



The Ninth International Scientific Academic Conference
Under the Title “Contemporary trends in social, human, and natural sciences”

المؤتمر العلمي الاكاديمي الدولي التاسع

تحت عنوان "الاتجاهات المعاصرة في العلوم الاجتماعية، الانسانية، والطبيعية"

17 - 18 يوليو - تموز 2018 - اسطنبول - تركيا

<http://kmshare.net/isac2018/>

A study of Knowledge sharing impact on the delivery and marketing of alternative medicine services

(A case study in the Makkah region, Saudi Arabia)

Abdullah M alwaadei ^a , Waseem Sami Bardesy ^b , Haytham Ahmad alqubaei ^c

^a King Abdulaziz University, 21589 Jeddah., Saudi Arabia

abdullah.alwaadei@gmail.com

^b King Abdulaziz University, 21589 Jeddah., Saudi Arabia

wbardesy@gmail.com

^c King Abdulaziz University, 21589 Jeddah., Saudi Arabia

Dr.haythamoh@hotmail.com

Abstract: It is noticeable in the current era of increased interest and focus in the (sharing knowledge) both types in all fields, and perhaps the medical field is the most important sector that benefited greatly from this development; the nature of this field is based largely on data and information, in decision-making, and where the traditional medical field, Has been covered in many researches, the focus was - through this study - on alternative medicine services, which are popular in the use at the international and local level. The analytical descriptive approach was used, and by analyzing and discussing the results of the study, the researchers found that there is a lack of



knowledge in the sample of the study, as well as the lack of centers or specialists known to the beneficiaries, as well as there is a not knowledge of alternative medicine and the lack of knowledge of beneficiaries of the variety of alternative medicine treatments. A positive relationship was also found between the availability of sufficient knowledge and the experience of alternative medicine services, as well as a positive relationship between the availability of adequate information among the providers and specialists of alternative medicine services and the experience of service. The study also concluded that the knowledge sharing between the specialists among them on the one hand, and the awareness of the community on the other. The study also concluded with the most important services offered by the alternative medicine, and the least important, and the groups interested in testing these services.

Keywords: Knowledge , knowledge sharing , medical services , marketing medical services , alternative medicine , alternative medicine services.



دراسة أثر مشاركة المعرفة على تقديم وتسويق خدمات الطب البديل (حالة دراسية في منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)

عبدالله مسفر الوادعي ، وسيم سامي برديسي، هيثم أحمد القببيعي
(طلبه دكتوراه في علم المعلومات إدارة المعرفة)، جامعة الملك عبدالعزيز بجدة
المملكة العربية السعودية

المستخلص

من الملاحظ في العصر الحالي زيادة الاهتمام والتركيز في مشاركة المعرفة بكلا نوعيها في كافة المجالات، ولعل المجال الطبي اهم القطاعات التي استفادت بشكل كبير من هذا التطور؛ لطبيعة هذا المجال المرتكزة بشكل كبير على البيانات والمعلومات، في اتخاذ القرارات، وحيث ان المجال الطبي التقليدي، تم تغطيته في أبحاث كثيرة، فكان التركيز من خلال - هذه الدراسة - على خدمات الطب البديل، والتي تلقى رواجاً في الاستخدام على المستوى الدولي والمحلي.



تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، ومن خلال تحليل ومناقشة نتائج الدراسة توصل الباحث إلى أنه يوجد نقص في المعرفة لدى عينة الدراسة، وكذلك عدم وجود مراكز أو متخصصين معروفين لدى المستفيدين، وكذلك هناك معرفة خطأ للطب البديل وعدم معرفة المستفيدين من تنوع علاجات الطب البديل. كما تبين وجود علاقة إيجابية بين توفر المعرفة الكافية وتجربة خدمات الطب البديل، وكذلك وجود علاقة إيجابية بين مدى توفر المعلومات الكافية لدى القائمين والمختصين على خدمات الطب البديل، وتجربة الخدمة. كما توصلت الدراسة إلى فله مشاركة المعرفة بين المختصين فيما بينهم من جانب، وتوعية المجتمع من جانب آخر، كما خلصت الدراسة إلى أهم خدمات الطب البديل المقدمة، وأقلها أهمية، وإلى الفئات المهتمة بتجربة هذه الخدمات.

الكلمات الدالة

المعرفة - مشاركة المعرفة - الخدمات الطبية - تسويق الخدمات الطبية - الطب البديل - خدمات الطب البديل
المقدمة

أصبحت إدارة المعرفة نظامًا ثابتًا في العديد من التطبيقات والتقنيات الإدارية في كافة القطاعات الربحية وغير الربحية المختلفة، ومع بداية ظهور مفهوم إدارة المعرفة بدأت تركز الجهود على الأهداف الاستراتيجية لمشاركتها؛ لتحسين الأداء، والحصول على ميزة تنافسية، والابتكار، وتقاسم ومشاركة الدروس المستفادة، والتكامل، والتحسين المستمر.

تمتلك المنظمات الكبيرة والمؤسسات العامة والمنظمات الربحية وغير الربحية في دول الغرب، موارد مخصصة لجهود إدارة المعرفة ومشاركتها؛ لما لها من أهمية في تحفيز التغيير الثقافي والابتكار، وتشجع على التدفق الحر للأفكار والثقافة المبتكرة، وتساعد على تطوير الشراكات وتقييم المخاطر وتنظيم الإدارة وتعزيز قيمها وتحقيق أهدافها.

وبما أن إدارة المعرفة هي الإطار المنهجي والتكنولوجي من أجل الاستحواذ الفعال على كل من المعرفة الضمنية والصريحة، فإن مشاركة هذه المعرفة في تقديم وتسويق خدمات الطب البديل هي بمثابة مورد



استراتيجي لصنع القرار، فيما يتعلق بمجموعة من قواعد العمل، والتننبؤ بالاتجاهات، ورؤى، وتحليل سير العمل، والنتائج التحليلية، والإرشادات الإجرائية.

البند الأول : مشكلة الدراسة :

هناك عدد قليل من المنظمات العربية الربحية وغير الربحية، لديها استراتيجية لمشاركة المعرفة أو نهج معتمد ومدروس لدعم عملية مشاركة المعرفة، بما في ذلك منظمات تقديم الرعاية الصحية.

في مجال الرعاية الصحية يعتمد صنع القرار بشكل أساسي على البيانات والمعلومات التي تولدها إدارة المعرفة ومشاركتها. ويتم تطوير مشاركة المعرفة بشكل رئيسي في مجال إدارة السجلات الصحية الإلكترونية وإدارة المنظمات الصحية؛ وتقديم الخدمات وتسويقها. وقد تم تكيف البحوث الغربية في مجال الأعمال التجارية وتطبيقها على إدارة المعرفة لرعاية الصحية. برغم ما تواجهه هذه الإدارة من التحديات بسبب الطبيعة الخاصة بهذه الخدمة. حيث يمكن اعتبار مؤسسات الرعاية الصحية "غنية بالبيانات" لأنها تولد كميات هائلة من البيانات، مثل السجلات الطبية الإلكترونية، وبيانات التجارب السريرية، وسجلات المستشفيات، والتقارير الإدارية، ونتائج المقارنة، وما إلى ذلك. لكن، في نفس الوقت، يمكننا القول إن مؤسسات الرعاية الصحية "فقيرة بالمعرفة" لأن بيانات الرعاية الصحية نادراً ما تتحول إلى مورد دعم استراتيجي للقرار. وبرغم ذلك فإن تبني مشاركة المعرفة - مع هذه التعقيدات - يساعد الأطباء والمدراء على تبني التغيير وتشجيع الأفكار والرؤى التي غالباً ما تؤدي إلى الابتكار من أجل توفير أفضل رعاية صحية ممكنة، وتحقيق التميز التشغيلي.

