

Evaluation of Clinical Data Documentation Quality in Speech Therapy Clinics at Hamadan University of Medical Sciences: A Ten-Year Retrospective Study

Bahareh Rezaei^{1*} (Ph.D.), Ailin Talimkhani² (Ph.D.)

¹ Assistant Professor, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Assistant Professor, Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

 [10.18502/payavard.v20i2.22810](https://doi.org/10.18502/payavard.v20i2.22810)

Abstract

Received: 2 Aug. 2025

Accepted: 31 May. 2026

Background and Aim: Speech-language pathology and swallowing is a field of rehabilitation sciences focused on the evaluation, diagnosis, and treatment of speech and language disorders. Because university clinics play key roles in clinical care, education, and data production, high-quality documentation is essential. Incomplete or inconsistent records can undermine clinical decisions, continuity of care, and research. This study evaluated the completeness, accuracy, and coherence of clinical data documentation in speech therapy records of clinics affiliated with the Faculty of Rehabilitation Sciences of Hamadan over a ten-year period.

Materials and Methods: This study was a descriptive cross-sectional study with a retrospective design. The study population included all speech therapy records registered in four clinics affiliated with Hamadan University of Medical Sciences between 2013 and 2023. Using a census sampling method, a total of 1,468 records were included in the analysis. Data were extracted using a researcher-made checklist based on the core components of speech therapy clinical records and analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage) in SPSS.

Results: A review of 1,468 speech-language therapy records revealed substantial deficiencies in the documentation of key clinical information. The highest rates of missing documentation were observed for referral source (91.1%), place of residence (73.5%), bilingualism status (70.1%), and medical diagnosis (69.3%). In 37% of the records, documentation was limited to the initial assessment, with no information regarding continuity of treatment. Age and speech diagnosis were not documented in 3.5% and 3.2% of the records, respectively. In addition, the number of treatment sessions was incompletely or inconsistently documented in 97 records (6.6% of all records). The highest proportion of clients was in the 3–6-year age group (51.3%). Among the documented speech diagnoses, speech sound disorders (18.9%), speech and language delay (18.1%), and fluency disorders (18.0%) were the most frequently reported. Among the documented medical diagnoses, laryngeal injury, cleft lip and palate, and cerebral palsy were the most frequent. Across centers, the proportion of regularly documented data ranged from approximately 35% to 52% at the descriptive level.

Conclusion: The findings indicate structural weaknesses in clinical data documentation in the studied speech therapy clinics. Implementing standardized documentation forms, providing targeted training for students and clinicians, and establishing an electronic health record system may improve documentation quality, enhance continuity of care, and increase the research utility of clinical data. These results can inform strategic planning for the development of rehabilitation services in medical universities across the country.

Keywords: Speech Therapy, Clinical Documentation, Clinical Records, Rehabilitation Service Management

* Corresponding Author:
Rezaei B
Email:
e_rezaei@umsha.ac.ir

بررسی کیفیت مستندسازی داده‌های بالینی در کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان: مطالعه‌ای گذشته‌نگر ده‌ساله

بهاره رضائی^{۱*}، آیلین طلیم‌خانی^۲

چکیده

زمینه و هدف: آسیب‌شناسی گفتار-زبان و بلع از شاخه‌های علوم توانبخشی است که به ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات گفتار و زبان می‌پردازد. با توجه به نقش کلینیک‌های دانشگاهی در درمان، آموزش و تولید داده‌های بالینی، کیفیت مستندسازی در این مراکز اهمیت دارد؛ زیرا ثبت ناقص یا ناهماهنگ اطلاعات می‌تواند تصمیم‌گیری بالینی، تداوم درمان و تحلیل‌های پژوهشی را مختل کند. این مطالعه با هدف بررسی میزان کامل‌بودن، دقت و انسجام محتوای اجزای اصلی مستندسازی داده‌های بالینی در پرونده‌های گفتاردرمانی کلینیک‌های وابسته به دانشکده علوم توانبخشی همدان طی یک دوره‌ی ده‌ساله انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش توصیفی-مقطعی با طراحی گذشته‌نگر بود. جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی پرونده‌های گفتاردرمانی ثبت‌شده در چهار کلینیک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ بود. نمونه‌گیری به‌روش سرشماری انجام شد و در مجموع ۱۴۶۸ پرونده وارد تحلیل گردید. داده‌ها با استفاده از یک فرم استخراج محقق‌ساخته، مبتنی بر اجزای اصلی پرونده‌های بالینی گفتاردرمانی، جمع‌آوری و با بهره‌گیری از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: بررسی ۱۴۶۸ پرونده نشان داد که مستندسازی اطلاعات بالینی با نواقص قابل‌توجهی همراه بود. بیشترین میزان عدم ثبت مربوط به نحوه ارجاع (۹۱/۱٪)، دوزبانگی (۷۰/۱٪)، تشخیص پزشکی (۶۹/۳٪) و محل سکونت (۷۳/۵٪) بود. در ۳۷٪ از پرونده‌ها، مستندات صرفاً به ارزیابی اولیه محدود بود و اطلاعاتی درباره تداوم درمان ثبت نشده بود. اطلاعات سن و تشخیص گفتاری به‌ترتیب در ۵۳٪ و ۲۳٪ پرونده‌ها ثبت نشده بود؛ همچنین، تعداد جلسات درمانی در ۹۷ پرونده (۶/۶٪ از کل پرونده‌ها) به‌صورت ناقص یا نامنظم ثبت شده بود. بیشترین فراوانی مراجعان به گروه سنی ۳ تا ۶ سال (۵۱/۳٪) اختصاص داشت. در میان تشخیص‌های گفتاری، اختلال در تولید صداهای گفتاری (۱۸/۹٪)، تأخیر گفتار و زبان (۱۸/۱٪) و ناروانی گفتار (۱۸٪) شایع‌ترین موارد بودند. در تشخیص‌های پزشکی ثبت‌شده نیز آسیب حنجره، شکاف کام و لب و فلج مغزی بیشترین فراوانی را داشتند. میزان ثبت منظم داده‌ها در مراکز، در سطح توصیفی، از حدود ۳۵٪ تا ۵۲٪ متغیر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی ضعف‌های ساختاری در مستندسازی داده‌های بالینی در کلینیک‌های گفتاردرمانی مورد بررسی است. استقرار فرم‌های استاندارد، آموزش هدفمند دانشجویان و درمانگران و راه‌اندازی سیستم پرونده الکترونیک می‌تواند به ارتقای کیفیت مستندسازی، بهبود مراقبت بالینی و افزایش قابلیت استفاده‌ی پژوهشی از داده‌ها کمک کند و مبنایی برای برنامه‌ریزی راهبردی در توسعه‌ی خدمات توانبخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باشد.

