

عمليات إدارة المعرفة كمدخل لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية

دراسة مطبقة على مراكز صحة الأسرة بمحافظة الإسكندرية

الدكتور

محمود محمد أحمد عبد الرحمن هلالى

مدرس التخطيط الاجتماعى

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

ملخص الدراسة باللغة العربية

استهدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين ممارسة عملية إدارة المعرفة كمدخل إدارى حديث وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز طب الأسرة، وتنتمى الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واستخدمت منهج المسح الاجتماعى بالعينة العشوائية البسيطة، واعتمدت على الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وتم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (166) مفردة من العاملين بمركز طب أسرة العمرأوى بمحافظة الاسكندرية. وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة تاقيرية بين إدارة المعرفة وجودة خدمات الرعاية الصحية وبذلك بمقدار (61%)، وإنتهت الدراسة إلى مجموعة من المؤشرات التخطيطية لممارسة عمليات إدارة المعرفة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمؤسسات القطاع الصحى.

الكلمات المفتاحية: (إدارة المعرفة)، (الرعاية الصحية)، (جودة الخدمات).

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

The study aimed to identify the relationship between the practice of knowledge management as a modern administrative approach and achieving the quality of health care services in family medicine centers. The study concluded that there is a significant correlation between knowledge management and the quality of health care services by (61%).

Keywords: (knowledge management), (health care), (quality of services).

أولاً: مشكلة الدراسة.

يحتل قطاع الرعاية الصحية مكانة مهمة بين قطاعات التنمية المتعددة بوصفه القطاع المسئول عن حماية المواطنين من الأمراض والوقاية منها؛ وبما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين جودة الحياة للإنسان (سفيان، 2008، ص.35).

وتعد الرعاية الصحية المدخل الرئيس لتحقيق التنمية الشاملة في أي مجتمع بإعتبارها الركيزة الأساسية للتنمية (محمد، 2019، ص.413)، كما أنها تشكل حلقة مهمة في النظام العام للخدمات كونها حق كفله الدستور المصرى (2014) بالنص على حق المواطن في الصحة والرعاية الصحية وفق معايير الجودة، وتخصيص نسبة للإنفاق الحكومى على الصحة لا تقل عن (3%)، من إجمالي الناتج القومى وتكون قابلة للتصاعد التدريجى بما يتوافق مع المعدلات العالمية (الفندرى؛ وخشبة، 2020، ص.335).

وفى ضوء ذلك قامت الدولة بوضع إستراتيجية متكاملة لتطوير قطاع الصحة فى مصر، تقوم على توفير رعاية صحية تتميز بجودة خدماتها المقدمة للمواطنين(سرحان وآخرون، 2016، ص.11).

ومع تزايد الضغوط غير المسبوقة على مؤسسات الرعاية الصحية خاصة فى ظل إنتشار أمراض العصر الحديث المزمنة والوبائية؛ وزيادة أعداد المرضى ومطالبة المواطنين بالإستجابة السريعة لإشباع حاجاتهم الصحية (الجزار؛ وعكرش، 2021، ص.1552)؛ لم يعد الحكم على مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين من خلال مدى وحجم إتاحتها لجميع المواطنين أو تكلفتها فقط (عبد الجواد، 2021، ص.313)، بل أصبح من الضرورى العمل على تحسين جودة تلك الخدمات، وإتاحة أفضل خدمة للمستفيدين ورفع المستوى الصحى لكافة شرائح المجتمع (Raymond, Karen, & Terry, 2015, p.71).

وبالرغم من تلك الجهود التى تبذلها الدولة من أجل تطوير الرعاية الصحية، والحرص على جودة خدمات الرعاية الصحية كميون رئيس فى تحقيق أهداف السياسات الصحية وتطوير النظم القائمة؛ إلا أن برامج تحسين جودة الخدمات الصحية القائمة تواجه العديد من التحديات فى ظل ما رسخ فيها من ممارسات إدارية متوارثة عبر الأجيال تحول دون تحقيق أهداف

الجودة، وهذا ما تؤكدته دراسة كل من (عبد القادر، 2015)، و(إدريس، 2016)، و(بشير، 2017)، و(صدقى؛ وحمودى، 2019)، و(محمد، 2019)، و(الجمال، 2019)، و(الجزار؛ وعكوش، 2012). بشأن ضعف مستويات الجودة فى خدمات الرعاية الصحية المقدمة من المؤسسات الطبية والتي كان فيها العامل المشترك هو الجانب الإدارى داخل تلك المؤسسات، وذلك فى ضوء مؤشرات جودة الخدمات التى تعتمد على الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف.

وتأسيساً على ذلك؛ وحتى تستطيع المؤسسات الطبية تحقيق جودة خدماتها لم يعد أمام تلك المؤسسات إلا الإعتماد على الأساليب الإدارية العلمية المتطورة وويأتى على رأس تلك الأساليب مدخل إدارة المعرفة أو كما يطلق عليها البعض "الإدارة بالمعرفة".

حيث تعد إدارة المعرفة من المداخل الإدارية الحديثة التى تلقى إهتماماً متزايداً من المتخصصين فى الإدارة المؤسسية وخاصة مع تزايد الإلتجاه نحو تطبيقها فى القطاعات الخدمية (الحباشنة، 2021، ص.410)، وذلك ما أكدته دراسة (Colnar, Dimovski 2020, p.22) حول أهمية ممارسة إدارة المعرفة فى المؤسسات الخدمية لما توفره من معلومات ومعارف يمكن عن طريقها دعم القائمين على الإدارة والعاملين وتحفيزهم بما ينعكس على جودة تلك المؤسسات، فضلاً عن تناولها مناطق الضعف والنقص الإدارى الموجودة بها والعمل على معالجته.

فنتطبيق إدارة المعرفة يعد عاملاً أساسياً فى نجاح المؤسسة نظراً لكونها منهجاً علمياً متكامل يهدف إلى تطوير الأداء وتحسين جودة الخدمات (الخليفة، 2020، ص.225)، من خلال العمل على حل المشكلات الإدارية، ودعم عمليات اتخاذ القرار الرشيد، وتحسين الإبداع بالاضافة إلى التأقلم مع المتغيرات المتسارعة (الرشيدى، 2020، ص.357)، وطالما أنه ليس كل المعلومات تمثل بالضرورة معرفة ذات قيمة؛ فإن الأمر يفرض على إدارة المؤسسات إنقراط المعرفة المفيدة وإستخدامها فى إداء المهام بما يستوجب أن تدرك كيف يتم توليد وتشارك وإستثمار المعرفة التنظيمية لديها لزيادة قدرتها وفعاليتها وجودة أدائها (الشنطى، 2020، ص.8).

وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات مثل دراسة (Hojabri, R,) (2014)، و(عبد الجواد، 2016)، و(الغانمي، 2016)، و(Ashok, M, et al,) (2016)، و(درياش، 2019)، و(خاطر وآخرون، 2020)، و(الشريف، 2021) إلى أن تبنى إدارة المعرفة في المؤسسات الطبية يساهم في تحسين جودة خدماتها عن طريق عمليات إنتاج المعرفة وتطويرها ونقلها وتطبيقها وتوظيفها في مجالات الممارسة الطبية، كذلك تقديم مستوى متميز من الأداء على المستوى الفردي والمؤسسي، بالإضافة إلى تقديم خدمات ذات خصائص تلبي حاجات المواطنين وتحقق لهم الرضا.

ومن ثم؛ تأتي الدراسة الراهنة لرصد وتحديد أثر ممارسة عمليات إدارة المعرفة في المؤسسات الطبية وهي مراكز طب الأسرة التي تعد أحد أنماط مؤسسات الرعاية الأولية التي تقدم خدماتها لقطاع عريض من المواطنين، وتبيان ما إذا كانت هذه المراكز تمارس عمليات إدارة المعرفة واثرت ذلك على جودة الخدمات التي تقدمها للمواطنين.

وفي ضوء ما سبق، تحدد موضوع الدراسة في تبيان العلاقة بين عمليات إدارة المعرفة بمراكز طب الأسرة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية.

ثانياً: الدراسات والبحوث السابقة.

(1) دراسات تتعلق بعمليات إدارة المعرفة.

- دراسة (Hojabri, R, et al, 2014): وإستهدفت التحقق من أنشطة إدارة المعرفة في قطاع الرعاية الصحية في إيران، وتوصلت إلى أن عمليات إدارة المعرفة لم تتطور؛ وأن هذا القصور في العمليات ينعكس دائماً على إكتساب المعرفة الداخلية والخارجية، مما يؤثر على ممارسة عمليات إدارة المعرفة.

- دراسة (Khatbancha, W, et al, 2015) : استهدفت التعرف على مشكلات إدارة المعرفة، وتوصلت إلى بعض المشكلات التي تتعلق بممارسة عمليات إدارة المعرفة، وأن هناك علاقة يمكن إستثمارها في استخدام إدارة المعرفة والنجاح في تطوير جودة الخدمة.

- دراسة (عبد الجواد، 2016): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الجودة الشاملة وإدارة المعرفة بالخدمات الطبية العسكرية بقطاع غزة،

وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وإدارة المعرفة ضعيف جداً، وأثبتت الدراسة وجود علاقة تأثيرية بين مكونات إدارة الجودة الشاملة وعمليات إدارة المعرفة.

- دراسة (الغانمي، 2016): استهدفت بيان دور عمليات إدارة المعرفة في تعزيز إستراتيجيات إدارة الموارد البشرية، وتوصلت الدراسة إلى أن عمليات إدارة المعرفة تعزز إدارة الموارد البشرية، واستقطاب الأفراد ذوي الخبرات واعتماد أسلوب المشاركة وتوفير بيئة عمل مناسبة للعاملين.

- دراسة (Ashok, M, et al, 2016): استهدفت الدراسة التعرف على أثر التعاون والإستثمار في إدارة المعرفة على الإبتكار في الخدمات، وقد حاولت الدراسة تحليل كيفية التعاون مع المستخدمين والإستثمار في ممارسات إدارة المعرفة لتحقيق أقصى قدر ممكن من مخرجات عملية الإبتكار في صناعة الخدمات التجارية ذات المعرفة الكثيفة، وتوصلت الدراسة إلى أن التعاون والإستثمار في إدارة المعرفة يثرى عملية الإبتكار في الخدمات.

- دراسة (الأثرى، وآخرون، 2017): سعت إلى البحث في أهمية إدارة المعرفة، وفحص الواقع الراهن لإدارة المعرفة في دولة الكويت، وأشارت النتائج إلى أن المعرفة تساعد المؤسسات بشكل رئيس للبقاء في عالم المنافسة من خلال تزويد المؤسسات بالوسائل الضرورية لنتحكم بمواردها القيمة وتنظم استخداماتها بصورة فاعلة، وإعادة إنتاج مصادرها، وتشير الدراسة إلى ضرورة ممارسة الإدارات العليا للأساليب الإدارية الحديثة لتحقيق النجاح.

- دراسة (درياش، 2019): استهدفت تحليل واقع ممارسة إدارة المعرفة في القطاع العام من خلال تحليل آراء المدراء التنفيذيين حول إدارة المعرفة من خلال تجربتهم ذات العلاقة في التخطيط العملي، وتوصلت الدراسة إلى أن إدارة المعرفة كقيمة مضافة تساهم في إنجاز الأعمال فضلاً عن ضرورة إعتبار إدارة المعرفة في القطاع العام جزء من الروتين الإداري وليس مفهوماً نظرياً. وتوصلت الدراسة إلى ضرورة التوصل إلى خطة لتطبيق إدارة المعرفة كخدمة عامة على النحو الأمثل وبالتالي تقديم جودة مرتفعة.

- **دراسة (الخليفة، 2020):** استهدفت الكشف عن واقع تطبيق إدارة المعرفة وكيفية استثمارها من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية، وتوصلت الدراسة إلى أن ممارسة إدارة المعرفة في الجامعة جاءت بدرجة متوسطة.
- **دراسة (خاطر، والمنهاوى، والقللى، 2020):** استهدفت تحديد مدى إدراك مسئولى الإدارة فى المؤسسات الخاصة والحكومية لمفهوم إدارة المعرفة وأهمية تطبيقه، وتحديد مستوى توافر متطلبات إدارة المعرفة، وتوصلت الدراسة إلى أن مفهوم إدارة المعرفة لا يزال فى المهد فى الكثير من المؤسسات، بالإضافة إلى أن البناءات التنظيمية التقليدية لا تتناسب مع تطبيق عمليات إدارة المعرفة، وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بإدارة المعرفة ودعم الإبداع، والإبتكار والإحتفاظ بالموارد البشرية التى تتمتع بقدرات معرفية وإبداعية متميزة وضرورة تطوير البنية التحتية الداعمة لتنمية إدارة المعرفة وإفراح المجال أمام الأفراد لإبداء آرائهم وإقتراحاتهم حول تطوير وتحسين إجراءات العمل مما يخلق بيئة إبداعية ومبتكرة ويدعم صناعة إدارة المعرفة.
- **دراسة (رضوان، والدهشان، 2020):** استهدفت التعرف على دور إدارة المعرفة فى تحقيق الميزة التنافسية للتعليم الثانوى العام بمصر، وتوصلت إلى ضرورة استخدام المدارس لنظم المعلومات والاتصالات الحديثة، وكذلك وضع وزارة التربية والتعليم آليات لتنفيذ إدارة المعرفة داخل المدارس الثانوية، وتوفير الموارد المادية والمعنوية للتغلب على مشكلات إدارة المعرفة.
- **دراسة (منتصر، 2021):** استهدفت التعرف على دور إدارة المعرفة فى تطوير أداء أعضاء هيئة التدريس فى خدمة المجتمع بالجامعات المصرية، وتوصلت الدراسة إلى إنشاء مركز لإدارة المعرفة يختص بإدارة شئون عملية التدريس، والبحث العلمى وخدمة المجتمع، وذلك من خلال إستخدام تكنولوجيا المعلومات، ونظم التعلم القائمة على المعرفة وتقديم دورات تدريبية فى إدارة المعرفة للتعرف على كيفية إنتاج المعرفة ونقلها داخل الجامعة مع توفير البنية الأساسية لتطبيقها والمتمثلة فى الإمكانيات المادية والتكنولوجية.

