

أثر المعرفة التشاركية على جودة الخدمات

"دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحميده بن عجيلا- الأغواط"

*The Effect of Knowledge Sharing on Service Quality*

*A case study of Hamida Ben Ajila Hospital- Laghouat*

ط.د. ساسي مباركة(\*)

المركز الجامعي نور البشير البيض، الجزائر

m.saci@cu-elbayadh.dz

مخبر التنمية المستدامة في مناطق الهضاب العليا والمناطق الصحراوية

تاريخ الاستلام: 2023/12/11 تاريخ القبول للنشر: 2024/01/12

### ملخص:

سعت هذه الدراسة إلى تحديد أثر المعرفة التشاركية على جودة الخدمات في المؤسسة الإستشفائية حميدة بن عجيلا بالأغواط وقد تحددت جودة الخدمات بأبعادها الأربعة التي تمثلت في (الموسمية، الإعتمادية، الإستجابة، الثقة و التعاطف)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير إستبانة لغرض جمع البيانات من أفراد العينة، وتم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل بيانات الإستبانة، اعتمادا على الانحدار وغيرها، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها:

1. أن هناك أثر للمعرفة التشاركية على كل من (الإستجابة، و الثقة و التعاطف) لدى المؤسسة الإستشفائية بالأغواط.

2. أنه لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على كل من (الموسمية، والإعتمادية) لدى المؤسسة الإستشفائية بالأغواط. وتوصي الورقة البحثية بضرورة الاهتمام بتنمية إدراك العاملين لأبعاد جودة الخدمات وخاصة في المستويات الإدارية الدنيا من خلال تشجيعهم على تحمل المسؤوليات والنظر إلى أخطأهم كفرص للتعلم.

الكلمات المفتاحية: المعرفة التشاركية، الموسمية، الإعتمادية، الإستجابة، الثقة و التعاطف، جودة الخدمات.

### Abstract:

This study sought to determine the impact of knowledge sharing on the quality of services in the hospital institution, Hamida Bin Ajila in Laghouat, and the quality of services was determined in its four dimensions represented in (Tangibility, Reliability, Responsiveness, Trust and Eympathy), and to achieve the goals of the study, a questionnaire was developed for the purpose of collecting data from individuals he sample, the statistical package of social sciences (SPSS) was used to analyze the

questionnaire data, depending on the slope and others, and the study reached a set of results, the most prominent of which was:

1- There is an effect of knowledge on both (response, confidence and sympathy) of the Corporation in the Laghouat.

2- There is no effect of knowledge Sharing on both Tangibility and -Reliability) of the Hospital Institution in Laghouat.

The research paper recommends the need to pay attention to developing workers' awareness of the dimensions of the quality of services, especially in the minimum administrative levels by encouraging them to take responsibilities and look at their mistakes as opportunities to learn.

**key words:** : Knowledge Sharing, Tangibility, Reliability, Responsiveness, Trust and Empathy, quality of services.

## مقدمة

المعلومات أو المعرفة يُنظر إليها بشكل متزايد على أنها أصل له العديد من الفوائد التي تميز الشركات الناجحة عن تلك الأقل نجاحًا.

يتمثل التحدي الأساسي في معرفة كيفية تكوين المعرفة لأن معظم الموظفين لا يمكنهم استخدام رؤاهم و معلوماتهم. لذا وجب على كل منظمة وضع مبادئ توجيهية لتبادل المعلومات، وذلك بهدف تعزيز مشاركة المعرفة في المنظمات، و يجب تشجيع الموظفين على التفاعل والعمل معًا بشكل أكثر نجاحًا.

تعد مشاركة المعلومات عبر الشركات أمرًا بالغ الأهمية وتتأثر بعدة ظروف، بغض النظر عن النشاط هذه العناصر لها تأثيرات مختلفة على المنظمات المختلفة. إن توعية الأفراد بفوائد مشاركة المعلومات في حياتهم هي إحدى طرق إلهامهم. تصبح مشاركة المعرفة حقيقة واقعة عندما يدرك الأفراد أن القيام بذلك يفيد قدرتهم على أداء وظائفهم بشكل أكثر كفاءة، وقدرتهم على الحفاظ على مناصبهم، وقدرتهم على التحسن على المستوى الشخصي والمهني، وقدرتهم على إنجاز الأمور والحصول على قدر أكبر من الاعتراف الشخصي مما يؤثر على جودة الخدمات المقدمة من طرف المنظمة.

## إشكالية الدراسة:

استمدت مشكلة الدراسة من خلال الإطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بالمعرفة التشاركية وما يقترن به من موضوعات ذات صلة قريبة منه؛ وذلك بهدف تحديد أثرها على جودة الخدمات، والتي على الرغم من شيوع مفاهيمها إلا أن هناك نقص معرفي في إيجاد المداخل التي تساعد على تطبيقها بنجاح في المنظمة، ومن هنا فإن التساؤل الرئيسي يتبلور في:

"ما مستوى المعرفة التشاركية في المؤسسة الإستشفائية- الأغواط؟ وما هو أثرها على جودة الخدمات؟"

## فرضيات الدراسة:

استنادا إلى مشكلة الدراسة فقد صيغت فرضيات الدراسة على النحو التالي:

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على جودة الخدمات لدى مستشفى الأغواط

و منه الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على ملموسية الخدمة لدى مستشفى الأغواط.
- لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على اعتمادية الخدمة لدى مستشفى الأغواط.

- لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إستجابة الخدمة لدى مستشفى الأغواط.
- لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على ثقة الخدمة لدى مستشفى الأغواط.

#### أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق مايلي:

- الهدف من هذا البحث هو التحقيق في أثر تشاركية المعرفة على جودة الخدمة في صناعة الرعاية الصحية في الجزائر.
- التعريف بمفهوم المعرفة التشاركية، ومستوى تواجده في المؤسسة المبحوثة.
- الكشف عن مفهوم جودة الخدمات وتوضيح أبعادها، ومستوى تواجدها في المؤسسة المبحوثة.
- شرح أثر المعرفة التشاركية على أبعاد جودة الخدمات في المؤسسة المبحوثة.
- الخروج بنتائج وتوصيات تساعد القيادات الإدارية على إدراك مفهومي المعرفة التشاركية و جودة الخدمات.

