

تطبيقات إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية.

The applications of knowledge management in healthcare sector.



أم الخير نعيبي

جامعة ورقلة، الجزائر، naimi.olk2016@gmail.com

غنية شليغم

جامعة ورقلة، الجزائر، Nora702010@hotmail.fr

تاريخ الإرسال: 2019/09/27 تاريخ القبول: 2019/10/21 تاريخ النشر: 2020/01/01

ملخص:

في بيئة معقدة وحركية مثل بيئة الرعاية الصحية، التي تتطلب ابتكارا مستمرا من أجل الموازنة بين توقعات العملاء والتكلفة، يبقى التحدي الأساسي هو إدارة المعلومات والمعارف بفاعلية من أجل تحسين الأداء. وعليه، تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع تطبيق إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية، وقد خلصت الدراسة إلى أن تطبيق إدارة المعرفة في هذا القطاع يعد أمرا ضروريا، إلا أن هناك اختلافا في إدراك هذه الحقيقة بين الدول المتقدمة والنامية، وأنه لا بد من التعامل مع جملة من التحديات من أجل ضمان التطبيق السليم.

الكلمات المفتاحية: إدارة المعرفة؛ قطاع الرعاية الصحية؛ المنظمات الصحية؛ الدول المتقدمة؛ الدول النامية.

Abstract:

In a complex and dynamic environment such as a healthcare environment that requires constant innovation to balance customer expectations and cost, the key challenge remains to effectively manage information and knowledge to improve performance. Therefore, this study aims at high light the reality of the application of knowledge management in this sector, The study concluded that the application of knowledge management in health care sector is essential. However, there is a difference in understanding this fact between developed and developing countries, and that a number of challenges must be addressed in order to ensure proper application.

keywords: Knowledge management; Health care sector; Health organizations; Developed countries; Developing countries.

* المؤلف المرسل: أم الخير نعيبي ، naimi.olk2016@gmail.com

مقدمة:

تعتبر إدارة المعرفة قضية مركزية في تاريخ المجتمعات الإنسانية، فالفلاسفة في الشرق والغرب ركزوا اهتمامهم حول مسألة المعرفة، فالمناقشات العلمية في اليونان القديمة كانت تؤدي في الغالب إلى نقاشات فلسفية حول المعرفة على وجه الخصوص، مع ذلك فإن إدارة المعرفة لم تصبح حقلا معرفيا إلا في ثمانينيات القرن الماضي مع الاستخدام الواسع لتكنولوجيا المعلومات (El Morr & Subercaze, 2010, p. 491). وتزايد الاعتراف بالمعرفة كحتمية إستراتيجية جديدة للمنظمات، فالمعرفة كانت ولا تزال تعتبر سلطة (قوة) كان الفرد سابقا يخبئها ويحبها لنفسه ليحافظ على تميزه، لكن الفهم قد تغير كثيرا خاصة من وجهة نظر المنظمات، فالمنظور الجديد يذهب إلى أن المعرفة يجب أن تكون مشتركة حتى تنمو، فالمنظمة التي تتشارك المعرفة بين إدارتها وطاقمها تنمو أقوى وتصبح أكثر قدرة على المنافسة، فجوهر إدارة المعرفة هو تشارك المعرفة (Uriarte, 2008, p. 1).

تعد منظمات القطاع الصحي من المنظمات الرائدة والمواكبة للتعلم والتطور المعرفي والتكنولوجي كون رسالتها تقوم على تقديم الرعاية الطبية والصحية المتميزة ذات الجودة العالية والتزامها بالتحسين المستمر والاستخدام الأمثل للموارد (عبابنة و حتاملة 2013، ص. 652)، فصناعة الدواء على سبيل المثال نتيجة ما تتميز به من فهم شديد للبحوث العلمية باتت تفوق ما عداها ربحية (علي 2009، ص. 67). وبما أن تقديم الرعاية الصحية يقوم على تعاون عدة شركاء الذين يحتاجون إلى تبادل معارفهم من أجل تقديم رعاية ذات جودة ليس فقط في مجال الممارسة السريرية لكن أيضا فيما يتعلق بصناعة القرار في مجال الصحة العامة، فإنه بالتالي يستند بشكل أساسي على البيانات والأدلة المتولدة عن المعرفة. وإدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية يتم تطويرها بشكل أساسي في مجال إدارة السجل الصحي الإلكتروني والمنظمات الصحية، وفي هذا السياق تم تبني البحوث السابقة في مجال إدارة الأعمال وتم تكييفها وتطبيقها في إدارة المعرفة الصحية (Bolarinwa & Salaudeen, 2012, p. 38). الأمر الذي يثير بعض القضايا والتحديات نظرا للطبيعة الخاصة للقطاع الصحي، وعليه نطرح الإشكالية الآتية:

ما هو واقع تطبيق إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية، انطلاقا من تجارب بعض الدول المتقدمة والنامية ؟

وندعم الإشكالية السابقة بالأسئلة الفرعية الآتية:

- ✓ ما المقصود بإدارة المعرفة في المجال الصحي، وما هي أهميتها؟
- ✓ ما هي العمليات التي تتضمنها إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية، وما هي أهم متطلباتها؟
- ✓ ما مدى نجاح الدول المتقدمة، والدول النامية في اعتماد تقنيات إدارة المعرفة في القطاع الصحي؟

للإجابة عن الإشكالية نقوم بطرح الفرضيات الآتية:

- ✓ ظهور تقنيات إدارة المعرفة في مجال إدارة الأعمال شكل عائقا أمام اعتمادها في مجال الرعاية الصحية.
- ✓ لا توجد فروق في تطبيقات إدارة المعرفة بين الدول المتقدمة والنامية.

سنعتمد في هذه الدراسة على كل من المنهج الوصفي لوصف الظواهر محل الدراسة، والمنهج التحليلي، ودراسة الحالة للوقوف على تجارب بعض الدول في هذا المجال ومحاولة تحليلها.

وعليه تهدف هذه الدراسة إلى إبراز أهمية تبني تقنيات إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية، ومدى نجاح كل من الدول المتقدمة والنامية في ذلك انطلاقاً من بعض التجارب والدراسات.

1. مفهوم إدارة المعرفة الصحية وأهميتها:

تعرف منظمة الصحة العالمية إدارة المعرفة بأنها "مجموعة المبادئ والأدوات والممارسات التي تمكن الأشخاص من خلق المعرفة وتشارك ونقل وتطبيق ما يعرفونه لخلق القيمة وتحسين الفعالية" (WHO, 2006, p. 1). فالغرض الأساسي لإدارة المعرفة حسب المنظمة هو تجسير الفجوات المعرفية فيما بين الدول وداخلها، وقبل الوقوف على معنى إدارة المعرفة الصحية وأهميتها لابد أولاً من عرض لمحة عامة عن إدارة المعرفة.

