



جمهورية مصر العربية
معهد التخطيط القومي
الدراسات العليا

البحث التطبيقي

**الارتقاء بأداء خدمات الطوارئ من خلال نظام المتابعة والتقييم
بالتطبيق علي مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة
(مجمع الاسماعيلية الطبي)**

**Enhancing the Performance of Emergency Services
Through a Monitoring and Evaluation System
An Applied Study on the Healthcare Authority Hospitals in
the Canal Cities (Ismailia Medical Complex)**

الطالب / مصطفى علي حميده

الدكتور / محمد المغربي

عنوان البحث
باللغة العربية

عنوان البحث
باللغة الإنجليزية

إعداد

إشراف

لاستكمال متطلبات الحصول على الماجستير المهني "المتابعة والتقييم"

يناير ٢٠٢٦

الملخص العربي

تتناول هذه الدراسة موضوعاً حيوياً يتمثل في تقييم أثر وجاهزية تطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Results-Based M&E) كأداة استراتيجية للارتقاء بجودة وكفاءة خدمات الطوارئ، بالتطبيق الميداني على مجمع الإسماعيلية الطبي كنموذج لمستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة. تتبع أهمية البحث من الحاجة الماسة لسد الفجوة بين الاستثمارات الحكومية الضخمة في البنية التحتية الصحية (مثل منظومة التأمين الصحي الشامل) وبين العائد الفعلي على صحة المواطن، من خلال التحول من إدارة "المخرجات" التقليدية إلى إدارة "النتائج والأثر".

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، مستخدمة استراتيجية "التثليث المنهجي" (Triangulation) التي دمجت بين المقابلات شبه المنظمة مع ١٧ مسؤولاً، والمراجعة الوثائقية للتقارير الرسمية، وتحليل مؤشرات الأداء الكمية من نظام (HIS).

كشفت النتائج أن مجمع الإسماعيلية يتمتع بمستوى "جاهزية متوسطة-عالية"، مدعوماً ببنية رقمية متطورة (٩٠% رقمنة) وإرادة سياسية قوية، إلا أنه يواجه تحديات حرجية تتمثل في نقص الكوادر المؤهلة لتحليل البيانات، وغياب آليات الحوافز المرتبطة بالأداء، وضعف الثقافة المؤسسية لاستخدام البيانات في صنع القرار.

وفي ضوء ذلك، قدمت الدراسة خارطة طريق تنفيذية تتضمن مقترحات عملية لمأسسة وحدة المتابعة والتقييم، وتطوير لوحات قيادة ذكية (Dashboards)، وربط التمويل بالأداء (PBF)، بما يضمن استدامة التحسين وتحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) ورؤية مصر ٢٠٣٠.

الكلمات المفتاحية:

المتابعة والتقييم المبني على النتائج (RBM&E) - جودة خدمات الطوارئ الصحية - تحليل مؤشرات الأداء (HIS) - الجاهزية المؤسسية للمستشفيات - التمويل القائم على الأداء (PBF)

Abstract

This study addresses a vital topic by assessing the impact and readiness of implementing a Results-Based Monitoring and Evaluation (RB-M&E) system as a strategic tool for enhancing the quality and efficiency of emergency services. The field application was conducted at the Ismailia Medical Complex as a model for hospitals under the Healthcare Authority in the Canal Cities. The significance of the study stems from the urgent need to bridge the gap between the substantial governmental investments in health infrastructure—such as the Universal Health Insurance System—and the actual return on citizens' health outcomes, by shifting from traditional “output management” to “results and impact management.”

The study adopted a descriptive-analytical methodology, utilizing a methodological triangulation strategy that integrated semi-structured interviews with 17 officials, documentary review of official reports, and analysis of quantitative performance indicators extracted from the Health Information System (HIS).

The findings revealed that the Ismailia Medical Complex demonstrates a “moderate-to-high” level of readiness, supported by an advanced digital infrastructure (90% digitization) and strong political will. However, it still faces critical challenges, including a shortage of qualified data analysts, the absence of performance-based incentive mechanisms, and a weak institutional culture in evidence-based decision-making.

Accordingly, the study proposes an executive roadmap that includes practical recommendations for institutionalizing an M&E unit, developing intelligent dashboards, and linking financing to performance (PBF), ensuring sustainable improvement and alignment with the Sustainable Development Goals (SDGs) and Egypt's Vision 2030.

Keywords

Results-Based Monitoring and Evaluation (RB-M&E) - Emergency Health Service Quality - Health Information System (HIS) - Institutional Readiness - Performance-Based Financing (PBF)

القسم الأول: الإطار النظري للبحث

١. المقدمة

تُمثل خدمات طب الطوارئ الركيزة الأولى وحائط الصد الرئيس في الأنظمة الصحية الحديثة، حيث يقع على عاتقها مسؤولية التعامل الفوري مع الحالات الحرجة وتقليل معدلات المراضة والوفيات. وفي ظل التحديات المتصاعدة التي تواجهها النظم الصحية عالمياً، بدءاً من الزيادة السكانية وارتفاع معدلات الحوادث، وصولاً إلى الأزمات الوبائية المفاجئة مثل جائحة كوفيد-١٩، باتت كفاءة أقسام الطوارئ معياراً أساسياً للحكم على جودة النظام الصحي برمته (WHO, 2021). ولم تعد الإدارة التقليدية لهذه الأقسام كافية لمواجهة هذه الضغوط، مما استدعى التحول نحو نماذج إدارية أكثر ديناميكية تعتمد على البيانات الدقيقة لاتخاذ القرارات.

وفي هذا السياق، تبرز أنظمة المتابعة والتقييم (Monitoring and Evaluation – M&E) كأداة استراتيجية لا غنى عنها لضبط الأداء المؤسسي. فهي تتجاوز مجرد كونها آلية للرقابة، لتصبح محركاً للتحسين المستمر من خلال التحول من "ثقافة رد الفعل" إلى "ثقافة الاستباقية" (Proactive Management). وتؤكد الأدبيات الدولية أن تطبيق نظم M&E فعالة يساهم في تحسين تخصيص الموارد الشحيحة، وتحديد نقاط الاختناق في تدفق المرضى (Patient Flow)، وضمان الامتثال للمعايير الدولية للجودة مثل معايير اللجنة الدولية المشتركة (JCI) (OECD-DAC, 2002; IEA, 2017).

وعلى مستوى السياسات الصحية الكلية، يمتد أثر المتابعة والتقييم ليتجاوز حدود المستشفى، مساهماً في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs)، وتحديد الهدف الثالث "الصحة الجيدة والرفاه". فمن خلال رصد مؤشرات دقيقة حول وفيات الأمهات والأطفال والحوادث، يمكن لصناع القرار تحديد الفجوات الجغرافية والاجتماعية في الخدمة، مما يعزز من العدالة الصحية ويقلل من أوجه عدم المساواة (الهدف العاشر)، فضلاً عن تعزيز الشفافية والمساءلة التي تعد أساساً لبناء شراكات فعالة (الهدف السابع عشر) (UN, 2015; UN SDG Report, 2020).

وقد أثبتت الدراسات التطبيقية أن دمج هذه النماذج ضمن بروتوكولات الطوارئ يمكن أن يخفض أوقات الانتظار بنسب تصل إلى ٣٠%، ويحسن من سرعة الاستجابة للأزمات عبر إعادة التوزيع المرن للكوادر البشرية بناءً على معطيات لحظية (Deming, 1986; WHO, 2022).

تعقيب الباحث ورؤية الدراسة:

على الرغم من هذا الزخم الدولي والاعتراف بأهمية التحول نحو أنظمة "الرصد والتقييم القائم على النتائج" (RBME)، يرى الباحث أن الواقع التطبيقي في المستشفيات الحكومية المصرية لا يزال يواجه فجوة واضحة بين "التنظير" و"التطبيق". فبينما تتبنى الدولة رؤية طموحة (رؤية مصر ٢٠٣٠) وتنفذ مشاريع عملاقة مثل منظومة التأمين الصحي الشامل، لا تزال آليات القياس في العديد من أقسام الطوارئ تعتمد على مؤشرات "المخرجات الكمية" (Outputs) التقليدية، مغفلة قياس "النتائج والأثر" (Outcomes & Impacts) على صحة المريض.

ومن هنا، تتبع أهمية هذه الدراسة كمحاولة علمية لسد هذه الفجوة، من خلال تقييم مدى جاهزية (Readiness Assessment) مستشفيات هيئة الرعاية الصحية -بالتطبيق على مجمع الإسماعيلية الطبي- لتبني نظام RBME متكامل. حيث تسعى الدراسة لتشخيص المعوقات الهيكلية والثقافية والتقنية، وتقديم خارطة طريق عملية تساهم في مواءمة الأداء الفعلي مع معايير الاعتماد الوطنية (GAHAR)، بما يضمن تحولاً حقيقياً نحو خدمة طوارئ أكثر كفاءة واستجابة.

٢. مشكلة البحث

رغم الجهود الحثيثة التي تبذلها الدولة المصرية للارتقاء بمنظومة الرعاية الصحية، والتي توجت بإطلاق منظومة التأمين الصحي الشامل وافتتاح صروح طبية عملاقة مثل "مجمع الإسماعيلية الطبي"، إلا أن الواقع التشغيلي لأقسام الطوارئ لا يزال يواجه تحديات هيكلية تحد من كفاءة الاستجابة للحالات الحرجة. وتشير التقارير الميدانية والبيانات الأولية إلى استمرار شكاوى المنتفعين من طول فترات الانتظار، وتكدس الحالات في ساعات الذروة، ونقص التنسيق اللحظي بين مستويات الرعاية المختلفة. (MoHP Egypt, 2025)

وتكمن جوهر المشكلة -كما يراها الباحث- ليس فقط في نقص الموارد، بل في "غياب الرؤية المعلوماتية الدقيقة" الناتجة عن ضعف أنظمة المتابعة والتقييم القائمة على النتائج (RBME). ففي ظل غياب نظام رصد ذكي ومؤشرات أداء (KPIs) تتبع مسار المريض من لحظة دخوله وحتى استقرار حالته، تتحول الإدارة الطبية إلى إدارة "انطباعية" تعتمد على رد الفعل بدلاً من التخطيط الاستباقي. هذا القصور المعلوماتي يؤدي إلى هدر في الموارد المتاحة (مثل عدم الاستغلال الأمثل لأسرة الرعاية المركزة)، وصعوبة في تحديد الفجوات التدريبية للكوادر البشرية، مما ينعكس سلباً على جودة الخدمة وسلامة المرضى.

وبالتطبيق على مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة، وتحديدًا مجمع الإسماعيلية الطبي، تتجسد المشكلة البحثية في التساؤل الرئيسي التالي: "إلى أي مدى تمتلك المستشفيات الحكومية الجاهزية التنظيمية والتقنية والبشرية لتبني نظام متكامل للمتابعة والتقييم القائم على النتائج (RBME)، وكيف يمكن لهذا النظام أن يمثل حلاً جذرياً لتحسين كفاءة وجودة خدمات الطوارئ؟"

وعليه، فإن هذه الدراسة تسعى لتشخيص هذه "الفجوة المؤسسية"، وتحليل الأسباب الكامنة وراء تعثر تطبيق نظم التقييم الحديثة، وتقديم إطار عملي يضمن تحويل البيانات إلى قرارات تنقذ الأرواح، بما يحقق مخرجات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة.

٣. أهداف البحث

١. التعرف على الوضع الراهن لخدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية المصرية وتحديد التحديات التي تُعيق جودة خدمات الطوارئ

٢. التعرف على أفضل الممارسات الدولية في تحسين خدمات الطوارئ ودور المتابعة والتقييم

٣. اقتراح نموذج لتحسين خدمات الطوارئ من خلال المتابعة والتقييم في مستشفيات هيئة الرعاية معتمداً على نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج

٤. أهمية البحث

١. الأهمية النظرية:

- تعميق الفهم العلمي لدور المتابعة والتقييم في إدارة خدمات الطوارئ: يُسهم البحث في تحليل كيفية استخدام أنظمة المتابعة والتقييم الحالية لقياس كفاءة وحدات الطوارئ، وتقديم إطار نظري لفهم العلاقة بين هذه الأنظمة وجودة الخدمات.

٢. الأهمية التطبيقية:

تتجاوز هذه الدراسة الإطار النظري لتقدم خارطة طريق تنفيذية لصناع القرار في القطاع الصحي، وتكمن أهميتها العملية في المحاور التالية:

- تعزيز جودة الخدمات الطارئة القائم على الأدلة (Evidence-Based Quality Improvement): يُقدم البحث إطاراً مقترحاً لتحويل آليات اتخاذ القرار في أقسام الطوارئ من الاعتماد على التقديرات الشخصية إلى الاعتماد على أنظمة رصد رقمية (Digital Monitoring Platforms). هذا التحول يُمكن المستشفيات من بناء قاعدة بيانات تاريخية تتيح قياس "الأثر الصافي" (Net Impact) لأي تدخل علاجي أو إداري، مما يرفع من كفاءة الاستجابة للحالات الحرجة ويقلل معدلات المراضة والوفيات.
- ترشيد الإنفاق وتطوير البنية التحتية الذكية: بدلاً من ضخ الاستثمارات بشكل عشوائي، توفر نتائج هذا البحث أداة لترتيب الأولويات (Prioritization Tool). ستساعد تقارير التقييم الدورية في كشف "الاختناقات التشغيلية" (Operational Bottlenecks) بدقة، مما يوجّه الميزانيات نحو الاحتياجات الفعلية الأكثر إلحاحاً بما يضمن أعلى عائد على الاستثمار الصحي (ROI).
- مؤسسة التدريب وبناء القدرات (Institutionalizing Capacity Building): يساهم البحث في تحويل سياسات التدريب من برامج نمطية عامة إلى برامج موجهة بالنتائج (Results-Oriented Training). من خلال تحليل فجوات الأداء التي تظهرها تقارير المتابعة (مثل: تأخر زمن الفرز، أو أخطاء التسجيل الطبي)، يتم تصميم حقائب تدريبية نوعية تستهدف معالجة هذه القصور المحددة، مما يرفع الكفاءة الفنية للكوادر البشرية ويحقق الاستفادة في تحسين الخدمة.

٥. تساؤلات البحث

١. ما هو الوضع الراهن لخدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية المصرية في مدن القناة.
- وما هي التحديات التي تُعيق جودة خدمات الطوارئ وما هو مدي جاهزية مستشفيات هيئة الرعاية لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج

٢. ما هي أفضل الممارسات الدولية لنظام المتابعة والتقييم في تحسين خدمات الطوارئ
٣. ما هو النموذج المقترح لتحسين خدمات الطوارئ من خلال المتابعة والتقييم في مستشفيات هيئة الرعاية معتمدا علي نظام المتابعة والتقييم المبني علي النتائج

٦. حدود البحث ومجالاته

١. الحدود الموضوعية (المجالية- مجال التخطيط الصحي): يقتصر البحث على دراسة اثر أنظمة المتابعة والتقييم في تحسين جودة خدمات الطوارئ الطبية داخل المستشفيات.
٢. الحدود المكانية (الجغرافية): المستشفيات التابعة لهيئة الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية بمدن القناة حدود التطبيق (المجمع الطبي بالاسماعيلية) وذلك لان توجه الدولة لتطبيق نظام التأمين الشامل في انحاء الجمهورية علي مراحل وكانت مدن القناة اول من طبق هذا النظام، كما ان مستشفيات هيئة الرعاية لديها ما يلزم لتطبيق وتطوير نظام المتابعة والتقييم من أنظمة معلوماتيه ونظام اداري جاهز
٣. الحدود الزمنية: فترة جمع البيانات: من مارس ٢٠٢٤ الي يناير ٢٠٢٦ ويشمل ذلك تحليل البيانات التاريخية (من ٢٠٢٢ إلى وقت بدء الدراسة).

٧. منهج البحث وأدواته

يعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي ، باعتباره المنهج الأنسب لدراسة الظواهر الاجتماعية والصحية في سياقها الواقعي، دون التدخل في مكوناتها أو تغيير في طبيعتها. ويُستخدم هذا المنهج بهدف رصد واقع خدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة، وتحليل أثر تطبيق أنظمة المتابعة والتقييم على تحسين جودة هذه الخدمات وكفاءتها التشغيلية وبالمزاج مع منهج دراسة الحالة (Case Study).

ولضمان أعلى درجات الموثوقية والصلاحية للنتائج، تبنت الدراسة استراتيجية "التتاليث المنهجي، التي تعتمد على دمج أدوات نوعية وكمية متكاملة لتقليل التحيز وتكوين صورة شمولية للواقع وقد تم جمع البيانات عبر ثلاث قنوات رئيسية:

المقابلات شبه المنظمة (Semi-Structured Interviews):

- استهدفت هذه الأداة استقصاء الجوانب النوعية المعمقة، حيث تم تصميم دليل مقابلة مرن يغطي المحاور العشرة لنظام إدارة النتائج (RBM&E).
- الآلية: أجريت مقابلات فردية تراوحت مدتها بين ٤٥-٦٠ دقيقة، مما أتاح للباحث مساحة لاستكشاف أبعاد جديدة وتفاصيل دقيقة قد لا تظهر في الاستبيانات الجامدة (Kallio et al., 2016).
 - التوثيق: تم الالتزام بالمعايير الأخلاقية عبر الحصول على موافقة المشاركين للتسجيل الصوتي، مع تفريغ المحتوى لضمان دقة التحليل.

المراجعة الوثائقية (Document Review):

هدفت هذه الأداة إلى توفير سياق مرجعي وتاريخي للبيانات، ومقارنة "الواقع المُدرك" من المقابلات بـ "الواقع الموثق" رسمياً شملت المراجعة:

- تقارير الأداء السنوية (٢٠٢٢-٢٠٢٤).
- وثائق الاعتماد الصادرة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GAHAR).
- سياسات الجودة المؤسسية وخطط التطوير الاستراتيجية.
- محاضر اجتماعات الإدارة العليا التي تعكس آلية اتخاذ القرار.

