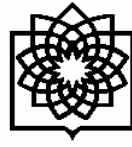


باسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دانشکده پزشکی

گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی

درسنامه

نقش های پزشکان در نظام

سلامت

(تماس زودرس با بیمار ۲)

Early Patient Contact II

نویسندگان:

دکتر علی اصغر کلاهی (دانشیار پزشکی اجتماعی)

دکتر محمد رضا سهرابی (استادیار پزشکی اجتماعی)

نیمسال اول سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷

فهرست مطالب:

| | |
|----|--|
| ۴ | مقدمه |
| ۶ | بیانیه‌های توانمندی ها و تعاریف جدید |
| ۹ | یادداشت‌های توضیحی - تعاریف جدید |
| ۱۲ | یادداشت‌های توضیحی - توانمندی های اصلی |
| ۱۴ | مرور و تحلیل آکادمیک، تعاریف جدید |
| ۲۵ | مرور و تحلیل آکادمیک، توانمندی های اصلی |
| ۳۰ | ضمیمه‌ها |
| | ۱. تعاریف Leeuwenhorst, WONCA, Olesen |
| | ۲. فرایند آماده‌سازی و مشورت |
| | ۳. قدردانی |
| | ۴. کشورهای عضو WONCA در اروپا |
| | ۵. تعاریف |
| ۴۳ | پزشک پنج ستاره از نگاه سازمان جهانی بهداشت |
| ۴۸ | نقش های متفاوت یک پزشک |

تعریف ارزیابی از مشخصات بارز پزشکی عمومی:

نقش و وظیفه پزشک عمومی و گزارشی از توانمندی های اصلی پزشک عمومی / پزشک خانواده توسط WONCA EUROPE (جامعه اروپایی پزشکی عمومی / پزشک خانواده) تهیه شده که در سال ۲۰۰۲ این بیانیه با حمایت و همکاری WHO Barcelona, Europe office و Spain به چاپ رسیده است.

۱- مقدمه:

این گزارش اجتماعی به معرفی حرفه پزشکی عمومی (پزشکی خانواده) و وظایف حرفه‌ای آن، توضیح توانمندی‌های اصلی‌ای که از پزشک عمومی انتظار می‌رود و ترسیم عناصر اصلی آموزش دانشگاهی می‌پردازد و نیز دیدگاهی معتبر در مورد خدماتی که پزشکان خانواده (در اروپا) باید با بالاترین کیفیت و کمترین هزینه برای بیماران خود فراهم نمایند ارائه می‌دهد. از تعاریف این گزارش می‌توان به برداشتی کلی برای آموزش، پژوهش و فرایند اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده دست یافت به گونه‌ای که از توسعه پزشک خانواده در جهت تامین نیازهای سلامت در قرن بیست و یکم اطمینان حاصل کرد.

تفاوت‌های چشمگیری در مورد تشکیلات سلامت و نحوه اجرای مقوله پزشک خانواده در اروپا وجود دارد. در کشورهای عضو اتحادیه اروپا و نیز کشورهایی که مایلند به این اتحادیه بپیوندند، آموزش پزشکی بر طبق دستورالعمل ۹۳/۱۶، که اساس آن آزادی عمل بیشتری برای پزشکان است، اجرا می‌گردد. متأسفانه در این دستورالعمل تأکید کمی بر محتوا و کیفیت آموزش‌هایی که افراد فارغ‌التحصیل باید ببینند وجود دارد. بنابراین پرواضح و بسیار مهم است که برای حمایت از بیماران، پزشکان خانواده باید آموزش‌هایی در جهت یادگیری مهارت‌های لازم برای درمان هر یک از افراد جامعه ببینند.

این گزارش از سوی جامعه پزشکان عمومی / خانواده اروپا (WONCA Europe) تهیه شده است. این جامعه مدیریت آکادمیک و علمی حرفه پزشکی خانواده را به عهده دارد و به عنوان نماینده این حرفه در سرتاسر قاره اروپا شناخته می‌شود. اعضای این جامعه شامل سازمان‌های ملی پزشکی خانواده ۳۰ کشور اروپایی و افرادی مستقل از پزشکان خانواده هستند. وظیفه اصلی این جامعه توسعه و ارتقاء پزشکی خانواده است تا به وسیله آن استانداردهای بالایی در آموزش و پرورش، پژوهش و تمرینات کلینیکی به نفع بیماران ایجاد و حفظ نماید.

مانند دیگر کشورهای دنیا، در اروپا نیز اصلاح سیستم‌های ملی سلامت یک مشخصه بارز است. با توجه به تحولات جمعیت، پیشرفت‌های پزشکی، اقتصاد سلامت، انتظارات و احتیاجات بیماران نیاز به روش‌های جدید برای فراهم کردن و ارائه مراقبت‌های پزشکی احساس می‌شود. شواهد بین‌المللی حاکی از آن است که رویکرد سیستم‌های سلامتی که بر پایه مراقبت‌های مؤثر اولیه توسط پزشکان عمومی‌ای (پزشک خانواده) که در جامعه به ارائه خدمات مشغولند و به خوبی آموزش دیده‌اند انجام می‌گیرد در مقایسه با سیستم‌هایی که رویکرد ضعیفی در زمینه مراقبت‌های اولیه دارند، موثرتر و اقتصادی‌تر است.

درک کامل نقش پیچیده و اساسی پزشکان خانواده در سیستم‌های سلامت از سوی کسانی که در حرفه پزشکی و حرفه‌های مرتبط با پزشکی مشغولند، مانند برنامه‌ریزان سیستم سلامت، اقتصاددانان، سیاستمداران و عامه مردم حیاتی به نظر می‌رسد. در اروپا برای توانمندسازی سیستم سلامت جهت بالفعل کردن پتانسیل‌های خود در ارائه خدمات به بیماران سرمایه‌گذاری بیشتری مورد نیاز است. این سرمایه‌گذاری باید نه تنها در مورد منابع و زیرساخت‌های انسانی بلکه در رابطه با تعلیم و تربیت، پژوهش و اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شده نیز باشد.

این گزارش و تعاریف جدید از توانمندی‌های اساسی به منظور اطلاع‌رسانی و همکاری در بحث پیرامون نقش کلیدی پزشک خانواده در سیستم سلامت در سطح ملی و اروپایی به چاپ رسیده است.

¹ اداره منطقه‌ای سازمان جهانی پزشکان خانواده (WONCA)

مرجع

- ۱- مراقبت اولیه Star field B: برقراری تعادل بین نیازهای سلامت، خدمات و تکنولوژی. Oxford: مؤسسه انتشاراتی آکسفورد ۱۹۹۸.

تعاریف اروپایی در سال ۲۰۰۲

رشته و تخصص پزشکی عمومی / پزشکی خانواده

پزشکی عمومی / پزشکی خانواده یک رشته دانشگاهی و علمی دارای مفاد آموزشی، پژوهشی، فعالیتهای درمانی و مبتنی بر شواهد و رشته‌ای بالینی با گرایش به مراقبت اولیه مخصوص به خود است.

i. خصوصیات رشته پزشکی عمومی / پزشکی خانواده عبارتند از :

- ا- معمولاً اولین نقطه تماس پزشکی در سیستم ارائه خدمات سلامت است و برای مراجعه‌کنندگان خود خدماتی قابل دسترس و نامحدود فراهم می‌کند و به هر نوع مشکل پزشکی صرف نظر از سن، جنس و یا هر نوع ویژگی فرد رسیدگی می‌کند.
- ب- از طریق هماهنگ کردن فعالیتهای درمانی، همکاری با دیگر حرفه‌های فعال در زمینه مراقبت‌های اولیه، مدیریت تعامل با تخصص‌های دیگر و دفاع از منافع بیمار در مواقع لزوم سعی در استفاده بهینه از منابع سیستم ارائه خدمات سلامت دارد.
- ت- رویکردی فرد محور متمایل به فرد، خانواده و جامعه اش دارد.
- ث- روند مشورتی منحصر به فردی دارد که از طریق ارتباط موثر بین پزشک و بیمار و در طی زمان به دنبال برقراری رابطه با بیمار است.
- ج- براساس نیازهای بیمار مسئول تامین مراقبت‌های مستمر طولانی مدت است.
- ح- بر اساس شیوع و بروز بیماری‌ها روند تصمیم‌گیری خاصی دارد.
- خ- هم‌زمان مشکلات مزمن و حاد سلامت افراد بیمار را مدیریت می‌کند.
- د- بیماری‌های نیازمند اقدام فوری را که در مراحل اولیه به راحتی قابل تشخیص و شاخص نیستند را مدیریت می‌کند.
- ذ- با مداخله مناسب و مؤثر سطح سلامتی و رفاه را ارتقاء می‌دهد.
- ر- مسئولیت ویژه‌ای در قبال سلامت جامعه دارد.
- ز- به مسائل پزشکی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی رسیدگی می‌کند.

ii. تخصص پزشکی عمومی / پزشکی خانواده

پزشکان عمومی/خانواده متخصصینی هستند که اصول این رشته را آموخته‌اند و در درجه اول مسئول فراهم کردن مراقبت‌های جامع و مستمر برای افراد خواهان مراقبت پزشکی فارغ از سن، جنس و نوع بیماری هستند. آنان افراد را در متن خانواده، جامعه و فرهنگ آنها در نظر می‌گیرند و همواره حق انتخاب و اختیار بیماران را محترم می‌شمارند، نسبت به مسئولیت حرفه‌ای خود در قبال جامعه واقفند، با تلفیق عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و با استفاده از اطلاعات و اعتماد حاصل از تعامل با بیمار به درمان بیماری می‌پردازند. پزشکان عمومی/ خانواده با ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت، درمان و تسکین درد نقش حرفه‌ای خود را ایفا می‌کنند. این مهم یا مستقیماً و یا از طریق خدمات سایر بخش‌ها بسته

به نیازهای پزشکی و امکانات موجود در جامعه انجام می‌گیرد و پزشکان به افراد در دستیابی به این خدمات کمک می‌کنند. پزشکان باید مسئولیت حفظ و ارتقاء مهارت‌های خود، تعادل شخصیتی و ارزش‌ها را به عنوان مبنای ارائه خدمات صحیح و مؤثر برای بیماران بپذیرند.

iii. توانمندی های اساسی پزشک عمومی / خانواده

تعریفی که از رشته پزشکی عمومی / خانواده و تخصص پزشکی خانواده ارائه می‌شود باید مستقیماً بیانگر توانمندی های اساسی (به معنی ضروری برای این رشته و بی‌طرف در ارتباط با سیستم سلامتی که این تعاریف را بکار می‌گیرد) پزشک عمومی/خانواده باشد.

۱- یازده ویژگی اصلی که معرف رشته در ارتباط با یازده توانایی‌ای که هر متخصص خانواده‌ای باید در آن‌ها متبحر باشد و می‌توان آن‌ها را در شش توانمندی اصلی خلاصه کرد (با ارجاع به ویژگی‌ها):

۱) مدیریت مراقبت‌های اولیه (a, b)

۲) مراقبت‌های شخص - محور (c, d, e)

۳) مهارت‌های ویژه حل مسئله (f, g)

۴) رویکرد جامع (h, i)

۵) جهت‌گیری اجتماعی (j)

۶) مدل‌سازی کل‌نگر (k)

۲. جهت بکار بردن این تخصص، پزشک متخصص این توانمندی‌ها را در سه عرصه ایفا کند:

a. وظایف کلینیکی

b. ارتباط با بیماران

c. مدیریت حرفه

۳. به عنوان یک رشته شخص - محور علمی، سه ویژگی اساسی باید مدنظر قرار گیرد:

a. در ارتباط با موقعیت: استفاده از سابقه شخص، خانواده، جامعه و فرهنگ آنها.

b. نگرشی: بر مبنای توانایی‌های حرفه‌ای و ارزش‌های پزشک

c. علمی: داشتن رویکردی نقادانه و پژوهش‌محور در ارتباط با این حرفه و حفظ این

رویکرد از طریق آموزش مداوم و ارتقاء کیفیت.

رابطه متقابل بین توانمندی های اصلی، زمینه‌های کاربرد و نیز ویژگی‌های بنیادی این رشته را متمایز کرده و بر پیچیدگی این تخصص تاکید می‌ورزد.

این رابطه پیچیده توانمندی های اساسی است که باید الگو قرار گیرد و در برنامه‌های مربوط به تدریس، پژوهش و بهبود کیفیت منعکس گردد.

توضیحات تکمیلی - تعاریف جدید

رشته و تخصص پزشکی عمومی / پزشک خانواده

تعریف و ترسیم رشته پزشکی عمومی/پزشکی خانواده و نقش متخصص پزشکی خانواده، هر دو، امری ضروری است. تبیین رشته پزشکی عمومی لازم است زیرا پایه و چهارچوب آکادمیکی که رشته براساس آن بنا شده است را توضیح می‌دهد و بدین ترتیب توسعه آموزش پژوهش و بهبود کیفیت را گزارش می‌دهد. مورد اخیر لازم است تا این واژه آکادمیک به سمت نقش واقعی پزشک خانواده ترجمه شود که ملموس جامعه اروپا و نظام سلامت و سلامتی است که بیماران با آن روبرو هستند.

۱. ویژگی‌های رشته پزشکی عمومی/پزشکی خانواده عبارتند از:

معمولاً نقطه اولین تماس با تشکیلات پزشک خانواده بوده که دسترسی باز و نامحدودی برای استفاده‌کننده فراهم می‌سازد و صرف‌نظر از سن، جنسیت، و یا هر ویژگی خاص دیگر، با تمام مسائل پزشکی مربوط سروکار دارد.

کلمه "معمولاً" به کار برده شد تا نشان دهد که در بعضی شرایط، مثل بروز آسیب‌های شدید، رشته‌ی پزشکی خانواده اولین نقطه تماس نمی‌باشد. با این همه، در بیشتر شرایط، پزشک خانواده می‌بایست نقطه اولین تماس باشد. نباید مانعی در دسترسی به پزشک خانواده وجود داشته باشد و پزشکان خانواده می‌بایست با همه نوع بیمار، جوان یا پیر، مرد یا زن و مشکلات پزشکی آنها سروکار داشته باشند. در ابتدا پزشک عمومی مرجع اصلی و اساسی است. بسته به نیاز و خواست‌های بیماران، پزشک خانواده زمینه وسیعی از فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد. این چشم‌انداز موجب گسترش ابعاد این رشته و رشد فرصت استفاده از آن در حل و فصل مسائل فردی و منطقه‌ای (جامعه‌ای) می‌شود.

با بهره‌گیری از مراقبت هماهنگ، موجب استفاده بهینه از منابع می‌شود و ضمن همکاری با دیگر حرفه‌ها در صحنه‌های اولیه مراقبت، در مدیریت هماهنگ‌سازی تخصص‌های مختلف، در هنگام لزوم برای بیمار نقش حامی را ایفا می‌کند.

این نقش هماهنگ‌کنندگی مشخصه کلیدی اقتصادی بودن مراقبت اولیه با کیفیت می‌باشد که تضمین می‌کند بیمار مناسب‌ترین پزشک حرفه‌ای آگاه به مشکل خود را ملاقات می‌کند. تعیین ترکیب ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی، توزیع مناسب اطلاعات و ترتیب مداوا، نیاز به هماهنگ‌کننده دارد. در صورتی که شرایط ساختاری اجازه دهد، پزشک عمومی قادر به ایفای این نقش محوری خواهد بود. ایجاد یک سیستم کار گروهی حول بیمار و استفاده از تمام پزشکان حرفه‌ای، به بهبود کیفیت مراقبت کمک خواهد کرد. این رشته با مدیریت امورهماهنگی بین تخصص‌ها، دسترسی مناسب بیماران نیازمند به خدمات ثانویه و با فن آوری بالا را تضمین می‌کند. یکی از نقش‌های کلیدی این رشته، ایجاد چتر حمایتی و جانبداری از بیمار به نحوی است که او را از آسیب‌هایی ناشی از غربال‌ها و آزمایش‌ها و درمان‌های غیرضروری حفظ کرده و در میان پیچیدگی‌های نظام ارائه خدمات سلامت هدایت می‌کند.

رویکردی فرد-محور با تمرکز بر فرد، خانواده و جامعه اش ایجاد می‌کند.

