

العنوان:	السجلات الطبية وأهميتها كمصادر للمعلومات
المصدر:	مجلة مكتبة الملك فهد الوطنية
الناشر:	مكتبة الملك فهد الوطنية
المؤلف الرئيسي:	الصاوي، السيد صلاح
المجلد/العدد:	مج 17, ع 1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
الشهر:	محرم / جمادى الآخرة - ديسمبر / يونيو
الصفحات:	297 - 312
رقم MD:	102789
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	الأمراض ، السجلات الطبية ، مصادر المعلومات ، المستشفيات ، المرضى ، نظم المعلومات ، الأطباء ، إدارة المستشفيات ، البحث العلمي ، التعليم الطبي ، الخدمات الالكترونية ، تخزين واسترجاع المعلومات ، الوثائق
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/102789

السجلات الطبية وأهميتها كمصادر معلومات

السيد صلاح الصاوي *

تمهيد:

تعد الوثائق الإدارية وسائط معلومات تحتوي على المعلومات المتعلقة بالأنشطة الفنية والإدارية للجهات التي أنتجتها، وتتسع التغطية الموضوعية لهذه الوثائق نتيجة لاختلاف أنشطة هذه الجهات: فمن هذه الوثائق توجد الوثائق الدينية، والسياسية، والاقتصادية، والعسكرية، والأدبية. ومن بين فئات الوثائق الإدارية تهتم الدراسة بإلقاء الضوء على الوثائق الطبية التي يتم إنتاجها وتداولها داخل مؤسسات الرعاية الطبية.

وتعرف الوثائق الطبية بأنها تلك الوثائق المتعلقة بالمرضى، والتي يتم استحداثها واستبقاؤها في أحد مرافق الرعاية الصحية (المستشفيات، المراكز الصحية، الإدارات الصحية المحلية... إلخ). وتتضمن هذه الوثائق معلومات طبية وإدارية واجتماعية خاصة بالمرضى (خارجيين/ طوارئ/ داخليين).

وتعد الوثائق الطبية منبعاً أصيلاً للمعلومات الصحية والطبية عن المرضى : فهي بمثابة الشرايين التي تتدفق من خلالها المعلومات التي تستفيد منها فئات كثيرة من المستفيدين؛ كالمرضى، والأطباء، والباحثين، وإدارة المستشفى، ومتخذي القرار الإداري

* أستاذ الوثائق والمعلومات في إدارة دراسات المعلومات بكلية دراسات المعلومات في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض .

على مستوى الدولة. ويمكن لهؤلاء المستفيدين أن يستفيدوا من المعلومات التي تحتوى عليها الوثائق الطبية في : أغراض رعاية المرضى، وإعداد الأبحاث العلمية، وتقييم خدمات المستشفى المقدمة للمرضى، وتقييم القائمين بالعمل الطبي، وتنمية نظام جيد للمعاملات المالية بين المرضى والمستشفيات والجهات المتعاقدة مع المستشفيات،

لأن هذه المعلومات تشير إلى الخدمات المقدمة للمرضى. كما يمكن استخدام هذه المعلومات على المستوى الوطني في تقييم الواقع الصحي للدولة والتخطيط للخدمات الصحية التي سوف يتم تقديمها للمواطنين. وتتباين أشكال هذه الوثائق ما بين الفئات التالية: ملفات مرضى، وسجلات، ونماذج، وقرارات إدارية، وصور أشعة... إلخ.

وحتى يتسنى لمؤسسات الرعاية الطبية جني الفوائد المرجوة من الوثائق الطبية فإنها تقوم بإنشاء أقسام للوثائق الطبية، لتتولى مهمة التوثيق الطبي لمعلومات المرضى؛ حيث تقوم بإنشاء وتجميع وتنظيم هذه الوثائق بما يتيح إمكانية استرجاعها وتسهيل تداولها وتقديم المعلومات منها للمستفيدين. ويمكن التأكد أن قسم التسجيل الطبي هو أهم مصادر المعلومات الطبية بالمستشفى؛ لأن جميع المعلومات الشخصية والصحية والطبية عن المرضى خلال وجودهم للعلاج بالمستشفى توجه إليه كما أن أي معلومات عن المرضى تستخرج من قسم التسجيل الطبي. ويطلق مسمى مدير السجلات الطبية على كل شخص يتولى إدارة قسم السجلات الطبية أو يتولى وظائف إدارية واستشارية متعلقة بالسجلات الطبية.

تساؤلات الدراسة :

- تسعى هذه الدراسة إلى طرح عدة أسئلة تتعلق بالوثائق الطبية:
- ما المقصود بالسجل الطبي؟
 - كيف تطور مفهوم التسجيل الطبي عبر العصور المختلفة؟
 - ما أوجه أهمية السجل الطبي؟
 - ما ركائز نظام التسجيل الطبي الجيد؟
 - ما المقصود بنظام إدارة السجل الطبي؟
 - ما اعتبارات اختيار نظام لإدارة السجلات الطبية الإلكترونية؟

١- مصطلحات الدراسة:

مستشفى:

المستشفى هو المؤسسة المعدة لإيواء المرضى وتقديم خدمات المعالجة والتمريض. وإذا اقتصرت الخدمات المقدمة على المعالجة والتمريض دون إيواء المرضى يطلق على مرفق الرعاية الصحية مركز طبي^(١).

المريض الداخلي:

هو كل شخص شغل سريراً أو إحدى السلالات الخاصة بجديشي الولادة لغرض المشاهدة والعناية الطبية والتوصل إلى تشخيص مرض أو للمعالجة^(٢).

مريض الطوارئ:

هو المريض الذي يعالج في قسم الطوارئ عند إصابته أو يرسل إلى إحدى شعب العيادة الخارجية لإكمال معالجته أو يدخل المستشفى بعدئذ ويشغل سريرًا بناء على ما تتطلبه حالته الصحية^(٣).

المريض الخارجي:

هو ذلك الشخص الذي يستفيد من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى كالتشخيص أو العلاج دون أن يشغل سريرًا في ذلك المستشفى^(٤).