تحليل مؤشرات الأداء الكمية (Quantitative Performance Analysis):

ركزت هذه الأداة على قياس المخرجات الفعلية للنظام الصحي، من خلال استخراج البيانات الأولية من نظام المعلومات الصحية (HIS) للفترة من يناير ٢٠٢٢ حتى ديسمبر ٢٠٢٣. وتضمنت المؤشرات التي تم رصدها:

- متوسط زمن الانتظار في الطوارئ (Waiting Time).
- معدلات إعادة الدخول خلال ٧٢ ساعة (Re-admission Rates).
- مؤشرات السلامة ومعدلات الوفيات.
- مؤشرات رضا المرضى (Patient Satisfaction Scores).

٨. الدراسات السابقة

تقييم أداء قسم الطوارئ باستخدام البيانات الإدارية Soldatenkova et al., 2023 : إطار إداري

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير إطار متعدد الأبعاد لتقييم أداء أقسام الطوارئ بالاعتماد على البيانات الإدارية الروتينية، بهدف دعم اتخاذ القرار الإداري وتحسين إدارة العمليات بكفاءة وفعالية من حيث الوقت والتكلفة. اعتمدت الدراسة على مراجعة شاملة للأدبيات وتحليل البيانات الإدارية المتاحة في المستشفيات، وتم تصميم إطار يضم ٢٢٤ مؤشر أداء موزعة على أربعة محاور رئيسية تشمل مؤشرات زمنية وجودة متعلقة بالمريض ومزود الخدمة. كما تم إجراء مقابلات مع خبراء وأصحاب قرار في أقسام الطوارئ لجمع تقييمات واقعية حول فاعلية الإطار المقترح. أظهرت النتائج أن الإطار يسمح بقياس الأداء بشكل شامل ودقيق، ويساعد في الكشف عن نقاط الضعف في عمليات الرعاية، كما أن استخدام البيانات الإدارية المتوفرة يتيح إجراء التقييم بسرعة وبتكلفة منخفضة، مع إمكانية تخصيص المؤشرات حسب الحاجة. وتبرز أهمية هذه الدراسة لبحث أثر المتابعة والتقييم في تحسين خدمات الطوارئ، إذ تقدم أدوات عملية قابلة للتطبيق في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة، وتدعم اتخاذ القرار الإداري استناداً إلى بيانات دقيقة.

دعم المرضى ذوي الاستخدام العالي في أقسام الطوارئ Rejon et al., 2023: تقييم بمنهجية مختلطة

تناولت هذه الدراسة تقييم برنامج تحسين جودة إقليمي يهدف إلى تقليل حضور المرضى ذوي الاستخدام العالي لأقسام الطوارئ وتقليل معدلات دخولهم للمستشفى، بالإضافة إلى تقييم تجربة العاملين مع هذه الفئة من المرضى. استخدمت الدراسة منهجية مختلطة جمعت بين التحليل الكمي للبيانات الخاصة بمعدلات حضور المرضى ودخولهم للمستشفى قبل وبعد تطبيق البرنامج، بالإضافة إلى مقابلات شبه منظمة مع العاملين واستبيانات لقياس تجربة العمل. أظهرت النتائج انخفاضاً بنسبة ٣٣% في زيارات المرضى ذوي الاستخدام العالي لأقسام الطوارئ بعد تطبيق البرنامج، وتحسناً في ثقة العاملين ودعمهم وتدريبهم، كما كانت تقييمات العاملين إيجابية تجاه فوائد البرنامج. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تقدم نموذجاً عملياً لإدارة فئة معقدة من المرضى وتوضح كيف يمكن للمتابعة والتقييم المستمرين أن ينعكسا بشكل مباشر على كفاءة الخدمة ورضا العاملين.

دور تحسين خدمات الرعاية الصحية والعلاجية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة بمصر Dawod et al., 2022

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين التحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية والعلاجية في مصر وتحقيق أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠، مع التركيز على دور الحكومة والمجتمع في دعم وتخطيط وتنفيذ استراتيجيات التنمية الصحية، وقياس أثر ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. اعتمدت الدراسة على منهج استقرائي وتحليلي من خلال مراجعة الأدبيات وتحليل المؤشرات الرسمية، بالإضافة إلى المقارنة مع بعض الدول العربية. أظهرت النتائج وجود ارتباط قوي بين جودة الخدمات الصحية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة، كما كشفت عن ضعف بعض المؤشرات الصحية في مصر نتيجة نقص الكوادر وضعف البنية التحتية والتمويل، وأوصت بتطوير مؤشرات أداء واضحة وتفعيل نظم المتابعة والتقييم لتحقيق التحسين المستمر. وتدعم هذه الدراسة بحث أثر المتابعة والتقييم في خدمات الطوارئ من خلال تأكيدها على أن التحسين المستمر في الجودة لا يتحقق إلا عبر أنظمة متابعة وتقييم فعالة ومتكاملة.

علاقة التحول الرقمي بجودة الخدمات الصحية (تطبيق على مقدمي الخدمة بالمستشفيات المشاركة في مبادرة القضاء على قوائم الانتظار) Abdullah et al., 2022

استهدفت هذه الدراسة التعرف على دور التحول الرقمي في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تطبيقه على مقدمي الخدمة في المستشفيات المشاركة في مبادرة القضاء على قوائم الانتظار، وقياس أثر أبعاد التحول الرقمي مثل شبكات الاتصال والحوكمة والأجهزة والبرمجيات على جودة الخدمات المقدمة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وجمعت البيانات من عينة من مقدمي الخدمة باستخدام استبيان تم تحليله إحصائياً. أظهرت النتائج وجود أثر معنوي للتحول الرقمي في رفع جودة الخدمات وسرعة تقديمها وتقليل الأخطاء وزيادة رضا المرضى، وأوصت بالتوسع في تطبيق التحول الرقمي وتدريب الكوادر وتطوير مؤشرات أداء لقياس الأثر. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث يعد التحول الرقمي أداة رئيسية في جمع وتحليل البيانات وتتبع مؤشرات الأداء والاستجابة السريعة للحالات الحرجة.

عوامل الفشل في برامج تحسين الجودة الصحية: مراجعة لعقدين من البحث العلمي reviewing two decades of the scientific field, Vaz & Araujo et al., 2022

استعرضت هذه الدراسة العوامل التي تؤدي إلى فشل برامج تحسين جودة الرعاية الصحية خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٩، من خلال مراجعة أدبية منهجية وتحليل بليومتري لأكثر من ٥٠٠٠ مقالة. أظهرت النتائج زيادة ملحوظة في عدد الدراسات حول هذا الموضوع، وتطور البحث من التركيز على برامج تحسين الجودة الشاملة في التصنيع إلى برامج أكثر تخصصاً في الرعاية الصحية. وتشير الأدبيات إلى أن عوامل الفشل يمكن تقليلها إذا تم تبني منظور مركزية الإنسان في تصميم وتنفيذ البرامج، مع أهمية توافق البرامج مع احتياجات العاملين والمرضى لضمان نجاحها. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم، حيث تساعد في فهم التحديات التي قد تواجهها برامج المتابعة والتقييم في خدمات الطوارئ.

قياس أثر مؤشرات الأداء في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف

An Applied Study on the Health Affairs Directorate in Taif Province, Albkmry et al., 2021

هدفت الدراسة إلى إبراز أثر مؤشرات الأداء في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال دراسة تطبيقية على مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف، وذلك عبر قياس مدى كفاية هذه المؤشرات لتحقيق الجودة. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وجمعت البيانات من عينة عشوائية من الموظفين عبر استبيان، وتم تحليل العلاقة بين مؤشرات الأداء وجودة الخدمة إحصائياً. أظهرت النتائج وجود تأثير واضح لمؤشرات الأداء على جودة الخدمات الصحية، مع علاقة طردية بين التزام الإدارة العليا بقياس المؤشرات وتحسين الجودة، وأوصت بتوظيف تكنولوجيا المعلومات وتطوير الموارد البشرية. وتدعم هذه الدراسة بحث أثر المتابعة والتقييم في خدمات الطوارئ من خلال تأكيدها على أهمية وجود نظام فعال لمؤشرات الأداء وضرورة التزام الإدارة العليا وتطوير البنية التحتية الرقمية.

دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية - دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية Radwan et al., 2021

سعت هذه الدراسة إلى قياس تأثير مهارات التعامل مع المرضى، مثل الاتصال اللفظي وغير اللفظي والإنصات والإقناع، على جودة الخدمة الصحية بأبعادها المختلفة في مستشفيات جامعة المنوفية. اعتمدت الدراسة على استبيان كمي وتحليل عاملي توكيدي، وأظهرت النتائج أن جميع المهارات عدا الاتصال غير اللفظي كان لها أثر إيجابي معنوي على جودة الخدمة، وأن الاتصال اللفظي والإنصات كانا الأكثر تأثيراً. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تدعم فرضية أن تطوير مهارات العاملين في التواصل مع المرضى جزء لا يتجزأ من نجاح أي نظام متابعة وتقييم فعال.

أثر مركزية رعاية الطوارئ على معدلات الوفاة والكفاءة: تقييم خدمة بأثر رجعي

a retrospective service evaluation, Price et al., 2020

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر مركزية رعاية الطوارئ عبر دمج ثلاثة مستشفيات عامة في مستشفى طوارئ مركزي واحد على معدلات الوفاة وكفاءة الخدمة للمرضى البالغين المقبولين بشكل طارئ. اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات دخول المستشفى لثلاث سنوات، واستخدمت التحليل الإحصائي لمقارنة معدلات الوفاة ومدة الإقامة ومعدلات إعادة الدخول. أظهرت النتائج انخفاضاً في معدل الوفاة وتحسناً في كفاءة الخدمة بعد تطبيق المركزية، خاصة بين المرضى الأكبر سناً، مع انخفاض في معدل إعادة الدخول. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث توضح كيف أن التنظيم المؤسسي وتكامل البيانات والتقييم المستمر يمكن أن يؤدي إلى تحسين النتائج السريرية والكفاءة التشغيلية.

تطور خدمات الطوارئ الطبية في مملكة البحرين Abuzeyad et al., 2020

تناولت الدراسة توثيق وتحليل تطور نظام خدمات الطوارئ الطبية في البحرين، مع التركيز على الانتقال من نظام مجزأ إلى نظام موحد مركزي (الإسعاف الوطني)، واستعراض أثر هذا التحول على جودة الخدمات وسرعة الاستجابة والتحديات التي واجهت التنفيذ. اعتمدت الدراسة على مراجعة تاريخية وتحليل سياساتي للنماذج العالمية وتجارب التطبيق المحلي. أظهرت النتائج أن النظام الموحد أدى إلى تحسين سرعة الاستجابة وتوحيد المعايير وتسهيل جمع وتحليل البيانات، مع إنشاء قسم جودة لقياس رضا المرضى. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تقدم نموذجاً عملياً لتأثير تطبيق نظام مؤسسي في تحسين الجودة وسرعة الاستجابة.

فعالية التكلفة لتدخلات رعاية الطوارئ في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل: مراجعة منهجية

Werner et al., 2020

استعرضت هذه الدراسة الأدلة حول فعالية التكلفة لتدخلات رعاية الطوارئ في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، من خلال مراجعة منهجية للدراسات المنشورة حتى مايو ٢٠١٩. ركزت الدراسة على تدخلات مثل خدمات الإسعاف، تدريب الكوادر، الأدوات التشخيصية، وحزم الرعاية المتكاملة. أظهرت النتائج أن معظم الدراسات تركز على تدخل واحد فقط وليس على حزم متكاملة أو تغييرات نظامية، كما أن جودة التقارير متباينة وهناك نقص في الأدلة حول فعالية التكلفة، خاصة في سياق إصلاحات النظام الصحي. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تؤكد الحاجة إلى مؤشرات واضحة وبيانات دقيقة لقياس فعالية التكلفة وتحسين تخصيص الموارد.

تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة

a global imperative for universal health coverage, WHO, OECD, World Bank، 2019

يؤكد هذا التقرير أن جودة الرعاية الصحية عنصر أساسي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، ويحلل الوضع العالمي لجودة الرعاية الصحية، مع تحديد الفجوات والتحديات الرئيسية، ويقدم إطارًا عمليًا واستراتيجيات لتحسين جودة الخدمات الصحية في جميع الدول. اعتمد التقرير على مراجعة الأدلة العلمية ودراسات الحالة من مختلف الدول، وتحليل بيانات عالمية حول جودة الخدمات الصحية، مع التركيز على نتائج المرضى وسلامة المرضى ومدى فاعلية الأنظمة الصحية. أظهرت النتائج أن جودة الرعاية الصحية لا تزال دون المستوى المطلوب في جميع البلدان، وأن التحديات الرئيسية تشمل ضعف البنية التحتية ونقص الكوادر المدربة وغياب ثقافة الشفافية والمساءلة وضعف أنظمة المتابعة والتقييم. ويوصي التقرير ببناء نظم صحية تتمحور حول الناس، والاستثمار في تدريب الكوادر، وتعزيز ثقافة الجودة والسلامة، وتطوير سياسات وطنية للجودة تشمل المتابعة والتقييم المستمرين.

رصد أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة: ورقة خلفية للمشاورات الفنية الإقليمية (WHO) – إقليم جنوب

شرق آسيا، ٢٠١٧) WHO, Background Paper for the Regional Technical Consultation

هدفت الورقة إلى مناقشة التحديات والفرص المتعلقة بمتابعة وتقييم مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الصحية في دول إقليم جنوب شرق آسيا، وتحديث الدول حول المؤشرات وتعريفاتها، وتحديد طرق دمجها في الأطر الوطنية، ومعالجة تحديات جودة البيانات وتحليلها. اعتمدت الورقة على مراجعة الأدبيات وتحليل الوضع الراهن وتجارب الدول. أظهرت النتائج أن معظم الدول لديها أطر متابعة وتقييم وطنية، لكن هناك تحديات في تعريف المؤشرات وتكامل البيانات، مع نقص في البيانات المفصلة حسب الفئات السكانية، وأكدت الحاجة إلى تعزيز أنظمة المعلومات الصحية الوطنية. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تؤكد أن جودة البيانات وتكاملها وتحليلها ضرورية لاتخاذ قرارات مبنية على الأدلة لتحسين الخدمات الصحية.

تحسين تدفق المرضى في أقسام الطوارئ Jarvis et al., 2016

استعرضت هذه الدراسة الأدلة المتعلقة بالاستراتيجيات الفعالة لتحسين تدفق المرضى في أقسام الطوارئ وتقليل الوقت الذي يقضيه المرضى داخل القسم، وبالتالي تقليل الازدحام وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة. اعتمدت الدراسة على مراجعة الأدبيات المنشورة حول استراتيجيات تحسين تدفق المرضى، مع التركيز على الحلول المبنية على الأدلة. أظهرت النتائج أن الاستراتيجيات الفعالة تشمل فرز المرضى بقيادة الأطباء، النماذج السريعة للتقييم والعلاج، تقسيم المرضى إلى مسارات علاجية متخصصة، وجود طبيب رعاية أولية داخل القسم، واستخدام التحاليل السريعة بجانب المريض. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث توضح أن المتابعة الدقيقة لمؤشرات الأداء ضرورية لتحسين تدفق المرضى وتقليل الازدحام.

إرشادات لمتابعة وتقييم إصلاحات القطاع الصحي في الإقليم الإفريقي

Guidelines for monitoring and evaluation of Health Sector Reforms in the African region, WHO, 2006

استهدفت هذه الوثيقة تقديم إطار مفاهيمي وإرشادات عملية لصانعي السياسات والمخططين في وزارات الصحة الأفريقية لرصد وتقييم إصلاحات القطاع الصحي بشكل منتظم بهدف تحسين الكفاءة والعدالة والفعالية والاستدامة، مع توفير مؤشرات واضحة لقياس التقدم والتأثير. اعتمدت الوثيقة على مراجعة تحليلية شاملة لتجارب الإصلاح في الدول الأفريقية، وتضمنت تطوير إطار مفاهيمي ومؤشرات كمية ونوعية وتوصيات لبناء القدرات المؤسسية. أظهرت النتائج أن غياب إطار موحد للرصد والتقييم في معظم الدول أدى لصعوبة قياس أثر الإصلاحات، وأكدت أهمية جمع البيانات بشكل دوري وبناء القدرات المؤسسية. وتبرز أهمية هذه الوثيقة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث توضح أن غياب نظام تقييم فعال يؤدي إلى ضعف في جودة الخدمات، وتوصي بربط نتائج التقييم باتخاذ القرار لضمان التحسين المستمر.

منهجية المتابعة والتقييم لإصلاح القطاع الصحي في أمريكا اللاتينية والكاريبي PAHO، 1998

هدفت هذه الدراسة إلى وضع إطار مفاهيمي ومنهجي لمتابعة وتقييم إصلاح القطاع الصحي في أمريكا اللاتينية والكاريبي، مع التركيز على معايير العدالة والجودة والكفاءة والاستدامة والمشاركة المجتمعية. اعتمدت الدراسة على تطوير إطار تطبيقي يحدد المؤشرات والمتغيرات اللازمة لرصد وتقييم الإصلاحات، مع تقديم أدوات كمية ونوعية لجمع البيانات وتحليلها وتطبيقها في ١٣ دولة. أظهرت النتائج وضع معايير موحدة لتقييم الإصلاحات الصحية، وأكدت ضرورة وجود آليات واضحة ومستمرة للمتابعة والتقييم وربط النتائج بالسياسات الصحية، كما أشارت إلى ندرة وجود آليات تقييم فعالة في معظم الدول. وتبرز أهمية هذه الدراسة في بحث أثر المتابعة والتقييم على خدمات الطوارئ، حيث تؤكد أن جودة الخدمات لا تتحقق إلا عبر نظام تقييم فعال يقيس الأداء بشكل دوري ويوجه السياسات بناءً على النتائج.