أ. لمحة عامة عن إدارة المعرفة: دخل مصطلح "إدارة المعرفة" حيز الاستخدام الواسع في أواخر ثمانينيات القرن الماضي، من خلال عقد الكثير من المؤتمرات، ونشر العديد من الكتب حوله، كما بدأ هذا المصطلح يظهر في المجالات الخاصة بإدارة الأعمال (Dalkir, 2005, p. 12). وإدارة المعرفة كحقل له ارتباط بعدة تخصصات أعاد تجميع المفاهيم من الفلسفة والعلوم المعرفية ودراسات التنظيم وتكنولوجيا المعلومات، والنتيجة كانت ظهور مدارس واقترابات مختلفة في إدارة المعرفة (El Morr & Subercaze, 2010, p. 490)، فمن الناحية النظرية إدارة المعرفة يمكن التعامل معها من ثلاث منظورات الأولى يؤكد على الإدراك والذكاء التنظيمي، والثاني يركز على التطوير التنظيمي والإستراتيجية، أما الثالث فيركز على أنظمة المعلومات التنظيمية ومعالجة المعلومات، هذه المدارس لإدارة المعرفة تسمى على التوالي: الذكاء التنظيمي، التطوير التنظيمي ومعالجة المعلومات التنظيمية (Lamsa, 2008, p. 31).

ونتيجة لتعدد المناهج والمداخل فإنه لا يوجد تعريف متفق عليه لإدارة المعرفة فهناك من يعرفها من منظور المصدر البشري، وعرفها البعض من منظور النظم، بينما عرفها آخرون من منظور استراتيجي، مع ذلك إدارة المعرفة تهدف إلى تحسين أداء المنظمات من خلال تسهيل عملية التعلم من مصادرها المتعددة سواء داخل المنظمات أو خارجها، وسرعة الاستجابة للتغيرات التكنولوجية وبالتالي يصبح العاملون في المنظمة أكثر قدرة على حل المشكلات (عبد العال 2014، ص. 26).

يعرفها الزبيلات بأنها "جهد منظم واعي موجه من قبل المنظمة لالتقاط وجمع وتطبيق وتنظيم وخزن أنواع المعرفة ذات العلاقة بنشاط المنظمة، وجعلها جاهزة للتداول بين أفرادها وأقسامها ووحداتها بهدف رفع مستوى كفاءة اتخاذ القرارات والأداء التنظيمي" (الزبيلات 2008، ص. 55). فإدارة المعرفة تعني إدارة الموارد المعلوماتية وإتاحتها لجميع العاملين في المنظمة كمصدر مستمر ومتدفق للمعلومات التي تساعد المستويات الإدارية المختلفة على اتخاذ القرارات في مواجهة أي موقف أو مشكلة لتقليل أو تحييد ظروف عدم التأكد والغموض (النمر وأخرون 2013، ص. 527).

ب. المقصود بإدارة المعرفة الصحية: تعرف إدارة المعرفة في المجال الصحي بأنها "موائمة الأشخاص، العمليات، البيانات والتقنيات لتحسين المعلومات، التعاون، الخبرة، والتجربة من أجل رفع الأداء

التنظيمي والنمو" (Guptill, 2005, p. 11). كما تعرف على أنها "إنشاء، ونمذجة، وتشارك، وتفعيل، وترجمة المعرفة الصحية بشكل منظم لتحسين نوعية رعاية المرضى" (Acharuylu, 2011, p. 534).

تجدر الإشارة إلى أن بعض المختصين في مجال الرعاية الصحية قد فضلوا استخدام مصطلحات أخرى مثل "نقل المعرفة من أجل تحسين الأداء"، بدلا من مصطلح إدارة المعرفة للإشارة إلى أن قيمة إدارة المعرفة في تطبيقاتها وقدرتها على التأثير في الأداء التنظيمي بطريقة ايجابية (Guptill, 2005, p. 11). فمن وجهة نظر القطاع الصحي يمكن أن ينظر لإدارة المعرفة على أنها ضمان أن تكون المعلومات المناسبة متاحة للأشخاص المناسبين، وأن تستغل من قبل الأشخاص المناسبين في الوقت المناسب، وباعتبار القطاع الصحي قطاع مترابط فإن المبادرة الناجحة في قسم ما يمكن أن تنقل بسهولة لتمارس في قسم آخر (Acharuylu, 2011, p. 535).

إن فهم إدارة المعرفة في القطاع الصحي يتطلب التمييز بين المصطلحات الآتية: البيانات Data والمعلومات Information والمعرفة Knowledge، والتي تعد جميعا أمورا ضرورية لنجاح المنظمات الصحية. حيث نجد أن الكثير من الأشخاص يستخدمونها بشكل تبادلي في حين أن هناك اختلافا بينها. فالبيانات تعرف بأنها مجموعة المفاهيم والصور والرموز والأرقام التي لم تتم معالجتها بعد، وهي تشكل المادة الأولية التي يتم استخراج المعلومات منها، بينما المعلومات تشير إلى البيانات التي تم تنظيمها ومعالجتها مسبقا لتصبح ذات معنى ودلالة وفائدة بعد تفسيرها، أما المعرفة فهي المحصلة النهائية لاستخدام المعلومات الجديدة الناتجة عن معالجة البيانات بعد مزجها بالخبرات والمفاهيم العملية (المعاني 2012، ص.ص 206-207). فالسياق أو فهم العلاقة بين أجزاء البيانات هو ما يجعلها تصبح معلومات، لكن على عكس المعلومات التي تعتمد على السياق فإن المعرفة لها القدرة على إنشاء السياق الخاص أو الذاتي، وبالتالي يكون هناك مستوى أعلى من المؤثوقية والقدرة على التنبؤ بالكيفية التي ستتغير بها الأنماط وتتطور بمرور الوقت (Uriarte, 2008, pp. 1-2). غير أن المعرفة وحدها لا تكون كافية فهناك دور مهم تلعبه الحكمة التي تعني الجاهزية وإدراك الإمكانيات والتركيز على البيئة الاجتماعية المحيطة بمكان العمل (المعاني 2012، ص. 207). وتجدر الإشارة إلى أن هرم المعرفة ليس دائما مضبوط فيمكن أن تنشأ المعرفة من البيانات بدلا من أن تنشأ من المعلومات (Razzaque & Karolak, 2011, p. 241).

ويمكن أن نوضح الفرق بين هذه المصطلحات من خلال المثال الآتي فعدد الحالات المسجلة للإصابة بمرض الملاريا في بلد ما وعدد الوفيات هي مجرد بيانات وأرقام ليست ذات دلالة أو معنى لأنها تفتقر للسياق، وبالتالي لن تصبح معلومات إلا إذا تمت معالجتها بإضافة السياق من حيث الزمان والمكان من خلال تحديد الظروف التي حدثت فيها الإصابات، ومناطق انتشارها (مناطق حضرية أو ريفية)، والخصائص الطبيعية والمناخية (انتشار الحشرات خاصة البعوض الناقل للمرض، درجات الحرارة، انتشار البرك الموحلة، المستنقعات)، الفئات المتضررة (أطفال، حوامل...)، سرعة انتشار المرض، وعندما تتم معالجة هذه المعلومات بدرجة أكبر من خلال إيجاد العلاقات وعقد المقارنات تصبح هذه المعلومات معرفة ذات صلة يمكن استخدامها في التشخيص والعلاج، حيث يمكن حفظ هذه المعارف الجديدة في وثائق وسجلات يمكن نقلها من مستخدم لآخر، كما يمكن لصانعي القرار الاستفادة منها لاتخاذ قرارات مستنيرة وأكثر حكمة كوضع برامج وطنية لمكافحة الملاريا بتنسيق الوظائف الأساسية مثل تحليل الأوضاع والتخطيط الاستراتيجي وإعداد الميزانيات، والعمل على تطوير أدوية ولقاحات أكثر فاعلية، بالإضافة إلى أنشطة الوقاية، والتثقيف الصحي.