نظام معلومات المستشفى:

نظام معلومات المستشفيات هو نظام معلومات متكامل مصمم لإدارة الجوانب الإدارية والمالية والطبية للمستشفى. يجري أحياناً فصل نظم المعلومات السريرية عن نظام معلومات المستشفى؛ لكون الأولى تركز على ما له صلة بالمريض والبيانات السرية (سجل المريض الإلكتروني) في حين أن الأخير يركز على القضايا الإدارية.

٢- السجل الطبي :**ماهيته :**

يعرف السجل الطبي بأنه التسجيل المتواصل للمرحلة السابقة للصحة للمريض، وخلال وجوده تحت الرعاية السريرية. ويقصد بالرعاية السريرية للمريض معالجته عن طريق الأطباء والممرضات وباقي أفراد الفريق الصحي في أقسام المستشفى الداخلية أو في العيادة الخارجية^(٥). ويجب أن يتضمن السجل الطبي ما يكفي من معلومات دقيقة لتحديد هوية المريض، والتشخيص، خطة العلاج، وتوثيق مرحلة العلاج والنتائج^(٦).

الشكل:

تكتب السجلات الطبية التقليدية على ورق ويتم حفظها في حوافظ (ملفات). أما حديثاً فيتيح نظام السجل الطبي الإلكتروني **Electronic medical record system** إمكانية جمع البيانات من مصادر متعددة في مراكز الرعاية، وهو ما يؤدي إلى دعم اتخاذ قرار الرعاية^(٧). إن ظهور السجلات الطبية الإلكترونية لم يغير فقط شكل السجلات الطبية لكنه زاد إمكانية الوصول إلى الملفات، والاحتفاظ بسجلات لكل مريض بالاسم ونوع المرض، مما يسهل عملية تتبع المرضى وإثراء سجلات المرضى للأبحاث الطبية.

المحتوى:

على الرغم من أن المضمون المحدد للسجلات الطبية قد يختلف باختلاف التخصص والموقع،

إلا أنها عادة ما تحتوي على ما يلي:

(أ) معلومات التعريف بالمريض.

(ب) التاريخ الصحي للمريض (ما يخبر به المريض مقدمي الرعاية الصحية عن حالته الصحية في الماضي والحاضر).

(ج) نتائج الفحص الطبي للمريض (ما يلحظه مقدمي الرعاية الصحية عند فحص المريض).

(د) معلومات أخرى قد تشمل نتائج الفحوص المعملية، الأدوية الموصوفة، أوامر الإحالة التي يحددها مقدمي الرعاية الصحية، خطة رعاية المريض، متضمننا التعليمات للمريض من أجل الرعاية الذاتية. أحياناً تعتبر المعلومات الخاصة بحساب المريض جزءاً من سجله الطبي.

يرى المتخصصون في التسجيل الطبي أنه توجد عناصر مهمة لتوثيق السجل الطبي، ستة منها تعتبر أساسية (يشار إليها بوضع نجمة بجانب كل عنصر منها) ^(٨).

- كل صفحة في السجل ينبغي أن تتضمن اسم المريض أو الرقم التعريفي له ID number.

- البيانات الذاتية الشخصية للمريض (العنوان، صاحب العمل، أرقام تليفون العمل أو البيت، الحالة الاجتماعية).

- كل البيانات التي يتم إدخالها في السجل الطبي ينبغي أن تحتوي على هوية صاحب البيان.

- تؤرخ جميع المدخلات.

- تسجل الأمراض الهامة والظروف الطبية في قائمة المشاكل التي يعاني منها المريض.
- الحساسية الدوائية وردود الفعل السلبية: ينبغي أن يشار إليها بشكل بارز في السجل. وإذا لم يكن لدى المريض حساسية أو تاريخ لأي ردود فعل سلبية من المناسب أن يسجل هذا.
- التاريخ الطبي السابق : ويشمل الحوادث الخطيرة، العمليات والأمراض. وبالنسبة للأطفال والمراهقين (١٨ عاماً والأصغر سناً) يسجل التاريخ الطبي السابق التحول بالرعاية قبل الولادة Prenatal care، والولادة Birth، والعمليات وأمراض الطفولة Childhood illnesses.

- بالنسبة للمرضى (من ١٢ سنة وأكبر) وكبار السن تسجل ملاحظة مناسبة بشأن التدخين وتناول الكحوليات.

- التاريخ والفحص البدني وخاصة ما له صلة بالشكاوى المقدمة من المريض.

- الدراسات الخيرية والفحوص الأخرى التي طلبت للمريض، حسب الاقتضاء.

* عمل تشخيصات تتوافق مع النتائج.

* خطط علاج تتماشى مع التشخيصات.

- تدوين ملاحظات متعلقة بمتابعة الرعاية Follow-up care، والمكالمات أو الزيارات، والوقت المحدد لإعادة الكشف الطبي.

- المشاكل التي لم تحل من زيارات سابقة والتي ستعالج في زيارات لاحقة.

- تقارير الاستشارات، والمختبرات والتصوير توقع بالأحرف الأولى من قبل الممارس الذي أمر بها. وإذا كانت التقارير ترد إلكترونياً، يراعى أن يوجد أيضاً إشارة للممارس الذي أمر بها، وأن يدون في السجل نتائج دراسة التصوير والاستشارات والفحوص المختبرية غير الطبيعية.

* تدوين ما يشير إلى أنه لا يوجد أي دليل على أن المريض يمكن أن يكون في خطر غير لائق بسبب إجراء تشخيص أو علاج.

- تسجيل التحصين (للأطفال)، أو تاريخ مناسب في السجل الطبي (للكبار).

٣- نشأة التسجيل الطبي وتطوره:

- التسجيل الطبي كمجال يضرب بجذوره في أعماق التاريخ، فهو قدم قدم الطب نفسه، لأن الإنسان أنشأ السجلات الطبية منذ عرف كيف يوثق أفكاره وتجاربه ومشاهداته. ودليل ذلك العثور على سجلات طبية ترجع إلى العصر الحجري القديم Old Stone Age^(٩): كالرسوم التي وجدت على جدران الكهوف بأسبانيا والتي يظهر فيها عملية نشر لجمجمة وعملية بتر لإصبع. وقد تميزت هذه السجلات بأنها بسيطة في الشكل، ومختلفة عن السجلات الطبية الحالية. وبمضي الوقت غدت هذه السجلات أكثر تفصيلاً^(١٠).