التعليق الإجمالي

بعد استعراض الأدبيات ذات الصلة، يمكن بلورة موقع الدراسة الحالية وتمايزها عبر المحاور التالية:

الفجوة البحثية والتميز النوعي: (Research Gap & Uniqueness)

تتسم الدراسة الحالية بخصوصية السياق والمنهجية مقارنة بالأعمال السابقة. فبينما ركزت أغلب الدراسات (مثل دراسات تقييم جودة الخدمات بشكل عام أو التحول الرقمي كأداة معزولة) على المتابعة والتقييم كعنصر فرعي ضمن حزم إصلاحية واسعة، تتبنى هذه الدراسة المتابعة والتقييم (M&E) كمتغير مستقل ومركزي. وتتفرد بالربط المباشر بين آليات الرصد القائمة على النتائج (Results-Based) وبين الكفاءة التشغيلية الحرجة في أقسام الطوارئ، وذلك في سياق جغرافي ومؤسسي محدد (مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة)، وهو ما لم تتطرق إليه الدراسات الدولية التي غالباً ما اعتمدت على تحليلات كلية (Macro-level) أو نماذج نظرية.

التكامل المنهجي: (Methodological Integration)

خلافاً للعديد من الدراسات التي اكتفت بمنظور أحادي (إما التركيز على الجوانب البشرية كمهارات التواصل، أو الجوانب التقنية كالمؤشرات الرقمية)، تقدم الدراسة الحالية نموذجاً تكاملياً (Holistic Framework) يدمج بين الجانبين.

الاستفادة والبناء على المعرفة: (Building on Previous Knowledge)

شكلت الدراسات السابقة حجر الزاوية لبناء هذا البحث من خلال تأصيل الإطار النظري: الاستعانة بالنماذج العالمية) مثل معايير WHO و OECD لفهم أفضل الممارسات في تصميم نظم المتابعة، وتطوير الأدوات البحثية: الاستفادة من المؤشرات التي أثبتت فاعليتها في تجارب دولية مشابهة (Benchmarking) لتصميم استبيانات ومصفوفات رصد تتلاءم مع التحديات المصرية (كنقص الكوادر وضغط الموارد)، مع تجنب القصور وتفادي المنهجيات التي ثبت عدم جدواها في بيئات العمل ذات الموارد المحدودة، والتركيز بدلاً من ذلك على الحلول "منخفضة التكلفة وعالية الأثر".

القسم الثاني: الدراسة التطبيقية / الميدانية

١. تحقيق أهداف الدراسة واختبار ما ورد بها من تساؤلات حسب تسلسلها مدعماً بالجدول والنتائج التحليلية

مقدمة تمهيدية

يُمثل هذا الفصل الركيزة التطبيقية للبحث، حيث ينتقل من الإطار النظري إلى التحليل الواقعي لخدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة، مع التركيز على مجمع الإسماعيلية الطبي كنموذج تطبيقي. يتبنى الفصل منهجية الإجابة على الأسئلة البحثية (Research Questions Approach)، حيث يُقدم كل محور إجابة مباشرة ومفصلة على سؤال بحثي محدد، مع دمج التحليل النظري بالواقع الميداني.

يستند هذا الفصل إلى البيانات الأولية المستقاة من المقابلات الميدانية مع العاملين والإدارة في مجمع الإسماعيلية الطبي، والبيانات الثانوية المستخلصة من السجلات الإدارية والطبية، والتقارير الرسمية، بالإضافة إلى الإطار النظري المستند إلى أفضل الممارسات الدولية في نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Results-Based Monitoring and Evaluation - RBM&E) كما وردت في أدبيات البنك الدولي (Kusek & Rist, 2004)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP).

المحور الأول: إجابة الاسئلة البحثية

١.١ الوضع الراهن لخدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة؟

أولاً: التحليل النظري للوضع الراهن:

أ- تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT Analysis)

نقاط القوة: (Strengths)

- دعم سياسي وإداري قوي: يوجد التزام حكومي وإداري واضح بتطوير خدمات الطوارئ، مدعوماً بإطلاق منظومة التأمين الصحي الشامل وتخصيص استثمارات ضخمة للبنية التحتية الصحية في مدن القناة. [Document Review: Egypt Vision 2030; Presidential Initiatives Reports, 2024]
- التحول الرقمي وتكامل الأنظمة: تم تحقيق تقدم كبير في أتمتة المستشفيات وربطها بأنظمة معلوماتية حديثة، حيث تم رقمنة ٩٠% من المستشفيات و ١٠٠% من وحدات طب الأسرة، ما أدى إلى تحسين سرعة اتخاذ القرار ودقة البيانات. [Interview: IT Manager; MoHP Digital Transformation Report, 2023].
- اعتماد دولي وجودة: حصول ١٣٢ منشأة صحية في القناة على اعتماد GAHAR (المعترف به دولياً)، وبدء تطبيق معايير المستشفيات القادرة على احتواء الأزمات، ما يعكس التزاماً بمعايير الجودة العالمية. [Document Review: GAHAR Certificates 2023]

- ارتفاع رضا المواطنين: تجاوزت معدلات رضا المواطنين عن الخدمات الصحية ٩٠% في بعض الفترات، نتيجة تحسين جودة الخدمة وتخفيض الأعباء المالية على المرضى [HIS Records: Patient Satisfaction Surveys 2023-2024].
- توافر بنية تحتية حديثة: توسع في عدد الأسرة، غرف العمليات، وتوفير أجهزة طبية متقدمة، مع إجراء أكثر من ٣٠٠ ألف تدخل جراحي بنجاح عالمي [HIS Records: Surgical Dept Stats; Assets Inventory].

نقاط الضعف: (Weaknesses)

- نقص الكوادر البشرية المؤهلة: رغم التحسن، ما يزال هناك عجز نسبي في أعداد الأطباء والتمريض المدربين على معايير الطوارئ الحديثة، مع ارتفاع معدلات الإرهاق المهني (burnout) بين العاملين [Interview: HR Director; Staff Turnover Records].
- ضعف التكامل الرقمي الكامل: لا تزال هناك فجوات في تكامل الأنظمة الرقمية بين الأقسام، وصعوبة في جمع وتحليل البيانات اللحظية بشكل متكامل وموثوق. [Direct Observation: ER Workflow Analysis].
- محدودية التمويل المستدام: رغم الاستثمارات الضخمة، إلا أن استمرار تطوير الخدمات يواجه تحديات تمويلية، خاصة مع ارتفاع تكلفة التشغيل والصيانة والتدريب المستمر [Interview: Financial Manager; Budget Allocation Reports].
- مقاومة التغيير وثقافة العمل: توجد مقاومة من بعض الكوادر تجاه تطبيق أنظمة المتابعة والتقييم الجديدة، مع غلبة ثقافة العقاب على ثقافة التعلم المؤسسي في بعض الأقسام [Interview: Quality Team; Employee Feedback Forms].
- تفاوت جودة الخدمة: هناك تباين ملحوظ في مستوى الخدمة بين المستشفيات المختلفة في القناة، بسبب اختلاف الموارد البشرية والتقنية والإدارية. [HIS Records: Waiting Time Variance Analysis].

الفرص: (Opportunities)

- توسع منظومة التأمين الصحي الشامل: استمرار تعميم المنظومة على باقي المحافظات يتيح فرصًا لمزيد من الاستثمارات وتبادل الخبرات وتوحيد المعايير [Document Review: UHI Strategic Expansion Plan 2025].
- دعم دولي وشراكات استراتيجية: التعاون مع منظمة الصحة العالمية والهيئات الدولية يفتح الباب لنقل أفضل الممارسات وتطوير قدرات الكوادر [Interview: Training Dept Head; WHO Agreements].
- التحول الرقمي المتسارع: التوجه الحكومي نحو الرقمنة وتكامل قواعد البيانات الصحية يوفر إمكانيات هائلة لتحليل البيانات وتحسين اتخاذ القرار. [IT Strategy Document].
- الابتكار في نظم المتابعة والتقييم: إدخال أنظمة متابعة ذكية وتحليل تنبؤي (Predictive Analytics) يتيح تحسين كفاءة العمل وتقليل الأخطاء الطبية. [Researcher Analysis based on HIS capabilities].

- زيادة وعي المواطنين: ارتفاع وعي المواطنين بحقوقهم الصحية يدفع نحو تحسين جودة الخدمة واستدامة التطوير. [Social Media Analysis & Patient Feedback]

التهديدات: (Threats)

- تغير السياسات أو نقص التمويل: أي تغير في أولويات الدولة أو انخفاض في التمويل قد يؤثر سلبيًا على استدامة التطوير والتحسين. [Risk Management Register]
- الأزمات الصحية والكوارث: تزايد احتمالية الأوبئة أو الكوارث الكبرى يضع ضغوطًا إضافية على أقسام الطوارئ ويختبر جاهزيتها. [Crisis Preparedness Audit Report]
- هجرة الكوادر الطبية: استمرار هجرة الأطباء والتمريض بحثًا عن فرص أفضل خارج مصر يمثل تهديدًا لاستمرارية الخدمة. [Syndicate of Doctors Reports 2024; Exit Interviews]
- المنافسة مع القطاع الخاص: ارتفاع جودة بعض خدمات القطاع الخاص قد يؤدي إلى فقدان ثقة المواطنين في القطاع الحكومي إذا لم يتم الحفاظ على مستوى الخدمة. [Market Analysis Report]
- مخاطر أمن البيانات: مع زيادة الرقمنة، تزداد مخاطر اختراق البيانات أو فقدانها، ما يتطلب استثمارات إضافية في الأمن السيبراني. [IT Security Audit Report]

ب- تحليل العوامل الخارجية (PESTLE Analysis)

١. البعد السياسي: (Political)

- التزام رئاسي وحكومي بإصلاح القطاع الصحي وتوسيع التأمين الصحي الشامل [Constitution Art. 18; Presidential Directives].
- دعم تشريعي لتطوير نظم المتابعة والتقييم. [UHI Law No. 2/2018]

٢. البعد الاقتصادي: (Economic)

- استثمارات ضخمة في البنية التحتية الصحية بمدن القناة (أكثر من ٢٥.٥ مليار جنيه حتى نهاية ٢٠٢٤). [Ministry of Planning Reports 2024]
- تحديات في استدامة التمويل، مع ارتفاع نسبة الإنفاق الذاتي للأسر خارج النظام (٦٣% من إجمالي الإنفاق الصحي). [National Health Accounts Report]
- الحاجة لتعزيز كفاءة الإنفاق وتحسين إدارة الموارد. [Financial Audit Reports]

٣. البعد الاجتماعي: (Social)

- زيادة الطلب المجتمعي على خدمات طوارئ عالية الجودة. [Public Opinion Polls]
- ارتفاع وعي المواطنين بحقوقهم الصحية وحققهم في المساواة. [Patient Rights Charter]

- التغيرات الديموغرافية (زيادة كبار السن، الأمراض المزمنة) ترفع الضغط على أقسام الطوارئ. [CAPMAS Demographic Data 2024]

٤. البعد التكنولوجي: (Technological)

- تقدم كبير في أتمتة المستشفيات وتكامل الأنظمة الرقمية. [Digital Transformation Strategy]
- إدخال السجل الطبي الموحد، وتطبيقات الذكاء الاصطناعي في المتابعة والتقييم [Interview: IT Manager].
- تحديات في تدريب الكوادر على استخدام التكنولوجيا الجديدة، وتفاوت في جاهزية البنية التحتية الرقمية بين المستشفيات. [Training Needs Assessment Report]

٥. البعد القانوني: (Legal)

- وجود أطر تنظيمية واضحة لاعتماد الجودة (GAHAR)، (ISQua) [GAHAR Regulations].
- تشريعات تدعم الشفافية والمساءلة، مع الحاجة لتعزيز تطبيقها فعليًا. [Civil Service Law].
- التزامات قانونية بتقديم تقارير أداء دورية للجهات الرقابية. [Internal Control Bylaws].

٦. البعد البيئي: (Environmental)

- التزام المستشفيات بتطبيق معايير مكافحة العدوى والنفايات الطبية. [Infection Control Guidelines].
- الحاجة لتطوير خطط طوارئ بيئية لمواجهة الكوارث والأوبئة. [Environmental Safety Audit 2023].
- تحديات في إدارة الموارد البيئية (المياه، الطاقة) في بعض المنشآت القديمة [Facility Management Reports].

٢.١ التحديات التي تعيق جودة خدمات الطوارئ ومدى جاهزية المستشفيات لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج؟

أولاً: التحديات التي تُعيق جودة خدمات الطوارئ في المستشفيات

تحديات تنظيمية وإدارية

- ضعف التنسيق بين الأقسام: غياب فرق إدارة أزمات متعددة التخصصات أو عدم وضوح الأدوار والمسؤوليات يعيق الاستجابة الفعالة للطوارئ
- عدم وجود سياسات وإجراءات موحدة: تعدد مناهج وأساليب تطبيق الجودة وغياب منهجية موحدة يؤدي إلى نتائج غير مرضية ويعيق التطوير المستدام
- تأخير في اتخاذ القرار وضعف الاستجابة السريعة: غياب خطط طوارئ فعالة أو عدم التدريب الكافي على الإخلاء والطوارئ يطيل زمن الاستجابة

تحديات الموارد البشرية

- نقص الكوادر الطبية والتمريضية المؤهلة: ارتفاع ضغط العمل، قلة عدد الموظفين، وعدم كفاية التدريب المستمر ينعكس سلبًا على سرعة وكفاءة الخدمة
- ارتفاع معدلات الإرهاق المهني: الضغط الكبير على الطواقم يؤدي إلى إرهاق نفسي وبدني، ما يؤثر على جودة الخدمة وسلامة المرضى
- غياب الحوافز: عدم وجود نظام حوافز فعال يضعف الدافعية لدى الموظفين لتقديم أفضل ما لديهم

تحديات البنية التحتية والموارد

- نقص الأسرة وغرف الطوارئ: ارتفاع نسب إشغال الأسرة، قلة الغرف مقارنة بعدد المراجعين، وعدم توفر أماكن عزل كافية في حالات الأوبئة
- عدم توفر المعدات والأدوية بشكل دائم: انقطاع بعض المستلزمات أو الأدوية الأساسية يعيق تقديم الرعاية.
- سوء صيانة المرافق: مشاكل في النظافة، دورات المياه، ومواقف السيارات تؤثر على تجربة المريض.

تحديات تقنية ورقمية

- ضعف تكامل الأنظمة الرقمية: غياب أو ضعف أنظمة المعلومات الصحية يعيق جمع وتحليل البيانات اللحظية الضرورية للمتابعة والتقييم
- ضعف إدارة البيانات والأمن السيبراني: تحديات في حماية بيانات المرضى وضمان سريتها وسلامتها

تحديات متعلقة بالمرضى والمجتمع

- ارتفاع الطلب وتنوع الحالات: تزايد أعداد المرضى وتعقيد الحالات يزيد الضغط على الموارد ويؤثر على جودة الخدمة
- ضعف التواصل مع المرضى: عدم كفاية المعلومات المقدمة للمرضى عن حالتهم وخطة العلاج، وضعف آليات استقبال الشكاوى والملاحظات

تحديات في إدارة الجودة والمتابعة والتقييم

- غياب أو ضعف نظام المتابعة والتقييم: عدم وجود نظام رسمي أو مؤشرات أداء واضحة لتقييم جودة الطوارئ أو متابعة التحسينات
- صعوبة قياس النتائج: تحديات في جمع بيانات دقيقة وموثوقة، وصعوبة ربط النتائج بالتحسين الفعلي للخدمة
- ضعف ثقافة التعلم المؤسسي: التعامل مع نتائج التقييم كأداة للعقاب وليس للتعلم والتحسين، ما يحد من الاستفادة من الدروس المستفادة

ثانياً: مدى جاهزية المستشفيات لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج

تتمتع مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة بمستوى عالٍ من الجاهزية لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Results-Based M&E)، وذلك استناداً إلى مجموعة من المقومات الأساسية التي تُشكل بيئة مواتية لنجاح هذا النظام واستدامته. ويمكن تحديد عناصر الجاهزية في المحاور التالية:

البنية التحتية الرقمية المتقدمة:

- تمتلك مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة بنية تحتية رقمية متطورة تمثل ركيزة أساسية لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج:
- نسبة رقمنة عالية: تم رقمنة ٩٠% من المستشفيات و ١٠٠% من وحدات طب الأسرة، مما يوفر قاعدة بيانات متكاملة وموحدة تسهل عمليات جمع وتحليل البيانات بدقة وسرعة [MoHP Digital Transformation Report, 2023].
- أنظمة معلوماتية صحية متكاملة: (HIS) توافر أنظمة معلومات صحية محدثة تسمح بتتبع المرضى وتسجيل بياناتهم وإجراءاتهم الطبية بشكل إلكتروني لحظي، مما يسهل رصد مؤشرات الأداء في الوقت الفعلي. [Document Review: HIS Technical Specifications].
- السجل الطبي الموحد: تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني الموحد يتيح تكامل البيانات عبر مختلف الأقسام والمستشفيات، مما يوفر رؤية شاملة لمسار المريض ويسهل قياس النتائج على مستوى النظام الصحي. [Interview: IT Manager; Digital Health Strategy].
- قدرات التحليل الآلي: توافر منصات تحليل البيانات الرقمية والتقارير الآلية التي يمكن تطويرها لتصبح لوحات متابعة (Dashboards) لمؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) المرتبطة بنظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج. [Observation: Data Center Operations].

الالتزام المؤسسي والإداري القوي

- يتجلى الالتزام المؤسسي بتحسين الأداء وتطبيق أنظمة متطورة للمتابعة والتقييم في عدة مظاهر:
- دعم سياسي واستراتيجي: يحظى قطاع الرعاية الصحية بدعم حكومي قوي في إطار منظومة التأمين الصحي الشامل، مع تخصيص استثمارات ضخمة تجاوزت ٢٥.٥ مليار جنيه حتى نهاية ٢٠٢٤، مما يعكس التزاماً استراتيجياً بالتطوير المستمر. [Ministry of Planning Reports 2024].
- هيكل إداري واضح: وجود إدارات متخصصة في الجودة والاعتماد والمتابعة داخل المستشفيات، مما يوفر الإطار التنظيمي اللازم لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج. [Organizational Chart Analysis].
- ثقافة التحسين المستمر: السعي المستمر للحصول على الاعتمادات الدولية مثل GAHAR و ISQua يعكس وجود ثقافة مؤسسية تؤمن بأهمية المتابعة والتقييم وتحسين الجودة [Document Review: Accreditation Certificates].

