



فصل

تفاوت نوشتن Report و
Document

پس از ارزیابی و درمان ضرورت دارد که اقدامات انجام شده، یافته‌ها و افکار کلینیسی در مورد کار، بصورت نوشتاری ثبت گردد. البته گزارش در مورد آنچه در ارزیابی و مدیریت شنوایی فرد با آن مواجه هستیم می‌تواند به شکل‌های مختلف از سند، پرونده پزشکی، نامه به مرجع ارجاع دهنده و یادداشت در مورد پیشرفت فرد باشد. ماهیت آنچه که باید درون این سندها ثبت گردد طبق مرجع ارجاع دهنده یا فردی که آن را می‌خواند می‌تواند متفاوت باشد. این فصل به صورت خلاصه به اهمیت آگاهی در مورد فردی که گزارش را برای او می‌نویسیم و همچنین انواع مختلف گزارشاتمی که ممکن است نوشته شود می‌پردازد.

گزارش نویسی در مقابل سندسازی (Report vs Documentation)

ذکر این نکته ضروری است که در بین نوشته‌های متخصصان در مورد وضعیت بیمار، تعدادی از این نوشته‌ها در نقش سند و تعدادی دیگر به عنوان گزارش مورد استفاده قرار می‌گیرند. ابتدا باید تفاوت بین سند و گزارش را بدانیم تا بتوانیم به نحوه نگارش خود از ارزیابی بیمار جهت مناسبی دهیم. سندسازی و مستند کردن (Documentation) ثبت مفصل و پر جزئیات نتایج ارزیابی‌های بیمار است در حالی که گزارش یک نوع خلاصه‌نویسی و تفسیر یافته‌های ناشی از ارزیابی انجام شده بر روی بیمار است.

مثلاً اگر بخواهیم یک سند در مورد ارزیابی شنوایی و تعیین آستانه‌های شنوایی یک بیمار تهیه کنیم باید ادیوگرام و آستانه‌های فرد را با تمام جزئیات ثبت نماییم ولی اگر بخواهیم یک گزارش تهیه کنیم فقط باید یافته‌های بدست آمده از ادیوگرام (برای مثال افت شنوایی حسی عصبی فرکانس بالا) را تفسیر کنیم. در ادامه به معرفی انواع مختلف متن‌هایی می‌پردازیم که توسط متخصصان شاغل در سیستم‌های بهداشتی و درمانی برای اهداف مختلف نگاشته می‌شود.

پرونده پزشکی (Medical Record)

پرونده پزشکی یک سند سیستماتیک است که در آن سابقه پزشکی و درمانی بیمار، به همراه خلاصه‌ای از تمامی اسناد و مدارک مرتبط با مراقبت پزشکی او در آن وجود دارد. پرونده پزشکی می‌تواند به صورت کاغذی یا به صورت الکترونیکی یا به صورت ترکیبی از هر دو صورت باشد که در آن اطلاعات متنوعی شامل مشخصات فردی، سابقه پزشکی، یافته‌های آزمایشی و ارزیابی بیمار، نتایج آزمایشات، تجویزها، ارجاعات انجام شده، مواد آموزشی فراهم آمده برای بیمار، دستورالعمل‌هایی برای پیگیری درمان، در بعضی از موارد اطلاعاتی در مورد وضعیت بیمه‌ای و پرداخت‌های بیمار در آن یافت می‌شود.

نامه‌ها (Letters)

نامه‌ها، حاوی اطلاعاتی در مورد ارزیابی بیمار، نتیجه درمان و مراقبت از بیمار است که برای مرجع ارجاع دهنده خارجی فراهم می‌آید. نامه می‌تواند به صورت الکترونیکی و یا به صورت کاغذی نگاشته و ارسال شود. از این لحاظ که اطلاعات بیمار به صورت خلاصه در آن گنجانده و تفسیر می‌شود، می‌توان نامه‌ها را مشابه گزارشات پزشکی دانست. اگر احتیاج باشد که نامه به مدرکی استناد کند این مدرک باید به نامه ضمیمه شود. نامه خطاب به یک فرد خاص نگاشته می‌شود و ملاحظات فرد گیرنده در نامه لحاظ می‌شود و یک کپی از آن در پرونده پزشکی بیمار قرار داده می‌شود.