وفي الحضارة المصرية القديمة، اقتصر الطب على كهان المعابد، فكان الكاهن هو الطبيب، وكان المعبد من الأهمية بمكان حيث التحقت مدارس الطب بالمعابد الكبيرة وكان يدرس فيها العلوم الطبية والنباتات الطبية. وقد ألحق بالمعابد مع المدارس الطبية أماكن للعلاج والتداوي.

وكان قدماء المصريين يدونون بالهيروغليفية المنقوشة على جدران المعابد، وعلى قبور موتاهم رسوم وحروف استدلت منها علماء الآثار على أنها تؤرخ لحياة المتوفى، وكذلك تشير إلى بعض ما اعتراه من حالات مرضية قبل وفاته^(١١). فضلاً عن ذلك نجدهم قد استخدموا أوراق البردي في التسجيل. وأشهر البرديات التي ترجع إلى تلك الفترة بردية سميث Edwin Smith، وهي لفافة طولها خمسة عشر قدماً، ويرجع تاريخها إلى عام ١٦٠٠ ق.م. وتعتمد على مراجع أقدم منها كثيراً، وهي تصف ثماني وأربعين حالة من حالات الجراحة التطبيقية (الجروح والكسور والتقيحات والأورام وكيفية علاجها). وكل حالة من الحالات الواردة فيها مبحوثة بحثاً دقيقاً في نظام منطقي يحتوي على عناوين مرتبة هي: تشخيص ابتدائي مؤقت، وفحص وبحث في الأعراض المشتركة بين أمراض مختلفة، وتشخيص العلة والاستدلال بأعراضها على عواقبها وطريقة علاجها، ثم تعليقات على المصطلحات العلمية الواردة فيها وشروح لها. وقد اكتشفت هذه البردية في بئر في ضواحي الأقصر سنة ١٨٦١م. واشتراها العالم الأثري الأمريكي أدوين سميث وبعد وفاته أهدت ابنته «ليونورا سميث» هذه البردية إلى الجمعية التاريخية بنيويورك.

وأما البردية الثانية فهي بردية إيبرس Ebers papyrus، وقد عثر عليها في عام ١٨٧٢م،

وتم بيعها لعالم آثار ألماني هو «جورج إيبرس George Ebers» وقد تم كتابتها تمام ١٥٥٠ ق.م.

تقويًا، وهي عبارة عن بحث طبي يظهر فيه وجود ملاحظة دقيقة واستعمال بارع للعلاج Remedies، وقد حفظت في إحدى الجامعات الألمانية (جامعة لايبزيغ)، ويعتقد أنها كتبت في زمن النبي موسى عليه السلام في منطقة هليوبوليس. تحتوي هذه البردية على بقايا من الرسائل من عصر أكثر قدمًا من التاريخ الذي كتبت فيه، شأنها شأن بقية البرديات. يبلغ طول هذه البردية عشرين مترًا وعرضها ثلاثين سنتيمترًا، وتحتوي على ٨١١ وصفة طبية وبها ٢٢٨٩ سطرًا، وهي تحوي وصفًا دقيقًا لأجزاء جسم الإنسان.

أما أطباء اليونان والرومان أمثال أبقراط^(١٢) Hippocrates وجالينوس^(١٣) Galen فقد قاموا باستخدام أعمدة المعابد وأوراق البردي، وغير ذلك من المواد التي كانت شائعة الاستخدام في تسجيل ملاحظاتهم بشأن رعاية مرضاهم.

بعد ذلك ضعف نشاط التسجيل الطبي في العصر البيزنطي نتيجة لضعف التقدم الذي أحرز في مهنة الطب إبان تلك الفترة، وقد اقتصر التسجيل الطبي في تلك الآونة على ما تم نسخه بمعرفة عدد من الرهبان لكتابات أبقراط، وجالينوس، وعدد من الأطباء المبكرين والسابقين^(١٤).

ثم نشط التسجيل الطبي مرة ثانية في العصر الإسلامي، حيث تم فيه ترجمة أعمال طبية كثيرة لأبقراط وجالينوس وغيرهما إلى اللغة العربية. كذلك تم فيه بناء المستشفيات، والتي كان يطلق عليها بالممارسات. وكانت هذه المستشفيات بمثابة أماكن ومدارس علمية ذات طابع تعليمي وعلاجي في الوقت نفسه. كما أنها قد تميزت بطابع تنظيمي وإداري مميز، فقد اتصفت من ناحية أقسامها الداخلية والعلاجية بخصائص تجمع فيها مميزات المستشفيات العصرية الحديثة، وذلك لشمولها على المكتبات المتخصصة، وقاعات التدريس والاطلاع، والخدمات الضرورية من أجل تدريب طلاب الطب والتمريض وفنون الصيدلة^(١٥).

وقد كان رؤساء الشعب الطبية في هذه المستشفيات ذوى مقدرة فائقة ومعرفة عميقة بمراقبة المرضى يوميًا، وكانوا يستشيرون بعضهم بعضًا، ويعطون الوصفات اللازمة شفهيًا وكتابيًا. وكان الأطباء يقومون بتدوين ملاحظاتهم اليومية عن المرضى، وهو ما ييسر لهم متابعة حالات مرضاهم بدقة وعناية، وكتابة تاريخ المرض في سجلات تحفظ في المستشفى^(١٦).

وإذا كان هذا هو حال المستشفيات في العصر الإسلامي، فإنه لم يكن كذلك بالنسبة للمستشفيات الأوربية في العصور الوسطى، فقد كانت المستشفيات مرتبطة بالكنيسة، وكان يشرف عليها ويديرها الرهبان والراهبات، وكانت أكثر ما تكون دوراً للوعظ والإحسان، فضلاً عن أنها كانت تعاني من أحوال سيئة ومستويات متدنية للغاية^(١٧).