- خبرة في التعامل مع أنظمة الجودة: تراكم خبرات عملية في تطبيق معايير الجودة ومؤشرات الأداء، مما يسهل الانتقال إلى نظام أكثر تطوراً مثل [Results-Based M&E Interview: Quality Director].

الكوادر البشرية المؤهلة

- تتوفر في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية كوادر بشرية قادرة على استيعاب وتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج:
- كوادر طبية وإدارية ذات كفاءة: وجود أطباء وممرضين وإداريين على مستوى تعليمي وتدريب جيد، مع قابلية للتطوير والتدريب المستمر [HR Records: Staff Qualifications].
- فرق جودة متخصصة: توافر موظفين متخصصين في إدارة الجودة والاعتماد وتحليل البيانات، يمكن تدريبهم على منهجيات Results-Based M&E بسهولة [Interview: Training Dept. Head].
- انفتاح على التعلم والتطوير: استعداد الكوادر للمشاركة في برامج تدريبية وورش عمل لاكتساب المهارات اللازمة لتطبيق النظام الجديد [Staff Survey Results 2023].

الإطار التنظيمي والقانوني الداعم

- توفر البيئة التنظيمية والقانونية الحالية أرضية صلبة لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج:
- سياسات وتشريعات واضحة: وجود أطر تنظيمية واضحة لاعتماد الجودة (GAHAR)، (ISQua) تدعم الشفافية والمساءلة [GAHAR Regulatory Guidelines].
- التزامات قانونية بالإبلاغ: وجود التزامات قانونية بتقديم تقارير أداء دورية للجهات الرقابية، مما يتماشى مع متطلبات نظام [Results-Based M&E UHI Law No. 2/2018].
- توافق مع الأهداف الوطنية: ارتباط أهداف القطاع الصحي بأهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠، مما يجعل نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج أداة مثالية لقياس مدى تحقيق هذه الأهداف [Egypt Vision 2030 Document].

تجربة سابقة في المتابعة والتقييم

- تمتلك مستشفيات هيئة الرعاية الصحية تجربة عملية في تطبيق أنظمة متابعة وتقييم، وإن كانت بحاجة للتطوير:
- أنظمة متابعة تقليدية قائمة: وجود آليات حالية لمتابعة الأداء، مثل تتبع مؤشرات الإشغال، زمن الانتظار، ومعدلات رضا المرضى، مما يسهل الانتقال إلى نظام أكثر تطوراً [Document Review: Monthly Performance Reports].
- تقارير دورية: اعتماد المستشفيات على إعداد تقارير دورية للأداء، مما يوفر أساساً لبناء نظام تقارير أكثر شمولية وارتباطاً بالنتائج [Administrative Archives].

- خبرة في التعامل مع مؤشرات الأداء: تراكم خبرات في تحديد وقياس بعض مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) ، مما يسهل توسيع نطاق هذه المؤشرات لتشمل النتائج والآثار [Interview: Performance Monitoring Unit].

معدلات رضا مرتفعة ونتائج إيجابية

- تحقيق معدلات رضا مرتفعة يعكس وجود أساس جيد للبناء عليه:
- رضا المواطنين: تجاوزت معدلات رضا المواطنين عن الخدمات الصحية ٩٠% في بعض الفترات، مما يشير إلى وجود مستوى جيد من جودة الخدمة يمكن قياسه وتحسينه بشكل منهجي [Patient Satisfaction Surveys 2024].
- نتائج طبية مرضية: إجراء أكثر من ٣٠٠ ألف تدخل جراحي بنجاح عالمي يعكس كفاءة الأداء السريري [Surgical Dept. Statistics].
- قاعدة بيانات قوية: توافر بيانات تاريخية يمكن استخدامها لإنشاء خط الأساس (Baseline) اللازم لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج [HIS Historical Data].

الانفتاح على الشراكات والتعاون الدولي

- يتيح الانفتاح على التعاون الدولي الاستفادة من أفضل الممارسات:
- شراكات استراتيجية: التعاون مع منظمة الصحة العالمية والهيئات الدولية يفتح الباب لنقل أفضل الممارسات في مجال المتابعة والتقييم [WHO Cooperation Agreements].
- برامج تدريب دولية: إمكانية الاستفادة من برامج تدريبية وورش عمل دولية حول Results-Based M&E [Training Plan 2025].
- تبادل الخبرات: فرص التعلم من تجارب دول أخرى نجحت في تطبيق هذا النظام في قطاعاتها الصحية [International Benchmarking Reports].

الاستعداد للتطوير والابتكار

- يتجلى الاستعداد للتطوير في عدة مظاهر:
- التحول الرقمي المتسارع: التوجه الحكومي نحو الرقمنة وتكامل قواعد البيانات الصحية يوفر إمكانيات هائلة لتطبيق نظام متطور للمتابعة والتقييم [National Digital Strategy].
- الاستثمار في التكنولوجيا: استمرار الاستثمار في البنية التحتية الرقمية والأنظمة الذكية يدعم تطبيق أدوات تحليلية متقدمة [Investment Budget Analysis].
- ثقافة التحسين المستمر: السعي الدائم للحصول على اعتمادات دولية يعكس رغبة مؤسسية في التطوير المستمر [Quality Assurance Policy].

الحاجة الماسة للنظام

- تُشكل التحديات القائمة دافعاً قوياً لتطبيق نظام شامل للمتابعة والتقييم:
- إدراك التحديات: الوعي بالتحديات الحالية (مثل نقص الكوادر، ارتفاع الضغط على الخدمات) يجعل الحاجة لنظام فعال للمتابعة والتقييم أكثر إلحاحاً. [Risk Management Register]
- الرغبة في التحسين: وجود إرادة حقيقية لمعالجة نقاط الضعف وتعزيز نقاط القوة من خلال نظام علمي منهجي. [Leadership Interviews]
- ضغط المساءلة: زيادة وعي المواطنين بحقوقهم وارتفاع توقعاتهم يفرض على المستشفيات تطبيق نظام شفاف للمتابعة والتقييم. [Public Accountability Reports]

القابلية للتوسع والاستدامة

- تتوفر مقومات الاستدامة والتوسع:
- نموذج قابل للتكرار: نجاح تطبيق نظام Results-Based M&E في مستشفيات القناة سيوفر نموذجاً قابلاً للتعميم على باقي مستشفيات الجمهورية. [Strategic Scalability Plan]
- آليات الاستدامة: وجود هيكل إداري دائم وميزانيات مخصصة يضمن استدامة النظام بعد تطبيقه [Financial Sustainability Study].
- التعلم المؤسسي: تراكم الخبرات والدروس المستفادة سيسهم في التطوير المستمر للنظام [Knowledge Management System].

٢- أفضل الممارسات الدولية لنظام المتابعة والتقييم في تحسين خدمات الطوارئ؟

أفضل الممارسات الدولية لنظام المتابعة والتقييم (Monitoring & Evaluation – M&E) في تحسين خدمات الطوارئ في المستشفيات تعتمد على أطر علمية وتوصيات منظمات عالمية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO)، الصليب الأحمر الدولي (IFRC)، والهيئات الأوروبية والأمريكية لجودة الرعاية الطارئة.

تطبيق إطار المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Result-Based M&E)

- تحديد أهداف واضحة وقابلة للقياس: يجب أن تبدأ كل عملية M&E بوضع أهداف محددة مثل تقليل زمن الانتظار، خفض معدل الأخطاء الطبية، رفع رضا المرضى، وتحسين الاستجابة للكوارث.

يستخدم الإطار المنطقي (Logical Framework) لربط كل نشاط بنتيجة متوقعة ومؤشر أداء محدد

- جمع بيانات خط الأساس (Baseline): جمع بيانات دقيقة عن الوضع الحالي لكل مؤشر رئيسي، ثم تحديد أهداف كمية وزمنية واقعية بناءً على المعايير الدولية

التحول الرقمي وتكامل أنظمة المعلومات الصحية

- أنظمة رقمية لجمع وتحليل البيانات في الوقت الحقيقي: استخدام أنظمة مثل ESCAD (Emergency Services Computer Aided Dispatch) التي توفر تغذية مباشرة للبيانات حول حالات الطوارئ، مما يسمح بمراقبة الأداء لحظيًا وتحليل مؤشرات الجودة
- لوحات متابعة تفاعلية (Dashboards): عرض المؤشرات الرئيسية (مثل زمن الانتظار، معدل الأخطاء، معدلات البقاء على قيد الحياة) بشكل لحظي للإدارة، مع تنبيهات عند وجود فجوات أو تحسن ملحوظ
- تكامل الأنظمة (HIS، الموارد البشرية، المخزون): يضمن تدفق البيانات بين الأقسام ويقلل من الأخطاء والتكرار

قياس مؤشرات أداء ذكية (SMART KPIs) ومراجعتها دورياً

مؤشرات الأداء الرئيسية تشمل:

- زمن الانتظار في الطوارئ
- معدل الأخطاء الطبية
- معدل العدوى
- معدل إعادة الدخول خلال ٧٢ ساعة
- نسبة رضا المرضى
- اكتمال السجلات الطبية

تدقيق دوري للبيانات:

- مراجعة جودة البيانات، توحيد تعريفات المؤشرات، وتجربة الأدوات على عينة صغيرة قبل التعميم

المتابعة المستمرة والتقييم المرحلي والنهائي

- **المتابعة المستمرة (Continuous Monitoring):** جمع وتحليل البيانات بشكل منتظم (يومي/أسبوعي) لمتابعة سير الأنشطة، رصد المشكلات، وتسهيل اتخاذ القرار السريع
- **التقييم المرحلي (Real-Time Evaluation):** إجراء تقييم معمق بعد ٦-٨ أسابيع من بدء التغيير أو التدخل، لجمع معلومات حول مدى ملاءمة وفعالية الإجراءات، وتعديل الخطط بناءً على النتائج
- **التقييم النهائي (Final Evaluation):** قياس مدى تحقيق الأهداف النهائية، واستخلاص الدروس المستفادة لتطوير الاستجابة المستقبلية والمراجعة السريرية والتدقيق السريري المنتظم
- **تدقيق سريري تفصيلي:** مراجعة جميع حالات السكتة القلبية، الإصابات الكبرى، وحالات الطوارئ الحرجة باستخدام نماذج مثل Utstein template، مع تحليل النتائج السريرية ومناقشتها مع الطاقم
- **مراجعة عشوائية لحالات التدخل الطبي:** اختيار نسبة عشوائية من الحالات لمراجعتها سريريًا خلال ٢٤ ساعة من التوثيق، مع إشراك الطاقم في مراجعة الأداء وتحديد فرص التحسين وإشراك جميع أصحاب المصلحة وتعزيز ثقافة التعلم المؤسسي

- تشكيل فرق عمل متعددة التخصصات: تضم الإدارة، الأطباء، التمريض، الجودة، تكنولوجيا المعلومات، والمرضى لمراجعة المؤشرات وتحليل الفجوات واقتراح التدخلات التصحيحية
- مشاركة النتائج مع جميع المعنيين: نشر ملخصات النتائج والتوصيات على لوحات الإعلانات، الموقع الإلكتروني، أو عبر نشرات داخلية، ومشاركة المجتمع المدني عند الحاجة
- تعزيز ثقافة التعلم وليس العقاب: اعتبار النتائج السلبية فرصاً للتعلم والتحسين، وتحفيز العاملين على المشاركة الفعالة في عمليات المتابعة والتقييم

التحسين المستمر ودورة (PDCA (Plan-Do-Check-Act

- تطبيق دورات التحسين السريع: تنفيذ دورات PDCA لتحليل المشكلات، تنفيذ التغييرات، مراجعة النتائج، وتكرار الدورة باستمرار
- التوثيق المستمر للدروس المستفادة: عقد جلسات نقاشية بعد كل تقرير نتائج لمراجعة الأداء وتوثيق الدروس المستفادة وتحديث الأدوات والسياسات

الاستدامة والتكامل مع الأنظمة الوطنية

- دمج نظام المتابعة والتقييم مع الأنظمة الوطنية والمحلية: لضمان الاستمرارية بعد انتهاء الطوارئ أو التدخلات المؤقتة
- تخصيص ميزانية وموارد كافية لتطوير النظام وتدريب الكوادر: لضمان استمرار النظام وتطويره، مع تحديث دوري للمنظومة الرقمية والمؤشرات.

الاعتماد على التقييم الخارجي والمراجعة المستقلة

- إجراء مراجعات خارجية دورية: الاستعانة بخبراء خارجيين كل ٢-٣ سنوات لمراجعة كفاءة النظام، ضمان الحيادية، وتقديم توصيات محايدة
- استخدام أدوات تقييم معتمدة دولياً: مثل WHO Emergency Care System Assessment Tool و Hospital Safety Index لتقييم الجاهزية والكفاءة

٣- النموذج المقترح لتحسين خدمات الطوارئ من خلال المتابعة والتقييم في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية

النموذج المقترح

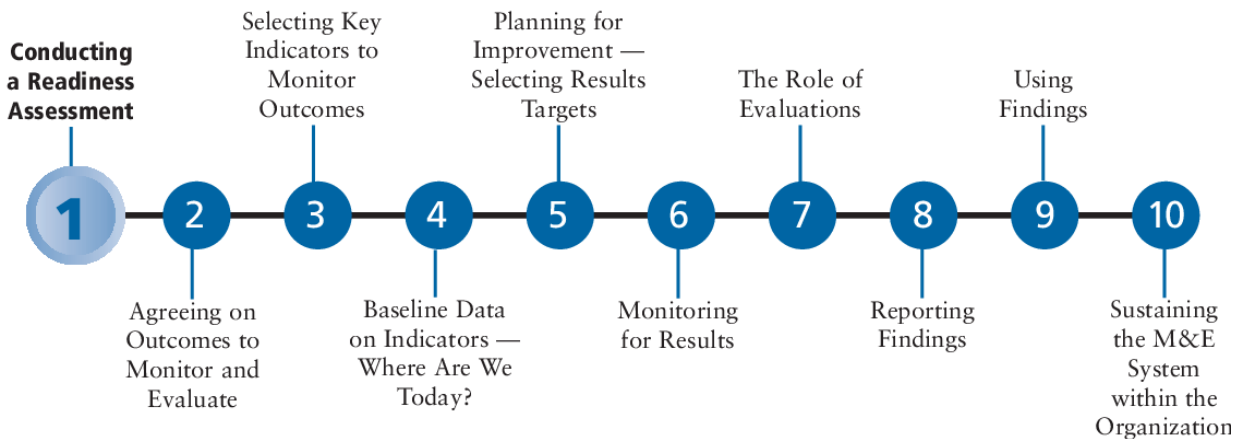
نموذج المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Results-Based Monitoring & Evaluation – RBM&E)

أولاً: التبرير النظري لاختيار نظام (RBM&E) : يُعد نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (RBM&E) الخيار الأمثل لتطبيقه في مستشفيات هيئة الرعاية الصحية، وذلك لعدة أسباب نظرية وعملية كما يلي:

١. **التركيز على الأثر الفعلي**: لا يقتصر هذا النظام على قياس الأنشطة، بل يركز على النتائج الفعلية والتغيرات الملموسة في أداء المستشفيات وجودة الخدمات المقدمة.
٢. **الشفافية والمساءلة**: يعزز مشاركة جميع أصحاب المصلحة في مختلف المراحل، ويضمن عرض النتائج بشكل شفاف، مما يساهم في اتخاذ قرارات مسؤولة ومدروسة.
٣. **اتخاذ قرارات مبنية على الأدلة**: يوفر النظام بيانات دقيقة وموثوقة تدعم اتخاذ قرارات استراتيجية فعالة، وتساعد على توجيه الموارد نحو المجالات ذات الحاجة الفعلية.
٤. **التحسين المستمر والتعلم المؤسسي**: يشجع النظام على التعلم من النجاحات والإخفاقات، ويدعم ثقافة الابتكار والتطوير المستمر للعمليات الداخلية.
٥. **تقليل الهدر ومكافحة الفساد**: يتيح تحديد مناطق المشكلات أو الهدر بدقة، ويحد من فرص الفساد أو سوء استخدام الموارد من خلال المساءلة الدورية.
٦. **الملاءمة للسياق المحلي والدولي**: يمكن تكييف النظام ليتوافق مع مختلف البيئات والقطاعات، مستنداً إلى المعايير الدولية مع مراعاة الخصوصية المحلية.
٧. **تعزيز الاستدامة**: يضمن استمرار التحسين والتطوير حتى بعد انتهاء المشاريع أو تغيير الإدارات، بفضل البنية المؤسسية الداعمة التي يوفرها النظام.