تعد خدمات الطب البديل أحد خدمات الرعاية الصحية الحديثة في المملكة العربية السعودية، وتتسم ممارساتها بشيء من عدم الوضوح للمرضى والحاصلين على خدمات الطب البديل كعلاجات تأهيلية أو مكملات للطب التقليدي. تركز معظم الأبحاث على دراسة البيئة الداخلية والإجراءات التنظيمية والتشغيلية لفهم طبيعة تقديم الخدمات وأفضل الأساليب لتسويقها. يفتقد هذا التوجه إلى مراعاة ركيزة أساسية في العملية التسويقية وهي المستهلكين أو المستفيدين، عليه تضع هذه الورقة البحثية المستفيد كعنصر أساسي للحصول على بيانات الدراسة. بناء على ذلك تسعى هذه الورقة البحثية في المقام الأول إلى التعرف على مدى معرفة المرضى ومختلف شرائح عينة الدراسة بخدمات الطب البديل، وكذلك



حجم استهلاك خدمات الطب البديل وسلوك الشرائح المختلفة في استخدام هذه الخدمات الطبية. تساعد النتائج التي سيتم الوصول إليها في تحديد أفضل الممارسات التسويقية لخدمات الطب البديل ومدى تأثير تطبيقات مشاركة المعرفة المختلفة على تلك الممارسات التسويقية للوصول إلى تحقيق التميز في تقديم خدمات الطب البديل.

أوضحت الورقة البحثية ان تبني مشاركة المعرفة مجال الرعاية الصحية يمثل تحديًا كبيرًا. لذلك سوف نتطرق من خلال هذه الدراسة الى أهمية (مشاركة المعرفة في تقديم وتسويق خدمات الطب البديل في المملكة العربية السعودية، وبشكل خاص مؤسسات الرعاية الصحية في منطقة مكة المكرمة)؛ لاستكشاف وفهم أساليبها، وتقنياتها، وتحدياتها واحتياجاتها، ومدى تطبيقها، ونتائج تأثير تطبيقها من عدمه.

البند الثاني: أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذا البحث من حيث الأصالة في كونه الأول من نوعه حسب -علم الباحثين- في المملكة العربية السعودية، حيث يناقش دور وأثر مشاركة المعرفة على تقديم وتسويق خدمات الطب البديل. أما من الجانب العملي، فإن نتائج التحليل للبيانات، سوف تبين مدى إمكانية تطبيق مشاركة المعرفة في مؤسسات الرعاية الصحية، من عدمه، وكيف يمكن الاستفادة من ممارسات مشاركة المعرفة في مجال الطب البديل مستقبلاً. من الجانب العلمي، فإن نتائج هذه الدراسة سوف تكون النواة التي تنبثق منها العديد من المواضيع والدراسات المكلمة أو المقارنة لما تم التوصل إليه، وإثراء جوانب لم يتم دراستها أو التطرق لها مسبقاً. للبحث أهمية بالغة بالنسبة للباحثين، حيث تفيد هذه الدراسة في الإثراء الفكري للباحثين في الجانبين العلمي والعملي.

البند الثالث: أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة للوصول إلى الأهداف الأساسية التالية:



1. معرفة مدى توفر المعرفة الكافية لدى عينة الدارسة، حول خدمات الطب البديل.
2. معرفة مدى أهمية مشاركة المعرفة، وأهم الوسائل المناسبة لمشاركة المعرفة؛ بهدف التحفيز لاستخدام خدمات الطب البديل.
3. معرفة أهمية خبرات القائمين على خدمات الطب البديل، كمحفز للعلاج وتجربة الخدمات. كما تسعى الدراسة للوصول إلى الأهداف الثانوية التالية:
 1. معرفة العلاقة بين الاهتمام ووجود النية باستخدام خدمات الطب البديل، بالخصائص الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، مستوى الدخل).
 2. معرفة أبرز مزايا وعيوب، خدمات الطب البديل المقدمة.
 3. معرفة أبرز خدمات الطب البديل، المستخدمة والمفضلة لدى عينه الدراسة.
 4. معرفة أهم المعايير المفضلة؛ لاختيار خدمة من ضمن خدمات الطب البديل.

البند الثالث: فرضيات الدراسة

- فرضية الأولى (الصيغة الصفرية): لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين توفر معرفة كافية حول خدمات الطب البديل، واختيارها أو وجود نية لتجربتها.
- الفرضية الثانية (الصيغة الصفرية): لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين أهمية مشاركة المعرفة، واستخدام خدمات الطب البديل.
- الفرضية الثالثة (الصيغة الصفرية): لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين خبرات القائمين على خدمات الطب البديل، واستخدام وتجربة خدمات الطب البديل.
- الفرضية الرابعة (الصيغة الصفرية): لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تجربة خدمات الطب البديل، باختلاف بعض الخصائص الديمغرافية.
- الفرضيات الفرعية للفرضية الرابعة:
 1. لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية، بين تجربة خدمات الطب البديل، تبعاً لنوع "الجنس" لدى عينة الدراسة.



2. لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية، بين تجربة خدمات الطب البديل، تبعاً " للعمر " لدى عينة الدراسة.
3. لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية، بين تجربة خدمات الطب البديل، تبعاً " للمستوى التعليمي " لدى عينة الدراسة.
4. لا يوجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية، بين تجربة خدمات الطب البديل، تبعاً " لمستوى الدخل " لدى عينة الدراسة.

البند الرابع: حدود الدراسة

- الحدود المكانية: مؤسسات الرعاية الصحية الربحية وغير الربحية في منطقة مكة المكرمة..
- الحدود الزمانية: الفصل الثاني لعام 2018/1438م.
- الحدود الموضوعية: أثر مشاركة المعرفة على تقديم وتسويق خدمات الرعاية الصحية.
- الحدود البشرية: المستفيدين ومستخدمي خدمات الطب البديل بمنطقة مكة المكرمة.

البند الخامس: الإطار النظري

- مشاركة المعرفة



لقد عرفت المشاركة المعرفية بانها العملية التي يتم من خلالها نقل المعرفة الصريحة أو الضمنية إلى الأفراد الآخرين وذلك من خلال التواصل الذي يتم بينهم، وفي هذا الإطار فإنه يمكن النظر إلى ثلاثة تفسيرات هامة يمكن توضيحها كما يلي (1):

1. فالمشاركة المعرفية تم تفسيرها على أنها البحث عن المعرفة في جميع أنحاء المنظمة بحيث يتشارك الافراد والجماعات المعرفة المختزنة في جميع أماكن تخصص المعرفة. ويتضح من هذا المعنى أن المستقبلين للمعرفة يحصلون على المعرفة من أماكن تواجدها ويقوم بالعمل بها.
2. تعتبر مشاركة المعرفة هي عملية إدراك التفسيرات المختلفة المعتمدة على المعرفة بحيث يقوم المستقبلين للمعرفة باستخدامها، كما أنهم يكتسبون المعرفة للقيام بأعمال معتمدة على هذه المعرفة التي تم اكتسابها.
3. أما المشاركة بالمعرفة تعنى التحويل الفعال للمعرفة، وأن من يمتلك المعرفة يكون قادرًا وراغبًا على مشاركة الآخرين، فقد تكون المعرفة موجودة عند الأفراد أو الجماعات أو المنظمات إلا أن وجود المعرفة لا يعني أن هناك مشاركة في المعرفة.

