

JPRM
2011

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشتی
مرکز مدیریت شبکه

پزشک خانواده: چیستی و چرایی
توانمندسازی شبکه جهت اجرای برنامه پزشک خانواده

Family Physicians: Whats and Whys
Capacity Building in Health Network

دکتر شهرام یزدانی



سورة الغزاة

فهرست مطالب

عنوان	فصل	بخش	
مقدمه مقام محترم وزارت	0-1	پیشگفتار	0
مقدمه معاون محترم بهداشتی وزارت	0-2		
مقدمه مدیر محترم مرکز توسعه شبکه	0-3		
مقدمه مولف	0-4		
سلامت	1-1	مفاهیم زیربنایی	1
عوامل موثر بر پیامدهای سلامت	1-2		
بخش سلامت	1-3		
نظام سلامت	1-4		
نظام مراقبت های سلامت	1-5		
نظام مراقبت های اولیه سلامت	1-6		
تفاوت مراقبت های اولیه با سایر سطوح و چارچوب های ارایه خدمت	1-7		
تعریف پزشک خانواده	2-1	مقدمه ای بر طبابت خانواده	2
مقایسه پزشک خانواده با سایر ارایه کنندگان خدمات سلامت	2-2		
ویژگی های تصمیم گیری بالینی در سطح پزشکان خانواده	2-3		
تجربیات و مدل‌های جهانی در بکارگیری پزشکان خانواده	2-4		
عمومی بودن خدمات در طبابت خانواده	3-1	ویژگی های طبابت خانواده	3
فرآگیری خدمات در طبابت خانواده	3-2		
تداوم و پیوستگی خدمت در طبابت خانواده	3-3		
خط اول بودن خدمات در طبابت خانواده	3-4		
هماهنگی خدمات در طبابت خانواده	3-5		
تمرکز بر خانواده در طبابت خانواده	3-6		
جامعه نگر در طبابت خانواده	3-7		
توجه به الزامات نظام سلامت در طبابت خانواده	3-8		
نقش های پزشکان خانواده	4-1	نقش های پزشکان خانواده	4
تنوع اشکال خدمت پزشکان خانواده	4-2		
وظایف پزشکان خانواده	4-3		
تحلیل وظایف پزشکان خانواده در ایران	4-4		
دانش ضروری پزشکان خانواده	4-5		
مهارت های ضروری پزشکان خانواده	4-6		
اهداف طراحی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-1	توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5
ویژگی های برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-2		
محتوای آموزشی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-3		
اجرای پایلوت برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-4		
آینده برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-5		
بیمه روستایی و اجرای برنامه پزشکان خانواده در روستا ها	6-1	اجرای برنامه پزشکان خانواده در کشور	6
اجرای برنامه پزشکان خانواده در شهر های	6-2		
عقد قرارداد با پزشکان خانواده	6-4		
تامین و تخصیص مالی و نظام پرداخت پزشکان خانواده	6-5		

مقدمه مقام محترم وزارت

مقدمه معاون محترم بهداشتی وزارت

مقدمه مدير محترم مركز توسعه شبكه

مقدمه مولف

فلاسفه و اندیشمندان هنگامی که در مورد گمگشته انسان در این جهان صحبت می کنند، بیش از هر چیز از سلامت، خشنودی، رفاه، تعالی، و سعادت نام می برند. در قرآن کریم و کلام معصومین نیز پیام های با ارزشی در مورد سلامت وجود دارد و آموزه های دینی ما ابعاد مختلف سلامت از بهداشت فردی¹، و تغذیه² و سبک زندگی سالم³ تا بهداشت عمومی⁴ و حتی مصرف منطقی داروها⁵ را دربر می گیرد. حضرت امیرالمومنین علی (ع)، سلامتی را بهترین نعمت ها می داند⁶ و به این ترتیب، جایگاه تولیتی کارشناسان، مدیران، و سیاستگذاران در نظام سلامت، با وظیفه خطیرسیانت از بهترین نعمت خداوند برابر می گردد. در این میان نقش بی بدیل نظام مراقبت های اولیه سلامت در تامین سلامت مردم در حدی است که اگر تمامی مساعی و منابع نظام سلامت را معطوف و مصروف مراقبت های اولیه سلامت کنیم، به بیراهه نرفته ایم. توسعه کیفی نظام مراقبت های اولیه سلامت، در گروی کارکرد صحیح پزشکان خانواده به عنوان هماهنگ کنندگان نظام ارایه خدمات سلامت می باشد و به همین سبب است که در طی سه دهه اخیر، مداخلات مرتبط به پزشکان خانواده، جزئی ثابت از اصلاحات نظام سلامت را در تمامی کشورهای دنیا تشکیل داده است. کشور ما نیز از این امر مستثنی نبوده است و اصلاحات نظام سلامت در کشور عزیزمان ایران حول مفهوم طبابت خانواده شکل گرفته است. واژه طبابت خانواده، طیف وسیعی از مفاهیم را از مفاهیم فلسفی تا مفاهیم کاملاً عملیاتی و اجرایی در بر می گیرد و تلاش برای عملیاتی کردن راهبرد طبابت خانواده بدون توجه به مبانی زیربنایی و فلسفی آن مانند تلاش برای بهره بردن از گردو بدون شکستن پوسته آن می باشد. هدف از تالیف این کتاب، بیان ساده و شفاف مبانی زیربنایی و فلسفی طبابت خانواده است. در نگارش کتاب سعی شده است تا با رعایت ایجاز و اجتناب از اصطلاحات فنی، پیام اصلی کتاب به نحوی کارآمد منتقل گردد، همچنین تقسیم بندی محتوای کتاب به بخش های کوچک و مستقل، بمنظور تسهیل مطالعه کتاب توسط مخاطبین پرمشغله کتاب صورت گرفته است. بخش زیادی از مفاهیم بیان شده در این کتاب در طی جلسات بحث و کارشناسی ستاد پزشکی خانواده شکل گرفته است و در این مجال جا دارد که از همکاران دانشمند در این ستاد آقای دکتر محمد شریعتی، آقای دکتر محمداسماعیل مطلق، آقای دکتر ابوالفتح لامعی، آقای دکتر محمدرضا رهبر، و آقای دکتر رضا لباف قاسمی تشکر نمایم. در پایان خداوند را بواسطه توفیق خدمت حاصل شده شکر می کنم.

شهریور 1391

دکتر شهرام یزدانی

¹ امام علی (ع) : مساوک زدن رضای خدای متعال و پاک کننده دهان است و مضمضه کردن یعنی سه بار آب در دهان چرخاندن و خالی کردن و استنشاق سه بار آب در بینی کردن و خالی کردن قیل از وضو پاک کننده دهان و بینی است. تحف العقول صفحه 95
² پیامبر خدا صلی الله علیه و آله و سلم : روغن زیتون بخورید و خود را با آن ، چرب کنید ؛ زیرا در آن ، درمان هفتاد درد است.
³ مادران، فرزندان خود را دو سال تمام شیر دهند این برای کسی است که بخواهد دوران شیر خواری را کامل سازد (سوره بقره آیه ۲۳۳).
⁴ حضرت محمد (ص) : زیاله را شب در خانه نگه ندارید و همان روز بیرون ببرید که جایگاه شیطان (میکرب) است.
⁵ حضرت امیرالمومنین علی (ع): تا مرض بر صحت غلبه نکند نباید مسلمان درمان کند.
⁶ امام علی علیه السلام: الصَّحَّةُ أَفْضَلُ النِّعَمِ

این کتاب را به کسانی تقدیم می‌کنم که سلامت، خشنودی، رفاه،
تعالی، و سعادت را در کنار آنان تجربه کرده‌ام: همسرم سارا و دو
فرزندم پارسا و پرهام

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش اول

مفاهیم زیر بنایی

سلامت	1-1
عوامل موثر بر پیامدهای سلامت	1-2
بخش سلامت	1-3
نظام سلامت	1-4
نظام مراقبت های سلامت	1-5
نظام مراقبت های اولیه سلامت	1-6
تفاوت مراقبت های اولیه با سایر سطوح ارائه خدمت	1-7

سلامت

علیرغم آنکه اغلب افراد می دانند که چه زمان سالم و چه زمان بیمارند، هنوز تعریف جامع و مانعی برای سلامت ارایه نشده است.

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به عنوان وضعیت آسایش، رفاه و تندرستی کامل جسمانی، روانی، و اجتماعی معرفی می کند. بر اساس این تعریف، فقدان بیماری، یا ناتوانی بتهایی سلامت محسوب نمی شود. این تعریف اولین بار در مقدمه نظامنامه تاسیس سازمان جهانی بهداشت در سال 1946 مطرح شده و متعاقبا در سال 1948 مورد تایید قرار گرفت. دکتر هالفدان ماehler¹ که بین سالهای 1973 تا 1988 دبیر کل سازمان جهانی بهداشت بود بعد چهارمی را نیز به تعریف سلامت اضافه نمود و آنرا سلامت معنوی² نامید³.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت دارای دو ویژگی اساسی می باشد:

1. ویژگی اول این تعریف رویکرد اثباتی⁴ آن است که سلامت را صرفا فقدان بیماری نمی داند. در واقع بسیاری از افراد جامعه فاقد یک بیماری مشخص می باشند ولی به واسطه شرایط اجتماعی یا روانی خود از زندگی لذت نمی برند و در وضعیت کارکردی کامل قرار ندارند. تمام تعاریف قبلی از سلامت جنبه سلبی⁵ داشتند و سلامت را در غیاب بیماری⁶، معلولیت⁷ و یا مرگ⁸ تعریف می کردند. اما در تعریف جدید ناراحتی⁹ و نارضایتی¹⁰ نیز حتی در غیاب بیماری می تواند موجب کاهش سلامت گردد.
 2. ویژگی دوم این تعریف فراگیری و گستردگی این تعریف است که جنبه های جسمانی، روانی، و اجتماعی را در بر می گیرد. این در مقابل اغلب تعاریف قبلی است که معمولا به جنبه های زیستپزشکی¹¹ سلامت تمرکز داشته اند.
- پس تفاوت این تعریف را می توان بر ویژگی اثباتی، و تاکید روانی- اجتماعی آن دانست.

¹ Halfdan Mahler

² Spiritual Health

³ "Health is only complete for those who see it in a complete physical, mental, social and spiritual light"

⁴ Positive

⁵ Negative

⁶ Disease

⁷ Disability

⁸ Death

⁹ Discomfort

¹⁰ Dissatisfaction

¹¹ Biomedical

تمرکز مداخلات	گستره تعریف	رویکرد	
Three Ds: D eath, D isease & D isability	Biomedical جسمانی	سلبی	تعاریف سنتی
FiveDs: D eath, D isease, D isability, D iscomfort, D issatisfaction	Bio-Psycho-Social جسمانی، روانی، و اجتماعی	اثباتی	تعریف WHO

در سال 1984 دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا تعریف دیگری از سلامت ارائه نمود:

"سلامت از یک سو میزان توانایی فرد در به فعل رسانیدن توانایی های بالقوه، تحقق آرزوها، و برآورده نمودن نیازها خود و از سوی دیگر توانایی وی برای تاثیر گذاشتن و تطابق و تأثیر پذیرفتن از محیط اطراف است."

به این ترتیب سلامت بجای آنکه هدفی برای زندگی محسوب شود، سرمایه ای برای زندگی روزمره تلقی می شود. این تعریف مجدداً بر جنبه های اثباتی و اجتماعی سلامت تاکید می کند. تلاش های زیادی برای ارائه یک تعریف مورد اتفاق از سلامت صورت گرفته است. مفاهیمی که بیش از سایرین در این تعاریف تکرار شده اند مفاهیم "انطباق و مدیریت استرس"، "بدست آوردن ظرفیت های عملکردی"، "یکپارچگی و انسجام ساختاری"، "نقش آفرینی و مشارکت با ارزش در جامعه"، و "حفظ تعادل درونی و برونی" است.

سایر تعاریف قابل تامل از سلامت	
سلامت وضعیتی پویا می باشد که توسط ظرفیت های جسمی و ذهنی مکفی برای انجام وظایف متناسب با سن و جنس و فرهنگ و مسئولیت فرد در جامعه مشخص می شود.	تعریف بیرچر ¹ از سلامت:
وضعیتی از زندگی فرد که با فقدان بیماری و ناتوانی مشخص می گردد و از جمله حقوق پایه و جهانی فرد محسوب می گردد.	تعریف ساراچی ² از سلامت:

¹ Bircher

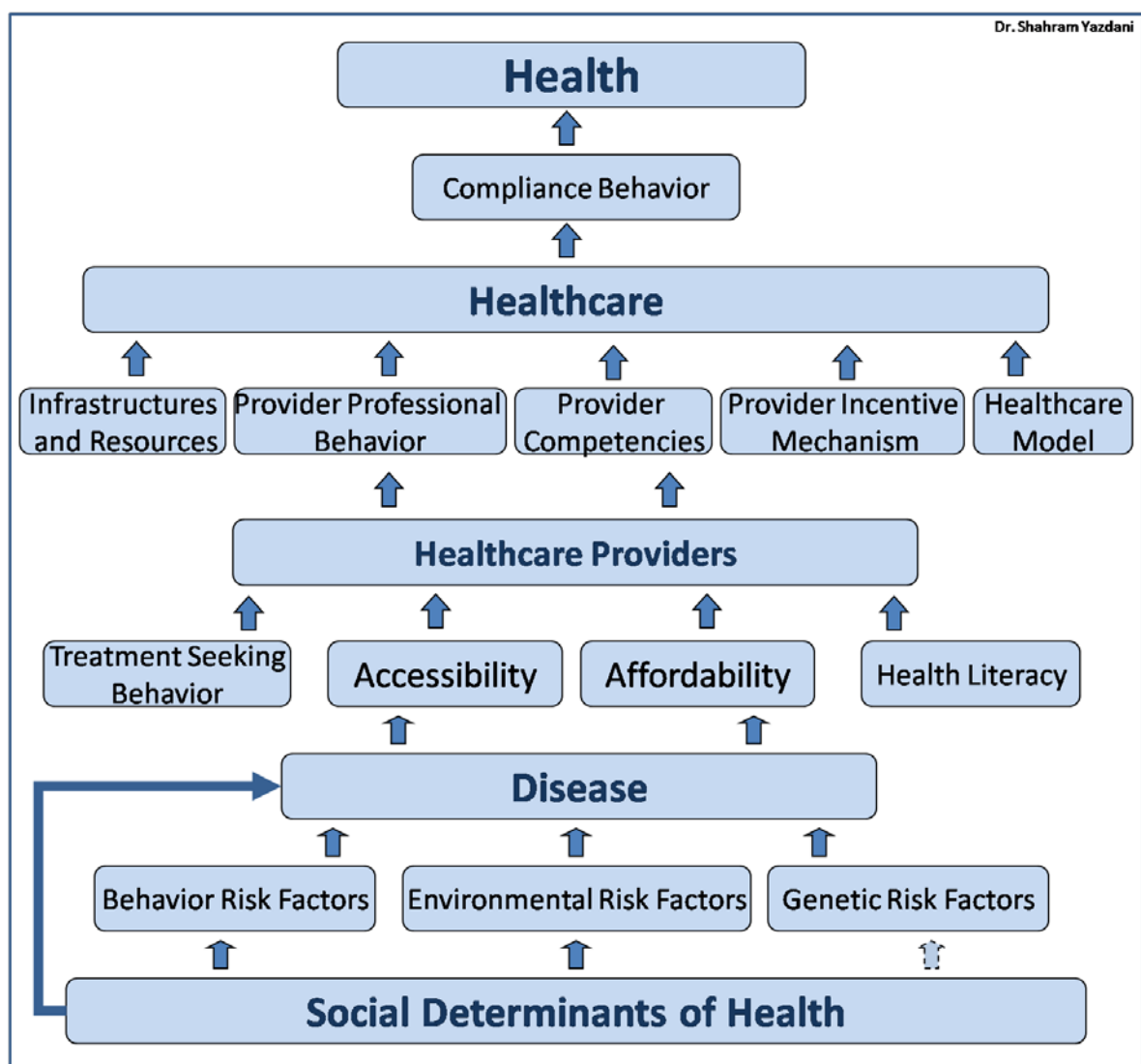
² Saracchi

در طی نیم قرن گذشته، تعریف سازمان جهانی بهداشت به طور متواتر نقل قول شده است ولی بندرت در عمل بکار گرفته شده است. عده ای معتقدند که اگر مفهوم سلامت همه جنبه های زندگی انسانی را شامل گردد در این صورت وزارت سلامت در حد دولت گسترش خواهد یافت.

تعریف در سطح جامعه	تعریف در سطح فرد	
سلامت جسمی یک جامعه به بار پایین بیماریهای جسمانی (سالهای زندگی از دست رفته به سبب مرگ زودرس و معلولیت) در آن جامعه اطلاق می گردد.	سلامت جسمی یک فرد به ساختار و عملکرد طبیعی دستگاه های مختلف بدن اطلاق می گردد که سبب می گردد فرد از انرژی، تحرک، و کارایی کامل برخوردار باشد، و بدون هرگونه درد یا ناراحتی به فعالیت ها و انجام وظایف روزمره بپردازد.	سلامت جسمی
سلامت روانی یک جامعه به بار پایین بیماریهای روانی (سالهای زندگی از دست رفته به سبب مرگ زودرس و معلولیت) در آن جامعه اطلاق می گردد.	سلامت روانی یک فرد به میزان آگاهی فرد از توانایی های خویش، برخورداری از اعتماد به نفس و حس مثبت نسبت به خود، مواجهه با استرس های زندگی و استفاده از تفکر و مهارت های عالی شناختی برای حل مسائل و برقراری یک زندگی مولد و سودمند در تعامل با جامعه پیرامون اطلاق می گردد.	سلامت روانی
سلامت اجتماعی یک جامعه توسط گستره و کیفیت دسترسی ها و تعاملات اجتماعی، و ارزش های حاکم بر این تعاملات مشخص می گردد. قانونمداری، عدالت اجتماعی، مشارکت در تعیین آینده جامعه و سطح بالای اعتماد اجتماعی، همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی، و فعالیت های اجتماعی از مصادیق سلامت اجتماعی در یک جامعه محسوب می شوند.	سلامت اجتماعی یک فرد به میزان پذیرش هنجارها و قواعد اجتماعی و توانایی برای تعامل و برقراری ارتباط مناسب با دیگران و ایفای نقش مناسب در جامعه اطلاق می گردد. سلامت اجتماعی یک فرد سبب می گردد وی در جامعه توسط دیگران پذیرفته شود.	سلامت اجتماعی
سلامت معنوی یک جامعه به میزان گسترش فضایل و مکارم اخلاقی و تسری و استیلای ارزش های معنوی و آموزه های دینی بر رفتارهای فردی، تعاملات اجتماعی، و سیاست های اجتماعی در یک جامعه اطلاق می گردد.	سلامت معنوی یک فرد به میزان رضایت و آرامش درونی وی به واسطه ایمان به خداوند و عالم غیب و برقراری تعادل بین زندگی دنیوی و اخروی، اجرای فرایض دینی و تحقق رسالتی که فرد برای آن آفریده شده است اطلاق می گردد.	سلامت معنوی

عوامل موثر بر پیامدهای سلامت

ایرانیان در طی دو دهه اخیر در حدود 13 سال افزایش امید به زندگی را تجربه کرده اند¹. علیرغم این افزایش چشمگیر، امید به زندگی مردم ایران کماکان حدود 11 سال کمتر از مردم کشور ژاپن است². و این در حالی است که در داخل کشور نیز تفاوت محسوسی وجود دارد و به عنوان مثال امید به زندگی در استان تهران، 8 سال بیش از امید به زندگی در استان های سیستان و بلوچستان و کردستان می باشد³. همانطور که در تصویر زیر مشاهده می کنید عوامل متعددی بر پیامدهای سلامت تاثیر می گذارد و اختلاف در همین عوامل می تواند طول عمر بیشتر ژاپنی ها نسبت به ایرانی ها و یا طول عمر بیشتر تهرانی ها نسبت به زاهدانی ها را توجیه نماید.



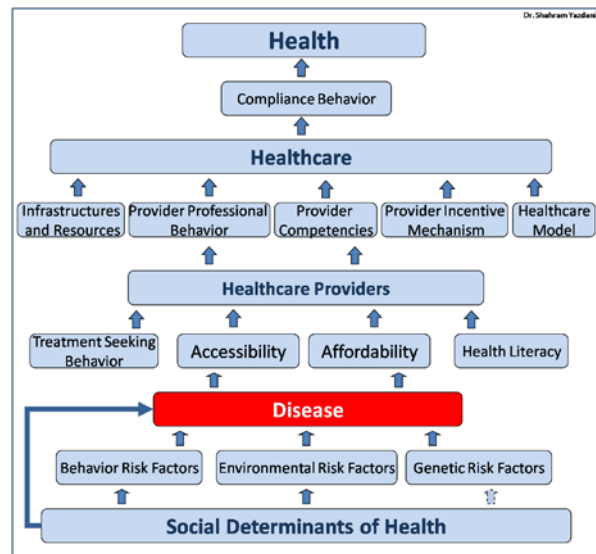
¹ امید به زندگی در ایران در سالهای پس از پایان جنگ تحمیلی یعنی 1986 حدود 58.9 سال و در سال 2007 حدود 71.6 سال می باشد.

² امید به زندگی زنان و مردان ژاپنی در بدو تولد در سال 2007 به ترتیب 86 و 79 سال است.

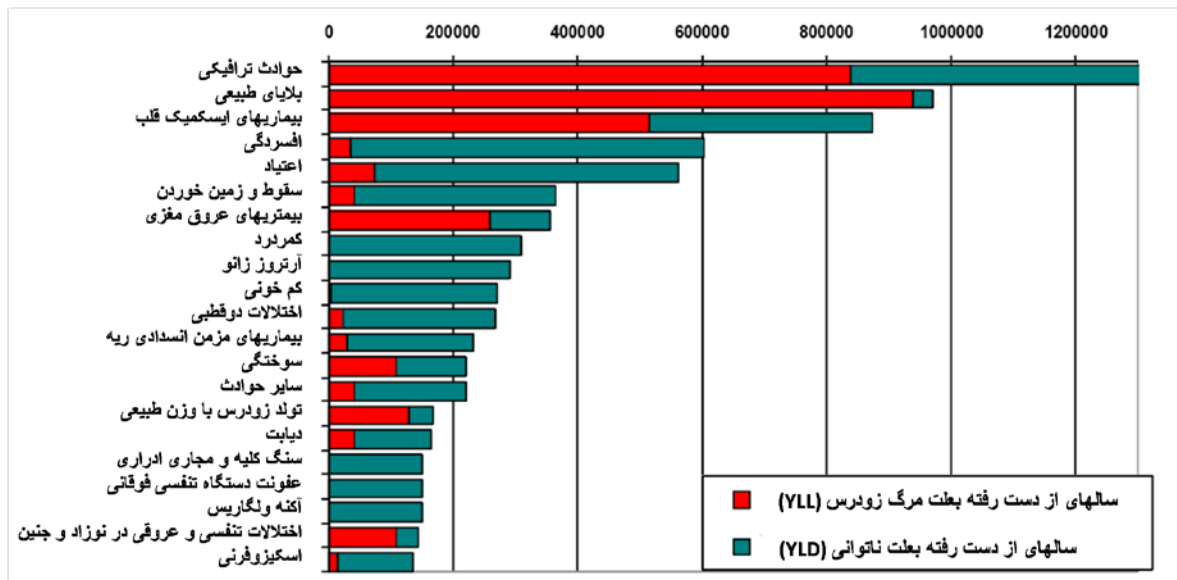
³ در سال 1385 امید به زندگی هنگام تولد در استان تهران در زنان 75.8 سال و در مردان 73.6 سال می باشد و عدد مشابه در استان کردستان در زنان 67.3 و در مردان 65.7 سال می باشد.

بیماریها¹:

برای سالیان طولانی بیماریها مهمترین دشمن سلامت مردم تلقی می شدند و وظیفه اصلی پزشکان درمان بیماریها محسوب می شد. تعداد بیماریهایی که سلامت مردم را تهدید می کند بسیار زیاد است. و سازمان جهانی بهداشت در ویراست دهم طبقه بندی بیماریها² حدود 12420 دسته بیماری مختلف را معرفی می کند. بعضی از مطالعات تعداد بیماریها و سندرمهای مختلف را بیش از 100000 تخمین می زنند. البته از میان تمام این بیماریها، حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماریهای ایسکمیک قلبی، افسردگی، و اعتیاد مسئول



بیشترین سالهای زندگی از دست رفته در کشور ایران می باشند. در رویکرد بیمار محور، نظامهای سلامت با تعداد کثیری دشمن مختلف مواجهند و برای مقابله با هر یک از این دشمنان باید اسلحه مناسب و موثری را تدارک ببینند.

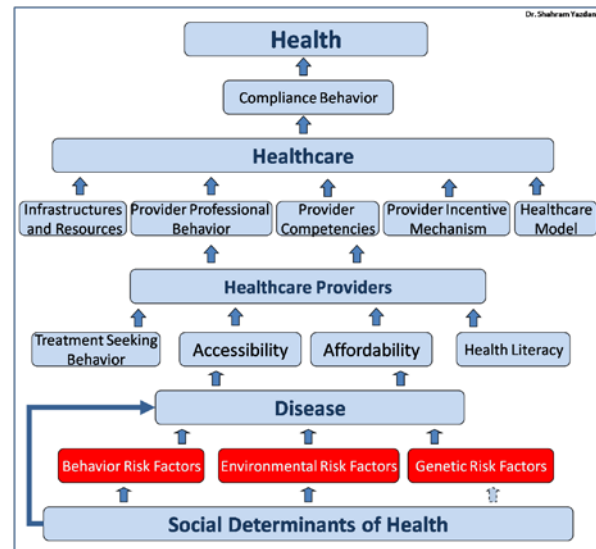


¹ Diseases

² ICD-10 (2007)

عوامل خطرزای سلامت¹:

عوامل خطرزای سلامت بالاخص عوامل خطرزای محیطی² و عوامل خطرزای رفتاری³ تاثیر مستقیمی بر رخداد بیماریها می گذارد. بر خلاف بیماریها که بسیار متعدد هستند، تعداد عوامل خطرزای سلامت اصلی در سطح جهان کمتر از 100 عدد است. معمولاً قسمت زیادی از بار بیماریها در هر کشور به سبب تعداد محدودی از عوامل خطرزای سلامت ایجاد می گردد. کم وزنی⁴، بی بندوباری جنسی⁵، پرفشاری خون، دخانیات، الکل، آب ناسالم، بهداشت نامطلوب، فقر آهن، آلودگی هوای منزل توسط دود سوخت های فسیلی، کلسترول بالا، و چاقی ده عامل خطرزای اصلی را در



سطح جهان تشکیل می دهند⁶. به عنوان مثال بیش از 30% بار بیماریها در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه تنها توسط 5 عامل خطرزای فوق الذکر ایجاد می گردد. در کشور ایران از مجموع سالهای از دست رفته زندگی⁷ 58% به واسطه بیماریهای غیرواگیر، 28% به سبب حوادث و آسیب ها، و 14% باقیمانده به سبب بیماریهای واگیر، مشکلات اطراف تولد، و کمبودهای تغذیه ای می باشد⁸. چاقی، پرفشاری خون، عدم فعالیت فیزیکی، و کلسترول بالا مهمترین عوامل خطرزای ایجاد کننده بیماریهای غیرواگیر در ایران هستند⁹. مقابله با عوامل خطرزای سلامت از این مزیت برخوردار است که نظام سلامت باید با دشمنان کمتری مقابله نماید و علاوه بر آن مبارزه با عوامل خطرزای سلامت از رخداد بیماریها پیشگیری می نماید.

¹ Health Risk Factors

² Environmental Risk Factors

³ Behavioral Risk Factors

⁴ Underweight

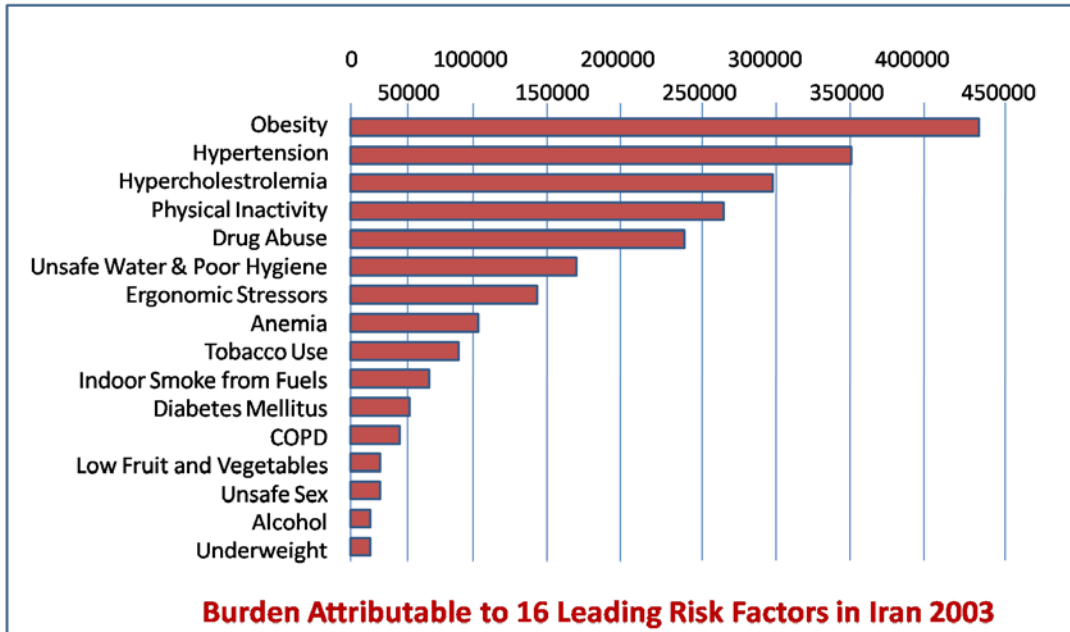
⁵ Unsafe Sex

⁶ Reducing Risks, Promoting Healthy Life; World Health Organization 2002

⁷ Disability Adjusted Life Years

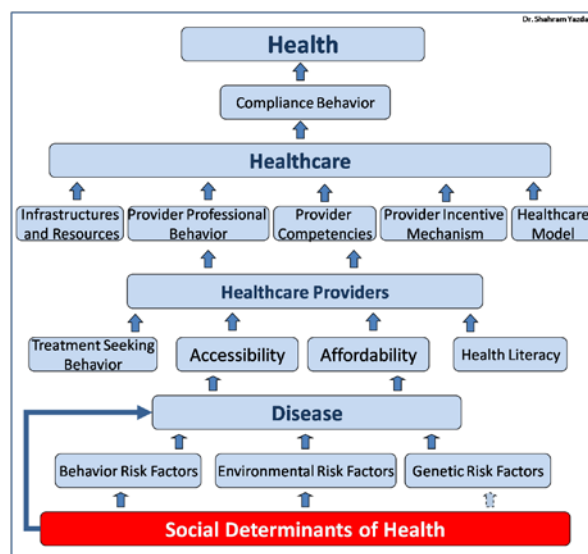
⁸ N Jafari, F Abolhassani, M Naghavi et al. National Burden of Disease and Study in Iran; Iranian J Publ Health, Vol. 38, Suppl. 1, 2009, pp.71-73

⁹ علیرضا دلاوری، سیامک عالیخانی، فرشید علاءالدینی: گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران. مرکز نشر صدا 1384



عوامل اجتماعی موثر بر سلامت¹:

توجه به عوامل خطرزای سلامت یکی از دستاوردهای مهم نظامهای سلامت محسوب می شود. سوالی که امروز نظام های سلامت با آن روبرو هستند اینست که چرا این عوامل خطرزای سلامت در عده ای بیش از سایرین تجمع پیدا می کند؟ بعنوان مثال چرا عده ای از مردم فعالیت فیزیکی کافی ندارند؟ یا چرا بعضی افراد به روابط جنسی نامطمئن ارتکاب می ورزند؟ و یا چرا میزان میوه و سبزیجات در رژیم غذایی مردم کم است؟ هنگامی که از چرایی عوامل خطرزای سلامت سوال می شود معمولاً به چند علت ریشه ای مشترک می رسیم: فقر، محرومیت، جهل و بیسوادی، و



تبعیض و بی عدالتی

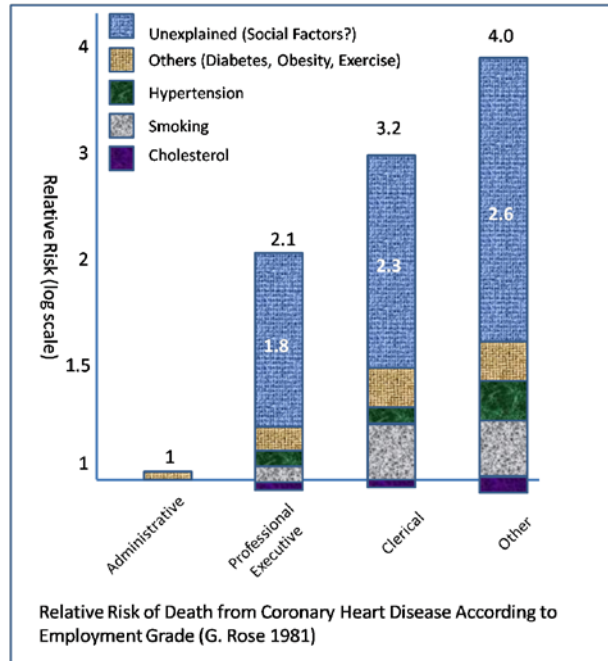
عواملی مانند فقر، بیسوادی، بی عدالتی، و از این قبیل، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نامیده می شوند.

اهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت		
Income and Social Status	درآمد و سطح اجتماعی	1
Social Support Networks	شبکه های حمایت اجتماعی	2
Social Justice	عدالت اجتماعی	3
Social Culture	فرهنگ اجتماعی	4
Social Capital	سرمایه اجتماعی	5
Education and Literacy	آموزش و سواد	6
Employment and Working Conditions	اشتغال و شرایط شغلی	7
Shelter	مسکن و سرپناه	8
Food and Nutritional Status	غذا و وضعیت تغذیه ای	9
Entertainment and Leisure Time	اوقات فراغت و تفریح	10

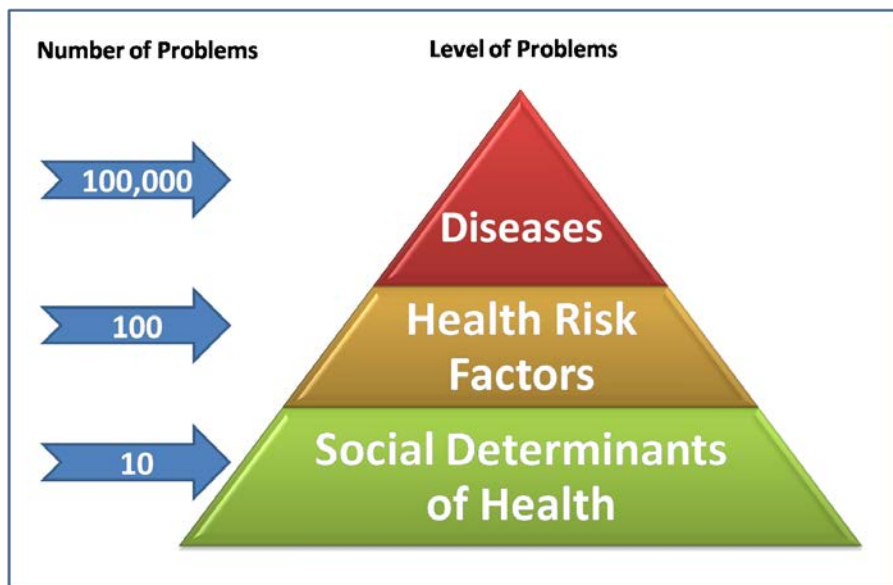
در طی دو دهه اخیر حجم زیادی از شواهد در ارتباط با تاثیر عوامل اجتماعی بر پیامدهای سلامت بدست آمده است. این شواهد نشان می دهد که عوامل اجتماعی از یک سو بر عوامل خطرزای سلامت تاثیر می گذارند و از سوی دیگر مستقل از عوامل خطرزای سلامت مستقیماً بر سلامت و بیماری تاثیر می گذارند. به عنوان مثال سطح اقتصادی افراد می تواند بر میزان استعمال دخانیات و یا میزان پرفشاری خون و چربی خون بالای درمان نشده تاثیر بگذارد و از این طریق سبب افزایش بروز بیماریهای عروق کرونر شود. ولی از سوی دیگر بخش عمده تاثیر سطح اجتماعی-

¹ Social Determinants of Health

اقتصادی افراد توسط افزایش مصرف دخانیات و یا پرفشاری خون و چربی بالای خون توجیه نمی شود. به بیان دیگر سطح اقتصادی مستقل از عوامل خطرزای سلامت، بطور مستقیم بر بیماریهای عروق کرونر تاثیر می گذارد¹.



توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت حتی یک قدم قیل از عوامل خطرزای سلامت می تواند حفظ و ارتقاء عادلانه سلامت را تضمین نماید. نکته درخور توجه این است که تعداد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بسیار کم (در حدود ده عامل اصلی) است. نکته دیگر آنکه بهبود وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت همزمان هر سه بُعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، و سلامت اجتماعی را بهبود می بخشد. درحالیکه توجه به بیماریها و یا توجه به عوامل خطرزای سلامت معمولاً تنها موجب ارتقای سلامت جسمانی می گردد.

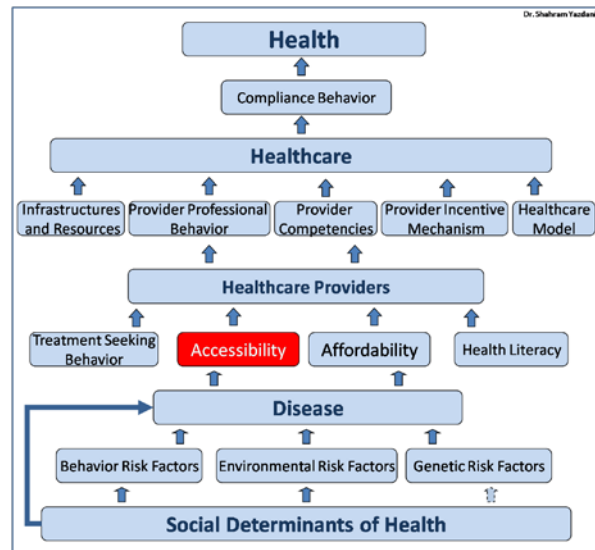


¹ G. Rose and M. Mariot; Social Class and Coronary Heart Diseases. British Heart Journal 1981: 13-19

دسترسی¹

دسترسی اثربخش² به معنی برقراری امکان مصرف خدمات برای منتفعین بالقوه این خدمات می باشد. اولین شرط دسترسی اثربخش به یک خدمت، **موجود بودن خدمت** است³. به عنوان مثال اگر یک دارو از اثربخشی و ایمنی کافی برخوردار باشد معمولاً در فهرست مای دارویی (فارماکوپه مای) ثبت می گردد و مجوز ورود به بازار سلامت را دریافت می کند. چنین دارویی را در کشور موجود تلقی می کنیم.

شرط دوم دسترسی اثربخش، **دسترسی فیزیکی** می باشد⁴. فاصله مکانی از خدمات و امکانات حمل و نقل عمومی بر دسترسی فیزیکی تاثیر می گذارد. به عنوان مثال در بسیاری از



کشورها فاصله 15 تا 30 دقیقه ای تا پزشک عمومی و فاصله 30 تا 60 دقیقه تا بیمارستان از طریق وسایل نقلیه عمومی را ملاک دسترسی فیزیکی قرار داده اند. مکانیابی صحیح تسهیلات مرتبط به سلامت و راهبردهای مناسب توزیع و لجستیک داروها و اقلام مصرفی پزشکی بر دسترسی فیزیکی این خدمات تاثیر می گذارد.

شرط سوم دسترسی اثربخش، **دسترسی زمانی**⁵ می باشد. زمان انتظار جهت دسترسی به یک خدمت بر روی دسترسی نهایی تاثیر می گذارد. در بسیاری از موارد به سبب کمبود نسبی امکانات ارائه خدمات، صف انتظار طولانی شکل می گیرد که ممکن است بیمار را حتی تا سالها از دریافت خدمت محروم سازد. به عنوان مثال فردی که در یک شهر بزرگ زندگی می کند ممکن است علیرغم موجود بودن امکانات پیوند کلیه در بیمارستان مجاور مکان زندگی چندین سال برای انجام این عمل منتظر بماند.

شرط چهارم دسترسی اثربخش، **دسترسی مدیریتی**⁶ می باشد. در چنین شرایطی، دسترسی به خدمات تخصصی، خدمات بستری غیر اورژانس، و خدمات تصویربرداری و پاراکلینیکی ویژه توسط پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده مدیریت گردد. این شکل از محدودیت دسترسی در حضور سطح بندی خدمات و نظام ارجاع معنی پیدا می کند.

¹ Accessibility

² Effective Access

³ Availability

⁴ Physical Accessibility

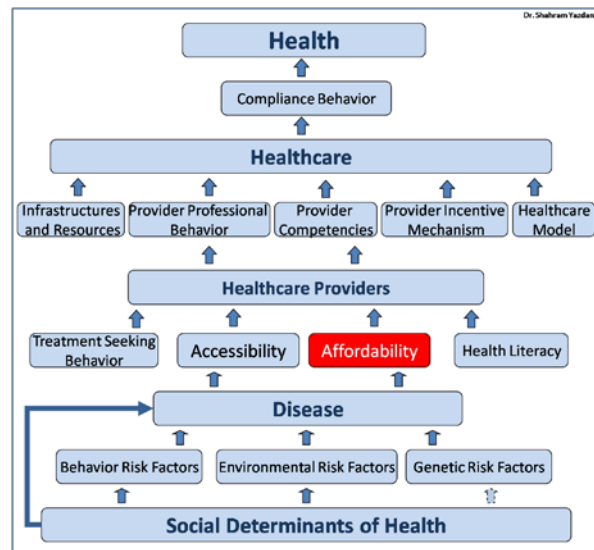
⁵ Temporal Accessibility

⁶ Managerial Accessibility

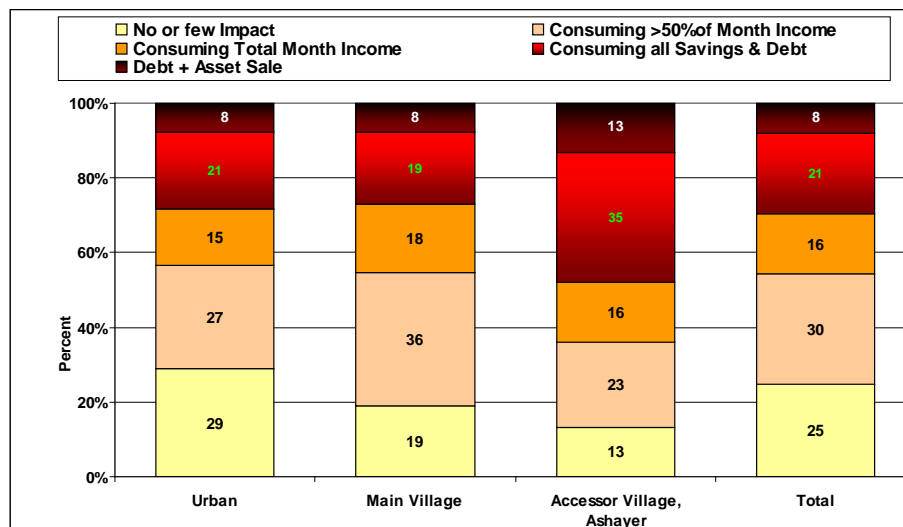


توان ابتیاع خدمت¹:

در نهایت دریافت خدمات سلامت به عواملی مانند قیمت خدمات، پوشش بیمه ای خدمات، بضاعت مالی بیماران، و تمایل بیماران برای پرداخت² وابسته می باشد. در شرایطی که بضاعت مالی بیمار با هزینه های درمان بیماری همخوانی ندارد، فرد یا از دریافت درمان محروم خواهد شد و یا درمان را به قیمت تحمل فشار کمرشکن هزینه های آن دریافت خواهد کرد. در مطالعه ای که در سال 1381 صورت گرفت، 29 درصد از ایرانیان برای پرداخت هزینه های یک نوبت بستری در بیمارستان مجبور به استقراض و یا فروش مایملک خود



شدند. این رقم برای ساکنان روستا های کوچک بیش از 48 درصد بوده است.³

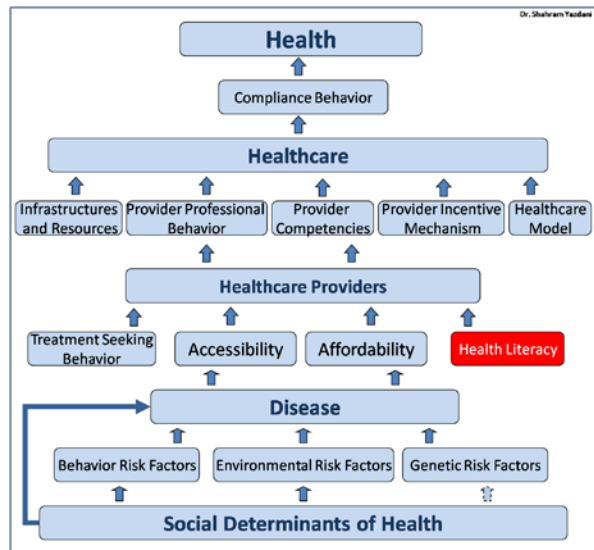


¹ Affordability

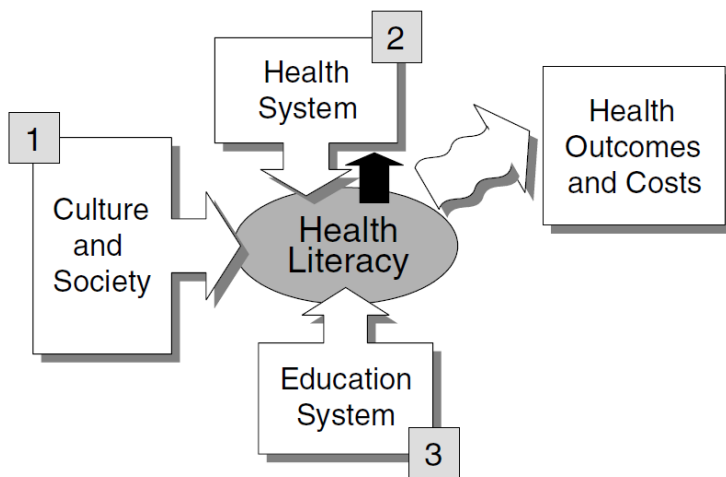
² Willingness to Pay

³ محسن نقوی، حمیدرضا جمشیدی: بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، 1381

اتخاذ یک الگوی سالم برای زندگی از سوی آحاد جامعه، تاثیر شگرفی بر پیشگیری از بیماریها و بهبود پیامدهای سلامت آنان می گذارد. ورزش منظم، تغذیه سالم، عدم مصرف دخانیات، و رفتار جنسی سالم، نمونه هایی از رفتار و الگوی زندگی سالم محسوب می گردد. اتخاذ یک سبک زندگی سالم الزاما نیازمند تعامل با نظام سلامت نمی باشد، مع الوصف ترویج سبک زندگی سالم و حمایت از تغییر مثبت رفتار در مردم از سوی نظام سلامت می تواند بطور قابل ملاحظه ای به ترویج الگوی زندگی سالم کمک نماید. علیرغم آنکه در طی دو دهه



اخیر حجم عظیمی از اطلاعات مربوط به سلامت از طریق اینترنت در اختیار مردم قرار گرفته است، مطالعات متعدد نشان داده است که اغلب مردم قادر به پاسخگویی به سوالات خود در زمینه سلامت فردی نمی باشند². بنا بر تعریف، **سواد سلامت** به توانایی فرد برای دستیابی، تحلیل، و فهم اطلاعات پایه سلامت که برای اخذ تصمیمات صحیح سلامت ضروری می باشد اطلاق می گردد³. این توانایی از یک سو تحت تاثیر سواد عمومی فرد قرار می گیرد و از سوی دیگر از فرهنگ عمومی حاکم بر جامعه و مداخلات نظام سلامت تاثیر می پذیرد.



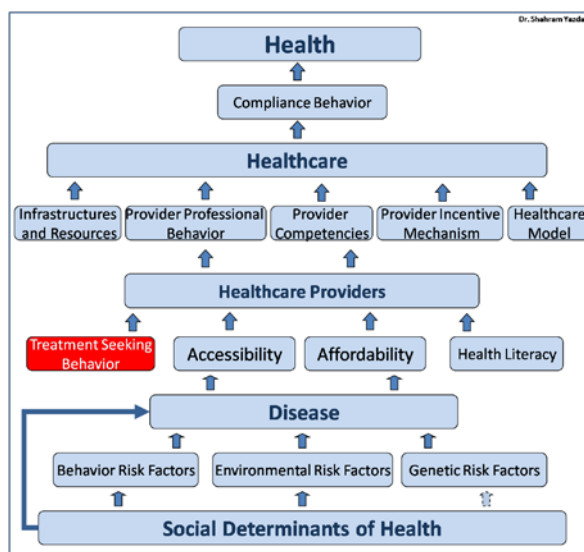
¹ Health Literacy

² Lynn Nielsen-Bohlman; Health Literacy: A Prescription to End Confusion; 2004 National Academies Press

³ Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy.

رفتار جستجوی خدمت و مراجعه به پزشک¹:

تصمیم مشتریان نظام مراقبتهای سلامت در رابطه با زمان، مکان، و نحوه مراجعه برای دریافت خدمات سلامت یکی از مهمترین حوزه های موثر بر سلامت مردم محسوب می گردد. تصمیم گیری بیماران می تواند شامل نوع ارائه کنندگان خدمات (سنتی یا دانشگاهی)، سطح ارائه کنندگان خدمات (عمومی یا متخصص)، مکان ارائه خدمات (خانه بهداشت، درمانگاه، یا بیمارستان)، مالکیت خدمات (دولتی یا خصوصی)، و زمان مراجعه به ارائه خدمات (بلافاصله پس از بروز علایم یا پس از خودمراقبتی) باشد. رفتار جستجوی خدمت به

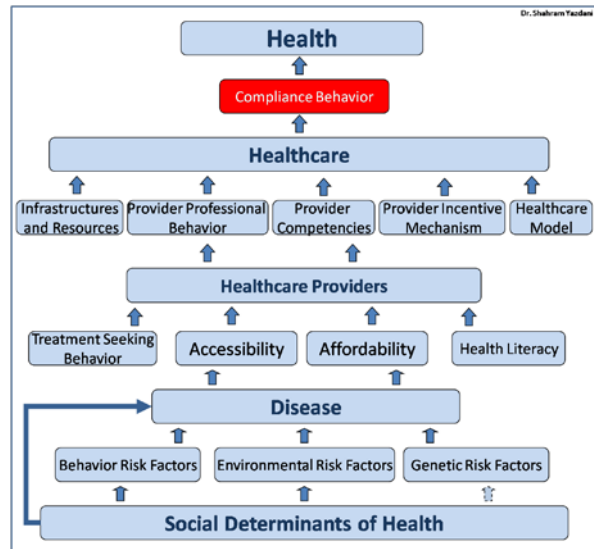


همان اندازه که در مورد بیماریهای حاد (مانند تروما و تب) اهمیت دارد، بر کیفیت خدمات در بیماریهای مزمن (مانند دیابت و پرفشاری خون) تاثیر می گذارد. یکی از مهمترین جنبه های رفتار جستجوی خدمت، ثبات یا عدم ثبات در مراجعه به ارائه کننده خدمات سلامت است. مطالعات متعدد بر اهمیت ثبات رفتار جستجوی خدمت و تداوم ارتباط پزشک و بیمار در طول زمان صحه گذاشته است. این امر نتنها سبب افزایش کارایی خدمات می گردد، بلکه از ازدحام بیماران در بیمارستان می کاهد و اثربخشی نظام ارجاع را افزایش می دهد. برای اصلاح رفتار جستجوی خدمت و ترغیب بیماران برای مراجعه به پزشکان ناحیه و محله خود معمولا از شعارهایی مانند "پزشکان مجرب در نزدیکی شما" و یا "به جایی مراجعه کنید که شما را می شناسند" استفاده می شود. ولی بدون افزایش کیفیت خدمات محلی و ایجاد انگیزه های مالی برای بیماران (ارایه خدمات با بهای کمتر) عموما تغییر رفتار جستجوی خدمت به دشواری صورت می گیرد.

