

العنوان:	الإحصاء كأداة لتحسين هياكل الصحة
المصدر:	المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية
الناشر:	منظمة اليونسكو
المؤلف الرئيسي:	كريفسكي، إدواردو
مؤلفين آخرين:	علوان، محمد السيد(مترجم)
المجلد/العدد:	ع 135
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	1993
الشهر:	فبراير
الصفحات:	69 - 84
رقم MD:	361733
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الدول الصناعية ، تكنولوجيا المعلومات ، الإحصاء ، الخدمات الصحية ، المستشفيات
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/361733">http://search.mandumah.com/Record/361733</a>

# الاحصاء كأداة لتحسين هياكل الصحة

ادوردو كريشكي

Eduardo Crivisqui

تفانم اختلال التوازن العام الموجود (Immergut, 1990).

وفي غضون تلك السنوات ، قد أدى الالتزام بتلك السياسات إلى تحسين البناءات الصحية للدول الصناعية من خلال عملية ابتكار تنظيمي مؤثر في نظام الامداد بالخدمات ككل . وهي عملية تبسيط نظام الخدمات ، بحيث تظهر أغراضها وكذلك الوسائل لتحقيق تنسيق أفضل بين المصادر المتحركة وأهداف الفصل الصحي . والأساس المنطقي للطرق المختلفة التي أخذت بها السلطات العامة فعلا في هذا الميدان تعتبر

ثانوية من الآن وصاعدا للطرق التي تكتسب فيها البناءات الصحية هياكل عملية جديدة . وقد دلت ارتفاع التكاليف في قطاع المستشفيات على أنها العنصر الأساسي للزيادة السنوية من الانفاق ، ولذلك كانت أحد الأهداف الرئيسية للسياسات الصحية ، هي التحكم وضبط معدل هذه الزيادة .

ويمكن احراز مثل هذا التحكم والضبط عن طريق اغلاق المؤسسات « الزائدة » عن الحاجة ، ولكن هذا سيؤدي إلى عديد من المشكلات المتعلقة بالعمالة والتوازن الاقليمي والاستقلال الخاص بالمناطق المحلية . ومن السهل أن نغير مواضع تجهيزات المستشفى الضرورية . ولكن الشكوك التي تدور حول نمو الطلب وتقويم نتائج توظيف المال في المستشفيات أدى إلى اضعاف الثقة في مجهودات التخطيط في هذا المجال . ولهذا السبب فإن الحكومات تقيم وتؤسس قدرة المستشفيات على الاستيعاب على أساس اقليمي ، بأمل أن الآليات المالية المخصصة لهذا الغرض تحقق انخفاضا في

1- تحسين هياكل المستشفى في الدول

الصناعية

في بداية الثمانينات ، أظهرت الدول الصناعية زيادة كبيرة في معدل انفاقها على الصحة ، مما عرض على المدى البعيد توازنها المالي العام والأنظمة الصحية الباقية للخطر . ولهذا كان من الضروري إعادة فحص نمو الخدمات الصحية ، وفي نفس الوقت مواجهة الطلب المتزايد عليها من قبل كبار السن من السكان والتغيرات في توقعات الرخاء العام ، وذلك عن طريق تطور التكنولوجيا الطبية .

ولتخفيض زيادة الانفاق العام ، تحتاج السلطات الرسمية أن تتخذ الخطوات بشأن الظروف التي تحكم توفير الخدمات وبالعوامل العديدة التي تؤثر في الطلب بشكل أساسي . ومع ذلك ، تبقى بعض الشكوك المتعلقة بنتائج « الاضافة المالية » في سياسات التحكم في الانفاق . ولذلك وضعت الحكومات سياسات صممت لكي تنظم العوامل المسئولة عن انتاج

الخدمات ، لكي تضبط مصادر المخاطرة ولكي تحدد من الطلب على الرعاية الصحية ، وإن كان الحد من الرعاية الصحية قد يكون نتيجة لمجموعة من العوامل المختلفة التي تقع خارج نطاق الفعل المباشر للسلطات العامة ، وهذا أصبح بالفعل شيئا معترفا به (وعلى سبيل المثال ، إدارة المهن الطبية واتجاهات المتفاعلين بالخدمات) .

وفي مدى سنوات قليلة ، استطاعت تلك السياسات الصحية ضبط معدل الزيادة في الانفاق ، بل ربما تؤدي على المدى البعيد إلى نشأة أشكال جديدة من اللامساواة في الحصول على الخدمات الصحية ، وربما تؤدي إلى

ادوردو كريشكي متخصص في الصحة العامة والمناهج الاحصائية ومناهج علم الأوبئة في الجامعة الحرة في مدينة بروكسل . ولقد شارك في صناعة نظام بلجيكي جديد لاحصاء المستشفيات ، كما أشرف على برامج للتعاون مع أمريكا اللاتينية : وعنوانه هو :  
LMTD, Service des statistiques  
et de recherche opérationnelle, ULB,  
Avenue Jeanne (b. 1220), B-1050  
Brussels, Belgium .

زادت الشكوك فيما يتعلق بقدرة هذه الميكانيزمات المالية على المحافظة على أن تظل التكاليف منخفضة ، مع الإبقاء على درجة عالية من الكفاءة والفعالية فى الخدمات التى تقوم بها .

ولذلك وافق المتخصصون المهتمون بهذا الموضوع على تحديث هياكل المستشفيات يسير فى ثلاثة مستويات : تعديل طرق ادارة المؤسسات الصحية ، إعادة بناء نظام المعلومات الاحصائية ، وإحداث تغييرات فى سلوك ومواقف هيئة العاملين فى مجال الصحة (Delanoe, 1987) . ولكن كيف تعكس هذه المستويات الثلاثة من التغيير الصيغة التى اتخذتها التجديدات التنظيمية الجارية - فى هذا القطاع الصحى ؟ .

وتحتم الظروف الجديدة التى تتحكم فى تمويل المستشفيات ضرورة اتباع طرقا جديدة لإدارة هذه المؤسسات حتى تتمكن من أداء عملها . ولما كان التمويل يعتمد على مبلغ محدود سنويا ، لذلك يجب على ادارة المستشفيات أن تتكرر اجراءات جديدة لتوزيع الحصص التى ستحصل عليها لكي تحقق - إذا لم تتوسع - الامداد بالخدمات . ولكن لابد أن يتولى صناعات القرار تقويم هذه التغييرات ، لأن مثل هذا الاعتماد المالى العام لابد أن يصحبه «خوافز» تشجع على ابتكار طرق جديدة لتقديم الخدمات . وعليهم بالإضافة إلى ذلك التأكد من أن مثل هذه التغييرات لا تؤدي إلى أية خطوات انتكاسية فى نطاق النظام المالى الجديد للمؤسسات .

وعند تعديل أنظمة الاعتمادات المالية ، تواجه السلطات العامة بالحاجة إلى تقويم متطور لمستوى ونوعية عملية بناء المستشفيات . ولذلك يجب على الاداريين أن يضعوا فى الحسبان بدائل عن طرق أدائهم فى إدارة مؤسساتهم ، ولذلك يجب أن يتدارس كل من السلطات العامة والمديرين المعلومات الاحصائية المتاحة ليروا مدى عدم صلاحيتها أو لاعلاقتها وعندئذ يصبح من الضروري إقامة نظام معلومات احصائى جديد . وعن طريق البحث فى كيفية عملية تداول الاحصاءات الصحية وتأسيسها ، سنجد أن كل الاحصائيات تقع خارج عملية الابتكار التنظيمى الذى يحدث فى هذا القطاع ، والذى يؤدي إلى الاختلال الوظيفى فى نظم المعلومات ، والتى بدورها تعنى أن التحولات الهيكلية الجارية لم تعد تبدو ذات معنى . وعندما ينقص عملية الابتكار أو التجديد ميكانيزمات التغذية الاسترجاعية ، فهى تفقد سبب وجودها وبالتالى

القدرات الموجودة بالفعل أو تشجع إعادة انتشارها لتشكيل جبهة أقوى .

ويؤدى ضبط تكاليف المستشفيات إلى التحكم فى عملية توزيع التكنولوجيات الجديدة فى القطاع الصحى . وتحدد الخطط القومية طريقة توزيع المعدات الثقيلة ، ولكن التحكم العام فى التكاليف التى يمكن أن نعزوها إلى التكنولوجيات الجديدة يتم بحثها بشكل غير مباشر ، من خلال تفسيرها إلى الكليات المالية . ولهذا فإن الطرق التقليدية لإدارة المستشفيات ، بدأ ينظر إليها على أنها «غير منطقية» لأنها تحقق نتائج غير مرضية ، على الرغم من الزيادة المفرطة فى حراك كل فى المصادر البشرية والموارد المالية .

ولقد حاول صناعات القرار أن يستبدلوا طرق التمويل التى تركز على استرداد تكاليف بنود الرعاية الطبية المختلفة وتكاليف التجهيزات الضرورية للمستشفيات ، لأن تلك الطرق كانت مسؤولة عن ارتفاع التكاليف الصحية ، دون أن تؤدي إلى أى تحسن فى الخدمات . ولهذا فقد لجأوا إلى اجراءات متعددة فى تقرير الدعم السنوى ، والتى تقدر على أساس التنبؤ بالانفاق ، وتكون عرضة للتعديل أثناء العام المالى ، لكل مؤسسة على حدة .

وأدت هذه الطريقة فى تمويل المستشفيات إلى التحكم وضبط زيادة الانفاق ، وإن كانت تحمل المخاطرة - على المدى الطويل - فى تشجيع درجة انتقاء وتحويل المرضى بين المؤسسات . كما أن هذه الطريقة فى التمويل ربما - فى التحليل النهائى - تؤدي إلى انخفاض الخدمات المتاحة فى المجتمع المحلى . وعلى ذلك ، فقد صاحبت هذه المعايير حوافز مادية لتشجيع التكامل الرأسى والأفقى فى كل من المؤسسات وأقسام المستشفيات . وأصبح تصور الخدمات التى تقدم للمرضى هى المحك الذى يجعل من الممكن ابتكار طرق جديدة للتمويل ، وبغير من اتجاه الهيكل التقليدى للوظائف ، والخدمات ، والمسئوليات التكنيكية (Delesié et al, 1989) .