وفي ضوء ذلك يرى الباحث أن عملية نقل المعرفة للآخرين ليست هي عملية مشاركة المعرفة، فنقل المعرفة للآخرين تعتبر جزء من مشاركة المعرفة وليس الكل، وبالتالي فإن عملية مشاركة المعرفة لا بد أن تكون من خلال التواصل المباشر مع الآخرين، ويكون هناك العديد من المتصلين فتتم عملية المشاركة الجماعية بين الأفراد والجماعات والمؤسسات وغيرها من الوحدات المتعارف عليها سواء داخل المنظمة أو جميع المنظمات التي تتصل مع بعضها البعض ويطلق عليها مجموعة المتصلين.

- تسويق الخدمات الصحية

التسويق من المعروف أنه يخدم الأهداف التجارية، وتسويق الخدمات الصحية هو "مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تبدأ بعملية الإنتاج وأنها، ثم يهدف إلى تحقيق إرضاء وإشباع المستهلكين، وكذلك تحقيق الأهداف المحددة للمنظمة بما فيها زيادة أرباحها. ولذلك فيتطلب من العاملين في مجال التسويق الصحي ما يلي (2):

- تحديد مدى فعالية الخدمات الصحية في التقليل من الأمراض وفي المساهمة في جعل الأفراد أكثر قدرة للوقاية من الأمراض.



- بيان مدى فعالية ونجاح أنشطة التسويق الصحي.
- جعل سلوك صحي طوعي لدى الأفراد وانتشار وعي صحي يساهم في توجيه هذا السلوك مهما اختلفت ظروف هؤلاء الأفراد.
- جمع المعلومات والبيانات عن السوق المستهدف وبيان الحاجات الفعلية من الخدمات الصحية.

- خدمات الطب البديل

العلاج الطبيعي

يساعد العلاج الطبيعي المرضى على تحقيق أقصى قدر من الحركة والقدرة البدنية، إما عن طريق استعادة القدرة الجسدية على الحركة بعد فقدانها بسبب المرض أو الإصابة أو الشيخوخة، أو تطوير القدرة الجسدية على الحركة كمرحلة تأهيل ثانوية⁽³⁾.

العلاج بالإبر

يحسن العلاج بالإبر وظائف الجسم ويعزز عملية الشفاء الذاتي الطبيعية عن طريق تحفيز مواقع تشريحية محددة، يشار إليها عادة بنقاط الوخز بالإبر، أو نقاط الوخز. الطريقة الأكثر شيوعاً لتحفيز نقاط الوخز هو إدخال إبر دقيقة وعقيمة في الجلد.

العلاج الانعكاسي

علم المنعكسات هو تطبيق الضغط على المناطق على القدمين واليدين والأذنين. الاسترخاء هو بشكل عام وقد يكون وسيلة فعالة للتخفيف من التوتر. النظرية وراء العلاج الانعكاسي هو أن هذه المناطق تتوافق مع أجهزة وأنظمة الجسم، حيث أن الضغط المطبق على هذه المناطق يؤثر على الأعضاء ويعود بالفائدة على صحة الشخص⁽⁴⁾.

تستخدم المخططات البيانية للإرشاد أثناء ممارسة الضغط على مناطق معينة، تستخدم بعض المواد في عملية العلاج، مثل كرات المطاط، والعصابات المطاطية، وعصي الخشب، للمساعدة في العملية العلاجية. تشمل ممارسات العلاج بعلم الانعكاسات تقويم العظام والمعالجة الفيزيائية والمعالجة بالتدليك.



علاج تقويم العظام والعمود الفقري

العلاج بتقويم العمود الفقري هو شكل من أشكال الطب البديل الذي يهتم في الغالب بتشخيص وعلاج الاضطرابات الميكانيكية في الجهاز العضلي والهيكلي، وخاصة في العمود الفقري.

علاج العظام والعضلات

علاج العظام والعضلات من الممارسة الطبية التي تركز على علاج الاضطرابات الصحية من خلال معالجة وتدليك العظام والمفاصل وأنسجة العضلات (5).

التغذية

يقدم أخصائي التغذية المشورة بشأن المسائل المتعلقة بالغذاء والتغذية الصحية. يتكامل عمل أخصائي التغذية مع بقية البرامج والخدمات العلاجية من حيث تقديم أنظمة حمية تتوافق مع الأساليب العلاجية المختلفة التي يقدمها المركز.

العلاج بالملح الجاف

يعتبر العلاج بالملح الجاف، أو العلاج بالهلام، علاجًا شموليًا خالٍ من الأدوية، وذلك باستخدام الجزيئات الدقيقة من الملح لتعزيز التنفس الأفضل وصحة البشرة والنوم الأكثر سلاسة وتحسين اللياقة البدنية وقدرة التحمل والصحة بشكل عام. يساعد العلاج بالملح الجاف أيضًا على تخفيف أعراض العديد من أمراض الجهاز التنفسي والجلد.

جلسات استنشاق الأوكسجين

تزيل جلسات استنشاق الأوكسجين السموم ويعتبر من العلاجات التكميلية المساعدة في علاج السرطان. تعتبر ممارسات العلاج باستنشاق الأوكسجين آمنة وليس لها أعراض جانبية، كما أنها تعزز الصحة العامة، بما في ذلك تقوية جهاز المناعة، وتعزيز التركيز، والحد من التوتر، وزيادة الطاقة واليقظة، والحد من آثار مشاكل مخلفات السموم بالجسم، والصداع، ومشاكل الجيوب الأنفية، واسترخاء الجسم بشكل عام.

العلاج بالتدليك (المساج)



التدليك ينطوي على التفاعل والعمل على الجسم مع الضغط. يتم تطبيق التقنيات عادة باستخدام اليدين أو الأصابع أو المرفقين أو الركبتين أو الساعد أو القدمين أو الجهاز. يعتبر التدليك العلاجي ذو نتائج ايجابية لعلاج للإجهاد أو الألم.

الحجامة

عملية سحب الدم الفاسد من الجسم عن طريق تطبيق كاسات الحجامة العلاجية الطبية على نقاط معينة لتخفيف الألم الداخلي لأعضاء الجسم المختلفة (6).