¹ Treatment Seeking Behavior

رفتار تبعیت از دستورات پزشک¹:

تصمیم بیمار در رابطه با تبعیت یا عدم تبعیت از دستورات پزشک می تواند بر پیامدهای سلامت وی تاثیر بگذارد. مصرف ارقام دارویی، مصرف ارقام دارویی با مقدار و در فواصل توصیه شده، مصرف ارقام دارویی برای مدت زمان توصیه شده، عدم استفاده از داروهای توصیه نشده، و مراجعه به پزشک توصیه شده در هنگام ارجاع از مصادیق تبعیت از دستورات پزشک محسوب می گردد. در ارتباط با بیماریهای عفونی، رفتار عدم تبعیت سبب درمان ناکامل و مقاومت میکروبی می شود و در بیماریهایی مانند دیابت، پرفشاری خون،



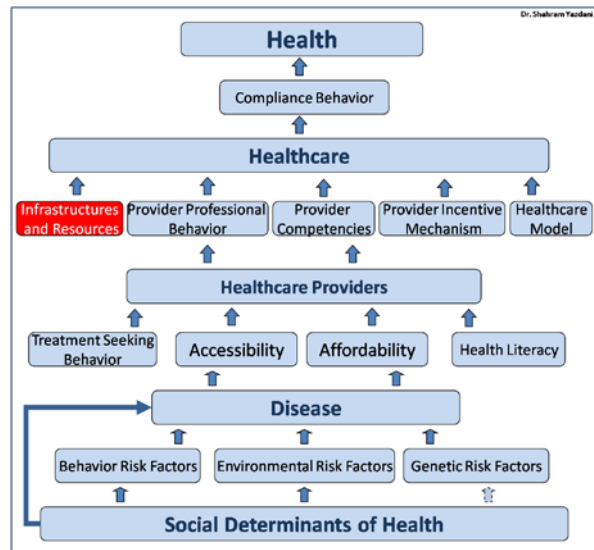
افسردگی، و اسکیزوفرنی، عدم تبعیت دقیق از دستورات درمانی، سبب افزایش قابل ملاحظه در مرگ و میر و بار بیماری می شود. در برخی از بیماریها مانند بیماری سل، اهمیت تبعیت و رعایت دقیق دستورات دارویی تا حدی است که مشاهده مستقیم مصرف داروها² توسط پرسنل بهداشتی توصیه می گردد.

¹ Patient Compliance Behaviors

² Direct Observation of Treatments (DOTS)

منابع و فناوری ها:

در ارتباط با اهمیت داروها، تجهیزات، و فناوری های سلامت و تاثیر آنها بر بهبود پیامدهای سلامت تاکید زیادی صورت گرفته است. به نحوی که از دیدگاه بسیاری از کارشناسان، ارتقاء سلامت مردم در طی سده اخیر صرفاً مرهون دستاوردهای فناورانه می باشد. تبلیغات وسیعی که از سوی کمپانی ها و صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی صورت می گیرد بیش از پیش بر این دیدگاه دامن می زند. اما پژوهش هایی که سیر زمانی تغییرات سطح سلامت را در مقابل ورود فناوری های جدید بررسی می کنند¹، ارتباط قوی بین ورود فناوری های جدید و بهبود وضعیت سلامت را تایید نمی کنند.

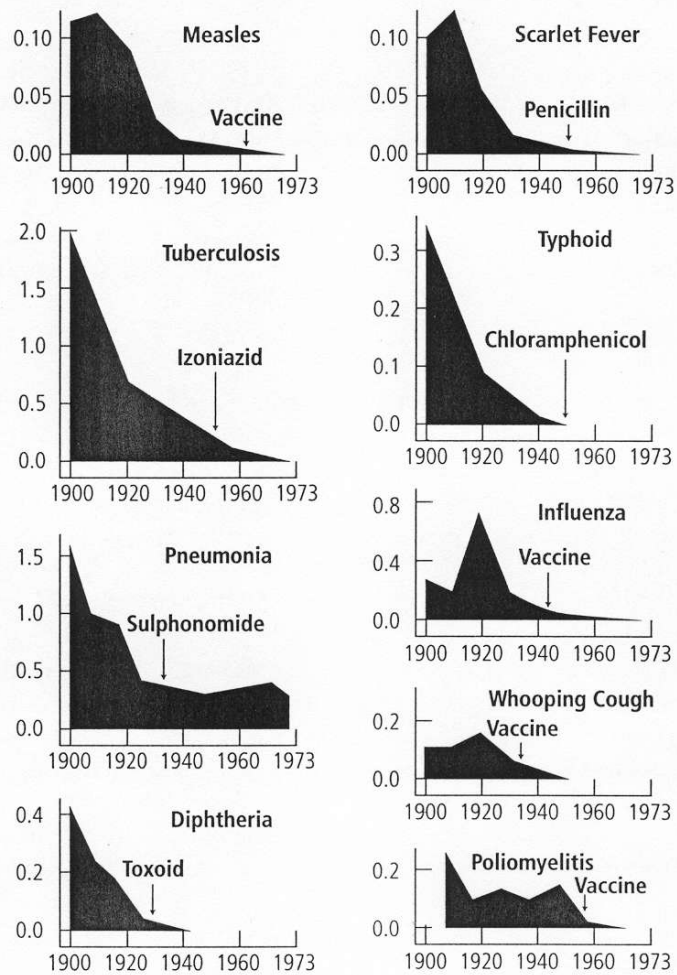


مطالعه ای که در سال 1986 صورت گرفت² نشان داد که در طی سالهای 1900 تا 1973، ورود داروها و فناوری های جدید، تاثیری بسیار اندکی (حداکثر 3.5 درصد) بر کاهش مرگ و میر و بار بیماریهای داشته است. به بیان دیگر همانطور که در دیاگرام زیر در ارتباط با 9 بیماری عفونی عمده مشخص است، مدتها قبل از کشف و بکارگیری داروها و واکسن ها، کاهش مرگ و میر بیماریها شروع شده است و کشف و بکارگیری این داروها و واکسن ها تاثیر محسوسی بر سیر کاهش مرگ و میر نمی گذارد. همانطور که قبلاً اشاره شد قسمت عمده سیر کاهنده مرگ و میر در طی این دوره به واسطه بهبود در شرایط زندگی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می باشد.

¹ Interrupted Time Series

² J.McKinlay, S.McKinlay; Medical Measures and The Decline of Mortality in P.Conrad & R.Kern "The Sociology of Health and Illness" New York 1986

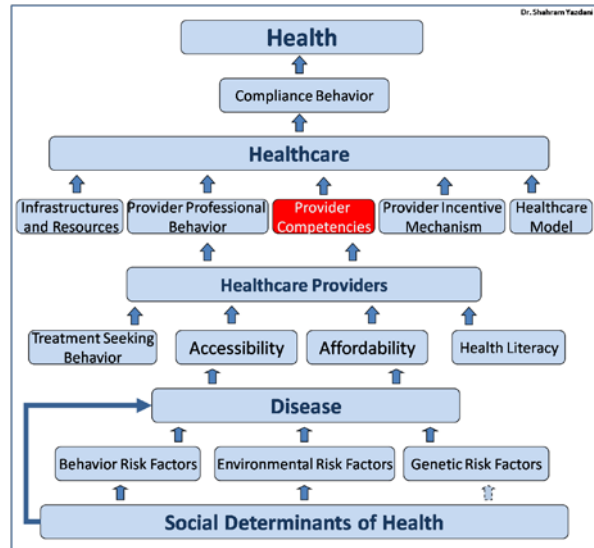
FIGURE 3.1 THE FALL IN THE STANDARDIZED DEATH RATE (PER 1,000 POPULATION) FOR NINE COMMON INFECTIOUS DISEASES IN RELATION TO SPECIFIC MEDICAL MEASURES, UNITED STATES, 1900-1973



Source: McKinlay and McKinlay (1987: 699).

توانایی های ارائه کنندگان خدمات

بطور قطع کیفیت خدمات ارائه شده توسط ارائه کنندگان خدمات سلامت بیش از هر چیز به دانش مهارت و توانایی های آنان بستگی دارد. امروزه، توانایی های مورد انتظار از ارائه کنندگان خدمات سلامت تفاوت های زیادی کرده است. موسسات مختلفی در سطح دنیا توانایی ها و ویژگی های یک پزشک هزاره سوم را فهرست کرده اند. یادگیری مادام العمر¹ و توان بروزسازی دانش و مهارت ها بر اساس نیازهای کاری²، در نظر گرفتن الزامات، محدودیت ها و اولویت های نظام سلامت در تصمیم گیری ها³، توانمندی های مدیریتی و رهبری، و مهارت های ارتباطی و بین فردی بخشی از این توانایی ها محسوب می شود. قسمت عمده این توانایی ها در دانشگاه های علوم پزشکی و در قالب برنامه های آموزشی⁴ منجر به مدرک شکل می گیرد، و باقیمانده این توانایی ها باید در قالب برنامه های آموزش شغلی⁴ (پیش از خدمت⁵ و حین خدمت⁶) تکمیل گردد.



¹ Lifelong Learning

² Practice-based Learning

³ System-based Practice

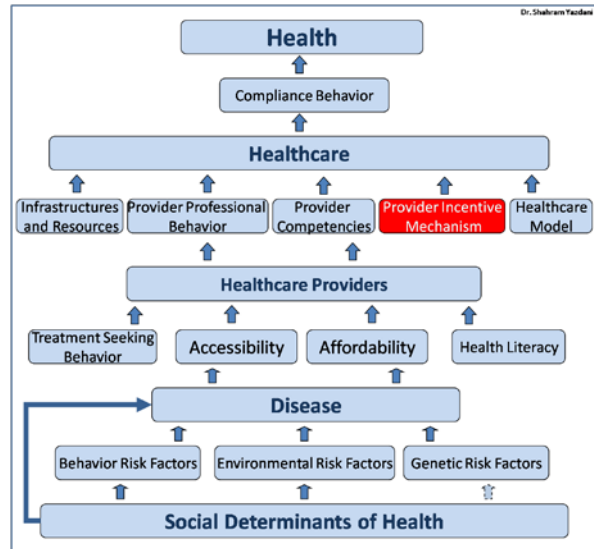
⁴ Vocational Training

⁵ Pre-service

⁶ On-service

سازوکارهای انگیزشی در ارائه‌کنندگان خدمات¹

نظام‌های سلامت برای جهت‌دهی به رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از طیف وسیعی از سازوکارهای انگیزشی استفاده می‌کنند. روش‌های مختلف پرداخت هر یک انگیزه‌های خاصی را در ارائه‌کنندگان خدمات ایجاد می‌کنند. پرداخت کارانه² برای ارائه‌کنندگان خدمات درمانی کیفی انگیزه ایجاد می‌کند ولی برای ارائه‌کنندگان پیشگیرانه و یا صرفه‌جویی مالی انگیزه‌ای ایجاد نمی‌کند. بعکس پرداخت سرانه³ موجب کاهش کمیت و کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده توسط پزشکان می‌شود ولی از سوی دیگر می‌تواند انگیزه صرفه‌جویی مالی و ارائه خدمات پیشگیرانه را افزایش دهد. پرداخت به روش حقوق⁴ معمولاً سبب هیچگونه انگیزه برای ارتقا کیفیت نمی‌شود و البته انگیزه‌ای برای تجویز بیش از حد و بدون



اندیکاسیون خدمات (مانند آنچه در پرداخت کارانه بطور متداول دیده می‌شود) ایجاد نمی‌کند. در کنار روش پرداخت اصلی، سایر پرداخت‌ها (مانند حق‌عائله‌مندی، حق‌فرزند، و حق‌سفر) و روش‌های کمک‌غیرمستقیم مالی (سوبسیدها، و تخفیف‌های کالاها و خدمات) می‌توانند به عنوان سازوکارهای ایجاد انگیزه مورد استفاده قرار بگیرند. در کنار روش‌های مالی مستقیم و غیرمستقیم، معمولاً از روش‌های غیرمالی برای ایجاد انگیزه استفاده می‌شود. در این رابطه طیف وسیعی از روش‌ها، شامل مرخصی تشویقی، انعطاف‌پذیری ساعات کاری، و فرصت‌های تحصیلی می‌تواند برای ایجاد انگیزه مورد استفاده قرار گیرد.

¹ Provider Incentive Mechanism

² Fee for Service

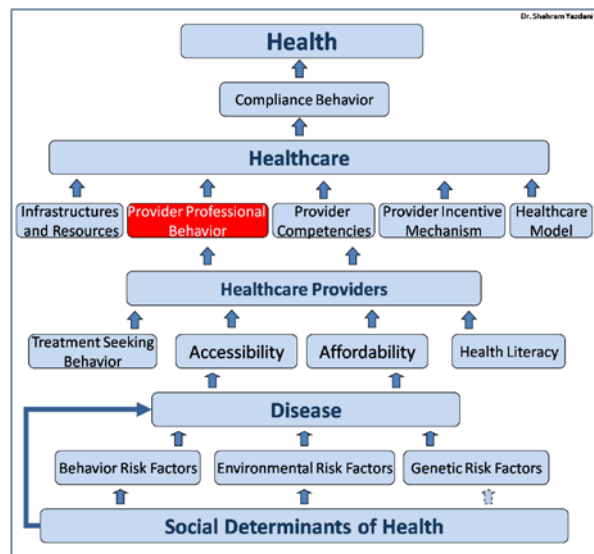
³ Capitation

⁴ Salary

Typology of incentives	
1-Financial	1-1 Pay
	1-2 Other direct financial benefits
	1-2-1 Pensions
	1-2-2 Illness/health/accident /life insurance
	1-2-3 Clothing/accommodation allowance
	1-2-4 Travel allowance
	1-2-5 Child care allowance
	1-3 Indirect financial benefits
	1-3-1 Subsidized meals/clothing/accommodation
	1-3-2 Subsidized transport
1-3-3 Child care subsidy/crèche provision	
2-Non Financial	2-1 Holiday/vacation
	2-2 Flexible working hours
	2-3 Access to/support for training and education
	2-4 Sabbatical, study leave
	2-5 Planned career breaks
	2-6 Occupational health/counselling
	2-7 Recreational facilities

رفتار حرفه ای ارایه کنندگان خدمات

همانطور که اشاره شد، تشویق های مالی و غیر مالی سازوکارهای انگیزشی بیرونی را برای پزشکان تشکیل می دهند. در مقابل، اخلاقیات و حرفه ای گری، سازوکارهای انگیزشی درونی پزشکان را جهت می دهند. مطالعات متعدد تاثیر رفتار حرفه ای بر کیفیت خدمات سلامت را به اثبات رسانده است. رفتار حرفه ای بر سه اصل اولویت قائل شدن برای رفاه بیماران¹، احترام به حق اختیار بیماران²، و عدالت اجتماعی³ استوار شده است. تلاش برای حفظ توانایی های حرفه ای، صداقت نسبت به بیماران، حفظ اسرار بیماران، برقراری و تداوم ارتباط مناسب با بیماران، تلاش برای ارتقا کیفیت خدمات، تسهیل دسترسی بیماران به خدمات، تلاش برای توزیع منابع محدود، پایبندی به شواهد علمی، تلاش برای ایجاد و تداوم اعتماد از طریق مدیریت منافع متعارض، عمل به تعهدات شغلی، سایر زوایای رفتار حرفه ای را تشکیل می دهد.



توجه به رفتار حرفه در برنامه های آموزشی دانشگاهی از طریق آموزش، ارزیابی و بازخورد مداوم به دانشجویان و تدوین و نظارت بر اجرای کدهای اخلاقی و حرفه ای در محیط کار می تواند به شکل گیری اخلاق حرفه ای در دانشجویان و تداوم آن در پزشکان کمک نماید.

Professional behavior
Three fundamental principles
Principle of primacy of patient welfare
Principle of patient autonomy
Principle of social justice
Ten professional responsibilities
Commitment to professional competence
Commitment to honesty with patients
Commitment to patient confidentiality
Commitment to maintaining appropriate relations with patients
Commitment to improving quality of care
Commitment to improving access to care
Commitment to a just distribution of finite resources
Commitment to scientific knowledge
Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest
Commitment to professional responsibilities

¹ Primacy of Patient Welfare

² Patient Autonomy

³ Social Justice

بخش سلامت¹

بخش سلامت شامل تمامی افراد، موسسات، نهادها، منابع، و فعالیت هایی می گردد که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقا سلامت مردم است. کلمه "اولیه" در این تعریف بسیار مهم است. به عنوان مثال بسیاری از موسسات و نهادها در نهایت (و بطور ثانویه) بر روی سلامت مردم تاثیر می گذارند. این موسسات علیرغم تأثیری که بر سلامت مردم می گذارند خارج از بخش سلامت طبقه بندی می شوند.

Extra-sectorial Health Related Activities

Health Sector

بخش سلامت تمام افراد، موسسات، سازمانها، منابع، و فعالیت هایی که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه می باشد، را شامل می گردد مانند:
بیمارستان، مطب، و آزمایشگاه (اعم از دولتی یا خصوصی)، دانشگاه های علوم پزشکی، مراکز پژوهش سلامت، پزشکی، پرستار

فعالیت های برون بخشی مرتبط به سلامت تمام افراد، موسسات، سازمانها، منابع، و فعالیت هایی که هدف اولیه آنها موضوعی بجز حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه است ولی بطور ثانویه بر سلامت جامعه تاثیر می گذارند، مانند:
آموزش و پرورش، سازمان حفظ محیط زیست، رسانه های جمعی، آب و فاضلاب، صنایع غذایی، راه و ترابری

توجه به این موضوع بسیار مهم است که واژه های "اولیه" و "ثانویه" تنها به اولویت هدف "حفظ و ارتقا سلامت" در میان فهرست اهداف این سازمانها و نهادها اشاره دارد و به هیچ وجه دلالت بر اهمیت کمتر عوامل برون بخشی در مقایسه با عوامل درون بخشی ندارد. در واقع مطالعات مختلف نشان داده است که حدود 75 درصد از کل افزایش طول عمر و کیفیت زندگی که جهان در طی سده گذشته تجربه کرده است به سبب عوامل برون بخشی مانند افزایش سواد مردم، افزایش ارتباطات، بهبود کیفیت آب، افزایش ایمنی شغلی و از این قبیل بوده است. این به آن معنی است که تنها 25 درصد از افتخار افزایش طول عمر مردم نسیب بخش سلامت می گردد. چندین مطالعه در کشورهای توسعه نیافته و درحال توسعه نشان داده است که مهمترین عامل موثر بر سلامت در این

¹ Health Sector

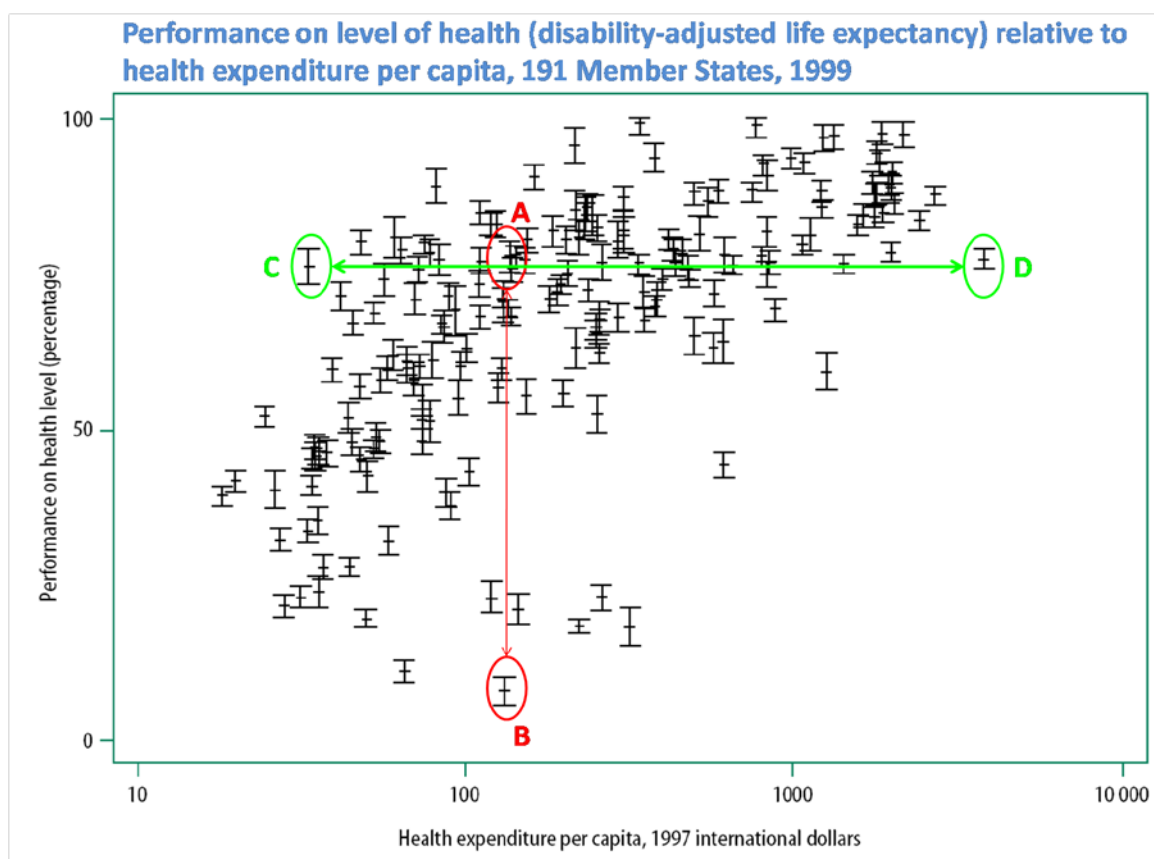
کشورها سطح سواد زنان و دختران در سنین باروری است. به عنوان مثال هر سال افزایش سواد زنان در سنین باروری، مرگ و میر مادران را به میزان 2 در 100,000 کاهش می دهد¹.

مثالهایی از سازمانها و نهادهای درون بخشی و برون بخشی مرتبط به سلامت			
ارتباط با بخش	هدف ثانویه	هدف اولیه	سازمان یا نهاد
درون بخشی	تضمین عدالت و کارایی در تخصیص منابع	حفظ و ارتقا سلامت	معاونت های پشتیبانی دانشگاه ها
درون بخشی	توسعه آموزش عالی	حفظ و ارتقا سلامت	دانشکده های پزشکی
درون بخشی	تولید علم و گسترش مرزهای دانش	حفظ و ارتقا سلامت	مراکز تحقیقات بالینی
درون بخشی	کسب درآمد	حفظ و ارتقا سلامت	آزمایشگاه های تشخیص طبی
درون بخشی	محرومیت زدایی و کمک به اقشار بی بضاعت	حفظ و ارتقا سلامت	درمانگاه های خیریه
درون بخشی	کسب درآمد	حفظ و ارتقا سلامت	مطب های خصوصی
درون بخشی	گسترش و بکارگیری روش های نوین تشخیصی و درمانی	حفظ و ارتقا سلامت	بیمارستان های فوق تخصصی
درون بخشی	قانونگذاری	حفظ و ارتقا سلامت	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس
برون بخشی	کمک به حفظ و ارتقا سلامت	توسعه آموزش عمومی	وزارت آموزش و پرورش
برون بخشی	کمک به حفظ سلامت	توسعه و تضمین تردد، حمل و نقل و دسترسی جاده ای	وزارت راه و ترابری
برون بخشی	کمک به حفظ و ارتقا سلامت	توسعه تولید محصولات کشاورزی	وزارت جهاد کشاورزی
برون بخشی	کمک به حفظ و ارتقا سلامت	اطلاع رسانی، فرهنگ سازی، و سرگرمی	صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

¹ State of the world's children 2004: girls, education and development. New York, United Nations Children's Fund, 2003.

نظام سلامت¹

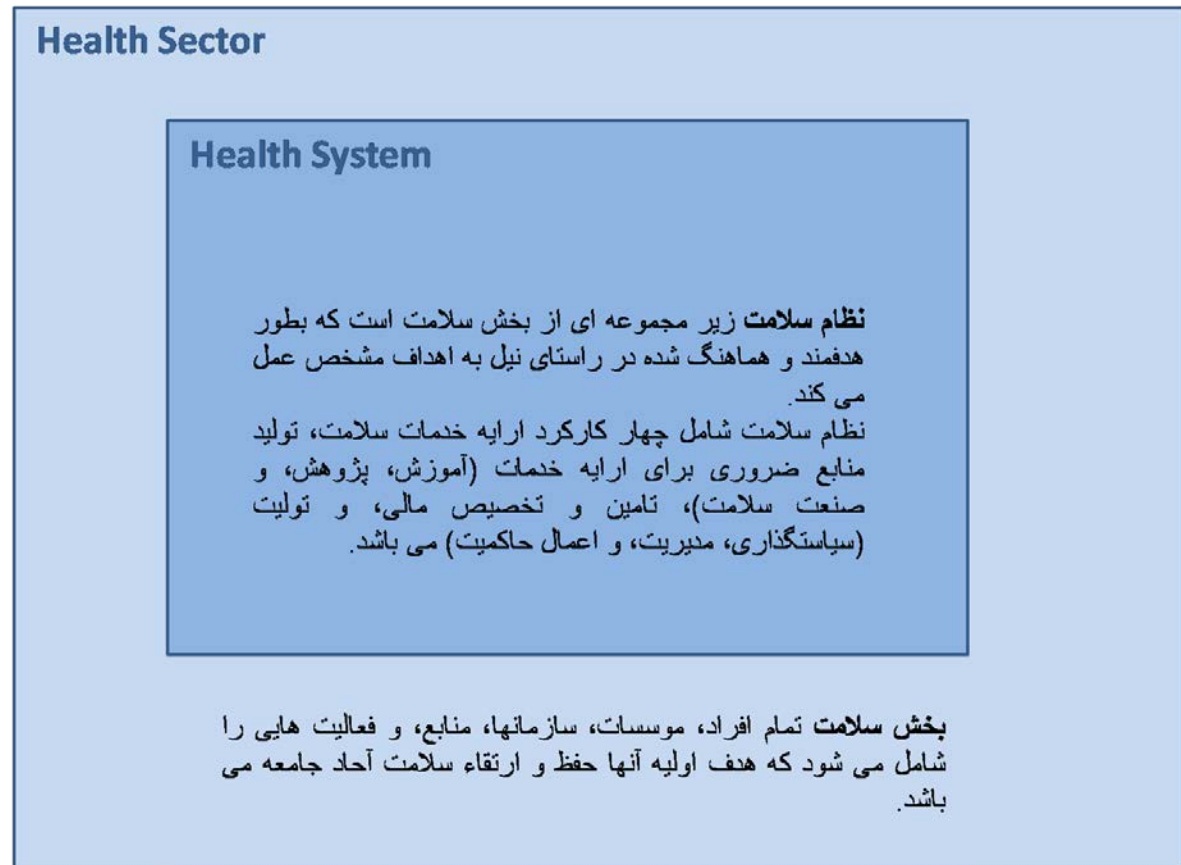
مدیران، و سیاستمداران معمولاً هنگامی که در صدد توجیه وضعیت نابسامان سلامت کشورها برمی آیند، بودجه ناکافی سلامت را به عنوان علت اصلی بیان می کنند. این در حالی است که بررسی سازمان جهانی بهداشت بر روی 191 کشور عضو نشان داده است میان هزینه های سلامت و پیامدهای سلامت کشورهای مختلف ارتباط مستقیمی وجود ندارد. به عنوان مثال سرانه هزینه های سلامت دو کشور A و B برابر (حدود 150 دلار) است در حالیکه پیامدهای سلامت کشور A در حد 75% و پیامدهای سلامت کشور B در حد 10% می باشد. بطور مشابه سطح سلامت دو کشور C و D تقریباً برابر (حدود 70%) است در حالیکه کشور C این دستاورد را تنها با سرانه هزینه سلامت 60 دلار بدست آورده است و کشور D سطح مشابه سلامت را با سرانه هزینه سلامت 6000 دلار (صد برابر تفاوت) کسب نموده است.



حال این سوال مهم مطرح می گردد که چه عاملی سبب می شود تا یک کشور بتواند با هزینه سلامت کمتر پیامدهای سلامت بهتری را کسب نماید. مطالعاتی که در طی دهه آخر قرن بیستم صورت گرفت نشان داد که اختلاف در عملکرد نظام های سلامت می تواند تا حد زیادی این تفاوت

¹ Health System

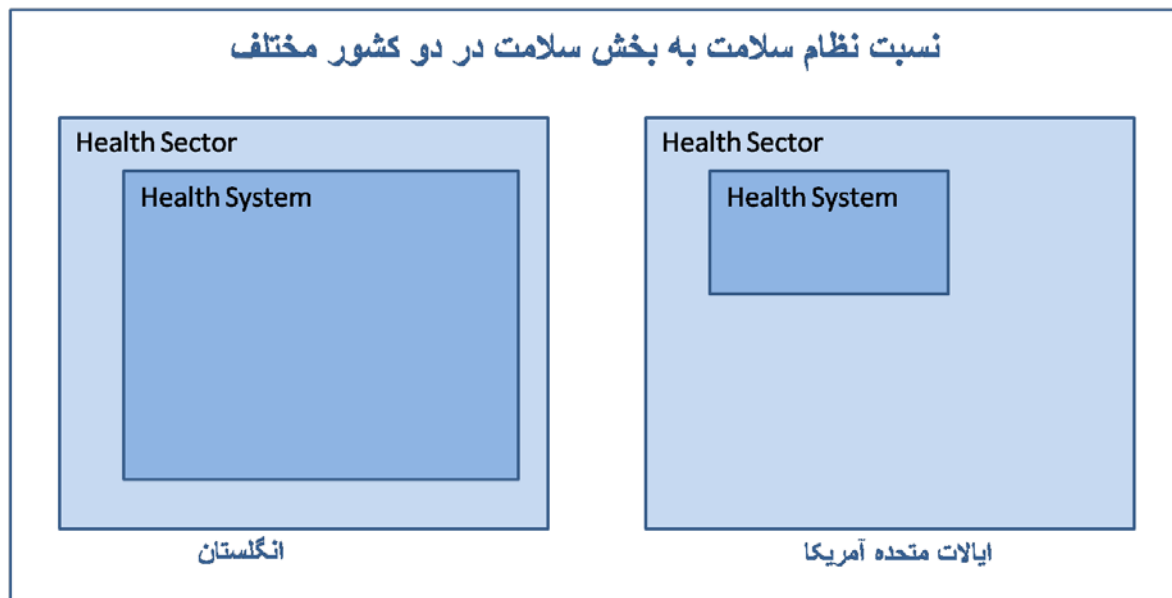
را توجیه نماید. **نظام سلامت** به زیرمجموعه ای از بخش سلامت اطلاق می گردد که بطور هماهنگ در جهت نیل به اهداف از پیش تعیین شده عمل می کند. اهداف اصلی نظام سلامت شامل ارتقاء سطح سلامت جامعه، افزایش سطح رضایتمندی آحاد جامعه، به حداقل رساندن بی عدالتی در جامعه، و محافظت از بیماران و خانواده آنان در مقابل فشارهای مالی ناشی از بیماری می باشد.



بسادگی می توان دریافت که همه کشورهای جهان دارای بخش سلامت هستند ولی وجود و عدم وجود و یا وسعت نظام های سلامت در کشورهای مختلف به میزان هماهنگی و هدفمندی اجزاء مختلف بخش سلامت بستگی دارد. به عنوان مثال در بعضی از کشورها مانند کشور انگلستان تقریباً تمام عناصر بخش سلامت در راستای سیاست های ملی عمل می کنند و به بیانی دیگر می توان گفت در این کشور نظام سلامت تقریباً بر روی بخش سلامت منطبق می گردد، و در بعضی کشورها مانند ایالات متحد آمریکا اغلب عناصر بخش سلامت بصورت خودمختار و مستقل از سایر عناصر عمل می کنند و زیرمجموعه هماهنگ و هدفمند بخش سلامت (همان نظام سلامت) بسیار کوچکتر از بخش سلامت می باشد.

در نگاه اول ممکن است بنظر برسد که قسمت دولتی بخش سلامت، نظام سلامت را تشکیل می دهد. ولی این استنباط صحیح نمی باشد زیرا در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته و درحال توسعه، حتی قسمت دولتی بخش سلامت از هماهنگی و هدفمندی لازم برخوردار نمی باشند و نمی توان واژه نظام سلامت را برارزنده آنها دانست. و به عکس در کشوری مانند سوئیس علیرغم

آنکه خدمات سلامت و بیمه های سلامت خصوصی می باشند، اعمال حاکمیت دولت در بخش خصوصی توانسته است هماهنگی مثال زدنی در آن ایجاد کند که زینده و اثره نظام سلامت می باشد.



تحقق اهداف نظام سلامت نیازمند چهار کارکرد اصلی ارائه خدمات، تولید منابع، تامین و تخصیص مالی، و تولید می باشد. از میان این کارکردها، نظام سلامت بیش از همه با کارکرد ارائه خدمات شناخته می شود. اما در غیاب تولید منابع مورد نیاز، ارائه خدمات امکانپذیر نخواهد بود. از سوی دیگر ارائه خدمات و تولید منابع هر دو نیازمند تامین و تخصیص مالی می باشند. اما کارکردی که بیش از سایرین به نظام سلامت هویت می بخشد، کارکرد تولید می باشد زیرا هماهنگی و هدفمندی فعالیت ها و خدمات در نظام سلامت نیازمند کارکرد تولید می باشد. به بیان دیگر کیفیت نظام های سلامت در گروی کیفیت کارکرد تولید می باشد.

کارکردهای نظام سلامت	زیرکارکرد ↴	توضیح
تولیت ¹	سیاستگذاری ²	استفاده از درونداد مناسب شواهد علمی و الزامات منحصر بفرد بومی و بکارگیری نظرات کارشناسان و نخبگان بخش سلامت برای تدوین سیاست های کلان سلامت
	حاکمیت درونبخشی ³	وضع استانداردهای عملکرد، پایش عملکرد، و بکارگیری ابزارهای ترویجی، تشویقی، و تنبیهی جهت همراستا کردن فعالیتهای <u>درون</u> بخش سلامت با سیاستهای سلامت
	رهبری برون بخشی ⁴	تاثیر گذاری بر آرا و رفتارهای افراد و نهادهای مرتبط در خارج از بخش سلامت از طریق تحلیل ذینفعان، جلب حمایت، رفع اختلافات، و طراحی فعالیت های مشترک جهت همراستا کردن فعالیتهای <u>برون</u> بخش سلامت با سیاستهای بالادستی
تامین ⁵ مالی	جمع آوری درآمد ⁶	بکارگیری ترکیب مناسبی از سازوکارهای کسب درآمد مانند مالیات و حق بیمه، بمنظور تامین مالی خدمات سلامت
	انباشت درآمدها ⁷	تعبیه سوبسید از افراد غنی به افراد فقیر و سوبسید از افراد سالم به افراد بیمار از طریق سازوکارهای بیمه ای مناسب
	خرید خدمات ⁸	اتخاذ یک رویکرد فعال و راهبردی در خرید خدمات از طریق انتخاب خدمات مناسب، ارایه کنندگان مناسب، و سازوکار پرداخت مناسب
تولید منابع ⁹	پژوهش	تولید دانش ضروری برای تصمیم گیری در سطوح مختلف نظام سلامت
	آموزش	انتقال دانش، نگرش و مهارت های لازم به فراگیران جهت آماده سازی آنان بعنوان ارایه کنندگان خدمات سلامت
	صنعت دارو، و تجهیزات	تولید داروها، تجهیزات، و مواد مصرفی پزشکی
ارایه	توسعه زیرساخت ها	تولید سازه های ساختمانی، شبکه های ارتباطی، نظام های مدیریتی
	ارایه خدمات بالینی	ارایه خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی، و بازتوانی در سطح افراد
	ارایه خدمات بهداشت عمومی	ارایه خدمات آموزش و ترویج سلامت در سطح جامعه
	ارایه خدمات حمایتی اجتماعی	مداخله برای تعدیل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سطح فرد و جامعه

¹ Stewardship

² Policymaking

³ Intrasectoral Governance

⁴ Extrasectoral Leadership

⁵ Finance

⁶ Revenue Collection

⁷ Pooling

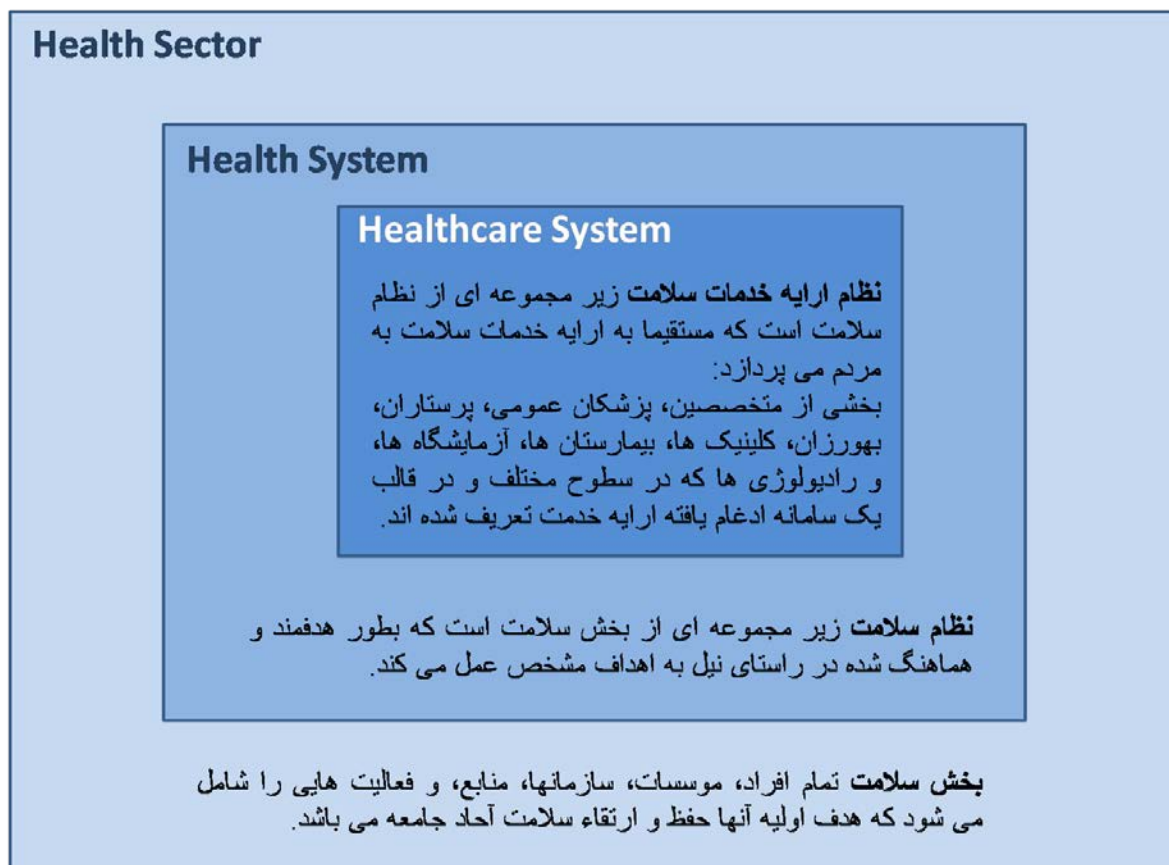
⁸ Purchasing

⁹ Creation of Resources

¹⁰ Provision of Services

نظام مراقبت های سلامت¹

نظام مراقبت های سلامت زیر مجموعه ای از نظام سلامت است که مستقیماً به ارائه طیف وسیعی از خدمات سلامت می پردازد. وظیفه نظام مراقبتهای سلامت آنست که بیمار مناسب، در زمان مناسب، و در مکان مناسب، خدمت مناسب را توسط ارائه کننده مناسب دریافت نماید.



- نظام های مراقبت سلامت بر اساس میزان نقش آفرینی دولتها به پنج سطح طبقه بندی می شوند:
- در نظام های مراقبت سلامت مبتنی بر بازار آزاد مالکیت تمامی تسهیلات و امکانات سلامت خصوصی می باشد، انتفاع مالی و ایجاد ارزش افزوده اقتصادی هدف اصلی نظام مراقبت محسوب می شود. خدمات سلامت مانند سایر کالاها خرید و فروش می شوند. و پزشکان مانند سایر مشاغل، بازرگان، و کارآفرین تلقی می شوند.
- در نظام های مراقبت سلامت تکثرگرا، انتفاع مالی و ایجاد ارزش افزوده اقتصادی هدف مهمی برای نظام مراقبت محسوب می شود. ولی با اعتقاد به عدم کارایی بازار سلامت²، دولتها دخالت حداقلی را جهت تضمین شرایط پایه بازار اعمال می کنند. واژه های مراقبت های مدیریت شده³،

¹ Healthcare System

² Market Failure

³ Managed Care

بازار مدیریت شده¹، و رقابت مدیریت شده²، برای توصیف این نظام های مراقبت سلامت استفاده می شوند. مالکیت اغلب تسهیلات و امکانات سلامت خصوصی می باشد، خدمات سلامت کالاها تلقی می شوند اما دولت برای خرید این کالاها شرایط خاصی را فراهم می سازد. پزشکان کارآفرینان تلقی می شوند ولی شرایط کاری آنها توسط دولت با محدودیت هایی همراه است. مثال بارز این نظام های مراقبت سلامت، نظام ارایه خدمات ایالات متحده آمریکا است.

- در **نظام های مراقبت سلامت مبتنی بر بیمه و تامین اجتماعی**، خدمات سلامت، خدماتی محسوب می شوند که برخورداری از آنها توسط دولت تضمین شده است. دولت نه از طریق ارایه خدمات سلامت، بلکه از طریق استقرار چتر فراگیر بیمه سلامت دولتی، و یا بیمه تامین اجتماعی، برخورداری از خدمات سلامت را تضمین می نماید. مالکیت تسهیلات و امکانات سلامت تلفیقی از دولتی و خصوصی می باشد. نمونه الگوی نظام های مراقبت سلامت مبتنی بر بیمه و تامین اجتماعی کشور فرانسه می باشد.

- در **نظام ملی خدمات سلامت** که به آن **طبّ ملی** نیز اطلاق می گردد، دولت با استقرار شبکه دولتی ارایه خدمات سلامت، پزشکان را در قالب قراردادی بکار می گیرد، و به این ترتیب وارد عرصه ارایه خدمات سلامت می شود. این شبکه ننتها برخورداری از خدمات سلامت برای اقشار آسیب پذیر را تضمین می کند، بلکه در رقابت با بخش خصوصی و با ارایه خدمات سلامت ارزان و با کیفیت سبب کنترل قیمت و بهبود کیفیت خدمات در بخش خصوصی می گردد. مالکیت بخش عمده ای از تسهیلات و امکانات سلامت دولتی می باشد. نمونه الگوی نظام ملی خدمات سلامت کشور انگلستان می باشد.

- در **نظام های سوسیالیستی خدمات سلامت**، دولت بطور مستقیم و از طریق پزشکان استخدامی خود به ارایه خدمات سلامت می پردازد. در این مدل ارایه خدمات، بخش خصوصی سلامت وجود ندارد و پزشکان در ازای دریافت حقوق ماهیانه از دولت، به ارایه خدمات رایگان به مردم می پردازند. نظام سوسیالیستی خدمات سلامت، مدل غالب ارایه خدمات سلامت در کشورهای اروپای شرقی می باشد.

¹ Managed Market

² Managed Competition

مدلهای نظام مراقبت های سلامت					
نقش دولت	شیوه پرداخت به پزشکان	جایگاه تشکیلات صنفی	مالکیت تسهیلات سلامت	نگاه به خدمات سلامت	
حداقل	پرداخت مستقیم	بسیار قوی	خصوصی	کالای شخصی	مدل بازار آزاد ¹
کم و غیر مستقیم	مستقیم، یا حق بیمه خصوصی	بسیار قوی	بطور عمده خصوصی	کالای شخصی	مدل بازار متکثر و مدیریت شده ²
محوری ولی غیر مستقیم	بطور عمده غیر مستقیم از طریق حق بیمه دولتی	قوی	خصوصی و دولتی	کالای مصرفی تضمین شده از سوی دولت	مدل مبتنی بر بیمه و تامین اجتماعی ³
محوری و مستقیم	بطور عمده غیر مستقیم از طریق مالیات	قدرت متوسط	بطور عمده دولتی	خدمات حمایت شده از سوی دولت	مدل نظام ملی خدمات سلامت ⁴
مطلق	کاملا غیر مستقیم از طریق مالیات	قدرت کم	کاملا دولتی	خدمات رایج شده از سوی دولت	مدل سوسیالیستی ⁵

الگوهای تلفیقی از مدل‌های فوق بطور متداول در کشورهای مختلف مشاهده می‌شود. در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز الگوی نظام مراقبت های سلامت یک الگوی تلفیقی می‌باشد که مدل غالب آن، **نظام ملی خدمات سلامت (NHS)** می‌باشد. ولی به موازات آن بیمه های سلامت دولتی و بیمه های تامین اجتماعی از پوشش گسترده ای برخوردار می‌باشد.

¹ Emergent Free Market
² Pluralistic Managed Care
³ Insurance & Social Security
⁴ National Health Services
⁵ Socialized Healthcare

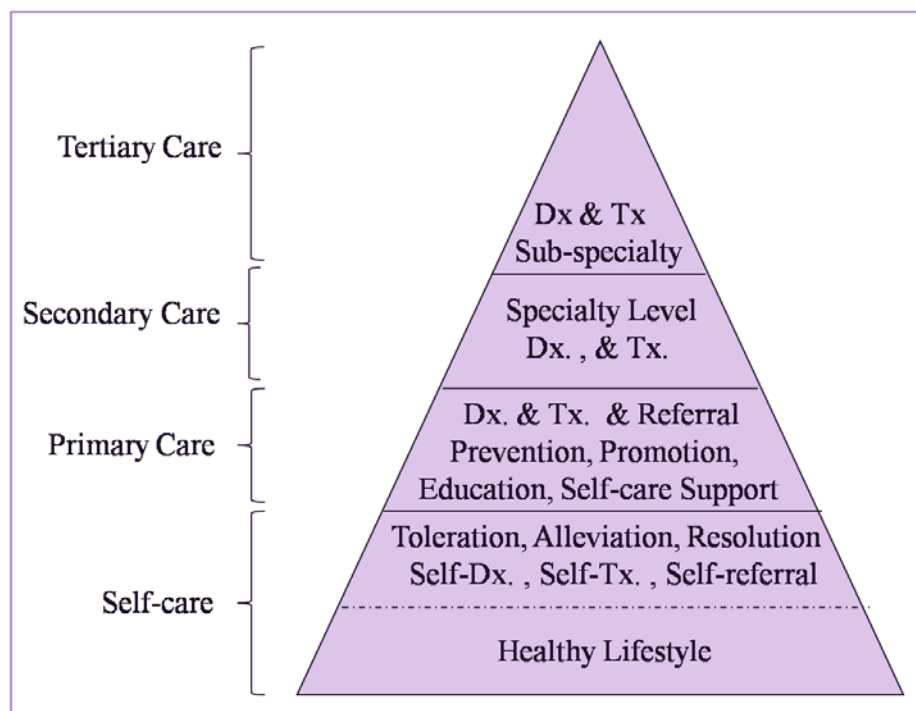
نظام مراقبت های اولیه سلامت

بطور سنتی خدمات ارائه شده در نظام سلامت را در سه سطح مراقبت های اولیه¹، مراقبت های ثانویه²، و مراقبت های ثالثیه³ طبقه بندی می کنند. لرد داوسون⁴ در گزارش تاثیرگذار خود در سال 1920 برای اولین بار لزوم تفکیک سه سطح نظام ارائه خدمات برای برآورده ساختن نیازهای مختلف بیماران را یادآور شد:

مراقبت های اولیه یا سطح اول در ارتباط با مشکلات شایع سلامت (مانند گلودرد، پرفشاری خون، یا پیچ خوردگی مچ پا) و اقدامات پیشگیرانه (مانند واکسیناسیون) 80 تا 90 درصد از مراجعات بیماران به پزشک را تشکیل می دهد.

مراقبت های ثانویه یا سطح دوم در ارتباط با بیماریهایی می باشد که نیازمند خدمات پیچیده تر تخصصی هستند (درمان بستری نارسایی حاد کلیه).

مراقبت های ثالثیه یا سطح سوم در راس هرم خدمات قرار می گیرند. این مراقبتها در ارتباط با مشکلات یا بیماریهای نادر و پیچیده ای مانند تومور هیپوفیز و مالفورماسیون های مادرزادی ارائه می شوند.



¹ Primary Health Care (PHC)

² Secondary Health Care

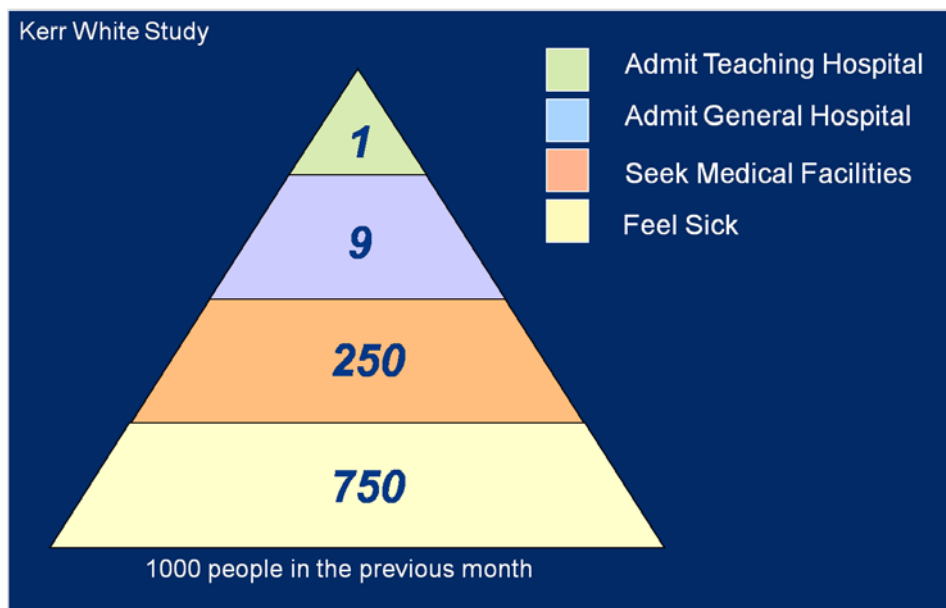
³ Tertiary Health Care

⁴ Bertrand Edward Dawson (1864 –1945)

تعریف مراقبت های اولیه¹: مراقبت های اولیه گستره ای از خدمات را شامل می شود که به منظور حفظ تندرستی و سلامت مردم ارائه می شود و از ترویج بهداشت و غربالگری بیماریها تا ارزیابی، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران و همچنین ارائه خدمات اجتماعی به افراد را شامل می گردد. این خدمات سطح اول تماس افراد با نظام سلامت را تشکیل می دهند و افراد می توانند از طریق مراجعه شخصی² بطور کامل به آنها دسترسی پیدا کنند. تأکید مراقبتهای اولیه بر جلب همکاری افراد و گروههای اجتماعی جهت ارتقاء سلامت فردی و اجتماعی است.

اکولوژی مراقبت های سلامت: هر شهروند انگلیسی بطور متوسط در طی سال 5 بار توسط پزشک عمومی خود ویزیت می شود و کل زمان ملاقات پزشک و بیمار در طی سال در انگلستان بطور متوسط 47 دقیقه می باشد. شایعترین علل مراجعه به پزشکان عمومی مشکلات تنفسی، بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای عضلانی و مفاصل، بیماریهای پوست و بیماریها گوارشی است.

مطالعه کر وایت³ در دهه شصت، اهمیت نظام مراقبت های اولیه را مشخص نمود. این پژوهشگر شیوع بیماری در یک جمعیت 1000 نفری در طی یک ماه را بررسی نمود. در طی این مدت 750 نفر احساس ناخوشی داشتند. 250 نفر به پزشک مراجعه کردند. 9 نفر در بیمارستان بستری شدند. و تنها یک نفر در یک بیمارستان دانشگاهی سطح سوم بستری گردید.



