

فهرست مطالب

سخن آغازین.....	۷
پیشگفتار مترجمین.....	۹
بخش اول : The Principles of Family Medicine	۱۰
فصل ۱: پنجاه سال خدمات مراقبت از آمریکا.....	۱۱
فصل ۲: مسائل فرهنگی، نژادی و قومیتی در مراقبت از سلامت.....	۲۳
فصل ۳: مسائل خانواده در مراقبت از سلامت.....	۳۵
فصل ۴: استرس خانواده ها و ارائه مشاوره.....	۴۳
فصل ۵: مراقبت های بهداشتی مبتنی بر جمعیت.....	۵۵
بخش دوم: Preventive Care	۶۸
فصل ۶: مراقبت های پیشگیرانه.....	۶۹
فصل ۷: ارتقاء سلامت و تندرستی.....	۹۷
فصل ۸: مراقبت های بهداشتی مسافر بین المللی.....	۱۰۹
بخش سوم: Pregnancy, Childbirth, and Postpartum Care	۱۲۰
فصل ۹: مراقبت پیش از بارداری.....	۱۲۱
فصل ۱۰: حاملگی، لیبر و زایمان نرمال.....	۱۳۵
فصل ۱۱: مشکلات پزشکی حین بارداری.....	۱۴۷
فصل ۱۲: عوارض مامایی در دوران بارداری.....	۱۶۱
فصل ۱۳: مشکلات در طول لیبر و زایمان.....	۱۷۳
فصل ۱۴: مراقبت پس از زایمان.....	۱۸۹
بخش چهارم: Care of the Infant, Child, and Adolescent	۱۹۹
فصل ۱۵: اختلالات ژنتیکی.....	۲۰۱
فصل ۱۶: مشکلات دوران نوزادی و شیر خوارگی.....	۲۱۳

فصل ۱۷: بیماری‌های عفونی اطفال	۲۳۱
فصل ۱۸: اختلالات رفتاری کودکان	۲۴۷
فصل ۱۹: اختلالات اسکلتی و عضلانی در کودکان	۲۵۷
فصل ۲۰: اختلالات منتخب دوران شیرخوارگی و کودکی	۲۷۵
فصل ۲۱: مراقبت از سلامت نوجوانان	۲۸۵
بخش پنجم : Care of the Elderly	۲۹۵
فصل ۲۲: اختلالات منتخب سالمندی	۲۹۷
فصل ۲۳: مشکلات شایع سالمندان	۳۱۱
فصل ۲۴: بیماری آلزایمر و دمانس‌های دیگر	۳۳۱
فصل ۲۵: سالمند آزاری	۳۴۱
فصل ۲۶: مراقبت از سالمندان	۳۴۹
واژه یاب	۳۵۷

سخن آغازین

جامعه آرمانی ترسیم شده در سند ۱۴۰۴، جامعه‌ای است که باید از حداکثر سلامت بر خوردار باشد. طبق این سند، نظام جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسئول و پاسخگو که وظیفه دارد ضمن برآورده کردن دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل آنان را جلب نماید و با کسب حمایت همه سازمان‌ها و نهادها رویکرد سلامت را در تمامی سیاست‌ها اجرایی سازد.^۱ پس از بیانییه سازمان بهداشت جهانی در نشست آما آتا (۱۹۷۹ میلادی- ۱۳۵۷ هجری شمسی) مهم‌ترین دغدغه‌ی نظام سلامت در تمامی کشورهای جهان دسترسی همگانی و عادلانه به سلامت با شعار "سلامتی برای همه" بوده است. این مهم منجر به اقدامات مختلفی در غالب "اصلاحات نظام سلامت" گردیده است و اهمیت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کارا به عنوان "قلب نظام سلامت" پررنگ نموده است.

