**تعریف وکارکردهای پزشکان خانواده**

**Family physicians definition and function**

**تهیه وتنظیم: سهیلا بهلولی**

**مدیر مرکزآموزش بهورزی سیاهکل**

**زیرنظرخانم خدیجه طاهری**

**کارشناس مسئول بهورزی معاونت بهداشتی استان**

**عنوان: فهرست مطالب صفحه**

**فصل اول**

**سازماندهی پزشک خانواده و مراقبت های بهداشتی –در کشور ایران 7-4**

**فصل دوم 11-7**

**آشنایی با نظام سلامت و شبکه های مراقبتی سلامت و ساختار**

**فصل سوم 18-11**

**برنامه های سلامت در نظام خدمات پایه سلامت در ایران**

**فصل چهارم 19-18**

**اجزای نظام اطلاعاتی شبکه**

**فصل 5 22-19**

**تعریف و نقش های اساسی پزشک خانواده در سیستم سلامت**

**فصل 6**

**توانمندیهای اساسی پزشکان خانواده 28-22**

**فصل 7 33-28**

**تداوم خدمات در طبابت خانواده**

**فصل8 40-33**

**جامعیت خدمات در طبابت خانواده**

**فصل 9 45-40**

**بحث هماهنگ سازی مراقبت ها در بحث طبابت** **خانواده**

**فصل 10 52-45**

**نگرش به خانواده در طبابت خانواده**

**فصل11 63-52**

**جامعه نگری در پزشک خانواده**

**منابع 64**

**بنام خدا**

**فصل اول**

**سازماندهی پزشک خانواده و مراقبت های بهداشتی –در کشور ایران**

اهداف آموزشی :

1. آشنایی با مفاهیم مراقبت های اولیه سلامت
2. مفهوم پزشکی خانواده
3. نقش پزشکان خانواده در نظام سلامت ایران .

در ابتدای بحث اشاره به مفهوم مراقبت های اولیه سلامت خواهیم داشت

مراقبت های اولیه اغلب با علامت اختصاری PHCنشان داده می شود در واقع خدمات اساسی سلامت است که به شکل کاربردی و از نظر علمی معتبر واز نظراجتماعی قابل پذیرش ارائه می شوند این خدمات بایدتکنولوژی مناسبی داشته باشند.که به لحاظ هزینه و پذیرش اجتماعی قابل قبول در یک جامعه باشند و درآنها به حداکثر مشارکت مردم در برنامه های سلامت توجه شده باشد.

**مروری بر مفهوم پزشک خانواده :**

در واقع Family Practiceیا پزشک خانواده یک حیطه از علم طب است که به مراقبت های اولیه سلامت و کل مراقبت های مورد نیاز افراد خانواده ها هم در هر سن و هم از هر جنسی که باشند توجه می کند در واقع ویژگی خاصی که در پزشک خانواده به دنبالش هستیم این است که اولا پزشک خانواده قادر باشد تا حد قابل قبولی خدمات تخصصی مربوط به تخصص های مختلف را ارائه دهد دوم اینکه پزشک خانواده قادر باشد به عنوان دروازه بان نظام سلامت عمل کند و در واقع مدیریت بیماریها در منطقه و ارجاع آنها را به متخصصین بر عهده داشته باشد.

اما به اعتبار آن تعریفی که تا حالا ارائه شد ما درکشور خودمان بر اساس منابع قابل تحصیل تعریف خاصی از پزشکی خانواده در زمان حاضر کردیم در واقع پزشک خانواده کسی است که یک تحصیل کرده علم طب باشد.مهارت های کافی برای ارائه خدمات جامع و ممتدسلامت برای افراد خانواده و جامعه را برخوردار باشد در واقع پزشکی خانواده به هر سنی و از هر جنسی اقدام به ارائه خدمات می کند و قادر هست تمام بیماریهایی که مربوط به ارگانهای مختلف بدن هست را در حد قابل قبولی مدیریت میکند و اقدام به ارائه خدمات به آنهابکند.برای اینکه نقش و جایگاه پزشکان خانواده در کشورمان را بهتردرک کنیم یک اشاره ی مختصری به ساختار نظام ارجاع در کشور خودمان می کنیم در واقع شما متوجه هستیدکه درکشورما روستاهای زیادی وجود دارد در حال حاضر بیش از 65 هزار روستا درکشور داریم که به عنوان روستای اقماری یا satellite village می شناسیم که تعداد اینها 65 هزار تا است متوسط جمعیت روستا در کشور ما کمتر از 350 نفر است و متوسط فاصله بین دو روستا درکشورماکمتر از 25کیلومتر است این روستاها تحت پوشش خانه های بهداشت قرار دارندکه درمناطق شهری ،پایگاهای بهداشتی راداریم اینها اولین سطح برخورد با مشتریان هستند ودر سطح بعدی مراکز جامع سلامت را داریم که همان جایی که پزشکان خانواده وتیم سلامت درآن مستقر هستند در سطح بعدی در نظام ارجاع بیمارستان عمومی شهرستان که اقدام به ارائه چند تخصص اصلی می کند ودر سطح بیمارستانهای تخصصی دانشگاهها اقدام به خدمات فوق تخصصی می شود همانطوریکه مستحضر هستید در هر استان چند بیمارستان دانشگاهی داریم .

**نقش پزشک خانواده درشبکه PHC:** درواقع پزشک خانواده در این نظام اقدام به ارائه خدمات می کند، فهمیدیم که اولین سطح برخورد ،سطح برخورد با خانه های بهداشت است پس اولین وظیفه ای که پزشک خانواده برعهده خواهد داشت پوشش خانه های بهداشت وپایگاهای بهداشتی مناطق شهری است او وظیفه نظارت بر آنها را دارد علاوه بر آن یکی از وظایف مهم پزشک خانواده بر اساس داده هایی که از مناطق تحت پوشش خود بدست می آورد به طور مداوم تحلیل کند و اقدام به برنامه ریزی کند مدیریت اجرایی برنامه های سلامت را در منطقه تحت پوشش خود بر عهده خواهد داشت.موضوع بعدی ارائه خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی به عنوان خط دوم ارائه خدمات است همانطوریکه می دانیم در روستاها بهورزان ودر شهرهاکاردان های مراکز و پایگاههای بهداشت عهده دار خدمات PHC هستند و پزشک در واقع به عنوان لاین یا سطح دوم ارائه این خدمات انجام وظیفه خواهدکرد . وظیفه دیگری که بر عهده پزشکان خانواده خواهند بود مدیریت بیمارانی هست که از سطوح پایین تر ارجاع شده اند. پزشک خانواده به همراهی تیم سلامت عهده دار خدمات سلامت به کسانی است که با شکایت های متفاوتی مراجعه می نمایند ونهایتا پزشک خانواده مسول اجرای خدمات برای کسانی است که مبتلا به مشکلات حاد و اورژانس شده اند.برای اینکه مفهوم پزشک خانواده واهداف آن بهتر ارائه بشوند یک اشاره ی مختصری به اهداف و عملکرد نظام سلامت می کنیم برای درک مناسب تر یک مرور خیلی مختصر به اهداف و عملکرد نظام سلامت داریم ،عملکردهایی که در نظام سلامت دنبال می شود:

1-تولیت نظام سلامت

2- تولید منابع مورد نیاز برای تحقق اهداف

3- تامین مالی

4- ارائه خدمات

**تمام این موارد انجام می شود تا اهداف ذیل بدست آید:**

1. پاسخگوی نیازهای مردم باشیم

2.به حداکثر سطح سلامت جامعه تحت پوشش دسترسی پیدا کنیم

3.تامین مالی و مشارکت مردم در برنامه های سلامت و پرداخت هزینه های قابل قبول و عادلانه

میتوانیم اینطور نتیجه بگیریم که اگر بخواهیم پزشک خانواده و نظام ارجاع را در کشور پایدارکنیم لازم است در ابعاد مختلف اقدام به ارائه برنامه ها کنیم این ها در واقع پازل هایی است که در کنار هم قرار می گیرند و ما باید در هر زمینه ی مشخصی اقدام به ارائه استراتژیهاکنیم. استراتژی اول مربوط به ارائه خدمت می شودکه ما باید سطح بندی خدمات بوجود آوریم و تیم های سلامت را در سطوح مختلف مستقرکنیم و با اقدام های خاصی اقدام به بحث دوم تکنولوژی ارائه خدمات است و خدمات باید بر اساس منابع قابل تحصیل درکشور باید تکنولوژی مناسبی داشته باشندکه این تکنولوژی بر اساس منابع در دسترس ما است به فرض در برنامه بهداشت خانواده تکنولوژی که داریم ارائه روشهای مدرن تنظیم خانواده به صورت رایگان به جامعه است یا تکنولوژی که بر اساس طرح Dots برای بیماران سلی داریم راهکار دیگری که باید در برنامه پزشک خانواده به روشنی تعریف شود راهکار مدیریت نیروی انسانی تعریف می شود در واقع نیروهای خودمان را با ویژگیهای مشخص از بازار کار می گیریم و آنها را مدیریت می کنیم .

استراتژی خیلی مهم دیگر که درپزشک خانواده مطرح است روش تامین منابع مالی است اینکه ما چطور Finding بکنیم منابع را ،وچه نظام پرداختی داشته باشیم و نهایتا بحث مهم دیگر در پزشک خانواده که تعریف می شود بحث تنظیم بازار سلامت و کنترل عرضه و تقاضا می باشد.

بر اساس آن چیزی که گفته شد در پزشکی خانواده به دنبال یکسری از اهداف مشخص هستیم اول اینکه مردم به بالاترین سطح از سلامت جسمی و روانی و اجتماعی دسترسی پیدا کنند دوم اینکه وقتی این خدمات به مردم ارائه می شود این خدمات به صورت عادلانه وهزینه های قابل قبول به جامعه ارائه شود این خدمات الزاما باید مبتنی بر آخرین داده های علمی باشد .موضوع دیگر در بحث پزشک خانواده پاسخگویی به مردم و مد نظر قرار دادن ترجیحات آنها می باشد و به عقایدو ارزشهای مردم احترام بگذاریم.

بر اساس مطالبی که گفته شد میتوانیم فصل های بعدی را داشته باشیم واینکه اولین وظیفه پزشک خانواده مدیریت منابع است و به این خاطرکه حداکثر بهره مندی بر ای گروههای هدف ایجاد شود ودوم اینکه پزشک خانواده باید قادر باشد برنامه های سلامت را در محیط ارائه خودش هدایت کند تا مردم بتوانند از حداکثر سلامت بهره مند شوند.سومین بحث موضوع ارتباط با مردم برای ایجاد حداکثر پوشش است باید مدلی داشته باشیم که بوسیله آن مدل با مردم ارتباط برقرارکنیم و مراقبتهای ممتد را به مردم ارائه دهیم و حداکثرمشارکت آنها را در برنامه های سلامت ایجادکنیم و بحث چهارم که در مطالب بعدی گفته می شود و موضوع تحلیل اطلاعات تحت پوشش و تحلیل اطلاعات مربوط به منبع و تصمیم گیری و برنامه ریزی بر مبنای آن خواهد بود.

**فصل2**

**آشنایی با نظام سلامت و شبکه های مراقبتی سلامت و ساختار آن :**

هدف آموزشی :فراگیر توضیح بدهد نظام شبکه چه ساختارو خصایصی در ایران دارد.

1-در واقع یکی از وظایف پزشک خانواده این است که با بهره گیری از منابع در دسترس نظام سلامت تلاش برای حداکثر سطح سلامت برای مردم و این خدمات پزشکی عادلانه بین مردم توزیع شود.

اساسا بخش سلامت یا نظام سلامت شامل Stack holder ویا حامیانی هست و نهایتا برنامه های سلامت چگونه ارائه می شود.

مردم یکسری نیازهایی دارندکه بر اساس نیاز ها یا تحت شرایط دیگری اقدام به تقاضای خاص می کنند از سوی دیگر ما کسانی داریم که اینها وظیفه شان تامین منابع است (Resource Providers) ، در واقع بیمه ها بخشی از Providers های نظام سلامت هستند که اقدام به تامین مالی می کنند بخشی که اقدام به تولید منابع انسانی می کنند آن هم یک (Resource Providers) هست در واقع کارخانه هایی که اقدام به تولید دارو و تجهیزات پزشکی امی کنند یک Resource Providers ها هستند در واقع تمام این منابع در اختیار وزارت بهداشت قرار می گیرد تا بر اساس شرایط و تحلیل اقدام به ارائه خدمات کند.

**دو رکن اصلی داریم که بوسیله آنها وظیفه طراحی برنامه های سلامت را انجام میدهیم :**

**رکن اول :** وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریهاهست در واقع موظف هست که سطح سلامت و وضعیت آن را در جامعه ارزیابی کنیم وضعیت بروز و شیوع و شدت بیماریهارا مداما ارزیابی کنیم از سوی دیگر در واقع به ازای اینکه ارزیابی سلامت را انجام میدهیم.

**رکن دوم:** باید ارزیابی کنیم که بهره مندی مردم از خدمات چگونه است بر اساس این دوشاخص مهم ما در واقع اقدام به طراحی خدمت می کنیم در طراحی خدمت به مسائل مختلفی توجه داریم:

***اول اولویت سلامت*** جامعه چه چیزی است و چه چیزهایی بیشترین بار بیماریها را در جامعه ایجاد می کنند و عوامل خاصی که باعث بیشترین سالهای از دست رفته عمر یا با مرگ زودرس و یا با ناتوانی بیمار می شوند چه چیزی هست

بعد از اینکه فهمیدیم این عوامل چه چیزی هست باید ***روشهای مشخصی*** که موثر بر این مشکلات سلامت هست را اتخاذ کنیم و با مشکلات سلامت مقابله کنیم وقتی این روشها را اتخاذ کردیم این روشها باید با ***متد های*** ***مشخصی*** در نظام سلامت ادغام شود و در سطوح مختلف اقدام به اجرای این خدمات شود.و از ***سوی دیگر مطالعاتی انجام می شود*** که ببینیم جه کسانی باید این خدمت را انجام دهند آیا این خدمت در نظام شبکه مقدور هست که انجام شود با این تکنیک ها وگادلاین هایی که ارائه شده بر اساس این چهار فاکتوری که اسم برده شد در واقع یک کیفیت موثر و کار آمدی از خدمات مناسب تهیه و پوشش عادلانه و مناسبی را بوجود می آوریم که منجر به طراحی یک برنامه سلامت می شود.در این فاز بیمه ها باید به کمک ما بیایند و جامعه را بر اساس آن چیزی که طراحی کردیم تحت پوشش خودشان در آورند و نهایتا پکیج های خدمتی در واحدهای مختلف نظام سلامت اقدام به ارائه شوند.

**آشنایی با ویژگیها و ساختار نظام سلامت :**

1-یک شبکه ای بنام شبکه سلامت داری که مجموعه ای از شبکه های متعدد است و خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت و خدمات جامع سلامت شهری و روستایی را داریم مدیریت شهرستان راداریم که در آن واحدهای مختلفی از خانواده ،گسترش ،بیماریها ،........ را داریم از سمت دیگرشبکه مجموعه ی خدمات تخصصی شامل پاراکلینیک ها و خدمات بستری و آزمایشگاههای تشخیصی را داریم و مجموعه همه اینها یک شبکه سلامت یا Health net work را ایجاد می کند که این شبکه سلامت عوامل مختلف به صورت چند جانبه با هم در تعامل هستند که این مجموعه تعاملات باعث می شود که بتوانیم دائما بیماران خود را مدیریت کنیم در سطوح مختلف اطلاعات را به سمت همدیگرارائه دهیم وتجریبات را مبادله کنیم و تمام علم ما را در واقع بین این گسل شبکه توزیع کنیم و این شبکه مجموعه ای از ارزشهای سازمانی را دنبال می کند توزیع علم و توزیع Data و توزیع تجربیات، ارجاع بیماران و گرفتن پس خوراند. بنابراین در چنین شبکه ای پزشک خانواده اقدام به ارائه خدمت خواهد کرد و نکته مهم اینکه پزشک خانواده در این شبکه یک نقش اساسی و کلیدی در رهبریت بیماریها و ارائه خدمات و حداکثر بهره مندی از امکانات موجود در شبکه را ایفاءخواهد کرد نقش کلیدی پزشک خانواده در این شبکه بسیار مهم است

**این شبکه چه خصایصی دارد :**

1- شبکه در وقت تشکیل خود و بعد از آن کاملا مبتنی بر شواهد شکل گرفته است بر اساس تحقیقات مختلفی که انجام شد از جمله پروژه آذربایجان غربی و بقیه پروژهایی که انجام شد صاحب یک نظام شبکه شدیم که کاملا بر اساس شواهد و تحقیقات بود.

2-شبکه ما یک شبکه کاملا سطح بندی شده است سطوح مختلف به ازای خدمات اقدام به ارائه تخصصی خود می کنند.

3-خدمات در این شبکه به صورت ادغام یافته ارائه می شوند.

4-کاملا مبتنی بر یک جمعیت تعریف شده است جمعیت مشخص و خانه بهداشت و پایگاهها وکاملا بر مبنای جمعیت تعریف شده اقدام به ارائه خدمات میکند و نهایتا آخرین ویژگی از شبکه این است که خدمات خصوصا از ابعاد مراقبت های بهداشتی –درمانی در آن استاندارد است یعنی اینکه بهورز در نظام شبکه با گایدلاین های مشخصی اقدام به ارائه خدمت می کند اگر کسانی آمدند و گروه هدف بر اساس قدم به قدم یا step step میداندکه باید چگونه اینها را به برنامه دعوت کند و مناسب ترین خدمت را ارائه دهد و ارجاع دهد و به چه نحوی پاسخگوی کسانی که اقدام به دریافت خدمت می کنند باشد و Side effectهای جانبی پاسخ دهد و آنها را داخل مردم نگه دارد بنابراین همه چیز در نظام مراقبت های اولیه سلامت استاندارد و تعریف شده است .

بر اساس آنچیزی که گفته شد المنتهای مراقبت های اولیه بهداشتی – درمانی در سطح خانه های بهداشت و مراکز جامع سلامت را مرور می کنیم .

اولین وظیفه پزشک خانواده مدیریت سطوح زیرین مراقبت –نظارت و بازرسی و تحلیلDataو برنامه ریزی که در واقع تیم سلامت متشکل از کسانی که با پزشک خانواده کار می کند و بهورزان اولین کار رادر سطح خانه های بهداشت و پایگاهها بهداشتی انجام می دهند:

1. مراقبت های مادر و کودک
2. تنظیم خانواده
3. پیگیری بیماریها (سل – مالاریا - ................)
4. سلامت روان
5. دیابت
6. فشار خون
7. یکسری از بیماریهایی که در نظام شبکه و مراقبت و پیگیری می کنیم .
8. تا حدود قابل قبول اقدام به درمانهای ساده علامتی می کنند و اقدام به ارائه خدمات محیط ،حرفه ای، خدمات بهداشت و مدارس و دهان ودندان و در بعضی از مناطق توانبخشی مبتنی بر جامعه که ارائه میدهند

**Primary care:**

یکی از وظایف مهم پزشک خانواده این است که اقدام به ارائه خدمات به اولین سطح می کند که درواقع همان مفهوم که پزشکان خانواده از تخصص لازم برای ارائه خدمات جامع سلامت در همه ارگانهای بدنی برخوردار باشند و قادر باشند افراد را مدیریت و به ارائه خدمات ممتد بکند و در شرایطی که افراد به خدمات تخصصی خاصی نیاز داشتند به سطوح بالای تخصصی ارجاع دهند.

در کنار Primary care به یک بیمار تخصصی خاصی ارائه دهیم مثل خدمات در حوزه های بیماریهای قلبی یا اورولوژیک ارائه می شود برای این که نظام سلامت نظام کارآمدی باشد و مراکز بهره مندی از منابع را داشته باشد پزشک خانواده باید تا حد قابل قبولی اقدام به خدمات تخصصی بکند و در شرایطی بیماران را به سطوح بالاترارجاع دهد و در واقع نیاز هارا در سطح افراد متخصص پاسخگو باشد.

**فصل 3**

**برنامه های سلامت در نظام خدمات پایه سلامت در ایران**

**Health Programs In Iranian PHC system**

درادامه بحث ساماندهی پزشک خانواده و مراقبت های بهداشتی – درمانی در کشور ما

در مباحث کلی با مفاهیم پزشک خانواده و مراقبتهای اولیه بهداشتی –درمانی آشنا و از ویژگیهای ساختار شبکه سلامت آگاه شدیم .

اهداف آموزشی :

1- چهار چوب مفهومی برنامه های سلامت که پزشکان خانواده عهده دار منطقه تحت پوشش خود هستند چیست ؟

2-مدل ارتباط با مردم به صورت کوتاه آشنا می شویم .یکی از اهداف در برنامه های سلامت توسعه پوشش و حداکثر مشارکت مردم است .

از این بحث به بعد طبیعت سیر بیماری و برنامه سلامت یکی از اصلی ترین وظایف پزشک خانواده ،مدیریت برنامه های سلامت درجمعیت تحت پوشش خود خواهد بود که تلاش می شود با سیر طبیعی بیماری و اساسا برنامه سلامت چه المنت هایی دارد و چگونه طراحی –ادغام و اجرا – پایش و ارزشیابی و توسعه پیدا می کند، در یک منطقه آشنا شویم .

**برنامه سلامت چیست ؟**

مجموعه ای از فعالیت های مختلف و کاملا وابسته به هم است که در تمام سطوح نظام شبکه به ارائه آنها اقدام می شود و به یک مشکل سلامت پاسخ میدهد مثل برنامه طرحDots یا برنامه ایمن سازی یا بیماری های قلبی یا برنامه بهداشت روان که هر کدام به یک یا چند مشکل سلامت پاسخ میدهد.