#### أهمية الدراسة:

يتطور قطاع الرعاية الصحية اليوم إلى مجتمع قائم على المعرفة مرتبط بالعيادات والمستشفيات والصيدليات والمرضى لتبادل المعلومات وخفض النفقات الإدارية وتحسين جودة الخدمات المقدمة. لذلك ، فإن الجمع والتحليل والتبادل السلس للمعرفة السريرية والفواتير داخل وخارج الحدود التنظيمية أمر بالغ الأهمية لنجاح صناعة الرعاية الصحية (Metaxiotis, 2006). بدأ المزيد من الناس في فهم كيف يمكن لإدارة التكنولوجيا والمعرفة أن تحسن جودة الرعاية الصحية مع تقليل النفقات الإضافية الناتجة عن الميزانيات المحدودة (Bose,2003). نتيجة لذلك، كان هناك قدر كبير من النقاش في مجال إدارة المعرفة في مجال الرعاية الصحية. مما أدى إلى ظهور أفكار جديدة مثل وسيط المعرفة وهي سلطة تعمل كقناة بين الباحثين وصناع القرار (Thompson et al, 2006).

نظرًا لأن أعضاء الفريق في صناعة الرعاية الصحية غالبًا ما يأتون من خلفيات متنوعة ولديهم وجهات نظر ورؤى فريدة ، فإن تبادل المعرفة مهم. أوصى معهد تحسين الرعاية الصحية شركات الرعاية الصحية بإنشاء "ثقافة ثقة متبادلة يمكن لجميع الموظفين فيها مناقشة مخاوف السلامة بشكل علني وكيفية إصلاحها، دون خوف من الشعور بالذنب أو العقوبة" للتأكيد على أهمية مشاركة المعلومات (Kim et al, 2012). وفقًا (لبنتلاند وآخرون، 2011)، قد يؤدي تضمين الممرضات في أنشطة تبادل المعرفة التفاعلية إلى تحسين قدرتهن بشكل كبير على إصدار أحكام بناءً على أفضل الأدلة المتاحة. تم التعرف على الأهمية المذهلة لمشاركة المعلومات في الرعاية الصحية كعامل في زيادة إنتاجية مؤسسات الرعاية الصحية. لذلك، من المتوقع أن يؤدي تشجيع أنشطة تبادل المعرفة إلى تحسين مستوى الخدمة التي تقدمها شركات الرعاية الصحية.

نظرًا لعدم وجود دراسات أخرى تتناول هذا الموضوع تحديدًا في الأدبيات ، فإن هذه الدراسة لها قيمة فريدة لأنها ستلقي الضوء على تفاصيل هذا الارتباط بين مشاركة المعلومات وجودة الخدمة.

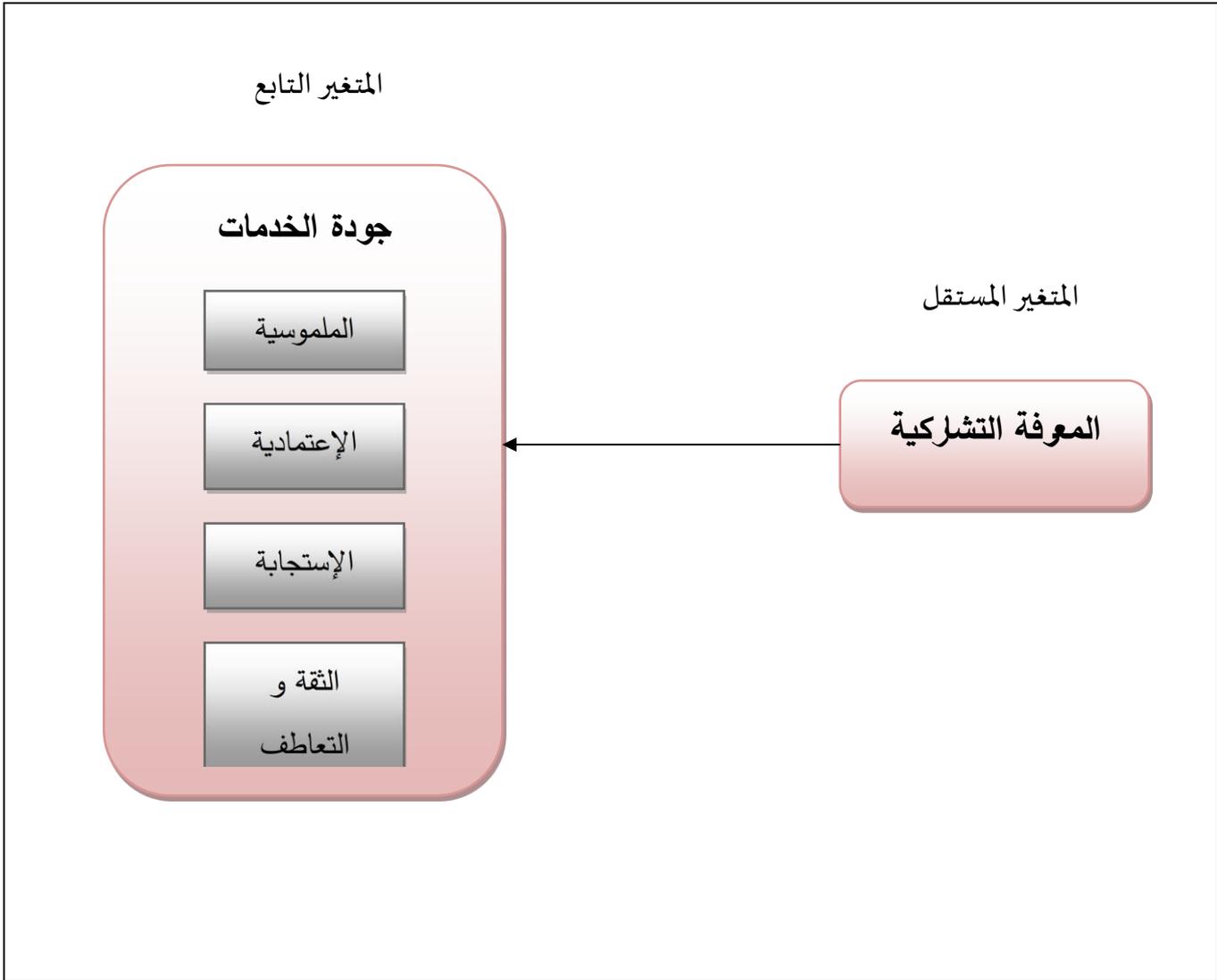
#### منهج الدراسة:

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة ظهر جليا أن المنهج المناسب للدراسة هو المنهج الوصفي والتحليلي، لكونه منهجا مساعدا على التحليل الشامل والعميق للمشكلة قيد الدراسة، فعلى صعيد الدراسة الوصفية سيتم الاعتماد على البحوث النظرية والميدانية في هذا المجال من خلال المسح المكتبي. أما على صعيد البحث الميداني التحليلي، فسيتم إجراء دراسة ميدانية بالاعتماد على الإستبانة المعدة لذلك مع تحليل كافة البيانات باستخدام الطرق الإحصائية المناسبة لمعالجتها.