بررسی تاریخچه تحولات نظام و مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در جهان نشان می‌دهد که در طی سالها تعاریف و اصولی برای مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت شکل گرفته است. گرچه این تعاریف هم پوشانی و گاهی نیز اختلافاتی داشته‌اند، نهایتاً در سال ۲۰۰۱ میلادی بارابرا استارفید هفت ویژگی اصلی را برای مراقبت‌های اولیه سلامت جمع‌بندی و معرفی نمود. با شکل‌گیری "پزشکی خانواده" هفت اصل مراقبت‌های اولیه سلامت بعنوان ویژگی‌های طبابت پزشک خانواده نیز برشمرده شده است. این هفت ویژگی بدین شرح است:

- پیوسته - Continuous: ارتباط مداوم با افراد و خانواده‌ها در طول زمان در وضعیت سلامت و بیماری
 - تماس اول - First Contact: امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خود-ارجاعی
 - فراگیر - Comprehensive: پوشش طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
 - هماهنگ - Coordinated: اعضای درگیر در مراقبت‌های اولیه سلامت بطور هدفمند و هماهنگ با یکدیگر و همچنین با ارائه‌کنندگان خدمات سطوح دوم و سوم عمل می‌کنند.
 - جامعه نگر - Community Oriented: ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت، نه تنها در ارتباط با سلامت افراد، بلکه در برابر سلامت جوامع مسئولیت می‌پذیرند.
 - خانواده محور - Family Centered: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر خانواده بر سلامت افراد و همچنین تأثیر بیماری افراد بر وضعیت خانواده آنان در نظر گرفته می‌شود.
 - توانا برای مواجهه با فرهنگ‌های مختلف - Culturally Competent: در مراقبت‌های اولیه سلامت، تأثیر ارزشها، باورها، هنجارها، و فرهنگ‌های مختلف بر تجربه افراد از سلامت، بیماری، و دریافت خدمات بالینی مورد تأکید قرار می‌گیرد.^۲
- از طرفی عمده‌ی مراجعات برای دریافت خدمات سلامت در سطح یک و در حیطه‌ی مراقبت‌های اولیه می‌باشد. بطوری که مطالعات نشان داده‌اند در طی یک ماه از هر ۱۰۰۰ فردی که ناخوشی یا علائم بیماری را تجربه می‌کنند تنها ۱ نفر نیاز به خدمات فوق تخصصی، در سطح سوم ارائه‌ی خدمات داشته است. از آنجا که عمده‌ی پزشکانی که در سطح یک (سطح با بیشترین مراجعات) به ارائه‌ی خدمات می‌پردازند، پزشکان عمومی هستند، بنابراین پزشکان عمومی "قلب نظام مراقبت‌های اولیه سلامت" محسوب می‌شوند.

۱. نسخه‌ی ۰۳ برنامه‌ی پزشک خانواده، ۱۴۰۲/۱/۱۴۰۱

۲. چپستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۶ و بدلیل نیاز به یک برنامه مدون برای ارتقا عملکرد پزشکان عمومی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامتی در کشور، کمیته‌ای به این منظور در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شروع به کار نمود. در مطالعه‌ای که از دیدگاه دست اندرکاران نظام سلامت در آن سالها انجام شد، مشخص گردید که طبابت پزشکان عمومی در ایران تا حد زیادی "عمومی"، در حد کم "فراگیر"، "پیوسته" و "خانواده محور"، و در حد بسیار کم "همه‌پوش"، "جامعه نگر" و "مبتنی بر نظام سلامت" بوده است.^۱ لذا در آن زمان مشخص شد طبابت پزشکان عمومی در ایران فاقد ویژگی‌های "پزشکی خانواده" است. پس از آنکه آیین نامه اولیه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد، در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد. بدین ترتیب از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۱۴ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها گردید.^۲ پس از تصمیم هیأت دولت مبنی بر اجرای برنامه در شهرها طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین پیرو تصویب نسخه ۲۰ از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در استان فارس و پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