**سیر طبیعی یک بیماری :**

در مرحله ای که بیماری اصلا به وقوع نپیوسته است در شرایط خاص عواملی که پاتوژنز بیماری را ایجاد می کنند بیماری را به منصه ظهور می رسانند ولی هنوز بیماری کلینیکال نشده یعنی هنوز کشف نشده و سیر خود را ادامه میدهد تا به مرحله کلینیکال برسد و بعد از این مرحله بیماری در واقع ممکن است خط مشی های مختلفی را دنبال کند ممکن است منجر به مرگ شود ممکن است منجر به مزمن شدن بیماری یا ادامه سیرشود یا بهبودی حاصل شود.یا اینکه ممکنه بهبودی حاصل شود ولی مقداری ناتوانی به جای بگذارد.

در واقع اینها فازهای مختلف بیماری است مرحله early Pathogenesis-مرحله Pathogenesis

مرحله Clinical مرحله ای که در آن تبعات و عوارض به جای میگذارد.

برنامه های سلامت در واقع برنامه های Primaryیعنی در فازی که هنوز بوجو د نیامده عمل می کند برنامه های Primordial Prevention وقتی هستند که بیماری هنوزکلینیکال نشده اند بیمار ی که فاز کلینیکال عمل می کند Secondary prevention وبرنامه هایی که در فاز عوارض و یا تبعات بیمار ی عمل می کند فاز عوارض یا Tertiary Prevention (مراقبت های ثالثیه ) هستند

بنابراین برنامه های مختلف سلامت شامل سه مرحله :

1-Primary or Primordial Prevention

2- Secondary prevention

3- Tertiary Prevention

چه کسی موظف است این برنامه ها را طراحی کند؟

در نظام سلامت بدنه های اجرایی و عملی مختلف در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها داریم که موظفند این برنامه ها را طراحی کنند و وزارت بهداشت و درمان و آموزش بهداشت برنامه های سلامت را براساس اولویت های ملی سلامت طراحی می کند و ممکن است دانشگاه براساس شرایط منطقه ای و بیماریها و منابع مالی در دسترس برنامه خاص خودشان را طراحی کنند مثل برنامه مالاریا و سوش های مقاوم در یک استان به همین ترتیب پزشکان در مناطق خاص خود میتوانند برنامه های عملیاتی خاص خود را برای مقابله بامشکلات خاص خود مداخله و انجام دهد.

ویژن و یا چشم انداز کسانی که این برنامه ها را طراحی می کنند این است که برنامه ها را به گونه ای طراحی کنند .

اولا به شکل عادلانه Equitableدر اختیار تمام گروه های هدف وتمام افرادی که در معرض خطر هستند قرار بگیرد.

دوم اینکه Responsiveپاسخگو به نیازهای آنها باشد و به ارزشهای آنها پاسخ دهد .

سوم اینکه برنامه از کارآمدی لازم برخوردار باشد مفهوم کارآمدی در اینجا به این معنی که با بهترین بهره مندی از منابع در دسترس سلامت حداکثر سلامتی را ایجاد کند.

در واقع طراحی برنامه سلامت فازهای مشخصی داردکه کار آمدی حداکثر را ایجاد می کند.

**مرحله اول Priority setting In health Problems:**

ما مشکلات سلامتی در هر منطقه داریم که این مشکلات سلامت اولویت خاص هر منطقه است مثلا :در کشور خودمان اولین مشکل بیماریهای قلبی – عروقی که بیشترین سالهای از دست رفته عمر را دارند. بنابراین اینکه ما بتوانیم اولویت های سلامت منطقه تحت پوشش خود را در بیاوریم و برای آنها طراحی کنیم موضوع مهمی است. **اولین گام** در برنامه و طراحی اولویت بندی **مشکلات سلامت** است وقتی مشکلات سلامت مشخص شد**گام بعدی** این است که یک استراتژی مشخص مقابله با این مشکل طراحی شود این استراتژی بخشی تابع همان اولویت داشتن مشکل سلامت وکنترل ومبارزه با این بیماری است .بخش دیگری از این استراتژی **تحلیل اقتصادی** است که برای مقابله با مشکل سلامتی انجام میدهیم ما نمی توانیم از منابع خودمان به صورت افسارگسیخته ای برای مشکل سلامتی استفاده کنیم بنابراین تحلیل سلامتی ما را به این سمت خواهد بردکه چه استراتژی الان باید استفاده کنیم و این استراتژی چقدر منابع مصرف می کندگونه های متعدد وجود دارد مثلا در بحث پیشگیری و کنترل ایدز می دانیم که رعایت احتیاطات همه جانبه در ایدز یک استراتژی محسوب می شود مناسب ترین استراتژی **آموزش جامعه** است این استراتژی از حداکثر کارایی برخوردار است یعنی در واقع در درونش تحلیل اقتصادی هم است .

وقتی راهکار استراتژی خودمان را برای مقابله با مشکل سلامت بدست آوردیم باید این استراتژی را ادغام کنیم در زیر استراتژی پروسه های استانداردی تعریف می شوندکه در سطوح مختلف وظایف افرادرا مشخص می کنند و اینها در نظام ارجاع عمل خواهند کرد**.وقتی یک برنامه طراحی می شود یک چیز خیلی مهم این است که حداکثر مشارکت مردم** را در برنامه سلامت ایجاد کند مفهوم این است که ما باید وقتی برنامه را طراحی کنیم حداکثر پوشش را ایجاد کنیم مردم داخل برنامه بیایند از خدمت بهره مند شوند و از حداکثر خدمت لازم برخوردار شوند و در داخل برنامه هم بمانند اینکه مدل خاصی داشته باشیم که مردم در برنامه سلامت مشارکت کنند که باید این را هم در برنامه سلامت به آن توجه کرد و نهایتا آخرین فاز از برنامه در واقع داشتن یک مدلی برای **پایش و ارزشیابی** و توسعه برنامه سلامت است به این سیکل اگر توجه کنیم دینانیسم برنامه سلامت را می بینیم یعنی دائما مشکلات سلامت در جامعه شناسایی می شوند برای آنها برنامه طراحی می شود استراتژی انتخاب می شود و برنامه اجرا و پایش و ارزشیابی می شود و به ازای آن سیمای برنامه در جامعه هم تعمیم پیدا می کند بنابراین اولویت های سلامت در جامعه ممکن است عوض شود و یا استراتژی های ما باید عوض شود این دینانیسم برنامه سلامت یک دینانیسمی است که به شکل ارتقاء کیفیت ادامه خواهد یافت و در برنامه تحت پوشش خود باید به این دینانیسم توجه داشته باشیم . یعنی هرچه قدر برنامه را موثر اجرا کنیم قاعدتا توقع براین است که وضعیت سلامت و بیماریها در منطقه مداوما متحول شود و به جای آن باید برنامه های جدیدی بریزیم که در مورد آن برنامه خاص و یا مشکل سلامت مداخله جدید برنامه های جدید و پوشش های جدید ایجاد شود.

**مشکلات سلامتی جامعه :**

مشکلات سلامتی گروههای در معرض خطر

برنامه سلامت ممکن است یک منظوره و یا چند منظوره باشد. برنامه یک منظوره مثل برنامه سل برنامه چند منظوره مثل برنامه مادران

Service packageیا بسته خدمتی چیست ؟

یکی از خدمات مختلف است برای یک گروه هدف خاص که در یک زمان مشخصی به وسیله یک providerیا ارائه خدمت ارائه می شود مفهوم برنامه سلامت هم را گفتیم که مجموعه ای از فعالیت های مختلف و پیوسته به هم که کاملا در سطوح مختلف نظام شبکه اقدام به ارائه خدمت می شوند نتیجه اینکه وظیفه سطوح مختلف شبکه ارائه بسته های خدمتی است که هر کدام از این بسته های خدمت فعالیت های مختلفی دارد که این فعالیت در سطوح مختلف نظام شبکه پیوسته به هم است مثلا یک زوج یک روش پیشگیری از بارداری انتخاب کرده و زن اگر دچار عوارض ناشی از وسایل پیشگیری شود به سطح دوم ارجاع داده می شود و در سطح دوم یا سوم با این مشکلش برخود خواهد شد.

خیلی خوب است یک نمونه ی عینی از بسته خدمتی را با هم مرور کنیم :که دیدگاه عمیق تر درمورد برنامه سلامت میدهد .مثلا": پکیج خدمتی مراقبت مادران باردار که دو تا **هدف اساسی** را دنبال می کند: اولا اینکه حداکثر سلامت را برای جنین و نوزاد ایجاد کند و دوم حداکثر سلامت را برای مادر ایجاد کند.

تلاش می کنیم نوزادی داشته باشیم که کم وزن نباشد دوم موقع تولد دچار خفگی و یا هیپوترمی نشده باشد و اینکه مادر از شیرخود برای نوزاد تغذیه کند و اگر نواقص و یا ترومای زایمانی داشت چطور مقابله کنیم از طرفی دیگر مادر را کنترل کنیم که شرایطی برایش بوجود نیامده باشد که دچار فشار خون و یا اکلامپسی باشد و یا اگر شرایط خاص مثل ادم گوده گذار و یا فشار خون از یک حد مشخصی و یا پروتئینوری پیدا کرد وسریعا به سطح دیگر ارجاع بدهیم و یا اینکه مادر تغذیه خاصی داشته باشد تا دچار کمبود آهن نشود تمام این بسته های خدمتی در پکیج خدمات مادران ارائه می شود و این یک ماتریکس مشخص دارد و مادر در زمانهای خاص یک سری خدمات مشخص را می گیرد .

اولین گام در طراحی برنامه سلامت **اولویت های برنامه** را مشخص کنیم اولویت برنامه سلامت از طرق مختلف بدست می آید اول فاکتورهای اپیدمیولوژیک وضعیت بروز و شیوع شدت بیماری و سن شروع و طول دوره و اینکه امکان مقابله با مشکل سلامت تا چه حد امکان داشته باشد تابع این عوامل است آیا یک روش effectiveبرای مقابله با این مشکل وجود دارد چقدر ما زمان داریم تا مقابله با مشکل سلامت کنیم در مورد زمان مثلا در بیماریهایی مثل : آنفلونزای پرندگان و آنفلونزای اچ وان و ان وان مهم است اینکه روش موثر برای مقابله با مشکل سلامت وجود داشته باشد نمونه بارز آن ایدز است مثلا" :در ایدز که اگر استراتژی ما آموزش است به خاطر این است که هزینه های درمان مراقبت های مقابله با ایدز خیلی بالااست شاید نظام سلامت مانتواند این هزینه ها را پرداخت کند مورد بعدی برای مقابله با مشکل سلامتی این است که برایش **راهکاری** انتخاب کنیم که این راهکار مضر نباشد (Non harmful) .آنالیز می کنید ودیدگاه عمیقی نسبت به آن پیدا میکنیدکه برنامه چه سطحی از پیشگیری است چه اولویتی را مورد هدف قرار داده و چه استانداردهای مشخصی دارد وهر سطح چه وظایفی را باید اجرا کند.

موضوع مهم بعداز طراحی برنامه این است که برنامه هر چند قدر هم خوب طراحی شود وقتی پوشش مورد نظر خود را بدست نیاورد در واقع تاثیرات برنامه در جامعه آشکار نخواهد شد و برنامه باید **حداکثر پوشش** را برای **گرو ههای در معرض خطر** داشته باشد و در واقع در این بحث اشاره مختصر با طرز

ارتباط با مردم برای ایجاد حداکثر پوشش و **حد اکثر دسترسی و عدالت** می کنیم و این بحث آموزش بهداشت که بطور مختصر گفته می شود که شما بعنوان پزشک خانواده باید حداکثر پوشش را ایجاد کنید و حد اکثر تاثیرات و اهداف برنامه در جامعه بوجود بیاید و مردم در ذیل برنامه شما بمانند و مراقبت های ممتد را دریافت کنند.

**چگونه در جامعه برای گروههای هدف پوشش ایجاد کنیم ؟**

**تابع چند مورد مهم است :**

1. وضعیت نیازهای مردم :مردم چه نیازهایی را تقاضا می کنند
2. وقتی مردم تقاضا های خود را مطرح می کنند این خدمات را از چه کسانی دریافت کنند و اینجا یک

بحث اساسی که یک محل کار کردی و مهم و عمیق پزشک خانواده است و بحث

**Induced Demand Supplier است:**

یعنی تقاضایی که از طرف ارائه دهندگان خدمت به مردم القاءشود یعنی اگر نظام سلامتی داشته باشیم که این نظام در زیر یک نظام ارجاع کار نکند و بحث تنظیم بازار سلامت نباشد1- ممکنه ارائه خدمت دهندگان خدمت خاصی که قابل پذیرش بوسیله اجتماعی باشد2- امکان اجرای سریع آن موجود باشد.

1. روش ارزانی قابل قبولی داشته باشد قیمت قابل قبولی داشته باشد و نهایتا جامعه پذیرای آن باشد.

را ارائه دهند.

**Evaluation:**

بعداز اینکه در واقع آمدیم و راهکار مقابله با مشکل سلامت را انتخاب کردیم و گاید لاین هایش را تهیه وطراحی کردیم حالا اقدام به اجرای برنامه می کنیم و در این فاز بعد از اینکه برنامه اجرا شد حالا باید برنامه را مداوما ارزشیابی کنیم .

در ارزشیابی دنبال **دو هدف** مشخص هستیم اول اینکه آیا برنامه **بخوبی اجرا** می شود بر اساس همان استاندارد هایی که پیش بینی کردیم انجام می شود ؟که اصطلاحا این را **پایش** می گویند و دوم اگر این برنامه با همان استانداردها اجرا می شود آیا واقعا به اهداف مشخص خودش می رسد اگر برنامه دارد اجرا می شود و مداوم پایش می شود وبه اهداف مورد نظر خود نمی رسد برنامه در طراحی خودش مشکل دارد بنابراین اهداف پایش و ارزشیابی این است که از استانداردهای برنامه صیانت شود و دوم اینکه وقتی برنامه اجراشد نگاه کنیم ببینیم تا چه حد **هدف محقق** شده است وقتی هدفی محقق نمی شودیا برنامه احتمالا طبق استاندارد انجام نمی شود یا اینکه برنامه طراحی آن اساسا دچار مشکل است .

**موضوع برنامه سلامت چیست ؟**

چه مفهومی دارد شامل چه المنتهایی است و مدل آن آشنا شدیم و آشنایی با مدل برنامه سلامت این حس مفهومی را به ما میدهد که همکاران برنامه های مختلف سلامت را به شما ارائه خواهند داد و سعی کنند که خدمات خاص را به بیماران خودشان القاءکنند و با مردم طوری رفتار کنند که مردم منابع مالی خود و یا بخش بزرگی از آنرا صرف هزینه های سلامت خود کنند از اینجا این بحث مطرح است کهGap یا فاصله اطلاعاتی ارائه دهنده خدمات پزشکی به مردم فاصله عمیقی است که این فرصت برای خدمات دهندگان پزشکی موجود است که به مردم تقاضا القاء کنند بنابراین عدالت که در بخش پزشک خانواده مداوما به آن اشاره می شود اقتضاء می کندکه پزشکان خانواده طوری عمل کنند که مردم به حداکثر آگاهی لازم دسترسی پیدا کنند تا به آنها تقاضای بی موردی القا نشود بنابراین مسئله supplier induced Demand یک موضوع مهمی است که در ایجاد پوشش برای خدمت مهم است این موضوع که چگونه مردم را به سمت تقاضا هایی سوق بدهیم که نیازهای اولویت دارد موضوع مهمی است که باید به آن توجه شود اصولا همیشه اولویت نیاز مردم تقاضای آنها نیست مردم وقتی به پزشکان مراجعه می کنند که دچار یک مشکل یا شکایت بارز شده باشند به اصطلاح اورژانس شده باشند هرچه قدر احتمال وقوع شکایت کمتر باشد مردم نیاز کمتری احساس می کنندکه یکی از ارکان پزشکان خانواده هم مطرح است که مردم ممکن است خیلی متقاضی برنامه سلامت نباشند بحث پزشک خانواده و مراقبت اولیه سلامت از المنت های اصلی برنامه پزشک خانواده است که باید خوب به آن توجه کرد ما پزشک خانواده را در جایگاهی از نظام شبکه قرار میدهیم که در واقع اقدام به این نوع از خدمات بکنیم .برای اینکه این خدمت به این گونه به شکل عادلانه و اخلاقی خود ارائه شود ابزارهای خاصی نیاز است که برخی از این ابزارها دروازه بانان یا **Gatekeepers** های نظام سلامت داشته باشیم (بهورزان – کارادانان بهداشتی و پزشکان خانواده )که دروازه بانان نظام سلامت هستندکه اقدام به ارائه خدمت می کنند .گایدلاین های مشخصی برای ارجاع بیماران داشته باشیم اینکه تلاش کنیم به مردم آموزش دهیم به آنها بایدآگاهیهای مناسب بدهیم این روشهای خاصی است که برای مدیریت تقاضا موجود است گاید لاین های مشخصی را استفاده کنیم و از ابزارهای مشخصی استفاده کنیم ودر بیماران حداکثر آگاهی را ایجاد کنیم .

**فصل4**

**اجزای نظام اطلاعاتی شبکه**

**یکی از ابزارها و روشهای مهم برای برنامه ریزی است بحث نظام اطلاعات یکی از وظایف مهم پزشکان خانواده تحلیل اطلاعات و بر نامه ریزی بر مبنای آن است.**

هدف آموزشی:

یکی از المنت های نظام شبکه که همان نظام اطلاعاتی شبکه هست از آن آگاه شویم و بتوانیم توضیح بدهیم .

1-نظام سطح جاری اطلاعات Registeration system elements

2-در نظام سلامت به طور دوره ای تحقیقاتی انجام میدهیم Periodic survey

3-دسترسی به آمار و اطلاعات داریم

در بحث نظام ثبت جاری مادر واقع یکسری ابزارهایی داریم که این ابزارها تماما در اختیار پزشکان خانواده و خانه های بهداشت است :

1-پرونده خانوار 2- زیج حیاتی 3- دفاتر مراقبت و پیگیری - فرمهای گزارش ماهانه - سیستم ثبت مرگ ونهایتا یک نظام ثبت آماری یک نرم افزاری که ما می توانیم از داخل این نظام های اطلاعاتی و از این ابزار استفاده کنیم وضعیت سلامت منطقه را ببینیم وببینیم در چه شرایطی است (سامانه سیب) همه اطلاعات نظام شبکه از نظام جاری مقدور نیست که بتوانیم بدست بیاوریم مثلا وضعیت اطلاعات بیماریها را براساس مطالعات انجام شده و بر اساس شواهد اپیدمیولوژیک وضعیت بروز و شیوع و بر اساس آن وضعیت بار بیماریها را بدست می آوریم یا وضعیت بهره مندی مردم از خدمات سلامت در نظام جاری راممکنه نداشته باشیم مثلا یک فرد در طول یکسال چند بار برای سرماخوردگی ممکن است به پزشک مراجعه کند ویا چقدر هزینه کرده است و یا چند بار یک کودک دچار عفونت تنفسی شده که اینها لزوما همه به شبکه مراجعه نمی کنند و بنابراین یک وضع دیگر برای بهره برداری اطلاعاتی در واقع ری سرچ Research هایی است که داخل نظام سلامت انجام میدهیم . خیلی از مطالعات ممکن است تخصصی باشد ممکن است مطالعات خاصی داشته باشیم در مورد وضعیت تغذیه اطفال یا ممکن است مطالعات خاصی داشته باشیم در مورد میزان شیوع و بروز بیماریهای مقاربتی که اینها از طریق نظام ثبت جاری اطلاعات بدست نمی آید حتما باید روشهای مطالعاتی خاص باشد که به این اطلاعات دسترسی پیدا کنیم که مثلا چند درصد مردم تحت پوشش بیمه در مناطق خاصی هستند ممکنه از طریق یک مطالعه بدست بیاید و برآورده شودیا از نظام ثبت اطلاعات جاری سایرسازمانها بدست بیاید ونهایت یکسری از المنت های پایه ای که در بحث مدیریت اطلاعات بهش نیاز داریم اطلاعات سرشماری است که در خانه های بهداشتی در شروع هر سال بهورزان اطلاعات جمعیت را در طول سال ثبت می کنند و یک زیج حیاتی یا زیج سلامت جدید داشته باشند که اطلاعات دموگرافیک به ریز تدوین شده یا مرکز آمار ایران که هر 10 سال سر شماری می کرد که بر اساس برنامه جدید هر 5 سال یکبار سر شماری می کند که به این اطلاعات دسترسی داریم مجموعا این اطلاعات به ما این امکان را میدهد که بفهمیم چه جامعه ی هدفی را داریم از چه وضعیت سلامتی برخوردار است چقدر از خدمت بهره مند است و چگونه باید برایشان برنامه ریزی کرد.

**فصل 5**

**تعریف و نقش های اساسی پزشک خانواده در سیستم سلامت :**

**Definition and Roles Family physicians :**

مجله معروف آمار ویلیام اوسلر (osler ): شغل یک طبیب را به این شکل توصیف می کند که همیشه باید حس آرامش را به بیمارمان منتقل کنیم خیلی وقت ها فقط در صدد هستیم فقط دردهایشان را برطرف کنیم فقط بعضی اوقات می توانیم شفا بدهیم این شغل ماست بحث طبابت خانواده در واقع بحث relieve و Comfort وبعضا به Cureبر می گردد اگر هرم مراقبت ها را در سیستم سلامت در نظر بگیریم بخشی از افراد در جامعه ما سالم هستند سعی می کنیم سبک زندگی سالم را برایشان ترویج کنیم و پیشگیری می کنیم از رخداد بیماریها هر دو برای ما مهم است گاهی اوقات بیمار می شود وعده زیادی از افراد که بیمار می شوند خوددرمانی می کند یا خیلی اوقات صبر می کنند بیماری نهایتا ازبین میرود اغلب بیماریهایی که یک فرد به آن مبتلا می شود بیماری است که در حدتحمل او هست و معمولا در حد تحمل بیمار است و خود بخود خوب می شود و نیازی به مراجعه ندارد وکافیست که بیماران بدانند چه مواقعی باید مراجعه کنند و یا چه موقعی نباید مراجعه کنند اما سطح Self care ) خود مراقبتی) و سطوح سه گانه Primary Care (اولیه ) وSecondary care (ثانویه )و Tertiary(ثالثیه ) را داریم که به ترتیب تخصصی تر می شوند.