ويعتبر مستشفى بارثولوميو Bartholomew (في لندن، بإنجلترا) المستشفى الوحيد الذي ما زال موجوداً من العصور الوسطى) حيث أسس عام ١٣٧م، ولهذا المستشفى أهمية خاصة بالنسبة لتاريخ التسجيل الطبي، لأنه كان يحتفظ بسجلات لمرضاه منذ افتتاحه. وقد طرأ تحسن على أحوال هذا المستشفى إبان عصر النهضة الأوروبية في عهد الملك هنري الثامن (١٥٠٩ - ١٥٤٧م)؛ حيث وضعت قوانين لتنظيم عمل المستشفى وقد نصت هذه القوانين على تعليمات تتعلق بملف المريض من حيث المعلومات الطبية والإدارية التي يجب أن تتوفر به، وطريقة تسجيل هذه المعلومات، وتصنيفها للرجوع إليها عند الحاجة. وفي بداية القرن السابع عشر أصبح تسجيل الحالات المرضية لكل طبيب، وتدوين أوامر الطبيب، وتقديم حالة المريض أثناء وجوده في المستشفى من الواجبات الرئيسية لكل طبيب في مستشفى "بارثولوميو". وبذلك يعتبر المستشفى رائداً في تنظيم الوثائق الطبية الحديثة^(١٨).

وفي عام ١٧٥٢ تم تأسيس أول مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية، ويعرف هذا المستشفى الآن بمستشفى بنسلفانيا Pennsylvania Hospital (بمدينة فلادلفيا Philadelphia). وقد تم فيه الاحتفاظ بسجلات Registers عن المرضى تضمنت مداخل بياناتها: اسم المريض، وعنوانه، والمرض المصاب به Disorder، وتاريخ دخوله وخروجه من المستشفى، وما تزال هذه السجلات محفوظة في المستشفى حتى الآن. ومنذ عام ١٨٠٣م بدأ المستشفى يحتفظ بملفات للحالات المهمة، وفي عام ١٨٧٣م بدأ يحتفظ بملف لكل مريض. كما بدأ ظهور كشاف المريض Patient Index، واستخدامه لأول مرة في هذا العام، إلا أنه لم يكن يأخذ الشكل البطاقي، واستمر كذلك حتى عام ١٩٠٦م^(١٩).

أما الفهرس البطاقي Card Catalog فقد تم استخدامه لأول مرة في مستشفى ماساشوستس العام Massachusetts General Hospital (بوسطن، ماساشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية). ويبدو أن هذا المستشفى كان سابقاً بين المستشفيات في استخدام أمين مكتبة للاعتناء بالسجلات الطبية للمرضى، بما فيها فهرستها، وذلك قبل نهاية عام ١٨٩٧م^(٢٠).

ومع بداية القرن العشرين احتلت المستشفيات دورها الرئيس في مجال توفير مستوى عال من العناية بالمرضى نتيجة لما تحقق من ارتفاعات علمية وتكنولوجية في مجال تشخيص الأمراض وعلاجها، بجانب أن الأطباء أصبحوا أكثر إدراكاً لأهمية تدوين متابعة مرضاهم الصحية لتقييم نتائج ما قدموه لمرضاهم من إجراءات وتدابير. وقد عزز هذا الاتجاه لدى الأطباء أن الكلية الأمريكية للجراحين American College of Surgeons، المنشأة عام ١٩١٣م بهدف تحسين مستوى علم وفن الجراحة، كانت تشترط على كل جراح يلتحق بها لنيل شهادة الزمالة في الجراحة تقديم خمسين نسخة كاملة وخمسين مستخلص للسجلات الطبية لمرضى قام بنفسه بإجراء عمليات جراحية لهم، وذلك حتى

يتم تقييمه على أساسها، ثم ظهر أن سجلات المرضى كانت غير ملائمة ليعتمد عليها في تقييم الجراحين المتقدمين^(٢١).

وفي عام ١٩٥٢م تم تأسيس الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات J.C.A.H^(٢٢) لتقوم بإعطاء شهادة للمستشفى الذي يمثل للضوابط الموضوعه من قبل هذه الهيئة، بهدف ضمان الأداء الجيد للمستشفى، وقد حددت هذه الهيئة مقاييس ينبغي توافرها لضمان حسن إدارة السجلات الطبية لجميع المرضى، وهذه الضوابط هي^(٢٣):

الضابط الأول: وجوب الاحتفاظ بسجلات طبية يراعى فيها دقة تدوين المعلومات المتعلقة بالمريض وتواريخ تدوينها مرتبة حسب مراحلها الزمنية، وسهولة تناول هذه المعلومات عند طلبها لإتاحة استرجاعها عند الحاجة إليها، وذلك في أسرع وقت ممكن.

الضابط الثاني؛ ينبغي أن يحتوي السجل الطبي للمريض على معلومات شخصية كاملة عنه، ومعلومات تساعد على تشخيص مرضه، فضلاً عن معلومات خاصة بالعلاج الذي قدم له، ويراعى في تسجيل هذه المعلومات الدقة والشمول.

الضابط الثالث: ينبغي أن تكون المعلومات المدونة في السجلات الطبية سرية، وفي مكان أمين بعيداً عن متناول الغرباء، وأن تكون منظمة، ومصورة للحقيقة، وتامة، ومقروءة بوضوح.

الضابط الرابع: ينبغي أن يكون موقع إدارة السجلات الطبية في مكان يسهل الوصول إليه، كما ينبغي أن يكون الموظفون العاملون في هذه الإدارة مدربين تدريباً جيداً، وأن تتاح لهم التجهيزات اللازمة لإنجاز النشاطات المتعلقة بأعمالهم على أفضل وجه.

الضابط الخامس: ينبغي أن يكون لموظفي التسجيل الطبي دور في لجنة ضمان الجودة الطبية Quality Assurance ، وذلك بتحديد مسؤوليتهم في هذه اللجنة.