- دراسة (الشريف، 2021): استهدفت التعرف على واقع تطبيق عمليات إدارة المعرفة فى مؤسسات الخدمات الاجتماعية ودورها فى التخطيط لإدارتها. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فعالية فى استخدام مؤسسات الخدمات الاجتماعية لعمليات إدارة المعرفة، وأن هناك بعض المعوقات التى تواجه تطبيق إدارة المعرفة فى مؤسسات الخدمات الاجتماعية مثل عدم إعلاء قيمة إدارة المعرفة وأهميتها وعدم وجود تشجيع على الإبداع والإبتكار فى العمل ومن أهم التوصيات تبنى تنفيذ برامج وأنشطة تدريبية خاصة بإدارة المعرفة.

(2) دراسات تتعلق بجودة خدمات الرعاية الصحية.

- دراسة (عبد القادر، 2015): استهدفت قياس جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات الحكومية فى السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك إدراكاً تاماً لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها فى المستشفيات الحكومية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية لمستويات جودة الخدمات الصحية فى المستشفيات الحكومية طبقاً للمتغيرات الديموجرافية المتمثلة فى النوع والعمر والتعليم والدخل ومكان السكن.

- دراسة (إدريس، 2016): استهدفت التعرف على دور جودة الخدمات الصحية فى تطوير العملية الصحية بالمستشفيات فى السودان، وأشارت نتائجها إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية فى المستشفى مقبول، وإخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات لهم كان مستواه ضعيف، وأن التفاعل بين الطاقم الطبى والعاملين مع المرضى دون المستوى المطلوب، وأيضاً معرفة العاملين لإحتياجات المرضى كانت دون المستوى.

- دراسة (بشير، 2017): هدفت إلى معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة فى المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية من وجهة نظر الموظفين، وأثرها على مستوى جودة الخدمة الصحية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود وعى لدى أفراد العينة نحو أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى المستشفى، وأن مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة غير مقبول من جانب النظافة، ونقص الأجهزة والمعدات الحديثة، والتباطؤ والتأخير فى تقديم الخدمة، بالإضافة إلى وجود تأثير لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة.

- **دراسة (صدقى، وحمودى، 2018):** هدفت إلى قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية بمؤشراتها (الاستجابة، والاعتمادية، والتعاطف، والأمان، والملموسية، والاستمرارية) فى مستشفيات حلب، وتوصلت الدراسة إلى وجود إختلافات جوهرية دالة احصائياً بين مقدمى الخدمة فى المستشفيات من حيث إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية ترجع للمتغيرات الديموجرافية، وطبيعة العمل، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات معنوية بين مستشفيات حلب من حيث إدراكهم لأبعاد الخدمة الصحية (الاستجابة، والاعتمادية، والأمان).
- **دراسة (النسور، 2019):** هدفت إلى التعرف على مدى الجاهزية للتغيير التنظيمى وأثره على جودة الخدمات الصحية من خلال تطوير الهيكل التنظيمى. وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك تأثير ذوى دلالة احصائية بين تطوير الهيكل التنظيمى وجودة الخدمات المقدمة بشكل مباشر، كما توصلت الدراسة الى وجود تأثير ذو دلالة احصائية بين الجاهزية للتغيير التنظيمى وجودة الخدمات المقدمة من خلال تطوير الهيكل التنظيمى.
- **دراسة (حسن، وحامد، 2019):** هدفت إلى تحديد أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات الخاصة، وأوصت بضرورة مراعاة إدارات هذه المستشفيات تطبيق مهارات التعامل مع المرضى.
- **دراسة (العتيبي، 2019):** هدفت إلى تقييم جودة الخدمات الصحية التى تقدمها شركات التأمين إلى المستفيدين. وتوصلت الدراسة إلى إنخفاض مستوى جودة خدمة التأمين الصحى التى تقدمها شركات التأمين من وجهة نظر عملائها.
- **دراسة (محمد، 2019):** استهدفت تحديد العلاقة بين استخدام الرقابة وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات الحكومية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين الرقابة وتحسين جودة الخدمات فيما يتعلق بالاستجابة الفورية لإحتياجات المرضى والإلتزام بالمواعيد المحددة لتقديم الخدمة، وكذلك الإلتزام بتطبيق آليات الرقابة والإهتمام المستمر بنظافة المستشفى ودقة التحاليل وكذلك ظهور العاملين بمظهر لائق وسرعة تقديم الخدمات الصحية.

- دراسة (الجمال، 2019): هدفت إلى قياس جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية ومستوى رضا العملاء عنها، وتوصلت الدراسة إلى أن إدارة المستشفيات بحاجة إلى الاهتمام بالإستجابة والضمان والأمان والإعتمادية وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بجودة الخدمات، وتحليل شكاوى العملاء بشكل دورى والأخذ بها على محمل الجد.
- دراسة (الجزار، وعكرش، 2021): هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية والخاصة من وجهة نظر المستفيدين، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق معنوية بين المستشفيات الحكومية والخاصة فيما يتعلق بدرجة جودة الخدمات الصحية وهي الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، الأمان، التعاطف، الفندقية، والأمن، وكفاءة وكفاية الخدمة، وذلك لصالح المستشفيات الخاصة، كما أكدت الدراسة على وجود العديد من المشكلات التي تؤثر على جودة الخدمات وهي المشكلات الخاصة بالعاملين يليها المشكلات الخاصة بالأجهزة والمعدات بالمستشفى.
- دراسة (رضوان، 2021): هدفت إلى قياس مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية، وتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير معنوى إيجابى لجميع مهارات التعامل مع المرضى عدا الاتصال غير اللفظى على جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات محل الدراسة، كما أوضحت كذلك النتائج أن جميع ابعاد التعامل مع المرضى عدا الاتصال اللفظى لها تأثيراً إيجابياً على بعدى الإعتمادية والتعاطف من أبعاد الجودة الصحية.

تحليل الدراسات السابقة.

1/ الدراسات الخاصة بإدارة المعرفة.

- حداثة الدراسات التى تناولت إدارة المعرفة، نظراً لحداثة استخدام المفهوم فى الفكر الإدارى الحديث.
- تنوع المتغيرات التى تناولتها الدراسات السابقة فى علاقتها بإدارة المعرفة مثل: (تطوير البناء التنظيمى، وبالجودة الشاملة، وإدارة الموارد البشرية، والإبتكار فى الخدمات، وجودة الخدمات، والميزة التنافسية، والقيمة المضافة، وتطوير المناهج التعليمية).

- أشارت الدراسات السابقة أن إدارة المعرفة كمدخل إدارى حديث تم دراسته فى المؤسسات الخاصة أكثر منه فى المؤسسات الحكومية.
- هناك تنوع فى المجال المكانى للدراسات السابقة حيث يوجد دراسات طبقت على البنوك وأخرى الشركات الخاصة وشركات الاتصالات والجامعات والمدارس.
- أوضحت غالبية الدراسات السابقة ضعف ممارسة عمليات إدارة المعرفة وأوصت بضرورة نشر الثقافة التنظيمية الخاصة بممارسة عمليات إدارة المعرفة لما لها من تأثير إيجابى على فاعلية وكفاءة تلك المؤسسات.

2/ الدراسات الخاصة بجودة خدمات الرعاية الصحية.

- أكدت جميع الدراسات على أهمية جودة الخدمات فى القطاع الصحى سواء فى المؤسسات الخاصة أو الحكومية خاصة مع ضعف مستوى جودة تلك الخدمات.
- توصلت العديد من الدراسات إلى أن هناك تحديات عديدة تواجه عملية تطبيق الجودة بالمؤسسات الصحية وخاصة الحكومية عنها فى المؤسسات الخاصة، والتي منها ما هو متعلق بالجوانب الإدارية، والقدرات البشرية والجوانب الفنية والمادية وأيضاً بمتلقى الخدمة.
- تتوعت المتغيرات البحثية التى تناولتها الدراسات فى علاقتها بجودة الخدمات فمنها من تناول العلاقة بين الجودة ومهارات الاتصال، وأخرى بين الجودة والبناء التنظيمى، والثقافة التنظيمية، ومبادئ الجودة الشاملة، والعملية الصحية، والرقابة ومستوى رضا العملاء.
- لوحظ أنه تم تطبيق الدراسات السابقة على مستشفيات حكومية وخاصة، وأخرى جمعت بين الاثنين، وكذلك هيئات التأمين الصحى ومؤسسات التأمين الخاصة.

3/ أوجه الإتفاق والإختلاف والإستفادة.

- **أوجه الاتفاق:** اتفقت الدراسة الراهنة مع الدراسات السابقة على أهمية متغيرات الدراسة سواء إدارة المعرفة أو جودة الخدمات الصحية، وأهمية دراستها لأثرها الإيجابى على أداء المؤسسات التى تمارس عمليات إدارة المعرفة ودورها فى تحقيق جودة الخدمات.

• **أوجه الإختلاف:** تختلف الدراسة الراهنة عن الدراسات السابقة من حيث مجتمع وعينة الدراسة حيث لم تتطرق أى من الدراسات السابقة- فى حدود علم الباحث- الى دراسة مراكز طب الأسرة كأحدى مؤسسات الرعاية الأولية، كذلك تناولت الدراسة الراهنة عمليات إدارة المعرفة (توليد- تخزين- تبادل- تطبيق المعرفة) فى علاقتها بمؤشرات جودة الخدمات (الملموسية- الاعتمادية- الاستجابة- الضمان- التعاطف).

• **أوجه الاستفادة:** استفادة الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة فى تحديد متغيرات الدراسة، وصياغة المفاهيم الاجرائية، وكذلك فى بناء أدوات الدراسة، واستخدام الأساليب الاحصائية، فضلاً عن توظيف نتائج تلك الدراسات فى تحليل نتائج الدراسة الراهنة.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

1- تستمد الدراسة الراهنة أهميتها من خلال تناولها لموضوع إدارة المعرفة الذى يعد من المفاهيم المعاصرة فى الفكر الإدارى؛ التى تمكن المنظمات العامة والخاصة من الوصول إلى التميز فى تحقيق أهدافها فى بيئة تنظيمية تتسم بالتطوير وتحسين جودة الأداء والخدمات من خلال ما توفره إدارة المعرفة من تشجيع للإبداع والإبتكار.

2- أهمية دراسة الجودة فى المؤسسات الخدمية وخاصة الخدمات الصحية فى تحقيق رضا العملاء وهو الهدف الأسمى الذى تسعى إليه المؤسسات الصحية كافة فى ظل أهمية دورها فى تحقيق الرعاية الصحية للمواطنين.

3- تتجلى أهمية الدراسة أيضاً فى طبيعة العلاقة بين متغيراتها وهى إسهام عمليات إدارة المعرفة فى تحسين جودة الخدمات المقدمة بمراكز صحة الأسرة التى تعد منظمة قائمة على المعرفة فى ممارسة أدوارها الفنية والإدارية والطبية، وهذا يحتم اعتماد التطوير والتحديث منهجاً أساسياً فى إدارة عملياتها وربطها بتحسين جودة الخدمات.

رابعاً: أهداف الدراسة.

أ- الهدف الرئيس للدراسة.

" التعرف على العلاقة التأثيرية بين عمليات إدارة المعرفة وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة من مراكز صحة الأسرة".

ب- الأهداف الفرعية.

- 1- تحديد مستوى ممارسة عمليات إدارة المعرفة بمراكز صحة الأسرة.
- 2- تحديد مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة.
- 3- التعرف على معوقات ممارسة إدارة المعرفة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة.
- 4- تحديد ما إذا كان هناك فروق احصائية بين استجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة (إدارة المعرفة، وجودة الخدمات) تعزى إلى (الجنس، السن، المؤهل الدراسي، الوظيفة، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية).
- 5- التوصل إلى آليات تخطيطية لتطبيق عمليات إدارة المعرفة فى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية.

❖ متغيرات الدراسة ومصادرها.

- تم تحديد متغيرات الدراسة وقد روعى قابليتها للقياس الكمي والكيفي، وهى على النحو التالي:
- أ- المتغيرات الديموجرافية: وهى (الجنس، السن، المؤهل الدراسي، الوظيفة، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية).
 - ب- المتغير المستقل: عمليات إدارة المعرفة ومؤشراته (توليد المعرفة- تخزين المعرفة - نقل المعرفة - تطبيق العرفة)
 - ج- المتغير التابع: جودة خدمات الرعاية الصحية ومؤشراته (الملموسية - الاعتمادية- الاستجابة- الامان- التعاطف).
 - د- مصادر المتغيرات: اعتمد الباحث فى تحديد متغيرات الدراسة على تحليل ما تناولته الدراسات السابقة حول إدارة المعرفة، وجودة الخدمات، كما اعتمد على الإطار المفاهيمي والنظري ونماذج إدارة المعرفة، ونماذج جودة الخدمات فى تحديد مؤشرات المتغير التابع والمستقل.