Primary Care یا مراقبت های اولیه :مجموعه ای از مراقبت ها هستند که در یک قالب ادغام یافته و کاملا قابل دسترس است به بیمار ارائه می شوند این مجموعه مراقبت ها قسمت عمده مشکلات و نیاز های شخصی افراد را برآورده می کنند مبتنی برای یک ارتباط مداوم و پایا برای بیمار و خانواده شان هستند و ارائه خدمت مراقبت با در نظر گرفتن محیط فرد است که این تعریف کمی Primary Care ارائه می شوند.

اما Primary Care عملا یک تیم داردکه مسول ارائه مراقبت های اولیه است این تیم در کشورهای مختلف به اشکال مختلف تعر یف می شود. پزشکان خانواده – پزشکان عمومی ،متخصصین داخلی ،متخصصین طب اطفال و زنان و پرستاران خانواده در کشور – بهورزان - دستیاران پزشک اینها یک جمعی هستند که ارائه دهندگان مراقبت های اولیه شناخته می شوند و یک تیم هستند و یکی از اصول مراقبت های اولیه این است که در روابط بین اعضای تیم تعریف شود.

در اغلب کشورها ی دنیا محور تیم مراقبت های اولیه پزشک خانواده است که در بعضی کشورها به عنوان پزشک عمومی یا تخصصی شناخته می شود همانطوریکه در مباحث قبلی اشاره شد تعاریف مشخصی دارد یکی از تعاریف آن طبابت خانواده که به صورت توصیفی بیان می شود پزشک خانواده پزشکی است که مدرک تخصصی طبابت خانواده را دارد و کارش ارائه مراقبت های اولیه در طول زمان به افراد و خانواده ها و جمعیت تحت پوشش است و این مراقبت ها بدون در نظرگرفتن سن وجنس و وضعیت بیماری وسلامت اولیه فرد ارائه می کند و نهایتا تلفیق این ویژگیها است که پزشک خانواده را شکل می دهد یکی از ویژگیهای پزشک خانواده این است که سعی می کندکه تشخیص زودرس را بداند ودر مدیریت بیماریها جنبه های مختلف بیولوژیک روانی و اجتماعی بیمار را با همدیگر در نظر بگیرد وسعی می کند در مراقبت ها یک حس همدلی با بیمار را بیان کند و از جنبه های مختلف با بیمار همدلی کند وآنجا که نیازمند حمایت اجتماعی است این کار را از بیمار دریغ نکند و همچنین یکی از وظایف دیگر این است که در رابطه با بیمار یهای مزمن و رایج به پزشک خانواده در طول زمان به واسطه آن شناختی که از فرد و خانواده اش پیدا می کند می تواند بهترین مراقبت ها را ارائه دهد و این ارتباط طولانی مدت باعث می شود که پزشک خانواده یک اطلاعات کامل از بیمار و خانواده اش داشته باشد که هیچوقت یک پزشک دیگر در برخورد با آن نمی تواند از آن آگاه شود .در واقع پزشک خانواده رهبر تیم سلامت و مدیر و هماهنگ کننده تیم است و جدای از اینکه بخشی از مراقبت ها را در مطب ارائه می دهد در دل جامعه و خانواده و منزل هم ارائه می دهد چون فقط سلامت فرد بعهده اش نیست بلکه سلامت آن جامعه را برعهده دارد که **اهمیت تعریف پزشک خانواده از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت who)) این است :**

**1-پزشکی که مراقبتهای عمومی را ارائه می دهد**

**2-مراقبت هایش در طول زمان ادامه پیدا می کند**

**3-طیف وسیعی از مراقبت ها اینجا جا می گیرد.**

**4-این مراقبت ها هماهنگ با سایر اعضای تیم خدمت است**

**5-برای اینکه این مراقبت ها را با کیفیت ارائه دهد نیازمند همکاری با سایر اعضای تیم سلامت و سایرآحاد اجتماعی که به نوعی بر روی سلامت فرد و جامعه می تواند تاثیر بگذارند باید همکاری و مشارکت داشته باشد. حتما خدمت را بادید جامعه نگر وخانواده نگر ارائه دهد و حتما خدمتش جامعه نگری و واحد خدمتش هم در دل جامعه است.**

**یک ویژگی دیگر از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت System – Basedیعنی آن الزامات نظام سلامت را پزشک خانواده می بیند .**

* از هر فردی هر جنسی از هر موقعیتی و با هر مشکلی می تواند به پزشک خانواده مراجعه کند .
* پزشک خانواده مدیریت سلامت خانواده در طول زمان را بعهده داردContinuous)) :چه در بیماری چه در سلامت فرد ،مراقبت های پیشگیری و درمان
* Comprehensiveجامع و فراگیر: به طیف مراقبتی که پزشک خانواده ارائه می دهد اطلاق می شود پزشک خانواده هم پیشگیری و هم درمان وهم باز توانی را ارائه می دهد سلامت فیزیکی – روانی – اجتماعی و معنوی و همه ی اینها را پزشک خانواده می تواتند با هم یکجا جمع کند.
* Co- ordinated care هماهنگی و Collaborative همکاری:
* مفهوم مهم در آن وجود دارد .تیم خدمت نیازمند یک رهبر است که این رهبر پزشک خانواده است که خط اول تماس با مردم و بیماران است که بخشی از خدمت را خودش ارائه میدهد و بخشی را ارجاع میدهد که متخصصین ارائه دهند در صورت ارجاع هم مسوولیت از پزشک خانواده ساقط نمی شود.
* Multidisciplinary: تیم خدمت یک تیم چند رشته ای است پزشک خانواده بخشی از کارها را درتیم خدمت تفویض می کند به سایرین از جمله بهورز – ماما – پرستار که خودشان خدمات را راسا ارائه دهند و بخشی را با آنها هماهنگ می کند که ارجاع شوند . در هر صورت همکاری با این تیم خدمت است که بدنبال هماهنگی و همکاری بوجود می آید.
* Family oriented: باید ویژگی خانواده را در نظر بگیرد تاثیرفرد بیمار بر شرایط خانواده و تاثیر شرایط خانواده را بر رخداد بیماری ویا مراقبت های بعد از بیماری در نظر بگیرد و فرد را با توجه به شناخت خانواده بستری و یا مراقبت در منزل تشخیص می دهد. یعنی آگاهی از شرایط خانواده روی تصمیم گیری پزشک خانواده تاثیر می گذارد .
* Community oriented: جدای از آدرس دهی به مسائل فردی مسائل اجتماعی وجامعه تحت پوشش خود را آدرس دهی میکند و متولی سلامت فرد و جمع است و باید مشکلات جامعه را شناسایی و مداخله در سطح جامعه انجام دهد .
* Family Practice :وقتی خطوط مختلف تماس بیمار یا فرد را باسیستم سلامت در نظرمی گیریم یکی از خدمات خط اول یکی از آنها مراقبت های اولیه و بخش دیگری مراقبت اورژانسی است مثلا فردی که دچار شکستگی میشود به مراقبت های اورژانس نیاز دارد در این تعریف بخش عمده ای ازمراقبت های اولیه وبخشی ازمراقبت های اورژانسی درکنارهم قرارمیگیردکه میشود Family Practice.

**فصل6**

**توانمندیهای اساسی پزشکان خانواده:**

**The core competencies of family physicians**

در این گفتار توانمندیهای اساسی که یک پزشک خانواده به آن نیاز دارد ارائه می شود .

**همانطوریکه اشاره شد اگریک سیستم طبابت زا را یک سیستم طبابت خانواده محسوب کنیم باید یکسری ویژگی داشته باشد.**

1. طبابت عمومی باشد .
2. جامع و فرگیر باشد .
3. در تماس اولیه باشد.
4. هماهنگی بین سایر مراقبت ها دراین سطح باشد.
5. پیوستگی مراقبت ها در طول زمان خیلی مهم است .
6. خدمت خانواده نگر
7. خدمات جامعه نگر
8. مبتنی بر الزامات نظام سلامت باشد.

در مرحله اول تیم ارائه خدمت در سطح پزشکان عمومی چقدر واجد این ویژگی است طبابت پزشکان عمومی درکشورمان را میتوان طبابت عمومی در نظرگرفت (هر جنس – هرسن و هر قومیت وهرشکل) دومین مورد آیا مراقبت هایی که توسط پزشکان عمومی ارائه می شود در کشور ما فراگیر است ؟موقعی ارجاع می دانیم که تمام طیف مراقبت از پیشگیری تا باز توانی ارائه شودبدیهی است که مراقبتی که توسط پزشکان عمومی در سطح اول درکشور ما ارائه می شود .بخش عمده ای از طیف خدمات حلقه مفقود دیده میشود چون خدمت پیشگیری و ارتقاء باز توانی را کم داریم وعمده طبابت ارائه شده توسط پزشکان عمومی خدمات تشخیصی و درمانی است و چندان تحقق این ویژگی در مملکت ما اندک است بعدی در وازه بانی می باشد که فرد در اولین سطح تماس به او مراجعه نماید و دریافت خدمات تکمیلی او تعیین شود. خیلی از افراد در جامعه ما مخصوصا در جامعه شهری ترجیح میدهندکه اولین مراجعه خود را به یک پزشک متخصص داشته باشند.فردی پزشک خانواده محسوب می شودکه هماهنگ کننده کل تیم سلامت می باشد وکل خدمات را هماهنگ می کند و مسولیت سلامتی بیمار را می پذیردکه بخشی را خودش ارائه میدهد وبخشی را محول می کندبه سطوح دیگر ولی هماهنگی با خود پزشک خانواده است بسیارکم پزشک عمومی این نقش را بعهده دارند و ارجاع به مراکزبالاترکم رنگ است مگر اینکه بیمار خودش از مراجعه به پزشک عمومی نتیجه نگرفته مراجعه به مراکز بالاتر می کند.ویژگی بعدی پیوستگی مراقبت ها در طول زمان که تعهدی بین پزشک و بیمار برقرار می شود ولی در جامعه بیماران پزشکان خود راعوض می کنند ویا به اولین پزشکی که دسترسی دارند مراجعه می کنند .

Family oriented ویژگی خانواده بر سلامت فرد وتاثیر بیماری فرد بر خانواده که معمولا خیلی دیده نمی شودوخیلی اوقات بیماری فرد را درمان می کنیم حتی خود فرد در نظرگرفته نمیشود و درمان نمی شود و خانواده اش در نظر گرفته نمی شود این ویژگی کم محقق می شود.

جامعه نگری : بسیار کم توسط پزشکان عمومی پیگیری می شود پزشکان عمومی ما در درمان بیمار یک جامعه را مد نظر قرار نمی دهندو مشکلات و مداخلات و درمان را درسطح جامعه ارائه نمی دهند.

طبابت مبتنی بر الزامات سلامت هم توسط پزشکان عمومی محقق نمی شود یعنی چه ؟ یعنی پزشکان عمومی ما وقتی می خواهند به بیمار خدمت ارائه دهند به این نکته توجه نمی کنندکه الزامات و یا محدودیتهای سیستم سلامت چیست ؟آیا بررسی شده در این قسمت آیا یک گایدلاینی وجود دارد آیا یک ارزیابی سلامت صورت گرفته قیمت این دارویی که دارند می نویسند چقدر است جدای از اینکه تحت پوشش بیمه باشد یا نباشد چه باری بر روی صندوق های بیمه وارد می کند و پزشکان عمومی نگاهی خاص به این موارد ندارند پس طبابت پزشکان عمومی در کشور از تعریف پزشکان خانواده دور هستند.

**General Care :**

در هر صورت مهم است که یکسری توانمندی از قبیل انتقال دانش، انتقال مهارت ویا حتما انتقال نگرش در سطح پزشکان عمومی در کشور ما صورت بگیرد و درکنار الزامات سیستمیک در نظام ارائه خدمات در مملکت ما رخ میدهد ادعا کنیم که سوی خدمت پزشک عمومی ما در کشوربه سمت پزشک خانواده بیش میرود چه حیطه های دانش یا مهارتی باید به پزشکان عمومی ما منتقل شود تا ادعا کنیم که ارائه خدمتشان مثل پزشک خانواده باشد. اولین ویژگی ویا ملاک هایی هست که باید توجه شود.

**General Care** بدون محدودیت سنی و جنسی وقومی پس باید مدیریت کند بیماریهای شایع را در بزرگسالان باید مدیریت کند بیماریهای شایع در اطفال را این دو مورد تا حدی در برنامه آموزش پزشکان عمومی کشور ما کنترل می شود اما پزشکان خانواده باید در این خصوص مهارت بیشتری پیدا کند مدیریت بیماریهای زنان وزایمان هم جز مهارت مهم پزشک خانواده محسوب می شود.یک حیطه دیگر که ضرورت دارد بیشتر کار شود بیماریهای روانی است کشور ما مدیریت بیماریهای روانی در پزشکان عمومی پایین هست و چندین مطالعه صورت گرفته و اثبات رسیده و دومین ویژگی comprehensive care که باید کل طیف Health promotion و Prevention پوشش داده شود بازهم در اینجا یک حیطه دانش ضروریداریم که قسمتی از این طیف حیطه تشخیص و درمان بود که آن هم در این خصوص خدمات ارائه می شود و خیلی کاستی محسوب نمی شود اما در بعضی از حیطه ها خیلی مشکل داریم پزشکان خانواده خط اول برخورد با بیماران هستند و در این خط بیماران مراجعه می کنند با خیلی از بیماریهایی که هنوز تمایز پیدا نکرده و خیلی ها علائمی که دارندخودبخود برطرف می شودو لازم نیست اصولا پزشک خانواده حتمابه یک تشخیص قطعی برسد. کافیست درمان Symptomatic بکند در خصوص مراقبت ها ی علامتی و تسکینی (palliative) و پزشکان عمومی ما خیلی مهارت کافی برای ارائه این مراقبت ها ندارند .ترویج سبک زندگی سالم Health promotion در سطح فرد و خانواده و جامعه برای ما مهم است وپزشکان عمومی باید بدانند وطب پیشگیری اجزای مختلفی داردکه پزشکان خانواده باید روی همه ی این اجزا تسلط داشته باشند ارائه ی مشاوره های خاص سلامت مثلا: مشاوره برای فعالیت فیزیکی در سنین مختلف و یا مشاور ه تغذیه ای برای سنین مختلف و یا مشاوره مراقبت های جنسی برای سنین مختلف و همچنین بحث واکسیناسیون وایمنی در سنین مختلف وبحث پیشگیری شیمیایی که خانم ها در سنین باروری باید اسید فولیک دریافت کنند تا از آسیب ها ی عصبی در جنین پیشگیری شودو بحث غربالگری هم یکی از موارد مهم هست که پزشکان خانواده باید روی آن تسلط داشته باشند.

**پس بحث 4 پایه اساسی طب پیشگیری این موارد است :**

1. بحث مشاوره های پیشگیرانه
2. ارائه کموپروفیلاکسی
3. بحث ایمنسازی واکسیناسیون
4. بحث اسکرینینگ

که چهار پایه اساسی Prevention محسوب می شوند بحث باز توانی که یک حلقه مفقوده مهم دارد که بحث طب فیزیکی وطب باز توانی است که پزشکان عمومی ما به هیچ وجه در این زمینه مهارت کافی ندارند مثلا بعد از Post MIو یا Post Stroke ویابعد از ضربه مغزی ویا شکستگی آن مراحل باز توانی که باید طی شود تا به زندگی خود برگرددو فعالیت اولیه خود را پیدا کندکه پزشکان عمومی دراین خصوص مهارت کافی ندارند و جزء مهارت دانش ضروری است که باید به پزشکان خانواده منتقل شود.

**سه ویژگی مرتبط: First contact ،coordinated ،continuing care**

یکی از مراقبت های سلامت خط اول:

First contact و coordinated و پیوستگی مراقبتها continuing care که نیاز مند یکسری مهارت است ، فرد باید حتما خط اول تماس باشد تا بتواند هماهنگی ایجاد کند و در طول زمان هم بتواند این مراقبت را ادامه دهد اگر این مهارت ها بخواهد عملی شود پزشکان خانواده باید نظام ارائه خدمات سلامت را بشناسندکه به آن Health Delivery system میگوییم که اینsystem Health care با Health system متفاوت می باشد.پس پزشکان خانواده باید با شکل وشمایل وکارکرد نظام ارائه خدمات سلامت و همچنین با مراقبت های مدیریت شده آشنا شوند و مهارت لازم را کسب کنند و عهده دار آن می شوند و محور مراقبت مدیریت شده را تشکیل میدهند .ویژگی بعدی Case management است که یک تعریف معروف داردکه در بحث های بعدی بیشترصحبت می شود.درواقع Case management به این امر اطلاق می شود وقتی یک فرد به سیستم سلامت مراجعه می کند همه مشکلاتش به عنوان یک فرد یکجا دیده شود و تیم سلامت همه مشکلات را یکجا مدیریت کند به عنوان مثال یک فرد دیابتی که مراجعه می کند چشمش رتینوپاتی دارد وکلیه اش نفروپاتی دارد اعصاب محیطی اش نروپاتی دارد و فشار خونش بالاست یک تیم مراقبت باید او را مراقبت کند. متخصص چشم و کلیه و ارتوپدی باید هرچند گاهی مشکلات پایش را مدیریت کند و اما فردی که طرح مراقبت را می ریزد و هماهنگ می کند پزشک خانواده است که باید همه مشکلاتش را با یک طرح مراقبتی مدیریت کند پس یکی از اصول کارکرد پزشک خانواده همین Case management است که یک امر مهمی است .یک امر مهم دیگر که باید پزشکان خانواده بدانند اصول رهبری و مدیریت است یعنی وقتی می گوییم کار پزشکان خانواده هماهنگی است در واقع اعمال رهبری است و این پزشکان خانواده باید مهارت رهبری و تاثیر گزاری و مهارت مدیریت تیم را داشته باشد که حتی ممکنه بخشی از آن تخصصی یا فوق تخصصی باشد مدیریت گروه ،مدیریت جلسه ،اعمال رهبری جلب حمایت تمام این مهارت ها و دانش ها را باید پزشک خانواده داشته باشد چون وقتی می گوییم coordinated care(هماهنگ سازی مدیریت ها ) و یک نقش مدیریتی خاص است و از آنجایی که پزشک خانواده در خط اول تماس همه موارد را می بیند وخیلی از موارد را باید ارجاع دهد پس باید با اندیکاسیونهای ارجاع بیماریهای شایع هم پزشکان خانواده آشنا شوند.

**Family oriented:**

پزشک خانواده باید بتواند با خانواده بیمار ارتباط نزدیکی برقرارکندو بتواند جعبه سیاه خانواده

( Black box) چون خیلی مواقع خانواده هایی داریم .که با توجه به ویژگی های فرهنگی خود مایل نیستند همه ی مسائل و مشکلات خانواده را باز کنند و خیلی از مشکلاتشان حتی مشکلات جسمی شان ناشی از مسائل خانوادگی شان است پس نیاز مند آن هستیم که پزشک خانواده ما از مهارتهای ارتباطی

Communication skills برخوردار باشد بتواندمشاوره دهد Counseling بتواند یک مصاحبه اجتماعی انجام دهد پس نیاز به Social skills یا مهارت اجتماعی می باشد از آنجائیکه یا قومیتهای مختلفی برخورد می کند که دیدگاه خاص خانوادگی خودشان را دارند از یکسری از توانمندیهای فرهنگی برخوردار باشد یا Cultural Competencies می باشد و باید بتواند مراقبت های شایع در منزل ارائه دهد و بحث Home care بر می گردد به اینکه محل مراقبتها بر می گردد به منزل که بخشی از توانمندیهای پزشک خانواده است.

**بحث دیگر بحث Community oriented می باشد:**

که واحد کاریمان یک فرد نیست بلکه یک اجتماع است و باید تشخیص اجتماعی بدهیم پس باید اصول اپیدمیولوژی را بشناسدگاهی اوقات باید مداخله اجتماعی کنند پس اصول ترویج سلامت در سطح یک اجتماع را بداندگاهی اوقات باید بار عوامل خطر زا ی سلامت را در سطح یک اجتماع کاهش داد که بگوییم مثلا :در یک جامعه بی تحرکی مشکل ساز است که باید مدیریت کنیم پس مدیریت عوامل خطر زای سلامت در سطح جامعه برای ما مهم می شودگاهی اوقات در یک جامعه بیماری بار بالایی دارد مثلا : در یک جامعه بیماری سل یا دیابت یا فشار خون بار بالایی داریم پس بایدکاری کنیم بار این بیماری در جامعه کاهش پیدا کند و باید مدیریت کاهش بار بیماری در جامعه انجام داد پس این مهارت ها باید در یک پزشک خانواده باشد که تا ادعاکند که ویژگی جامعه نگری دارد ونهایتا آخرین ویژگی الزامات سلامت است کی می توانیم ادعا کنیم که پزشک ما الزامات نظام سلامت را میداند موقعی که با ساختار وعملکرد نظام سلامت آشنا باشدکه یک حیطه دانشی است که پزشک خانواده باید داشته باشد.یکی از اولویت های نظام سلامت این است که پزشک خانواده بتواند utilization management یا مدیریت مصرف کند در عین حفظ پیامدهای سلامت مصرف دروندادهای سلامت را به حداقل برساند ،مصرف کمتر با هزینه کردکمتر بتواند بیشترین output را داشته باشد بحث utilization و یا مدیریت مصرف و یا مصرف خدمات سلامت یک موضوع مهم برای ما است و اینکه بتواند از منابع سلامت به طور منطقی استفاده کند مثلا: تجویز منطقی داروها، بحث دیگر توصیه ی منطقی بررسی تشخیصی رادیولوژی بحث در خواست منطقی آزمایش ها و بحث برنامه های سلامت که معمولا در سطح مرکزی توسط وزارت بهداشت ودرمان طراحی می شود و اینجا پزشکان خانواده یک عامل اصلی برای اجرای این برنامه محسوب می شوند. تمام این موارد استناد به شواهد است وقتی می گوییم پزشک خانواده باید بتواند اولویت های سیستم و اولویت های بیمار را با تجربیات دانش خود گره بزند پس باید به مستندات مبتنی بر شواهد اتکا کند . رسیدن به جایگاه پزشک خانواده یک مسیر بسیار طولانی را طلب می کند پزشکان عمومی باید دانش ومهارت ونگرش زیاد و خاص را به خود منتقل کند تا در جایگاه پزشکان خانواده طبابت کنند.