واژه‌های کلیدی: گفتاردرمانی، مستندسازی بالینی، پرونده‌ی بالینی، مدیریت خدمات توانبخشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۵/۱۱
پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۳/۱۰

* نویسنده مسئول:

بهاره رضائی؛

دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی
همدان

Email:

e_rezaei@umsha.ac.ir

مقدمه

آسیب‌شناسی گفتار- زبان و بلع شاخه‌ای از علوم توانبخشی از مجموعه‌ی علوم پزشکی است که به پیشگیری، ارزیابی، تشخیص، درمان و مشاوره‌ی اختلالات ارتباطی، گفتار- زبان و بلع می‌پردازد. هرگونه انحراف گفتار خارج از حد معمول، اختلال گفتار محسوب می‌شود (۱). این اختلالات ممکن است به صورت مستقل یا همراه با سایر اختلالات رشدی، نورولوژیک یا روان‌پزشکی بروز کنند و با توجه به شیوع بیشتر این اختلالات در سن پیش‌دستانی، عدم مداخله‌ی به موقع، می‌تواند اثرات طولانی مدتی بر رشد شناختی، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی فرد برجای گذارند (۲). نقش آسیب‌شناسان گفتار- زبان و بلع به عنوان متخصصان اصلی ارزیابی، تشخیص و درمان این اختلالات، در ارتقای کیفیت زندگی مراجعان بسیار حیاتی است. از این رو، کیفیت و اثربخشی خدمات ارائه شده در کلینیک‌های گفتاردرمانی یکی از موضوعات کلیدی در نظام سلامت و توانبخشی است (۳).

کلینیک‌های گفتاردرمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، علاوه بر ارائه خدمات درمانی، نقش مهمی در آموزش بالینی دانشجویان و پذیرش بیماران ارجاعی از سایر تخصص‌ها دارند. تحلیل داده‌های موجود در این مراکز، شامل نوع اختلالات، ویژگی‌های دموگرافیک مراجعان، منابع ارجاع و وضعیت مستندسازی، می‌تواند مبنایی برای ارزیابی عملکرد، شناسایی چالش‌ها و برنامه‌ریزی بهبود کیفیت خدمات باشد (۴).

در ایران، نظام ارائه خدمات گفتاردرمانی در حال توسعه بوده و تقاضا برای این خدمات، به ویژه در کودکان و سالمندان، رو به افزایش است (۵). با این حال، مطالعات نظام‌مند درباره عملکرد کلینیک‌های گفتاردرمانی محدود است و اطلاعات مرتبط با ویژگی‌های جمعیتی مراجعان، نوع اختلالات، شیوه‌ی ارجاع و پوشش خدمات اغلب پراکنده و ناقص گزارش شده است (۶ و ۷). در این میان، تحلیل داده‌های پرونده‌های بالینی می‌تواند با شناسایی الگوهای مراجعه و شکاف‌های عملکردی، مبنایی برای بهبود خدمات فراهم کند.

یکی از چالش‌های اساسی مراکز توانبخشی، مستندسازی ناقص و غیرنظام‌مند اطلاعات مراجعان است که علاوه بر اتلاف زمان، امکان تحلیل علمی داده‌ها، ارزیابی کیفیت خدمات و استفاده از شواهد ثانویه برای تصمیم‌سازی و ارتقای عدالت در سلامت را محدود می‌سازد (۷). با وجود شواهد مبنی بر نقش پرونده‌های الکترونیکی در افزایش دقت ثبت، سرعت دسترسی و کاهش خطاهای انسانی (۸ و ۹)،

بسیاری از کلینیک‌های گفتاردرمانی کشور، از جمله مراکز وابسته به دانشکده علوم توانبخشی همدان، همچنان از مستندسازی کاغذی استفاده می‌کنند که با نارسایی‌هایی مانند ثبت ناقص اطلاعات، ناخوانایی و بایگانی نامرتب همراه است. بررسی داده‌های ثبت شده در پرونده‌ها، علاوه بر تحلیل الگوهای مراجعه و نوع اختلالات، امکان شناخت وضعیت دوزبانگی مراجعان را فراهم می‌آورد؛ متغیری که در ارزیابی و طراحی مداخلات درمانی به ویژه در کودکان کلیدی است. البته در کنار دوزبانگی، متغیرهای مهم دیگری نظیر سابقه پزشکی و رشدی، وضعیت شنوایی، منبع ارجاع، سن شروع مداخله و سابقه دریافت خدمات توانبخشی نیز می‌توانند بر فرایند تشخیص و برنامه‌ریزی درمان تأثیرگذار باشند. با این حال، دوزبانگی به دلیل تأثیر مستقیم بر رشد زبان و پیچیدگی‌های تشخیصی، در بسیاری از مراکز به صورت شفاهی و غیرسیستماتیک مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۰ و ۱۱). همچنین، شناسایی عوامل زمینه‌ای مانند محل سکونت، سطح تحصیلات خانواده و سابقه‌ی مداخلات پزشکی می‌تواند با فراهم کردن زمینه‌ای برای انطباق مداخلات با شرایط خانوادگی- اجتماعی مراجعان، تسهیل دسترسی به خدمات و اولویت‌بندی اقدامات پیشگیرانه در گروه‌های آسیب‌پذیر، در طراحی برنامه‌های درمانی و پیشگیری استفاده شود.

