Letter to Editor
Journal of Medical Council of Iran, Volume 44, Issue 3, 2026
https://doi.org/10.22034/44.3.75

The Need for Continuous Education in Medical Documentation in Teaching Hospitals: The Role of an Education-Assessment-Feedback Cycle

Ali Banagozar Mohammadi[1], Maryam Zaare Nahandi[2]*

[1] Associated Professor, Department of Internal Medicine, Medical Philosophy and History Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Kidney Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** Corresponding Author**
Department of Internal Medicine, Kidney Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
Email: Dr_mzaare@yahoo.com

Received: Dec 23 2025
Accepted: Jul 08 2026

Citation to this article
Banagozar Mohammadi A, Zaare Nahandi M. The Need for Continuous Education in Medical Documentation in Teaching Hospitals: The Role of an Education–Assessment–Feedback Cycle. *J Med Counc of Iran*. 2026;44(3):75-78.

Abstract

The quality of medical documentation is a fundamental component of patient safety, effective clinical education, continuity of care, and physicians' professional accountability. Despite its recognized importance, evidence indicates that medical documentation in many teaching hospitals continues to exhibit substantial structural and qualitative deficiencies. Such shortcomings may adversely affect clinical decision-making, the quality of medical education, communication among healthcare professionals, and even medicolegal outcomes. Furthermore, in many medical curricula, documentation training is largely limited to introductory sessions or written guidelines and is rarely accompanied by continuous performance assessment and structured feedback, thereby limiting its educational effectiveness.

This letter aims to highlight the need for a paradigm shift in the way medical documentation is taught from isolated educational interventions to a longitudinal, competency-based process supported by continuous assessment and regular feedback. It also describes the experience of implementing a quality improvement initiative over more than a decade in a teaching hospital in northwestern Iran, together with the challenges encountered during its implementation. The program was developed in response to recurring deficiencies in clinical documentation and was built around an integrated education–assessment–feedback cycle. This experience suggests that integrating structured education with continuous monitoring of documentation quality and systematic feedback to students, faculty members, and academic departments can improve the accuracy, consistency, and standardization of medical documentation while strengthening educational supervision and fostering a professional culture of clinical documentation. Although formal evaluation of this approach in other settings is still needed, this experience may provide a practical framework for developing similar educational initiatives in other teaching hospitals.

Keywords: Medical documentation, Clinical education, Feedback, Medical records, Patient safety

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.22034/44.3.75]

Copyright 2026, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

نامه به سردبیر
Journal of Medical Council of Iran, Volume 44, Issue 3, 2026
https://doi.org/10.22034/44.3.75

ضرورت آموزش مستمر مستندسازی داده‌های پزشکی در مراکز آموزشی_درمانی: نگاهی به نقش چرخه آموزش، ارزیابی و بازخورد

علی بناگذارمحمدی[1]، مریم زارع نهندی[2]*

[1] دانشیار گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
[2] استادیار گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات کلیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

*** نشانی نویسنده مسئول:**
استادیار گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات کلیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
نشانی الکترونیک:
Dr_mzaare@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۷

چکیده

کیفیت مستندسازی داده‌های پزشکی یکی از ارکان اساسی ایمنی بیمار، آموزش بالینی مؤثر، تداوم مراقبت و پاسخ‌گویی حرفه‌ای پزشکان محسوب می‌شود. با وجود اهمیت این موضوع، شواهد نشان می‌دهد که مستندسازی پرونده‌های پزشکی در بسیاری از مراکز آموزشی_درمانی همچنان با نواقص ساختاری و کیفی قابل توجهی همراه است؛ نواقصی که می‌توانند بر تصمیم‌گیری‌های بالینی، کیفیت آموزش، ارتباط بین اعضای تیم درمان و حتی پیامدهای حقوقی تأثیر منفی بگذارند. در بسیاری از برنامه‌های آموزشی نیز آموزش مستندسازی به جلسات آموزشی محدود یا دستورالعمل‌های نوشتاری خلاصه می‌شود و معمولاً با ارزیابی مستمر عملکرد و بازخورد ساختاریافته همراه نیست؛ موضوعی که اثربخشی این آموزش‌ها را محدود می‌کند.