ثانياً: النموذج العملي المقترح (الخطوات العشر)

Figure 1.1



الخطوة الأولى: تقييم الجاهزية

الهدف: تحديد مدى استعداد المؤسسة سياسياً، مؤسسياً وتقنياً لتبني نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج، بالإضافة إلى تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي قد تؤثر على نجاح النظام. (Kusek & Rist, 2004)

المبررات المنهجية: يُعد تقييم الجاهزية أساساً يُبنى عليه النظام بأكمله، حيث يوفر تشخيصاً دقيقاً للواقع المؤسسي ويحدد نقطة الانطلاق المناسبة. يشمل هذا التقييم الإجابة على ثمانية أسئلة محورية، تتعلق بوجود طلب حقيقي على معلومات الأداء، وتوفير القيادة السياسية والمؤسسية، وكفاية الحوافز، وتوفر القدرات التقنية والبشرية، وموثوقية البيانات، وكفاية التمويل، ودعم البيئة التشريعية، ودعم الشركاء. (Kusek & Rist, 2004)

العناصر الأساسية:

- **أدوات التحليل:** تحليل SWOT لتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات، تحليل PESTLE لتقييم العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية والبيئية والقانونية، وتحليل أصحاب المصلحة (Stakeholder Analysis) (Kusek & Rist, 2004).
- **أدوات جمع البيانات:** مقابلات شبه منظمة مع القيادات والموظفين، مجموعات تركيز (Focus Groups) مع المستفيدين، مراجعة الوثائق الرسمية، واستبيانات تقييم القدرات. (UNDP, 2009)
- **المسؤولون:** فريق متعدد التخصصات يضم ممثلين عن الإدارة العليا، ووحدات التخطيط والجودة، وتكنولوجيا المعلومات، وخبير خارجي في M&E عند الإمكان. (Kusek & Rist, 2004)
- **المخرجات:** تقرير تشخيصي شامل يحدد مستوى الجاهزية، الفجوات الرئيسية، ويقدم توصيات عملية للانطلاق. (Kusek & Rist, 2004)

الخطوة الثانية: الاتفاق على النتائج المراد متابعتها وتقييمها

الهدف: تحديد النتائج (Outcomes) المستهدفة بوضوح ودقة، بحيث تعكس التغيرات التنموية أو المؤسسية المرغوبة وليس مجرد المخرجات المباشرة. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009) (Outputs)

المبررات المنهجية: تُعد النتائج المحددة بوضوح حجر الأساس لقياس النجاح والمساءلة، وتضمن توافق جميع الجهات المعنية حول الأولويات والأهداف المشتركة. تركز النتائج على التأثير الحقيقي على المستفيدين، مثل "تحسين الصحة العامة"، بدلاً من "عدد المرضى المعالجين". (UNDP, 2009)

العناصر الأساسية:

- العملية التشاركية :ورش عمل تشمل جميع أصحاب المصلحة (الإدارة العليا، الموظفين، المستفيدين، الشركاء، الجهات التنظيمية) لضمان التوافق والالتزام.(Kusek & Rist, 2004)
- معايير صياغة النتائج :يجب أن تكون النتائج محددة(Specific) ، قابلة للقياس(Measurable) ، قابلة للتحقيق(Achievable) ، ذات صلة(Relevant) ، ومحددة زمنياً (Time-bound) وفق معايير SMART (OECD, 2002).
- أدوات التوثيق :استخدام الإطار المنطقي (Logical Framework Approach - LFA) أو نظرية التغيير (Theory of Change) لربط الأنشطة بالنتائج والتأثيرات.(WHO, 2021)
- المسؤولون :لجنة توجيهية عليا تضم قيادات المؤسسة، مدير M&E ، رؤساء الأقسام المعنية، وممثلين عن المستفيدين.(Kusek & Rist, 2004)
- مؤشرات نموذجية لخدمات الطوارئ :تشمل تحسين معدلات البقاء على قيد الحياة، تقليل أوقات الانتظار، خفض معدلات إعادة الدخول، ورفع رضا المرضى.(Soldatenkova et al., 2023)

الخطوة الثالثة: اختيار مؤشرات الأداء الرئيسية

- الهدف: ترجمة النتائج المجردة إلى مؤشرات قابلة للقياس الكمي أو النوعي، لتوفير وسيلة دقيقة وموثوقة لقياس الإنجاز وقياس التغيرات المرتبطة بالتدخل.(OECD, 2002)
- المبررات المنهجية: تعد المؤشرات أدوات أساسية لتحويل الأهداف الاستراتيجية إلى معايير قابلة للرصد والمساءلة. ويضمن تطبيق معايير CREAM (واضح – Clear، ذو صلة – Relevant، اقتصادي – Economical، مناسب – Adequate، قابل للمراقبة – Monitorable) فعالية وجودة القياس (Kusek & Rist, 2004).

العناصر الأساسية:

- أنواع المؤشرات: تشمل مؤشرات المدخلات(Inputs) ، العمليات(Processes) ، المخرجات(Outputs) ، النتائج (Outcomes) ، والتأثيرات(Impacts) ، لتغطية كامل سلسلة النتائج (UNDP, Results Chain) (2009).
- معايير الاختيار: تطبيق معايير CREAM و SMART لضمان قابلية المؤشرات للتطبيق والقياس العملي (Kusek & Rist, 2004; OECD, 2002).
- المؤشرات البديلة: (Proxy Indicators) تستخدم عند صعوبة قياس النتيجة مباشرة، مع الإقرار بمحدوديتها (Kusek & Rist, 2004).

- أدوات التوثيق: جداول المؤشرات (Indicator Reference Sheets) التي تحدد التعريف الدقيق للمؤشر، طريقة الحساب، مصدر البيانات، تكرار القياس، والمسؤول عن جمع البيانات. (UNDP, 2009)
- المسؤولون: فريق فني متخصص يضم محليي بيانات، خبراء جودة، أطباء إكلينيكيين (في القطاع الصحي)، ومدير. M&E (Kusek & Rist, 2004)
- مؤشرات نموذجية لخدمات الطوارئ: متوسط زمن الانتظار (بالدقائق)، معدل إعادة الدخول خلال ٧٢ ساعة (%)، معدل الوفيات في الطوارئ لكل ١٠٠٠ حالة، نسبة رضا المرضى (%، معدل اكتمال السجلات الطبية (% (Soldatenkova et al., 2023; Rejon et al., 2023).

الخطوة الرابعة: وضع خطوط الأساس وجمع البيانات

الهدف: تحديد نقطة البداية الواضحة (Baseline) لكل مؤشر، مما يتيح قياس التقدم بشكل موضوعي ودقيق (Kusek & Rist, 2004).

المبررات المنهجية: يعد خط الأساس معياراً لانطلاق القياس، وبدونه يصعب إثبات التقدم أو تقييم نجاح النظام بشكل موضوعي. يتطلب جمع بيانات خط الأساس تحديد مصادر البيانات المتاحة، واختيار الأنسب لجمعها (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009).

العناصر الأساسية:

- مصادر البيانات: السجلات الإدارية والطبية، المسوحات الوطنية، البيانات الإحصائية الرسمية، نظم المعلومات الصحية (HIS)، الدراسات البحثية السابقة. (Kusek & Rist, 2004)
- طرق جمع البيانات: المسوحات (Surveys)، المقابلات (Interviews)، مجموعات التركيز (Focus Groups)، الملاحظة المباشرة (Direct Observation)، مراجعة السجلات (Document Review) (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009).
- ضمان جودة البيانات: تطبيق مثلث جودة البيانات (Data Quality Triangle) والذي يشمل الموثوقية (Reliability)، الصلاحية (Validity)، والتوقيت المناسب. (Kusek & Rist, 2004) (Timeliness)
- الدراسات التجريبية: (Pilot Testing) إجراء اختبارات تجريبية للأدوات قبل التطبيق الواسع لضمان دقتها وفعاليتها. (Kusek & Rist, 2004)
- المسؤولون: فريق جمع البيانات يضم باحثين ميدانيين، محليي بيانات، إحصاء، ومدير M&E، تحت إشراف مباشر من الإدارة العليا. (UNDP, 2009)
- أدوات نموذجية: استبيانات رضا المرضى، نماذج مراجعة السجلات الطبية، أدوات الملاحظة المباشرة، وأنظمة رقمية لتسجيل البيانات الزمنية. (Kusek & Rist, 2004) (HIS)

الخطوة الخامسة: التخطيط للتحسين من خلال تحديد الأهداف المستهدفة

الهدف: تحديد مستويات الأداء المستهدفة (Targets) التي تسعى المؤسسة لتحقيقها ضمن إطار زمني محدد، بحيث تكون طموحة وواقعية وقابلة للتحقيق. (Kusek & Rist, 2004)

المبررات المنهجية: تُترجم الأهداف المستهدفة النتائج المرغوبة إلى معايير قابلة للقياس والمساءلة، وتوفر معياراً واضحاً لتقييم النجاح أو الفشل. يجب أن تراعي الأهداف المستهدفة الموارد المتاحة، السياق المحلي والوطني، الاتجاهات التاريخية في البيانات، المعايير الدولية (مثل WHO ، JCI ، NHS)، والدروس المستفادة من التجارب السابقة. (Kusek & Rist, 2004; WHO, 2021)

العناصر الأساسية:

- **معايير تحديد الأهداف:** الطموح المعقول (Realistic Ambition) ، التوافق مع الأهداف الوطنية والدولية (مثل أهداف التنمية المستدامة (SDGs) - ، والقابلية للقياس والمساءلة (UN, Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2015).
- **الأهداف المرحلية: (Milestones)** تقسيم الأهداف طويلة الأجل إلى أهداف ربع سنوية أو نصف سنوية لتسهيل المتابعة والتقييم المستمر. (Kusek & Rist, 2004)
- **مصفوفة الأداء: (Performance Matrix)** جدول يربط بين المؤشر، خط الأساس، الهدف المستهدف، الإطار الزمني، والمسؤول عن التنفيذ. (UNDP, 2009)
- **تحليل الفجوات: (Gap Analysis)** تحديد الفجوة بين الوضع الحالي والهدف المستهدف، وتحديد الموارد والتدخلات المطلوبة لسد هذه الفجوة. (Kusek & Rist, 2004)
- **المسؤولون:** اللجنة التوجيهية العليا، مدير M&E ، مديري الأقسام المعنية، وخبراء التخطيط الاستراتيجي (Kusek & Rist, 2004).
- **أهداف نموذجية لخدمات الطوارئ:** تقليل متوسط زمن الانتظار من ٤٥ دقيقة إلى ٢٠ دقيقة خلال سنة، خفض معدل إعادة الدخول خلال ٧٢ ساعة من ٨% إلى ٦% خلال ١٨ شهراً، ورفع نسبة رضا المرضى من ٧٠% إلى ٩٠% خلال سنتين، بناءً على معايير دولية. (WHO, 2021; JCI, 2017)

الخطوة السادسة: المتابعة للنتائج

الهدف: إنشاء وظيفة متابعة مستمرة تهدف إلى تزويد الإدارة والجهات المعنية بمؤشرات مبكرة عن التقدم أو عدمه في تحقيق النتائج. (UNDP, 2009)

المبررات المنهجية: تختلف المتابعة المبنية على النتائج (Results Monitoring) عن المتابعة التقليدية التي تركز على التنفيذ (Implementation Monitoring). بينما تهتم المتابعة التقليدية بتتبع المدخلات، الأنشطة والمخرجات

المباشرة، تركز المتابعة المبنية على النتائج على رصد التقدم نحو تحقيق التغيرات التنموية والمؤسسية المرغوبة. وهناك تكامل بين النوعين ضمن نظام شامل. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009)

العناصر الأساسية:

- **تكرار المتابعة:** يوميًا للبيانات التشغيلية (مثل زمن الانتظار، تدفق المرضى)، شهريًا لمراجعة السجلات ومعدلات الأخطاء، ربع سنوي لاستبيانات رضا المرضى. (Kusek & Rist, 2004)
- **أدوات المتابعة:** لوحات متابعة رقمية (Dashboards) تعرض المؤشرات في الوقت الفعلي، تقارير دورية منتظمة، وتنبيهات آلية عند حدوث انحرافات عن الأهداف المستهدفة. (UNDP, 2009)
- **ضمان جودة البيانات:** تطبيق مبادئ الملكية (Ownership)، الإدارة الجيدة (Management)، الصيانة المستمرة (Maintenance)، والمصداقية. (Kusek & Rist, 2004) (Credibility)
- **المسؤولون:** وحدة M&E الدائمة، محللو البيانات، مديري الأقسام، والإدارة العليا. (Kusek & Rist, 2004).
- **أدوات نموذجية:** أنظمة معلومات صحية متكاملة (HIS)، برمجيات تحليل البيانات مثل SPSS و Tableau، ولوحات متابعة تفاعلية مثل. (Power BI (Abdullah et al., 2022)

الخطوة السابعة: استخدام التقييم لدعم نظام الإدارة المبني على النتائج

الهدف: إجراء تقييمات منهجية وموضوعية في نقاط زمنية محددة لتقييم التقدم نحو تحقيق النتائج وفهم كيفية تحقيقها أو عدمه. (UNDP, 2009)

المبررات المنهجية: يختلف التقييم (Evaluation) عن المتابعة في أنه يوفر تحليلًا معمقًا لكيفية ولماذا تحققت النتائج أو لم تتحقق، بينما تقدم المتابعة معلومات مستمرة عن التقدم. يشمل التقييم نطاقات وأعماق مختلفة تُجرى استجابةً للحاجة المتطورة للمعرفة والتعلم التقييمي. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009)

العناصر الأساسية:

- **أنواع التقييمات:**
 - التقييم التكويني (Formative Evaluation) خلال التنفيذ لتحسين البرنامج.
 - التقييم الختامي (Summative Evaluation) في نهاية البرنامج لتقييم نجاحه الإجمالي.
 - تقييم الأثر (Impact Evaluation) لعزل تأثير التدخل عن العوامل الأخرى.
 - التقييم السريع (Rapid Evaluation) للقرارات العاجلة. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009).
- **توقيت التقييمات:** التقييم المبكر (٣-٦ أشهر)، التقييم منتصف المدة (٦-١٢ شهرًا)، التقييم النهائي (بعد سنة أو أكثر) لاستخلاص الدروس المستفادة.

- أدوات التقييم :نماذج منطقية (Logic Models) ، إطار العمل المنطقي (Logical Framework Approach - LFA)، تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) ، ومقارنات معيارية (Benchmarking) مع مؤسسات مماثلة. (WHO, 2021)
- المسؤولون : فريق تقييم داخلي يضم خبراء M&E ، قادة الأقسام، وخبراء خارجيين مستقلين، تحت إشراف اللجنة التوجيهية العليا.
- استخدامات التقييم :تحسين الاستراتيجيات والعمليات، المساءلة أمام الجهات المعنية، والتعلم المؤسسي وبناء المعرفة.

الخطوة الثامنة: الإبلاغ عن النتائج (Reporting the Findings)

- الهدف:** ضمان وصول المعلومات المستقاة من المتابعة والتقييم إلى الجهات المعنية بشكل فعال، في الوقت المناسب، وبصيغ مفهومة تدعم اتخاذ القرار. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009)
- المبررات المنهجية:** الإبلاغ هو "التوفير المنهجي والمؤقت للمعلومات الأساسية على فترات دورية". يتطلب معرفة الجمهور المستهدف وتصميم التقارير بما يتناسب مع احتياجاته ومستوى فهمه. (Kusek & Rist, 2004)
- العناصر الأساسية:**

- تنسيقات التقارير :تقارير شهرية للإدارة العليا، تقارير ربع سنوية للموظفين، تقارير سنوية للجهات الرقابية، ونشرات إلكترونية للمواطنين.
- محتوى التقارير :مقارنة النتائج الفعلية بالأهداف المستهدفة، تحليل الفجوات، تفسير الأسباب الكامنة وراء الأداء، اقتراحات للتحسين، ودراسات حالة ملهمة.
- ثقافة الشفافية :تشجيع الشفافية والصراحة، واعتبار المعلومات السلبية فرصة للتعلم والتحسين وليس للعقاب.
- أدوات الإبلاغ : تقارير مطبوعة ورقمية، لوحات متابعة تفاعلية (Dashboards) ، عروض تقديمية (Presentations)، نشرات إلكترونية، ومواقع إلكترونية عامة.
- المسؤولون :وحدة M&E ، قسم الاتصال المؤسسي، والإدارة العليا.

الخطوة التاسعة: استخدام النتائج

- الهدف:** ترجمة المعلومات المستقاة من المتابعة والتقييم إلى قرارات وإجراءات عملية لتحسين الأداء وتحقيق النتائج المرجوة. (Kusek & Rist, 2004)
- المبررات المنهجية:** جمع البيانات والإبلاغ عنها ليس هدفاً بحد ذاته، بل الهدف النهائي هو استخدامها لتحسين الأداء واتخاذ قرارات مستنيرة. تشمل استخدامات النتائج: تحديد المشاكل، توجيه الموارد، تحفيز الموظفين، إعادة صياغة السياسات والبرامج، وإظهار النتائج للجهات المعنية والمساءلة العامة.

العناصر الأساسية:

- استخدامات عملية: تحديد الاختناقات وتطوير حلول، تحسين جداول الموظفين، توجيه الاستثمارات نحو الأولويات، تطوير بروتوكولات رعاية محدثة، وتصميم برامج تدريبية مستهدفة.
- التعلم المؤسسي (Organizational Learning): توثيق الدروس المستفادة ونشرها داخل المؤسسة وخارجها، وبناء قاعدة معرفية مؤسسية (Knowledge Base).
- استراتيجيات مشاركة المعلومات: ورش العمل، جلسات التغذية الراجعة، نشرات إلكترونية، وقواعد بيانات تفاعلية.
- الاجتماعات الدورية: اجتماعات شهرية لفريق الجودة والإدارة لمراجعة النتائج واتخاذ قرارات تصحيحية فورية.
- المسؤولون: اللجنة التوجيهية العليا، مديرو الأقسام، وحدة M&E، والموظفون التنفيذيون.

الخطوة العاشرة: استدامة نظام المتابعة والتقييم داخل المؤسسة

الهدف: ضمان استمرار نظام المتابعة والتقييم على المدى الطويل من خلال دمج في الهيكل التنظيمي والثقافي للمؤسسة (Kusek & Rist, 2004).

