmed Hani Mohammed Al-Noaimi
جامعة الموصل / كلية الادارة و الاقتصاد
University of Mosul / Administration
and Economics college
ahmed_hani@uomosul.edu.iq

أ.د. علي عبد الستار عبد الجبار الحافظ
Ali Abdul Sattar Abdul Jabbar Al
Hafidh
جامعة الموصل / كلية الادارة و الاقتصاد
University of Mosul / Administration
and Economics college
ali_abdulsatar@uomosul.edu.iq

المستخلص:

يهدف البحث الى اختبار انعكاس عملية ايجاد المعرفة الجديدة في استدامة جودة الخدمات في المجال الصحي وتم اختيار مجموعة من المستشفيات الحكومية في محافظة نينوى ميدانا للبحث, إذ اعتمدت استمارة استبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات والتي تم تصميمها بالاعتماد على مجموعة من المصادر العلمية , إذ تم توزيع الاستمارة على مجموعة عشوائية قدرها 74 فرداً من العاملين في اقسام الجودة او الذين على تماس مع عمليات قياس وادارة الجودة في المستشفيات عينه البحث و بعد الاعتماد على الاساليب الإحصائية , و باستخدام برنامج (spss23) في تحليل البيانات تم التوصل الى مجموعة من الاستنتاجات الداعمة لانعكاس عملية ايجاد المعرفة الجديدة في استدامة جودة الخدمات الصحية و استنادا الى تلك الاستنتاجات خلص البحث الى جملة من التوصيات التي ابرزها (ضرورة التركيز على إقامة المستشفيات وبنائها استنادا الى الكثافة السكانية في الرقع الجغرافية المختلفة للمحافظة و هذا سوف يسهل وصول المرضى الى المستشفى بأسرع وقت لان تأخير وصول المريض له نتائج سلبية.

الكلمات المفتاحية: المعرفة الجديدة, خلق المعرفة , ايجاد المعرفة الجديدة , استدامة جودة الخدمات الصحية

Abstract

The aim of this research is to explore the role of organizational Finding new knowledge process in enhancing sustainability of quality of health services and some of government hospitals in Nineveh Governance the research adopt on the questionnaire design According of some scientific. The questionnaire was distributed to a random group of 74 individuals who work in quality departments or who are in contact with quality measurement and management processes in the surveyed hospitals, after relying on statistical methods. and using of (spss 23) the research state some of conclusions that support the role of finding new knowledge and sustainability of quality health services besides that the research suggested that(The need to focus on the establishment of hospitals and construction based on the density of population in the geographical patches of different city and this will facilitate the arrival of patients to the hospital as soon as the delay of the arrival of the patient has negative results.

keywords : Knowledge ,Knowledge creation , Finding New Knowledge process, Sustainability of Quality Health Services

المقدمة

ان المعرفة تولد من قبل كل العاملين, و كل العاملين في المنظمة يتوجب عليهم التفكير, والابداع, واعادة التفكير والبحث, والخبرة, فضلا عن المهارات, والخبرات.

ان المعرفة التي يتم ايجادها في المنظمة, فانه سوف يصر الى تحويلها الى مهام, و فعاليات بشكل فوري, من قبل العاملين لتحقيق النجاح التنظيمي, اذ يقاس هذا النجاح من خلال ارباح ونمو المنظمات, كما قد تؤدي عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة الى ميزة تنافسية يتم تضمينها على شكل ثقافه منظمة, او هيكل, او عمليات, او اجراءات, و تفكير العاملين.

ان هدف تقديم الخدمات بالجودة المتوقعة, او تفوق توقعات الزبون, باعتباره الهدف الاساسي للمنظمات الخدمية بشكل عام, و المستشفيات بشكل الخاص, اذ ان المستشفيات تعنى بصحة البشر وحياتهم و يتوجب على ادارة المستشفيات و الكادر العامل فيها السعي الجاد باتجاه التقديم الخدمة الصحية بالجودة المطلوبة, واستدامة جودة الخدمات الصحية بالشكل الذي تحقق مميزات نفسية من حيث الجودة والخدمات وبالتالي تحقيق رضا المرضى من خلال تلقيهم الخدمة الصحية بالشكل المثالي (بالشكل الذي يتوقعونه) وسعي ادارة المستشفيات على تقديم خدمة تفوق توقعات المرضى, اذا جاء البحث في اربعة محاور تناول المحور الاول: منهجية البحث اما المحور الثاني: الجانب النظري وقد تناول المحور الثالث: الجانب التطبيق وينتهي بالمحور الرابع المقترحات الاستنتاجات.

المحور الاول : منهجية البحث:

اولا : مشكلة البحث:

تهتم العديد من المنظمات بشكل متزايد بتوفير واستخدام الادوات الفعالة لعملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة, ونتيجة لذلك فان المنظمات تنفق الكثير من الاموال على ادوات خلق المعرفة, وان المعرفة تخلق و يتم ايجادها بواسطة العاملين والمنظمة دور حاسم في صياغة و توسيع المعرفة, من خلال الشبكات الفردية التي تتحول فيما بعد الى شبكات اجتماعية, ومستويات المجموعة, و التنظيم فان العاملين ستكون لهم العديد من الفرص لتبادل معرفتهم مع اعضاء الآخرين في المنظمة.

ان جودة الخدمات تعد من المجالات الاكثر اهمية في قطاع الخدمة الصحية لذلك اصبح لزام على المستشفيات واداراتها التركيز على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها اذ ان جودة الخدمات في مجال الصحة و الرعاية الصحية, ومن خلال الزيارات الميدانية التي قام بها الباحثان والاطلاع على الواقع الخدمي وسعي ادارات المستشفيات للنهوض بالواقع الصحي, وهذا ما دفع الباحثان باتجاه البحث عن حلول التي تضمن استدامة جودة الخدمات الصحية من خلال عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة, واستنادا الي ما تقدم فان مشكلة البحث تمثل في التساؤلات الآتية:

1- هل توجد علاقة ارتباط معنوية بين ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة و استدامة جودة الخدمات الصحية؟

2- هل يوجد تأثير معنوي ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة في استدامة جودة الخدمات الصحية؟

ثانيا: اهمية البحث

ان أهمية البحث تبرز من خلال محاولة الباحثان لمعالجة مشكلة حقيقية في الميدان الصحي والتي تمثلت في الاجابات عن التساؤلات البحث واختبار الفرضيات متمثلة في بعدين اساسيين هما:

البعد النظري: الذي تمثل في الجانب النظري للبحث من خلال ما عرضه الباحثان من مصادر وتقديم فرشة نظرية بقصد ان يحقق استفادة للباحثين الذين يبحثون في مجالات (عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة, واستدامة جودة الخدمات الصحية).

البعد الاحصائي: ويتمثل بالإجابات المتوقعة المترتبة على تساؤلات مشكلة البحث التي تم طرحها بقصد اثبات او نفي فرضيات البحث.

ثالثا: اهداف البحث: يهدف البحث الى:

1- تعريف ادارات المستشفيات قيد البحث بدور عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في تعزيز استدامة جودة الخدمات الصحية.

2- تعريف كادر المستشفيات عينة البحث بأدوات استدامة جودة الخدمات الصحية من خلال عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة

3- وصف وتشخيص عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة و استدامة جودة الخدمات الصحية في المستشفيات عينة البحث.

عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة

التعاطف الامان الملموسية الاستجابة الاعتمادية

استدامة جودة الخدمات

علاقة ارتباط $\longleftrightarrow$ علاقة تأثير $\dashleftarrow$

خامسا: فرضيات البحث:

1- توجد علاقة ارتباط معنوية بين عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة واستدامة جودة الخدمات الصحية ويتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

توجد علاقة ارتباط معنوية بين عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة و ابعاد استدامة جودة الخدمات الصحية (منفردة)

2-يوجد تأثير معنوي عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة في تعزيز استدامة جودة الخدمات الصحية و يتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

3-يوجد تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة في ابعاد استدامة جودة الخدمات الصحية (منفردة)

سادسا: منهج البحث

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في اجراءات هذا البحث في وصفه منهج الرئيس لهذا النوع من البحوث ابتداء من جمع البيانات عبر استمارة استبانة تم وصفها في الجدول وفيما يتعلق بتقانات التحليل تم الاعتماد على البرامج الجاهزة (spss 23) و بموجبها تم اجراء التحليلات الوصفية و الاختبارات الملائمة لدراسة علاقات الارتباط والاثـر.