ولقد حاولت السلطات جعل المستشفيات والعيادات موضوعا لتقويم محددة فيما يتعلق بميزانيتها ، فى حين شجعتهم على تحقيق أهدافهم ، وعلى صنع اختياراتهم من بين عديد الأنشطة المفتوحة أمامهم ، وفوق كل ذلك ، على أن يضعوا استراتيجيات متوسطة المدى تقابل الطلب المتزايد عليهم ، ولكن هذه الاستراتيجيات قد زادت هى حدة مشكلة «تقويم مجالات عمل المستشفيات» ، وبذلك

التضاييا هذه قابلة للملاحظة» ، إذا أن هذا هو الهدف من المفاوضات.

وتعتبر المعطيات التي تسمح لمثل «حالات التضاييا» هذه من أن تتحقق ، هي الترجمة الرسمية لجميع النواحي المختلفة موضع الاهتمام . ولذلك فحالات التضاييا يمكن ملاحظتها فقط عندما يوافق طاقم العاملين على تنفيذ المهمة الأولية الخاصة بترجمة المعالجة اليومية للأنشطة موضع الاهتمام إلى قوالب اصطلاحية في مرحلة التأسيس (Latour, 1988, 1989) . ولهذا يجب على المركز أن يحصل على موافقتهم ، كما يجب عليه أن يكون جاهزا لكي يأخذ على عاتقه ، بدوره ، تحديد الاستخدام الذي ستقوم به هذه المعطيات . ولكي يحصل المركز على مثل تلك الموافقة ، يجب عليه أن «يبهر» لهيئة العاملين أن «احتمالات حالات التضاييا» وثيقة الصلة بالموضوع التي يرغب أن يقوم نظام المستشفيات بتطويرها .

وفي هذه الظروف ، فإن الحصول على مثل هذه الموافقة لاتعد مهمة سهلة . فالمركز يحصل عليها من خلال الأنشطة وبالمشاركة في المفاوضات مع الباحثين . وكما هو معلوم ، يتعرف الباحثون على المعطيات المطلوبة (عن طريق المركز) ، ويحددوا طرقا لتنفيذ الملاحظات (القياس) . ولهذا فهم يستنبطون كيفية الحصول على معاني وترجمة الخطوط الأولية الرسمية في شكل جدول ثابت ، وهم في الحقيقة بهذا يدرسون الشروط الضرورية للحصول على «المعطيات الموثوق فيها» ، والتي سوف تسمح بوجود أفضل «حالات من التضاييا» التي يجب تنفيذها . وعندما يصف الباحثون نتائج بحوثهم هذه في اللقاءات والجلسات، تحدث نقلة في مسار المفاوضات . فبدلا من مناقشة «صحة المواقف التي لا بد من ملاحظتها» تؤدي المفاوضات بالمشاركين إلى مناقشة «مدى الثقة في المعلومات» التي تجعل من الممكن خلق حقائق والتي مازالت في طور «الامكان» ، وإن كانت مازالت «متعسرة» .

ولهذا ، فالمفاوضات التي سوف تركز على «مافائدة المعطيات التي وجدت ولمن تتوجه» تنتقل إلى مناقشة «ماهي الشروط المقبولة أو التي يوافقون عليها والتي ينتج عنها المعلومات الموثوق بها؟» وينتج هذا التغيير في التركيز على نقاط معينة من الطرق التي يستخدمها فريق البحث .

ويعرف الباحثون كيف يدونون المعطيات وكيف ينقلونها وكيف يدمجونها . وعن طريق إرشادهم يفترضون

لا يوجد أي افتراض «لتغيير الاتجاه» على مستوى طاقم العاملين الطبيين يكفيها لكي تتمكن من المحافظة على قوتها الدافعة .

وفي الجزء التالي سوف نحاول تجديد الملامح الرئيسية لاستراتيجية تطوير دائرة عملية إنتاج الاحصاءات الصحية ولذا فسوف نرى كيف يمكن للمعوقات التكنيكية المتضمنة في الملاحظة النظامية للخدمات أن تتفق مع احتياجات المعلومات الاحصائية الناشئة عن إعادة تنظيم هيكل المستشفيات .

### كيف نبدأ بخلق دوائر معلومات احصائية

توظف السلطات العامة فريق للبحث مهمته انشاء أنظمة معلومات احصائية جديدة . والمطلوب من هذا الفريق أن يحدد ما هي المعطيات التي لا بد أن تستبدل على جميع مستويات صناعة القرار المختلفة وكيف ، كما لا بد من نقل تلك المعلومات ومعالجتها تكنولوجيا على مستويات مختلفة . وتعتبر هذه المهمة معقدة بأكثر مما يبدو عليها من بساطة عند صياغتها . وتقاس سرعة الحجاز العمل لفريق البحث على أساس مفاوضة ثلاثية معتمدة من الوزارة (مركز صناعة القرار والمشراف المسئول عن العمل) ، ويحضر هذه المفاوضات «المنتجون / المستخدمون» لتلك المعطيات مستقبلا ، ونعني بهم ، ممثلين عن الهيكل التنظيمي للمستشفيات .

وفي وصف موجز لمصطلحات هذه المفاوضات ، لم تبدل أية جهود لتحديد من المحق في هذه المناقشات . وإذا ما تبعنا نشأة الخطوط الرئيسية للأشكال الاحصائية التي قام بدراستها آلن ديسروير Alain Desrosiers ، نود الإشارة إلى أن «كل الأطراف المشاركة» (استخدمت المصادر المتاحة ..... لكي تحقق «الممارسات التي لازالت تحمل عددا من الملامح المشتركة ، إذا ما كانت الحاجة فقط هي المعترف بها لتطوير الطرق والمصادر الاحصائية ، والتي مازالت تعتبر في طور التكوين» (Desrosiers, 1985, p.278) .

وبهذا يصبح عند مركز صنع القرار فكرة عامة عن الاتجاه المطلوب لإحداث التغيير المطلوب في هذا القطاع . ويستطيع عندئذ تحديد «حالة التضاييا» التي يجب عليه «ملاحظتها» في ضوء الأهداف التي ينشدها والميكانزمات التي يختارها لتنفيذ وتحقيق هذه التغييرات المطلوبة ، كما يستطيع أيضا تحديد التكرار الضروري لمثل هذه الملاحظات ، وإن كان يجب عليه أن يجعل «حالات

أشكال الرفض للمشاركين فيها «غير منطقية». فطالما كانت دائرة المعلومات الجديدة قد تأسست بسبب الحاجة إلى تحديث هياكل المستشفى، فأى قوالب مهنية ترفض المشاركة في اقامتها سوف تواجه بالاحتجاج فإنها «انغلاق رجعي للكوادر الوظيفية». لأنه لكي نرفض مصطلحات مثل هذه المفاوضات، فإن طاقم العاملين الطبيين سوف يكونون «مخالفا» داخل قطاعهم، لكي يكسبوا القوة اللازمة لاعادة النقاش نحو أهداف نظام المعلومات.

وإذا امتنع الطاقم الطبي عن المشاركة في المفاوضات، يعنى ذلك أنهم سيوافقون على تنفيذ مهمة يدركون أنها غريبة عنهم تماما، ولذلك فإن «نتائجها» سيظل غريبا عن المهام التي ينفذونها يوميا. ولهذا السبب يشترك طاقم المستشفى في الحقيقة ويلعبوا دورا في الاعداد لأنظمة المعلومات الجديدة، ولكن بدون أن يكونوا قادرين على تقويم المعطيات التي تنتج لأن الفئات المختلفة يكونون على غير وعى بأن سيحتاجون هذه المعطيات في المرحلة الأخيرة فقط من عملية إعادة التنظيم، عندما يبدأ تبني سلسلة من وجهات النظر الادارية تهدف إلى تحسين طرق إدارة المستشفى.

ولهذا تبحث هيئة العاملين عن تحديد استخدامات المعطيات التي يضعها المركز (أو يتوقع منهم ذلك)، لأن أية معلومات اضافية تفتح طرقا جديدة يستطيع عن طريقها مركز صناعة القرار التحكم وضبط المستشفيات والعيادات. كما تبحث هيئة العاملين أيضا عن تخفيض العمل الاضافى الذى سيفرضه انتاج معطيات جديدة.

ويكون اعداد دائرة معلومات احصائية، مشروطا بالتقدم الذى يمكن احرازه فى تلك المناقشات فى مرحلتين، المرحلة الأولى هي المرحلة التجريبية لهذه الدائرة الجديدة، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة تطبيق هذه الدائرة.

وتعتبر المرحلة التجريبية هي المرحلة التي ينفذ الباحثون فيها ويختبرون القوالب الشكلية على مستوى صغير يجعل انتاج المعطيات الأولية ممكنا. ويكون الهدف الرئيسى من التجريب هو عملية «التوحيد القياسى» الذى يجعل انتاج هذه المعطيات ممكنا.

ويبرز الباحثون قسمكم بهذه المرحلة بأن المعطيات التي قدنا بها الدائرة التجريبية يمكنها أن تحدد بدقة «حالات القضايا» الأساسية. وعلى سبيل المثال، يوضح الباحثون أن القياس الموثوق فيه لبعض الحالات، يجعل من الممكن تنفيذ تمثيل ملخص لطرق أداء أنماط مختلفة من العناية

أن الهدف من هذا العمل الذى يؤدونه هو تطبيق مثل هذه المعلومات لكي يستخرجوا الدائرة الاحصائية. ثم يواصلون عملهم بهذه الطريقة، واثقين فى أن ممارستهم المهنية هذه هي الأكثر موضوعية لكي يكونوا محايدين. ولهذا فهم يفرقون ويميزون بين تصميم دائرة المعلومات وبين استخدامها فى ممارسة الجمعية. ولكن يجب أن يضمنوا «ثبات الصيغ» من الناحية الفنية التي سوف تنتج و«نوعية الأدوات والاجراءات» التي سيستخدمونها على مختلف المستويات فى الدائرة الاحصائية. ويجب أن يعرفوا أنه بمجرد انتاج المعطيات الأولية، فإن «ثبات الصيغة» يمكن أن تتعرض للخطر عن طريق «انحراف» سلوك طاقم العاملين، وأن يعرفوا أيضا، عند معالجة المعطيات من الممكن أن يتعرضوا للتساؤلات من جانب صناع القرار، ولهذا يجب عليهم ضمان «وثوقية المعطيات التي سينتجونها فى الدائرة الاحصائية» خلال مناقشتهم مع صناع القرار، لأن هذه العملية تعتبر مؤشرا أساسيا من أجل المصادقة الرسمية على صحة أعمالهم.

ومن ناحية أخرى، فإن «نوعية الآلات والاجراءات التي ستستخدم» تتفادي أية عملية للتقويم الخارجى، إن تقويم هذا الجانب من عمل الباحثين سوف يتم فى نطاق دائرتهم العلمية فقط. وعلى أية حال، فإن المركز يتقبل نوعية الآلات والاجراءات على علاقتها، ويستخدمها فى المفاوضات لكي يرجع الفضل فى نظام المعلومات الجديد لطاقم العاملين فى الميدان الصحي.