خامسا: فروض الدراسة.

- أ- الفرض الرئيس للدراسة.

" لا توجد علاقة تأثيرية دالة احصائياً بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة"

ب- الفروض الفرعية

- 1- من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق عمليات إدارة المعرفة بمراكز صحة الأسرة مرتفع.
- 2- من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة مرتفع.
- 3- من المتوقع أن يكون مستوى معوقات ممارسة إدارة المعرفة في تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة منخفضاً.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة (إدارة المعرفة، وجودة الخدمات) تعزى إلى (الجنس، السن، المؤهل الدراسي، الوظيفة، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية).

سادساً: مفاهيم الدراسة.

(1) مفهوم المعرفة Knowledge.

يشير مفهوم المعرفة إلى " كل شئٍ ضمنى أو ظاهري يستحضره العاملون لأداء أعمالهم بإتقان، أو لإتخاذ قرارات صائبة، والوصول إلى الأهداف التي يريدونها" (القهيوى، 2013، ص.17).

كذلك تعرف بأنها "مجموعة من المعانى والمفاهيم والمعتقدات والتصورات الفكرية التى تتكون لدى الإنسان نتيجة محاولاته المتكررة لفهم الظواهر والأشياء المحيطة به" (محمود، 2015، ص.16).

التعريف الإجرائى " للمعرفة" فى الدراسة الراهنة "يقصد بالمعرفة تلك الخبرات والمهارات والقدرات والمعلومات المتراكمة لدى الإداريين والأطباء والعاملين بمراكز صحة الأسرة لمساعدتهم على فهم أدوارهم وممارستها بكفاءة فى العمليات الإدارية لتطوير الخدمات".

(2) مفهوم إدارة المعرفة Knowledge Management.

تعرف إدارة المعرفة بأنها " التجمع المنظم للمعلومات من مصادر داخل المنظمة وخارجها وتحليلها وتفسيرها واستنتاج مؤشرات ودلالات تستخدم

في توجيه وإثراء العمليات الإدارية في المنظمات وتحقيق الأداء والارتفاع إلى مستويات أعلى في الإنجاز" (السلمي، 2002، ص.208).

كما تعرف بأنها "عملية توليد المعرفة واكتسابها وإستخدامها والمشاركة فيها بفاعلية لتعزيز تعلم المنظمة وتحسين أدائها وذلك لتحقيق أهدافها بكفاءة وفاعلية" (James & Dino, 2008, p.9)

إدارة المعرفة هي "عملية إنتاج ونشر المعرفة لدى العاملين بالمنظمة وتوظيفها في تحسين الأداء والسلع والخدمات التي تنتجها أو تقدمها المنظمة" (أبو النصر، 2012، ص.72).

التعريف الإجرائي " لإدارة المعرفة" في الدراسة الراهنة " تلك العمليات المنهجية المنظمة التي تستهدف اكتساب المعرفة وتخزينها وتوزيعها وتطبيقها داخل الوحدات الطبية بما يحقق أهدافها وجودة خدماتها وكسب رضا المستفيدين".

أهمية إدارة المعرفة.

- تعمل إدارة المعرفة على تحسين مستمر في العمليات، المنتجات، الخدمات.
- تسهيل حصول الموارد البشرية العاملة بالمنظمة على المعرفة المتوفرة من أقسام وفروع أخرى من داخل المنظمة وخارجها.
- تطوير المعرفة من خلال التفاعل بين أنواع المعرفة لتوليد المعرفة التنظيمية، حيث يتم تزاوج المعرفة التنظيمية مع المعرفة الكامنة لكل فرد من أجل تكوين معرفة مشتركة تتميز بالابتكار والحوافز.
- قياس قيمة أصول المعرفة وتأثيرها على إدارة المعرفة وكيفية الاستفادة منها (Rastogi, P.N, 2000, p.41).

(3) مفهوم عمليات إدارة المعرفة Knowledge Management Process

تستند إدارة المعرفة في ممارستها إلى مجموعة من العمليات المتصلة مع بعضها البعض، وتؤدي كل واحدة منها إلى الأخرى وتدعم العملية التي تليها.

أ- عملية اكتساب وتوليد المعرفة.

هي الحصول على المعرفة واقتناؤها من مصادرها المتعددة بدءاً من أعضاء المنظمة ومروراً بكل المستويات التنظيمية؛ وتجميعها وتحليلها والتأكد

من صحتها، كذلك القدرة على الإبداع وتطوير الأفكار والحلول كقيم مضافة والمزج بين المعرفة الصريحة والمعرفة الضمنية لتكوين معرفة ذات قيمة للمنظمة (بدير، 2013، ص.66).

ويمكن الحصول على المعرفة من مصادرها المختلفة الداخلية والخارجية كالخبراء والمتخصصون والمنافسون والعملاء وقواعد البيانات وأرشيف المنظمة، وذلك باستخدام وسائل المقارنة المرجعية، وحضور المؤتمرات واستخدام الدوريات والبريد الإلكتروني والتعلم الفردي (المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2008، ص.20).

ب- عملية تخزين واسترجاع المعرفة.

هي المحافظة على البيانات وإدخالها، ويتم تخزين المعرفة في أشكال مختلفة بما فيها الوثائق المكتوبة والمعلومات المخزنة في قواعد البيانات الإلكترونية، والمعرفة الإنسانية المخزنة في النظم الخبيرة والمعرفة الموجودة في الإجراءات، والعمليات التنظيمية الموثقة، والمعرفة الضمنية المكتسبة من الأفراد وشبكات العمل (أبو عزام، 2021، ص.35).

كذلك تتضمن عملية تخزين واسترجاع المعرفة جعلها قابلة للإستخدام في الوقت المناسب وبواسطة الشخص المناسب، وجعلها قابلة لإعادة الإستخدام عند الحاجة إليها ليس فقط بواسطة مالكيها ولكن أيضاً بواسطة الآخرين، أي بصورة مستمرة في قاعدة المعرفة التنظيمية ومستودعات المعرفة (مسلم، 2009، ص 8).

ج- عملية توزيع وتبادل المعرفة.

هي نشر المعرفة بين العاملين وكافة الأقسام في المنظمة بالشكل الذي يسهم في نجاح المؤسسة وجودتها وتحقيق التنافسية، أي أنها العملية التي توفر من خلالها المنظمة المعرفة الموجودة بها وذلك من خلال تسهيل عملية نقلها ونشرها وتبادلها بين العاملين باستخدام أساليب وتقنيات مناسبة (منتصر، 2012، ص.163).

وتتم عملية تبادل المعرفة بين الأفراد وكذلك عبر المجموعات أو الإدارات أو المنظمات، وتتطلب أن يقوم العاملون بالاتصال ببعضهم البعض، وتبادل ما لديهم من معارف وخبرات ومهارات لحل المشكلات، فالمعرفة تكتسب قيمتها تأثيرها عندما يتم تقاسمها وإستعمالها، وقد أصبح توزيع المعرفة

أمرأ أكثر سهولة باستخدام التقنيات المتطورة كالانترنت وشبكات الاتصال المتطورة. (Fernandez&Sabherwal, 2014, p.60)

د - عملية تطبيق المعرفة.

تعد عملية تطبيق المعرفة هي الهدف والغاية من إدارة المعرفة بالمنظمات، وتعتبر الإدارة الناجحة للمعرفة بمثابة إستثمار لكافة المعرفة المتوافرة من أجل تحقيق أهداف المنظمة (Burk,1999, p.26).

وتشير عملية تطبيق المعرفة إلى الإستخدام الفعلي للمعارف التي تم الحصول عليها، أو المعرفة المبتكرة وإدراجها في دورة إدارة المعرفة، وإتاحتها لجميع الموارد البشرية العاملة بالمنظمة، من أجل صناعة القرار في الواقع وتنفيذه وتطبيق الإجراءات بصورة عملية مثل حل المشكلات وتحقيق أهداف المنظمة بصورة أكثر فاعلية وكفاءة، والمنظمات التي تسعى إلى التطبيق الجيد للمعرفة، يجب عليها تعيين مدير للمعرفة Knowledge Manager، وهو في ضوء موقعه في المنظمة يقع عليه مسئولية التطبيق الجيد للمعرفة، وأن يعمل على تنفيذ عملية مشاركة المعرفة وتوجيه سبل تطبيقها، فالمهم هو تحويل المعرفة إلى التنفيذ (Dalkir,2011, p.147).

(4) مفهوم جودة خدمات الرعاية الصحية.

لقد إنتقل مفهوم الجودة من مجال الحرص على جودة المنتجات إلى مجال الحرص على جودة الخدمات، كما إنتقل إلى تغيير مفاهيم الإدارة التقليدية لتشجيع إستقلالية العاملين بتقليل الحواجز الرسمية وتكوين فرق العمل المدارة ذاتياً، والتمكين في إتخاذ القرار حتى أقل مستوى وظيفي، فالجودة اليوم لم تعد تُحدد من خلال المواصفات الفنية فقط ولكن من خلال العملاء والعاملين بالمنظمة (السروجي؛ وأبو النصر، 2006، ص.1445)

وتعرف خدمات الرعاية الصحية بأنها " الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف رفع المستوى الصحي وتتضمن هذه الجهود توفير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية من خلال نشر الوعي الصحي عن خطورة الأمراض المختلفة بين المواطنين وتوفير الخدمات الصحية والعلاج الطبي بسعر مناسب لهم (فهيمى، 2016، ص 38).

أما جودة خدمات الرعاية الصحية فتعرف بأنها " تقديم الخدمة الصحية التي تتجاوز توقعات المريض وتحقق أعلى النتائج السريرية المحتملة مع الموارد المتاحة"، وهي أيضاً "تقديم الخدمة الصحية التي تطابق توقعات المرضى أو تتجاوزها من خلال استخدام المعرفة والموارد المتاحة" (الموسوى، 2016، ص41).

كما تعرف جودة الخدمة الصحية بأنها "تقديم الخدمات الصحية المناسبة في الوقت المناسب والسعر المناسب من خلال مقدم الخدمة المناسب للمريض للحصول على النتائج المطلوبة". (داود، 2012، ص 43).

ويمكن تعريف جودة الخدمات الصحية إجرائياً بأنها " مدى ملائمة الخدمات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مراكز طب الأسرة للحاجات الفعلية للمرضى والتي تطابق توقعاتهم أو تفوقها في ضوء أبعاد جودة الخدمات وهي الملموسية والاعتمادية والاستجابة والامان والتعاطف".

(5) أبعاد جودة الخدمات الصحية.

قدم "باراشرمان Parasuraman" نموذج لقياس جودة الخدمات الصحية من خلال خمسة أبعاد أساسية، ولقد تناولها (عبد المحسن، 2004؛ والبكرى، 2005؛ والنسور، 2008؛ والطويل، 2010) على النحو التالي:

أ- **الملموسية Tangibles**: وتشمل التسهيلات والمعدات المادية، والقوى البشرية، والمظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، وجاذبية المباني وتنظيمها، وحدثة الأجهزة والمستلزمات الطبية، وأدوات التشخيص والعلاج، وأماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

ب- **الاعتمادية Reliability**: وهي درجة ثقة المستفيد من الخدمة في المؤسسة الصحية وفريق العمل الطبي، ومدى إيمانه عليها في الحصول على الخدمات الطبية، وتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة، وسهولة وسرعة إجراءات تقديم الخدمات بما يحقق مصداقية الخدمة، وحل مشكلات المستفيد من الخدمة، أداء الخدمة بدون أخطاء.

ج- **الاستجابة Responsiveness**: وهي قدرة العاملين على الاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى في جميع الأوقات، وعدم التمييز بين

المرضى، ومدى تعاون العاملين مع المرضى، والرد على الاستفسارات والشكاوى وإخبار المريض عن ميعاد تقديم الخدمة والإنتهاء منها.

د- **الضمان أو (الأمان والثقة) Assurance**: وهى الأمان المحيط بمكان الخدمة، والشعور بالحصول على خدمة جيدة واحترام خصوصيات المستفيدين من الخدمة، و توافر المعرفة والمهارة المتخصصة للكوادر الطبية، وحسن خلق العاملين.

هـ- **التعاطف أو (الجوانب الوجدانية) Empathy**: ويشير إلى إحترام الجوانب النفسية للمستفيدين، وتوافر الثقة، والاحترام، واللباقة واللفظ والكياسة، والسرية والتفهم والتواصل بين مقدمى الخدمة الصحية والمستفيدين، والإصغاء للمريض وتلبية إحتياجاته بروح من الود واللفظ.

سابعاً: الموجهات النظرية للدراسة.
النظرية المعرفة.

تنطلق الموجهات النظرية للدراسة الراهنة من خلال معطيات النظرية المعرفية التى تركز إلى مجموعة من المفاهيم تتعلق بطريقة تنمية قدرة الفرد الفكرية والعقلية فى عمليتى الإستقبال والمعالجة (السكرى، 2000، ص.95)، وترتكز هذه النظرية على العديد من الافتراضات من بينها: أن السلوك الإنسانى فى معظم جوانبه سلوك مكتسب عدا بعض الإنعكاسات الغريزية، وكذلك التى تنشأ من التأثيرات الخارجية، وكذلك قابلية الإنسان لتعلم سلوكيات وخبرات جديدة لتحسين أدائه فى المجتمع، وأيضاً إمكانية تعديل السلوكيات والأفكار الحالية إذا كانت لا تحقق الأهداف المطلوبة (Payne, 1997, p.114).