٤- أهمية السجل الطبي:

للسجل الطبي أهمية كبيرة لكل من المرضى، والأطباء، وإدارة المستشفى، ومخططي النظام الصحي الوطني. كما أنه مصدر يستفاد منه في أبحاث العلوم الطبية والصيدلانية والصحة العامة، وفي برامج التعليم الطبي، وفي نواحي التدريب المهني للعاملين في تقديم خدمة الرعاية الصحية. وتفصيل ذلك على النحو التالي^(٢٤):

(أ) أهميته للمريض :

- يعتبر السجل الطبي وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي الذي يقوم بدراسة حالة المريض أثناء وجوده في المستشفى، إذ يتاح لأي منهم معرفة تاريخ المرض وأسبابه^(٢٥)، والتحليل التي أجريت للمساعدة في تشخيصه، والعلاج الذي تقرر له، ومدى استجابة المريض للعلاج الذي وصف له، وبالتالي

تتوحد جهود الفريق بما يؤدي إلى دقة تشخيص مرضه وزيادة فرصة شفائه. وعند دخول المريض المستشفى للعلاج في وقت لاحق يستخدم ملفه كمرجع يرجح إليه الطبيب المعالج لمعرفة ما تم للمريض في الاستشفاء السابق Previous hospitalization ، ليقرر في ضوء ذلك خطة سير العلاج دون انتظار نتائج الفحوص التشخيصية Diagnostic Tests ، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى احتمال نقص مدة استشفاء المريض، وتتجلى ضرورة الاحتياج لذلك بجلاء للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (مثل أمراض القلب والسكر).

• يمثل السجل الطبي أيضاً دليلاً يستند إليه - عند الحاجة - في حالة النزاعات القضائية، كدعوى سوء التصرف Malpractice ، والتي تنشأ عند إصابة أو مرض أحد المرضى نتيجة حدوث إهمال في رعايته أو أن علاجه تم بطريقه غير سليمة.

• يستند إلى السجل الطبي للمريض عند تقدير حسابه المالي مع المستشفى.

(ب) أهميته للطبيب:

• يعتبر السجل الطبي أداة تتيح للطبيب التعرف على الحالة الصحية للفرد، وعلاقة الأعراض الحالية للمرض بالحالات المرضية السابقة، وهو ما يساعده في التوصل إلى التشخيص الحقيقي للمرض في الوقت المناسب، واختيار أسلوب العلاج المناسب.

• يتيح توافر سجلات طبية للمرضى أن يراجع الطبيب حالاتهم، كأن يرغب، في إعادة النظر في العلاج الذي أعطاه لمرضى معينين.

• يعتمد الطبيب على المجال الطبي للمريض كمستند لحمايته في حالات الشكاوى والدعوى عن الإهمال والأخطاء عندما لا يكون هو المتسبب فيها.

• يتم الاعتماد على السجل الطبي للمريض في تقدير حسابات الأطباء.

(ج) أهميته للمستشفى والإدارة المركزية :

■ يختص مجلس إدارة المستشفى في المقام الأول برسم السياسات اللازمة لتنفيذ أهداف المستشفى، ولا يمكن لهذا المجالس أن يصدر القرارات والتوصيات اللازمة في هذا المجال؛ مثل رفع طاقة أسرة المستشفى كله، أو زيادة أو خفض الأسرة بأحد الأقسام ... إلخ، إلا بتوافر البيانات الإحصائية وغيرها من البيانات اللازمة لإصدار القرارات والتوصيات المناسبة. وتم إعداد هذه البيانات في قسم السجلات الطبية.

■ تمكن السجلات الطبية للمرضى المستشفى من تقييم مدى كفاءة الهيئة الطبية العاملة فيه من خلال ما تكشف عنه المعلومات المدونة بها، والتي يمكن عن طريقها الحكم بما إذا كانت ممارسات الأطباء العاملين بالمستشفى تتفق مع ممارسات الطب الحديث الجيدة.

- تحمي السجلات الطبية للمرضى المستشفى في حالة الصعوبات، والمشاكل القانونية.
- يتم الاستناد إلى السجلات الطبية للمرضى عند اعتماد المستشفيات، ويقصد بذلك اعتراف هيئة متخصصة بأن المستشفى قد استوفى جميع المقاييس والمواصفات والمتطلبات التي تضعها هذه الهيئة أو اللجان المنبثقة عنها، حيث أثبتت الزيارات والدراسات الميدانية للمستشفيات أن السجلات الطبية الجيدة والمنظمة تدل على وجود خدمات طبية ذات مستوى عال، وبالمقابل فإن السجلات الطبية غير المنظمة وغير المكتملة تعكس غالباً خدمات طبية ذات مستوى ضعيف. لذلك فإن مثل هذه الهيئات في معظم دول العالم تشترط وجود ملفات للمرضى كاملة ومنظمة في المستشفى.
- يوفر انتظام التسجيل الطبي بالمستشفيات الكثير من الإحصاءات التي يمكن تجميعها مركزياً ليتوفر لدى السلطة إحصاءات سنوية تساعد في اتخاذ القرارات في المستقبل؛ نحو زيادة طاقة الأسرة العلاجية، وتنظيم وتوجيه الدراسات العليا، وإيجاد مؤشرات للربط بين أعداد المرضى وانتشار الأمراض وأيام العمل الضائعة وتأثير ذلك على الناتج القومي.
- تمكن السجلات الطبية إدارة المستشفى أو الإدارة المركزية من إعداد موازنة مالية جيدة.

(د) أهميته في التعليم والتدريب والبحث :

- تعتبر السجلات الطبية مصدراً هاماً للمعلومات والبيانات الموثوقة؛ حيث إنها تشتمل على حقائق طبية مهمة ذات فائدة كبيرة للباحثين في العلوم الطبية، والصيدلانية، والصحة العامة.
- يتم نشر نتائج الأبحاث والدراسات التي تبحث في الأمراض وعلاجها والوقاية منها في المجالات والكتب الطبية، وتستند هذه الأبحاث إلى المعلومات المدونة في السجلات الطبية؛ ولذا فإنها تعتبر من الأدوات الهامة في التعليم والتدريب .
- يتم الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالأمراض والعمليات الجراحية، وهو ما يتيح للباحثين الوصول إلى سجلات طبية لمرضى بمرض معني، أو تم لهم إجراء جراحة معينة، للاستفادة منها في مجال البحوث أو الدراسات التي يقومون بإعدادها.
- للسجلات الطبية قيمة في برامج التعليم الطبية Medical Teaching Programs ؛ حيث تؤدي مشاهدة ومعايشة طلبة كلية الطب للواقع الفعلي للحالات المرضية في المستشفى إلى زيادة كفاءة وفعالية تدريبهم، ففي الوقت الذي يكون فيه المريض مجالاً للبحث بهدف علاجه يكون ملفه مرجعاً لهذا البحث.
- للسجلات الطبية أهمية في نواحي التدريب المهني، وذلك لأن تدريب الأطباء والمرضى والعاملين في المهن الطبية المساندة في المستشفيات تعتمد إلى حد كبير على توفر ملفات منظمة وكاملة، خاصة أثناء الجولات الطبية اليومية على المرضى.