**فصل 7**

**تداوم خدمات در طبابت خانواده**

**Continuity of care in family practice**

در این گفتار یکی از ویژگیهای اصلی پزشک خانواده که همانا پیوستگی مراقبت ها است را مورد بحث قرار میدهیم .

یکی از بزرگان در مورد پزشک خانواده ذکر می کند که به عنوان یک پزشک خانواده در طی سلامت و بیماری همراه آنها هستیم از زمان تولد تا زمان مرگ و این به نوعی مفهوم پیوستگی لحاظ شده است . سلامت و بیماری یک امر پیوسته است افراد در طول زندگی خود همیشه در یک طیف صفر تا یک بیماری حرکت می کنند و نهایتا خدماتی که ما ارائه میدهیم باید بتواند بین این دوره ها ی سلامت و بیماری طی کند و بتواند پوشش دهد یعنی اگر قرار بود بیماران ما فقط موقعی که بیمار شوند به ما نیاز داشته باشند عملا بحث پیوستگی مراقبت ها آنقدر اهمیت پیدا نمی کند اما زمانی که بین اپیزودهای بیماری حاد بیماران زندگی می کنند در همان زمان برای وضعیت بعدی سلامت خود نقش آفرینی می کنند وبه همین دلیل است که مراجعات اپیزودیک و پراکنده باعث نمی شود که بتوانیم یک امری را که در واقع یک ماهیت پیوسته دارد بتوانیم مدیریت کنیم پس وقتی می گوییم ماهیت سلامت افراد یک ماهیت پیوسته است این در واقع طلب میکند که نوع مراقبت ها هم یک مراقبت پیوسته باشد .

**DeFinition :**

با این دید گاه وقتی یک تعریفی از پیو ستگی مراقبت ها می خواهیم داشته باشیم یک ارتباط طولی در طول زمان بین بیمار و مراقبت کننده که اغلب همان پزشک خانواده است که طی این ارتباط طولی فرد ممکن است وضعیت های مختلف سلامت وبیماری را در خود ببیند اما در تمام طول این طیف پزشک هست که مسول پیشگیری و ترویج سلامت و حفظ سلامت است البته اگر در طول این زمان یک بیماری رخ دهند تشخیص ودرمانش را هم انجام میدهد که البته یک ارتباط طولی بین فرد با یک پزشک است در طول زمان طیف وسیعی از سلامت پیشگیری مراقبت و آموزش که مدیریت آن بعهده پزشک خانواده است .

برای اینکه متوجه این امر شویم یک آمار ی را توجه کنیم که یک پزشک خانواده بطور متوسط در طی یک دوره پنج ساله نسبت بار هر کدام از بیماران خود را می بیند عملا این مراجعات متعدد و شاید بتوان گفت تعاملات متعدد باعث می شود که بین پزشک و بیمار تعامل و ارتباط صورت بگیرد و شناختی که پزشک از مسایل و اولویت های بیمار خود پیدا می کند باعث می شود که مراقبت بهتری صورت گیرد .

یک موضوع خیلی مهم این است که وقتی چیزی به نام پیوستگی مراقبت هارا داریم از دید افراد مختلف به صور مختلف دیده می شود وقتی دیدگاه پزشکان خانواده و یا عمومی است بحث پیوستگی به آن معنی است که هر فرد یک پزشک داشته باشد یعنی بحث پزشک شخصی یا پزشک خانوادگی مطرح می شود و اینکه هر فردی یک پزشک مشخص داشته باشد این یک مسئله اصلی است که ایجاد تداوم مراقبت ها را می کند علی القاعده یک فرد است که این مسولیت را بعهده می گیرد یا تعداد اندکی افراد هستند که این مسولیت را بعهده می گیرد و نهایتا به صورت هماهنگ با سایرین مراقبت ها را بعهده می گیرد با دیدگاه یک پزشک خانواده یا عمومی، یک خانواده یک پزشک و یا یک پزشک برای خانواده مسئله ای است که باید به آن توجه کنیم.

با دیدگاه پزشکان بیمارستانی وقتی بحث تدوام مراقبت می شود عمدتا بحث hand overs می شود یعنی فردی که تا حالا بیرون داشته مراقبت های سرپایی دریافت می کرده به چه شکل مشکل سلامتش منتقل شود به بیمارستان و مراقبت ها مستمری دریافت کند و موقع ترخیص چگونه مجددا این مراقبتهایش منتقل شود به پزشکی که پیش از این مراقبت های سر پایی را انجام میداده و این خیلی مهم است هرچند که این انتقال فرد از خدمات سر پایی به بستری و برعکس در واقع معقول تر و درست تر و مبتنی بر شناخت درست با انتقال صحیح تر این مراقبت ها صورت بگیرد احتمالا مراقبت از بیمار مراقبت درست تری خواهد بود عمدتا پزشکان بیمارستانی بحث شان اینست که بحث ارجاع برای admissionوبحث ارجاع برای مراقبت ها که چگونه صورت بگیرد و در واقع مراقبت های بعد از ترخیص چگونه صورت می گیرد که این هماهنگی ترخیص بین پزشکان بیمارستانی و پزشکان سر پایی مهمتر ین چیزی است که پزشکان بیمارستانی به آن توجه میکنند.

البته سیاستگزاران سلامت وقتی بحث پیوستگی مراقبت ها مطرح می شود بحث شان این است که چگونه بین سطوح مختلف خدمات دارد تبادل اطلاعات صورت می گیرد بین سطح سیاستگذار و ارائه خدمت و بین ارائه دهندگان خدمت و بین بیمار و پزشکان مراقبین خود چگونه این انتقال اطلاعات دارد صورت میگیرد به همین علت وقتی می گوییم تبعیت گاید لاین های ملی یعنی در واقع یک مصداق پیوستگی مراقبت ها می دانند و یک ادغام بین سطح سیاستگزاری و سطح ارائه دهندگان خدمت دارد صورت میگیرد . پس دید گاه نسبت به پیوستگی مراقبت ها متفاوت است از طرفی خود بحث پیوستگی و مراقبت ها یک نسبت بوده یعنی قبل از اینکه این همه پزشک و پزشک متخصص داشته باشیم و یک پزشک داشتیم وعمده پزشک ما در سطح پزشک عمومی داشتند طبابت می کردند و معمولا در واقع در جامعه ای که زندگی می کردند یکی ثابت بودند شناخت متقابل پیدا میکردند از افراد و خانواده و بالعکس پزشکی بوده که کار قضاوت هم میکرده یعنی در این شکل تداوم در طول زمان باعث اعتماد متقابل می شده است یعنی خانواده ها مشکل حقوقی خود را پیش پزشک می آوردند که حل میشده است یعنی از گهواره تا گور این پزشک پزشک فرد بوده است پس در واقع یک سنت قدیمی بوده و بتدریج باعث تخصص گرایی و یا حرفه ای شدن طب این ارتباط آرام آرام محو شده و مجددا دنبال این هستیم که این ارتباط را برقرار کنیم .

خیلی جالب است که آقای Benahan اشاره ای داردکه وقتی می گوییم پیوستگی مراقبت ها ،عمدتا بحث ما یک بحث قرار نا نوشته دارد نگرشی است یعنی اعتمادی است که به دنبال تداوم صورت می گیرد.و این اعتماد دو طرفه باعث افزایش کیفیت مراقبت ها و تداوم بهبود پیامد های سلامت می شود.

همین موضوع را آقای مک وینی یک اشاره ای به آن دارد یعنی وقتی می گوییم تداوم مراقبت ها ،بحث زمان نیست بلکه بحث چیزی ورای زمان است که بحث مسولیت پذیر است که یک پزشک در طول زمان مسولیت سلامت را عهده می گیرد و به این نکته توجه دارد که از امروز تا هر زمان که شما بخواهید مسولیت شما را عهده دار هستیم در وضعیت سلامت و بیماری من مسولیت شما را بعهده دارم و آقای مک وینی بحث مسولیت پذیری را قلب مراقبتها می داند نه زمان را ،که مثلا این پزشک حالا ده سال چون پزشک من بوده پس پیوستگی مراقبت ها رخ داده ،اگر این فرد مسولیت سلامت من را پذیرفته و پیوستگی مراقبت ها رخ داده باشد واقعا کمتر مراقبت ها معنی پیدا می کند.

به همین دلیل است که خیلی می گویند وقتی می گوییم پیوستگی یعنی یک فرد مدیریت مراقبت ها را بعهده بگیرد و یا اطلاعات را بتوانیم به یک فرد بسپاریم و این فرد بتواند در اختیار سایرین قرار گیرد یعنی پرونده سلامت فرد در دست یک پزشک خانواده باشد و اگر متخصصی خواست با آن ارتباط پیدا کند و سابقه پیشینه فرد را بگوید از همه مهمتر بحث ارتباط نگرشی و یا یک ارتباط عمیق بین بیمار و پزشک است .

یکی دیگر از محققین معروف برای مفهوم پیوستگی **با هفت C ویژگیهایش** را توصیف میکند:

**:Contact-1** تماس منظم در طول زمان با بیمار خود داشته باشد دسترسی و تماس منظم و قابل اعتماد

-**2 :Collaboration**یعنی پزشک و بیمار بتوانند با همدیگر طرح مدیریت را رویش کار کنندو موقعی این موضوع تحقق پیدا می کند که پزشک و بیمار در کنار هم باشند و به هم اعتماد داشته باشندو آن زمان هست که می توانند با همدیگر کار کنند.

**3 -Communication** است یعنی برقراری ارتباط پزشک و بیمار بدون هر سد و مانع و بدون واسطه این برقراری ارتباط تسهیل باشد .

**Co- ordination-4 :** وقتی در طول زمان مسولیت سلامت شما را بعهده دارم پس در طول زمان اگر نیاز به فرد دیگری داشته باشید این فرد را من هماهنگ می کنم و آن فرد یا پزشک متخصص وقتی مراقبت تخصصی خود را ارائه داد نتیجه بیمار را به پزشک خانواده خود بر گرداند چون در طول زمان فن مسوول مراقبت او هستیم .

**Convenience-5:** سهولت دسترسی بلاخره اگر قرارباشد فردی در طول زمان یک ارتباط مداوم با پزشک خانواده داشته باشد باید دسترسی او به پزشک کار آسان و ساده باشد پس بحث جغرافیا ودسترسی و بحث اینکه فرد در صف قرار نگیرد و هیچ سدی وجود نداشته باشد.

**-6 Consistence:**آن داده ها و اطلاعاتی که در بیمار وجود دارد یک ثباتی وجو داشته باشد در یکجا و اطلاعات ضد نقیض در مورد بیمار در پرونده ای مختلف و جاهای مختلف وجود دارد و طرح کلی مراقبت از بیمار در یکجا وجود دارد و به صورت کاملا پایا و قابل اعتماد

**-7** **Contingency :** یعنی به صورت خیلی ساده و سریع به مشکلات و مسایل و بیماریهای بیمار پاسخ دهد یعنی آمادگی برای واکنش در یک فرد باید وجود داشته باشد وآن فرد همان پزشک خانواده است .

الان بحث تداوم مراقبت ها اینکه که وقتی بیماری بستری می شود مراقب اصلی اش در زمان بستری هم باید پزشک خانواده باشد در هر کشوری قانونی داریم مثلا در کانادا قانونی دارند که هر وقت مثلا بستری شد حتی اگر به صورت اورژانس بستری باشد و بدون اطلاع پزشک خانواده باشد باید بلافاصله به پزشک خانواده اطلاع داد ( طی 24 ساعت ) که بیمار شما در بیمارستان بستری شده است و اگر پزشک خانواده خواست بیاید و مراقب بیمار خود باشد و در زمان ترخیص هم باید بلافاصله مراقبت های بعد از ترخیص به صورت مکتوب به پزشک خانواده اطلاع رسانی شود.

این موضوع به جایی رسیده که خیلی از بیمارستانها وقتی فردی بستری می شود دعوت می کنند از پزشک خانواده به عنوان یک عضو تیم مراقبت های بستری در بیمارستان در ساعتی که می تواند حضور پیدا کند و در بعضی از بیمارستانها مسولیت تیم مراقبت همان پزشک خانواده و سرپایی بعهده می گیرد و بررسی در کشور کانادا شد که 81 درصد مردم کانادا از این موضوع که پزشک خانواده آنها در گیر خدمات بستری می شود در زمان بستری استقبال می کنند و 97 درصد اعتقاد دارند که مراقبت های پس از ترخیص بعهده آنها شود در 93 درصد موارد وقتی پزشک خانواده از مطب می آید و در بیمارستان درگیر خدمات بستری می شود در عمل بیماران از کیفیت مراقبت ها راضی هستند واین تداوم مراقبتها حتی حدومرز بستری و سر پایی نمی شناسد ودارد خیلی عمیق می شود اندازه گیری تداوم خدمت تداوم مراقبت امکان پذیر است با فرمول مشخص و اگر در طول یکسال تعداد مراقبین فرد یکی باشد یعنی پزشک خانواده تمام موارد ویزیت را داشته باشد صورت ومخرج یکی می شود اندکس یک می شود یعنی همه مراقبت ها در طول یکسال توسط یک نفر انجام گرفته وحداکثر مقدار یک است و نشانه تداوم مراقبت ها است واگر اندکس صفر شود یعنی فرد به صورت پراکنده مراجعه کرده و شاخص خوبی نیست و مراقبت ها پراکنده بوده است بحث بعدی با توجه به اندازه گیری تداوم مراقبت ها چه تاثیری روی بیماری می گذارد . اخیرا یک مرور نظامند در این زمینه صورت گرفته و 41 پژوهش را که بر روی امر تداوم خدمت صورت گرفته بررسی کردند نزدیک 81 پیامد 51 پیامد یک بهبود قابل توجه داشتیم یعنی اینکه تداوم مراقبت ها توسط پزشک باعث می شود 51 پیامد مهم مختلف بهبود پیدا کند و عملا خیلی خوب است و پیامد متعددی در واقع بهبود پیدا می کند و از 41 مطالعه که هزینه ها را بررسی کردند در 35 مطالعه تداوم خدمت توسط یک فرد باعث کاهش هزینه ها می شود .

مطالعات متعدداست بعنوان مثال در یک مطالعه انجام شده دیدند که تداوم خدمت توسط یک فرد باعث رضایت بیمار می شود و بیماران داروها را بهتر و درست تر مصرف می کنند و به واسطه ارتباطی که بین پزشک و بیمار وجود دارد پزشک بهتر می تواند آموزش دهد وبیمار داروها یش را مصرف کند و تشخیص بیماریهای مزمن موقعی که فرد به پزشک خانواده خود مراجعه می کند زودتر صورت می گیرد و چون فرد به پزشک خانواده مراجعه می کند احتمال اینکه فرد به خدمات اورژانس نیاز داشته باشد و از آن استفاده کند کمتر می شود و احتمال بستری هم کمتر می شود بررسی کردند دیدند که وقتی به پزشک خانواده خود مراجعه می کنند مرگ و میر کمتر می شود وطول عمر بیشتر می شود دسترسی به خدمات بیشتر می شود .مراقبت بعد از بستری هم بهتر می شود درآنهایی که تحت نظر پزشک خانواده هستند و کمتر نیازمند بستری مجدد می شود و پزشک خانواده به خوبی مراقبت ها ی بعد از بستری را ادامه میدهد کسانی که تحت مراقبت پزشک خانواده هستند به پزشک متخصص مراجعه می کند و مراجعات به پزشک متخصص کمتر می شود تداوم مراقبت ها یک ویژگی اساسی است که همه ی پیامد های مطلوب که به دنبال آن هستیم یکجا بر آورده می کند.

**فصل8**

**جامعیت خدمات در طبابت خانواده**

**Comprehensiveness if care in family practice**

در این گفتار یکی دیگر از ویژگی های طبابت خانواده که همان مشمول جامعیت مراقبت هاست مورد بحث قرار میدهیم . اصولا امروز روز طیف خدمات سلامتی که یک فرد ممکن است در طول زندگی اش دریافت کند به قدری متنوع شده که به طور قطع همه این خدمات را نمی توانیم در یک فرد جمع کنیم و این طیف شامل طیف وسیعی خدمات از تعویض سلامت و مداخلات پیشگیری تشخیص و درمان ارجاع ،مراقبت و پیشگیری و از این قبیل هست ،حتی مراقبت از بحث صرف خدمات سلامت خارج شده و در خیلی از مراکز خدمات اجتماعی هم به مراقبت های سلامت گره خورده و به نوعی باز هم تنوع این خدمات افزوده شده است .

وقتی بحث شمول یا فراگیری را می کنیم بحث این است که جدای از اینکه تنوع این خدمات قطعا منجر شده به تخصص گرایی و شکل گیری تخصص های مختلف ولی بخش وسیعی از این مراقبت ها توسط پزشک خانواده فرد قابل ارائه است آمارها متفاوت است اما ذکر میشود که یک پزشک خانواده می تواند چیزی حدود 85 تا 90 درصد که در سطح primary care مراجعه می شود خودش و شخصا مدیریت کند . اگر ما بر عکس این اعداد را ببینیم و یا متمم این اعداد را ببینیم این اعداد دارد به ما می گوید که علی القاعده همه افرادی که مراجعه می کنند به پزشک خانواده چیزی بین 15-10 درصد آنها اندیکاسیون ارجاع به سطوح تخصصی را ممکن است پیدا کنند پس وقتی میگوییم Comprehensive of Care بحث این است که بتوانیم طیف وسیعی از خدمات را که بخش عمده ای از نیازهای بیمار هست را توسط پزشک خانواده ارائه دهیم و بحث ساده این است که در طول این طیف قسمت عمده خدمات بتواند در همان خط اول خدمات ارائه شود یک دید دیگر را از نظر جامعیت خدمات می توانیم به آن فکر کنیم بحث ابعاد مختلف بیو سایکوشیال است یعنی وقتی می گوییم خدمات جامع و فراگیر یک زمان است که به ارتقاء سلامت ، پیشگیری ، درمان و تشخیص وباز توانی فکر می کنیم یک موقع است که فکر می کنیم یک پزشک خانواده علی القاعده موقع مراقبت ها باید زوایای مختلف سلامت را که در واقع آن زاویه بیولوژیکی و فیزیکی هست و یا زاویه سایکولوژیک یا روانی که نهایتا جنبه اجتماعی است می تواند در نظر بگیرد پس در واقع یک شکل دیگر نگاه کردن به جامعیت است یعنی اگر موقعی که می گوییم یک خدمتی دارد ارائه میشود بحث ما این است که پزشک خانواده وقتی یک فردی با بیماری فیزیکی مراجعه می کند حتما در واقع سلامت عاطفی و یک نگاهی به زمینه و یا پس زمینه ی اجتماعی فرد می کند و همین پس زمینه را در نظر می گیرد و د ر موقع برنامه مراقبت از بیمار و هم سعی می کند اگر امکان داشته باشد این پس زمینه اجتماعی را بهبود بخشدکه این یک رویکرد یک رویکرد بایوساکسوشیال می باشد پس وقتی می گوییم بیماریهای شایع در واقع در سطح خودش انجام بدهد و بیماریهای غیر شایع را یا بیماریهایی که مدیریت آنها امکان پذیر نیست مداخلات تهاجمی می خواهد را به موقع شناسایی و ارجاع کند. بیماریهای common شایع یک بیماری یک در هزار بیماران به آن مبتلا هستند بیماریهای شایع می گویند یعنی اگر در مطب پزشک خانواده از هزار بیمار یک مورد این بیمار را داشته باشد شایع است و منطقی است .

چون چک لیست های متعددی در زمینه جامعیت وجود دارد یکسری از خدماتی که در سطح طبابت خانواده ذکر می شود در سطح طبابت خانواده ذکر می کنیم :

برداشتن خال –بخیه کردن و برداشتن کیست های آسپیراسیون و تزریقات داخل مفصل ، خارج کردن جسم خارجی از بینی ریا گوش ،جا انداختن و یا بی حرکت کردن شکستگی های ساده خارج کردن ناخن شصت پا که داخل بافت انگشت گیر کرده ارائه مشاوره ی رفتاری ،مشاوره برای ترک اعتیاد گرفتن نوار قلب ساده،بررسی سلامت دهان ودندان ، گذاشتن و یا برداشتن ای – یو – دی و انجام پاپ اسمیر - اسکرنینیگ که برای هر سنی ضرورت دارد تمپانوسنتز ، تنظیم خانواده ، ایمن سازی – مشاوره برای ترک اعتیاد، اسکرینیگ بینایی ، اسکرینیگ شنوایی – ویزیت در منزل و مشاوره تغذیه ،.........