ج. أهمية إدارة المعرفة في مجال الرعاية الصحية: تواجه منظمات الرعاية الصحية في القرن الواحد والعشرين عدة تحديات نتيجة للتغيرات الحادثة في نظم الرعاية الصحية العالمية، من حيث تصاعد التكاليف والقيود المالية، زيادة التركيز على المساءلة والشفافية، التغيرات في التعليم والتعقيدات المتزايدة لبحوث الطب الحيوي، شراكات جديدة في مجال الرعاية الصحية، والتقدم الكبير في تكنولوجيا المعلومات، حيث تشير هذه الأمور كلها إلى حدوث تحول نوعي، هذا التحول يستوجب التركيز على التفاعل والتعاون وزيادة تشارك المعلومات والمعرفة (Sharma, Wickramasinghe, & Gupta, 2008, p. 1859)، الأمر الذي يقود منظمات الرعاية الصحية لتبني تقنيات إدارة المعرفة.

فإدارة المعرفة في بيئة الرعاية الصحية تعتبر مهمة جدا نظرا لخصائص كل منهما. فالنظام الصحي يعد أحد أعقد النظم في المجتمع، فهو يتضمن العديد من الشركاء العاملين في مجالات مختلفة الذين هم بحاجة لأن يتعاونوا فيما بينهم من أجل تقديم الرعاية للأشخاص (مثل الأطباء العامون، الاختصاصيون، الاستشاريون، الممرضون، فنيو الأشعة، المخبريون، مديرو المرافق الصحية، وزارة الصحة، شركات الأدوية، شركات التأمين الصحي...) (El Morr & Subercaze, 2010, p. 495)، وحتى العلاقة الفردية التقليدية بين الطبيب والمريض حلت محلها علاقة أخرى أصبح فيها الإشراف على المريض يتم من قبل فريق من مهنيي الرعاية الصحية. كل واحد منهم يتخصص في جانب معين من جوانب الرعاية، ومثل هذه الرعاية المشتركة والمستمرة تعتمد بشكل أساسي على القدرة على تشارك المعلومات بسهولة بين مقدمي الرعاية الصحية (Bose, 2003, p. 61). وبالتالي فإن المنظمات الصحية ترتبط بمجالات معرفية متعددة منها ما يرتبط بالطب ومنها ما يتعلق بصنع السياسة، مما يجعل منها منظمات كثيفة المعرفة، وأكثر من ذلك هو أن هناك مزيدا من التوجه نحو التخصص في مجالات أدق خاصة من قبل الأطباء، وهذه المعرفة لا بد من تأمينها ونشرها واستخدامها (Wahle & Groothuis, 2008, p. 1882). وبالتالي فإن تطبيق إدارة المعرفة من شأنه أن يسهل التكامل وقابلية تبادل المعلومات بين مستودعات المعرفة التي تمتلكها الوحدات التنظيمية المختلفة، ومن شأنها القضاء على التباينات التقليدية الموجودة بينها.

فتبني إدارة المعرفة يعد أمرا ضروريا لمنظمات الرعاية الصحية، لكونها تمكن هذه الأخيرة من تحديد ونشر أفضل السياقات لممارسة الرعاية الصحية لمختلف أصحاب المصلحة. حيث توفر نظام دعم لصناعة القرارات السريرية والإدارية (Bali, Dwivedi, & Naguib, 2008, pp. 1898-1899)، وبالتالي فإن تطبيق إدارة المعرفة يساهم في الحد من الأخطاء الطبية ومن ثم الحد من تكلفتها حيث تعتبر الأخطاء الطبية أحد أهم أسباب حالات الوفيات والعجز في الدول المتقدمة والنامية على السواء. ففي الولايات المتحدة لوحدها تسبب الأخطاء الطبية ما يقدر بمليون حالة إصابة، وما يقرب من مائة ألف وفاة سنويا (El Morr & Subercaze, 2010, p. 496).

كما أن تبني تقنيات إدارة المعرفة من شأنه تعزيز جودة الرعاية والحد من التكاليف المتصاعدة التي تعد الأهداف الرئيسية لجميع البحوث الصحية، فالتعاون بين مختلف مقدمي الرعاية الصحية وتشارك معارفهم يعد فرصة للابتكار، وتقديم رعاية ذات جودة أكبر لاسيما وأن القطاع الصحي هو قطاع مدفوع بالابتكار. فبالرغم من أن استخدام خدمات الرعاية الصحية يختلف بين الدول إلا أن التوقعات العامة على الصعيد العالمي قد ارتفعت بشكل كبير منذ 1950، والاتجاه لا زال يتصاعد، حيث نشأت مطالب جديدة

نتيجة ظهور أدوية جديدة، واختراع تكنولوجيا جديدة من المتقدمة إلى الوقاية والتشخيص فضلا عن العلاج ومن فئات عديدة مثل رعاية المسنين (Sharma, Wickramasinghe, & Gupta, 2008, p. 1861).

من جهة أخرى فإن إدارة المعرفة لها دور أساسي في تنظيم المعرفة، فالمعرفة هي جزء كبير من أنشطة المنظمات الصحية سواء تعلق الأمر بالممارسين أو الإداريين، وتكنولوجيا المعلومات قد حولت الطريقة التي تعمل بها منظمات الرعاية الصحية، فتطبيق مفاهيم مثل تخزين البيانات واستخراج البيانات ضاعف كمية المعلومات التي تصل إليها المنظمات الصحية مما خلق مشكلة "انفجار المعلومات" التي ساهم فيها كذلك تقدم حقول أخرى مثل المعلوماتية الحيوية والهندسة الوراثية (Bali, Dwivedi, & Naguib, 2008, p. 1894). وعليه فإن تقنيات إدارة المعرفة تلعب دورا حاسما في تنظيم هذه المعلومات والمعارف مما يسمح لأصحاب المصلحة بإيجاد المعرفة المناسبة في الوقت المناسب من أجل اتخاذ القرارات المناسبة.

وفي الأخير فإن الهدف النهائي لإدارة المعرفة هو تحويل المنظمة الصحية إلى منظمة متعلمة قادرة على توليد معرفة جديدة، وإنشاء نظم معرفية، وقاعدة للأعمال التنظيمية حول المعرفة لتحقيق التعلم التنظيمي من خلال تطبيق المقاربات المختلفة مثل "الذاكرة التنظيمية" التي تدعم العمل التعاوني. كما يمكن لإدارة المعرفة أن تلعب دورا في ترجمة المصطلحات من أجل التغلب على الحواجز الثقافية واللغوية في المنظمة المتعلمة (El Morr & Subercaze, 2010, p. 499).

2. عمليات إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية وأهم متطلباتها

من أجل اختبار ما إذا كانت إدارة المعرفة ستنجح حقا في مجال الرعاية الصحية، لا بد من فحص عمليات إدارة المعرفة وإمكانية نجاح منظمات الرعاية الصحية في تطبيق هذه الخطوات العملية (Metaxiotis, 2008, p. 1875). فالمعرفة المشتقة من المعلومات ومن مصادرها الداخلية والخارجية كما سبقت الإشارة إليه لا تعني شيئا من دون تلك العمليات التي تغنيها، وتمكن من الوصول إليها والمشاركة فيها. كما أن تطبيق تلك العمليات يستلزم مجموعة من المتطلبات.