پزشک خانواده با انسان‌ها و مشکلات آنها در متن شرایط زندگی و نه با موارد و آسیب‌شناسی غیرشخصی سروکار دارد. نقطه شروع فرآیند خود بیمار است. فهمیدن طرز کنار آمدن بیماران با بیماری و رنجی که بیماری می‌کشند به اندازه پرداختن به فرآیند خود بیماری مهم است. نکته‌ی مهم ارتباط فرد با باورها، ترس‌ها، انتظارات و احتیاجات خود می‌باشد.

دربگیرنده فرآیند مشورتی منحصر به فردی است که در طول زمان بر اثر گفت و گوی مؤثر و ارتباط بین دکتر و بیمار به وجود می آید.

هر تماس بین بیمار و پزشک خانواده، موجب تکمیل داستانی می شود و هربار مشورت، می تواند بر این تجربه مشترک بیفزاید. ارزش این ارتباط شخصی را میزان مهارت های مشورتی پزشک خانواده تعیین می کند و به خودی خود دارای خاصیت درمان گری است.

بسته به نیازهای بیمار، مسئول فراهم آوردن استمرار مراقبت می باشد.

رویکرد پزشکی عمومی می بایستی از تولد (و گاهی قبل از آن) تا مرگ (و گاهی بعد از آن) ثابت باشد. لازمه تحقق این امر، استمرار مراقبت از طریق پی گیری امور بیمار در تمام طول عمر اوست. پرونده پزشکی، نشانه اصلی این تداوم می باشد. در واقع، این پرونده، حافظه عینی مشورت هاست که فقط بخشی از تاریخچه مشترک پزشک و بیمار را نشان می دهد. پزشکان خانواده در بخش وسیعی از زندگانی بیماران خود حضور داشته و آنها را در برابر رخدادهای فراوانی مراقبت می کند. آنان مسئول تضمین وجود مراقبت های پزشکی در سراسر ۲۴ ساعت شبانه روز می باشند و هنگامی که در شرایط خاص شخصاً قادر به فراهم کردن این شرایط نباشند، مسئول هماهنگی و مدیریت مراقبت ها هستند.

در دارای فرایند تصمیم گیری اختصاصی هستند که تحت تاثیر شیوع و بروز بیماریها در جامعه است. مسائل به پزشکان خانواده، به شکل متفاوت از مراقبت های ثانویه عرضه می شوند. در اینجا شروع بیماری متفاوت از حالتی است که در بیمارستان ها به نظر می آید و به دلیل فقدان انتخاب قبلی در بیمارستان، در پزشک عمومی بیماری های حاد بسیار کمتری اتفاق می افتد. این امر مستلزم فرآیند تصمیم گیری بر پایه احتمالاتی است که حاصل آگاهی در خصوص اطلاعات مربوط به بیماران و جامعه است. ارزش پیشگویی کننده یک علامت بالینی (کلینیک) یا یک آزمون تشخیص، چه مثبت یا منفی در پزشکی خانواده متفاوت از ارزش این کار در صحنه بیمارستانی است. اغلب بعد از اطمینان از عدم وجود بیماری، وظیفه پزشک خانواده اطمینان دادن به کسی است که درباره بیماری اضطراب دارد.

مسائل پزشکی حاد و مزمن فرد را به طور هم زمان، مدیریت می کند. پزشک خانواده باید با تمام مسائل مربوط به مراقبت های پزشکی و سلامتی فرد سروکار داشته باشد و نمی تواند خود را فقط به کنترل بیماری عنوان شده محدود کند و در این راستا، اغلب پزشکان مجبورند که مسائل متعددی را کنترل کنند. بیمار اغلب برای دردهای گوناگونی مشورت می کند که تعداد این دردها به موازات بالا رفتن سن، زیادتر می گردد. پاسخ همزمان به تقاضاهای متنوع، مدیریت سلسله مراتبی از مسائل را لازم می گرداند که در آن، اولویت های هم پزشک و هم بیمار لحاظ شده باشد.

مدیریت بیماری هایی که در مراحل اولیه ناشناخته بوده و ممکن است مستلزم مداخله فوری گردد. معمولاً بیمار با شروع علائم، به پزشک مراجعه می کند و در این مرحله اولیه، تشخیص دشوار است. به عبارتی، در این قبیل موارد باید بر اساس اطلاعاتی محدود، تصمیم هایی مهم گرفت و ارزش نتایج آزمایش های بالینی (کلینیک) در این مرحله کمتر مسلم است. حتی اگر علائم یک بیماری خاص خیلی مشخص و واضح باشند، باز هم در مراحل اولیه، علائم اغلب غیرمشخص بوده و در خیلی از بیماری ها مشترک می باشند. کنترل ریسک و خطرپذیری تحت این شرایط ویژگی بارز این رشته است. با رد پیامدهای سریع جدی، بهتر است تصمیم گیری بر مبنای پیشرفت بیشتر و بررسی بعدی قرار گیرد. در نتیجه، مشورت ابتدایی اغلب به صورت

بررسی یک یا چند علامت اولیه صورت می‌گیرد. گه‌گاه اتفاق می‌افتد که ایده‌ی بیماری در همان ابتدا به تشخیص کامل منجر شود.

با مداخله مناسب و موثر موجب ارتقاء سلامتی و تندرستی می‌شود. این مداخله می‌بایست در زمان و امکان مناسب و به‌طور مؤثر صورت گرفته و مبتنی بر شواهد صحیح و معتبر باشد.

مداخله‌ی غیرضروری می‌تواند موجب صدمه زدن به سلامت بیمار و هدر رفتن منابع با ارزش سلامتی شود. مسئولیت خاصی در قبال سلامتی جامعه دارد. این رشته هم در رابطه با مسائل سلامتی پزشکی در سطح فرد و هم سطح جامعه مسئولیت دارد. بعضی وقت‌ها، این موضوع تنش‌هایی در پی داشته و تضاد منافع ایجاد می‌کنند که می‌بایستی به طرز مناسبی کنترل گردد.

با مسائل سلامتی پزشکی در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی آنها برخورد می‌کنند. این نظام می‌بایستی هم‌زمان تمام این ابعاد را تأیید کرده و برای هر کدام وزن مناسبی قائل گردد. رفتار بیماری و روال و اسلوب مرض در خیلی از این مواضع متفاوت است و اگر ریشه اصلی مسائل مورد خطاب قرار نگیرد، به‌دلیل مداخله‌ی نابجا، ناراحتی‌های فراوانی برای بیمار ایجاد می‌گردد.

۲. تخصص پزشکی خانواده

پزشکان خانواده، متخصصانی هستند که اصول این رشته تخصصی را آموخته‌اند. این گروه، پزشک فرد هستند و صرف‌نظر از سن، جنس و نوع بیماری، به هر فردی که خواهان مراقبت پزشکی باشد، باید مراقبت مستمر و جامع برسانند. آنان به افراد، در چارچوب خانواده، جامعه و فرهنگشان خدمت‌رسانی کرده و همیشه استقلال بیمار خود را محترم می‌شمارند. این پزشکان پذیرفته‌اند که نسبت به جامعه خود مسئولیت حرفه‌ای دارند. در محاوره‌هایی که تحت برنامه‌های مدیریتی صورت می‌گیرد، ضمن لحاظ نمودن عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی، از اعتماد و آگاهی‌ای که در نتیجه‌ی تماس‌های مکرر ایجاد گردیده استفاده می‌کنند. پزشکان عمومی با ترفیع سلامت و ممانعت از بیماری و درمان، مراقبت و تسکین نقش خود را ایفا می‌کنند. این مهم یا به‌طور مستقیم توسط خود پزشک و یا بسته به ضرورت‌های پزشکی و منابع در دسترس جامعه مورد بحث، توسط دیگران انجام می‌گیرد و به بیماران در دسترسی به این خدمات کمک و مساعدت می‌کنند. به عنوان مبنایی برای مراقبت مؤثر و امن بیماران آنان می‌بایستی مسئولیت توسعه و حفظ مهارت‌ها و تعادل و ارزش‌های شخصی خود را به عهده بگیرند.

با ارایه این تعریف از نقش پزشک خانواده، ویژگی‌های نظام فوق در قالب عملکرد قرار می‌گیرد. به‌عبارتی این تعریف، تصویر ایده‌آلی را ترسیم کرده که همه پزشکان خانواده می‌توانند طالب آن باشند. بعضی از عناصر این تعاریف تنها مختص پزشک خانواده نبوده و به تمامی حرفه‌های مرتبط با پزشکی قابل اطلاق است. با این همه، تخصص پزشکی خانواده تنها حرفه‌ای است که قادر به اعمال تمام این ویژگی‌ها است. از جمله می‌توان به ویژگی مسئولیت مشترک حفظ مهارت‌ها اشاره کرد که این برای پزشکان خانواده که اغلب در درازا و به‌تنهایی کار می‌کنند مشکل است.

توضیحات تکمیلی – توانمندی های اساسی

در تعریف نظام پزشک خانواده و دکتر متخصص خانواده، باید به‌طور صریح توانمندی های اساسی پزشک خانواده را برشمرد.

منظور از توانمندی اساسی یعنی، توانمندی حیاتی و اصلی در رشته که صرف نظر از نظام مراقبت سلامتی پزشکی، باید حتماً اعمال گردند. این توانمندی‌های مربوط به نظام چنین تعریف می‌شوند:

الف) اعمال تخصص ب) چند ویژگی‌های اصلی به عنوان زمینه.

الف) یازده ویژگی که معرف این رشته می‌باشند. یازده توانمندی که هر پزشک متخصص خانواده می‌بایست بر آن مسلط باشد و ما آنها را در شش توانمندی و مهارت کلی جمع کرده‌ایم.

مدیریت مراقبت اولیه

توانایی مدیریت برقراری تماس اولیه با بیماران.

ایجاد هماهنگی از زمان مراقبت اولیه با سایر تخصص‌هایی که منجر به مراقبت‌رسانی مؤثر و مناسب گردد و

درعین حال ایفای نقش حامی از بیمار

مراقبت فرد - محور

توانایی اتخاذ رویکرد فرد - محور با بیماران و مسائل.

توسعه‌ی ارتباط، رایزنی و گفتگو با بیمار به منظور ایجاد رابطه مؤثر پزشک و بیمار

انجام مراقبت‌های مستمر طولی بنا به نیازهای بیمار

۳) مهارت‌های خاص در حل مسئله

استفاده از فرآیند خاص تصمیم‌گیری در حل و فصل رخدادها و کنترل گسترش بیماری در جامعه

کنترل شرایط ناشناخته و مداخله فوری در هنگام ضرورت

۴) رویکرد جامع

توجه هم‌زمان هم به مسائل پزشکی سلامتی حاد و مزمن در فرد

اعمال روش‌های مناسب ترفیع سلامتی و گسترش بهزیستی بیمار

۵) جامعه محوری

تلفیق احتیاجات پزشکی سلامتی فرد بیمار با احتیاجات پزشکی سلامتی جامعه، در تعادل با منابع قابل

دسترس.

۶) برخورداری از روش همه‌جانبه‌نگر

توانایی استفاده از شیوه جسمانی - روانی - اجتماعی با لحاظ ابعاد فرهنگی و معنوی (existentialism)

ب) برای پرداختن به این حرفه، پزشک باید مهارت‌های فوق را در سه سطح اعمال می‌نماید:

وظایف بالینی

برقراری ارتباط با بیماران و

مدیریت طبابت

ج) تخصص خانواده، به‌عنوان رشته ای علمی و فرد-محور باید با سه ویژگی اساسی شناخته شود.

متن‌گرایی: استفاده از زمینه و بستر در ارتباط با فرد، خانواده، جامعه و فرهنگ.

نگرش‌گرا: نشان دادن رفتاری مبتنی بر توانایی حرفه‌ای، ارزش‌ها و اخلاق پزشکی.

علمی: اتخاذ رویکردی نقد‌گرانه و پژوهش-محور به حرفه و پای‌بندی به یادگیری مستمر و بهینه‌سازی کیفی

ارتباط بین توانمندی‌های اساسی، مکان‌های اعمال و ویژگی‌های اصلی، تصویر این رشته را نشان داده و

موید پیچیدگی تخصص این نظام است.

در این جا، روابط پیچیده توانمندی های اساسی است که باید راهنما بوده و در گسترش برنامه های مختلف مربوط به تدریس، پژوهش و بهبود کیفیت انعکاس یابد.

۵. بررسی آکادمیک و تجزیه و تحلیل: تعاریف جدید

مقدمه

گروه Leeuwenhorst بیانیه خود با عنوان «پزشک عمومی در اروپا» را در ۱۹۷۴ ارائه کرد. در آن زمان، حرفه پزشکی خانواده به عنوان یک رشته و به خصوص در مورد آموزش و پایه پژوهشات در مراحل ابتدایی خود قرار داشت. حدود ۳۰ سال بعد دنیا شاهد پیشرفت هایی بود که در هیچ جا این تحولات به اندازه مراقبت رسانی پزشکی، آشکار و هویدا نبود. پزشک خانواده هم اکنون خیلی خوب در تمام تشکیلات مراقبت رسانی سیستم پزشک سلامتی اروپا جای خود را باز کرده است.

به تدریج، اهمیت نقش خدمات رسانی های مراقبت های سلامتی مورد تایید قرار گرفت. این موضوع در سند اصلی WHO Europe در سال ۱۹۹۸ مورد تأکید واقع شد، به طوری که در بیشتر کشورهای واقع در حوزه شوروی سابق، پزشکی عمومی/خانواده به عنوان پایه ای در تشکیلات مراقبت رسانی پزشکی معرفی شده است.

در طی ۳۰ سال اخیر جوامع شاهد تغییرات زیادی بوده و نقش بیمار به عنوان عامل تعیین کننده مراقبت پزشکی سلامتی و تدارکات آن، بیشتر و بیشتر شده است. دیگر، نظرات پزشکی بالینی (clinician) وحی-منزل شناخته نمی شود و به این ترتیب گفتمان جدیدی بین ارایه کنندگان و مصرف کنندگان مراقبت های پزشکی در حال شکل گیری است. پزشک خانواده آینده، نه تنها باید از این موضوع آگاه باشد بلکه باید بتواند در چنین محیط و شرایطی رشد کند. تداوم رشد و تکامل در بستر نظام پزشکی عمومی و در تشکیلات مراقبتی پزشکی در حال تحول است و نیز پاسخ به نیازهای پزشکی بیماران برای پزشک خانواده بسیار مهم است. پزشکان خانواده باید در توسعه مستمر تشکیلات مراقبت پزشکی دخالت داشته و در مقام فردی برای مقابله با این نوع چالش ها، باید قادر به تغییر باشند.

Van Weel، در سخنرانی اخیر خود در نشست بهاری RCGP، بر ضرورت توسعه آکادمیک این رشته برای انتقال دانش، مهارت و تجربه تأکید ورزیده است. از دیدگاه او، در این رشته باید از نظر آکادمی پیشرفت داشت تا بتوان تکنیک ها و مورد اثربخشی و فایده مراقبت پزشکی عمومی کاوش و کندوکاو صورت گیرد.

او همچنین بر اهمیت مبانی ارزشی پزشک عمومی/خانواده و ضرورت شکل گیری فرهنگ مشترک آموزشی، پژوهشاتی و پرورش تأکید ورزید و افزود شاید وقت آن رسیده باشد که یکبار دیگر نقش پزشک خانواده را بازبینی و بیانیه صریحی از ویژگی های نظام پزشکی عمومی ارایه کرد. در دنیا، کشورهای اتحادیه اروپا و کشورهایی که خواهان پیوستن به آن می باشد قواعد بیشتری برای خود دارند. هدف از تصویب فرمان 93/164 اتحادیه اروپا فراهم ساختن بستری برای حرکت آزادانه پزشکان در نتیجه ایجاد امنیت برای بیماران است. واضح است که پزشک خانواده باید آموزش هایی بگذراند تا برای انجام وظیفه در هر یک از کشور عضو آماده باشد، و به این ترتیب توانمندی های کسب شده به این پزشک اجازه می دهد که در هر نقطه ای از اتحادیه اروپا بدون آموزش های بیشتری فعالیت کنند. از آنچه تاکنون گفته شده چنین برمی آید که برای تعریف ویژگی های این رشته و وظایفی که پزشک خانواده ملزم به اجرای آنهاست، وجود یک اجماع نظر حایز اهمیت می باشد.