از سوی دیگر، کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشگاهی، علاوه بر ارائه خدمات بالینی، نقش مهمی در آموزش عملی دانشجویان و انجام فعالیت‌های پژوهشی ایفا می‌کنند. از این رو، عملکرد این مراکز در بسیاری از نظام‌های آموزشی درمانی به عنوان یکی از شاخص‌های غیرمستقیم کیفیت خدمات توانبخشی و آموزش بالینی در نظر گرفته می‌شود (۱۱).

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان کامل بودن، دقت و انسجام محتوای اجرای اصلی مستندسازی داده‌های بالینی در پرونده‌های ثبت شده در کلینیک‌های گفتاردرمانی وابسته به دانشکده علوم توانبخشی همدان طی ده سال (۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲) انجام شده است. علت انتخاب این بازه زمانی با توجه به تأسیس این دانشکده از نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ و آغاز واحدهای کارآموزی اولین دوره از دانشجویان آسیب‌شناسی گفتار- زبان و بلع در سال ۱۳۹۲ بود.

روش بررسی

این مطالعه از نظر نوع تحلیل داده‌ها توصیفی- مقطعی و از نظر نحوه‌ی گردآوری داده‌ها گذشته‌نگر بود و با هدف بررسی میزان کامل بودن، دقت و انسجام

دقت و انسجام محتوایی تعریف شد. واحد تحلیل، هر پرونده‌ی بالینی و هر یک از متغیرهای تعریف‌شده در فرم استخراج داده بود. کامل بودن مستندسازی برای هر متغیر به صورت دودویی (وجود/نبود ثبت داده) ارزیابی شد و هیچ گونه امتیازدهی یا نمره‌گذاری تجمعی برای پرونده‌ها انجام نشد. دقت به معنای نبود خطای آشکار یا ناسازگاری بدیهی در اطلاعات ثبت‌شده و انسجام محتوایی به معنای عدم تناقض میان بخش‌های مختلف پرونده (مانند تطابق تشخیص، منبع ارجاع و خدمات ارایه‌شده) در نظر گرفته شد. پرونده‌های دارای نقص یا تناقض صرفاً در تحلیل توصیفی وجود یا نبود متغیرها لحاظ شدند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و به کارگیری آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار انجام شد. به منظور رعایت محرمانگی، تمامی اطلاعات فاقد مشخصات هویتی و کدگذاری شدند.

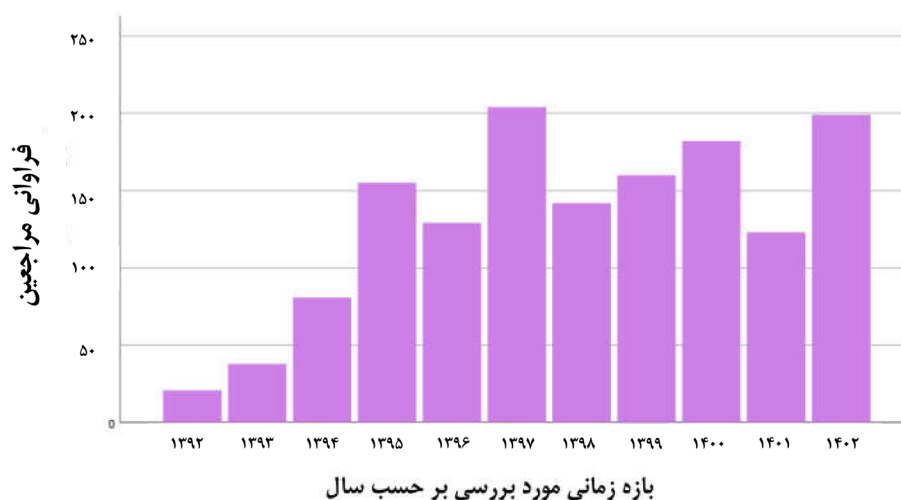
یافته‌ها

در مجموع، ۱۴۶۸ پرونده‌ی گفتاردرمانی که در بازه زمانی هدف وارد مطالعه شده بودند، بررسی گردید. از این تعداد، ۹۹۷ نفر (۶۷/۹٪) مرد و ۴۷۱ نفر (۳۲/۱٪) زن بودند. اطلاعات مربوط به سن مراجع در ۵۱ پرونده (۳/۵٪) به درستی ثبت نشده بود. در ۱۴۱۷ پرونده‌ی باقی مانده، توزیع سنی مراجعان به این صورت بود که ۷۴۱ نفر (۵۱/۳٪) در گروه سنی ۳ تا ۶ سال (پیش دبستانی) قرار داشتند. کمترین فراوانی مربوط به کودکان زیر ۳ سال با ۱۳۴ نفر (۹/۱٪) بود. همچنین ۲۸۵ نفر (۱۹/۴٪) در گروه سنی ۶ تا ۱۸ سال و ۲۵۷ نفر (۱۷/۵٪) بالای ۱۸ سال قرار داشتند.

محتوای اجزای اصلی مستندسازی داده‌های بالینی در پرونده‌های گفتاردرمانی اجرا شد. داده‌ها از پرونده‌های ثبت‌شده در چهار مرکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات گفتاردرمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان شامل کلینیک‌های جامع توانبخشی امام خمینی و مباشر کاشانی و بخش‌های گفتاردرمانی بیمارستان‌های آموزشی-درمانی فرشچیان و بعثت طی دوره‌ی ده ساله ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ استخراج گردید. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و در مجموع ۱۴۶۸ پرونده بالینی بررسی گردید.