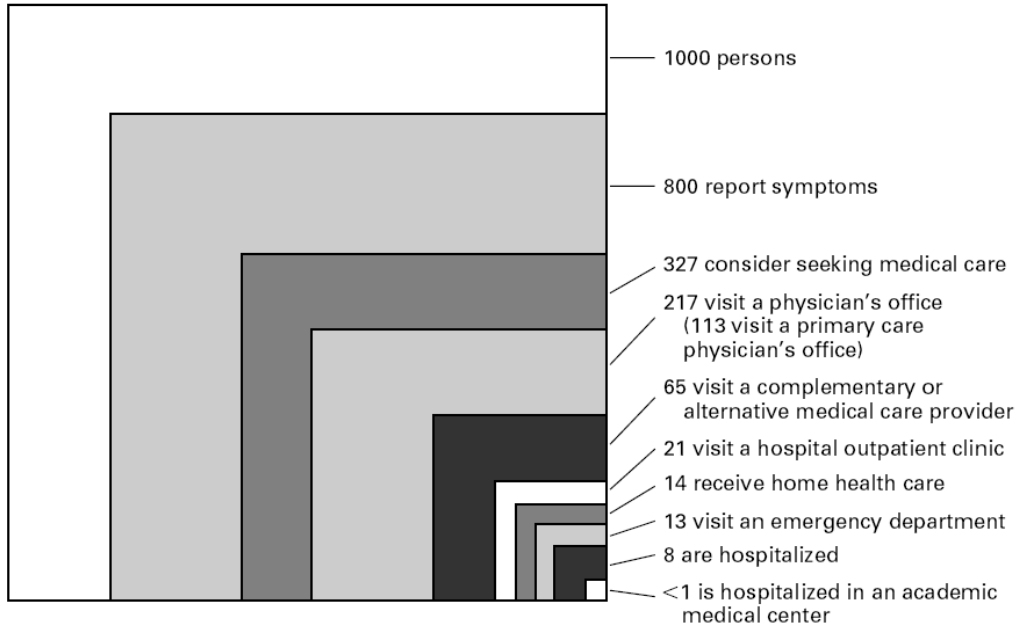
چهار دهه پس از مطالعه وایت، لری گرین مطالعه مشابهی در ارتباط با اکولوژی مراقبت های سلامت انجام داد.⁴ نتایج این مطالعه نیز بر اهمیت مراقبت های اولیه در رفع آلام و مشکلات مردم صحه گذاشت¹.

¹ Primary Health Care

² Self-referral

³ White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. N Engl J Med 1961;265:885-92..

⁴ Larry Green; The Ecology of Health Care Revisited, N Engl J Med, Vol. 344, No. 26 • June 28 , 2001 , www.nejm.org



متعاقبا بررسی های متعددی به بررسی تعداد² و ترکیب³ موارد مراجعه کننده به پزشکان عمومی و خانواده پرداختند که همگی نشان دادند تعداد کمی از بیماریها بخش اعظم بار مراجعات را تشکیل می دهند⁴.

¹ مطالعه لری گرین همچنین استقبال مردم از طب جایگزین و مکمل را نشان داد به نحوی که از جمعت 1000 نفری مورد بررسی 62 نفر تنها در طی یک ماه برای دریافت این خدمات مراجعه کرده بودند.

² Case Count

³ Case Mix

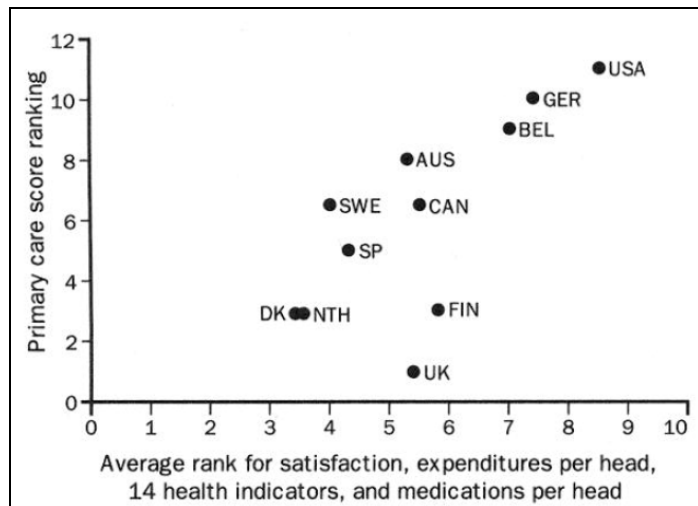
⁴ مطابق قانون پارتو (Pareto Principle) در مدیریت 20 درصد موارد مشکل آفرین، 80 درصد بار مشکلات را رقم می زنند. بنظر می رسد این قانون در اکولوژی مراقبتهای سلامت نیز صادق باشد.

Persons Per Year Seeking Care in a GP Practice (Registered Population of 2500) ¹		
Persons Per Year		
Minor illness		
General disorders		
Upper respiratory infections		600
Skin disorders		325
Emotional problems		300
Gastrointestinal disorders		300
Accidents		200
Specific disorders		
Acute tonsillitis		100
Acute otitis media		75
Acute urinary infections		50
"Acute back" syndrome		50
Migraine headache		25
Hay fever		25
Preventive care needs		
(e.g. Immunization, check-up)		300
Major illness		
Pneumonia		20
Severe depression		10
Acute myocardial infarction		8
Acute appendicitis		5
Acute strokes		5
New cancers		5
Lung	2 per year	
Breast	1 per year	
Large bowel	2 every 3 years	
Stomach	1 every 2 years	
Prostate	1 every 2 years	
Cervix	1 every 4 years	
Brain	1 every 10 years	
Lymphoma	1 every 15 years	
Thyroid	1 every 20 years	
Chronic illness		
Chronic arthritis		100
Chronic psychiatric problems		60
High blood pressure		50
Obesity		40
Chronic bronchitis		35
Chronic heart failure		30
Cancers (new and old)		30
Asthma		25
Peptic ulcers		20
Coronary artery disease		20
Cerebrovascular disease		15
Epilepsy		10
Diabetes		10
Thyroid disease		7
Parkinsonism		3
Multiple sclerosis		1
Chronic renal disease		less than 1

¹ Fry J: Primary care. In: Fry J (ed): *Primary Care*. London, William Heinemann, 1980

اهمیت مراقبت‌های اولیه: در مراقبت‌های اولیه با مشکلات سلامت در پائینترین سطح از پیچیدگی برخورد می‌شود. مراقبت‌های اولیه اولین نقطه تماس مردم با خدمات سلامت و خدمات اجتماعی - فردی¹ هستند و به همین لحاظ بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد، درآمد، و مشکلات سلامت و اجتماعی باید برای تمام افراد قابل دسترس باشند. مراقبت‌های اولیه بخشی از نظام ارائه خدمات را شامل می‌شوند که ارائه هماهنگ و ادغام یافته مراقبت‌های سلامت و مراقبت‌های اجتماعی - فردی را جهت به حداکثر رساندن منافع مشتریان تضمین می‌نماید. منافعی که شامل کیفیت بهتر خدمات، پیامدهای سلامت مطلوب، هزینه - اثربخشی خدمات و در مجموع وضعیت سلامت بهینه می‌شود.

مراقبت‌های اولیه سطحی از نظام مراقبت‌های سلامت است که دستیابی به عدالت²، اثر بخشی³ و کارایی⁴ خدمات سلامت را امکانپذیر می‌کند. مراقبت‌های اولیه قلب یک نظام مراقبت‌های سلامت منطقی⁵ و اثر بخش را تشکیل می‌دهد. یک نظام مراقبت‌های اولیه قوی و منسجم پیامدهای سلامت را ارتقاء می‌بخشد (شامل شاخصهای دسترسی به خدمات، مجموع هزینه های مراقبت‌های سلامت، مصرف سرانه دارو، شاخص رضایت مردم از نظام سلامت) در حالیکه یک نظام سلامت با گرایش شدید تخصصی در بسیاری از موارد از دستیابی به پیامدهای سلامت ناکام باقی می‌ماند و این ارتباط حتی پس از تعدیل بر اساس سایر عوامل تأثیر گذار بر سلامت پا بر جا باقی می‌ماند⁶. در شکل زیر ارتباط رتبه کشور از نظر PHC با رتبه پیامدهای سلامت کشور در 12 کشور توسعه یافته با یکدیگر مقایسه شده است (رتبه 1 بهترین و رتبه 12 بدترین است). همانطور که مشاهده می‌کنید رتبه پیامدهای سلامت در کشورهایی مانند دانمارک و هلند که PHC قوی دارند، به طور قابل ملاحظه ای بهتر از کشورهایی مانند آمریکا، آلمان و بلژیک که PHC ضعیف دارند می‌باشد⁷.



¹ Personal Social Services

² Equity

³ Effectiveness

⁴ Efficiency

⁵ Rational

⁶ Barbara Starfield; Policy relevant determinants of health, Health Policy 60 (2002) 201-218

⁷ Barbara Starfield; Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, 2006 Johns Hopkins University; New York University

همچنین شاخص های سلامت حین تولد و دوران طفولیت در کشورهای با نظام ارایه مراقبت های اولیه قوی بسیار مطلوبتر از کشورهای فاقد آن می باشد.

ارتباط PHC با رتبه کشورها در پیامدهای سلامت کودکان (رتبه 1 بهترین است)					
مرگ و میر کودکان	مرگ و میر پس از نوزادی	مرگ و میر نوزادی	وزن کم حین تولد		
8/8	11/5	7/8	9/5	کشورهای با PHC ضعیف	آمریکا، آلمان، فرانسه، بلژیک
				کشورهای با PHC متوسط	استرالیا، کانادا، سوئد، ژاپن
				کشورهای با PHC قوی	دانمارک، فنلاند، هلند، اسپانیا، انگلستان

ویژگی های مراقبت های اولیه سلامت: مراقبت‌های اولیه، رویکردی برای سازماندهی مراقبت‌ها به افراد و جمعیت‌های مختلف است. مراقبت‌های اولیه چیزی بیش از خدماتی است که در مطب یک پزشک ارائه می‌شود. بسیاری از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت¹ خدماتی را ارائه می‌کنند که بعضاً مراقبت‌های اولیه محسوب می‌شوند. ولی ارائه‌یک یا چند خدمت از خانواده مراقبت‌های اولیه سبب نمی‌شود که این ارائه‌کنندگان به عنوان ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه² طبقه بندی شوند. برای آنکه یک ارائه‌کننده خدمات سلامت در گروه ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه طبقه بندی شود، باید از ویژگی های خاصی برخوردار باشد. استارفیلد³ هفت ملاک اصلی را برای مراقبت‌های اولیه مشخص نموده است:

- 1 - پیوسته⁴: ارتباط مداوم با افراد و خانواده ها در طول زمان در وضعیت سلامت و بیماری
- 2 - تماس اول⁵: امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خود-ارجاعی⁶
- 3 - فراگیر⁷: پوشش طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
- 4 - هماهنگ⁸: اعضای درگیر در مراقبت‌های اولیه سلامت بطور هدفمند و هماهنگ با یکدیگر و همچنین همچنین با ارائه‌کنندگان خدمات سطوح دوم و سوم عمل می‌کنند.
- 5 - جامعه نگر⁹: ارائه‌کنندگان مراقبت های اولیه سلامت، تنها در ارتباط با سلامت افراد، بلکه در برابر سلامت جوامع مسئولیت می‌پذیرند.
- 6 - خانواده محور¹⁰: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تاثیر خانواده بر سلامت افراد و همچنین تاثیر بیماری افراد بر وضعیت خانواده آنان در نظر گرفته می‌شود.
- 7 - توانا برای مواجهه با فرهنگ های مختلف¹¹: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تاثیر ارزشها، باورها، هنجارها، و فرهنگ های مختلف بر تجربه افراد از سلامت، بیماری، و دریافت خدمات بالینی مورد تاکید قرار می‌گیرد.

پس از استارفیلد، صاحب‌نظران دیگر، این ویژگی ها را به طبابت عمومی یا طبابت خانواده تعمیم دادند. در فصول آتی این کتاب ویژگی های فوق بطور مبسوط شرح داده خواهد شد.

¹ Health Care Provider

² Primary Health Care Provider

³ Starfield

⁴ Continous

⁵ First Contact

⁶ Self-referral

⁷ Comprehensive

⁸ Coordinated

⁹ Community Oriented

¹⁰ Family Centered

¹¹ Culturally Competent

ارایه کنندگان مراقبتهای سلامت: مراقبتهای اولیه در حال حاضر شامل آندسته از خدمات می گردد که توسط افراد زیر ارایه می شود:

General & Family Practitioners	پزشکان عمومی و خانواده	1
Public Health Nurses	پرستاران بهداشت عمومی	2
General Nurses ¹	پرستاران عمومی	3
Social Workers	مددکاران اجتماعی	4
Practice Nurses	پرستاران درمانگر	5
Midwives	ماماها	6
Community Mental Health Nurses	پرستاران سلامت روانی جامعه	7
Dieticians	متخصصین تغذیه	8
Dentists	دندانپزشکان ²	9
Community Welfare Officers	هماهنگ کننده های خدمات رفاهی	10
Physiotherapist	فیزیوتراپ ها	11
Chiropodists	پزشکان مراقبت از بیماریهای پا	12
Community Pharmacists	داروسازان جامعه نگر	13
Psychologists	روانشناسان	14

نظام های ارایه مراقبتهای اولیه معمولاً ترکیبی از افراد فوق را به عنوان تیم ارایه مراقبتهای اولیه تعریف می کنند و هر یک از این تیم ها را مسئول پوشش خدمات جمعیتی مشخص می کنند.

نظام مراقبتهای اولیه: به واسطه اهمیت کلیدی مراقبتهای اولیه سلامت، در بسیاری از کشورها این مراقبتها به صورت یک سامانه منسجم و هماهنگ تعریف می شوند که از آن تحت عنوان نظام ارایه مراقبت های اولیه سلامت³ یاد می شود. بیانیه آلماتا در سال 1978 زمینه مساعدی را جهت ارتقاء سلامت از طریق ترویج مراقبتهای اولیه فراهم نمود. در این بیانیه بر تعریف فراگیر سلامت، نقش دولت ها در تامین سلامت به عنوان یک حق قابل مطالبه از سوی آحاد جامعه، و اهمیت PHC در تامین عادلانه سلامت تاکید شد و سران کشورهای شرکت کننده هم پیمان شدند تا اهداف بیانیه را تا سال 2000 محقق گردانند. پس از این بیانیه در بسیاری از کشورها نظام ارایه خدمات سلامت با محوریت نظام مراقبت های اولیه سلامت سازماندهی گردید.

¹ از آنجایی که اغلب دوره های آموزش پرستاران، با تاکید بر مراقبتهای پرستاری در بیمارستان (Hospital Nurse) طراحی شده اند، اخیراً پرستاران تمایز یافته برای ارایه خدمت در نظام مراقبتهای اولیه سلامت در عرصه روستایی با عنوان پرستار جامعه (Community Nurse) و در عرصه های شهری با عنوان پرستار خانواده (Family Nurse) تربیت می شوند.

² در برخی از کشورها، دندانپزشکان با اختیارات بسط یافته به عنوان دندانپزشک خانواده (Family Dentist) خدمت می کنند.

³ Primary Health Care System



مدلهای سازماندهی سطوح خدمات: در پاره ای از کشورها مانند کشور انگلستان، نظام ارایه خدمات کاملاً ساختارمند می باشد، سطح بندی مشخصی برای خدمات در سطوح سه گانه وجود دارد¹، و ارتباط میان سطوح سه گانه خدمات سلامت بصورتی هماهنگ برقرار می گردد، و جریان بیماران در طول این سه سطح از طریق سازوکار ارجاع² کاملاً قاعده مند و تحت کنترل می باشد. در این مدل برنامه ریزی پزشکان و بیمارستانها با تمرکز بر جمعیت های تعریف شده³ و یا مناطق جغرافیایی⁴ خاص صورت می گیرد و در هر منطقه جغرافیایی (ایالت، یا استان) پرسنل، تسهیلات فیزیکی، و امکانات مشخصی در هر یک از سه سطح خدمات سلامت مهیا می گردد⁵. به عنوان مثال در انگلستان یک پزشک برای هر 5,000 تا 50,000 نفر جمعیت، یک بیمارستان کوچک عمومی برای هر 50,000 تا 500,000 نفر جمعیت، و یک بیمارستان تخصصی برای هر 500,000 تا 5,000,000 نفر جمعیت ارایه خدمت می نماید. تاکید اصلی این شکل از نظام ارایه خدمات بر مراقبت های اولیه سلامت (PHC) است و به همین علت در این کشورها، پزشکان عمومی و یا پزشکان خانواده بخش عمده ای از پزشکان را تشکیل می دهند (در انگلستان 65% پزشکان، عمومی هستند). در این کشورها پزشکان عمومی و خانواده تنها به ارایه مراقبتهای سرپایی (غیر بستری) می پردازند. پزشکان عمومی یا خانواده نقش هماهنگ

¹ Stratification of Services

² Referral System

³ Defined Population

⁴ Catchment Area

⁵ Dawson Model of Regionalized Healthcare

کننده خدمات ارایه کنندگان مختلف را بر عهده دارند. ارایه کنندگان غیر پزشک نقش مهمی را در این نظام های خدمت ایفا می کنند و معمولاً تیم مراقبت های اولیه¹ در کنار پزشک عمومی یا خانواده شامل افرادی مانند پرستاران درمانگر²، پرستاران مسئول مراقبت در منزل³، پرستاران بهداشت عمومی⁴، و ماماها می شود.

در بعضی دیگر از کشورها علیرغم آنکه هر سه سطح خدمات موجود می باشد، ارتباط بین این سطوح خدمت شفاف و تعریف شده نمی باشد⁵. و تعداد ارایه کنندگان خدمت در این سه سطح یک هرم را تشکیل نمی دهد. به عنوان مثال در کشور آمریکا پزشکان عمومی و پزشکان خانواده تنها 13% از مجموع پزشکان این کشور را تشکیل می دهند.⁶ بیماران معمولاً بدون محدودیت به سطوح بالای خدمات دسترسی دارند و اغلب حتی برای مسایل ساده به پزشک متخصص و فوق تخصص مراجعه می کنند. بیماران اغلب تحت نظر پزشکان مختلفی از تخصص های گوناگون هستند ولی خدمات این پزشکان هماهنگ با یکدیگر نیست. تفکیک نقش ها در این کشورها معمولاً شفاف نمی باشد و به عنوان مثال در کشور آمریکا بسیاری از متخصصین بیماریهای داخلی و متخصصین بیماری های اطفال به عنوان پزشک مراقبت های اولیه به خدمت می پردازند.⁷ در این کشورها تفکیک مشخصی بین پزشکان بیمارستانی و درمانگاهی وجود ندارد و در بسیاری از موارد پزشکان عمومی و خانواده در کنار ارایه مراقبت های سرپایی به مراقبت از بیماران بستری در بیمارستانها می پردازند.⁸ در مجموع بسیاری از صاحب نظران خدمات سلامت در آمریکا را "یک ناسامانه متشکل از میلیون ها جزء مستقل، ناهماهنگ، و ناهمجهت" توصیف کرده اند که پیامدهای سلامت آن به هیچ وجه توجیه کننده هزینه های سرسام آور آن نیست.⁹

¹ PHC Team

² Nurse Practitioners (Practice Nurses)

³ Home Health Visitors

⁴ Public Health Nurses

⁵ The Dispersed Model

⁶ تعداد پزشکان عمومی و خانواده در آمریکا در طی سده اخیر دایماً رو به کاهش بوده است. در سال 1940 بیش از 75% پزشکان آمریکا عمومی بوده اند. در حال حاضر حتی اگر تعداد متخصصین اطفال و متخصصین داخلی را به پزشکان خانواده آمریکایی اضافه کنیم باز هم نسبت حدود یک سوم کل پزشکان این کشور خواهد بود.

⁷ در انگلستان متخصصین بیماریهای داخلی و متخصصین بیماری های اطفال در سطح دوم خدمات، بیماران ارجاع شده از سوی پزشکان عمومی را ویزیت می کنند.

⁸ اخیراً در کشور آمریکا پزشکان عمومی واجد مهارتهای ضروری برای ارایه مراقبت های بستری با عنوان پزشک بیمارستانی (hospitalist) تربیت می شوند.

⁹ کشور آمریکا با اختصاص 16% از تولید ناخالص ملی خود به بخش سلامت رکورددار هزینه های سلامت در سطح جهان است، و این در حالی است که طول عمر مردم آمریکا رتبه 50 را در سطح جهان کسب کرده است و مردم این کشور کمتر از همه کشورهای توسعه یافته و حتی کمتر از برخی از کشورهای در حال توسعه عمر می کنند.

مشکلات اصلی نظام مراقبتهای اولیه: 34 سال پس از بیانیه آلماتا و 12 سال پس از سررسید زمان میثاق دولت ها برای تضمین دسترسی فراگیر آحاد جامعه به مراقبت های اولیه سلامت، این آرمان کماکان در اغلب کشورهای جهان محقق نگردیده است. در اکتبر سال 2008 و در سی امین سالگرد بیانیه آلماتا، وزرای بهداشت کشورهای جهان مجددا در آلماتا جمع شدند و پیشرفت های حاصله و مشکلات موجود بر سر راه گسترش نظام فراگیر مراقبتهای اولیه را به بحث گذاشتند. برخی از مشکلات که در این اجلاس به عنوان موانع اصلی مورد اتفاق قرار گرفت عبارتند از:

- 1 - ظرفیتها و زیرساختهای نظام ارایه مراقبتهای اولیه بطور ناکافی توسعه یافته است.
- 2 - نظام فعلی مراقبتهای از دیدگاه مشتریان از هم گسیخته و غیر یکپارچه است.
- 3 - فرصتهای مشارکت مشتریان و کاربران در برنامه ریزی، طراحی و ارایه خدمات، محدود است.
- 4 - تأکید عمده خدمات بر تشخیص و درمان است و ظرفیتهای اندکی برای پیشگیری و بازتوانی وجود دارد.
- 5 - امکانات بالقوه جهت کاهش فشار بر روی مراقبتهای ثانویه بطور کامل تحقق نیافته است.
- 6 - قسمت قابل توجهی از خدمات قابل ارایه در سطح مراقبتهای اولیه، توسط ارایه دهندگان مراقبتهای ثانویه ارایه می گردد.
- 7 - نظام فعلی حول محور نیازهای ارایه دهندگان (و نه مصرف کنندگان) شکل گرفته است.
- 8 - ارایه خدمات در خارج از ساعات مصوب کاری برنامه ریزی نشده و تکامل نیافته است.
- 9 - دسترسی به بسیاری از گروههای ارایه دهنده خدمات محدود می باشد.
- 10 - ارایه کنندگان مختلف خدمات سلامت با یکدیگر هماهنگ نمی باشند و در قالب یک نظام ادغام یافته ارایه خدمات¹ سازماندهی نشده اند.
- 11 - ارتباط ارایه دهندگان خدمات با نظام دولتی سلامت ضعیف می باشد.
- 12 - چارچوبهای مناسب جهت تضمین کیفیت خدمات وجود ندارد.
- 13 - اطلاعات وزارت ها از مراقبتهای اولیه برای استفاده در برنامه ریزی، ارتقاء و ارزشیابی بسیار محدود است.

¹ Integrated Delivery System

تفاوت مراقبت های اولیه با سایر سطوح و چارچوب های ارایه خدمت

در کنار مراقبت های اولیه، نظام مراقبت های سلامت سطوح دیگری از مراقبت را ارایه می دهد که شامل مراقبت های فوریتی¹ و مراقبت های تخصصی² می شود. اگر چه مرزهای بین سطوح مختلف مراقبت بطور کامل شفاف نیست ولی از طریق چهار شاخص اصلی می توان بین این سطوح مراقبت تفکیک گذاشت:

مشخصات اصلی مراقبت های اولیه				
هماهنگی	فراگیری	پیوستگی و تداوم	تماس اولیه	
بله، ارایه کنندگان مراقبت های اولیه مسئولیت اصلی هماهنگی خدمات را به عهده دارند.	بله	بله	بله	مراقبت های اولیه
ارایه کنندگان مراقبت های فوریتی از طریق ارایه اطلاعات در رابطه با حادثه یا فوریت پیش آمده به سایر اعضای تیم خدمت، هماهنگی خدمات در وضعیت های اورژانس را به عهده دارند.	خیر	خیر	بله	مراقبت های فوریتی
ارایه کنندگان مراقبت های تخصصی از طریق ارایه اطلاعات در مورد مراقبت های صورت گرفته به ارایه کننده مراقبت های اولیه ³ ، هماهنگی را تسهیل می کند در مورد بیماران خاص با مشکلات طبی حاضر ممکنست ارایه کننده مراقبت های تخصصی مسئولیت هماهنگی خدمات را به عهده گیرد.	خیر	گاهی اوقات، برای بیمارانی که دچار مشکلات طبی خاص هستند که نیازمند مراقبت های طولانی مدت و مداوم تخصصی می باشد.	خیر	مراقبت های تخصصی

¹ Emergency Care

² Specialty Care

³ Back Referral Information

	Primary Care	Emergency Care	Specialty Care
First Contact			
Continuity			
Comprehensiveness			
Coordination			

○ تمایز مراقبتهای اولیه از مراقبتهای فوری

مراقبتهای فوری در موارد بیماریها یا آسیب های ناگهانی یا غیر منتظره که نیازمند توجه و مراقبت فوری پزشکی هستند ارایه می شود. خدمات فوری باید 24 ساعته در طول شبانه روز و در همه ایام هفته قابل دسترسی باشند و معمولاً جابجایی (حمل و نقل) تسهیل شده بیماران یا مصدومین را نیز شامل می شوند.

متأسفانه مراقبتهای فوری بطور شایع و به اشتباه توسط بیماران به عنوان مراقبت تماس اول در مورد بیماری ها یا مشکلات سلامت غیر فوری مورد استفاده قرار گیرد. در مراقبتهای فوری اولویت گذاری در رسیدگی¹ از اهمیت زیادی برخوردار است و کارکنان باید برای شناسایی سریع شدت مشکلات طبی و آسیبهها، آموزش کافی را دیده باشند. پیوستگی و تداوم و فراگیری هیچیک از مشخصات مراقبتهای فوری محسوب نمی شوند. نظام هماهنگی مراقبتها باید سازوکارهای ضروری جهت انتقال اطلاعات از ارایه کنندگان مراقبتهای فوری به ارایه کنندگان مراقبتهای اولیه را تدارک دیده باشد.

○ تمایز مراقبتهای اولیه از مراقبتهای تخصصی

مراقبتهای تخصصی دو نوع هستند. در نوع اول که مراقبتهای تخصصی مشاوره ای نامیده می شود، ارایه کنندگان مراقبتهای تخصصی به ارایه کنندگان مراقبتهای اولیه در زمینه رسیدن به تشخیص یا راهبرد درمانی مناسبی و یا تغییر راهبرد درمانی پیشین کمک می کنند. به عنوان مثال بیماری که تشخیص مبهمی دارد و یا پروتکل درمانی وی دشوار است و یا با مشکل مواجه شده

¹ Triage

است ممکنست برای یک یا دو ویژگی به یک متخصص ارجاع شود تا پزشک متخصص مبنایی را برای ادامه کار ارایه کننده مراقبت‌های اولیه مشخص نماید.

در نوع دوم که مراقبت‌های کاملاً تخصصی نامیده می‌شود، مراقبت‌های ویژه به بیماران با بیماری‌های غیر شایع یا پیچیده ارایه می‌شود. این نوع از مراقبت‌ها پیچیده تر از آنست که توسط ارایه کنندگان مراقبت‌های اولیه ارایه گردد. این مراقبت‌ها گاهی در طی مدت طولانی ارایه می‌شود و نیازمند استفاده از دانش تخصصی در حال تغییر و تکنولوژی در حال توسعه است.

مراقبت‌های تماس اول مشخصه اصلی مراقبت‌های تخصصی نمی‌باشد. دسترسی به ارایه کنندگان مراقبت‌های تخصصی توسط سازوکار ارجاع توسط ارایه کنندگان مراقبت‌های اولیه کنترل می‌گردد. همچنین فراگیری مشخصه مراقبت‌های تخصصی نیست، زیرا بر اساس تعریف مراقبت‌های تخصصی بر مشکلات پزشکی خاص متمرکز هستند. ارایه کنندگان مراقبت‌های تخصصی معمولاً فاقد تجربه کافی برای مواجهه یا چالش‌های ویژه مراقبت‌های اولیه هستند. متخصصین از طریق انتقال اطلاعات مرتبط به ارایه کنندگان مراقبت‌های اولیه در امر هماهنگ سازی مشارکت می‌کنند.

○ تمایز مراقبت‌های اولیه از مراقبت‌های سرپایی¹

مراقبت‌های اولیه با مراقبت‌های سرپایی یکسان نیستند. به بیان دیگر همه مراقبت‌های اولیه، سرپایی نیستند و بعکس همه مراقبت‌های سرپایی نیز اولیه نیستند. به عنوان مثال هنگامی که بیمار جایگاه مراقبت سرپایی را ترک می‌کند و در بیمارستان بستری می‌شود وظیفه و مسئولیت ارایه کننده مراقبت‌های اولیه به پایان نمی‌رسد. و بر عکس مراقبت‌هایی که توسط یک متخصص در جایگاه سرپایی ارایه می‌شود، مراقبت اولیه محسوب نمی‌شود. مشخصه اصلی مراقبت‌های سرپایی جایگاه ارایه خدمات ارایه شده است (نه نوع خدمات یا فرد ارایه کننده خدمت).

مراقبت‌های سرپایی در جایگاه‌های زیر ارایه می‌شوند:

جایگاه ارایه مراقبت‌های سرپایی	
1	مطب پزشکان
2	درمانگاه‌ها یا پلی کلینیک‌های مستقل یا وابسته به بیمارستان
3	مراکز مراقبت، اورژانس
4	مراکز بازتوانی غیر بستری
5	منزل بیماران
6	استراحتگاه بیماران ²

پیشرفت‌های اخیر در خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی سبب شده است بسیاری از مراقبت‌های سلامت از جایگاه بستری به جایگاه‌های سرپایی انتقال یابد. فشار سازمان‌های پرداخت کننده

¹ Ambulatory Care

² Hospice

(صندوق های بیمه) و همچنین تمایل بیماران به دریافت خدمات در جایگاههای غیر بستری نیز موجب توسعه خدمات سرپایی شده است و پیش بینی می شود با توسعه بیش از پیش فن آوری های مرتبط به سلامت روند توسعه خدمات سرپایی کماکان ادامه یابد.

○ تمایز مراقبتهای اولیه از مراقبتهای مدیریت شده¹

مراقبتهای اولیه با مراقبتهای مدیریت شده یکسان نیستند. در مراقبتهای مدیریت شده، افراد با پرداخت مبلغی (حق بیمه) به یک موسسه خصوصی، خدمات درمانی آتی خود را از آن موسسه دریافت می کنند. مراقبتهای مدیریت شده راهبردی جهت تأمین مالی خدمات سلامت و ارایه خدمات توسط یک موسسه می باشد. در مقابل، مراقبتهای اولیه رویکردی جهت ارایه خدمات به بیماران است. در نظام مراقبتهای مدیریت شده افرادی به عنوان مدیر مورد بیمار² خدمت می کنند که تشابه زیادی با ارایه کنندگان مراقبتهای اولیه دارند، زیرا هر دو این افراد هماهنگ کننده مراقبتهای هستند و در عین حال بخش عمده ای از مراقبتهای پایه را ارایه می کنند. مراقبتهای مدیریت شده لزوماً بر پایه مدل مراقبتهای اولیه شکل نگرفته اند و نظامهای فعلی مراقبتهای مدیریت شده تأکید بر تداوم و یا فراگیری خدمات ندارند. علاوه بر این مراقبتهای مدیریت شده بطور فزاینده ای جهت ارایه مراقبت به شرایط و بیماران خاص استفاده می شود³، در حالیکه مراقبتهای اولیه بر اساس تعریف مراقبت از بیماران بدون در نظر گرفتن نوع مشکل یا بیماری آنان است. رشد فزاینده مراقبتهای مدیریت شده در سالهای اخیر بطور عمده به سبب تلاش برای کاهش هزینه ها و جستجوی ارزش ایجاد شده به ازای پول هزینه شده می باشد. مراقبتهای مدیریت شده پاداشهای مالی خاصی را برای ارایه کنندگانی که از انجام خدمات غیر ضروری خودداری می کنند در نظر می گیرند. در مقابل مراقبتهای اولیه مفهومی است که مستقل از مفاهیم و پاداشهای مالی شکل گرفته است اگر چه هزینه نظامهای سلامت مبتنی بر مراقبتهای اولیه بطور قابل ملاحظه ای کمتر از نظامهای سلامت با گرایش تخصصی می باشد.

مراقبتهای مدیریت شده عبارت گسترده ای است که طیف متنوعی از برنامه ها و سیستمهای سلامت را در بر می گیرد.

¹ Managed Care

² Case Manager

³ به عنوان مثال مراقبتهای نظارت شده سلامت روانی (Managed mental health care)

انواع موسسات مراقبت‌های مدیریت شده ¹		
HMO	موسسات حفظ سلامت ²	HMO ها برنامه های کاملاً ساختارمند مراقبت‌های مدیریت شده محسوب می شوند که مشخصه اصلی آنها محوریت یک ارایه کننده مراقبت‌های اولیه می باشد. HMO ها همچنین شامل ترکیب‌های مختلفی از سایر ارایه کنندگان خدمات سلامت و ارتباطات آنها در قالب یک نظام شبکه ای می باشند. در داخل هر شبکه، ارجاع بیمار از طرف ارایه کننده مراقبت‌های اولیه شرط اصلی برای ویزیت بیمار توسط سایر ارایه کنندگان است. در صورتی که بیماری که در یک HMO ثبت نام شده است مایل باشد خدماتی را خارج از آن HMO دریافت نماید باید تمام هزینه های آنرا بپردازد.
PPO	موسسات ارایه کننده ارجح ³	PPO ها برنامه های مراقبت نظارت شده ای هستند که در آنها افراد ثبت نام شده ای که از خدمات داخل شبکه استفاده می کنند از مزایای مالی برخوردار می شوند. هر شبکه PPO معمولاً شامل گروهی از پزشکان، بیمارستانها و آزمایشگاهها می شود که توافق می کنند به گروه خاصی از جمعیت خدمات را با قیمت کمتر ارایه نمایند. PPO ها انتظار دارند به ازای تخفیفی که به بیماران می دهند، افراد بیشتری را جذب نموده و جمعیت تحت پوشش خود را گسترش دهند. PPO ها از روش پرداخت به ازای دریافت خدمت ⁴ استفاده می کنند. ثبت نام شدگان آزاد هستند که از ارایه کنندگان و یا مراکز داخل یا خارج لیست PPO استفاده کنند با این تفاوت که استفاده از ارایه کنندگان خارج از لیست، هزینه بیشتری را برای بیماران در بر خواهد داشت. PPO ها نمونه ای از مراقبت‌های مدیریت شده هستند که مبتنی بر رویکرد مراقبت‌های اولیه نمی باشند و استفاده از خدمات مختلف در داخل شبکه PPO نیازمند ارجاع از سوی ارایه کننده خدمات اولیه نمی باشد.
POS	برنامه های محل دریافت خدمت ⁵	در این برنامه ها افراد جامعه در ارتباط با یک ارایه کننده مراقبت‌های اولیه ثبت نام می کنند. ولی ثبت نام شدگان آزادی کامل دارند که در درون یا برون شبکه در هر زمان از خدمات ارایه کنندگان مختلف استفاده کنند. افراد بدون ارجاع از سوی ارایه کننده مراقبت‌های اولیه می توانند از خدمات ارایه کنندگان خارج شبکه برخوردار شوند و در این رابطه تنها مبلغ بیشتری را پرداخت می کنند. در داخل شبکه نیز در صورتی که بیمار خواهان دریافت خدمات بدون ارجاع از سوی ارایه کننده خدمات اولیه باشد مبلغ بیشتری را پرداخت خواهد نمود. در واقع POS تعادلی بین تمایل پرداخت کننده ها ⁶ برای صرفه جویی در هزینه ها و تمایل مصرف کنندگان جهت آزادی عمل برای انتخاب پزشک مورد نظرشان می باشد. POS ها نمونه ای از برنامه های مراقبت نظارت شده هستند که وجود ارایه کننده مراقبت‌های اولیه در آنها ضروری است ولی این افراد در داخل شبکه ارایه خدمات نقش دروازه بانی ندارند.

¹ Managed Care Organizations

² Health Maintenance Organization

³ Preferred Provider Organization

⁴ Fee for Service

⁵ Point of Service Plans

⁶ Payers

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش دوم

مقدمه ای بر طبابت خانواده

تعریف پزشک خانواده	2-1
مقایسه پزشک خانواده با سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت	2-2
ویژگی های تصمیم گیری بالینی در سطح پزشکان خانواده	2-3
تجربیات و مدل های جهانی در بکارگیری پزشکان خانواده	2-4

تعریف پزشکی خانواده

طبابت عمومی به عنوان قلب نظام ارایه مراقبتهای سلامت اولیه و حتی نظام سلامت محسوب می شود و پزشکان عمومی نقش مهمی را به عنوان دروازه ورود به بقیه نظام خدمات ایفا می کنند و به همین سبب پزشکان عمومی نقش اساسی بر روی پیامدهای سلامت و هزینه های سلامت دارند. با افزایش سن جمعیت و بدنبال آن افزایش بار بیماریهای مزمن که نیازمند مراقبتهای مداوم و طولانی مدت هستند بر اهمیت پزشکان عمومی افزوده می شود. تعریف پزشکی عمومی ساده نیست، عدم توافق بر روی یک تعریف مشخص، بطور طبیعی توافق بر روی تعیین حدود وظایف حرفه ای، نیازهای آموزشی و تضمین کیفیت را با مشکل مواجه می کند.

در کارگاهی که در سال 2001 توسط شاخه اروپایی سازمان جهانی پزشکان خانواده (WONCA)¹ در تامپر² فنلاند برگزار شد اغلب کارشناسان معتقد بودند که با توجه به شرایط جدید نیازمند تعریف جدیدی برای پزشکی عمومی هستیم که هم وظایف³ محوری و هم اصول رشته⁴ طبابت خانواده را در بر گیرد. در این بخش پنج تعریف معروف از طبابت عمومی یا طبابت خانواده مورد بحث و مقایسه قرار می گیرند.

مشکل ارایه تعریفی جدید برای پزشکی عمومی:

رویکردهای مختلفی برای حل مشکل ارایه تعریف جدید برای پزشکی عمومی وجود دارد. عده ای مانند لیوون هورست⁵ و اخیراً اولسن⁶ معتقدند که می توان با توصیف وظایفی که یک پزشک عمومی/خانواده باید انجام دهد، پارامترهای این رشته را تعریف نمود. رویکرد دیگر تعریف اصول بنیادین رشته پزشکی عمومی (خانواده) است این رویکرد توسط گای⁷ در همایش WONCA در استراسبورگ (1995) و همچنین در چارچوب ارایه شده توسط شاخه اروپایی WHO اتخاذ شده است. گای معتقد است که ارتباطی بین اصول بنیادین رشته و وظایف حرفه ای ارایه کنندگان متناظر با آن رشته وجود دارد اگر چه بیماران و نظام سلامت هر دو بر وظایف فوق الذکر تأثیر گذار هستند.

تعامل اصول بنیادین طبابت عمومی و وظایف حرفه ای پزشکی عمومی مشخص کننده توانایی های محوری⁸ پزشکی عمومی است که این توانایی های محوری خود محتوی آموزش پزشکی عمومی را مشخص می کند. باید در نظر داشت که این رویکردها را می توان بطور همزمان برای تعریف یک رشته یا حرفه بکار گرفت و یک تعریف کامل باید اصول بنیادین رشته، وظایف محوری

¹ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Family Physicians

² Tampere

³ Tasks

⁴ Principles

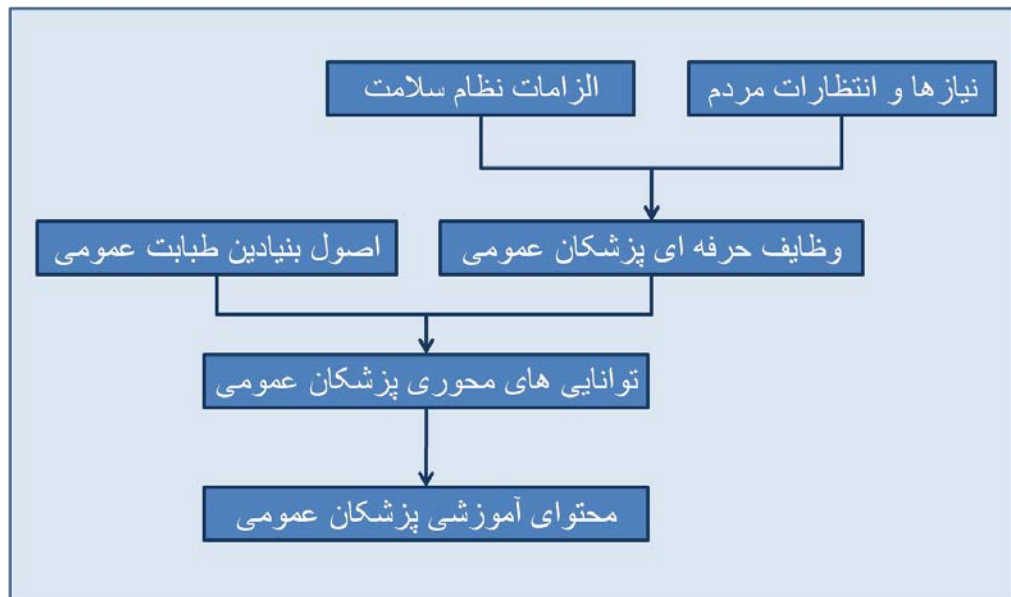
⁵ Leeuwen Horst

⁶ Olesen

⁷ Bernard Gay

⁸ Core competencies

حرفه در نظام مراقبتهای سلامت و تأثیر نظام مراقبتهای سلامت بر ارائه خدمات را در نظر بگیرد.



تعریف لیوون هورست¹ از پزشکان عمومی (1974):

پزشک عمومی فارغ التحصیل پزشکی با مجوز طبابت است که بدون در نظر گرفتن سن، جنس یا مشکل بیماران، مراقبتهای فردی، اولیه و مداوم را به افراد خانواده ها و جمعیت تحت پوشش ارائه می کند. ترکیب این عملکردها چهره ای منحصر به فرد از پزشک عمومی می شود. پزشک عمومی بیماران را در مطب خود، خانه بیماران و گاهی کلینیک ها و بیمارستانها ملاقات می کند. هدف پزشکی عمومی دستیابی به تشخیص اولیه و زودرس است. پزشک عمومی تلفیقی از عوامل فیزیکی، روانی و اجتماعی را هنگام توجه به سلامت و بیماری افراد در نظر می گیرد و این امر در مراقبتهایی که به بیماران ارائه می کند تجلی پیدا می کند. پزشک عمومی در ارتباط با هر مشکلی که به عنوان یک پزشک راوی در میان گذاشته می شود یک تصمیم اولیه می گیرد. و اداره مداوم بیماران که از مشکلات مزمن، راجعه و یا پایان زندگی رنج می بردند را به عهده می گیرد. به سبب ارتباط طولانی پزشک عمومی این فرصت را دارد تا با سرعت مناسب اطلاعات لازم را در مورد هر بیمار را به فراخور جمع آوری کند و از اعتماد متقابل که یعنی او و بیمارانش ایجاد شده است در حرفه خود استفاده نماید. پزشک عمومی با سایر همکارانش اعم از پزشک و غیر پزشک همکاری می کند. پزشک عمومی می داند که برای بهینه نمودن سلامت بیمارانش و خانواده آنها کی و چگونه از مداخلات درمانی، پیشگیرانه یا آموزشی استفاده نماید به پزشک عمومی همچنین به نقش و مسئولیت حرفه ای خود در قبال جامعه واقف می باشد².

¹ The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974

² تعریف لیوون هورست تا حد زیادی متأثر از تعریف شغل ارائه شده توسط گروه کاری کالج سلطنتی پزشکان عمومی انگلستان (RCGP) در سال 1972 می باشد و بطور وسیع و در طی سالها مورد قبول و استفاده گروههای مختلف قرار گرفته است. این تعریف زمانی ارائه شد

○ تعریف پزشک عمومی یا پزشک خانواده WONCA (1991)¹

پزشک عمومی یا پزشک خانواده، پزشکی است که بصورت اولیه مسئول ارائه مراقبتهای جامع سلامت به همه افرادی که نیازمند مراقبتهای پزشکی هستند و در صورت لزوم هماهنگ سازی سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. پزشکان عمومی به عنوان یک Generalist تمام افرادی را که جهت دریافت مراقبت مراجعه می کنند می پذیرند و این در تفاوت با سایر ارائه کنندگان مراقبتهای سلامت است که دسترسی به آنها تابعی از سن، جنس و تشخیص بیمار می باشد. پزشکان عمومی بدون در نظر گرفتن نژاد یا سطح و فرهنگی اجتماعی از افراد در بستر خانواده ها و از خانواده ها در بستر جامعه مراقبت می کنند. پزشکان عمومی هنگام مراقبت از بیماران پیش زمینه فرهنگی، اجتماعی - اقتصادی و روانشناختی آنان را در نظر می گیرند و در عین حال این پزشکان عمومی هستند که مسئولیت شخصی ارائه یک مراقبت فراگیر و مداوم را از بیمارانشان می پذیرند. پزشکان عمومی نقش حرفه ای خود را یا از طریق ارائه مستقیم خدمات به بیماران و یا از طریق هماهنگ سازی خدمات سایر ارائه کنندگان به فراخور نیازهای سلامت و منابع موجود در جامعه ایفا می کنند. ویژگی های ذکر شده برای طبابت عمومی در بیانیه WONCA به اختصار عبارتند از:

- 1 - مراقبتهای فراگیر و جامع²
- 2 - بیمار نگر بودن³
- 3 - تمرکز بر خانواده⁴
- 4 - ارتباط پزشک - بیمار⁵
- 5 - هماهنگی با سایر خدمات⁶
- 6 - جلب مشارکت⁷
- 7 - در دسترس بودن و مدیریت منابع⁸

که طبابت عمومی رشته ای جوان محسوب می شد و مبنای آموزشی و پژوهشی آن بدرستی مشخص نشده بود. در آن زمان اگر پزشکی موفق نمی گردید وارد سایر رشته های تخصصی شود، بناچار پزشکی عمومی باقی می ماند. این تعریف امروزه ناکافی بنظر می رسد.

¹ The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991

² Comprehensive

³ Orientation to the patient

⁴ Family focus

⁵ Doctor / patient Relationship

⁶ Coordination with the services

⁷ Advocacy

⁸ Accessibility and Resource Management

○ اصول بنیادین برنارد گای¹ برای رشته طبابت عمومی (1995)

برنارد گای در سخنرانی افتتاحیه همایش انجمن اروپایی پزشکان عمومی و خانواده که در سال 1995 در استراسبورگ، ده اصل را به عنوان اصول بنیادین رشته پزشکی عمومی اعلام نمود. این اصول بعدها توسط سایر کارشناسان و موسسات مرتبط به طبابت عمومی مورد تاکید قرار گرفت:

- 1- رویکرد بیمار محور
- 2- گرایش به زمینه خانواده و جامعه
- 3- حوزه فعالیتها توسط نیازها و توقعات بیماران تعیین می شود.
- 4- با مشکلات انتخاب شده و پیچیده مواجه است.
- 5- میزان بروز بیماری های شدید و جدی در این حرفه کم است.
- 6- با بیماری ها اغلب در مراحل اولیه برخورد می شود.
- 7- اداره همزمان چندین شکایت و بیماری
- 8- تداوم اداره بیمار در طول زمان
- 9- مراقبتهای هماهنگ شده
- 10- کارآیی²

○ مشخصات طبابت عمومی WHO (1998)³

- 1- عمومی⁴: پزشک عمومی مشکلات سلامت را بدون هر گونه انتخاب یا فیلترینگ قبلی در سطح کل جمعیت ویزیت می کند. این امر بدون در نظر گرفتن سن، جنس، سطح اجتماعی نژاد، و دین بیمار صورت می گیرد. دسترسی به پزشک عمومی آسان و بدون محدودیتهای جغرافیایی، فرهنگی، اداری و یا مالی صورت می گیرد
- 2- مداوم⁵: طبابت پزشک عمومی متمرکز بر افراد (نه بیماریها) می باشد. پزشکان عمومی مراقبتهای سلامت را بصورت طولی و در طی زمان قابل ملاحظه ارایه می کنند و خدمات آنان به دوره یک بیماری خاص محدود نمی شود.
- 3- فراگیر⁶: مراقبتهای پزشکان عمومی بصورت ادغام یافته می باشد و کل طیف خدمات سلامت از ترویج بهداشت، پیشگیری از بیماری ها، مراقبتهای درمانی، و بازتوانی و حمایتی را شامل می شود. پزشکان عمومی به تمامی ابعاد سلامت شامل جنبه های جسمانی، روانی و اجتماعی توجه می کنند.

¹ Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995

² Efficiency

³ Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998

⁴ General

⁵ Continuous

⁶ Comprehensive

- 4 - **هماهنگ شده¹**: پزشک عمومی مسئول هماهنگ سازی و مدیریت کل فرایند مراقبت از بیمار می باشد. پزشک عمومی بخشی از خدمات را راسا به بیماران ارائه می کند، و علاوه بر آن اطلاعات مرتبط به سایر خدمات قابل دسترس را به بیمار منتقل می کند و در صورت ضرورت بیمار را جهت دریافت خدمات تخصصی، ارجاع می نماید.
- 5 - **مشارکتی²**: پزشک عمومی خدمات خود را در قالب گروههای چند رشته ای ارائه می کند. پزشک عمومی در مورد تمم اعضای تیم ارائه خدمت اعمال رهبری می نماید و در مورد مقتضی بخشی از وظایف و اختیارات خود را در ارتباط با مراقبت از بیماران به سطوح پایینتر تفویض می نماید.
- 6 - **خانواده نگر³**: پزشک عمومی به مشکلات فردی در چارچوب و زمینه شرایط خانواده، کار و منزل توجه می نماید. و تاثیرات متقابل خانواده و فرد بیمار را در برنامه ریزی های خود لحاظ می نماید.
- 7 - **جامعه نگر⁴**: پزشکان عمومی باید مشکلات فردی را در زمینه شرایط جامعه در نظر بگیرد و علاوه بر آن نیازهای سلامت در سطح جامعه را ارزیابی نموده و مداخلات مناسب را برای بهبود وضعیت سلامت جامعه طراحی و اجرا می کند.

○ **تعریف اولسن⁵ از پزشکان عمومی (2000)**

پزشک عمومی متخصصی است که برای کارکردن در خط مقدم نظام مراقبت های سلامت و برای برداشتن قدمهای اولیه مراقبت از هر مشکل سلامت که بیماران ممکنست از آن رنج برند آموزش دیده است. پزشک عمومی بدون در نظر گرفتن نوع بیماری یا سایر مشخصات فردی و اجتماعی از بیماران در بستر جامعه مراقبت می کند و منابع موجود در نظام مراقبتهای سلامت را برای دستیابی به بهترین منابع بیماران سازماندهی می نماید. پزشک عمومی با افرادی که حق انتخاب دارند. مواجه است و برای ارائه پیشگیری، تشخیصی، درمان، مراقبت و تسکین به این افراد علوم زیست پزشکی، روانشناسی پزشکی و جامعه شناسی پزشکی را تلفیق می نماید.