(هـ) أهمية كمصدر لدراسة التاريخ الصحي :

ما من شك في أن الوثائق الإدارية تشكل في مجموعها تجارب المجتمع، وترتبط مباشرة بحضارة الإنسان، وتعكس التاريخ الفعلي للشعوب. والوثائق الطبية، والتي تعتبر نمطاً متخصصاً من الوثائق الإدارية، تعتبر شاهداً على الزمن، فسجل "تحليل الخروج" مثلاً لا شك في أهميته لتأريخ الناحية الصحية فمحتوياته يمكن أن نستخرج منها البيانات التالية : عدد مرضى كل قسم، وعدد أيام العلاج لكل مريض ولكل قسم، وعدد حالات الخروج بالشفاء، وعدد حالات الخروج بالوفاة، ... إلخ.

وتعكس هذه البيانات الناحية الصحية بوضوح فهي تبرز لنا مدى ما قدم من خدمات صحية واتجاهات الحالة الصحية والأمراض ومعدل انتشارها ودرجة مقاومة هذا الانتشار ممثلاً في نتيجة العلاج للمرضى الخارجين.

من هنا يتضح لنا أن الوثائق الطبية هي مرآة تنعكس عليها الحالة الصحية لا على مستوى الفرد فحسب، بل على مستوى المجتمع كله، وبالتالي فهي تعكس الواقع الصحي الذي يعيشه مجتمع ما في فترة من فترات الزمن.

٥- ركائز نظام التسجيل الطبي :

يمكن الوصول إلي نظام تسجيل طبي جيد من خلال نظام جيد للعمل وظروف عمل تساعد على أدائه، وأفراد لديهم القدرة والحافر على تنفيذ النظام، وسجلات عمل يومية تفي بالبيانات المطلوبة، ونظام جيد لمتابعة حركة المرضى الداخليين والخارجين، وضرورة توافر ملف أو سجل طبي لكل مريض وبيانات دورية يومية وشهرية. وهذه يمكن الوصول إليها عن طريق توافر سجلات عمل يومية تفي بالبيانات المطلوبة، ونظام جيد لمتابعة حركة المرضى. يتم استخراج إحصائيات النسب المرضية ومعدلات الوفيات - والتي هي بيانات ثانوية- من السجلات الطبية، والتي يجب أن تكون دقيقة وكاملة^(٢٦).

٦- إدارة السجلات الطبية :

يقصد بإدارة السجلات الطبية التخطيط، والضبط والتوجيه والتنظيم والتدريب، وغيرها من الأنشطة الإدارية المتعلقة بإنشاء وصيانة واستخدام واستهلاك السجلات الطبية لتحقيق التوثيق الكافي والمناسب لسياسات وإجراءات الرعاية الصحية للمنظمة. ولأن السجلات الطبية هي وثائق قانونية وتخضع لقوانين الدولة التي يتم إنشاؤها فيها؛ لذلك تجد تفاوتاً كبيراً في القاعدة التي تحكم إنشاء السجلات الطبية وملكيته، وسهولة الوصول إليها، واستهلاكها بعد فترة معينة.

بالنسبة لمسألة الإتاحة والوصول، فالسجل الطبي للمريض يعتبر بمثابة وثيقة سرية ومحمية من الإفصاح غير المسموح من قبل القانون^(٢٧). ومع ذلك، فإن للمريض الحق أن يفوض شخصاً أو كياناً لتقييم السجل. كذلك يعطى حق الوصول إلى السجلات الطبية للأفراد المعنيين بالبحوث الطبية، ومراجعة الحسابات المالية أو الإدارية، أو تقييم البرنامج، ولكن لا يتم السماح لهم بالوصول إلى أي معلومات تتعلق بتحديد الهوية. إلا أن المعلومات داخل السجل يمكن تقاسمها مع السلطات دون

الحصول على إذن عندما يكون عدم القيام بذلك من شأنه أن يؤدي إلى الموت أو الأذى، سواء للمريض أو لآخرين.

٧- السجلات الطبية الإلكترونية :

ينشأ السجل الطبي الإلكتروني نتيجة استخدام أحد الأنظمة الإلكترونية في إدارة السجلات الطبية، وهو ما يودي إلى تحقيق فوائد كثيرة، منها:

١. تحسني سير العمل والوصول إلى المعلومات.
٢. تحسني سلامة المرضى وجودة الرعاية.
٣. زيادة الإنتاجية السريرية والرضا الوظيفي.
٤. إسراع إعداد الفواتير وتحسين التسديد والأداء المالي.
٥. التوثيق والوصف الإلكتروني.
٦. إمكانية مشاركة المستشفى في المعلومات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية وشبكة المعلومات الصحية الوطنية.

قبل توقيع أي اتفاق بين مؤسسة رعاية صحية (مستشفى، مركز طبي، ..) وإحدى شركات نظم المعلومات لاختيار واستخدام نظام لإدارة السجلات الطبية الإلكترونية، على المسؤولين أن يأخذوا في الاعتبار النقاط التالية^(٢٨):

(١) تحديد المزايا، التي يهدف المسؤولون الوصول إليها من نظام السجل الطبي الإلكتروني: إن النظام سوف يخدم المؤسسة الصحية بشكل أفضل إذا كان المسؤولون يعرفون مسبقاً ما الذي يحاولون تحقيقه مع استخدام نظام سجل طبي الكتروني EMR . في هذا الصدد، يوفر تحليل سير العمل workflow analysis معلومات مهمة حول الممارسة والإجراءات الخاصة بالمؤسسة فيما يتعلق بإنشاء وصيانة وتبادل المعلومات الواردة في السجلات الطبية، والتي يمكن أن تساعد على تحديد السمات الرئيسية التي يحتاجونها في النظام.

