

السجلات الطبية ودورها في تحقيق جودة الخدمات المقدمة بمستشفيات المملكة العربية السعودية

Medical records and their role in achieving the quality of services provided in hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia

إعداد:

الباحث/ مبارك عبد الله مبارك الضفيان

فني معلوماتية صحية، مستشفى حوطة بني تميم العام، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ عبد الله محمد عبد العزيز التميمي

فني معلوماتية صحية، مستشفى حوطة بني تميم العام، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ فهد سعد إبراهيم المسلم

فني معلوماتية صحية، مستشفى حوطة بني تميم العام، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ سعود محمد عبدالله التميمي

فني معلوماتية صحية، مستشفى حوطة بني تميم العام، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ سعد عبدالعزيز عبدالله العفيلي

فني معلوماتية صحية، مستشفى حوطة بني تميم العام، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

المخلص:

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على عدة جوانب متعلقة بالتسجيل الطبي ودوره في تحسين الرعاية الصحية، إذ تعمقت الدراسة في بيان أشكال السجل الطبي وتحديد محتوياته، مما يمكن من توفير تفاصيل دقيقة وموثوقة. وتستكشف الدراسة أهمية السجل الطبي للمريض، الطبيب، المستشفى، والإدارة المركزية، مسلطة الضوء على الفوائد المتعددة التي يمكن أن يحققها، بالإضافة إلى ذلك، قامت الدراسة بتسليط الضوء على الدور الحيوي للسجلات الطبية في تمكين إدارة المستشفى أو الإدارة المركزية من إعداد موازنة مالية فعّالة، مما يبرز الجانب الإداري للتسجيل الطبي، وذلك تبعاً لأهمية السجلات الطبية في سياق التعليم والتدريب والبحث، حيث يعتبر مصدرًا قيمًا لدراسة التاريخ الصحي وتعزيز التطوير في مجالات الرعاية الصحية، كون الموضوع يساهم في فهم أصول وتطور السجلات الطبية، ويساعد على تحديد دورها الحيوي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية، بالإضافة إلى دورها في تمكين إدارة المستشفى مالياً وفي دعم التعليم والبحث الطبي. حيث توصلت الدراسة إلى عدة نتائج كان أهمها أن يعتبر السجل الطبي وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي، مما يدعم دقة تشخيص المرض وتحسين فرص شفائه، كونه يستخدم كمرجع للطبيب المعالج لفهم تاريخ المريض وخطة العلاج السابقة، مما يؤدي إلى فحص دقيق وخطة علاج فعّالة، كما تمكن السجلات الطبية للمرضى المستشفى من تقويم مدى كفاءة الهيئة الطبية العاملة فيه من خلال ما تكشف عنه المعلومات المدونة بها،

وأهم ما أوصت به الدراسة هو ضرورة نشر الوعي بالسجلات الطبية بين كافة أفراد الفريق الطبي والصحي الذي يشترك في تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى، كما أوصت الدراسة المستشفيات لاستخدام التقنيات الحديثة في إدارة الوثائق الطبية؛ وتطبيق الملف الطبي الإلكتروني، والترميز الطبي، واسترجاع المعلومات.
الكلمات المفتاحية: السجل الطبي، المستشفى، نظام معلومات المستشفى، مريض الطوارئ، المريض الداخلي.

Medical records and their role in achieving the quality of services provided in hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia

By: Mubarak Abdullah Mubarak Al-Dhafyan¹, Abdullah Mohammed Abdulaziz Al Tamimi², Fahd Saad Ibrahim Al-Muslim³, Saud Mohammed A. Aitamimi⁴, Saad Abdulaziz Abdullah Alagili⁵

Health Informatics Technician, Hotat Bani Tamim General Hospital, Ministry of Health, Saudi Arabia^{1,2,3,4,5}

Abstract:

The study aimed to shed light on several aspects related to medical registration and its role in improving health care. The study delved into detailing the forms of the medical record and determining its contents, which enables providing accurate and reliable details. The study explores the importance of the medical record for the patient, the doctor, the hospital, and the central administration, highlighting the multiple benefits it can achieve. In addition, the study highlights the vital role of medical records in enabling the hospital administration or central administration to prepare an effective financial budget. Which highlights the administrative aspect of medical registration, based on the importance of medical records in the context of education, training and research, as it is considered a valuable source for studying health history and promoting development in the fields of health care, as the subject contributes to understanding the origins and development of medical records, and helps determine their vital role in improving the quality of medical records. Health services in the Kingdom of Saudi Arabia, in addition to its role in financially empowering hospital management and in supporting medical education and research.