یادداشت‌هایی در مورد پیشرفت (Progress notes)

یادداشت برای گزارش کردن پیشرفت بیمار یا بیمارانی تهیه می‌شود و برای هر دو منظور سندسازی و ایجاد گزارش‌های دوره‌ای می‌تواند نوشته شود. این نوع نوشتار به صورت مشخص برای بیمارانی تهیه می‌شود که فرد در حال استفاده از خدمات مداخله‌ای شنوایی‌شناسی است که احتیاج به چندین بار مراجعه به کلینیک دارند. برای مثال فرد از سمعک یا کاشت حلزون یا انواع دیگر وسایل کاشتی استفاده می‌کند و یا تحت توانبخشی شنوایی مستمر قرار دارد. در این نوع خدمات، هدف بلند مدت، پیشرفت فرد به سمت کسب شنوایی بهتر و برقراری ارتباط بهتر است. علیرغم پیشرفت‌های بوجود آمده با وجود این تکنولوژی‌ها، در بسیاری از موارد پیشرفت در وضعیت شنیداری-ارتباطی بیمار سریعاً ملموس و قابل مشاهده نمی‌باشد. به همین دلیل بیمار بصورت منظم و با یک برنامه پیگیرانه مشخص مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و پس از هر بار ارزیابی، یادداشت‌هایی در مورد پیشرفت بیمار تهیه می‌شوند که این یادداشت‌ها هم برای سندسازی و هم برای ثبت وضعیت بیمار استفاده می‌گردند. هدف این نوع نوشتار، ثبت اطلاعات به روز شده از بیمار در زمینه وضعیت شنیداری فرد و گزارش در مورد کارایی طرح درمانی طراحی شده برای بیمار است که هدف این طرح درمانی پیشرفت به سمت شنیدن یا ارتباط‌گیری بهتری باشد. در این نوع نوشتار، به این نکات اشاره می‌شود که چرا بیمار ویزیت شده است، در طی جلسه درمانی به چه هدفی رسیده شد و طرح درمانی برای آینده بیمار چیست. در زیر نمونه‌ای از یادداشت در مورد پیشرفت یک بیمار آورده شده است.

آقای اسماعیلی امروز طبق قرار قبلی، برای بررسی عملکرد سمک‌های تجویز شده برای ایشان به کلینیک مراجعه نمودند. بیمار اظهار می‌داشت که سمک گوش سمت راست کار نمی‌کند. با بررسی سمک مشخص گردید که سرومن وارد رسیور سمک شده است. سمک تمیز شد و با گوش دادن به صدای سمک، مشخص گردید که صدای سمک خوب است. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل الکتروآکوستیکی سمک نشان داد که سمک طبق انتظار کار می‌کند. پس از تمیز کردن، بیمار نیز از عملکرد سمک اظهار رضایت نمود و خیالش راحت گردید. به بیمار در مورد نگهداری و تمیز کردن سمک، آموزش مجدد داده شد. برای آقای اسماعیلی، یک قرار ملاقات برای ۶ ماه بعد در مرداد تعیین گردید تا وضعیت سمک او مورد بررسی مجدد قرار گیرد. البته اگر بیمار دچار مشکل شود بیمار می‌تواند زودتر از تاریخ تعیین شده مراجعه کند.

یادداشت در مورد مواجهه با بیمار (Encounter notes)

هرگونه ارتباط با بیمار باید ثبت شود. اگر بیمار توسط یک شنوایی‌شناس معاینه شود، دلیل این معاینه و ملاقات خواه کوچک باشد یا بزرگ باید ثبت گردد. توصیه می‌شود اطلاعات رد و بدل شده بین شنوایی‌شناس و بیمار ثبت گردد چرا که اجازه می‌دهد که دیگر متخصصان در مورد آن اطلاع داشته باشند. علاوه بر این، شنوایی‌شناس نیز بعداً بخاطر خواهد آورد چه مطالبی را به بیمار ارائه داده است. در زیر نمونه‌ای از یادداشت در مورد مواجهه با بیمار آورده می‌شود.

گزارش مواجهه با بیمار

۱۳۹۰/۲/۱: جلسه انتخاب سمک - بیمار نوع سمک خود را انتخاب کرد.

۱۳۹۰/۲/۸: سمک از شرکت دریافت و کنترل گردید و مشخص گردید سمک شاخصه‌های لازم را دارا می‌باشد.

۱۳۹۰/۲/۹: سمک به بیمار تحویل داده شد و جلسه آموزشی برگزار گردید. کل هزینه سمک و خدمات حرفه‌ای پرداخت گردید.