سابعا: حدود البحث:

- 1- الحدود الزمانية: حددت فترة البحث من 2023 /12/13 الى 2024 /2/26
2-الحدود المكانية : اقتصر البحث على مجموعه مختاره من مستشفيات محافظة نينوى
- المحور الثاني :الجانب النظري**

اولا: المعرفة: تعد المعرفة واحدة من اهم الاصول في المنظمة لخلق القيمة و استدامة ميزة المنظمة التنافسية (Ahmed et.al,2013,1)، ويشير (Nonaka & Takeuchi, 1995, 14-37) الى ان المعرفة هي بمثابة الاعتقاد هو الايمان الذي من شأنه زياده مقدرة الفرد على العمل بشكل فعال، في حين يشير (Davenport & Prusak, 1998 : 4) الى ان المعرفة هي مزيج مرن من التجربة المؤثرة و الخبرة و القيم و المعلومات السياقية و الرؤى الخبيرة التي توفر اطار للتقييم و دمج الخبرات و المعلومات الجديدة الناشئة في عقول من

يتوقن للمعرفة و تصبح هذه المعرفة بمرور الوقت وثائق تحفظ في مستودعات مخصصة في المنظمة، واجراءات تنظيميه ، و عمليات وممارسات و قواعد.

ان المعرفة تعرف على انها كل ما نعرفه ، و تتضمن المعرفة الاستيعاب و الفهم و التعلم الذي يستمر في ليس في العمل فحسب ، و انما فضلا عن ذلك من خلال التفاعل مع الآخرين ، اذ ان الغرض اظهر ما نعرفه فان السبيل الوحيد لهذا الامر هو من خلال ارسال الرسائل الي المتلقي عن ما نعرفه سواء كان ذلك من خلال الحوار الشفوي ، او المكتوب ، او الرسم ، او الاشارات ، او حتى من خلال لغة الجسد ، و هذه الرسائل بحد ذاتها ليست معرفه إنما هي معلومات تتحول الى معرفه من خلال تلقى واستيعاب و افهم هذه المعلومات و من ثم دمجها الى هياكل معرفية خاصه بالمتلقي وهذه الهياكل قد لا تكون متطابقة بين المرسل والمستلم (Wilson : 2002 : 3)

واستنادا الى ما تقدم يرى الباحثان ان المعرفة هي الوعي ، الالفة المكتسبة بالتجربة (للأشخاص ، او الحقائق ، او الاشياء) و التي تمثل نطاق معلومات الشخص في مجال معين و تمثل فهم نظري و عملي لموضوع او حاله و التي تمثل مجموع ما نعرفه وبذلك تعد بمثابة حقيقة او اعتقاد مبرر وافهم معين

ثانياً: تصنيفات المعرفة :

تحتاج المنظمات الى التمييز بين انواع المعرفة المختلفة ، او فئاتها ، و ان احد الاسباب لأهمية تصنيف المعرفة بحسب نوعها هو امكانية تأثير أي من اصناف المعرفة ، و الاكثر ملائمة لإدارة هذه المعرفة اكثر من غيرها ، فضلا عن كون كل مهارة ، او مهمة مبنية على نوع محدد من المعرفة المرتبطة بها (Squier, 2003 , 23) . هناك عدة طرائق لتصنيف المعرفة ، فيمكن ان يشار الى المعرفة على انها المعرفة التصريحية (declarative knowledge) ، و المعرفة الاجرائية (Procedural Knowledge) ، اذ تشير المعرفة التصريحية الى المعرفة المرتبطة بالمعلومات الواقعية (أي الحقائق) ، بينما المعرفة الاجرائية فتشير الى معرفة – كيف (know – how) و التي تمثل نوع المعرفة المتعلق بالعملية التي تقوم عليها الاجراءات (Leach et.al 2003,30-32) ، لقد اشار (Carson :2004:68) الى وجود تسع اصناف للمعرفة هي:

1. معرفة العمليات
2. المعرفة العقلانية
3. المعرفة التقليدية
4. المعرفة المفاهيمية
5. معرفة ادراك العمليات
6. المعرفة الحركية
7. المعرفة المقلدة
8. المعرفة السردية
9. المعرفة المستلم

في حين يرى (Chauvel , 2002,5) ان المعرفة تصنف الى خمسة منظورات مختلفة تمثل اصناف المعرفة:

1. Know- why : المعرفة العلمية لمبادئ و قوانين الطبيعة
2. Know – how : المهارات و / او القيم
3. Know – where : القدرات المتعلقة بالعثور على المعرفة الصحيحة
4. Know – what : تراكم الحقائق
5. Know – who : معلومات حول من يعرف ماذا

في حين صنف (Rathi et al , 2014,4) المعرفة الى ثلاثة اصناف هي :

1. المعرفة الاجرائية : وهي المعرفة المتعلقة بالسياسات ، و الاجراءات ، و الادارة
2. المعرفة الخبراء : و هي تمثل الخبرة و التجربة لمجتمع المعرفة التي يتم التقاسم بها داخل المنظمة نفسها
3. المعرفة المجتمعية : القصص التي يتم استقائها من المجتمع

لقد اشار كل من (Daft & Obrien,2001,258) ، (Polanyi,1998,45) ، (Nonaka & Tkeuchi,1995,59) ، (Chilton & Bloodg,2007,3) ، الى ان اصناف المعرفة تنحصر في نوعين اساسيين هما :

1. المعرفة الضمنية :هي المعرفة التي يحملها العاملون و يتعذر عليهم التعبير عنها بسهولة ، و هي تمثل معرفة- الكيف (know – how) ، الخبرة و المهارة ، وبذلك تعد معرفة شخصية تكمن في عقل ، و سلوك و تصورات العاملين ، و تتضمن المهارات ، و الخبرات ، و البصيرة ، و الحدس ، و الحكم ، و يتم التقاسم بها من خلال المناقشات ، و القصص ، و المقارنات ، و التفاعل بين العاملين ، و لذلك تكون من الصعوبة بمكان التقاطها ، او تمثيلها بشكل واضح (Dampney et. al , 2014,3).
2. المعرفة الظاهرة :هي المعرفة المتمسكة بالوضوح ، و يمكن تتبعها بشكل دقيق ، و عادة ما تكون بشكل وثائق ، و قواعد و بيانات ، و ادلة للسياسات ، و الاجراءات التي تجعل هذا النوع من المعرفة قابل للتحويل بسهولة داخل المنظمة ، او بين العاملين فيها بدون ضياع ، كما انها تعد افكارا ملموسة، و يمكن تمثيلها بالأدلة و الصيغ ، و المواصفات التي يتم وصفها بلغة رسمية ، ضمن مصطلحات متفق عليها ، و ينتقل هذا النوع من المعرفة بسهولة من شخص لآخر ، من خلال صيغة علمية ، او كتيبات ، او رسوم ، او وسائل مرئية ، او مسموعة اخرى (Stevens et.al , 2010,131)

ثالثاً: عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة / المفهوم :

ينظر الى ايجاد المعرفة الجديدة على انه عنصر اساسي لتطوير المنظمة ، و بناء ميزة تنافسية لها ، و عندما تتفاعل المنظمات مع بيئتها ، فأنها ستستوعب ما هو متاح من المعلومات و تحوله الى معرفة . ان المنظمات ليست مجرد مستودعات للمعرفة ، اذ ان لديها القدرة على تعلم ، و اكتساب وخلق المعرفة الجديدة ، و التي يشار اليها على انها قدرة الجمع او الضم للمنظمة (combinative capability) .