ذكر (كريستو المور، 2010م) في كتابه (إدارة المعرفة في الرعاية الصحية) بأن قطاع الرعاية الصحية يعتمد بشكل كبير على المعرفة؛ من أجل توفير جودة الرعاية في قرارات الصحة العامة، وأن هنالك حاجة إلى التحول نحو اتخاذ القرارات القائمة على المعرفة. وأن من الواضح أن الرعاية الصحية يمكنها الاستفادة من العديد من المزايا التي يمكن أن توفرها إدارة المعرفة. ومع ذلك، هناك تحديات عديدة تنتظرنا، بعضها يخص إدارة المعرفة، وبعضها خاص بمجال الرعاية الصحية. يبقى التحدي الأساسي هو الوعي بأهمية وإمكانيات إدارة المعرفة ومشاركتها، أي اننا بحاجة الى استراتيجية موضع التنفيذ، ويجب التخطيط لإدارة التغيير من أجل تأسيس ثقافة تعتمد على إدارة المعرفة ومشاركتها، وأن إدارة المعرفة ليست بدعة او علاج بل يجب أن تكون متكاملة في ثقافة المنظمة. وبالتالي، فإن قابلية الاستخدام تمثل تحديًا كبيرًا، لا سيما أن العاملين في مجال الرعاية الصحية يعملون في بيئة تتصف بانها مرهقة ويوجد ضغط بالوقت ونقص في المهنيين. وأن مشاركة المعرفة ترتبط بمدى الحاجة لها، والتي أصبح متزايد وأمر حيوي، معنية بالنشر من المعرفة التي تربط وتكيف نتائج البحوث لاحتياجات المجتمع. على نحو متزايد، وأن هناك حاجة ماسة إلى الفهم كيف يتم نقل المعرفة، وتحولها هذه الفهم سيساعد في توفير التغذية الراجعة لمولدات المعرفة (أي الباحثين) وتوسيع معرفتهم (أي المساعدة في توليد المزيد المعرفة).

إدارة المعرفة في الرعاية الصحية تتقدم. ويمكن التعامل مع التعقيد والتحديات التي تواجه قطاع الرعاية الصحية من خلال اعتماد على استراتيجيات إدارة المعرفة، وتطوير مشاركة الشركاء في الرعاية الصحية (مثل الممارسين، الإداريين، وما إلى ذلك) (7).



وفي سياق متصل، ذكر (Desouza ، 2003) في مقال عن (دارة المعرفة في المستشفيات) بان الحقل الطبي في السنوات الأخيرة يعاني من ضغوطاً متزايدة من أجل خفض التكلفة وزيادة جودة الرعاية الصحية. هذه الضغوط تجبر إلى اتخاذ تغييرات جذرية في جميع أنحاء الصناعة. ومن ثم فإن إدارة المعرفة في مؤسسات الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لتحقيق إنجازات أفضل في خفض تكلفة الخدمات بجودة أعلى. وان قلق الباحثين والممارسين عن بشأن إدارة المعرفة كونها مجرد بدعة لتحقيق القيم الموعودة، غير صحيح، ويجب على إدارة المعرفة معالجة القضايا الاستراتيجية وتوفير المزايا التنافسية. وقد لاحظ ماكديرموت (1999) أن الشركات سرعان ما تجد أن الاعتماد فقط على استخدام تكنولوجيا المعلومات للاستفادة من المعرفة التنظيمية نادراً ما يتم تطبيقه. وإن مبادرات إدارة المعرفة جارية حالياً في معظم مؤسسات الرعاية الصحية، يمكن أن تعطي النتائج المتوقعة منها في حال زيادة عدد هذه الجهود خلال السنوات القليلة القادمة. وتشمل مجالات الأبحاث المستقبلية والمستمرة: تقنيات البحث والاسترجاع المؤتمتة لمعلومات الرعاية الصحية، وأنظمة مراقبة المريض الذكية، ودلالات تمثيل المعرفة المثلى⁽⁸⁾.

بينما يرى (Itsquiz ، 2016) في مقال عن (كيفية استخدام إدارة المعرفة في صناعة الرعاية الصحية) بان الرعاية الصحية قطاع مدفوع بالمعرفة، ويحتاج الموظفون إلى المعرفة في هذه الصناعة إلى أكثر من غيرهم من المحترفين الذين يتدربون باستمرار طوال حياتهم المهنية. وان الأطباء والعاملين في المجال الطبي بحاجة إلى معلومات جديدة، ومن الصعب عليهم تقسيم هذه المعرفة إلى فئات، وبصعب العثور على المعلومات الضرورية عندما يحتاجون إليها. وعليه فإن الأمر يحتاج إلى البحث عن الحل بسرعة واستخدام تقنيات وأساليب جديدة. وانه باستخدام إدارة المعرفة يتم الوصول إلى الحل في الوقت المناسب وخصوصاً في حالات التشخيص ووضع العلاج المناسب⁽⁹⁾.

كما ان مشاركة المعرفة تنظيم تدفق البيانات التي يحصل عليها الأطباء كل يوم. من خلال تطوير تكنولوجيا المعلومات، وتعزيز تنظيم البيانات الطبية، والتعاون بين المؤسسات المختلفة. وانه في الوقت الحاضر، تساعد أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية في تحسين المعرفة عن طريق تدوين وتقديم الممارسات والخبرات الطبية إلى أنظمة دعم القرار في مجال الرعاية الصحية. لهذا السبب، يمكنك اتخاذ قرارات استراتيجية من خلال تقنيات استخراج البيانات.

وتسمح إدارة المعرفة للخبراء والمستشفيات باستخدام المنهجيات العالمية التي تشمل رأس المال الفكري وبرمجيات تكنولوجيا المعلومات لتلبية الاحتياجات الطبية. وتساعد مشاركة المعرفة الأجيال



القادمة على التعلم من الأخطاء السابقة وتصميم حلول مبتكرة. وعلى سبيل المثال: تستخدم بعض المؤسسات الطبية أدوات إدارة المحتوى وأنظمة إدارة التعلم على شبكة الإنترنت مع برامج تعليمية لتحسين التعليم والقضاء على الأخطاء المحتملة. كما ان تقنيات إدارة المعرفة توحيد جميع العمليات وتجعل التعليم المهني أكثر سهولة. ودور – مشاركة المعرفة - مفيد جدا في الصناعة الطبية عندما تكون الأخطاء باهظة الثمن ومهمة للغاية⁽⁹⁾.

هنالك ثلاثة أسباب هامة لإدارة المعرفة في صناعة الرعاية الصحية ذكرها (بلوم فاير، 2016 م)، وان ما يقدر بنحو 324,824,350 شخصاً يعيشون حالياً في الولايات المتحدة. ويتسأل أليس كل هؤلاء الناس يستخدمون نظام الرعاية الصحية في البلاد، فلك ان تخيل كمية المعرفة والخبرة اللازمة لعلاج الأعراض الفريدة لكل مريض على حدة. وان يوجد حالياً 5,627 مستشفى مسجل في الولايات المتحدة، بإجمالي جماعي يبلغ 12,440,670 موظفًا. يجب تدريب كل موظف من هؤلاء الموظفين عندما يبدأون وظائف جديدة أو ينقلون عيادات ومستشفيات ويستمررون في التدريب طوال حياتهم المهنية مع تطور الطب والإجراءات. ومع أرقام مثل هذه، ليس من المستغرب أن نظام إدارة المعرفة في النظام في قطاع الرعاية الصحية لها اهمية بالغه في الأسباب الثلاثة التالية⁽¹⁰⁾:

1. تحويل المعلومات الزائدة إلى اتخاذ قرارات ذات تعلم ومتمكّنة: يمكن أن يؤدي الاهتمام في الحصول على المعلومات في قطاع الرعاية الصحية إلى إنقاذ الأرواح، إذا كان لدى المحترفين القدرة على الوصول إليها بسرعة من أي مكان وفي أي وقت. ومع ذلك، فإن الأطباء لا يزالون يعتمدون إلى حد كبير على قراراتهم (الجراحة هي الخطوة التالية، هل هي مسألة ملحة، ما هو الدواء الذي ينبغي وصفه، وما إلى ذلك) على كل من المعرفة الشخصية والتجارب، بالإضافة إلى المعلومات المحدودة المتعلقة بالمريض. تساعد مشاركة المعرفة في إيجاد حلول متقدمة ودقيقة للطبيب بالبحث على الفور وتحديد الأعراض والإجراءات والمعلومات القيمة الأخرى التي يمكن أن تغير حياة المرضى للأبد إلى الأفضل.