در فرمان ۹۳/۱۶ یک دوره آموزشی حداقل شش ماه تا حداکثر دو سال را برای پزشک عمومی تعریف می‌کند. بعضی کشورها، حداکثر زمان آموزش را تا سقف سه سال یا بیشتر کشانده‌اند. سند اجتماع UEMO 1994 ضمن پرداختن به موضوع آموزش‌های خاص برای پزشک عمومی، مدعی است که دوره آموزشی باید حداقل سه سال به طول انجامیده و در آن بخش‌های عملی و نظری لحاظ شود، به طوری که ۵۰٪ زمان آموزش بالینی (کلینیکی) می‌بایستی در یک محیط پزشکی عمومی انجام گردد. کمیته مشورتی آموزش پزشکی، (ACMT) ضمن پذیرفتن نظرات UEMO به کمیسیون اروپایی توصیه کرد تا در فرمان و قانون فوق‌الذکر تجدیدنظر نماید. به این ترتیب، طبق قانون جدید پزشک عمومی باید آموزش سه ساله را بگذرانند که ۵۰٪ در حین انجام وظیفه صورت می‌گیرد و پزشکان عمومی درگیر و مسئول آموزش‌های پزشکی عمومی در همه سطوح باشند. معهذاً، متأسفانه این توصیه هنوز توسط کمیسیون اروپایی پذیرفته نشده است.

این نکات به ایجاد تحول در عنوان ۴ حکم پزشکی مرتبط با پزشکی عمومی و نیز نیاز به گسترش جایگاه پزشکی خانواده در برنامه پزشکی دانشگاه‌ها ارتباط دارد و به این پیشنهاد منجر گردید که بهتر است در این رشته گسترش بیشتری اعمال شده و متخصص پزشک خانواده یکی از تخصص‌های پزشکی حکم ۳ با تمام تخصص‌های دیگر پزشکی را شامل گردد.

پرداختن بیشتر به این موضوع، از حوصله‌ی این مقاله خارج است. منظور در اینجا شرح مبسوط اصولی است که نظام و رشته پزشکی عمومی را تحکیم می‌کند.

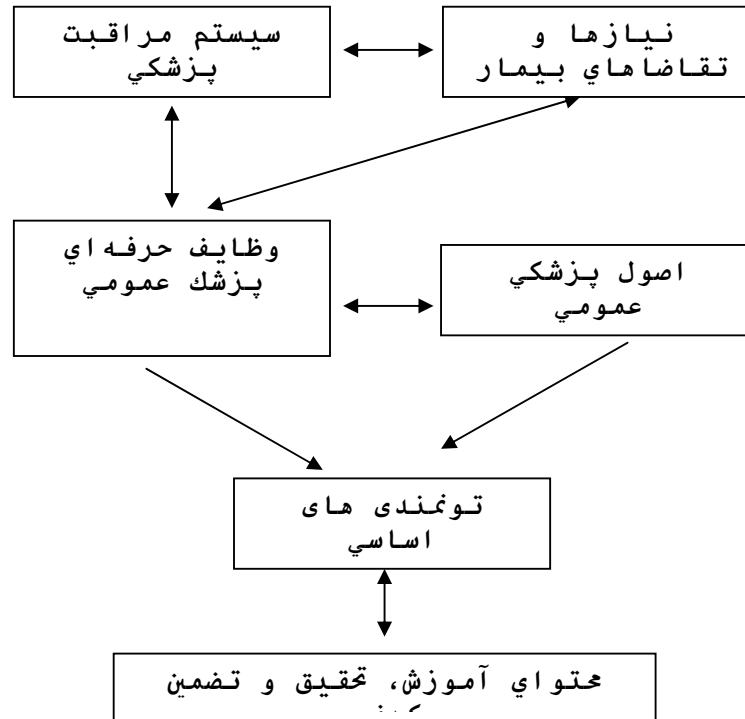
نقش، رشته و نظام مراقبت پزشکی

راه‌های مختلفی برای برخورد با مسئله تعاریف جدید وجود دارد. از جمله می‌توان به روش گروه Leeuwenhorst و در ادامه Olesen اشاره کرد. در این تعریف، شاخص‌های رشته به وسیله توضیح نوع وظایفی که پزشک خانواده ملزم به ایفای آن است تعیین می‌شود. رویکردی دیگر سعی در تعریف اصول اساسی رشته و نظام پزشکی خانواده دارد. این رویکرد توسط Gay در جلسه‌ی معارفه و افتتاحیه WONCA Europe در استراسبورگ و در سال ۱۹۹۵ مطرح شده و در سند مورد استفاده WHO Europe نیز مورد استفاده قرار گرفت.

به‌زعم Gay، بین اصول و وظایف رابطه‌ای وجود دارد که تأثیر اندکی بر روی وظایف بیمار و سیستم مراقبت پزشکی می‌گذارد. در ادامه، این موضوع به تبیین تعاریفی از توانمندی‌ها منجر می‌گردند که محتوای آموزش پزشکی عمومی را مشخص خواهد کرد.

این موضوع ارتباط پویای بین اصول بنیادین رشته و وظایف پزشک خانواده را نشان می‌دهد. این وظایف تا حد زیادی توسط تشکیلات مراقبتی پزشکی عمومی و نیازها و تقاضاهای در حال تغییر بیماران تعیین می‌گردند.

ویژگی‌هایی که توسط WHO Europe شرح داده شد را می‌توان به عنوان اهداف پزشکی خانواده در سیستم مراقبت پزشکی هم لحاظ کرد. طرح این مفاهیم، موجب ارایه‌ی نظرات مؤثر و مفیدی شد، به طوری که فرد می‌پذیرد که پزشک خانواده کم و بیش قادر به ایفای نقش در سیستم مراقبت پزشکی سلامتی است. هر نوع تعریف جدید، بافت و ساختاری که پزشک در آن کار می‌کند را می‌بایست به حساب بیاورد و منعکس‌کننده احتیاجات در حال تغییر بیماران و هم‌گام با پیشرفت‌های مراقبت پزشکی باشد.



این رویکردها، نفی‌کننده یکدیگر نبوده
تعریف جدیدی است که اصول بنیانی رشته و نظام، وظایف اصلی پزشک خانواده درون تشکیلات مراقبت
پزشکی و تأثیر تشکیلات مراقبت پزشکی بر خدمات پزشکی خانواده را به حساب می‌آورند.
اصول و اساس رشته و نظامی که توسط Gay عرضه شد:

- رویکرد بیمار - محور
- جهت‌گیری بر ساختار خانواده و جامعه
- حوزه فعالیت‌ها تعیین شده توسط نیازها و تقاضاهای بیمار
- مسائل پزشکی سلامتی غیر منتخب و پیچیده.
- انگشت‌شمار بودن موارد بیماری‌های جدی
- برخورد با بیماری‌ها در مرحله آغازین
- مدیریت هم‌زمان شکایات و آسیب‌شناسی‌های متعدد و جمعی.
- مدیریت مستمر
- مراقبت هماهنگ‌شده

۱- کارآیی

در بسیاری از رویکردهای مشابه، ویژگی‌های عمومی پزشکی خانواده شامل موارد زیر می‌باشد که در سند
WHO نیز توضیح داده شده است.

- A) عمومی
- B) دائمی
- C) قابل ادراک

- D) هماهنگ
- E) همکار
- F) خانواده محور
- G) اجتماع محور

بیانات WHO به جزئیات ریزتری تقسیم می‌شود که به وسیله ۷ ویژگی تفسیر می‌شود:

عمومی:

مشکلات سلامتی اجتناب‌ناپذیر برای تمام جمعیت
 عدم طبقه‌بندی براساس سن، جنس، گروه، نژاد یا دین یا هر نوع دیگر از مشکلات سلامتی
 دسترسی آسان فارغ از جغرافیا، فرهنگ، حکومت یا موانع مادی

دائمی:

فردمحور

مراقبت‌های طولی سلامتی، فراتر از مدت زندگی، به یک دوره از بیماری محدود نمی‌شود.

قابل ادراک:

مراقبت‌های کامل را در بر می‌گیرد که عبارتند از:
 ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های حمایتی مربوط به جنبه‌های بالینی،
 بشردوستانه و اخلاقی ارتباط بین پزشک و بیمار

هماهنگی:

مراقبت‌های کنترل شده در اولین تماس
 هماهنگی مربوط به سرویس‌های تخصصی
 رایج اطلاعات به بیمار در سرویس‌های قابل دسترس
 هماهنگی و مدیریت مراقبت

همکاری:

کار کردن در تیم‌های چند تخصصی
 انجام مراقبت‌های محوله به موقع
 تمرین رهبری

مراقبت‌های منشأ گرفته از خانواده:
 هدایت مشکلات فردی در زمینه‌های:

شرایط خانوادگی

شبکه فرهنگ و اجتماع

شرایط خانه و کار

اجتماع محور:

پیشنهاد می‌شود پزشک خانواده مشکلات فردی را در زمینه‌های زیر در نظر بگیرد:

نیازهای سلامت جامعه

شغل ها و نقش های دیگر

WONCA در سخنرانی خود در سال ۱۹۹۱ با موضوع نقش پزشک عمومی/ پزشک خانواده در سیستم های مراقبتی سلامت، با ارایه ی تعریفی از نقش پزشک عمومی، آن را به ویژگی های پزشک عمومی/ پزشک خانواده که تحت عنوان طبقه بندی تعهد و تشخیص توصیف کرده بود، ربط داد.

بیانات WONCA در سال ۱۹۹۱ شامل موارد زیر می شود:

مراقبت های فراگیر و وسیع

هدایت بیمار

محوریت خانواده

روابط پزشک و بیمار

همکاری با سرویس های دیگر

حمایت طلبی

دسترسی و مدیریت منابع

در ویژگی های مطرح شده در سند WHO ، «مشخصات» مدارک WONCA و اصول تعریف شده به وسیله Gay نقاط مشترک فراوانی به چشم می خورد که طبق جدول زیر نشان داده شده است:

| اصول توصیف شده به وسیله Gay | WONCA 1991 | WHO 1998 |
|---|---------------------------|-----------------------|
| ۳- زمینه فعالیت ها به وسیله احتیاجات و خواسته های بیمار تعیین می شود. ۴- مشکلات سلامتی غیرقابل اجتناب و پیچیده | مراقبت های فراگیر | عمومی |
| ۱- بیمارمحوری ۲- تداوم مدیریت | جهت یابی به بیماری | دائمی |
| ۳- زمینه فعالیت ها به وسیله احتیاجات و نیازهای بیمار تعیین می شود. ۴- مشکلات سلامتی غیرقابل اجتناب و پیچیده | مراقبت های فراگیر | قابل ادراک |
| ۹- مراقبت های هماهنگی شده | هماهنگی با سرویس های دیگر | هماهنگی |
| همکاری | همکاری | همکاری |
| ۲- جهت یابی به سوی خانواده و محتوای جامعه | خانواده محور | منشأ گرفته از خانواده |
| ۲- جهت یابی به سوی خانواده و محتوای جامعه | تعهد به جامعه | منشأ گرفته از اجتماع |

در محتوای سند WHO از واژه ی "continuous" استفاده شده است که می تواند موجب ایجاد شبهه شود.

بنابراین استفاده از کلمه ی "continuing" مناسب تر می باشد.

"continuous" به معنی بدون وقفه و غیرمنقطع می باشد، به عنوان مثال در توصیف محیط حصار اطراف یک زندان می توان از این کلمه استفاده کرد.

اما “continuing” به معنی فرآیند یا فعالیتی است که ادامه دار بوده و در حال پیشرفت به سوی آینده‌ای دائمی است.

بنابراین واژه‌ی دوم بهتر می‌تواند موضوع را در ارتباط با کاربرد تعلیمات پزشکی تفهیم نماید. در تعلیمات پزشکی “coninuous” به این معنی است که فرد تا پیش از این کار دیگر انجام نداده و از صبح تا شب در حال پیشرفت تعلیمات پزشکی بود.

اما تعلیمات پزشکی “continuing” یعنی فرآیندی متناوب یا دوره‌ای که به‌طور نامحدود ادامه دارد. مراقبت‌های طولی پزشکی خانواده به‌وسیله “continuing” بهتر توصیف می‌شود.

به هر حال در واژه‌هایی که در ارتباط با فعالیت‌های سیستم مراقبتی سلامتی به وسیله WONCA و WHO استفاده داده شده است، تفاوت‌های جالبی وجود دارد. در حقیقت ۳ موضوع در ارتباط با اصول وجود دارد که به‌خوبی در سند WHO یا ویژگی‌های WONCA تفهیم نشده است.

Gay در تعریف خود به شیوع بیماری‌های جدی، «بیماری‌های در مراحل اولیه» و «مدیریت هم‌زمان شکایات و آسیب‌ها» اشاره کرده و WONCA نیز در بخشی از مقاله‌ی خود با عنوان مراقبت‌های فراگیر به آن پرداخته اما در سند WHO این موضوع گنجانده نشده است.

این تعاریف جنبه‌های مهم پزشک عمومی مربوط به اساس اصول فردی را دربر می‌گیرد، اما پزشک خانواده علاوه بر این موارد، باید به موضوع مدیریت بیماری‌های جدی در مرحله‌ی زودرس و غیرقابل تمایز نیز بپردازد.

در مقاله‌ی WONCA به این موضوع اشاره شده است که وقوع بیماری و علائم آن در مراقبت‌های اولیه در مقایسه با علایمی که در بیمارستان مشاهده می‌شود بسیار متفاوت است. بنابراین مراقبت اولیه همان‌جایی است که باید نسبت به این علایم حساس بود.

در سند WHO به صراحت نمی‌توان اساس پزشکی عمومی / پزشکی خانواده را تمیز داد.

مشاوره‌های فردی بین بیمار و پزشک خانواده

Gay مدل نظری پزشکی عمومی را به عنوان مدلی جهانی پیشنهاد کرد که در آن با تفکری باز بیماری را به صورت نتیجه بشری و عوامل محیطی می‌بیند.

در این مدل کلی‌نگر، سلامت چارچوب پیچیده‌ای شبیه به مدل روان اجتماعی Engel است.

همچنین WONCA به مشاوره‌هایی اشاره می‌کند که طی آن نیازهای بیمار به‌صورت بیومدیکال و بشردوستانه طرح می‌شود.

منشأ این موضوع گزارش کارگر (RCGP) است. یکی از ویژگی‌های متمایزکننده‌ی Gay که در مقاله‌ی WONCA به آن اشاره نشده موضوع کارآمدی هزینه است که طرح ویژه‌ای برای سیستم پیشرفته مراقبت‌های سلامتی خانواده‌های ارایه داده است.

البته توضیحات WONCA این فکر را بیشتر ترویج کرده که پزشک خانواده در مدیریت منابع سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی، نقش مهمی ایفا می‌کند.