يشير (Nonaka & Takeuchi , 1995,28) الى ايجاد المعرفة الجديدة على انه الانشطة و المبادرات التي تقوم بها المنظمات بغرض زيادة المعرفة التي تمتلكها ، و تعتمد هذه العملية بشكل جوهري على ثقافة المنظمة ، و اسلوب الادارة ، و ايجاد المعرفة الجديدة يحدث في مجتمع تفاعلي ، و عبر التبادلات ، و الاساليب الادارية المبنية على التقاسم ، و ثقافة المنظمة التي تقبل الافكار الجديدة (Cantù et.al ,2009, 244)

ان ايجاد المعرفة الجديدة بشكل اساسي ما هو الا عملية انتاج معرفة ، او معارف جديدة من خلال المعرفة القائمة ، و تكاملها مع غيرها من المعرفة المتوافرة في المنظمة (Kubo et.al , 2011 , 137)، اما من وجهة نظر Nonaka et.al (2006,1180) فأشار الى ان عملية ايجاد المعرفة الجديدة ما هي الا عملية اتاحة المعارف التي يولدها العاملون و تضخيمها ، فضلا عن ربطها بنظام المعرفة الظاهرة في المنظمة ، ان المنظمات يمكن ان تولد المعرفة داخليا من خلال البحث و التطوير ، او من خلال توليد طرائق جديدة لتسليم الحالات ، كما يمكن للمنظمة ان تحصل على المعرفة من مصادر خارجية ، مثل التعاقد مع منظمات جديدة ، كما ان العاملين الذين سبق ان عملوا مع المنظمات المنافسة ، يمكن ان يكونوا مصدرا مهما لايجاد المعرفة الجديدة في المنظمة ، فضلا عن الشبكات التي تسمح للمنظمة بأن تكون على اتصال مباشر بالمعرفة المتقدمة لمنظمات اخرى (Easa, 2012,21) . و من الملاحظ انه و باختلاف انواع المعرفة و مستوياتها في المنظمة فانه ستولد معرفة جديدة

، و بأسلوب مختلف عن المستوى الذي قبله او بعده ، و كما مبين في ادناه : (Brix, 2017,116) ، و (Nonaka et.al , 2000,13) ،

1. مستوى التعامل الفردي : تكون فيه المعرفة شخصية (يتم انشائها على اغنها عملية الحدس و التفسير) ، و هنا المعرفة تخلق بواسطة استعمال العاملين لتعليمهم ، و تمرسهم بالمهنة التي يمارسونها ، و خلفياتهم و خبراتهم المهنية .
2. مستوى المجموعة (الفريق) : المعرفة الجماعية يتم انشاؤها على نها عملية التفسير و التكامل ، و هنا يتم خلق المعرفة من خلال توجيهها كالتفاوض على المعنى ، فضلا عن عمليات الحدس ، و التفكير الجماعي (جلسات العصف الذهني) بين العاملين .
3. المستوى المنظمي : هنا فان المعرفة سوف تخلق كعملية تكاملية و مؤسساتية ، و يجب في هذا المستوى ان توثق المعرفة ، و / تستعمل كجزء من راس المال الفكري للمنظمة على سبيل المثال ، عمليات انجاز العمل ، و الروتينات ، و المستندات المرتبطة بحقوق الملكية الفكرية ، و المعرفة ستكون ضمنا في ثقافة المنظمة ، فضلا عن كونها ذات طابع جماعي .
4. المستوى بين المنظمات : يربط هذا المستوى بين المنظمات ، و يظهر في بيئة يتوفر فيها امكانية لحصول هذا الامر ، مثل وجود الزبائن و الموردين ، و الجهات الحكومية ، و الجهات العامة ، و الحلفاء ، و وسطاء الاعلام ، اذ ان العلاقات بين المنظمة و بيئتها عبر الزمان و المكان توفر حافزا مهما لإيجاد المعرفة الجديدة ، و تؤدي الى انطلاق العمليات الخاصة بتوليد هذه المعرفة .

رابعاً: أهمية عملية ايجاد المعرفة المنظمة الجديدة :

تري المنظمات بأن الموارد اللازمة لإيجاد المعرفة الجديدة انها ذات تكاليف مرتفعة ، فضلا عن كونها هدرا للموارد المالية للمنظمة ، و الرأي هنا هو القدرة على ايجاد المعرفة الجديدة و نقلها من جزء الى آخر في المنظمة هو الاساس للميزة التنافسية ، و بينما لن تكون جميع جهود ايجاد المعرفة الجديدة ناجحة ، فان بعضها سيؤدي النتائج مهمة بشكل مذهش (Inkpen ,1996,139) .

ان الهدفين الرئيسيين لأي منظمة هما ايجاد المعرفة الجديدة ، و تطبيقها ، اذ ان المنظمات التي يكون لديها القدرة على خلق و ايجاد المعرفة الجديدة بشكل مستمر ، فان لها ميزة تنافسية مقارنة بالمنظمات المنافسة الاخرى ، فضلا عن اتسامها بالدينامية ، اذ تعد كفاءة ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة و تطبيقها واحدة من المصادر الرئيسة للميزة التنافسية للمنظمة (Bratinu & Orzea , 2014 , 42) . ان ايجاد المعرفة الجديدة هي عملية تفوق على الذات تتسم بالاستمرارية ، بالإمكانيات التي بواسطتها يتفوق الانسان على نفسه ، و تطوير ما حوله و تجديده ، بواسطة اكتساب محتوى جديد ، و وجهة نظر جديدة للعالم ، فضلا عن بناء معرفة جديدة ، اذ تنشأ هذه المعرفة عبر تفاعلات بين العاملين ، او بين العاملين و بيئتهم (Nonaka & Teece , 2001 , 1)

خامساً: مفهوم الخدمة

عرفت الخدمة على انها نشاط ، او منفعة يقدمها طرف لطرف اخر (مقدم الخدمة لمستلم الخدمة) ، و من دون ان ينتج عن ذلك ملكية لشيء ما ، اذ ان تقديم الخدمة قد يكون ، او قد لا يكون مرتبطاً بمنتج مادي (Kotler , 2000 , 42) . في حين عرف (Gronroos, 2000 , 4) الخدمة بأنها عملية تتكون من سلسلة من النشاطات غير الملموسة بشكل او بآخر ، و التي عادة ما تكون (وليس بالضرورة بشكل دائم) بشكل تفاعلات تحدث بين الزبون ، و موظفي الخدمة المعنيين بتقديمها و / او الموارد او السلع و / او انظمة مقدم الخدمة ، و التي يتم توفيرها كحلول لمشكلات الزبائن. ان الخدمات تتكون من مكونين اساسيين هما ، نتيجة فنية (تقنية) و التي تشير الى ماهية الخدمة ، و التي و هي ما يستلمه الزبون ، و نتيجة وظيفية ، و التي تشير الى كيفية الخدمة ، و التي تتضمن عمليات تقديم الخدمة للزبون (Strawderman & Koubek,2008,455) . و قد اشار (Ramaswanmy:1996:3) الى الخدمة على انها المعاملات التجارية التي تتم بين جهتين ، الجهة الاولى التي هي الجهة المانحة (مقدم الخدمة) ، و المستلم (الزبون) من اجل التوصل الى نتيجة مرضي الزبون ، و على هذا الاساس فان الخدمة تمثل مجموعة من العمليات ، و الاعمال و الانجازات لغرض الايفاء بحاجات الزبائن و الطالبين لهذه الخدمة (Zeithmal& bitner,1995,5) .

و استنادا الى ما تقدم ذكره يرى الباحثان بان الخدمات هي نشاط او مجموعة من النشاطات التي لها صفة عدم الملموسية (غير مادية) ، يتم من خلالها التفاعل بين الزبون و الموظف المعني بتقديم الخدمة بقصد اشباع حاجة الزبون ، دون ان يترتب عن ذلك وجود حالة تملك .

تعد جودة الخدمات الصحية واحدة من الأساليب المستخدمة من قبل المنظمات الصحية ، و ذلك لتمييزها عن غيرها من المنظمات الصحية الأخرى ، التي تشابهها من حيث نشاطاتها ، و ذلك من خلال تكوين صورة عن المنظمة الصحية ، و تتحدد من خلال هذه الصورة شخصية المنظمة ، و على جميع المستويات (Kotler & Armstrong, 1994, 640) ، ان خصائص جودة الخدمات الصحية يجب ان يتم التعرف عليها بشكل متبادل من قبل المرضى ، و مقدمي الخدمات على حد سواء ، اذ ان كلا الطرفين لديهم وجهة نظر قيمة من المميزات التي تخلق الجودة في المستشفيات (Globen & Sanora , 2012 , 22) ان جودة الخدمات الصحية أكثر صعوبة في التحديد و القياس ، اذ ان خصائص الرعاية الصحية المتميزة ، و عدم التجانس ، و القدرة على التمييز ، و التزامن يجعل من الصعوبة بمكان تعريف الجودة و قياسها ، فضلا عن وجهات نظر اصحاب المصالح و هذا ما نجم عنه اختلاف في اعطاء مفهوم يجمع هذه الآراء المتعددة لمفهوم جودة الخدمات الصحية Mosadeghrad (2013,204).