2. لا يوجد مجال للخطأ في المجال الطبي: مع استمرار المستشفيات في زيادة الموظفين، فإن سوء الممارسة الطبية أخذ في الارتفاع. عندما يغادر الموظفون أو يتم تسريحهم، فإن معرفتهم بالإجراءات وأفضل الممارسات الحالية ترحل معهم، مما يؤدي إلى تكرار أكبر للأخطاء. تتيح حلول إدارة المعرفة ومشاركتها، للمستشفيات توحيد جميع الإجراءات بشكل كامل وتوفير دورات تدريبية يسهل الوصول إليها حول هذه الإجراءات. إذا كان لحلول تبادل المعرفة بحثاً



قويًا وتطبيقيًا، يمكن للأطباء والمرضى والفنيين الطبيين الوصول إلى الإجراءات في أي لحظة.

3. التعاون مع المهنيين الطبيين الآخرين مع حماية سرية الطبيب / المريض: عندما يتم تحديث السجلات الطبية بشكل كامل تقريباً وتخزينها ونقلها إلكترونياً، هناك فوائد واضحة لهذه الإجراءات، حيث يمكن البحث عن السجلات الطبية ومشاركتها بسهولة بين الأطباء والمتخصصين. ناهيك عن أن فقدان سجل طبي إلكتروني أقل صعوبة بكثير مما هو عليه في مجلد قديم ممزق يتم إرساله بالفاكس من العيادة إلى العيادة.

مع كل هذه الفوائد، لا يزال بعض المهنيين الطبيين لديهم مخاوف بشأن حفظ السجلات الإلكترونية، ولسبب وجيه. يمثل التحول الرقمي تهديدات جديدة لخصوصية المريض، وعلاقة الطبيب / المريض، وسرية الطبيب / المريض. إذن، كيف يتعاون المحترفون الطبيون ويتعلمون من الحالات السابقة والحالية لبعضهم البعض دون انتهاك هذه العلاقات؟ يسمح حل إدارة المعرفة لمزودي الرعاية بتوثيق ومشاركة الأعراض، أو أي معلومات أخرى قد تكون مفيدة، مع إبقاء المريض مجهولاً. بهذه الطريقة، فإن المعرفة المنقذة للحياة ليست خارج الحدود، ولا تزال خصوصية المرضى محمية. وأنه لا توجد صناعة أو منظمة واحدة لا تستفيد من اعتماد حل قوي لإدارة المعرفة ومشاركتها. يجب أن يكون لكل نوع من المؤسسات ثروة من المعرفة قابلة للبحث، وإجراءات موحدة، ومتاحة، وزيادة التعاون. ولكن في أعقاب التحول الرقمي في الرعاية الصحية، لا يعد حل إدارة المعرفة اختياراً اختياريًا؛ بل إنها أمر اجباري وحتمي (10).

البند السادس: الدراسات السابقة

تطرقنا العديد من الدراسات الغربية على دور وأثر مشاركة المعرفة على تقديم خدمات الرعاية الصحية، والتي من ضمنها:

وفي دراسة لـ (Nor'ashikin، 2017)، بعنوان (نجاح نظم إدارة المعرفة في الرعاية الصحية: مسائل القيادة)، كان منها دراسة تقديم رعاية صحية عالية الجودة، وحاجة الأطباء إلى الوصول إلى المعرفة الطبية الملائمة والمحلية وتفسيرها ومشاركتها. واستخدام تكنولوجيا المعلومات على نطاق واسع لتسهيل إدارة هذه المعرفة في مؤسسات الرعاية الصحية. الغرض من هذه الدراسة هو تطوير



نموذج نجاح لنظم إدارة المعرفة لمنظمات الرعاية الصحية. وتم الدراسة بطريقة صياغة نموذج من خلال توسيع نموذج نجاح لنظم إدارة المعرفة العامة عن طريق تضمين العوامل التنظيمية والنظامية ذات الصلة بالرعاية الصحية. وقد تم اختباره باستخدام بيانات تم الحصول عليها من 263 طبيباً يعملون في مجلسين صحيين للمقاطعة في نيوزيلندا. وكانت النتائج من بين عوامل النظام، وجد أن جودة ان محتوى المعرفة مهمة بشكل خاص لنجاح أنظمة إدارة المعرفة. من بين العوامل التنظيمية، كانت القيادة هي الأهم والأكثر أهمية من الحوافز. واستنتج الباحث بان تحفيز القيادة له دور في نجاح أنظمة إدارة المعرفة بشكل أساسي من خلال التأثير الإيجابي على جودة محتوى المعرفة. كما شجعت القيادة استخدام إدارة المعرفة لاسترجاعها، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي إلى استخدام هذا النوع من المعرفة الجيدة من قبل الأطباء، مما يؤدي في النهاية إلى نتائج أفضل للمرضى (11).

وفي دراسة لكل من (Prantik Bordoloi and Nazrul Islam، 2009) كان موضوعها (ممارسات إدارة المعرفة وتوفير الرعاية الصحية: حالات الطوارئ)، بغرض التحقيق في تطبيق وتأثير ممارسات إدارة المعرفة في تقديم الرعاية الصحية. تستند الدراسة في المقام الأول إلى مراجعة أدبية لإدارة المعرفة في مجال الرعاية الصحية وما يرتبط بها من أبحاث العلوم. أسئلة البحث الأساسية هي: "ماذا وكيف تؤثر ممارسات إدارة المعرفة المختلفة على أداء تقديم الرعاية الصحية؟" و "ما هي العوامل الطارئة والسياقية التي يجب أخذها في الاعتبار عند استكشاف العلاقة بين ممارسات إدارة المعرفة. ومن خلال تحليل الأدبيات ودراسة الحالة خلص الباحث الى انه يؤثر اعتماد تقييمات الأدوية الإلكترونية على كفاءة تقديم الرعاية الصحية من حيث النقاط ومشاركة بيانات المرضى بين مقدمي الرعاية المختلفة. ويمكن أن يكون لاعتماد نظام CDSS والمشاركة في ممارسات التعلم الاجتماعي، مثل الشبكات ومجموعات المشاركة، تأثيراً على تبني المبادئ التوجيهية القائمة على المعرفة، وعملية اتخاذ القرار المبنية على المعرفة من قبل الأطباء. هذا على الرغم من ذلك سيكون مرتبطاً بما إذا كان الأطباء لديهم خبرة سابقة في هذه الممارسات أو ما إذا كانت منظمات تقديم الرعاية الصحية توفر سياسات داعمة لهذه الممارسات. كما لوحظ - من قبل الباحث - أيضاً أن إدارة المعرفة أكثر تعقيداً بشكل منهجي في مجال الرعاية الصحية وأن هناك القليل من الأبحاث (12).