ولقد تزايد الاهتمام باستراتيجيات التفكير المعرفى كمحور مهم واستراتيجى فى عملية التعلم والتعليم وأهميته فى دراسة الموارد البشرية وكيف يتعلمون، وتسهيل استرجاع المعلومات وإثارة الدافعية ذاتياً (Higgins, B.A, 2000)، بالإضافة إلى تعزيز قدرة المتعلمين فى حل المشكلات من خلال قدرتهم على معالجة أنظمتهم المعرفية بصورة متواصلة ومستمرة للوصول إلى القرار الذى يعد حلاً للمشكلة (Anderson, M., & Perils, D.R, 2005, p.2040)

ويمكن الاستفادة من تلك المعطيات النظرية في كون مراكز صحة الأسرة مؤسسة تعتمد في إدارتها وعملياتها على المعرفة والتي يمكن من خلال استخدام عمليات إدارة المعرفة المتمثلة في (توليد وتخزين واسترجاع وتطبيق المعرفة) يعمل على زيادة قدرة المنظمة على التكيف من خلال تطوير منتجاتها وتقنياتها باتجاهات مستحدثة لتنمية الإبداع والتعلم والاستثمار المتعاضم في الموارد البشرية تعليماً وتدريباً.

حيث تؤكد النظرية المعرفية على قابلية الإنسان للتعلم وتنمية قدراته وزيادة خبرات لتحسين أدائه، وأيضاً إمكانية تعديل السلوكيات والأفكار الحالية إذا كانت لا تحقق الأهداف المطلوبة

فإدارة المعرفة يُمكن أن تُسهم في تنمية الموارد البشرية والمادية بالمنظمة عبر دعم أداء الموارد البشرية كرأس مال فكري للمنظمة من خلال إكتساب المعرفة وتوظيفها في ضوء إمكانية التعلم وإكتساب الخبرات الجديدة وأيضاً تعديل الأفكار والسلوكيات والارتقاء بمستويات الأداء بما ينعكس على تحسين جودة الخدمات المقدمة.

ثامناً: الاجراءات المنهجية للدراسة.

(1) نوع الدراسة.

تتنمى الدراسة الراهنة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية والتي تعتمد على الوصف والتحليل الكمي والكيفي لمتغيرات الدراسة، حيث تستهدف الدراسة الراهنة وصف واقع ممارسة عمليات إدارة المعرفة وعلاقتها التأثيرية في تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة.

(2) منهج الدراسة.

اعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعي بأسلوب العينة العشوائية البسيطة من العاملين بوحدة طب أسرة العمراوى بحى المنترزة محافظة الاسكندرية وقد بلغت (166) مفردة.

(3) أداة الدراسة.

اعتمدت الدراسة على "استمارة استبيان" من إعداد الباحث حول إدارة المعرفة وجودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة. وقد تم اعداد الاستبيان من خلال الخطوات التالية:

- أ- **مرحلة جمع وصياغة العبارات:** تم جمع عدد من العبارات المرتبطة بموضوع الدراسة ومتغيراتها، حيث إعتد الباحث على مصادر عدة وهى: الإطلاع على التراث النظرى والدراسات السابقة، كذلك المقاييس العلمية والأدوات التى تناولت متغيرات الدراسة (إدارة المعرفة)، و(جودة خدمات الرعاية الصحية)، وقد خُص الباحث إلى:
- **البعد الأول:** إدارة المعرفة وتضمن: (4) مؤشرات هى: (توليد المعرفة، وتخزين المعرفة، توزيع المعرفة، تطبيق المعرفة).
 - **البعد الثانى:** جودة خدمات الرعاية الصحية وتضمن: (5) مؤشرات هى: (الملموسية، والاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)
 - **البعد الثالث:** معوقات ممارسة إدارة المعرفة فى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية.

ب- ثبات الأداة.

تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية للإستمارة وذلك من خلال تطبيقها ثم إعادة تطبيقها بفواصل زمنى (15) يوم، وعلى عينة قوامها (15) مفردة، وبحساب معامل ثبات (ألفا كرونباخ) للدرجات النهائية للأداة ككل بلغت (0.88) مما يؤكد على ثبات الأداة والإعتماد على نتائجها.

جدول رقم (1) يوضح معامل الثبات للإستمارة بإستخدام معامل ألفا كرونباخ

معامل ألفا	مؤشرات جودة الخدمات	معامل ألفا	عمليات إدارة المعرفة
0.84	الملموسية	0.84	توليد المعرفة
0.86	الاعتمادية	0.90	تخزين المعرفة
0.88	الاستجابة	0.91	نقل المعرفة
0.87	الأمان	0.87	تطبيق المعرفة
0.77	التعاطف	0.91	معوقات إدارة المعرفة
0.88		الدرجة الكلية للإستمارة	

ج- صدق الأداة.

- **الصدق الظاهري:** عُرضت الأداة على (10) من أعضاء هيئة التدريس تخصص خدمة اجتماعية، وذلك لفحص الأداة وإبداء الرأي حول مناسبة المؤشرات والعبارات لموضوع الدراسة، والتأكد من صحة وصياغة العبارات وقد تم الإبقاء على العبارات التي قرر (80%) منهم صلاحيتها.
- **الصدق الذاتي:** تم حساب الصدق الذاتي للداة من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وقد بلغت قيمة معامل الصدق الذاتي للاستمارة ككل (0.92) وذلك يشير إلى أن الأداة تحقق مستوى مرتفع من الصدق وبالتالي يمكن الاعتماد عليها في التطبيق.

جدول رقم (2) يوضح الصدق الذاتي لأبعاد الاستمارة

الصدق الذاتي	مؤشرات جودة الخدمات	الصدق الذاتي	عمليات إدارة المعرفة
0.844	الملموسية	0.801	توليد المعرفة
0.789	الاعتمادية	0.775	تخزين المعرفة
0.655	الاستجابة	0.823	نقل المعرفة
0.839	الأمان	0.866	تطبيق المعرفة
0.765	التعاطف	0.943	معوقات إدارة المعرفة
0.92			معامل الصدق الذاتي للاستمارة ككل

د- **تحديد مستوى المتوسط الحسابي:** تم صياغة إستجابات المبحوثين في الأداة على تدرج خماسي (أوافق بشدة) (أوافق) (أوافق إلى حد ما) (لا أوافق) (لا أوافق بشدة)، وتم تقدير تلك الاستجابات على النحو التالي: (أوافق بشدة) = (5)، (أوافق) = (4)، (أوافق إلى حد ما) = (3)، (لا أوافق) = (2)، (لا أوافق بشدة) = (1) للعبارات الإيجابية والعكس للسلبية.

جدول رقم (3) يوضح تقدير المتوسطات الحسابية

المستوى	المتوسط
ضعيف جداً	إذا تراوحت قيمة المتوسط أو البعد ما بين (1 - 1.8)
ضعيف	إذا تراوحت قيمة المتوسط أو البعد ما بين (1.81 - 2.6)
متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط أو البعد ما بين (2.61 - 3.4)
مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط أو البعد ما بين (3.41 - 4.2)
مرتفع جداً	إذا تراوحت قيمة المتوسط أو البعد ما بين (4.21 - 5)

(5) أساليب التحليل الإحصائية:

قام الباحث باستخدام برنامج (SPSS.V.25.0) للحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الاحصائية وهي: [المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الفا كرونباخ، الصدق الذاتي، معامل ارتباط بيرسون، اختبار "T"، تحليل الإنحدار البسيط، اختبار "F"، معامل التحديد "R"].

تاسعاً: مجالات الدراسة.

(1) المجال المكانى.

تمثل مجتمع البحث فى الدراسة الراهنة فى مركز طب أسرة العمراوى بحى المنتزه بمحافظة الاسكندرية، وقد تم إختيار المركز فى ضوء الأسباب التالية:

- ❖ أهمية قطاع طب الأسرة فى وزارة الصحة والسكان، حيث تعتمد عليه الوزارة فى تقديم كافة الخدمات الطبية، وتنفيذ المبادرات الصحية التى تتبناها الدولة نظراً لسهولة إتصاله المباشر بالمواطنين.
- ❖ يعد مركز طب أسرة العمراوى من أكبر مراكز طب الأسرة بمحافظة الإسكندرية نظراً لإتساع نطاقه الجغرافى فى حى المنتزه، حيث يخدم قطاع كبير من المواطنين.
- ❖ تتنوع الخدمات الطبية التى يقدمها المركز ما بين الخدمات العلاجية والوقائية والتشخيصية والعلاجات الدوائية.
- ❖ توافر كوادر طبية وإدارية وهيئة تمريض وكوادر إدارية متنوعة ولديهم خبرة ومهارة فى قطاع طب الاسرة.
- ❖ موافقة المركز على إجراء الدراسة الميدانية.

(2) المجال البشرى.

- ❖ نوع العينة: عينة عشوائية بسيطة.
- ❖ إطار المعاينة: تم تحديد إطار المعاينة من خلال السجلات الخاصة بمركز صحة الأسرة والمدون بها جميع العاملين ووظائفهم.
- ❖ وحدة المعاينة: العاملين بمركز صحة الأسرة أياً كانت وظائفهم داخل المركز، والبالغ عددهم (288) موظف، وبتطبيق قانون الحجم الأمثل

للعينة على العدد الفعلي تم تحديد الحجم الأمثل للعينة والذي بلغ (166) مفردة وقد روعي في هذا العدد تمثيل كافة الوظائف داخل المركز .

(3) المجال الزمني.

تم جمع البيانات ومراجعتها ميدانياً ومكتيباً خلال الفترة من (2021/12/15) وحتى (2022/2/15).

عاشراً: نتائج الدراسة الميدانية.

(1) خصائص عينة الدراسة.

جدول رقم (4) يوضح خصائص عينة الدراسة

المتغير	ك	%	المتغير	ك	%
الجنس			الوظيفة داخل المركز		
1- ذكر	57	%34.3	مدير الوحدة	1	%0.6
2- أنثى	109	%65.7	نائب مدير	1	%0.6
المجموع	166	%100	أطباء	54	%32.6
السن			صيدلي	38	%22.9
1- من 25 لأقل من 35 سنة	84	%50.6	تمريض	14	%8.4
2- من 35 لأقل من 45 سنة.	47	%28.3	رائدة سكانية	4	%2.4
3- من 45 أقل من 55 سنة.	14	%8.4	مثقف صحي	4	%2.4
4- من 55 سنة فأكثر	21	%12.7	اخصائي اجتماعي	5	%3.0
المجموع	166	%100	إداريين وفنيين	45	%27.1
المؤهل الدراسي			المجموع	166	%100
1- مؤهل متوسط	26	%15.7	موضوعات الدورات (ن = 103)		
2- فوق متوسط	27	%16.3	التخطيط الاستراتيجي.	14	%13.6
3- مؤهل جامعي	79	%47.6	التثقيف الصحي.	46	%44.7
4- دراسات عليا	34	%20.5	التوعية الصحية.	43	%41.7
المجموع	166	%100	مهارات الإقناع.	26	%25.2
سنوات الخبرة في الوظيفة الحالية			أساليب العرض والتأثير.	22	%21.4
أقل من 5 سنوات	81	%48.8	الإعلام الصحي.	21	%20.4
من 5 - 10 سنوات	27	%16.3	إعداد التقارير.	12	%11.7
من 10 سنوات فأكثر	58	%34.9	التدريب الاساسي لعمال الصيدلي الحكومي	2	%1.9
المجموع	166	%100	سياسات المضادات الحيوية	2	%1.9
الحصول على دورات تدريبية			الجودة	2	%1.9
نعم	103	%62.0	التضامن الاجتماعي	1	%1.0
لا	63	%38.0			
المجموع	166	%100			

- **الجنس:** تبين من نتائج الدراسة أن الغالبية العظمى من العاملين بمراكز صحة الأسرة من الإناث حيث بلغت نسبتهم (65.7%)، بينما جاءت نسبة الذكور (34.3%).
- **السن:** أوضحت نتائج الدراسة الخاصة بسن الباحثين أن غالبية الباحثين تقع أعمارهم ما بين (25-35) سنة حيث بلغت نسبتهم (50.6%)، تلي ذلك المرحلة العمرية (35-45) سنة بنسبة (28.3%)، تلي ذلك المرحلة العمرية (55- فأكثر) بنسبة (12.7%)، وأخيراً المرحلة العمرية (45-55) سنة بنسبة (8.4%).
- **المؤهل العلمي:** أشارت نتائج الدراسة أن غالبية الباحثين من العاملين بمراكز صحة الأسرة حاصلون على (مؤهل جامعي) حيث بلغت نسبتهم (47.6%)، تلي ذلك الحاصلون على (دراسات عليا) بنسبة (20.5%)، تلي ذلك الحاصلون على مؤهل (فوق متوسط) بنسبة (16.3%)، وأخيراً الحاصلون على (مؤهل متوسط) بنسبة (15.7%).
- **الوظيفة داخل الوحدة:** تنوعت الوظائف داخل مركز صحة الأسرة وأشارت النتائج أن غالبية عينة الدراسة يعملون بوظيفة أطباء حيث بلغت نسبتهم (32.6%)، وفي الترتيب الثاني إداريين وفنيين بنسبة (27.1%)، وفي الترتيب الثالث الصيادلة بنسبة (22.9%)، وفي الترتيب الرابع التمريض بنسبة (8.4%) وفي الترتيب الخامس الاختصاصيين الاجتماعيين بنسبة (3%)، وفي الترتيب السادس جاء كل من "المتقف الصحي" و"الرائدة السكانية" بنسبة (2.4%) لكل منهما، وفي الترتيب السابع جاء كل من المدير ونائب المدير بنسبة (0.6%).
- **سنوات الخبرة في الوظيفة الحالية:** أوضحت نتائج الدراسة أن غالبية الباحثين سنوات خبراتهم أقل من (5) سنوات حيث جاء ذلك بنسبة (48.8%)، تلي ذلك (من 10 سنوات فأكثر) بنسبة (34.9%)، وأخيراً جاءت من تتراوح مدة خبرتهم (من 5-10) سنوات بنسبة (16.3%).
- **الحصول على دورات تدريبية:** تبين من نتائج الدراسة أن غالبية الباحثين حصلوا على دورات تدريبية حيث بلغت نسبتهم (62%) تلي ذلك غير الحاصلون على دورات بنسبة (38%).