۱۳۹۰/۲/۲۳: جلسه سازگاری: بیمار در محیط‌های نویزی از استراتژی‌های ارتباطی به خوبی استفاده می‌کند و از سمک به خوبی نگهداری می‌کند. بیمار طی ۶ ماه باید مجدداً به این کلینیک، مراجعه داشته باشد.

۱۳۹۰/۵/۷: جلسه چک کردن سمک: بیمار در مورد سمک نگرانی داشت با بررسی بصری مشخص شد که سرومن وارد سمک شده است. سمک تمیز شده و با بررسی صدای آن مشخص گردید خوب کار می‌کند.

۱۳۹۰/۱۱/۹: بیمار به کلینیک مراجعه کرد بیمار اظهار داشت که سمک سمت چپ از کار افتاده است. با گوش دادن به صدای آن مشخص گردید که سمک خروجی ندارد. آنچه در کلینیک برای سمک انجام شد موفقیت آمیز نبود و سمک به شرکت فرستاده شد.

۱۳۹۰/۱۱/۱۳: سمک از تعمیر برگشت. رسیور تعویض گردید. سمک طبق مشخصات ارائه شده توسط سازنده، کار می‌کند با بیمار تماس گرفته شد تا مراجعه کرده و سمک را تحویل بگیرد.

نوشتار تکمیلی (Supplemental notes)

نوشتار تکمیلی به بیمار کمک می‌کند که اطلاعات مهم ارائه شده در جلسات حضوری را به یاد آورده و همچنین اطلاعات عمیق‌تری را در موضوعات خاص بدست آورد. این مواد، اغلب برای گسترش آگاهی فرد در مورد مورد بحث نوشته می‌شود. متن این نوشتار، باید ساده و به زبانی باشد که برای عموم مردم قابل فهم باشد. فونت مورد استفاده باید آنقدر بزرگ باشد که برای افراد دارای مشکل بینایی نیز قابل خواندن باشد. راه‌های برقراری تماس باید به بیمار اطلاع داده شود تا اگر بیماران در مورد اطلاعات فراهم شده برای آنها احتیاج به شفاف سازی داشتند، بتوانند سؤالات خود را بپرسند. همچنین این نوشتارهای تکمیلی باید به زبانی باشد که فرد با آن تکلم می‌کند. در زیر نمونه‌ای از نوشتار تکمیلی در مورد انتخاب سمک آورده شده است.

انتخاب سمعک

گوش راست

کمپانی سازنده: مدل وسیله: شکل : Full shell رنگ : نقره ای

گوش چپ

کمپانی سازنده: مدل وسیله: شکل : Full shell رنگ : نقره ای

تنظیمات و یا خصوصیات:

برنامه دستی : ندارد سطح سازگاری: 3

تحويل: از شنوایی شناس خانم حسینی

پزشک: دکتر عسگری

تاریخ: ۱۴ تیر ۱۳۹۵

دلیل انتخاب:

تقویت دو گوشی برای بیمار توصیه می‌شود چون بیمار در هر دو گوش افت شنوایی دارد که تقویت شنوایی می‌تواند برای او در این شرایط مفید باشد. شکل Full shell برای تقویت توصیه می‌شود که این امر بخاطر افت شنوایی و راحتی در گذاشتن و برداشتن آن است. تکنولوژی سطح اول توصیه می‌شود چون بیمار می‌گوید که در اکثر مواقع در محیط ساکت قرار دارد.

تاریخ مراجعه بعدی: ۴ مرداد ۱۳۹۵

ارزیابی پزشکی قانونی (Medical-legal evaluation)

در حالی که اکثر انواع گزارش‌های نوشته شده، بر ارزیابی و درمان بالینی بیمار متمرکز است، گزارش پزشکی قانونی گزارشی است که در آن قضاوت‌های حرفه‌ای، در مورد تشخیص و علل احتمالی افت شنوایی ثبت می‌شود. در هنگام تهیه این نوع گزارشات، تهیه سند از مدارک و شواهد یک ضرورت است تا این سند به عنوان دلیل پشتیبانی کننده برای قضاوت مورد استفاده قرار گیرند. همچنین در چنین گزارشی باید به اعتبار نتایج شنیداری بدست آمده، وضعیت کالبراسیون تجهیزات مورد استفاده برای ارزیابی بیمار، اینکه بیمار در معرض نویز و سر و صدای بلند قبلی بوده است یا نه که بتواند افت شنوایی موقت ایجاد کند و همچنین معلولیت شنوایی اشاره شود.