The study reached several results, the most important of which was that the medical record is considered a means of communication between members of the medical team, which supports the accuracy of diagnosing the disease and improves its chances of recovery, as it is used as a

reference for the treating physician to understand the patient's history and previous treatment plan, which leads to an accurate examination and an effective treatment plan. Medical records for patients enable the hospital to evaluate the efficiency of the medical staff working in it through what the information recorded in it reveals. The most important thing that the study recommended is the necessity of spreading awareness of medical records among all members of the medical and health team that participates in providing medical care services to patients, as it recommended Studying hospitals to use modern technologies in medical document management; Application of electronic medical file, medical coding, and information retrieval.

Keywords: Medical record, Hospital, Hospital information system, Emergency patient, Inpatient.

1. المقدمة

تعتبر السجلات الطبية من أهم الوثائق الرسمية التي يمكن لمقدمي الخدمات الصحية التعرف على كافة المعلومات والإجراءات العلاجية التي يخضع لها المريض أثناء حصوله على الرعاية الطبية من المؤسسات الصحية، كما تعتبر المصدر الرئيس للمعلومات التي يعتمد عليها الطبيب في اتخاذ القرارات الطبية المختلفة وتساهم السجلات الطبية بدور حيوي في تخطيط ومراقبة العمليات في المستشفيات وتعزيز جودة الرعاية الصحية الأولية التي يتلقاها المريض من خلال المراكز الصحية فضلا عن أهميته في مجالات التعليم والبحث العلمي والتخطيط والرقابة الإدارية والمراجعة الطبية.

كما انها تمثل الأرشيف الذاكرة الرسمية لكافة الأمم، لما لها من دور في حفظ المعلومات المتعلقة بالأفراد والمؤسسات، والتي تسجل نشاطاتهم الاجتماعية والاقتصادية. كما يعتبر الأرشيف او السجلات شهادة حية على تواجد الدولة وسير مؤسساتها، ذلك أن الوثائق والملفات الأرشيفية تدل دلالة قاطعة على البيانات الجغرافية الأساسية لبلد معين في حقبات زمنية معينة، والتطورات والتغيرات التي طرأت عليها مختلف الظروف التي مرت بها. (مهران، 2003، ص119)

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 على مستوى الدولة. ويمكن لهؤلاء المستفيدين أن يستفيدوا من المعلومات التي تحتوي 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.

1.1. مشكلة الدراسة:

تتمثل في قياس وتقييم جودة الخدمات المقدمة من قسم السجلات الطبية ومركز المعلومات بمستشفيات المملكة العربية السعودية وتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة، وبالتالي الحصول على قوة وضعف هذه الخدمات، ومنها نتوصل إلى كيفية خدماتها طبقاً لحاجة المستفيد ورغباته

وتعتبر المستشفيات مكاناً خصباً لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة وذلك بوجود نظام سجلات طبية منظمة ومتكاملة بالمستشفى تساهم في تعزيز البحوث الطبية لما تحتويه هذه السجلات من معلومات عن السيرة المرضية والتطور المرضي للحالات تحت التشخيص والعلاج.

وقد اعتبر الأطباء السجلات الطبية بمثابة الوعاء الأساسي للبيانات الطبية، والتي يمكن عن طريقها الحصول على المعلومات المطلوبة، (إسطفان، 1989، ص259) وذلك على النحو التالي: -

أ- أصبح "السجل الطبي مستند علمي إداري، له دلالات مهمة وعلاقات وثيقة بحالة المرض وتشخيصه، والعناية بالمريض وكيفية التعامل معه، حيث يدون في هذا السجل جميع المعلومات المطلوبة عن المرض وصاحبه حسب تسلسلها الزمني وأوقات حدوثها (نصير، 1983، ص24-25).

ب- هو مصدر علمي يعتمد عليه الأطباء وغيرهم من المستخدمين لهذه السجلات.. مثل فني المختبرات والتحذير والصيدلة والعلاج الطبيعي والأشعة والعمليات وزارة الصحة وإدارة المستشفيات ولهذا يتطلب تدوين المعلومات بطريقة دقيقة وكاملة في السجل الطبي الخاص بكل مريض.