أما الدراسة التي قام بها (Bright TJ ، 2014) بعنوان (تمكين اتخاذ القرار بشأن الرعاية الصحية من خلال دعم القرار السريري وإدارة المعرفة)، كان هدفها تقييم لنظم دعم القرار السريري (CDSSs) وأنظمة إدارة المعرفة، و لتحديد أنواع المعرفة التي يمكن دمجها. تم من خلال هذه الدراسة



تحليل 15,176 مقالة، منها 323 مقالة تصف 311 دراسة فريدة من نوعها بما في ذلك 160 تقريرًا عن 148 من تجارب التحكم العشوائية (RCTs) تم اختيارها لإدراجها. شكلت التجارب ذات الشواهد 47.5 في المئة من الدراسات المقارنة على CDSSs / KMSSs. وظهرت نتائج الدراسة على التأكيد على ثلاث ميزات نجاح (توفير دعم اتخاذ القرار تلقائيًا كجزء من تدفق عمل الطبيب، وتوفير دعم اتخاذ القرار في وقت ومكان صنع القرار، وتقديم توصية)، كما توصلت الدراسة الى ان نظم إدارة السلامة المجتمعية / نظم إدارة المعرفة، فعالة في تحسين تدابير عملية الرعاية الصحية عبر مختلف البيئات باستخدام الأنظمة المطورة تجارياً ومحلياً (12).

أجريت دراسة (Bahar-Ozvaris, 2004) بعنوان (تقييم المعرفة والمهارات في خدمات الرعاية الصحية الأولية: التقييم الذاتي للطلاب الطب)، وتطرقت الدراسة الى إن مسؤولية كليات الطب هي تثقيف الأطباء القادرين على توفير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة، بما في ذلك المكونات العلاجية والوقائية للأفراد والمجتمع. والى أهمية اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لإدارة الخدمات الصحية، مع الخلفية العلمية والمهارات اللازمة لإجراء البحوث، وان تكون قادرة على وضع خطط لتحسين المستوى الرعاية الصحي في المجتمع. وهدفت الدراسة الى تقييم طلاب السنة الأخيرة في كلية الطب بجامعة هاسيتيب التركية، وكيف يقيمون معارفهم ومهاراتهم في توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية. وشملت الدراسة على طلاب السنة الأخيرة من عام 2000 إلى عام 2001؛ قام طلاب السنة الأخيرة بتقييم معارفهم ومهاراتهم باستخدام مقياس مكون من 5 نقاط يتراوح من 1 (لا شيء) إلى 5 (جيد جداً). وظهرت النتائج بوضوح إلى أن منهج كلية الطب لا يلبي توقعات أن يمتلك الأطباء حديثو التخرج المعرفة والمهارات الكافية اللازمة لمشاركتها في خدمات الرعاية الصحية الأولية (13).

وخلصت دراسة (إدارة المعرفة في الرعاية الصحية: نحو خدمات دعم اتخاذ القرار القائمة على المعرفة) للباحث (Syed Sibte Raza Abidi, 2001) إلى ان أنظمة الرعاية الصحية الحديثة تقوم بتوليد كميات هائلة من بيانات الرعاية الصحية "الغنية بالمعرفة"، ولكن للأسف لم يتم بعد صرف هذه الأموال بالكامل لتحسين إدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية. وان الاستفادة - قليلة - من قواعد بيانات المؤسسة الصحية ومستودعات البيانات وقواعد المعرفة لاستخلاص المعرفة التجريبية منها التي يمكن استخدامها بدورها لتحسين عملية اتخاذ القرار الاستراتيجي والتخطيط (14).



البند السابع: منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لكونه من أكثر المناهج استخدامًا في دراسة الظواهر الاجتماعية والإنسانية ولأنه يناسب الظاهرة موضع الدراسة والذي يعرف بأنه أسلوب يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع، ويهتم بوصفها وصفًا دقيقًا ويعبر عنها تعبيرًا كميًا وكيفيًا، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفًا رقميًا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى، فهو لا يقتصر على وصف الظاهرة بل يتعداه إلى التفسير والتحليل للوصول إلى حقائق عن الظروف القائمة من أجل تطويرها وتحسينها.

الأداة	البعد
Multiple-Method: Quantitative & Qualitative	أسلوب الدراسة
Mixed method research	التوجه
Questionnaire + In-depth Interviews	استراتيجية الدراسة
Convenient sample	أسلوب العينة
150 surveys + 4 interviews	حجم العينة
Online survey + telephone interviews	جمع البيانات
Thematic, descriptive, correlation & regression	التحليل



البند الثامن: التحليل الكمي

أولاً: العلاقة بين الجنس والاهتمام ونية استخدام خدمات الطب البديل.

ANOVA^{a,b}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2405.046	2	1202.523	1584.666	.000 ^c
Residual	112.310	148	.759		
Total	2517.355 ^d	150			

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin

c. Predictors: Gender: Male, Female

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Female_Dummy	4.133	.094	.764	44.000	.000
Male_Dummy	3.854	.110	.610	35.118	.000

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin



ثانياً: العلاقة بين العمر والاهتمام ونية استخدام خدمات الطب البديل.

ANOVA^{a,b}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2423.296	6	403.883	618.322	.000 ^c
Residual	94.060	144	.653		
Total	2517.355 ^d	150			

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin

c. Predictors: Age: Age_65, Age_55, Age_45, Age_35, Age_25, Age_18

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Age_18	3.891	.361	.173	10.765	.000
Age_25	3.993	.131	.491	30.455	.000
Age_35	3.996	.126	.510	31.656	.000
Age_45	4.103	.131	.504	31.294	.000
Age_55	4.040	.169	.386	23.970	.000
Age_65	4.250	.404	.169	10.517	.000

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin



ثالثاً: العلاقة بين مستوى التعليم والاهتمام ونية استخدام خدمات الطب البديل.

ANOVA^{a,b}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2387.796	4	596.949	672.700	.000 ^c
Residual	129.559	146	.887		
Total	2517.355 ^d	150			

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin

c. Predictors: Education: Education_G, Education_B, Education_H, Education_P

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Primary	3.909	.942	.078	4.150	.000
High school	4.039	.172	.441	23.487	.000
Bachelor	4.025	.097	.778	41.427	.000
Post graduate	4.045	.201	.378	20.143	.000

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin



رابعاً: العلاقة بين متوسط الدخل الشهري والاهتمام ونية استخدام خدمات الطب البديل.

ANOVA^{a,b}

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2146.897	5	429.379	168.062	.000 ^c
Residual	370.458	145	2.555		
Total	2517.355 ^d	150			

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin

c. Predictors: Income: Income_20000, Income_19999, Income_14999, Income_9999, Income_4999

Coefficients^{a,b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Income_4999	3.885	.413	.300	9.413	.000
Income_9999	4.209	.274	.489	15.353	.000
Income_14999	4.111	.226	.579	18.186	.000
Income_19999	4.015	.377	.340	10.657	.000
Income_20000	3.617	.427	.270	8.467	.000

a. Dependent Variable: Usage intentions

b. Linear Regression through the Origin

البند التاسع: التحليل النوعي

- عدم وجود معايير

كثير من الاشخاص المشاركين يعتقد أنه لا يوجد آلية واضحة للخدمة، مثلاً لتحسين ذلك تم اقتراح التالي: "عندما يدخل المراجع يعمل بعض الاختبارات والفحوصات ومن ثم التعرف على فصيلة الدم وخطة التغذية ومن ثم التحويل للطبيب المختص".