كما يجب على الباحثين تشجيع الطاقم الطبي على تقديم بعض المساعدة لهم. وتعتبر مهمة خلق صيغ القوالب «المصطلحات» من أجل استخراج المعطيات الأولية، هي ايجاد النظائر المتجانسة فى النواحي المختلفة للمعالجة، ولا يمكن تنفيذ هذه المهمة بدون الفهم الحقيقي للمواقف الحقيقية، ومن هنا كانت ضرورة اشتراك جزء من هيئة العاملين فى هذه المهمة.

ويشترك طاقم العاملين فى المستشفى فى هذه المفاوضات من خلال وسطاء يمثلون كل القطاعات المهنية المختلفة فيها، والذين يعتقدون بأنهم قد دعوا من أجل اعطاء رأيهم فى الملامح الرئيسية لنظام المعلومات، ولكنهم قد دعوا فى الحقيقة لكي يعبروا عن رأيهم الذى نتوقه منهم فى الحاجة الخارجية العامة لاستخلاص المعطيات.

وتساعد مصطلحات المناقشة فى جعل أى شكل من

وعنى بتدريب العاملين الوسائل التي يتم بها اكتساب مثل هذا التغيير في المستوى ، ولكن ، وقيل كل شيء ، التدريب على ماذا ؟. علما بأن التغيير في المستوى ليس عملية تسير على خط واحد مستقيم كذلك .

فالباحثون ، وهيئة العاملين لابد من تدريبهم ، حتى يمكنهم الالتزام بالقواعد الشكلية للنظام عند مشاركتهم فيه ، وهذا يؤدي إلى ضمان أن المعطيات المنتجة موثوق فيها . ولهذا يعتبر التدريب ضروريا من الناحية الاصطلاحية التي تمكن من جعل المعطيات الأولية جاهزة . وينظر إلى التدريب على أنه وسيلة لتقديم «لغة جديدة» إلى مجتمع ما ، لغة تمكن من حدوث صورة جديدة لمضمون الممارسات المهنية (Delesie et al-1989b) وبهذا تصبح تحت ضمانه هؤلاء الذين تم اختيارهم ليكونوا مسئولين عن الجمع المستمر للمعطيات الأولية .

وتنصل في تصميم التدريب وظائف انتاج المعلومات عن تلك الخاصة باستخدامها ، ويحدث هذا على مستويات مختلفة من صناعة القرار ، ويساعد ذلك على تقوية تحكم وضبط مركز صناعة القرار في البناء . هذا بالاضافة ، أنه ينسجم مع التصور الأولي لطريقة عمل دائرة المعلومات ، والتي على المدى الطويل تقوض فاعليتها .

وتوضح دائرة الانتاج الجديد في التطبيق بطريقة تجعل نسبة كبيرة من المعطيات تبقى غير مستخدمة ، حتى عندما يصمم النظام بطريقة تسمح بالعمل بشكل لامركزي ، فتشغيله لايسمح بذلك . وهكذا تثبت امكانية عمل النظام الجديد أنها محدودة ، حيث هناك زيادة سريعة في «النفقات» على حساب عدد القصور في انتاج معلومات كافية حول عملية التجديد التنظيمي .

هذه الطريقة في تأسيس دائرة المعلومات الجديدة لم توضع لكي تترجم إلى مصطلحات عملية الأمر الذي كان معروفا بالفعل عن أنماط العلاقات التي تربط المراكز المختلفة للنشاط في هيكل المستشفى . فهي تضع في اعتبارها استراتيجيات الفصل لهذه النقاط المركزية من النشاط ، ولامدى الحرية المتاحة لها في اختيار مثل هذه الاستراتيجيات . بالاضافة إلى ذلك ، لاتضع في اعتبارها أيضا ، توقع أية امكانية لبناء معلومات أفضل لعلاقات جديدة يمكن صياغتها في أثناء التغييرات التي تحدث في الممارسة العملية ، أو حتى تلك المعلومات الضرورية التي يمكن أن تكون نتيجة مباشرة عن الملاحظة النظامية لهذه

في أية وحدة عناية في قسم معين أو في أى مستشفى . مثل هذه التمثيلات قد صممت على أنها «صور» للأنواع المختلفة من العناية المعروضة على مستوى التعامل ، بين هيئة التمريض والمرضى ، وليس كمؤشرات اجمالية لأعباء العمل في التمريض . (Delesie et al-1989b) . وينفس الطريقة ، يبين الباحثون أن الصور المتشابهة يمكن ابتكارها على مستويات مختلفة من تجميع المعطيات الأولية (على المستوى القومي أو المستوى المحلي أو على مستوى أى نوع من المؤسسات) . ولهذا يصبح ممكنا مقارنة مثل هذه الصور ، أو اقتراح تمثيل اجمالى لنوع الرعاية التمريضية الممكنة في أية وحدة رعاية ، أو في أى قسم في المستشفى في علاقته بموجز مناظر يمكن اعتباره علامة في أية مستويات أخرى لتجميع المعلومات .

وانتاج مثل هذه الصور من الملاحظة النظامية للرعاية تتألف من اقامة «حالات القضايا» بواسطة ربط هذه المعطيات معا ، ففي حين أن المواقف التي تتكون بهذه الطريقة يدعمها ويعززها المعلومات الموثوق فيها تمد حقيقة ، ولايقل عنها حقيقة أن حالتها تبقى اصطلاحية طالما بقيت تعبير عن احتمالية دائرة المعلومات . ولكنها تصبح فقط «حقائق صلبة» عندما يصير لها مغزى خاص في داخل عملية التغيير في ممارسات المعالجة . ومع ذلك فإن افتراض الحيادية عند الباحثين تؤدي بهم إلى التفكير في أن الامداد يمثل عن تلك «التصورات» ، قد يمكنهم تحفيز الطلب المتزايد على مثل تلك المعطيات من الهيئة الطبية . ولهذا ، فهم يعتبرون عملهم قاصرا على تأكيد أن الدعم والطلب متساوقان في حدود مدى الثقة في المعطيات المتاحة .

وفي الحقيقة ، فإن تكيف مدد المعلومات مع الطلب عليها مازال قاصرا على المدى الذي يعتبر فيه هذه المعلومات تمثيلات مناسبة عن الحاجات التي تنشأ من الاصلاح المتواصل للهيكل الصحية . وبناء على هذا فإن نسبة قليلة من قدرات نظام المعلومات سوف يستخدم حقيقة عن طريق مركز صناعة القرار . ولهذا فإن هذا التعديل والتكيف سوف يتم بطريقة رجعية ، لأنه سوف يركز نظام المعلومات إلى حد بعيد ويجعله في النهاية أقل كفاءة وتأثيرا .

أما المرحلة الثانية «مرحلة التطبيق» الجديد ، فهي تركز على التدريب . وبمجرد أن يتم التخطيط الكامل للدائرة الجديدة ، يبدأ العمل في ظروف الحياة الواقعية.

فى طريقة التشغيل ، فسوف يكن هناك تنسيق بين الأنشطة التى هى جزء ضرورى من رعاية وسلوك الطوائف المهنية المختلفة . هذا التنسيق يجعل من الممكن ملاحظة السلوك ، من خلال وبواسطة قياس الأنشطة . ومثل هذه القياسات يكون لها معنى واضح عندما تكون متعلقة بنظام المعايير التى تحكم مقدار المهام والمسئوليات فى خدمات المستشفى . وعلى سبيل المثال ، لكى نضبط خدمات التمريض فى المستشفى ، يكتفى أن نحسب عدد الأيام التى يقضيها المرضى محجوزين فيها ، وأى تغيير فى هذا المؤشر العام يكتفى تفسيره على أنه تغيير متشابه تماما ، فى المستوى والاتجاه ، فى مكونات «النشاط التمريضى» للمصادر المستخدمة . وتستطيع هيئة التمريض الموجودة أن تجعل من الممكن ترجمة المتغيرات فى المؤشر إلى منحيات تمثل هذه المصادر ، ويمكن القيام بكل هذا فى مقابل الخلفية الثابتة لتوزيع الواجبات بين هيئة التمريض .

وبنفس الطريقة ، يمكن التنبؤ بالمطلبات المستقبلية للاختيارات العملية على أساس عدد من الاختيارات التى نفذت خلال فترة معينة . هذا التقدير الاستقرائى من الاتجاه الملاحظ فى العلاج يعتبر ذا مغزى ، طالما تم ربطه بسلوك الهيئة الطبية السابق وصفها ، والتى تتبع خطوات تعتبر ثابتة ، وفى سياق المستويات المهنية المقبولة .

ولهذا يصبح التنسيق بين الامداد بالعلاج وبين سلوك الهيئة الطبية ناقصا . لأنه لم يعد النظر إلى المعايير التى تقيس الاسهامات فى الواجبات المختلفة ثابتا أو مرضيا ، لأن المعيار التقليدى الذى يحدد حصة المستويات داخل الفريق الطبى قد فقد تدريجيا وضعه الطبيعى أمام هجوم زيادة الطلب الناتج عن اقتناء تكنولوجيات جديدة . ولهذا فإن الأفعال الواقعية التى يؤديها أعضاء الفريق الطبى تصبح أكثر وأكثر بعدا عن معاييرها التى كانت تحدد المسئوليات فى الماضى . وقد أدى هذا إلى أن تضع الفئات المهنية المعنية المعايير الموجودة موضع التساؤل والبحث .

وعلى سبيل المثال ، يحاول الجراحون فى قسم الجراحات ذات المستوى التكنولوجى الرفيع أن يرفعوا سرعة العمليات ، ليس فقط بسبب الاستجابة للزيادات المتوقعة فى الطلب ، ولكن بسبب أن هذا التسارع يعد نافعا فى استمرار وقوف الفريق على الخبرات الفائقة على تطوير القدرة على تدريب جراحين جدد . بالاضافة ، أن هذه السرعة تعزز الهيبة المهنية للفريق وتشجع اصداره

الممارسات . ولذلك يبقى نظام المعلومات الاحصائى مقيدا ومحدودا بأدواره : التى هى عبارة عن تسهيل ومساعدة الفصل الذى تتخذه هيئة صانعى القرار المركزية والذى سيؤثر على المستشفى ككل .