برای گردآوری داده‌ها، فرم استخراج داده محقق ساخته‌ای بر اساس اهداف مطالعه طراحی شد که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت دوزبانی)، مشخصات بالینی (تشخیص گفتار و زبان، تشخیص پزشکی در صورت وجود، سابقه مداخلات پزشکی) و ویژگی‌های خدمات درمانی (منبع ارجاع، تعداد جلسات و پیگیری درمان) بود. پیش از اجرای مطالعه، روایی محتوایی فرم با نظر هشت صاحب‌نظر (شامل: اعضای هیات علمی و گفتاردرمانگران صاحب‌نظر در حوزه اختلالات گفتار و زبان) تأیید شد ($CVR=0/81$ ، $CVI=0/84$) و پایایی آن با روش آزمون-بازآزمون در فاصله‌ی ۱۵ روز مطلوب گزارش گردید ($R=0/85$).

استخراج داده‌ها توسط سه گفتاردرمانگر آموزش‌دیده انجام شد. پیش از شروع مطالعه، تعاریف عملیاتی متغیرها مرور و در یک مرحله پایلوت، نحوه‌ی تکمیل فرم‌ها یکنواخت‌سازی شد. داده‌ها به ترتیب سال مراجعه از پرونده‌ها استخراج، ابتدا به صورت دستی ثبت و سپس وارد نرم‌افزار آماری شدند. کیفیت مستندسازی به صورت عملیاتی و بر اساس سه مؤلفه‌ی کامل بودن،



نمودار ۱: فراوانی تعداد پرونده‌های ثبت شده از سال ۱۳۹۲ الی ۱۴۰۲ (n=۱۴۶۸)



از نظر توزیع زمانی، بیشترین تعداد پرونده‌های ثبت شده مربوط به سال ۱۳۹۷ با ۲۰۸ پرونده (۱۴/۲٪) و کمترین تعداد مربوط به سال ۱۳۹۲ با ۲۱ پرونده (۱/۴٪) بود. فراوانی تعداد پرونده‌ها در سایر سال‌ها در نمودار ۱ ارایه شده است. بررسی توزیع پرونده‌ها در مراکز مختلف نشان داد که بیشترین تعداد مراجعان

مربوط به بخش گفتاردرمانی بیمارستان بعثت با ۶۶۶ پرونده (۴۵/۴٪) بوده است. پس از آن، کلینیک امام خمینی با ۲۹۷ پرونده (۲۰/۲٪)، کلینیک جامع توانبخشی مباشر کاشانی با ۲۹۲ پرونده (۱۹/۹٪) و بخش گفتاردرمانی بیمارستان فرشچیان با ۲۱۳ پرونده (۱۴/۵٪) قرار داشتند.

جدول ۱: تعداد مراجعان جدید ثبت شده از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ به تفکیک نام کلینیک/ بخش گفتاردرمانی

سال	مباشر کاشانی	امام خمینی	بیمارستان بعثت	بیمارستان فرشچیان	تعداد کل
۱۳۹۲	۰	۱	۲	۱۸	۲۱
۱۳۹۳	۰	۵	۳	۳۲	۴۰
۱۳۹۴	۰	۱۶	۳۸	۲۹	۸۳
۱۳۹۵	۰	۲۰	۱۲۴	۱۴	۱۵۸
۱۳۹۶	۳	۲۶	۸۸	۱۲	۱۲۹
۱۳۹۷	۱	۵۶	۱۴۲	۹	۲۰۸
۱۳۹۸	۳۰	۲۱	۸۶	۱۰	۱۴۷
۱۳۹۹	۶۴	۳۴	۳۱	۳۴	۱۶۳
۱۴۰۰	۶۵	۳۵	۶۶	۲۳	۱۸۹
۱۴۰۱	۷۴	۴۰	۱۷	۰	۱۳۱
۱۴۰۲	۵۵	۴۳	۷۰	۳۱	۱۹۹
تعداد کل	۲۹۲	۲۹۷	۶۶۶	۲۱۳	۱۴۶۸

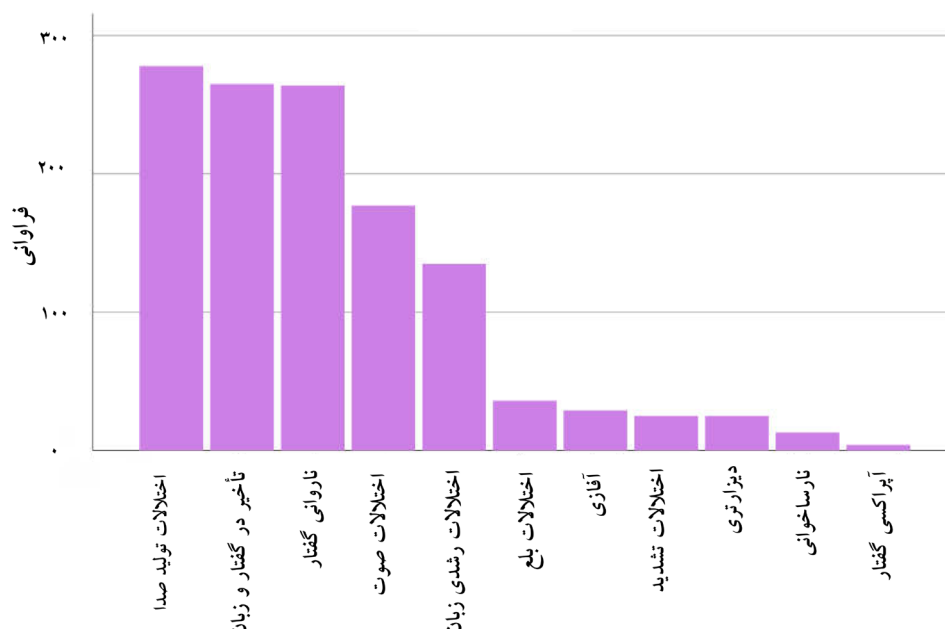
داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ هیچ پرونده‌ای در کلینیک جامع توانبخشی مباشر ثبت نشده است که این موضوع با زمان آغاز به کار این مرکز از سال ۱۳۹۶ هم‌زمان بوده است. بنابراین، تفاوت مشاهده شده در تعداد مراجعان بین مراکز می‌تواند متأثر از زمان شروع فعالیت مراکز باشد. همچنین در سال ۱۳۹۲، فعال‌ترین مرکز بخش گفتاردرمانی بیمارستان فرشچیان با ۱۸ پرونده (۸۲/۵٪) بوده و این روند تا سال ۱۳۹۴ ادامه داشته است. از سال ۱۳۹۵ به بعد، با افزایش فعالیت بخش گفتاردرمانی بیمارستان بعثت، ۳۸ پرونده (۴۳/۶٪) در این مرکز به ثبت رسیده است.