- عدم تخصص المراكز والأطباء والممارسين

كثير من الأشخاص المشاركين أبدى رغبته في توضيح دور الطب البديل مع أمراض الانف والاذن والحنجرة القولون والولادة. كما ان كثير من المشاركين يعتقد بأن بعض الممارسين لا يملك العلم والمعرفة والخبرة والتدريب الكافي، ولا يقدم الوقت الكافي للتشخيص. كثير من المشاركين يعتقد أنه لا يوجد مراكز متخصصة للعلاج.

- التواصل مع المستفيدين وتنقيهم

استخدام وسائل للتواصل مع المستفيدين ونشر الوعي ومشاركة المعرفة في مجال الطب البديل من قبل المتخصصين والممارسين من خلال وسائل التواصل المختلفة مثل منصات التواصل الاجتماعي.

- التصور السلبي

كثير من المشاركين في الدراسة من تجربته وجد أن الطب البديل حل مؤقت لتخفيف الالام. بعض المشاركين في الدراسة يرى أنه حتى بعد الانتهاء من خطة العلاج لا يزول الالم ولكن يخف.

البند العاشر: النتائج

من خلال تحليل بيانات أدوات جمع البيانات والفرضيات المقررة في هذه الدراسة، نخلص الى النتائج التالية:

- أكثر خدمات الطب البديل استخداماً من قبل عينة الدراسة كانت (المساج، العلاج الطبيعي، الحجامه)، بينما أقل خدمات الطب البديل استخداماً كانت (للعلاج بالطاقة، والعلاج بالملح، والاعشاب الصينية).
- أكثر من 43% من عينة الدراسة يقومون بتجربة خدمات الطب البديل كل سنة، بينما 35% تقوم باستخدام خدمات الطب البديل كل ثلاثة أشهر.
- 52% من عينة الدراسة تتلقى العلاج من حين الى آخر، بينما 48% تلقت العلاج لمره واحده لمعالجة مشكلة صحية.



- بلغت قيمة العلاج ألف ريال لنسبة 68% من عينة الدراسة، بينما بلغت قيمة العلاج بالطلب البديل بين آلاف والثلاثة آلاف ريال.
- يرى 91% من عينة الدراسة بان خدمات الطلب البديل كانت (مفيدة)، بينما 9% يرى انها لم تكن مفيدة.
- 34% من عينة الدراسة تخطط لاستخدام أكثر من خدمة من خدمات الطب البديل مستقبلاً.
- يرى 80% من عينة الدراسة بان من الأفضل زيارة مركز واحد فقط يقدم العديد من خدمات الطب البديل.
- 70% من عينة الدراسة يوافق على تشجيع الاهل والأصدقاء على تجربة واستخدام خدمات الطب البديل.
- 79% من عينة الدراسة ترى ان عدم فهما ومعرفتها بخدمات الطب البديل كانت حاجز في استخدام وتجربة الطب البديل. وقد اجاب 79% من عينة الدراسة (بموافق بشدة، وموافق) على عدم وجود المعرفة الكافية بخدمات الطب البديل. وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى، وقبول الفرضية البديلة (لوجود علاقة بين توفر معرفة كافية حول خدمات الطب البديل، واختيارها أو وجود نية لتجربتها).
- يرى 78% من عينة الدراسة أن الممارسين المتخصصين وأصحاب المعرفة الواسعة لهم الدور الكبير، وتقع على عاتقهم مسؤولية نقل ومشاركة المعرفة حول خدمات الطب البديل. وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية الثانية، وقبول الفرضية البديلة (يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين أهمية مشاركة المعرفة، واستخدام خدمات الطب البديل).
- ترى عينة الدراسة – ان اهم الأسباب لتجربة خدمات الطب البديل، تكمن في الأسباب التالية (مدى فهم ومعرفة تفاصيل علاجات الطب البديل، فالأسعار، فالمهارات الطبية والعلمية لدى الطبيب المعالج). وان 93% من عينة الدراسة ترى ان خبرات ومعرفة الفريق الطبي، احد أهم المحفزات لاختيار العلاج. وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية الثالثة، وقبول الفرضية البديلة (يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين خبرات القائمين على خدمات الطب البديل، واستخدام وتجربة خدمات الطب البديل).



- توافق عينة الدراسة على ان (مشاركة الخبرة والمعارف من قبل الأطباء والممارسين، ومشاركة المعرفة عبر قنوات التواصل الاجتماعي) ، أهم الأساليب للتوعية والتثقيف في خدمات الطب البديل.
- يرى 77% من عينة الدراسة بعدم وجود البرامج التوعوية والتثقيفية حول خدمات الطب البديل.
- الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة: أكثر من 95% من عينة الدراسة تقيم داخل مدينة جدة، بينما 5% من خارج مدينة جدة. وأكثر من نصف عينة الدراسة قاموا بتجربة خدمات الطب البديل. و 29 % من عينة الدراسة في الفئة العمرية (45-54)، و 25% من الفئة العمرية (35-44)، و 1% فقط من الفئة العمرية (18-24). وكانت نسبة الإناث 57%، بينما نسبة الذكور 43% من عينة الدراسة. والمستوى التعليمي لعينة الدراسة 62% لدرجة البكالوريوس او ما يعادلها، 20% للمستوى العلمي ثانوي، و 17% لمستوى العلمي العالي. ومتوسط دخل عينة الدراسة 39% لفئة متوسط الدخل (10000 – 15000)، و 23% لفئة متوسط الدخل (5000 – 10000)، و 15% لفئة متوسط الدخل (15000 - 20000). ونلاحظ قبول الفرضية الصفرية الرابعة (لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تجربة خدمات الطب البديل، باختلاف بعض الخصائص الديمغرافية)، في الفئات (الجنس، ومتوسط الدخل، والمستوى التعليمي)، ورفض الفرضية الصفرية الرابعة وقبول الفرضية البديلة، فيما يخص (العمر) فقط.

إجمالاً، يتضح من خلال الدراسة أن عينة الدراسة يوجد لديها فكرة عامة عن الطب البديل، فمنهم من قام بتجريب بعض علاجات الطب البديل ومنهم ومن لا يعرف كيف يقوم بمعرفة كاملة عن الطب البديل، وسبب استخدام الطب البديل هو الفكرة بأن علاجات الطب التكميلي مكلفة، ولذلك لا يقوم بالتواصل معهم بشكل منتظم، ولذلك نجد عينة الدراسة مهتم بشكل كبير بالطب البديل ولذلك يجب توعيتهم بأهمية استخدام الطب البديل. واستخدام الطب البديل لدى عينة الدراسة مرتبطة بمستوى التكلفة فالكثير منهم لا يعلم تكلفة الخدمة بشكل جيد ولذلك يجب على مقدمي الخدمة أن يقوموا بتحديد الجانب المادي ويجب أن يكون في متناول أيدي المستهلكين. ويعتقد الكثير بأن استخدام الطب البديل لا يمثل خطورة وليس له أي آثار جانبية.



أما التحليل النوعي، فتم اكتشاف أنه لا يوجد أي معايير متبعة أثناء تقديم الطب البديل، ولذلك نرى أنه من الخطورة العمل بالطب البديل بدون استشارة الطبيب أو أخذ علاج الطب البديل بدون استشارة الطبيب فهذه الاستشارة واجبة لتفادي المشاكل الصحية التي قد يقع بها المريض. ونظر لعدم وجود مراكز متخصصة أو أطباء ممارسين للطب البديل، وهو ما يؤدي إلى عدم تشخيص الأمراض بالشكل الجيد ولذلك لا بد من توفير أماكن للتخصص في عمل الطب البديل، أو إنشاء مراكز متخصصة للعلاج تشرف عليها الصحة.