في مجال الخدمة و الرعاية الصحية ، تعد جودة الخدمات المقدمة أكثر من مجرد مفهوم ، اذ يشير معهد الطب (IOM) عام 1990 ، و وفقا للمنظمة الدولية للهجرة ، الى ان جودة الخدمات الصحية هي الدرجة التي تكون فيها الخدمات الصحية للأفراد ، و السكان ، تزيد من احتمالية النتائج المرجوة لصحة طالبي هذه الخدمات ، و متسقة مع المعرفة الشخصية الحالية (Buttelt et.al , 2007,62).

و عرف (Reid & Bojanic , 2010,204) جودة الخدمات الصحية بانها كل النشاطات الاقتصادية التي تعد منتجات غير ملموسة ، و التي يتم استهلاكها في اللحظة التي يتم فيها انتاجها ، و التي تمنح الزبون قيمة مضافة بأشكال مختلفة كالراحة ، و الترفيه ، و الصحة ، و اختصار الوقت . كما يشير (Mosadeghrad:2011: 205) الى انه يمكن وضع تعريف جودة الخدمات الصحية المشار اليها في الادبيات في مجموعتين هما :

1. جودة الخدمات الصحية التي تتوافق خصائصها و ميزاتها المحددة سلفا ، و هنا يتم تعريف الجودة بانها التوافق مع المواصفات و المتطلبات او المعايير و تكون مرضية لتوقعات مقدم الخدمة و يكون التركيز داخليا (أي جودة جانب العرض) على شروط مثل الدقة ، و الموثوقية و الفعالية التي تمثل الجودة في هذه الفئة .
2. جودة الخدمات الصحية التي تتوافق خصائصها و ميزاتها مع الزبون (المريض) او تتجاوزه ، و هنا سوف يتم تعريف الجودة على انها مرضية لتوقعات الزبائن و احتياجاتهم ، و بالتالي يكون التركيز خارجيا (أي الجودة من جانب الطلب) و الشروط هنا سوف تكون الفعالية ، و التعاطف ، و السلامة، و القدرة على تحمل الكلف.

واستنادا الى ما تقدم يرى الباحثان ان جودة الخدمات الصحية هي الدرجة التي تكون فيها الخدمة الصحية المقدمة للمرضى بشكل عام تزيد من احتمالية او توقعات النتائج الصحية المرغوبة ، و تتسق مع المعرفة المهنية التخصصية، و بالشكل الذي يكون مرضيا للمريض ، او يفوق توقعاته ، و بكلفة تتلاءم و حجم هذا الجهد المبذول ضمن هذه الخدمة ، و متطلباتها . لقد اشار كل من (Zeithman et.al :2003:28-31) و (Khanna:2010:104) (Zeithmal & Britner , 2003:28-31) ، (Bauer & Adams:2014:25) ، (Hoffman& Batseon :1997:308) الى ان ابعاد جودة الخدمات هي :

1. الاعتمادية : تشير الى قدرة مقدم الخدمة الصحية (طبيب ، ممرض و ما الى ذلك) على تأدية الخدمات الصحية التي وعد بها بشكل موثوق ، يمكن الاعتماد عليه ، و بدرجة عالية من الدقة ، و الثبات ، و الالتزام بالمواعيد المحددة للمرضى بشكل دقيق (Slack et.al :2004: 49-50)
2. الاستجابة : و تشير الى المساعدة الجدية الحقيقية في تقديم الخدمة للزبون (Kotler ,1997,478) ، و هنا تجدر الإشارة الى ان الاستجابة تمثل وجود الرغبة لدى العاملين في المستشفى في المساعدة ، و هذا البعد يركز على المجاملة ، و اللطف ، و كيفية التعامل مع طلبات المرضى ، و استفساراتهم ، و الاستجابة لشكاوى المرضى
3. الملموسية : و تشير الى مظهر التسهيلات المادية فضلا عن المستلزمات و الاشخاص ، و مواد الاتصال ، اذ تشتمل على العناصر المادية للخدمة مثل (المقاعد ، المباني ، ملابس العاملين ، المعدات ، و ما الى ذلك من اجهزة و معدات متخصصة (Kotler,1997,478)
4. الامان : و يشير الى مدى قدرة مقدم الخدمة الصحية (اطباء ، ممرضين و ما الى ذلك) على ترجمة تصميم الخدمة ، الى مخرجات ترضي المريض ، لكسب ثقته ، و هنا فان جانب الثقة جانب مهم و حيوي ، و يبنى من خلال سمعة المستشفى (Shaahri et.al , 2004,5)

5. التعاطف : ويقصد بهذا البعد توفير الرغبة والاهتمام ، و السعي الجاد لفهم احتياجات المرضى و رغباتهم ، و الاتصال المباشر معهم (Wesso,2014,25) ، و يشير (Zeithman et.al, 2003,28-31) الى ان التعاطف هو ابداء روح الصداقة، و الاهتمام العالي بالمرضى ، و بشكل يشعر المريض بمدى اهميته ، و الحرص على تقديم الخدمة على وفق حاجته .

سابعاً: استدامة جودة الخدمات الصحية :

قبل الولوج الى مفهوم جودة الخدمات الصحية لابد من التطرق الى مفهوم الاستدامة بشيء من التفصيل و الوضوح ، اذ انه و بين عامي (1920-1820) تضاعف عدد سكان العالم من مليار الى ملياري نسمة ، ووصل العدد في عام (1960) الى ثلاث مليارات ، و في عام (2011) بلغ عدد سكان الكوكب نحو سبعة مليارات نسمة ، و ادى هذا الارتفاع السريع في عدد السكان الى دراسة حدود النمو ، و في عام (1972) كانت هناك دراسات عنيت بالنمو و الثروة المادية ، نتج عنها نقاشا كبيرا حول حالة التوازن العالمي (Roberts et.al, 2014,25) . ان مفردة الاستدامة استخدمت على نطاق واسع في المجالات المعنية بالبيئة اذ انه في عام (1987) ، و بعد ظهورها في تقرير الامم المتحدة قدمه رئيس الوزراء النرويجي ، اشار في هذا التقرير للتنمية المستدامة على انه " تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الاجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة (Werbach , 2009 , 1) ، و استنادا الى هذا المفهوم فان استدامة المنظمات على وفق هذا المفهوم هو منهج الاعمال الذي يخلق قيمة للمساهمين على المدى الطويل عن طريق تبني الفرص ، و ادارة المخاطر المتأتبة من البيئة الاقتصادية و الابعاد الاجتماعية ، و بعض المنظمات تتفاعل مع الاستدامة من خلال نقل اعمالها باتجاه فائدة المجتمع ، فضلا عن اظهار فهم الثقافات المتبادلة بين المنظمة ، و المجتمع ، و اصبح مصطلح الاستدامة (Rinkus,2015, 40) ، ان الهدف الاساسي الكامن وراء الاستدامة هو تمكين جميع البشر في جميع انحاء العالم من تلبية احتياجاتهم الاساسية ، و التمتع بنوعية حياة افضل ، دون المساس بنوعية الحياة للأجيال القادمة (Heshire et.al, 2007, 1) ، لقد تم تعريف الاستدامة بطرائق عديدة لكن التعريف الأكثر استخداما ما اشار اليه (Wced, 1987, 43) ، من خلال انطلاقه في تعريف التنمية المستدامة ، اذ ان الاستدامة تشير الى تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الاجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة . من هذا المنطلق يشير مفهوم الاستدامة الى المحافظة على مستوى جودة الخدمات وليس الاكتفاء بالوصول الى مستوى معين وهذا ما يجب على الادارة الانتباه لها فالوصول الى الجودة المطلوبة ليست كافية وانما المطلوب استدامة هذا المستوى والذي يتجسد تحت مصطلح استدامة جودة الخدمات.