¹ Coordinated

² Collaborative

³ Family oriented

⁴ Community oriented

⁵ Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; 320,354-357

○ مقایسه مشخصات ذکر شده در تعاریف مختلف پزشک عمومی

تعاریف فوق مشابهت های زیادی با یکدیگر دارد که در جدول زیر به آنها اشاره شده است:

اصول برنارد گای	WONCA 1991	WHO 1998
3- حوزه فعالیتها توسط نیازها و توقعات بیماران تعیین می شود 4- مواجهه با مشکلات انتخاب نشده و پیچیده	مراقبتهای فراگیر و جامع	عمومی
1- رویکرد بیمار محور 8- تداوم اداره بیمار در طول زندگی	بیمارنگر بودن	مداوم
3- حوزه فعالیتها توسط نیازها و توقعات بیماران تعیین می شود 4- مواجهه با مشکلات انتخاب نشده و پیچیده	مراقبتهای فراگیر و جامع	فراگیر
9- مراقبتهای هماهنگ شده	هماهنگی با سایر خدمات	هماهنگ شده
9- مراقبتهای هماهنگ شده	هماهنگی با سایر خدمات	مشارکتی
2- گرایش به زمینه خانواده و جامعه	تمرکز بر خانواده	خانواده نگر
2- گرایش به زمینه خانواده و جامعه	تعهد در قبال جامعه	جامعه نگر

○ تفاوتهای موجود در تعاریف WHO، WONCA و اصول گای از طبابت عمومی:

موارد ذکر شده در تعاریف WHO و WONCA بیشتر در ارتباط با فعالیتهای حرفه ای در نظام خدمات سلامت هستند نه یک رشته¹ با فعالیتهای پزشکی و فرایندی خاص. در واقع سه مورد زیر از تعریف گای که بیشتر در ارتباط با رشته می باشد در مشخصات WHO و WONCA دیده نمی شود:

- میزان بروز بیماری های شدید و جدی در این حرفه کم است.
 - با بیماری ها اغلب در مراحل اولیه برخورد می شود.
 - اداره همزمان چند شکایت و بیماری
- این سه مورد که از اهمیت زیادی برخوردار است به این موضوع تأکید دارد که نقطه تمرکز طبابت عمومی، مردم هستند (نه بیماری و نه یک دستگاه از بدن) و گرایش طبابت عمومی بطور عمده در نظر گرفتن وضعیت طبیعی بدن² می باشد در حالیکه مراقبتهای تخصصی و ثانویه بطور عمده وضعیت غیر طبیعی بدن را در نظر می گیرد³ و با تمام این اوصاف یک پزشک عمومی باید قابلیت اداره بیماری های شدید و بالقوه خطرناک را در مراحل اولیه و تمایز نیافته داشته باشد.

¹ Discipline

² Normality Oriented

³ Abnormality Oriented

در تعریف WONCA همچنین به تفاوت میزان بروز و همچنین علایم و نشانه های بیماری ها در مراقبتهای اولیه و بیمارستانها اشاره شده است.

چارچوب WHO مرکز ثقل و محور اصلی طبابت عمومی را بیان نمی کند. این مرکز ثقل به نظر بسیاری از صاحب نظران برقراری ارتباط و مشاوره¹ فردی بیمار با پزشک عمومی است. گای مدل نظری برای طبابت عمومی مطرح می کند و در آن بیماری را نتیجه تعامل عوامل جسمانی، انسانی و محیطی می داند. این چارچوب مشابه چارچوب زیستی - روانی - اجتماعی² بیان شده توسط انگل³ می باشد.

مفهوم "برقراری ارتباط و مشاوره" در تعریف WONCA نیز مورد توجه قرار گرفته است که در آن به تعریف مشکل بیمار در ابعاد زیست پزشکی و انسانی (در نظر گرفتن جنبه های فیزیکی - روانی و اجتماعی) توجه شده است. این مفهوم همچنین در گزارش کالج سلطنتی پزشکان عمومی⁴ با چنان تأکیدی مورد توجه قرار گرفته است که گویی می توان واژه "برقراری ارتباط همه جانبه و مشاوره" را به جای "طبابت عمومی" بکار گرفت.

کارآیی⁵ واژه دیگری است که توسط گای مورد توجه قرار گرفته است ولی در گزارش WHO بطور مشخص به آن اشاره نشده است. در گزارش WONCA به این موضوع اشاره شده است که پزشکان عمومی نقش اساسی در مدیریت منابع نظام مراقبتهای سلامت دارند.

○ آیا پزشکان خانواده می توانند همه ویژگی های خود را حفظ نمایند؟

اگرچه وجود تمامی ویژگی های مورد بحث برای پزشکان خانواده مطلوب است، بسیاری از پزشکان عمومی و خانواده در نظامهای مراقبت سلامتی خدمت می کنند که در آنها تبعیت از تمام ویژگی امکانپذیر نمی باشد. به عنوان مثال مفاهیم جامعه نگری و مراقبتهای طولی (تداوم مراقبت) در بسیاری از نظامهای سلامت عملیاتی نمی گردد و به همین سبب در بسیاری از کشورها پزشکان خانواده در دیپارتمانهای اورژانس به ارایه مراقبتهای فوریتی می پردازند. همانطور که قبلاً اشاره شد پزشکان عمومی و خانواده

○ مشاوره و ارتباط نزدیک پزشک - بیمار⁶:

ارتباط منحصر به فرد پزشک و بیمار در طبابت عمومی یکی از خصیصه های این رشته محسوب می شود به نحوی که مک وینی⁷ این ارتباط را یک میثاق و عهد نانوشته⁸ می نامد و آنرا واحد اثرات درمانی می داند. بطور مشابه ارتباط شفابخش پزشک و بیمار سبب شده است تا بلینت⁹ از

¹ Consultation

² Bio-psycho social

³ Engel G. L. The Biopsychosocial Model And The Education Of Health Professionals; Annals of the New York Academy of Sciences 1978 Volume 310, Issue 1

⁴ Royal College of General Practitioners (RCGP)

⁵ Efficiency

⁶ Consultation

⁷ McWhinney

⁸ Covenant

⁹ Michael Balint

واژه دارو - پزشک¹ (پزشکی که به خودی خود مانن دارو عمل می کند) استفاده نماید. تعامل پزشک و بیمار در حین مشاوره و به عنوان یک ابزار درمانی باید یک ویژگی کلیدی طبابت عمومی در نظر گرفته شود و به عنوان بخشی از آموزش دانشجویان پزشکی به آن توجه شود.

○ اتونومی (خودمختاری) بیماران و طبابت عمومی

در سالهای اخیر توجه ویژه ای به مفهوم خودمختاری بیماران شده است. نقش پزشکان عمومی در این رابطه توانمند ساختن بیماران جهت مراقبت از خویش² و مدیریت صحیح بیماری خود و همچنین ایجاد تغییرات ضروری در رفتار و سبک زندگی جهت به حداقل رساندن خطرات می باشد. با توجه به دسترسی گسترده بیماران به طیف وسیعی از اطلاعات با درجات مختلفی از صحت و روایی اهمیت کار پزشکان عمومی دوچندان می شود. باید توجه داشت که نقش پزشکان عمومی در برابر خودمراقبتی بیماران یک نقش غیر فعال نمی باشد و حمایت از خودمراقبتی³ یکی از وظایف اصلی پزشکان عمومی محسوب می شود.

○ حمایت از حقوق بیماران⁴ و طبابت عمومی

بر اساس بیانیه WONCA، حمایت از حقوق بیماران یکی از مشخصات طبابت عمومی است. بر اساس این بیانیه، پزشک عمومی باید به بیمار کمک نماید تا نقشی فعال را در فرایند تصمیم گیری بالینی و مواجهه با مقامات و سازمانهای دولتی اتخاذ نماید به نحوی که این امر توزیع عادلانه خدمات را در سطح تمام آحاد جامعه به حداکثر برساند. در این رابطه پزشک عمومی به عنوان نماینده و وکیل بیماران که از مصالح در سطح جامعه نیز آگاه است، دسترسی و گردش بیماران در سطح مراقبتهای ثانویه و ثالثیه را تنظیم و تسهیل می کند.

○ انعطاف پذیری⁵ و طبابت عمومی:

پزشکان عمومی در خط مقدم و نقطه تماس نظام سلامت با جامعه قرار دارند. مشکلات و توقعات جامعه از نظام سلامت دائماً در حال تغییر است، دانش پزشکی بطور تصاعدی در حال افزایش است و نظام سلامت روزبروز از پیچیدگی بیشتری برخوردار می شود. عملکرد مناسب در نقطه تماس چنین نظام پیچیده ای مستلزم آنست که پزشک عمومی از انعطاف پذیری بی نظیری در حیطه های دانش، مهارتهای، توانایی های بالینی، برقراری ارتباطات جدید و تغییر الگوی شغلی برخوردار باشند.

¹ The drug doctor

² Self-care

³ Self-care Support

⁴ Advocacy

⁵ Flexibility

○ **طبابت عمومی و اطلاعات بیماران:**

پزشکان عمومی باید از جزئیات اطلاعات بالینی و شخصی بیماران اطلاع داشته باشند و باید توجه داشته باشند که اطلاعات شخصی بیمار به اندازه اطلاعات بالینی وی اهمیت دارند.

Components of Primary Care Index		
Comprehensive Care	فراگیری مراقبت ها	1
Accumulated Knowledge	دانش تجمیع یافته	2
Interpersonal Communication	ارتباطات بین فردی	3
Preference for Regular Physician	ارجح دانستن پزشک خانواده	4
Coordination of Care	هماهنگ سازی مراقبت ها	5
Advocacy	جلب حمایت های اجتماعی	6
Family Orientation	تمرکز بر خانواده	7
Community Orientation	جامعه نگری	8
Longitudinality with Physician	ارتباط طولی با پزشک	9
Longitudinality with Practice	ارتباط طولی با خدمت	10
Usual Provider Continuity (UPC) Index	شاخص پیوستگی پزشک معمول	11

مقایسه پزشک خانواده با سایر ارایه کنندگان خدمات سلامت

تفاوت مراقبتهای اولیه و طبابت عمومی: واژه مراقبتهای اولیه مفهومی وسیعتر از طبابت عمومی دارد و شامل گستره وسیعی از خدمات سلامت و خدمات اجتماعی - فردی که توسط صاحبان حرفه های مختلف ارایه می شود می گردد. ارایه دهندگان مراقبتهای اولیه¹ نتنها به درمان بیماریها می پردازند، بلکه از مردم جهت حمایت از خود و خانواده خود حمایت می کنند، احساس تندرستی را در آحاد جامعه ایجاد می کنند، به پیشگیری از بیماریها می پردازند و به افرادی که مشکلات سلامت دراز مدت دارند کمک می کنند و در مجموع احساس تندرستی و سلامت را در سطح فرد و جامعه ایجاد می کنند. به بیان دیگر از یک سو در کنار پزشکان عمومی، تعدادی از سایر ارایه کنندگان خدمات در سطح مراقبت های اولیه فعالیت می کنند و از سوی دیگر خدمات پزشکان عمومی به مراقبت های اولیه محدود نمی گردد.

○ ارتباط پزشکان عمومی با ارایه کنندگان خدمات ثانویه و ثالثیه:

شواهد زیادی در دست است که نقش دروازبانی² پزشکان عمومی می تواند منجر به ایجاد یک نظام مراقبتهای سلامت اولیه کارآمد گردد. در چنین شرایطی تماس اولیه بیماران با پزشکان عمومی است و بیماران بدون توصیه پزشکان عمومی نمی توانند به متخصصین مراجعه نمایند. از آنجایی که متخصصین بطور قابل ملاحظه ای بیشتر از پزشکان عمومی از مداخلات و بررسی های پر هزینه و پر عارضه استفاده می کنند، طبابت عمومی می تواند از بیماران در برابر مداخلات غیر ضروری، با اثربخشی مبهم، پر هزینه و پر عارضه محافظت نماید.

○ ارتباط پزشکان عمومی با پزشکان اورژانس:

بررسی ها نشان می دهد که بیماران حتی جهت مشکلات غیر اورژانسی به دپارتمانهای اورژانسی که قابل دسترس تر است مراجعه می کنند. به عنوان مثال مطالعه ای در کشور آمریکا نشان داد که حدود 40 درصد مراجعه کنندگان به مراکز اورژانس از هیچ مشکل اورژانسی رنج نمی برند و 30 درصد دیگر از آنان دچار مشکلات اورژانس خفیفی هستند که توسط یک ارایه کننده مراقبتهای اولیه نیز قابل درمان هستند. به این ترتیب وجود یک ارایه کننده مراقبتهای اولیه در دپارتمانهای اورژانس که وظیفه غربالگری و تریاژ اولیه بیماران اورژانس و رسیدگی به مشکلات غیر اورژانس یا اورژانس های خفیف را به عهده دارد می تواند تا حد زیادی بار کاری متخصصین اورژانس را کاهش دهد.

در تقسیم بندی دیگر، بیمارانی که به دپارتمان اورژانس مراجعه می کنند، به چهار گروه تقسیم شده اند:

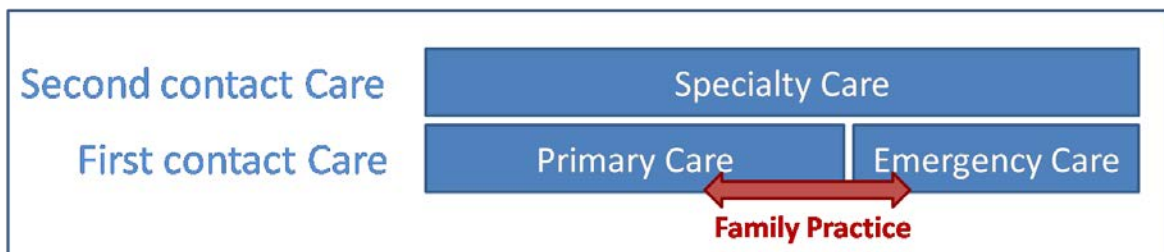
¹ Primary care providers

² Gatekeeper

- 1 - **بیماران غیر اورژانس¹**: بیمارانی که بر اساس علایم حیاتی و تظاهرات اولیه نیازمند مراقبت پزشکی در طی 12 ساعت آینده نمی باشند.
- 2 - **بیماران اورژانس که در سطح مراقبت‌های اولیه قابل درمانند²**: بیماران اورژانسی که مراقبت‌های ویژه ای را در دیپارتمان اورژانس مصرف نمی کنند و یا مراقبت‌هایی را دریافت می کنند که در جایگاه‌های مراقبت سرپایی نیز مهیا و قابل دسترسی می باشد.
- 3 - **بیماران اورژانس نیازمند مراقبت در دیپارتمان اورژانس که مشکل آنان در سطح مراقبت‌های اولیه قابل پیشگیری یا اجتناب است³**: بیماران اورژانسی که تظاهرات جدی دارند (مانند درد قفسه سینه یا حمله آسم شدید) و یا نیازمند منابع و اقداماتی هستند که در جایگاه‌های مراقبت سرپایی در دسترس نمی باشد (مانند CT-Scan) ولی پیشگیری های صحیح در سطح مراقبت‌های اولیه می توانست از بروز مورد اورژانس در آنان جلوگیری کند.
- 4 - **بیماران اورژانس نیازمند مراقبت در دیپارتمان‌های اورژانس که مشکل آنان در سطح مراقبت‌های اولیه قابل پیشگیری یا اجتناب نمی باشد⁴**. در وضعیت ایده آل تنها بیماران این گروه باید از خدمات اورژانس استفاده کنند و مشکلات سه گروه اول باید در سطح مراقبت های اولیه مدیریت شود.

○ **جایگاه پزشکان عمومی در نظام مراقبت های سلامت**

در مدل کلان از نظام مراقبت‌های سلامت، سبک زندگی سالم جهت حفظ سلامت، سطح اول مراقبت ها را تشکیل می دهد. در سطح دوم، خودمراقبتی⁵ در هنگام بروز بیماری های خفیف و گذرا قرار می گیرد. مراقبت‌های ارابه شده توسط ارابه کنندگان خدمات سلامت در سطوح اولیه، ثانویه و ثالثیه در مراتب بالاتر جای می گیرد. در این میان مراقبت‌های اولیه معمولاً در دل جامعه جای می گیرند و اولین سطح تماس بیماران با ارابه کنندگان خدمات سلامت را تشکیل می دهد. در واقع مراقبت‌های اولیه جایگاه اصلی است که پزشکان عمومی در آن به ارابه خدمات می پردازند. در اغلب موارد پزشکان عمومی یا خانواده بخشی از مراقبت‌های فوریتی را نیز بر عهده دارند. به این ترتیب وظیفه پزشکان عمومی یا خانواده ارابه بخشی از خدمات تماس اول اولیه و بخشی از خدمات تماس اول فوریتی می باشد.



¹ Non-emergent

² Emergent - Primary care treatable

³ Emergent - Emergency department care required - Preventable / avoidable at primary care

⁴ Emergent - Emergency department care required - Not Preventable / avoidable at primary care

⁵ Self-care

ویژگی های تصمیم گیری بالینی در سطح پزشکان خانواده

پیچیدگی و عدم قطعیت در طبابت عمومی: مک وینی¹ متذکر می شود که در میان تمام رشته های پزشکی، طبابت عمومی از بیشترین پیچیدگی² برخوردار است و بیشترین عدم قطعیت³ در تصمیم گیری ها و قضاوتهای بالینی در سطح مراقبتهای اولی وجود دارد. پزشکان عمومی باید واجد مهارتهای ضروری برای ارزیابی بیماران و دستیابی به یک برنامه شخصی جهت اداره مشکلات بیماران بر اساس بهترین شواهد موجود و با توجه به ارزشها و ترجیحات منحصر به فرد بیماران باشند.

در جایگاههای بستری، تشخیص اغلب بیماران پیشاپیش مشخص شده است و چالش عمده پیش روی پزشکان، تدوین برنامه مؤثر جهت اداره مشکلات بیماران و ترخیص هر چه سریعتر آنان می باشد. موضوع در جایگاههای سرپایی به مراتب پیچیده تر است. اغلب بیماران با مشکلات تمایز یافته به جایگاههای سرپایی مراجعه می کنند، در حدود 50% موارد تشخیص واقعی برای توجیه علایم آنان وجود ندارد. بیماری که به یک پزشک عمومی مراجعه می کند بطور متوسط از 2 تا 3 مشکل مختلف رنج می برد که در حدود 30% از موارد یکی از این مشکلات شخصی یا عاطفی است. همراهی مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی موجب پیچیده شدن تابلوی بالینی بیماران در طبابت عمومی می شوند. الگوی بیومدیکال که بطور رایج در دانشکده های پزشکی مورد تأکید قرار می گیرد در اغلب موارد برای تصمیم گیری های تشخیصی و درمانی در جایگاههای سرپایی کفایت نمی کند و بسیاری از مسایل با دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی قابل درک خواهند بود.

پزشکان عمومی در میان ارایه دهندگان خدمات پزشکی منحصر به فرد محسوب می شوند، آنها باید مسایل بالینی را حل نمایند که مستلزم افتراق گذاشتن بین فرایندهای طبیعی و بیماری زا در طیف وسیعی از دستگاہهای بدن و بیماری های مختلف و همچنین مستلزم افتراق گذاشتن بین فرایندهای روانزاد⁴ و جسمانی⁵ می باشد. اداره اثر بخش بیماران، مستلزم لحاظ نمودن این عوامل عوامل پیچیده در فرایند تصمیم گیری، و توجه مناسب بیمار و خانواده وی می باشد.

¹ I.R. McWhinney; Problem Solving In Primary Medical Practice; Canadian Family Practice, November 1972

² Complexity

³ Uncertainty

⁴ Psychogenic

⁵ Organic

ویژگی های تصمیم گیری در طبابت عمومی

- 1 الگوی بیماریها در طبابت عمومی مشابه الگوی بیماریها در جامعه است.
 - الف بروز بالای بیماریهای گذرا و خود بهبود یابنده
 - ب شیوع بالای بیماریهای مزمن
 - ج بروز بالای بیماریهای عاطفی
- 2 بیماریها بطور عمده "دست اول" هستند و قبلا توسط سایر پزشکان بررسی نشده اند.
- 3 مشکل بیماران معمولا ترکیب پیچیده ای از عناصر جسمانی، عاطفی، و اجتماعی است.
- 4 بیماریها معمولا در مراحل اولیه و قبل از ظهور علایم کامل بالینی (تمایز نیافته) دیده می شوند.
- 5 رابطه افراد با پزشک پیوسته و مداوم است و به زمان بیماری محدود نمی شود.

تاثیر ترکیب بیماری ها بر استدلال تشخیصی: اپیدمیولوژی طبابت عمومی بطور اساسی با اپیدمیولوژی مراقبتهای ثانویه و تخصصی متفاوت است. فرایند تصمیم گیری پزشکان عمومی به طور ویژه از میزان شیوع و بروز بیماری ها در جامعه متأثر می گردد. بخش عمده مشکلات در سطح مراقبتهای اولیه را بیماریهای جزئی و گذرا تشکیل می دهند. پزشکان عمومی باید بتواند مشکلات جدی و تهدید کننده حیات را شناسایی و اداره نمایند. شناسایی بیماری های مهم در میان تعداد زیادی بیماری جزئی، فرایند استدلال تشخیصی در طبابت عمومی را بسیار پیچیده می کند.

شیوع بیماری ها در طبابت عمومی تفاوت بسیاری با شیوع آنها در جمعیت بیماران کلینیک ها و بخشهای بیمارستانی دارد. از آنجایی که ارزش اخباری یافته هایی بالینی بر اساس شیوع یک بیماری در یک جمعیت خاص تفاوت می کند. یک علامت، نشانه و یا آزمون آزمایشگاهی یکسان، ارزش اخباری متفاوتی در طبابت عمومی و طبابت بیمارستانی دارد.

از آنجایی که میزان بروز بیماری های مهم در طبابت عمومی کم است، ارزش اخباری مثبت¹ علایم و نشانه ها و تست های تشخیصی بیماری های مهم و جدی در طبابت عمومی اغلب کمتر از جایگاههای تخصصی است. ارزش اخباری مثبت نشاندهنده نسبتی از افراد با یک یافته بالینی است که از بیماری رنج می برند². همانطور که در شکل پایین مشاهده می کنید ارزش اخباری مثبت یک تست تشخیصی یا یافته بالینی در طبابت عمومی گاهی اوقات یکدهم طبابت تخصصی می باشد. از آنجاییکه در طبابت عمومی، بخش عمده نتایج مثبت تستها از موارد مثبت کاذب تشکیل می شود، ارزش تست های تشخیصی در طبابت عمومی بسیار کم می باشد.

¹ Positive Predictive Value

² مثلا نسبتی از افراد با حساسیت بر روی نقطه مک بورنی که آپاندیسیت دارند و یا نسبتی از افراد که ANA مثبت دارند و دچار لوپوس اریتماتو هستند.

ارزش اخباری مثبت تست تشخیصی A با حساسیت 0.8 و ویژگی 0.9 در تشخیص بیماری X در جایگاه های عمومی و تخصصی

مطب روماتولوژیست	مطب پزشک عمومی	
1000	1000	تعداد بیمار ویزیت در یک سال
100	5	تعداد بیماری X
900	995	تعداد افراد بدون بیماری X
$100 \times 0.8 = 80$	$5 \times 0.8 = 4$	تعداد مثبت واقعی
$900 \times (1 - 0.9) = 90$	$995 \times (1 - 0.9) = 99$	تعداد مثبت کاذب
$80 + 90 = 170$	$4 + 99 = 103$	تعداد کل مثبت
$80 \div 170 = 0.47$	$4 \div 103 = 0.04$	ارزش اخباری مثبت ¹

پزشکان عمومی باید بیماران را از آسیب های ناشی از بررسی های تشخیص و اقدامات درمانی غیر ضروری محافظت نمایند. حتی پس از بررسی کامل، در بسیاری از موارد علت زیست پزشکی مشخص و قابل کشفی برای آلام و مشکلات بیماران وجود ندارد و البته باید توجه داشت که در اغلب موارد مراقبت مناسب از بیمار مستلزم یک تشخیص قطعی نمی باشد. به همین لحاظ پزشکان عمومی در بسیاری از موارد تصمیم‌گیری های بالینی را در غیاب یک تشخیص قطعی بالینی اتخاذ می نمایند و پزشک عمومی باید تصمیم بگیرد که در چه زمان بررسی های تشخیص را متوقف کرده و به ارایه مراقبت های حمایتی از بیمار اکتفا نماید.

تاثیر مرحله بیماری بر استدلال تشخیصی: اغلب بیماری های مهمی که پزشکان عمومی با آنها برخورد می کنند در مراحل اولیه و تمایز نیافته، قبل از آنکه تظاهرات کامل بیماری ظاهر شود قرار دارند. پزشکان عمومی، اغلب بیماری ها را در مراحل اولیه و قبل از آنکه تظاهرات کامل بیماری ظاهر شود می بینند. ارزش اخباری علایم و نشانه های بیماریها در مراحل مختلف بیماریها تفاوت می کند. آزمونهایی که در مراحل پیشرفته یک بیماری ارزشمند هستند، ممکنست در مراحل اولیه آن بیماری بی ارزش باشند. این امر سبب می شود ارزش آزمونهایی تشخیصی در طبابت با طبابت بیمارستانی تفاوت داشته باشند².

در یک مطالعه ارزش اخباری مثبت علایم و نشانه های سرطان تخمدان در مراحل اولیه و پیشرفته با یکدیگر مقایسه شدند³. ارزش اخباری علایم و نشانه های سرطان تخمدان (مانند درد لگنی،

¹ نسبت مثبت واقعی به کل مثبت

² توجه داشته باشد که تمایز نیافتگی بیماریها مستقل از شیوع کمتر بیماریها بر ارزش اخباری مثبت یافته های آزمایشگاهی در طبابت عمومی تاثیر می گذارد.

³ Mary Anne Rossing; Predictive Value of Symptoms for Early Detection of Ovarian Cancer; J Natl Cancer Inst 2010 Volume 102, Issue 4 P. 222-229.

احساس پری، تکرر ادرار، و تهوع) در مراحل اولیه این بیماری (که معمولاً به پزشک عمومی مراجعه می کند) به مراتب کمتر از ارزش اخباری این علایم و نشانه های در مراحل پیشرفته این بیماری (که معمولاً به پزشک متخصص مراجعه می کند) می باشد.

در هر صورت پزشکان عمومی مسئول اداره مراحل اولیه بیماری هایی که بصورت تمایز نیافته تظاهر پیدا می کنند (از جمله مواردی که نیازمند مداخلات فوریتی هستند) می باشند.

رویکرد سلامت نگر در تصمیم گیری ها: بسیاری از جلسات مشاوره پزشکان عمومی با افراد سالم جهت مشاوره سبک زندگی سالم یا اقدامات پیشگیرانه است. همچنین در بسیاری موارد پزشک بدون تجویز دارو به مشاوره جهت رفع اضطراب بیماران می پردازد. به بیان دیگر گرایش اصلی پزشکان عمومی سلامت نگر¹ است. سلامت نگری در طبابت عمومی مفاهیم پیچیده و متعددی را در بر می گیرد از یک سو بخش عمده ای از فعالیتهای پزشک عمومی جهت ترویج سلامت و احساس خوشحالی است و از سوی دیگر بسیاری از مشکلاتی که به پزشک عمومی ارجاع می گردد هیچگونه پایه و اساس آسیب شناختی ندارد. همچنین شناخت طولانی مدت بیماران بر نحوه اداره آنان تأثیر خواهد گذاشت، به عنوان مثال پزشکی که فردی را برای سالها می شناسد و می داند که وی به ندرت به پزشک مراجعه می کند، در صورت مراجعه وی، بیماری او را جدی می گیرد و بررسی کاملی را انجام می دهد. "زمان" ابزار دیگری است که در اختیار پزشک عمومی قرار دارد. هنگامی که علایم بیمار مبهم است، بهتر است بیمار چند ساعت یا چند روز بعد مجدداً ویزیت شود. در بسیاری از موارد سیر طبیعی بیماری با تکمیل چهره بالینی بیماری به تشخیص کمک می کند. در حالیکه عجله برای درخواست تست های تشخیصی ممکنست هیچ نفعی برای بیمار نداشته باشد. در این موارد تصمیم پزشک ممکن است حاکی از عدم قطعیت باشد به عنوان مثال:

"من از تشخیص این بیماری مطمئن نیستم ولی می دانم که بیماری جدی نیست"

و یا

"تابلوی کلی بیمار برای من ناخوشایند است و می خواهم تا حصول اطمینان خاطر بررسی ها را ادامه دهم"

ولی در هر صورت تصمیم پزشک قدمهای بعدی اداره بیمار را مشخص می کند. باید توجه نمود که پزشک عمومی فقط بدنبال تشخیص بیمار نمی باشد، بلکه علت مراجعه بیمار در زمان حال (نه زمانی دیگر)، نگرانی ها و توقعات بیمار و تجربه بیمار در رابطه با بیماری را مشخص می نماید. فعالیت روزمره پزشکان عمومی سبب می شود تا درک عمیقی از الگوهای بیماریها و مشکلات در جامعه، روابط بین شبکه مراقبت از بیماران و کاستی های موجود در نظام های حمایتی در سطح جامعه داشته باشند و این امر آنها را در جایگاه ایده آلی جهت توصیه و هماهنگ سازی مراقبت قرار می دهد.

¹ Normality Oriented

با در نظر گرفتن نکات فوق، الگوی سنتی رسیدن به تشخیص مبتنی مفروضات دقیق پاتوفیزیولوژی بیماری‌ها و معطوف کردن درمان به دستیابی به یک تشخیص قطعی، در طبابت عمومی جایگاه چندانی ندارد. و وظیفه یک پزشک عمومی جهت حفاظت از بیماران و تخفیف آلام آنان معمولاً به این معنی است که قبل از دستیابی به یک تشخیص پاتوفیزیولوژیک قطعی یا در حین فرایند رسیدن به تشخیص باید اقداماتی برای بیمار صورت گیرد. در این رابطه تصمیماتی که در مورد اداره بیمار گرفته می‌شود بر اساس احتمال وجود بیماری‌ها است و استفاده از بررسی‌های تشخیصی با در نظر گرفتن حساسیت و ویژگی آنها می‌باشد. در طبابت عمومی "گذشت زمان" و "آزمایشات درمانی"¹ روشهایی قابل قبول برای دستیابی به تشخیص محسوب می‌شوند.² برنامه اداره بیماری با اشاره شفاف به احتمالات موجود با بیمار و خانواده وی مورد بحث قرار می‌گیرد و پس از این مذاکره صادقانه، تصمیم‌گیری آگاهانه بیمار مبنای اقدامات بعدی قرار می‌گیرد.

¹ Therapeutic Tests

² در "آزمایش درمانی"، پزشک از تشخیص بیماری اطمینان ندارد ولی بجای درخواست آزمونه‌های تشخیصی، برای اطمینان از تشخیص بیماری، آنرا درمان می‌کند. پاسخ مثبت به درمان تایید کننده تشخیص بیماری خواهد بود.

مدل های استدلال بالینی:

- 1. رویکرد استقرایی¹:** در گذشته به دانشجویان پزشکی می آموختند تا زمانی که اطلاعات آنان در رابطه با بیمار کامل نشده است به سراغ فرضیات نروند. این رویکرد به هیچ وجه با فرایندهای فکری یک پزشک همخوانی ندارد و اصولاً مغز انسان به این شکل عمل نمی کند. رویکرد استقرایی موجب صرف هزینه گزاف و ایجاد فاصله بین پزشک و بیمار می شود.
 - 2. فرایند فرضی - قیاسی²:** در این فرایند پزشکان به سرنخهای³ موجود در تاریخچه، معاینه، رفتار و شرایط زندگی بیمار بصورت ایجاد فرضیه یا فرضیه های در رابطه با مشکل بیمار پاسخ می دهند. این فرضیه ها معمولاً در مراحل اولیه فرایند اداره بیمار شکل می گیرند. مطالعات متعدد نشان داده است که پزشکان از همان برخورد اولیه با بیماران مشغول طرح فرضیات هستند و در طول زمان به دفعات فرضیات خود را تقویت و یا ابطال می کنند.
 - 3. شناسایی الگوها⁴:** متداولترین روشی که توسط پزشکان با تجربه به کار گرفته می شود "شناسایی الگو" است. معمولاً پس از سالها تجربه بالینی، پزشکان اغلب موارد شایع و بسیاری از موارد غیر شایع بیماری ها را دیده اند و با الگوی علایم و نشانه های آنها آشنا هستند. هنگامی که بیماری با الگوی آشنا از علایم و نشانه ها مراجعه می کند یک پزشک با تجربه به سرعت به تشخیص وی پی می برد. و تنها هنگامی که الگوی علایم و نشانه ها با هیچیک از الگوهای از پیش شناخته شده پزشک همخوانی ندارد، پزشک از رویکرد فرضی - قیاسی استفاده می کند.
- پژوهشهای گسترده ای که در سالهای اخیر بر روی روانشناسی شناختی صورت گرفته است، افقهای جدیدی را در رابطه با سازوکارهای استدلال بالینی و روش آموزش آن به سوی ما گشوده است. این مطالعات نشان داده است که در اغلب تخصص ها بطور متوسط حدود 10 سال مطالعه و تجربه در زمینه مربوطه لازم است تا یک فرد به مرز تبحر برسد. این مطالعات نشان داده است که متخصصین متبحر از قدرت استدلال بالاتری در زمینه های مختلف برخوردار نمی باشند بلکه تبحر آنان کاملاً محدود به حیطه تخصصی آنان می باشد. در واقع متخصصین، دانش و تجربه خود در رابطه با بیماری ها را در قالب سناریو بیماری ها⁵ می اندوزند و از سازوکار شناسایی الگو برای تشخیص بیماری ها استفاده می کنند.
- بر خلاف اغلب تخصص ها، در **طبابت عمومی**، گستره بیماری های تحت پوشش بیمار وسیع است و بیماران در مراحل اولیه و با تابلوی بالینی تمایز نیافته بیماری ها مراجعه می کنند به همین سبب شناسایی الگو، نقش کمتری را در تشخیص ایفا می کند و رویکرد فرضی - قیاسی بطور شایعتر مورد استفاده قرار می گیرد.
- الگوی منحصر به فرد و هزینه اثربخش مدیریت بیماران در طبابت عمومی به صورت زیر است:

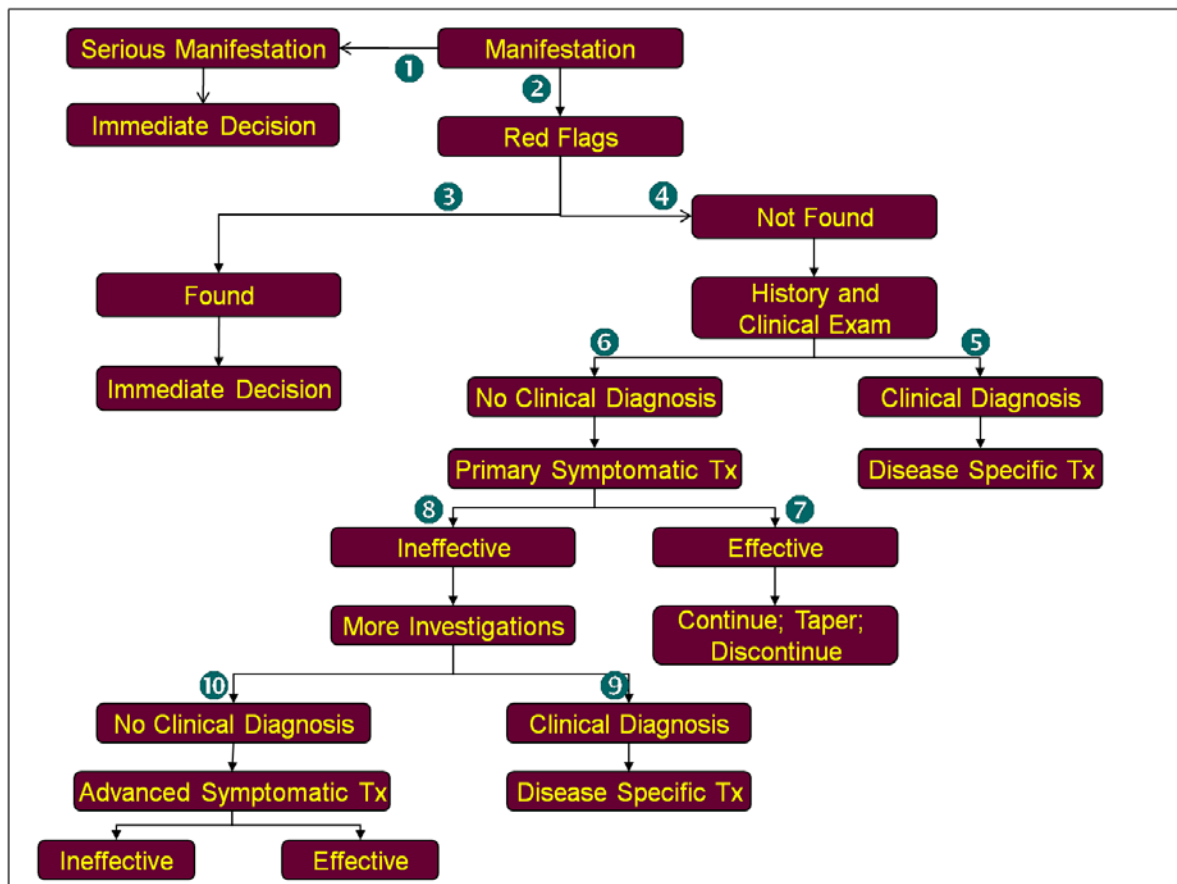
¹ Inductive

² Hypothetic-deductive process

³ Cues

⁴ Pattern Recognition

⁵ Illness Scripts



1	افتراق تظاهرات جدی (هموپتیزی) از تظاهرات غیر جدی (سردرد) و اتخاذ تصمیم فوری برای تظاهرات جدی قدم اول است.
2	در مواردی که تظاهرات بیمار جدی نیست، بررسی علائم هشداردهنده ¹ همراه (مانند پاییلادم، خشکی گردن، علایم موضعی نورولوژیک، و کاهش سطح هوشیاری همراه با سردرد) اقدام بعدی است.
3	در مواردی که تظاهر بیماری جدی است و یا علائم هشدار دهنده همراه وجود دارد، اتخاذ تصمیم فوری، می تواند شامل اقدام تشخیصی فوری، اقدام درمانی فوری، و یا ارجاع فوری برای خدمات بستری یا تخصصی باشد. ²
4	در غیاب تظاهرات جدی و علائم هشدار دهنده همراه، پزشک عمومی با اطمینان خاطر به جمع آوری اطلاعات می پردازد.
5	در صورتی که شرح حال و معاینه، تشخیص یک بیماری را مسجل نماید، اقدام بعدی درمان اختصاصی بیماری است.
6	در بیش از 50 درصد موارد در طبابت عمومی تشخیص مشخصی برای بیمار داده نمی شود، در این موارد در غیاب تشخیص و با اطمینان از عدم وجود یک بیماری مهم به درمان علامتی ³ پرداخته می شود. ⁴
7	در غالب موارد به واسطه ماهیت خود محدود شونده بیماریها، درمان علامتی باعث بهبود بیمار می شود. اقدام بعدی تصمیم برای توقف تدریجی یا ناگهانی درمان می باشد.
8	در صورت شکست درمان علامتی پزشک عمومی معمولاً تصمیم می گیرد تا بررسی ها و آزمایشات بیشتری انجام دهد. ⁵
9	در صورتی که آزمایشات تکمیلی، تشخیص یک بیماری را مسجل نماید، اقدام بعدی درمان اختصاصی بیماری است.
10	در صورتی که علیرغم بررسی های تکمیلی تشخیص مشخص نشود، ممکنست درمان علامتی پیشرفته تر توصیه گردد.

¹ Red Flags

² پزشکان عمومی باید علائم هشدار دهنده همراه با تظاهرات بالینی شایع را بدانند و برای اطمینان از عدم وجود بیماریهای جدی در ابتدای امر آنان را جستجو کنند.

³ Symptomatic Treatment

⁴ آشنایی با درمان علامتی یکی از واجبات طبابت عمومی محسوب می گردد.

⁵ توجه داشته باشید که در طبابت روزمره در اغلب موارد این بررسی های پاراکلینیک در ابتدای امر و در ویزیت اولیه درخواست می شوند. به تعویق انداختن این بررسی ها تا مرحله 8 سبب جلوگیری از تعداد زیادی آزمایشات غیر ضروری خواهد شد.

تجربیات و مدل های جهانی در بکارگیری پزشکان خانواده

در حال حاضر بیش از 80 کشور دنیا عضو اتحادیه جهانی پزشکان خانواده (WONCA)¹ هستند. در اغلب این کشورها پزشکان خانواده محور نظام ارائه خدمات سلامت را تشکیل می دهند. و در تعداد زیادی از این کشورها تحصیلات پزشکی خانواده در قالب یک رشته تخصصی مشخص تعریف شده است. در انگلستان، ایرلند، استرالیا، نیوزلند، هلند، و کشورهای اسکانندیناوی دسترسی به پزشکان خانواده برای تمامی شهروندان تعریف و تضمین شده است. در این کشورها پزشکان خانواده نقش دروازه بان نظام مراقبت های سلامت را ایفا می کنند. در آمریکا، ژاپن، و بسیاری از کشورهای اروپایی پزشکان خانواده نقش ضعیفتر و تعریف نشده تری را در نظام ارائه خدمات بر عهده دارند.

پزشکی خانواده در کشور آمریکا

کشور آمریکا مهد مراقبت های پزشکی تخصصی محسوب می شود. در فاصله سالهای 1950 تا 1969 تعداد پزشکان متخصص در کشور آمریکا از 36% به 77% افزایش یافت. این امر زنگ خطر را در ارتباط با انقراض تدریجی طبابت عمومی در کشور آمریکا به صدا درآورد. مردم این کشور حتی برای مراقبت های عمومی خود به متخصصین اعتماد می کردند. وضعیت طبابت عمومی در اوایل دهه هفتاد از دیدگاه یکی از صاحب نظران بصورت زیر نقل شده است:²

"طبابت عمومی هم از نظر کارکرد و هم از نظر درآمد به یک حوزه دست دوم تبدیل شده است، پزشکان عمومی نقش و وظایف مشخصی در نظام خدمات سلامت ندارند، هرآنچه را که متخصصین از طب جدا می کنند در نظر بگیرید، باقیمانده آن طبابت عمومی را تشکیل می دهد. از سوی دیگر بیمارانی که استطاعت مالی پرداخت به متخصصین را ندارند، از سر استیصال و ناچاری و با اکراه فراوان به پزشکان عمومی مراجعه می کنند و همین بیماران فقیر درآمد ناچیز پزشکان عمومی را رقم می زنند"

در سال 1969 مورد طبابت خانواده آمریکا³ به عنوان زیرمجموعه ای از مورد تخصص های پزشکی آمریکا⁴ تاسیس شد. از دیدگاه موسسین این تخصص، شکل گیری یک تخصص برای طبابت عمومی تنها راه برای حرفه ای کردن و نجات طبابت عمومی محسوب می شد.⁵ تخصصی تخصصی شدن طبابت عمومی جایگاه و منزلت اجتماعی پزشکان عمومی را تضمین می کرد، سهم مناسبی از بازار سلامت را به آنان تخصیص می داد، و به آنان اجازه می داد به عنوان هیات علمی دانشگاه ها در مسیر آکادمیک پیشرفت کنند. در ارتباط با عنوان این تخصص جدید بحث

¹ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

² Stevens R. American medicine and the public interest: a history of specialization. Berkeley, Calif: University of California Press, 1998:81. Original edition 1971.

³ American Board of Family Practice (ABFP)

⁴ American Board of Medical Specialties (ABMS)

⁵ Rosemary A. Stevens; The Americanization of Family Medicine: Contradictions, Challenges, and Change, 1969-2000 ; Fam Med 2001;33(4):232-43.

های زیادی صورت گرفت اما در نهایت با اذعان به این موضوع که این تخصص جدید چیزی جز آموزش تخصصی پزشکی عمومی نیست، و تنها برای ایجاد یک تمایز در ذهن شهروندان کمال طلب آمریکایی، و با توجه به این امر که لااقل در دهه هفتاد میلادی خانواده یک نهاد ارزشی در آمریکا محسوب می‌شد، نام پزشکی خانواده انتخاب گردید. از همان ابتدای کار، به کرات بر این موضوع تاکید شد که نظام سلامت آمریکا به دنبال دو نقش و مسیر موازی برای پزشکان عمومی سنتی و متخصصین پزشکی خانواده جدید نمی‌باشد و جایگزینی پزشکان عمومی توسط متخصصین پزشکی خانواده قرار است در طی یک فرایند تدریجی و در طول چند دهه اتفاق بیافتد. اعطای سهمی از بازار خدمات سلامت آمریکا به پزشکان خانواده از طریق تعیین مهارتهای پروسجورال قابل انجام توسط پزشکان خانواده صورت گرفت. در این رابطه تعداد زیادی از اقدامات پروسجورال پرتواتر (مانند آندوسکوپی، اسپیرومتری، و بیوپسی آندومتر) که پیش از این توسط سایر تخصص‌ها انجام می‌شد، علیرغم مخالفت‌های زیاد آنان، به پزشکان خانواده سپرده شد. این امر درآمد قابل توجهی را به سمت پزشکان خانواده هدایت نمود. نکته قابل تامل اینست که فهرست اقدامات پروسجورال قابل انجام توسط پزشکان خانواده در طی چهار دهه گذشته دایماً در حال گسترش بوده است¹. علاوه بر آن پزشکان خانواده آمریکایی جدال دایمی برای کسب امتیاز بستری بیماران و ارایه خدمات بیمارستانی و جراحی داشته‌اند. مخالفین سرسخت این امر یعنی متخصصین جراحی و زنان و زایمان اظهار می‌کنند که خدمات بستری و جراحی بدور از تعریف و رسالت پایه طبابت خانواده می‌باشد و در مقابل، پزشکان خانواده مدعی آن هستند که شیوع و تواتر خدمات، مشخص‌کننده خدمات قابل ارایه توسط پزشکان خانواده می‌باشد و خدمات پزشکان خانواده محدود به عرصه‌های سرپایی نمی‌گردد. درکنار مشکلات و چالش‌های مرزی²، مهمترین چالش طبابت خانواده در آمریکا فقدان یک ساختار رسمی برای مراقبتهای اولیه سلامت (PHC) بود. در غیاب این ساختار، تعداد کثیری از پزشکان خانواده در آمریکا مانند سایر متخصصین به طبابت انفرادی مشغول بودند. تنها پس از گسترش جنبش مراقبت‌های مدیریت شده³ در دهه نود میلادی بود که جایگاه پزشکان خانواده در سازمانهای حفظ سلامت⁴ تبیین شد و ارتباط پزشکان خانواده به عنوان ارایه‌کننده خدمات خط اول با سایر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت تا حدودی شفاف گردید. در مجموع با تخصصی شدن طبابت عمومی در آمریکا، پزشکی غیر تخصصی در این کشور هیچگونه جایگاهی ندارد و در حال حاضر بیش از 90% پزشکان آمریکایی گواهی بُرد تخصصی⁵ دارند.

¹ Melissa Nothnagle; Required Procedural Training in Family Medicine Residency: A Consensus Statement; Fam Med 2008;40(4):248-52.

Barbara F. Kelly, Advanced Procedural Training in Family Medicine: A Group Consensus Statement; Fam Med 2009;41(6):398-404.

² Boundary Issues

³ Manged Care

⁴ Health Maintenance Organization (HMO)

⁵ Board Certified

پزشکی خانواده در کشور انگلستان

از اوایل قرن بیستم در کشور انگلستان، پزشکان عمومی به عنوان ارایه کنندگان مراقبت‌های خط اول سلامت مطرح شدند. تمامی شهروندان انگلیسی تحت پوشش جامع و فراگیر خدمات سلامت قرار دارند که از محل مالیات عمومی تامین می‌گردد و در زمان دریافت خدمات مجانی می‌باشد. تنها 12% از جمعیت این کشور از بیمه‌های تکمیلی سلامت استفاده می‌کنند. دولت مراقبت‌های اولیه سلامت را بصورت قراردادی از پزشکان عمومی خرید خدمت می‌کند. مراقبت‌های پزشکی حاد و بخش اعظم مراقبت‌های پزشکی مزمن در قالب پرداخت سرانه و اغلب مراقبت‌های پیشگیرانه و مراقبت‌های ویژه از بیماری‌های مزمن در قالب پرداخت کارانه از پزشکان عمومی خریداری می‌گردد. پزشکان عمومی انگلیسی در قالب یک ساختار کاملاً تعریف شده مراقبت از جمعیت مشخصی را بر عهده دارند. پزشکان عمومی در صورت نیاز، بیماران را برای دریافت مشاوره تخصصی نزد سایر متخصصین ارجاع می‌کنند و پس از دریافت مشاوره تخصصی، ادامه مراقبت را بر عهده می‌گیرند. این تفکیک کارکردی بین پزشکان عمومی و سایر متخصصین در کشور انگلستان تا حدی است که اصولاً برای اشاره به متخصصین، عموماً از کلمه مشاور¹ استفاده می‌شود. به بیان دیگر در کشور انگلستان، پزشکان عمومی در تمایز با سایر متخصصین هویت و منزلت کسب می‌کنند و پزشکان متخصص نقش مشاوران پزشکان عمومی را ایفا می‌کنند (توجه کنید که در کشور آمریکا پزشکان خانواده هویت خود را با ورود به جرگه سایر متخصصین کسب نمودند). پزشکان عمومی در انگلستان بر خلاف هم‌تایان آمریکایی خود صرفاً به ارایه خدمات سرپایی می‌پردازند. در سال 1965 منشور پزشکان خانواده² در انگلستان به تصویب رسید. این منشور بمنظور تحکیم جایگاه پزشکان عمومی، بهبود آموزش حرفه‌ای و افزایش درآمد آنان تدوین شده بود. به واسطه وجود یک ساختار رسمی برای مراقبت‌های اولیه سلامت در انگلستان، گذار از طبابت عمومی به طبابت خانواده در این کشور به سهولت و بدون هرگونه چالشی صورت پذیرفت. در طی سه دهه اخیر مدل طبابت عمومی در انگلستان بارها مورد بازنگری قرار گرفته است. در یکی از مهمترین این بازنگری‌ها، و از سال 1999 چند پزشک عمومی در کنار هم، در قالب گروه مراقبت‌های اولیه³ سازماندهی شدند. در هر گروه مراقبت‌های اولیه علاوه بر پزشکان عمومی، پرستاران، مدیران، مددکاران اجتماعی، و کارشناسان بهداشت عمومی نیز مشارکت دارند. هر یک از این گروه‌ها، مراقبت از سلامت یک جمعیت صدهزار نفری را بر عهده دارند. سازماندهی مراقبت‌های اولیه حول گروه‌های مراقبت اولیه در مقایسه با سازماندهی مراقبت‌های اولیه حول یک پزشک عمومی از مزایای متعددی برخوردار می‌باشد. تقسیم کار و نوبت بندی خدمات در ساعات غیر موظف (عصرها و شب‌ها)، پشتیبانی و پوشش دادن پزشکان همکار برای شرکت در

¹ Consultant

² Family Doctors Charter

³ Primary Care Groups

دوره‌های آموزشی، تقسیم کار برای مراقبت از بیماران در منزل، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت جمعیت محور¹ از مزایای این مدل محسوب می‌گردد.²

پزشکی خانواده در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی³

همه 12 کشور اروپای مرکزی و شرقی و روسیه دارای تخصص پزشکی خانواده هستند. در بلغارستان، رومانی، اسلواکی، کرواسی، مونته‌نگرو، روسیه، و استونی، خدمات پزشکان خانواده توسط دولت سازماندهی شده است. در اغلب کشورهای اروپای شرقی پزشکان خانواده مانند سایر متخصصان بطور انفرادی خدمت می‌کنند. تنها در کشور استونی شبکه پزشکان خانواده بطور رسمی به ارایه مراقبتهای اولیه می‌پردازند. علاوه بر پزشکان خانواده، در 10 کشور متخصصان اطفال، در 6 کشور متخصصان داخلی، و در 5 کشور متخصصان زنان و زایمان به ارایه مراقبتهای اولیه سلامت می‌پردازند. تنها در 4 کشور (مجارستان، رومانی، کرواسی، و مونته‌نگرو) پزشکان غیرمتخصص مجاز به ارایه مراقبتهای اولیه سلامت هستند. هر 12 کشور از روش پرداخت سرانه برای پزشکان خانواده استفاده می‌کنند. بعلاوه در 8 کشور از روش پرداخت کارانه استفاده می‌شود و در 6 کشور از روش پرداخت کارانه برای خدمات پیشگیرانه استفاده می‌گردد. بجز سه کشور کرواسی، اسلواکی و مونته‌نگرو در سایر کشورها بطور گسترده از راهکارهای طبابت بالینی (گایدلاین‌ها) برای پزشکان خانواده استفاده می‌گردد.