در ابتدای شروع برنامه‌ی پزشک خانواده (۱۳۸۸) با توجه به نیاز به تعداد زیاد پزشکان خانواده (یک پزشک به ازای هر ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر)، عدم وجود بستر و تجربه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، برنامه‌های توانمندی‌سازی پزشکی خانواده در غالب پودمانی و ضمن خدمت برای پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی شکل گرفت، که گرچه دست آوردهایی داشت و مسیر ارجاع را مشخص نمود اما همچنان تا تحقق اهداف نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و مفهوم پزشک خانواده فاصله بسیار داشت. لذا طی سال ۵/۱۳۹۴ بدنبال انجام اصلاحات نظام سلامت در غالب " طرح تحول سلامت " و احساس نیاز بیش از پیش به توانمندسازی پزشکان عمومی بطور تخصصی، تخصص پزشکی خانواده شکل گرفت. هم اکنون با رسیدن به فاز نهایی و فراگیر برنامه‌ی پزشک خانواده، تحت عنوان "سلامت خانواده" نیاز و نقش اساسی پزشکان خانواده به مراتب پررنگ‌تر از قبل است. طی این سالها دوره‌ی تخصصی پزشکی خانواده به مدت سه سال، با یاری و مشارکت اساتید رشته‌های مختلف بالینی شکل گرفته و روبه اعتلا می‌باشد. همانند سایر رشته تخصصی، کتب مرجع رشته پزشکی خانواده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مطالعه، افزایش دانش و به عنوان منبع آزمون‌های ارتقا سالیانه و برد معرفی شده است که کتاب پیش رو با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" آخرین و بروزترین مرجع رشته تخصصی پزشک خانواده است که با توجه به روانی نگارش و جامع بودن مطالب می‌تواند مورد استفاده کلیه پزشکان عمومی، پزشکان شاغل در سطح بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت، متخصصین سایر رشته‌های بالینی و دانشجویان پزشکی قرار بگیرد. در آخر، از آنجا که پزشکی خانواده اساس نظام ارجاع و همه‌پوشی کننده سطوح مختلف نظام خدمات سلامت است و همچنین با توجه به گستردگی دانش، وظایف و عملکرد، این رشته، قلب و محل رجوع تمامی خدمت دهندگان در نظام سلامت محسوب می‌شود. ترجمه‌ی پیش رو از کتاب مرجع پزشکی خانواده اولین گام در اشتراک دانش این رشته ما بین ارائه دهندگان خدمات سلامت و در سطوح مختلف خواهد بود. در آخر صمیمانه از تلاش همکاران محترم متخصص پزشکی خانواده و سایر رشته‌های تخصصی در جهت ترجمه‌ی کتاب "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" و هموار نمودن مسیر پزشکی خانواده سپاسگزارم.

با امید به ثمر نشستن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مسیر دسترسی همگانی به خدمات سلامت.

دکتر سید محمد طباطبائی

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران

فروردین ۱۴۰۳

۱. چیستی و چرایی پزشکی خانواده، شهرام یزدانی، ۲۰۱۱

۲. در آمدی بر مدل اجرایی پزشکی خانواده، کامران باقری لنگرانی (و گروه نویسندگان)

پیشگفتار مترجمین

با یاری خداوند متعال و همکاری گروهی توانمند از متخصصین پزشکی خانواده و متخصصین سایر رشته‌های بالینی، مرجع پزشکی خانواده، با عنوان "پزشکی خانواده: اصول و عملکرد" ترجمه و در اختیار دانشجویان رشته پزشکی، دستیاران تخصصی، همکاران محترم و اساتید علاقمند به مباحث پزشکی خانواده قرار گرفته است. در این مسیر از همکاری و تلاش ناشر محترم در حمایت از اثر و تعهد ایشان در فراهم نمودن شرایط انتشار، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