وبناء عليه يمكن الاستنتاج بأن السجلات الطبية هي أساس البحث الطبي لأنها تعتبر مصدرًا للتعليم والتدريب وإجراء البحوث الطبية والإحصائية، فضلاً عن استخدام نتائج بياناتها الإحصائية إدارياً في إعداد تقديرات لمتطلبات طبية مستقبلية.

2.1. أهداف الدراسة:

1. التعرف على بداية نشأة التسجيل الطبي وتطوره.

2. التعرف على ماهية السجل الطبي.

3. التعرف على ماهية إدارة السجلات الطبية.

4. بيان أشكال السجل الطبي ومحتوياته.
5. توضيح أهمية السجل الطبي، لكل من المريض، والطبيب، والمستشفى، والإدارة المركزية.
6. بيان أهمية السجلات الطبية في تمكين إدارة المستشفى أو الإدارة المركزية من إعداد موازنة مالية جيدة.
7. بيان أهمية السجلات الطبية في التعليم والتدريب والبحث، كمصدر لدراسة التاريخ الصحي.

3.1. أهمية الدراسة:

إن أهمية البحث في هذا الموضوع يسهم في فهم أصول وتطور السجلات الطبية، ويساعد على تحديد دورها الحيوي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية، إذ تشمل الدراسة التوضيحات حول السجلات الطبية وإدارتها، وتبرز أهميتها للمريض والطبيب والمستشفى، بالإضافة إلى دورها في تمكين إدارة المستشفى مالياً وفي دعم التعليم والبحث الطبي.

4.1. منهج الدراسة:

تم اتباع المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، كون طبيعة البحث وخصوصيته فرضت اتباع هذه المناهج من خلال دراسة وتحليل أهم الموضوعات المتعلقة بالسجلات الطبية ودورها في تحقيق جودة الخدمات المقدمة بمستشفيات المملكة العربية السعودية.

5.1. مفاهيم الدراسة

مستشفى:

المستشفى هو المؤسسة المعدة لإيواء المرضى وتقديم خدمات المعالجة والتمريض. وإذا اقتضت الخدمات المقدمة على المعالجة والتمريض دون إيواء المرضى يطلق على مرفق الرعاية الصحية مركز طبي. (المادة 1 من قانون الصحة العامة الأردني رقم 47 لعام 2008).

المريض الداخلي:

هو كل شخص شغل سريراً أو إحدى السلالات الخاصة بحديثي الولادة لغرض المشاهدة والعناية الطبية والتوصل إلى تشخيص مرض أو للمعالجة (5)

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 سريراً بناءً على ما تتطلبه حالته الصحية (6).

المريض الخارجي:

هو ذلك الشخص الذي يستفيد من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى كالتشخيص أو العلاج دون أن يشغل سريراً في ذلك المستشفى (7).

نظام معلومات المستشفى:

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

2. الإطار النظري:

1.1. 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 والمرضات وباقي أفراد الفريق الصحي في أقسام المستشفى الداخلية أو في العيادة الخارجية (Brolly, 1972, P1)، ويجب أن يتضمن السجل الطبي ما يكفي من معلومات دقيقة لتحديد هوية المريض، والتشخيص، خطة العلاج، وتوثيق مرحلة العلاج والنتائج (9).

الشكل:

تكتب السجلات الطبية التقليدية على ورق ويتم حفظها في حوافظ (ملفات). أما حديثا 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 (10). 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 يلاحظه مقدمي الرعاية الصحية عند فحص المريض).

(د) معلومات أخرى قد تشمل نتائج الفحوص المعملية، الأدوية الموصوفة، وأمر الإحالة التي يحددها مقدمي الرعاية الصحية، خطة رعاية المريض، متضمنا التعليمات للمريض من أجل الرعاية الذاتية.

أحيانا 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) (11).

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

- 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 (18 عاما والأصغر سنا) يسجل التاريخ الطبي السابق التحول بالرعاية قبل الولادة Prenatal care، والولادة Birth، والعمليات وأمراض الطفولة Childhood illnesses.
 - بالنسبة للمرضى (من 12 سنة وأكبر) وكبار السن تسجل ملاحظة مناسبة بشأن التدخين وتناول الكحوليات.
 - التاريخ والفحص البدني وخاصة ما له صلة بالشكاوى المقدمة من المريض.
 - الدراسات المخبرية 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 المخبرية 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 (لل كبار).