هدف از این نوشتار، جلب توجه جامعه پزشکی و سیاست‌گذاران آموزشی به ضرورت تغییر رویکرد آموزش مستندسازی از آموزش‌های مقطعی به یک فرایند مستمر، مبتنی بر ارزیابی عملکرد و بازخورد منظم است. همچنین تجربه بیش از ده سال اجرای یک برنامه بهبود کیفیت آموزشی در یکی از بیمارستان‌های آموزشی شمال‌غرب کشور به همراه چالش‌های مرتبط ارائه می‌شود؛ برنامه‌ای که در پاسخ به نواقص تکرارشونده مستندسازی پرونده‌های پزشکی طراحی شد و بر پایه چرخه منسجم آموزش، ارزیابی و بازخورد استقرار یافت. این تجربه نشان می‌دهد که ادغام آموزش ساختاریافته، پایش مستمر کیفیت مستندسازی و ارائه بازخورد منظم به دانشجویان، اعضای هیأت علمی و گروه‌های آموزشی، می‌تواند به بهبود دقت، انسجام و استانداردسازی مستندسازی، تقویت نظارت آموزشی و ارتقای فرهنگ حرفه‌ای ثبت داده‌های پزشکی منجر شود. به نظر می‌رسد این تجربه بتواند به‌عنوان الگویی عملی برای توسعه برنامه‌های مشابه در سایر مراکز آموزشی- درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: مستندسازی پزشکی، آموزش بالینی، بازخورد، پرونده پزشکی، ایمنی بیمار

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.22034/44.3.75]

Copyright 2026, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مستندسازی داده‌های پزشکی یکی از مؤلفه‌های اساسی مراقبت ایمن، آموزش بالینی و حرفه‌مندی پزشکان است. پرونده پزشکی تنها محلی برای ثبت اطلاعات بیمار نیست، بلکه ابزاری برای تصمیم‌گیری بالینی، تداوم مراقبت، ارتباط میان اعضای تیم درمان، آموزش، پژوهش و همچنین سندی حقوقی محسوب می‌شود. از این‌رو، کیفیت مستندسازی می‌تواند بازتابی از کیفیت مراقبت، میزان مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و اثربخشی آموزش بالینی باشد (۱،۲).

با وجود این اهمیت، مطالعات نشان می‌دهند که مستندسازی داده‌های پزشکی در بسیاری از مراکز آموزشی_درمانی همچنان با کاستی‌های قابل توجهی همراه است. این موضوع با مشاهدات عملی نویسندگان در جریان بررسی پرونده‌های پزشکی ارجاع‌شده از مراکز درمانی مختلف به کمیسیون‌های سازمان پزشکی قانونی نیز همخوانی دارد؛ جایی که نواقصی مانند ثبت ناکامل شرح حال و معاینه فیزیکی، مستندسازی نامناسب سیر بیماری و نقص در ثبت رضایت آگاهانه به‌طور مکرر مشاهده می‌شود. چنین کاستی‌هایی، علاوه بر تأثیر بر کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار، می‌تواند موجب کاهش اثربخشی آموزش بالینی و حتی افزایش چالش‌های حقوقی شود (۱،۲). با این حال، به نظر می‌رسد مشکل اصلی تنها به کیفیت مستندسازی محدود نمی‌شود، بلکه به نحوه آموزش این مهارت نیز مربوط است. در بسیاری از برنامه‌های آموزشی دوره پزشکی، مستندسازی همچنان به‌صورت چند جلسه آموزشی، کارگاه‌های کوتاه‌مدت یا ارائه دستورالعمل‌های نوشتاری آموزش داده می‌شود. در مقابل، انتظار می‌رود دانشجویان و دستیاران در تمام طول دوره آموزش بالینی، پرونده‌های پزشکی را با دقت، انسجام و بر اساس استانداردهای حرفه‌ای تکمیل کنند. این ناهماهنگی میان آموزش مقطعی و انتظار برای عملکرد مستمر، احتمالاً یکی از دلایل تداوم نواقص مستندسازی در محیط‌های آموزشی است. شواهد نیز نشان می‌دهد که آموزش‌های مقطعی، هرچند ممکن است آگاهی فراگیران را افزایش دهند، اما بدون ارزیابی عملکرد واقعی و بازخورد منظم، معمولاً تغییر پایداری در رفتار حرفه‌ای ایجاد نمی‌کنند. در مقابل، آموزش مستمر همراه با ارزیابی و بازخورد ساختاریافته، تأثیر بیشتری بر ارتقای مهارت‌های مستندسازی و بهبود عملکرد بالینی دارد (۵-۳).