- **موضوعات الدورات التدريبية:** أوضحت نتائج الدراسة أن هناك العديد من الموضوعات التدريبية التي حصل عليها العاملون بمركز صحة الأسرة وقد جاءت على النحو التالي: فى الترتيب الأول "التثقيف الصحى" وذلك بنسبة (44.7%)، والترتيب الثانى "التوعية الصحية" بنسبة (41.7%)، والترتيب الثالث "مهارات الإقناع" بنسبة (25.2%)، والترتيب الرابع "أساليب العرض والتأثير" بنسبة (21.4%)، والترتيب الخامس "الاعلام الصحى" بنسبة (20.4%)، والترتيب السادس "التخطيط الاستراتيجى" بنسبة (13.6%)، والترتيب السابع "اعداد التقارير" بنسبة (11.7%)، والترتيب الثامن كل من "التدريب الأساسى لعمل الصيدلى الحكومى"، و"سياسات المضادات الحيوية"، و"الجودة" بنسبة (1.9%) لكل منهم، وأخير الترتيب التاسع "الجودة" بنسبة (1%).

(2) النتائج الخاصة بفروض الدراسة.

أ- نتائج الفرض الفرعى الأول للدراسة:

" من المتوقع أن يكون مستوى تطبيق عمليات إدارة المعرفة بمراكز صحة الأسرة مرتفع"

جدول رقم (5) يوضح ممارسة عملية توليد المعرفة بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	المستوى
1	يتبادل العاملون بالوحدة الآراء لاجراء حلول للمشكلات التى تواجههم	3.39	0.93	3	متوسط
2	يتم تنظيم دورات تدريبية متخصصة لتنمية مهارات العاملين بالوحدة	3.80	0.83	1	مرتفع
3	تحرص الوحدة على الاستفادة من التجارب الناجحة وتجنب غير الناجحة	2.52	0.84	4	ضعيف
4	تعمل الوحدة على تحديث المعلومات الخاصة بها بصورة مستمرة	3.40	0.83	2	متوسط
5	يتم تشكيل فرق عمل لحل المشكلات وقت حدوثها داخل الوحدة الصحية	3.39	0.93	3	متوسط
6	تحتفظ الوحدة بالكوادر البشرية المدربة وذوى الخبرات والمعرفة	2.52	0.98	4م	ضعيف
	المتغير ككل	3.17	0.88	(63.4%)	متوسط

تشير النتائج الخاصة بواقع ممارسة عملية توليد المعرفة بمراكز صحة الأسرة بأنها تمارس بمستوى متوسط بنسبة (63.4%)، حيث جاء المتوسط الحسابى (3.17) بانحراف معيارى (0.88).

ولقد جاء فى الترتيب الأول " يتم تنظيم دورات تدريبية متخصصة لتنمية مهارات العاملين بالوحدة" بمتوسط حسابى قدره (3.80)، ومستوى مرتفع، بينما جاء فى الترتيب الرابع والأخير كل من " تحرص الوحدة على الاستفادة من التجارب الناجحة وتجنب غير الناجحة"، وعبارة " تحتفظ الوحدة بالكوادر البشرية المدربة وذوى الخبرات والمعرفة " بمستوى ضعيف بمتوسط حسابى قدره (2.52).

جدول رقم (6) يوضح عملية تخزين واسترجاع المعرفة بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	المستوى
1	تستخدم الوحدة نظم حديثة فى تخزين واسترجاع المعرفة والحفاظ عليها	3.38	0.88	2	متوسط
2	تحتفظ الوحدة بكافة الخبرات والمعارف المكتسبة من المشروعات التى يتم تنفيذها	3.42	0.86	1	مرتفع
3	يتم تسجل كافة الأفكار والآراء التى يمكن الاستفادة بها فى حل المشكلات المستقبلية	2.50	0.99	4	ضعيف
4	يوجد تقييم مستمر للمعرفة التى يتم تخزينها لضمان سلامة توظيفها فى العمل	2.50	0.99	4م	ضعيف
5	يوجد بالوحدة شخص مسئول عن جمع الأفكار والخبرات وتدوينها واسترجعها عند الحاجة	1.71	1.12	5	ضعيف جداً
6	تحرص الوحدة على تحويل كافة المستندات الورقية إلى صور إلكترونية يسهل تخزينها	2.61	0.99	3	متوسط
	المتغير ككل	2.74	0.98	54.9%	متوسط

أوضحت النتائج أن عملية تخزين واسترجاع المعرفة بمراكز صحة الأسرة تمارس بشكل متوسط بنسبة (54.9%) بمتوسط حسابى (2.74) وانحراف معيارى (0.98).

ولقد جاء فى الترتيب الأول عبارة "تحتفظ الوحدة بكافة الخبرات والمعارف المكتسبة من المشروعات التى يتم تنفيذها" بمتوسط حسابى قدره (3.41) بمستوى مرتفع، فى حين جاء فى الترتيب الخامس والأخير عبارة "يوجد بالوحدة شخص مسئول عن جمع الأفكار والخبرات وتدوينها واسترجعها عند الحاجة" بمتوسط حسابى (1.71)، بمستوى ضعيف جداً.

جدول رقم (7) يوضح ممارسة عملية نقل المعرفة بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	المناخ النفسي والاجتماعي السائد بالوحدة يشجع على تبادل المعارف والخبرات المختلفة	2.53	1.10	5	ضعيف
2	تعتمد الوحدة الطبية على نشرات الدورية وأدلة العمل لنشر وتوزيع المعرفة بين العاملين	3.20	1.01	2	متوسط
3	تستعين الوحدة الصحية بالأشخاص ذوي الخبرات لتقديم المساعدة والمشورة المهنية والمعرفية	2.61	0.96	3	ضعيف
4	تتبادل الوحدات والأقسام الإدارية المعارف والخبرات المعرفية	2.51	0.99	6	ضعيف
5	تحرص الوحدة الصحية على إتاحة المعرفة لكافة العاملين بها	2.56	0.96	4	ضعيف
6	تستخدم الوحدة الصحية الأساليب التدريبية الحديثة لنشر المعرفة والخبرات بين العاملين	3.31	0.97	1	متوسط
	المتغير ككل	2.78	0.99	55.6%	متوسط

أوضحت النتائج أن عملية نقل المعرفة بمراكز صحة الأسرة تمارس بشكل متوسط بنسبة (55.6%)، وبمتوسط حسابي ككل (2.78) وانحراف معياري (0.99).

وقد جاء في الترتيب الأول عبارة " تستخدم الوحدة الصحية الأساليب التدريبية الحديثة لنشر المعرفة والخبرات بين العاملين " بمتوسط حسابي قدره (3.31) وانحراف معياري (0.97) بمستوى متوسط، بينما جاء في الترتيب السادس والأخير " تتبادل الوحدات والأقسام الإدارية المعارف والخبرات المعرفية " بمتوسط حسابي (2.51) وانحراف معياري (0.99) بمستوى ضعيف.

جدول رقم (8) يوضح عملية تطبيق المعرفة بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تستخدم الوحدة المعارف المتاحة لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى	2.60	0.93	3	متوسط
2	تحرص الوحدة على توظيف المعرفة المتاحة لديها في إيجاد معارف جديد	2.08	1.02	5	ضعيف
3	يطبق العاملين ما لديهم من معارف في تحقيق أهداف الوحدة الصحية	3.35	0.91	1	متوسط
4	تعمل الوحدة على تحويل المعرفة التي تملكها إلى خطط عمل	2.51	0.99	4	ضعيف
5	تدعم الوحدة عمليات دمج المعرفة في كافة أنشطتها الإدارية	2.51	0.99	4	ضعيف
6	يتم تقييم الموظفين بالوحدة في ضوء قدرتهم على تطبيق المعرفة	2.61	0.97	2	متوسط
	المتغير ككل	2.61	0.96	52.2%	متوسط

أوضحت النتائج أن عملية تطبيق المعرفة بمراكز صحة الأسرة تمارس بشكل متوسط بنسبة (52.2%) بمتوسط حسابي (2.61) وانحراف معياري (0.96).

وقد جاء في الترتيب الأول عبارة " يطبق العاملین ما لديهم من معارف في تحقيق أهداف الوحدة الصحي" بمتوسط حسابي قدره (3.35) بمستوى متوسط، وفي الترتيب الثاني عبارة "يتم تقييم الموظفين بالوحدة في ضوء قدرتهم على تطبيق المعرفة" بمتوسط حسابي (2.61)، بمستوى ضعيف، بينما جاء في الترتيب الخامس والأخير "تحرص الوحدة على توظيف المعرفة المتاحة لديها في إيجاد معارف جديد" بمتوسط حسابي (2.08) بمستوى ضعيف.

ب- نتائج الفرض الفرعي الثاني للدراسة.

" من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة مرتفع"

جدول رقم (9) يوضح الجوانب الملموسة في الخدمات الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	أماكن الاستقبال ملائمة ومناسبة لطبيعة الخدمة المقدمة للمرضى	3.10	0.88	2	متوسط
2	يوجد لوحات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى أماكن تقديم الخدمة	4.14	0.75	1	مرتفع
3	الأجهزة الطبية المستخدمة في تقديم الخدمة تتميز بالحدائثة والتطور	2.59	1.02	6	ضعيف
4	المباني الداخلية للوحدة تتميز بالتهوية والإضاءة الجيدة	2.90	1.01	4	متوسط
5	يتوافر بالوحدة وسائل السلامة والأمان المهنية والصحية	2.76	0.91	5	متوسط
6	يلتزم العاملین بالمظهر الشخصي الملائم لتقديم الخدمة الصحية	3.05	0.81	3	متوسط
	المتغير ككل	3.09	0.76	61.8%	متوسط

أشارت النتائج الخاصة بالجوانب الملموسة في جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنها متوسطة حيث بلغت (61.8%) بمتوسط حسابي (3.09) وانحراف معياري (0.76).

وأشارت النتائج إلى حصول عبارة "يوجد لوحات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى أماكن تقديم الخدمة" على الترتيب الأول بمستوى مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.14)، بينما جاء في الترتيب السادس والأخير عبارة

"الأجهزة الطبية المستخدمة في تقديم الخدمة تتميز بالحدثة والتطور" بمتوسط حسابي (2.59) بمستوى ضعيف.

جدول رقم (10) يوضح الاعتمادية في خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	يتم جمع المعلومات الدقيقة والحديثة عن المرضى	2.5	0.86	6	ضعيف
2	تحفظ معلومات المرضى بطريقة آمنة في سجلات وحواسيب آمنة	2.58	0.85	4	ضعيف
3	الخدمة المقدمة للمرضى تتناسب مع حاجاتهم ومتطلباتهم الصحية	2.54	0.90	5	ضعيف
4	يوجد حرص على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بأقل أخطاء ممكنة	2.93	0.78	2	متوسط
5	يتم الفحص الطبي في جو يحافظ على أسرار وخصوصية المرضى	2.94	0.83	1	متوسط
6	يوجد تنوع في التخصصات الطبية الموجودة بالوحدة	2.84	0.85	3	متوسط
	المتغير ككل	2.72	0.71	54.4%	متوسط

أشارت النتائج الخاصة بمؤشر الاعتمادية في جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنه متوسط وذلك بنسبة (54.4%) حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.72) والانحراف المعياري (0.71).

وأشارت النتائج إلى حصول عبارة "يتم الفحص الطبي في جو يحافظ على أسرار وخصوصية المرضى" على الترتيب الأول بمستوى متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.94) بينما جاء في الترتيب السادس والأخير عبارة "يتم جمع المعلومات الدقيقة والحديثة عن المرضى" بمتوسط حسابي (2.5) بمستوى ضعيف.

جدول رقم (11) يوضح الاستجابة في خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تقدم الخدمة داخل الوحدة في المواعيد المحددة والمعتمدة للمرضى	2.56	0.91	3	ضعيف
2	هناك سرعة في تقديم الخدمة للمرضى فور طلبها	2.50	0.88	5	ضعيف
3	يقدم الطبيب شرحاً وافياً للمريض عن حالته وطبيعة مرضه	2.95	0.78	1	متوسط
4	يتم التعرف على رأي المريض حول طبيعة أداء العاملين بالوحدة	2.81	0.96	2	متوسط
5	يستجيب مقدمي الخدمة لطلبات المرضى مهما كانت درجة إنشغالهم	2.55	0.96	4	ضعيف
6	يمكن الإستعلام عن مواعيد تقديم الخدمة تليفونياً أو إلكترونياً	2.30	0.88	6	ضعيف
	المتغير ككل	2.61	0.78	52.3%	متوسط

أشارت النتائج الخاصة بمؤشر الإستجابة فى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنه متوسط وذلك بنسبة (52.3%) حيث بلغ المتوسط الحسابى (2.61) والانحراف المعياري (0.78).