أ. عمليات إدارة المعرفة الصحية: وتتمثل هذه العمليات في الآتي:

1. تشخيص واكتساب المعرفة: يعد تشخيص المعرفة من الأمور المهمة لأي برنامج لإدارة المعرفة، وعلى ضوء هذا التشخيص يتم وضع سياسات وبرامج العمليات الأخرى، لأن من نتائج هذا التشخيص معرفة نوع المعرفة المتوافرة (الكبيسي 2005، ص. 63). وإحدى الطرق لتحديد المعرفة التي ينبغي التقاطها ولتحديد الأشخاص الذين يملكون المعرفة حول قضية معينة في المنظمة الصحية، هي إجراء مراجعة (تدقيق) للمعرفة، فهذه الأخيرة تساعد على تحديد أنواع المعرفة المطلوبة والمصادر المناسبة (سجلات المرضى، أدبيات البحوث الطبية، الإجراءات الطبية...)، من أجل تطوير إستراتيجية إدارة المعرفة للمنظمة (Metaxiotis, 2008, p. 1876).

تجدر الإشارة إلى أن المعرفة قد تكون صريحة (ظاهرة) Explicit وهي التي يمكن التقاطها في شكل كلمات وأرقام سواء كانت منطوقة أو مكتوبة ومدونة في الكتب، وأدلة التدريب، السياسات، البروتوكولات، قواعد البيانات، وتقارير المشاريع والوثائق الأخرى، وهذا يجعل من السهل نسبيا تصنيفها وتشاركها مع الآخرين، وهي لا تشكل سوى جزء صغير من المعرفة الكلية، فالمعرفة في غالبيتها ضمنية Tacit وتحتاج إلى الكشف عنها وتشخيصها، فضلا عن حاجتها إلى التمثيل بصورة منطقية لإظهار ما تحويه من دلالات، وهنا يأتي دور الإدارة

التي تصوغ النظم والبرامج للكشف عن تلك المعرفة (Bolarinwa & Salaudeen, 2012, p. 39). فمعظم المعرفة تستقر في رؤوس الأشخاص في شكل معرفة عملية، وقواعد عرفية وحس قائم على الخبرة الشخصية، وهذا النوع من المعرفة أقل تنظيماً، وقد يكون من الصعب التعبير عنه، لكنه ضروري لإصدار الأحكام واتخاذ القرارات. ففي مجال التقاط المعرفة تحتاج المنظمة إلى التمييز بين التقاط وتحديد المعرفة الموجودة، وإيجاد معرفة جديدة، فأقسام إدارة نظم المعلومات التقليدية تتعامل في المقام الأول مع البيانات المنظمة (سجلات، أشكال) التي تشكل أقل من 5 بالمائة من معلومات المنظمة، في حين يبقى ذلك المجال المعرفي المثير للاهتمام الذي لا تعرف عنه شيئاً، هذه المعرفة غير المحددة تتطلب خطوات إضافية في التقاطها وتصنيفها (Dalkir, 2005, p. 78).

2. **تنظيم المعرفة:** تشمل عملية تنظيم المعرفة تصنيف، خزن وفهرسة وربط الكيانات الرقمية مثل الوثائق والصور بوحدات المعرفة، ويساعد رسم خرائط المعرفة الموجودة والمتاحة (بما فيها الخبرة والمهارات من حيث سياقها، صلتها ومواقعها) في تصنيف المعرفة وتخزينها في مستودعات معرفية مفهومة بشكل مناسب ومترابط (Bose, 2003, p. 63). ويشير خزن المعرفة إلى حفظ المعرفة من الضياع، وتتضمن حفظ المعلومات التي يمتلكها العاملون، وذلك بالحفاظ على العاملين المتميزين، وتحويل هذه المعارف إلى بناء داخلي يتضمن إخراج المعرفة الضمنية من أذهانهم عن طريق التدريب والحوار، وتنظيمها بشكل يكون في متناول أفراد المنظمة، وكذلك حفظ المعرفة الظاهرة الموجودة كالوثائق والسجلات والكتيبات المتعلقة بالسياسات والإجراءات، وتوثيقها باستخدام وسائل التخزين المتطورة (المعاني 2012، ص. 212).

فجوهر إستراتيجية إدارة المعرفة هو تطوير معرفة مركزية "مكتبة" مع "طبقات" مختلفة من المعلومات مثل الموارد التنظيمية كالأدلة، تقارير الأداء، أنواع الموارد البشرية، والموارد الخاصة بالمجتمع، ويتطلب تطوير هذا المستودع خطة مدروسة لتحديد أنواع المحتوى الذي سيتم نشره، مستويات الأمن، أشكال النشر والعمليات لضمان أن المحتوى المنشور دقيق ومتسق (Guptill, 2005, p. 12). ويعد السجل الصحي الإلكتروني من أهم التقنيات في هذا المجال، حيث تسعى الحكومات جاهدة لبناء نظام وطني للسجل الصحي الإلكتروني، فهذه السجلات المحوسبة تمكن من الوصول للمعلومات الصحية المتعلقة بالمريض في الوقت المناسب. فبالإضافة إلى أغراض التشخيص يمكن استخدام تلك السجلات لأغراض بحثية من قبل المديرين والممارسين على حد سواء (El Morr & Subercaze, 2010, p. 501).

3. **تشارك المعرفة:** تشارك المعرفة هي العملية التي يتم من خلالها إيصال المعرفة الضمنية أو الصريحة إلى الآخرين، وهناك ثلاث نقاط أساسية تتعلق بعملية تشارك المعرفة، وهي (طيطي 2010، ص. 104):

- ✓ مشاركة المعرفة تعني عملية نقل فعالة، لذا فإن متلقي المعرفة يجب أن يفهمها بشكل جيد لكي يستخدمها.
- ✓ أن ما يتم تشاركه هو المعرفة وليس التوصيات بناء على المعرفة.
- ✓ أن المشاركة من الممكن أن تكون ضمن الأفراد أو المجموعات أو ضمن الأقسام أو ضمن المنظمة بشكل عام.

إن المنظمات الإنتاجية لديها القدرة على إيجاد بيئة حيث المعرفة المتخصصة، ومهارات وقدرات كل الموظفين تدفع نحو التقدم، في حين أن منظمات الرعاية الصحية لا يمكن أن تعد مثالا جيدا لمثل تلك

المنظمات، فالمنظمة الصحية هي مجموعة من المتخصصين المهنيين الذين يساهمون في تقديم الرعاية للمريض، لكن يتصرفون أيضا في كثير من الأحيان بشكل تنافسي داخل المنظمة، دون أن يكونوا على استعداد لنقل المعرفة بسبب الوضع المتعلق بالمكانة والنفوذ في المنظمة والمجتمع. مع الأخذ في الاعتبار أنهم من غير المرجح أن يتشاركوا معارفهم ما لم يكونوا يعتقدون بقيمتها وأهميتها. فإدارة المعرفة الفعالة تتطلب ثقافة تشارك المعرفة لتكون ناجحة خاصة في مجال الرعاية الصحية فمن الأهمية بمكان أن يفهم الأطباء - خاصة - أهمية تشارك المعرفة على عدد من المستويات: فوائد للمنظمة، فوائد للمريض، وفوائد لهم شخصيا، فكلما كان بالإمكان إظهار هذه الفوائد بشكل أوضح، كلما كان من المحتمل أن يكون الأشخاص منفتحين على التغيير، فالأطباء مثلا بحاجة إلى أن يتم الاعتراف بكفاءتهم ومكافئتهم بطريقة رسمية (ترقيات، جوائز) لجعل تشارك المعرفة واقعا في مجال الرعاية الصحية (Metaxiotis, 2008, p. 1876).