المبررات المنهجية: بناء نظام RBM&E هو البداية، لكن الاستدامة على المدى الطويل هي التحدي الحقيقي. يتطلب استمرارية النظام اهتمامًا مستمرًا، موارد كافية، والتزامًا سياسيًا ثابتًا لضمان فعاليته، مع التعامل مع التحديات مثل تغير القيادات، تناقص التمويل، ومقاومة التغيير من الموظفين. (Kusek & Rist, 2004; UNDP, 2009)

العناصر الأساسية:

- المكونات الحاسمة للاستدامة: الطلب المستمر على معلومات الأداء، الموارد المالية الكافية والمستقرة (ميزانية سنوية $\leq 2\%$ من التشغيل)، القدرات البشرية والتقنية المتطورة، الحوافز المؤسسية، البنية التحتية للمعلومات، والدعم القيادي المستمر.
- الحوافز والعقوبات (Incentives and Disincentives): ربط الحوافز الوظيفية بنتائج الأداء، وتعزيز ثقافة التعلم بدل العقاب.
- إضفاء الطابع المؤسسي: دمج النظام في اللوائح الداخلية، إنشاء وحدة M&E دائمة تتبع الإدارة العليا، تطوير سياسات رسمية للتعامل مع نتائج التقييم.
- التدريب المستمر: برامج تدريب للكوادر الجديدة، والتطوير المهني المستمر للعاملين في M&E.
- المراجعة الخارجية: إجراء مراجعة مستقلة كل 2-3 سنوات لتقييم كفاءة النظام وتقديم توصيات للتحسين.
- المسؤولون: الإدارة العليا، وحدة M&E الدائمة، قسم الموارد البشرية، قسم التخطيط الاستراتيجي.

ثانيًا: التحليل الوصفي لمدى الجاهزية المؤسسية لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج: تطبيق على مجمع الإسماعيلية الطبي – مدن القناة

الهدف: يهدف هذا الجزء إلى تقييم مدى الجاهزية المؤسسية والبشرية والتقنية لتطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (Results-Based Monitoring and Evaluation - RBM&E) ، استنادًا إلى الخطوات العشر المعتمدة في إطار البنك الدولي (Kusek & Rist, 2004) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (UNDP, 2009)

منهجية التحليل: يعتمد التحليل على توصيف علمي نقدي (Critical Scientific Description) لمدى توافر العناصر والمتطلبات الأساسية لكل خطوة من نظام RBM&E داخل مجمع الإسماعيلية الطبي. ويهدف إلى قياس الفجوة (Gap) بين الوضع الحالي (As-Is) والوضع المستهدف (To-Be) ، دون تطبيق النظام بالكامل عمليًا. كما يركز على تحديد نقاط القوة، ومواطن الضعف، والفرص، والتهديدات (SWOT) ، استنادًا إلى الأدلة الميدانية الموثقة وربطها بالإطار النظري والمعايير الدولية مثل WHO (2021) و JCI (2017).

النتيجة المرجوة : تقديم استنتاج شامل حول درجة الملاءمة والجاهزية (Appropriateness and Readiness) لتبني نظام RBM&E كنموذج تطويري رائد في المجمع، مع تقديم توصيات عملية مبنية على الأدلة لسد الفجوات المكتشفة.

نوع العينة وحجمها: اعتمدت الدراسة على العينة القصدية (Purposive Sample) لاختيار المشاركين بناءً على خبرتهم المباشرة ومعرفتهم العميقة بخدمات الطوارئ وإدارتها، حيث بلغ حجم العينة الكلي ١٧ مشاركًا من القيادات والمسؤولين والعاملين في خدمات الطوارئ من خلال مقابلات فردية.

مبررات حجم العينة: يُبرر هذا الحجم بمفهوم تشبع البيانات (Data Saturation) ، حيث أظهرت المقابلات الأخيرة تكرار الموضوعات دون ظهور معلومات نوعية جديدة، بما يتوافق مع توصيات Guest et al. (2006) التي تشير إلى أن ٦-١٢ مقابلة عادةً ما تكون كافية للوصول إلى التشبع في الدراسات النوعية.

جدول: تفكيك العينة وارتباطها بخطوات RBM&E

الفئة الوظيفية	عدد المقابلات	الهدف من الإدراج	الصلة بخطوات RBM&E
مدير عام المجمع	1	تقييم الدعم السياسي والالتزام الاستراتيجي	الخطوة ١ (الجاهزية)، ٢ (النتائج)، ١٠ (الاستدامة)
مدير قسم الطوارئ	1	فهم العمليات التشغيلية والتحديات اليومية	الخطوة ٢-٦ (النتائج، المؤشرات، البيانات، المتابعة)
رئيس التمريض	1	تقييم القدرات البشرية وأعباء العمل	الخطوة ٤-٦، ٨ (البيانات، المتابعة، بناء القدرات)
مسؤول الترياج	1	فهم تدفق المرضى وسرعة الاستجابة	الخطوة ٣، ٦ (المؤشرات، المتابعة اللحظية)
مسؤول الجودة	1	تقييم معايير الجودة والاعتماد	الخطوة ٣، ٧-٩ (المؤشرات، التقييم، الإبلاغ)
مسؤول نظم المعلومات (HIS)	1	تقييم البنية التحتية الرقمية	الخطوة ٤-٦ (البيانات، المتابعة الآلية)
نائب المدير المالي	1	تقييم الموارد المالية والاستدامة	الخطوة ١، ٩-١٠ (الجاهزية، التمويل، الاستدامة)
رؤساء ورديات	4	رصد التحديات التشغيلية في الميدان	دعم جميع الخطوات
أطباء طوارئ	3	فهم التحديات السريرية والاحتياجات التدريبية	الخطوة ٣-٦، ٨ (المؤشرات، البيانات، بناء القدرات)
ممرضات الطوارئ	3	تقييم الجاهزية الميدانية والإرهاق المهني	الخطوة ١، ٤-٦، ٨ (الجاهزية، البيانات، بناء القدرات)
الإجمالي	17	-	تغطية شاملة للخطوات العشر

المصدر: إعداد الباحث.

الجدول : خصائص المشاركين في المقابلات شبه المنظمة

الفئة الوظيفية	العدد	النسبة المئوية	متوسط سنوات الخبرة	التوزيع حسب الجنس
القيادات العليا				
مدير عام المجمع	1	5.9%	20+ سنة	ذكر (1)
نائب المدير المالي	1	5.9%	15+ سنة	ذكر (1)
القيادات الإدارية				
مدير قسم الطوارئ	1	5.9%	12+ سنة	ذكر (1)
رئيس التمريض	1	5.9%	10+ سنوات	أنثى (1)
المتخصصون الفنيون				
مسؤول الجودة	1	5.9%	8 سنوات	أنثى (1)
مسؤول نظم المعلومات (HIS)	1	5.9%	7 سنوات	ذكر (1)
مسؤول الترياج	1	5.9%	6 سنوات	ذكر (1)
العاملون الميدانيون				
رؤساء ورديات	4	23.5%	5-8 سنوات	ذكور (٣)، إناث (1)
أطباء الطوارئ	3	17.6%	4-9 سنوات	ذكور (٢)، إناث (1)
ممرضو/ات الطوارئ	3	17.6%	3-7 سنوات	إناث (3)
الإجمالي	17	100%	متوسط: ٨.٤ سنوات	ذكور: ١٠ (58.8%) إناث: ٧ (41.2%)

معايير اختيار المشاركين

تم اختيار المشاركين في الدراسة وفق مجموعة من المعايير الدقيقة لضمان ملاءمتهم للهدف البحثي، وتمثيلهم الواقعي لبيئة العمل داخل خدمات الطوارئ، وقد شملت المعايير ما يلي:

- خبرة مهنية لا تقل عن ٣ سنوات في قسم الطوارئ للأطباء وأطقم التمريض، بما يضمن إلمامهم الكامل بالعمليات اليومية والتحديات التشغيلية.
- خبرة إدارية لا تقل عن ٥ سنوات للمناصب القيادية والإشرافية داخل المجمع، لضمان قدرتهم على تقديم رؤى استراتيجية مبنية على الخبرة.
- المشاركة المباشرة في أنشطة المتابعة والتقييم أو في عمليات اتخاذ القرار التشغيلي المتعلقة بخدمات الطوارئ.
- التنوع في المستويات التنظيمية بحيث تشمل العينة قيادات عليا، ومديرين إداريين، وكوادر فنية، وعاملين ميدانيين، لضمان تمثيل شامل لمختلف وجهات النظر.

طريقة تحليل البيانات والتحقق من الصدقية

تم تحليل البيانات باستخدام منهج التحليل الموضوعي (Thematic Analysis) وفقاً لإطار Braun and Clarke (2006) الذي يتضمن ست مراحل متتابعة:

١. التعرف الأولي على البيانات من خلال القراءة المتكررة للمقابلات.
٢. توليد الأكواد الأولية التي تمثل وحدات المعنى الأساسية.
٣. البحث عن الموضوعات التي تعكس الأنماط الرئيسة في البيانات.
٤. مراجعة الموضوعات والتحقق من اتساقها الداخلي وانسجامها مع النصوص الأصلية.
٥. تحديد الموضوعات وتسميتها بشكل يعكس مضمونها العلمي الدقيق.
٦. إعداد التقرير النهائي الذي يعرض النتائج بأسلوب منظم ومستند إلى الأدلة.

ولتعزيز الصدقية والموثوقية (Credibility & Trustworthiness)، تم تطبيق ثلاث استراتيجيات رئيسية وفق

إرشادات Lincoln & Guba (1985) و Nowell et al. (2017):

أولاً: التثليث

تم دمج ثلاث مصادر بيانات:

- المقابلات الفردية،
- الوثائق الرسمية،
- تقارير الأداء، وذلك للتحقق من الاتساق بين النتائج وتعزيز دقتها.

ثانيًا: المراجعة مع المشاركين

حيث تم إرسال ملخص أولي للنتائج إلى مجموعة من المشاركين الرئيسيين بهدف التأكد من صحة تفسير الباحث للبيانات، وتلقي ملاحظاتهم أو تصويباتهم عند الحاجة.

ثالثًا: مسار التدقيق

تم توثيق جميع خطوات التحليل، بما في ذلك قرارات الترميز واختيار الموضوعات، في سجل منهجي منفصل، الأمر الذي يتيح إمكانية إجراء مراجعة خارجية مستقلة لعملية التحليل.

محاور التحليل: تطبيق الخطوات العشر لنظام RBM&E في مجمع الإسماعيلية الطبي

الخطوة ١: تقييم الجاهزية المؤسسية

- أظهر المسح الميداني أن المجمع يقع ضمن فئة "الجاهزية المتوسطة-العالية" نتيجة توافر دعم قوي من القيادة العليا، وبنية رقمية متقدمة تشمل رقمنة حوالي ٩٠% من الوحدات، وهو ما يوفر بيئة تمكينية تتوافق مع معايير الجاهزية لدى البنك الدولي.
- ورغم هذا التقدم، كشفت البيانات عن فجوة بشرية حرجية تتمثل في نقص الكوادر المؤهلة وارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي، إلى جانب ضعف التكامل الكامل بين بعض الأنظمة الفرعية.
- تشير هذه الفجوة إلى أن التحدي الأساسي لا يكمن في التكنولوجيا، بل في العنصر البشري القائم على تشغيلها، مما يجعل بناء القدرات شرطًا مسبقًا لتطبيق النظام بفعالية.

الخطوة ٢: الاتفاق على النتائج المراد متابعتها

- كشفت نتائج المقابلات عن مستوى ناضج من التفكير الاستراتيجي، حيث توافق المشاركون على التركيز على نتائج حقيقية ذات أثر مثل جودة الخدمة وتجربة المريض، بدلاً من القياس التقليدي المرتبط بحجم الأنشطة فقط. يمثل هذا التوافق مستوى مرتفعاً من الملكية المؤسسية (Ownership).
- ورغم ذلك، برزت تحفظات حول طموح بعض الأهداف الزمنية في ظل النقص البشري الحالي، بما يعكس الحاجة إلى مواءمة الطموح الاستراتيجي مع القدرة التشغيلية لتجنب الإحباط وتقليل مقاومة التغيير.

الخطوة ٣: اختيار مؤشرات الأداء الرئيسية

- اعتمد الفريق منهجية علمية قوية في اختيار 10 مؤشرات متوازنة تغطي السلامة والفاعلية وتجربة المريض، وحقق توافقاً بنسبة ٩٠% مع المعايير الدولية (WHO/JCI).
- إجراء اختبار تجريبي للمؤشرات أكد صلاحيتها العملية وإمكانية قياسها.

- ومع ذلك، فإن الاعتماد الأكبر على المؤشرات الكمية قد يقلل من فرص رصد الجوانب النوعية لتجربة المريض، مما يستدعي مستقبلاً دمج أدوات قياس نوعية مثل **مجموعات التركيز (FGDs)** للحصول على صورة أكثر شمولاً.

الخطوة ٤: وضع خطوط الأساس وجمع البيانات

- تمكن الفريق من بناء **خط أساس دقيق وموثوق** باستخدام التثليث بين سجلات إلكترونية واستبيانات وملاحظة مباشرة، مما أظهر صورة واضحة للواقع (مثال: متوسط وقت الانتظار 45 دقيقة).
- ورغم قوة هذا الخط، ظهرت تحديات مثل اختلاف تعريفات المؤشرات بين الأقسام، وقلة البيانات التاريخية المؤرشفة، مما يشير إلى ضعف في **ثقافة البيانات**.
- تستوجب هذه الفجوات الإسراع في **توحيد التعريفات الإجرائية** وتطوير سياسات واضحة لإدارة البيانات.

الخطوة ٥: التخطيط للتحسين وتحديد المستهدفات

- اعتماد اللجنة التوجيهية على أهداف **SMART** مدعومة بمعالم ربع سنوية (**Milestones**) يعكس نضجاً في التخطيط الاستراتيجي والتزاماً قوياً بالتطوير.
- ورغم هذا التوجه الإيجابي، إلا أن الفجوة بين **طموح الأهداف** وبين **الموارد المتاحة** تمثل التحدي الأكبر الذي قد يعيق التطبيق.
- نجاح هذه المرحلة يعتمد على إعداد **خطة تنفيذية واقعية** تتضمن حزمة موارد بشرية وتقنية تكفل تحول الأهداف من "طموحات" إلى "إنجاز فعلي".

الخطوة ٦: المتابعة للنتائج

- تم تصميم نظام متابعة شامل متعدد المستويات (يومي-شهري-ربع سنوي) مدعوماً بلوحات مؤشرات تفاعلية (**Dashboards**)، مما يمثل انتقالاً واضحاً من الإدارة الروتينية إلى "الإدارة الاستباقية".
- وقد أظهرت التجربة التجريبية قدرة النظام على **تغيير السلوك التشغيلي الفوري** عبر التنبيهات الآلية.
- غير أن بعض الموظفين — خصوصاً من الفئات العمرية الأكبر — أظهروا **مقاومة تقنية**، وهو ما يبرز الحاجة إلى برنامج مستمر لإدارة التغيير، والتدريب والدعم الفني، لضمان التبني الكامل للنظام.

الخطوة ٧: استخدام التقييم لدعم الإدارة

- رغم وجود عمليات تدقيق سريري داخلية، إلا أن غياب **تقييم مؤسسي شامل ومستقل** يمثل فجوة مهمة في دورة التعلم المؤسسي.
- الاعتماد على الرقابة الداخلية فقط يحد من القدرة على تفسير أسباب النجاح والفشل من منظور موضوعي ومحاييد. لتفعيل نظام **RBM&E**، يجب تأسيس **التقييم الدوري المستقل** ليكون جزءاً من آلية اتخاذ القرار الاستراتيجي وليس مجرد نشاط رقابي.

الخطوة ٨: الإبلاغ عن النتائج

- تعتمد القنوات الحالية للإبلاغ على تقارير إدارية داخلية محدودة العمق، مما يحول دون الاستخدام الأمثل للبيانات المتاحة.
- يتطلب تعزيز الشفافية والمساءلة تطوير تقارير بصرية متعددة المستويات تستهدف:
 - القيادات،
 - الموظفين،
 - المجتمع.

فالبيانات لا تُحدث أثرًا إلا عندما تتحول إلى معرفة قابلة للاستخدام تدفع التغيير وتحافظ على الزخم المؤسسي.

الخطوة ٩: استخدام النتائج (Using Findings)

- أظهرت الدراسة تطبيقات أولية ناجحة لاستخدام البيانات في تحسين القرارات التشغيلية (مثل جداول التمرير)، مما يعكس بداية واعدة.
- لكن غياب الربط بين النتائج من جهة، وبين الموارد المالية والاستراتيجية من جهة أخرى، يمثل نقطة ضعف قد تُفقد النظام قدرته التحفيزية.
- لتحقيق الأثر الكامل، يجب أن تصبح النتائج قيمة مؤسسية تُبنى عليها القرارات المتعلقة بالتمويل والتحفيز، بما يعزز مفهوم "التمويل مقابل النتائج".

الخطوة ١٠: استدامة النظام

تُظهر الإجراءات المتخذة — مثل تخصيص ميزانية وإنشاء وحدة متخصصة — توجهًا واضحًا نحو الاستدامة المؤسسية للنظام، بعيدًا عن نمط المبادرات المؤقتة.

ورغم ذلك، يبقى غياب نظام حوافز رسمي قائم على الأداء نقطة ضعف قد تهدد استمرار الالتزام على المدى البعيد. تعزيز الاستدامة يتطلب هندسة حوافز مؤسسية تعكس أهمية الالتزام بالنظام وتربط الأداء الفردي والجماعي بنتائج القياس.