المحور الثالث :الجانب الميداني

اولا :وصف مجتمع البحث وعينته :

1. مستشفى ابن سينا التعليمي: تأسس عام 1979 وبطاقة (436) سرير وضم الوحدات : وحدة الكلية الاصطناعية ، محطة تخطيط الدماغ ، وحدة العناية القلبية ، وحدة التأهيل النفسي ، شعبة جراحة الجملة العصبية . وفي عام 1989 بلغت طاقته (598) سرير حيث استحدثت وحدات جديدة : وحدة العناية التنفسية ، شعبة المفراس ، شعبة الأشعة ، قسم الأطفال ، طوارئ الأطفال، نصب أجهزة حديثة تستعمل في عمليات جراحة الجملة العصبية ، نصب أجهزة حديثة لشعب التنظير والموجات الصوتية والأشعة والتخدير والتنفس الاصطناعي وقياس وظائف الرئة.
2. مستشفى الخنساء التعليمي لولادة والأطفال: تأسس عام 1986 وبطاقة (260) سرير ويضم الأقسام والشعب والوحدات : أقسام للأمراض النسائية والتوليد والأطفال حديثي الولادة ، شعبة العقم ، شعبة جراحة الأطفال ، قسم العلاج الطبيعي مركزاً لصحة المرأة ، وحدة كسور الأطفال والخلع الولادي ، عيادة استشارية لداء السكر عند الأطفال ، صالة عمليات التنظير الداخلي للجهاز الهضمي العلوي والقصبيات ، ومعمل الأوكسجين في المستشفى .
3. مستشفى السلام التعليمي : تم اختيار موقع بناية مستشفى السلام الحالي في حي الوحدة نظرا لعدم وجود مستشفى عام في الساحل الايسر وفيه تم تشييد المستشفى أسوة بباقي محافظات العراق. قامت شركة (تايسي) اليابانية بتنفيذ البناء وتجهيز المستلزمات والأجهزة الخدمية، كما قامت شركة (ماروبيني) اليابانية وهي الشركة الرئيسية بتأثيث المستشفى ونصب الأجهزة الطبية، وقد تم انجاز العمل كلياً في عام 1985.

اما بالنسبة للعينة فقد استهدف البحث الافراد العاملين في اقسام الجودة والافراد الذين هم على تماس مع قياس وادارة الجودة والبالغ عددهم 92 فرداً، واعتمادا على جدول Morgan فإن حجم العينة المكافئ لها هو 73 فرداً، لهذا تم توزيع 80 استمارة وتم استرداد 74 استمارة صالحة للتحليل بنسبة استجابة قدرها 95.5%.

ثانياً. وصف أداة البحث (استمارة الاستبانة): اعتمد البحث في إجراءاته على استمارة استبانة، صممت بالاعتماد على عدد من المصادر والمراجع المتخصصة في متغيرات هذا البحث ، بهدف جمع البيانات وهذا سيسهم بشكل حاسم في الوصول إلى تحقيق أهداف البحث، وكما هو موضح في الجدول (1).

الجدول (1): وصف استمارة الاستبانة

المتغير المبحوث	عدد الفقرات	المصادر المعتمدة
عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمية		
	7	(Nonaka & Takeuchi , 1995) , (Kao et.al , 2011) , (Brix, 2017)
ابعاد استدامة جودة الخدمات الصحية		
1 . الاعتمادية	6	(Kotler& Armstrong ,1994) , (Reid & Bojanic , 2010) , (Slack et.al ,2004)
2 . الملموسية	7	(Kotler ,1997) , (Kotler& Armstrong ,1994) , (Khanna,2010)
3 . الامان	6	(Shaahri et.al ,2004) , (Zeithmal & Britner , 2003) , (Bauer & Adams:2014)
4 . التعاطف	6	(Wesso,2014) , (Zeithmal & Britner , 2003) , (Hoffman& Batseon ,1997)
5 . الاستجابة	7	(Kotler ,1997) , (Bauer & Adams,2014) , (Khanna,2010)

الجدول من إعداد الباحثان.

ثالثاً: وصف متغيرات البحث و تشخيصها :

أ- وصف عملية ايجاد المعرفة المنظمية :

يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة بعملية ايجاد المعرفة الجديدة على نسبة اتفاق بلغت (96.6%) وبوسط حسابي كمعدل ، قدره (4.1387) انحراف معياري بلغ (0.654) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على متغير عملية ايجاد المعرفة الجديدة بلغت (96.1%) ، و تراوحت الاوساط الحسابية بين (3.973-4.276) ، في حين تراوح الانحراف المعياري بين (0.6361-0.7229) ، وحصل المتغير (x1) على اعلى نسبة اتفاق بلغت (96.1%) والذي يشير الى (اتفاعل مع اقراضي في المستشفى لأتعلم منهم) ، و بوسط حسابي (4.092) و بانحراف معياري (0.6361)

ب- صف ابعاد جودة الخدمات الصحية :

1-الاعتمادية: يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة ببعيد الاعتمادية على نسبة اتفاق بلغت (72.29%) وبوسط حسابي قدره (2.720) انحراف معياري بلغ (0.8841) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على متغيرات هذا البعد تراوحت بين (97.3% - 28.6%) اذ حصل المتغير (x10) و المتعلق بأن (الكادر الوسطي في مستشفىنا مدرب بشكل جيد على التعامل مع مختلف حالات المرضى) اذ حصل على نسبة اتفاق بلغت (97.3%) بوسط حسابي قدره (3.973) و انحراف معياري قدره (0.5409) .

2- الاستجابة: يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة ببعيد الاستجابة على نسبة اتفاق بلغت (72.29%) وبوسط حسابي قدره (3.642) انحراف معياري بلغ (0.6893) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على متغيرات تقاسم المعرفة تراوحت بين (96.1%-15.6%) اذ حصل المتغير (x19) و الخاص بأن (المستشفيات موزعة بموجب الرقعة الجغرافية، بشكل يسمح بسرعة الوصول اليها) على اقل نسبة استجابة بلغت (15.6%) بوسط حسابي قدره (2.342) و انحراف معياري قدره (0.8091) .

3- بعد الملموسية : يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة بعد الملموسية على نسبة اتفاق بلغت (84.78%) وبوسط حسابي قدره (3.8845) انحراف معياري بلغ (0.7229) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على بعد الملموسية تراوحت بين (96.1%-16.9%) اذ حصل المتغير (x27) و الخاص ب (وجود لوحات دلالة لغرض الاسترشاد بها من قبل المرضى) على نسبة استجابة بلغت (96.1%) بوسط حسابي قدره (4.118) و انحراف معياري قدره (0.6525) .

4- بعد الامان : يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة بعد الامان على نسبة اتفاق بلغت (96.9%) وبوسط حسابي قدره (4.1469) انحراف معياري بلغ (0.6571) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على متغيرات بعد الامان كانت (96.1%) و تراوحت الاوساط الحسابية بين (3.973-4.276) ، في حين تراوح الانحراف المعياري بين (0.54095-0.72293) ، اذ حصل المتغير (x28) و المتعلق بأن (الكادر الطبي في مستشفانا على مستوى عال من الخبرة و المهارة) على نسبة اتفاق بلغت (97.9%) ، وبوسط حسابي (3.9737) ، و انحراف معياري (0.54095)

5- بعد التعاطف : يتضح من الجدول (2) حصول المتغيرات الخاصة بعد التعاطف على نسبة اتفاق بلغت (96.9%) وبوسط حسابي قدره (4.1491) انحراف معياري بلغ (0.65053) ، ويلاحظ ان نسبة الاتفاق على بعد التعاطف بلغت (96.1%) و تراوحت الاوساط الحسابية بين (3.973-4.276) ، في حين تراوح الانحراف المعياري بين (0.54095-0.72293) ، اذ حصل المتغير (x28) و المتعلق بأن (يهتم الاطباء الاختصاص شخصيا بحالة كل مريض بشكل خاص) على نسبة اتفاق بلغت (97.9%) ، وبوسط حسابي (3.9737) ، و انحراف معياري (0.54095)

الجدول (2): التوزيعات التكرارية والنسبية لإجابات الأفراد المبحوثين تجاه متغيرات البحث