اصول تعریف شده به‌وسیله‌ی Leeuwenhorst ارتباط نزدیکی با اصول تعریف شده‌ی قبلی دارد چون از بوت‌هی امتحان بیرون آمده است (پیوست ۱ را ببینید) در مقایسه با بقیه‌ی اصولی که هنوز امتحان خود را پس نداده‌اند، بهتر بوده و به‌طور وسیع قبول شده است. هم‌اکنون این اصل پذیرفته شده است که در نظام جدید، پزشک عمومی ضمن انجام یک پژوهش محدود و آموختن اصول تعلیم به شاخه‌ای از حرفه‌ی پزشکی وارد می‌-

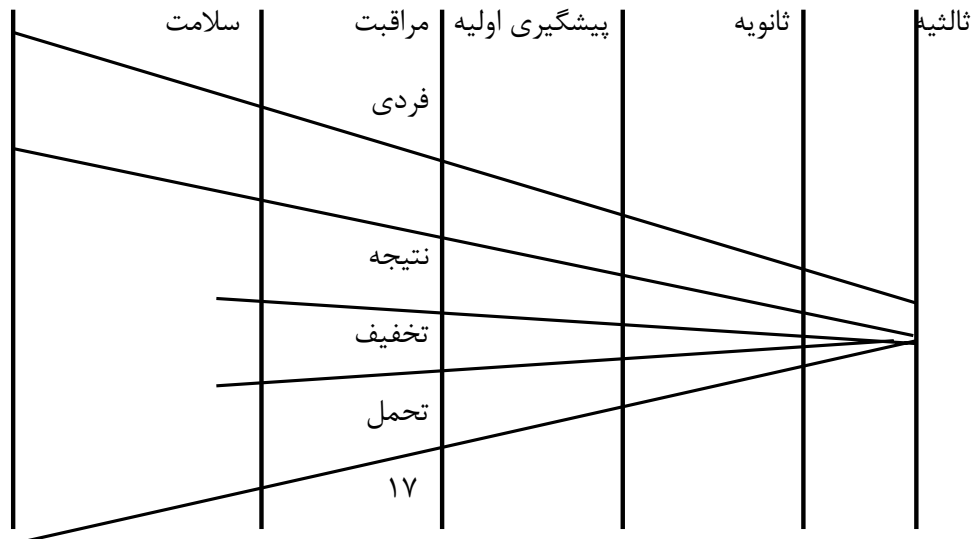
شود که در آن در صورت فقدان مهارت کافی، به پایین ترین سطح در تعریف شغلی ارایه شده توسط WONCA و نیز تعریف مشابه ارایه شده قسمت کارکنان Royal College پزشکان عمومی در سال ۱۹۷۲ تنزل می یابد. این حرفه، ویژگی های زیادی را در بر می گیرد که هرچند قرارداد کاری آن در زمینه شغلی پزشکی عمومی است، اما به طور مبسوط و متمایز در سند WHO توضیح داده شده است. به هر حال این تعریف به تنهایی کافی و قابل فهم نیست، زیرا به عنوان مثال اصطلاحات درمانگر، توانبخشی و مراقبت های حمایتی در آن به طور ویژه ذکر نشده اند.

Olesen و همکاران معتقدند که تعریف Leeuwenhorst از دور خارج شده است و حقیقت امروز پزشکی خانواده را بیان نمی کند. به هر حال به نظر می رسد که مهم ترین اشکالاتی که به وسیله آنها مطرح شده است به این موضوع برمی گردد که تعداد زیادی از داوطلبان ورود به حرفه ی پزشک خانواده در مراقبت های سیستم سلامتی، حایز تمامی این ویژگی ها نیستند. بنابراین بعضی از این ویژگی ها که بعضاً در کار پزشکی خانواده حیاتی است، از قلم می افتند. این موضوع به ویژه در مورد مفهوم اجتماع که نظم و مراقبت های طولی متناوب را برقرار می کند، بسیار صادق است. این مثال ها به عنوان شاهدی بر ادعاهای مطرح شده در خصوص ویژگی های ضروری پزشک خانواده عنوان می شود.

به نظر می رسد ۲ تعریف مناسب ارایه شده توسط WONCA در سال ۱۹۹۱ و Olesen در سال ۲۰۰۰ هنوز بسیاری از عناصر خود را وام دار تعریف Leeuwenhorst باشند. WONCA در سال ۱۹۹۱ در مقاله ای ضمن تبیین تفاوت سیستم های مختلف مراقبت های سلامتی در هریک از این سیستم ها، به تعریف خصوصیات هریک از آنها می پردازد. تصمیمات بالینی در مقایسه با انجام مراقبت های ثانویه، این ویژگی را دارد که علایم اولیه ی بیماری غیر قابل تمایز بوده و با مشکلات زیادی همراه است و بنابراین امکان تشخیص با کمک استانداردهای بیومدیکال برای پزشکی عمومی ممکن نیست.

مدل مراقبت های سلامتی که در شکل ۲ نشان داده شده است هم اکنون در سیستم مراقبت های سلامتی عموماً پذیرفته شده است. اگر از مراقبت های اولیه به معنایی که در مقدمه ی «ایجاد نظام مراقبت های سلامتی، هنگامی که بیمار اولین تماس را با متخصصین برقرار می کند» به کار رفته است، استفاده کنیم، در واقع به زمینه ای پرداخته ایم که به موضوع پزشک خانواده مربوط می شود.

تداخل بین مراقبت هایی که فرد، خود انجام می دهد با مراقبت های سلامتی اولیه، ثانویه و ثالثیه و خدمات ارایه کننده گان مراقبت های سلامتی گوناگون، نکته ی مهمی است که باید مورد توجه قرار گیرد.



در اروپا در الگوهای مراقبتهای سلامتی اولیه، تحولات زیادی به وجود آمده که ناشی از تفاوت در جهت گیری پزشک خانواده نسبت به بیمار و افزایش تخصص های حرفه ای کارکنان در بخش های مراقبت های اولیه در سیستم های مراقبتی سلامتی است. هر چند زمینه ای که پزشکان خانواده در آن مشغول به کار هستند بسیار متفاوت می باشد اما اصول زمینه ای همچنان از نظم اولیه خود برخوردار است. به طور آشکار، همیشه سیستم های مراقبتی سلامتی موجود به پزشک خانواده خوب منتهی نمی شوند. اگرچه سیستم ها به آسانی تن به تغییر در نمی دهند، از پیش رو قرار دادن دیدگاه مدل ایده آل در سیستم مراقبتهای سلامتی که احتمالاً بهترین نتایج سلامتی را با کمترین هزینه مراقبت فراهم می کند نباید هراسید. این الگو مبتنی بر اصول بالای کیفیت پزشکی خانواده است. این یکی از اصولی بود که در سند WHO به عنوان وظیفه خاص پزشک خانواده و پزشک عمومی بالینی تعریف شده است. پزشک خانواده باید هم به فعالیت های مربوط به پیشگیری و هم تعلیمات سلامتی مرتبط با مراقبت از خود بپردازد.

در بعضی از سیستم های مراقبتی سلامتی، پزشک خانواده تدارک مراقبت ثانویه و ثالثیه را تحت نفوذ داشته و با ایفای نقش تدارکاتی، امکان دسترسی به خدمات هماهنگ مناسب را فراهم می کند. در کشورهای دیگر، سایر متخصصین گاهی مراقبت های اولیه را به عمل می آورند که توسط متخصصان پزشکی خانواده انجام می شود. در بعضی از سیستم های مراقبتی سلامتی، پزشکان خانواده، به طور خاص در مراقبت های اولیه ای کار می کنند و گاهی نقش ثانویه مراقبتی نیز دارد.

بحث:

آیا می توان تمام این تعاریف ها و بیان های گوناگون را در یک معنا ترکیب کرد؟ آیا ما به تعریف تازه ای احتیاج داریم که توصیفی از این وظایف/ نقش ها یا از خصوصیات منظم باشد؟ در سال ۲۰۰۱، این پرسش ها موضوع کنفرانس WONCA Europe در فنلاند بود. بین اصولی که برای پزشک خانواده تعریف می شود و توصیف وظایف پزشک عمومی تشابه زیاد و در عین حال تفاوت های آشکاری وجود دارد. در همین جا باید خاطر نشان کرد که در این تعاریف ها، اختلافاتی وجود دارد که ممکن است به ارایه تفسیر متفاوت بی انجامد. هیچ کدام از این تعاریف ها شامل تمام خصوصیات کلیدی نظم پزشک عمومی نمی شود. بنابراین باید راهی برای تعریف صریح این بیانات پیدا کرد و لذا تعیین تفاوت ها، پر کردن خلاءها و ارایه ای تعریف کامل کاری بس دشوار است.

Oslen و همکاران در مقاله خود بیشترین دغدغه را از ترجمه ای تحت اللفظی Leeuwenhorst بیان می دارند. به عنوان مثال مراقبت فردی یعنی چه؟ آیا فرد توسط همان پزشک در هر موقعیتی مورد مراقبت قرار می گیرد؟ مگر نه اینکه هر فرد برای خود ساعات کار مشخصی دارد؟ آیا مراقبت از افراد مهم تر است یا آسیب شناسی (همان جهت یابی فردی که به وسیله Gay و WHO توصیف می شود)؟ با طرح این پرسش ها، تعداد کمی از شرکت کنندگان معتقد بودند که GPS برای ارایه ای مراقبت های فردی باید ۲۴ ساعته در دسترس باشد. اما در این بین، یک نیاز به یک اصل مهم هم احساس شد آن این که باید پزشک خانواده این خدمات را فراهم کند؟ در ارایه ای تعریف از مراقبت فردی ادامه دار در یک دوره زمانی مشخص، تعداد زیادی وظیفه دیگر وجود دارد که باید مورد تأکید قرار گیرد. در اینجا اهمیت ارتباط پزشک خانواده و بیمار نوعی مشاوره پزشکی عمومی است.

Mcwhinney این بیان را به عنوان عهد و پیمانی مطرح کرد که دارای اثر درمانی خاص است. Balint ضمن توجه به رابطه بین پزشک و بیمار در پزشکی عمومی، واژه "The drug doctor" را به معنای استفاده از مشاوره به عنوان ابزار درمانی و یک ویژگی کلیدی از پزشکی عمومی ابداع کرد که باید در آموزش ها گنجانده شود.

Pereire- Gray بیشتر بر تداوم و صرف زمان و استفاده از مشاوره‌ی پزشک عمومی با بیمار تاکید دارد. به ضم او شهروندان بریتانیا به طور متوسط در سال پنج بار و هر بار به مدت ۴۷ دقیقه به مشاوره با پزشک عمومی می‌پردازند. در اینجا، مفهوم خودمختاری بیمار و نقش پزشک خانواده به عنوان کارشناسی که به بیمار در تغییر رفتار کمک می‌کند مطرح می‌شود.

احتمالاً در آینده اطلاع‌رسانی به بیمار اهمیت دوچندانی می‌یابد، زیرا امروزه به طور فزاینده‌ای افراد به سیستم‌های اطلاعاتی مثل اینترنت دسترسی دارند.

حمایت‌طلبی فقط در بیانات WONCA می‌باشد، اگرچه که در طرح و چارچوب WHO هم مطرح شده است. در اینجا منظور این است که پزشک نقش کمک‌کننده‌ای را ایفا می‌کند و این یک بخش مهم فرآیند تصمیم‌گیری بالینی است که طی آن باید با دولت و کارشناسان دیگر مشاوره کرد تا خدمات به طور مساوی به تمام افراد جامعه برسد. این ویژگی اهمیت پزشک خانواده در کمک به مذاکره و گفتگوی بیمار در مراحل ثانویه و ثالثیه سیستم مراقبتی سلامتی را نشان می‌دهد.

علم همه‌گیرشناسی پزشکی عمومی اساساً متفاوت از مراقبت‌های ثانویه است. بیشتر بیماری‌ها در ابتدا از یکدیگر قابل تمایز نیستند. بسیاری از جزئیات و مشکلات بیماری باید در مراقبت‌های اولیه کنترل شود و این پزشک خانواده است که بخش اعظم مراقبت‌های بیماری‌های مزمن را مدیریت می‌کند. بسیاری از مشاوره‌ها نشان‌گر اضطراب بیماران به دلیل فقدان اطلاعات آسیب‌شناسی است (جهت‌یابی طبیعی مراقبت‌های اولیه). جهت‌یابی طبیعی مفهومی پیچیده است و بسیاری از موضوع‌ها را در بر می‌گیرد. این موضوع شامل ارتقاء سلامت و بهبود آن و انتظاراتی است که در بسیاری از موارد ریشه در آسیب‌شناسی ندارند. پزشکان عمومی باید بتوانند به طور هم‌زمان بیماری تشخیص داده و بیماری‌های جدی را کنترل کنند. این موضوع متفاوت از مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه است. در اینجا پزشک باید با استفاده از مهارت حل مشکل، مساله‌ی غامضی که وجود دارد را رفع کند. این کار، وظیفه‌ی پیچیده‌ای است که به فرآیند تصمیم‌گیری براساس اصل احتمال کم وقوع بیماری‌های جدی و ارزش اخباری مثبت علائم و تست‌های تشخیصی نیاز دارد و بنابراین از مراقبت‌های اولیه و بیماری‌های مهم بیمارستانی متمایز است. اغلب اوقات در این موارد، معمولاً علل بیومدیکالی برای اندوه و پریشانی وجود ندارند و بنابراین مهم این است که چه وقت ضمن ادامه‌ی مراقبت، باید پژوهش را متوقف کرد. همچنین باید از بیمار در برابر آسیب‌های جدی ناشی از تست‌های غربال‌گری و درمان‌های غیرضروری محافظت کنیم.

Mcwhinney روی مدل عضوی فرآیند زیست‌شناسی (بیولوژیکی) تأکید می‌کند، به این ترتیب که یک موجود زنده بسته به سابقه، زمینه، و محیط زندگی خود، به طور ویژه‌ای رفتار می‌کند. براساس این مدل، پزشک عمومی باید با جستجوی پیچیدگی و پذیرش ابهامات تمام اصول بالینی و پزشکی عمومی را به کار برده و در بالاترین سطح پیچیدگی و ابهام عمل کند. وی در نطقی بر تعدادی از موضوع‌هایی که قبلاً بحث شد، بر روابط، منشأ فردی و ارتباط دوگانه‌ی بین تفکر و بدن (فیزیکیال روانشناسی و اجتماعی) تاکید ورزید.

در دوره‌های آموزشی از پزشک خانواده انتظار می‌رود که مهارت‌های خود در قبال مصرف‌کنندگان و مجریان را با استمرار یادگیری طی زندگی و حفظ کیفیت ارتقا ببخشد.

در بعضی از سیستم‌های مراقبتی سلامتی این موضوع به گذراندن دوره‌ای اجباری برای اعمال تغییرات اجتماعی در دیدگاه مصرف‌کننده منجر می‌شود و براین اساس پزشک عمومی باید برای پاسخ به این تغییرات از انعطاف لازم برخوردار باشد.

این انعطاف شامل تمامی تغییرات سریع در زمینه بیومدیکالی است که برای پزشک عمومی بالینی در طی دوران مدیریت بیماری ممکن است اتفاق می‌افتد.

افزایش تعداد مسافرت‌ها و مهاجرت می‌تواند سبب تغییرات سریعی در توزیع سلامت و بیماری شود. این موضوع سبب ایجاد رقابت‌های جدید در پزشک عمومی و تغییری در علم همه‌گیرشناسی پزشکی عمومی شده است. پزشک خانواده باید فهم وسیعی از فرهنگ، اخلاق و تفاوت‌های دینی و تأثیراتش روی بیماری و سلامت و دلالت آنها برای درمان داشته باشد.

در ارتباط با مدیریت منابع هم این نقش در حال پررنگ‌تر شدن است. با افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی پزشکی عمومی بالینی، پزشک در تعامل با بیمار خود در موقعیت منحصربه‌فردی قرار می‌گیرد که باید اولویت‌های مراقبت سلامتی و تخصیص منابع را تعیین کند. به‌علاوه، پزشک خانواده باید از نقش خود در افزایش کارآمدی هزینه نه فقط در رابطه با بیمار خود بلکه در همکاری‌ها آگاه شود که این امر گاه موجب تضاد بین خواسته‌ها و احتیاجات فرد بیمار و احتیاجات جامعه است و بنابراین پزشک ضمن آگاهی از تمامی احتیاجات باید بتواند برخورد متعادل و مناسبی در ارتباط با بیمار داشته باشد.

یکی از ویژگی‌هایی که در هیچ‌یک از تعاریف فوق به آن پرداخته نشده بود، استفاده از مهارت‌ها با خطر بالاست. در حوزه‌ی پزشکی عمومی از مهارت‌های با خطر بالا به‌طور مکرر استفاده می‌شود زیرا این مهارت به کرات مورد احتیاج است. برای مثال معاینه‌ی اطفال، اطلاع از سوابق تحت موقعیت‌های خاص، معاینه‌ی بینی و گوش و گلو و غیره. مهارت‌های با خطر بالا در موقعیت‌هایی مورد احتیاج هستند که به‌طور غیرمکرر پزشک عمومی باید جایی که خطر بالایی برای بیمار وجود دارد را بررسی کند، مثلاً احیاء قلبی یا ریوی بیمار دچار تشنج یا مواجهه با خطر پرخاشگری بیمار.