2.2. نشأة التسجيل الطبي وتطوره:

- التسجيل الطبي كمجال يضرب بجذوره في أعماق التاريخ، فهو قديم 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 Age¹: 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 (Huffman, 1972, P1).

¹ بدأ العصر الحجري القديم مع ظهور الإنسان على سطح الأرض، واستمر حتى العام 10000 قبل الميلاد.

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 استدل منها علماء الآثار على أنها تؤرخ لحياة المتوفى، وكذلك تشير إلى بعض ما اعتراه من حالات مرضية قبل وفاته (حريستاني، 1990، ص305-306)، 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 1600 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 وشرح لها. وقد اكتشفت هذه البردية في بئر في ضواحي الأقصر سنة 1861م. واشتراها العالم الأثري الأمريكي أوين سميث وبعد وفاته أهدت ابنته «ليونورا سميث» هذه البردية إلى الجمعية التاريخية بنيويورك.

وأما البردية الثانية فهي بردية إيبيرس Ebers papyrus، وقد عثر عليها في عام 1872م، وتم بيعها لعالم آثار ألماني هو «جورج إيبيرس George Ebers» وقد تم كتابتها تمام 1550 ق.م. تقوياً، 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 قدماً من التاريخ الذي كتبت فيه، شأنها شأن بقية البرديات. يبلغ طول هذه البردية عشرين متراً وعرضها ثلاثين سنتيمتراً، وتحتوي على 811 وصفاً طبية وبها 2289 سطراً، وهي تحوي وصفاً دقيقاً لأجزاء جسم الإنسان.

أما أطباء اليونان والرومان أمثال أبقراط Hippocrates (Philip, Aristidis, 2008, P1) وجالينوس Galen

(Vivian, 2002, P800) 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 الأونة على ما تم نسخه بمعرفة عدد من الرهبان لكتابات أبقراط، وجالينوس، وعدد من الأطباء المبكرين والسابقين (Huffman, 1972, P12).

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 (عبد الرحمن، 1990، ص14-15).

وقد كان رؤساء الشعب الطبية في هذه المستشفيات ذوي مقدرة فائقة ومعرفة عميقة بمراقبة المرضى يومياً، وكانوا يستشيرون بعضهم بعضاً، ويعطون الوصفات اللازمة شفهيًا وكتابيًا. وكان الأطباء يقومون بتدوين ملاحظاتهم اليومية عن المرضى، وهو ما يبسر لهم متابعة حالات مرضاهم بدقة وعناية، وكتابة تاريخ المرض في سجلات تحفظ في المستشفى (العجلوني، 1989، ص31).

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 للعناية (العجلوني، 1989، ص31).

ويعتبر مستشفى بارثولوميو Bartholomew (في لندن، بإنجلترا) المستشفى الوحيد الذي ما زال موجوداً من العصور الوسطى) حيث أسس عام 1137م، 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 الأوربية في عهد الملك هنري الثامن (1509-1547م)؛ حيث وضعت قوانين لتنظيم عمل المستشفى وقد نصت هذه القوانين على تعليمات تتعلق بملف المريض من حيث المعلومات الطبية والإدارية التي يجب أن تتوافر 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 (Huffman, 1972, P12, 15).

وفي عام 1752 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 1803م بدأ المستشفى يحتفظ بملفات للحالات المهمة، وفي عام 1873م 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 1906م (Huffman, 1972, P17-18).

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 1897م (Huffman, 1972, P18-19).

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 وتدبير. وقد عزز هذا الاتجاه لدى الأطباء أن الكلية الأمريكية للجراحين American College of Surgeons، المنشأة عام 1913 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 (حرساني، 1990، ص306)

وفي عام 1952م تم تأسيس الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات J.C.A.H² لتقوم بإعطاء شهادة للمستشفى الذي يمثل للضوابط الموضوعية 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 (Accreditation Manual for Hospitals - p. 106-95):

الضابط الأول: وجوب الاحتفاظ بسجلات طبية يراعى فيها دقة تدوين المعلومات المتعلقة بالمرضى 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.

3.2. 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: (خلاف، 1988، ص 2-14، 13-16) و (Hedley, 1979, P13-20).