به منظور مقایسه‌ی توصیفی کیفیت مستندسازی داده‌های بالینی بین مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات گفتاردرمانی، میزان ثبت متغیرهای کلیدی پرونده شامل سن، تشخیص گفتاری، تشخیص پزشکی، نحوه‌ی ارجاع، محل سکونت و تعداد جلسات درمانی به تفکیک مراکز محاسبه شد. سپس، بر اساس میانگین درصد داده‌های ثبت شده، مراکز به صورت کدگذاری شده مقایسه گردیدند. نتایج نشان داد که بیمارستان بعثت با حدود ۵۲٪ بالاترین رتبه کیفیت ثبت را دارد و پس

از آن بیمارستان فرشچیان (۴۷٪) و کلینیک امام خمینی (۴۳٪) قرار می‌گیرند؛ درحالی‌که کلینیک جامع توانبخشی مباشر کاشانی با حدود ۳۵٪ کمترین میزان ثبت منظم داده‌ها را نشان داد.

بررسی الگوی ثبت داده‌ها نشان داد که متغیرهای سن و تشخیص گفتاری از وضعیت مستندسازی مناسب‌تری برخوردار بودند؛ به‌طوری‌که اطلاعات سن تنها در ۳/۵٪ و تشخیص گفتاری در ۳/۲٪ پرونده‌ها ثبت نشده بود. در مقابل، تشخیص پزشکی با ۶۹/۳٪ ثبت نشدگی، نحوه‌ی ارجاع با ۹۱/۱٪ و محل سکونت با ۷۳/۵٪ بیشترین میزان نقص مستندسازی را در تمامی مراکز نشان دادند. همچنین، در بررسی متغیر تعداد جلسات درمانی، این اطلاعات در ۹۷ پرونده (۶/۶٪) از کل ۱۴۶۸ پرونده) به صورت ناقص یا نامنظم ثبت شده بود و میزان کامل بودن این متغیر بین مراکز متفاوت بود. این یافته با عدم ثبت اطلاعات تداوم درمان در ۳۷٪ پرونده‌ها متفاوت است؛ در این موارد، پرونده صرفاً شامل ارزیابی اولیه بود و اطلاعاتی درباره ادامه درمان ثبت نشده بود. تفاوت‌های مشاهده شده در کیفیت مستندسازی بین مراکز، صرفاً در سطح توصیفی گزارش شده و با توجه به تفاوت

که اختلال در تولید صداهای گفتاری با ۲۷۸ مورد (۱۸/۹٪)، تأخیر در گفتار و زبان با ۲۶۵ مورد (۱۸/۱٪) و ناروانی گفتار با ۲۶۴ مورد (۱۸٪) بیشترین فراوانی را در میان انواع اختلالات گفتار و زبان به خود اختصاص داده‌اند. فراوانی انواع اختلالات گفتاری در نمودار ۲ نمایش داده شده است.



نمودار ۲: فراوانی نوع اختلالات گفتاری در پرونده‌های ثبت شده از سال ۱۳۹۲ الی ۱۴۰۲ (n=۱۴۳۱۴)

میانگین تعداد جلسات درمانی تشکیل شده برای مراجعان $6/69 \pm 6/48$ جلسه گزارش شد. با وجود این، اطلاعات مربوط به تعداد جلسات گفتاردرمانی در ۹۷ پرونده به درستی ثبت نشده بود که نشان‌دهنده نقص در مستندسازی فرایند درمان است.

در بررسی اطلاعات مربوط به تشخیص پزشکی مراجعان، از مجموع ۱۴۶۸ پرونده، اطلاعات ۱۰۱۷ نفر (۶۹/۳٪) ثبت نشده بود. در ۴۵۱ پرونده باقی‌مانده (۳۰/۷٪)، بیشترین فراوانی تشخیص‌های پزشکی به ترتیب شامل آسیب حنجره ۹۵ مورد (۲۱/۱٪)، شکاف کام و لب ۵۲ مورد (۱۱/۶٪)، فلج مغزی ۴۹ مورد (۱۰/۹٪)، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ۳۹ مورد (۸/۷٪)، تشنج ۳۷ مورد (۸/۱٪)، کم‌توانی ذهنی ۳۶ مورد (۸٪)، سکنه مغزی ۳۵ مورد (۷/۸٪)، سندرم داون ۲۴ مورد (۵/۷٪)، کم‌شنوایی ۲۲ مورد (۴/۷٪) و صدمات مغزی تروماتیک ۱۲ مورد (۲/۷٪) بوده است. همچنین مواردی از اوتیسم (۱۱ مورد؛ ۲/۴٪)، سندرم‌های نادر (۱۰ مورد؛ ۲٪)، میکروسفالی (۶ مورد؛ ۱/۳٪)، فنیل‌کتونوری و سندرم‌های متابولیک (۵ مورد؛ ۱/۱٪) و به صورت محدود هیدروسفالی، آتروفی

در زمان آغاز فعالیت مراکز، حجم مراجعات و ساختار سازمانی آن‌ها، به منظور تحلیل عملکرد مراکز یا ارزیابی نظام ارجاع مورد استفاده قرار نگرفته است. از مجموع ۱۴۶۸ پرونده‌ی موجود، در ۳۴ پرونده تشخیص گفتاری مراجع ثبت نشده بود. بررسی تشخیص گفتاری در ۱۴۳۴ پرونده‌ی باقی‌مانده نشان داد