نهایتاً پزشک خانواده ضمن آموزش باید برای مراحل بالینی متفاوتی که به‌طور مکانیکی یا فنی در طبیعت وجود ندارد آماده شود و این موضوعی است که هنوز هم به‌طور برجسته‌ای در مدارس پزشکی جهان تدریس می‌شود.

هنوز مفاهیم دیگری وجود دارد که ضمن تعبیر دو نظام پزشکی عمومی / و پزشکی خانواده و وظایف پزشکی عمومی، این دو را به‌عنوان عمومی در مفهوم سیستم مراقبت سلامتی مربوط می‌سازد.

مواردی که باید تعریف شود عبارتند از:

- (۱) آن‌دسته از نظام‌ها که مستقل از سیستم مراقبت سلامتی بوده باید شناسایی شود.
- (۲) آن‌دسته از وظایف تخصصی که زمینه‌ی متفاوتی دارند. به‌عنوان مثال، مراقبت‌های ثانویه‌ای که هرچند ضروری است اما در عملکرد، ورودی مراقبت ثانویه نمی‌باشد.
- ۳- آن دسته از وظایف تخصصی که به‌عنوان نتیجه‌ای از زمینه‌ی متفاوت، قابل کاربرد نمی‌باشد. اما علی‌رغم نارضایتی‌ها این موقعیت وجود دارد (مانند اعتماد ما به پزشک خانواده برای تمام سنین شامل بچه‌ها، درحالی که این موضوع در سیستم مراقبت سلامتی ویژه ناممکن است).

به‌زعم ما سیستم مراقبت سلامتی باید به‌شکلی تغییر یابد که فواید بیشتری به بیمار رسانده و درعین‌حال این نتایج سلامتی و اجتماعی را با هزینه‌ای معقول به انجام برساند. این موضوع ما را به تعریف‌های جدید یا تجدیدنظر شده رهنمون می‌شود. ما به تعریفی از ویژگی‌ها و اصول پزشک خانواده و تعریف نقش پزشک خانواده احتیاج داریم که در آن، دسته‌بندی‌ها مبتنی بر سیستم مراقبت‌های سلامتی باشد.

تعریف اروپایی سال ۲۰۰۲:

نظام و تخصص پزشک عمومی / پزشک خانواده

پزشک عمومی / پزشک خانواده یک رشته علمی و دانشگاهی بوده و تخصص بالینی با محتوای آموزشی، پژوهشاتی و طبابت مبتنی بر شواهد و فعالیت‌های بالینی با محوریت مراقبت‌های اولیه می‌باشد.

۱- ویژگی‌های نظام پزشک عمومی / پزشک خانواده شامل موارد زیر می‌باشد:

- (A) به طور طبیعی به‌نظر می‌رسد، اولین تماس پزشکی با سیستم مراقبتی سلامتی، به آسانی و با دسترسی نامحدود برای استفاده‌کنندگان امکان‌پذیر بوده و این رشته صرف‌نظر از سن، جنسیت یا هر ویژگی فردی با مشکلات سلامتی بیمار سروکار دارد.
- (B) با اعمال هماهنگی‌های لازم، همکاری با دیگر حرفه‌ها در موقعیت‌های مراقبتی اولیه و مدیریت تخصص‌ها و ایفای نقش حامی برای بیماری که نیاز دارد، استفاده کارآمد از منابع مراقبتی سلامتی را میسر می‌سازد.
- (C) با محوریت فردی، خانوادگی و اجتماعی روش مردم محوری را ارتقا می‌دهد.
- (D) دارای فرآیند مشاوره منحصراً به فردی است که طی زمان و با استفاده از ارتباط موثر پزشک بیمار، روابط برقرار می‌کند.
- (E) بسته به احتیاجات بیمار، مسئول تدارک ادامه‌دار و طولی مراقبت است.
- (F) در شیوع و بروز بیماری در جامعه، حق تصمیم‌گیری دارد.
- (G) به طور همزمان مشکلات سلامتی حاد و مزمن بیمار را مدیریت می‌کند.
- (H) در مراحل اولیه پیشرفت بیماری با ارائه راه‌حلی غیرقابل تمایز، بیماری را مدیریت می‌کند که این امر می‌تواند نیازمند مداخلات ضروری باشد.
- (I) به وسیله مداخله‌ی مناسب و کارآمد سلامت را ارتقا می‌دهد.
- (J) مسئولیت ویژه‌ای در قبال سلامت جامعه دارد.
- (K) با مشکلات سلامت در موارد فیزیکی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و ابعاد وجودی سروکار دارد:

۲- ویژگی‌های پزشکی عمومی / پزشکی خانواده

پزشکی عمومی / پزشک خانواده، پزشک متخصص آموزش‌دیده‌ای است که پزشک فرد بوده، به‌طور ابتدایی مسئول ارائه مراقبت فراگیر و ادامه‌دار برای هر فرد صرف‌نظر از سن، جنسیت و بیماری است که خواهان این مراقبت پزشکی باشد. این پزشک ضمن محترم برشمردن اختیارات بیمار، از فرد در زمینه خانوادگی، اجتماعی، و فرهنگی مراقبت می‌کنند.

پزشک خانواده خواسته‌های بیمار خود را می‌شناسد و در قبال اجتماع، مسئولیت حرفه‌ای دارد. همچنین طی گفتگو با بیمار با جلب اعتماد از طریق تکرار تماس، به کمک دانش خود اطلاعات فیزیکی، روانی،

اجتماعی، فرهنگی و عوامل وجودی وی را کسب می‌کند. پزشک عمومی/ پزشک خانواده، نقش حرفه‌ای خود را با ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و آرایه‌ی درمان، مراقبت و یا تسکین درد ایفا می‌کند. این امر یا به‌طور مستقیم یا با بهره‌گیری از خدماتی انجام می‌شود که دیگر تخصص‌ها براساس احتیاجات سلامت و منابع قابل دسترس در اجتماع عرضه می‌کنند. پزشک خانواده باید از این مسئولیت در راه حفظ و ارتقای مهارت‌های خود، تعاملات فردی و ارزش‌های بنیادین کارآمدی در امر مراقبت سلامتی استفاده کنند.

۶- تجزیه و تحلیل علمی دوره، توانمندیهای پایه:

(۱) توضیحات

۱-۱) توصیف توانمندی حاصل فرآیندی آبخاری است. اصول نظام پزشکی عمومی، از وظایف حرفه‌ای تخصصی پزشکی عمومی منتج شده که این وظایف مبتنی بر توانمندیهای پایه است.

۱-۲) در تعریف شایستگی‌ها و وظایف محوری، عوامل غیرضروری وجود دارند که اغلب به تفاوت‌های سیستم مراقبت سلامت و جامعه مربوط می‌شود. در اروپا، تنوع زیادی در سیستم‌های مراقبت سلامتی و وضعیت کاری پزشکان عمومی به چشم می‌خورد. اصول فرهنگی شامل دین و گرایش‌های سیاسی متفاوتی در جامعه وجود دارد و این امر می‌تواند به تفاوت‌هایی در شرح شغلی پزشک عمومی منتهی شود. پزشکی عمومی مبتنی بر نوعی نظام بالینی است که در مقایسه با سایر رشته‌ها، بیش از هرچیز به تفاوت‌های اجتماعی وابسته می‌باشد. پزشک عمومی واسطه‌ای بین جامعه و سیستم پزشکی است.

۱-۳) منظور از توانمندی و شایستگی به‌عنوان توانایی‌های پزشک عمومی، انجام موفقیت‌آمیز چند وظیفه‌ی مجزا در کنار کار اصلی پزشکی است. بنابراین شایستگی را می‌توان به‌عنوان توانایی فرد در نشان دادن رفتاری خاص در وضعیت مشخص نامید. در هر Miller سطح دانسته‌ها (واقعیت‌های پایه) با سطوح نمایش دانش (توانایی به‌کارگیری علم) و چگونگی نمایش (توانایی ارائه مهارت‌ها) با مفهوم توانمندی و شایستگی مرتبط هستند.

در شرح وظایف، منظور از اجرا، کاری است که پزشک در مراقبت بالینی و ارتباط با بیمار در حال انجام آن است. اجرا و انجام تاحد زیادی به وضعیت مراقبت‌های سلامتی و احتیاجات آن، فرصت‌های مالی و اقتصادی و حمایت‌ها بستگی دارد.

به‌منظور قابل اجرا بودن در سطح اروپا، اسناد حاضر خود را به توانمندیهای پایه پزشک عمومی/خانواده محدود می‌کنند؛ توانمندی‌هایی که از مدلی فرضی ناشی می‌شود. در واقعیت اجرا ممکن است این شایستگی‌ها تفاوت کند.

اصول پایه پزشکی عمومی و پزشکی خانواده به سمت توانمندیهای پایه:

۱۱ ویژگی نظام را می‌توان به ۱۱ توانایی ربط داد که هر متخصص پزشک خانواده باید بر آن تسلط یابد. چون این توانایی‌ها با هم متداخل هستند می‌توان آنها را به ۶ طبقه تقسیم کرد که هر طبقه به وسیله جنبه‌های اصلی آن توصیف می‌شود.

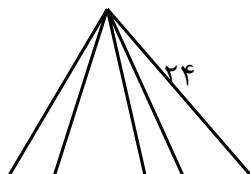
۱- توانایی مدیریت مراقبت اولیه که موارد زیر را شامل می‌شود:

- مدیریت تماس اولیه با بیمار، برخورد با مشکلات اجتناب‌ناپذیر
- تسلط بر تمام وضعیت‌های سلامت
- هماهنگی امر مراقبت با دیگر تخصص‌ها در مراقبت اولیه

- استفاده از مراقبت کارآمد و مناسب و خدمات سلامتی.
- فراهم سازی امکان دسترسی بیمار به خدمات مناسب سیستم مراقبت سلامتی.
- اعمال رفتار حمایتی از بیمار
- ۲- مراقبت های محوری فردی شامل توانایی های زیر می شود:
 - تطبیق روش فردمحوری در برخورد با بیمار و مشکلاتش در مورد شرایط بیماری
 - انجام مشاوره های پزشکی عمومی با احترام به استقلال بیمار و برقراری رابطه ای کارآمد بین پزشک
 - برقراری ارتباط، تعیین اولویت ها و ایجاد ارتباط مشارکتی
 - انجام مراقبت طولی ادامه دار براساس احتیاج بیمار و تداوم همکاری در مدیریت مراقبتی
- ۳- مهارت های ویژه حل مشکلات شامل توانایی زیر می شود:
 - تصمیم گیری و مداخله در مواقع بروز و شیوع بیماری در جامعه
 - جمع آوری انتخابی و تفسیر اطلاعات با گرفتن سابقه و معاینه با همکاری بیمار
 - اتخاذ اصول کاری مناسب مثل توسعه بررسی ها، زمان دادن به امور و صبور بودن
 - مداخله در امور ضروری
 - مدیریت بر وضعیت هایی که به طور اولیه راه حل خاصی ندارند
 - ایجاد راه حل های کارآمد و مؤثر با استفاده از مداخله های تشخیصی و درمانی
- ۴- استفاده از روش قابل ادراک شامل توانایی زیر می شود:
 - مدیریت هم زمان چند شکایت و آسیب شناسی، اعم از مشکلات حاد و مزمن و کمک به بهبود شرایط با به کار بردن تدبیر در ارتقاء سلامت و پیشگیری
 - مدیریت و همکاری در ارتقاء سلامت، پیشگیری، درمان، مراقبت، تسکین و توانمندسازی
- ۵- جهت یابی اجتماعی شامل توانایی زیر می شود:
 - انطباق و ایجاد تعادل بین نیازهای سلامت فرد بیمار و جامعه با منابع در دسترس.
- ۶- مدلی کامل شامل توانایی های زیر می شود:
 - استفاده از مدل زنده، روانی، اجتماعی در تخمین فرهنگ و ابعاد وجودی.
- ۳- سه مورد برای اجراء:
 - شایستگی های لازم برای پزشک متخصص، شامل این سه مورد مهم می شود:
 - (a) وظایف بالینی:
 - توانایی مدیریت شکایات گسترده و مشکلاتی که بیماران بازگو می کنند.
 - توانمندسازی مدیریت مستمر و پیگیری آن.
 - ایجاد تعادل بین مستندات و تجربیات به شیوه ای کارآمد.
 - (b) ارتباط با بیمار:
 - توانایی برقراری روابط مشاوره ای
 - ارائه ی اطلاعات یافته ها و متدهای قابل فهم.
 - فهم کامل این موضوع که با احساسات متفاوت سر و کار دارد
 - (c) مدیریت کردن:
 - فراهم سازی امکان دسترسی مناسب برای بیمار

- نظم بخشی کارآمد، تجهیز مدیریت مالی و همکاری با دیگر تیم های کاری.
- همکاری با دیگر کارکنان و دیگر متخصصان در مراقبت اولیه
- ۴- خصوصیات زمینه ای رشته:
 - برای رشته علمی فردمحوری، سه ویژگی ضروری زمینه، روش و علم وجود دارد.
 - جنبه های زمینه ای:
 - استفاده از جنبه های زمینه ای سوابق، وضعیت و زمینه اجتماعی بیمار برای تشخیص، تصمیم گیری و مدیریت.
 - ایجاد انگیزه فردی در بیمار و محیط پیرامون اش ضمن آگاهی از تاثیر بیمار بر اعضای خانواده و محیط زندگی
 - جنبه های برخوردی:
 - آگاهی از توانایی ها و ارزش هایی بیمار
 - معرفی جنبه های اخلاقی تمرین بالینی (پیشگیری، تشخیص، درمان، فاکتورهایی که روی طرز زندگی اثر می گذارند)
 - تبیین اخلاق فردی.
 - اطلاع از رابطه متقابل کار و زندگی خصوصی و تلاش در جهت ایجاد تعادل
- جنبه های علمی:**
 - آشنایی با اصول عمومی، متدها، و مفهوم پژوهشات علمی و اصول آماری (بروز، شیوع، ارزش اخباری و غیره)
 - تسلط علمی وسیع به آسیب شناسی، علائم و تشخیص ها و پیش آگهی، علم همه گیرشناسی، تصمیم گیری نظری، تئوری های مبنای فرضیه و حل مشکلات پیشگیری مراقبت سلامتی.
 - توانایی در دسترسی، مرور و ارزیابی مجلات مهم پزشکی.
 - پیشرفت و حفظ ادامه دار یادگیری و بهبود کیفیت.
- ۵- طرحی جالب از چارچوب توانمندی های وابسته به هم:
 - ارتباطات توانمندی پایه، فضاهای اجرایی و ترکیبات ساختاری نظام را مشخص و روی پیچیدگی تخصص تأکید می کند.
 - برای نشان دادن ارتباط توانمندی های پایه، از مدل های گوناگونی استفاده شده است مثل: Miller's، مکعب Fabb's چارچوب ساختاری Donabedian's، مراحل و نتایج. پژوهشات پیشین به وسیله Ram این موضوع را به دقت شرح می دهد (شکل ۱ را ببینید).

شکل ۱: چهارچوب توانمندی وابسته



انجام می دهد

چگونگی را می داند

چگونگی را نشان می دهد

| | | | |
|--------------|--------------|-----------------|---|
| وظایف بالینی | انجام مدیریت | دانشته ها | فصل ها - ICPC طبقه بندی بیمار جنبه های علمی |
| | | ارتباط با بیمار | |
| | | جنبه های روشی | |
| | | جنبه های علمی | |

حوزه وسیع مراقبت پزشکی عمومی در سه بعد اصلی روی محور رسم شده است.

وظایف بالینی، ارتباط با بیمار، انجام مدیریت

برای طبقه بندی شکایات بیمار و بیماری ها، می توان بر طبق فصل های طبقه بندی بین المللی مراقبت اولیه

(ICPC) عمل کرد. این جنبه ها و طبقه بندی ها در محور دوم ارائه شده اند.

محور سوم مدل، پیشرفت های جاری دیدگاه تئوریکال و پزشکی کارشناسانه از توانمندی تا اجرا را نشان

می دهد. بالای قله این هرم، سطح اجرا، امور بالینی و اجراء مدیریت را ارائه می دهد.