² اختصاراً لـ Joint Commission on Accreditation of Hospitals

1. أهميته للمريض:

- يعتبر السجل الطبي وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي الذي يقوم بدراسة حالة المريض أثناء وجوده في المستشفى، إذ يتيح لأي منهم معرفة تاريخ المرض وأسبابه (حرساني، 1990، ص308-309)، 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 شفاؤه. 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 بطريقة غير سليمة.
- يستند إلى السجل الطبي للمريض عند تقدير حسابه المالي مع المستشفى.

2. 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.

3. 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 عالٍ، 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 تساعدها 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.

4. 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 المهمة 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 والممرضين والعاملين في المهن الطبية المساندة في المستشفيات تعتمد إلى حد كبير على توفر ملفات منظمة وكاملة، خاصة أثناء الجولات الطبية اليومية على المرضى.

5. 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 الخارجيين. 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.

4.2. ركانز نظام التسجيل الطبي:

يمكن الوصول إلى نظام تسجيل طبي جيد من خلال نظام جيد للعمل وظروف عمل تساعد على أدائه، وأفراد لديهم القدرة والحافز على تنفيذ النظام، وسجلات عمل يومية تفي بالبيانات المطلوبة، ونظام جيد لمتابعة حركة المرضى الداخليين والخارجيين، 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 (دولجيه، 1976، ص54-59).

5.2. 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،³ 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.

6.2. السجلات الطبية الإلكترونية:

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

1. تحسين سير العمل والوصول إلى المعلومات.
2. تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية.
3. زيادة الإنتاجية السريرية والرضا الوظيفي.

³ 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.

4. إسرار إعداد الفواتير وتحسين التسديد والأداء المالي.

5. التوثيق والوصف الإلكتروني.

6. 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 (الصاوي، 1997، ص41):

(أ) 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 إلكتروني 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:

1. تحديد إذا ما كان النظام سيفرض قيوداً جديدة على ممارسات التسجيل الطبي الجارية في المؤسسة.

2. 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:

1. تحديد إذا ما كان يتوافر للمركز القدرة على اختبار البرنامج، وتقرير فترة الاختبار المطلوبة.

2. معرفة هل يوفر البائع نموذج برنامج تفاعلي يمكن من خلاله تحديد جميع المواصفات الوظيفية للبرنامج.

3. 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:

1. تحديد كيفية الاتصال بموظفي الدعم للاستفسار.

2. تحديد التكلفة (مدمجة مع العقد أم تفرض رسوم إضافية).

3. إذا ما تم شراء جهاز جديد، هل البائع مسؤول عن تثبيته؟

4. 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 على البرامج (32)، مكان التدريب (33)، 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:

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

الخاتمة والتوصيات:

للووائح الطبية عامة وسجلات 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، واكتمل هذا التطور في العصر الحديث بضبط ممارسات التسجيل الطبي وفقاً لقواعد وأسس علمية، واعتبار السجل الطبي أداة لتقييم أداء الطبيب، حيث 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. وأهم نتائج التي توصل إليها الباحثين من هذه الدراسة:

1. يعتبر السجل الطبي وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي، مما يدعم دقة تشخيص المرض وتحسين فرص شفائه، كونه يستخدم كمرجع للطبيب المعالج لفهم تاريخ المريض وخطة العلاج السابقة، مما يؤدي إلى فحص دقيق وخطة علاج فعالة، كما يتيح للطبيب فهم الحالة الصحية للمريض وتحليل علاقة الأعراض الحالية بالحالات المرضية السابقة.
2. السجلات الطبية الإلكترونية تعزز إمكانية الوصول وتسهل تتبع المرضى، مما يساهم في إثراء سجلات المرضى للأبحاث الطبية، إذ يلعب دوراً أساسياً في تحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز التواصل بين فرق الرعاية وفهم دقيق وسريع لتاريخ المرضى.
3. تمكن السجلات الطبية للمرضى المستشفى من تقويم 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، أيضاً تعتبر السجلات الطبية مصدراً هاماً للمعلومات والبيانات الموثقة؛ حيث إنها تشمل على حقائق طبية مهمة ذات فائدة كبيرة للباحثين في العلوم الطبية، والصيدلانية، والصحة العامة.
4. إدارة السجلات الطبية تشمل التخطيط، والضبط، والتوجيه، والتنظيم، والتدريب، لضمان إنشاء وصيانة واستخدام السجلات الطبية بشكل يحقق التوثيق الكافي ويتفق مع سياسات وإجراءات الرعاية الصحية.
5. السجلات الطبية هي وثائق قانونية، وتخضع لقوانين الدولة التي يتم فيها إنشاؤها، مما يؤدي إلى تفاوت كبير في القوانين المتعلقة بإنشائها، وملكيته، وسهولة الوصول إليها، واستهلاكها بعد فترة زمنية معينة، إذ يُعتبر السجل الطبي للمريض وثيقة سرية ومحمية قانونياً، وفي بعض الأحيان يمكن تقاسم المعلومات داخل السجل مع السلطات دون الحصول على إذن في حالات تهديد للحياة أو الأذى، سواء للمريض أو لآخرين، وهذا يبرز أهمية التوازن بين الحماية القانونية للسجلات والضرورة الطبية للوصول إليها.