مصفوفة المصادر التفصيلية (Source Matrix)

نوع المصدر	التفاصيل	الغرض	الصلة بالخطوة
مقابلة فردية	مدير عام المجمع	تقييم الدعم السياسي والاستثمارات	الخطوة ١، ٢، ١٠
مقابلة فردية	مدير قسم الطوارئ	فهم العمليات التشغيلية والتقارير	الخطوة ٢-٦، ٨-٩
مقابلة فردية	رئيس التمريض	تقييم نقص الكوادر والإرهاق	الخطوة ١، ٤-٦
مقابلة فردية	مسؤول الجودة	تقييم معايير الجودة والتقييمات	الخطوة ٣، ٧-٩
مقابلة فردية	مسؤول HIS	تقييم البنية الرقمية وفجوات التكامل	الخطوة ١، ٤-٦
مقابلة فردية	نائب المدير المالي	تقييم الموارد المالية والاستدامة	الخطوة ١، ٩-١٠
مقابلة فردية	مسؤول الاتصال المؤسسي	تقييم آليات الإبلاغ والشفافية	الخطوة ٨
مقابلات فردية	رؤساء ورديات (4)	رصد التحديات التشغيلية	جميع الخطوات
مقابلات فردية	أطباء طوارئ (3)	فهم التحديات السريرية	الخطوة ٣-٦
مقابلات فردية	ممرضو/ات (3)	تقييم الإرهاق والجاهزية الميدانية	الخطوة ١، ٤-٦
وثيقة رسمية	تقرير هيئة الرعاية الصحية	توثيق معدلات الرقمنة والاعتماد	الخطوة ١
وثيقة رسمية	تقرير خطوط الأساس	توثيق المؤشرات الكمية	الخطوة ٤
وثيقة رسمية	محاضر ورش العمل	توثيق التوافق على النتائج	الخطوة ٢
وثيقة رسمية	قرار إداري ٢٠٢٤	توثيق إنشاء وحدة M&E	الخطوة ١٠
وثيقة رسمية	تقرير الاختبار التجريبي	توثيق نجاح نظام المتابعة	الخطوة ٦

المصدر: إعداد الباحث.

نتائج البحث

أظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق الإطار المتكامل للمتابعة والتقييم المبني على النتائج (RBM&E) وفق الخطوات العشر في مجمع الإسماعيلية الطبي يمثل تجربة واعدة، مع تحديد نقاط القوة والفجوات التي تؤثر على فعالية النظام واستدامته:

١. الجاهزية المؤسسية والسياسية:

بين التحليل الميداني أن المجمع يتمتع بدعم قوي من القيادة العليا، بما يعزز ملكية المؤسسة للنظام (Ownership) ويتيح إدماج RBM&E في خطط الإدارة الاستراتيجية. كما توفرت بيئة تشريعية وتنظيمية ملائمة نسبياً لتطبيق النظام، مما يضمن انطلاق المشروع على أساس مؤسسي متين.

٢. البنية التحتية التقنية والرقمية:

تمتاز المستشفى ببنية تحتية رقمية متقدمة، حيث تم رقمنة ٩٠% من الوحدات والخدمات، ويعتمد النظام على نظم معلومات صحية HIS لتجميع وتحليل البيانات بشكل دوري (يومي/شهري/ربع سنوي). هذا المستوى من الرقمنة يتيح توليد بيانات دقيقة وموثوقة تساهم في اتخاذ قرارات مستندة إلى الأدلة.

٣. القدرات البشرية والتحليلية:

كشفت المقابلات أن هناك نقصاً في الكوادر المؤهلة لتحليل البيانات، وارتفاعاً في معدلات الاحتراق الوظيفي بين بعض الموظفين، ما يشكل تحدياً رئيسياً أمام استغلال البيانات بالشكل الأمثل. كما أظهر التحليل الحاجة إلى برامج تدريبية مستمرة لتطوير مهارات تحليل الأداء واستخدام المؤشرات النوعية والكمية.

٤. اختيار مؤشرات الأداء وقياس النتائج:

تم تحديد ١٠ مؤشرات رئيسية (KPIs) تغطي جميع أبعاد جودة خدمات الطوارئ (السلامة، الفاعلية، تجربة المريض). كما تم إنشاء خطوط أساس (Baselines) دقيقة لكل مؤشر، مثل متوسط زمن الانتظار (٤٥ دقيقة)، ومعدل إعادة الدخول خلال ٧٢ ساعة (٨%)، ونسبة رضا المرضى (٧٠%). يُلاحظ أن التركيز الحالي على المؤشرات الكمية يحتاج إلى دعم بالأدوات النوعية مثل مجموعات التركيز واستبيانات تجربة المريض للحصول على رؤية أشمل للأداء.

٥. التخطيط والتحسين المستمر:

تم تحديد أهداف أداء طموحة ومتوافقة مع معايير SMART، مع تقسيمها إلى معالم مرحلية ربع سنوية لتسهيل المتابعة. ومع ذلك، فإن الفجوة بين هذه الأهداف والطاقة التشغيلية الحالية تشكل تحدياً، مما يستلزم ربط التخطيط الاستراتيجي بتخصيص الموارد البشرية والمالية الكافية لكل مرحلة.

٦. المتابعة والإبلاغ عن النتائج:

أظهر النظام الرقمي إمكانية المتابعة الفورية والتقارير التفاعلية باستخدام لوحات متابعة ذكية (Dashboards)، إلا أن مقاومة بعض الموظفين الجدد أو الأكبر سنًا للتقنيات الجديدة تشير إلى الحاجة إلى برامج إدارة التغيير ودعم المستخدمين. كما أظهرت الدراسة أن تقارير الأداء الحالية محدودة في نطاقها ومحتواها، ويفترض توسيع دائرة الإبلاغ لتشمل الموظفين والمستفيدين والمجتمع لتعزيز الشفافية والمساءلة.

٧. التقييم واستخدام النتائج:

التقييم الداخلي موجود لكنه غير مستقل بشكل كامل، ما يحد من القدرة على تحليل أسباب النجاح أو الفشل بشكل موضوعي. استخدام نتائج الأداء في القرارات التشغيلية بدأ بالظهور (مثل تعديل جداول التمريض)، لكن ربط النتائج بتخصيص الموارد والتمويل لم يتم بالشكل المنهجي المطلوب، ما يهدد تحقيق أثر مستدام.

٨. الاستدامة المؤسسية للنظام:

تتيح الخطوات المتخذة، مثل إنشاء وحدة M&E دائمة وتخصيص ميزانية سنوية، انتقال النظام من مرحلة المبادرات المؤقتة إلى العمل المؤسسي المستدام. ومع ذلك، فإن غياب حوافز مرتبطة بالأداء الرسمية قد يؤثر على التزام الموظفين على المدى الطويل، مما يستدعي وضع سياسات تحفيزية واضحة لضمان استمرار تبني النظام.

الملخص العام للنتائج:

تجمع النتائج بين جاهزية مؤسسية متقدمة وقدرة تقنية قوية، وبين فجوات بشرية وتنظيمية تحتاج إلى معالجة منهجية. ويوفر النظام RBM&E إطارًا فعالًا لتحسين أداء خدمات الطوارئ، إذا تم دعم التطبيق بالموارد البشرية والتدريب، وربط نتائج الأداء بالتمويل والحوافز. كما يقدم نموذجًا تطبيقيًا يمكن تعميمه على مستشفيات أخرى ضمن هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة، مع مراعاة الخصوصية المؤسسية والثقافية لكل مؤسسة.

توصيات البحث

استناداً إلى "تحليل الجاهزية (Readiness Assessment) "الذي أجري في المبحث الأول، ونتائج "التحليل الميداني" (Field Analysis) لخطوات نظام RBM&E العشر في المبحث الثاني، يطرح الباحث "مصفوفة التدخلات الاستراتيجية" التالية.

تم تصميم هذه المصفوفة لتعالج الفجوات المرصودة بدقة، وتستثمر نقاط القوة الحالية (مثل البنية التحتية الرقمية)، لتكون بمثابة خارطة طريق تنفيذية لمجمع الإسماعيلية الطبي.

توصيات المستوى الاستراتيجي والمؤسسي (Governance & Strategy)

تهدف إلى معالجة الفجوات في "الخطوة ١: تقييم الجاهزية" و"الخطوة ١٠: استدامة النظام".

آلية التنفيذ المقترحة	التوصية التنفيذية (The Action)	الفجوة المرصودة (The Gap)	المرجع في البحث
تحويل قسم الجودة التقليدي إلى وحدة تتبع الإدارة العليا مباشرة، تكون مسؤولة حصرياً عن تجميع البيانات من الأقسام وتحليلها، وإصدار "تقرير حالة الطوارئ" الشهري.	مأسسة وحدة "ذكاء الأداء المؤسسي" (Performance Intelligence Unit)	وجود التزام قيادي "شفهي" بالتحسين، ولكن غياب كيان إداري "رسمي" مسؤول عن إدارة الأداء والنتائج بشكل حصري.	تحليل الخطوة ١ (الجاهزية)
إصدار لائحة داخلية ملزمة تُعرف بوضوح أدوار "ملاك البيانات (Data Owners)"، وتجرم التلاعب بالمؤشرات، وتضمن حماية الموظف الذي يبلغ عن القصور (Whistleblower Protection).	صياغة "دستور الأداء" الداخلي (Performance Charter)	الاعتماد على الحماس الفردي لبعض القيادات دون وجود إطار قانوني يحمي عملية التقييم من التغيرات الإدارية.	تحليل الخطوة ١٠ (الاستدامة)
تخصيص ٥% من ميزانية المكافآت لتوزيع بناءً على تحقيق "مؤشرات الفريق" (مثل خفض زمن الانتظار)، وليس الحضور والانصراف فقط.	تطبيق تجريبي لموازنة البرامج والأداء (Pilot PBF)	ضعف الارتباط بين الموازنة المالية وبين تحقيق نتائج صحية ملموسة (غياب PBF).	نتائج المقابلات (التمويل)

توصيات المستوى البشري وبناء القدرات (Capacity Building)

تهدف إلى معالجة الفجوات في "الخطوة ٢: اختيار النتائج" و"الخطوة ٤: جمع البيانات".

آلية التنفيذ المقترحة	التوصية التنفيذية (The Action)	الفجوة المرصودة (The Gap)	المرجع في البحث
إدراج موديول تدريبي إلزامي للأطباء المقيمين حول "كيفية قراءة لوحة القيادة (Dashboard)"، واختيار "سفير بيانات" في كل وردية يكون حلقة الوصل مع وحدة المعلومات.	إطلاق مبادرة "طبيب محلل بيانات-Data Savvy Clinician"	"الأمية التحليلية" لدى الطاقم الطبي؛ الأطباء يسجلون البيانات لكنهم لا يعرفون كيفية قراءتها أو الاستفادة منها.	تحليل الخطوة ٤ (العنصر البشري)
تعيين "مرافق تقني" من شباب الامتياز لمساعدة كبار الموظفين في أول شهر من التطبيق، بدلاً من التدريب النظري التقليدي الذي أثبت عدم فعاليته.	برنامج "الرقمنة المرافقة Digital Shadowing"	مقاومة التغيير لدى الكوادر التمريضية الأكبر سناً تجاه التحول الرقمي الكامل.	الملاحظة الميدانية
عقد ورش عمل ربع سنوية يُدعى إليها ممثلون عن التمريض والأطباء لمراجعة المؤشرات الحالية واقتراح تعديلها بما يتناسب مع ضغط العمل الواقعي.	جلسات "تصميم المؤشرات التشاركي"	شعور الطاقم بأن المؤشرات "مفروضة عليهم" من الإدارة وليست نابعة من واقعهم.	تحليل الخطوة ٢ (الموافقة)

توصيات المستوى التقني والتشغيلي (Technical & Operational)

تهدف إلى معالجة الفجوات في "الخطوة ٦: مراقبة النتائج" و"الخطوة ٧: التحليل والتقييم".

آلية التنفيذ المقترحة	التوصية التنفيذية (The Action)	الفجوة المرصودة (The Gap)	المرجع في البحث
إصدار وثيقة موحدة تُعرف كل مؤشر (المقام والبسط ومصدر البيانات) وتعميمها إلكترونياً على جميع أجهزة القسم لمنع الاجتهادات الشخصية.	توحيد "قاموس البيانات المرجعي (Data Dictionary)"	تباين تعريفات بعض المؤشرات (مثل "زمن الاستجابة") بين الأطباء وموظفي النظام، مما يؤدي لبيانات غير دقيقة.	تحليل الخطوة ٦ (جودة البيانات)
برمجة نظام HIS لإرسال رسالة SMS تلقائية لمدير الطوارئ إذا تجاوز عدد المنتظرين في الترياج حداً معيناً (مثلاً ٢٠ مريضاً)، للتدخل الفوري بدعم إضافي.	تفعيل نظام "الإنذار المبكر الآلي (Automated Triggers)"	النظام الرقمي الحالي يعمل كـ "أرشفيف" (يسجل ما حدث) ولا يعمل كـ "منبه" (ينبه لما يحدث الآن).	تحليل الخطوة ٧ (التقييم)
استكمال ربط شاشات الطوارئ بنتائج المعمل لحظياً، بحيث يظهر "إشعار ملون" على شاشة الطبيب فور صدور النتيجة، لتقليل "زمن المكوث" الضائع في انتظار النتائج	الربط البيني الكامل (Interoperability Protocol)	عدم التكامل بين نظام الطوارئ ونظام المعامل والأشعة (Islands of Data).	تحليل البنية التحتية

الخاتمة

تخلص هذه الدراسة إلى نتيجة محورية مفادها تأكيد حقيقة جوهرية: ان تطوير منظومة الطوارئ في مصر لم يعد رهناً بتحديث البنية التحتية فحسب، بل يستلزم تبني منهجيات إدارية حديثة تُعظّم كفاءة الموارد استناداً إلى منطق النتائج والأثر.

أظهرت الدراسة في مجمع الإسماعيلية الطبي توفر مقومات النجاح الأساسية، من بنية رقمية متطورة ودعم مؤسسي، إلا أن الفجوة الحقيقية تكمن في آلية تفعيل البيانات المتاحة وتحويلها إلى قرارات استراتيجية تنعكس إيجاباً على المخرجات الصحية.

توضح نتائج البحث أن التحديات الموجودة—مثل المقاومة البشرية، وتباين البيانات، وغياب الحوافز المرتبطة بالأداء—ليست عوائق مستعصية، بل قابلة للحل عبر تدريب موجه، وتوحيد إجراءات القياس، وسياسات تحفيزية ذكية. هذا يعني أن تطبيق نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (RBM&E) ليس خياراً تقنياً فحسب، بل التزام أخلاقي ووطني يضمن للمواطن حقه في خدمات صحية كريمة، ويحمي استثمارات الدولة من الهدر.

ختاماً، يدعو الباحث إلى الانتقال من منهج "كم عالجنا؟" إلى منهج "كم حياة أنقذنا، وكيف أثرنا فعلياً في جودة الخدمة؟"، مؤكداً أن الجاهزية المؤسسية، عند ربطها بالكوادر المدربة والسياسات الداعمة، قادرة على تحويل هذا الهدف إلى واقع ملموس.

قائمة المراجع

المراجع العربية :

- وزارة الصحة والسكان. (2024). الاستراتيجية الوطنية للصحة في مصر ٢٠٢٤-٢٠٣٠: نحو نظام صحي مرن وشامل. القاهرة: وزارة الصحة والسكان.
- رئاسة مجلس الوزراء. (2016). استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر ٢٠٣٠. القاهرة: مجلس الوزراء المصري.
- الهيئة العامة للرعاية الصحية. (2024). التقرير السنوي لمؤشرات أداء منظومة التأمين الصحي الشامل: محافظات المرحلة الأولى. القاهرة: الهيئة العامة للرعاية الصحية.
- المجلس الأعلى للصحة. (2023). الإطار التنظيمي الموحد لتشغيل أقسام الطوارئ والرعاية الحرجة بالمستشفيات الجامعية والحكومية. القاهرة: المجلس الأعلى للمستشفيات الجامعية.
- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. (2021). دليل متطلبات اعتماد المستشفيات (الإصدار الثاني). القاهرة: الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
- وزارة الصحة والسكان. (2022). بروتوكولات التعامل مع الحالات الطارئة والحرية في أقسام الاستقبال. القاهرة: قطاع الطب العلاجي.
- عبد الغفار، خالد. (2024). مستقبل الرعاية الصحية في مصر: قراءة في الاستراتيجية الوطنية ٢٠٣٠. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
- معهد التخطيط القومي. (2023). آليات تعزيز حوكمة القطاع الصحي في مصر: دراسة تحليلية لخدمات الطوارئ، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، (٣٤٠). القاهرة: معهد التخطيط القومي.
- إبراهيم، محمد، وسعيد، هدى. (٢٠٢٣). تقييم كفاءة خدمات الإسعاف والطوارئ في ظل منظومة التأمين الصحي الشامل: دراسة ميدانية بمحافظة الإسماعيلية. المجلة المصرية لإدارة المستشفيات، 20(2)، ٨٥-١١٠.
- علي، محمود. (٢٠٢٢). أثر التحول الرقمي على تقليل زمن الانتظار في أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية. مجلة الدراسات التجارية والاقتصادية، 35(1)، ٢٠٠-٢٢٥.

المراجع الأجنبية:

- Abdullah, M. I., et al. (2022). Digital health transformation in emergency care: A systematic review. International Journal of Medical Informatics, 165, 104826.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal, 9(2), 27-40.

- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cost-effectiveness of emergency care interventions in low and middle-income countries: a systematic review, Werner et al., 2020
- Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage, WHO, OECD, World Bank ,2019
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Emergency department performance assessment using administrative data: A managerial framework, Soldatenkova et al., 2023
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4.
- Evolution of emergency medical services in the Kingdom of Bahrain, Abuzeyad et al., 2020

- Failure factors in healthcare quality improvement programmes: reviewing two decades of the scientific field, Vaz & Araujo ,2022
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guidelines for monitoring and evaluation of Health Sector Reforms in the African region, WHO ,2006
- Impact of emergency care centralisation on mortality and efficiency: a retrospective service evaluation, Price et al., 2020
- Jarvis, P. R. (2016). Improving emergency department patient flow: A practical guide to operational excellence. Cambridge University Press.
- JCI. (2017). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (6th ed.). Joint Commission Resources.
- JCI. (2017). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (6th ed.). Joint Commission Resources.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). Focus groups: A practical guide for applied research (5th ed.). Sage Publications.
- Kusek, J. Z., & Rist, R. C. (2004). Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: A handbook for development practitioners. World Bank.