المخطط الافتراضي للدراسة:

لاختبار صحة الفرضيات وتحقيق أهداف الدراسة سوف يتم الاعتماد على المخطط التالي:

الشكل 01: المخطط الافتراضي لمتغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحثة

ويتبين من المخطط ما يلي:

- يشمل متغيرين رئيسيين هما: المتغير المستقل (المعرفة التشاركية) والمتغير التابع (جودة الخدمات)، وأن المتغير التابع يتكون من أربعة متغيرات جاءت على النحو التالي (الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، الثقة والتعاطف).

- إن حركة المخطط تكون بوجود تأثير مباشر لمتغير المعرفة التشاركية على متغيرات جودة الخدمات، وذلك الذي يشير إليه السهم في المخطط أعلاه.

#### مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في موظفي ومرضى المؤسسة الإستشفائية حميدة بن عجيبة بالأغواط وتم الإعتماد على عينة عشوائية من المرضى قوامها 130 مريض تم توزيع عليهم استبيان خاص بجودة الخدمات وتم استعادة 122 استبانة صالحة للتحليل، بينما تم الإعتماد على عينة عشوائية من الكادر الطبي و الإداري قوامها 130 موظف تم توزيع عليهم استبيان خاص بالمعرفة التشاركية.

ثبات أداة الدراسة:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدم الباحث معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) للتأكد من ثبات أداة الدراسة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (1)

اسم المتغير	المعرفة التشاركية	جودة الخدمات	الاستبانة ككل
معامل الثبات (كرونباخ ألفا)	0.76	0.83	0.85

الجدول رقم 01: قيمة معامل الثبات للاتساق الداخلي لمتغيرات الدراسة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS.

يلاحظ من الجدول رقم (1) أن معاملات الثبات لجميع متغيرات الدراسة مقبولة وهي أكبر من 0.60 حيث بلغ معامل الثبات لكافة فقرات الإستبانة (0.85) وهي نسبة ثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

#### ❖ الجانب النظري:

##### 1. مفهوم المعرفة التشاركية

إن عدم وجود اتفاق شامل بين الأكاديميين حول وجود تعريف واحد ومحدد للمعرفة التشاركية، أوجد لها العديد من المفاهيم المختلفة، فوفقاً لـ (Grant, 1996) تعد مشاركة المعرفة استراتيجية لتعزيز الإنتاجية التنظيمية من خلال تحسين استخدام المعرفة التي يتقاسمها أعضاء المنظمة. أما (Chakravarthy et al, 1999) فيعرف المعرفة التشاركية على أنها العملية التي من خلالها يمكن لوحدة العمل في المنظمة الوصول إلى المعلومات ذات الصلة من وحدات العمل الأخرى المطلوبة لزيادة الفعالية التنظيمية. في حين تعد مشاركة المعرفة طريقة لإنشاء شبكة تضم الأشخاص في وحدات العمل المختلفة، وفقاً (لهانسن، 1999). أما (Gupta et al, 2000) فقدم تعريف لمصطلح المعرفة التشاركية على أنها عملية تحديد المعرفة وتدقيقها ونقلها داخل المنظمة. وفي جانب آخر تم تعريف مشاركة المعرفة من قبل (Bock and Kim, 2002) على أنها نشر أو نقل المعرفة الفردية داخل المنظمة.

ووفقاً لـ (Sibte and Abidi, 2007) فإن المعرفة التشاركية هي العملية التي من خلالها يقوم مزود المعرفة بجعل المعرفة في متناول الآخرين داخل المنظمة. يمكن أيضاً اعتباره نشاطاً مخططاً ومُدَاراً بشكل منهجي يتضمن مجموعة من الأشخاص لديهم مصلحة مشتركة في مشاركة مواردهم المعرفية (Mooradian et al, 2006). بمعرفة فائدة

ممارسة تشاركية المعرفة، زعم (Sawhney et al, 2000) أن "المعرفة تتحسن من حيث القيمة عندما يتم تشاركتها و تقاسمها".

قام العديد من الباحثين بتقييم دراساتهم للتركيز على الثقة الشخصية (Holste et al, 2010)؛ العوامل الثقافية (كونيلي وآخرون، 2003)؛ والموقف النفسي تجاه سلوك المشاركة في المعرفة (Andriessen, 2006)، على الرغم من أن الدراسات السابقة المتعلقة بالمعرفة التشاركية أو تبادل المعرفة متنوع وغني ولا يزال يتوسع على مدى عقدين من الزمن (Jabr, 2007).

أجرى (كانغ، 2008) تقييماً شاملاً للأدبيات في مجال تشاركية المعرفة واقترح ثلاثة أبعاد واسعة: الخصائص التنظيمية والشخصية والمعرفية، في حين تقاسم المعرفة في الممارسة له وجهان: السلوكي والتقني. المعايير الذاتية لها أكبر تأثير إجمالي على نية مشاركة المعلومات، وفقاً لتحقيقات (Ryu et al, 2003) في العوامل التي تؤثر على سلوك مشاركة المعرفة للأطباء في المستشفيات. المواقف هي العنصر الثاني الذي يؤثر على الرغبة في مشاركة المعرفة. السيطرة السلوكية المتصورة، أما الجانب الأخير، يتعلق بإدراك الشخص لقدرته على نقل و مشاركة المعلومات.

## 2. المعرفة التشاركية في قطاع الصحة

يواجه قطاع الرعاية الصحية حالياً عقبات كبيرة على نطاق عالمي. هذا القطاع لم يحتضن بعد إدارة المعرفة، ومع ذلك يبدو أن هذه الأخيرة تقدم عدداً من الخيارات العملية لمعالجة مخاوف الوصول والجودة والقيمة لقطاع الرعاية الصحية العالمي. يعد نقل المعلومات من الضمنية إلى الصريحة أحد أهم التحولات المعرفية في صناعة الرعاية الصحية. يمكن اعتبار المعرفة بالرعاية الصحية متميزة عن تلك الخاصة بالشركات الأخرى وغالباً ما تكون مشتتة (Nicolini et al. 2008). بالإضافة إلى ذلك، لفت (Wickramasinghe et al, 2006) الانتباه إلى التناقض المتزايد بين التحسينات الجذرية في المؤسسات الصحية والتغييرات الطفيفة في إجراءات الرعاية الصحية، مما يؤدي إلى تقديم رعاية صحية غير فعالة وغير كافية.