در این شکل چارچوب Donabedian's هم گنجانده شده است. ساختار (اجراء سازماندهی و مدیریت) و

فرآیند (ارتباط با بیمار و اجراء بالینی) در محور افقی نشان داده شده است. نتایج بیماری (پارامترهای مربوط

به بیماری و کیفیت عمومی زندگی) به عنوان نتیجه تداخل پوپا را در داخل سه محور می توان دید.

معماری پایه های هرم:

در حرفه فرد محور، از زمینه، روش و جنبه های علمی، در فرآیند تصمیم گیری استفاده می شود. در این جا

ارتباطات با بیمار شامل روش برخورد و توضیح روش برخورد می شود که ویژگی متمایزکننده ای این حرفه

است. آموزش پزشک عمومی مبتنی بر روش مشاهده است.

در اینجا می توان به پیچیدگی روابط متداخل توانمندی محوری پی برد. این پیچیدگی ها اعم از دستور جلسه

مربوط به تصمیمات، پژوهش تا بیمه کیفیتی را باید مدیریت کرد و در پیشرفت ها انعکاس داد.

WONCA اجازه ی رونویسی و پخش متن الکترونیکی تعریف اروپایی پزشکی عمومی / پزشکی خانواده برای

مقاصد علمی آموزشی به طور آزاد در تمام دنیا را داده است. حق چاپ این متن در اختیار WONCA

Europe است و هر گونه استفاده دیگر از این متن وابسته به تأیید WONCA Europe است.

نسخه برداری نمی تواند فروخته یا معامله شود.

ضمیمه ۱

تعریف Leeuwenhorst در ۱۹۷۴:

پزشک عمومی یک فارغ‌التحصیل پزشکی دارای مجوز کار است که صرف‌نظر از سن، جنسیت و بیماری مراقبت مستمر فردی و اولیه به فرد، خانواده و جمعیت می‌دهد. این تخصص ترکیبی از این عملکردهای منحصر به فرد است که بیمار را در اتاق مشاوره، در خانه و گاه در مطب یا بیمارستان می‌پذیرد. هدف این رشته انجام تشخیص‌های اولیه است. پزشک عوامل جسمی، روانی و اجتماعی را در تعبیر خود از مشکل لحاظ می‌کند. او نسبت به مدیریت ادامه‌دار بیماری‌های مزمن، دوباره عود کرده و بیماری‌های نهایی متعهد است.

تماس‌های طولانی باعث می‌شود که او بتواند از فرصت‌های تکراری در جمع‌آوری اطلاعات و ارایه یک روش مناسب برای هر بیماری استفاده کرده و طی ارتباط این اطمینان را به وجود آورد که می‌تواند به طور حرفه‌ای این اطلاعات به کار گیرد. او در همکاری با دیگر همکاران پزشکی و غیرپزشکی کار خواهد کرد. او می‌داند در درمان، پیشگیری و آموزش بیمار برای ارتقاء سلامت خود و خانواده چگونه و چه وقت مداخله کند. او مسئولیت حرفه‌ای خود در قبال جامعه را تشخیص می‌دهد.

تعریف WONCA در سال ۱۹۹۱:

پزشک عمومی یا پزشک خانواده پزشکی هست که به طور اولیه مسئول فراهم کردن مراقبت وسیع برای هر فرد طالب مراقبت پزشکی است و برای افراد دیگر هم سلامت مورد نیاز را در مواقع ضروری تأمین کند. عملکرد پزشکی عمومی/ پزشک خانواده دارای جنبه‌ای عمومی است که نیازهای هر فرد در جستجوی مراقبت‌های سلامتی را در جایی که دیگر تأمین‌کننده‌های سلامتی دسترسی به خدمات خود را بر اساس سن، جنسیت یا تشخیص محدود می‌کنند، تأمین می‌کند.

پزشک عمومی/ پزشک خانواده صرف‌نظر از نژاد، دین، فرهنگ یا کلاس اجتماعی از افراد در زمینه خانواده و خانواده در زمینه جامعه مراقبت می‌کند. او به طور بالینی توانمندی فراهم کردن قسمت اعظم مراقبت‌ها را با لحاظ مسائل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و زمینه‌های روانی را دارد.

به‌علاوه او مسئولیت فراهم کردن مراقبت وسیع و ادامه‌دار برای بیمارانش را دارد. پزشک عمومی/ پزشکی خانواده این نقش حرفه‌ای را یا به طور مستقیم از طریق انجام مراقبت یا با بهره‌گیری از خدمات دیگر منابع در دسترس در جامعه ایفا می‌کند.

تعریف Olsen در سال ۲۰۰۰:

پزشک عمومی یک متخصص تعلیم دیده در خط مقدم سیستم مراقبت سلامتی است که اقدامات اولیه را در مراقبت برای هر مشکل سلامتی بیمار بر عهده می‌گیرد. پزشک عمومی از افراد جامعه مراقبت می‌کند و منابع قابل دسترس در سیستم مراقبت سلامتی را به سمت بهترین سودها برای بیمار نظم می‌دهد. پزشک عمومی در زمینه‌های پیشگیری، تشخیص، درمان، مراقبت، تسکین از تخصص‌های علمی بیومدیكال روان پزشکی و جامعه پزشکی کمک می‌گیرد.

ضمیمه ۲:

آمادگی و فرآیندهای مشاوره‌ای:

این مقاله به‌طور اولیه به وسیله گروه‌های کاری مشاوره آکادمی اروپایی متشکل از اساتید حاضر در پزشکی عمومی آماده شده و متعاقباً در طی ملاقات‌های WONCA Europe که دربارسلونا در اکتبر سال ۲۰۰۱ و نودویچیک هلند در مارس ۲۰۰۲ برگزار شد تکمیل گردید. هدف این مقاله برداشتن گامی در فرآیند دسترسی به توافق European بود. از میان تعریف‌های طرح شده، توانمندی‌های پایه و دستور جلسه پژوهش، کیفیت تعهد و تعلیمات پیشرفته‌ی موردنیاز پزشک خانواده در قرن ۲۱ استخراج شد. انگیزه اولیه-ی کار در انتشار مشاوره EURACTV به وسیله olesen بود که بر اساس «محتوای ایده‌آل تخصص» از تعریف اصلاح شده نقش پزشک خانواده و ارایه تعریف جدید بحث می‌کند.

به زعم این مقاله این تعریف باید جهان‌شمول باشد و نه مختص یک کشور و باید چارچوبی برای تدریس و تعلیم فراهم کند و بنابراین فرآیند تعریف جدید را ادامه می‌دهد.

در اینجا شورای کار آکادمی اروپا پرسش‌هایی مطرح کرد:

پزشک عمومی چیست؟ چه کار می‌کند و چه کاری باید بکند؟

آیا این نظام را باید به کمک وظایف پزشک خانواده یا اصول مشخص شده یا هر دو تعریف کنیم؟

آیا به آنها به عنوان یک پزشک عمومی اعتماد می‌شود؟ آیا تفاوتی بین پزشک عمومی و متخصص در پزشکی خانواده وجود دارد؟

WONCA Europe ضمن همکاری با EURACTV، SEMFYC، WHO Barcelona، EGPRW، Equip و EUROPREV از کلیه سازمان‌ها برای شرکت در کنفرانسی دعوت کرده بود. این اتفاق در اکتبر سال ۲۰۰۱ افتاد و طرحی از بیانات مورد توافق برای مشاوره‌های بیشتر ریخته شد.

این کار توسط WONCA Europe و سایر سازمان‌های درگیر در امور پزشکی خانواده در اروپا انجام و در کنفرانس نوردویک در مارچ سال ۲۰۰۲، ارایه شد.

تعاریف زبان انگلیسی:

درباره پزشکی عمومی / پزشکی خانواده و ترجمه آن پریشانی‌های زیادی در رعایت هر دو زبان که به کار می‌رود وجود دارد. به منظور اینکه هیچ ترجمه یا فهم اشتباهی پیش نیاید این توضیحات زیر برای واژه‌ها تعریف می‌شود:

| | |
|---------------------------|--|
| پزشکی عمومی پزشکی خانواده | هم‌معنی، توصیف می‌شود برای آن پزشکی که بعد از فارغ‌التحصیلی آموزش را در حداقل سطحی معادل Title4 در راهنمای پزشکی ادامه می‌دهند |
| پزشکی مراقبت اولیه | پزشکی که در نظام در حال کار در برقراری مراقبت اولیه می‌باشد |
| پزشکی مراقبت ثانویه | پزشکی که دوره بالایی از آموزش بعد از فارغ‌التحصیلی را در یک عضو/بیماری بر اساس نظم گذرانده و در نظام بیمارستان کار می‌کند. |
| متخصص | پزشکی که یک دوره بالای آموزش بعد از فارغ‌التحصیلی را گذرانده است |
| مراقبت اولیه | برقراری اولین تماس با سیستم مراقبت سلامتی، معمولاً در جامعه خود پزشک، با سلامت حرفه‌ای رخ می‌دهد |

پزشک پنج ستاره از نگاه سازمان جهانی بهداشت:

تعریف چالش‌های جهانی درمورد تغییرات سلامتی خود محل مجادله است، چه رسد به ارایه‌ی پاسخی مناسب که باید به چنین چالش‌هایی داد. امید است با تمرکز روی تغییرات اصلی که لازمه‌ی ارایه‌ی مراقبت‌های سلامتی همگانی است، از خطرات ناشی از این کلی‌گویی‌ها خودداری شود.

اگرچه علل مرگ، بیماری، ناتوانی در داشتن یک زندگی لذت‌بخش و مولد به‌طور قابل ملاحظه‌ای به محیط، نژاد و شرایط اقتصادی و اجتماعی بستگی دارد، با این همه، در این بخش می‌کوشیم تا شاخص‌های مفیدی در هر بخش از ارایه خدمات سلامتی ارای دهیم.

افزایش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی به علل مختلف در تمام دنیا مورد توجه قرار گرفته است. با تخصصی شدن مراقبت‌های سلامتی، استفاده از روش‌ها و وسایل پرهزینه شده است. دسترسی گسترده‌ی افراد به اطلاعات، باعث شده است تا انتظار آنها از زندگی بالا رفته و داشتن یک زندگی با کیفیت بالاتر را حق خود بدانند و در نتیجه، بیش از پیش در طلب افزایش امکان دستیابی به خدمات سلامتی باشند. این پدیده، واقعیت انکارناپذیری است که در آینده نیز پررنگ‌تر خواهد شد.

تمام سیاست‌گذاران سلامتی و تامین‌کنندگان امر سلامت که با نظام به‌سازی سروکار دارند، باید به‌طور عاجل به موضوع کاهش هزینه‌ها بدون لطمه زدن به کیفیت مراقبت و خدمت توجه داشته باشند. اما این موضوع، بسیار مرموز است، زیرا دولت‌ها تحت فشارهای اجتماعی و اقتصادی ترجیحاً در بخش‌های مولد ثروت سرمایه‌گذاری می‌کنند و بنابراین بودجه‌ی سلامت را افزایش نمی‌دهند. در بسیاری از کشورها، علی‌رغم رو به وخامت نهادن اوضاع سلامت و سلامت مردم، بودجه‌های سلامتی رو به کاهش است.

اولویت‌گذاری، کیفیت مناسب، مقرون به صرفه بودن و عدالت برای همه، از جمله مهم‌ترین ارزش‌های اصلی مورد قبول مردم و دولت‌ها در رابطه با نظام سلامت است.

کیفیت: تقاضا برای ارتقای کیفیت خدمات سلامتی، خواستی جهانی است. اما کیفیت در جوامع و فرهنگ‌های مختلف مفاهیم متفاوتی دارد. کیفیت خوب فقط نباید توسط تولیدکننده و ارایه‌کننده‌ی خدمت تعریف شود، بلکه نظر مشتری درباره‌ی استمرار ارایه‌ی خدمت، امکان دسترسی و تخصصی بودن خدمات سلامت اهمیت بیشتری داشته و بنابراین کیفیت بالا از نظر ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی باید براساس ارزیابی تکنیکی و مبتنی بر نظر دریافت‌کنندگان خدمت و با توجه به میزان سهولت دریافت خدمت تعریف شود.

اولویت‌گذاری: اولویت‌گذاری در نظام سلامت، یعنی به مشکلات مهم‌تر ارزش بیشتری داده شود. هرچند در جوامع مختلف نوع مشکلات و اولویت‌بندی آنها متفاوت است، اما اصل اساسی این است که باید به افرادی بیشتر توجه کرد که تحت فشار بیشتری بوده و لذا سیاست‌های برنامه‌ریزی باید معطوف به این هدف باشد. برخی از ابعاد اولویت‌گذاری، شکل جهانی دارد که بنابر مصوبه‌ی اجلاس آلماتا شامل مراقبت‌های سلامتی اولیه، دسترسی به خدمات سلامتی دولتی و داورهای ضروری و مورد نیاز اورژانس می‌باشد.

مقرون به صرفه بودن: افزایش هزینه‌های سلامتی پدیده‌ای جهانی است. تخصصی شدن بخش‌های نظام سلامت و در نتیجه نیاز به روش‌های پرهزینه و افزایش تقاضای افراد گیرنده‌ی خدمات به سبب بالا رفتن انتظار افراد نسبت به داشتن یک زندگی با کیفیت بالاتر که خود ناشی از اطلاع‌رسانی گسترده است، از جمله عوامل این پدیده است. با توجه به این وضعیت، که در تمام جوامع شایع است، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید در جستجوی آن دسته از روش‌های اصلاحی باشند که بدون کاستن از کیفیت، هزینه‌ها را ثابت نگه دارد. بعضی از دولت‌ها علی‌رغم افزایش کل بودجه و با وجود وضعیت بد سلامت در جامعه قادر به افزایش

سهم بودجه‌ی سلامت نیستند. سیستم مراقبت و سلامت مقرون به صرفه سیستمی است که با استفاده از منابع موجود، بیشترین منافع را ارایه نماید.

عدالت: سوال مهمی که در اصل عدالت مطرح است، جستجوی سیستم سلامتی است که امکانات سلامتی را با کیفیت مطلوب در اختیار همگان قرار می‌دهد. این ارزش، که هدف اصلی سازمان سلامت جهانی است، در واقع سطحی از سلامت را شامل می‌شود که به افراد، کاری مولد داده و آنها را قادر به شرکت در زندگی اجتماعی موثر بنماید. برای دستیابی به این هدف، هر فرد باید به مراقبت‌های سلامتی اولیه دسترسی داشته باشد. در واقع عدالت یعنی اینکه نیازهای افراد و نه طبقه‌ی اجتماعی آنان، تعیین‌کننده‌ی توزیع خدمات سلامت باشد.

همه‌ی طبقات اجتماعی و اقتصادی و در سراسر دنیا خواهان اولویت‌گذاری، کیفیت، مقرون به صرفه بودن و عدالت هستند.

شکل ۱: گستره‌ی سلامت

در حیطه‌ی سلامت، مقایسه کار درستی به نظر نمی‌رسد زیرا در هر حیطه از سلامت، مقایسه باید به صورت انتخابی و به شکل مستمر صورت گیرد. در نظام‌های اصلاحی، نمی‌توان موردی با هزینه‌ی بالا و دربرگیرنده‌ی چند نوع خدمت را برای مقایسه انتخاب کرد. با این همه، هدف از مقایسه در امور مربوط به سلامت، گزینش تکنیک‌های مناسب و قابل قبول در جامعه از میان تمام گزینه‌های موجود و در واقع نشان‌دهنده‌ی جهت و سمت‌سوی نظام اصلاحی است.

ظهور پزشک پنج ستاره

به منظور ارایه‌ی خدمات سلامتی باید مدلی مطلوب در جهت هماهنگی تمام داده‌های موجود برای دستیابی به ارزش‌های اصلی یعنی اولویت‌گذاری، کیفیت مناسب، مقرون به صرفه بودن و عدالت در سلامت وجود داشته باشد. برای مقابله با تقسیم‌بندی‌ها و مرزبندی‌های شکل گرفته در ارایه‌ی خدمات سلامت، باید از افکار خلاق و تلاش‌های بی‌شائبه بهره جست. عمده‌ی این تقسیم‌بندی‌ها در ۳ بخش است: اول جداسازی سلامت و خدمات فردی از اجتماعی یا به عبارتی جداسازی سلامت عمومی از پزشکی، دوم تفکیک پزشکان عمومی از متخصصان و سوم جداسازی بخش سلامت از سایر بخش‌های موثر بر نظام سلامت.