مستند کردن (Documentation)

مستند کردن و ایجاد پرونده پزشکی برای بیمار، معادل دسترسی داشتن دائمی به خود بیمار است. یک متخصص نمی‌تواند به حافظه‌اش در مورد تمامی جزئیات بیماران مختلف مراجعه و اعتماد کند. تنها راه حل برای اطلاع داشتن از جزئیات تشخیصی و درمانی بیماران، نوشتن آن است. حتی اگر بیمار در دسترس هم باشد نمی‌توان انتظار داشت که تمامی جزئیات سوابق پزشکی خود را به یاد داشته باشد که از او در مورد آن بپرسیم. در نبود بیمار، این پرونده پزشکی اوست که نقش بیمار را بازی می‌کند. جمع‌آوری و گردآوری تمام اطلاعات در مورد بیمار، همچنین اجازه می‌دهد که یک متخصص دیگر نیز به اطلاعات کافی در مورد بیمار دسترسی داشته باشد تا بتواند درمان بیمار را ادامه دهد. در نبود سند نوشته شده، یک متخصص دیگر هیچ ابزاری برای فهمیدن سابقه درمانی بیمار و نیازهای اختصاصی بیمار ندارد. برای داشتن پرونده پزشکی مؤثر، این پرونده باید به نحوی تنظیم شود که متخصص بتواند آنچه در آن است را بفهمد. یک پرونده پزشکی بی‌نظم خود می‌تواند مانعی برای درمان مؤثر باشد. اطلاعات باید دقیق و از همه مهمتر گویا باشد.

شنوایی‌شناس معمولاً یا در محیط کلینیک خود و یا در یک محیط پزشکی بزرگتر مانند بیمارستان، پرونده پزشکی بیمار را تکمیل می‌کند. شنوایی‌شناس باید بداند که پرونده بیمار اساساً کجا قرار است حفظ شود، و امکان دارد که درمانگر دیگری بیمار را درمان کند یا نه. بنابراین پرونده ممکن است توسط درمانگر دیگری خوانده شود. پس باید در ثبت اطلاعات آنچنان دقت به عمل آید که اطلاعات به صورت مؤثر و گویا قابل دسترس باشد.

سندسازی

در بخش‌های درمانی، سندسازی از اطلاعات و یافته‌ها حائز اهمیت است. بنابراین بین سندسازی و گزارش نویسی باید تمایز قائل شویم. سند سازی شامل ثبت با جزئیات نتایج آزمایشات بیمار در پرونده پزشکی او است در حالی که گزارش نویسی به خلاصه کردن و تفسیر آزمایش انجام شده می‌پردازد. در سند سازی جزئیات دیگری همچون فرآیند بازپرداخت و مسائل بیمه‌ای نیز می‌آید چرا که ممکن است در آینده و برای پیگیری پرداخت هزینه‌ها بکار آید.

کلینیسین‌ها می‌دانند که پرونده پزشکی ایجاد شده در فرآیند آزمایشات شنوایی شناس حائز اهمیت است چرا که به دلایل مختلف این پرونده مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. مثلاً مرجع ارجاع دهنده ممکن است که نیاز داشته باشد که دوباره پرونده را بررسی کند، یا حسابرس بیمه به دلایل قانونی، ممکن است نیاز به بررسی پرونده داشته باشد. همین دلایل، اهمیت ثبت دقیق و منظم اطلاعات بیمار در پرونده را نشان می‌دهد.

یک راه مناسب برای ایجاد یک سند مناسب یا پرونده پزشکی موثر، آن است که فهرستی از آیتم‌ها داشته باشیم. با استفاده از این فهرست، خواننده سند می‌تواند اطلاعات مورد نیاز را به راحتی پیدا کرده و بصورت مؤثر و مطمئن از آن استفاده کند. این فهرست ابزاری است که این اطمینان را ایجاد می‌کند که تمامی اطلاعات ضروری به درستی جمع‌آوری شده اند.