وأشارت النتائج إلى حصول عبارة "يقدم الطبيب شرحاً وافياً للمريض عن حالته وطبيعة مرضه" على الترتيب الأول بمستوى متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابى (2.95) بينما جاء فى الترتيب السادس والأخير عبارة "يمكن الإستعلام عن مواعيد تقديم الخدمة تلفونياً أو إلكترونياً" بمتوسط حسابى (2.3) بمستوى ضعيف.

جدول رقم (12) يوضح الأمان فى خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبارة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تقدم الخدمة الصحية بعدالة دون تمييز أو تفرقة بين المرضى	3.0	0.84	1	متوسط
2	يشعر المريض بالأمان أثناء الحصول على الخدمة من مقدميها	2.87	1.02	3	متوسط
3	يسمح للمريض بوجود أحد المرافقين أثناء توقيع الكشف عليه	2.88	0.89	2	متوسط
4	يتم تبسيط إجراءات الحصول على الخدمة بسهولة فى أقل وقت ممكن	2.32	0.96	6	ضعيف
5	يوجد التزام بالاجراءات الاحترافية لمنع انتقال عدوى الأمراض	2.47	0.91	4	ضعيف
6	لدى مقدمى الخدمة المعلومات الكافية للرد على تساؤلات المرضى	2.55	0.91	5	ضعيف
	المتغير ككل	2.68	0.75	53.6%	متوسط

أشارت النتائج الخاصة بمؤشر الأمان فى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنه متوسط وذلك بنسبة (53.6%) حيث بلغ المتوسط الحسابى (2.68) والانحراف المعياري (0.75).

وأشارت النتائج إلى حصول عبارة " تقدم الخدمة الصحية بعدالة دون تمييز أو تفرقة بين المرضى " على الترتيب الأول بمستوى متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابى (3.0)، بينما جاء فى الترتيب السادس والأخير عبارة " يتم تبسيط إجراءات الحصول على الخدمة بسهولة فى أقل وقت ممكن " بمتوسط حسابى (2.32) بمستوى ضعيف.

جدول رقم (13) يوضح التعاطف في خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبرة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	المستوى
1	يحرص مقدمى الخدمة على التعامل مع المرضى باحترام وتقدير	3.02	0.79	1	متوسط
2	لدى الاطباء المهارات والخبرات الكافية لتقديم الخدمة بفاعلية	2.82	0.83	3	متوسط
3	يهتم مقدمى الخدمة بالتعرف على الحاجات الصحية للمرضى	2.92	0.82	2	متوسط
4	تتناسب عدد ساعات العمل مع أعداد المرضى المترددين على الوحدة	2.14	1.01	6	ضعيف
5	يحرص مقدمى الخدمة على وضع مصلحة المريض فى الإهتمام الأول لهم	2.44	0.88	5	ضعيف
6	يشارك الطبيب المرضى فى اتخاذ القرارات الخاصة بحالتهم الصحية	2.56	0.9	4	ضعيف
	المتغير ككل	2.65	0.85	53%	متوسط

أشارت النتائج الخاصة بمؤشر التعاطف فى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنه متوسط وذلك بنسبة (53%) حيث بلغ المتوسط الحسابى (2.65) والانحراف المعيارى (0.85).

وأشارت النتائج إلى حصول عبارة " يحرص مقدمى الخدمة على التعامل مع المرضى باحترام وتقدير " على الترتيب الأول بمستوى متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابى (3.02)، بينما جاء فى الترتيب السادس والأخير عبارة " تتناسب عدد ساعات العمل مع أعداد المرضى المترددين على الوحدة " بمتوسط حسابى (2.14) بمستوى ضعيف.

ج- نتائج الفرض الفرعى الثالث للدراسة.

" من المتوقع أن يكون مستوى معوقات ممارسة إدارة المعرفة فى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة منخفضاً"

جدول رقم (14) يوضح معوقات تطبيق إدارة المعرفة فى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة

م	العبرة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	المستوى
1	عدم وضوح مفهوم إدارة المعرفة وكيفية تطبيقه	3.66	0.81	9	مرتفع
2	ضعف الثقافة التنظيمية الداعمة لتطبيق إدارة المعرفة	3.63	0.82	10	مرتفع
3	غياب الهيكل التنظيمى الداعم لعمليات إدارة المعرفة	3.73	0.76	6	مرتفع
4	ضعف الخبرات والمهارات اللازمة لتطبيق إدارة المعرفة	3.68	0.78	7	مرتفع
5	عدم توافر الأجهزة والانتظمة التكنولوجية لتنفيذ عمليات إدارة المعرفة	3.75	0.80	5	مرتفع
6	قلة التمويل الكاف لتطبيق عمليات إدارة المعرفة والاستفادة منها.	3.98	0.76	2	مرتفع
7	كثرة الأعباء الإدارية والفنية اليومية لدى العاملين بالوحدة	4.04	0.71	1	مرتفع
8	عدم وجود حوافز تشجيعية للمشاركة فى توليد وصناعة المعرفة	3.97	0.82	3	مرتفع
9	عدم وجود أساليب لقياس العوائد المختلفة لإدارة المعرفة	3.78	0.83	4	مرتفع
10	غياب الرؤية الاستراتيجية لتبنى ودعم تطبيق إدارة المعرفة بالوحدة.	3.67	0.90	8	مرتفع
	المتغير ككل	3.78	0.77	75.6%	مرتفع

أشارت النتائج الخاصة بمعوقات تطبيق إدارة المعرفة فى تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة أنها جاءت مرتفعة بنسبة (75.6%) ومتوسط حسابى (3.87) وانحراف معيارى (0.77).

وقد جاء فى الترتيب الأول عبارة "كثرة الأعباء الإدارية والفنية اليومية لدى العاملين بالوحدة" بمتوسط حسابى قدره (4.04) وانحراف معيارى (0.71) بمستوى مرتفع، وفى الترتيب العاشر جاء " ضعف الثقافة التنظيمية الداعمة لتطبيق إدارة المعرفة" بمتوسط حسابى (3.63) وانحراف معيارى (0.82) بمستوى مرتفع.

هـ- نتائج الفرض الفرعى الرابع للدراسة.

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة (إدارة المعرفة، وجودة الخدمات) تعزى إلى (الجنس، السن، المؤهل الدراسى، الوظيفة، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية).

جدول رقم (15) يوضح دلالة الفروق الاحصائية بين عمليات إدارة المعرفة وخصائص عينة الدراسة

المعالجات الاحصائية				الخصائص الديموجرافية	
الدلالة	المعامل الاحصائى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى		
غير دال	ت = 0.016	16.27	88.98	1. ذكر	الجنس
		18.07	88.94	2. أنثى	
غير دال	ف = 1.390	17.36	86.25	1. من 25 لأقل من 35 سنة	السن
		15.62	91.85	2. من 35 لأقل من 45 سنة.	
		18.23	90.79	3. من 45 أقل من 55 سنة.	
		20.34	92.05	4. من 55 سنة فأكثر	
دال	ف = 5.270**	15.20	92.31	1. مؤهل متوسط	المؤهل الدراسى
		14.95	89.70	2. فوق متوسط	
		17.39	84.08	3. مؤهل جامعى	
		17.81	97.12	4. دراسات عليا	
دال	ف = 3.082**	0.0	115.0	1. مدير الوحدة	الوظيفة
		0.0	115.0	2. نائب مدير	
		19.90	86.69	3. أطباء	
		16.19	85.82	4. صيدلى	
		13.23	87.71	5. تمريض	
		18.81	101.0	6. رائدة سكانية	
		0.50	104.75	7. منقف صحى	
		10.43	107.80	8. اخصائى اجتماعى	
		14.79	87.71	9. إداريين وقتبيين	
غير دال	ف = 0.250	18.72	89.32	1. أقل من 5 سنوات	سنوات الخبرة
		12.41	86.78	2. من 5 لأقل من 10 سنوات	
		17.72	89.45	3. من 10 سنوات فأكثر	
دال	ت = 5.812**	17.72	94.23	1. نعم	الدورات التدريبية
		13.0	80.32	2. لا	

** دالة عند (0.01)

* دالة عند (0.05)

أوضحت النتائج السابقة أنه لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة تعزى إلى (الجنس، السن، وسنوات الخبرة) حيث جاءت نتائجهم جميعاً غير دالة احصائياً.

فى حين أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة تعزى إلى (المؤهل الدراسى، والوظيفة، والحصول على الدورات التدريبية).

جدول رقم (16) يوضح دلالة الفروق الاحصائية بين معايير جودة خدمات الرعاية الصحية وخصائص عينة الدراسة

المعالجات الاحصائية			الخصائص الديموجرافية	
الدلالة	المعامل الاحصائى	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	
غير دال	ت = 0.368	19.73	114.70	1. ذكر
		20.0	115.90	2. أنثى
غير دال	ف = 1.275	18.75	114.32	1. من 25 لأقل من 35 سنة
		21.92	113.30	2. من 35 لأقل من 45 سنة.
		20.65	121.79	3. من 45 أقل من 55 سنة.
		18.33	120.86	4. من 55 سنة فأكثر
دال	ف = 5.052**	21.79	121.92	1. مؤهل متوسط
		17.16	112.70	2. فوق متوسط
		18.27	110.67	3. مؤهل جامعى
		20.54	123.97	4. دراسات عليا
دال	ف = 2.945**	0.0	145.0	1. مدير الوحدة
		0.0	145.0	2. نائب مدير
		19.99	115.65	3. أطباء
		19.53	110.05	4. صيدلى
		16.36	110.57	5. تمريض
		15.76	128.25	6. راندة سكانية
		9.50	139.25	7. مثقف صحى
		15.29	126.20	8. اخصائى اجتماعى
		19.46	114.36	9. إداريين وفنيين
غير دال	ف = 1.909	21.47	116.96	1. أقل من 5 سنوات
		13.54	108.70	2. من 5 لأقل من 10 سنوات
		19.61	116.59	3. من 10 سنوات فأكثر
دال	ت = 5.402**	20.23	121.17	1. نعم
		15.32	106.19	2. لا

** دالة عند (0.01)

* دالة عند (0.05)

أوضحت النتائج السابقة أنه لا توجد فروق ذات دلالة معنوية بين مؤشرات جودة خدمات الرعاية الصحية تعزى إلى (الجنس، السن، وسنوات الخبرة) حيث جاءت نتائجهم جميعاً غير دالة احصائياً.

فى حين أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات جودة خدمات الرعاية الصحية تعزى إلى (المؤهل الدراسى، والوظيفة، والحصول على الدورات التدريبية).

ويشير ذلك إلى أن جودة خدمات الرعاية الصحية تتأثر بشكل واضح بطبيعة المؤهل الدراسى وكذلك الوظيفة داخل الهيكل الإدارى بمراكز صحة الأسرة فضلاً عن الدورات التدريبية التى يتم الحصول عليها.

و- نتائج الفرض الرئيس للدراسة.

" لا يوجد علاقة تأثيرية طردية دالة احصائياً بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة"

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطى البسيط (Simple Regression Analysis)، لما له من القدرة على بيان أثر علاقة متغير مستقل على متغير تابع، وقد تم استخدام اختبار تحليل الانحدار البسيط عند مستوى معنوية (0.05).

جدول رقم (17) يوضح العلاقة الارتباطية التأثيرية بين عمليات إدارة المعرفة وجودة خدمات الرعاية الصحية باستخدام تحليل الانحدار الخطى البسيط

المتغير المستقل	معامل الارتباط (R)		اختبار (T)		اختبار (F)		معامل الانحدار	معامل التحديد
	قيمة (R)	المعنوية	قيمة T	المعنوية	قيمة F	المعنوية	B	R ²
إدارة المعرفة	0.819**	دال	18.249**	دال	333.041**	دال	0.833	0.610

دالة عند (0.05) دالة عند (0.01)

أوضحت نتائج تحليل الانحدار الخطى البسيط أن قيمة معامل الارتباط (R) بين المتغير المستقل (عمليات إدارة المعرفة)، والمتغير التابع (جودة خدمات الرعاية الصحية) فى ضوء استجابات عينة الدراسة بلغ (0.819) وهو دال احصائياً عند (0.01) مما يشير إلى وجود ارتباط طردى قوى بين المتغيرين. كما جاءت قيمة اختبار (T) (18.249)، واختبار (F) (333.041) دال عند (0.01) لكل منهما.

أما فيما يتعلق بمدى تأثير المتغير المستقل فى المتغير التابع فقد بلغت قيمة معامل الانحدار (0.833) ومعامل التحديد (0.61)، وهذا يعنى أن عمليات إدارة المعرفة ككل تفسر ما مقداره (61%) من التغير الحاصل فى جودة الخدمة الصحية.

حادى عشر : مناقشة نتائج الدراسة.

نتناول فيما يلى مناقشة ما توصلت اليه الدراسة من نتائج، ومدى اتفاقها واختلافها مع الدراسات السابقة فى ضوء الإطار النظرى المرتبط بمتغيرات الدراسة.

(1) مناقشة نتائج الفرض الفرعى الأول.