پزشکی خانواده در کشورهای عربی⁴

تخصص پزشکی خانواده در سال 1979 با تاسیس اولین دیپارتمان پزشکی خانواده در دانشگاه آمریکایی بیروت وارد جهان عرب شد. در طی دهه هشتاد و نود بسیاری از کشورهای عربی به راه اندازی برنامه‌های پزشکی خانواده مبادرت ورزیدند به طوری که در حال حاضر از میان 22 کشور اتحادیه عرب، 15 کشور دارای برنامه رزیدنتی خانواده هستند. در این 15 کشور 31 برنامه رزیدنتی پزشکی خانواده وجود دارد که سالانه در مجموع 182 متخصص پزشکی خانواده از این برنامه‌ها فارغ‌التحصیل می‌شوند. نسبت پزشکان خانواده به جمعیت در اغلب کشورهای عربی بسیار پایین است. بهترین نسبت پزشک خانواده به جمعیت در کشورهای بحرین (1 در 2000)، و قطر (1 در 3800)، و بدترین نسبت در عراق (1 در 400000)، و سودان (1 در 1800000) مشاهده می‌شود. دامنه درآمد سالانه پزشکان خانواده در کشورهای عربی بسیار وسیع است. کمترین درآمد سالانه در سوریه (کمتر از 5000 دلار)، و مصر (5000 تا 10000

¹ Population Based Health Programs

² در مدل شهری برنامه پزشک خانواده ایران، پزشک خانواده مسئول (مسئول سلامت محله)، پزشک خانواده ای است که علاوه بر وظایف معمول، مسئولیت مدیریت و نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت محله خود را بر عهده داشته و مسئول ارائه خدمات سلامت محیط و کار و نظارت بر آن را بر عهده دارد و به طور کلی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخشها و پیگیری SDH را بر عهده دارد

³ Marek Oleszczyk; Family medicine in post-communist Europe needs a boost. BMC Family Practice 2012, 13:15

⁴ Hibah Osman; Family Medicine in Arab Countries; Fam Med 2011;43(1):37-42.

دلار) و بیشترین درآمد سالانه مربوط به امارات (75000 تا 100000 دلار) و کویت (100000 تا 150000 دلار) می باشد.

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش سوم

ویژگی های طبابت خانواده

عمومی بودن خدمات در طبابت خانواده	3-1
فراگیری خدمات در طبابت خانواده	3-2
تداوم و پیوستگی خدمت در طبابت خانواده	3-3
خط اول بودن خدمات در طبابت خانواده	3-4
هماهنگی خدمات در طبابت خانواده	3-5
تمرکز بر خانواده در طبابت خانواده	3-6
جامعه نگری در طبابت خانواده	3-7
توجه به الزامات نظام سلامت در طبابت خانواده	3-8

عمومی بودن¹ خدمات در طبابت خانواده

اغلب شاخه های طب از طریق محدودیت های خدمات ارائه شده در آن شاخه از طب تعریف می شوند. به عنوان مثال متخصصین زنان و زایمان در ارتباط با بیماری های ویژه یک جنس خاص ارائه خدمت می کنند. و یا متخصصین اطفال در ارتباط با بیماری های ویژه یک گروه سنی خاص ارائه خدمت می کنند و متخصصین بیماری های اعصاب در ارتباط با بیماری های ویژه یک دستگاه خاص ارائه خدمت می کنند. مقصود از عمومی بودن خدمات در طبابت خانواده اینست که پزشکان خانواده بدون در نظر گرفتن سن، جنس، و نوع بیماری، تمام بیماران مراجعه کننده را بصورت اولیه می پذیرند و مسئولیت مراقبت از آنان را بر عهده می گیرند. بدیهی است که هیچ پزشکی بتنهایی قادر نیست تمام خدمات ضروری را به یک جمعیت ارائه کند. در واقع، پزشکان خانواده 85 تا 90 درصد بیماران مراجعه کننده به سطح مراقبتهای اولیه را شخصاً مدیریت می کنند. مدیریت 10 تا 15 درصد باقیمانده بیماران با حمایت سایر متخصصین، بیمارستانها، مراکز تشخیصی و درمانی تخصصی، مراکز مراقبت از بیماران مزمن، و مراکز مراقبت در منزل صورت می پذیرد. مشکلات بالینی که خارج از حیطه طبابت مراقبتهای اولیه قرار می گیرد باید جهت دریافت راهنمایی، مشاوره و یا اداره بیماری به سایر سطوح ارائه خدمات ارجاع گردد. حتی در مواردی که بیماران جهت دریافت مراقبت های تخصصی از سوی پزشکان خانواده به سایر متخصصین و مراکز ارجاع می گردند، مسئولیت مراقبت از آنان از دوش پزشکان خانواده ساقط نمی گردد. از این بابت کلمه "عمومی" در تعاریف طبابت خانواده به معنای "بدون محدودیت" آورده شده است. مفهوم دیگری که در ویژگی "عمومی بودن" مستتر است، مفهوم دسترسی بدون قید و شرط به پزشکان خانواده است. پزشکان خانواده نقش دروازه بانان نظام خدمات سلامت را ایفا می کنند. و به همین سبب مانند گردنه ای هستند که دستیابی به دشت وسیع خدمات سلامت را میسر می کنند. حال اگر دسترسی به خود این پزشکان خانواده با مشکل مواجه باشد، یعنی اشکالی در فراهمی²، دسترسی³ و یا قابلیت خرید⁴ مراقبت های ارائه شده توسط پزشکان خانواده وجود داشته باشد، دسترسی به سایر خدمات تخصصی نیز با ایراد مواجه می شود. از این جنبه خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده با خدمات اورژانس مشابهت پیدا می کنند که به سبب ماهیت ویژه خود در اغلب کشورهای جهان، بیماران می توانند بدون در نظر گرفتن شرایط مالی، وضعیت بیمه یا توان خرید خود، از این خدمات استفاده کنند.

¹ General Care

² Availability

³ Accessibility

⁴ Affordability

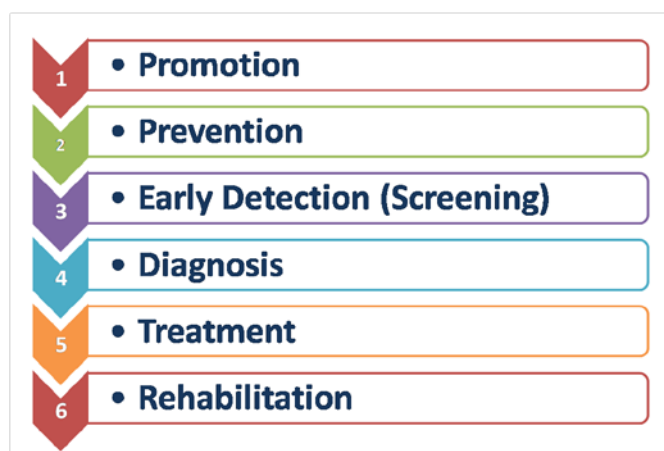
فراگیری¹ خدمات در طبابت خانواده

همانطور که اشاره شد، پزشکان خانواده 85 تا 90 درصد بیماران مراجعه کننده به سطح مراقبتهای اولیه را شخصاً مدیریت می کنند. این امر مستلزم آنست که پزشکان خانواده طیف وسیعی از مراقبتها که در عمل بخش عمده نیازهای بیماران را تشکیل می دهد را ارایه نمایند. جدول زیر بخشی از خدمات پزشک خانواده را نمایش می دهد و منعکس کننده طیف وسیع خدماتی است که توسط پزشک خانواده ارایه می گردد.

○ Wart removal	○ IUD insertion
	○ IUD removal
	○ Pap smear
○ Suturing lacerations	○ Tympanocentesis
○ Removal of cysts	○ Vision screening
○ Joint aspiration/injection	○ Age-appropriate surveillance
○ Setting of simple fractures	○ Family planning
○ Sprained ankle splint	○ Immunizations
	○ Smoking counseling
○ Remove ingrowing toenail	○ Hearing screening
○ Behavior/MH counseling	○ Home visits as needed
○ Electrocardiography	○ Nutrition counseling
○ Examination for dental status	○ Foreign body removal (ear, nose)

البته باید توجه نمود که تعداد محدودی از مشکلات سلامت، درصد عمده ای از خدمات پزشکان خانواده را تشکیل می دهد. به عنوان مثال در کشور امریکا تنها 46 مشکل مسئول 75% مراجعات به پزشکان خانواده می باشد. بطور مشابه، در استرالیا 52 مشکل و در نیوزیلند 57 مشکل مسئول 75% مراجعات به پزشکان خانواده می باشد.²

بطور سنتی بخش عمده خدمات پزشکان بر مراقبت های تشخیصی و درمانی متمرکز بوده است. فراگیری خدمات در طبابت خانواده به معنی پوشش کامل طیف خدمات از ترویج سبک زندگی سالم، پیشگیری از بیماریها، غربالگری، تشخیص، درمان، تا توانبخشی می باشد.



¹ Comprehensive Care

² BMJ 2007; 334:1261-6.

جامعیت و فراگیری مراقبتهای پزشکان خانواده، تضمین می نماید پزشک که هیچ بیماری به واسطه مشکلات شایع سلامت به سطوح تخصصی ارجاع نمی گردد و از طریق کاهش مداخلات تشخیصی و درمانی تخصصی، هزینه های نظام سلامت را کاهش می دهد و کارایی¹ مراقبتها را افزایش می دهد. همانطور که در جدول زیر مشخص است میزان استفاده از خدمات تخصصی در کشوری مانند آمریکا بیش از سه برابر کشور انگلستان می باشد.

Percentage of People Seeing at Least One Specialist in a Year	
US	40% of total population; 54% of patients (users)
Canada (Ontario)	31% of population (68% at ages 65 and over)
UK	about 15% of patients (at ages under 65)
Spain	30% of population; 40% of patients (users)

جالب آنست که اغلب بیمارانی که توسط متخصصین ویزیت می شوند، در واقع نیازمند خدمات تخصصی نمی باشند. به عنوان مثال، علت مراجعه در 35 تا 75 درصد مراجعین به پزشکان متخصص صرفاً پیگیری و ویزیت روتین می باشد. مطالعات دیگر نشان داده است که در درصد بالایی از موارد، بیماری بیمارانی که توسط متخصصین ویزیت می شوند هیچگونه ارتباطی با تخصص متخصص مربوطه ندارد:

How Frequently Do Specialists Take Care of People with "Specialty" Conditions?	
Specialty	% of episodes
Cardiologists	36% of those with cardiac disease
Orthopedists	22% of those with musculoskeletal disease
Neurologists	40% of those with nervous system disease

تضمین فراگیری خدمات مستلزم تعیین ملاکهای شفاف برای ارجاع بیمارانی به سطوح تخصصی می باشد. فراگیری مراقبت هنگامی بدست می آید ارایه کننده مراقبتهای اولیه طیف کامل خدمات سلامت جمعیت مورد پوشش را به استثنای موارد نادر یا پیچیده بالینی پوشش دهد. این طیف علاوه بر ترویج سبک زندگی سالم، پیشگیری از بیماریها، غربالگری، تشخیص، درمان، و توانبخشی شامل مراقبت از بیماریهای مزمن، مراقبت در منزل، و خدمات اجتماعی می گردد.

¹ Efficiency

تداوم و پیوستگی¹ خدمت در طبابت خانواده

تداوم ارتباط بیمار با یک ارائه کننده (یا تیم ارائه کننده) مراقبت‌های سلامت شرط اصلی پیوستگی مراقبت‌ها می باشد. یک بیمار باید تمام مراقبت‌های غیر فوری² و غیر ارجاعی³ خود را بدون در نظر گرفتن ماهیت مشکل از ارائه کننده مراقبت‌های اولیه دریافت نماید. حتی در مواردی که بیمار به یک پزشک متخصص ارجاع می شود پیوستگی مراقبت‌ها باید از طریق فرایند باز-ارجاع⁴ حفظ گردد⁵. اساس پیوستگی مراقبت‌ها، ارائه مراقبت‌های متمرکز بر فرد (نه متمرکز بر بیماری) توسط ارائه کننده خدمات در طی دوره زمانی طولانی است.

رویکردهای مختلف به پیوستگی مراقبت‌ها: پیوستگی مراقبت‌ها، در سه سطح مختلف تعریف می گردد: پیوستگی اطلاعات⁶، پیوستگی طولی⁷، و پیوستگی بین فردی⁸

پیوستگی اطلاعاتی	پیوستگی اطلاعاتی به آن معنی است که مجموعه مدون و سازمان یافته اطلاعات پزشکی و اجتماعی بیمار بسادگی در اختیار همه پزشکان و ارائه کنندگان خدمات سلامت که بنوعی در ارتباط با بیمار هستند قرار می گیرد.
پیوستگی طولی	در پیوستگی طولی، علاوه بر پیوستگی اطلاعاتی، هر بیمار یک مکان مشخص برای مراجعه دارد که بیمار بخش عمده مراقبت‌های سلامت خود را در محیطی آشنا و قابل دسترس از یک تیم سلامت سازماندهی شده و مسئول دریافت می کند ⁹ .
پیوستگی بین فردی	در پیوستگی بین فردی، علاوه بر پیوستگی اطلاعاتی و طولی، یک ارتباط مداوم بین بیمار و یک پزشک وجود دارد. بیمار پزشک خود را به نام می شناسد و کاملاً به او اعتماد دارد. بیمار تمامی خدمات سلامت پایه را از پزشک شخصی خود دریافت می کند. و پزشک مسئولیت کامل سلامت فرد را بر عهده می گیرد. در زمانی که پزشک فرد در دسترس نمی باشد، پزشک فردی را به جای خود جانشین می کند و پیوستگی طولی خدمت را تضمین می کند.

علاوه بر سه شکل پیوستگی فوق عده ای شکل چهارمی به نام پیوستگی مدیریتی¹⁰ را مطرح می کنند که مفهوم آن بیشتر به هماهنگی مراقبت‌ها¹¹ شباهت دارد.

¹ واژه مداوم (Continuous) در تعریف WHO تا حدودی مشکل زا است زیرا کلمه Continuous در واقع به معنی "بدون انقطاع" یا "بدون وقفه" است در حالیکه کلمه Continuing به معنی فرایند یا فعالیتی که رها نمی شود و در طی زمان (به تناوب) صورت می گیرد. به همین سبب صفت Continuing برای توصیف طبابت عمومی بهتر از Continuous (که در بیانیه WHO به آن اشاره شده است) می باشد. به طور مشابه عبارت "Continuous medical education" یعنی یادگیری پزشکی بدون انقطاع از صبح تا به شب و عبارت "Continuing medical education" یعنی ادامه دادن (ترک نکردن) آموزش و یادگیری در طی زمان اگر چه بطور منقطع.

² Non-emergent

³ Non-referred

⁴ Back Referral

⁵ در فرایند باز-ارجاع، پزشک متخصص پس از ویزیت بیمار ارجاع شده، یافته های جدید بالینی و برنامه جدید مراقبت را بطور مکتوب به اطلاع پزشک عمومی یا خانواده ارجاع کننده می رساند. و ادامه مراقبت‌ها را به وی می سپارد.

⁶ Informational

⁷ Longitudinal

⁸ Inter-personal or Relational

⁹ اخیراً اصطلاح Medical Home به فضاهای فیزیکی ارائه خدمات پیوسته اطلاق می شود.

¹⁰ Management Continuity

¹¹ Care Coordination

شیوه اندازه گیری پیوستگی مراقبت ها:

شاخص های متعددی برای سنجش پیوستگی مراقبتها مورد استفاده قرار گرفته است. در جدول زیر، فهرستی از شاخص های پیوستگی و روش محاسبه برخی از آنها آورده شده است:

Measures that do not require an assigned provider	Some Formula ¹
Continuity of Care Index (COCI)	$COCI = \frac{(\sum_1^s n_i^2) - N}{N(N-1)}$
Number of Providers Seen (NOP)	
Sequential Continuity Index (SECON)	
Likelihood of Continuity Index (LICON)	
Likelihood of Sequential Continuity Index (LISECON)	
Herfindahl Index (HH)	
Known Provider Index (K)	$MMCI = \frac{1 - \frac{S}{N+0.1}}{1 - \frac{1}{N+0.1}}$
FRAC Index (FRAC)	
Modified Continuity Index (MCI)	
Modified, Modified Continuity Index (MMCI)	
Index of Concentration (CON)	$UPC = \frac{n^*}{N}$
GINI Index of Concentration (GINI)	
Measures that require an assigned provider	<p>N: Total number of visits <i>n_i</i>: number of visits by <i>i_{th}</i> provider <i>n*</i>: number of visits by usual provider S: number of providers</p>
Usual Provider Continuity Index (UPC)	
Duration of relationship	
Rate of provider turnover	
Most Frequent Provider Continuity (MFPC)	
Index Provider Identification	
Measures of family continuity	
Family Care measure (FC)	
Family Mean Continuity Index (FMCI) ³⁷	
Family Continuity of Care Index (FCOC) ³⁷	

تاثیر پیوستگی مراقبت ها: پزشک خانواده با درک مناسب از مشکلات بیماران می تواند ارتباط پیوسته ای را بین ارائه دهنده خدمات و بیمار و یا مراکز ارائه خدمات و یک جمعیت تعریف شده برقرار نماید که تضمین کننده مراقبتهای پیشگیرانه، تبعیت و همکاری بیشتر بیماران با دستورات و توصیه های درمانی، کاهش موارد غیر ضروری بستری و در مجموع افزایش رضایت بیماران باشد. این نقش مشاوره ای خاص، تنها از طریق برقراری ارتباط در طی زمان و به کمک مهارت های ارتباطی مؤثر پزشک - بیمار شکل می گیرد. مطالعات بسیاری بر روی تاثیرات مثبت

¹ اندازه اغلب این شاخص ها بین صفر (کمترین پیوستگی) و یک (بیشترین پیوستگی) متغیر است. در مورد بیماری که در یک بازه زمانی 10 مراجعه (N) به 3 پزشک (S)، شامل 6 مراجعه به پزشک خانواده (*n₁**)، 3 مراجعه به متخصص غدد (*n₂*)، و 1 مراجعه به ارتوپد (*n₃*) داشته است، COCI=0.4، MMCI=0.77، و UPC=0.6 می باشد.

پیوستگی مراقبت ها صورت گرفته است. شمه ای از نتایج اثبات شده پیوستگی مراقبت به شرح زیر می باشد:

1. پیوستگی خدمات سبب کاهش قابل ملاحظه در مرگ و میر بیماران می شود¹.
2. پیوستگی خدمات سبب دسترسی بهتر به خدمات می شود².
3. پیوستگی خدمات سبب افزایش هماهنگی خدمات می شود³.
4. پیوستگی خدمات سبب کاهش میزان بستری در بیمارستان می شود⁴.
5. پیوستگی خدمات سبب کاهش هزینه های خدمات سلامت می شود⁵.
6. پیوستگی خدمات سبب افزایش رضایت بیماران می شود⁶.
7. پیوستگی خدمات سبب کاهش مراجعه به سایر متخصصین می شود⁷.
8. پیوستگی خدمات سبب کاهش استفاده از خدمات اورژانس می شود⁸.
9. پیوستگی خدمات سبب افزایش امکان کشف عوارض جانبی مداخلات درمانی می شود⁹.

تفاوت پیوستگی مراقبت ها و خدمات شبانه روزی: اغلب کارشناسان معتقدند که انتظار دسترسی و ارایه مراقبت توسط پزشک عمومی بطور 24 ساعته در طی شبانه روز غیر واقع بینانه است و اگر چه برنامه های برای افزایش امکان دسترسی به پزشکان عمومی در خارج از ساعات کاری¹⁰ به صورت مختلف مطرح شده اند هیچکدام از این برنامه ها امکان دسترسی 24 ساعته و بدون محدودیت به پزشکان عمومی را فراهم نمی کنند در این رابطه آنچه که مراقبت شخصی و تداوم

¹ Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.

Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. *Health care expenditures and mortality experience. Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.

Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci'on Primaria*, 1999, 24:468–474.

Regional core health data initiative. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).

² Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.

Forrest CB, Starfi eld B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.

³ Dimitri A. Christakis; Continuity of Care Is Associated With Well-Coordinated Care; *Ambulatory Pediatrics* 2003;3:82–86

⁴ Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.

⁵ Santosh Jatrana; Continuity of care with general practitioners in New Zealand; *Journal of the New Zealand Medical Association*, 11-February-2011, Vol 124 No 1329

⁶ MAJ Eric D. Morgan; Continuity of Care and Patient Satisfaction in a Family Practice Clinic; *J Am Board Fam Pract* 2004;17:341–6.

⁷ Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.

⁸ Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.

⁹ Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation, *Lancet*, 2005, 365:176–186.

Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.

¹⁰ Out of working hours

مراقبت را معنی می بخشد ادامه ارایه مراقبت در زمانهای مقتضی به افراد در طی دوره زمانی طولانی است.

پیوستگی مراقبتهای سرپایی و بیمارستانی: یکی از موقعیت هایی که در آن بطور شایع به پیوستگی مراقبتهای خدشه وارد می شود، زمان بستری و ترخیص بیماران در بیمارستان است. در مواقعی که بیمار با ارجاع پزشک خانواده خود در بیمارستان بستری می شود اطلاعات کامل بیمار که در برگه ارجاع ذکر شده است تیم مراقبین بیمارستانی را قادر می سازد تا به نحو صحیح تصمیم گیری نمایند. در صورتی که بستری بیمار از طریق ارجاع پزشک خانواده نباشد، پزشک بستری کننده موظف است در مدت حداکثر 24 ساعت از زمان بستری با پزشک خانواده بیمار ارتباط برقرار کند و اطلاعات ضروری را از وی دریافت نماید. در زمان ترخیص، باید اطلاعات کامل بیمار شامل اقدامات صورت گرفته در بیمارستان و مراقبت های ضروری پس از ترخیص بطور مکتوب در اختیار پزشک خانواده قرار بگیرد. اهمیت هماهنگی پزشکان خانواده با تیم مراقبت بیمارستانی در حدی است که در بسیاری از کشورها پزشک خانواده پس از بستری بیمار در بیمارستان، مستقیماً با تیم مراقبت بیمارستانی همکاری می کند و در بیمارستان به ویزیت بیمار می پردازد. در یک مطالعه که در کانادا صورت گرفت، 93% بیماران از تداوم خدمات پزشک خانواده خود در زمان بستری راضی بودند و 81% آنها این مراقبت ها را ضروری می دانستند¹.

¹ Family Medicine In Canada – Vision For The Future, 2004; The College of Family Physicians of Canada

هماهنگی خدمات در طبابت خانواده

تعدد و تکثر افراد و جایگاه های ارایه خدمات سلامت در طی نیم قرن اخیر بطور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است و این موضوع هماهنگی میان این افراد و جایگاه ها را به یک معضل تبدیل کرده است. در یک مطالعه 46 درصد از پزشکان خانواده گزارش کرده اند که بیمارانشان به سبب ناهماهنگی میان افراد و موسسات مختلف دچار مشکلات جدی شده اند¹. در مطالعه ای دیگر، 18 درصد بیماران گفته اند که توصیه های ضدّ و نقیضی را از پزشکان مختلف دریافت کرده اند.

تعریف هماهنگی خدمات: هماهنگسازی خدمات یک رویکرد بین رشته ای مشتری محور است که در آن یک فرد مشخص که هماهنگسازی مراقبتها را بر عهده دارد، بر اساس نیازها و ترجیحات فرد، و با در نظر گرفتن شواهد علمی، یک برنامه جامع مراقبت مشتمل بر مراقبت های سلامت و خدمات حمایتی اجتماعی طراحی می نماید و برای ارایه این خدمات و مراقبتها، هماهنگی های ضروری را با سایر اعضای تیم ارایه خدمات بعمل می آورد و بر اجرای صحیح این مراقبتها نظارت می کند.

مسئولیت هماهنگسازی خدمات:

وظیفه هماهنگسازی خدمات در هر سیستم معمولاً بر عهده فردی است که مشتریان برای اولین بار با وی مواجه می شوند². مطالعات متعدد بر اهمیت ارتباط کارکرد هماهنگسازی و خط اول بودن مراقبتها صحه گذاشته است. در اغلب نظام های سلامت، پزشکان خانواده هماهنگی مراقبتها را بعهده دارند³. در واقع پزشکان خانواده ریسمانی هستند که تمام عناصر نظام ارایه خدمات را به یکدیگر متصل می کنند⁴. پزشکان خانواده با هماهنگ نمودن مراقبتهای فردی متفاوتی که توسط ارایه دهندگان مختلف خدمات سلامت ارایه می گردد، دستیابی به بهترین پیامدها را برای بیماران ممکن سازند. پزشکان خانواده مسئولیت دارند تا منابع مختلف نظام مراقبتهای سلامت را جهت افراد و خانواده ها فراهم آورند و در این راستا مشکلات موجود را شناسایی و رفع نمایند. بطور متقابل سایر ارایه کنندگان نظام سلامت باید این وظیفه هماهنگ کنندگی پزشکان عمومی را بپذیرند. هماهنگی مراقبتها سبب می شود:

1. دوباره کاری در مراقبتها رخ ندهد
2. کارایی مراقبتها افزایش یابد
3. از آسیب به بیمار به سبب توصیه ها یا مراقبتهای متعارض و ناهمخوان اجتناب شود
4. کاستی های خدمات به حداقل برسد.

هماهنگی خدمات و سطح بندی خدمات: خدمات پزشکان خانواده باید بطور رسمی با نظام مراقبتهای سلامت ادغام گردد. به بیان دیگر ارتباط پزشکان خانواده با سایر ارایه کنندگان

¹ Commonwealth Fund 2005

² First-Contact Provider

³ Coordinating Care

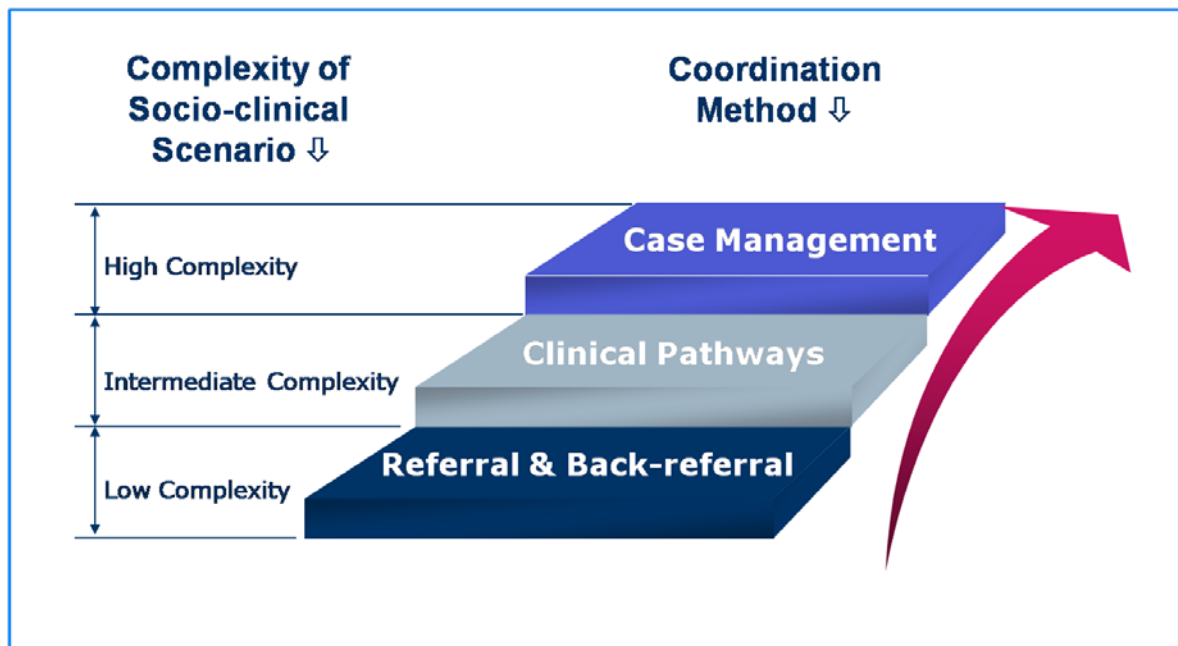
⁴ Family physicians are ribbons that tie everything together.

مراقبت‌های اولیه، پزشکان ارایه کننده مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه و همچنین سازمانها و مؤسسات بهداشتی، درمانی و اجتماعی مرتبط باید بطور شفاف تعریف گردد. تبیین حدود و مرزهای مشخص بین سطوح مختلف خدمات و ارایه کنندگان مختلف خدمات سلامت مستلزم سطح بندی خدمات سلامت است. در غیاب سطح بندی شفاف خدمات، اختلاف نظرها و تعارضات میان ارایه کنندگان مختلف خدمات سلامت، هر گونه تلاش برای هماهنگسازی خدمات را با شکست مواجه خواهد ساخت.

هماهنگسازی خدمات و سامانه اطلاعات سلامت: هماهنگی مراقبت‌ها مستلزم توجه و کوشش ویژه همه ارایه کنندگان خدمات است و در صورتی که همه اطلاعات مربوط به بیمار بصورت متمرکز و قابل دسترس ذخیره گردد فرایند هماهنگ سازی مراقبت‌ها بطور قابل ملاحظه ای تسهیل می گردد.

هماهنگسازی خدمات و پیچیدگی سناریوهای بالینی:

همه بیماران به یک میزان نیازمند هماهنگی خدمات نمی باشند. در واقع هرچه سناریوی بالینی بیمار پیچیده تر باشد، نیاز بیشتری برای هماهنگسازی خدمات وجود خواهد داشت. معمولاً برای هماهنگسازی خدمات در سناریوی بالینی با پیچیدگی کم، از روش ارجاع و باز-ارجاع استفاده می شود، برای هماهنگسازی خدمات در سناریوی بالینی با پیچیدگی متوسط، از "مسیرهای بالینی" استفاده می گردد، و برای هماهنگسازی خدمات در سناریوی بالینی با پیچیدگی زیاد، از روش "مدیریت مورد بیماری" استفاده می شود:



هماهنگسازی خدمات از طریق ارجاع و باز-ارجاع: ارجاع یکی از مهمترین سازوکارهای هماهنگسازی میان کارکنان بخش سلامت می باشد¹. هر پزشک خانواده بطور متوسط 10 تا 15 درصد از بیماران خود را به صور مختلف ارجاع می کند. هر ارجاع از سه بخش پزشک ارجاع کننده، پزشک مشاور، و بیمار تشکیل شده است. پزشک ارجاع کننده باید بطور شفاف هدف خود را از ارجاع بیمار در نامه ارجاع قید نماید. پزشک مشاور باید پس از ویزیت بیمار، بازخورد مناسب را به پزشک ارجاع کننده منتقل نماید. و بیمار باید به طور کامل از دستورات پزشک تبعیت نماید. در هر صورت به علل مختلف تعدادی از بیماران چرخه ارجاع را کامل نمی کنند. میزان ریزش² بیماران در طی فرایند ارجاع 15 تا 20 درصد گزارش شده است. بکار بستن موارد زیر می تواند موفقیت ارجاع را افزایش دهد:

شرایط یک ارجاع موفق	
1	ارتباط خوب و مبتنی بر اعتماد بین پزشک و بیمار از شرایط موفقیت ارجاع محسوب می شود. بیمار باید در مورد علت و اهداف ارجاع بطور کامل توجیه شود و سوالات بیمار در مورد علت، و اهداف ارجاع بطور کامل پاسخ داده شود.
2	برگه یا فرم ارجاع باید کامل و خوانا باشد و شامل اطلاعات کیفی و کمی مهم بیمار، علت ارجاع، فوریت ارجاع، انتظار پزشک ارجاع کننده از پزشک مشاور، و تلفن و آدرس تماس پزشک ارجاع کننده باشد.
3	بهتر است جهت ارجاع از یک فرم ساختارمند از پیش طراحی شده استفاده شود.
4	یک نسخه از نتایج آزمایشات پاراکلینیکی و تصویربرداری بیمار که ممکنست به تصمیم گیری پزشک مشاور کند باید به فرم ارجاع ضمیمه گردد و همچنین در صورتی که نتیجه آزمایشات صورت گرفته هنوز در دسترس نیست، پزشک مشاور باید از انجام آزمایشات مطلع گردد و در اسرع وقت نتیجه آزمایشات برای او ارسال گردد.
5	بهتر است هماهنگی برای ویزیت پزشک مشاور از سوی دفتر یا مطب پزشک ارجاع کننده صورت گیرد.
6	پزشک مشاور بهتر است بیماران ارجاعی را در اولویت ویزیت قرار دهد
7	پزشک مشاور باید فرم ارجاع را بدقت و بطور کامل بخواند و اطلاعات آنرا مورد نظر قرار دهد. پزشک مشاور باید بیمار ارجاعی را بطور کامل ویزیت نماید.
8	پزشک مشاور باید نتیجه مشاوره خود را بطور کامل مکتوب نماید و به پزشک مشاوره دهنده منعکس کند.
9	نتیجه مشاوره بهتر است بصورت تایپ شده و در فرم مخصوص باز-ارجاع وارد شود.

هماهنگسازی خدمات از طریق مسیرهای بالینی³: مسیرهای بالینی⁴ از جمله ابزارهای مدیریت بین رشته ای بیماران محسوب می شوند. مسیرهای بالینی از طریق استانداردسازی فرایند مراقبت سبب افزایش هماهنگی بین مراقبین سلامت و کاهش تفاوت در نحوه مراقبت های بالینی آنان می شوند. بهبود کیفیت مراقبت ها و بهبود پیامدهای بالینی از اثرات اثبات شده مسیرهای بالینی می

¹ N.A. Qureshi, H.T. van der Molen; Criteria for a good referral system for psychiatric patients: 2009 Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 15, No. 6

² Attrition Rate

³ Clinical Pathway

⁴ سایر واژه هایی که برای مسیرهای بالینی بکار می روند عبارتند از Care Pathway، Critical Pathway، Integrated Care، و Pathway، Care Map

باشد¹. شباهت مسیرهای بالینی و راهکارهای طبابت بالینی در آنست که هر دو ابزار بر اساس بهترین شواهد علمی و الزامات و مقتضیات بومی، ارتقاء کیفیت خدمات بالینی را جستجو می کنند. و تفاوت اصلی مسیرهای بالینی و راهکارهای طبابت بالینی در آنست که هر یک از راهکارهای طبابت بالینی برای یک ارایه کننده سلامت خاص تدوین می شود به عنوان مثال "راهکار بالینی دیابت برای پزشکان عمومی"، "راهکار بالینی دیابت برای متخصصین غدد درونریز"، "راهکار بالینی پای دیابتی برای متخصصین ارتوپدی"، و "راهکار بالینی رتینوپاتی دیابتی برای چشم پزشکان" بطور جداگانه تدوین و بکار گرفته می شوند. اما حتی اگر تمام این پزشکان بطور جداگانه راهکارهای طبابت را بکار ببندند، هیچ تضمینی وجود ندارد که بیمار دیابتی بموقع و هماهنگ شده تمامی مراقبتهای ضروری را از آنان دریافت نماید. در مقابل، مسیرهای بالینی برای هماهنگسازی خدمات افراد مختلفی که درگیر مدیریت بیمار دیابتی هستند طراحی می شود². به عنوان مثال "مسیر بالینی بین رشته ای دیابت" نقش پزشک عمومی، متخصص غدد درونریز، ارتوپد، و چشم پزشک را در ارتباط با یکدیگر مشخص می نماید.

مسیرهای بالینی برای هماهنگسازی مراقبت های سرپایی از بیماران مزمن، و مراقبت های بستری از بیماران حاد و پیچیده مناسب هستند. مداخلات که در مدیریت بیماری جنبه کلیدی دارند، ارایه کننده ترجیحی این مداخلات، و زمانبندی و توالی مناسب این مداخلات در مسیرهای بالینی مورد تاکید قرار می گیرند.

ملاک های انتخاب مشکل بالینی جهت هماهنگسازی از طریق مسیر بالینی	
1	شیوع بالای مشکل یا بیماری در عرصه طبابت
2	خطر بالای مشکل یا بیماری برای بیماران
3	هزینه بالای مشکل یا بیماری برای نظام سلامت
4	تعریف کاملاً مشخص از مشکل یا بیماری
5	سیر بالینی قابل پیش بینی مشکل یا بیماری که مراقبت از آنرا همگون می سازد
6	وجود توصیه های مبتنی بر شواهد در مورد نحوه مراقبت از مشکل یا بیماری
7	تفاوت بدون توجه در نحوه طبابت مشکل یا بیماری
8	اهمیت مشارکت ارایه کنندگان مختلف سلامت در مراقبت از بیماران
9	امکان دستیابی به توافق نظر بین ارایه کنندگان مختلف سلامت در مورد نحوه مراقبت از بیماران
10	انگیزه ارایه کنندگان مختلف سلامت بمنظور مراقبت گروهی از بیماران

هماهنگسازی خدمات از طریق مدیریت مورد بیماری³:

مدیریت مورد بیماری یک اقدام پیش کنشی⁴ از جانب تیم مراقبتهای اولیه سلامت است که در آن افرادی که نیازهای پیچیده سلامت دارند و یا مصرف کنندگان پرهزینه خدمات سلامت⁵ محسوب می شوند شناسایی می گردند، و برای آنان برنامه های مراقبت فردی طراحی می گردد¹.

¹ مسیرهای بالینی اولین بار در سال 1985 با الهام گیری از روشهای مدیریت کیفیت فرایند صنعتی، توسط Karen Zander و Kathleen Bower در مرکز پزشکی نیوانگلند مورد استفاده قرار گرفتند.

² برای توصیف این تیم های کاری از اصطلاح Cross-functional Clinical Teams استفاده می شود.

³ Case Management

⁴ Proactive

⁵ High Intensity Service Users

همه بیماران نیازمند مدیریت مورد بیماری نیستند. معمولاً همزمانی چند مشکل طبی و اجتماعی در کنار هم، سناریوی بیمار را در حدی پیچیده می‌کند که هیچ الگوی از پیش تعیین شده‌ای (مانند راهکارهای بالینی، یا مسیرهای بالینی) نمی‌تواند برای بیمار بکارگرفته شود. در این موارد برای هر بیمار باید یک برنامه مراقبت پزشکی و حمایت اجتماعی ویژه طراحی گردد. در نگاه اول ممکنست صرف وقت برای طراحی یک برنامه جداگانه برای هر بیمار مقرون به صرفه بنظر نرسد، اما شواهد نشان داده است که این اقدام سبب کاهش موارد مراجعه به اورژانس، کاهش موارد بستری در بیمارستان، کاهش قابل ملاحظه در هزینه‌های سلامت و افزایش قابل ملاحظه در کیفیت خدمات و بهبود پیامد ها می‌شود. هماهنگی ارایه‌کنندگان خدمات پزشکی و اجتماعی رکن اصلی مدیریت مورد بیماری محسوب می‌شود.

در مدیریت مورد بیماری، بیمار و خانواده وی از یک سو نقشی فعال در هدف‌گذاری مراقبت‌ها و طراحی برنامه مراقبت ایفا می‌کنند و از سوی دیگر جهت خود مراقبتی، از سوی تیم ارایه خدمت توانمندگشته و مورد حمایت قرار می‌گیرند.

ملاک‌های انتخاب بیماران جهت مدیریت مورد بیماری	
1	افراد مبتلا به بیماری مزمن که تنها زندگی می‌کند.
2	افراد مبتلا به بیماری مزمن که دچار معلولیت می‌باشند یا در انجام فعالیت‌های روزمره به دیگران وابسته هستند.
3	افراد مبتلا به بیماری مزمن با سن بیش از 65 سال.
4	افراد مبتلا به بیماری مزمن که بطور مکرر بستری شده‌اند و یا در فاصله کمتر از 15 روز دو بار بستری شده‌اند.
5	بیماران مبتلا به سوء مصرف الکل یا مواد مخدر مبتلا.
6	افراد مبتلا به بیماری روانی یا دمانس.
7	افراد مبتلا به بیماری مزمن که رفتار تهاجمی دارند و یا از دستورات پزشک تبعیت نمی‌کنند.
8	موارد مشکوک به سوء رفتار یا غفلت از کودک یا سالمند.
9	افراد بی‌خانمان یا با شرایط بد زندگی مبتلا به بیماری مزمن.
10	افراد مبتلا به بیماری مزمن که در مناطق روستایی یا دور افتاده با تسهیلات سلامت ناکافی زندگی می‌کنند.
11	افراد فقیر یا غیر بیمه مبتلا به بیماری مزمن
12	اطفال مبتلا به بیماری مزمن که تنها یکی از والدین با آنها زندگی می‌کنند.

برنامه ریزی مراقبت در مدیریت مورد بیماری مستلزم جمع‌آوری اطلاعات کامل بیمار می‌باشد. اغلب جمع‌آوری این اطلاعات از منابع مختلف امکانپذیر می‌باشد. بیمار، خانواده بیمار،

¹ واژه مدیریت مورد بیماری برای اولین بار در دهه پنجاه میلادی در کشور آمریکا در ارتباط با مراقبت از بیماران روانی در جامعه بکار گرفته شد. در اوایل دهه هشتاد میلادی، مراقبت مورد بیماری به موازات مراقبت‌های مدیریت شده¹ به منظور کاهش هزینه‌ها و تمرکز مراقبت‌های بیماران سالمند گسترش یافت. در دهه نود میلادی مدیکاید (Medicaid) با گسترش مراقبت‌های جامعه‌نگر و مراقبت در منزل، مدیریت مورد بیماری را به عنوان یکی از راهبردهای اصلی خود انتخاب نمود.

همسایگان بیمار، پزشکان بیمار، پرونده های پزشکی بیمار، و کارفرمای بیمار از منابع بالقوه جمع آوری اطلاعات محسوب می شوند. اطلاعات جمع آوری شده شامل شرح حال و معاینات، وضعیت تغذیه ای، داروهای مصرفی، وضعیت مالی، وضعیت کارکردی و استقلال در عملکرد، عوامل محیطی، وضعیت روانی، و ویژگی های فرهنگی و مذهبی بیمار می باشد.

بار کاری هماهنگسازی خدمات:

برخلاف تصور همگان، هماهنگسازی خدمات امری وقت گیر است و برای اطمینان از موفقیت فرایند هماهنگسازی، باید منابع کافی به آن اختصاص داده شود. در یک مطالعه حدود 18 درصد از زمان کاری پزشکان به هماهنگسازی اختصاص داده شده است. در مطالعه دیگر در مطب متخصصین طب سالمندان، به ازای هر 30 دقیقه ویزیت بیمار، 7 دقیقه بین ویزیت ها به فعالیت های جانبی پرداخته می شود و از این 7 دقیقه، 5 دقیقه به هماهنگسازی اختصاص داده می شود. از آنجایی که در اغلب روش های پرداخت، پاداشی برای زمان اختصاص داده به هماهنگسازی در نظر گرفته نمی شود، پزشکان خانواده انگیزه کمی برای هماهنگسازی خدمات دارند.

اصول موفقیت هماهنگسازی خدمات:

علیرغم آنکه روش های مختلفی برای هماهنگسازی خدمات سلامت وجود دارد، می توان اصول مشترک زیر را در موفقیت اغلب این روش ها موثر دانست:

اصول موفقیت هماهنگی خدمات		
Mutual Respect	احترام متقابل اعضای تیم سلامت	1
Frequent Communication	تعدد ارتباطات بین اعضای تیم سلامت	2
Timely Communication	بموقع بودن ارتباطات بین اعضای تیم سلامت	3
Accurate Communication	دقت و صحت ارتباطات بین اعضای تیم سلامت	4
Shared Knowledge	اطلاعات مشترک میان اعضای تیم سلامت	5
Shared Goals	اشتراک اهداف میان اعضای تیم سلامت	6
Group Problem Solving	تلاش جمعی اعضای تیم سلامت برای حل مسایل	7
Coordinated Plan	برنامه هماهنگ و مشترک میان اعضای تیم سلامت	8

خط اول بودن خدمات¹ در طبابت خانواده

در جوامع مدرن، دروازه بان² یک سازمان به فردی اطلاق می گردد که بین سازمان و افرادی که می خواهند از منابع سازمان استفاده کنند، حایل می شود. نظر و صلاحدید دروازه بان یک سازمان مشخص می کند که چه افرادی به منابع درون سازمان دسترسی پیدا خواهند کرد.

پزشکان خانواده، اولین نقطه تماس مردم با نظام مراقبتهای سلامت می باشند به بیان دیگر افراد در صورت مواجهه با یک مشکل سلامت، برای دریافت مراقبت لازم در ابتدا به پزشک خانواده مراجعه می کنند. دسترسی به پزشک خانواده، آزاد و بدون محدودیت است. پزشک خانواده، با مشارکت بیماران، نیازهای آنان را تعیین می کند، و خدماتی را که بطور موثر این نیازها را برآورده می کند را مشخص می نماید و زمینه های دسترسی بیماران به این خدمات را فراهم می آورد. درواقع پزشک خانواده با کنترل و هدایت دسترسی به خدمات تخصصی، جریان بیماران در طول نظام خدمات سلامت را ساختارمند می کند. در اینجا "جریان ساختارمند بیماران"³ در مقابل "جریان آزاد بیماران"⁴ مطرح می گردد.

در بعضی از نظام های سلامت، سازوکار پرداخت به پزشکان خانواده (مثلاً پرداخت سرانه) به نحوی است که نفع پزشک خانواده در ارجاع هرچه کمتر بیماران می باشد. در این موارد، پزشک خانواده ممکن است به جای آنکه نقش دروازه بان نظام سلامت را ایفا نماید، دروازه ورود به نظام سلامت را سد نماید⁵. توجه به این موضوع ضروری است که جریان ساختارمند بیماران همیشه به معنای ممانعت از دسترسی بیماران به خدمات تخصصی نیست و در برخی از موارد به منزله تشویق و تسهیل مراجعه بیماران به سطوح تخصصی می باشد. با این وصف دروازه بان نظام سلامت را می توان بصورت زیر تعریف نمود:

"دروازه بان فردی است که به نیابت از بیماران، نیازها و ترجیحات آنان را با خدمات سلامت مرتبط می سازد و با جلوگیری از عوارض درمانهای غیرضروری، از منافع بیمار حفاظت می کند، از سوی دیگر دروازه بان با اخذ تصمیمات کلیدی، استفاده بهینه از خدمات سلامت را تضمین می کند."

اگر مهمترین چالش نظام مراقبتهای سلامت را تضمین بهره مندی بیماران از "خدمت مناسب، در زمان مناسب، و در مکان مناسب" بدانیم، دروازه بانی نظام مراقبتهای سلامت، پاسخ این چالش خواهد بود.

در یک مطالعه که در کشور کانادا صورت گرفت، نشان داده شد که جراحی لوزه برداری⁶ کودکان توسط متخصصین گوش و حلق و بینی هنگامی که بدنبال ارجاع کودک از سوی پزشک خانواده صورت می گیرد، اغلب با رعایت اندیکاسیون های علمی انجام می شود، ولی در مواردی

¹ First Contact Care

² Gatekeeper

³ Structured Patient Flow

⁴ Free Patient Flow

⁵ Gateshutter

⁶ Tonsillectomy

که کودکان بطور مستقیم توسط متخصصین گوش و حلق و بینی ویزیت می شوند در بسیاری از موارد اندیکاسیون های علمی جراحی لوزه برداری رعایت نمی گردد.

نقش دروازه بانی پزشکان خانواده و کاهش هزینه ها:

در صورتی که اولین نقطه تماس مردم جهت دریافت مراقبت با پزشک خانواده (و نه متخصص) باشد، آنها مراقبتهای مناسب تر و کم هزینه تری را دریافت می کنند و همانطور که نشان داده شده است¹ دروازه بانی در مراقبتهای اولیه می تواند هزینه مراقبت در طی یک دوره کامل بیماری را به نصف کاهش دهد.

در کشورهایی مانند بریتانیا و اسپانیا که پزشکان خانواده استفاده بیماران از خدمات بیمارستانی و تخصص را کنترل می کنند، هزینه های مراقبت سلامت کمتر (به ترتیب 7.1% و 7.3% از GDP) و در کشورهایی مانند آلمان و فرانسه که بیماران برای استفاده از خدمات تخصصی مختار هستند هزینه های مراقبت سلامت بیشتر (به ترتیب 9.8% و 8.6% از GDP) می باشد².

¹ Starfield 1996

² Zayed & Maning 1995

تمرکز بر خانواده در طبابت خانواده

همانطور که از عنوان آن مشخص است، واحد پایه بررسی ها و هدف اصلی مداخلات در "طبابت خانواده"، "نهاد خانواده" می باشد. تمرکز بر خانواده خود پیش شرط هایی دارد:

1 - طبابت متمرکز بر خانواده تنها در یک چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی¹ مفهوم پیدا می کند.

2 - تمرکز اولیه مراقبتها بر بیماران در زمینه خانواده متمرکز می باشد:

a. خانواده منشاء اصلی بسیاری از باورها و رفتارهای سلامت است.

b. استرس های ناشی از تحولات درون خانواده ممکن است بصورت علائم جسمانی تظاهر پیدا کند.

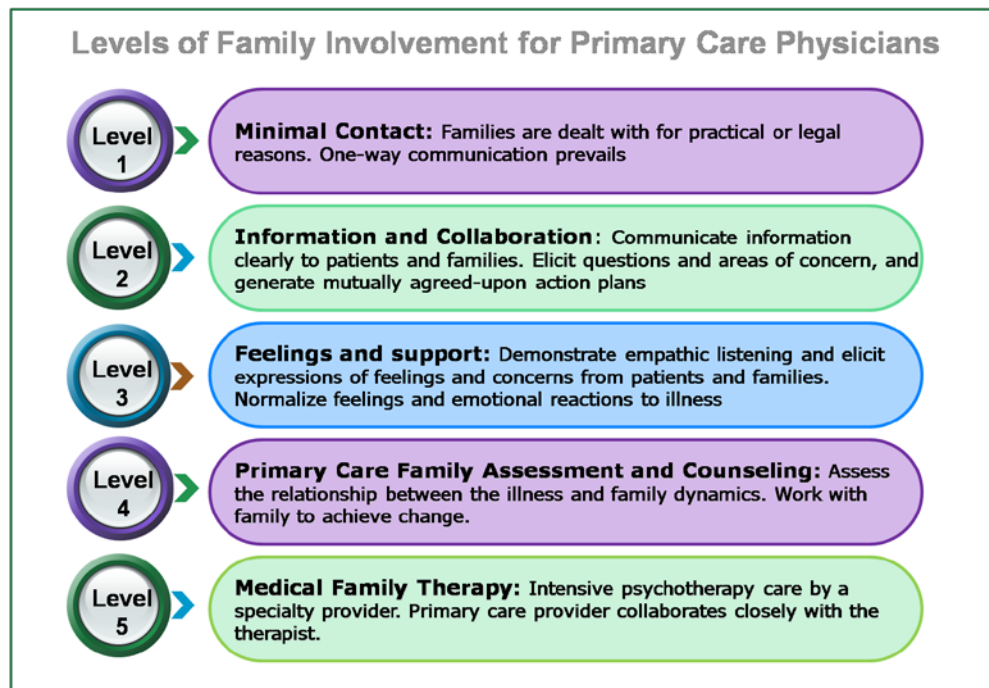
c. بیماری شدید یا جدی یکی از اعضای خانواده می تواند بر رفاه، و سلامت جسمانی و روانی سایر اعضای خانواده تاثیر زیادی بگذارد.

d. خانواده ها سرمایه های غیر قابل جایگزینی را برای حمایت از مراقبت و مدیریت بیماریها تشکیل می دهند.

3 - بیمار، خانواده وی، و پزشک همکار یکدیگر در مسیر ارایه مراقبتها محسوب می شوند.

4 - پزشک تنها بخشی از سیستم درمانی محسوب می شود. و سایر اجزاء این سیستم از اهمیت مشابه برخوردارند.

سطوح درگیری خانواده ها در فرایند مراقبت از بیماری ها، طیف وسیعی را تشکیل می دهد. در یک سوی این طیف درگیری خانواده ها در سطح حداقلی و تنها در موارد قانونی یا اجرایی است، و در سوی دیگر مداخلات کاملاً تخصصی خانواده درمانی قرار می گیرد:



¹ Bio-psycho-social Framework

از نقطه نظر عملی، در اغلب موارد مصاحبه و اخذ شرح حال از بیمار، در غیاب خانواده وی، ولی با تمرکز بر شرایط خانواده وی صورت می گیرد.¹ در برخی موارد، از اعضای خانواده بیمار دعوت می شود تا در جلسات ویزیت بیمار حاضر شوند.² و در اقلیتی از موارد جلسات بحث و گفتگوی مبسوط³ با اعضای خانواده بیمار در محیطی خارج از مطب پزشک هماهنگ می گردد.