وقتی می گوییم جامعیت طیف وسیعی از خدمات است که در حیطه پزشک خانواده انجام می شود و در خیلی از کشورها این طیف وسیع تر می شود مثلا در کشورها ی توسعه یافته اندوسکوپی در حد رکموسکوپی ساده بر عهده پزشک خانواده است . در بعضی کشورها ممکن است این طیف کوچکتر

باشد. در هر صورت طیف وسیعی از خدمات باید در سطح پزشک خانواده انجام شود و قابل ارائه است و مزایایی دارد که بعدا اشاره می شود در کشورهای توسعه یافته به طور متوسط در هر ویزیت پزشک خانواده یک چهارم بیماری ویا مشکل دارد در هر ویزیت مدیریت می شود و نشان دهنده این است که بخش زیادی از مشکلات در همان سطح دارد مدیریت می شود از یک سمت می گوییم طیف وسیعی از خدمات است ممکن است در ذهن ما اولین چیزی که خطورکند این است که پزشکان خانواده تنوع زیادی از بیماریها را می بینند بله این درست است اما با در نظر گرفتن اینکه خیلی از بیماران که به پزشک خانواده مراجعه می کنند از بیماریهای شایع یا متداول رنج می برند نهایتا اینکه محاسبه می کنیم می بینیم که تعداد مشکلاتی که بار بیماریها را در سطح پزشک خانواده تشکیل می دهند خیلی زیاد نیست به عنوان مثال بررسی که در کشور امریکاصورت گرفته دیدند که 46 تا مسئله و یا مشکل سلامت 75 درصد بار بیماری در سطح پزشک خانواده رصد می شود و برای کشور استرالیا و نیوزلند 52 و 57 است که حالا می توان گفت بین 57-46 به طور متوسط 50 که اگر یک پزشک خانواده در مدیریت 50تا مشکل سلامت پیدا کند علی القاعده می تواند 75 درصد از بیمارانش را خوب مدیریت کند که البته آن 25 درصد بیماران می تواند در جات مختلفی از شیوع وتنوع داشته باشدکه درآن 25 درصد ممکن است بیماران نادر مراجعه باشند . وقتی در یک نگاه بحث پزشک خانواده را به عنوان مظهر ژنرالیزه نگاه می کنیم و مقایسه می کنیم با یک پزشک متخصص یا بالینی و یا همان مظهر اسپیشیالیزم یا تخصص گرایی می بینیم تفاوتی در دانش اینها وجود دارد به عنوان مثال گستره ویا دانش پزشک خانواده خیلی وسیعتر است اما عمق دانش یک متخصص بیشتر است و هیچ مشکلی نیست یا به عنوان مثال دانش یک پزشک خانواده یک دانش Multidisciplinary است در مورد مثلا ارتقاء سلامت سیاست و اقتصاد سلامت هم می داند و اما یک متخصص بالینی Single discipline است و دانش بین رشته ای کمتری دارد دانشی که یک پزشک خانواده دارد اغلب آنرا مهیا می کند که با یکسری کیس های تمایز نیافته مواجه شود و می گوییم یک بیماری ازآن گذشته و همه ی تظاهرات کلاسیک و یا چهار تا در آن پیدا شده اما واقعیت قضیه این است که چون پزشکان خانواده خط اول هستند خیلی از بیماران به آنها مراجعه می کنند در حالیکه هنوز بیماری آنها همه ی تظاهرات خود را نشان نداده و پز شکان خانواده متخصص مدیریت بیماران در مراحل اولیه و در واقع بیماری تمایز نیافته هستند و این خیلی مهم است .

باز وقتی مقایسه دانش می شود دانش متخصصین بالینی دیگر تشخیص و درمان است اما اطبا پزشک خانواده از پیشگیری و همه طیف باید دانش آنرا داشته باشند موضوع دیگر اینکه بیماریها در تخصص ها در یک Single system دیده می شود به عنوان مثال اگر فردی متخصص قلب است و فردی با پریکارد ناشی از لوپوس آمده است متخصص قلب فقط واز کولار سیستم را می بینند و کاری به لوپوس ندارد که به چه قسمت های دیگر ی داردآسیب میزند اما متخصص پزشکان خانواده مراقبت از بیمار و نگرش و دانش آنها مولتی پل سیستم است و در نظر می گیرد که هر بیماری ممکن است سیستم های مختلف را درگیر کند و مراقبت از بیمار یعنی مراقبت از همه سیستم های بیمار، موضوع دیگر اینکه پزشک خانواده دانش و مهارت این را باید داشته باشد تا در جایگاه جامعه این مراقبتها را ادامه دهد اما یک متخصص بالینی علی القاعده خیلی از اوقات وقتی تمام تجهیزات برایش مهیا شود دانش متخصص قابل استفاده است و عمدتا در جایگاه بیمارستانی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد .

مهارت هایی که پزشک خانواده دارد اغلب اوقات غیر تهاجمی است اما مهارت های پزشک متخصص خیلی اوقات مهارت های تهاجمی است نهایت دیدگاه یک پزشک متخصص جزء نگر است موضوع دیگر اینکه فردی که مسول می شود در یک جامعه برای مراقبت ها ی فراگیر آیا ضرورت دارد که این فرد همان فردی باشدکه برای بار اول بیمار را می بیند ؟ بله . وقتی فردی را برای مراقبت ها ی جامع مسول می کنیم این فرد باید حتما باید تماس اول باشد چرا؟ چون فردی به یک نظام سلامت مراجعه می کند مرجع اصلی آن همان فردی است که بیشترین امکان داردکه بیشتر مشکلات فرد را مدیریت کند چون بیشتر مشکلات فرد در همان سطح حل می شود و نیاز به ارجاع پیدا نمی کند پس اول بیمار را می بیند باید بیشتر امکان را برای مدیریت بیمار برخوردار است البته الان مشکلی در برنامه سلامت خودمان داریم این است که اولین سطح تماس مراجعین ما در خیلی از موارد غیر پزشک است که خود جای تامل دارد و قطعا خدمتی که یک بهورز می تواند ارائه دهد در سطح اول نمی تواند خدمت فراگیر باشد .

پزشک خانواده هیچوقت این ادعا را ندارد که در همان خط اول به تنهایی همه ی بیماریها را مدیریت می کنند به تنهایی بلکه هرنیاز باشد از سایرین نیز استفاده می کند ارجاع به بیمارستان و پزشک متخصص وتست های آزمونهای تشخیصی در مانی و پیشرفته ولی مسولیت از پزشک خانواده ساقط نمی شود و هرجا که نیاز باشد مراقبت آن 10تا 15 درصد را که ارجاع میدهد ولی مراقبت آنها را می پذیرد خیلی جالب است که مطالعات زیادی انجام شده دیدند که این فراگیری و جامعیت ویژگی اصلی آن ارائه مراقبت های اولیه است و کشورهایی را که دارای این امتیاز هستند از سایر کشورها جدا می کند یعنی کشورهایی که سیستم PHCدارند یکسری مزیت دارندکه وضعیت ارائه شان بهتر است و هزینه های مراقبت آنها کمتر است دیدند آن ویژگی و یا ویژگی های مختلف PHC که این کشورها را از سایر کشورها متمایز می کند همین فراگیری مراقبت ها ست یعنی نشان دهنده فراگیری مراقبت ها به عنوان یک ویژگی منحصر به فرد است .

چرا این ویژگی مهم است برای اینکه عملا وقتی مراقبت های خط اول ما فراگیر شود ارجاع به سطوح بعدی کمتر می شود و این خیلی مهم است و هرچه ارجاع به سمت سطوح بعدی کمتر باشد مزایای متعدد بیشتری خواهیم داشت و هزینه ها کم می شود و فقط بحث هزینه نیست ولی مراقبت هایی که در سطح اول توسط پزشک خانواده صورت می گیرد بهبود پیدا می کند .

این بحث ارجاع به متخصص در کشورهای مختلف درجات مختلفی دارد و بخش زیادی از مواردی که متخصصن در کشورهامی بیند موارد نیست که مراقب تخصصی نیاز داشته باشند به عنوان مثال در کشور امریکا ارجاع خیلی زیاد است به متخصصین و به همین علت متخصصین اغلب بیمارانی را می بیند و به عنوان یک فالو آپ روتین است بررسی کردند دیدند که یک سوم تا سه چهارم ویزیت های متخصصین در کشور آمریکا را یک پزشک عمومی هم می توانست انجام دهد.پس اگر در واقع مراقبت سطح اول درست شکل نگیرد سطح تخصصی تر باید کارهای پیش پا افتاده را که می توانست در سطح اول برطرف شود مجبورند با هزینه بالا فالوآپ کنند .همین سیستم نظام ارائه ی مراقبت های اولیه است که مشخص می کند درصد جمعیت یک کشور در یک سال به متخصص مراجعه می کنند به عنوان مثال در کشور امریکا در یک سال 40درصد جمعیت امریکا در هر سال به یک متخصص مراجعه می کنند و 54درصد از افرادی که بیماری دارند به متخصص مراجعه می کنند که این عدد خیلی بالا است در کشور کانادا کمتر می شود 31درصد ودر کشور اسپانیا 30درصد ودر کشور انگلیس که کاملا مراقبت های اولیه کاملا فراگیر ارائه می شود می بینیم که 15 درصد افراد در طول یکسال چهره متخصص را می بینند واین عدد خیلی جالب است وقتی میگوییم فردی که بیماری قلبی و عروقی دارد حتما در خیلی از موارد نبایدتوسط یک کاردیولوژیست دیده شود . کاردیولوژیست در واقع یک طرح مراقبت تخصصی را طراحی می کند و می نویسد و برنامه ریزی می کند اما مسول اجرای این طرح مراقبتی خود پزشک خانواده است . به همین دلیل است که در کشورهای مختلف همه بیماریها یسیستم های خاص رادارند الزاما به پزشک متخصص مراجعه نمی کنند می بینیم که به فرض مثال در یک آمار فقط 36 درصد افرادی که بیماریهای قلبی دارند اپیزود بیماریشان توسط متخصص دیده می شود یعنی در سایر موارد توسط پزشک عمومی ویزیت و مراقبت می شوند. یا 22 درصد افرادی که دارای بیماریهای اسکلتی و عضلانی هستند اپیزود بیماریشان توسط ارتوپد مدیریت می شود سایر موارد توسط پزشک عمومی مراقبت می شوند و 40 درصد افرادی که مشکلات سیستم عصب مرکزی دارند اپیزود توسط پزشک متخصص اعصاب ویا نورولوژیست مدیریت می شود و 60 درصد موارد توسط پزشک عمومی مدیریت می شود پس می بنیم که مثلا خیلی از بیماریها علی الخصوص بیماریهای مزمن فقط بار اولش توسط یک متخصص مدیریت می شود و در سایر موارد توسط پزشک خانواده با هزینه کمتر و قابلیت دسترسی تر به او مدیریت می شود . برخلاف پزشکان عمومی ، پزشکان خانواده دانش بیشتری دارند و به خوبی می توانند بیماریها را مولتی سیستم مدیریت کنند.

پزشکان متخصص در این امر شدیدا دچار مشکل هستند و بررسی کردند دیدند وقتی یک پزشک متخصص بیماری فرد را خارج از حیطه تخصص خواسته مدیریت کند باعث مرگ ومیر بالا و مشکلات عدیده در بیماری می شود و این موضوع اثبات شده است ودر مقاله ای که در 2002 منتشر شد و یک پزشک بالینی فقط دانش در حیطه تخصصی خود دارد و کمی اگر بخواهد پایش را خارج آن بگذارد دچار مشکلات عدیده می شود . به همین دلیل یک کاردیولوژیست یا نورولولوژیست معمولا نمی تواند ادعا کند که بگوید من دارم عده ی زیادی از مشکلات این فرد را بررسی می کنم نمی تواند بگوید و این کار را انجام دهد و اگر این کار را انجام دهد معمولا با عوارض زیاد برای بیمار همراه است و ما یک متخصص پزشک خانواده در این مورد تربیت می کنیم که مراقبتشان فرا گیر است.

همانطوریکه تداوم مراقبت ها قابل اندازه گیری بود و یک شاخص خاص برایش داشتیم در خصوص جامعیت خدمات هم معمولا اندازه گیری می کنیم یک فهرست و یا چک لیست درست می کنند و یکسری مراقبت نمونه را در این چک لیست می گذارند مراقبت هایی که متنوع هستند که از کل طیف ارتقاء سلامت تا باز توانی و یا کل طیف بایوسایکوسوشیال را در نظر می گیرند و می پرسند این فرد که دارد خدمت می کند چند درصدیا چه تعداد از این موارد را دارد ارائه می کند و هرچه این عدد بالاتر باشد به یک نزدیک تر باشد می گویند خدمت جامعیت بیشتری دارد این چک لیست اگر در ایران تکمیل گردد شاخص پایین تری پیدا می کند و این شاخص می تواند از 1-0 باشد خیلی از موارد پزشکان عمومی بیماریهای روانی را ارائه نمی کنند اسکرنیک انجام نمی دهند فالوآپ های پزشکان دیگر متخصص را انجام نمی دهند به خاطر همین خدمات پزشکان ایرانی جامعیت محسوب نمی شود اگر بخواهند مدت این خدمات را ارائه دهند پس صددرصد خدماتی را که درچک لیست است ارائه شده پس شاخص جامعیت آن یک می شود حالا که می توانیم جامعیت را اندازه گیری کنیم می توانیم ارتباط جامعیت را با پیامدهای سلامت بررسی کنیم مثلا پزشکی مراقبت آن جامعیت تر است آیا پیامدهای بهتری بیمار انش دارند و بر عکس بررسی کردند مطالعات متعدد نشان داده پزشکانی که خدمات فراگیر ارائه می دهند افراد تحت پوشش آن از سطوح بالای سلامت برخوردار دارند یعنی کم تر می میرند کمتر بیمار می شوند و بیماری آنها بهتر بهبود پیدا می کند یعنی پیامد های سلامت بهتری دارندکه برای ما خیلی مهم است و فراگیرخدمات باعث بهبود پیامد می شود اینجا این مزیت جنرالیزه را نسبت به اسپیشیالیس می بینیم . بررسی کردند دیدندکه خدماتی که فراگیر ارائه می شود معمولا خانواده ها و افراد آن مراقبت پیشگیرانه را بهتر می پذیرند یعنی ما داریم متخصص پیشگیری که در واقع کارش ارائه خدمات پیشگیری است در سطح فرد و توصیه های پیشگیری را انجام می دهد وبررسی کردند دیدندکه اگر یک پزشک خانواده داشته باشیم که همین خدمات پیشگیری را ارائه دهد .معمولا برای بیماران پذیرش بیشتری خواهند داشت بیماران نگاه می کنندو می گویند این پزشک ،پزشکی است که تشخیص میدهد و درمان می کند حالا توصیه پیشگیری اش را هم می پذیریم پس این خیلی مهم است که توصیه پیشگیری و توصیه های تغییر رفتار زندگی یا تغییر سبک زندگی معمولا توسط یک جنرالیزو در قالب یک جز از طیف وسیع خدمات ارائه می شود از طرف بیماران راحت تر پذیرفته می شود و در این مورد مطالعات متعددی وجود دارد . وهمچنین بررسی کردند دیدند وقتی یک فرد بیماری مزمن دارد و توسط پزشکی که مراقبت های فراگیر ارائه میدهد احتمال اینکه این فرد بیماری مزمن تشدید شود ومنجر به بستری شود کمتر است یعنی فردی که مشکل فشار خون دارد فشار خون درمان دارویی مشخص دارد اما اگر این فرد به پزشک خانواده مراجعه کند می دانیم که پزشک خانواده هم پیشگیری را انجام میدهد هم سبک زندگی اش را می خواهند تغییر دهد و به همین دلیل این فرد با فشار خون احتمال اینکه یک حمله حاد پرفشار خون بخواهد بستری شود کمتر خواهد بود . پس نتیجه می گیریم که فراگیری یک ویژگی اساسی در پزشک خانواده است و این در واقع لزوم تسلط پزشکان خانواده را برکل طیف ارائه خدمات سلامت از در واقع آ؛موزش ، ترویج سلامت از پیشگیری تا باز توانی را برای ما مشخص می کند.

**فصل 9**

**هماهنگی خدمات طبابت** **خانواده**

**practice Care co- ordination in family**

یکی از بزرگان علم آموزش پزشکی مطرح می کند که پزشکان خانواده مثل نوارهایی هستند که همه چیز را در سیستم به هم وصل می کنند و این یک مراقبت است.

Family physicians are ribbons that tie everything together و شاید مصداق واقعی این جمله در بحث هماهنگ سازی مراقبت ها در واقع تجلی پیدا می کند .

تعریف Care coordination یا هماهنگ سازی مراقبت ها : یک کارکرد یا یک فعالیت کاملا مشتری محور است که با یک رویکرد بین رشته ای نیاز های بیمار یا خانواده اش را بررسی می کنیم و سعی می کنیم با علم به خدمات متفاوت که توسط سایرین مراقبت سلامت یا مراقبین اجتماعی قابل ارا ئه است یک طرح جامعی را برای مدیریت مشکلات این فرد یا خانواده طراحی می کنیم

و به دنبال آن هماهنگ سازی با این ارائه دهندگان مراقبت سلامت و مراقبت اجتماعی و همچنین پیگیری و ارزیابی نتیجه خدمت آنها را بعهده می گیرد. یعنی در بحث هماهنگ سازی خدمات کار پزشک خانواده صرفا از اینکه بیماررا ببیند و از پس بیمار بر نیاید و ارجاع دهد نیست بلکه کار خیلی بیشتر از این است و کل مشکلات بیمار را ارزیابی پمی کند پس در مرحله اول یک ارزیابی وجود دارد و بعد نقش و سهم هر یک از مراقبین در ارائه مراقبت ها که خودمان هم در آن تیم هستیم به عنوان پزشک خانواده مشخص می کنیم و هریک از آن افراد غیر از خود پزشک که در بیماری فرد نقش آفرین هستند هماهنگی لازم صورت می گیرد بیمار تا آنجا که لازم است با هماهنگی قبلی پیش اینها ارجاع می شود پیگیری می کنیم که آن مراقبت چه چیزی را در بر داشته و نتیجه را ارزیابی می کنیم و دنبال این هستیم که طرح جامع مراقبت از بیماریکجا دارد انجام می شود یا نه پس بحث هماهنگ سازی مراقبت ها ،بحثی هست ورای ارجاع بیمار به سطوح تخصصی تر.

به نوعی در واقع هماهنگ سازی تسهیل دسترسی بیمار است به آن مراقبت ها یا خدماتی که در سطح اجتماع به آن نیاز دارد این خدماتی که علی القاعده به عنوان پزشکان خانواده مجبور هستیم و یا باید آن را هماهنگ کنیم ممکن است بخشی خدمات خصوصی و یا دولتی باشد می تواند خدمات سلامت و خدمات اجتماعی باشد.آنچه که مهم است این است که در بحث هماهنگ سازی ما نیازها رامشخص می کنیم وقتی بعضی از نیازها را که هنوز شکل نداده پیش بینی و اولویت گذاری می کنیم و نهایتا در واقع هماهنگ می کنیم و همیشه پایش می کنیم که چگونه دارد صورت می گیرد پس به همین خاطر است که یک هماهنگ کننده مراقبت ها در مملکت ما پزشک خانواده این نقش خطیر را بعهده دارد حتما باید دسترسی به یک شبکه وسیعی داشته باشد به افراد مختلفی که بتوانند بالقوه بخشی از مراقبت ها ی بیمارش را بعهده بگیرد یک پزشک خانواده فردی است که علی القاعده از پیش شناسایی کرده یا از سیستم سلامت برایش تعریف شده یا اگر تعریف نشده شناسایی کرده که چه افرادی می توانند در تعامل با او بخشی از مراقبت ها را به بیمار انشان ارائه دهند پس بر قراری ارتباط Net working جزئی از این بحث استAdvocacy وجلب حمایت گرو ههای مختلف جزئی از کارکرد هماهنگ سازی مراقبت ها محسوب می شود و مشکل اساسی در زمینه هماهنگ سازی وجود دارد الان نزدیک سه دهه است که وقتی بحث طبابت خانواده یا طبابت عمومی می شود ما این ویژگی ها را برایش بر می شمریم که First contact هست ، تداوم مراقبت و فراگیری مراقبت و هماهنگ سازی مراقبت ها است اما بین همه ی این مقولات فوق هیچکدام از این موارد به اندازه ی هماهنگ سازی مراقبت ها دشوار نبوده است یعنی عملاوقتی بر میگردیم و مراقبت های 30 ساله نظام ارائه خدمات اولیه و نظام های مبتنی بر ارائه خدمات پزشک خانواده را بررسی می کنیم می بینیم که بحث هماهنگی پزشک خانواده یا عمومی با متخصصین وخدمات جانبی داروساز و مراکز بستری طولانی مدت است که همیشه مشکل ساز بوده پس یک مشکل اساسی در زمینه هماهنگ سازی مراقبت ها وجود دارد . این موضوع یک امری مهم است که بررسی کردند 46 درصد پزشکان خانواده گزارش کردند که بخشی از مشکلات سلامت بیمارانشان به سبب این است که آنها آنطوریکه باید نتوانستند هماهنگ سازی بین مراقبت های خودشان و دیگران صورت بدهند که این پژوهش در سال 2005 مشخص شده است عدد بالایی است و پزشکان خانواده 46 درصد از مشکلاتشان را عدم تحقق اهداف درمانی خود را به سبب مشکلات هماهنگ سازی می دانند .

همچنین بررسی شده دیدند از بیماران پرسیدند که موارد وقتی یک بیمار به پزشکان مختلف مراجعه می کنندتوصیه هایی که توسط پزشکان مختلف به این بیماران می شود با همدیگر ضد نقیض هست وقتی بیمار هم می فهمد که توصیه هایی نیست که با هم همخوانی داشته باشدوعلت اصلی آن عدم هماهنگی و عدم برقراری ارتباط بین پزشک مختلف است خود این هم یک علت اساسی دارد که پزشکان به خودی خود با هم مرتبط نمی شوند مگر اینکه یک فرد نقش هماهنگ سازی مراقبت سلامت را بعهده بگیرد.بحث مراقبت ها درسطح مراقبت های اولیه یک امر نسبتا متداول است قبلا هم اشاره شد که چیزی حدود 15-10درصد ویزیت هاکه در سطح مراقبت اولیه توسط پزشکان خانواده صورت می گیرد. نهایتا ارجاع به یک فرد متخصص صورت می گیرد بیمارستان یا جایی دیگر، پس نهایتا 15-10 درصد موارد این ها هماهنگ سازی مراقبت ها منجر به ارجاع می شود.