توصلت الدراسة إلى عدم صحة الفرض الأول للدراسة وهو " من المتوقع أن يكون مستوى ممارسة عمليات إدارة المعرفة بمراكز صحة الأسرة مرتفع". حيث أوضحت النتائج أن ممارسة إدارة المعرفة جاءت بنسبة متوسطة بلغت (56.5%).

تبين أن هناك أربع عمليات أساسية لممارسة إدارة المعرفة، جاءت نتائجها على النحو التالى: فى الترتيب الأول عملية " توليد المعرفة" بوسط حسابى (3.17) وبنسبة (63.4%) بمستوى متوسط، تلى ذلك الترتيب الثانى وهى عملية "نقل المعرفة" بمتوسط حسابى (2.78) ونسبة (55.6%) بمستوى متوسط، تلى ذلك الترتيب الثالث عملية " تخزين المعرفة" بمتوسط حسابى (2.74) بنسبة (54.8%) بمستوى متوسط، وفى الترتيب الرابع والأخير عملية تطبيق المعرفة بمتوسط حسابى (2.61) بمستوى متوسط بنسبة (52.2%).

وتأتى تلك النتائج متفقة مع دراسة كل من: (Hojabri,R,etal,2014)، [عبد الجواد،2016]، [الخليفة،2020]، [خاطر، المنهاوى، القتلى،2020] حيث أكدت أن مفهوم إدارة المعرفة يزال فى المهد فى كثير من المؤسسات وخاصة المؤسسات الحكومية، وأن الهيكل الإدارى التقليدى لا يتناسب مع تطبيق عمليات إدارة المعرفة، مما يشير إلى ضعف ممارسة إدارة المعرفة فى القطاع الصحى وأنه لم يصل الى المستوى المطلوب فى تلك المؤسسات.

وفى ضوء ذلك أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة كل من: (الغانمى،2016)، [Ashok, M, etal, 2016]، [الأثرى وآخرون،2017]، [درياش،2019]، [رضوان والدهشان،2020]، [منتصر،2012]، [شريف،2021] بأنه من أجل تفعيل ممارسة إدارة المعرفة هناك العديد من الضوابط التى يجب أن يهتم بها القائمين على

إدارة المؤسسات ومنها اعتبار إدارة المعرفة جزء من البناء الإدارى وليس مفهوماً نظرياً، حيث أن الهيكل الإدارى التقليدى لا يتناسب مع تطبيق إدارة المعرفة خاصة فى المؤسسات الحكومية، مما يتطلب إجراء تحليل علمى للوضع الراهن لواقع إدارة المعرفة وتنظيم استخدامها بصورة فعلية، وممارسة الإدارة العليا الأساليب المتبعة لتحقيق أهداف إدارة المعرفة، فضلاً عن إتاحة الفرص للعاملين وتدريبهم ورفع قدراتهم المهنية والإدارية والاعتماد على القدرات البشرية ذوى الخبرة والمدرين، بالإضافة إلى تعظيم وتفعيل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الإدارية والاهتمام بتقديم دورات تدريبية متخصصة فى عمليات إدارة المعرفة وكيفية ممارستها على كافة المستويات الإدارية.

(2) مناقشة نتائج الفرض الفرعى الثانى.

- توصلت الدراسة إلى عدم صحة الفرض الثانى للدراسة وهو " من المتوقع أن يكون مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة مرتفع". حيث أوضحت النتائج أن جودة خدمات الرعاية الصحية جاءت بنسبة متوسطة بلغت (58.4%).
- تبين من النتائج أن هناك خمس مؤشرات يُعتمد عليها فى قياس جودة خدمات الرعاية الصحية، وقد جاءت على النحو التالى: فى الترتيب الأول مؤشر "الجوانب الملموسة" بمتوسط حسابى (3.92) بمستوى متوسط بنسبة (61.8%). تلى ذلك الترتيب الثانى "الاعتمادية" بمتوسط حسابى (2.72)، بمستوى متوسط بنسبة (54.4%)، تلى ذلك الترتيب الثالث وجاء فيه مؤشر "الامان" بمتوسط حسابى (2.68)، بمستوى متوسط بنسبة (53.6%)، وفى الترتيب الرابع "التعاطف" بمتوسط حسابى (2.65) بمستوى متوسط بنسبة (53%)، وفى الترتيب الخامس والآخر جاء "الاستجابة" بمتوسط حسابى (2.61)، ومستوى متوسط بنسبة (52.3%).
- وتأتى تلك النتائج متفقة مع ما جاء بدراسة ([عبد القادر، 2015]، [إدريس، 2016]، و[بشير، 2017]، و[صدقى، وحمودى، 2018]، [العنبى، 2019]، [الجمال، 2019]) حيث أكدت جميعها على أن مستوى جودة الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية بصفة عامة ما بين مقبول ومتوسط، إلا أن هناك بعض المؤشرات جاءت مستوياتها

ضعيفة خاصة فيما يتعلق ببعض المؤشرات المرتبطة بالاستجابة، والأمان والتعاطف، كما أكدت دراسة كل من ([حسن وحامد، 2019]، و [محمد، 2019]، و [الجزار وعكرش، 2021]، و [رضوان، 2021]) أن هناك بعض المتغيرات ذات العلاقة التآثرية فى تحسين جودة الخدمات الصحية وهى مهارات العاملين بالمؤسسات الطبية، وخاصة فيما يتعلق بمؤشر الاعتمادية والتعاطف، كذلك أثبتت تلك الدراسات وجود علاقة قوية بين عملية الرقابة المؤسسية وجودة الخدمات، وإنعكاس ذلك على الاستجابة الفورية للمرضى والإلتزام بالمواعيد وظهور العاملين بالمظهر اللائق، كما أكدت العديد من الدراسات على وجود فروق بين القطاع الحكومى والقطاع الخاص فى تطبيق مؤشرات الجودة كانت لصالح القطاع الخاص.

■ ويتفق ذلك مع المعطيات النظرية المرتبطة بالجودة حيث تؤكد على أن الجودة لا تحدث بالصدفة، بل يجب ان يكون مخططاً لها من خلال عمليات الإدارة التى تتضمن التخطيط للجودة، ثم ضبط ومراقبة الجودة، وأخيراً تحسين الجودة، كما أن تحقيق الجودة ليس غاية نهائية ولكنها عملية مستمرة متواصلة الخطوات تتطلب إدارة متخصصة ومعنية بشان الجودة حتى لا تتحول إلى إجراءات روتينية غير فاعلة.

(3) مناقشة نتائج الفرض الفرعى الثالث.

■ توصلت الدراسة إلى عدم صحة الفرض الثالث للدراسة وهو " من المتوقع أن يكون مستوى معوقات إدارة المعرفة فى تحقيق جودة الخدمات بمراكز صحة الأسرة منخفضاً". حيث تبين من خلال نتائج الدراسة أن مستوى المعوقات مرتفع وقد بلغ (75.6%).

■ حيث أثبتت الدراسة وجود العديد من المعوقات التى تحول دون ممارسة عمليات إدارة المعرفة فى تحقيق جودة الخدمات الصحية، وكانت أبرزها كثرة الأعباء الإدارية والفنية واليومية لدى الأطباء والعاملين بالمركز، وكذلك ضعف التمويل الكاف لتطبيق إدارة المعرفة والاستفادة منها، وعدم وجود حوافز تشجيعية، وكذلك عدم توافر أجهزة وأنظمة تكنولوجية، وغياب الرؤية الاستراتيجية لممارسة عمليات إدارة المعرفة.

■ وتأتى تلك النتائج متفقة مع ما جاء فى دراسة كل من: ([بشير، 2017]، و [النسور، 2019]، و [رضوان والدهشان، 2020]، و [منتصر، 2021]، و [الجزار وعكرش، 2021]، و [الشريف، 2021]) حيث أشارت إلى وجود

صعوبات عديدة تحول دون تطبيق عمليات إدارة المعرفة بصفة عامة وتطبيقها من أجل تحسين جودة الخدمات، ومن أهمها الهيكل التنظيمي للمنظمة يجب أن يكون ملائم لعمليات إدارة المعرفة، والثقافة التنظيمية، ووجود قيادات إدارية متفهمة ولديها رؤية استراتيجية لتطبيق إدارة المعرفة، والاهتمام بالعملية التدريبية المتخصصة وايضاً الاهتمام تكنولوجيا المعلومات ونظم التعلم القائم على المعرفة.

(4) مناقشة نتائج الفرض الفرعى الرابع.

- توصلت الدراسة إلى صحة الفرض الرابع للدراسة فى بعض متغيراته وعدم صحته فى متغيرات أخرى وهو " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول متغيرات الدراسة (إدارة المعرفة، وجودة الخدمات) تعزى إلى (الجنس، السن، المؤهل الدراسى، الوظيفة، سنوات الخبرة، الدورات التدريبية).
- حيث أوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة تعزى إلى (الجنس، والسن، وسنوات العمل)، وهذا يعنى أن كل من الجنس والسن وسنوات الخبرة لم تحدث فروق فى إستجابات المبحوثين، ويشير ذلك إلى أن لديهم نفس الآراء بخصوص ممارسة عمليات إدارة المعرفة وأيضاً تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.
- فى حين تبين وجود فروق ذات دلالة تعزى الى (المؤهل الدراسى، وطبيعة الوظيفة، والحصول على دورات تدريبية) ويشير ذلك إلى أن تطبيق إدارة المعرفة وكذلك تحقيق جودة الخدمات يعتمد على المؤهل الدراسى وكذلك طبيعة الوظيفة التى يمارسها داخل الهيكل الإدارى بمرکز صحة الأسرة فضلاً عن الدورات التدريبية التى تم الحصول عليها، وذلك باعتبار أن عمليات إدارة المعرفة تتأثر بالمعارف والمهارات والخبرات. وتتفق تلك النتائج مع دراسة كل من: (عبد الفادر، 2015)، و[صدقى؛ وحمودى، 2018].

(5) مناقشة نتائج الفرض الرئيس.

- توصلت الدراسة إلى رفض الفرض الرئيس للدراسة وهو " لا يوجد علاقة تأثيرية طردية دالة احصائياً بين ممارسة عمليات إدارة المعرفة وتحقيق

جودة خدمات الرعاية الصحية بمراكز صحة الأسرة"، حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة تأثيرية بين المتغير المستقل (إدارة المعرفة)، والمتغير التابع (جودة خدمات الرعاية الصحية)، وقد بلغت (61%).

- وهذا يعنى أن عمليات إدارة المعرفة لها تأثير ايجابي فى تحسين جودة الخدمات الطبية إذا ما تم استثمارها وممارستها بشكل إيجابي وفاعل فى إدارة المؤسسات الطبية، خاصة مع جاهزية البناء التنظيمى الملائم للمنظمة، وتطوير البنية التحتية الداعمة لتنمية وتحسين إجراءات العمل والاهتمام بتنمية قدرات الكوادر البشرية داخل المنظمة من خلال التدريب واتاحة الفرص للابداع والابتكار فى ممارسة المهام الوظيفية.

ثانى عشر: آليات تخطيطية مقترحة

لتطبيق إدارة المعرفة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية.

فى ضوء النتائج، والإطار النظرى للدراسة يمكن عرض آليات تخطيطية لتطبيق عمليات إدارة المعرفة كمدخل لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالمؤسسات التابعة لوزارة الصحة والسكان.

ونتطلق الآليات التخطيطية من خلال ما أكدت عليه وتؤكد العلوم الإدارية من أهمية وفاعلية إدارة المعرفة كمدخل إدارى حديث يمكن من خلاله تطوير المؤسسات فى شتى الجوانب وتحقيق التميز والإبداع الإدارى وإدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمات.

وقد صيغت المؤشرات التخطيطية على ثلاث مستويات وهى المستوى القومى المتمثل فى وزارة الصحة والسكان، والمستوى المحلى المتمثل فى مديرية الصحة والسكان فى المحافظات، والمستوى المؤسسى الخاص بالمؤسسات الصحية على مختلف أنماطها من مستشفيات أو مراكز صحة أو وحدات طب الأسرة ومكاتب صحة وغيرها من المؤسسات التابعة لوزارة الصحة.

الآليات التخطيطية المقترحة	المستوى التخطيطى
----------------------------	---------------------

<p>وزارة الصحة والسكان</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ صياغة رؤية استراتيجية لتطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسات الصحية ▪ صياغة الأطر القانونية واللوائح المنظمة لتطبيق الرؤية الاستراتيجية. ▪ إنشاء إدارة متخصصة لإدارة المعرفة تابعة إلى إدارة التخطيط والمتابعة بالوزارة. ▪ جمع وتحليل كافة البيانات والمعلومات اللازمة عن كافة القطاعات والمستويات الإقليمية والمحلية المسئولة عن تنفيذ الرؤية الاستراتيجية. ▪ تحليل البيئة الداخلية والخارجية وتحديد مناطق القوة الضعف. ▪ صياغة محتوى علمي وتدريبى متخصص لإدارة المعرفة وتحديد مدخلات ومخرجات البرنامج. ▪ التنسيق الأفقى بين الوزارات المعنية التى يمكن أن تشارك فى صياغة الرؤية ومحتوى البرنامج. ▪ التنسيق الرأسى بين الأجهزة الإدارية التابعة للوزارة من خلال الحصول على تقدير للوضع القائم والاحتياجات والامكانات المطلوب توفيرها. ▪ تخصيص الدعم المالى المطلوب لتنفيذ الرؤية.
<p>مديريات الصحة بالمحافظات</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ انشاء إدارة أو قسم أو حدة متخصصة فى التطوير المؤسسى، تتبنى نشر ثقافة المعرفة والتغيير المؤسسى ونشر الابداع والابتكار الإدارى. ▪ صياغة الآليات التنفيذية لتطبيق الرؤية الاستراتيجية لتطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسات الصحية لتحسين جودة خدماتها. ▪ دراسة وتحليل الوضع القائم للإدارات التنفيذية المسئولة عن الاشراف على عملية تنفيذ الاستراتيجية. ▪ تشكيل فريق عمل يضم مجموعة من التخصصات العلمية الإدارية والطبية يكون مسؤول عن تنفيذ الرؤية الاستراتيجية. ▪ توفير كافة الامكانات المادية والبشرية والتكنولوجية والمادة التدريبية المتخصصة لتنفيذ الرؤية الاستراتيجية. ▪ اصدار دليل للمعرفة يوضح معايير ومقاييس الأداء والأنشطة والخدمات التى تقدمها المؤسسات الصحية. ▪ وضع أليات للرقابة والمتابعة والتقييم بشكل دورى ومرحلى لقياس كافة الاجراءات والفاعليات المرتبطة بتطبيق الرؤية الاستراتيجية وتذليل الصعوبات ودراسة الاقتراحات. ▪ إجراء استطلاع دورى للعاملين بالمؤسسات الطبية حول تطبيق إدارة المعرفة.