بررسی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ها نشان داد که وضعیت دوزبانگی در ۷۰/۱٪ از پرونده‌ها ثبت نشده است. در مقابل، اطلاعات مربوط به سوابق پزشکی مراجعان بیشترین میزان ثبت را داشته و در ۷۰/۲٪ پرونده‌ها گزارش شده بود. در خصوص نحوه‌ی ارجاع، از مجموع ۱۴۶۸ پرونده، تنها در ۱۳۱ پرونده (۸/۹٪) اطلاعات مربوط ثبت شده بود. از این موارد، بیشترین ارجاع به ترتیب از متخصص گوش و حلق و بینی با ۳۹ مورد (۲۹/۸٪)، متخصص مغز و اعصاب با ۳۸ مورد (۲۹٪)، متخصصان توانبخشی با ۱۴ مورد (۱۰/۷٪)، متخصص اطفال و مراکز بهداشت هرکدام با ۱۱ مورد (۸/۴٪)، مدارس با ۱۰ مورد (۷/۶٪)، متخصص روان‌پزشکی با ۷ مورد (۵/۳٪) و در نهایت پزشک عمومی با ۱ مورد (۰/۸٪) گزارش شده بود.

در ۱۰۷۲ پرونده (۷۳/۵٪) هیچ اطلاعاتی در مورد نشانی یا محل سکونت مراجع ثبت نشده بود. در مقابل، اطلاعات مربوط به تحصیلات مراجعان نسبتاً کامل‌تر بوده و در ۱۱۸۵ پرونده (۸۰/۷٪) ثبت شده بود؛ با این حال، در ۲۸۳ پرونده (۱۹/۳٪) اطلاعاتی در این خصوص وجود نداشت.



وضعیت دوزبانگی، سوابق پزشکی، منبع ارجاع و محل سکونت نشان داد. متغیر محل سکونت صرفاً به عنوان شاخص کامل بودن پرونده‌ها بررسی شد؛ زیرا ثبت آن یکی از اجزای پایه‌ی پرونده بالینی است. نبود این اطلاعات در بخش قابل توجهی از پرونده‌ها، امکان تحلیل الگوی مراجعه، برنامه‌ریزی منطقه‌ای خدمات و ارزیابی عدالت در دسترسی به خدمات گفتاردرمانی را محدود می‌کند. این نارسایی‌ها می‌توانند بر تصمیم‌گیری بالینی، تداوم درمان و طراحی مداخلات متناسب با نیازهای فردی اثر منفی بگذارند.

ثبت ناقص وضعیت دوزبانگی، به‌ویژه در کودکان مهاجر یا اقلیت‌های زبانی، یکی از چالش‌های مهم شناسایی شده در این پژوهش بود. نبود داده‌های دقیق در این زمینه می‌تواند برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد را برای سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت و توانبخشی دشوار سازد. دوزبانگی در برخی موارد ممکن است بر روند درمان کودکان مبتلا به تأخیر گفتار و زبان، اختلالات زبانی رشدی، اختلالات تولید صداهای گفتاری و حتی بزرگسالان مبتلا به آفازی تأثیر بگذارد (۱۴). در همین راستا، رضایی‌رضوان و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داده‌اند که مستندسازی ناکافی وضعیت دوزبانگی می‌تواند مانع طراحی مداخلات درمانی متناسب شود (۱۵).

یکی دیگر از اجزای مهم پرونده بالینی، ثبت منبع ارجاع است. با وجود آن که مراجعان می‌توانند بدون نسخه پزشک از خدمات گفتاردرمانی استفاده کنند، تنها در بخش کوچکی از پرونده‌ها اطلاعات مربوط به ارجاع ثبت شده بود. بیشترین ارجاع‌ها از سوی متخصصان گوش و حلق و بینی و مغز و اعصاب گزارش شد و پس از آن سایر متخصصان و مراکز قرار داشتند. ثبت منبع ارجاع می‌تواند نقش مهمی در تشخیص زودهنگام، تسهیل دسترسی به خدمات، ارتقای هماهنگی بین‌رشته‌ای و جلوگیری از تأخیر در شروع مداخله ایفا کند. همچنین، این اطلاعات امکان شناسایی مسیرهای دسترسی به خدمات و برنامه‌ریزی هدفمند برای تعامل با مراکز ارجاع‌دهنده را فراهم می‌سازد.

در تمامی کلینیک‌های مورد بررسی، پرونده‌گیری به‌صورت کاغذی انجام می‌شد. این شیوه، علاوه بر اتلاف زمان درمانگران، به دلیل ثبت سلیقه‌ای اطلاعات توسط دانشجویان و سرپرستان بالینی، منجر به حذف یا پراکندگی داده‌های ضروری می‌شود. به نظر می‌رسد که نظام پرونده‌گیری در کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی هم‌زمان نیازمند بازنگری جدی است. عواملی مانند فقدان فرم‌های جامع، آگاهی ناکافی دانشجویان از اصول مستندسازی و نظارت

مغزی، هایپوکسی و توبروز اسکروزیس نیز گزارش شده بود.

بحث

هدف این پژوهش بررسی میزان کامل بودن، دقت و انسجام مستندسازی داده‌های بالینی در پرونده‌های ثبت‌شده‌ی کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشکده‌ی علوم توانبخشی همدان طی یک دوره‌ی ده‌ساله (۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲) بود. یافته‌ها نشان داد که تعداد پرونده‌های ثبت‌شده تا پیش از سال ۱۳۹۸ روندی افزایشی داشته، اما هم‌زمان با آغاز پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۸ با کاهش ۴/۲ درصدی مواجه شده است. پس از آن و با کنترل نسبی بحران، تعداد مراجعان مجدداً افزایش یافت و در سال ۱۴۰۲ به حدود ۲۴۷ پرونده جدید رسید. این الگو بیانگر تأثیر مستقیم بحران‌های کلان اجتماعی - سلامتی بر دسترسی به خدمات توانبخشی است. نتایج حاضر با مطالعه‌ی کاظمی‌کریانی و همکاران (۲۰۲۳) همسوست که کاهش چشمگیر مراجعات توانبخشی در دوران کرونا و نقش بازسازی اعتماد بیماران و نهادهای درمانی پس از بحران را گزارش کرده‌اند (۱۲). بازگشت تدریجی روند افزایشی پس از پاندمی، اهمیت تاب‌آوری نظام‌های درمانی و توانبخشی در مواجهه با بحران‌های اجتماعی را برجسته می‌سازد.