بررسی کردند که چرا پزشکان خیلی روی این کار کرد اساسی و مهم وقت نمی گذارند تصور کنید مثل یک تیم ورزشی نه مربی دارد و نه کاپیتان داخل زمین دارد معمولا تیم های سلامت اینچنین عمل میکنند این بررسی ها نتایج مهمی داشته مشاهده شده که یک پزشک به طور متوسط 30دقیقه فقط زمان اینترا ویزیتش هست یعنی یک ویزیت 30دقیقه ای با بیمار خودش دارد در واقع بین دو ویزیتش به طور متوسط 7-6 دقیقه است وعملا چیزی حدود 18 درصد کارکرد پزشکان بین ویزیت هاست .آن زمانی که برایش پرداختی صورت نمی گیرد یعنی زمان بین دو ویزیت نه بیمه پرداخت می کند نه بیمار پرداخت از جیب دارد معمولا 18درصد زمان بین این قضایاهست وتقریبا یک پنجم کاری که این پزشکان دارند انجام میدهند بدون پرداخت است .

حالا ببینیم این زمان 7دقیقه ای بین ویزیت ها چه میگذرد آمدند بررسی کردند دیدند زمانی که پزشکان بین ویزیت ها دارند 7 دقیقه وقت می گذارند نزدیک به سه چهارم زمان بین ویزیت صرف تعامل با سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت و هماهنگ سازی بین بیمار و خانواده و بیمارستان و افرادی که قرار است برایشان ارجاع شوند صورت می گیرد یعنی چه ؟ یعنی اینکه عملا یک پنجم زمان وقت پزشک در مطب صرف هماهنگ سازی می شود که برایش پرداخت نمی شود چون برایش چیزی پرداخت نمی شود پس برای پزشک هم اولویتی پیدا نمی کند به همین علت اطبا به خود بخود برای هماهنگ سازی خیلی ارزش قائل نیستند چون در واقع نفعی مستقیم به واسطه آن ندارند.آقای فاربر بررسی کردند دیدند که یک پزشک در شیفت صبح و عصر که در مطب حضور دارد در هر شیفت ویا بعد ازظهر به طور متوسط 47 دقیقه صرف هماهنگ سازی می کند که هیچ پرداختی برایش صورت نمی گیرد .پس توجه به این موضوع که هماهنگ سازی وقت گیر است و برای این موضوع هیچ چیزی پرداخت نمی شود پس وقتی این دو موضوع را کنار هم می گذاریم می فهمیم که چرا برای هماهنگ سازی مشکل داریم باید برای هماهنگ سازی وقت گذاشته شود و برای وقتی که گذاشته می شود پزشک خانواده باید پاداش خاص خودش را ببینید.یک موضوع دیگری که خیلی مهم است تفاوت بین هماهنگ سازی و ارجاع است .در ارجاع پزشک بیمار را می فرستد به نوعی از بار مسولیت مدیریت شانه خالی می کند .ولی در بحث هماهنگ سازی این بیمار با اطلاعات در واقع جابجا می شود پس هماهنگ سازی جریان اطلاعات است نه صرفا جابجای فیزیکی بیماریا فرستادن بیمار توسط یک آمبولانس به هیچ وجه اینطوری نیست پس در هماهنگ سازی آنچیزی که اصل است جریان اطلاعات است و مشاهده کردند دیدند که اغلب اوقات وقتی یک پزشک خانواده بیماری را به متخصص مربوط ارجاع می کند معمولا جریان اطلاعات در هیچکدام از دو جهتی که باید رخ دهد ،رخ نمی دهد یعنی نه آن متخصص مربوطه در جریان اطلاعات ضروری که پزشک خانواده صرفا به آن دسترسی دارد قرار می گیرد نه بالعکس اگر مراقبت تخصصی ارائه شد این اطلاعات به پزشک خانواده بر می گردد و به پزشک خانواده منتقل می شود پس یکی از مشکلات اساسی ما در هماهنگ سازی این است که خیلی اوقات هماهنگ سازی مراقبت ها صرفا در حد ارجاع تنزل درجه پیدا می کند.

یک بحث اساسی که صورت می گیرد که هماهنگ کننده مراقبت ها حتما باید دروازه بان ورود به مراقبت های سلامت یک gate Keepers باشد. حتما باید اولین سطح تماس با بیمار باشد چرا ؟ تصور کنید به یک موسسه مراجعه کنید و زمان خروج از آن موسسه با 15 نفر برخورد داشته باشند و یکی ادعا می کند که نفر ششم یا هفتم هماهنگ کنند بوده این عملا پذیرفته نیست چرا ؟پس 5 نفر اول یعنی به طور غیر هماهنگ مراقبت ها را ارئه کردند همیشه هماهنگ کننده باید نفر اول باشد پس به همین دلیل است که نقش gate Keepers و یا نقش دروازه بانی نظام سلامت را فکر می کنیم فقط بحث ،بحث مالی است و بحث جلوگیری از خدمات تخصصی است در صورتیکه نه اینطور نیست بحث دروازه بانی و اصل دروازه بانی بحث هماهنگ سازی آن است تا زمانی که دروازه بانی نباشد نمی تواند هماهنگ کننده مراقبت ها باشد.

هرچه بیماری که به پزشک خانواده مراجعه کرده بیماری شایع تری داشته باشد احتمال ارجاع به پزشک متخصص کمتر است . هرچه میزان شیوع مشکلی بیشتر باشد احتمال ارجاع به پزشک متخصص بیشتر می باشد پس ترکیب بیماران در جایی به پزشک هم بیماری شایع هم نادرمی باشد . مطالعات زیادی انجام شد که آیا در واقع سیستم ارائه خدمات سلامت یک هماهنگ کننده داشته باشدکه علی القاعده فردی است که تماس اولیه با بیماررا دارد و مراقبت ها را ارائه می کند و هماهنگ می کند در واقع طرح کلی و کل تیم مراقبت را هماهنگ می کند آیا برای بیمار نفعی دارد یا نه ؟

مطالعات متعددی انجام شد دیدند که این امر اولا باعث رضایت بیماران از دریافت خدمات می شود بررسی کردند و دیدند که این امر باعث تبعیت بیمار از دستورات پزشک می شودو همچنین باعث کاهش میزان بستری شدن بیماران می شود بررسی کردند ودیدند که این امر باعث کاهش در یافت خدمات تخصصی و اورژانس می شود یعنی وقتی یک هماهنگ کننده داریم هر چند که بحث ارجاع وجود دارد اما نهایت از این حالت که اگر فردی هماهنگ کننده وجود نداشته باشد میزان دریافت تخصصی کمتر است بررسی کردند دیدند که میزان مشاوره های تخصصی کمتر می شود بررسی کردندکه دیدند استفاده کار آمد تری از منابع سیستم سلامت می شود و نهایتا دیدندکه در این موارد آن جنبه های سایکولوژیک یا روانی بیماری فرد بهتر مدیریت و در نظر گرفته می شود.باز در مطالعه دیگر بررسی شده دیدند که وقتی در سیستم سلامت یک دروازه بان و First contact ویک دروازه بان سیستم سلامت وجود دارد دیدندکه خدمات پیشگیرانه معمولا افزایش پیدا می کند .همچنین دیدند که همین وجود دروازه بان در سیستم سلامت که نقش هماهنگی را هم بعهده دارد باعث صیانت از بیمار در مقابل آن تقاضای القایی از سمت پزشک می شود و جلوی دریافت خدمات غیر ضروری را می گیرد .پس کارکرد هماهنگ سازی با چند کارکرد دیگر دروازه بانی امر ارجاع کاملا گره می خوردو یکی ضروریات نظام ارائه خدمات یا مراقبت اولیه را تشکیل می دهد و آنچیزی که مهم است آن است که جدای از اینکه پزشکان خانواده باید آموزش های کافی را در رابطه با هماهنگ کردن تیم سلامت برای مراقبت بیماران ببیند اما الزامات سیستمی برای حمایت از این نظام ارجاع و باز ارجاع باید دیده شود ودرکنارهم توانمندسازی پزشکان خانواده وتمهیدات لازم در سیستم سلامت باعث می شود که هماهنگ سازی در سیستم معنی سلامت معنی پیدا کند.

**فصل 10**

**نگرش به خانواده در طبابت خانواده**

**Family orientation in Family Practice**

یا درواقع توجه به خانواده به عنوان یک واحد اساسی بخش سلامت درطبابت خانواده مورد بررسی قرار میدهیم :واقعیت قضیه این است که بحث زیاد در خصوص توجه به خانواده در ادبیات سیستم سلامت شده است و تقریبا همه بحث خانواده را به عنوان اساسی ترین واحد ارتباطی که در واقع یک محیط کوچک را دور هر فرد تشکیل میدهد یک امر خیلی مهم میدانند و می گویند این محیط کوچک اطراف فرد تاثیر زیادی بر سلامت فرد دارد در واقع همین دلیل است که یکی از پایه های طبابت خانواده توجه به خانواده قرار دادند بدهد وقتی به پزشک مراجعه می کنند پزشک با در نظرگرفتن چارچوبی فرد در آن زندگی می کندوخانواده فرد در نظر میگیرد و هم باید با در نظر گرفتن وضعیت خانواده برنامه تشخیصی خود را داشته باشدو هم آن خانواده را درگیر این برنامه تشخیص ودرمانی بکند.

وقتی می گوییم خانواده تعاریف متفاوت است اما بحث ما آن خانواده سببی و نسبی صرفا نیست بلکه هر گروه یا جمعیتی که به طور نزدیک در قالب یک ارتباط نزدیک یا بیولوژیک که ارتباط قانونی دور آن فرد هستند خانواده آن فرد را تشکیل میدهند در واقع شبکه اجتماعی بسیار نزدیک را بعنوان خانواده فردمی شناسند.دینامیزم و پویایی درون خانواده تاثیر زیادی داردبر روی سلامت فرد مطالعات زیادی صورت گرفته و دیدند که همسر فرد مهمترین منبع حمایت اجتماعی از فرد است بررسی کردند دیدند که هیچ چایگزین خارجی نمی تواند داشته باشید.به هیچ وجه نمی تواند نقش همسر را ایفا کند در واقع هیچ جایگزین حمایت اجتماعی نمی تواند داشته باشد.وقتی بحث ،بحث حمایت اجتماعی می شود دو شکل مختلف آقای Berkman به آن اشاره می کند که هردو در مطالعاتی در زمینه نقش حمایت خانواده برروی سلامت صورت گرفته معنی پیدا می کند یک شکل این حمایت اجتماعی ،حمایت اجتماعی ساختاری است ،حمایت اجتماعی ساختاری آن شبکه ای است که درواقع حول فرد وجود دارد به صورت فیزیکی وجود دارد به عنوان مثال مثلا می گوییم فرد ازدواج کرده یا نکرده وتاثیرش بر روی سلامت تعداد فرزندان یک فرد وتاثیرش بر روی سلامت فرد این در واقع یک حمایت ساختاری است اما یک شکل دیگر این حمایت اجتماعی Functional Social Supportsاست مثلا اگر فرد ازدواج کرده کیفیت ارتباط در این ازدواج چگونه است واگر فرزندانی دارد کیفیت ارتباط این فرد با فرزندان چگونه است هردوتای این مورد بررسی شده وهر دو مورد به طور جداگانه بر روی سلامت تاثیر دارد.

بررسی کردندآقای Berk man و دیدند که دریک دوره زمانی 9 ساله (دریک پیگیری 9ساله )جدای از همه عواملی که روی سلامت فرد اثر می گذاردو وضعیت اجتماعی –اقتصادی ،وضعیت پیشین سلامتش در طول این 9سال چقدر مراقب سلامت خودش است جدای این مسائل همه افرادی که یک خانواده مناسب دارند به طور قابل ملاحظه ای در طول این 9سال از وضعیت سلامت بهتری خواهند داشت.نسبت به افرادی که وضعیت سلامت خوبی ندارد یعنی چه ؟بررسی کردند ودیدند که افرادی که خانواده دارند و روابط خانوادگی مناسبی دارند نسبت به یک فرد مجرد در طول دوره 9 ساله یک دوم مرگ ومیر آنها کمتر است به نوعی بحث مشکلات سلامت وبحث مرگ ومیر به واسطه وضعیت ازدواج تا دو برابر می تواند مرگ ومیر را تغییر دهد.

این موضوع در افراد مسن هم بررسی شده و درا فراد مسن دیدند که افراد مسنی که از یک خانواده ساپورتی برخوردار هستند نسبت به آن افرادی که خانواده ساپورتی ندارند در واقع میزان مرگ ومیر آنها کاملا متفاوت است وافراد مسنی که این ساپورت خانوادگی راندارند میزان مرگ ومیر آنها درسن سالمندی 3 برابر افزایش پیدا می کند و خیلی جالب است که بر خلاف افراد جوان که مهمترین عامل در حمایت داشتن همسر است در افراد مسن تعداد فرزندان است یعنی چه ؟یعنی اگر یک فرد فقط با دید اجتماعی بخواهد سلامت خود را تضمین کند در سن جوانی باید همسر داشته باشد و در سن پیری فرزند به تعداد کافی داشته باشد وبررسی کردند دیدند که تعداد فرزندان یک فرد یقینا و مستقیما پیش گویی کننده بقای فرد است و بررسی کردند دیدند که در سن سالمندی تنها عامل موثر و مهمی که می تواند پیش گویی کننده بقاءباشد یا مهمترین عاملی که پیش گویی بقاءفرد است تعداد فرزندان زنده فرد است که فرد با آنها ارتباط دارد پس حمایت اجتماعی چقدر مهم است و می تواند بر روی سلامت فرد تاثیر بگذارد.

حالا بحث این است که این تاثیر از کجا منشاء می گیرد حالا می دانیم که این ساختار خانواده هم از لحاظ ساختاری و هم از لحاظ کارکرد هر دو روی سلامت ما تاثیر می گذارد چه چیزی و چه عاملی باعث می شود فردی که خانواده یا همسر دارد بهتر زندگی کند و یا چگونه می توانیم از این امر در سیستم سلامت استفاده کنیم .یک موضوع خیلی مهم بحث ترویج سلامت و پیشگیری از بیماریهاست بررسی کردند دیدند که مهمترین واثر بخش ترین ترویج سلامت ،ترویج سلامت با یک رویکرد خانواده نگر است یعنی چه ؟

یعنی به عنوان مثال وقتی می گوییم این تغذیه سالم این فعالیت فیزیکی سالم ،محیط کاری سالم وقتی هدف را فرد قرار دهیم به یک میزان اثر می بینیم ولی اگر همین هدف و توضیحات را در سطح خانواده قرار میدهیم به طور قابل ملاحظه ای در واقع هدف شما از مداخله بیشتر خواهد بودپس وقتی بحث لایف استیل Life style یا سبک زندگی سالم می شود.یک سبک زندگی سالم در محیط خانواده معنی پیدا می کند پس هدف سبک زندگی سالم باید محیط خانواده باشد.

یکی از بحث های اساسی که در قرن جدید هزاره سوم با آن برخورد می کنیم بیماری مزمن است واینکه بیماریهای مزمن بخش زیادی از بارشان به سبب عوامل خطرزای سلامت است که ریشه های رفتاری دارند یعنی رفتار نامناسب باعث عامل خطرزای سلامت می شود که به نوعی بیماری مزمن منجر می شود.که نمونه بارز آن بیماری عروق کرونر وسکته های قلبی است که به عنوان علت اصلی مرگ در خیلی از کشورها و کشور ما مطرح شدند بیماریهای عروق کرونر عوامل خطرزای سلامتی که برروی آنها تاثیر دارد عمدتا عواملی هستند که در محیط خانواده معنی پیدا می کند مثل سیگار کشیدن ،تغذیه ،ورزش تمام این سه مورد در محیط خانواده شکل می گیرد وهم مدیریت آن در محیط خانواده اثر بخش است به عنوان مثال در مطالعه کوهورت معروف قلبFramingham که یکی از بزرگترین وطولانی مدت ترین کوهورتهای دنیاست بررسی کردندکه بین زن وشوهر یک همبستگی فشارخون زن وشوهر وجود دارد یعنی زن وشوهر فشارخونشان باهم تغییر می کند.که اگر یکی شان بالا باشد آن یکی هم بالا است در سطح کلسترول خون دیدند بین زن وشوهر سطح تری گلیسرید وقند خون ارتباط بالا وجود دارد .میزان وشاخص چربی بدن زن وشوهر ارتباط خیلی بالا وجود دارد پس همه عوامل خطر زا که می توانیم به آن فکر کنیم یک ارتباط بالایی بین زن وشوهر وجود دارد در وهله اول این ارتباط بین پدر ومادر وفرزند به صورت عوامل ژنتیکی می توانیم انتظار داشته باشیم اما این میزان بالای همخوانی بین عوامل خطر زای سلامت وبین زن وشوهر قبل از مطالعه یFramingham به این وسعت دیده نشده بود و مطالعه فرامینگ هام نشان میدهد که این مدل همخوانی بین زن وشوهر و این عوامل خطرزای سلامت بین زن وشوهر در طول زمان تغییر نمی کند یعنی اینطور نیست که زن وشوهر به تدریج روی رفتار هم تاثیر بگذارند وقتی به تدریج روی رفتارهم تاثیر نمی گذارند این نشان دهنده این است که اصلا در انتخاب اولیه شان این موضوع تاثیر می گذارد یعنی چه ؟یعنی آن رفتار های اجتماعی که در واقع یک فرد به خرج میدهد همان رفتاری است که سمت مقابلش دارد خرج میدهد به عنوان مثال اگر یکی از آنها فست فود دوست دارد اگر یکی فعالیت فیزیکی می کند آن یکی هم فست فود دارد .اگر یکی فعالیت فیزیکی می کند آن یکی هم انجام میدهد واگر نمیکند آن یکی هم انجام نمی دهند یعنی عملا دیدندکه این رفتارهای ورزش وتغذیه ای آن رفتارهایی هستندکه خیلی ازمواقع جزءمشترکات دو طرف بوده وبه سبب اشتراک یا خودآگاه یا ناخودآگاه این دو سمت همدیگر را پیدا می کنند وبه همدیگر نزدیک می شوند.عملا بررسی شده ودیدند که رفتارهای یک فرد در یک خانواده به طور قابل ملاحظه ای روی رفتارهای سایر افراد تاثیر می گذارد به عنوان مثال بررسی کردند دیدند که اگر در یک خانه یک فرد سیگار بکشد در واقع 5 برابر احتمال اینکه فرد دیگری جدیدا سیگاری شود افزایش پیدا می کندیا بررسی دیدند که اگر پدر ومادر شکل خاصی از رژیم غذایی را دوست داشته باشند در سلیقه فرزند منتقل پیدا می کنند وبررسی کردند دیدندکه فعالیتهای ورزشی زن وشوهر در طول زمان می تواند روی قسمت مقابل اثر بگذارد این امر هم در ابتدای ازدواج وجود دارد وهم در طول ازدواج اگر یکسان نباشد یکسان می شوند بررسی کردند دیدند که در سمت مدیریت این عوامل خطرزای سلامت این موضوع خیلی اثر دارد یعنی چه ؟ یعنی تصور می کنید که یکی از افراد خانواده یک ریسک فاکتور ویا عامل خطرزای سلامت راداشته باشد اگر اعضای خانواده در مدیریت این عامل خطرزای سلامت مدیریت ومشارکت کنند احتمال اینکه این عوامل خطرزای سلامت مدیریت وبرطرف شود به طور قابل ملاحظه ای افزایش پیدا می کند به فرض مثال :مشاوره ترک سیگار اگر فردی که مشاوره ترک سیگار را دریافت می کند تنها فرد خانواده باشد احتمال ترک سیگار به طور قابل ملاحظه ای افزایش پیدا می کند ولی اگر به فرض مثال زن مشاوره ترک سیگار پیدا کنند اما مرد خانه کماکان سیگار بکشد احتمال ترک سیگار با مشاوره به طور قابل ملاحظه ای احتمال شکست افزایش پیدا می کند.پس در خیلی از موارد مثل توصیه های ورزشی در واقع حتی درمانهای ورزشی اگر زن وشوهر با همدیگر این درمان رادریافت کنند احتمال اینکه از آن تبعیت کنند بیشتر است این موضوع در مورد رژیم درمانی هم کاملا اثبات شده است یعنی هردو فرد موقعی که این رژیم را انجام میدهند به طور قابل ملاحظه ای تبعیت از آن بیشتر است به همین علت است که آن توصیه می شود و می گویندیکی از اثر بخش ترین مداخلاتی که به عنوان پزشک خانواده می توانید انجام دهید اگر در پی سلامت بیمارتان هستند در واقع هر توصیه سبک زندگی می خواهید انجام دهید به کل خانواده انجام دهید ودر سطح فرد خیلی اثر ندارد.دیدند که برداشت یا نگرش زن وشوهر در مقابل یک عامل خطرزای سلامت در واقع در تبعیت سمت مقابل کاملا اثر دارد یعنی چه ؟به عنوان مثال اگر خانمی سطح کلسترو لش بالا است اگر شوهر آن خانم توجیه شود که عوارض وعواقب کلسترول بالا چیست ؟در هرصورت آن زن به احتمال خیلی بیشتری داروهای ضد کلسترول را مصرف می کند حالا به صور مختلف مثلا سمت مقابل به اهمیت موضوع پی می برد وحمایت می کند واین بحث اثبات شده دیدند که شما به زن وشوهر یک رژیم تغذیه ی خاصی توصیه می کنید و اگر غرغر نکنند و توجیه شوند برروی هم اثر می گذارند.دریک بررسی دیدندکه خانم هایی که رژیم تغذیه دارند وهمسرشان توجیه نیستند در 91 درصد موارد مایل هست که خانمش وزنش کم شود اما 49درصد مواردفقط همکاری فعال می کنند در کاهش وزن اما وقتی آن همسر توجیه می شود ودر واقع در جلسه رژیم غذایی هم همسو حضور دارد به طور قابل ملاحظه ای موفقیت رژیم افزایش پیدا می کنند وخیلی مواقع دیدند که نقش یک زن وشوهر در موقعی که خانم وزنشان بالاست موقع غذا خوردنشان بررسی وثبت وضبط کردند وخانم چاق است وهمسر لاغر وهمسر از رژیم غذایی زن باید تبعیت کند دیدند که نقش مرد نقش منفی است ومرد در واقع 7 برابر در سر سفره در مورد غذا دارد صحبت می کند یعنی صحبتی که باعث بیشتر خوردن می شود و12 برابر نقد می کند در جهت عکس عمل می کنند به دلایل مختلف وحضور آقایان در جلسات مشاوره رژیم وورزش باعث همکاری می شود.برای درمان فشار خون سه تا کار در نظر گرفتند یکی اینکه فردی را که فشارخون داشت مشاوره کوچک دادند وهمسر فرد فشارخونی را دعوت کردند و توجیه کردند ودر مورد کل خانواده را در گروه کوچک توجیه کردند ودیدند که وقتی خانواده فرد در خصوص عوارض و کنترل فشارخون توجیه می شوند مرگ ومیر ناشی از فشارخون 57 درصد کاهش پیدا می کند یعنی فقط توجیه خانواده به عنوان یک مقوله ارزان قیمت یعنی یک موقع برای درمان یک فشارخون داروهای بسیار گران قیمتی استفاده می کنیم بدون اینکه یک ریال هزینه شود فقط در جلسه ای که می خواهیم رژیم غذایی وفعالیت ورزشی ،رژیم دارویی و توصیه برای مصرف نمک برای مصرف آب و مصرف چربی آن خانواده را دعوت می کنیم و همین باعث کاهش 57 درصد احتمال مرگ ومیر می شود شاید با یک کار بسیار ارزان یک اثر بسیار بزرگ را می توانیم بگیریم.