وهذه الطريقة لتطوير دائرة انتاج المعلومات تجرد عملية التحديد التنظيمى من وسيلة للملاحظة الذاتية ، تمكنها من استخلاص معانى العملية خطرة بخطورة كلما حدثت . ويعتقد المتخصصون أنهم يستطيعون تعويض هذا النقص عن طريق خلق «تغير فى الاتجاه» غير محدد بين العاملين بالمستشفى .

### حالة المهارة فى الملاحظة الفعلية للعناية :

يحتاج دائما صناع القرار فى السياسة والادارة - على جميع مستويات صنع القرار - إلى الرجوع إلى الاحصائيات المالية الخاصة بعملية بنية المستشفى التى استعدوا لادارتها . ولكن المعلومات التى يحتاجونها سوف تمكنهم أيضا من مراقبة وضبط عملية إعادة تشكيل «قواعد العملية» التى تؤثر على كل مستويات هذا البيئة . ولكى نشبع الحاجة المالية إلى الاحصائيات الخاصة بعملية بناء المستشفى ، فإن كلا من أهداف الملاحظة وطريقة تنظيم انتاج المعلومات يحتاجان إلى إعادة التعريف والتجديد .

### المعطيات المطلوب استنتاجها من تغيير هدف

#### الملاحظة :

إحدى مزايا قطاع المستشفيات هى استيعابه الدائم للالات الجديدة والتقنيات الجديدة ، والتى تؤدى إلى تغييرات عميقة فى شكل وفى مضمون كل أنواع الرعاية الطبية . وغالبا ما تتطلب التقنيات الطبية أبحاثا مكثفة وتكاليف دورية يصعب التحكم فيها فى نهاية الأمر ، ويمكن ملاحظة أثرها على ممارسة تنظيم الرعاية الطبية ، إذ أن انتشار هذه التقنيات الجديدة يبدل ويغير مضمون الاجراءات المعروفة فى تكتيكات العلاج ، وبالتالي ينتج عنه تغييرا فى تركيبة الفريق التكنولوجى فى هيئة المستشفى وفى وظائف الفئات المهنية المختلفة ، وبالتالي يحدث تغييرات فى شبكة العلاقات بين الأقسام الطبية المتخصصة . ويكون لهذه التقنيات الجديدة تأثير على المدى الطويل فى عدم ثبات البنيات التحتية للممارسات الطبية المشتركة .

عندما يكون للهياكل الصحية ثبات نسبى إلى حد ما

باستمرار وهذه «الأنماط المتغيرة» هي التي يجب ملاحظتها لأنها تعتبر الشيء الرئيسي لكل من صانعي القرار ومديرى المستشفيات . ولقد حلل ميشيل كومت Michel Comte هذا التغير فى هدف الملاحظة وفى نطاق الاحصاء الاجتماعى (Abdelmalki and Bessons, 1989) حيث أن طبيعة الطلب الحالى للمعلومات يفترض أن الطريقة التقليدية لوظائف الملاحظة التى تقوم بها الهيئة الطبية لا بد أن تهجر ، وعليهم البحث عن طرق جديدة لملاحظة اتجاهاتهم . ومثل هذا التغير فى الاتجاه يجب ألا يكون مقصورا على تفسير هدف الملاحظة ، إذ يجب أيضا أن نعيد اعتبار كيف نخطط وننظم معالجة الملاحظة .

ولذلك لا يمكن تنظيم انتاج احصاء المستشفيات ، من الآن فصاعدا على الأساس الواحد والخاص «بالثقة فى المقاييس» ، إذ أنه من الضرورى اعتبار معنى التمثيلات المقامة .

هل دائرة الانتاج الاحصائى جاهزة لهذه المطالب الجديدة ؟ .

يبدو كما لو أن كل شىء أصبح يشير إلى أن امكانيات اعداد دوائر الانتاج الاحصائية لاحدود لها . ويعنى التوسع فى قدرات تخزين ونقل كميات كبيرة من المعطيات ، إن كل الظواهر التى تخضع للملاحظة النظامية يمكن توسيعه . كما تمكن التطورات المعاصرة فى التكنيكات الاحصائية من عمل التيسيطات الضرورية والمقارنات ، مع مراعاة اقدم مستويات التركيب التى تتطلبها التعقيدات الجديدة للظواهر موضع الملاحظة . ولقد جعلت معالجة المخرجات الاحصائية بواسطة الحاسب الألى من الممكن زيادة كمية العمل فى مختلف الوحدات المسئولة عن هذه المخرجات .

وبالرغم من ذلك ، فإن قدرة دوائر الانتاج لكى تعدد الاحتياجات الجديدة للمعلومات قد تحسنت بدرجة محدودة جدا . ويرجع هذا إلى الفشل فى استخدام الامكانيات التكنيكية المتاحة لتطوير أداة للملاحظة قادرة على انتاج المعلومات الادارية الضرورية ، وانتاج الفهم الأفضل لدور المعلومات فى عملية التحسين الجديدة للبناءات الصحية .

ومع أن المواقف موضع الملاحظة من الممكن أن تكون معقدة ومتغيرة ، فإن دائرة الانتاج الاحصائية لا يمكن ايجادها بدون تقديم درجة عالية من التوحيد القياسى للاجراءات المستخدمة فى جمع المعطيات ولتكتيكات

للدوريات العلمية . ولكى يحققوا هذا الهدف ، فهم مضطرون إلى تغيير تكتيكات العمليات الحالية وتنظيم العمل فى مسرح العمليات بالإضافة إلى تغيير الاجراءات الموجودة والخاصة باعداد المرضى والترتيبات المتعلقة بتابعة مايعد مرحلة العمليات . ولهذا أصبح الجراحون ، والمساعدون ، وأطباء التخدير ، والهيئة المتخصصة فى العناية المركزة مدعون لتنفيذ مهامهم وتحمل مسئولياتهم التى تختلف عن هؤلاء الذين ينفذون العمليات فى قسم الجراحات التقليدى . كما أن أطباء القلب الذين يعالجون المرضى بعد تركهم للمستشفى مدعون لكى يلعبوا دورا هاما فى متابعة مايعد العمليات ، متعاونين مع هيئة العاملين فى العناية المركزة ، والطريقة التى من خلالها التى تحدد عن طريقها الاهتمامات المحددة لهذه الفئات المهنية فى العمل مع إعادة التنظيم ذات الأهمية القليلة هنا ، ولكن يجب أن نلاحظ أن العلاج المتوقع فى هذا القسم لا يمكن مقارنته على الاطلاق بذلك الذى يحدث فى أقسام الجراحة التقليدية ، حتى ولو كان الاثنان فى مستوى تكنولوجي متساو .

ويبدو الآن أن إدارة المستشفيات والعيادات هي نوع من الاستراتيجيات من هذا النوع ، فهى تعمل فى سياق تأخذ فيه كل فئة من العاملين مكانها فى علاقتها بالنسبة للآخرين على حسب تكتيكات ثابتة متطورة ، وهذا يؤدي إلى تغيير فى اتجاه الاستخدامات القبلية لموارد العلاج ، ولهذا يصبح من الصعب اقامة مؤشرات كلاسيكية للنشاط المتعلق بالاتجاهات وثيقة الصلة بالموضوع بين هيئة التمريض .

ولما كان الأمر كذلك ، يصبح من المستحيل استمرار انتاج الاحصائيات الخاصة بأنشطة المستشفيات بدون إعادة تحديد هدف الملاحظة ووسائل تنفيذ هذه العملية ، ولذلك لم يعد ينظر إلى انتاج الاحصائيات على أنها وظيفة قياسية، تقيس بها «أفعال الرعاية الطبية» ، لأن أهمية المعطيات المستخلصة سوف تصبح موضع شك بقدر أكبر . إذ لم تعد تكفى مثل هذه المعطيات فى وصف أية فئة مهنية أو أى قطاع من النشاط . ولذلك فمن الآن فصاعد ، من خلال مثل هذه الأفعال ، تحدد هيئة العاملين الدور الذى يلعبونه فى مرحلة معينة من المداخل المختلفة لتنظيم الرعاية .

ويستمر تحديد سلوك هيئة العاملين بالمستشفى عن طريق الهياكل الهيراركية الشابتة نسبيا . وإن كانت الأنماط المتطورة من خلال الممارسة اليومية لتلك الهياكل تتغير



فعندما يدرس أحد الباحثين مكونات الرعاية التمريضية فى قسمين فى مستشفى واحد ، أو فى قسمين متشابهين فى مستشفين مختلفين ، فسوف يجد بوضوح اختلافات لها اعتبارها فى مكونات الرعاية التى يتلقها المرضى . ولهذا يبدو من الضرورى أن نحدد مجموعات ثانوية محددة فى توصيف الأنواع المختلفة للرعاية التى تأخذ هذه الاختلافات فى اعتبارها . وعندئذ يصبح من المتاح وجود قوائم وصفية مفصلة جدا تعطينا عينات من الرعاية التمريضية ، والتى تكون «مناسبة محليا ولكنها قابلة للمقارنة فقط بين الأقسام المتناظرة» . وتنتج الحاجة الفعلية إلى الحد الأقصى من مثل هذه العينات القابلة للمقارنة من حاجة المعلومات لكل مستويات صناعة القرار خارج نطاق تلك الأقسام . ولكى نشبع هذه الحاجات ، يمكننا الاستدلال من المؤشرات التى تصلنا «سلسلة عامة من المؤشرات لأنشطة التمريض» لكل الأقسام .

وهذه الامكانية لتقدير علاقة المعلومات الناتجة بالنسبة إلى استخدامها سوف لاتبحت بصفة عامة . والحاجة إلى حد أقصى من التصورات التى يمكن مقارنتها تعزها تلك التوصيفات السائدة على كل المستويات ، على الرغم من أنها ضرورية فقط على المستوى الأقصى لتجميع المعطيات . وهذا يتطلب أن عدد الوصفات لايد أن يكون أقل عدد ممكن ، وأن المعطيات الخاصة بالملاحظة لايد من استخدامها فى شكل مجموعة من المتغيرات الاحصائية المرتبة .

وفى الحقيقة ، ولكى نستخدم المعطيات على أعلى مستوى من التجميع ، لايد للباحثين من أن يضعوا كل أنواع الرعاية التى تم ملاحظتها فى قوالب على حسب تكراراتها . ثم يقدموا إلى كل مريض (وحدة ملاحظة) القالب التى يخصه على حسب كل وصفه . ولهذا ، عندما نقارن بين مريضين على حسب نوع الرعاية التى قدمت لكل منهما ، تضع المعلومات المتعلقة بالاختلاف فى درجة التركيز التى تم بها تنفيذ كل نوع من الرعاية لكل منهما ولهذا فإن المقارنة بين الملاحظتين ممكنة فقط على مستوى الامداد بالرعاية التمريضية . ولهذا فإن المعلومات التى يتم الحصول عليها تعتبر ضعيفة عن تلك التى حصلنا عليها فى المعطيات الخام . وعلاوة على ذلك ، كيف يمكن تحديد المعطيات المستخدمة لكل متغير منها بنفس الطريقة التى نقارن بها بين المستويات ذات العلاقة الوثيقة بالمستوى المركزى بصناعة القرار وأيضا المستوى الهامشى؟ .