مستندسازی داده‌های پزشکی فراتر از یک مهارت نگارشی یا اداری، یکی از شایستگی‌های اساسی آموزش بالینی است که با استدلال بالینی، تصمیم‌گیری، ارتباطات حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری پزشک ارتباطی تنگاتنگ دارد. همان‌گونه که مهارت‌هایی نظیر اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی و استدلال بالینی مستلزم آموزش، تمرین، ارزیابی و دریافت بازخورد مستمر هستند، مستندسازی نیز باید در سراسر دوره آموزش بالینی به‌صورت نظام‌مند آموزش داده شده و تقویت شود.

اگرچه در استانداردهای ملی اعتبار بخشی آموزشی بیمارستان‌ها، ابلاغی وزارت بهداشت، بر وجود برنامه آموزشی بیمارستان‌ها برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری و بازبینی مستمر مستندات پزشکی دانشجویان توسط اعضای هیئت علمی تأکید شده است، اجرای منظم و روزانه این فرایند در بسیاری از محیط‌های آموزشی، به دلیل محدودیت‌های زمانی، حجم بالای خدمات درمانی و سایر چالش‌های اجرایی، به‌طور کامل محقق نمی‌شود. در نتیجه، آموزش مستندسازی در بسیاری از موارد به جلسات آموزشی اولیه یا بازخوردهای موردی محدود می‌شود و فرصت کافی برای شکل‌گیری تدریجی این شایستگی فراهم نمی‌گردد. ازاین‌رو، ارتقای کیفیت مستندسازی مستلزم طراحی نظام‌هایی است که ارزیابی مستمر، بازخورد ساختاریافته و اصلاح تدریجی عملکرد فراگیران را در جریان فعالیت‌های روزمره بالینی تسهیل کرده و آموزش مستندسازی را به بخشی جدایی‌ناپذیر از فرایند آموزش بالینی تبدیل کنند.

با توجه به این ملاحظات، به نظر می‌رسد ارتقای کیفیت مستندسازی بیش از آنکه به تدوین دستورالعمل‌های جدید نیاز داشته باشد، مستلزم تغییر در رویکرد آموزشی است. آموزش مستندسازی زمانی اثربخش خواهد بود که به‌صورت یک فرایند مستمر، مبتنی بر عملکرد واقعی فراگیران و همراه با ارزیابی و بازخورد طراحی شود. در چنین رویکردی، هدف تنها آموزش نحوه تکمیل پرونده پزشکی نیست، بلکه تقویت استدلال بالینی، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و توجه به اهمیت ثبت دقیق و منظم اطلاعات در مراقبت از بیمار است. یکی از راهکارهای عملی برای تحقق این هدف، استقرار چرخه آموزش، ارزیابی و بازخورد در برنامه‌های آموزش بالینی است. در این چرخه، آموزش اولیه تنها نقطه آغاز فرایند محسوب می‌شود و از طریق پایش مستمر عملکرد فراگیران، ارزیابی ساختاریافته پرونده‌های بالینی و ارائه آموزش و بازخورد هدفمند، فرصت یادگیری و اصلاح مستمر فراهم می‌شود. در نتیجه، ارزیابی از یک ابزار صرفاً نظارتی به ابزاری برای یادگیری، بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت آموزش تبدیل می‌شود. در یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، این رویکرد از سال ۱۳۹۴ به‌عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت آموزش بالینی طراحی و در فرایندهای معمول ادغام شد. این برنامه بر پایه آموزش‌های دوره‌ای، استفاده از فرم‌های ارزیابی مستندسازی، بازبینی منظم پرونده‌های بیماران و ارائه بازخورد مستمر به دانشجویان، اعضای هیأت علمی، مدیران گروه‌های آموزشی و مسئولان بخش‌ها استوار بود. هدف این برنامه در کنار بهبود کیفیت پرونده‌های پزشکی، نهادینه‌سازی آموزش مستمر مستندسازی در فرآیند معمول آموزش بالینی و تقویت نظارت آموزشی بود. اگرچه هدف این نامه گزارش نتایج یک مطالعه مداخله‌ای نیست، تجربه بیش از یک دهه اجرای این برنامه نشان داد که ادغام آموزش، ارزیابی و بازخورد در یک چرخه منظم، می‌تواند به تدریج فرهنگ مستندسازی را در محیط بالینی تقویت کند. این رویکرد، علاوه بر افزایش دقت و انسجام ثبت داده‌های پزشکی، موجب مشارکت فعال‌تر اعضای هیأت علمی در نظارت آموزشی، استفاده هدفمند از نتایج ارزیابی‌ها برای اصلاح فرایند آموزش و افزایش حساسیت دانشجویان نسبت به اهمیت مستندسازی به‌عنوان بخشی از حرفه‌مندی پزشکی شد. مهم‌تر آنکه، بعد از ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی آموزشی بیمارستان‌ها، برخی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.22034/44.3.75]