غیر از ترویج سلامت که موضوع خیلی مهم است بحث مدیریت بیماریهای مزمن هم موضوع خیلی مهم است .بررسی کردند دیدند که در بیماریهای مزمن فرد اصلی که مراقبت از بیمار را بعهده دارد پزشک و یا پرستار نیستند بلکه اعضای خانواده آن فرد هستند واگر آن فرد متاهل باشد عمدتا همسر آن فرد است که مراقبت اصلی آنرا به دوش می کشد مثلا بیماری دیابت ،ایسمیک قلبی در واقع خود خانواده ارائه دهنده مراقبت های اصلی سلامت می شوند .باز این موضوع بررسی شد دیدند که از 15واقعه استرس فول

Stressful که می تواند برای فرد رخ دهد 10تاواقعه فامیلی Family event)) است .هر فردی در طول زندگی وقایعی برایش رخ میدهد که استرس زاست به فرض بعضی از این وقایع می تواند خارج خانواده باشد مثل قبول شدن در دانشگاه ،اخراج شدن از محل کار ،اما از 15 عامل استرس زا که وجود دارد 10 تای آن داخل محیط خانه می باشد که می تواند رخ دهد و این عوامل استرس زا به تدریج می تواند باعث تغییرات فیزیولوژیک ورخداد بیماریها شود در یک بررسی انجام شده دیدند که استرس داخل خانواده واسترس اگر داخل خانه رخ دهد مثل جدایی زن وشوهر حتی در کودکان باعث تغییرات فیزیولوژیک می شود بررسی کردند دیدند که در خانواده هایی که استرس مزمن در خانواده وجودارد فرزندان 30درصد بیشتر فارنژیت ویا گلودرد و استرپتوکوک می گیرند یعنی تا این حد می توانند این قضیه مهم باشد ویا بررسی کردند دیدند که بچه هایی که در سنین قبل از مدرسه هستند بچه هایی 6-4ساله ویا در خانواده شان وقایع Stressful رخ میدهد.دریک برهه زمانی 4 ساله 6برابر بیشتر از بقیه بچه ها در بیمارستان بررسی می شوندیعنی فقط رخداد یک خانواده ویا وقایع Stressful در خانواده مثل وقایع ومشکلات بین والدین 6برابر رخداد وبستری شدن را افزایش میدهد وبه این اندازه می تواند روی بچه ها تاثیر گذار باشد.بحث دیسترس زناشویی بسیار مهم است وبررسی کردند که دیسترسی که به سبب مشکل در روابط زن ومرد وجود دارد وبلافاصله در یک زمان کوتاهی باعث رخداد یک سری بیماری در آنها می شود به عنوان مثال حتی مبتنی بر شواهد است که حتی در مراحل اولیه دیسترس زناشویی زن ومرد به طور قابل ملاحظه ای بیش از سایر افراد دچار اضطراب منتشر و افسردگی می شوند وناراحتی وزخم معده وناتوانی جنسی ومیگرن پیدا می کنندو خیلی از علائم سایکوسوماتیک دیگر را می توانند پیدا کنند.جدایی یک امری است که عنوان یکی از عوامل اصلی دیسترس مطرح می شود که بحث مرگ همسر ،جدایی ومرگ همسر سه تا از عوامل مهم دیسترس خانوادگی مطرح می شود .بحث طلاق ویا جدایی به طور قابل ملاحظه ای تاثیر فیزیولوژیک می گذارد بحث های متعددی در این خصوص انجام شده وبه عنوان مثال دیدند افرادی که جدا می شوند تا دوسال بعداز طلاق به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از افرادی که طلاق نگرفتند ویاافراد مجرد به بیماری حاد مبتلا می شوند.میزان بیماری حاد در افرادی که طلاق گرفتند بیش از 30 درصد از افراد سطح پایه است وبررسی کردند دیدند خیلی از این بیماریها بیماری جدی وفیزیکی هستند که افزایش پیدا می کنند مردهایی که طلاق می گیرند به طور قابل ملاحظه ای میزان خودکشی در آنها بیشتر می شود .آسیب های جدی جزیی وطبی در آنها بیشتر می شود مثل تصادفات وغیره وبه طور قابل ملاحظه ای قربانی خشونت می شوند وخشونت در آنها زیاد می شود.بررسی کردند دیدند بحث روانشناسی سیستم ایمنی در خانم ها و آقایانی که طلاق می گیرند به طور قابل ملاحظه ای افت پیدا می کندیعنی سیستم ایمنی بعداز طلاق به طور قابل ملاحظه ای مخدوش می شود و کارکردش مختل می شود خیلی مهم است که به این موضوع توجه می کنیم وقتی بحث ،بحث پزشک خانواده است اغلب اوقات پزشک خانواده به نوعی یک خانواده را تحت پوشش خود قرار میدهد بخصوص وقتی بحث ،بحث جمعیت تعریف شده ویا محیط جغرافیایی تعریف شده است شما عهده دار مشکلات سلامت یک خانواده هستید حتی موقعی که پزشک خانواده یک جمعیت تعریف شده ندارد که دربعضی از کشورها چنین مواردی را دارند که خیلی اوقات درصد بالایی پزشک خانواده عملا اعضای مختلف یک خانواده را می بینند ودر 70 درصد موارد وقتی یک فرد خانواده را می بیند سایر افراد خانواده را درجلسه ای دیگر می بینید .بررسی کردند دیدند که حتی در یک جلسه در 18درصد موارد دوفرد خانواده حداقل حضور پیدا می کنند.این خیلی مهم است که به این اعداد بسنده نکنیم اینکه در 70درصد موارد چند درصد از افرادخانواده تحت نظر شما هستند ودر 18 درصد موارد در یک جلسه افراد خانواده توسط شما ویزیت می شوند به هیچ وجه کفایت نمی کندچون این امر یک امر پاسیو است وبحث طبابت خانواده بدین معنی است که شما وقتی مشکلات یکی ازاعضای خانواده را می خواهید تحلیل کنید حتما بایدتلاش کنید بخصوص اگر یک منشا روانی در مشکل پیدا می کنید حتما باید جستجوی خودمان را در خانواده داشته باشیم وآن سفر تشخیصی شما یک سفر تشخیصی باشد که در حضور کل خانواده صورت بگیردودر بحث درمان هم همینطور است وقتی می خواهیم یک درمانی را شروع کنیم وصورت بدهیم بازهم مهم است که کل خانواده درگیر شوند سپس Family orientention یعنی در امر درمان وتشخیص باید خانواده را درگیر کنید وبا حضور سایر افراد خانواده در جلسه تشخیص می توانیم به تشخیص بهتر برسیم ومثل اینکه در امر درمان هم کل افراد خانواده را درگیر امر درمان می کنیم احتمال موفقیت درمان به احتمال زیاد افزایش پیدا می کند.

به طور مختصر می توان گفت بحث فامیلی orientation وبحث Community orientation

دوقدم است که پزشک خانواده طی می کند برای اینکه از مداخله در سطح فرد دور شود وفرد را داخل محیط خانواده ومحیط اجتماع بتواند انجام دهد ومداخله ای که می خواهد انجام دهد با توجه ودر نظر گرفتن محیطی که فرد در آن وجود دارد صورت دهد یک جمله معروفی است که هیچ مداخله ی سلامتی بدون محیط خانواده صورت نمی گیرد.هیچ مداخله ای برای سلامت فرد نمی توانیم انجام دهیم مگر اینکه محیطش را در نظر بگیریم .

**فصل11**

**جامعه نگری در پزشک خانواده**

i**n Family practice Community orientation**

یکی از ویژگیهای اصلی که در بحث جامعه نگری به آن می پردازیم اصل جامعه نگری وتاکید بر جامعه نگری در طبابت خانواده به خاطر اطلاعاتی است که دربرابر میزان هزینه کرد در بخش سلامت در سطوح مختلف ارائه خدمات ما بدست آوردیم مطالعات متعددی در کشورهای مختلف دنیا صورت گرفته ومشاهده کردند علی رغم اینکه چیزی حدود یک درصد جمعیت در یک بازده زمانی ممکن است به سطح بیمارستان تخصصی مراجعه کنند اما درکشورهای مختلف چیزی حدود یک سوم تا دوسوم کل هزینه های سلامت صرف هزینه های بیمارستانی می شود بین یک درصد ارائه خدمات ویک سوم تا دوسوم هزینه های خدمات قطعا یک فاصله خیلی زیادی وجود دارد.مطالعات خیلی متعدد درکشورهای مختلف انجام شده معمولا شکل خدمات به این صورت است که از شهروندان می پرسندکه در طول ماه گذشته یا دوماه گذشته حس ناخوشی داشتید یا اگر ناخوشی داشتید وبیمار بودید به چه کسی مراجعه کردید معمولا به صور مختلف پاسخ داده می شود در مطالعات مختلف در کانادا صورت گرفته بود که چیزی حدود 25 درصد گفته بودندکه در طول ماه گذشته سالم بودیم 50درصد افرادگفته بودندکه ما یک بیمار ی خفیف داشتیم اما با (Self care)مراقبت از خود برطرف شده است .24درصد از این افراد گفتند ما بیمار بودیم ونیازمند مراجعه به پزشک بودند اما این 24 درصد عمدتا به پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده خود، به صورت سرپایی مراجعه نمودند وفقط یک درصد از این جمعیت به بیمارستانها مراجعه نمودند واز این یک درصد1/0 از کل جمعیت به بیمارستان فوق تخصصی مراجعه کرده بودند پس این موضوع برای ما مهم است یکی اینکه بیمارستان فوق تخصصی یک در هزار افراد جامعه ای که 75 درصد آنها در طول یکماه به شکلی از ناخوشی وبیماری را دارند یک درهزار این جامعه به بیمارستان فوق تخصصی مراجعه می کنند واین نشان دهنده این است که بیمارستان فوق تخصصی یک جایگاه مناسبی برای آموزش پزشکی نیست دوم اینکه وقتی این یک درصد از افراد جامعه به این بیمارستانها مراجعه می کنند بخش عمده ای از هزینه های سلامت در آنجا دارد صورت می گیرد باید به این موضوع فکر شودکه آیا خدمتی که در آن بیمارستانها دارد صرف می شود هزینه اثر بخش است یا نه ؟ که اغلب اوقات جوابش این است که خدماتی که در سطح فوق تخصصی دارد ارائه می شود خدمات هزینه اثر بخشی نیست این نامناسب بودن (دیکوتومی )بین مراقبت وهزینه های سلامت باعث شده که ما توجه بیش از پیش داشته باشیم به اینکه بخش بیشتری ازخدمات باید در سطح فامیلی پراکتیک صورت گیرد. این موضوعی است که درآن به آن کم توجهی شده، بیشتر باید روی آن سرمایه گذاری شودوبخش بیشتری از هزینه ها بر روی فامیلی پراکتیک صورت گیردکه علی القاعده هزینه اثر بخش است .به نوعی می توانیم بگوییم که مراقبت های اولیه که مراقبت های هزینه اثر بخش را تشکیل میدهد رویش سرمایه گذاری کمتری صورت گرفته در کشورهای مختلف دنیا بخش کمتری از هزینه های سلامت دارد آنجا صرف می شود بعضی از کشورهای استثناء مثل کشورهای شمال اروپا وبعضی ازکشورهای تحت مراقبت های اولیه دارد صورت می گیرد .اما سایر کشورها متاسفانه این نسبت رعایت نمی شود وبخش عمده ای از هزینه ها در بخش بیمارستانی دارد صورت می گیرد وقتی بحث جامعه نگری می شود در ارائه خدمات به طور ویژه در پزشک خانواده وپزشک عمومی مقصود این است که درارائه خدمت توجه ویژه ای به نیازهای یک جمعیت تعریف شده داشته باشیم یعنی برخلاف طبابت معمول که توجه پزشک عمدتا به نیازهای سلامت فرد مراجعه کننده است در بخش جامعه نگری ما به فرد مراجعه کننده خیلی کار نداریم وبحث این است که یک جمعیتی تحت پوشش ما است ونیازهای سلامت این جمعیت باسید در قالب خدماتی که ما ارائه خدمات به نحوی که نیازها ی سلامت یک جمعیت تعریف شده را کاملا بتواند برآورده کندچرا مهم است به این دلیل جدای اینکه این جمعیت بیمار هستند ویا سالم هستند در یک محیطی یا در جامعه ای دارند زندگی می کنند و یا اتفاقات زیادی در محل زندگی شان ویا در مدارس دارد می افتد که این اتفاقات همگی بر سطح سلامت آنها دارد اثر می گذارد .یک پزشک یا کسی متولی سلامت این جمع است نمی تواند بی تفاوت باشد اتفاقاتی که در محیط کار ومنزل یا مدارس ودانشگاه دارد رخ میدهد علی القاعده پزشکی خود را متولی سلامت میداند باید پایش را از مطب خودش بیرون بگذارد وبا یک نگاه کاملا جامعه نگر در این محیط ها دنبال سلامت بگردد ودنبال حفظ وصیانت از سلامت مردم باشدوقتی بحث جامعه نگری می شود اولین چیزی که به ذهن مامیرسد Community چیست ؟ در تعریف دربحث طبابت جامعه نگر تعاریف مختلفی داریم واز این تعاریف جامعه را دریک حوزه جغرافیایی می داند یعنی ملاک تعریف Communityجامعه می شودگاهی اوقات یک ملاک اجتماعی را در نظر می گیردمثلا: می گوییم که این جمعیت وقوم خاص علی رغم اینکه ممکنه در یک جامعه محیطی خاص نباشند اما یک جامعه را تشکیل میدهند یعنی ملاک سوشیال است گاهی اوقات ملاک ،ملاک شغلی است یعنی افرادی که دارند در یک محیط کار ،کار میکنند یک جامعه را تشکیل میدهند وگاهی اوقات صرفا افرادی که به یک پزشک مراجعه می کنند یک جامعه می باشند که مثلا می گوییم این جامعه تحت پوشش یک پزشک خاص هستند پس عملا درتعریف جامعه ما تعریف مختلفی داریم اما وقتی بحث ،بحث جامعه در طبابت خانواده می شود ما ترجیحی داریم برای تعریف جامعه ،در مرحله اول دوست داریم که Communityرا در قالب یک جامعه شناختی تعریف کنیم یعنی به عنوان مثال افرادی که در این روستا دارند زندگی می کنند وخود روستا در واقع یک واحد اجتماعی تعریف شود این ارجح است برای ما علت آن هم این است که آن ارتباطات که در یک واحد اجتماع رخ میدهد به مراتب معنی دارتر است وقوی تر است تا آن ارتباطات که دریک واحد جغرافیایی رخ میدهد پس ما ترجیح میدهیم که واحد اجتماع ،در تعریف فامیلی پراکتیک یک واحد اجتماعی باشد این از جنبه های مختلف برای مامهم است چرا برای اینکه به عنوان مثال آنجایی که پزشک خانواده می خواهد یک مداخله اجتماعی کند بیاید در تعامل با این اجتماع رفتار سلامت اینها را تغییر دهد اگر این افراد در این جامعه فقط به خاطر یک واحد جغرافیایی دور هم جمع شده باشند و با هم بین خود هیچ ارتباطی نداشته باشند کار این پزشک خیلی دشوار است چون در واقع مواجه با یک اجتماع نیست وبا یک جمع جغرافیایی مواجه است مجبور است مداخله ای که می کند برای تک تک افراد این جمع انجام دهد یعنی اینکه این افراد علی رغم اینکه در یک حوزه جغرافیایی قرار دارند اما با همدیگر یک ارتباط اجتماعی ندارند اما اگر این واحد یک واحد اجتماعی باشد واین افراد همدیگر را بشناسند وبه همدیگر اعتماد داشته باشند وهمگرایی داشته باشند تعهد نسبت به اجتماع خود داشته باشند درآن صورت است که کار پزشک هم راحتتر می شود وهم موثرترمی شود یعنی اینکه این افراد در واقع دور هم جمع هستند وبه همدیگر اعتماد دارند می تواند با راس هرم این اجتماع ما یک ارتباطی برقرارکند و از طریق مسجد یا بسیج پیام خود را به این اجتماع برساند .پس برای ما ارجح است که در بحث طبابت خانواده واحد اجتماع ما یک واحد جامعه شناختی باشد اگر نشدچی ؟اگر نشد قطعا آن همسایه جغرافیایی که در اطراف پزشک خانواده است می تواند گزینه دوم ما باشد که از بعضی از جنبه ها مزیت دارد که چون بحث ،بحث دسترسی در پزشک خانواده و طبابت خانواده خیلی مهم است این همسایگی جغرافیایی تعریف شده چون یک نزدیکی پزشکی خانواده دارد بحث دسترسی را تاحد زیادی برای ما تامین می کند اما الزاما چون ویژگی های یک جامعه را ندارد در مداخلات اجتماعی دچار مشکل خواهم شد اما بالاخره گزینه یا انتخاب دوم است و سوم گزینه برای ما دربحث تعریف جامعه ما ،افرادی هستند که دریک واحد شغلی خاص دارند کار می کنند افرادی که دریک کار خانه کار می کنند ویا در یک کمپانی خاص کار می کنند افرادی که دریک مدرسه و دانشجویانی که دریک دانشگاه ویا دانش آموزان مدرسه در واقع می توانند یک جامعه را برای ما تعریف کنند.این هم به نوعی می تواند برای ما مزایایی داشته باشد و افرادی که دریک کارخانه یا کمپانی کار می کنند یا دریک مدرسه و دانشگاه درس می خوانند به نوعی در واقع دسترسی می توانیم به آنها داشته باشیم وروابط میتواند تعریف شود واتفاقا چون در کارخانه یا محل کار یا محل تحصیل به نوعی از ابزارهای حاکمیتی آن مجموعه استفاده کنیم می شود از بعضی از رفتارها را به نوعی به واسطه وجود یک نوع ساز وکار حاکمیتی در واقع در آن مجموعه ایجاد کردپس این هم می تواند یک گزینه دیگر باشد چهارمین گزینه می تواند افرادی باشند که افرادی که پیش یک پزشک خانواده خاص ثبت نام می کنند یا پیش یک موسسه خاص ثبت نام می کنند.یعنی می گوییم پزشکان خانواده در جامعه ما پراکنده هستند هر شهروند خودش یکی را انتخاب می کند وثبت نام می کند پیش پزشک خانواده ثبت نام می کند مزیتش این است که چون این ثبت نام در واقع ازسمت بیمار اختیار وجود داشته است به نوعی یک ترجیحی بین ارتباط بیمار وپزشک رخ میدهد وعلی القاعده پزشک چون به انتخاب بیمار بوده است مورد اعتماد او هم می تواند باشد ویکسری معایبی هم دارد افرادی که ثبت نام می کنند یک جمعیتی را تشکیل میدهند پس مداخله ای جامعه نگر اینجا منتفی است الزاما آن نزدیک بودن جغرافیایی هم در آن الزام آور نبود یعنی هر قدر هر فردی از آن سوی شهر می تواند پیش هر پزشکی برود و ثبت نام کند و خیلی ترجیح داده نمی شود ووقتی یک جمعیت ثبت نام شده داریم خیلی مداخلات اجتماعی در آن معنی پیدا نمی کند پنجمین مورد اینکه می گوییم اصلا ثبت نام صورت نگیرد و پزشک خانواده داره طبابت خودش را می کند و هر پزشک خانواده یک سری مراجعه کننده دارد مراجعه کنندگان به پزشک خانواده ارجاع بشوند جمعیتی که پزشک خانواده متولی آن است این ضعیف ترین شکل جامعه نگری است اما در خیلی از جاها بخصوص جایگاههای شهری چاره ای نداریم به جز اینکه این مورد آخر یعنی پنجم را بپذیریم و علی القاعده از پزشک خانواده می خواهیم به نوعی افرادی که به آنها مراجعه می کنند صرفا بیماریشان را نگاه نکند و بیمار و خانواده اش را هم ببینید اما اینجا مداخلات جامعه نگر به کل منتفی است پس در تعریف طبابت خانواده این سلسله مراتب برای ما مهم است ترجیح ما این است که در مرحله اول با یک واحد اجتماعی مواجه باشیم بعد از آن با یک واحد جغرافیایی والی آخر.