وفقاً لـ (Chang et al, 2011) رأس المال الاجتماعي، مثل العلاقات الشخصية والثقة المتبادلة والأهداف المشتركة، يؤثر بشكل كبير على كيفية مشاركة الأفراد لخبراتهم في المستشفيات. علاوة على ذلك فقد أقاموا رابطاً قوياً بين تبادل المعلومات وسلامة المرضى.

يعد توفير الرعاية الصحية للأشخاص نشاطاً معقداً للغاية يعتمد بشكل كبير على المعلومات المهمة (المرضى المعنيين، الرعاية المقدمة، نتائج العلاج... الخ)، فوفقاً لتحليل (Metaxiotis, 2006) الذي يرى أن جمع المعلومات وتنسيقها ودمجها من قبل مؤسسات الرعاية الصحية يساهم في تجويد الخدمات المقدمة، بينما يرى (Maurier et al. 1997) أن نقص المعرفة والخبرة هو السبب الرئيسي للأخطاء في المستشفيات.

وفقاً للعديد من الدراسات، تعد المعرفة التشاركية أمراً بالغ الأهمية لأنها تساعد على تقليص جهود التعلم المضاعف (Scarborough, 2003). يمكن أن توفر مشاركة المعرفة أفضل الطرق لنشر المعلومات المناسبة لكل منتسبي المؤسسات الصحية وغير الصحية، بما في ذلك المرضى (Jabr, 2007).

في دراسة حالة لمركز صحي أكاديمي في المملكة المتحدة، قام (Currie et al, 2006) بالبحث في آثار العوائق التنظيمية والمهنية على مشاركة المعلومات. وأظهرت النتائج التي توصلوا إليها أنه بسبب العوائق المهنية، فإن مشاركة المعلومات تمثل تحدياً كبيراً لتحسين جودة الخدمات.

### 3. المعرفة التشاركية وجودة الخدمات

استنادًا إلى دراسة (Chang et al, 2011) التي بحثت في العلاقة بين مشاركة المعرفة وسلامة المرضى ، والتي ثبت فيها أن مشاركة المعرفة تؤثر على سلامة المرضى. علاوة على ذلك يرى (Honarpour et al, 2011) بأن إدارة المعرفة وإدارة الجودة مكملان في صناعة الخدمات حيث أن استراتيجيات كليهما طويلة الأجل بهدف اكتساب ميزة تنافسية.

نظرًا لعدم وجود دراسات تتعلق بمشاركة المعرفة وجودة الخدمة ، يتم تشغيل هذا البحث الاستكشافي من خلال الفضول الفكري للباحثين للتحقيق في العلاقة بين مشاركة المعرفة وجودة الخدمة.

### 4. مفهوم جودة الخدمات

تعتبر جودة الخدمات أحد المعايير الحيوية للتنافس في الأسواق، فهي أمر ملح يواجه المؤسسات المختلفة ويتطلب سعي الإدارة إلى الاهتمام بشكاوى الزبائن و العملاء واقتراحاتهم ومعرفة انطباعاتهم عن الخدمة المقدمة ولا يكفي فقط إيمانهم بأهمية تقديم خدمة ذات جودة عالية و مميز، كما أن تطوير جودة الخدمة سبب زيادة الخدمات المقدمة للعملاء، فعندما تكون عروض مزود الخدمة قابلة للمقارنة، فإن أساس التمايز والمقارنة بينها هو تقديم خدمة متفوقة الجودة. بالإضافة إلى ذلك، فإن جودة الخدمة هي الركيزة الأساسية التي يستخدمها العملاء للتمييز بين الخدمات المقدمة. وبالتالي، فإن اختبار الجودة هذا يمثل تحديًا نظرًا لكونه اختبارًا لها لحظة استهلاك الخدمة، فإنه لا يكفي وضع افتراضات وتقديم مقاييس للجودة وفقًا لافتراضات توقعات العملاء، لا سيما بالنظر إلى أن الخدمة مرتبطة بمزودها ولا يمكن فصلها عنه، على عكس حالة السلع المادية الملموسة، حيث يمكن تقييم الجودة من خلال فحص السلعة المعنية (أبو جليل و آخرون، 2017).

نظرًا لأن جوهر الخدمة، القائم على توفير الخدمات لا يتغير، فإن طبيعة الخدمات تتميز بدرجة معينة من النمطية بشكل يجعل هذه النمطية تصعب من التمييز بين هذه الخدمات وتثبط القدرة التنافسية في صناعة مقدمي الخدمات. عملية تقديم الخدمة والقيم التي يبحث عنها العميل عند تكوين مفهومه لجودة الخدمة واستخدام تصوراتها ومعاييرها عند تقييم جودة الخدمة (معلا، 2017)

الجودة Quality مشتقة من المصطلح اللاتيني (Qualitas) ، الذي يشير إلى طبيعة الشخص أو الشيء وكذلك درجة الصلابة. إنه يشير إلى الدقة بالإضافة إلى العديد من المزايا المدمجة لعنصر أو خدمة ، مما يدل على قدرتها على تلبية توقعات أو مواصفات المستفيد (الدراركة ، 2016).

تسمى الحالة الديناميكية التي تتضمن السلع والخدمات والأشخاص والبيئات التي ترقى إلى مستوى التوقعات بجودة الخدمة. إنه ينقل مستوى التميز الضروري. لذلك ، فإن جودة الخدمة هي المحدد الأساسي ومقياس رضا العملاء ، الذي يُعتقد أنه الحكم على جودة الخدمات التي يتلقونها. والقدرة على التحكم في المتغيرات المختلفة لتحقيق التميز في تلبية رغبات العملاء والتوافق مع تصوراتهم لمدى تلبية الخدمة وتجاوزها لتوقعاتهم (بالمر، 2018).

ويعرفها الباحثان أنها معيار الإتقان الذي يجب ممارسته عند القيام بأي أداء يتعلق بتقديم خدمة، و هي عملية روتينية مستمرة، متطورة، و متجددة لا يوجد حد لها و يجب الحرص عليها في أبسط الأعمال، كما أنها جهد

حيث مستمر لإتقان العمل، وليس للحصول على درجة محددة للإمتياز، كما يمكن وصفها بأنها الإلتزام بالمواصفات المتطلبات المتفق عليها مع العميل.

#### 5. أبعاد جودة الخدمات

نظراً لأنها تشير إلى المعايير التي يقوم المستهلكون من خلالها بتقييم جودة الخدمة أو التي تؤثر على انطباعاتهم عنها، فإن جودة الخدمة هي فكرة معقدة مع العديد من العناصر التي تشكل جوهرها المفاهيمي. لتقييم التناقض بين توقعات العملاء والأداء الفعلي لمقدمي الخدمة.