الانحراف المعياري		الوسط الحسابي		مقياس الإجابة								المتغيرات			
				لا أتفق بشدة		لا أتفق		محايد		أتفق				أتفق بشدة	
				%	ت	%	ت	%	ت	%	ت			%	ت
ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة															
0.6361	4.092	2.6	2	-	-	-	-	79.2	61	16.9	13	X1			
0.6674	4.144	2.6	2	-	-	-	-	74	57	22.1	17	X2			
0.6525	4.118	2.6	2	-	-	-	-	76.6	59	19.5	15	X3			
0.5409	3.973	2.6	2	-	-	-	-	90.9	70	5.2	4	X4			
0.7229	4.276	2.6	2	-	-	-	-	61	47	35.1	27	X5			
0.7229	4.276	2.6	2	-	-	-	-	61	47	35.1	27	X6			
0.6361	4.092	2.6	2	-	-	-	-	79.2	61	16.9	13	X7			
0.6541	4.1387	2.6	2					74.55		21.54		المؤشر الكلي			
ابعاد استدامة جودة الخدمات الصحية															
أ- الاعتمادية															
0.6674	4.144	2.6	2	-	-	-	-	74	57	22.1	17	X8			
0.6525	4.118	2.6	2	-	-	-	-	76.6	59	19.5	15	X9			
0.5409	3.973	2.6	2	-	-	-	-	92.1	70	5.2	4	X10			
1.4770	2.289	41.6	32	28.6	22	-	-	15.6	12	13	10	X11			
1.33107	2.960	13	10	37.7	29	-	-	36.4	28	11.7	9	X12			
0.6361	4.0921	2.6	2	-	-	-	-	79.2	61	16.9	13	X13			
0.8841	2.720	10.833		11.5				46.96		25.33		المؤشر الكلي			
ب- الاستجابة															
0.6674	4.1447	2.6	2	-	-	-	-	74	57	22.1	17	X14			
0.6525	4.1184	2.6	2	-	-	-	-	76.6	59	19.5	15	X15			
0.5409	3.9737	2.6	2	-	-	-	-	90.9	70	5.2	4	X16			
0.7229	4.2763	2.6	2	-	-	-	-	61	47	35.1	27	X17			
0.72293	4.276	2.6	2	-	-	-	-	61	47	35.1	27	X18			
0.80916	2.3421	-	-	83.1	64	-	-	13	10	2.6	2	X19			
0.70934	2.2368	1.3	1	85.7	66	-	-	10.4	8	1.3	1	X20			

المتغيرات	مقياس الإجابة										الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
	أتفق بشدة		لا أتفق		محايد		أتفق		أتفق بشدة				
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%			
المؤشر الكلي		25.33		64.48					28.13		2.38	3.624	0.6893
ت- الملموسية													
X21	15	19.5	59	76.6	-	-	-	-	2	2.6	4.1184	0.65253	
X22	4	5.2	70	90.9	-	-	-	-	2	2.6	3.9737	0.54095	
X23	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X24	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X25	13	16.9	61	79.2	-	-	-	-	2	2.6	4.0921	0.63619	
X26	1	1.3	12	15.6	62	80.5	-	-	1	1.3	2.3421	0.80916	
X27	15	19.5	59	76.6	-	-	-	-	2	2.6	4.1184	0.65253	
لمؤشر الكلي		18.94		65.84						2.414	3.8853	0.67674	
ث- الامان													
X28	4	5.2	70	90.9	-	-	-	-	2	2.6	3.9737	0.54095	
X29	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X30	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X31	13	16.9	61	79.2	-	-	-	-	2	2.6	4.0921	0.63619	
X32	17	22.1	57	74	-	-	-	-	2	2.6	4.1447	0.66741	
X33	15	19.5	59	76.6	-	-	-	-	2	2.6	4.1184	0.65253	
المؤشر الكلي		22.31		73.78						2.6	4.1469	0.65715	
ج- التعاطف													
X34	4	5.2	70	90.9	-	-	-	-	2	2.6	3.9737	0.54095	
X35	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X36	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
X37	15	19.5	59	76.6	-	-	-	-	2	2.6	4.1184	0.65253	
X38	4	5.2	70	90.9	-	-	-	-	2	2.6	3.9737	0.54095	
X39	27	35.1	47	61	-	-	-	-	2	2.6	4.2763	0.72293	
المؤشر الكلي		22.53		73.56						2.6	4.1491	0.65053	

رابعاً: اختبار علاقات الارتباط و الاثر بين متغيرات البحث :

أ- اختبار علاقات الارتباط بين متغيرات البحث

يعرض الجدول (3) معاملات الارتباط بين متغير عملية ايجاد المعرفة الجديدة بوصفه المتغير المستقل مع استدامة جودة الخدمات الصحية بوصفها المتغير المعتمد، إذ يتضح وجود علاقة ارتباط معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة واستدامة جودة الخدمات الصحية ، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط الكلي ما مقداره (0.989) وهي قيمة معنوية عند مستوى المعنوية البالغ (0.05). وعلى مستوى علاقات الارتباط الجزئية لعملية ايجاد المعرفة المنظمية الجديدة ، و استدامة جودة الخدمات الصحية ، يتضح ان جميع العلاقات معنوية ، و موجبة ، اذ بلغت قيم معاملات الارتباط الجزئية (0.889، 0.878، 0.906، 0.946) على التوالي ، وهذا يشير الى وجود علاقة ارتباط معنوية بين متغيري البحث ، على المستويين الكلي و الجزئي ، و بذلك تتحقق الفرضية البحثية الرئيسة الاولى ، و الفرضيات الفرعية التابعة لها .

الجدول (3) : علاقات الارتباط الكلية والجزئية بين متغيرات البحث

المتغير المعتمد	المتغير المستقل	استدامة جودة الخدمات الصحية
عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمية	بعد الاعتمادية	0.889**
	بعد الاستجابة	0.720**
	بعد الملموسية	0.878**
	بعد الامان	0.906**

المؤشر الكلي	بعد التعاطف	0.946**
		0.989**

المصدر : من اعداد الباحثان

ب - اختبار علاقات التأثير لعملية ايجاد المعرفة الجديدة في تعزيز استدامة جودة الخدمات الصحية:
 يفصح الجدول (4) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في استدامة جودة الخدمات الصحية، على المستوى الكلي لأبعاد المتغير المعتمد إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (215.576)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (1.74)، و عند مستوى معنوية (0.05) ، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل ، في المتغير المعتمد ، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.979)، وهذا يعني ان (97.9%) من الاختلافات المفسرة لاستدامة جودة الخدمات الصحية يفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة ، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها ، او انها غير داخلية اصلا في نموذج الانحدار ، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد الاعتمادية ، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (46.430) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1) ، و تشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة ، و ابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعنا ، التابعة للفرضية الرئيسية الثانية .

جدول (4):التأثير الكلي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة في ابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعنا

المتغير المستقل	خلق المعرفة المنظمة		R^2	قيمة F	
	0β	1β		المحسوبة	الجدولية
ابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعنا	0.993 (*) 46.430	0.983	0.967	215.576	3.9201

$P \leq 0.05$ df (1,74)

(*) تشير الى قيمة t المحسوبة

ت- اختبار علاقات التأثير لعملية ايجاد المعرفة الجديدة في كل بعد من ابعاد جودة الخدمات الصحية:-

1- تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد الاعتمادية :-

يفصح الجدول (5) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية توليد المعرفة المنظمة في بعد الاعتمادية التابع لاستدامة جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (235.017)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (1.74)، و عند مستوى معنوية (0.05) ، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل ، في المتغير المعتمد ، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.761)، وهذا يعني ان (76.1%) من الاختلافات المفسرة لبعدها الاعتمادية يفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة ، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها ، او انها غير داخلية اصلا في نموذج الانحدار ، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الاعتمادية ، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (15.330) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1) ، وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و بعد الاعتمادية ، و هذا يشير الى تحقق الفرضية الفرعية الاولى، التابعة للفرضية الرئيسية الثانية.

2 - تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد الاستجابة :

يفصح الجدول (5) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة بعد الاستجابة، إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (463.762)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (1.74)، و عند مستوى معنوية (0.05) ، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل ، في المتغير المعتمد ، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.862)، وهذا يعني ان (86.2%) من الاختلافات المفسرة لبعدها الاستجابة تفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة ، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها ، او انها غير داخلية اصلا في نموذج الانحدار ، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الاعتمادية ، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (21.535) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية

البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1)، و تشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و بعد الاستجابة، و هذا يشير الى تحقق الفرضية الفرعية الثانية، التابعة للفرضية الرئيسة الثانية.