- Kusek, J. Z., & Rist, R. C. (2004). Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: A handbook for development practitioners. World Bank.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage Publications.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage Publications.
- Measuring the Impact of Performance Indicators on Improving the Quality of Health Services: An Applied Study on the Health Affairs Directorate in Taif Province, Albkmy et al., 2021.
- Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean, PAHO ,1998.
- Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs): Background Paper for the Regional Technical Consultation, WHO
- Morgan, D. L. (1997). Focus groups as qualitative research (2nd ed.). Sage Publications.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. International Journal of Qualitative Methods, 16(1), 1-13.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. International Journal of Qualitative Methods, 16(1), 1-13.
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? Assessment & Evaluation in Higher Education, 33(3), 301-314.
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? Assessment & Evaluation in Higher Education, 33(3), 301-314.
- OECD. (2002). Glossary of key terms in evaluation and results based management. OECD-DAC.
- OECD. (2002). Glossary of key terms in evaluation and results based management. OECD Development Assistance Committee.

- Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice (4th ed.). Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice (4th ed.). Sage Publications.
- Supporting High impAct useRs in Emergency Departments (SHarED): a mixed-method evaluation, Rejon et al., 2023
- The Relationship between Digital Transformation and Quality of Health Services (Application to Service Providers in Hospitals Participating in the Waiting List Elimination Initiative), Abdullah et al., 2022.
- The Role of Improving Healthcare and Therapeutic Services in Achieving Sustainable Development Goals in Egypt, Dawod et al., 2022.
- The Role of Patient Interaction Skills in Improving the Quality of Health Service – An Applied Study on Patients at Menoufia University Hospitals, Radwan et al., 2021.
- UN. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. United Nations.
- UN. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. United Nations.
- UNDP. (2009). Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. United Nations Development Programme.
- UNDP. (2009). Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. United Nations Development Programme.
- WHO. (2021). Monitoring and evaluation of COVID-19 response in the WHO African Region. World Health Organization.
- WHO. (2021). Monitoring and evaluation of COVID-19 response in the WHO African Region: Interim guidance. World Health Organization.

الملاحق

دليل المقابلات شبه المنظمة

موضوع البحث: تحسين خدمات الطوارئ في مستشفيات هيئة الرعاية من خلال نظام المتابعة والتقييم المبني على النتائج (RBM&E)

دراسة حالة: مجمع الإسماعيلية الطبي – هيئة الرعاية الصحية بمدن القناة

المقدمة التوجيهية للمقابلة

يُجرى هذا اللقاء في إطار بحث أكاديمي يهدف إلى تقييم إمكانية تطبيق نظام RBM&E لتحسين خدمات الطوارئ، استنادًا إلى إطار الخطوات العشر للبنك الدولي (Kusek & Rist, 2004) وأدلة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP, 2009).

- مدة المقابلة المتوقعة 45-60 دقيقة
- طبيعة الأسئلة: مفتوحة، استكشافية، تشخيصية
- السرية: جميع المعلومات سرية وتُستخدم لأغراض البحث العلمي فقط

القسم	رقم السؤال	السؤال	نوع السؤال	الهدف	المرجعية النظرية	ملاحظات المضيف
المعلومات الأساسية عن المشارك	1	ما هو مسامك الوظيفي الحالي داخل مجمع الإسماعيلية الطبي؟	استكشافي	تحديد مستوى المشارك الإداري ومجال تخصصه لفهم السياق	—	—
المعلومات الأساسية عن المشارك	2	منذ متى تعملون في هذا الدور؟ وما هو مجموع سنوات خبرتكم في قطاع الصحة العامة؟	استكشافي	تقييم عمق الخبرة المؤسسية والمعرفة التاريخية	—	—
المعلومات الأساسية عن المشارك	3	يُرجى وصف أبرز مهامك اليومية المرتبطة بإدارة أو تقديم خدمات الطوارئ	وصفي	فهم طبيعة المسؤوليات ومدى الاحتكاك المباشر بعمليات الطوارئ وبيانات الأداء	—	—
تقييم الجاهزية المؤسسية	4	كيف تُقيّمون مستوى دعم الإدارة العليا لتطبيق نظم المتابعة والتقييم المبني على النتائج في قسم الطوارئ؟	تشخيصي	قياس الالتزام السياسي، أحد معايير الجاهزية الأساسية	Kusek & Rist (2004)	مقابلة مدير عام المجمع، نوفمبر ٢٠٢٤

القسم	رقم السؤال	السؤال	نوع السؤال	الهدف	المرجعية النظرية	ملاحظات المجيب
تقييم الجاهزية المؤسسية	5	هل توجد وحدة أو لجنة مخصصة للمتابعة والتقييم أو الجودة داخل المجمع؟ وكيف تعمل؟ ومدى استقلاليتها؟	استكشافي- تشخيصي	تقييم البنية المؤسسية ومدى وجود جهة M&E مسؤولة عن	UNDP (2009)	مقابلة مسؤول الجودة، ١٥ نوفمبر ٢٠٢٤
تقييم الجاهزية المؤسسية	6	ما مدى وضوح الهيكل الإداري الحالي فيما يتعلق بمسؤوليات المتابعة والتقييم؟ هل توجد أدوار ومسؤوليات مؤتقة رسمياً؟	تشخيصي	قياس وضوح الأدوار، أحد معايير الجاهزية الحرجة	Kusek & Rist (2004)	تحليل الوثائق الإدارية، الخطوة الأولى
تقييم الجاهزية المؤسسية	7	هل توجد سياسات أو لوائح رسمية تنظم عمليات جمع البيانات، والتحليل، والإبلاغ عن الأداء؟	استكشافي	تقييم الإطار التنظيمي M&E الداعم لنظم	Kusek & Rist (2004)	مراجعة اللوائح الإدارية
القدرات البشرية والتقنية	8	هل تلقى العاملون أي تدريب متخصص في التحليل M&E، الإحصائي، إدارة، أو استخدام KPIs أدوات التقييم الرقمية؟	استكشافي	تقييم مستوى القدرات التحليلية	UNDP (2009); Kusek & Rist (2004)	مقابلة محلي البيانات، ٢٠٢٤ نوفمبر
القدرات البشرية والتقنية	9	ما مدى توافر كوادرات فنية متخصصة في إدارة وتحليل البيانات الصحية؟	تشخيصي	قياس الفجوة في الموارد البشرية المتخصصة	Kusek & Rist (2004)	مقابلة مسؤول HIS
القدرات البشرية والتقنية	10	ما أبرز الفجوات في القدرات البشرية أو التقنية التي تُعيق تطبيق نظام متابعة وتقييم فعال؟	تشخيصي مفتوح	استكشاف التحديات الواقعية غير المعلنة رسمياً	Braun & Clarke (2006)	تحليل موضوعي
القدرات البشرية والتقنية	11	هل تواجهون مقاومة من بعض العاملين تجاه استخدام التكنولوجيا أو الأنظمة الرقمية الجديدة؟ وكيف يتم التعامل معها؟	استكشافي	تقييم المقاومة المؤسسية للتغيير	Vaz Araujo et al. (2022)	مقابلات مع رؤساء الورديات والممرضين
نظم المعلومات الصحية	12	ما هي أبرز نظم المعلومات الصحية المستخدمة حالياً في قسم الطوارئ؟	استكشافي	رسم خريطة البنية التحتية الرقمية	WHO (2018)	مقابلة مسؤول HIS، 10 نوفمبر ٢٠٢٤

القسم	رقم السؤال	السؤال	نوع السؤال	الهدف	المرجعية النظرية	ملاحظات المجيب
نظم المعلومات الصحية	13	هل توجد آلية تكامل بين HIS والأقسام الأخرى أم أن البيانات منفصلة؟	تشخيصي	تقييم التكامل الرقمي	Abdullah et al. (2022)	تحليل الخطوة الأولى
نظم المعلومات الصحية	14	ما مدى سهولة الحصول على تقارير أداء محدثة؟ وهل يمكن للمديرين الوصول إليها مباشرة؟	تشخيصي	قياس إتاحة البيانات لصانعي القرار	Kusek & Rist (2004)	مقابلة مدير قسم الطوارئ
نظم المعلومات الصحية	15	هل توجد تحديات تقنية تُعيق دقة أو اكتمال البيانات المُدخلة في النظام؟	استكشافي	استكشاف العوائق التقنية	تحليل الخطوة الرابعة	تقرير خطوط الأساس
المؤشرات ووسائل التحقق	16	ما أبرز مؤشرات الأداء المستخدمة حاليًا لقياس كفاءة وجودة خدمات الطوارئ؟	استكشافي	جمع قائمة المؤشرات المطبقة وتقييم توافقها مع CREAM	Kusek & Rist (2004); OECD (2002)	مقابلة مسؤول الجودة
المؤشرات ووسائل التحقق	17	كيف يتم التحقق من دقة واكتمال البيانات المستخدمة لحساب هذه المؤشرات؟	تشخيصي	تقييم جودة البيانات (Reliability, Validity, Timeliness)	Kusek & Rist (2004)	تحليل الخطوة الرابعة
المؤشرات ووسائل التحقق	18	هل ترتبط أي من المؤشرات الحالية SDG 3 ، خاصة المقصدين ٣.٨ و ٣.د؟	تشخيصي	تقييم الربط الاستراتيجي بين الأداء المحلي والأهداف الوطنية/الدولية	UNDP (2009); UN (2015)	تحليل الخطوة الثانية
المؤشرات ووسائل التحقق	19	هل المؤشرات الحالية شاملة وكافية لقياس الأداء الفعلي؟ أم توجد جوانب مهمة غير مُقاسة؟	مفتوح تقييمي	استكشاف الفجوات في نظام القياس	مقابلات متعددة	التحليل الموضوعي
الدعم المالي والموارد	20	هل يوجد بند مالي مُخصص في ميزانية M&E؟ المجمع لأنشطة	استكشافي	تقييم الالتزام المالي المؤسسي	World Bank (2012); Kusek & Rist (2004)	مقابلة نائب المدير المالي
الدعم المالي والموارد	21	كيف يتم تخصيص الموارد المالية والبشرية لقسم الطوارئ؟	تشخيصي	فهم آلية تخصيص الموارد ومدى مرونتها	Kusek & Rist (2004)	مقابلة الإدارة المالية
الدعم المالي والموارد	22	هل يُربط التمويل أو الحوافز بتحقيق مؤشرات أداء محددة أو نتائج ملموسة؟	تشخيصي	استكشاف تطبيق نموذج التمويل المبني على الأداء	Werner et al. (2020)	مقابلة المدير المالي

القسم	رقم السؤال	السؤال	نوع السؤال	الهدف	المرجعية النظرية	ملاحظات المصيب
ثقافة الأداء والتحفيز	23	كيف تتعامل الإدارة مع التقارير التي تُظهر ضعفًا في الأداء؟	مفتوح تقييمي	تقييم الثقافة المؤسسية تجاه المساءلة والشفافية	Kusek & Rist (2004)	مقابلات متعددة
ثقافة الأداء والتحفيز	24	هل توجد آليات لتحفيز أو مكافأة الأداء المتميز؟	استكشافي	تقييم نظام الحوافز المرتبط بالأداء	Albkmy et al. (2021)	مقابلة رئيس التمريض
ثقافة الأداء والتحفيز	25	ما مدى استعداد الفرق لتقبل نظام تقييم شفاف يعتمد على مؤشرات واضحة؟	تقييمي	قياس الجاهزية الثقافية للتحويل نحو RBM&E	تحليل الخطوة الأولى	—
الشفافية والمساءلة	26	هل تُعرض تقارير الأداء بشكل منتظم؟ وما هي الآليات؟	استكشافي	تقييم الشفافية الداخلية	Kusek & Rist (2004)	تحليل الخطوة الثامنة
الشفافية والمساءلة	27	ما الآليات لمتابعة تنفيذ توصيات تقارير الأداء؟	تشخيصي	قياس فعالية المساءلة وربط النتائج بالإجراءات التصحيحية	UNDP (2009)	مقابلة مدير عام المجمع
الشفافية والمساءلة	28	كيف يمكن تعزيز الشفافية دون التأثير على الروح المعنوية للفريق؟	مفتوح استشرافي	جمع اقتراحات عملية لتحقيق توازن بين المساءلة والتحفيز	التحليل الموضوعي	—
الربط بالأهداف الاستراتيجية	29	كيف تُربط أهداف قسم الطوارئ بالأهداف الاستراتيجية العامة للمجمع؟	تشخيصي	تقييم التوافق الاستراتيجي بين المستويات التشغيلية والإدارية	UNDP (2009)	مقابلة مدير التخطيط
الربط بالأهداف الاستراتيجية	30	هل توجد آليات رسمية لدمج نتائج التقييم والمتابعة في التخطيط والتحسين المستمر؟	تشخيصي	قياس استخدام المعلومات في دورة التخطيط	Kusek & Rist (2004)	تحليل الخطوة التاسعة
التطلعات المستقبلية والاستدامة	31	ما الخطوات الأساسية لتعزيز كفاءة خدمات الطوارئ من خلال نظام RBM&E؟	مفتوح استشرافي	جمع توصيات عملية لبناء نموذج واقعي	Braun & Clarke (2006)	التحليل الموضوعي
التطلعات المستقبلية والاستدامة	32	كيف تُقيّمون جاهزية المجمع لتطبيق نظام RBM&E خلال ٣ سنوات؟	تقييمي	الحصول على تقييم شمولي من منظور المشاركين	تحليل الخطوة الأولى	—
التطلعات المستقبلية والاستدامة	33	ما العقبات الرئيسية التي يجب معالجتها لضمان استدامة النظام؟	تشخيصي مفتوح	تحديد التهديدات الأساسية للاستدامة	Kusek & Rist (2004)	مقابلات متعددة

القسم	رقم السؤال	السؤال	نوع السؤال	الهدف	المرجعية النظرية	ملاحظات المجيب
التطلعات المستقبلية والاستدامة	34	هل لديكم أي ملاحظات أو إضافات أخرى حول تحسين خدمات الطوارئ أو M&E؟	مفتوح ختامي	إتاحة مساحة للمشاركة لطرح قضايا غير مغطاة	—	—

مصفوفة توثيق الأسئلة البحثية

رقم السؤال	المحور	نوع السؤال	المصدر النظري	المبرر العلمي
س ١-س ٣	معلومات أساسية	استكشافي/وصفي	-	تحديد سياق المشارك ومستوى خبرته
س ٤-س ٧	الجاهزية المؤسسية	تشخيصي/استكشافي	Kusek & Rist (2004)، الخطوة ١	تقييم البيئة المؤسسية والالتزام السياسي
س ٨-س ١١	القدرات البشرية	تشخيصي/استكشافي	UNDP (2009)؛ Kusek & Rist (2004)، ص ١١٢-١٢٠	قياس فجوات القدرات والمقاومة للتغيير
س ١٢-س ١٥	نظم المعلومات	استكشافي/تشخيصي	WHO (2018)؛ Abdullah et al. (2022)	تقييم البنية الرقمية وجودة البيانات
س ١٦-س ١٩	المؤشرات	استكشافي/تقييمي	Kusek & Rist (2004)، الخطوة ٣؛ OECD (2002)	تقييم المؤشرات وفق معايير CREAM
س ٢٠-س ٢٢	الدعم المالي	استكشافي/تشخيصي	World Bank (2012)؛ Werner et al. (2020)	قياس الالتزام المالي والتمويل المبنى على الأداء
س ٢٣-س ٢٥	ثقافة الأداء	مفتوح تقييمي	Kusek & Rist Vaz (2004)، ص ١٦٥؛ Araujo et al. (2022)	تقييم الثقافة المؤسسية والحوافز
س ٢٦-س ٢٨	الشفافية والمساءلة	استكشافي/مفتوح	OECD (2017)؛ WHO (2019)	قياس آليات الشفافية والمساءلة الفعلية
س ٢٩-س ٣٠	الربط الاستراتيجي	تشخيصي	UNDP (2009)، ص ٥٥؛ Kusek & Rist (2004)، الخطوة ٢	تقييم التوافق مع الأهداف الاستراتيجية
س ٣١-س ٣٤	التطلعات والاستدامة	مفتوح استشرافي	Kusek & Rist (2004)، الخطوة ١٠؛ UNDP (2009)	جمع توصيات ميدانية وتقييم الاستدامة

استخدام الأسئلة في التحليل الوصفي

شكلت الأسئلة الواردة في دليل المقابلات شبه المنظمة الأداة الرئيسية لجمع البيانات النوعية في إطار منهج البحث الوصفي التحليلي المعتمد. وقد أجريت سبعة عشر (١٧) مقابلة مع مسؤولين وعاملين في مستويات إدارية وتشغيلية مختلفة بمجمع الإسماعيلية الطبي خلال الفترة من ٥ إلى ٢٠ نوفمبر ٢٠٢٤، تراوحت مدة كل مقابلة بين ٣٠ و ٤٥ دقيقة، وتم تسجيلها صوتيًا بموافقة المشاركين ثم تفرغها نصيًا للتحليل.

خضعت الإجابات لتحليل موضوعي (Thematic Analysis) وفق منهجية (Braun & Clarke 2006) المكونة من ست خطوات: التعرف على البيانات، توليد الرموز الأولية، البحث عن الموضوعات، مراجعة الموضوعات، تحديدها وتسميتها، وإنتاج التقرير النهائي. ولتعزيز مصداقية النتائج وقابليتها للنقل، تم تثليث البيانات (Triangulation) بمقارنة نتائج المقابلات مع الوثائق الرسمية (تقارير الأداء، القرارات الإدارية، السجلات الطبية) وبيانات نظام المعلومات الصحية (HIS)، وفق معايير (Lincoln & Guba 1985).

أسفر التحليل عن عشرة موضوعات رئيسية (Main Themes) تغطي الخطوات العشر لنظام RBM&E، مع تحديد نقاط القوة (مثل: دعم سياسي قوي وبنية رقمية متقدمة)، الفجوات الحرجة (مثل: نقص القدرات التحليلية وضعف استخدام النتائج)، والفرص المتاحة (مثل: الاستثمارات الحكومية الكبيرة والالتزام بمعايير الجودة الدولية). وقد استُخدمت هذه النتائج كأساس لإعداد التوصيات العملية المفصلة في الفصل السادس، والتي تهدف إلى تطوير نموذج تطبيقي واقعي لنظام RBM&E يمكن تعميمه على مستشفيات هيئة الرعاية الصحية الأخرى.