ويتم تشارك المعرفة باستخدام عدة وسائل، بعضها آلي وبعضها مكتوب مثل التدريب والتعليم، الشبكة الداخلية للمنظمة، مجتمعات الممارسة، التوثيق والنشرات وعبر الفرق متعددة الوظائف (Bose, 2003, p. 63). فمقدمي الرعاية الصحية من مختلف المجالات يمكن أن ينشئوا فرقا تمكنهم من جمع معارفهم وخبراتهم لتوفير خطة شاملة للرعاية، ومن الضروري أن تشمل هذه الفرق المرضى، ففي الواقع يجب إعلام المرضى بطروفيهم، خيارات العلاج، وكيفية الوصول إليها، وأن يشركوا بشكل فعال في علاجهم، ونتيجة هذا التفاعل الاجتماعي يمكن أن تظهر معرفة جديدة، فالمرضى أيضا لديهم معرفة ضمنية حول ظروفهم الطبية، هذه المعرفة قد تشكل منجم معلومات للممارسة السريرية، فهذه الفرق تشكل فرصة للتبادل المعرفي وللتعليم المستمر من أجل تحديث المعارف (El Morr & Subercaze, 2010, p. 500).

4. تطبيق المعرفة: تقتضي عملية تطبيق المعرفة استرجاع واستخدام المعرفة في دعم القرارات والأعمال، حل المشكلات، تطوير خرائط الكفاءة لوضع الأشخاص في أفضل الوظائف والفرق من أجل تحسين الإنتاجية، وأتمتة العمل الروتيني (Bose, 2003, p. 64). فبالاستخدام الأمثل للمعرفة المتاحة يمكن تنفيذ الأعمال المتماثلة بجودة أفضل، وبشكل أسرع، وتكلفة أقل. مع ذلك فإن نجاح هذه المرحلة يعتمد بشكل كبير على سلوك الموظفين، وثقافة تشارك المعرفة.

ويعد نظام دعم القرار مثلا جيدا لاستخدام المعرفة، فبمساعدة نظم دعم القرارات يمكن اتخاذ قرارات مستنيرة، كما أنها مهمة عندما تكون هناك العديد من المتغيرات التي لديها وزن ضد بعضها البعض للوصول إلى قرار معين، هذا يحدث بشكل أساسي في عمليات التشخيص، حيث كشفت دراسة لمستشفيات في المملكة المتحدة أن 11 بالمائة من المرضى المقبولين عانوا من نتائج عكسية كان من المرجح منع 48 بالمائة من تلك الحالات لو أنه تم تطبيق المعرفة الصحيحة (Bolarinwa & Salaudeen, 2012, p. 41). ويعتبر استخدام الأدبيات مثلا آخر لاستخدام المعرفة، إذ يتوقع أن يؤسس الطبيب الحالي قراراته على أفضل الأدلة في أدبيات العلوم الطبية وأكثرها حداثة، حيث يتم نشر حوالي 40000 مجلة علوم طبية سنويا، بأكثر من مليون مقال، وهذا يعني أن الطبيب الباطني عليه أن يقرأ بين 17 و22 مقالا يوميا حتى يواكب معدل النشر، في حين يمكن أن يكون هذا المعدل أعلى بالنسبة للطبيب العام (Wahle & Groothuis, 2008, p. 1888).

ب. متطلبات إدارة المعرفة الصحية: من خلال ما تقدم يتضح لنا أن تطبيق تقنيات إدارة المعرفة في القطاع الصحي، وتنفيذها يتطلب مجموعة من العناصر الأساسية والمتمثلة في الآتي:

1. الأشخاص: الذين يخلقون ويتشاركون ويستعملون المعرفة، والذين يشكلون جماعيا الثقافة التنظيمية التي تغذي وتشجع تشارك المعرفة. فالمنظمات الصحية التي تسعى لنشر نظم إدارة المعرفة تحتاج لفهم العنصر البشري في العملية، ففي وقت سابق كانت عوامل النجاح مقتصرة على عدد قليل من المتغيرات مثل رعاية المريض والتكلفة، لكن مع تطور التقنيات السريرية والإدارية أصبح التعامل مع المريض يتم من خلال التركيز على الوقاية وإدارة صحة المريض خلال جميع أطوار حياته، وهذا يتطلب استثمار كبير في المعرفة ومنعها من الأندثار خاصة الفكرية منها. فأغلب المنظمات الصحية لا تدرك قاعدة معلوماتها المكتسبة، وأكثر من ذلك فإن رأسمالها الفكري قد يضيع منها من خلال تناقص عدد الموظفين وارتفاع معدلات الدوران (Sharma, Wickramasinghe, & Gupta, 2008, p. 1860). ويعرف أورثش رأس المال الفكري بأنه "مجموعة المهارات المتوفرة في المنظمة التي تتمتع بمعرفة واسعة تجعلها قادرة على جعل المنظمة عالمية من خلال الاستجابة لمطالبات الزبائن والفرص التي تتيحها التكنولوجيا (أنساعد 2015، ص. 52).

2. العمليات: وهي أساليب اكتساب، إيجاد، تنظيم وتشارك المعرفة ونقلها، فالمعلومات المشتقة من البيانات والمعلومات، ومن مصادرها الداخلية والخارجية لا تعني شيئا بدون تلك العمليات التي تغنيها وتمكن من الوصول إليها والمشاركة فيها وخزنها وتوزيعها والمحافظة عليها واسترجاعها بقصد التطبيق وإعادة الاستخدام حتى تولد القيمة (الكبيسي 2005، ص. 59).

3. التكنولوجيا: وهي الآليات التي تخزن وتتيح الوصول للبيانات والمعلومات التي تم إيجادها من طرف الأشخاص في مواقع مختلفة (WHO, 2006, p. 1). وتكنولوجيات تمكين المعرفة التي يمكن أن تطبق بشكل فعال في منظمات الرعاية الصحية عديدة، من بينها المجاميع Groupware، الشبكة الداخلية Intranet، أدوات تعاونية Collaborative tools (مجالس المناقشة، المؤتمرات عن طريق الفيديو)، البوابات Portals، والتصنيفات Taxonomies (Metaxiotis, 2008, p. 1877).

3. واقع تطبيق إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية:

من خلال هذا المبحث سنحاول تقديم بعض الأمثلة لتجارب تطبيق إدارة المعرفة في القطاع الصحي في بعض الدول المتقدمة والنامية، والوقوف على أهم التحديات التي تواجه تطبيق إدارة المعرفة فيها.