تحلیل توزیع سازمانی پرونده‌ها در چهار مرکز گفتاردرمانی نشان داد که حجم ثبت پرونده‌ها می‌تواند بازتابی از میزان مراجعه، موقعیت ارجاعی و سازوکارهای ثبت در مراکز مختلف باشد. برای مثال، افزایش تعداد پرونده‌ها در سال ۱۳۹۷ عمدتاً به افزایش مراجعه به بخش گفتاردرمانی بیمارستان بعثت مربوط بود؛ به‌گونه‌ای که بیش از نیمی از پرونده‌های آن سال در این مرکز ثبت شده و این روند تا سال ۱۴۰۲ نیز ادامه یافته است. نزدیکی این مرکز به واحدهای تخصصی مانند نورولوژی و گوش و حلق و بینی و جایگاه ارجاعی آن می‌تواند از عوامل مؤثر بر این تمرکز باشد. با این حال، تمرکز مراجعات در یک یا دو مرکز می‌تواند پرسش‌هایی درباره‌ی عدالت فضایی و توزیع خدمات توانبخشی در سطح استان ایجاد کند. این یافته با نتایج همایی‌راد و همکاران (۲۰۲۵) همخوان است که توزیع نابرابر خدمات توانبخشی را از چالش‌های عدالت سلامت معرفی کرده‌اند (۱۳). لازم به تأکید است که مقایسه‌ی مراکز در این پژوهش صرفاً توصیفی بوده و با هدف تحلیل نظام ارجاع یا تبیین علّی تفاوت‌ها انجام نشده است.

یکی از محورهای اصلی این مطالعه، بررسی کیفیت ثبت اطلاعات فردی مراجعان بود. یافته‌ها ضعف قابل توجهی در ثبت منظم داده‌های کلیدی مانند

محدود سرپرستان بالینی می‌تواند در بروز این وضعیت نقش داشته باشد. نبود یک الگوی ملی یکپارچه برای مستندسازی داده‌های بالینی در حوزه‌ی گفتاردرمانی نیز از دلایل زمینه‌ای این مشکل است. مطابق با مطالعه‌ی بختیاری‌علی‌آباد و همکاران (۲۰۲۳)، نبود آموزش کافی و انسجام در پیاده‌سازی پرونده‌های الکترونیک از عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت مستندسازی در نظام سلامت ایران است (۱۶).

کیفیت مستندسازی بالینی ارتباط مستقیمی با سطح آموزش و میزان نظارت سرپرستان بالینی دارد. در کلینیک‌های دانشگاهی، بخش عمده‌ی ثبت اطلاعات توسط دانشجویان انجام می‌شود و نبود آموزش ساختارمند، فقدان چک‌لیست‌های نظارتی و بازبینی منظم پرونده‌ها می‌تواند به ثبت ناقص و ناهمگون داده‌ها منجر شود؛ موضوعی که در این پژوهش به صورت فقدان گسترده‌ی اطلاعات دموگرافیک، پزشکی و درمانی مشاهده شد. آموزش هدفمند دانشجویان و تعریف نقش مشخص برای سرپرستان در بازبینی پرونده‌ها می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت مستندسازی ایفا کند.

در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی مانند دستورالعمل‌های ASHA که بر ثبت جامع ارزیابی‌ها، اهداف درمانی، برنامه‌ریزی و پیگیری درمان تأکید دارند، وضعیت مستندسازی در کلینیک‌های بررسی‌شده فاصله‌ی قابل توجهی با استانداردهای مطلوب دارد (۳ و ۴). این شکاف، ضرورت مداخلات آموزشی و اصلاحی در ساختار کلینیک‌ها و سیاست‌های مدیریتی را برجسته می‌سازد. همچنین نبود فرایندهای بازبینی منظم و نظام‌های تشویقی یا تنبیهی برای رعایت استانداردهای ثبت اطلاعات از دیگر چالش‌های شناسایی شده است. به‌کارگیری فناوری‌های نوین، تدوین فرم‌های استاندارد و آموزش درمانگران در ابتدای مسیر حرفه‌ای می‌تواند کیفیت مستندسازی و خدمات توانبخشی را ارتقا دهد (۱۷ و ۱۸). طراحی الگوهای استاندارد، آموزش هدفمند به کارآموزان، به‌کارگیری فناوری‌های نوین و نظارت بر کیفیت ثبت اطلاعات می‌تواند بستر مناسبی برای ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی و تقویت پیوند میان نظام سلامت و نظام رفاه اجتماعی ایجاد کند (۱۹ و ۱). یافته‌های این پژوهش می‌تواند در جهت ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی، تدوین دستورالعمل‌های ثبت داده و بهبود عدالت در دسترسی به خدمات تخصصی آسیب‌شناسی گفتار-زبان و بلع در نظام سلامت و رفاه اجتماعی کشور مؤثر واقع شود. با توجه به نواقص شناسایی شده، حداقل داده‌های ضروری برای استقرار پرونده الکترونیک گفتاردرمانی شامل

اطلاعات دموگرافیک پایه (سن و جنس)، وضعیت دوزبانگی، تشخیص گفتاری و پزشکی، منبع ارجاع، محل سکونت، برنامه درمانی و ثبت منظم جلسات پیگیری پیشنهاد می‌شود. ثبت ساختاریافته‌ی این داده‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت بالینی، تداوم درمان و قابلیت استفاده‌ی پژوهشی از داده‌ها کمک کند.