تم إنشاء استطلاع مكون من 22 عنصراً يسمى سيرف كوال (ServQual) لفهم توقعات المستهلكين وآرائهم حول جودة الخدمة بشكل أفضل. يمكن استخدامه في مجموعة متنوعة من الأعمال الخدمية. تعتبر هذه الخصائص الخمس الجودة الأساسية والشاملة للخدمات، ويمكن تعديلها بسهولة لتلائم احتياجات المنظمة وفيما يلي ملخص للجوانب التي نظرت إليها هذه الدراسة كمؤشرات للمتغير التابع: الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والثقة، والتعاطف (Zeithaml et al,2016).

#### 1- الملموسة:

وهي عبارة عن مجموعة من التسهيلات المادية المتعلقة بتقديم الخدمة وتشمل المرافق المادية والمعدات ومظهر الموظفين وفي هذا البعد يتم قياس المقومات والتسهيلات المادية المتاحة في المؤسسة؛ وتحتوي أربعة أبعاد يمكنها أن تقيس التجهيزات من الأجهزة والمعدات والأثاث والديكور والإضاءة ومظهر العاملين، ويجب أن تتجاوز هذه التجهيزات أو الخدمات الملموسة توقعات العميل (عبد القادر و آخرون، 2013)

يعرفها الباحثان على أنها مجموع العناصر المادية الملموسة التي يمكن أن يلاحظها العميل في بيئة العمل بالمستشفيات على سبيل المثال لتكون متسقة مع الخدمة غير الملموسة ومتصلة بالمرافق والمعدات ومظهر الموظفين.

#### 2- الإعتمادية:

و هي مدى القدرة على تقديم الخدمات الموعودة بدقة وموثوقية وفي الموعد المحدد وبطريقة يمكن الاعتماد عليها. وتتمثل في القدرة على تنفيذ الخدمة بكل أمانة واحترافية شديدة (الضمور، 2015).

يعتقد الباحثان أن الإعتمادية يتم تحديدها من خلال الضمانات المقدمة والقدرة على الوفاء بالمواعيد النهائية للخدمات، وكذلك القدرة على الاعتماد على خدمات الاتصالات بالمستشفى والاحتفاظ بالسجلات الصحيحة التي تساعد في أداء الخدمة.

#### 3- الإستجابة:

هي عبارة عن ردة الفعل والتفاعل السريعين مع المستجدات والمرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة وتلبية الاحتياجات المستعجلة للعملاء؛ كما يشار إلى جاهزية مقدمي الخدمات وقدرتهم على تلبية متطلبات المستهلكين والتكيف معها على أنها مؤشر استجابة. (الضمور، 2015).

وفقاً للباحثين، الإستجابة تستلزم رد الفعل وإخطار المستهلكين (المرضى في هذه الدراسة) بالوقت المناسب لإجراء الخدمة، والحصول على مساعدة فورية، وتحفيز الموظفين لأداء الخدمة، واهتمام الموظفين بتلبية طلبات العملاء.

#### 4- الثقة

وهو مقدار إدراك العميل أن المعرفة التي يتحصل عليها الموظفون مؤمنة وهم قادرون على الحفاظ عليها، وهي أيضاً ذلك القدر من الاستطاعة الذي يتمتع به مقدم الخدمة على تقديم الخدمات بعناية فائقة من دون أي

يلحق أي ضرر بالعملاء سواء أكان ضررا ماديا أم معنويا، ويتم ذلك عندما تقوم المنظمة بالوفاء بما تعهدت به في تنفيذ الخدمات المعلنة ووفق لما روجت له ، وهذا ما سيزيد من مصداقية المنظمة أمام عملائها (الضمور، 2015). ويرى الباحثان أن الأمان أو المصداقية يعبر عن مدى وجود موظفين يوثق بهم والشعور بالأمانة في التعامل مع العملاء. يقدمون معلومات موثوق بها حول الخدمة كما يعني وجود موظفين يتحلون بالأدب والأخلاق الحميدة. إضافة إلى الدعم الذي يتلقاه الموظفين من إدارة المؤسسات الإستشفائية وانعكاس ذلك على تقديم خدمة أفضل.

#### 5- التعاطف

يعبر هذا البعد عن الرعاية وحسن التعامل ومدى الاهتمام بعميل دون الآخر، والعمل على إيجاد الحلول بطريقة ودية وراقية للتكفل بحاجات الزبون و مصلحته، بالإضافة إلى مدى معرفة الموظفين وفهمهم لرغبات عملائهم وقضاياهم وطلباتهم، وإبداء الاهتمام بحلها، مع التركيز أيضا على قياس ملائمة الجو العام داخل الشركة لاحتياجات المستفيدين بالنسبة لساعات العمل (دعبول وأيوب ، 2010) .

وفقًا للباحثين ، فإن عنصر التعاطف يقوم على الرعاية والاهتمام ؛ يعتمد هذا البعد على المعاملة الجيدة والاهتمام بعميل واحد دون النظر إلى الآخر، بالإضافة إلى المقدار الذي يدركه الموظفون لرغبات العملاء واهتماماتهم.

#### ❖ الجانب التطبيقي

#### 1) النتائج المتعلقة بتصورات المبحوثين لأبعاد جودة الخدمات

#### 1. نتائج تحليل الملموسية :

الجدول رقم 02: استجابات أفراد الدراسة لعبارات محور (الملموسية) مرتبة حسب متوسطات الموافقة

رقم لفقرة	المجال	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
01	يستخدم المستشفى معدات وأجهزة حديثة تتناسب مع متطلبات العصر	4.08	0.68	2	مرتفع
02	المظهر الخارجي لمباني المستشفى مناسب وجذاب ويوحى بالثقة	3.60	0.80	4	مرتفع
03	تتوفر أماكن خاصه لوقوف سيارات للمرضى	4.02	0.75	3	مرتفع
04	يهتم للمستشفى بمظاهر الاضاءة وللكيف والتدفئة	4.23	0.61	1	مرتفع جدا
	الملموسية	3.98	0.75	2	مرتفع

يعرض الجدول رقم (02) نتائج تحليل البعد الأول من أبعاد جودة الخدمات وهو بعد الملموسية والذي كانت عدد الأسئلة التي تقيسه هي (4) أسئلة تمثلت في الأسئلة من (1-4)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد (3.98) مما يعني أنه حقق مستوى موافقة أفراد العينة حوله بدرجة مرتفعة جدا، حيث جاءت الفقرة رقم (04) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.23) وانحراف معياري (0.61)، تلتها في المرتبة الثانية وبدرجة موافقة مرتفعة الفقرة رقم (01) بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (0.68)، في حين جاءت الفقرة رقم (03) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (4.02) وانحراف معياري (0.75)، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافقة مرتفعة الفقرة رقم (02) بمتوسط حسابي (3.60) وانحراف معياري (0.80).