دیگر از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه نیز با الگوبرداری از این تجربه، بخش‌هایی از این رویکرد را در برنامه‌های آموزشی خود به‌کار گرفتند. هرچند ارزیابی رسمی اثربخشی این اجراها خارج از دامنه این نامه است، این موضوع نشان می‌دهد که اصول این رویکرد، از قابلیت انطباق با محیط‌های آموزشی مشابه برخوردار است.

البته تجربه اجرای این برنامه نشان داد که استقرار و پایداری چنین مداخلاتی با چالش‌هایی نیز همراه است. چرخش دانشجویان بین بیمارستان‌های مختلف، تفاوت در شیوه‌های نظارت آموزشی اعضای هیأت علمی، جابه‌جایی یا بازنشستگی اساتید و ورود اعضای جدید، می‌تواند بر یکپارچگی آموزش و اثربخشی برنامه تأثیر بگذارد.

این تجربه بیانگر آن است که موفقیت چنین برنامه‌هایی، علاوه بر طراحی ابزارهای مناسب، نیازمند برنامه‌ریزی برای مدیریت تغییر، حمایت مدیریتی، مشارکت مستمر اعضای هیأت علمی، استانداردهای آموزشی مشترک و پایش مداوم در سطح دانشگاه است. به نظر می‌رسد زمان آن فرا رسیده است که مستندسازی داده‌های پزشکی به‌عنوان یک شایستگی طولی در آموزش پزشکی مورد توجه بیشتری قرار گیرد؛ شایستگی‌ای که باید از ابتدای ورود دانشجو به محیط بالینی آغاز شود، در طول دوره‌های کارآموزی، کارورزی و دستیاری به‌طور مستمر آموزش داده شود، عملکرد فراگیران به‌صورت منظم مورد ارزیابی قرار گیرد و با بازخورد ساختاریافته تقویت شود. در چنین رویکردی، مستندسازی به بخشی جدایی‌ناپذیر از آموزش بالینی، استدلال پزشکی و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای تبدیل خواهد شد.

نتیجه‌گیری

مستندسازی داده‌های پزشکی نباید صرفاً به‌عنوان یک مهارت نگارشی یا الزام اداری آموزش داده شود، بلکه باید به‌عنوان یک شایستگی طولی در برنامه آموزش پزشکی مورد توجه قرار گیرد. تجربه ارائه‌شده صرفاً نمونه‌ای عملی از یکی از راهکارهای اجرایی برای تحقق این هدف است. به نظر می‌رسد طراحی، اجرای آزمایشی و ارزیابی برنامه‌های مشابه، متناسب با شرایط هر مرکز، بتواند به ارتقای کیفیت آموزش بالینی، بهبود مستندسازی داده‌های پزشکی و در نهایت افزایش ایمنی بیماران کمک کند.

منابع

1. McAuliffe WE. Measuring the quality of medical care: process versus outcome. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1979;57:118–152.

2. Romm FJ, Putnam SM. The validity of the medical record. Medical Care. 1981;19(3):310–315.

3. Emekli E, Coşkun Ö, Budakoğlu İİ. Medical record-keeping educational interventions for medical students and residents: a systematic review. Health Information Management. 2025;54(2):177–189.

4. Kim M, Chan N, Evans J, et al. Improving medical student inpatient documentation through feedback using a note assessment tool. Cureus. 2022;14(3):e23369.

5. Sayyah-Melli M, et al. The effect of medical recording training on quantity and quality of recording in gynecology residents. Journal of Caring Sciences. 2017;6(3):281–292.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.22034/44.3.75]