Types of Family Involvement			
	Family-oriented Interview with Individual Patient	Family Interview in a Routine Office Visit	Family Conference
Common Medical Situations	Acute Medical Problems Self-limiting Problems	Well Child & Prenatal Care, Diagnosis of a Chronic Illness	Hospitalization, Terminal Illness, Serious Family Problems
Percent of Time Used by MD	60 – 75%	25 – 40%	2 – 5%
Length of Visit	10 -15 Minutes	15 – 20 Minutes	30 – 40 Minutes
How Scheduled	Routine Care	May Need to Request Family Member Attendance	Special Scheduling and Planning

در مواردی که تطابق با شرایط جدید و یا تغییر رفتار در بیمار و خانواده نیازمند مداخله و مشاوره پزشک می باشد استفاده از مدل فرا نظریه ای⁴ می توان کمک کننده باشد.⁵ این الگو شامل پنج مرحله متوالی است:

- 1 - مرحله پیش تعمق⁶، که در آن فرد قصد تغییر رفتار را طی سه تا شش ماه آینده ندارد.
- 2 - مرحله تعمق⁷، که در آن فرد به تغییر رفتار خود طی سه تا شش ماه آینده فکر می کند.
- 3 - مرحله آمادگی⁸، که در آن شخص به برنامه ریزی برای تغییر در آینده نزدیک (معمولاً 30 روز آینده) می پردازد.
- 4 - مرحله اقدام⁹، که در آن فرد اقدامات رفتاری آشکاری را در سبک زندگی خود در زمینه رفتار مورد مورد نظر به انجام رسانده است.

¹ Family-oriented Interview with Individual Patient

² Family Interview in a Routine Office Visit

³ Family Conference

⁴ Transtheoretical Model

⁵ Prochaska, JO. & Norcross, JC Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. 7th edition Brooks & Cole, CA 2010

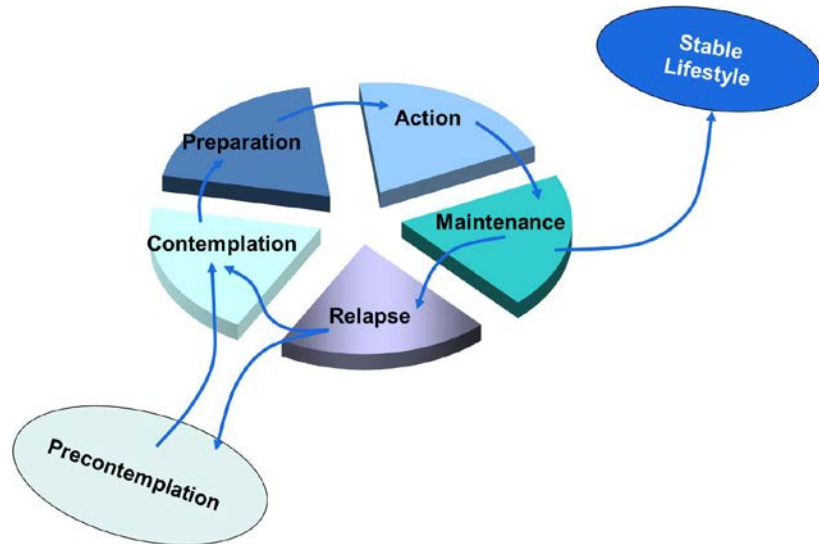
⁶ Precontemplation

⁷ Contemplation

⁸ Preparation

⁹ Action

5- مرحله تثبیت رفتار¹، که در آن فرد در تلاش برای حفظ رفتار بهداشتی و پیشگیری از بازگشت به عادات غلط قبلی است.



فرآیند تغییر شامل فعالیت‌های پنهان و آشکار شناختی و رفتاری است که افراد برای پیشرفت در طول مراحل رفتاری (از مرحله پیش تعمق به مرحله تعمق و ...) از آن‌ها استفاده می‌نمایند. ارتباط زمانی فرآیندهای تغییر و مراحل تغییر بدین صورت است که فرآیندهای شناختی (افزایش اطلاعات و خودآگاهی، تخلیه هیجان‌ها، خود ارزشیابی مجدد، بازاریابی محیط) در مراحل اولیه تغییر رفتار (پیش تعمق، تعمق، آمادگی) و فرآیندهای رفتاری (خود رهاسازی، روابط یاری‌رسان، جانشین‌سازی، مدیریت تقویت، کنترل محرک‌ها، رهایی اجتماعی)، در مراحل نهایی تغییر رفتار (اقدام و تثبیت رفتار) به وقوع می‌پیوندند بنابراین پزشک خانواده نیز در مداخلات خود، به منظور کمک به تغییر رفتار باید به این ارتباط توجه داشته و هر فرآیند را متناسب با مرحله تغییر رفتار فرد به کار گیرد.

Stages of Motivation for Change	
Stage	Description
Precontemplation	No Plan to Change
Contemplation	Plan to Change in Future (6 months)
Preparation	Plan to Change in Near Future (1 months)
Action	Recent Positive Change (within 6 Months)
Maintenance	Lasting Positive Change (more than 6 Months)

¹ Maintenance

جامعه نگرى در طبابت خانواده

مطالعات نشان می دهد که بین یک سوم تا دو سوم هزینه ها در بخش سلامت در بیمارستان ها صورت می گیرد در حالیکه بیمارستان ها عهده دار کمتر از یک درصد از خدمات در بخش سلامت هستند.



همانطور که در تصویر فوق مشخص است، نیازهای سلامت جامعه به هیچ وجه با خدمات بیمارستانی برآورده نمی شود. جامعه نگرى خدمات، به معنای برآورده نمودن نیازهای خاص یک "جمعیت تعریف شده"¹ است. پذیرش مسئولیت سلامت مردم بدون اتخاذ یک رویکرد جامعه نگر هیچ معنایی ندارد، زیرا آنچه که در خانه ها، مدارس، اماکن شغلی، و سایر جایگاه های جامعه اتفاق می افتد، تاثیر بسزایی بر سلامت آحاد جامعه می گذارد.

طبابت خانواده بخشی از خدمات پزشکی است که مراقبتهای اولیه، مداوم، فراگیر و همه جانبه را در سطح افراد، خانواده ها و جامعه ارایه می کند. پزشک خانواده، رفع مشکلات سلامت اساسی یک جامعه را بر عهده می گیرد. آموزش شیوه های زندگی سالم، آشناسازی مردم با بیماریها و شیوه جلوگیری از آنها، توسعه منابع غذایی مناسب و ترویج تغذیه سالم، اطمینان از کفایت منابع آب سالم، بهداشت محیط، مراقبت های مادر و کودک، کنترل خانواده، ایمن سازی در مقابل بیماریهای عفونی مهم، پیشگیری و کنترل بیماریهای آندمیک بومی، درمان بیماریها و آسیب های شایع، و ارایه داروهای اساسی تنها بخشی از خدمات پزشکان خانواده در یک جامعه را تشکیل می دهد.

¹ Defined Population

تعریف جامعه:

تعریف جامعه می تواند دربرگیرنده پارامترهای جغرافیایی، اجتماعی، و یا شغلی باشد. در ساده ترین شکل ممکن، بیماران و مشتریان یک پزشک، جامعه تحت پوشش او را تشکیل می دهند.

تعریف جامعه در طبابت خانواده به ترتیب ارجحیت

1	یک جامعه واقعی ¹ (با تعریف جامعه شناختی) و با تمام ارتباطات و تعاملات حاکم بر آن
2	اجتماعی از افراد ² که در مجاورت یا همسایگی هم در یک منطقه جغرافیایی زندگی می کنند.
3	کارکنان یک شرکت یا کارخانه خاص، دانش آموزان یک مدرسه خاص
4	افرادی که بعنوان استفاده کنندگان بالقوه خدمات یک پزشک یا موسسه حفظ سلامت ثبت نام کرده اند ³ .
5	افرادی که بطور مکرر از خدمات یک پزشک استفاده می کنند و یا به دفعات به یک مرکز مراجعه می کنند ⁴ .
6	افرادی که از خدمات یک پزشک استفاده می کنند و یا به یک مرکز مراجعه می کنند ⁵ .

اشکال جامعه نگری در طبابت خانواده:

پزشکان خانواده دو سطح از جامعه نگری را در کنار هم عملیاتی می کنند:

- 1- مراقبت های بالینی در سطح افراد و در عرصه جامعه (خارج از بیمارستان) و با تاکید بر پیشگیری فردی⁶
- 2- مداخلات سلامت در سطح جامعه⁷

مراقبت های جامعه نگر در سطح افراد

مراقبت های جامعه نگر در سطح افراد جامعه شامل مشخص نمودن تمام مشکلات بیمارانی که به پزشک خانواده مراجعه کرده اند از قبیل مشکلات تمایز نیافته، مراحل اولیه بیماری، مشکلات حاد، بیماری های مزمن، مشکلات روانی، و نیاز به بازتوانی؛ تعیین آنچه بیمار برای بهبود و کسب سلامت جسمی، روحی و اجتماعی به آن نیاز دارد در قالب مداخلات زیست - پزشکی⁸ و انسانی⁹؛ و تشخیص بیماری های شایع، ردّ بیماری های بالقوه خطرناک و هماهنگی سایر خدمات سلامت در صورت نیاز می باشد.

دریافت مراقبت های طبّ پیشگیری متداولترین علت مراجعه بیماران به پزشکان خانواده را تشکیل می دهند. مراقبت های دوران بارداری، ویزیت های ادواری کودکان سالم، چکاپ بزرگسالان،

¹ Society

² Community

³ Defined Population

⁴ Repeated Service Users

⁵ Service Users

⁶ Preventive Medicine

⁷ Community Medicine

⁸ Biomedical

⁹ Humanistic

معاینات استخدامی، واکسیناسیون، و مشاوره های سلامت از متداولترین علل مراجعه به پزشکان خانواده محسوب می شود.

مداخلات سلامت در سطح جامعه

پزشکی اجتماعی اهداف و مراقبت های سلامت را در سطح جامعه و گروه های اجتماعی پیگیری می کند. بخشی از ابعاد و مداخلات سلامت در سطح جامعه عبارتند از:

- 1- شناسایی مردمی که جامعه را تشکیل می دهند.
- 2- بررسی وضعیت سلامت جامعه مورد نظر.
- 3- آگاهی از اپیدمیولوژی جامعه تحت پوشش.
- 4- شناسایی مشکلات سلامت، در سطحی فراتر از مشکلات افراد مراجعه کننده و متقاضی خدمات سلامت.
- 5- پذیرش مسئولیت مشکلات و مسایل سلامت.
- 6- رویکرد به مشکلات سلامت از طریق بیماریابی، ترویج سبک زندگی سالم، و آموزش بهداشت.
- 7- آگاهی و درک صحیح از رفتارهای مرتبط به سلامت در جامعه و حمایت از تلاشها و حرکت‌های اجتماعی که جامعه در جهت محافظت از سلامت آحاد خود انجام می دهد.
- 8- شناسایی فعالیتهایی که از طریق سایر ارایه دهندگان خدمات مرتبط به سلامت صورت می گیرد و استفاده بهینه از ظرفیت های آنان.

تشابه زیادی بین مراحل مداخلات سلامت در سطح فرد و جامعه وجود دارد ولی دانش و مهارت های پزشکان خانواده برای انجام مداخلات در سطح فرد و جامعه کاملاً با هم متفاوت می باشد. به عنوان مثال تشخیص در سطح فرد، نیازمند دانش و مهارت های معاینه و اخذ شرح حال و تشخیص در سطح جامعه نیازمند دانش و مهارت های اپیدمیولوژی می باشد.

سطوح جامعه نگری در طبابت خانواده	
اپیدمیولوژیک (جامعه)	بالینی (فرد)
<p>بررسی جامعه ⇓</p> <p>بررسی سلامت در سطح خانواده ها و جوامع از طریق مصاحبه، پرسشنامه، و ابزارهای روانسنجی ویژه</p>	<p>معاینه بیمار ⇓</p> <p>مصاحبه، اخذ شرح حال، و معاینه فیزیکی که در صورت ضرورت با آزمایشات پاراکلینیکی و تصویربرداری تکمیل می گردد</p>
<p>شناسایی مسئله در جامعه ⇓</p> <p>معمولا شامل مراحل تعریف و مفهوم سازی مسئله و تحلیل مسئله (بررسی عمق، وسعت، عوامل ایجاد کننده، و عواقب مسئله) می شود.</p>	<p>تشخیص ⇓</p> <p>معمولا شامل ایجاد فهرست تشخیص های افتراقی (فرضیه های تشخیصی رقابتی) و محدود سازی این فهرست (آزمودن این فرضیات) از طریق جمع آوری اطلاعات بیشتر می گردد.</p>
<p>مداخله در جامعه ⇓</p> <p>با توجه به مسئله موجود در جامعه، معمولا شواهد و تجربیات جهت دستیابی به گزینه های مختلف برای مداخلات اجتماعی مرور می گردد و سپس با در نظر گرفتن ملاک های مشخص، گزینه یا مداخله اصلح انتخاب می گردد.</p>	<p>درمان ⇓</p> <p>بر اساس تشخیص و با در نظر گرفتن گزینه های درمانی موجود، ترجیحات بیمار، و منابع در دسترس درمان بهینه انتخاب می گردد.</p>
<p>پایش در جامعه ⇓</p> <p>پایش شاخص های سلامت در جامعه برای حصول اطمینان از رفع مسئله یا مشکل در جامعه.</p>	<p>پیگیری ⇓</p> <p>بررسی سیر تغییر علائم و نشانه های بیماری در طول زمان برای حصول اطمینان از بهبود بیماری.</p>

توجه به الزامات نظام سلامت¹ در طبابت خانواده

استفاده کارآ از منابع نظام سلامت از طریق هماهنگی سازی مراقبتها، یکی از ویژگی های کلیدی طبابت خانواده محسوب مس گردد.

پزشکان خانواده و مدیریت و تخصیص منابع²

به واسطه جایگاه کلیدی که در نظام سلامت دارند، پزشکان خانواده نقشی کلیدی در مدیریت و تخصیص منابع محدود بخش سلامت دارند.

با افزایش روزافزون هزینه های مراقبتهای سلامت، پزشکان خانواده و بیمارانشان در جایگاهی منحصر به فرد جهت تعیین اولویت ها در ارائه خدمات سلامت و به تبع آن تخصیص منابع قرار دارند. پزشکان خانواده تنها باید خود را ملزم به طبابت کارا و هزینه اثر بخش نمایند بلکه باید چنین رویکردی را در سایر سطوح مراقبت ترویج نمایند. در بسیاری از موارد بین نیازها و تقاضاهای یک فرد بیمار و نیازهای جامعه در مجموع تعارض وجود دارد. پزشکان خانواده باید بتوانند تعادل مناسبی میان ایندو برقرار نمایند و این موضوع را به نحو مناسبی با بیمار در میان گذارند.

در طی فرایندی که جیره بندی خدمات³ نام گرفته است، پزشکان خانواده به واسطه عدم کفایت منابع نظام سلامت، بخشی از خدمات بالقوه اثربخش را از منتفعین بالقوه آن مضایغه می کند. به بیان دیگر پزشکان خانواده بعنوان نمایندگان نظام سلامت، به تخصیص منابع محدود موجود مبادرت می ورزند. پزشکان خانواده با آگاهی از اثربخشی، ایمنی، و کارایی خدمات و با در نظر گرفتن اولویت ها و سیاستهای نظام سلامت، این تصمیم دشوار را اتخاذ می نمایند.

¹ System Based Practice

² Resource Allocation Management

³ Healthcare Rationing

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش چهارم

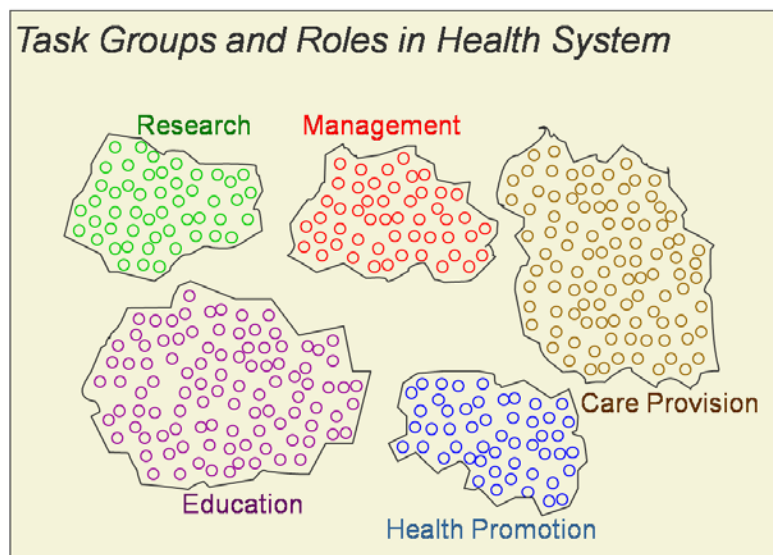
نقش های پزشکان خانواده

نقش های پزشکان خانواده	4-1
تنوع اشکال خدمت پزشکان خانواده	4-2
وظایف پزشکان خانواده	4-3
تحلیل وظایف پزشکان خانواده در ایران	4-4
دانش ضروری پزشکان خانواده	4-5
مهارت های ضروری پزشکان خانواده	4-6

نقش های پزشکان خانواده

برای آنکه نظام سلامت به درستی عمل نماید تعداد بیشماری از وظایف باید توسط افراد زیادی بدرستی صورت گیرد. معمولاً می توان این وظایف را بر اساس مشخصات و شباهتهای موجود بین آنها در گروههای بزرگی طبقه بندی نمود. هر یک از این گروههای بزرگ وظایف، یک نقش نامیده می شود. به عنوان مثال می توان از نقشهای زیر در نظام سلامت نام برد.

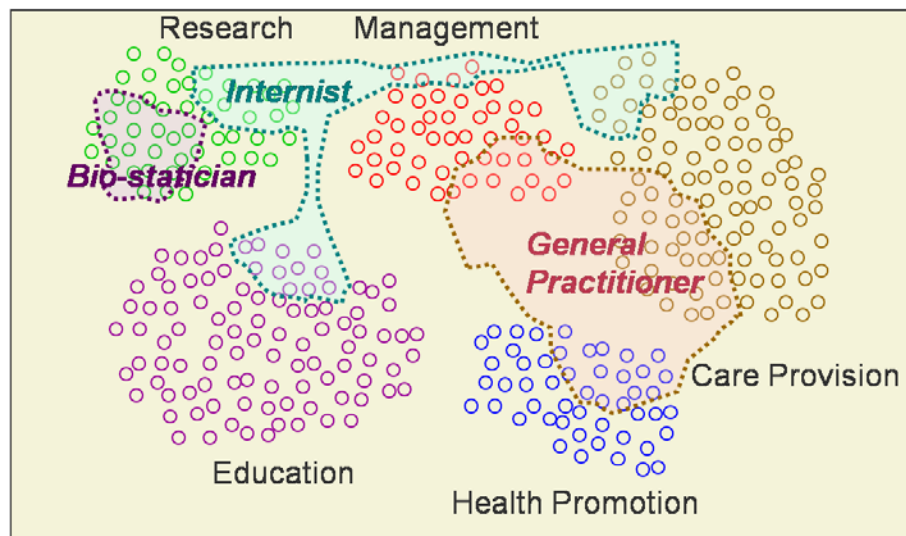
1. ارایه کننده خدمات¹
2. ترویج کننده سلامت²
3. پژوهشگر³
4. آموزش دهنده⁴
5. مدیر⁵
6. رهبر اجتماعی⁶
7. دروازه بان و هماهنگ کننده خدمات سلامت



این گروههای وظایف (نقش ها) می توانند همپوشانی داشته باشند و همپوشانی آنها می تواند زیر نقشهای⁷ مختلفی را ایجاد نماید. به عنوان مثال از همپوشانی بخشهای مدیریت و پژوهش، زیر

¹ Care provider
² Health Promoter
³ Researcher
⁴ Educator
⁵ Manager
⁶ Community Leader
⁷ Sub-Roles

نقش های مدیریت پژوهش¹ و پژوهش در مدیریت سلامت² و از همپوشانی نقشهای آموزش و پژوهش، زیر نقشهای پژوهش در آموزش³ و آموزش پژوهش⁴ شکل می گیرد. وظایف مختلف نظام سلامت در نهایت توسط ارایه کنندگان مختلف خدمات سلامت از رشته ها⁵ های مختلف پوشش داده می شوند. بدیهی است یک تناظر یک به یک بین رشته های مختلف و نقشهای مختلف وجود ندارد بلکه هر نقش توسط یک یا چند رشته پوشش داده می شود و یک رشته خاص می تواند بخشهایی از یک یا چند نقش را برعهده گیرد. فرایند انتصاب نقشهای مختلف به رشته های مختلف را تعریف نقش⁶ می نامند و فرایند تفکیک این نقشها به وظایف جزئی را تحلیل وظایف⁷ می نامند.



به عنوان مثال نقش ارایه خدمات بالینی توسط پزشکان خانواده، متخصصین داخلی، متخصصین جراحی و ... ایفا می شود. در اغلب نظامهای سلامت که نقش دروازه بانی⁸ در آنها تعریف می شود این نقش بطور انحصاری به پزشکان خانواده منتسب می گردد و یک متخصص غدد می تواند نقشهای ارایه کننده خدمات بالینی، آموزش دهنده و پژوهشگر را بعهده گیرد.

¹ Research Management
² Research in Management
³ Research in Education
⁴ Research Education
⁵ Discipline
⁶ Role Definition
⁷ Task Analysis
⁸ Gate keeping

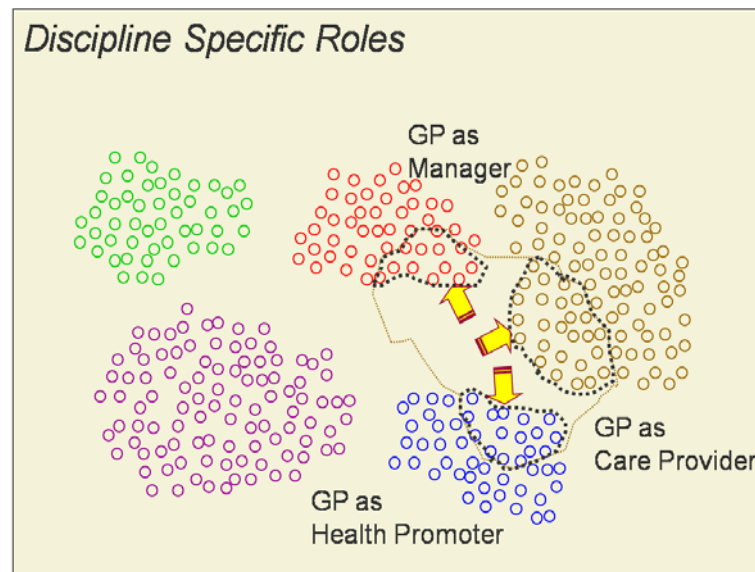
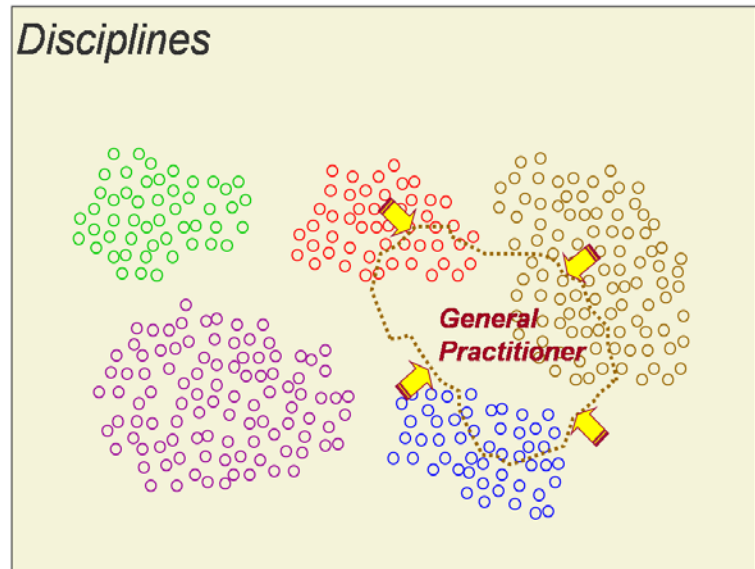
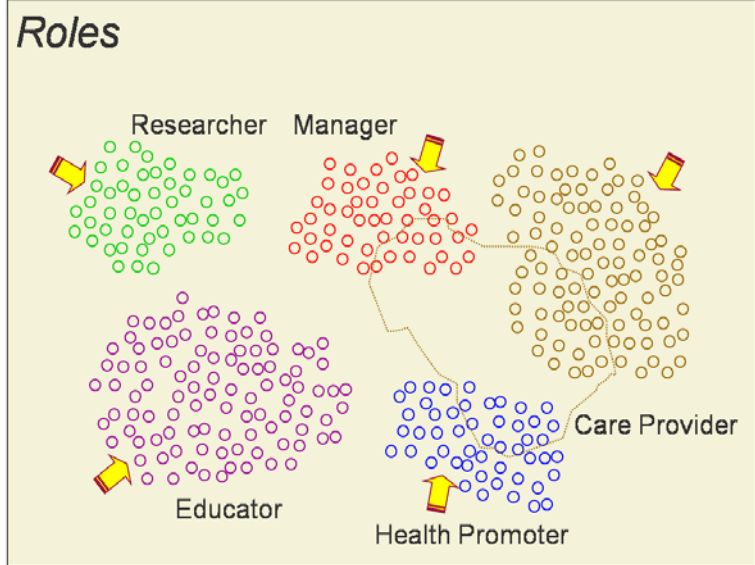
همانطور که اشاره شد نقش ها از گروههای بزرگ وظایف تشکیل می شوند و فارغ التحصیلان رشته های مختلف ممکنست برای پوشش دادن به وظایف یک نقش در جامعه به یکدیگر کمک نمایند.

بخشی از یک نقش که به رشته خاص نسبت داده می شود نقش ویژه رشته¹ نامیده می شود. به عنوان مثال نقش ارائه کننده خدمات بالینی شامل نقشهای ویژه رشته متعدد می شود (مانند نقش ویژه رشته ارائه کننده خدمات بالینی برای پزشکان خانواده، متخصصین بیماری های زنان و زایمان، متخصصین بیماری های کودکان و ...).

در طی فرایند تعریف نقش، نقشهای ویژه رشته در ارتباط با یک رشته خاص مشخص می گردد. این امر با در نظر گرفتن نقشهای ویژه رشته مرتبط به سایر رشته ها صورت می گیرد. و در طی فرایند تحلیل وظایف² فهرست و مشخصات وظایف تحت هر یک از نقشهای ویژه رشته مشخص می گردد. تصویر صفحه بعد به درک تفاوت میان مفاهیم "نقش"، "رشته"، و "نقش ویژه رشته" کمک می کند.

¹ Discipline Specific Role

² Task Analysis



مؤسسات مختلفی نقش های پزشکان عمومی و خانواده را تعیین نموده اند که در تصویر زیر برخی از آنها را مشاهده می کنید:

AAMC-MSOP	CanMeds 2000	Scott-Cottrell	WHO	West Virginia	ACGME
Altruistic	Medical Expert	Medical Expert	Care Provider	Medical Knowledge	Patient Care
Knowledgeable	Communicator	Clinician	Decision Maker	Clinical Skills	Medical Knowledge
Skillful	Collaborator	Scholar	Communicator	Communication	Professionalism
Dutiful	Manager	Professional	Community Leader	Logical Reasoning	System-based Practice
	Health Advocate	Leader	Manager	Spirituality	Practice-based Learning
	Scholar			Life-long Learning	Interpersonal Skills
	Professional			Community Involvement	
				Professionalism	
				Team-work	
				Self-awareness	

Main Characteristics of Physicians

همانطور که مشاهده می کنید، این تعاریف اغلب از دقت کافی برخوردار نمی باشد و در عمل شامل ملغمه ای از نقش ها (ارایه کننده خدمات بالینی، مدیر، و مروج سلامت)، فراتوانایی ها (توانایی ها ارتباطی، توانایی های رهبری، توانایی های یادگیری تمام عمر، توانایی های کار گروهی، و توانایی های استدلال منطقی)، و ویژگی های شخصیتی (وظیفه شناسی، نودوستی، و اخلاق حرفه ای) می باشد.

الزامات حرفه ای تعریف نقش های ویژه رشته:

"نقشهای ویژه رشته"، چارچوبهای حرفه ای را مشخص می کنند و مرزبندی های بین رشته های مختلف را شفاف می سازند. مع الوصف فارغ التحصیل یک رشته خاص الزاماً مقید به ایفای تمام نقشهای ویژه رشته که در فرایند تعریف نقش مشخص شده اند نمی باشد، و به همین لحاظ زندگی شغلی فارغ التحصیلان یک رشته خاص می تواند تفاوتهای عمده ای با یکدیگر داشته باشد. به عنوان مثال یک پزشک خانواده ممکنست بخش عمده فعالیت خود را در زمینه ارایه خدمات بالینی متمرکز سازد و پزشک خانواده دیگر ترویج سلامت و رهبری جامعه در زمینه ارتقاء سلامت را مشغله اصلی خود قرار دهد. بدیهی است نقشهای مهمی که توسط درصد عمده ای از فارغ التحصیلان یک رشته اتخاذ می گردد، باید به عنوان "نقشهای ویژه آن رشته" لحاظ گردد. سایر نقشها که اهمیت کمتری دارد و یا توسط درصد کمی از فارغ التحصیلان یک رشته اتخاذ می شود به عنوان "نقشهای فرعی" یا "نقشهای غیر محوری" نامیده می شود و توانمندسازی فرد جهت

ایفای این نقشها معمولاً از طریق واحدها و دروس غیر محوری¹ و در قالب گرایشهای شغلی² در دوره آموزش مدون دانشگاهی و یا پس از فارغ التحصیل بصورت پودمانهای آموزشی مداوم صورت می گیرد.

نقش های ویژه رشته پزشکان خانواده در ایران

پزشکان خانواده در کشور ما دارای سه "نقش ویژه رشته" زیر می باشند:

- 1- پزشک خانواده به عنوان **ارایه کننده خدمات بالینی** (طیف کامل خدمات از پیشگیری تا بازتوانی)
- 2- پزشک خانواده به عنوان **مروج سلامت** (آموزش و ترویج سبک زندگی سالم و مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد و جامعه)
- 3- پزشک خانواده به عنوان **رهبر جامعه** (بهبود وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سطح فرد و جامعه)

نقشهای پزشکان خانواده امری ایستا و استاتیک نمی باشد و تغییر نقش در طی زمان منعکس کننده نیاز جامعه، علایق پزشکان خانواده و طیف گسترده تری از عوامل در محیط مراقبتهای سلامت می باشد. مشخصه اصلی در رابطه با نقش پزشکان خانواده در حال حاضر تنوع وظایف است.



طبابت خانواده در ایران



- 1- عمومی بودن خدمات
- 2- فراگیری خدمات
- 3- تداوم و پیوستگی خدمت
- 4- خط اول بودن خدمات
- 5- هماهنگی خدمات
- 6- تمرکز خدمات بر خانواده
- 7- جامعه نگرى خدمات
- 8- توجه به الزامات نظام سلامت

هشت ویژگی:

- 1- ارایه طیف کامل خدمات بالینی
- 2- ترویج سلامت در سطح فرد و جامعه
- 3- رهبری جامعه جهت بهبود وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سطح فرد و جامعه

سه نقش اصلی:

¹ Elective Courses

² Job Orientations

نقشهای فرعی پزشک خانواده:

- 1 - پزشک خانواده به عنوان مدیر اجرایی
- 2 - پزشک خانواده به عنوان مدرس
- 3 - پزشک خانواده به عنوان پژوهشگر

ارتباط زیر ساختهای مستقر در جامعه¹ جهت ارایه مراقبتهای اولیه با پزشکان خانواده همانند ارتباط بیمارستانها با پزشکان متخصص است. و مدیریت این زیر ساختها می تواند موقعیتهای شغلی مناسبی را برای پزشکان خانواده علاقمند فراهم آورد. عدم توسعه این زیر ساختها بخصوص در مناطق شهری یکی از مشکلات و محدودیتهای عمده در این رابطه است. همچنین عدم آموزش دستیاران پزشکی خانواده در رابطه با مدیریت و ساختار و عملکرد نظام سلامت بکارگیری پزشکان خانواده را در این جایگاهها با مشکل مواجه می سازد.

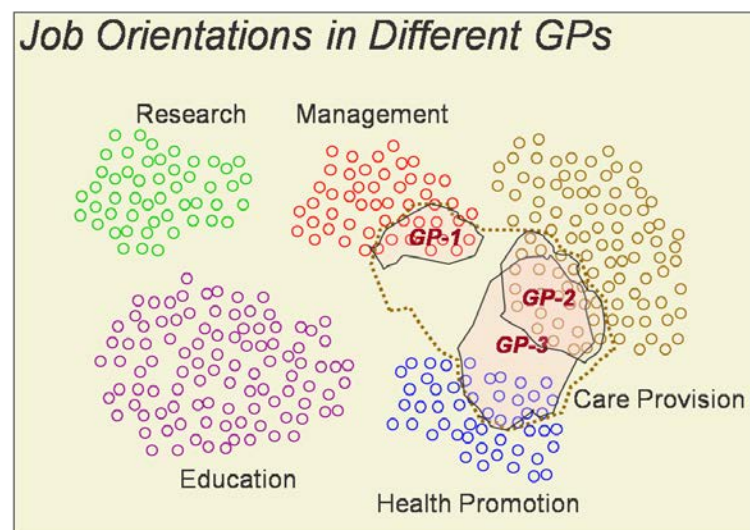
بطور مشابه، در حال حاضر پزشکان خانواده فرصتهای بسیار محدودی را برای فعالیت به عنوان مربی و یا پژوهشگر دارند. در حالیکه درگیر شدن در امر آموزش و پژوهش می تواند دانش و مهارتهای آنها را حفظ و ارتقاء بخشد. فقدان آموزش کافی در دوره دستیاری و مشکلات نظام پرداخت در رابطه با فعالیتهای آموزشی و پژوهشی و پیش بینی نکردن نقش و جایگاه آموزشی و پژوهشی مناسب برای پزشکان خانواده در نظام دانشگاهی از عمده ترین مشکلات در این رابطه محسوب می شوند.

مع الوصف انتظار می رود در آینده پزشکان خانواده نقش بیشتری را در آموزش دانشجویان پزشکی و سایر دانشجویان علوم پزشکی ایفا نمایند. زیرا عدم تناسب محیط های تخصصی بیمارستانی و تورش تخصص نگری در میان اساتید و مدرسین متخصص بخوبی شناخته شده است و جنبش آموزش پزشکی جامعه نگر با استقبال زیادی روبرو شده است.

¹ Community Bared

تنوع اشکال خدمت پزشکان خانواده

فارغ التحصیلان یک رشته خاص می توانند از میان طیف نقشهای مختلفی که به آنها منتسب می شود، یک یا چند مورد را به عنوان فعالیت اصلی شغلی خود برگزینند. به عنوان مثال در تصویر زیر، پزشک عمومی اول (GP-1) در سمت مدیریت شبکه شهرستان فعالیت می کند، پزشک عمومی دوم (GP-2) تنها به ارائه خدمات بالینی می پردازد، و پزشک عمومی سوم (GP-3) علاوه بر خدمات بالینی، بخشی از کار خود را به فعالیت های مرتبط به بهداشت عمومی اختصاص داده است. این تفاوت در پذیرش نقش های ممکن، در درون یک رشته، گرایش های شغلی¹ نامیده می شود.



پزشکان خانواده بطور سنتی از خدمات بیمارستانی کنار گذاشته شده اند (مگر در مورد کشیک شب درمانگاه اورژانس و یا کشیک شب بخشها). قسمت عمده خدمات پزشکان خانواده معطوف به ویزیت بیماران می باشد. در طی سالهای اخیر افزایش نسبی در تعداد پزشکان خانواده در کشورهای توسعه یافته موجب ایجاد رقابت بین آنان جهت جلب مشتری شده است که البته این موضوع در مناطق شهری کاملاً مشهود می باشد. و به همین سبب تعداد زیادی از پزشکان خانواده در کنار خدمات پزشکی خانواده به ارائه خدمات نیمه تخصصی یا با گرایش خاص مانند بیماریهای اطفال، بیماریهای زنان، و بیماری های قلب پرداخته اند و تعدادی از آنها نیز به ارائه خدمات لوکس و بوتیکی مانند طب زیبایی و مشابه آن روی آورده اند.

¹ Job Orientations

وظایف پزشکان خانواده

همانطور که اشاره شد، هر رشته از چند نقش ویژه رشته تشکیل شده است که در طی فرایند "تعریف نقش"¹ مشخص می گردد و برای تبیین هر نقش ویژه رشته، سه گروه از مشخصات زیر باید تعیین و تبیین گردد:

1- توانایی های ویژه وظایف²

2- فراتوانایی های³

3- ویژگی های شخصیتی اساسی⁴

فرایند تعیین و تبیین مشخصات و اجزاء نقش های ویژه رشته، "تحلیل وظایف"⁵ نامیده می شود.

1- توانایی های ویژه وظایف، توانایی های هستند که فرد را قادر می سازند تا وظایف از پیش مشخص شده را بخوبی به انجام برساند. این توانایی های از فهرست وظایف ذیل هر "نقش ویژه رشته" منتج می شوند و از ویژگی بالایی برخوردارند. به بیان دیگر همپوشانی اندکی بین "توانایی های ویژه وظایف" در بین "نقشهای ویژه رشته" در درون یک رشته و یا بین رشته های مختلف وجود دارد و در واقع آنچه که به یک "نقش ویژه رشته" و به تبع آن به یک رشته هویت مستقلی می دهد فهرست "توانایی های ویژه وظایف" آن است. در صورت تسلط بر این توانایی ها، فرد را توانا⁶ می نامیم. فرد توانا می تواند وظایف مشخص و آشنا را بخوبی در شرایط مشخص و آشنا به انجام برساند.

2- فراتوانایی ها، توانایی ها و مهارتهای شناختی و تفکری عالی هستند که برای ایفای نقش به گونه ای کیفی ضروری هستند. فراتوانایی ها، ویژه وظایف نمی باشند و به ارایه طیف وسیعی از وظایف کمک می نمایند. نمونه های از فراتوانایی های عبارتند از:

1. مهارتهای حل مسئله

2. مهارتهای ارتباطی

3. تفکر نقادانه

4. استدلال بالینی

5. مهارتهای دست یابی به اطلاعات جدید

6. نقد اطلاعات جدید

7. مهارتهای کار گروهی

8. مهارتهای ارزشیابی و ممیزی خود

9. توانایی عملکرد مبتنی بر اهداف سیستم

¹ Role Definition

² Task Specific Competencies

³ Meta Competencies

⁴ Essential Personal Characteristics

⁵ Task Analysis

⁶ Competent

در غیاب فراتوانایی ها، فرد حداکثر در حد یک تکنیسین عمل خواهد نمود و تسلط بر فراتوانایی ها فرد را از یک تکنیسین به یک تکنولوگ تبدیل می کند. ایجاد فراتوانایی ها فرد را قادر می سازد تا حتی در صورت مواجهه با وظایف جدید و نا آشنا در شرایط جدید و نا آشنا، بتواند از عهده این وظایف برآید. به بیان دیگر فراتوانایی ها موجب می شوند فرد خودتوانمندساز¹ شود. یعنی بتواند با تغییرات انطباق پیدا کند، از دانش جدید بهره مند شود، دانش جدید تولید نماید و بطور مداوم عملکرد خود را ارتقاء بخشد.

معمولاً فراتوانایی در سطح یک نقش معنی پیدا می کنند و به همین لحاظ در سطح نقشهای ویژه رشته ای که زیر مجموعه های یک نقش هستند مشترک می باشند. به بیان دیگر فراتوانایی های یک پزشک خانواده ارایه کننده خدمات بالینی یک متخصص داخلی ارایه کننده خدمات بالینی و یک فوق تخصص غدد ارایه کننده خدمات بالینی یکسان است و همه آنان باید از مهارتهای ارتباطی، قضاوت بالینی، استدلال تشخیصی و ... بهره مند شوند و آنچه که این "نقش های ویژه رشته" را از یکدیگر مجزا می سازد فهرست "توانایی های ویژه وظایف" آنان است.

هنگامی که فرد یک "توانایی ویژه وظیفه" را از خود بروز می دهد پیام او اینست که "من در گذشته توانایی انجام این وظیفه را کسب نموده ام و در حال حاضر می توانم این توانایی را نمایش دهم و به همین سبب شما می توانید اطمینان داشته باشید که من در آینده نیز بخوبی این وظیفه را به انجام خواهم رساند"

در حالیکه هنگامی که یک فرد از خود یک "فراتوانایی" را بروز می دهد، پیام او اینست که: "من به واسطه توانایی های عالی که در خود ایجاد نموده ام قادر هستم در آینده وظایف خود را بخوبی انجام دهم"

همانطور که مشاهده می کنید در عبارت اول به واژه "این وظیفه" و در عبارت دوم به واژه "وظایف" اشاره شده است و این امر تفاوت "توانایی ویژه وظیفه" و "فراتوانایی" را مشخص می سازد. "توانایی های ویژه وظیفه" کاملاً عینی و عملی هستند در حالیکه فراتوانایی ها جنبه ذهنی و انتزاعی دارند. توانایی های ویژه وظیفه را می توان آموخت و یاد گرفت در حالیکه فراتوانایی ها بطور عمده در طی یک فرایند تکوینی در فرد شکل می گیرند.

هنگامی که موضوع شکل گیری فراتوانایی ها و خود توانمندساز² شدن فرد مطرح می شود موضوع اصلی پتانسیل فرد در آینده است، وظایف از پیش تعیین نمی شوند و به همین لحاظ فراتوانایی ها از کانون اثر گسترده ای برخوردارند. دانشی که یک فرد خود توانمندساز بکار می گیرد ماهیت سیال دارد، بطور مداوم ارتقاء می یابد و رشد آن ماحصل تعامل عملکرد هر لحظه فرد با مقتضیات و الزامات آن زمان می باشد. این درست بر خلاف ماهیت دانش در "توانایی های ویژه وظایف" است که از پیش در فرد شکل می گیرد و بطور عمده ماهیت ایستا (استاتیک) دارد.

بدیهی است یک فرد توانا (مسلط بر توانایی های ویژه وظایف) در غیاب خودتوانمندسازی (تسلط بر فراتوانایی ها) قادر به ادامه عملکرد کیفی در طی زمان نخواهد بود. و به عکس یک فرد

¹ Capable

² Capable

خودتوانمندساز (مسلط بر فراتوانایی ها) بدون تسلط بر "توانایی های ویژه وظایف" از نظر حرفه ای تمایز نیافته باقی خواهد ماند (مانند فردی که علیرغم تفکر نقادانه و توان حل مسئله الفبای اداره بیماری های شایع رشته خود را نمی داند). به همین سبب است که تلفیقی از توانایی¹ و خود توانمند سازی² برای ایجاد ظرفیت کاری³ ضروری می باشد.

3- ویژگی های شخصیتی اساسی⁴

احراز "توانایی های ویژه وظایف" و "فراتوانایی ها" عملکرد فرد در سطح بالا را تضمین نمی کند، بلکه ویژگی های شخصیتی اساسی فرد است که در نهایت موجب می شود این توانایی ها منجر به عملکرد کیفی گردد. نمونه های از این ویژگی ها عبارتند از:

1. مسئولیت پذیری⁵
2. انگیزه بالا⁶
3. وظیفه شناسی⁷
4. نوع دوستی⁸
5. معنویت⁹
6. اخلاق حرفه ای¹⁰

بدیهی است بخش عمده ای از این خصایص اخلاقی در دوران کودکی فرد شکل گرفته اند و به همین لحاظ وجود این ویژگی ها در فرد می تواند مبنای گزینش اولیه فرد را برای تحصیل در رشته های علوم پزشکی تشکیل دهد. مع الوصف در طی دوره دانشجویی نیز می توان بخش دیگری از این خصایص را در فرد ایجاد نمود و میزان شکل گیری این ویژگی ها را به کمک روشهای مختلف اندازه گرفت. یکی از روشهای عمده ایجاد این ویژگی ها در دانشجویان ایفای نقش اساتید¹¹ می باشد. به بیان دیگر اثبات شده است که دانشجویان بخش عمده ای از الگوهای شخصیتی خود را از اساتید خود اقتباس می کنند. مدیریت کوریکولوم پنهان از دیگر روش های موثر بر شکل گیری ویژگی های اخلاقی اساسی در دانشجویان محسوب می گردد.

¹ Competences

² Capability

³ Capacity

⁴ Essential Personal Characteristics

⁵ Responsibility

⁶ Motivation

⁷ Dutiful

⁸ Altruistic

⁹ Spirituality

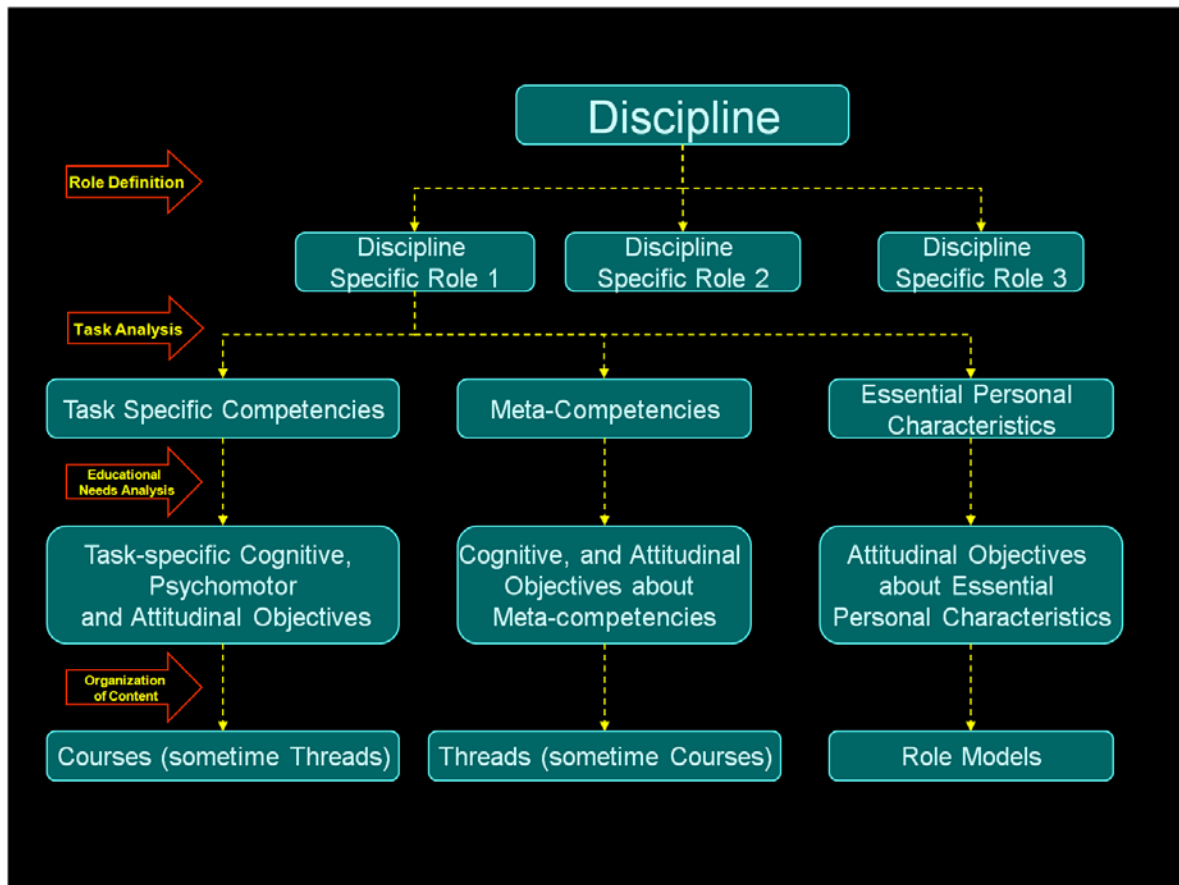
¹⁰ Professionalism

¹¹ Role Modeling



در طی فرایند تحلیل وظایف برای هر یک از "نقش‌های ویژه یک رشته"، سه مورد فوق، یعنی "توانایی‌های ویژه وظایف"، "فراخوانایی‌ها" و "ویژگی‌های شخصیتی اساسی" تعیین می‌شود.

در این صورت برای "نقش ویژه رشته" اول یعنی پزشک خانواده به عنوان ارایه‌کننده خدمات بالینی باید فهرست وظایف و به تبع آن، فهرست "توانایی‌های ویژه وظایف" مشخص گردد، فراخوانایی‌های که یک پزشک بالینی باید از آنها برخوردار باشد مشخص گردد و ویژگی‌های شخصیتی اساسی پزشک خانواده به عنوان یک پزشک بالینی مشخص گردد. این سه موضوع در مورد دو "نقش ویژه رشته" دیگر، یعنی پزشک خانواده به عنوان مروج سلامت و پزشک خانواده به عنوان رهبر جامعه نیز باید مشخص گردد. همانطور که تاکنون متوجه شده‌اید بین فهرست "توانایی‌های ویژه وظایف" پزشکان خانواده به عنوان ارایه‌کننده خدمات بالینی، مروج سلامت و رهبر جامعه همپوشانی اندکی وجود دارد، ولی بین فهرست فراخوانایی‌های پزشکان خانواده در این سه "نقش ویژه رشته" همپوشانی بیشتری وجود دارد به عنوان مثال پزشکان خانواده برای هر سه مورد باید از مهارت‌های ارتباطی برخوردار باشند. و بین ویژگی‌های شخصیتی اساسی پزشکان خانواده برای ایفای این سه "نقش ویژه رشته"، همپوشانی بسیار بیشتری وجود دارد یعنی پزشک خانواده هنگام ارایه خدمات بالینی، ترویج سلامت و رهبری اجتماع باید وظیفه شناس، مسئولیت‌پذیر و نوع دوست باشد و رفتار حرفه‌ای را رعایت نماید.



تحلیل وظایف پزشکان خانواده در ایران

پزشکان خانواده در جایگاه ارائه‌کننده خدمات بالینی، طیف وسیعی از خدمات را ارائه می‌کنند. با توجه به رخداد گذار دموگرافیک و اپیدمیولوژیک در کشور و افزایش بار بیماریهای غیر واگیر، مراقبت از بیماریهای مزمن، درمانهای تسکینی، مراقبت در منزل، و خدمات بازتوانی، بطور فزاینده‌ای در میان خدمات پزشکان خانواده اهمیت پیدا کرده است.

	<h3>پزشک خانواده بعنوان ارائه‌کننده خدمات بالینی در ایران</h3>	
	<ul style="list-style-type: none"> • پذیرش همه بیماران تمایز نیافته • اولویت‌گذاری در رسیدگی به بیماران • مشاوره و اخذ شرح حال و معاینه پایه • رد بیماریهای جدی و مهم • تشخیص در حیطه طبابت خانواده • درخواست منطقی آزمونهای تصویربرداری و آزمایشگاهی • ارزیابی نیازهای سلامت در بستر خانواده یا جامعه • درمان بیماریهای شایع • تجویز منطقی داروها • اداره بیماریها و شرایط اورژانس شایع • اداره بیماریها و شرایط تمایز نیافته و یا متعدد • آموزش بیماران از طریق شفاهی یا نوشتاری • پیگیری افراد بیمار • ارجاع منطقی بیماران به سایر متخصصین • ارجاع بیماران به گروههای حمایت از بیماران • اخذ پذیرش و ارجاع بیماران برای مراقبتهای بستری در بیمارستانها • اداره بیماریهای مزمن • ارائه مراقبتهای تسکینی • ویزیت در منزل در رابطه با جمعیت تحت پوشش • مراقبت در مراکز نگهداری بیماران مزمن و سالمندان • راهنمایی تلفنی به بیماران تحت پوشش • مراقبت از بیماران در حال احتضار • ارائه مراقبتهای بازتوانی شایع • جراحی‌ها و اقدامات پروسجورال شایع 	<p>توانایی‌های ویژه وظایف</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • مهارتهای حل مسئله • مهارتهای ارتباطی • تفکر نقادانه • استدلال بالینی • مهارتهای دست‌یابی به اطلاعات جدید • نقد اطلاعات جدید • مهارتهای کار گروهی • مهارتهای ارزشیابی و ممیزی خود • توانایی عملکرد مبتنی بر اهداف نظام سلامت 	<p>فرا توانایی‌های</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • معنویت الهی • مسئولیت‌پذیری • انگیزه بالا • وظیفه‌شناسی • نوع دوستی • اخلاق حرفه‌ای 	<p>ویژگی‌های شخصیتی</p>

همچنین ترویج سلامت در سطح فرد (خدمات طب پیشگیری) و در سطح جامع (خدمات طب اجتماعی) بخش مهمی از وظایف تعریف شده پزشکان خانواده را در نظام ارائه خدمات کشور تشکیل می دهد.