معالجة المعلومات . وبالرغم من ذلك ، إذا كان إيجاد هذه الدوائر مقيدا بتحديد الاجراءات المعيارية والأدوات ، فإن تنفيذها يؤدي إلى نتيجتين غير مرغوب فيها .

التأثير الأول : يخفى اجراء الملاحظة الطبيعية التصادفية للتشيلات التى ينتجها . ففى غياب نظرية كفاء للهدف وتكشكات الملاحظة ، يفرض التوحيد القياسى لأدوات القياس طريقا واحدا لتمثيل ممارسات المعالجة على أنه التمثيل الموضوعى الوحيد الممكن . ولتضمن النظر ماالذى يتأتى من هذه النتيجة غير المرغوب فيها . يعزل الباحثون فى أثناء الملاحظة الحقلية جوانب معينة يعتقدون أنها وثيقة الصلة بالموضوع على أساس المقارنات التى يجرونها على مستويات متعددة فى أثناء جمع المعطيات الأولية . ويسرون هذا المدخل الزائعى بالحاجة إلى ملاحظة مركزة ومستمرة لممارسات الرعاية الطبية . ولذلك تكون النتيجة هو التركيز الضخم على التوصيف الذى يسمح باجراء المقارنات على أعلى معدل لتجميع المعطيات ، أو فى كلمات أخرى ، المقارنات التى يريد المستوى المركزى لصناعة القرار أن يراها .

وعلى سبيل المثال ، سوف تلاحظ الرعاية التمريضية على أساس المعدل التكرارى لحصول كل مريض على عدد محدد من أنواع الرعاية (وزارة الصحة والبيئة ، ١٩٨٨ ، ١٩٨٨ب) ، أى عدد المرات التى تغير فيها هيئة التمريض الضمادات والملابس ، وحقق المرضى ، ووضع محاليل التقطير ، واختبار القدرات الحيوية . الخ . والذى يمكن ملاحظته كل يوم بالنسبة لكل فرج . ولهذا فإن ملاحظة التمريض تتم عن طريق عزل ، داخل المدى المتسع لوظائف التمريض ، مجموعة فرعية تمكن هذا النوع من أنواع التمريض التى تقدم إلى المرضى ، أن يصنف على أساس المعدل التكرارى التى يؤدي إلى هذه الأفعال . ويجعل هذا من الممكن اقامة مجموعة من المؤشرات لأنماط عمل التمريض وليس فهرسا شاملا لأعباء مهنة التمريض .

وتنتج هذه المجموعة الفرعية لأعمال التمريض من الدمج بين المعطيات المكشفة جدا (كمية كبيرة من القياسات) التى ليست قابلة للمقارنة لأنها تركز بدقة شديدة على مواقف معينة ، وبين المعلومات التى هى أساسا قابلة للمقارنة ولكنها ضيئلة جدا لأنها تشخص العناية التمريضية محليا ، ويعتبر هذا الدمج ضروريا من أجل التوحيد القياسى للالات المستخدمة فى الملاحظة ، والتى ربما يصمم كل منها للعمل بطرق مختلفة تماما .



تنظيف أغطية الأسرة الكتانية في مستشفى مدينة «ليل» بفرنسا ١٩٩٠. سياتي في وقت لاحق في هذا العدد

وتنتقل هذه المصطلحات المختارة من مضمونها التي اهتمت فيه ، وتحصل على ذاتية محددة في دائرة المعلومات. ويصبح من الآن فصاعداً من الصعب انتقاد ملامتها بأية طريقة للمضمونات المختلفة للرعاية ، ولهذا تخلق الفئات الرسمية رؤية دائمة بين الاجراءات وبين الذين يستخدمون هذه المعلومات المنتجة .

لقد رأينا أن هياكل المستشفى تجتاز عملية تغييرات عميقة ، حيث تتعرض الظواهر موضع الملاحظة إلى تغييرات نسبية لا يمكن التنبؤ بها . وأية خطة من أجل ايجاد دائرة انتاج احصائي لا بد أن تأخذ في الاعتبار المخاطرة الخاصة بهذين التأثيرين غير المرغوب فيهما ،

ولكن ماهي تكاليف ضياع المعلومات المستخدمة وكيف تكون علاقة مجموعة التوصيفات التي تم اختيارها؟ عادة لا تشار مثل هذه الأسئلة . بحجة أن التوحيد القياسي للآلات المطلوبة يعطى انطباعاً بأنه لا يوجد إلا طريق واحد للحصول على العينات الشاملة المطلوبة - بالتحديد تلك التي تتعلق بالاستخدام المتخيل عند صانعي القرار - ويفرض نفسه .

النتيجة الثانية : اجراء الملاحظة المحددة يعظم الشكل المعطى للعينات المنتجة . وتعنى الطريقة الزرائعية والتي بها تقام آلات الملاحظة ، أن تلك الآلات تحمل وزن لفة محددة للعينات عن الممارسة الجمعية للرعاية الصحية .

الممكن جدولة كمية كبيرة من تلك المعطيات ، فإن القوة المساعدة على الكشف لمثل هذا البحث مشروطة بإمكانية التعامل فقط مع نظام المعلومات المتاح . وعلاوة على ذلك ، فإن مثل هذا التخزين للمعطيات الأولية تؤدي إلى تجانس أعظم في المحتوى . وهي لهذا تعتبر ضرورية للتوحيد القياسي لمجموعة الاجراءات ، وهذا يؤدي إلى الشذوذ المذكور سابقا . كما أن التوحيد القياسي يزيد من تفاعلهم ضياع معنى نظام المعلومات الذي تم انتاجه (Abedmalki and Bessons, 1989) . اضافة إلى أن أسس المعطيات هذه تتسوى من مركزية دائرة نظام المعلومات، وتؤدي إلى انفصال أكبر بين «المنتجين» وبين «المستخدمين» للاحصاء .

يمكن إذن تعديل جهاز الانتاج لكي يقابل احتياجات نظام المعلومات الناتج من تسخين الهياكل . ولكن مثل هذا التعديل لا يمكن الحصول عليه إذا تجاهل المصممون لدوائر نظام المعلومات الجديدة كل الانتقادات الخاصة بطريقة انتاج الاحصاء الخاص بالمستشفيات .

### طريقة أخرى لانتاج احصاء المستشفيات

هناك مبدآن يتحكمان في ايجاد دائرة انتاج احصاء المستشفيات :

١- استراتيجيات للتطور التدريجي لميكانيزم الانتاج الروتيني لنظام المعلومات المطلوب لا بد من الالتزام بها . حيث أن الاجراء التدريجي لدائرة نظام المعلومات لا بد من أن يكون محكوما بسرعة السير التي يتقدم بها تحسين بنيت المستشفى .

٢- التطور التدريجي لنظام المعلومات لا بد من أن يكون هو عمل الفنيين . في بناء المستشفى . وإن كان مشاركة الخبراء من الخارج يعتبر ضروريا أيضا . فبينما يركز الفنيون على اعداد وتوضيح دائرة نظام المعلومات، فإن الخبراء من الخارج يلقي عليهم مسئولية الضمان لوحدة المنهج الفني الضرورية في كل مراحل الاعداد والتطبيق .

ولا بد أن يزود الهيكل الصحي بهيئة وظيفية فنية مسئولة عن تصميم المراحل الثلاث لانتاج احصائية المستشفيات التي تعمل : جمع ونقل المعطيات الأولية ، ومعالجة النظام المعلومات ، وارجاع المعطيات المختصرة إلى المستخدمين . ومع ذلك ، لكي نتأكد أن عمل هؤلاء الفنيين يتمشى مع المبادئ الموضوعية ، فلا بد للخبراء من تحليل دور المعطيات الاحصائية في الميدان كله في نشاط المستشفى الداخلي والخارجي . كما لا بد أن يدرسوا

حيث يمكن أن يحدث أحدهما أو كليهما في أثناء الملاحظة. والفشل في ذلك ، يؤدي إلى أن الدائرة سوف تؤدي إلى سحابة تخفي عدم صلاحيات العينات المنتجة .

وفي غياب نظرية كفاء تحكم شروط الملاحظة ، يضع الباحث موضع العمل دائرة الانتاج الاحصائي التي تؤدي نتيجة ، إلا أن نتيجتها تصبح موضع تساؤل على أقل تقدير .

وعندما نهمل دور الاحصاء في عملية التحسين التنظيمي ، يحاول الباحثون أن يأخذوا في اعتبارهم كل المواقف المختلفة التي يمكن ملاحظتها عن طريق توسيع نطاق المعلومات المنتجة ، ويحاولون اخراج اجراءات متعددة من أجل نشر الحد الأقصى للمعطيات الأصلية . وهم يأملون أن يعرضوا النقص في النظرية الخاصة بشروط الملاحظة عن طريق انتاج المعطيات التي لها امكانية الاستخدام بكمية كبيرة في المحتويات المختلفة لصناعة القرار .

وهذه الطريقة الخاصة بمقابلة احتياجات نظام المعلومات في مستوى الرعاية الصحية التغيير ، يؤدي إلى خلق «أسس المعطيات» المتخصص . سواء أكان ذلك في «مجموعة التشخيص الأمريكية الترابطية» (DRG) ، أو في المشروع الفرنسي نظام المعلومات الطبية (PMSI) ، أو في المشروع البلجيكي لاتشاء «أدنى معدل من السجلات» (RIM & RDM) ، فكل المعطيات المجموعة بشكل روتيني من هنا وهناك ليس مسئول عنها أي من المرضى .

على أي أساس تم تأسيس هذه المعطيات؟ إن الغرض منها هو تخزين الكمية الضخمة من المعطيات الأولية التي تتعلق بقياس ممارسات الرعاية الصحية ، والتي تشير إلى نفس وحدة الملاحظة : والتي هي المريض . وتكمن قسمة مثل هذا التراكم للمعطيات في امكانيات الجدولة . ولقد كانت هناك محاولة للتعامل مع المواقف المختلفة والمتنوعة الفنية عن طريق ملاحظتها بواسطة صنع «سجلات» تكون لها امكانيات واسعة لاكتشاف العلاقات بين المعطيات موضع الملاحظة . ولما كانت تكلفة تخزين المعلومات تعتبر في الغالب تافهة إذا قورنت بتكلفة انتاجها ، لذلك يبدو هذا «الحل» التكنيكي على أنه الاختيار الأفضل . ولكن هل أسس المعطيات هذه تعتبر مساوية للتوقعات التي تثيرها؟ .