أما من ناحية التواصل مع المستفيدين من خدمات الطب البديل لكي يتم توعيته وتنقيفه ومشاركة المعرفة في مجال الطب البديل من قبل المتخصصين والممارسين من خلال وسائل التواصل المختلفة مثل منصات التواصل الاجتماعي، لكي يتم توضيح الفكرة بشكل جيد وتلافي المشاكل والأخطاء التي يقع فيها مستخدمي الطب البديل. ومن ناحية التصور السلبي لبعض المستفيدين من الطب البديل نجد أن البعض يعتقد أنه علاج لفترة مؤقتة، أو أن الطب البديل لا يوفر العلاج الكامل للمرض أو للألم ولذلك يعتبره البعض مخفف للألم أو علاج مؤقت حتى يتأكد من المرض.

البند الحادي عشر: التوصيات

من خلال تحليل نتائج الدراسة، نخلص للاستنتاجات والتوصيات التالية:

أولاً: يتضح الأهمية الكبيرة لخدمات الطب البديل، وأنها مفيدة، وتكاملية مع الخدمات الطبية التقليدية، ولكن يؤثر على تقديم هذه الخدمات، عده عناصر أهمها الكوادر البشرية القائمة على تقديمها، ومشاركة المعرفة، ووجود المراكز المتخصصة المطبقة لمعايير دولية.

ثانياً: قلة المعرفة الكافية كانت عائق أساسي في تجربة واستخدام خدمات الطب البديل؛ لذلك لا بد من وضع البرامج والخطط والأنشطة اللازمة لزيادة الوعي في المجتمع بهذه الخدمات، عبر وسائل التواصل الاجتماعي، ومن خلال الحملات التسويقية المدروسة، وتقويم مستوى هذه البرامج والأنشطة بشكل دوري؛ لتطويرها وتعديلها وفق احتياجات المرضى من المعلومات والخدمات قبل وبعد العلاج.

ثالثاً: يقع على القائمين على تقديم خدمات الطب البديل، مسؤولية النهوض بهذه الخدمات، وتقديمها بشكل المناسب والمطلوب، وعليهم:



1. زيادة مستوى التأهيل والكفاءة والمهارات الطبية والعملية بشكل مستمر، وزيارة حصيلة المعرفة الصريحة، ومتابعة آخر التطورات العلمية والعالمية في هذه الخدمات، فمستخدمي هذه الخدمات بحاجة الى معلومات تفصيلية ومحدثة عن الآثار المترتبة على العلاج بخدمات الطب البديل، ومدى فعاليتها.
 2. مشاركة المعرفة بين المختصين والأطباء في خدمات الطب البديل فيما بينهم، لما لمشاركة المعرفة الضمنية من أهمية بالغة في تحسين تقديم الخدمات، وتبادل الخبرات، والنهوض بالمهنة، ومساعدة المرضى.
 3. مشاركة المعرفة من قبل المختصين والأطباء في خدمات الطب البديل، لفئات المجتمع المختلفة، للتوعية ونشر المعلومات اللازمة، من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.
- رابعاً: الاهتمام بتقديم هذه الخدمات من خلال مراكز طبية معتمدة وعلى مستوى عالي من الاحترافية، تطبق اعلى المعايير الدولية في تقديم الخدمات الطبية، وان تقدم خدمات متعددة من خدمات الطب البديل.
- خامساً: الاهتمام بالفئات السنوية التي تقل عن خمسة وعشرين عام، وتشجيعهم على تجربة خدمات الطب البديل، باعتبارهم اقل فئة تهتم بهذا النوع من الخدمات، ولأهمية نقل المعرفة الى الأجيال القادمة.

الخلاصة



المراجع :

- (1) Wiig, Karlm, (2003). knowledge model for situation – handling, *journal of knowledge management*. Vol7 no. s. pp17-22
- (2) ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 65.
- (3) أ.د. عبد الباسط محمد السيد ود. عبد التواب عبد الله حسين، الموسوعة الأم للعلاج بالأعشاب والنباتات الطبية، دار ألفا للطبع والنشر، 2004، ص 65.
- (4) عبد الرزاق بن حمدوش، كشف الرموز في بيان الأعشاب، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان، 2001، ص 24.
- (5) مايكل كاسلمان، الأعشاب العلاجية الجديدة، ترجمة مكتب جرير، مكتبة جرير، ط1، دبي، 2003، ص 21.
- (6) عبد الله معمر، الطب الشعبي: العلاج وثقافة المرض، "شؤون اجتماعية"، 2006: ص 187-207.
- (7) Cruz-Cunha, M. M., Tavares, A. J., & Simoes, R. J. (2010). Knowledge Management in Healthcare. In *Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: Technological and social perspectives* (pp. 490-510). Hershey, PA: IGI Global.
- (8) Wickramasinghe, N., Gupta, J. N., & Sharma, S. K. (2005). Knowledge management in hospitals. In *Creating knowledge-based healthcare organizations* (pp. 14-28). Hershey, PA: Idea Group Pub.



- (9) Medium.com. (2016, October 24). How to Use Knowledge Management in the Healthcare Industry. Retrieved April 8, 2018, from <https://medium.com/@itsquiz15/how-to-use-knowledge-management-in-the-healthcare-industry-8d2749722f30>
- (10) Bloomfire. (2016, November 21). 3 Reasons Knowledge Management is Critical in the Healthcare Industry. Retrieved April 6, 2018, from <https://bloomfire.com/blog/3-reasons-knowledge-management-critical-healthcare-industry/>
- (11) Ali, N., Tretiakov, A., Whiddett, D., & Hunter, I. (2017). Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 331-340. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.11.004
- (12) Bordoloi, P and Islam, N. (2012). Knowledge Management Practices and Healthcare Delivery: A Contingency Framework. *The Electronic Journal of Knowledge Management*, 10 (2), 110-120.
- (13) Bahar-Ozvaris, S., Sonmez, R., & Sayek, I. (2004). Assessment of Knowledge and Skills in Primary Health Care Services: Senior Medical Students' Self-Evaluation. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 34-38. doi:10.1207/s15328015t1m1601_8
- (14) Burkner, E. J., Fingerhut, D., Ebnetter, D., Giza, M., Espey Weber, R., Noone, P. G., & Egan, T. M. (2015). Emergency medical services knowledge and attitudes about non-heart-beating donors: Effect of an educational intervention. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 34(2), 204-212. doi:10.1016/j.healun.2014.09.020
- (15) Abidi, S. S. (2001). Knowledge management in healthcare: towards 'knowledge-driven' decision-support services. *International Journal of Medical Informatics*, 63(1-2), 5-18. doi:10.1016/s1386-5056(01)00167-8.
- (16) Haughom, J. (2017, November 2). Knowledge Management in Healthcare: It's More Important Than You Realize. Retrieved April 4, 2018, from <https://www.healthcatalyst.com/enable-knowledge-management-in-healthcare>



- ⁽¹⁷⁾ Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR, et al. (2005) Effect of Clinical Decision-Support Systems: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 157. 29–43. doi: 10.7326/0003-4819-157-1-201207030-00450
- ⁽¹⁸⁾ Guptill J. (2015). Knowledge management in health care. *Health Care Finance.*, 31(3), 4-10