(ب) مدى توظيف النظام بشكل مناسب بالنسبة للممارسات الحالية لمركز الرعاية

الصحية، وهذا يتطلب ما يلي:

١. تحديد إذا ما كان النظام سيفرض قيوداً جديدة على ممارسات التسجيل الطبي الجارية في المؤسسة.
٢. معرفة هل يقدم البائع خيارات تخصيص أو ميزة انتقاء مجموعة الخدمات التي تناسب الاحتياجات الخاصة بمركز الرعاية الصحية؟

(ج) اختبار البرنامج، وهذا يتطلب أيضاً ما يلي:

١. تحديد إذا ما كان يتوافر للمركز القدرة على اختبار البرنامج، وتقرير فترة الاختبار المطلوبة.
٢. معرفة هل يوفر البائع نموذج برنامج تفاعلي يمكن من خلاله تحديد جميع المواصفات الوظيفية للبرنامج.

٣. تقييم البائع أو المورد للنظام، وذلك من خلال الوقوف على المراجع ودراسات الحالة التي توثق خبرات البائع. ويمكن الاسترشاد بمعرفة حجم مبيعات البائع في العام الماضي وفي الربع الأخير. كذلك مدى ضمان البائع في العقد أن البرنامج يوفر كل الوظائف اللازمة لإدارة السجل الطبي أو للتكامل مع النظام الكلي للمستشفى ونظام التأمين الصحي والنواحي المالية.

(د) الدعم الفني، فيراعى أن يتم التفكير فيما يلي:

١. تحديد كيفية الاتصال بموظفي الدعم للاستفسار.
٢. تحديد التكلفة (مدججة مع العقد أم تفرض رسوم إضافية).
٣. إذا ما تم شراء جهاز جديد، هل البائع مسئول عن تثبيته؟
٤. تحديد الاختيارات المختلفة والمتعلقة بالتدريب (المسئول عن تدريب الفريق الطبي والمالي والإداري على استخدام التكنولوجيا الجديدة، عدد الساعات التدريبية التي يمكن إدراجها في الاتفاق، إعداد موظف ليكون مدرباً داخلياً على النظام، مدى الاحتياج لمزيد من التدريب علي البرامج^(٢٩)، مكان التدريب^(٣٠)، الاحتياج لعقد حلقات تدريب منتظمة والتي يمكن للموظفين الجدد حضورها، مدى شمول اتفاق التدريب المستمر للتحديثات التي تتم للنظام).

(هـ) تحديد من له حق الوصول إلى البيانات :

١. لأغراض التحديثات والصيانة، يراعى تحديد من سيتولى تقديم الدعم للخادم Server وإضافة محطات عمل جديدة وتغيير إعدادات الأمان.
٢. في حالة فشل النظام ينبغي تحديد القيود المفروضة على البائع بما يضمن تحمله للمسؤولية التي ستحدد وفقاً للاتفاق.

الخاتمة والتوصيات :

لوثائق الطبية عامة ولسجلات المرضى خاصة أهمية كبيرة سواء بالنسبة للمريض، وللطبيب، وللباحثين، ولإدارة المستشفى، أو لمخططي نظم المعلومات الصحية على مستوى الدولة. بدأ التسجيل الطبي برسوم بسيطة ثم تطورت الإجراءات المتبعة في تشخيص الحالات المرضية عبر التاريخ ووصف العلاج، وارتبط هذا التطور بشكل كبير بنشأة المستشفيات، واکتمل هذا التطور في العصر الحديث بضبط ممارسات التسجيل الطبي وفقاً لقواعد وأسس علمية، واعتبار السجل الطبي أداة لتقييم أداء الطبيب. لقد استخدمت النظم الفعالة للتسجيل الطبي في دول كثيرة في منتصف القرن الماضي. وفي الوقت الحاضر، توجد قاعدة معرفية في علم التسجيل الطبي، ويتم غرسها في أذهان الطلاب من خلال برامج التدريب الرسمية.

وانطلاقاً من أهمية السجلات الطبية، يوصي الباحث بما يلي :

١. نشر الوعي بالسجلات الطبية بين كافة أفراد الفريق الطبي والصحي الذي يشترك في تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى.
٢. إدارة الوثائق الطبية وفقاً لأسس علمية خلال المراحل المختلفة للدورة المستندية للمريض (مريض عيادة خارجية، مريض طوارئ، مريض داخلي)؛ بدءاً من الإنشاء، والضبط، والتنظيم (تصنيف، تكشيف، ..)، والإتاحة، والحفظ، والتخلص من الوثائق في نهاية فترة حياتها أو الحفظ الدائم للوثيقة أو السجل الذي يثبت أن له قيمة تاريخية أو أرشيفية دائمة.
٣. استخدام التقنيات الحديثة في إدارة الوثائق الطبية؛ وتطبيق الملف الطبي الإلكتروني، والتميز الطبي، واسترجاع المعلومات.
٤. سرعة استخدام نظم السجلات الطبية الإلكترونية في المستشفيات لتأثيرها المباشر على الرعاية الصحية.

الهوامش والمراجع

- (١) وزارة الصحة، المملكة الأردنية الهاشمية. قانون الصحة العامة. قانون رقم (٤٧) لعام ٢٠٠٨م، المادة ١.
- (٢) مركز تدريب الحاسب الآلي التابع للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان، مصر) . المبادئ والمفاهيم الأساسية لعلم الإحصاء. ص ٤. www.drguide.mohp.gov.eg
- (٣) المرجع نفسه، ص ٨ .
- (٤) المرجع نفسه، ص ٩ .
- (5) Broly, E. H. guidelines for medical record practice-Alex: World health Organization- Regional Office for the EasternMediterranean. 1972- P1.
- (6) University of California. Legal Medical Record Standards, Policy No. 9420.- p1.- <http://www.ucop.edu/ucophome/coordrev/policy/legal-medical-record-policy.pdf>
- (7) Ibid.-p2
- (8) National Committee for Quality Assurance. Guidelines for medical record documentation .-p1,2 .- WWW.ncqa.org/LinkClick.aspx?fileticket....tabid=125&mid.
- (٩) بدأ العصر الحجري القديم مع ظهور الإنسان على سطح الأرض، واستمر حتى العام ١٠٠٠٠ قبل الميلاد.
- (10) Huffman, Edna K. Medical record management - 6 ed - Chicago: Physicans' Record Company, 1972 -P-1.