حالا وقتی بحث ،بحث طبابت خانواده مطرح می شود چیزی که به ذهن ما خطور می کند این است که موقعی ادعا می کنیم که یک پزشک خانواده دارد به نحوی جامعه نگری خدمت خود را ارائه می کند که پزشک خانواده در رابطه با کل سلامت دغدغه خاطر داشته باشد و خدماتی که در سطح جامعه ارائه می دهد ،خدمات ترویج سلامت باشد ،خدمات پیشگیرانه باشد وهر کدام از اعضای این جامعه دچار بیماری شدند خدمات تشخیصی و درمانی خاص را ارائه دهد خدمات توانبخشی را در سطح جامعه ارائه میدهد.مهم این است که کل جامعه را به عنوان واحد بزرگتر می بینید به عنوان مثال سراغ این برود که وضعیت تغذیه این جامعه چگونه است و چگونه این را اصلاح کنم .آیا به عنوان مثال این جامعه به آب سالم دسترسی دارد اگر ندارد چه کار کنم که دسترسی داشته باشد یا به عنوان مثال بهداشت باید در سطح این جامعه دارد رعایت می شود یا نه اگر نمی شود چه طوری می شود بهداشت پایه را در سطح جامعه افزایش داد به عنوان مثال حالا آن بحث دسترسی خدمات پایه به زندگی شان وجود دارد یا نه وضعیت مسکن آن ها چگونه است و وضعیت سوخت آنها چگونه است و من پزشک خانواده می توانم چه کار بکنم عملا در واقع همه ی اینهاست در کنارش قطعا بحث غربالگری و پیشگیری در سطح آن جامعه می تواند معنی پیدا کند پس به نوعی می توانیم بگوییم که پزشک خانواده تنها فردی است که درسطح سلامت خانواده برایش یک عرصه تعریف می شود در خیلی از کشورها تنها فرد است و در کشورها در سطح خانه های بهداشت برای یک بهورز این موضوع تعریف شده است به نوعی تنها فردی است که می تواند متولی سلامت یک فرد باشد.

جامعه نگری در سطح پزشک خانواده با دوتا شکل مختلف ورویکرد مختلف قابل ارائه است و می توان به آن نگاه کرد وهر دو در کنار همدیگر معنی پیدا می کند پس عملا پزشک خانواده و فرم مختلف جامعه نگری در کنار همدیگر متصل می کند یک شکل از این جامعه نگری این است که همان خدمات بالینی خودمان را به افراد مختلف ارائه می دهیم اما در Setting جامعه یعنی از بیمارستان و درمانگاه بیرون می آییم وبیمارستان تخصصی بیرون می آییم و در دل جامعه می رویم این جامعه ممکن است یک مرکز بهداشتی درمانی شهری ویا روستایی باشد ممکن است یک خانه بهداشت باشد وممکن است خانه شخص باشد اما خدمتی که ارائه میدهم خدمات بالینی است یعنی عملا ارائه خدمات بالینی به افراد در Setting جامعه است این یک شکل جامعه نگری است که هم نوع خدمات بالینی است وهم مخاطبش فرد است ولی عملا جامعه نگر است به واسطه ی اینکه عملا شاید بتوانیم بگوییم که Setting آن جامعه شده که اتفاقا پزشکان خانواده از این رویکرد تبعیت می کنند.

دومین رویکرد این است که اصلا بافرد کارنداریم. واحد ما می شود جامعه، تشخیص ما می شود جامعه و مداخله ما هم در سطح جامعه است عمدتا به این رویکرد ،رویکرد طب اجتماعی یا طبابت اجتماعی نزدیکتر است اینجا یک تفکیکی می توانیم به صورت دو مفهوم داشته باشیم :

1. طب پیشگیری
2. Community medicine

هر دوبه نوعی ترجیح شان این است که قبل از اینکه فرد بیمار شود با یک فرد سالم یا جامعه سالم مداخله ای انجام شودو فرد وجامعه سالم بمانند اما Preventive Medicineعمدتاواحد کار ما یک فرد سالم است که این فرد سالم را سعی می کنیم سالم نگه داریم پس در Medicine Preventive مطبی وجود دارد که افراد به آن مراجعه می کند این فرد یا پزشک می تواند پروفایل سلامت افراد را مشخص کند ودر سطح فرد در واقع توصیه های سالم ماندن را ارئه میدهدکه تخصص خاص خودش را هم دارد اما بخشی از خدمات که متخصصین پزشکی خانواده ارائه میدهند عمدتا خدمات پیشگیری یعنی در سطح افراد است وهمچنین فرد مراجعه کننده است به این معنی است که پزشک خانواده در مطبش نشسته ،اگریک فرد برای سردردش مراجعه کند یکی از وظایف پزشک خانواده این است که کل پروفایل سلامت فرد را داشته باشد و در سطح آن فرد خاص این خدمات وتوصیه خاص را ارائه دهد و اگر مثلا آن فرد سیگاری است یک پروتک ترک سیگار را برایش تعریف کند ومشکاتش را پیگیری کند این یک Preventive است که هم تخصص خاص خودش را دارد عملا در واقع خدمات مختلفی را ممکن است پزشک خانواده محسوب می شود. عملا در واقع خدمات مختلفی را ممکن است پزشک خانواده در سطح پیشگیری ارائه دهد مثل مراقبت های پیش از زایمان ،بالاخره مراقبت های Preventive است که اینکه یک خانم باردار چه دارویی مصرف نکند یا چه دارویی مصرف کند چه رژیم تغذیه وفعالیت فیزیکی داشته باشد چه غربالگری برایش انجام شود که درواقع پیشگیری است یا معاینه فیزیکی روتین افراد بزرگسال مثل معاینه فشارخون برای هرکسی که به مطب پزشک خانواده مراجعه می کند این بخشی از مراقبت پیشگیری است که پزشک خانواده دارد ارائه میدهد.یا به عنوان مثال کنترل یک کودک سالم شامل دورسر ،وزن ،قد تغذیه که همه ی اینها باید توسط پزشک خانواده کنترل شود که همه اینها خدمات پیشگیرانه است یا آزمایشات فیزیکی باید انجام شود یا معاینه فیزیکی که قبل از مشغول شدن به کارش باید انجام دهد یک بحث این است که آیا این فرد سالم می تواند این شغل را داشته باشد یا نه، بعد معاینه انجام شود یا به عنوان مثال مراقبت ها وویزیت هایی که برای فرد در سطح بین المللی انجام می شود فرد سالم است واین فرد سالم می خواهد مثلا به افریقا مسافرت کند اینکه باید چه واکسن هایی دریافت کند که مثلا در آنجا مالاریا یا تب زرد نگیرد اینها همه خدمات پیشگیرانه را پزشک خانواده در بخشی از خدماتش ارائه میدهد البته متخصصین خانواده در بعضی از کشورها تربیت می شوند و این مراقبت را به صورت خیلی خاص ارائه میدهند که در کشور ما هنوز به آن صورت شکل نگرفته است آن چیزی که علی القاعده در طب Medicine Preventive صورت می گیرد این است که Medicine Preventive پزشک می آید و در واقع پروفایل سلامت یا وضعیت عوامل خطرزای سلامت را حتی در سطح یک فرد اندازه گیری می کند وبا مداخلاتی که انجام میدهد مثل ایمن سازی یا دادن داروهای خاصی که جنبه پیشگیرانه دارد مثل دادن قرص اسیدفولیک در زنان در دوره سن باروری یا دادن یک دوز اسپیرین 80 میلی گرم در آقایانی که بیش از 45 سال سن دارند یا مشاوره های خاصی که برای ترک سیگار ارائه میشود یا فردیک بیماری دارد که توصیه ها برای اینکه این بیماری عوارض ایجاد نکند مثلا فرد پنومونی گرفته وتوصیه برای اینکه این پنومونی منجر به عوارض خاصی نشود و اینها همه یک نوع پروفیلاکسی است یا توصیه برای مواردی که عوارض وجود دارد برای اینکه این موربیدیتی در درازمدت تبدیل به یک ناتوانی نشود یک شکل از مراقبت ثالثیه است .در واقع چه در آدم سالم یا بیمار کار می کند ولی در سطح فرد مداخله را انجام میدهد.گفته شد که در شکل از جامعه نگری شکل می گیرد یک رویکرد دیگر که پزشکان خانواده اتخاذ می کنند رویکرد جمعی است اینجا دیگر رویکرد آنها شبیه رویکرد متخصصین پزشکی اجتماعی می شود که باید داشته باشند . متخصصین پزشکی اجتماعی با یک واحد به نام جامعه در ارتباط هستند ودر این واحد جامعه کارشان را انجام میدهند و اینجا بحث فرد به هیچ مطرح نمی شود نه بحث تشخیص فردی نه بحث درمان فردی است چون واحد اجتماعی می شود بحث پزشکی اجتماعی می باشد به بحث بهداشت عمومی نزدیک می شود چون واحد دیگر واحد اجتماعی است . ما بایک اجتماع کار داریم اما در سطح اجتماع ما مشکل خاصی از خدمات را پیگیری می کنیم ما دنبال مردم هستیم که سطح سلامت مردم را ببینیم چگونه است ودر این جامعه سطح سلامت مردم را به حداکثر برسانیم .متخصصین پزشکی خانواده باید از مهارت های پزشکی اجتماعی برخوردار باشند واز مهارت های پیشگیری هم باید برخوردار باشند یعنی در سطح فرد باید بتواند پروفایل سلامت فرد راتعیین کنند ویک برنامه حفظ سلامت در سطح فرد را بنویسد حالا پزشکی خانواده باید در سطح اجتماع بتوانندپروفایل و چارچوب خاص راتعیین کنند ودر سطح جامعه هم برنامه داشته باشند .پزشکی خانواده باید مهارت های خاص داشته باشد تا به یک سری سوالات پاسخ دهد این سوالات چیست ؟

1-وضعیت سلامت جامعه در حال حاضر چگونه است ؟

2-چه عاملی روی وضعیت فعلی این جامعه تاثیر گذار است

3-خدمات سلامتی که این جمعیت دریافت می کنند چه وضعیتی دارد آیا مناسب مشکلات سلامت آنها است یا خیر ؟

4-چه کار جدیدی در این جامعه می توانیم انجام دهیم تا پیامدهای سلامت این جامعه بهبود پیدا کند.

5-ما چه کار باید بکنیم چه نظارتی باتید داشته باشیم تا بتوانیم نتیجه مداخلات خودمان را قضاوت کنیم واثر بخشی خدمات خود رابسنجیم .

وقتی بحث، بحث جامعه نگری در پزشک خانواده می شود.پزشک خانواده یا آن فردی که آن خدمت خانواده را ارائه می دهد که ممکن است یک پزشک خانواده یا یک پزشکی اجتماعی باشد که هر دو این مراقبت را ارئه میدهند باید خدمتشان یک ویژگی داشته باشد.که اول آن باید بتوانند مهارت های بالینی خود را بامهارت های اپیدمیولوژی خود در کنار هم قرار دهند چرا ؟برای اینکه یک پزشک خانواده بخشی از خدمتش در سطح فرد است که همان Clinical skill است وبخشی در سطح جمع است یا همان مهارت های اجتماعی .

دومین ویژگی جامعه نگری در پزشک خانواده این است که هر پزشکی جامعه نگرباید یک جمعیت تعریف شده داشته باشد این جمعیت تعریف شده هم هدف ما است که مداخله در آن انجام بدهیم وهم سرشماری انجام بدهیم ،نظارت کنیم ،پیگیری کنیم ،داده ها را جمع کنیم،مداخله کنیم و آموزش بدهیم وهم درمحاسبات ما وقتی می گوییم شیوع وبروز وغیره عملا مخرج کسر ،جمعیت ما خواهد بود مثلا: انسیدانس و پرولانس این بیماری وعارضه در جمعیت ما چگونه است این جمعیت ما باید تعریف شده باشد تا مخرج کسر ،مشخص شود.پس باید مهارت های جامعه نگری داشته باشیم ،جمعیت تعریف شده داشته باشیم وبرنامه هایی هم در کنارش داشته باشیم ونمی توانیم بگوییم داریم خدمات جامعه نگری ارائه میدهیم مگر اینکه برنامه هایی از پیش تعریف شده باشد یعنی چه ؟یعنی یک چارچوب کاملا مشخص داشته باشیم وبگوییم بله برنامه ما برای افزایش سواد این جامعه این است برنامه برای ترویج رفتار سلامت این چنین است برنامه ما برای اسکرینینگ این است برنامه برای ایمن سازی و پیشگیری این است برنامه برای بازتوانی افراد دارای معلولیت این چنین است پس ما یکسری برنامه باید در سطح اجتماع وجمعیت تعریف شده خودمان داشته باشیم بخشی از این برنامه ها ملی است واینجا پزشک خانواده مجری برنامه های ملی است پس در واقع وقتی می گوییم برنامه تعریف شده این برنامه در سطح وزارت بهداشت ودرمان ومعاونت سلامت بهداشت ودرمان تعریف شده بسیار خوب می شود برنامه های ارتقای سلامت ملی وبخشی از این برنامه ها این چنین است که پزشک خانواده بر اساس نیاز و ویژگی جمعیت خودش باید تعریف کند چون نیاز های جمعیت ما با هم فرق می کند پزشکی که در خوزستان طبابت می کند با پزشکی که در اردبیل کار می کند نیازهای سلامت جمعیت آنها با هم فرق دارد پس یکسری برنامه تعریف شده در سطح جمعیت خودش باید داشته باشد که تعریف این برنامه های جامعه نگر واجرا و ارزشیابی آن جز وظایف پزشکان خانواده محسوب می شود ویژگی چهارم این است که برای اینکه این خدمت را جامعه نگری محسوب کنیم حتما باید این جامعه خودشان درگیر بشوند می توانیم بگوییم این پزشک خودش برنامه تعریف کرد اجرا کرده ارزشیابی کرداصلا امکان پذیر نیست جامعه نگری با درگیر شدن جامعه معنی پیدا کند و این نیازمند در واقع یک ارتباط قوی است بین پزشک و جامعه. پس اگر بخواهیم یک ارتباط موثر داشته باشیم علی القاعده آن جامعه باید ویژگی های یک جامعه را داشته باشد عملا ما می گوییم پزشک یک فرد است جامعه که مثل یک واحد اجتماعی یا یک بلوک عمل می کند و این فرد پزشک می تواند به آن اتصال داشته باشد پس آن جامعه باید به عنوان یک واحد اجتماعی درگیر شود وپزشک باید بتواند با آن جامعه ارتباط قوی پیدا کند و آن جامعه خودشان درگیر واجرای آن برنامه ها شوند واین مستلزم آن است که نمایندگانی از آن جامعه در طراحی واجرا وارزشیابی برنامه های جامعه نگری که توسط پزشک خانواده طراحی می شود درگیر باشند و نظراتشان وفیدبک شان همیشه باید محترم شمرده شود.

ویژگی پنجم : دسترسی است ،باید به آن جمعیت تعریف شده دسترسی داشته باشد این بحث ویژگی جغرافیایی جامعه نگری می شود که علی القاعده جغرافیایی ودسترسی را باید محترم شمرد وقابل ارزش باشدبحث ،بحث در واقع اولین سطح تماس یا ارائه خدمت خط اول می شود. علی القاعده این خدمت خط اول باید قابل دسترس باشد.

یک بحثی که مطرح شد این بود که علم و دانش اپیدمیولوژی در پزشکی خانواده یک چیز مهمی است اینجا در واقع اپیدمیولوژی علمی است که دغدغه آن رخداد و وضعیت های مختلف وضعیت سلامت بیماری در یک جامعه است اپیدمیولوژی بررسی وضعیت بیماریها در واقع در جامعه با رویکرد جامعه نگری که در طبابت خانواده سراغ داریم اینجا هم علم اپیدمیولوژی وضعیت توزیع بیماریها وهم عوامل خطرزای سلامت وهم خوب بودن حس سابجکتیو سلامت باید پیگیری کند .پس تعریف اپیدمیولوژی در سطح طبابت خانواده یک تعریف جامع است ممکن است پرسیده شود.

این علم اپیدمیولوژی چرا برای خانواده مهم است ؟

علم اپیدمیولوژی علم انتقال و جمع آوری اطلاعات در جامعه است تا بر اساس آن تصمیم گیری بعمل آید چه اطلاعاتی توسط یک پزشک خانواده باید جمع آوری شود وبه چه اطلاعاتی نیاز دارد و به تبع آن چه مهارتی باید داشته باشد.اطلاعاتی که یک پزشک خانواده در جمعیت تعریف شده خود نیاز دارد بخشی اطلاعات دموگرافیک است سن وجنس و..... برای ما مهم است اگر شما اطلاعات دموگرافیک را در سطح جمعیت خود نداشته باشید اصلا نمی شود برنامه ریزی کرد اگر شما ندانید چند نفر فرد سالمند در جامعه است اصلا نمی توانید برای ارتقاءسلامت سالمندان برنامه ریزی ومداخله کنید .چون ممکن است آنها نیازداشته باشند. اطلاعات پزشک خانواده باید در مورد بیماریها ومعلولیت و میزان بروز وشیوع معلولیت را در جامعه خود بداند . در مورد ویژگیهای مرتبط به سلامت مثل رشد در کودکان وفشارخون در جمعیت حالا یا طبیعی یا غیر طبیعی .اما اطلاعات مربوط به سلامت افراد را باید داشته باشد.جمعیت تحت پوشش شما چه مراجعاتی دارد وبه چه کسانی مراجعه می کند بالاخره بخشی از وظیفه پزشک خانواده این است که رفتار جستجوی خدمت سلامت را در سطح خود تغییر دهید اگر جمعیت شما خیلی دارد در سطوح تخصصی مراجعه می کند باید این رفتار تغییر داده شود اگر جمعیت شما برای خرید دارو از داروخانه بی مورد وبیش از حد مراجعه می کند این رفتارباید تغییرداده شود .پس باید شما اطلاعات داشته باشید تا بتوانید قضاوت کنید ویا رفتار را تغییر دهید وهمچنین اطلاعات در مورد رفتارهای سلامت اینکه جمعیت شما سیگار می کشد یا نه و تنظیم خانواده را رعایت می کند چقدر فعالیت فیزیکی دارد و رژیم غذایی را دارد رعایت می کند یا نه وغیره .اطلاعات در مورد وجود ریسک فاکتورها که افراد جامعه را مستعد می کند برای رخداد بیماری بعدی و بخشی از این ریسک فاکتورها ،ریسک فاکتورهای محیطی است که در جامعه اطراف شما چه ریسک فاکتورهایی وجود دارد بخشی مربوط به محیط کار است .در محیط کار افراد چه عوامل خطرزایی وجود دارد بعضی ها ریسک فاکتور در سطح منزل وخانه وجود دارد مثلا: آلودگی هوادر خانه های روستایی به علت سوخت فسیلی سنتی کودهای حیوانی را داخل خانه می سوزانند که در واقع باید اطلاعات داشته باشند بخشی دیگر از اطلاعات بخش مرگ ومیر است که باید به سرعت وبا دقت ثبت وگزارش شود .بخشی دیگر از اطلاعات در رابطه با عملکرد سطح مراقبت های اولیه است مثلا :کارکردهای مراقبت اولیه به چه میزان صورت می گیرد .تست های اسکرینینگ و ویزیت در منزل به چه سرعتی دارد صورت می گیرد .پس عملا اطلاعات در سطح مراقبت های اولیه اطلاعات مهمی است وباید جمع آوری شود ودر مورد آن قضاوت کنیم بحث دیگر بحث علائق وتقاضای آنها است این جامعه یک نیازی دارند که شما می دانید واما یک تقاضایی دارندکه خودشان می دانند واگر تقاضای این جامعه را ندانید نمی توانید در مورد آن تقاضا تصمیم درست بگیرید .پس این ویژگی ها ویژگی ها درستی است که نیازمند جمع آوری اطلاعات توسط پزشک خانواده هستیم .اپیدمیولوژی و داده ها در سطح جامعه به ما کمک کند تا تشخیص درستی بگذاریم ودر سطح آن جامعه بتوانیم مداخله درستی انجام دهیم ودر سطح آن جامعه بتوانیم نتایج مطالعه خود را بسنجیم .هر کاری که درسطح مطب برای یک فرد انجام میدهیم در سطح جامعه هم باید انجام دهیم مثلایک فرد وقتی در مطب به ما مراجعه می کند معاینه می کنیم ،همین موضوع در قالب بررسی پیمایشی در سطح جامعه انجام می شود تشخیص می گذاریم ودرمانش می کنیم همین موضوع هم در سطح جامعه است .فالوآپ می کنیم همین موضوع هم بصورت پیگیری اجتماعی در سطح جامعه انجام میدهیم .پس مقایسه یک به یک بین

Community care، Clinical care می توانیم داشته باشیم به نوعی شاید می توان گفت که بحث جامعه نگری یک تکامل تکوینی را در طول زمان به خودش دیده است یک زمان عصر قبل از طبابت علمی بود یک زمان Basic Scienceوبعد علم کلینیکال اضافه شد آموزش ما در طب آموزش جامعه نگری شده پژوهش ما از Basic Researchبه Clinical Research وحالا به

Community Researchرسیده است واقعیت قضیه این است که علم رفتاری که با آن برخورد می کردیم تکامل یافته است .به کارگیری علوم رفتاری در طب منظور ما مهارت های ارتباطی بین پزشک وبیمار (فرد وفرد )بود اما الان بحث مداخلات اجتماعی است پس علمی که از علوم رفتاری نیاز داریم بحث علم اجتماعی ویا علوم تغییر رفتاری در جامعه است پس علوم رفتاری هم تغییر کرده وتکامل پیدا کرده و آنچیزی که از طبابت خانواده انتظار می رود طبابت جامعه نگر است .

**منابع:**

**برنامه آموزشی توانمند سازی پزشکان خانواده**

**وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی**

**معاونت آموزشی - معاونت سلامت**

**مرکز توسعه شبکه وارتقاء سلامت**

**دکتر محمد اسماعیل مطلق**

**مهندس محمد جواد کبیر**

**دکتر محمد رضا رهبر**

**دکتر شهرام یزدانی**