أ. بعض تطبيقات إدارة المعرفة الصحية في الدول المتقدمة: لقد تم في الآونة الأخيرة الأخذ بمبادرات تطبيق إدارة المعرفة في مجال صناعة الرعاية الصحية من قبل الباحثين، ففي النصف الثاني لعقد الثمانينيات حاول العديد من الباحثين تطبيق "الذكاء الاصطناعي" في الطب مع نجاح محدود، حيث تم في جامعة ستانفورد تطوير نظام الخبير الطبي المعروف MYCIN كجهد بحثي لتقديم المساعدة للأطباء في تشخيص وعلاج التهاب السحايا والالتهابات الجرثومية، بالرغم من حقيقة أنه لم يوضع قيد الممارسة الفعلية. كما تعتبر PUFF, DXplain, QMR بعض أكثر نظم الخبير الطبي المعروفة التي طورت ووضعت موضع التطبيق. وحدد "ديبوركا Deburca" الشروط الضرورية لتحويل منظمات الرعاية الصحية إلى منظمات متعلمة، كما ناقش "فينسي Fennesy" كيفية نشوء مشاكل إدارة المعرفة في الممارسة القائمة على الأدلة باستخدام "منهجية النظم اللينة Soft systems methodology" والبحوث الإجرائية (Metaxiotis, 2008, pp. 1873-1874).

وفي دراسة "لراي هي هب وهان Ryu Hee Hp and Han" تعاملا مع سلوك تشارك المعرفة للأطباء في المستشفيات، حيث كشفت الدراسة العوامل المؤثرة في سلوك تشارك المعرفة في أقسام المستشفى باستخدام

النظريات الموجودة مثل "نظرية التصرف المنطقي Reasoned action" و"نظرية السلوك المخطط Planned behavior". كما قدم رودريغز وزملاؤه إطارا لتمثيل واستغلال المعرفة الطبية من خلال وصف اقتراب يهدف لبناء نظام قادر على مساعدة الأطباء على تتبع تطور مرضاهم من خلال دمج المعرفة التي يقدمها الأطباء والمعرفة التي يتم جمعها من أنظمة الإنذار الذكية (Metaxiotis, 2008, p. 1874). هذا فيما يتعلق بالأدبيات التي اهتمت بتطبيق تقنيات إدارة المعرفة في مجال الرعاية الصحية، أما في الجانب العملي فقد كانت هناك عدة محاولات لتطبيق إدارة المعرفة في القطاع الصحي للدول المتقدمة.

في الولايات المتحدة الأمريكية، أصبح السجل الطبي الإلكتروني أكثر شعبية في المستشفيات التي لديها رأسمال وموارد لتحمل هذا التعمد، ففي سنة 1994، قام شركاء الرعاية الصحية في الساحل الشرقي للولايات المتحدة مثل مستشفى ماساتشوستس "Massachusetts العام ومستشفى برنغهام والمرأة، بمبادرة لنظام إدارة السجلات الإلكترونية عبر مجموعة "Inter systems"، هذا الأخير هو حل على شبكة الانترنت يوفر للشركاء إمكانية دمج العديد من أنظمة السجل الطبي، ومستودعات البيانات التي تحوي معلومات المرضى. وأسفر هذا المشروع عن وفورات في نفقات هاته المستشفيات، وانخفاض في حالات التفاعلات العكسية للأدوية الموصوفة. وفي سنة 2012، أعلن شركاء الرعاية الصحية عن مشروع 10 سنوات معلوماتية صحية لدفع البنية التحتية لتكنولوجيا معلومات المنظمة، وتزويد ليس الأطباء فقط بل حتى المرضى بإمكانية الوصول إلى معلومات السجل الطبي، مثل ملاحظات الفحص، نتائج المختبر، وغيرها من المعرفة المستقاة من أفضل المصادر والممارسات الطبية (Chen, 2013, p. 102).

كما أنه في سنة 2004، أنشأ الرئيس "جورج بوش" مكتبا جديدا للحكومة " مكتب المنسق الوطني لتكنولوجيا المعلومات الصحية"، لدعم تطوير تكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية داخل الوم أ، الغرض من ذلك المسعى خفض تكاليف الرعاية الصحية والأخطاء من خلال جمع المعلومات، وزيادة سهولة الاستخدام التي يمكن من خلالها نقل المعلومات الطبية للمرضى ومقدمي الرعاية الآخرين. مع ذلك فقد لاحظ غانتر Gunter وتري Terry أن النظام الصحي في الوم أ لم يستجيب بمفهوم شامل على النحو الذي حدده مكتب المنسق الوطني، بسبب الفوارق الموجودة بين مقدمي الرعاية الصحية، الأمر الذي يتطلب توحيد معايير الممارسات الصحية مثل المصطلحات المستخدمة، شكل التقارير، عمليات النظام، وقدرة نظم تكنولوجيا المعلومات على العمل معا بسلاسة مع أنظمة داخلية وخارجية (Chen, 2013, p. 98).

وقد شكل بروز الانترنت أداة قيمة لتوزيع المعرفة، والتواصل مع الجماهير، فالكثير من المنظمات الصحية أصبحت تستخدم تقنيات إدارة المعرفة على البوابات الخاصة بها لإدارة الوفرة في المعلومات الصحية، وتبادل وتشارك المعلومات مع مستخدميها، فقد وجدت دراسة أن 80% من مستخدمي الانترنت في أمريكا بحثوا عن معلومات صحية عبر الانترنت، وبما أن هذا العدد يتزايد فقد تصاعد الطلب على بوابات الرعاية الصحية التي توفر مثل تلك المعلومات (Lee, Goh, & Chua, 2010, p. 21).

كما تم في أوروبا إطلاق مشروع الرعاية الحكيمة "Wise care"، وهي مبادرة ممولة من الاتحاد الأوروبي (1997-1999)، لتعزيز تشارك المعرفة باستخدام شبكة الانترنت، وتزويد المرضى بكميات هائلة من المعلومات والمعارف حول الممارسات السريرية، وضمان وصولهم للمعرفة ذات الصلة بسرعة أكبر، من خلال الموقع الإلكتروني ل Wise care (Metaxiotis, 2008, p. 1877).

أما في هولندا، فقد أولت الحكومة الهولندية في العقدين الماضيين اهتماما كبيرا بجودة الرعاية الصحية، وحاولت ضمانها من خلال التشريع، وأغلب تلك التشريعات تتعلق بمراقبة الجودة، وتحسين وضع العميل/ المريض، وفيما يتعلق بهذا الموقف الأخير، أجرت جمعية المستهلك الهولندية دراسة استقصائية واسعة النطاق في عام 2002 حول جودة الرعاية الصحية في المستشفى، استنادا إلى الرأي الصريح للمرضى، وقدمت استنتاجات وتوصيات تقرير الجمعية نقاط الانطلاق لاستخدام إدارة المعرفة في الرعاية (المستشفى)، فغالبا ما يكون تقديم المعلومات للمريض حول فترة ما بعد التعافي قصيرا، كما يمكن إجراء تحسينات على نقل المعلومات بين مختلف المجموعات المهنية. وقد تم إدخال نظام جديد للأجور والمكافآت للمستشفيات والأخصائيين الطبيين، يقوم على ترابط التشخيص والعلاج، ويؤكد على ضرورة تطوير ونشر المعرفة والاستفادة منها، بدل نظام الوظائف القائم على ميزانية المستشفيات والتمويل الإجمالي للأخصائيين الطبيين. ونظرا لإدخال قوى السوق في النظام الصحي الهولندي، فقد أصبحت المؤسسات أكثر اعتمادا على معرفتها ومهاراتها الخاصة للبقاء خطوة للأمام، أو على الأقل البقاء في مستوى المنافسة (Wahle & Groothuis, 2008, p. 1882).