وانطلاقاً من أهمية السجلات الطبية، يوصي الباحثين بما يلي:

1. نشر الوعي بالسجلات الطبية بين كافة أفراد الفريق الطبي والصحي الذي يشترك في تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى.
2. 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، تكثيف)، والإتاحة، والحفظ، والتخلص من الوثائق في نهاية فترة حياتها أو الحفظ الدائم للوثيقة أو السجل الذي يثبت أن له قيمة تاريخية أو أرشيفية دائمة.
3. استخدام التقنيات الحديثة في إدارة الوثائق الطبية؛ وتطبيق الملف الطبي الإلكتروني، والترميز الطبي، واسترجاع المعلومات.
4. سرعة استخدام نظم السجلات الطبية الإلكترونية في المستشفيات لتأثيرها المباشر على الرعاية الصحية.

المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. حرساني، حسان محمد نذير (1990) إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.
2. خلاف، عبد الغفار، وآخرون، (1988)، تطور نظم التسجيل الطبي، دراسة استرشادية، مجلس بحوث الصحة والدواء بأكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا، القاهرة، مصر.
3. دولجيه، ف.أ.، (1976) أهمية استخدام الأرشيف في مجال العلم والتكنولوجيا، مجلة اليونسكو للمكتبات، عدد 23، بلا مكان نشر.
4. رعد رزوق إسطفان، وآخرون، (1984)، إدارة المستشفيات، الموصل، الطبعة الأولى، دار التقني للطباعة والنشر، جامعة الموصل، العراق.
5. الصاوي، صلاح، (1997) الأرشيفات الطبية في مستشفيات جامعة طنطا: دراسة للواقع وتخطيط للمستقبل، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.
6. عبد الرحمن، عبد الله محمد، (1990) معوقات البناء التنظيمي للمستشفى؛ دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
7. العجلوني، موسى طه، (1989) إدارة المعلومات والسجلات الطبية، الطبعة الأولى، المطبعة النموذجية، الأردن.
8. فريد توفيق نصير، (1983) تطوير نظام السجلات الطبية في مستشفى أم درمان العسكري والمستشفيات الأخرى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية، ليبيا.
9. مهران، ميساء محروس أحمد، (2003) إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات بالإسكندرية: دراسة تحليلية، مجلة المكتبات والمعلومات العربية، دار المريخ الرياض (المملكة العربية السعودية).

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية:

1. Brolly, E. H. (1972) guidelines for medical record practice-Alex: World health Organization- Regional Office for the Eastern Mediteranean.
2. Hedley, A.J.(1979) “The collection and utilization of clinical information “in” The problem Oriented Medical Record: its use in Hospital, general practice and medical education”, editaed by J.C. Petrie, Neil McIntyre- new york: Churchill Livingston.
3. Huffman, Edna K.(1972) Medical record management - 6 ed - Chicago: Physicans' Record Company.
4. Philip.C. Grammaticos & Aristidis Diamantis.(2008) Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. Hellenic Journal of Nuclear Medicine.
5. Vivian Nutton Logic,(2008) Learning, and Experimental Medicine. SCIENCE, FEBRUARY 2002, VOL 295.

ثالثاً: الأنظمة والقوانين.

1. قانون الصحة العامة رقم (47) لعام 2008م، وزارة الصحة، المملكة الأردنية الهاشمية.

Doi: <https://doi.org/10.52133/ijrsp.v5.49.16>