المستوى	الآليات التخطيطية المقترحة
---------	----------------------------

التخطيطي	
المؤسسات الصحية	<ul style="list-style-type: none"> ▪ صياغة الآليات التنفيذية على مستوى المنظمة. ▪ نشر ثقافة المعرفة وتنمية وعي العاملين بأهمية إدارة المعرفة بالقطاع الصحي. وتأثيره على الارتقاء بالأداء. ▪ تطوير البنية التحتية للمؤسسة الطبية وتحديث الوسائط الالكترونية. ▪ تحفيز العاملين على إبداء الآراء والأفكار والوثائق والمعلومات والخبرات. ▪ حصر المعارف والمهارات والخبرات التي يمتلكها العاملون سواء من المعرفة الضمنية أو الظاهرة وتخزينها وتبويبها إلكترونياً. ▪ تقدير الاحتياجات التدريبية المعرفية للعاملين وتحديد المستوى المعرفي المرجو الوصول اليه. ▪ تنفيذ دورات تدريبية متخصصة فى ضوء تقدير الحاجات الفعلية للعاملين. ▪ دعم السلوك المعرفي الايجابي وتعزيزه معنويا وماديا. ▪ انشاء شبكة معلومات داخلية تساعد العاملين فى الوصول الى قواعد البيانات عند الحاجة اليها. ▪ تنفيذ لقاءات دورية تواصلية لتبادل المعارف والخبرات والمعلومات المتصلة بالأداء الإداري والفنى بين أفراد المؤسسة. ▪ اعداد ونشر وثائق ونشرات داخلية تساعد الموظف على القيام بمهام عمله بسهولة ويسر. ▪ اعداد نظام لتقييم الأنشطة والبرامج والجهود المتحققة من تنفيذ برنامج إدارة المعرفة

قائمة المراجع.

المراجع العربية.

- أبو النصر، مدحت محمد(2012). الإدارة بالمعرفة ومنظمات التعلم، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة.
- أبو عزام، محمد خالد (2021). إدارة المعرفة والاقتصاد المعرفي، ط1، دار زهدى للنشر والتوزيع، الأردن.
- إدريس، أنفال (2016). تقييم جودة الخدمات الصحية فى مدينة البراحة الطبية بحرى، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
- الأثرى، أحمد صالح، و عقيل، مها محمد، والعمر، جاسم إبراهيم (2017). إدارة المعرفة ورأس المال المعرفي في المنظمات الكويتية، مجلة كلية التربية، المجلد (33)، العدد (1)، جامعة اسيوط.
- البكرى، ثامر ياسر (2005). تسويق الخدمات الصحية، دار البازورى العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة.

الجزار، أحمد سمير معوض، وعكرش، أيمن أحمد (2021). جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية والخاصة بمحافظة الشرقي: دراسة مقارنة، مجلة

الزقازيق للبحوث الزراعية، المجلد (48)، العدد (6) ، كلية الزراعة، جامعة الزقازيق.

الجمال، أمل عبد المرضى عبد المنعم (2019). محددات جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا العملاء في المستشفيات الحكومية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد (17)، العدد (17)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

الحباشنة، يسار محمود أحمد (2021). إتجاهات مديري المدارس الحكومية نحو تطبيق إدارة المعرفة لتحقيق تميز الأداء في محافظة الكرك، مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية، المجلد (2)، العدد (12).

الخليفة، الزين الخليفة الخضر(2020). إدارة المعرفة ومدى استثمارها في تطوير العملية التعليمية من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية، المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، المجلد(4)، العدد (16)، جامعة الخرطوم.

الرشيدى، نايف رجا نايف (2020). دور إدارة المعرفة في تحقيق جودة التعليم في المؤسسات التعليمية في دولة الكويت، المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، المجلد (4)، العدد (15)، Doi:10.33850/ajahs.2020.120034.

السروجى، طلعت مصطفى؛ وأبو النصر، مدحت محمد (2006). جودة الخدمات الاجتماعية: المفهوم والأهمية والضمانات، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية العدد(21)، الجزء(4)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

السكرى، أحمد شفيق (2000). قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

السلمى، على (2002). إدارة التميز: نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.

الشريف، محمد أبو العلا (2021). إدارة المعرفة ودورها في التخطيط لإدارة مؤسسات الخدمات الاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، المجلد (56)، العدد (2)، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان.

الشنطى، محمود عبد الرحمن (2020). دور عمليات إدارة المعرفة في تحسين الرضاقة الاستراتيجية بالمنظمات غير الحكومية قطاع غزة، مجلة جامعة العين للأعمال والقانون، المجلد (1)، العدد (3).

الطويل، أكرم أحمد (2010). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد(6)، العدد(19)، العراق.

- العتيبي، عبد الله ضاوى (2019). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف، مجلة دراسات، المجلد (20)، العدد (1)، كلية إدارة الأعمال، جامعة الطائف.
- الغانمي، إيمان محمد جواد (2016). توظيف عمليات إدارة المعرفة في تعزيز استراتيجيات إدارة الموارد البشرية: دراسة ميدانية في مديرتي التربية العامة في محافظتي كربلاء وبابل، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء.
- الفندري، عزة؛ وخشبه، محمد ماجد (2020). فجوات وتحديات النظام الصحي في مصر وسياسات مقترحة لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، المجلد (28)، العدد (1)، نوفمبر، معهد التخطيط القومي.
- القهيوي، ليث عبد الله (2013). إستراتيجية إدارة المعرفة والأهداف التنظيمية، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- المنظمة العربية للتنمية الإدارية (2008). الأداء الإبداعي في إدارة العلاقات العامة، جامعة الدول العربية، مصر.
- الموسوي، سعد مهدي سعيد (2016). دور مكونات أنظمة المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، كلية إدارة الأعمال، جامعة القادسية، العراق.
- النسور، إياد عبد الفتاح (2008). أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية: مدخل مفاهيمي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- النسور، بلال هاشم (2019). مدى الجاهزية للتغيير التنظيمي وأثرها على جودة الخدمات الصحية من خلال تطوير الهيكل التنظيمي في ضوء نظرية القدرات الدينامية: دراسة حالة المستشفيات الجامعية في الأردن، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد (27)، العدد (2).
- بدير، جمال يوسف (2013). إتجاهات حديثة في إدارة المعرفة والمعلومات، كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- بشير، بودية (2017). أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمها-بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد (3)، العدد (2)، جامعة طاهري محمد.
- حافظ، محمد حسن، وحامد، نازك عبد الله (2019). أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في ولاية الخرطوم، المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال، المجلد (6)، العدد (3)، مركز رفادج للدراسات والأبحاث.

- خاطر، السيد محمد، والمنهاوى، عبد الحكيم عبد الرحمن، والقللى، عبد الكريم حسين (2020). أثر تطبيق إدارة المعرفة فى تحسين أداء المشروعات القومية: دراسة تطبيقية على مشروعات العاصمة الإدارية الجديدة، المجلة العربية للنشر العلمى، العدد(26).
- داود، مجدى حسين (2012). خدمات الرعاية الطبية فى مصر، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.
- درياش، المبروك (2019). إدارة المعرفة من منظور القطاع العام، مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، المركز الديموقراطى العربى، برلين، المانيا، العدد (5).
- رضوان، علاء فرج حسن (2021). دور مهارات التعامل مع المرضى فى تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، المجلد (15)، العدد (4)، كلية التجارية، جامعة عين شمس.
- رضون، وائل وفاق، والدهشان، آمال عوض (2020). إدارة المعرفة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية للتعليم الثانوى العام بمصر، مجلة كلية التربية، العدد(75)، جامعة دمياط.
- سرحان، نهال وآخرون (2016). تقييم الأوضاع الصحية فى مصر من واقع العقد الاجتماعى، القاهرة، مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار.
- سفيان، عصمانى (2008). دور التسويق فى قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرضى)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التيسير والعلوم الإدارية، جامعة محمد بوضياف، المسلة، الجزائر.
- شارد، هانى (2017). إدارة المعرفة بين النظرية والتطبيق، المجمع الثقافى المصرى جسور للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة.
- صدقى، أحمد محمد سعيد، و حمودى، لينا عدنان (2018). قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة فى مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية، المجلد (3)، العدد (9).
- عبد الجواد، أسماء مصطفى محمود (2021). العوامل المؤثرة فى عدالة توزيع الموارد البشرية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد(22)، العدد (22)، الجزء (6)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

عبد الجواد، لميس (2016). إدارة الجودة الشاملة ومستوى مساهمتها في تحقيق إدارة المعرفة بالخدمات الطبية العسكرية، رسالة ماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

عبد القادر، محمد نور الطاهر أحمد (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد (11)، العدد (4).

عبد المحسن، توفيق محمد (2004). قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي. القاهرة.

فهيمى، محمد سيد (2016). الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعى، دار الوفاء للنشر ودنيا الطباعة، الاسكندرية.

محمد، محمد عبد اللطيف (2019). الرقابة على الأداء وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بالتطبيق على مستشفى شبرا العام (كتشنر)، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد (14)، العدد (14)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

محمود، محمد نائف (2015). الإقتصاد المعرفى، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان. مسلم، على (2009). إدارة المعرفة: مفهوما وعملياتها وتحدياتها وآثارها على النواتج التنظيمية، المؤتمر الدولى للتنمية الإدارية، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.

منتصر، هالة على حواش (2012). دور إدارة المعرفة فى تطوير أداء أعضاء هيئة التدريس فى خدمة المجتمع بالجامعات المصرية، مجلة التربية فى القرن 21 للدراسات التربوية والنفسية، العدد السابع عشر، كلية التربية، جامعة مدينة السادات.

المراجع الأجنبية.

Anderson, M, & Perils, D.R (2005). Logic self-awareness and self-improvement: the Meta cognitive loop and the problem of brittleness, Journal of logic and computation, Volume (15), Issue (1).

Ashok, M, Narula, R, Martinez, A, Noya. (2016). How Collaboration and Investments in Knowledge Management Affect Process Innovation in Services?, Journal of Knowledge Management, Vol. (20), No. (5).

Burk, Mike (1999). Knowledge Management: every one benefits by sharing information Public Roads. November/December (Vol.63) (No.3.) Available on:

- www.tfhr.gov/pubrds/novdec99/km.htm {Accessed July 2, 2013}.
- Colnar, S, & Dimovski. V (2020). Knowled Management Social Work: Mangment Support, Incentives Knowledge Implementation, and Employce Empowerment, Economic and Business Review.
- Dalkir, Kimiz. (2011). Knowledge Management in Theory and Practice, 2nd Ed., MA: Massachusetts Institute of Technology, Cambridge.
- Fernandez, Irma Becerra & Sabherwal, Rajiv (2014). Knowledge Management: Systems and Processes, 2nd, Rutledge, New York, doi.org/10.4324/9781315715117.
- Higgins, B.A.(2000). An Analysis of effects of integrated instruction of metacognitive cognition and skills upon the self-efficacy and achievement of male and female students, Master's Research Project, Miami university, Ohio, Dissertations/These (040): ERIC Document Reproduction Service No, 447152.
- Hojabri, R. Eftekhar, F., Manafi, M., Kian, Mohammad, J. (2014). The Processes of Knowledge Management in Iran's Health industry, top class Journal of Business Management and Innovations, vol (1), No. (2), p.21.
- James, Bishop & Dino, Bouchlaghem (2008). Ensuring the effectivenss of a knowledge Management Initiative, Journal of Knowledge Management, Vol (4), No (12)
- Khotbancha, W. Chantarasombat, C. & Sriampai, A (2015). Development of a Knowledge Management Model for the Development of a Quality Public Sector Management System for the Office of the Primary Educational Service Area, International Journal of Educational Administration and Policy Studies, Vol. (7), No. (2), PP.39-46.
- Payne, Malcolm (1997). Modern Social Work Theory, Published Macmillan, London.
- Rastogi, P.N (2000). Knowledge Management and intellectual Capital- the New virtuous Reality of Competitiveness, Human systems Management, No (19), Issue (1).
- Raymond.L, Golsteen Karen Goldsteen, Terry L. Dwelle. (2015). Interoduction to Public Health: Promises and Practices. (2nd ed), New York, Springer Publishing Commpany.