3 - تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد الملموسية :

يفصح الجدول (5) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الملموسية التابع لاستدامة جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (850.667)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (74، 1)، و عند مستوى معنوية (0.05)، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل، في المتغير المعتمد، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.920)، وهذا يعني ان (92%) من الاختلافات المفسرة لبعد الملموسية يفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها، او انها غير داخلة اصلا في نموذج الانحدار، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الاعتمادية، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (29.166) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1)، و تشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و بعد الاعتمادية، و هذا يشير الى تحقق الفرضية الفرعية الثالثة، التابعة للفرضية الرئيسة الثانية.

4 - تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد الامان :

يفصح الجدول (5) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الامان التابع لاستدامة جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (173.598)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (74، 1)، و عند مستوى معنوية (0.05)، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل، في المتغير المعتمد، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.996)، وهذا يعني ان (99.6%) من الاختلافات المفسرة لبعد الامان يفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها، او انها غير داخلة اصلا في نموذج الانحدار، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الاعتمادية، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (131.757) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1)، و تشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و بعد الاعتمادية، و هذا يشير الى تحقق الفرضية الفرعية الرابعة، التابعة للفرضية الرئيسة الثانية.

5 - تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة في بعد التعاطف :

يفصح الجدول (5) عن علاقات التأثير المعنوية لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد الاعتمادية التابع لاستدامة جودة الخدمات الصحية، إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (215.576)، وهي أكبر من قيمتها الجدولية البالغة (3.9201) عند درجتي حرية (74، 1)، و عند مستوى معنوية (0.05)، و تدل هذه النتيجة على وجود تأثير معنوي للمتغير المستقل، في المتغير المعتمد، إذ بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ما قيمته (0.967)، وهذا يعني ان (96.7%) من الاختلافات المفسرة لبعد التعاطف يفسرها عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و يعود الباقي الى متغيرات عشوائية لا يمكن السيطرة عليها، او انها غير داخلة اصلا في نموذج الانحدار، ومن خلال متابعة قيم معاملات (β) واختبار (t) لها وجد هنالك تأثير معنوي لعملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في بعد التعاطف، و يتضح ذلك من خلال قيمة (t) المحسوبة و البالغة (46.430) و هي معنوية لأنها اكبر من قيمتها الجدولية البالغة (1.658) عند مستوى معنوية (0.05) و درجتي حرية (74، 1)، و تشير هذه النتيجة الى وجود علاقة تأثير معنوية بين عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة، و بعد الاعتمادية، و هذا يشير الى تحقق الفرضية الفرعية الخامسة، التابعة للفرضية الرئيسة الثانية.

جدول (5): تأثير عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة في استدامة جودة الخدمات الصحية في مستشفيات محافظة نينوى

F قيمة		R ²	عملية ايجاد المعرفة الجديدة		المتغير المستقل
					المتغير المعتمد
					ابعاد جودة الخدمات الصحية
الجدولية	المحسوبة		1β	0β	
3.9201	235.017	0.761	0.872	0.780 *(15.330)	بعد الاعتمادية
3.9201	463.762	0.862	0.929	0.732	بعد الاستجابة

				(21.535)*	
3.9201	850.667	0.920	0.959	0.887	بعد الملموسية
				(29.166)*	
3.9201	173.598	0.996	0.998	0.995	بعد الامان
				(0131.757)*	
3.9201	215.576	0.967	0.983	0.983	بعد التعاطف
				(46.430)*	

 $P \leq 0.05 \quad df (1,74)$

(*) تشير الى قيمة t المحسوبة

المحور الرابع : الاستنتاجات و التوصيات :

اولا - الاستنتاجات

1. ان ابرز ما يمكن استنتاجه نظريا هو كون عملية ايجاد المعرفة الجديدة عملية متبعة و مطبقة في المستشفيات عينة البحث ، بالرغم من انها قد لا تظهر بصورتها التي هي عليها في البحوث و الدراسات و البحوث الاكاديمية ، و لها اسهام واضح في استدامة جودة الخدمات الصحية و ابعادها، وما يؤكد ذلك ما اظهرته نتائج وصف و تشخيص متغيرات البحث ، التي اشارت الى حصول عملية ايجاد المعرفة الجديدة على نسبة اتفاق عالية من قبل الافراد المبحوثين ، و هذا يشير الى ان عملية ايجاد المعرفة الجديدة يحظى بأهمية كبيرة في المستشفيات المبحوثة .
2. اظهرت نتائج البحث ان توزيع المستشفيات لا يتلائم مع سرعة الوصول اليها من مختلف الرقع الجغرافية للمدينة، اذ انها لم توزع بشكل صحيح ، و يعود السبب في ذلك الى حالة الدمار التي شهدتها قطاعات محافظة نينوى المختلفة بشكل عام ، و القطاع الصحي بشكل خاص، و المراكز الصحية في المدينة ، و المستشفيات الحالية هي مواقع بديلة تم اعدادها لاستقبال المرضى ، و هي غير مهيأة بشكل كامل ، و لم تحدد اماكنها بطريقة تضمن سرعة الوصول اليها ، فضلا عن ان توزيع المستشفيات لم يأخذ بعين الاعتبار الكثافة السكانية ، و توزيعها على الرقعة الجغرافية لكل مناطق المحافظة .
3. اظهرت نتائج البحث غياب الحلقات التشخيصية التي تبدأ من طبيب الاسرة في المركز الصحي ، و من ثم الاحالة الى ردهة الطوارئ، و في حال لم يتم تشخيص الحالة ، ترسل بتقرير الى الطبيب الاختصاصي المعني بعلاج الحالة المرضية، فاذا تم تطبيق نظام الاحالة من قبل الاطباء و التزم به المراجعون فان علاج الحالات المرضية سيكون اسرع و ادق .
4. اشرت نتائج البحث بان الاجهزة و المعدات الطبية في المستشفيات عينة البحث ليست حديثة نسبيا ، و يعود السبب في ذلك الى تدمير البنى التحتية للمستشفيات و مرفقاتها، و سرقتها و نهبها بسبب الحروب ، و هذا ادى الى ان الاجهزة و المعدات المتبقية ليست حديثة، او قد لحقها اضرار ادت الى ان عملها لم يعد بالدقة و بالشكل المطلوب .

ثانياً: المقترحات :

1. ضرورة توجيه الاهتمام صوب العلاقات التي افرزها البحث الحالي عن اتجاهاتها و مستوياتها في اطار متغيريه المستقل (عملية ايجاد المعرفة الجديدة المنظمة)، والمعتمد (استدامة جودة الخدمات الصحية).
2. يقترح الباحثان على ادارات المستشفيات عينة البحث ضرورة تثقيف المواطنين على نظام الاحالة من المركز الصحي ، و الى الاستشارات في المستشفيات مرورا بردهات الطوارئ، و تفعيله بشكل كبير، و هذا بدوره سوف يساعد على سرعة الاستجابة لعلاج الحالات المرضية المعقدة ، اذ انه ليس كل الحالات المرضية بنفس مستوى التعقيد .
3. ضرورة التركيز على تحديد اماكن المستشفيات استنادا الى الكثافة السكانية في مختلف الرقع الجغرافية للمحافظة، و هذا سوف يسهل وصول المرضى الى المستشفى بأسرع وقت نسبيا، اذ ان تأخير وصول المريض له نتائج سلبية.
4. التأكيد على اشراك الاطباء، و الكوادر الطبية بشكل عام في دورات تطويرية تساعد على توسيع مداركهم، و تمكنهم من الاسهام في خلق معرفة منظمة جديدة، تسهم في علاج المرضى، و تحسن حالتهم، و تماثلهم للشفاء .