## 2. نتائج تحليل الاعتمادية

الجدول رقم 03: استجابات أفراد الدراسة لعبارات محور (الاعتمادية) مرتبة حسب المتوسطات الموافقة

رقم الفقرة	المجال	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
05	يفي المستشفى بوعوده للمرضي فيما يخص تقديم الخدمات في الاوقات المحددة	4.35	0.62	1	مرتفع جدا
06	يقدم المستشفى خدمات دقيقة وخاليه من الاخطاء	4.29	0.74	3	مرتفع جدا
07	يمكن التقة بقدرة ممرضي المستشفى على تقديم للخدمات بشكل جيد	4.33	0.67	2	مرتفع جدا
08	يحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة عن مرضي المستشفى	4.13	0.74	4	مرتفع
	الإعتمادية	4.27	0.69	1	مرتفع جدا

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يعرض الجدول رقم (03) نتائج تحليل البعد الثاني من أبعاد جودة الخدمات وهو بعد الإعتمادية والذي جاء قياسه عن طريق (04) أسئلة تمثلت في الأسئلة من (5-8)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد (4.27) وبدرجة موافقة (مرتفعة جدا) وهو أعلى متوسط من بين متوسطات أبعاد جودة الخدمات، وهذه إشارة للإدراك الكبير لأفراد عينة الدراسة لكفاءة ومهارة الموظفين في المستشفيات في أداء العمل، حيث جاءت الفقرة رقم (05) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.35) وانحراف معياري (0.62)، تلتها في المرتبة الثانية وبدرجة موافقة (مرتفعة جدا) الفقرة رقم (07) بمتوسط حسابي (4.33) وانحراف معياري (0.67)، في حين جاءت الفقرة رقم (06) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (4.29) وانحراف معياري (0.74)، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافقة مرتفعة الفقرة رقم (08) بمتوسط حسابي (4.13) وانحراف معياري (0.74).

## 3. نتائج تحليل الاستجابة

## الجدول رقم 04: استجابات أفراد الدراسة لعبارات ( الاستجابة ) مرتبة حسب متوسطات الموافقة

رقم الفقرة	المجال	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
09	يتوفر عدد كافي من الموظفين الذين يقدمون خدمه للمرضى	3.61	0.72	1	مرتفع
10	يعطي الموظفون الأولوية حسب الحالة الصحية للمرضى	3.42	0.94	3	مرتفع
11	يتم اختصار بعض الإجراءات من قبل العاملين بهدف سرعة خدمة المرضى	3.48	0.92	2	مرتفع
12	يستجيب موظفوا وإدارة المستشفى لشكاوي واستفسارات المرضى	3.39	0.86	4	مرتفع
	الاستجابة	3.58	0.87	3	مرتفع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يبين الجدول رقم (04) نتائج تحليل البعد الثالث من أبعاد جودة الخدمات والذي تمثل في بعد الإستجابة وقد كانت درجة الموافقة عليه مرتفعة وهو إشارة إلى إدراك أفراد عينة الدراسة لاستجابة الموظفين بالمؤسسة المبحوثة، حيث جاءت الفقرة رقم (09) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.61) وانحراف معياري (0.72)، تلتها في المرتبة الثانية وبدرجة موافقة مرتفعة الفقرة رقم (11) بمتوسط حسابي (3.48) وانحراف معياري (0.92)، في حين جاءت الفقرة رقم (10) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (3.42) وانحراف معياري (0.94)، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافقة مرتفعة الفقرة رقم (12) بمتوسط حسابي (3.39) وانحراف معياري (0.86).

## 4. نتائج تحليل الثقة والتعاطف

## الجدول رقم (05)

استجابات أفراد الدراسة لعبارات محور (الثقة والتعاطف) مرتبة حسب متوسطات الموافقة

رقم الفقرة	المجال	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
15	يشعر المرضى بالاطمئنان في التعامل مع المستشفى	3.20	1.05	3	متوسط
16	يتعامل المستشفى مع للمعلومات الخاصه بالمرضى بسرية	3.26	1.01	2	متوسط
17	يثق المرضى في الأجهزة و الكوادر الساهر على خدمته	3.10	1.02	6	متوسط

متوسط	4	1.07	3.19	تولي إدارة وموظفي المستشفى اهتمام فردي بكل مريض	18
متوسط	1	1.01	3.28	يتعامل موظفوا المستشفى مع المرضى بأسلوب الصداقه وحسن الخلق	19
متوسط	5	1.14	3.14	العناية الشخصية للمرضى من خلال قيام الموظف بملى البيانات المطلوبة في معاملات المستشفى بدلا عن المرضى	20
متوسط	4	0.72	3.19	الثقة والتعاطف	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يبين الجدول رقم (05) نتائج تحليل البعد ما قبل الأخير من أبعاد جودة الخدمات وهو بعد الثقة و التعاطف أين جاء قياسها عن طريق (06) أسئلة تمثلت في الفقرات من (15-20)، بحيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد (3.19) وبدرجة موافقة (متوسطة) أي أن أفراد عينة الدراسة في المؤسسة المبحوثة لا تتوفر لديهم الثقة ولا يوجد تعاطف وهو بذلك يحتل المرتبة الأخيرة من حيث تصورات أفراد عينة الدراسة لمستوى جودة الخدمات، حيث تراوحت قيمة المتوسطات الحسابية لكل الفقرات بين (3.10-3.28).

## 2) النتائج المتعلقة بتصورات المبحوثين لمحور المعرفة التشاركية:

### الجدول رقم (06)

#### استجابات أفراد الدراسة لعبارات محور المعرفة التشاركية

رقم الفقرة	العبارات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
01	تؤكد استراتيجية المستشفى على تبادل وجهات النظر	4.01	0.69	1	مرتفع
02	نستخدم الإنترنت في المستشفى للأغراض الطبية	3.85	0.62	3	مرتفع
03	يقوم الإداريون بتسهيل تبادل المعلومات بين المستويات العليا والمرضى	3.75	0.54	4	مرتفع
04	عادة ما تستضيف المستشفيات خبراء خارجيين لإثراء خبرة الموظفين	2.70	0.68	7	متوسط
05	يقوم المستشفى على المساهمة بنشر الآراء والأفكار على قواعد بياناته	2.89	0.83	6	مرتفع

مرتفع	2	0.74	3.92	يدعم المستشفى المشاركة الكاملة في الإجماعات الرسمية لممثلي الجمعيات الخاصة بالقطاع الصحي و المجتمع المدني	06
متوسط	8	0.61	2.66	يهتم المستشفى بوضع الأفراد العاملين فيها على معرفة أحدث التطورات في مجال أعمالهم	07
مرتفع	5	0.68	3.62	يعزز المستشفى ثقافة المشاركة لتشجيع الاكتشاف والابتكار	08
مرتفع	-	0.68	3.42	المعرفة التشاركية	#

لقد بينت ردود أفراد الدراسة على الأسئلة الواردة في جدول رقم (06) على أن محور المعرفة التشاركية مرتفع، حيث جاءت الفقرة رقم (1) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.01) وانحراف معياري (0.69)، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة وبدرجة موافقة متوسطة الفقرة رقم (07) بمتوسط حسابي (2.66) وانحراف معياري (0.61).