وبينما من الصحيح أن أسس المعطيات تجعل من

على مستوى أعلى من تعويم المعطيات (على مستوى الأقسام أو المستشفيات ، أو على المستوى الاقليمي) (Delesie et al., 1990) .

وتظهر أخطاء النوع الأول في التكرارات التي تجتاز أو تفوق القيم الموثوق فيها (الموحدة قياسيا) ، أو القيم المسجلة التي تظهر اتجاهها إلى اليسار (قيم مضرورية في ١٠) ، أو تسجيل قيم تظهر اتجاهها إلى اليمين (قيم مضرورية في -١٠) ، أو مرة ثانية حذف التكرار لأي نشاط ما الذي أشار إليه معدل يومي للأداء .

والتحقق الشكلي من هذه الانحرافات يعتبر عملا سهلا، حيث أن برنامج الحاسب الآلي يستطيع تحديد أية ملاحظة عن طريق فحص التكرارات للمستويات المختلفة التي تتضمن في التحديد المسبق للفواصل المحددة . ولهذا يمكن تصحيح الانحرافات عن طريق احلالها بالمتوسط أو بالشرط الذي يتفوق على شرط آخر ، أو متوسط القيمة للتوزيع العلاقي على أنه مرجعي . وحساب هذه الأخطاء يؤدي إلى أخطاء الملاحظة الاحصائية ، ولهذا فإن عمليات اكتساب المعطيات الأولية يمكن عندئذ الحصول عليها .

وتؤدي هذه العملية البسيطة إلى اخفاء الاختيارات المنهجية الهامة . مثل كيف يجب استخدام التشتتات الأساسية في التصحيح المعد ؟ وماموقع العامل المتغير في هذه التشتتات وهل ننظر إليه على أنه (نموذج) لقيمة منقولة؟ وإذا كانت الأخطاء مترابطة ومتمركزة في عدد من المستويات المحددة ، فإن المؤشرات الشكلية للأخطاء ينتج عنها بند من المعلومات يخدم في تعزيز الاقتراض الكلي المكرر للمعنى . وبهذا ، فإن الدائرة الناتجة سوف تؤدي فقط المعلومات المطلوبة لكي تؤكد صحة «النموذج» .

ومع ذلك ، فمن هذه الأخطاء ليست فقط نتيجة عامل «الخطأ البشري» المتضمن في عملية الصياغة ، فهي ربما ترتبط برد الفعل لمنتجى المعلومات على التوحيد القياسي للمستويات التي اعتبرت غير مناسبة لأغرضها الوظيفية (Delesie, et. al, 1990) .

ويجب أن يؤسس احصاء الأخطاء في الصياغة على هدفين . إذ أنها بالنسبة للمستولين عن دائرة المعلومات ، تمكن من نوعية المعطيات المنتجة وتجعل من الممكن تقويمها . وعلى مستوى فريق البحث ، تجعل من الممكن التحكم في الشروط لعملية الانتاج المعطيات الأولية . حيث توفر هذه الفرصة للباحثين لضبط وتعديل العمل الرقابى على مواصفة الوصف المستخدم في ملاحظة

العلاقات التي تأتي إلى الوجود مع بناء المستشفى نتيجة لتبادل المعلومات الاحصائية . ولا بد أيضا أن يهتموا بالعلاقات بين أدوات الانتاج الاحصائي والأقسام التي تقوم بالعلاج أو الرعاية .

وأى ترتيب للملاحظة النظامية في الممارسات الجمعية تقيبل إلى نوع معين من هذه الممارسات ، أى شكل بعينه فى انتاج المعلومات وطريقة واحدة فى جمع المعطيات . ولهذا ، فأيا كانت ترتيبات الملاحظة التي اتخذت ، وأيا كانت درجة تطورها ، فسوف تنجح فى انتاج التفاعلات ، أو حتى الصراعات ، بين الممارسة اليومية لوحداث لرعاية وبين الأقسام والمستشفيات أو العيادات . ويكون دور الباحثين هو ملاحظة أين ، ومتى ، وكيف تحدث هذه التفاعلات ، وعليهم أن يحددوا أية المستشفيات ، والأقسام ووحدات الرعاية التي تظهر قدرة أكبر (بنفس القدر أو أصغر) للتكيف مع العقبات ومع «نتاج» دائرة نظام المعلومات المقامة . ويجب عليهم تحديد «المواقف» التي تعتبر هامة ، من حيث التفاعلات بين ممارسة الانتاج الاحصائي والنشاط اليومي للمنتجين والمستخدمين للمادة الاحصائية .

ويجب على الباحثين اعتبار ثلاثة «مواقف» : انتاج المعلومات الأولية ، اعداد عينات لأنواع الرعاية ، والمحتوى المؤسسى لدائرة المعلومات الجديدة .

### كيف يتم انتاج المادة الأولية ؟

إن أى اجراء من أجل جمع المعطيات ينتج عنه «معطيات خاطئة» فمن وجهة نظر منطق أنظمة المعلومات، ينتج تشويه المعطيات الأولية «انحرافات» التي تحتاج إلى الضبط والتصحيح . ومع ذلك ، فإن تلك الانحرافات تحمل معلومات تستحق الدراسة من وجهة نظر التفاعلات الموجودة بين آلية الملاحظة والممارسة اليومية للهيئة الطبية. ويساعدنا تحليل المعلومات التي قدنا بها هذه الانحرافات على توضيح نقاط الضعف المتبقية فى التفسير النظرى للتظاهر موضع الملاحظة . كما أنها تمكن بالإضافة - إلى ذلك - الطريقة المختارة أن تترجم الأحداث التي تم ملاحظتها إلى معطيات قليلة للنقل وثابتة وقابلة للنقد . وتشجع أيضا على التفكير فى طريقة تستطيع بها الهيئة الطبية أن تراجع ممارساتها المهنية و. وعلى سبيل المثال ، فإن ملاحظة الرعاية التمريضية عن طريق المقاييس المعتادة للتكرار الذي يعم فى أداء بعض المهام المحددة ينتج عنها نوعين من المعطيات غير الصحيحة : تلك التي يتم ضبطها على مستوى المعلومات الأولية ، وتلك التي يمكن ضبطها

الحقائق.

وفى حالة التوصيفات المستخدمة فى مثالنا هذا ، ترتبط الأخطاء من النوع الثانى بالتشتت فى مستويات القياس ، التى تظهر على مستوى وحدة الرعاية أو القسم تركيزا غير عادى للتكرار الذى تنفذ به الأنشطة . حيث إن المعطيات الأولية ليست خاطئة ، ولكن تشتتات التكرارات موضوع الملاحظة تظهر أن بعض الأنشطة تتكرر بصورة دائمة ، كما أن من الممكن اجراء التصحيحات للصياغة أيضا ، ولكن تثير هذه الاجراءات بعض المشكلات المنهجية من نفس النوع التى تنتجها اجراءات تصحيح الأخطاء من النوع الأول .

وتظهر هذه الأخطاء «مقاومة» من الهيئة الطبية بالنسبة لاجراءات جمع المعلومات . فالهيئة الطبية تعيد تفسير الوصفات المقترحة ، فيبالغون فى تقويم بعضها ويرفضون البعض الآخر ، ويميل التصحيح المتسرع للأخطاء إلى انكار هذه المشكلة .ومن ناحية أخرى ، إذا سائر معنى الأخطاء التى تم ملاحظتها تلك الاجراءات ، فهذا يؤكد أن الشروط المعيارية للملاحظة قد تم المحافظة عليها . ومن هنا يصبح من الممكن افتراض التصحيحات المطلوبة لكى نتأكد من أن ميكانزمات الملاحظة «تناسب» الحقائق بدقة أكبر .

وإذا اعتبرنا هذا ، يبدو من الضروري أن تقدم فكرة «العمل على الخطوط الجانبية» لدائرة المعلومات ، والتى هى الطريقة الوحيدة التى فيها ردود فعل المستخدمين وتفسيرات الأدوات الاحصائية المهنية يمكن جمعها سويا حتى يمكن توجيه الدائرة إلى أهدافها النهائية : وهى تحسين الخدمة المقدمة للمرضى .

وبدلا من اتباع هذا المدخل والاتجاه إلى تلك الاجراءات المشثولة عن دوائر المعلومات ، يتعجب الانسان «لماذا لا يستطيع المنتجون امدادنا بالمعلومات الموثوق فيها» ؟ ولذلك يتساءل الباحثون العاملون على الخطوط الجانبية «لماذا كان من الواجب على المنتجين امدادنا بمثل هذه المعلومات (والتي تقع خارج نطاق إدراكهم)؟» . وأول خطوة فى اتجاه حل هذه المشكلات الخاصة بمعنى المعطيات المنتجة لابد أن تكون فى البداية .

كيف تنفذ صور الأنماط المختلفة للرعاية

الطبية؟

الطريقة التى يستخدم بها هيكل المستشفى الاحصاء

المنتج يلقى ضوما على الأشكال الأخرى من التفاعل بين مستخدمى المعلومات وبين دائرة الانتاج . وحقيقة أن المستخدمين المحتملين لا يستفيدون من الاحصائيات المتاحة (أو يستخدمونها بشكل خاطئ) توضح القصور فى تحديد الهدف من الملاحظة ، أو فى الطريقة التى تقسم دائرة المعلومات تمثيلات أو صوراً عن هذا الهدف . وتظهر استخدامات المعلومات أو اساعة استخدامها أن ميكانزم الملاحظة ليس (أو لم يعد) مناسبة ، قياسا بعملية التغيير التى تؤثر على ممارسات المعالجة .

وتوجد طريقتان لانتاج الاحصاءات المعول عليها وإن تكن لاجدوى لها . احدهما انتاج الاحصاءات التى لاتفى باحتياجات مستويات صناعة القرار التى صممت من أجله . والأخرى هى انتاج الاحصاءات بناء على اجراءات غامضة لايمكن فهمها عن طريق غير المتخصصين ، والتى تكتسب نتائجها دلالات «خيالية» للمستخدمين .

ولكى نعالج هذا ، فلنبدأ من دراسة نقدية - خارج نطاق دائرة الانتاج - على كل ماله علاقة بالتمثيلات التى يبدنا بها المستخدمون المختلفون .