REFERENCES

1. Ahmadi, Ali Akbar , Momeni , Mansoor , Ahmadi , Farokh , (2013) " Required Infrastructures for Implementation of Knowledge Management System in the Masjed Soleyman Oil and Gas Production Company" , INTERDISCIPLINARY Journal Of Contemporary Research In Business , VOL 5, NO 2
2. Bauer , Eric & Adams , Randee , (2014) " Service Quality Of Cloud – Based Applications " , Copyright John Wiley & Sons. www.wileyjournals.com

3. Bratianu , Constantin , Orzea , Ivona , (2014) , "Organizational knowledge creation" , Management, Marketing Challenges for Knowledge Society ,Vol. 5, No. 3
4. Brix , Jacob , (2017) , " Exploring knowledge creation processes as a source of organizational learning: A longitudinal case study of a public innovation project" , Scandinavian Journal of Management , 33
5. Buttell , Phil , Hendler , Robert , & Daley , Jennifer , (2007) , " Quality in Healthcare Concepts and Practice " 611-394-v3-003-indd
6. Cantu , Laura Zapata , Criado , Josep Rialp & Criado , Alex Rialp , (2009) " Generation and transfer of knowledge in IT-related SMEs " , Journal Of Knowledge Management , Vol. 13 No. 5
7. Carson , Robert N , (2004) " A Taxonomy of Knowledge Types for Use in Curriculum Design) , Interchange, Vol. 35/1 , , research gate.
8. Cheshire , David , Attenborough , Miles , Grant , Zac , (2007) " Introduction to sustainability" , Printed in Great Britain by Page Bros. (Norwich) Ltd .
9. Chilton , Michael A & , Bloodgood , James M , (2007) , " The Dimensions of Tacit & Explicit Knowledge: A Description and Measure" , Proceedings of the 40th Hawaii International Conference on System Sciences.
10. Daft Richardl & O Brien, (2001) , " Organization theory & design", U.S.A Polayi, M., 1998, "Personal Knowledge, Toward a post. Critical Philosophy" Routledge, London
11. Dampney , C.N.G. 'Kit , Busch , , Peter ,& Richards , Debbie , (2014) , " The Meaning Of Tacit Knowledge " , Australasian Journal of Information Systems , research gate
12. Davenport, T.H. and Prusak, L. (1998), Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know, an ACM magazine and forum, research gate
13. Donabedian, A. (1980), The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, Ann Arbor, MI
14. Easa , Nasser Fathi Hassan , (2012) " Knowledge Management And The Seci Model: A Study Of Innovation In The Egyptian Banking Sector" , PHD thesis, Stirling Management School University of Stirling.
15. Globenko , Anna , Sianova , Zinaida , (2012) , "Service quality in healthcare quality improvement initiatives through the prism of patients' and providers perspectives Master thesis, Student Umeå School of Business and Economics
16. Gronroos, C. (2000). Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach. 2nd ed. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd
17. Hoffman, K, dougles & Bateson John E.G,1997, Essentials Of Services Marketing ,The Dryden Press
18. Hsing –yun Chang, Chien-Ting Chen, Cho-pu Lin , Yu-Jui Hsu(2008), "Determinants of Customer – Perceived Service Quality in Senior- Care Industry & Their Relationship to Customer Satisfaction & Behavioral Internations : Research Findings From Taiwan" , Eight Annual IBER & TLC Conference Proceedings
19. Inkpen, A. (1996). Creating knowledge through collaboration. California Management Review, 39(1)
20. Johnson, W. H. A. (2002). Assessing Organizational Knowledge Creation Theory in Collaborative R&D Projects. International Journal of Innovation Management, 6(4), 387
21. Khanna , pankaj ; Jagannathan , Shanker ; Mathew , Abraham & Dash , Sadhna (2010) "Production And Operations Management " , Copyright Springer. www.springer.com
22. Kotler, Philip & Armstrong , Gary, (1994) , "Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control" , Hall Engle wood cliffs , New Jersey
23. Kotler Philip(1997) ,"Marketing Mangement,9th" , ed,Prentice Hall,New Jersey
24. Kotler, P., (2000) , " Marketing Management" , 10th ed., Prentice-Hall, Inc, New Jersey
25. -Kubo, L., Saka, A. & Pam, S., L. 2011, "Behind the scenes of knowledge sharing in a Japanese bank", Human Resource Development International, vol. 4, no. 4
26. Leach, D. J., Wall, T. D., & Jackson, P. R. (2003). The effect of empowerment on job knowledge: An empirical test involving operators of complex technology. Journal of Occupational & Organizational Psychology, 76, 27-52
27. Mosadeghrad , Ali Mohammad ,(2013) , " Healthcare service quality: towards a broad definition" , International Journal of Health Care Quality Assurance , Vol. 26 No. 3
28. Nonaka , Ikujiro & Teece , David.J , (2001) "Managing Industrial Knowledge Creation, Transfer and Utilization " , SAGE Publications London
29. Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995) The knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation, Oxford University Press, Oxford.
30. Nonaka, I., Toyama, R. & Konno, N., 2000, 'SECI, ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation " Long Range Planning 33,

31. Nonaka, I., von Krogh, G. & Voepel 2006, "Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances", *Organization Studies*, vol. 27, no. 8
32. -Nonaka, Ikujiro, and Noboru Konno. 1998. "The Concept of 'Ba': Building a Foundation for Knowledge Creation." *California Management Review* 40(3)
33. Polayi, M., 1998, "Personal Knowledge, Toward a post. Critical Philosophy" Routledge, London
34. Ramaswamy, R. (1996) : *Design and Management of Service Processes : Keeping Customers for Life* Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Co
35. Rathi, Dinesh, Given, Lisa M, Forcier, Eric, (2014), " Understanding the Types of Knowledge Representations That Meet Non-Profit Organizations' Knowledge Needs", ASIST 2014, October 31- November 4, 2014 Seattle, WA, USA .
36. Reid & Bojanic Robert .D, David C. (2010) "Hospital Marketing Management : 5th Ed: New Jersey کتاب
37. Rinkus, Michael A., (2015) "An Exploratory Study Comparing Mid-sized U.S. Banks' and Global Banks' Sustainability Programs", Doctor of Business Administration, Lawrence Technological University College of Management .
38. Roberts, Philip, Downes, Natalie, Cooke, Louise, Heiner, Irmgard, & Caffery, Jo, (2014), " Education, Place and Sustainability A Literature Review and Overview of Curriculum and Policy in the States and Territory of the Murray Darling Basin", For the MDB futures Research Project 'Towards Place Based Education in the Murray-Darling Basin', University of Canberra
39. Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H. (1998), "How good is the quality of healthcare in the United States?", *The Milbank Quarterly*, Vol. 76 No.4
40. Shaahril Shafie, Dr. Wan Nursofiza, Sudin Haron (2004), "A Dopting & Measuring Customer Service Quality In Islamic Banks : A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad", *Journal of Management & Islamic Finance Research*, Vol.1, No.1, 2004. www.KLbs.com
41. Slack, Nigel & Chambers, Stuart & Johnston, Robert, (2004), "Operations Management", 4th.ed., Prentice-Hill, New York,
42. Squier, Martie Maria (2003) "The Principles And Practice Of Knowledge Management", M. IS (Information Science), Faculty of Engineering, Built Environment and Information Technology University of Pretoria
43. Stevens, Roxanne Helm, Millage, Joshua, Clark, Sondra, (2010), "Waves of Knowledge Management: The Flow between Explicit and Tacit Knowledge", *American Journal of Economics and Business Administration* 2 (1)
44. Strawderman, Lesley & Koubek, Rick, (2008), "Human Factors and Usability in Service Quality Measurement", *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, Vol. 18 (4)
45. Styhre, A., Roth, J., & Ingelgard, A. (2002). Care of the other: knowledge-creation through care in professional teams. *Scandinavian Journal of Management*, 18(4), 503
46. Werbach, A. (2009). *Strategy for sustainability: A business manifesto*. Boston, MA: Harvard Business Press
47. Wesso, Amee Dorothy, (2014) "The Perceived Quality Of Healthcare Services And Patient Satisfaction In South Public Hospitals", Thesis Master, University of Ljubljana, <http://ethos.bl.uk>
48. Wilson, T.D, (2002) "The nonsense of 'knowledge management'", *Information Research*, Vol. 8 No. 1
49. World Commission on Environment and Development (WCED) (1987) "Our Common Future", New York
50. Zeithaml, Valarie A., and Bitner M., (2003) "Services Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm" International Edition, McGraw-Hill, New York
51. Zeithaml, V. A., and Bitner, M.J. (1996) : *Service Marketing*, New York. NY: The McGraw-Hill Companies, INC .