### 3) تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة:

#### الجدول رقم (07)

نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر المعرفة التشاركية على جودة الخدمات

مصدر التباين	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	مستوى دلالة t
الموسمية	0.203	0.162	0.151	1.248	1.989	0.219
الإعتمادية	0.056	0.081	0.088	0.695	1.989	0.490
الإستجابة	0.219	0.142	0.212	2.679	1.989	*0.000
الثقة و لتعاطف	0.332	0.126	0.338	2.630	1.989	*0.012
جودة الخدمات	0.324	0.130	0.342	2.689	1.989	*0.000

\* ذات دلالة إحصائية على مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ )

- نتائج اختبار الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على جودة الخدمات في المؤسسة الإستشفائية بولاية الأغواط.
- تشير النتائج الإحصائية في الجدول رقم (7) إلى وجود دور للمتغير المستقل (المعرفة التشاركية) في المتغير التابع (جودة الخدمات)، استنادا إلى أن قيمة T المحسوبة بلغت (2.689) وهي أكبر من قيمتها الجدولية على مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$  كما أن مستوى المعنوية (Sig= 0.000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقتضي رفض الفرضية العدمية والتي تنص على أنه لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على جودة الخدمات في المؤسسة الإستشفائية بولاية الأغواط.. وقبول الفرضية البديلة.
- نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على ملموسية الخدمة لدى مستشفى الأغواط
- تبين من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (7) لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على ملموسية الخدمة، استنادا إلى قيمة T المحسوبة التي بلغت (1.248) وهي أقل من قيمتها الجدولية، على مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$ ، كما أن مستوى المعنوية (Sig= 0.219) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) مما يقتضي قبول الفرضية العدمية التي تنص على أنه لا يوجد لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على ملموسية الخدمة لدى مستشفى الأغواط
- نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إعتمادية الخدمة لدى مستشفى الأغواط.
- يتبين من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (7) أنه لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إعتمادية الخدمة ، استنادا إلى قيمة T المحسوبة التي بلغت (0.695) وهي أقل من قيمتها الجدولية، على مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$ ، كما أن مستوى المعنوية (Sig= 0.490) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) مما يقتضي قبول الفرضية العدمية التي تنص على أنه لا يوجد دور لتطوير العمل في إدارة الابتكار داخل المؤسسات الصغيرة والمتوسطة بولاية الأغواط.
- نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إستجابة الخدمة لدى مستشفى الأغواط
- يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (7) أنه يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إستجابة الخدمة ، استنادا إلى قيمة T المحسوبة التي بلغت (2.679) وهي أكبر من قيمتها الجدولية، على مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$ ، كما أن مستوى المعنوية (Sig= 0.000) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) مما يقتضي رفض الفرضية العدمية التي تنص على أنه لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على إستجابة الخدمة
- نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على الثقة و التعاطف في الخدمة لدى مستشفى الأغواط.
- تشير النتائج الإحصائية في الجدول رقم (7) إلى وجود أثر للمعرفة التشاركية على الثقة و التعاطف في الخدمة، استنادا إلى أن قيمة T المحسوبة بلغت (2.630) وهي أكبر من قيمتها الجدولية على مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$  كما أن مستوى المعنوية (Sig= 0.012) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يقتضي رفض الفرضية العدمية والتي تنص على أنه لا يوجد أثر للمعرفة التشاركية على الثقة و التعاطف في الخدمة لدى مستشفى الأغواط.

الخاتمة :

من خلال ما تعرضنا اليه في دراستنا النظرية والتطبيقية، توصلنا الى معرفة أثر المعرفة التشاركية على جودة الخدمات وذلك بتحديد الأبعاد جودة الخدمات (الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، الثقة و التعاطف)، التي بدورها تعمل على تحسين الخدمات الصحية.

#### - الاستنتاجات:

جاءت هذه الدراسة لتحديد أثر المعرفة التشاركية على جودة الخدمات في المؤسسة الإستشفائية حميدة بن عجيلة بالأغواط وقد توصلت الدراسة من خلال اختبار الفرضيات إلى ما يلي:

1- كشفت نتائج الدراسة عن وجود أثر للمعرفة التشاركية على كل من أبعاد جودة الخدمات (استجابة الخدمة، الثقة و التعاطف) في في المؤسسة الإستشفائية حميدة بن عجيلة بالأغواط، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى إدراك الموظفين في مختلف المستويات الوظيفية لأهمية هذين البعدين في تحقيق جودة خدماتية عالية.

2- تبين من نتائج اختبار الفرضيات عدم وجود أثر للمعرفة التشاركية على كل من بعدي جودة الخدمات (الملموسية، الإعتمادية) في المؤسسة الإستشفائية بالأغواط، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى شعور العملاء بأن ليس هناك أدوات و تجهيزات و كوادر كافية مسخرة لخدمتهم ، كما يتولد لديهم الشعور بعدم الكفاءة والقدرة و الإعتماد على المستشفى بشكل كامل.

#### - التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي الدراسة بما يلي:

1- ضرورة الاهتمام و توفير عتاد و تجهيزات المستشفى التي تسمح بتقديم خدمات ذات جودة عالية و بالتالي سببا في راحة المريض التي بدورها تتيح بتشارك المعرفة بين الطرفين.

2- ضرورة اهتمام المؤسسة الإستشفائية بالمعرفة التشاركية والتي أثبتت الدراسة عدم وجود أثر لها في بعدي الملموسية و الإعتمادية في المؤسسة المبحوثة.

3- إعادة النظر في عملية تكوين الموظفين التقليدي ومحاولة استبدالها بالعمليات التكوينية الحديثة التي تميل إلى الرقمنة مما يسمح بتشارك المعرفة ويفسح المجال أمام الموظفين لإدراك قدراتهم ومهاراتهم في السيطرة على طرق العمل مما يدعم شعورهم بالكفاءة والقدرة على تطوير العمل و منه توفير جودة خدمات عالية.