ب. واقع تطبيق إدارة المعرفة في القطاع الصحي للدول النامية: يشير "Hafstede" إلى أن الدول النامية لم تحقق التحول اللازم في أساليب القيادة واتخاذ القرار مما يسهم في الحد من سهولة انتقالها إلى المجتمعات المعرفية (عبابنة وحاتمة 2013، ص. 652). ووفقا للأدبيات المتاحة فإن هناك تطبيقات قليلة لإدارة المعرفة في القطاع الصحي للدول النامية. وينظر أوسع لدورة حياة إدارة المعرفة في القطاع الصحي للدول النامية يمكن اكتشاف الأداء المحدود، حيث تكشف النتائج أن إدارة المعلومات من خلال أنظمة المعلومات الصحية، مثل أتمتة سجلات المرضى ضعيفة جدا، لعدة أسباب منها تعقيد البيانات، الطبيعة الثابتة للبيانات، ونقص الدعم والدافع لدى المشاركين (Bolarinwa & Salaudeen, 2012, p. 41).

بالرغم من ذلك فإن بعض الدول النامية بدأت تأخذ بعين الاعتبار أهمية بيانات الرعاية الصحية واستخدامها الفعال، حيث شهدت باكستان بعض المحاولات للتحول من المعالجة اليدوية للبيانات إلى أساليب المعالجة الالكترونية في بداية التسعينيات، وفي سبيل ذلك قامت حكومة باكستان من خلال وزارة الصحة بالتعاون مع إدارات الرعاية الصحية الإقليمية، والوكالات الدولية بتطوير نظام وطني لإدارة المعلومات الصحية خلال (1990_1993)، تسمى حاليا "الخلية الوطنية HMIS لوزارة الصحة". الغرض منه كان توفير الدعم للمدراء التقنيين والعمليتين في عملية صنع القرار، وإضفاء الطابع الرسمي على نظام إدارة المعلومات الصحية في جميع الإدارات الصحية الإقليمية للبلاد، بمساعدة مشروع صحة الأسرة المدعوم من البنك الدولي. ومن خلال تقارير وزارة الصحة والحكومة الباكستانية فإن أكثر من 90% من مرافق الرعاية الأولية للقطاع العام كانت منضوية تحت هذا النظام الذي نفذ عبر مراحل. كما تم على المستوى الإقليمي تطوير نظم أخرى لإدارة المعلومات تتعلق بالملايا، الإيدز، وبرامج السل، لكن لم يتم إدماجها بشكل كامل مع النظام الوطني لإدارة المعلومات الصحية.

وبالرغم من كل تلك الجهود والمبادرات إلا أن النطاق الحالي لHMIS مقتصر على مرافق الرعاية الصحية للمستوى الأولي فقط، ولا توجد بيانات عن المرضى الداخليين أو المستشفيات، أو مرافق الرعاية الخاصة، فلا زال هناك الكثير للقيام به في مجال نظم إدارة المعلومات الصحية لتحسين الأداء، وهذا يتضمن معالجة المعلومات والبيانات المجمع في مرافق مركزية لمعالجة البيانات، وأساليب جمع البيانات وجودتها، إدارة

المعرفة، ابتكار وتشارك المعرفة، وتوفير معلومات ملخصة ومدققة (Arshad, Noordin, & Bint Othman, 2017, p. 131).

أما في المملكة العربية السعودية، فقد أولت الحكومة في العقود القليلة الماضية اهتماما كبيرا لتحسين خدمات الصحة الإلكترونية، من خلال العديد من المبادرات الجديدة التي تركز على مختلف جوانب الرعاية الصحية بدأ من إنشاء ملفات إلكترونية للمرضى، الرصد الإحصائي للأمراض المعدية، وربط جميع أنظمة المستشفيات باستخدام تقنيات الحاسب. ورصد وصول الحجاج واللقاحات التي تعطى لهم، مع ذلك فإن تطبيق هذه المبادرات قد عانى من عدة مشاكل من بينها: (Almuayqil, Atkins, & Sharp, 2015, p. 112).

- ✓ عدم وجود جهد لربط المعلومات الصحية من أجل بناء نظام وطني للرعاية الصحية بالرغم من أن بعض المديرات الإقليمية والمستشفيات المركزية تستخدم نظم المعلومات.
- ✓ الافتقار للخبرات التقنية ومهارات الحاسب لموظفي الرعاية الصحية والمهنيين في التعامل مع السجلات الإلكترونية.
- ✓ المعتقدات السلبية لمهنيي الرعاية الصحية نحو الحلول الطبية القائمة على الحاسب.
- ✓ العوائق المالية: فتحويل السجلات الطبية الورقية إلى نظام إلكتروني يمكن أن يكون مكلفا.
- ✓ قضايا الأمن والخصوصية، فالسجلات الطبية يمكن أن تنشر دون إذن المريض أو الطبيب.

نلاحظ أن الجهود في الدول النامية تنصب في معظمها على الجانب التقني فقط من خلال نظم إدارة المعلومات الصحية، وتكون مقادة في الغالب من الجهات الحكومية، أما على مستوى المنظمات الصحية فهناك مستوى منخفض للجهود الواعية التي تبذلها هذه الأخيرة من أجل إدارة معارفها الصحية وهو ما تظهره بعض الدراسات التي أجريت على بعض المنظمات الصحية في الدول النامية.

ففي دراسة لعبابنة وحتاملة حول تطبيق إدارة المعرفة في المستشفيات الحكومية الأردنية توصلنا إلى أن درجة ممارسة إدارة المعرفة في المستشفيات المبحوثة كان بمستوى متوسط، وكان أعلى الأبعاد ممارسة بعد تطبيق المعرفة، وأقلها ممارسة بعد نقل المعرفة، كما أن نمط الثقافة التنظيمية السائد هو النمط البيروقراطي بدلا من النمط الإبداعي (عبابنة وحتاملة 2013، ص. 651). وفي دراسة أخرى لمحمد المدهون ووليس عبد الجواد الموسومة بـ "واقع تطبيق إدارة المعرفة بالخدمات الطبية العسكرية في فلسطين"، توصل الباحثان إلى أن مستوى تطبيق إدارة المعرفة ضعيف جدا، وأن أهم معيقات نجاح إدارة المعرفة بالجهاز عدم القدرة على قياس العوائد المادية لإدارة المعرفة (المدهون و عبد الجواد 2016، ص. 170). مع ذلك يمكن القول أن منظمات الرعاية الصحية في الدول النامية لا شعوريا تدير المعرفة، عندما تدرّب مقدمي الخدمات مثلا، أو تحلل البيانات من نظم إدارة المعلومات، أو تنشر تقريرا، فالمدراء الصحيون يمكنهم زيادة الكفاءة والفاعلية والإبداع والتمكين بشكل منهجي، إذا ما تم تسخير هذه الجهود اللاواعية التي يمكن أن تسهم في تحسين الأداء التنظيمي، وتحقيق نتائج صحية أفضل (Bolarinwa & Salaudeen, 2012, p. 42).