وليس من الضروري ، بل وقد يتعذر على المحاولة ، تحقيق وضوح تام بواسطة الأدوات الاحصائية عن طريق تدريب كل طبيب وكل ممرضة كما لو كان متخصصا فى الاحصاء . ومع ذلك ، يجب أن لاتنسى أن الهيئة الطبية تستخدم كل يوم أدوات ذات تقنية عالية ، ويستخدمونها بمهارة ، ومع ذلك فإن هذه الأدوات ، بطريقة ما ، تبقى بالنسبة لهم «صناديق مغلقة» فهم يحصلون على فهم كاف عن هذه الآلات يسمح لهم استخدامها بشكل مناسب . ولكن لماذا يختلف الوضع عندما تستخدم الهيئة الطبية الأدوات الاحصائية؟ وذلك لأن صناعات تلك الآلات لم يضعوا فى اعتبارهم استخدامها عن طريق غير المتخصصين ، عندما اختاروا تلك الأدوات الاحصائية ، ولأنه عندما قدمت تلك الأدوات ، فقد انخفض التدريب الضرورى عليها إلى مستواه الأدنى .

ونحن نعتقد أنه من الضرورى الأخذ فى الاعتبار الظروف التى سوف تستخدم فيها على المستويات المختلفة لصناعة القرار ، عند اختيار الطرق الفنية الاحصائية . ففى هيكل المستشفى ، تغطى هذه الظروف الدائرة الكاملة للمواقف الممتدة بين طرفى النقيض .

ومن أجل استخدامات على مقربة من قمة هيكل المستشفى ، فإن نمط القرار المطلوب يقتضى استخدام

المناهج والنشر المحدود للآلات التحليلية ، فهم يتسألون «لماذا لا يستخدم المستخدمون المعلومات المتاحة» ، ولكن يجب أن يركز الباحثون دراستهم النقدية على التساؤل «لماذا يجب على المستخدمين توظيف مثل تلك المعلومات؟» وبهذا سوف تؤثر الطرق المتبعة لاعداد مضمونات الملاحظة على معاني المعطيات .

فى أى محتوى مؤسسى تعدد المعلومات الاحصائية؟

الطريقة التى يتم بها تأسيس دائرة الانتاج الاحصائى تميل إلى أن تتوحد فى تعديل خاص من حيث نسبة الامداد إلى المطلوب فى المعلومات . وهذا هو مصدر التفاعلات العديدة بين نظام المعلومات وهيكى الصحة .

حيث يصيغ المستخدمون متطلباتهم فى ضوء أهداف محددة تماما يرغبون فى تحقيقها . وعلى سبيل المثال ، ربما تسأل وزارة الصحة سؤالا يبدو بسيطا للغاية : هل هياكل المستشفيات المتشابهة فى الامداد بالطعام تتشابه طلباتها فى العناية الطبية ؟ وإذا توقعت الوزارة أن تقوم بعمل على طرق توزيع الموارد فى هياكل المستشفى ، فسوف تسأل دائرة المعلومات أن تنتج مؤشرات تجعل من الممكن للتصنيف السنوى لهياكل المستشفى ، على حسب مواردها وعلى حسب عدد التشخيصات التى قمت فى هذه المؤسسات . ولكن بمجرد اختلال ميزان محدد فى توزيع الموارد ، فسوف يركز التساؤل المشار عن طريق السلطة العامة على الظروف الواقعية التى تم فيها تقديم طلبات متشابهة فى التزود بالطعام من هياكل مستشفى متكافئة . وهنا ينشئ طلب جديد وفجوة بين نوعية المعطيات المنتجة عن طريق الأجهزة الاحصائية وفاعلية الحقائق التى يمكن أن نستنتجها منها .

ويرى الفنيون أن الامداد بالمعلومات هو مجرد مادة تتعلق «بالوسائل» التى يمكن تجميعها لكى تشبع الطلب . ولهذا ، ففى مثالنا هذا ، سوف يقوم الفنيون بعمل قوائم قابلة للقياس يمكن عن طريقها احصاء التشخيصات ومؤشرات التمييز الكافية لهياكل المستشفيات التى يمكن اقامتها .

كيف إذن يتوافق الامداد مع الطلب ؟ سوف يحكم واضع البرنامج نوعية المقاييس المأخوذة عن طريق فائدة الاستنتاجات التى أقرها . ولكن ، من خلال ميكانيزم الانتاج ، ويكون محك تقويم «نوعية الانتاج» فى حدود

مؤشرات احصائية شاملة ، صور تركيبية للأوجه المختلفة للهيكىل . وعلى هذا المستوى يكون التركيز على الطرق الفنية الاحصائية ذات الدلالة . ويستطيع «مستخدمو» هذه الأدوات بسهولة أن يتعلموا الاستخدام المناسب لهذه التقنيات الاحصائية .

ومن أجل استخدامات معينة تتعلق بمحيط هيكىل المستشفى ، فإن نوع المشكلة المراد حلها عن طريق الأدوات الاحصائية تقتضى عددا ضخما من التوصيفات ، حتى تستطيع توضيح هياكل «مواقف العمل» . وهذا يؤدي إلى التركيز على استخدام المناهج الاحصائية من النوع الذاتى أو الطبى ، من أجل تحليل الهياكل ذات الأبعاد المتعددة . ولهذا فإن «مستخدمى» هذه الأدوات ليسوا مدربين لكى يقوموا بالاستخدام المناسب لهذه التقنيات الاحصائية .

ويحتاج الأمر إلى مجهود مضاعف . ويجب على الباحثين تقويم «ملاءمة» الطرق المستخدمة فى علاقتها بالمضمونات المختلفة التى سوف تستخدم فيها المعطيات ، كما يجب عليهم تطوير تقنيات جديدة ، وبشكل أساسى التقنيات التصويرية أو البيانية ، لعرض نتائج التحليلات الاحصائية التى تسمى «بالعودة المنطقية للمعطيات الخاطئة» .

والتعقيدات الجديدة التى أدخلت على الآلات والتى تشمل برامج العقل الالكترونى hardware والرسم البيانية والتصويرية ، التى جاءت إلى الوجود مع الحاسبات المصغرة أدت إلى تطور فى المناهج الاحصائية التى أصبحت أقرب إلى الاجراءات الأساسية للمقارنة ، والتوصيف والجدل ، من خلال التحقق أو التغير الملازم واللذان هما السمة المميزة للسببية العلمية . ولكن الذى حدث هو تقدم طفيف فى ايجاد استخدامات جديدة لهذه الآلات المعقدة ، وبصفة خاصة بالنظر إلى امكانيات التداخل المتصاعد فى التشغيل المعقد للتوزيعات العديدة ، لدرجة حدوث تحديات متفاعلة بين الأسئلة التى يثيرها «المستخدمون» وبين الاجابات التى تعطىها المعطيات (Jenny, 1984) .

والمهم هنا هو أن نؤقلم الطرق الفنية الاحصائية إلى الظروف التى يمكن أن تستخدم فيها على مستويات مختلفة . ولكى تنفذ الملاحظات التى تؤيد مثل هذا التحليل بنجاح ، فإن السؤال الذى يطرحه الفنيون عادة قد قلب رأسا على عقب . ولكى نكون على علم باحتمالات

الأهداف المرجوة من الملاحظة . كما سوف يرى واضعو البرامج أنها زيادة في «التكلفة» غير ضرورية لانتاج الاحصائيات .

ولكن هل يمكن توسيع الامداد في «مرحلة لاحقة»؟ لايمكن أن نهمل القصور الذاتي المؤسسي الذي يوجد في نظم الانتاج الاحصائية . ففي مواجهة مثل تلك المقاومة للتغيير ، فإن صياغة طلبات جديدة عادة تؤدي إلى خلق أجهزة انتاج احصائية جديدة ، أكثر مما تؤدي إلى تعديل الدوائر الموجودة .

وإذا كانت الشروط التي تحكم توافق الامداد بالمعلومات مع الطلب ليست تحت السيطرة والضبط ، فقد يحدث نوعان من الأخطاء في تكيف الأجهزة الاحصائية ، في نطاق التغيير البنائي الجدير بالاعتبار ، وعندما تتطور هذه الأجهزة ببطء ، فإن تكيفها مع المعلومات المطلوبة يتأخر وتشوه محتويات المعطيات إلى حد ما . وعندما تتطور هذه الأدوات بسرعة كبيرة ، فمن الممكن حدوث نمو داخلي في اتجاه دلالات الألفاظ التي تقدم ملاحظة مقارنة للقوالب الفكرية التي لامعنى لها : «ومتابعة» الظاهرة (موضوع الملاحظة) يصعدها إلى دمج للتغيير العرضي واستقرار الهياكل والبنىات (Abdelmalki, et. al., 1989, p.89)

ولكى نتجنب مثل هذه الأخطاء ، فإنه من الضروري فهم كيف تتحكم الظروف في تطور هذا التكيف . والآن فإن تطور الطلب من المستشفيات والعيادات لا بد من مراقبته ، وكذلك مراقبة الطريقة التي من خلالها الفحص البنائي يسبب طلب ضرورة ابراز معلومات تكون أقل واقعية بكثير ، وأكثر استراتيجية للغاية . أما العوامل المؤسسية الرئيسية التي يمكن أن تعوق الامداد بنوع جديد من المعلومات فيجب أن يتم تحديدها أيضا . ووظيفة الباحثين هي دراسة هذا «الحل الوسط» الدائم التغيير بين الامداد بالمعلومات والطلب عليها عندما تكون المعلومات هي المقصودة ، على أن مثل هذا المدخل يجعل من الممكن ،عندما يحدث أى تغيير بنائي في هدف الملاحظة ، التأكيد على أن التحسن العملي للأداة الاحصائية لاينتج معلومات لامعنى لها ، وأن البحث عن معلومات ذات علاقة محلية لايتلقى الشك على كل المعرفة المقارنة للهياكل .

وفيما يتعلق بالاحصاءات في تصميم مقياس انزلاقي كأداة ضبط بين الامداد والطلب ، فإن تعريف الظاهرة

موثوقية المعطيات . وتوافق الامداد بالمعلومات مع الطلب يكون المهمة المتتعة في ظهور محكين مختلفين من أجل تقويم انتاج الميكائزم الاحصائي في تناسق . ولذلك يجب أن يكون هناك حل وسط بين المطالب التكنولوجية والمنهجية والنظامية ، والتي ربما تكون أحيانا متناقضة . ومثل هذه التسوية يمكن أن تتم فقط عن طريق تضيق حقل الملاحظة إلى مؤشرات قياسية موضع ثقة كافية (للمورد) ، يمدا بمعلومات نافعة كافية (من أجل الطلب) . ولهذا يتم التوافق عن طريق تضيق حقل الملاحظة ، وعن طريق وضع الأهداف الفورية المراد وضع مقاييس لها في ميكائزم احصائي .