4- يوصي الباحثان الإدارة العليا في المؤسسة الإستشفائية قيد الدراسة بتبني مناخ تنظيمي يسمح بحرية تبادل الأفكار بين الرئيس والمرؤوس و العملاء مما يدعم الشعور بالكفاءة والقدرة على التأثير في العمل و توفير خدمات فائقة الجودة

#### قائمة المراجع:

##### أولاً: المراجع باللغة العربية:

##### • المؤلفات:

1. أبو جليل؛ محمد منصور وهيك، إيهاب وعقل، إبراهيم والطراونة؛ خالد والكتبي؛ سعيد (2017)؛ المفاهيم التسويقية وأساليبها الحديثة؛ عمان؛ الأردن: دار غيداء للنشر والتوزيع والطباعة.

2. بالمر؛ أدريان (2018)؛ مبادئ تسويق الخدمات؛ ترجمة: بهاء شاهين. علا أحمد أصلح؛ دعاد شراقي، القاهرة. جمهورية مصر العربية: منشورات مجموعة النيل العربية.
3. الدرادكة، مأمون (2016)، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
4. دعبول، محمد وأيوب، محمد (2010)؛ مبادئ تسويق الخدمات. دمشق - سوريا: دار الرضا للنشر والتوزيع.
5. الضمور، هاني حامد، (2015)، تسويق الخدمات، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع والطباعة.
6. الصميدعي محمود جاسم والعلاق بشير عباس، (2012)، أساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر، عمان، الأردن.
7. عبد الرحيم أحمد الطاهر، (2012)، تسويق الخدمات السياحية، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، طبعة 1، الإسكندرية، مصر.
8. عبيد طه أحمد، (2010)، مشكلات التسويق السياحي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

• المقالات:

9. كونيلي، كولواي، (2003)، تنبؤات تصورات الموظفين بثقافات مشاركة المعرفة. مجلة تطوير القيادة والتنظيم، العدد 24، المجلد (5)، ص-ص، 301 294.
10. معلا، ناجي ذيب، (2017)، الأصول العلمية للتسويق المصرفي؛ عمان: الأردن: المؤسسة العالمية للتجليد.
11. هانسن، (1999)، مشكلة نقل البحث: دور العلاقات الضعيفة في مشاركة المعرفة عبر الوحدات الفرعية للتنظيم. العلوم الإدارية الفصلية العدد، 44، ص، 82.

• الرسائل والأطروحات

12. عبد القادر، أبو ابراهيم وآخرون، (2016)، جودة الخدمة واثرها على ولاء العملاء، دراسة تطبيقية على بعض المصارف السودانية، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

ثانيا المراجع باللغة الأجنبية

- Andriessen, J.H-E., (2006), To share or not to share , that is the question . Conditions for the willingness to share knowledge. Delft Innovation System Papers, 31 (0).
- Bock, G. and Kim, Y. G., (2002), Breaking the myths of rewards: An exploratory study of attitudes about knowledge sharing. Information Resources Management Journal, 15(2), 14-21
- Bose, R., (2003), Knowledge based health care systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. Expert Systems with Applications, 24(1), 59-71.
- Chang, C.-W., Huang, H.-C., Chiang, C.-Y., Hsu, C.-P. and Chang, C.-C., (2011), Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. Journal of advanced nursing, 68(8), 1793-803.
- Chkravarthy, B., Zaheer, A. and Zaheer, S., (1999), Knowledge sharing in organizations: A field study. Organization Science Research Workshop on Management. San Diego, CA, 94-119.
- Grant, R. M., (1996), Toward a knowledge-based theory of the firm, Strategic Management Journal, 17, 109-122.
- Gupta, A. K., and Govindarajan, V., (2000), knowledge flows within multinational corporations. Strategic Management Journal, August, 473-49
- Holste, J.S. and Fields, D., (2010), Trust and tacit knowledge sharing and use. Journal of Knowledge Management, 14(1), 128-140.

- Honarpour, A. and Jusoh, A., (2011), The Relationship Between Quality Management and Knowledge Management in the Service Industries. In the European Conference on Information Management & Evaluation. 568—572.
- Jabr, N.H., (2007), Physicians' attitudes towards knowledge transfer and sharing. *Competitiveness Review: An International Business Journal incorporating Journal of Global Competitiveness*, 17(4), 248-260.
- Kang, Y., Kim, S. and Chang, G., (2008), The Impact of Knowledge Sharing on Work Performance |: An Empirical Analysis of the Public Employees \* Perceptions in South Korea. *International Journal of Public Administration*, 31(14), 1548-1568.
- Kim, Y.-M., Newby-Bennett, D. and Song, H.-J., (2012), Knowledge sharing and institutionalism in the healthcare industry. *Journal of Knowledge Management*, 16(3), 480-494.
- Metaxiotis, K., (2006), Healthcare Knowledge Management. In D. Schwartz, ed. *Encyclopedia of Knowledge Management*. IGI Global, 204-210.
- Meurier, C.E., Vincent, C.A. and Parmer, D.G., (1997), Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111— 119.
- Mooradian, T., Renzl, B. and Matzler, K., (2006), Who trusts Person- ality, trust and knowledge sharing. *Management Learning*, 37, 523-540.
- Ryu, S., Ho, S.H. and Han, L., (2003), Knowledge sharing behavior of physicians in hospitals. *Expert Sy with Applications*, 25(1), 113-122.
- Sawhney, M. and Prandelli, E., (2000), Beyond customer knowledge management: Customers as knowledge co creators. In Y. Malhotra (Ed.), *Knowledge management and virtual organizations*, 258-281. Hershey, PA: Idea Group Publishing.
- Scarbrough H., (2003), Knowledge management, HRM and innovation process. *Internati: Journal of Manp* , 24, 501-516.
- Sibte, S. and Abidi, R., (2007), Healthcare Knowledge Sharing| : Purpose , Practices , and Prospects. In R. K. Bali & A. N. Dwivedi, eds. *Healthcare Knowledge Management: Issues, Advances and Successes*. Springer, 67-86.
- Thompson, G.N., Estabrooks, C. a and Degner, L-F.,(2006), Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(6), 691-701.
- Wickramasinghe, N. and Schaffer, J.L., (2006), Creating knowledge-driven health care processes with the Intelligence Continuum. *International Journal of Electronic Health care*, 2(2), 164-174
- Zeithaml, valarie A. & Bitner, Mary Jo & Gremler, Dwayne D. (2016). *Service Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, United states: McGraw-Hill.