از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش، بایگانی نامناسب پرونده‌ها، وجود موارد تکراری، ناخوانا بودن دست‌خط، پراکندگی فرم‌ها و ثبت غیردقیق اطلاعات بود که همگی نشان‌دهنده‌ی چالش‌های مستندسازی کاغذی هستند. در این راستا، گذار به پرونده‌ی الکترونیک به عنوان راهبردی کلیدی برای افزایش دقت داده‌ها، تسهیل تحلیل و ارتقای کیفیت و عدالت در ارائه خدمات پیشنهاد می‌شود (۲۰). انجام مطالعات آینده با رویکرد تحلیلی، طراحی الگوهای استاندارد مستندسازی و اجرای مداخلات آموزشی چندمرکزی می‌تواند به بهبود هماهنگی بین‌رشته‌ای و افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که مستندسازی داده‌های بالینی در کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان از نظر کامل بودن و انسجام با نارسایی جدی همراه است و بسیاری از پرونده‌ها فاقد اطلاعات کلیدی مانند تشخیص پزشکی، دوزبانگی، منبع ارجاع و محل سکونت بودند. تفاوت‌هایی در کیفیت ثبت اطلاعات بین مراکز مشاهده شد که صرفاً به صورت توصیفی گزارش گردید. ثبت ناقص بیماری‌های زمینه‌ای، با وجود اهمیت آن‌ها در تشخیص و برنامه‌ریزی درمان، از چالش‌های اصلی بود. تداوم پرونده‌های کاغذی و نبود الگوی استاندارد، کیفیت مراقبت و آموزش را محدود می‌کند؛ بنابراین استقرار پرونده‌ی الکترونیک مبتنی بر داده‌های ضروری می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات و عدالت در دسترسی به خدمات توانبخشی کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۱۴۰۲۰۸۰۹۶۵۱۶ و با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده علوم توانبخشی همدان IR.UMSHA.REC.1402.508 انجام شد. بدین وسیله از همکاری کادر آموزشی و بالینی کلینیک‌های تابع این دانشگاه در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

References

1. Lubker BB. Epidemiology: An essential science for speech-language pathology and audiology. *Journal of Communication Disorders* 1997; 30(4): 251-65.
2. Rezaei B & Talimkhani A. The prevalence of speech and language disorders in patients referred to speech therapy clinics of Hamadan University of medical sciences from 2013 to 2022. *Avicenna Journal of Clinical Medicine* 2025; 31(4): 228-36[Article in Persian].
3. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). The roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools. Available at: <https://www.asha.org/policy/pi2010-00317/?srsltid=AfmBOorGc41ORhMmBjxm9V5uxqPk--xVrHdOjNCwalSq8rJotDehT9Cw>. 2010.
4. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Quality Improvement for Speech-Language Pathologists. Available at: <https://www.asha.org/slp/healthcare/qi/?srsltid=AfmBOoofB5we0MzvHDn7V7rxgivfQZ4kbNAIhDD1BX4bWyxFUGTZcu3D>. 2016.
5. Maasoomi-Jahandizi H. Prevalence of speech disorders among Zanjan primary school students in 2000. *Journal of Advanced Medical and Biomedical Research* 2001; 9(36): 17-21[Article in Persian].
6. Mehri A, Faghihzadeh S & Mousavi SZ. Prevalence of speech and language disorders in patients referring to the speech therapy clinic in Tehran rehabilitation faculty during 10 years. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine* 2016; 5(2): 132-40[Article in Persian].
7. Bitaraf E, Jafarpour M, Jami V & Sarani-Rad F. The Iranian integrated care electronic health record. *Studies in Health Technology and Informatics* 2021; 281(1): 654-58.
8. Ebberts T, Kool RB, Smeele LE, Dirven R, Den-Besten CA, Karssemakers LHE, et al. The impact of structured and standardized documentation on documentation quality: A multicenter retrospective study. *Journal of Medical Systems* 2022; 46(7): 1-7.
9. Menachemi N & Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Management and Healthcare Policy* 2011; 4(1): 47-55.
10. Kohnert K. Language disorders in bilingual children and adults. 2nd ed. San Diego: Plural Publishing; 2013: 113.
11. Briffa C & Porter J. A systematic review of the collaborative clinical education model to inform speech-language pathology practice. *International Journal of Speech-Language Pathology* 2013; 15(6): 564-74.
12. Kazemi-Karyani A, Soltani S, Rezaei S, Irandoust K & Yahyavi-Dizaj J. The effect of COVID-19 pandemic on households' utilization of rehabilitation services: National evidence from Iran health system. *Journal of Lifestyle Medicine* 2023; 13(2): 101-9.
13. Homaie-Rad E, Shirazikhah M, Shirazikhah A & Sajadi HS. Inequality in access to rehabilitation services for people with disability across Iran. *Iranian Rehabilitation Journal* 2025; 23(1): 43-52.
14. Paradis J. The interface between bilingual development and specific language impairment. *Applied Psycholinguistics* 2010; 31(2): 227-52.
15. Rezaeerezvan S, Kareshki H & Pakdaman M. The effect of cognitive-behavioral play therapy on improvements in expressive linguistic disorders of bilingual children. *Frontiers in Psychology* 2021; 12(626422): 1-10.
16. Bakhtiari-Aliabad M, Sadeghi N, Mokhtari-Payam M, Seddighi S, Ehsanzadehsorati SJ & Mohammad-Beygi F. Establishment and utilization of electronic health records in Iran: A review of the policy documents of the past four decades. *Shiraz Electronic Medical Journal* 2023; 24(7): 1-13.
17. Ng JJW, Wang E, Zhou X, Zhou KX, Goh CXL, Sim GZN, et al. Evaluating the performance of artificial intelligence-based speech recognition for clinical documentation: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2025; 25(236): 1-24.

18. Nguyen L, Bellucci E & Nguyen LT. Electronic health records implementation: An evaluation of information system impact and contingency factors. *International Journal of Medical Informatics* 2014; 83(11): 779-96.
19. Beitchman JH, Wilson B, Johnson CJ, Atkinson L, Young A, Adlaf E, et al. Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40(1): 75-82.
20. Schwartz-Dillard J, Ng T, Villegas J, Johnson D & Murray-Weir M. Electronic documentation burden among outpatient rehabilitation therapists: A qualitative descriptive study and quality improvement initiative. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2024; 31(10): 2347-55.