وتحدد هذه الاشارة أو الحل الوسط تنظيم أدوات الانتاج الاحصائي ، ولكن تكون هذه التسوية بغرض ما بالذات ولايمكن اعتبارها متاحة في مرحلة متأخرة لاصلاح الهياكل كيف ، إذن يمكن تكيف جهاز الانتاج للحصول على «حل وسط» جديد بين الامداد والطلب ، عندما يكون الحصول على المعلومات هو المطلوب؟ .

وأعطى الفنيون اجابة سيئة لهذا التساؤل : أن ميكائزم الملاحظة الذي وضع ببساطة يجب أن يتسع عاجلا أو آجلا لكي يسمح بالتعديلات الجديدة التي تتم في مرحلة لاحقة . وإذا كان مثل هذا التكبير أو التوسع متصورا في مرحلة «قبلية» (عندما كان يتم وضع المعلومات) يمكن القول إن الامداد بالمعلومات أخذ الأولوية على الطلب .

ومن هنا فإن الفنيين حددوا تطور الطلب من أجل المعلومات الاحصائية . وإذا كانت التكبيرات قد تصورت «في وقت لاحق» ، يمكن القول أن الطلب يؤثر على الامداد بالمعلومات ويشكلها ، عن طريق تعديل ميكائزم الملاحظة (Fouquet, 1987) .

وفي الحقيقة فإن الامداد بالمعلومات لايمكن توسيعها في مرحلة سابقة ، لأن الفنيين يحاولون ترجمة الطلب المصاغ في مراحل مبكرة إلى أدوات قياسية ، وهم لا يحاولون حث واضعي البرامج على اعطائهم توصيفا دقيقا عن تصوراتهم عن الظاهرة موضع الملاحظة . ولهذا فهم لا يستطيعون القيام بدراسة كافية على الأبعاد العديدة لما يمكن ملاحظته . ولذلك تكون الحقائق موضع الملاحظة «بسيطة» ، لأن تعريفها قد اقتصر على مجرد كونها أبعادا قليلة قابلة للملاحظة ، في علاقتها بالتصور المفصل لواضعي البرامج . كما سوف يدرك الفنيون أن أى توسيع قبلي للامداد بالمعلومات هو تجايز غير مقبول لمجموعة

القائم عليها . وملاحظة الطريقة التي تعمل بها هذه البناءات سوف يمكن لهذا السبب أن توظف على أنها حافز على عملية الوصف الذاتي والتفسير الذاتي والتي من خلالها تأسست مبادئ تنظيمها .

وخلق دائرة نظام معلومات احصائي جديد يعزز فرصة مناسبة لكي تؤسس مثل هذه الملاحظة . ومع تنظيم كفاء دائرة انتاج المعلومات الاحصائية ، ومع آلات ملاحظة مناسبة تمكن العاملين من أن يصفوا الموضوعية على محتوى خبرتهم في جمع البيانات ربما تساعد في تجديد هذه العملية . فلكي نفيد من هذه المعلومات الشخصية على مختلف المستويات للبناء الصحي ، فلا بد أيضا أن نتأكد أن مناهج الادارة الأخيرة تتطور .

ومن هنا فنحن نظن أنه من الضروري أن نتصور أن خلق دائرة معلومات على أنها نشاط الملاحظة القائم للطريقة التي تعمل بها بناءات الصحة والتي تقوم على كل من الشرح والتفسير المدعمن بالحجج .

أما الجانب التفسيري ، والذي أيضا يمكن التنبؤ به ، فإنه يصغر الوصف إلى وظيفة مساعدة ، ولكنه يعزز الأدوات التي لاغنى عنها في الادارة . وإضافة إلى ذلك ، فإن هذا الوصف المشروط يقدم فرصة لكي نجعل آلية الملاحظة مؤسساتية من النوع الذي يساعد على التغذية الاسترجاعية ، حتى تستطيع الهيئة الطبية تحسين ممارستها المهنية . وهذا يعتبر دافعا قويا للاصلاح التنظيمي .

لقد بحثنا تحديد الاجراءات المناسبة لملاحظة الهياكل أو البناءات الصحية عن طريق محاولة تكلمة ، إن لم يكن تصحيح ، أشكال التوصيف والتي ترتبط بدقة بانتاج مناهج التفسير . ويعمل هذا ، نكون قد وضحنا الأهمية المتعلقة بمعرفة الممارسات الجمعية والتي لا تهدف إلى « تفسير معنى » عمليات التجديد (أى وصفها من وجهة نظر التفسير الذي يقلل من شأنها) ، ولكن استخدام نفس أدوات الملاحظة النظامية ، بهدف اقامة عملية يتم فيها اضعاف الموضوعية على معاني هذه الممارسات لكي نحصل على فهم للظروف العامة التي تحكم تنظيم أى نشاط اجتماعي ولابد .

موضع الملاحظة يصبح ذا أهمية مركزية . حيث أن التقييم الحاسم لوسائل بناء انتاج مثل هذه المعطيات في هياكل المستشفى ، سوف يؤدي إلى نظرية أكثر تطورا عن الشروط الضرورية للملاحظة لهذه الهياكل .

في اتجاه فهم أفضل لعملية الاصلاح :

قد شرحنا «المخطوط الرئيسية» المتشعبة مع تطور نظام المعلومات المتضمنة في اصلاح هياكل بناء المستشفيات . وكان هدفنا أن نوضح ماهي الحاجة العامة للمعلومات المطلوبة في هذا السياق ، التي يمكن أن تكون مرضية وفي نفس الوقت تسهل عملية الابتكار التنظيمي التي سوف تستخلص العملية اليومية لهذه الهياكل لتكون أكثر فهما وأكثر معقولة .

ومن وجهة نظر مستوى التغيرات التي تتم في هياكل الصحة ، فآية محاولة لكي نفهم كيف تعمل بالاعتماد على موقف ملاحظ حيادي ، محكوم عليها بالفشل . ولكي نحاول عمل توصيف موضوعي للهياكل ، تكون المحاولة للتوصيف بدون تدخل عوامل مثل اللغات ، والثقافة وخبرة الهيئة التي تقوم بالتوصيف . ولا يكون هذا بأن نضع العوامل الذاتية لمثل هذه المواقف موضع الاعتبار ، حتى نحاول تجنبها أي فشل يحتويها . وفي الحقيقة ، لقد رأينا أنه من المستحيل توسيع مثل هذا التوصيف عن طريق وسائل مازالت موضع تساؤل خاصة بأفكار واتجاهات الهيئة الطبية .

ومثل هذه المحاولة للفهم محكوم عليها بالفشل لأنها تستند على التوصيف الذي لا يتضمن في عملية موضوعية الممارسات الطبية ، والهياكل القبلية وأهدافها عن طريق اللغة ، أو التوسطات الرمزية ، أو البناءات القائمة على أساس الخبرة .

... (ولهذا) ولما كان لا يمكن تبني مثل هذا البناء القبلي للأهداف ، فإن محاولة الوصف من هذا النوع سوف تستخدم البناء على أنه مصدر بدلا من اعتباره موضوعا أو فكرة رئيسية (Quere 1985, VOL. I. P. 5) . وتحسين هياكل الصحة تدعو إلى مصدر أو خطة مفهومة تأخذ في الاعتبار مثل هذه البناءات ، مثل البنات الاحتمالية تتشكل عن طريق وضعها والتفسير



References

- ABDELMALKI, L.; BESSONS J.-L., 1989. 'L'observé Statistique'. Lyon: P.U.L.
- DELANOE, J.-Y., 1987. 'Grandes orientations de la politique de santé de 1981 à 1986'. In *Revue Française des Affaires Sociales*, No. 1, pp. 65-91.
- DELESIE, L.; DE BECKER, P.; SERMEUS, W., 1989a. 'Hospital Care Financing'. In *Hospital Management International '89*, International Hospital Federation London, pp. 219-26.
- DELESIE, L.; SERMEUS, W., 1989b. 'Measuring the Quality of Care in Hospitals - Efficiency and Effectiveness Measures in Relation to Medical and Nursing Care Profiles'. European Health Services Research Meeting, 18 December, Utrecht.
- DELESIE, L.; SERMEUS, W.; VENDEN BOER, G., 1990. 'Eerste Resultaten MVG - Registratie voor België - Periode September 1988', Leuven: Centrum Voor Ziekenhuiswetenschap, K.U.L.
- DESROSIERES, A., 1985. 'Histoire de formes: statistique et sciences sociales avant 1940'. In *Revue Française de Sociologie*, LXVI, Paris.
- FOUQUET, A., 1987. 'Résumé de la Table Ronde sur la Statistique Sociale'. In *Pour une histoire de la statistique*, Vol. 1, Paris: Ed. Economica/INSEE.
- IMMERGUT, E., 1990. 'Sanidad: la política de la elección colectiva' (Report on current reforms in health structures in Canada, Netherlands, France, Federal Republic of Germany, United Kingdom, Italy and Sweden). Working Paper 1990/5, C.E.A.C.C., Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Madrid.
- JENNY, J., 1984. 'Bilan technico-méthodologique et perspectives offertes par la nouvelle micro-informatique décentralisée'. In *Bulletin de Méthodologie Sociologique*. Paris: LISH-MSH.
- KUTY, O., 1991. 'Conditions sociologiques d'une gestion des ressources humaines en milieu hospitalier'. Congress of the Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie (F.I.H.-W) 'Défis et stratégies d'un système de santé intégré', Wépion, Belgique, 7-8 March.
- LATOURET, B., 1988. 'La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques'. Paris: Ed. La Découverte.
- LATOURET, B., 1989. 'La Science en Action' Paris: Ed. La Découverte. French edition of 'Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society'. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1987.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT, 1988a. 'Manuel pour l'enregistrement statistique des activités médicales et infirmières', Administration des Etablissements de Soins, Service d'Etudes, Bruxelles.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT, 1988b. 'Résumé Infirmier Minimum' (List of minimum acts of nursing care; description of factors; instructions; recording of R.I.M. data), Administration des Etablissements de Soins, Service d'Etudes, Bruxelles.
- QUERE, L., 1985. 'Décrire: un impératif? description, explication interprétation en sciences sociales', Vols. I and II. Paris: E.H.E.Sc.S.