الخاتمة:

مما سبق يتضح لنا أن المعرفة هي أداة حاسمة في مجال الصحة، وبالتالي فإن تبني تقنيات إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية يعد أمراً بالغ الأهمية، وعلى الرغم من أن اعتماد تقنيات إدارة المعرفة كان أولاً في مجال إدارة الأعمال، وأن تبنيها في القطاع الصحي كان بطيئاً إلى حد ما، إلا أنها تشكل إضافة نوعية إذا ما تم تكييفها وتطبيقها بالشكل الصحيح الذي يتلاءم مع خصوصية القطاع، وهو الأمر الذي أدركته عدة منظمات صحية في الدول المتقدمة، في حين تبقى نظيراتها في الدول النامية غير مدركة لأهميتها على نحو كبير.

تجدر الإشارة إلى أن تطبيق إدارة المعرفة في المجال الصحي لا زال يواجه الكثير من التحديات، بعضها يتعلق بحقل إدارة المعرفة في حد ذاته، وبعضها يتعلق بالطبيعة المعقدة لقطاع الرعاية الصحية، الذي يعتبر المجال الأكثر تفككا نظراً لتغير المعلومات وتعدد مصادرها. ولعل التحدي الأساسي يبقى الوعي بأهمية إدارة المعرفة وإمكاناتها في الرعاية الصحية، فأى مبادرة لإدارة المعرفة ينبغي أن تأخذ بعين الاعتبار كل من الأشخاص والتكنولوجيا، فهي لن تنجح إذا كان الأشخاص المعنيين غير مسلمين بأهميتها، وبالتالي إدارة المعرفة يجب أن تدمج في الثقافة التنظيمية، وحتى الموظفين الذين قد يكون لديهم دافع كبير لتبنيها قد يخسرون حافزهم إذا ما كانت الأدوات التي تدعم إدارة المعرفة غير ملائمة، أو غير كافية. كما يطرح تطبيق إدارة المعرفة في مجال الرعاية الصحية قضية الخصوصية وأمن المعلومات الصحية وسريتها وبالتالي لا بد من اتخاذ التدابير اللازمة لضمان السرية وإبقاء المعلومات الصحية آمنة.

وفي الأخير من الضروري تكريس المزيد من البحوث المستقبلية لإظهار فوائد تطبيق إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية، والقيمة المضافة التي ستمنحها للمنظمات الصحية، وتكريس بحوث أخرى للعلاقة التكاملية بين إدارة المعرفة والصحة الإلكترونية.

قائمة المراجع:

- 1- الزيادات، حمد عواد. (2008). اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة. عمان: دار صفاء للنشر.
- 2- الكبيسي، صلاح الدين. (2005). إدارة المعرفة. القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- 3- المدهون، محمد ابراهيم ، وعبد الجواد، ليس منصور. (2016). واقع تطبيق إدارة المعرفة بالخدمات الطبية العسكرية في فلسطين. مجلة كلية فلسطين التقنية، العدد3، 170-205.
- 4- المعاني، أيمن عودة. (2012). الإدارة العامة الحديثة. عمان: دار وائل للنشر.
- 5- النمر، سعود ، وآخرون. (2013). الإدارة العامة: الأسس والوظائف والاتجاهات الحديثة. جدة: مكتبة الشقري.
- 6- أنساع، رضوان. (2015). أثر رأس المال الفكري على تطبيق ادار الجودة الشاملة للمنظمات الصحية. مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، العدد1، 50-72.
- 7- طيطي، خضر مصباح اسماعيل. (2010). إدارة المعرفة التحديات التقنية والحلول. عمان: دار الحامد.
- 8- عباينة، رائد إسماعيل ، وحتاملة، ماجد أحمد. (2013). دور الثقافة التنظيمية في دعم إدارة المعرفة في المستشفيات الحكومية في الأردن. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، العدد4، المجلد9، 651-670.
- 9- عبد العال، سهى عبد الرؤوف محمد. (2014). أثر العبء الشخصي على وظيفتي توليد المعرفة والتشارك بها في الشركات الصناعية في الأردن. البلقاء للبحوث والدراسات، العدد1، المجلد17، 17-46.
- 10- علي، نبيل. (2009). العقل العربي ومجتمع المعرفة: مظاهر الأزمة واقتراحات الحلول. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

- 11- Acharuylu, G. V. (2011). Information Management in a Health Care System: Knowledge Management Perspective. *International Journal of Innovation, Management and Technology*,2(6) 534-537.
- 12- Almuayqil, S., Atkins, A. S., & Sharp, B. (2015). and and Knowledge Management Framework for E-Healthcare in Saudi Arabia. *E-TELEMED: The Seventh International Conference on e-Health, Telemedicine, and Social Medicine* (pp. 112-117). IARIA.
- 13- Arshad, A., Noordin, M. F., & Bint Othman, R. (2017). and and ,” A Synthesis on SWOT Analysis of Public Sector Healthcare Knowledge Management Information Systems in Pakistan. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*,18(8), 130-136.
- 14- Bolarinwa, O. A., & Salaudeen, A. G. (2012). Overview of knowledge management applications in health care delivery of developing countries. *Academic Reaserch International*,3(3), 38-45.
- 15- Bose, R. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications*,Vol24, 59-71.
- 16- Chen, E. T. (2013). An Observation of Healthcare Knowledge Management. *Communications of the IIMA*,Vol13, 95-106.
- 17- El Morr, c., & Subercaze, J. (2010). Knowledge Management in healthcare. IGI Global.
- 18- Guptill, J. (2005). Knowledge Management in Health Care. *Journal of Healthcare Finance*,31(3), 10-14.
- 19- Lamsa, T. (2008). knowledge creation and organizational learning communities of practice: an empirical analysis for a healthcare(Academic dissertation). Oulu, Department of Management and Entrepreneurship, Finland: Oulu University Press.
- 20- Lee, C., Goh, D., & Chua, A. (2010). An analysis of knowledge management mechanisms in healthcare portals. *Journal of Librarianship and Information Science*,42(1), 20-44.
- 21- Metaxiotis, K. (2008). Healthcare Knowledge Management. In Murray, Knowledge Management: concepts, methodologies, tools and applications (pp. 1871-1879). New Yourk: Information Science Reference.
- 22- Razzaque, A., & Karolak, M. (2011). Knowledge management and electronic health record facilitate clinical support to improve healthcare quality. *IPEDR*,Vol3, 238-242.
- 23- Sharma, S. K., Wickramasinghe, N., & Gupta, J. N. (2008). Knowledge management in healthcare. In M. E. Jennex, Knowledge Management: concepts, methodologies, tools and applications (pp. 1859-1870). New Yourk: Information Science Reference.
- 24- Uriarte, F. J. (2008). Introduction to Knowledge Management. Jakarta: The ASEAN Foundation.
- 25- Wahle, A. E., & Groothuis, W. A. (2008). How to Handle Knowledge Management in Healthcare: A Description of a Model to Deal with the Current and Ideal Situation. In M. E. Jennex, Knowledge management: concepts, methodologies, tools and applications (pp. 1880-1893). New Yourk: Information Science Reference.
- 26- WHO. (2006). Regional strategy for knowledge management to support public health. Regional office for the East Mediterranean.