- (١١) حسان محمد نذير حرستاني، مرجع سابق - ص ٣٠٥-٣٠٦.
- (١٢) يعتبر أبقرط أبو الطب الحديث لأنه في كتبه، والتي هي أكثر من ٧٠ كتاباً، وصف بطريقة علمية، الكثير من الأمراض وعلاجها بعد ملاحظة تفصيلية، ولد أبقرط في جزيرة كوس Kos، وهي جزيرة صغيرة من الجزر اليونانية، وتوفي في ضواحي لاريسا Larissa في سن ال ١٠٤ (Philip.C. Grammaticos & Aristidis Diamantis. Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. Hellenic Journal of Nuclear Medicine (January (-April 2008. p2
- (١٣) ولد جالينوس في مدينة برغام Pergamum (١٣١ ق.م) في آسيا الصغرى، وتقع شمال مدينة أزمير التركية، ولما بلغ العشرين من عمره توجه إلى الإسكندرية حيث تعلم الطب في مدرستها ثم عاد إلى مدينة برغام، حيث عين طبيباً في مدرسة لتعليم المصارعة، ولم يمكث في العمل طويلاً حيث سافر إلى روما ليصبح من كبار أطبائها. هيمنت أفكاره على الطب في العالم البيزنطي من سنة ٣٠٠ ميلادية وبعده، من خلال الترجمة، في العالم الإسلامي وفي أوربا الغربية من القرن ال ١٢ إلى القرن ال ١٧. في سنة ١٦٨م، استدعي للانضمام للأباطرة الرومان ومن ذلك الحين، ظل حتى وفاته ٢١٦م في الخدمة الإمبراطورية. (Vivian Nutton Logic, Learning, and Experimental Medicine. SCIENCE, FEBRUARY (2002, VOL 295. P 800
- (14) Huffman, Edna K. op. cit- p. 12
- (١٥) عبد الله محمد عبد الرحمن. معوقات البناء التنظيمي للمستشفى؛ دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي - الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٠م - ص ١٤، ١٥.
- (١٦) موسى طه العجلوني. إدارة المعلومات والسجلات الطبية - عمان: المطبعة النموذجية، ١٩٨٩م - ص ٣١.
- (١٧) المرجع والصفحة السابقتان نفساهما
- (18) Huffman, Edna K. op. cit- p. 12, 15
- (19) Ibid-pp17-18
- (20) Ibid-pp18-19
- (٢١) حسان محمد نذير حرستاني. مرجع سابق، ص ٣٠٦.
- (22) J.C.A.H Joint Commission on Accreditation of Hospitals.. اختصاراً لـ
- (23) J.C.A.H. Accreditation Manual for Hospitals - pp. 95-106
- نقلاً عن حسان محمد نذير حرستاني، مصدر ص ص ٢٠٧-٢٠٨.
- (٢٤) راجع في أهمية الوثائق الطبية المصادر التالية:

- ١- حسان محمد نذير حرساني. إدارة المستشفيات- الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠م- ص ٣٠٨- ٣٠٩ .
- ٢- دولجيه، ف.أ. أهمية استخدام الأرشيف في مجال العلم والتكنولوجيا- مجلة اليونسكو للمكتبات، ع ٢٣، س ٦، مايو / يوليو ١٩٧٦، ص ص ٥٤ - ٥٩ .
- ٣- عبد الغفار خلاف (وآخ). تطور نظم التسجيل الطبي: دراسة استرشادية - القاهرة: مجلس بحوث الصحة والدواء بأكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا، ١٩٨٨م - (مشروع رقم ٣٢، غير منشور). ص ١٤-٢، ١٣-١٦ .

4- Brolly, E. H. op.cit.- pp 1-2, 80.

5- Hedley, A.J. "The collection and utilization of clinical information "in" The problem Qriented Medical Record: its use in Hospital, general practice and medical education", editaed by J.C. Petrie, Neil McIntyre-new york: Churchill Livingston,.1979. pp 13-20

(٢٥) التاريخ الطبي medical history للمريض هو المعلومات التي يحصل عليها الطبيب من المريض عن طريق طرح أسئلة محددة، سواء للمريض أو لغيره من الناس الذين يعرفون المريض ويمكن أن يعطوا معلومات مناسبة، وذلك بهدف الحصول على معلومات مفيدة في صياغة التشخيص وتوفير الرعاية الطبية للمريض.

(٢٦) السيد صلاح الصاوي. الأرشيفات الطبية في مستشفيات جامعة طنطا: دراسة للواقع وتخطيط للمستقبل. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة طنطا (مصر)، ١٩٩٧م، ص ٤١ .

(27) University California. Op. cit.- p3.

(28) Deshen Moodley MSc, Sharon Choi MS, Burke W Mamlin MD, Peter Szolovits. Implementing electronic medical record systems in developing countries. British Computer Society

(٢٩) على سبيل المثال، إذا كانت برامج التعرف على الصوت تستخدم في مركز الرعاية الطبية للكتابة مباشرة في EMR/HER، قد يحتاج هذا من الطبيب تدريب النظام مع صوته.

(٣٠) يمكن أن يكون التدريب بموقع مؤسسة الرعاية الصحية ، أو يكون خارج الموقع site-off training ، أو قد يتم التدريب باستخدام شبكة الإنترنت Web-based training. كل اختيار من هذه الاختبارات قد يفرض رسوماً جديدة، كما أنه يلزم أن يتم تقدير عدد الأفراد الذين يحتاجون للتدريب.