اطلاعات جمع‌آوری شده از ارزیابی شنوایی، باید به عنوان سند در پرونده بیمار ثبت شود. در فرآیند سندسازی از اطلاعات بیمار، تاریخچه بیمار یک جزء ساجکتیو از پرونده فرد است. جزء آبجکتیو پرونده شامل آزمایش اتوسکوپی، نتایج ایمیتانس، نتایج آستانه‌گیری، نتایج ادیومتری گفتاری و OAE است. در زیر نمونه‌ای از یک سند تهیه شده از آزمایشات شنوایی معمول آورده می‌شود.

در تاریخچه‌ای که از آقای اسحاق پور گرفته شد، بیمار اظهار داشت که در گوش چپ کم شنوایی، درد گوش و احساس پُری گوش را حس می‌کند و شنوایی در گوش راست ایشان طبیعی است، اما خارش شدیدی در گوش راست وجود دارد. ایشان اظهار داشتند که محیط زندگی‌شان به دلیل مجاورت با محل دفع زباله‌های شهری، آلوده است و عفونت گوش حاد خارجی داشته‌اند و تحت درمان قرار گرفته‌اند.

معاینات اتوسکوپیک، از گوش چپ شروع شد زیرا احتمال وجود قارچ در کانال گوش راست وجود داشت. لند مارکهای پرده گوش چپ، مشاهده نگردید. پرده bulged بوده و تجمع مایع در پشت پرده وجود داشت. در گوش راست، جرم گوش مشاهده نشد و لند مارک‌های پرده طبیعی دیده شد. لاله گوش تماماً پوسته پوسته بود. آزمایشات ایمیتانس ادیومتری از گوش چپ شروع شد. در تمپانومتري، فشار مثبتی به اندازه +115 dapa با استاتیک کامپلیانس ml ۰/۱۲ مشاهده گردید. حجم کانال خارجی گوش چپ ml ۰/۸۹ بود. رفلکس‌های اکوستیک وجود نداشتند.

در گوش راست نتایج کاملاً طبیعی بود و تایپ A_n مشاهده شد. (نتایج بصورت عددی و گراف در برگه آزمایشات ثبت شده است. رفلکس‌های ایپسی لترال طبیعی بود ولی رفلکس‌های کنترال لترال مشاهده و ثبت نشدند.

آزمون ادیومتری تون خالص از گوش بهتر (گوش راست) شروع شد. آستانه‌ها در جایی ثبت شدند که در جهت صعودی، ۲ بار از ۳ بار ارائه محرک، پاسخ دریافت شد. بیمار نمی‌توانست با Patient signal به خوبی پاسخ دهد. بنابراین از ایشان خواسته شد که در صورت شنیدن صدا خودکار را به آرامی به شیشه اتاقک اکوستیک بزند، آستانه‌های شنوایی گوش راست در محدوده طبیعی و حدوداً در ۱۵ dBHL قرار دارند و پاسخ‌های بیمار به موقع و مناسب بود.

در گوش چپ، آستانه‌های راه هوایی حدود ۴۰ dB افت نشان می‌دهند، ولی آستانه‌های BC در محدوده نرمال بودند و gap بزرگی در آستانه‌های AC و BC همان گوش مشاهده گردید. بنابراین مسک راه استخوانی از طریق ارسال نویز باریک باند از راه AC در گوش راست شروع شد.

برای انجام مسک استخوانی، از روش گلدشتاین استفاده شد و فاکتورهای اصلاحی، جهت حذف اثر انسداد گوش در فرکانس‌های ۲۵۰ Hz, ۵۰۰ Hz, ۱۰۰۰ Hz لحاظ گردید. همانطور که در برگه ادیوگرام مشاهده

می‌نمایید، همچنان بعد از مسک هم یک ABG در حد 20dB HL وجود دارد و یک کاهش شنوایی آمیخته در گوش چپ بیمار وجود دارد.

آزمون ادیومتری گفتار، از گوش راست آغاز گردید و به علت تُرک زبان بودن بیمار، از لیست لغات ترکی بهره گرفته شد. آستانه‌های بازشناسی گفتار در هر دو گوش با میانگین آستانه‌های فرکانس‌های 500 , 1000 و 2000 در ادیومتری تون خالص مطابقت دارد.

آزمون SDS در سطح راحت شنیداری انجام شد و امتیازات آن در گوش چپ و گوش راست به ترتیب 88% و 95% می‌باشد. نتایج پس از ثبت و تأیید به بیمار ارائه خواهد شد.

مربی کلینیک

(نام و امضاء مربی)

آزمایشگر

(نام و امضای آزمایشگر)