	<h2 style="text-align: center;">پزشک خانواده بعنوان مروج سلامت در ایران</h2>		
	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی وضعیت سلامت در سطح یک جمعیت • تعیین مشکلات سلامت واجد اولویت در سطح یک جمعیت • تحلیل گزینه های مداخلات ممکن جهت رفع مشکلات سلامت در سطح یک جمعیت • طراحی، اجرا، و ارزیابی برنامه های سلامت در سطح یک جمعیت • استفاده از روشهای مناسب آموزشی برای افزایش آگاهی و سواد سلامت افراد • بکارگیری رسانه های مناسب جهت انتقال پیام های بهداشتی و ترویج سبک زندگی سالم در جامعه • همکاری با سایر افراد (مانند معلمین) و نهادهای دولتی و غیردولتی جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد و جامعه • ارائه خدمات طب پیشگیری (غربالگری، واکسیناسیون، مشاوره، ...) • ساماندهی و هدایت یک سیستم یادآوری اقدامات ادواری مانند واکسیناسیون و غربالگری • بازدید و ارائه راهکارهای بهداشتی به مراکز عمومی (مدارس، کارخانجات، رستورانها، ...) • مدیریت عوامل خطرزای سلامت اصلی (سیگار، الکل، مواد مخدر، چاقی، ...) • حوزه تحت پوشش • اقدامات پایه بهداشت عمومی مانند گزارش بیماریها عفونی 	<p style="text-align: center;">توانایی های ویژه وظایف</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • مهارتهای نیازسنجی • مهارتهای اولویت گذاری • مهارتهای تحلیل تصمیم گیری چند متغیره • مهارتهای ارتباطی • مهارتهای تیم سازی و کار گروهی • مهارتهای مذاکره • مهارتهای تحلیل ذینفعان و جلب حمایت • مهارتهای مدیریت تعارض و مناقشات • مهارتهای مدیریت تغییر 	<p style="text-align: center;">فرا توانایی های</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • معنویت الهی • مسئولیت پذیری • اخلاق حرفه ای • انگیزه بالا • نوع دوستی 	<p style="text-align: center;">ویژگی های شخصیتی</p>	

از سوی دیگر با روشن شدن نقش عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، نقش پزشکان خانواده بمنظور مدیریت این عوامل اجتماعی در سطح فرد و جامعه بیش از پیش اهمیت پیدا کرده است.

	<h2 style="text-align: center;">پزشک خانواده بعنوان رهبر جامعه در ایران</h2>	
	<ul style="list-style-type: none"> • شناسایی و ساماندهی اطلاعات افراد و خانواده های بی بضاعت، محروم، و آسیب دیده منطقه • هماهنگسازی مددکاری اجتماعی و مدیریت مورد اجتماعی • ارزیابی وضعیت اجتماعی و اقتصادی در سطح فرد و جمعیت • تعیین مشکلات اجتماعی و اقتصادی واجد اولویت در سطح فرد و جمعیت • تعیین و تحلیل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در حوزه تحت پوشش • مقایسه مداخلات بالقوه جهت رفع مشکلات اجتماعی و اقتصادی در سطح فرد و جمعیت • مشارکت در طراحی، اجرا، و ارزیابی برنامه های توسعه محلی • مشارکت در طراحی و اجرای برنامه های سوادآموزی در منطقه • مشارکت در طراحی و اجرای برنامه های مهارت آموزی و کارآفرینی در منطقه • مشارکت در طراحی و اجرای برنامه های تامین مالی خرد مشاغل در منطقه • مشارکت در طراحی و اجرای برنامه های امنیت غذایی در منطقه • مشارکت در طراحی و اجرای برنامه های تامین مسکن در منطقه • مشارکت در طراحی و توسعه صندوق های بیمه و قرض الحسنه جامعه نگر در منطقه • ترویج و ساماندهی اقدامات داوطلبانه و خیریه در منطقه 	<p style="text-align: center;">توانایی های ویژه وظایف</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • مهارتهای ارتباطی • مهارتهای مذاکره • مهارتهای جلب حمایت • مهارتهای رفع تعارض و مناقشات • مهارتهای مدیریت تغییر • مهارتهای کارآفرینی 	<p style="text-align: center;">فرا توانایی های</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • معنویت الهی • نوع دوستی • صمیمیت و همدلی • مسئولیت پذیری • انگیزه بالا 	<p style="text-align: center;">ویژگی های شخصیتی</p>

دانش ضروری پزشکان خانواده

در نگاه اول فرایند تعریف "نقشهای ویژه رشته" و مبنا قرار دادن آن برای طراحی دوره های آموزشی امری ضروری و بدیهی بنظر می رسد و در واقع استخراج محتوا و اهداف آموزشی بر اساس نقشها و وظایف حرفه ای، روح و فلسفه آموزش مبتنی بر پیامد¹ را تشکیل می دهد. ولی در عمل، تعریف "نقشهای ویژه رشته"، اضافه نمودن یک "نقش ویژه رشته" جدید و یا کم نمودن یک "نقش ویژه رشته" پیشاپیش تعریف شده، الزامات آموزشی گسترده ای را در بر دارد. پس از آنکه یک نقش ویژه رشته تعریف شد، یعنی فهرست "توانایی های ویژه وظایف" و همچنین فراتوانایی ها و ویژگی های شخصیتی اساسی آن نقش مشخص گردید، هر یک از این سه بخش باید در فرایند آموزش در نظر گرفته شوند.

توانایی های ویژه وظایف هر نقش در فرایند تحلیل وظایف تبیین می گردند و اهداف شناختی، نگرش و روانی - حرکتی جهت ایجاد این توانایی ها مشخص می شوند. سپس محتوا، فعالیتها و مواجهاتی که موجب دستیابی بر این اهداف می گردد تعیین می شوند و در نهایت اهداف و محتوای مربوطه، در قالب دروس و دوره ها² سازماندهی می شوند. برخی از این اهداف به جای آنکه در قالب یک دوره مجزا ارایه شوند، در سایر دوره ها تنیده و ادغام می شوند³. به عنوان مثال مباحثی مباحثی مانند طب حاد، بازتوانی، و طب سالمندان را به جای ارایه در قالب دوره های جداگانه ای می توان در سایر دوره ها مانند داخلی، جراحی و زنان و زایمان ادغام نمود. میزان دستیابی به اهداف آموزشی مرتبط به "توانایی های ویژه وظایف" در طی فرایند ارزیابی دستاوردهای تحصیلی⁴ سنجیده می شود.

فراتوانایی ها معمولاً مورد بی مهری طراحان آموزشی قرار می گیرند. در حالیکه فراتوانایی ها نیز باید مانند "توانایی های ویژه وظایف" بدقت مورد تحلیل قرار گیرند و اهداف شناختی و نگرشی مرتبط به آنها در طی یک برنامه آموزشی مشخص گردد. تفاوت عمده در این رابطه آنست که اهداف آموزشی مرتبط به فراتوانایی ها معمولاً در قالب تم های آموزشی تجلی پیدا می کنند و در اغلب موارد در سایر دوره ها تنیده و ادغام می شوند. کسب فراتوانایی ها معمولاً مبتنی بر یادگیری تکوینی و تدریجی مبتنی بر تجربه و بازخورد است. به عنوان مثال اگر چه می توان اصول فراتوانایی "کار گروهی" و یا "استدلال تشخیصی" را در یک دوره خاص به فراگیران آموزش داد، ولی شکل گیری این فراتوانایی ها در فراگیران مقوله ای تکوینی بوده و در طی ماهها و سالها اتفاق می افتد. آنچه که اهمیت دارد، طراحی یک "تجربه یادگیری برنامه ریزی شده"⁵ گسترده در کل دوران آموزشی دانشگاهی، جهت ایجاد این فراتوانایی ها در فراگیران است و این

¹ Outcome-Based Education

² Courses

³ Threads

⁴ Educational Achievements

⁵ Planned Learning Experience

امر معمولاً از طریق "تکرار برنامه ریزی شده"¹ و ادغام اهداف مرتبط به فراتوانایی ها در طیف گسترده ای از دروس و دوره ها امکانپذیر می گردد. ارزشیابی میزان تحقق اهداف مرتبط به فراتوانایی ها معمولاً در طی فرایند ارزشیابی ارتقاء حرفه ای دانشجویان² صورت می گیرد.

شکل گیری قالب شخصیت حرفه ای یک پزشک معمولاً در طی سالها صورت می گیرد. مشخصه حرفه ای یک پزشک بر روی زیر بنای شخصیتی فرد در دوران کودکی و جوانی بنا می شود و به همین لحاظ در نظر گرفتن "ویژگی های شخصیتی اساسی" در سازوکارهای انتخاب و گزینش دانشجویان پزشکی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. این ویژگی ها باید به دقت تعیین شوند و بطور شفاف به اطلاع دانشجویان، اساتید و جامعه رسانده شوند. دانشجویان این ویژگی ها را باید در اساتید خود ببینند و از آن الگو بردارند. خود-ارزشیابی و ارزشیابی توسط همکلاسی ها، اساتید، بیماران و کارکنان می تواند بازخورد مناسبی را برای فرد و مدیران آموزشی در رابطه با میزان شکل گیری این خصایص شخصیتی فراهم آورد. در بسیاری از دانشگاهها و دانشکده ها اهمیت این خصایص شخصیتی به حدی است که اگر دانشجو شایستگی علمی خود را بطور کامل به اثبات برساند ولی فاقد ویژگی های مانند نועدوستی، وظیفه شناسی و یا مسئولیت پذیری تشخیص داده شود، فارغ التحصیل نخواهد شد.

در مقایسه با سایر رشته های تخصصی، محتوای دانشی در رشته پزشکی خانواده را می توان وسیع (در مقابل عمیق)، چند رشته ای، تمایز نیافته، و با تمرکز بر طیف کامل مداخلات بالینی (از پیشگیری تا بازتوانی) توصیف نمود. دانش مرتبط به بیماریها در پزشکی خانواده، معمولاً به مدیریت سرپایی بیماری محدود می گردد.

GENERALISM	SPECIALISM
Knowledge	
Breadth	Depth
Multidisciplinary	Single discipline
Undifferentiated	Differentiated
Prevention, investigation/ management/ rehabilitation and chronic care	Investigation/management
Disease is considered in the context of multiple systems and the whole.	Disease is considered in the context of a single system.
Community- and hospital-based	Hospital-based
Skills	
Predominantly non-invasive	Predominantly invasive
Attitudes	
Holistic	Reductionist

¹ Planned Repeation

² Student Development

برنامه سنتی آموزش پزشکی عمومی در ایران تنها حول یک نقش (ارایه کننده خدمات بالینی) شکل گرفته است و در رابطه با این نقش نیز نقایص زیر مشاهده می شود.

1. فهرست توانایی های ویژه و وظایف مشخص نشده است و محتوای آموزشی در ارتباط با این وظایف شکل نگرفته است.

2. فراتوانایی های ضروری پزشکان عمومی مشخص نشده است و هیچ اقدام برنامه ریزی شده ای برای ایجاد و ارزشیابی این فراتوانایی ها تدارک دیده نشده است.

3. ویژگی های شخصیتی اساسی تبیین نشده اند و به همین لحاظ در فرایند گزینش، تربیت و فارغ التحصیلی دانشجویان پزشکی در نظر گرفته نشده اند.

رفع نقایص فوق در رابطه با نقش پزشکان عمومی و خانواده به عنوان **ارایه کننده خط اول خدمات بالینی**، یک اولویت محسوب می شود و در قدم بعد سایر "نقشهای ویژه رشته" پزشکان خانواده باید تعیین و تبیین شوند.

مهارت های ضروری پزشکان خانواده

آموزش پزشکی باید پزشکان خانواده را برای فرایندهای بالینی کاملاً متفاوتی از آنچه در حال حاضر در اغلب دانشکده های پزشکی جهان به آنها آموخته می شود مهیا سازد. آموزش کنونی تأکید زیادی بر ابعاد تکنیکال و مکانیستیک طبابت دارد در حالیکه ابعاد انسانی، حرفه ای و ارتباطی طبابت، اهمیت به مراتب بیشتری در طبابت خانواده دارند.

در یک تقسیم بندی کلی می توان مهارت های ضروری برای پزشکان خانواده را به دو گروه مهارتهای پر استفاده و مهارتهای پر خطر تقسیم بندی نمود.

مهارتهای پر استفاده¹ آندسته از مهارتها را شامل می شود که بطور مکرر در جایگاه طبابت خانواده مورد نیاز قرار می گیرد و بطور شایع از آن استفاده می شود (مانند معاینه کودکان، اخذ شرح حال در عین محدودیت زمانی و مشابه آن)

مهارتهای پرخطر² شامل مهارتهایی می شود که بطور غیر شایع به آن نیاز می شود ولی به سبب خطر عمده ای که بیمار را تهدید می کند تسلط بر این مهارتها ضروری می باشد. مانند احیاء قلبی - عروقی، درمان تشنج و برخورد با بیماران خطرناک و تهاجمی). پزشکان خانواده باید بر هر دو گروه از مهارتهای فوق مسلط باشند.

به منظور برنامه ریزی جهت مهارتهای پرورسجوری در برنامه دستیاری پزشکی خانواده معمولاً از تقسیم بندی زیر استفاده می شود:

A: گروهی از مهارت ها که همه برنامه های تربیت رزیدنت های پزشکی خانواده باید آن را آموزش دهند.

A0: زیرگروهی از مهارتها که دستیارها در هنگام ورود به دوره رزیدنتی آن را دارا می باشند و یا در طی تجربه معمول دوره دستیاری این مهارتها را کسب می کنند. این مهارتهای پایه نیازمند تجربه برنامه ریزی شده (تعیین تعداد حداقل موارد مشاهده و تجربه) مستند سازی و ثبت در لاگ بوک نمی باشند.

A1: زیرگروهی از مهارتها که همه رزیدنتها باید بتوانند آنها را بطور مستقل هنگام فارغ التحصیلی انجام دهند.

A2: زیرگروهی از مهارتها که همه رزیدنتها باید با آنها بطور عملی مواجهه داشته باشند و فرصت انجام مستقل این مهارتها را بصورت مستقل تا هنگام فارغ التحصیلی داشته باشند.

B: گروهی از مهارتها که در چارچوب وظایف پزشکان خانواده قرار دارند و برای آنکه رزیدنتها بتوانند این مهارتها را بصورت مستقل تا هنگام فارغ التحصیلی انجام دهند ممکنست نیازمند آموزش های متمرکز در طی دوره رزیدنتی باشند.

¹ High-Use Skills

² High-Risk Skills

C: گروهی از مهارتها که در چارچوب وظایف پزشکان خانواده قرار دارند و برای آنکه پزشکان خانواده بتوانند این مهارتها را بصورت مستقل انجام دهند ممکنست نیازمند آموزش های اضافه حین خدمت پس از طی دوره رزیدنتی باشند.

مطالعات متعددی در مورد مهارتهای مورد نیاز پزشکان خانواده صورت گرفته است. در معروفترین این مطالعات که توسط "جامعه مدرسین طبابت خانواده"¹ در آمریکا صورت گرفته است، 20 پروسجور در گروه A0 ، 40 پروسجور در گروه A1 ، 30 پروسجور در گروه A2 ، 25 پروسجور در گروه B ، و 15 پروسجور در گروه C برای پزشکان خانواده در نظر گرفته شده است.

¹ The Society of Teachers of Family Medicine

	A0 All residents must be able to perform, but documentation not required	A1 All residents must be able to perform independently by graduation	A2 All residents must be exposed to and have the opportunity to train to independent performance
Skin	Remove corn/callous Drain subungual hematoma Skin staples Fungal studies (KOH) Laceration repair with tissue glues	Biopsies —Punch, excisional, incisional Cryosurgery Remove warts, fingernail, toenail, foreign body Incision and drainage of abscess Simple laceration repair with sutures	Electrosurgery
Maternity care		Spontaneous vaginal delivery, including: —Fetal monitoring —Fetal scalp electrode —IUPC and amnioinfusion —Amniotomy —Labor induction/augmentation —First- and second-degree laceration repair Vacuum-assisted vaginal delivery	Third- and fourth-degree laceration repair Manual extraction of placenta
Women's health	Wet mount, KOH Diaphragm fitting	Pap smear Vulvar biopsy Bartholin's cyst management Remove cervical polyp Endometrial biopsy IUD insertion/removal FNA breast	Pessary fitting Paracervical block Cervical dilation Colposcopy Cervical cryotherapy Uterine aspiration/D&C
Life support courses	EKG performance and interpretation	ACLS, NRP, PALS, ALSO, ATLS (or equivalent training)	
Musculoskeletal		Initial management of simple fractures —Closed reduction —Upper and lower extremity splints Injection/aspiration —Large joint, bursa, ganglion cyst, trigger point Reduction of nursemaid's elbow	Upper and lower extremity casts Reduction of shoulder dislocation
Pulmonary	Handheld spirometry		
Ultrasound		Basic OB ultrasound —AFI, fetal presentation, placental location Ultrasound guidance for central vascular access, paracentesis, thoracentesis	Advanced OB ultrasound —Dating —Anatomic survey
Urgent Care and Hospital	Foreign body removal —Ear, nose Ring removal Fish hook removal Phlebotomy Peripheral venous access	Eye procedures —Fluorescein exam —Foreign body removal Anterior nasal packing for epistaxis Lumbar puncture FNA of mass or cyst	Frenulotomy Slit lamp exam Endotracheal intubation Ventilator management Thoracentesis, Paracentesis Arterial line Central venous catheter Venous cutdown Pediatric vascular access —Peripheral, intraosseous, umbilical vein
Gastrointestinal & Colorectal	Nasogastric tube, enteral feeding tube Fecal disimpaction Digital rectal exam	Anoscopy Excision of thrombosed hemorrhoid Incision and drainage of perirectal abscess Remove perianal skin tags	Flexible sigmoidoscopy or colonoscopy
Genitourinary	Urine microscopy Bladder catheterization	Newborn circumcision	Vasectomy Suprapubic aspiration
Anesthesia		Topical anesthesia Local anesthesia/field block Digital block	Peripheral nerve block Conscious sedation

KOH—potassium hydroxide, ACLS—Advanced Cardiac Life Support, NRP—Neonatal Resuscitation Program, ALSO—Advanced Life Support in Obstetrics, ATLS—Advanced Trauma Life Support, D&C—dilation and curettage, OB—obstetrical; FNA—fine needle aspiration

¹ Melissa Nothnagle; Required Procedural Training in Family Medicine Residency: A Consensus Statement; Fam Med 2008;40(4):248-52.

مهارت‌های پروسجورال پیشرفته پزشکان خانواده¹

	B Require focused training in residency	C May require additional training beyond residency or fellowship
Skin	Allergy testing Botulinum toxin injection Non-surgical cosmetic aesthetics Skin flap advanced closures	
Maternity care	Amniocentesis Cesarean delivery External cephalic version Forceps-assisted delivery	Cervical cerclage Vaginal twin delivery
Women's health	Contraceptive implant insertion and removal Dilation and evacuation Loop electrical excision procedure (LEEP) Non FNA breast biopsy Tubal ligation	Hysteroscopy Laparoscopy
Musculoskeletal		Acupuncture
Urgent care and hospital	Bone marrow biopsy Cardioversion Chest tube insertion, management, and removal Exercise stress test Nasorhinolaryngoscopy Peritonsillar abscess incision and drainage Swan-Ganz catheter insertion and management Tooth extraction	Bronchoscopy Myringotomy (PE) tubes Sleep study—perform and interpret Tonsillectomy
Gastrointestinal and colorectal	Endoscopic gastroduodenoscopy (EGD)	Appendectomy Anal fissure surgical management
Genitourinary	Emergency dorsal slit procedure	Non-neonatal circumcision
Anesthesia	Intrathecal anesthesia	Epidural anesthesia

¹Barbara F. Kelly, Advanced Procedural Training in Family Medicine: A Group Consensus Statement; Fam Med 2009;41(6):398-404.

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش پنجم

توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

اهداف طراحی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-1
ویژگی های برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-2
محتوای آموزشی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-3
اجرای پایلوت برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-4
آینده برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور	5-5

اهداف طراحی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

نظام ارایه مراقبت‌های سلامت در کشور ایران مشکلات متعددی را تجربه می‌کند. از جمله این مشکلات می‌توان به دسترسی ناکافی و غیر عادلانه آحاد جامعه به خدمات سلامت، هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامت، ناهماهنگی سطوح مختلف خدمات، تاکید بر مراقبت‌های درمانی، و غفلت از مراقبت‌های پیشگیرانه، مداخله در سطح فرد و غفلت از مداخلات در سطح جامعه، محدود ماندن جایگاه ارایه خدمت به مطب و غفلت از سایر جایگاه‌های ارایه خدمت مانند منزل بیمار، عدم برقراری تعادل بین منافع بیمار و منافع جامعه و نظام سلامت، و فقدان پاسخدهی اجتماعی در ارایه‌کنندگان خدمات سلامت اشاره نمود.

به نظر اکثر صاحب‌نظران، راهبرد پزشک خانواده، سطح بندی خدمات و نظام ارجاع، و توجه به روش سرانه به عنوان شیوه اصلی پرداخت، راه حل اصلی برای بسیاری از مشکلات نظام ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شود.

در سال 1386 و بدنبال احساس نیاز به یک برنامه مدون برای ارتقا کارکرد پزشکان در نظام مراقبت‌های اولیه کشور، کمیته ای به این منظور در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی¹ وزارت شروع به کار نمود. این کمیته در سال اول فعالیت خود به تعریف نقش و تبیین ویژگی‌های پزشکان خانواده در کشور پرداخت². همچنین در یک مطالعه، میزان تحقق ویژگی‌های پزشکان خانواده را در پزشکان عمومی ایرانی از دیدگاه دست‌اندرکاران نظام سلامت بررسی نمود:

بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	میزان تحقق ویژگی‌های طبابت خانواده در پزشکان عمومی ایران ←	
					General Practice	1
					Comprehensive care	2
					First contact care	3
					Coordination of care	4
					Continuity of care	5
					Family Oriented	6
					Community Oriented	7
					System Based	8

¹ این مرکز در زمان شروع به کار کمیته "مرکز توسعه شبکه" نام داشت و در معاونت سلامت وزارت (پیش از تفکیک به دو معاونت بهداشت و درمان) قرار داشت.

² توافق بر روی نقش‌های سه‌گانه (ارایه خدمات بالینی، ترویج سلامت، و رهبری اجتماعی) و ویژگی‌های هشت‌گانه خدمات (عمومی بودن، فراگیری، پیوستگی، خط اول بودن، هماهنگی، خانواده محوری، جامعه‌نگری، و مبتنی بر سیستم بودن) در این مرحله صورت گرفت.

نتیجه این مطالعه نشان داد که از دیدگاه دست اندرکاران نظام سلامت، طبابت پزشکان عمومی در ایران تا حد زیادی "عمومی" است (ارایه خدمات به بیماران بدون در نظر گرفتن سن و جنس و نژاد و قومیت صورت می گیرد) بطور متوسط "خط اول" است (بخصوص در مناطق روستایی). در حد کم "فراگیر"، "پیوسته"، و "خانواده محور"، و در حد بسیار کم "هماهنگ"، "جامعه نگر"، و "مبتنی بر نظام سلامت" است. در مجموع می توان نتیجه گرفت که پزشکان عمومی در ایران فاقد ویژگی های طبابت خانواده هستند. و هدف اصلی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور توسعه نقش های مطلوب و ایجاد ویژگی های طبابت خانواده در پزشکان نظام مراقبتهای اولیه کشور است.

ویژگی های برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

- همانطور که اشاره شد، آموزش فعلی پزشکان عمومی در دانشگاه های علوم پزشکی و جایگاه فعلی پزشکان عمومی در نظام سلامت به هیچ وجه با آموزش و تعریف نقش مورد توافق پزشکان خانواده در سطح جهان مطابقت ندارد. از سوی دیگر طراحی یک دوره آموزش و توانمندسازی پزشکان عمومی جهت ایفای نقش به عنوان یک پزشک خانواده نکات ظریف زیادی را دربر دارد:
- آموزش پزشکان خانواده امری فراتر از آموزش بیشتر در زمینه های بالینی و یا آموزش مهارت های پروسجوری خاص (مانند آندوسکوپی) می باشد. این آموزش بطور عمده دانش و مهارت های سیستمی را شامل می گردد که فرد را برای ایفای نقش محوری هماهنگ کننده خدمات در نظام ارایه خدمات آماده می سازد. این امر وجه تمایز اصلی تخصص بیماریهای داخلی با پزشکی خانواده می باشد.
 - با توجه به این موضوع که پزشکان خانواده بر خلاف اغلب سایر تخصص ها خط اول مراقبت از بیماران را تشکیل می دهند، برای ایجاد یک نظام فراگیر مراقبت های ادغام یافته با محوریت پزشکان خانواده در کشور نیازمند ده ها هزار پزشک خانواده خواهیم بود. به همین سبب هر گونه تلاش جهت نیل به این مهم در نهایت مستلزم تعریف مجدد پزشکان عمومی در قالب پزشکان خانواده (به جای آموزش و بکارگیری پزشکان خانواده به موازات پزشکان عمومی) خواهد بود.
 - به سبب تعدد مخاطبان بالقوه دوره های آموزشی توانمندسازی پزشکان خانواده، فقدان امکانات آموزشی این مخاطبان حتی با بکارگیری تمام امکانات دانشگاه های علوم پزشکی کشور، و درگیری شغلی گسترده پزشکان عمومی، امکان آموزش پزشکان خانواده به تعداد کافی در قالب مرسوم آموزش حضوری حتی در یک افق ده ساله غیر محتمل می باشد
 - در این میان استفاده از یک دوره آموزش پودمانی غیر حضوری و انعطاف پذیر مبتنی بر آموزش و کسب تجربه خودمحور تحت هدایت آموختنما که بر حسب ضرورت توسط کارگاه های مهارت آموزی و چرخش¹ های کوتاه مدت در جایگاه های بالینی و جامعه نگر تقویت شده است بهترین گزینه بنظر می رسد.
 - به سبب فقدان تجربه داخلی در دانشگاه های علوم پزشکی جهت ارایه محتوی نظری مورد نیاز، تهیه و ارایه این محتوی بصورت کشوری و در قالب بسته های چند رسانه ای میتواند مشکل آموزش نظری فراگیران این دوره را برطرف نماید.

¹ Rotations

محتوای آموزشی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

کمیتۀ توانمندسازی پزشکان خانواده در سال 1387، تسلط بر بیست و پنج حیطه دانشی را برای جبران فاصله موجود، و آماده نمودن پزشکان عمومی برای ایفای نقش به عنوان پزشک خانواده، ضروری دانست.

عنوان ویرگی	عنوان حیطه دانش ضروری
طبابت عمومی	مدیریت سرپایی بیماریها و مشکلات شایع بزرگسالان
	مدیریت سرپایی بیماریها و مشکلات شایع کودکان
	مدیریت سرپایی بیماریها و مشکلات شایع سالمندان
	مدیریت سرپایی بیماریها و مشکلات شایع زنان و زایمان
	مدیریت سرپایی بیماریها و مشکلات شایع روانی
مراقبتها جامع و فراگیر	درمان علامتی ¹ مشکلات و علایم شایع
	طب پیشگیری و مدیریت عوامل خطرزای سلامت
	بازتوانی مشکلات و بیماریهای شایع
مراقبتهای سلامت خط اول، هماهنگی مراقبتها، و پیوستگی مراقبتها	نظام خدمات سلامت و مراقبتهای مدیریت شده
	تعاریف و کارکردهای پزشکان خانواده
	مدیریت مورد بیماری ²
	مهارتهای رهبری
	اندیکاسیون ارجاع بیماریهای شایع
مراقبت های خانواده نگر رویکرد جامعه نگر	اصول اپیدمیولوژی
	اصول ترویج سلامت
	مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح جامعه
	مدیریت بیماریها در سطح جامعه
	مراقبت از بیماریهای شایع در منزل
طبابت مبتنی بر سیستم	آشنایی با ساختار و عملکرد نظام سلامت
	اصول مدیریت مصرف ³
	درخواست منطقی آزمون های تصویربرداری
	درخواست منطقی آزمون های آزمایشگاهی
	تجویز منطقی داروها
	طبابت مبتنی بر شواهد
	طراحی و ارزشیابی برنامه های سلامت ⁴

¹ Palliative or Symptomatic Treatment

² Case Management

³ Utilization Management

⁴ Health Programme Planning and Evaluation

این حیطه های دانشی متعاقباً مبنای تدوین برنامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده قرار گرفت. همانطور که مشاهده می کنید، بخشی از این محتوا، برای آشناسازی فراگیران با مفاهیم پایه سلامت و نظام سلامت تعبیه گردیده است:

محتوای مفهومی (CO)				
معادل واحدی	تعداد گفتار	عنوان دوره	Course Title	کد
1	13	مبانی اپیدمیولوژی	Principles of Epidemiology	CO1
1	10	اصول ارتقا و ترویج سلامت	Principles of Health Promotion	CO2
2	16	ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران	Health System Structure and Functions	CO3
1	11	نظام ارائه خدمات سلامت و مراقبت‌های مدیریت شده	The Health Care Delivery System and Managed Care	CO4
1	7	تعریف و کارکردهای پزشکان خانواده	Family Physicians: Definition and Function	CO5
1	17	اصول مدیریت مورد بیماری	Principles of Case Management	CO6
2	18	اصول مدیریت عوامل خطرزای سلامت	Principles of Health Risk Management	CO7
1	15	اصول مدیریت بیماری ها در جامعه	Principles of Disease Management	CO8
1	11	اصول مدیریت مصرف	Principles of Utilization Management	CO9
1	10	مفاهیم و مهارت‌های رهبری	Leadership Concepts and Skills	CO10
1	12	طبابت مبتنی بر شواهد	Evidence-Based Medicine	CO11
1	14	طراحی و ارزشیابی برنامه های سلامت	Health Program Planning and Evaluation	CO12

و بخشی دیگر از این محتوا، برای تعمیق و توسعه دانش بالینی فراگیران طراحی گردیده است:

بسته های آموزشی با محتوای پزشکی (ME)				
معادل واحدی	تعداد گفتار	عنوان بسته آموزشی	Package Title	کد
3	47	مدیریت سرپایی بیماری های شایع بزرگسالان در ایران	Outpatient Management of Common Diseases and Conditions	ME1
2	22	مدیریت سرپایی بیماری های شایع کودکان در ایران	Outpatient Management of Common Pediatric Diseases and Conditions	ME2
1	16	مدیریت سرپایی بیماری های شایع سالمندان در ایران	Outpatient Management of Common Geriatric Diseases and Conditions	ME3
2	25	مدیریت مشکلات و بیماری های شایع دوران بارداری و زایمان در ایران	Management of Common Obstetric Diseases and Conditions in Iran	ME4
1	17	مدیریت مشکلات و بیماری های روانی شایع در ایران	Management of Common Psychiatric Diseases and Conditions in Iran	ME5
1	16	درمان تسکینی علایم شایع در ایران	Symptomatic and Palliative Treatment of Common Complaints in Iran	ME6
2	44	طب پیشگیری و مدیریت عوامل خطرزای سلامت شایع در ایران	Preventive Medicine and Management of Common Risk Factors in Iran	ME7
1	11	بازتوانی بیماریها و عوارض شایع در ایران	Rehabilitation of Common Diseases and Conditions in Iran	ME8
1	8	مراقبت در منزل از بیماریهای شایع در ایران	Home-care for Common Diseases and Conditions in Iran	ME9
2	10	اندیکاسیون ارجاع بیماریهای شایع در ایران	Referral Indications for Common Diseases and Conditions in Iran	ME10
1	15	درخواست منطقی تصویربرداری در بیماریهای شایع در ایران	Rational Imaging Investigation for Common Diseases	ME11
1	11	درخواست منطقی آزمون های آزمایشگاهی در بیماریهای شایع در ایران	Rational Laboratory Testing for Common Diseases	ME12
1	22	تجویز منطقی داروها در بیماریهای شایع در ایران	Rational Drug Use for Common Diseases	ME13

اجرای پایلوت برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

پس از تدوین برنامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده در اواخر سال 1387، این برنامه در اردیبهشت ماه سال 1388 بعنوان یکی از مقاطع تحصیلات عالی دانشگاهی تصویب شد، هدف از این دوره توانمندسازی پزشکانی است که به عنوان پزشکان خانواده در خط اول نظام ارایه خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران خدمت می کنند.

این دوره حدود 450 سرفصل را در 110 محور آموزشی در خصوص سلامت، مدیریت بخش سلامت، آشنایی با بیماری های بومی و منطقه ای، اصول پیشگیری از بیماری ها، ارایه راه حل کارآمد برای نظام سلامت کشور، و استفاده از ظرفیت های بومی در بر می گیرد. این سرفصل ها در قالب 25 درس (37 واحد درسی) سازماندهی شده اند¹.

بر اساس این برنامه متقاضیان واجد شرایط با داشتن مدرک دکترای پزشکی عمومی و گذراندن واحدهای آموزشی مربوطه و قبولی در امتحانات تکوینی و نهایی، موفق به اخذ گواهینامه معادل کارشناسی ارشد در این رشته می گردند. داوطلبان باید در هنگام شروع دوره مجموعاً سه سال کامل سابقه کار به عنوان پزشک خانواده داشته باشند که يك سال آخر آن باید به طور مداوم باشد. این پزشکان در هنگام درخواست ورود به دوره، و در تمام طول تحصیل دوره باید به عنوان پزشک خانواده خدمت نمایند². دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور که حداقل سه دوره فارغ التحصیل پزشک عمومی داشته اند با ارائه درخواست کتبی به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت متبوع و صدور مجوز و اعلام ظرفیت از سوی وزارت متبوع، مجری آموزش این برنامه خواهند بود. دانشگاه های مجری موظفند در اسرع وقت نسبت به تشکیل گروه پزشکی خانواده اقدام نمایند.

برای اطمینان از ماندگاری و تداوم خدمت پزشکان فراگیر در طی دوره 2 ساله آموزش، کل برنامه بصورت پودمانی، غیرحضوری و مجازی طراحی گردید. فراگیران تنها برای شرکت در جلسات توجیهی، رفع اشکال و آزمونها مجبور به ترک محل خدمت و حضور در دانشگاه مرکز استان هستند. بسته های آموزشی این دوره با مشارکت بیش از 200 نفر از اساتید برجسته کشور به صورت چند رسانه ای طراحی و در اختیار داوطلبان قرار گرفته اند³.

در پایلوت این برنامه و از بهمن ماه سال 1388، یازده دانشگاه به عنوان دانشگاه های مجری شروع به فعالیت نمودند و در دوره اول، حدود 186 پزشک خانواده در این دوره شرکت کرده اند. و متقاضیان بدون نیاز به ترک خدمت در عرصه جامعه دوره به صورت پودمانی و غیرحضوری تحت آموزش قرار گرفتند.

¹ سیلابوس کامل این دوره در ضمیمه شماره یک در انتهای کتاب آمده است.

² زمان خدمت به عنوان پزشک خانواده با احتساب ضریب منطقه محاسبه می شود.

³ به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، محتوای آموزشی این دوره در قالب بسته های مولتی مدیا توسط "موسسه چشم انداز توسعه سلامت" تولید شد.

آینده برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور

همانطور که قبلاً اشاره شد، هدف نهایی برنامه توانمندسازی پزشکان خانواده در کشور جایگزینی تدریجی فارغ التحصیلان پزشکی عمومی با متخصصین پزشکی خانواده می باشد. طبق استانداردهای اتحادیه اروپا و سازمان جهانی بهداشت، حداکثر برای هر 1500 نفر جمعیت یک متخصص پزشکی خانواده مورد نیاز میباشد که این رقم بر اساس استانداردهای ملی کشورهای توسعه یافته تا یک پزشک خانواده برای هر 3000 نفر قابل افزایش است. بر اساس این استانداردها و با تخمین جمعیت نود میلیون نفری تا سال 1400، کشور ایران به حدود 30 تا 60 هزار متخصص پزشکی خانواده نیاز خواهد داشت. بطور قطع تا زمان تکمیل نیروی انسانی متخصص برای خدمت در نظام مراقبتهای اولیه، از پزشکان عمومی، فارغ التحصیلان دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، و سایر متخصصین با گرایش عمومی (مانند متخصصین داخلی، کودکان)، برای ارائه خدمت در جایگاه پزشکان خانواده استفاده خواهد شد. با برنامه ریزی پذیرش حدود دو هزار تا سه هزار دستیار پزشکی خانواده در سال می توان انتظار داشت (با احتساب دوره 2 تا 4 ساله تاخیر تحصیل) تا ده سال آینده حدود پانزده تا بیست و پنج هزار متخصص این رشته مشغول به ایفا وظایف حرفه ای خویش باشند. در مهرماه سال 1389 شورای آموزش پزشکی و تخصصی، به کمیسیون تدوین و برنامه ریزی آموزشی ماموریت داد تا در ادامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، به تدوین برنامه تخصص پزشکی خانواده اقدام نماید. کمیسیون مربوطه با تشکیل کمیته ای مرکب از تعدادی از افراد صاحب نظر در این امر اقدام نمود. کمیته تدوین برنامه، توسعه توانایی های زیر در فراگیران را مبنای نگارش برنامه قرار داد:

1. مراقبت از بیماریها و مشکلات بالینی شایع
2. انجام پروسجورهای بالینی پرتواتر
3. مدیریت مورد بیماری با همکاری سایر اعضا تیم سلامت¹
4. مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد و خانواده²
5. مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح جامعه³
6. ارزیابی جامعه و تشخیص مشکلات مرتبط با سلامت⁴
7. مدیریت بیماری در سطح جامعه⁵
8. مدیریت هزینه و مصرف خدمات سلامت⁶
9. مدیریت کیفیت خدمات سلامت⁷
10. آموزش و ترویج سلامت در سطح جامعه⁸
11. طبابت مبتنی بر شواهد
12. طبابت مبتنی بر الزامات نظام سلامت¹

¹ Case Management

² Individualized Risk Management

³ Community Risk Management

⁴ Community Assessment

⁵ Disease Management

⁶ Cost and Utilization Management

⁷ Quality Management

⁸ Public Health Education

کمیته تدوین برنامه در طراحی این برنامه راهبرد های زیر را مورد تاکید قرار داد:

1. یادگیری خود محور² از طریق مطالعه، مشاهده، و تجربه هدایت شده
2. یادگیری جامعه نگر³ از طریق تدوین اهداف آموزشی و محتوای برنامه بر اساس نیازهای جامعه
3. یادگیری در جایگاه جامعه⁴ از طریق انتخاب مکان طبابت فراگیر به عنوان جایگاه اصلی یادگیری و تجربه اندوزی
4. یادگیری تسهیل شده توسط رایانه⁵ از طریق استفاده مناسب از فناوری اطلاعات و ارتباطات در طراحی بسته های آموزشی
5. سازماندهی پودمانی انعطاف پذیر تجربیات یاددهی-یادگیری (گردش های بالینی پودمانی)

راهبرد آموزشی اصلی در این برنامه، کسب تجربه در محیط واقعی شغلی پزشک در مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک های پزشک خانواده است که با حضور برنامه ریزی شده و هدفمند اساتید در این مراکز غنای بیشتری می یابد⁶. علاوه بر آن گردش های برنامه ریزی شده در بخش های بالینی بطور عمده به منظور کسب مهارت های پروسجورال صورت می گیرد. تلفیقی از ارزیابی تکوینی دستیاران در طول دوره⁷، آزمونهای ارتقا سالانه، و امتحان پایانی مورد، تضمین کننده کیفیت یادگیری دستیاران می باشد.

این کمیته، پیش نویس برنامه (دستیاری پیوسته و ناپیوسته) تخصص پزشکی خانواده را در خرداد 1390 تدوین نمود که با طی مراحل مذاقه و تصویب پیش بینی می شود از نیمه دوم سال 1391 اولین دوره دستیاران تخصص پزشکی خانواده شروع به تحصیل نمایند.

¹ System Based Practic

² Self-directed Learning

³ Community Oriented

⁴ Community Based

⁵ Computer Assisted

⁶ در مدل کلاسیک حضور اساتید در درمانگاه پزشک خانواده که یک روز با استاد (A Day with Professor) نامیده می شود، هر هفته یک روز مشخص (مثلاً هر چهارشنبه) یکی از اساتید به محل طبابت پزشک خانواده مراجعه می کند، پزشک خانواده پیشاپیش و با توجه به تخصص استاد مربوطه، بیمارانی را که از بیماریهای مزمن مرتبط به رشته استاد رنج می برند به درمانگاه دعوت می کند. استاد در کنار پزشک خانواده به ویزیت بیماران و بررسی پرونده آنان می پردازد و با ارایه بازخورد مناسب به نحوه مدیریت بیماران توسط پزشک خانواده، همزمان آموزش و تضمین کیفیت خدمات را هدف قرار می دهد. اگر تعداد تخصص ها یا فوق تخصص های مرتبط را 25 عدد در نظر بگیریم، در هر سال (50 هفته) بیماران مربوط به هر تخصص لااقل دو بار توسط اساتید ویزیت می شوند.

⁷ ارزیابی مستقیم اساتید از فعالیت های علمی و اخلاقی دستیاران، بررسی پرونده ها و مصاحبه با بیماران، و ارزیابی کارپوشه و کتابچه ثبت فعالیت های دستیاران

Family Physicians: Whats and Whys

Capacity Building in Health Network

بخش ششم

اجرای برنامه پزشکان خانواده در کشور

6-1	بیمه روستایی و اجرای برنامه پزشکان خانواده در روستا ها
6-2	اجرای برنامه پزشکان خانواده در شهرهای
6-3	عقد قرارداد با پزشکان خانواده
6-4	تامین و تخصیص مالی و نظام پرداخت پزشکان خانواده

بیمه روستایی و اجرای برنامه پزشکان خانواده در روستاها

ارایه خدمات سلامت به مناطق روستایی، دورافتاده و کم جمعیت یکی از مشکلات اساسی کشورهای پهناور با پراکندگی جمعیتی بالا است. در کشورهایمانند استرالیا، کانادا و چین که این مشکل مواجهند تمهیدات مختلفی برای تضمین ارایه خدمات سلامت به ساکنان مناطق روستایی اندیشیده شده است. براساس آخرین سرشماری صورت گرفته 29 درصد از جمعیت 75 میلیونی کشور ایران را روستاییان تشکیل می دهند.

در سال 74 و با شکل گیری بیمه روستایی، روستاییان قادر بودند با پرداخت مبلغی معادل 20 درصد از سرانه بیمه شهرنشینان، دفترچه بیمه دریافت نمایند. وجود همین سرانه بظاهراوندک سبب گردید تا در طول 18 ماه اول آغاز بکار بیمه روستایی، کمتر از 20 درصد از روستائیان حاضر به بیمه کردن خود شدند. در اقدامی حمایتی، در سال 81 دولت با تصویب مصوبه ای فرانشیز 25 درصدی بیمه های روستایی را به 10 درصد کاهش داد. با توجه به تاکید برنامه توسعه چهارم بر نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، در قانون بودجه سال 84، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای کلیه ساکنان روستاها و مناطق شهری زیر بیست هزار نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده فراهم آورد. در قالب این برنامه بالغ بر 23 میلیون نفر تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه خدمات درمانی قرار گرفتند که از این تعداد سه میلیون دفترچه بیمه برای ساکنین شهرهای زیر 20 هزار نفر، 560 هزار دفترچه بیمه برای عشایر و بالغ بر نوزده میلیون دفترچه بیمه برای ساکنین روستاها صادر شده است.

اجرای برنامه پزشکان خانواده در شهرها

از سال 1389 اجرای پایلوت برنامه پزشکی خانواده در برخی از شهرهای 20 هزار تا 50 هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان آغاز شد. با توجه به تجربیات کسب شده از اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر 50 هزار نفر و با عنایت به سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت¹ و به منظور اجرای بندهای جیم و دال ماده 32 و الف ماده 35 از سال 1390 همکاری تنگاتنگی برای اجرای برنامه پزشک خانواده در کلیه مناطق شهری، بین مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی شروع گردید. حاصل این همکاری در پایان سال 1390 منجر به تدوین "نسخه 02" از "دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری" شد. این دستورالعمل که با مشارکت و بازخورد طیف گسترده ای از کارشناسان نظام سلامت از سراسر کشور تدوین شده است، نسبت به دستورالعمل اجرای برنامه در شهرهای کوچک از مزیت های متعددی برخوردار است و مشکلات اجرای پایلوت برنامه در شهرهای کوچک در آن مورد بخوبی دیده شده است.

در برنامه طراحی شده برای اجرا در شهرهای بزرگ، تاکید زیادی بر فرایند ارجاع شده است. ارجاع مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تامین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می کند. پزشکان خانواده به همراه با مراکز سطح دوم و سوم که به ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی بصورت سرپائی یا بستری می پردازند، شبکه ارجاع را می سازند. این مراکز همکاران شبکه ارجاع نامیده می شوند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت از طریق بازخورد ارسالی از سطوح تخصصی تر، توسط پزشک خانواده در پرونده سلامت الکترونیک شخص ثبت می شود.

فرم ارجاع برگه ای است که مشخصات، مشکل بیمار، مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستی در آن ثبت و به استناد آن بیمار برای دریافت خدمات سلامت مورد نیاز به سطوح بالاتر مراجعه می کند. انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده را برگشت ارجاع (بازخوراند ارجاع) می نامند. این اطلاعات باید شامل شرح بیماری، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار و مانند آن باشد. مهمترین ارجاعات، شامل ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص و بیمارستان عمومی، ارجاع از متخصص به فوق تخصص، ارجاع بیمار به داروخانه و پاراکلینیک، و ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده به مراکز پیراپزشکی و توانبخشی می باشد.

¹ سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت :

- ۱ افزایش سلامت روحی و جسمی دانش آموزان
- ۲ تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه
- ۳ یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
- ۴ ارتقای شاخص های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی
- ۵ کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت
- ۶ اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی
- ۷ توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به 30% تا پایان برنامه پنجم
- ۸ مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر
- ۹ ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات درمانی
- ۱۰ ارتقاء و هماهنگی میان اهداف توسعه ای : آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشور های با توسعه انسانی بالا برسد.
- ۱۱ تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی

عقد قرارداد با پزشکان خانواده

بر اساس تعریف، پزشک خانواده مسئول ارائه خدمات بهداشت و درمان به یک جمعیت معین است. پزشکان با دارا بودن شرایط زیر می‌توانند به عنوان پزشک خانواده قرارداد ببندند:

1. دارا بودن مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی (یا تخصص های مجاز)
2. اعلام آمادگی برای همکاری به بیمه ها و ستاد عملیاتی در شهرستان.
3. تعهد اشتغال انحصاری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع .
4. عقد قرارداد یکساله بدون حق توکیل به غیر
5. گذراندن دوره های آموزشی مرتبط حسب نظر ستاد استانی
6. ارائه بسته خدمت اعلام شده برابر دستورالعمل
7. آشنایی با مبانی پزشک خانواده و نظام ارجاع
8. پوشش خدمات به تعداد 500 تا 2500 نفر افراد ثبت نام شده
9. استفاده از پزشک جانشین و جایگزین برابر ضوابط
10. عقد قرارداد با سازمان های بیمه
11. دارا بودن فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استاندارد اعلام شده
12. بکار گیری یک ماما یا پرستار دارای صلاحیت علمی و حرفه ای

همه سازمان های بیمه گر موظفند در چارچوب ضوابط به منظور خرید خدمات پزشکان خانواده متناسب با تعداد بیمه شده خودشان در آن واحد قرارداد ببندند. مدیر شبکه بهداشت و درمان ناظر قرارداد و ارائه خدمات بوده و پرداختها به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید مدیر شبکه بهداشت و درمان قابل انجام است. بیمه شده حداکثر می‌تواند دو بار در سال، با اطلاع سازمان های بیمه مربوطه پزشک خانواده خود را تغییر دهد. این تغییر از طریق بیمه به اطلاع دبیرخانه ستاد شهرستان رسیده تا تغییرات لازم در دسترسی به پرونده الکترونیک اعمال شود.

کار موظف پزشک خانواده در هفته 44ساعت (جز در روزهای تعطیل رسمی) است . ساعت کار تیم سلامت روزانه 8 ساعت در دو نوبت صبح و بعد از ظهر (8 تا 12 و 4 تا 8 و پنج شنبه ها فقط صبح) تعیین می‌گردد. پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد ، يك پزشک واجد شرایط را به عنوان جانشین برابر ضوابط این دستورالعمل با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی می نماید. نام و نشانی محل کار پزشک جانشین که توسط پزشک خانواده به صندوق بیمه مربوطه و ستاد عملیاتی شهرستان اعلام می‌شود باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد .

تأمین و تخصیص مالی و نظام پرداخت پزشکان خانواده

پرداخت برای جبران خدمت پزشک خانواده به طور عمده به صورت «سرانه» است. سرانه مبلغی است که به ازای هر بیمه شده بطور ماهانه در برابر ارائه ی بسته ی خدمت سلامت مطابق این دستورالعمل پرداخت می شود. خدمات و داروی ارائه شده در سطح یک برنامه پزشک خانواده به بیمه شده در قالب بسته خدمتی تعریف شده رایگان است و صد در صد آن توسط بیمه پرداخت می شود.

میزان سرانه دریافتی پزشک و تیم سلامت متناسب با تعداد جمعیت تحت پوشش تغییر می کند، ضرایب در نظر گرفته شده برای تعدیل سرانه با جمعیت به نحوی است که پزشک خانواده با جمعیت تحت پوشش 1500 ال 2000 نفر بیشترین انتفاع را خواهد داشت¹. بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد، سرانه پزشک خانواده تا 20 درصد قابل افزایش یا کاهش خواهد بود. با افزایش تجربه پزشک خانواده، به ازای هر سال از زمان فراغت از تحصیل از پزشکی عمومی (تا 20 سال) به میزان 1% به سرانه ی پرداختی افزوده می شود. بمنظور ایجاد انگیزه برای استمرار همکاری پزشکان خانواده، در پنج سال اول همکاری و به ازای هر سال سابقه 1 تا 3% به سرانه پایه پرداختی اضافه خواهد شد. به ازای افراد بالای 60 سال و زیر 5 سال، و مادران باردار جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده 20% به سرانه پایه پرداختی به ازای هر نفر از گروه هدف اضافه خواهد شد. در مناطق محروم برای هر فرد ثبت نام شده بین 4 تا 40% به سرانه پایه اضافه می شود.

هر پزشک به ازای هر 500 نفر ثبت نام شده حداکثر یکماه فرصت برای ویزیت پایه و تکمیل پرونده خواهد داشت. بابت افرادی که پرونده سلامت آنان در این مدت تکمیل نگردد، 40% از پایه سرانه کسر خواهد شد.

پرداخت خدمات سرپایی پزشکان متخصص:

روش پرداخت خدمات سرپایی به پزشکان متخصص بصورت کارانه می باشد. هرگاه پزشک خانواده، به هر دلیل یکی از افراد تحت پوشش خود را جهت ویزیت سرپایی به پزشک متخصص ارجاع دهد، بیمار باید 10 درصد مبلغ ویزیت را پرداخت نماید. در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند، باید 100 درصد ویزیت پزشک متخصص را شخصا پرداخت نماید و در این حالت کلیه هزینه ها کلینیک و پاراکلینیک، داروخانه و ... به عهده بیمار خواهد بود.

