

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

Ali Banagozar Mohammadi¹, 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 Council 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

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

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 شمال غرب 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

علی بناگذارمحمدی^۱، مریم زارع نهندي^{۲*}

^۱ دانشیار گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ 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

منظم و روزانه این فرایند در بسیاری از محیطهای آموزشی، به دلیل محدودیتهای زمانی، حجم بالای خدمات درمانی و سایر چالشهای اجرایی، به طور کامل محقق نمی شود. در نتیجه، آموزش مستندسازی در بسیاری از موارد به جلسات آموزشی اولیه یا بازخوردهای موردی محدود می شود و فرصت کافی برای شکل گیری تدریجی این شایستگی فراهم نمی گردد. از این رو، ارتقای کیفیت مستندسازی مستلزم طراحی نظامهایی است که ارزیابی مستمر، بازخورد ساختاریافته و اصلاح تدریجی عملکرد فراگیران را در جریان فعالیت های روزمره بالینی تسهیل کرده و آموزش مستندسازی را به بخشی جدایی ناپذیر از فرایند آموزش بالینی تبدیل کنند.

با توجه به این ملاحظات، به نظر می رسد ارتقای کیفیت مستندسازی بیش از آنکه به تدوین دستورالعمل های جدید نیاز داشته باشد، مستلزم تغییر در رویکرد آموزشی است. آموزش مستندسازی زمانی اثربخش خواهد بود که به صورت 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، مسئولیت پذیری حرفه ای 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 برنامه های آموزش بالینی است. در این چرخه، آموزش اولیه تنها نقطه آغاز فرایند محسوب می شود و از طریق پایش مستمر عملکرد فراگیران، ارزیابی ساختاریافته پرونده های بالینی و ارائه آموزش و بازخورد هدفمند، فرصت یادگیری و اصلاح مستمر فراهم می شود. در نتیجه، ارزیابی از یک ابزار صرفاً نظارتی به ابزاری برای یادگیری، بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت آموزش تبدیل می شود. در یکی از بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، این رویکرد از سال ۱۳۹۴ به عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت آموزش بالینی طراحی و در فرایندهای معمول ادغام شد. این برنامه بر پایه آموزش های دوره ای، استفاده از فرم های ارزیابی مستندسازی، بازبینی منظم پرونده های بیمارانی و ارائه بازخورد مستمر به دانشجویان، اعضای هیأت علمی، مدیران گروه های آموزشی و مسئولان بخش ها استوار بود. هدف این برنامه در کنار بهبود کیفیت پرونده های پزشکی، نهادینه سازی آموزش مستمر مستندسازی در فرایند معمول آموزش بالینی و تقویت نظارت آموزشی بود. اگرچه هدف این نامه گزارش نتایج یک مطالعه مداخله ای نیست، تجربه بیش از یک دهه اجرای این برنامه نشان داد که ادغام آموزش، ارزیابی و بازخورد در یک چرخه منظم، می تواند به تدریج فرهنگ مستندسازی را در محیط بالینی تقویت کند. این رویکرد، علاوه بر افزایش دقت و انسجام ثبت داده های پزشکی، موجب مشارکت فعال تر اعضای هیأت علمی در نظارت آموزشی، استفاده هدفمند از نتایج ارزیابی ها برای اصلاح فرایند آموزش و افزایش حساسیت دانشجویان نسبت به اهمیت مستندسازی به عنوان بخشی از حرفه مندی پزشکی شد. مهم تر آنکه، بعد از ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها، برخی

مستندسازی داده های پزشکی یکی از مؤلفه های اساسی مراقبت ایمن، آموزش بالینی و حرفه مندی پزشکان است. پرونده پزشکی تنها محلی برای ثبت اطلاعات بیمار نیست، بلکه ابزاری برای تصمیم گیری بالینی، تداوم مراقبت، ارتباط میان اعضای تیم درمان، آموزش، پژوهش و همچنین سندی حقوقی محسوب می شود. از این رو، کیفیت مستندسازی می تواند بازتابی از کیفیت مراقبت، میزان مسئولیت پذیری حرفه ای و اثربخشی آموزش بالینی باشد (۱،۲).

با وجود این اهمیت، مطالعات نشان می دهند که مستندسازی داده های پزشکی در بسیاری از مراکز آموزشی درمانی همچنان با کاستی های قابل توجهی همراه است. این موضوع با مشاهدات عملی نویسندگان در جریان بررسی پرونده های پزشکی ارجاع شده از مراکز درمانی مختلف به کمیسیون های 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 به طور مکرر مشاهده می شود. چنین کاستی هایی، علاوه بر تأثیر بر کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار، می تواند موجب کاهش اثربخشی آموزش بالینی و حتی افزایش چالش های حقوقی شود (۱،۲). با این حال، به نظر می رسد مشکل اصلی تنها به کیفیت مستندسازی محدود نمی شود، بلکه به نحوه آموزش این مهارت نیز مربوط است. در بسیاری از برنامه های آموزشی دوره پزشکی، مستندسازی همچنان به صورت چند جلسه آموزشی، کارگاه های کوتاه مدت یا ارائه دستورالعمل های نوشتاری آموزش داده می شود. در مقابل، انتظار می رود دانشجویان و دستیاران در تمام طول دوره آموزش بالینی، پرونده های پزشکی را با دقت، انسجام و بر اساس استانداردهای حرفه ای تکمیل کنند. این ناهماهنگی میان آموزش مقطعی و انتظار برای عملکرد مستمر، احتمالاً یکی از دلایل تداوم نواقص مستندسازی در محیط های آموزشی است. شواهد نیز نشان می دهد که آموزش های مقطعی، هرچند ممکن است آگاهی فراگیران را افزایش دهند، اما بدون ارزیابی عملکرد واقعی و بازخورد منظم، معمولاً تغییر پایداری در رفتار حرفه ای ایجاد نمی کنند. در مقابل، آموزش مستمر همراه با ارزیابی و بازخورد ساختاریافته، تأثیر بیشتری بر ارتقای مهارت های مستندسازی و بهبود عملکرد بالینی دارد (۳-۵).

مستندسازی داده های پزشکی فراتر از یک مهارت نگارشی یا اداری، یکی از شایستگی های اساسی آموزش بالینی است که با استدلال بالینی، تصمیم گیری، ارتباطات حرفه ای و مسئولیت پذیری پزشک ارتباطی تنگاتنگ دارد. همان گونه که مهارت هایی 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 به صورت نظام مند آموزش داده شده و تقویت شود.

اگرچه در استانداردهای ملی اعتبار بخشی آموزشی بیمارستان ها، ابلاغی وزارت بهداشت، بر وجود برنامه آموزشی بیمارستان ها برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری و بازبینی مستمر مستندات پزشکی دانشجویان توسط اعضای هیأت علمی تأکید شده است، اجرای

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.

دیگر از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه نیز با الگوبرداری از این تجربه، بخش‌هایی از این رویکرد را در برنامه‌های آموزشی خود به کار 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؛

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.