اولویت باید در جهت هماهنگی خدمات و فعالیت‌ها برای دستیابی به سلامت افراد و جوامع و نیز انجام پژوهشات مناسب برای طراحی برنامه‌های موثر باشد که به این منظور باید هر دو دسته فعالیت باید به صورت هماهنگ، قابل قبول و مقرون به صرفه انجام شود.

پنج خصوصیت عمده‌ی یک پزشک پنج ستاره شامل موارد زیر است:

۱. ارائه دهنده خدمات سلامت: در کنار درمان‌های فردی، پزشک پنج ستاره باید آثار مسایل جسمی، روانی و اجتماعی بر بیمار را در نظر بگیرد و متوجه باشد که در هر درمان، دوره‌ای کامل باید به صورت مستمر و مفید انجام شود تا مطمئن شویم که این درمان در نوع خود بهترین راه حل است.
۲. تصمیم‌گیرنده: در فضایی مشخص و شفاف، پزشک باید باتوجه به راه‌حل‌های موجود تصمیمی موثر و مقرون به صرفه بگیرد. از طرفی محدودیت منابع موجود سلامت ممکن است به نحوی باشد که امکان بهینه‌سازی منافع برای همه‌ی افراد جامعه را میسر نسازد.
۳. برقرار کننده ارتباط: شاخص‌های نحوه‌ی زندگی مانند رژیم غذایی متعادل، ایمنی در کار، فرصت تفریح مناسب، توجه به محیط زیست و دیگر عوامل نقش مهمی بر سلامت دارند. مداخله‌ی افراد در

حفظ و اعاده‌ی سلامت فردی نقشی حیاتی دارد چرا که مواجهه با خطرات بیماری به‌طور عمده با رفتارهای شخص مرتبط است. بنابراین پزشکان آینده باید افراد، خانواده‌ها و حتی جوامع را از نقش خویش در ایجاد زندگی سالم آگاه کرده و آنها را در فعالیتهای مرتبط با سلامت مشارکت دهند.

۴. راهبر جامعه: مشکلات و نیازهای افراد جامعه را نباید فراموش کرد. باتوجه به آثار دایمی شرایط فیزیکی و اجتماعی روی شاخص‌های سلامت، پزشک پنج ستاره باید در کنار درمان افراد نیازمند نقش عمده‌ای در فعالیتهای اجتماعی مرتبط با سلامت ایفا کند تا گروه‌های بیشتری از این فعالیت سود ببرند.

۵. مدیر:

پزشک پنج ستاره باید مهارت‌های مدیریتی داشته باشد. این مهارت‌ها آنها را قادر می‌سازد تا شرایط را به نحوی اداره کنند که بهترین تصمیم گرفته شود و از طرفی عناصر تیم با وظایف مشابه چنان هماهنگ کار کنند که زمینه‌ی پیشرفت اجتماعی و سلامتی فراهم آید.

هرچند خصوصیات وصفی فوق برای هر عضو نظام سلامت لازم است، ولی پزشک خانواده‌ای با این خصوصیت در راه رسیدن به اهداف تعیین شده، بسیار موثر عمل می‌کند و جالب است بدانیم که تعداد پزشکانی که در پیشگیری اولیه نقش مهمی دارند و در تصمیم‌گیری براساس معیارهای کیفیت و مقرون به صرفه بودن، دارای قدت بالایی هستند، رو به افزایش است.

شکل‌گیری چنین پزشکانی در آینده پزشک پنج ستاره یک فرصت عملی برای مراقبت‌های سلامتی خدمات پزشکی و تربیت پزشک مشتاق به کار فراهم می‌کند که هدف عمده‌ی آن سلامت همگانی است.

در این بین، دانشکده‌های پزشکی نقش مهمی ایفا می‌کنند که با مشارکت در تربیت پزشکان پنج ستاره برای آینده ظرفیت و قدرت خود را به خدمت در فعالیت این سیستم سلامت مشغول می‌دارند.

به‌منظور پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، دانشکده‌های پزشکی باید مسئولیت نتایج عملکرد خود را بر عهده بگیرند. آیا شواهدی مبنی بر مفید بودن دانش‌آموختگان این رشته در پاسخ به نیازهای اولیه‌ی سلامت وجود دارد؟ آیا نتایج پژوهشها نشان‌گر آثار مثبت عملکرد نظام‌های سلامت است؟ آیا این خدمات پاسخ ایده‌آلی به نیازهای اولیه‌ی سلامت می‌باشد؟

برای پاسخ به این سوالات که از طرف جامعه مطرح می‌شود، دانشکده‌های پزشکی باید تربیت دانشجو و پژوهشها و فعالیتهای خدماتی را با اولویتهای سلامت جامعه هم‌راستا نمایند. چهار ارزش طرح شده در ارزیابی پیشرفت در میزان پاسخ‌گویی به جامعه باید توسط دانشکده‌های پزشکی و سرویس‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات مورد تاکید قرار گیرد.

ارزیابی دانشکده‌های پزشکی در سه حیطة آموزش، پژوهش و خدمت‌رسانی انجام می‌شود. در هر یک از این موارد، دانشکده‌ی پزشکی باید شواهدی برای برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل آثار آنها روی جامعه ارائه دهد. در مرحله‌ی برنامه‌ریزی دانشگاه متعهد می‌شود. در مرحله‌ی اجرا منابع و نیروها جهت اجرای تعهدات اختصاص می‌یابند.

تمایلات و گرایش‌های آینده:

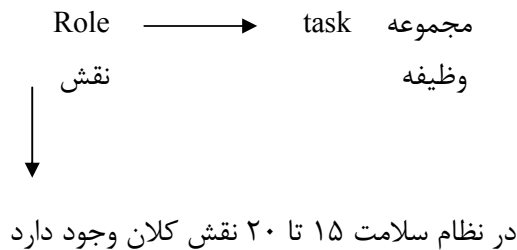
در سال ۱۹۹۴، در مجمع WHO و WONCA دست‌یابی و تربیت پزشکان پنج ستاره به عنوان هدف سال طرح شد و قرار شد تا پزشک خانواده نقش اصلی در دست‌یابی به اولویتهای گذاری، کیفیت مناسب، مقرون به صرفه بودن و عدالت برای همه را در سیستم سلامت ایفا کند.

در سال ۱۹۹۵، نشست سازمان جهانی سلامت معطوف به هدف هدایت روش های درمانی و تربیت پزشکان در جهت سلامت همگانی شد.

نقش های متفاوت یک پزشک (دکتر شهرام یزدانی)

این نقش ها به گونه ای نیست که مرتبط تنها با یک فرد باشد، بلکه هر فرد قسمتی از یک نقش (Role) را به عهده می گیرد. پزشک عمومی جزئی از نظام سلامت است که از هر نقش تعدادی وظیفه (task) را به عهده می گیرد. دیگر اجزای نظام سلامت وظیفه های دیگر را به عهده می گیرند که زیر مجموعه ای از نقش های کلان است.

این وظایف (tasks) باید به گونه ای تقسیم شود که هیچ وظیفه ای بدون آن کسی برای انجام آن وجود داشته باشد باقی بماند (service gap)، همین طور بین وظایف اجزاء سیستم هم پوشانی وجود نداشته باشد (task overlap) البته شاید این مسئله به طور عینی حادث نشود اما وظیفه ما این است که به این شرایط نزدیک شویم.



با مشخص کردن نقش های کلان یک پزشک عمومی می توانیم وظایف و کارهایی که مرتبط با نقش اوست را تعیین کنیم بدین وسیله می توانیم نتیجه بگیریم که فرد نیازمند چه آموزش های بالینی در دوره های تحصیل خود است و چه دانش پایه ای برای این آموزش ها نیاز دارد.

Role definition → task analysis →

(تعریف نقش) (تحلیل وظایف)

Clinical education need assessment →

(نیاز سنجی آموزش بالینی)

Basic science education

(تحصیلات علوم پایه)

مکان های مختلفی در دنیا نقش های متفاوتی برای یک پزشک عمومی تعریف کرده اند.

• از جمله آنها می توان به انجمن دانشکده های پزشکی آمریکا اشاره کرد که نقش های زیر را برای یک پزشک تعریف کرده است:

American association of medical colleges (AAMC-MSOP)

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Altruistic ^o (نوع دوست) | knowledgeable (وارد بکار) | Skill full (ماهر) | Dutiful ^o (وظیفه شناس) |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------------|

← Knowledgeable بتواند دانش را خودش کسب کند

← Skill full مهارت های پزشکی را بداند

Dutiful ← به وظایف خود آگاه باشد

• دانشکده پزشکی کانادا نقش های زیر را در نظر گرفته است: Can Med 2000

| | | |
|-----------------|-----------------------|--------------|
| Medical expert* | communicator | Collaborator |
| ماهر در پزشکی | (ارتباط برقرار کننده) | |

| | | | |
|----------|------------------|-----------|---------------|
| Manager* | Health advocate* | Scholar | Professional° |
| (مدیر) | (مروج سلامت) | (پژوهشگر) | (حرفه ای) |

Collaborator ← بتواند در یک تیم کار کند

Scholar ← base پژوهشی داشته باشد

Professional ← اخلاق و رفتار حرفه ای داشته باشد

• موسسه Scott- Cottrell به نقش های زیر اشاره کرده است:

| | | | | |
|-------------|-----------------|----------------|-----------|---------------|
| Leader | Medical expert* | Clinician* | Scholar | Professional° |
| (رهبر گروه) | (ماهر در پزشکی) | (متخصص بالینی) | (پژوهشگر) | (حرفه ای) |

• سازمان جهانی سلامت (WHO) به منظور تعریف نقش ها یک پزشک ۵ ستاره معرفی می کند:

| | | |
|---------------------------|----------------|-----------------------|
| Care provider* | Decision Maker | Communicator |
| (ارائه دهنده خدمات سلامت) | (تصمیم گیرنده) | (ارتباط برقرار کننده) |
| Community leader* | Manager* | |
| (رهبر اجتماعی) | (مدیر) | |

• دانشگاه West Virginia نقش های زیر را برای یک پزشک مشخص کرده است:

| | | |
|-------------------|----------------|------------------|
| Medical Knowledge | Clinical Skill | Communicator |
| (دانش پزشکی) | (مهارت بالینی) | (برقراری ارتباط) |

| | | |
|-------------------|---------------|------------------------------|
| Logical reasoning | Spirituality° | Life- long learning |
| (استدلال منطقی) | (معنویت) | (کسب دانش در تمام مدت زندگی) |

| | | |
|-----------------------|------------------|-------------|
| Community involvement | professionalism° | Team work |
| (درگیری در اجتماع) | (حرفه ای گری) | (کار گروهی) |
| Self- awareness° | | |
| (خود آگاهی) | | |

Self- awareness ← از وضعیت دانش، اخلاق و..... خود آگاه باشد.

• موسسه ACGME به نقش های زیر برای یک پزشک اشاره کرده است:

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Patient Care* (مراقبت از بیمار) | Medical Knowledge (دانش پزشکی) | professionalism° (حرفه ای گری) |
| System – based practice (کار بر مبنای نفع سیستم) | Practice – based learning (آموزش بر مبنای کار عملی) | |
| Interpersonal skills (مهارت های میان فردی) | | |

System – based practice: در طبابت فقط منافع بیمار را در نظر نگیرد، بلکه منافع او را در کنار منافع سیستم سلامت بنگرد تا به دلیل کمبود منافع در حق کسی اجحاف نشود.

Practice – based learning: توانایی انجام آنچه را که می آموزد داشته باشد.

Roles: از میان نقش هایی که مکان های مختلف برای یک پزشک تعریف کرده اند تعداد محدودی از آنها به معنی واقعی نقش (Role) یک پزشک هستند و با تعریف نقش مطابقت دارند و مجموعه ای از وظایف را در بر می گیرند که با علامت ستاره مشخص شده اند.

Meta- competency: از میان موارد بالا تعدادی جز دسته ی meta- competency به معنی فراتوانایی یا فرادانش قرار می گیرند که با زیر خط مشخص شده اند.

فراتوانایی، به معنی توانایی است که به استدلال تشخیصی کمک می کند و برای استفاده از مهارت هایی (competency) که در طول دوره تحصیل فرا گرفته ایم، لازم است. این فراتوانایی ها برای زندگی شخصی ما نیز لازم است. به عنوان مثال :

Life- long learning (کسب دانش در تمام مدت زندگی) و Team work (کار گروهی) جزء این دسته قرار می گیرند. مثال دیگری که می توان زد در مورد یک فرد دیابتی است. مدیریت یک فرد دیابتی هم نیاز به مهارت درمانی و هم نیاز به فراتوانایی دارد. اگر فردی در امر مهارت های درمانی، ماهر باشد (competence) و از دانشگاه فارغ التحصیل شود تضمینی وجود ندارد که این فرد در این زمینه ماهر باقی بماند فراتوانایی به فرد کمک می کند تا در طول عمر خود ماهر باقی بماند. در واقع فراتوانایی meta competency یک حلقه بزرگ تر از مهارت (competency): مهارت های خاص درمانی، است .

اگر فردی هم دارای مهارت (competency) و هم دارای فراتوانایی (meta competency) باشد، این دو به تنهایی نمی تواند تضمین کند که فرد پزشک خوبی خواهد بود. مثلا اگر فرد وجدان نداشته باشد. نمی تواند پزشک خوبی باشد پزشک خوب بودن متضمن فاکتور دیگری است که در ادامه توضیح خواهیم داد.

Essential characteristic: ویژگی های شخصیتی هستند که لازم است هر فرد برای اینکه پزشک خوبی باشد آنها را دارا باشد. این ویژگی های شخصیتی با علامت دایره مشخص شده اند این ویژگی های شخصیتی حلقه بزرگتری است که دو فاکتور دیگر یعنی مهارت (competency) و فرا توانایی (meta- competency) را تضمین می کند.

به صورت واحد ارائه می شود → (مهارت) competency

→ (فرا توانایی) meta- competency

به صورت تدریجی در طول دوره تحصیلی آموزش داده می شود → Essential characteristic
آموزشی نیست و بیشتر در محیطهای اجتماعی آموزش داده می شود

■ روابط میان اعمال نظام سلامت و اهداف آن:

کل نظام سلامت چهار عمل کلی را انجام می دهد تا به سه هدف دست یابد:
این اعمال عبارتند از:

۱) ارائه خدمات یا فراهم کردن خدمات: **Delivering services(provision)**

این عمل نیازمند منابع از جمله منابع انسانی، تولید دانش، انجام پژوهش، ساختمان، بیمارستان، ابزار، دارو و... است.

۲) خلق منابع(سرمایه گذاری و آموزش)

Creating resources(investment & training)

به عنوان مثال کلاس های درس منابع انسانی را تولید می کنند. هر دوی این ها نیازمند منابع مالی هستند.

۳) تامین و تخصیص مالی (جمع آوری پول، روی هم گذاشتن و خرید):

Financing (collecting, pooling and purchasing)

برای تمام موارد بالا نیاز به سیاست گذاری و ایجاد سیستم وجود دارد تا اجزای نظام سلامت به صورت هماهنگ (coordinate) فعالیت کنند.

۴) تولیت (نظارت): **stewardship (oversight)**

سیاست گذاری، حاکمیت و اولویت گذاری اجزای اصلی تولیت هستند.