پرداخت خدمات تخصصی بستری:

پرداخت 95% هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارائه فیدبک ارجاع و تأیید پزشک خانواده معادل 50 درصد حق الزحمه پزشک معالج به این مبلغ اضافه خواهد شد.

پرداخت هزینه های دارویی، آزمایشگاهی، و تصویربرداری:

اگر نسخه بیمار توسط پزشک خانواده، متخصص و فوق تخصص به آزمایشگاه و تصویربرداری طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع، ارجاع شده باشد، 80% هزینه در بخش دولتی و 70% هزینه در بخش خصوصی به عهده سازمان های بیمه خواهد بود. در خارج از نظام ارجاع، کلیه هزینه های آزمایشگاهی و تصویربرداری به عهده بیمار خواهد بود.

¹ اگر تعداد مجموع افراد ثبت نام شده و تحت پوشش پزشک خانواده:

1 نفر تا 500 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه

501 نفر تا 1000 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر 1.1

1001 نفر تا 1500 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر 1.2

1501 نفر تا 2000 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر 1.3

2001 نفر تا 2250 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر 0.5

2251 نفر تا 2500 نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر 0.3

ضمیمه یک: سیلابوس برنامه توانمندی پزشکان خانواده

مبانی اپیدمیولوژی		CO1
اصول اپیدمیولوژی بیماری‌های واگیر و غیر واگیر	Principles of Epidemiology of Communicable and Non-communicable Diseases	CO1-1
انتقال بیماری‌ها	Disease Transmission	CO1-2
اندازه‌گیری مرگ و میر	Measurement of Mortality and Morbidity	CO1-3
بررسی ارزش تست‌های تشخیصی	Determining The Value of Diagnostic Tests	CO1-4
اصول غربالگری	Principles of Screening	CO1-5
تاریخچه طبیعی بیماری‌ها و بیان پیش‌آگهی	Natural History of Diseases and Expression of Prognosis	CO1-6
بررسی اثربخشی مداخلات درمانی	Evaluating The Effectiveness of Therapeutic Interventions	CO1-7
کنترل همه‌گیری‌ها	Control of Outbreaks	CO1-8
انواع مطالعات پژوهشی	Different Research Methods	CO1-9
استنباط علی	Causal Inference	CO1-10
استفاده از اپیدمیولوژی در ارزیابی خدمات سلامت	Using Epidemiology in Assessment of Health Services	CO1-11
استفاده از اپیدمیولوژی در سیاستگذاری سلامت	Using Epidemiology in Health Policymaking	CO1-12

اصول ارتقا و ترویج سلامت		CO2
سبک زندگی و سلامت	Healthy Life Style	CO2-1
الگوهای رفتار سلامت	Health Behavior	CO2-2
مدل های تغییر رفتار سلامت	Models For Health Behavior Change	CO2-3
طراحی پیام سلامت	Designing a Health Message	CO2-4
برقراری ارتباط سلامت	Communicating about Health	CO2-5
محافظت از سلامت	Health Protection	CO2-6
برنامه های جامعه نگر ارتقا سلامت	Community Oriented Health Promotion Programs	CO2-7
جلب مشارکت مردمی در برنامه های ارتقا سلامت	Community Partnership in Health Promotion Programs	CO2-8
ظرفیت سازی و توانمند سازی در برنامه های ارتقا سلامت	Empowerment and Capacity Building in Health Promotion Programs	CO2-9
توسعه اجتماعی و برنامه های ارتقا سلامت	Community Development and Health Promotion Programs	CO2-10

ساختار و عملکرد نظام سلامت در ایران		CO3
ساختار و عملکرد نظام سلامت	Structure and Functions of Health System	CO3-1
تقسیم بندی نظام های سلامت	Classification of Health System	CO3-2
تولیت در نظام سلامت	Stewardship in Health System	CO3-3
سیاستگذاری در نظام سلامت	Policymaking in Health System	CO3-4
کنترل و حاکمیت در نظام سلامت	Governance and Regulation in Health System	CO3-5
هم کاری بین بخشی در نظام سلامت	Inter-sectoral Collaboration in Health System	CO3-6
تامین و تخصیص مالی در نظام سلامت	Finance of Healthcare Services	CO3-7
کارکرد بیمه در نظام سلامت	Insurance Function in Health System	CO3-8
خلق منابع در نظام سلامت	Resource Creation in Health System	CO3-9
ارایه خدمات در نظام سلامت	Service Delivery in Health System	CO3-10
اندازه گیری سطح سلامت	Measuring Level of Health	CO3-11
پاسخگوئی در نظام سلامت	Responsiveness in Health System	CO3-12
عدالت در سلامت	Equity in Health	CO3-13
اندازه گیری عملکرد نظام های سلامت	Measuring Performance of Health Systems	CO3-14
رضایت بیماران	Patient Satisfaction	CO3-15
نظام های اطلاعات سلامت	Health Information Systems	CO3-16

نظام ارائه خدمات سلامت و مراقبتهای مدیریت شده		CO4
نظامهای ارائه خدمات سلامت	Health Care Delivery Systems	CO4-1
روشهای پرداخت	Reimbursement Methods	CO4-2
انواع بیمه	Types of Insurance	CO4-3
دروازه بانی نظام سلامت	Gatekeeping	CO4-4
نظام ارجاع	Referral System	CO4-5
مسیرهای بالینی، استاندارد مراقبت، و راهکارهای طبابت بالینی	Critical pathways, standards of care, practice guidelines	CO4-6
تعریف مراقبتهای مدیریت شده سلامت	Definition of Managed Health Care	CO4-7
علل شکل گیری مراقبتهای مدیریت شده سلامت	Driving Forces Behind Managed Care	CO4-8
اجزای مراقبتهای مدیریت شده سلامت	Components of Managed Care	CO4-9
مدلهای مراقبتهای مدیریت شده سلامت	Models of Managed Health Care	CO4-10
عقد قرارداد در مراقبتهای مدیریت شده سلامت	Contracting in Managed Health Care	CO4-11

تعریف و کارکردهای پزشکان خانواده		CO5
تعریف و نقش‌های پزشکان خانواده	Definition and Roles of Family Physicians	CO5-1
توانمندی‌های اساسی پزشکان خانواده	The Core Competencies of Family Physicians	CO5-2
تداوم خدمات در طبابت خانواده	Continuity of Care in Family Practice	CO5-3
جامعیت خدمات در طبابت خانواده	Comprehensiveness of Care in Family Practice	CO5-4
هماهنگی خدمات در طبابت خانواده	Care Co-ordination in Family Practice	CO5-5
نگرش به خانواده در طبابت خانواده	Family Orientation in Family Practice	CO5-6
جامعه‌نگری در طبابت خانواده	Community Orientation in Family Practice	CO5-7

اصول مدیریت مورد بیماری		CO6
سطوح و طیف خدمات	Levels and Continuum of Care	CO4-1
نظام ارائه خدمات ادغام یافته	Integrated Delivery System and Medical and allied health professions	CO6-2
اهداف مدیریت مورد بیماری	Purpose and Goals of Case Management	CO6-3
کارکردهای مدیریت مورد بیماری	Case Management Functions	CO6-4
اجزای اصلی مدیریت مورد بیماری	Core Components of Case Management	CO6-5
فرایند و ابزار مدیریت مورد بیماری	Case Management Process and Tools	CO6-6
مدلهای مدیریت مورد بیماری	Case Management Models	CO6-7
مدیریت بار بیماران	Case Load Management	CO6-8
ثبت و مستندسازی مورد بیماری	Case Recording and Documentation	CO6-9
جنبه های قانونی و اخلاقی مدیریت مورد بیماری	Legal and Ethical Issues in Case Management	CO6-10
مدیریت مورد مبتلا به معلولیت	Disability Case Management	CO6-11
مدیریت مورد سلامت شغلی	Occupational Health Case Management	CO6-12
مدیریت مورد سلامت روانی- رفتاری	Psycho-Behavioral Health Case Management	CO6-13
مدیریت مورد سلامت مادر و کودک	Maternal-Infant Case Management	CO6-14
مدیریت مورد بیماری کودک	Pediatric Case Management	CO6-15
مدیریت مورد سالمندان	Geriatric Case Management	CO6-16
پرونده سلامت	Medical Record	CO6-17

اصول مدیریت عوامل خطرزای سلامت		CO7
عوامل خطرزای سلامت و اهمیت آنها	Health Risks and their Importance	CO7-1
گذار عوامل خطرزای سلامت	The Risk Transition	CO7-2
عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	Social Determinants of Health	CO7-3
مفاهیم پایه مدیریت عوامل خطرزای سلامت	Basic Concepts about Risk Management	CO7-4
روش‌های ارزیابی عوامل خطرزای سلامت	Risk Assessment Methods	CO7-5
ارزیابی عوامل محافظت‌کننده و خطرزا	Assessing Protective As Well As Hazardous Factors	CO7-6
ارزیابی عوامل خطر پیشرو و پیرو	Assessing Proximal And Distal Causes	CO7-7
ارزیابی عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد و جمعیت	Assessing Population-wide Risks As Well As High-risk Individuals	CO7-8
بار بیدماری قابل انتساب و قابل اجتناب	Avoidable and Attributable Burden	CO7-9
اولویت‌گذاری پیشگیری عوامل خطرزای سلامت	Identifying Priority Risk Factors For Prevention	CO7-10
راهبردهای کاهش عوامل خطرزای سلامت	Strategies to Reduce Health Risks	CO7-11
نقش رفتار در کاهش عوامل خطرزای سلامت	Risk Reduction And Behavior	CO7-12
فنون رایج و آموزش‌بمنظور تغییر رفتار	Teaching, and Presentation Techniques for Behavior Change	CO7-13
تغییر نگرش به خطر	Changing Perceptions Of Risk	CO7-14
تأثیر رسانه‌های جمعی بر نگرش به خطر	Importance Of Mass Media In Risk Perceptions	CO7-15
رویکرد فردی و جمعی در کاهش عوامل خطرزای سلامت	Individual-based Versus Population Approaches To Risk Reduction	CO7-16
رویکرد به عوامل خطر پیشرو و پیرو	Approach to Distal and Proximal Risks	CO7-17
پیشگیری اولیه و ثانویه	Primary and Secondary Prevention	CO7-18
انتخاب مداخلات‌بمنظور کاهش عوامل خطرزای سلامت	Choosing Interventions To Reduce Specific Risks	CO7-19
تلفیق راهبردهای مختلف کاهش عوامل خطرزای سلامت	Combining Risk Reduction Strategies	CO7-20

اصول مدیریت بیماری ها در جامعه		CO8
مفاهیم پایه مدیریت بیماری	Basic Concepts of Disease Management	CO8-1
اندازه گیری بیماری	Disease Measurement	CO8-2
هزینه های ویژه بیماری	Disease-Specific Costs	CO8-3
بار بیماری ها و ثبت مرگ	Burden of Disease and Death Registration	CO8-4
انواع مداخلات مدیریت بیماری	Different Disease Management Initiatives	CO8-5
دیدگاه طیف مراقبت در مدیریت بیماری	Continuum of Care Perspective in Disease Management	CO8-6
انتخاب بیماری جهت مدیریت بیماری	Selection of Disease State for Disease Management	CO8-7
تشکیل تیم مدیریت بیماری	Formation of Disease Management Team	CO8-8
تدوین پروتکل های مبتنی بر شواهد	Development of Evidence-Based Protocols	CO8-9
مدلهای خدمت گروهی یکپارچه	Integrated Collaborative Practice Models	CO8-10
طبقه بندی بیماران برای مدیریت بیماری	Patient Stratification for Disease Management	CO8-11
آموزش بیماران جهت مراقبت از خود	Patient Self-management Education	CO8-12
ارزشیابی برنامه های مدیریت بیماری	Disease Management Program Evaluation	CO8-13
مدیریت بیماری در چارچوب مراقبتهای مدیریت شده	Disease Management in the Context of Managed Care	CO8-14
تقسیم بندی بین المللی بیماریها	International Classification of Diseases	CO8-15

اصول مدیریت مصرف		CO9
هزینه های مراقبت‌های سلامت و پیامدهای سلامت	Health care Costs and Health Outcomes	CO9-1
راهبردهای کاهش هزینه ها	Cost-containment strategies	CO9-2
محدودیت‌های تامین مالی به منظور کنترل هزینه ها	Financing Controls for Cost-containment	CO9-3
محدودیت‌های پرداخت به منظور کنترل هزینه ها	Reimbursement Controls for Cost-containment	CO9-4
تاثیر مراقبت های مدیریت شده بر هزینه ها	Cost Impact of Managed Care	CO9-5
جیره بندی خدمات سلامت	Healthcare Rationing	CO9-6
مفاهیم و تعاریف مدیریت مصرف	Utilization Management Concepts and Definitions	CO9-7
اهداف مدیریت مصرف	Utilization Management Goals	CO9-8
راهبردها و ابزار مدیریت مصرف	Utilization Management Tools and Strategies	CO9-9
مدیریت مصرف در محیط مراقبت های مدیریت شده	Utilization Management in the Managed Care Environment	CO9-10
فرایند درخواست و بررسی درخواست خدمات ویژه	Appeal Process and Denials of Admission or Services Appeals	CO9-11

مفاهیم و مهارت‌های رهبری		CO10
مقدمه ای بر رهبری	Introduction to Leadership	CO10-1
سبک های رهبری	Leadership Styles	CO10-2
اصول رهبری موفق	Principles of Successful Leadership	CO10-3
مدیریت گروه	Team Management	CO10-4
بازخورد و مربیگری	Feedback and Coaching	CO10-5
مدیریت جلسات	Meeting Management	CO10-6
تحلیل ذینفعان	Stakeholder Analysis	CO10-7
جلب حمایت	Advocacy	CO10-8
رفع اختلاف	Conflict Negotiation	CO10-9
ایجاد همکاری	Partnership Building	CO10-10

طبابت مبتنی بر شواهد		CO11
مقدمه ای بر طبابت مبتنی بر شواهد	Introduction to Evidence Based Medicine	CO11-1
پرسش‌های بالینی قابل پاسخگویی	Asking Answerable Clinical Questions	CO11-2
استفاده از ژورنال‌های پزشکی	Using Medical Journals	CO11-3
مدلاین و مش	Medline and MeSH	CO11-4
راهبردهای جستجو در اینترنت	Internet Search Strategies	CO11-5
ژورنال‌های مبتنی بر شواهد	Evidence Based Journals	CO11-6
پایگاه‌های داده ای مبتنی بر شواهد	Evidence Based Databases	CO11-7
ارزیابی نقادانه مقالات مرتبط به درمان	Critical Appraisal of Articles about Treatment	CO11-8
ارزیابی نقادانه مقالات مرتبط به تشخیص	Critical Appraisal of Articles about Diagnosis	CO11-9
ارزیابی نقادانه مقالات مرتبط به پیش‌آگهی	Critical Appraisal of Articles about Prognosis	CO11-10
مرور نظام مند متون	Systematic Review of Literature	CO11-11
راهکارهای طبابت بالینی	Clinical Practice Guidelines	CO11-12

طراحی و ارزشیابی برنامه های سلامت		CO12
مدلهای طراحی برنامه های سلامت پیشگیری سطح اول، دوم و سوم	Different Models of Preventive Health Program Planning	CO12-1
روش های اولویت بندی مشکلات سلامت	Priority Setting of Health Problems	CO12-2
انتخاب استراتژیهای مختلف به منظور مقابله با مشکلات سلامت	Choosing Strategies to Combat Health Problems	CO12-3
مدلهای ادغام برنامه های سلامت	Models for Integration of Health Programs	CO12-4
روش های ارزشیابی برنامه های سلامت	Evaluation of Health Programs	CO12-5
ترغیب مشارکت مردمی	Promoting Community Partnership	CO12-6
برنامه های تنظیم خانواده و سیاست های جمعیت	Family Planning Program	CO12-7
برنامه های سلامت مادران	Mothers Health Program	CO12-8
برنامه های سلامت کودکان	Children Health Program	CO12-9
برنامه های سلامت نوجوانان	Youth Health Program	CO12-10
برنامه های سلامت میانسالان	Middle-aged Health Program	CO12-11
برنامه های سلامت سالمندان	Elderly Health Program	CO12-12
برنامه های بهداشت محیط و حرفه ای	Environmental and Occupational Health Program	CO12-13
برنامه های پیشگیری از بیماریهای واگیر و غیرواگیر	Communicable and Non-communicable Diseases Prevention Programs	CO12-14

مدیریت سرپای بی‌ماری های شایع بزرگسالان در ایران		ME1
درمان سرپای آنژین صدری	Outpatient Management of Stable Angina	ME1-1
درمان سرپای پرفشاری خون	Outpatient Management of Hypertension	ME1-2
درمان سرپای طپش قلب	Outpatient Management of Palpitation	ME1-3
درمان سرپای نارسایی قلب	Outpatient Management of Heart Failure	ME1-4
درمان سرپای بی‌ماری های دریچه ای قلب	Outpatient Management of Valvular Heart Diseases	ME1-5
درمان سرپای مسمومیت های دارویی	Outpatient Management of Poisoning and Drug Overdose	ME1-6
درمان سرپای اعتیاد و سوء مصرف داروها	Outpatient Management of Illicit Drug Use	ME1-7
درمان سرپای عوارض و واکنش های دارویی	Outpatient Management of Adverse Drug Reactions	ME1-8
درمان سرپای درمان با استروئیدها	Outpatient Management of Steroid Treatment	ME1-9
درمان سرپای دیابت ملیتوس	Outpatient Management of Diabetes Mellitus	ME1-10
درمان سرپای دیس لیپیدمی	Outpatient Management of Dyslipidemia	ME1-11
درمان سرپای کهیر، آنژیوادم و آنافیلاکسی	Outpatient Management of Urticaria, angio-oedema, and anaphylaxis	ME1-12
درمان سرپای سلولیت	Outpatient Management of Cellulitis	ME1-13
درمان سرپای هرپس زوستر و هرپس سیمپلکس	Outpatient Management of Herpes Zoster and Herpes Simplex	ME1-14
درمان سرپای اکزما	Outpatient Management of Eczema	ME1-15
درمان سرپای آکنه	Outpatient Management of Acne	ME1-16
درمان سرپای سوء جذب	Outpatient Management of Malabsorption,	ME1-17
درمان سرپای زخم های گوارشی	Outpatient Management of Peptic Ulcer	ME1-18
درمان سرپای بی‌ماری های مزمن کبدی	Outpatient Management of Chronic Liver Disease	ME1-19
درمان سرپای پس زنش معدی - مروی	Outpatient Management of Gastro - esophageal Reflux	ME1-20
درمان سرپای سندرم روده تحریک پذیر	Outpatient Management of Irritable Bowel Syndrome	ME1-21
درمان سرپای سکتة مغزی	Outpatient Management of Post-stroke Patient	ME1-22
درمان سرپای دمانس	Outpatient Management of Dementia	ME1-23
درمان سرپای بی‌ماری	Outpatient Management of Parkinson's	ME1-24

پارکینسون	Disease	
درمان سرپایی میگرن	Outpatient Management of Migraine	ME1-25
درمان سرپایی صرع	Outpatient Management of Epilepsy	ME1-26
درمان سرپایی مارگزیدگی و عقرب گزیدگی	Outpatient Management of Snake and Scorpion Bites	ME1-27
درمان سرپایی بیماری های تیروئید	Outpatient Management of Thyroid Diseases	ME1-28
درمان سرپایی نارسایی مزمن کلیه	Outpatient Management of Chronic Renal Failure	ME1-29
درمان سرپایی عفونت های ادراری	Outpatient Management of Urinary Tract Infection	ME1-30
درمان سرپایی بزرگی خوش خیم پروستات	Outpatient Management of Benign Prostatic Hypertrophy	ME1-31
درمان سرپایی آسم	Outpatient Management of Asthma	ME1-32
درمان سرپایی بیماری مزمن انسدادی ریوی	Outpatient Management of COPD	ME1-33
درمان سرپایی پنومونی	Outpatient Management of Pneumonia	ME1-34
درمان سرپایی سل ریوی	Outpatient Management of Pulmonary TB	ME1-35
درمان سرپایی استئوآرتریت	Outpatient Management of Osteoarthritis	ME1-36
درمان سرپایی پوکی استخوان	Outpatient Management of Osteoporosis	ME1-37
درمان سرپایی کمردرد	Outpatient Management of Low Back Pain	ME1-38
درمان سرپایی سینوزیت	Outpatient Management of Sinusitis	ME1-39
درمان سرپایی عفونت مجاری تنفسی فوقانی	Outpatient Management of Upper Respiratory Tract Infection	ME1-40
درمان سرپایی عفونت HIV	Outpatient Management of HIV Infection	ME1-41
درمان سرپایی بیماری های مقاربتی	Outpatient Management of Venereal Diseases	ME1-42
درمان سرپایی تب مالت	Outpatient Management of Brucellosis	ME1-43
درمان سرپایی حصبه	Outpatient Management of Typhoid Fever	ME1-44
درمان سرپایی مالاریا	Outpatient Management of Malaria	ME1-45
درمان سرپایی تالاسمی	Outpatient Management of Thalassemia	ME1-46
مدیریت موارد مشکوک به وبا	Outpatient Management of Suspected Cholera Cases	ME1-47

مدیریت سرپای بی‌ماری های کودکان		ME2
احیا نوزادان	Neonatal Resuscitation	ME2-1
مراقبت های روتین دوران نوزادی و شیرخوارگی	Routine Neonatal Nutrition and Care	ME2-2
شناسایی نوزادان و شیرخواران در معرض خطر	Recognition of High Risk Neonates	ME2-3
مدیریت عفونت های تنفسی فوقانی در کودکان	Management of Childhood Upper Respiratory Tract Infections	ME2-4
مدیریت درد و عفونت گوش در کودکان	Management of Childhood Ear Pain	ME2-5
مدیریت تب در کودکان	Management of Childhood Fever	ME2-6
مدیریت استفراغ و پس زنی معده-مروی در کودکان	Management of Childhood Vomiting and Gastro-esophageal Reflux	ME2-7
مدیریت درد شکمی در کودکان	Management of Childhood Abdominal Pain	ME2-8
مدیریت گاستروانتریت در کودکان	Management of Childhood Gastroenteritis and Diarrhea	ME2-9
مدیریت انگل های روده ای در کودکان	Management of Childhood Intestinal Parasites	ME2-10
مدیریت درماتیت و بثورات پوستی در کودکان	Management of Childhood Dermatitis	ME2-11
مدیریت سوفل قلبی در کودکان	Management of Childhood Heart Murmur	ME2-12
مدیریت کم خونی در کودکان	Management of Childhood Pallor and Anemia	ME2-13
مدیریت کبودی و اختلالات انعقادی در کودکان	Management of Childhood Bruising and Petechiae	ME2-14
مدیریت هماچوری در کودکان	Management of Childhood Hematuria	ME2-15
مدیریت پروتئینوری در کودکان	Management of Childhood Proteinuria	ME2-16
مدیریت آسم و آلرژی در کودکان	Management of Childhood Allergies and Asthma	ME2-17
مدیریت دیابت ملیتوس در کودکان	Management of Childhood Diabetes Mellitus	ME2-18
مدیریت اختلال کم توجهی-بیش فعالیتی در کودکان	Management of Childhood ADHD	ME2-19
مدیریت شب ادراری در کودکان	Management of Childhood Enuresis	ME2-20
مدیریت لنگش در کودکان	Management of Childhood Limping	ME2-21
مدیریت سوء تغذیه در کودکان	Management of Childhood Malnutrition	ME2-22

مدیریت سرپای بی‌ماری های شایع سالمندان در ایران		ME3
تغییرات جمعیت شناختی در ایران	Demographic Trends in Iran Society	ME3-1
تاثیر سالمندی بر توانایی و کارکردهای بدن	The Effect of Ageing on Functional Ability	ME3-2
مدیریت مشکلات خواب در سالمندی	Management of Sleep Disorders in Elderly	ME3-3
مدیریت ضعف جسمانی و کاهش وزن در سالمندی	Management of Weight Loss and Frailty in Elderly	ME3-4
مدیریت تغییر وضع مزاجی در سالمندی	Management of Altered Bowel Habit in Elderly	ME3-5
مدیریت پرفشاری خون در سالمندی	Management of Hypertension in Elderly	ME3-6
مدیریت نارسایی قلبی در سالمندی	Management of Heart Failure in Elderly	ME3-7
مدیریت سطح بالای قند خون در سالمندی	Management of Hyperglycemia in Elderly	ME3-8
مدیریت لرزش و مشکلات حرکتی در سالمندی	Management of Tremor and Other Movement Disorders in Elderly	ME3-9
مدیریت اختلال کارکرد تیروئید در سالمندی	Management of Thyroid Dysfunction in Elderly	ME3-10
مدیریت خارش و سایر اختلالات پوستی در سالمندی	Management of Pruritus and Rashes in Elderly	ME3-11
مدیریت درد مفاصل و استئوآرتریت در سالمندی	Management of Joint Pain, and Degenerative Joint Disease in Elderly	ME3-12
مدیریت کم خونی و خستگی مزمین در سالمندی	Management of Fatigue and Anemia in Elderly	ME3-13
مدیریت اختلال کنترل ادرار در سالمندی	Management of Urinary Incontinence in Elderly	ME3-14
مدیریت درد مزمن در سالمندی	Management of Chronic Pain in Elderly	ME3-15
مدیریت آلزایمر و دمانس در سالمندی	Management of Alzheimer and Dementia in Elderly	ME3-16

مدیریت مشکلات و بیماری‌های شایع دوران بارداری و زایمان در ایران		ME4
ارزیابی و مدیریت بارداری پرخطر	Assessment and Management of At-risk Pregnancy	ME4-1
مشاوره پیش از بارداری	Pre-pregnancy Consultation	ME4-2
ویزیت‌های دوران بارداری	Routine Visits During Pregnancy	ME4-3
مشاوره تغذیه‌ای در دوران بارداری	Nutritional Consultation of Pregnant Woman	ME4-4
مشاوره مصرف داروها در زنان باردار	Consul Pregnant Woman about Adverse Effects of Drugs	ME4-5
ارزیابی رشد و سلامت جنین	Assessment of Fetal Growth, Well-being, and Maturity	ME4-6
غربالگری‌های دوران بارداری	Screening Tests During Pregnancy	ME4-7
مدیریت درد و خونریزی واژینال در سه ماهه اول	Management of Bleeding and Abdominal Pain in The First Trimester	ME4-8
بررسی موارد مشکوک به حاملگی نابجا	Evaluation of Suspected Ectopic Pregnancy	ME4-9
مدیریت سقط خودبخود و عوارض سقط غیرقانونی	Management of Spontaneous and Illegal Abortion	ME4-10
مدیریت کم‌خونی در حاملگی	Management of Anemia in Pregnancy	ME4-11
مدیریت دیابت ملیتوس در حاملگی	Management of Diabetes Mellitus in Pregnancy	ME4-12
مدیریت عفونت‌های ادراری در حاملگی	Management of Urinary Tract Infection in Pregnancy	ME4-13
مدیریت بیماری‌های قلبی در حاملگی	Management of Cardiac Disease in Pregnancy	ME4-14
مدیریت آسم در حاملگی	Management of Asthma in Pregnancy	ME4-15
مدیریت بیماری‌های عفونی در حاملگی	Management of Infectious Diseases (TORCH) in Pregnancy	ME4-16
مدیریت پرفشاری خون در حاملگی	Management of Hypertension in pregnancy	ME4-17
مدیریت خونریزی‌های سه ماهه سوم	Management of Third Trimester Bleeding	ME4-18
مدیریت زایمان زودرس	Management of Preterm Labor	ME4-19

زایمان واژینال طبیعی	Normal Vaginal Delivery	ME4-20
مدیریت خونریزی پس از زایمان	Management of Postpartum Hemorrhage	ME4-21
مدیریت تب و عفونت های پس از زایمان	Management of Postpartum Infection	ME4-22
مرلقبت های نوزاد پس از تولد	Immediate Care of The Newborn	ME4-23
مشاوره در مورد زمانبندی و تواتر شیردهی	Counsel about Frequency, Duration, and Adequacy of Breast Feeding	ME4-24
مشاوره در مورد مصرف داروها در دوران شیردهی	Consul about Medications Use While Breast Feeding.	ME4-25

مدیریت مشکلات و بیماری های روانی شایع در ایران		ME5
اخذ شرح حال و معاینه روانپزشکی	Taking a Full Psychiatric History and Mental State Examination	ME5-1
مدیریت اختلال حاد هوشیاری	Management of Acute Confusional States	ME5-2
مدیریت بیمار مبتلا به افسردگی	Management of Depression	ME5-3
مدیریت بیمار مبتلا افکار خودکشی	Management of Suicidal Ideas	ME5-4
مدیریت اضطراب، حملات هراس، و ترس های مرضی	Management of Anxiety, Panic and Phobias	ME5-5
مدیریت اختلال استرس پس از حادثه	Management of Post-traumatic Stress Disorder	ME5-6
مدیریت اختلال وسواسی-اجباری	Management of Obsessive-Compulsive Disorder	ME5-7
مدیریت اختلالات غذا خوردن (بسی اشتهایی عصبی و بولیمیا)	Management of Eating Disorders	ME5-8
واکنش طبیعی و غیر طبیعی غذا و ماتم	Normal and Abnormal Grief	ME5-9
مدیریت اختلالات شخصیت	Management of Personality Disorders	ME5-10
مدیریت اختلالات روانی-جنسی	Management of Psychosexual Disorders	ME5-11
مدیریت اسکیزوفرنی	Management of Schizophrenia	ME5-12
مدیریت مشکلات عاطفی و اختلال سلوک در کودکان	Management of Conduct and Emotional Disorders of Childhood	ME5-13
مدیریت اختلالات روانتنی و سوماتیفورم	Management of Somatoform Disorder	ME5-14
مدیریت سوء مصرف و اعتیاد به مواد افیونی	Management of Opiate Abuse and Dependence	ME5-15
مدیریت سوء مصرف و اعتیاد به مواد محرک اعصاب	Management of Psychostimulants Abuse and Dependence	ME5-16
مدیریت قربانیان همسر آزاری	Management of Spouse Violence Victims	ME5-17
مدیریت موارد کودک آزاری	Management of Child Abuse Cases	ME5-18
مدیریت قربانیان تجاوز و آزار جنسی	Management of Rape and Sexual Assault Victims	ME5-19

درمان تسکینی علایم شایع در ایران		ME6
مقدمه ای بر طب تسکینی	Introduction to Palliative Medicine	ME6-1
درمان تسکینی درد حاد	Palliative Therapy of Acute Pain	ME6-2
درمان تسکینی درد مزمن	Palliative Therapy of Chronic Pain	ME6-3
درمان تسکینی تهوع و استفراغ	Palliative Therapy of Nausea and Vomiting	ME6-4
درمان تسکینی اسهال	Palliative Therapy of Diarrhea	ME6-5
درمان تسکینی یبوست	Palliative Therapy of Constipation	ME6-6
درمان تسکینی بی اشتهایی	Palliative Therapy of Anorexia	ME6-7
درمان تسکینی آسیت	Palliative Therapy of Ascitis	ME6-8
درمان تسکینی سرفه	Palliative Therapy of Cough	ME6-9
درمان تسکینی تنگی نفس	Palliative Therapy of Dyspnoea	ME6-10
درمان تسکینی دیزوری	Palliative Therapy of Dysuria	ME6-11
درمان تسکینی تشنج	Palliative Therapy of Convulsions	ME6-12
درمان تسکینی دلیریوم	Palliative Therapy of Delirium	ME6-13
درمان تسکینی اضطراب	Palliative Therapy of Anxiety	ME6-14
درمان تسکینی بی خوابی	Palliative Therapy of Insomnia	ME6-15
درمان تسکینی خارش	Palliative Therapy of Pruritus	ME6-16

طب پیشگیری و مدیریت عوامل خطرزای سلامت شایع در ایران		ME7
مقدمه ای بر طب پیشگیری	Introduction to Preventive Medicine	ME7-1
اصول پایه مشاوره	Basic Principles of Consultation	ME7-2
مشاوره در مورد ورزش و فعالیت فیزیکی	Physical Activity Consultation	ME7-3
مشاوره در مورد بهداشت دهان و دندان	Oral Health Consultation	ME7-4
مشاوره سلامت در دوران یائسگی	Peri- and Post-menopausal Women Consultation	ME7-5
مشاوره در مورد احتراز از حوادث وسایل نقلیه	Motor Vehicle Injuries Consultation	ME7-6
مشاوره در مورد آسیب‌های محتمل در محیط کار و تفریح	Household and Recreational Injuries Consultation	ME7-7
مشاوره در مورد رژیم غذایی سالم	Healthy Diet Consultation	ME7-8
مشاوره در مورد تغذیه کودک و شیر مادر	Breastfeeding and Infant feeding Consultation	ME7-9
مشاوره در مورد ترک سیگار	Tobacco Cessation Consultation	ME7-10
مشاوره در مورد مشروبات الکلی و مواد مخدر	Alcohol Drinking and Drug Abuse Consultation	ME7-11
مشاوره در مورد پیشگیری از بارداری و کنترل خانواده	Unintended Pregnancy Consultation	ME7-12
مشاوره در مورد روابط نامشروع جنسی و بیماری‌های مقاربتی	STD and Unsafe Sex Consultation	ME7-13
مشاوره در مورد خشونت در جوانان	Youth Violence Consultation	ME7-14
اصول اولیه پیشگیری ایمنی	Basic Principles of Immune-prophylaxis	ME7-15
واکسیناسیون کودکان	Childhood Vaccination	ME7-16
واکسیناسیون بزرگسالان	Adult Vaccination	ME7-17
واکسیناسیون سالمندان و واکسیناسیون در مواقع خاص	Vaccination in Elderly and Special Situations	ME7-18
اصول اولیه غربالگری	Basic Principles of Screening	ME7-19
غربالگری سرطان سینه	Screening for Breast Cancer	ME7-20
غربالگری سرطان کولورکتال	Screening for Colorectal Cancer	ME7-21
غربالگری سرطان گردن رحم	Screening for Cervical Cancer	ME7-22

غربالگری اسکلیوز در جوانان	Screening for Adolescent Idiopathic Scoliosis	ME7-23
غربالگری اختلالات شنوایی در افراد مسن	Screening for hearing impairment among persons 65+ years	ME7-24
غربالگری پرفشاری خون در همه سنین	Screening for hypertension among all persons	ME7-25
غربالگری اختلال بینایی در سنین پیش از مدرسه	Screening for vision impairment at age 3-4 years	ME7-26
غربالگری سرطان پوست	Screening for Skin Cancer	ME7-27
غربالگری سرطان پروستات	Screening for Prostate Cancer	ME7-28
غربالگری افسردگی	Screening for Depression	ME7-29
غربالگری بیماری های تیروئید	Screening for Thyroid Disease	ME7-30
غربالگری دیابت ملیتوس	Screening for Diabetes Mellitus	ME7-31
غربالگری هیپر کلسترولمی	Screening for High Blood Cholesterol	ME7-32
غربالگری سطح سرب خون بچه ها	Screening for Elevated Lead Levels in Childhood	ME7-33
غربالگری گلوکوم	Screening for Glaucoma	ME7-34
غربالگری اختلال شنوایی در اطفال	Screening for Hearing Impairment	ME7-35
غربالگری آنمی فقر آهن	Screening for Iron Deficiency Anemia	ME7-36
اصول پیشگیری شیمیایی	Principles of Chemoprevention	ME7-37
پیشگیری شیمیایی پس از مواجهه با بیماری های عفونی	Post-exposure Chemo-Prophylaxis for Selected Infectious Diseases	ME7-38
پیشگیری شیمیایی توسط ویتامین ها برای سرطان و بیماری های عروق کرونر	Vitamin Chemo-Prophylaxis for Cancer and Coronary Heart Disease	ME7-39
پیشگیری شیمیایی توسط آسپیرین برای بیماری های قلبی- عروقی	Aspirin Chemo-Prophylaxis of Cardiovascular Disease	ME7-40
جایگزینی هورمونی در زنان یائسه	Postmenopausal Hormone Replacement Therapy	ME7-41
توزیع ثروت و مشکل فقر در ایران	Wealth Distribution and Poverty Problem in Iran	ME7-42
وضعیت محرومیت و آسیب های اجتماعی در ایران	Deprivation and Social Aberrations in Iran	ME7-43
ساختار و عملکرد نظام رفاه در ایران	Structure and Function of Welfare System in Iran	ME7-44

بازتوانی بیماریها و عوارض شایع در ایران		ME8
مقدمه ای بر طب بازتوانی	Introduction to Rehabilitation Medicine	ME8-1
اصول بازتوانی بیماری های اعصاب	Neurological Rehabilitation	ME8-2
بازتوانی آسیب های نخاعی	Spinal Cord Injury Rehabilitation	ME8-3
بازتوانی بیماری های عضلانی-اسکلتی	Musculoskeletal Rehabilitation	ME8-4
بازتوانی افراد دچار آمپوتاسیون	Rehabilitation of People With Amputation	ME8-5
کنترل محیط برای افراد دچار معلولیت	Environmental Control for Disables	ME8-6
بازتوانی سکته مغزی	Rehabilitation of Acute Stroke	ME8-7
بازتوانی بیماران قلبی	Cardiac Rehabilitation	ME8-8
بازتوانی کنترل ادرار و مدفوع	Continence Rehabilitation	ME8-9
بازتوانی مشکلات ارتوپدی	Orthopedic Rehabilitation	ME8-10
بازتوانی بیماری های تنفسی	Respiratory Rehabilitation	ME8-11

مراقبت در منزل از بیماریهای شایع در ایران		ME9
اصول مراقبت در منزل	Principles of Home Care	ME9-1
مراقبت در منزل از بیماران دچار سکته مغزی	Home Care from Post-stroke Patient	ME9-2
مراقبت در منزل از بیماران پس از جراحی	Home Care from Post-surgical Patient	ME9-3
مراقبت در منزل از بیماران پس از سکته قلبی	Home Care from Post-myocardial Infarction Patients	ME9-4
مراقبت در منزل از بیماران دچار بیماری پیشرفته کبدی	Home Care from End Stage Hepatic Patient	ME9-5
مراقبت در منزل از بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه	Home Care from End Stage Renal Patient	ME9-6
مراقبت در منزل از بیماران سرطانی	Home Care from Patients with Cancer	ME9-7
مراقبت در منزل از بیماران در حال مرگ	Homecare from Dying Patient	ME9-8

اندیکاسیون ارجاع بیماریهای شایع در ایران		ME10
نظام ارجاع و اندیکاسیون های ارجاع	Referral System and Referral Indications	ME10-1
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص قلب	Cardiology Referral Indications	ME10-2
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص غدد	Endocrinology Referral Indications	ME10-3
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص ریه	Respiratory Referral Indications	ME10-4
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص گوارش	Gastroenterology Referral Indications	ME10-5
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص بیماری های اعصاب	Neurology Referral Indications	ME10-6
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص اورولوژی	Urology Referral Indications	ME10-7
اندیکاسیون های ارجاع به متخصص بیماری های چشم	Ophthalmology Referral Indications	ME10-8
اندیکاسیون های ارجاع بیماران ترومایی	Referral Indications for Traumatic Patients	ME10-9
اندیکاسیون های ارجاع موارد مشکوک به سرطان	Referral Indications for Suspected Cancers	ME10-10

درخواست منطقی تصویربرداری در بیماری‌های شایع در ایران		ME11
کارآیی تشخیصی روش‌های تصویربرداری	Diagnostic Yield of Imaging Procedures	ME11-1
بارداری و حفاظت از جنین	Pregnancy and Protection of Fetus	ME11-2
بهینه‌سازی دوز اشعه در تصویربرداری	Optimizing Radiation Dose	ME11-3
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های سر، گوش، حلق، و بینی	Imaging Indications for ENT and Head Diseases	ME11-4
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های گردن	Imaging Indications for Diseases of Neck	ME11-5
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های ستون مهره‌ها	Imaging Indications for Diseases of Spine	ME11-6
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های عضلانی- استخوانی	Imaging Indications for Musculoskeletal Diseases	ME11-7
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های قلبی-عروقی	Imaging Indications for Cardiovascular Diseases	ME11-8
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های قفسه‌صدری	Imaging Indications for Thoracic Diseases	ME11-9
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های گوارشی	Imaging Indications for Gastrointestinal Diseases	ME11-10
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های مجاری ادراری	Imaging Indications for Urological Diseases	ME11-11
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های زنان و زایمان	Imaging Indications for Gynecology and Obstetrics Problems	ME11-12
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های پستان	Imaging Indications for Breast Diseases	ME11-13
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های تروماتیک	Imaging Indications in Traumatic Patients	ME11-14
اندیکاسیون‌های تصویربرداری در بیماری‌های سرطانی	Imaging Indications in Cancer Patients	ME11-15

درخواست منطقی آزمون‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های شایع در ایران		ME12
کارایی تشخیصی روش‌های آزمایشگاهی	Diagnostic Yield of Laboratory Tests	ME12-1
ملاک‌های انتخاب منطقی تست‌های آزمایشگاهی	Criteria for Rational Order of Laboratory Tests	ME12-2
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های عفونی	Rational Order of Laboratory Tests in Infectious Diseases	ME12-3
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های قلبی عروقی	Rational Order of Laboratory Tests in Cardiovascular Diseases	ME12-4
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های روماتولوژیک	Rational Order of Laboratory Tests in Rheumatologic Diseases	ME12-5
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های گوارشی	Rational Order of Laboratory Tests in Gastrointestinal Diseases	ME12-6
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های مجاری ادراری	Rational Order of Laboratory Tests in Genitourinary Diseases	ME12-7
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های زنان و زایمان	Rational Order of Laboratory Tests in Gynecologic and Obstetrics Diseases	ME12-8
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های غدد درون‌ریز	Rational Order of Laboratory Tests in Endocrine Diseases	ME12-9
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های خونی	Rational Order of Laboratory Tests in Hematologic Diseases	ME12-10
درخواست منطقی تست‌های آزمایشگاهی در بیماری‌های سرطانی	Rational Order of Laboratory Tests in Oncologic Diseases	ME12-11

تجویز منطقی داروها در بیماریهای شایع در ایران		ME13
فرایند درمان منطقی	Process of Rational Therapy	ME13-1
ملاک های انتخاب دارو	Criteria of Choosing a Drug	ME13-2
اثر بخشی داروها	Effectiveness of Drugs	ME13-3
بی خطری داروها	Safety of Drugs	ME13-4
دسترسی و دسترسی موثر به داروها	Access and Effective Access to Drugs	ME13-5
هزینه واقعی و هزینه موثر داروها	Real and Effective Cost of Drugs	ME13-6
انتخاب شکل دارویی مناسب	Choosing Appropriate Drug Form	ME13-7
انتخاب دوز مناسب دارو	Choosing Appropriate Drug Dosage	ME13-8
انتخاب دوره مناسب درمان	Choosing Appropriate Treatment Period	ME13-9
نگارش صحیح نسخه	Correct Prescription Writing	ME13-10
آموزش بیمار در رابطه با مصرف صحیح دارو	Educating Patients About Correct Drug Use	ME13-11
پیگیری و قطع درمان	Patient Follow-up and Treatment Secession	ME13-12
تجویز منطقی داروها در بیماری های قلبی عروقی	Rational Drug Use in Cardiovascular Diseases	ME13-13
تجویز منطقی داروها در بیماری های تنفسی	Rational Drug Use in Respiratory Diseases	ME13-14
تجویز منطقی داروها در بیماری های گوارشی	Rational Drug Use in Gastrointestinal Diseases	ME13-15
تجویز منطقی داروها در بیماری های مجاری ادراری	Rational Drug Use in Genitourinary Diseases	ME13-16
تجویز منطقی داروها در بیماری های نورولوژیک	Rational Drug Use in Neurologic Diseases	ME13-17
تجویز منطقی داروها در بیماری های پوستی	Rational Drug Use in Dermatologic Diseases	ME13-18
تجویز منطقی داروها در بیماری های چشمی	Rational Drug Use in Ophthalmologic Diseases	ME13-19
تجویز منطقی داروها در بیماری های روانی	Rational Drug Use in Psychiatric Diseases	ME13-20
تجویز منطقی داروها در بیماری های عضلانی و اسکلتی	Rational Drug Use in Musculoskeletal Diseases	ME13-21
تجویز منطقی داروها در بیماری های زنان	Rational Drug Use in Gynecologic Diseases	ME13-22

ضمیمه دو: بسته خدمات سلامت برنامه پزشکی خانواده

گروه هدف:

در سطح اول خدمات تمامی افراد جمعیت تحت پوشش در قالب گروه‌های سنی ذیل:

- نوزادان و کودکان
- نوجوانان و جوانان
- میانسالان
- سالمندان
- مادران باردار

می‌باشند و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه‌های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط‌های جمعی به گروه‌های هدف ارائه گردد.

راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

- خدمات مورد نیاز مراجعین با اختلالات و شکایات زیر در قالب راهنماهای مربوطه ارائه خواهد شد.

- آکنه
- رنیت آلرژیک
- اضطراب
- نارسایی قلب
- سردرد
- کم‌کاری تیروئید
- افسردگی
- درد گردن
- استئوآرتریت
- اوتیت گوش میانی
- پنومونی
- صرع
- سینوزیت
- سنکوپ
- خونریزی دستگاه گوارش فوقانی و
- سایر موارد مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

الزامات بسته خدمت:

خدماتها و مراقبت‌هایی که در سطح يك، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است و هر کدام از پرسنل هماهنگ با سایر همکاران و در چهارچوب سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان نقش خود را ایفا می‌نمایند. پزشک مرکز نقش نظارتی و مدیریتی بر پایگاه‌ها و پرسنل داشته و وظایف سلامت محیط و کار، ارتباطات بین بخشی و مبارزه با بیماریها را در سطح

- جامعه پیگیری می کند. پرستار یا ماما در پایگاه پزشک خانواده موظف است کلیه وظایف پرستار یا ماما را برای جمعیت تحت پوشش پزشک پایگاه خود انجام دهد
- الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
- ب- آموزش و ارتقای سلامت
- ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت
- د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب
- ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها
- و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر
- ز- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

الف- مدیریت سلامت:

- ◀ شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- ◀ شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ◀ شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ◀ ثبت داده‌ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- ◀ شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- ◀ اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- ◀ تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت‌های مردمی
- ◀ همکاری در اجرای برنامه‌های استانی و کشوری
- ◀ همکاری در برنامه‌های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم‌های مذکور
- بر اساس پروتکل‌های کشوری
- ◀ پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت بر اساس دستورالعمل‌های موجود

ب- آموزش و ارتقای سلامت

- ◀ آموزش سلامت
- ◀ ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

◀ مراقبت‌های از کودکان

- با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع
- در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبت‌های جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیه‌ها و اقدامات لازم
- مراقبت نوزادان (در دوره های سنی 3-5 روز، 14-15 روز، 30-45 روز)
- غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادی

- ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره‌های بینی، تو کشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
- ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی‌قراری و تحریک پذیری، تحرك کمتر از معمول و بیحالی، برآمدگی ملاحظ، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
- مراقبت‌های از کودکان سالم (در دوره های سنی 2 ماهگی، 4 ماهگی، 6 ماهگی، 9 ماهگی، 12 ماهگی، 15 ماهگی، 18 ماهگی، 2 سالگی، 3 سالگی، 4 سالگی، 5 سالگی، 6 سالگی)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و...)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر 2 ماه)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- انجام مراقبت‌های درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
 - عفونت‌های موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
 - تشخیص افتراقی خواب‌آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
 - تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز
 - تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی
- ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی 6 تا 25 سال)
 - در دوره‌های سنی بدو ورود به مدرسه، 10 سال، 12 سال، 15 سال، 18 سال، 21 سال و 24 سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتهای و آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:
 - مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
 - پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
 - پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی

- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدایی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب‌ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)
- پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت‌های پوستی
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
- آموزش تغذیه مناسب
- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم 14-16 سالگی

◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی 25 تا 60 سال)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

- پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
- آموزش پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی

◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی 60 سال و بالاتر)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

- پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سکته‌های قلبی و مغزی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه‌ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی

- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب
- پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی
- ◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران باردار
 - مشاوره پیش از بارداری
 - دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)
 - انجام ارزیابی های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و...
 - اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
 - تجویز مکمل های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
 - آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
 - ترسیم جدول وزن گیری
 - توجه به تاریخ تقریبی زایمان
 - ایمن سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستورالعمل کشوری
 - ارجاع برای انجام آزمایش معمول
 - ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
 - مشاوره تنظیم خانواده در هفته 35 تا 37 بارداری
 - تزریق رگام در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت
 - شناسایی مادر در معرض خطر
 - ارجاع مادر عارضه دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
 - ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
 - پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
 - ثبت خدمات
 - ارائه آموزش های فردی یا گروهی
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (6 ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (6 ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت 6 ساعت اول تا 6 هفته پس از زایمان) – ملاقات اول و دوم
- ◀ تنظیم خانواده و جمعیت

- انجام مشاوره و ارائه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (10-49 سال)
- انجام مشاوره و ارائه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (10-49 سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره و ارائه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (10-49 سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- بررسی و تعیین مناسب ترین شیوه پیشگیری از بارداری برای هر زوج
- انجام مراقبتهای لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
- ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع
- مراقبت و درمان بیماریهای خاص (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد) با اولویت و شیوع بیماری در منطقه
- آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع
- هاری
- کالآزار (لشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- جذام
- مالاریا
- تزریقات ایمن
- هپاتیت
- مننژیت
- سرخك
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوانزا
- دیفتری
- سیاه سرفه
- ایدز
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- زنجیره سرما
- سل

د - سلامت محیط و کار

- سلامت محیط جامعه (مدیریت)
 - آب آشامیدنی سالم
 - آلودگی هوا
 - ابتکارات جامعه محور (CBI)
 - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
 - بهداشت پرتوها
 - جمع آوری و دفع فاضلاب
 - کنترل ناقلین بیماریها
 - پسماندها
 - مواد شیمیایی و سموم
 - سلامت محیط خانوار
 - ابتکارات جامعه محور (CBI)
 - ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
 - سوانح و حوادث
 - محیط فیزیکی مسکن
 - سلامت محیط های جمعی
 - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
 - سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
 - سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی
 - سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
 - سلامت محیط های آموزشی
 - سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
 - سلامت محیط کار
 - بهداشت حرفه ای
 - ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به کارگران
 - ایجاد ایستگاههای بهگر
 - پیشگیری و مراقبت از بیماریهای شغلی
 - پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار
- ج- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص و درمان و نیاز به ارجاع نظر پزشک خانواده است.)
- ◀ ویزیت
- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
 - معاینه (جسمی_روانی)

- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
 - تدوین و اجرای برنامه درمانی
 - ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد
- ◀ انجام خدمات پرستاری نظیر تزریقات و وصل سرم در سرانه پزشک خانواده و تیم سلامت منظور گردیده و رایگان ارائه می باشد ولی مواد مصرفی (سرنگ و ست سرم) توسط گیرنده خدمت تأمین خواهد شد
- ◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: شامل خدماتی (غیر اورژانس) است که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده به شرح زیر انجام می شود، که متضمن پرداخت تعرفه دولتی بوده که 30 درصد آن توسط مراجعه کننده و 70 درصد آن توسط سازمانی بیمه قابل پرداخت خواهد بود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمانهای بیمه خواهد بود)
- واکتومی بدون تیغ جراحی (برابر ضوابط وزارت بهداشت)
 - ختنه
 - کشیدن ناخن
 - برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
 - نمونه برداری از پوست و مخاط
 - کاتتریزاسیون ادراری
 - آتل بندی شکستگی ها
 - شستشوی گوش
 - خارج کردن جسم خارجی
 - کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- ◀ فوریتها
- انجام احیاء قلبی ریوی
 - لوله گذاری تراشه
 - اقدامات اولیه در مسمومیت ها
 - اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
 - اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
 - اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
 - بخیه و دبریدمان زخمها

ارجاع

- ◀ ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- ◀ پیگیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- ◀ پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ◀ تنظیم و ارائه گزارش های مورد نیاز
- ◀ تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پروندهی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