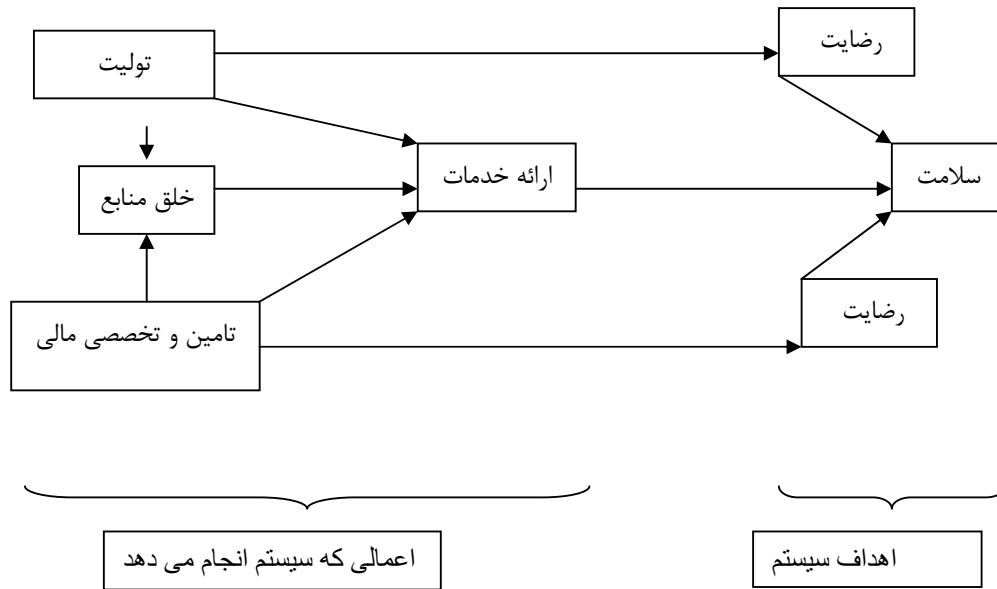
این ۴ عمل کلی برای رسیدن به سه هدف زیر انجام می گیرد:

۱- پاسخدهی به توقعات غیر پزشکی (Responsiveness(to non- medical expectation) که همان رضایت را ایجاد می کند.

۲- توزیع عادلانه خدمات و منابع مالی Fair (financial) contribution

۳- Health : سلامت

دیاگرام ۱: ارتباط بین اعمال و اهداف سیستم سلامت:



■ اولین عملی که مورد بررسی قرار می گیرد service Delivery یا ارائه خدمات است. در این بحث ابتدا به بررسی سطوح مشکلات (problem level) سپس به ارزیابی سطوح مداخله در مشکلات (intervention level) و در نهایت به نقش های مختلف که مربوط به ارائه خدمات می شود می پردازیم.

○ سطوح مشکلات problem level

مشکلات دارای ۳ سطح بیماری (disease)، عوامل خطر زای سلامت (Health risk factor) و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (social determinant of health) است.

۱- بیماری ها: Diseases: از دیگر مشکلات در جامعه فراوان تر است و در دسترس ترین سطح برای مداخله است.

۲- عوامل خطر زای سلامت Health risk factor :

از بیماری ها تعداد آنها کمتر است. حدود ۳۰ عامل در کتاب ها آورده شده است. که در جامعه ما ۸۰٪ بار بیماری ها را به ۱۰ عامل خطر بر می گردد.

هر عامل خطرزا می تواند باعث به وجود آمدن چندین بیماری شود و هر بیماری می تواند با چند عامل خطر زا مرتبط باشد. سیگار کشیدن، رژیم غذایی، رفتار پرخطر جنسی و... در این گروه جای می گیرند.

۳- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (social determinant of health) تعداد آنها از دیگر مشکلات کمتر اما بیشترین و وسیع ترین تاثیر را بر روی سلامت طیفی از جامعه می گذارد. فقر، بی سواد و... در این گروه جای می گیرند حل این مشکلات تاثیر به سزایی در ارتقاء سطح سلامت دارد، تفاوت کشورهای پیشرفته و جهان سوم در کارکردن در این حوزه است.

ما به عنوان پزشک و متولی سلامت مردم وظیفه داریم با این ۳ سطح مشکلات به خوبی آشنا باشیم.

○ سطوح مداخله Intervention level

مداخلاتی که می توان در این مشکلات انجام داد در سه سطح قرار می گیرند.

(۱) در سطح فرد: individual ← به عنوان مثال یک پزشک به فردی که به او مراجعه کرده است توصیه می کند که سیگار نکشد (عامل خطرزای سلامت)

(۲) در سطح جمعیت community ← مثلا پزشک خانواده در منطقه تحت پوشش خود یک بیماری را کنترل می کند.

(۳) در سطح سیاست گذاری policy level ← در سطح سیاست گذاری در جامعه که مربوط به وزارتخانه ها و سازمان های مربوط به آن می شود.

حال با دانستن سطوح مشکلات و سطوح مداخله می توانیم نقش های مربوط به این عمل (ارائه خدمت) را مشخص کنیم:

۱- care provider

این نقش که نقش اصلی پزشکان عمومی و متخصص و فوق تخصص محسوب می شود، کنترل بیماری ها در سطح فرد است. این نقش، نقش فرعی پرستاران، دستیاران پزشک و ... محسوب می شود.

این نقش می تواند در دو مدل ارائه شود:

اول مدل سنتی که در آن فرد به تنهایی و بدون کمک گرفتن از سایر پزشکان به صورت بالینی این خدمت را ارائه می کند.

دومین مدل که هم اکنون در بعضی از شهرهای کشور ما نیز ارائه می شود مراقبت بالینی از بیمار به صورت گروهی است. مثلا یک فرد دیابتی به عنوان یک بیمار به چندین پزشک در تخصص های مختلف نیاز دارد. شما به عنوان یک پزشک عمومی و مدیرگروه می توانید بیمار خود را در صورت نیاز به یک پزشک دیگر ارجاع دهید اما بیمار بعد از آن دوباره نزد شما باز می گردد (مدل عرضی). در نوع دیگری از این نوع ارائه خدمت ممکن است شما پزشک خانوادگی بیمار نباشید اما بیمار به علت مشکلی که دارد به شما مراجعه می کند و به عنوان اولین فرد به شما مراجعه می کند در این سیستم شما باید او را به فرد بالاتر متناسب با بیماری او ارجاع دهید. در این سیستم یک نوع سلسله مراتب وجود دارد (مدل طولی).

در مدل عرضی یک نوع case management وجود دارد. پزشک عمومی رهبر تیم ارائه دهنده خدمت و مسئول کلیت درمان می باشد.

۲- Personal Health Advocate

مروج سلامت شخصی

این نقش، کنترل عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد است:

به عنوان مثال فردی به پزشک خود مراجعه می کند که بیماری ریوی دارد و سیگار نیز می کشد. علاوه بر درمان هایی که برای او تجویز می کنیم به او توصیه می کنیم تا از سیگار کشیدن خودداری کند. این نقش می تواند به چند گونه ارائه شود:

Chemoprophylaxis: پیشگیری دارویی: مثلاً آقایان بعد از سن ۴۰ سالگی و خانم ها بعد از سن ۵۰ سالگی باید روزانه یک قرص آسپیرین مصرف کنند تا از بیماری های قلبی عروقی که آنها را تهدید می کند پیشگیری کنند.

همین طور توصیه می شود خانم ها در سنین باروری قرص های اسیدفولیک مصرف کنند تا در زمان حاملگی از کم خونی پیشگیری شود.

Immunoprophilaxis: تجویز واکسن

Screening: غربالگری، مثلاً آقایان بالای ۶۰ سال سالانه، باید برای سرطان پروستات معاینه شود. همین طور بچه هایی که به دنیا می آیند برای بیماری هایی همچون فنیل کتونوریا و کم کاری تیروئید مورد آزمایش قرار می گیرند.

Healthy life style consultation: مشاوره برای سبک زندگی سالم:

مشاوره دادن پزشک به بیمار و شناساندن عوامل خطرزای سلامت به او و اینکه چطور زندگی کنیم تا زندگی سالم تری داشته باشیم. پزشک زمانی می تواند مشاوره خوبی به بیمار خود دهد که او را بشناسد و با عادات و تمایلات او آشنا باشد.

این نقش، نقش اصلی پزشکان عمومی، متخصصین پزشکی پیشگیری است و نقش فرعی دیگر متخصصان می تواند باشد.

۳- Social Assistant

برای اجرای این نقش باید بتوانیم به هر فردی که به ما مراجعه می کند به عنوان عضوی از یک جامعه بنگریم تا بتوانیم دلایل اجتماعی بیماری او را بیابیم و در پی حل آن باشیم. البته این نقش، نقش اصلی مددکاران اجتماعی و نقش فرعی پزشکان خانواده است. این ۳ نقش بالا هر سه در سطح فرد پیاده می شد، حال به بررسی نقش هایی که مربوط به اجتماع می شود می پردازیم.

۴- Disease Manager: مدیریت بیماری

این نقش، مدیریت بیماری در یک جمعیت تعریف شده می باشد. جمعیت ممکن است به دو صورت تعریف شود:

(۱) **Catchment area**: که در آن یک منطقه جغرافیایی خاص در نظر گرفته می شود که افراد در آن منطقه تحت پوشش قرار می گیرند.

(۲) **Defined population**: لیستی است که نام تک تک افراد یک منطقه خاص در آن آمده است. در جمعیت تعریف شده، معمولاً یک بیماری خاص شایع تر است و بار بیماری زیادی دارد. ما با بیماری در سطح جمعیت سر و کار داریم و آن را در جامعه مورد هدف قرار می دهیم و کاری می کنیم تا از بار آن در جامعه هدف کاسته شود.

به عنوان مثال می توان از ریشه کنی آبله در جامعه، و مدیریت همه جانبه تالاسمی چه از لحاظ تشخیص، چه درمان و چه پیشگیری یاد کرد.

این نقش چون نیازمند یک طرح گسترده است، نمی توان از پزشک عمومی انتظار چندانی داشت. این نقش، نقش اصلی متخصصین و فوق تخصص های مرتبط و نقش فرعی پزشک خانواده است.

۵- Health risk manager: کنترل عوامل خطرزای سلامت

این نقش نیازمند بررسی سطح عوامل خطر در جامعه و انجام مداخلات موثر در سطح جامعه است. به عنوان مثال ابتکار عمل به خرج دهیم تا سطح سواد سلامت مردم را بالا ببریم. یعنی مردم بتوانند در صورت بروز مشکلی تا حدی خود آن را برطرف کنند (self care)، یا حتی ایجاد کمیته هایی که دارای طرح هایی برای تغییر رفتار مردم در جهت زندگی بهتر باشند. این مداخلات برای کاهش سطح عوامل خطرزای سلامت، اگر در سطح جامعه اجرا شود مسلماً تاثیر بیشتری خواهد داشت تا در سطح فرد اجرا شود. برای اجرای این نقش بهتر است پزشک با افراد ذینفع (غیر پزشک) در سیستم سلامت آشنا شود. این نقش، نقش اصلی گروه زیادی از جمله پزشک و غیر پزشک است:

متخصصین پزشکی اجتماعی (برای اجرای مداخلات)، اپیدمیولوژیست (برای ارزیابی سطح عوامل خطر در جامعه)، متخصصین و فوق متخصصین مرتبط، متخصصین در امر سلامت عمومی، روانپزشکان رفتارهای اجتماعی، روانپزشکان سلامت و نقش فرعی پزشکان خانواده است.

۶- Social leader: رهبر اجتماعی

کنترل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سطح جامعه که این نقش کمتر پزشک عمومی را درگیر می کند. به عنوان مثال پزشکی که مدرسه می سازد تا سطح سواد و سلامت مردم را ارتقا دهد. این نقش، نقش اصلی دولت محلی و متولیان رفاه عمومی است (فرمانداران، شهرداری و...) و همین طور متخصصین پزشکی اجتماعی است. و نقش فرعی یک پزشک به عنوان رهبر و مسئول یک جامعه است.

■ دومین عمل کلی که در سیستم سلامت باید به آن پردازیم تولید (نظارت) (stewardship) است. که شامل سیاست گذاری، حاکمیت درون بخشی (مدیریت اجرایی و ...) و حاکمیت بین بخشی است. که ابتدا نقش های مربوط به سیاست گذاری توضیح داده می شود. در این مبحث، سطح مداخلات در سطح سیاست های کلان است که ۳ نقش برای آن تعریف می شود:

۷- Clinical policy maker: سیاست گذار بالینی

در این نقش برای کاهش سطح بیماری ها، سیاست گذاری می شود که شامل سیاست گذاری اجرایی و عمومی است که به آن Health Technology assessment گفته می شود و همین طور سیاست گذاری های بالینی که شامل تدوین CPG (clinical practice guideline) ها می شود که مجموعه ای از بهترین توصیه های بالینی برای پزشکان با در نظر گرفتن شرایط بومی (اقتصادی، سیاسی، اثر بخشی داروها و...) است. این مجموعه توسط گروه بزرگی از پزشکان و محققین جمع آوری و تالیف می شود.

این نقش، نقش اصلی اپیدمیولوژیست ها، اقتصاد دان های در حوزه سلامت و سیاستمداران است. این نقش می تواند نقش فرعی متخصصین و فوق تخصص ها باشد.

۸- Public Health policy maker :

سیاست گذاری در سطح سلامت عمومی: این سیاست گذاری ها برای کاهش سطح عوامل خطر زای سلامت در جامعه صورت می گیرد و شامل ارزیابی عوامل خطرزا و انجام مداخلات برای کاهش آن می باشد. این نقش، نقش اصلی متخصصین در حوزه سلامت عمومی، متخصصین پزشکی اجتماعی (مداخلات) و اپیدمیولوژیست ها (ارزیابی) است و نقش فرعی متخصصین و فوق تخصصین مربوطه می باشد.

۹- social policy maker : سیاست گذاران اجتماعی

این سیاست گذاری ها برای رفع عوامل اجتماعی موثر در سلامت است از جمله بی سوادی، فقر و... می باشد. این نقش، نقش اصلی اقتصاددان ها و سیاستمداران است و نقش فرعی متخصصین پزشکی اجتماعی محسوب می شود.

حال باید به مدیریت اجرایی پردازیم:

که نقش اصلی فعالان مدیریت سیستم سلامت و نقش فرعی پزشکان خانواده و متخصصین و فوق متخصصین مربوطه است که باید این سیاست ها را اجرایی کنند. در آخر به طور خلاصه به ۲ عمل کلی دیگر در نظام سلامت یعنی خلق منابع و تامین و تخصیص آن می پردازیم:

■ خلق منابع (سرمایه گذاری و آموزش) (investment & training) Creating resources
که شامل:

- آموزش و تحصیل (منابع انسانی)
- پژوهش (دانش)
- تولید (دارویی، تکنولوژی و کالاهای مصرفی) است.

آموزش: Education:

نقش اصلی: متخصصین و فوق تخصصین بالینی دانشگاهی
دانشجویان پزشکی و Ph.D های مرتبط
و نقش فرعی: پزشکان به عنوان مربی و عرضه کننده آموزش های بالینی و دیگر افراد متخصص در حوزه های مختلف پزشکی برای کورس های بالینی

پژوهش: Research

نقش اصلی: متخصصین و فوق تخصصین بالینی دانشگاهی
دانشجویان پزشکی و Ph.D های مرتبط
نقش فرعی: پزشکان عمومی به عنوان کمک کننده در امر پژوهش و واسطه های ارائه دانش

■ تامین و تخصص مالی Financing

که شامل:

- تولید و جمع آوری پول
- روی هم ریختن
- تخصیص و خرید
-

نقش فرعی پزشکان عمومی به عنوان:

Financial risk taker: گیرنده خطر مالی

در این صورت با پزشکان به طور سالیانه قرار داد بسته می شود و خطر ضرر به سمت پزشک منحرف می شود

cost containment Agent - کمک کننده در محدود کردن مخارج سیستم: این پزشکان به عنوان Gatekeeper عمل می کنند و از سیستم ارجاع پیروی می کنند.

Allocation Agents - کمک کننده در امر تخصیص منابع: این پزشکان در سیستم، سها مدارانی هستند که در توزیع منابع شرکت دارند.

مقایسه وظایف پزشک خانواده با پزشک عمومی

| Roles | GP | پزشک خانواده |
|------------------------|-----|--------------|
| Care provider | *** | *** |
| تنظیم کننده خدمات | | *** |
| مروج سلامت شخصی | | *** |
| Social Assistant | | * |
| مدیریت سلامت | | * |
| مدیریت عوامل خطرزا | | ** |
| رهبر اجتماعی | | * |
| سیاست گذار بالینی | | |
| سیاست گذار سلامت عمومی | | |
| سیاست گذار اجتماعی | | |
| مدیر | | * |
| آموزشگر | | * |
| تولید دانش (محقق) | | |
| مدیریت دانش | | |
| واسطه ارائه دانش | | |
| گیرنده خطر مالی | | ** |
| Gate keeper | | *** |
| سهامدار | | * |