از سالهای گذشته مانند بسیاری از کشورهای تحول‌گرا در نظام سلامت، "پزشکی خانواده" در نظام سلامتی و بهداشتی کشور عزیزمان متولد شده و در حال رشد و شکل‌گیری است. فراز و نشیب‌های زیادی را در دوره‌های متمادی پشت سر گذاشته و امروز در مسیر بهبود و تکامل است. ما جمعی از مترجمین با تلاش در مسیر دستیابی به اهداف غایی پزشکی خانواده و نظام مراقبت‌های اولیه‌ی سلامتی و بهداشتی، که همانا سلامت برای همه و دسترسی همگانی به خدمات سلامت است، بر آن شدیم تا با ترجمه‌ی مرجع تخصصی پزشکی خانواده قدمی در این راه برداریم. مبرهن است که این ترجمه جایگزین نوشتار اصلی نخواهد بود اما با توجه به حجم وسیع مطالب و گستردگی حیطه‌ی پزشکی خانواده، ترجمه به زبان اصلی خوانندگان "فارسی"، فرآیند مطالعه و دریافت مطالب را تسهیل و تسریع می‌نماید و علاوه بر این ترجمه را قدم اول در تولید علم بومی می‌توان در نظر گرفت. امیدواریم با استفاده و بهره‌مندی از شواهد و تجربیات موجود در زمینه پزشکی خانواده در جهان، در مسیر تولید مرجع و راهنماهای بالینی ملی گام برداریم، زیرا نیاز به علم بومی منطبق با شرایط جمعیتی - شناختی در علم پزشکی و بویژه در حیطه‌ی پزشکی خانواده بی‌تردید و انکارناپذیر است.

در پایان، صمیمانه از کلیه‌ی خوانندگان کتاب پیش رو خواهشمندیم، نکات نیازمند اصلاح و نظرات خود را برای ناشر محترم و یا مترجمین از طریق مسیر ارتباطی درج شده، ارسال بفرمایید، تا به امید خدا در چاپ‌های بعدی اصلاح گردد.

ارادتمند جویندگان علم

آرزومند بالندگی و سرافرازی کشور

با امید به سلامت و تندرستی برای همه مردم نازنین ایران

مترجمین

پیشکش به ساحت مقدس امام عصر (ارواحنا فداه)

و

قردانی و سپاس از پیشکسوتان آموزش تخصصی پزشکی خانواده، استاد دکترمرضیه مولوی نجومی و استاد دکتر سیدجلیل کوهپایه زاده
اساتید محترم گروه پزشکی اجتماعی و خانواده دانشگاه علوم پزشکی ایران

پنجاه سال خدمات مراقبت از آمریکا

مترجم: دکتر نرگس فدائی

متخصص پزشکی خانواده، استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

fadaei.n@iums.ac.ir

فهرست

تاریخچه مختصری از تخصص

پزشکی خانواده به عنوان یک جنبش اجتماعی

پزشکی خانواده به عنوان دفاع از پزشک عمومی

پزشکی خانواده به عنوان یک جنبش اصلاحی در پزشکی

سیر تکاملی پزشکی خانواده

پزشکی خانواده در ایالات متحده در سال ۲۰۲۰

پزشکی خانواده و پزشکی عمومی در سراسر جهان

اصول آکادمیک پزشکی خانواده

در دسترس بودن

تداوم مراقبت

جامع‌نگری

هماهنگی مراقبت‌ها

مراقبت زمینه‌ای

چالش‌های فعلی و راهکارهای آینده

هزینه‌های ناپایدار مراقبت‌های سلامت

تجاری‌سازی طبابت

تداوم پزشکی خانواده به عنوان یک انتخاب تخصصی مطلوب

فناوری اطلاعات و تنش بین مراقبت شخصی و سلامت جمعیت

جهانی شدن و چالش‌های بهداشت جهانی

مراقبت از جهان

منابع

تخصص شروع می‌شود.

هدف این فصل صرفاً تعریف از گذشته نیست بلکه برای پاسخ به این سوال است که این رشته چگونه به جایگاه کنونی رسیده؛ علاوه بر آن این فصل برای ترسیم درس‌هایی است که می‌توان از نسل شروع‌کننده این رشته آموخت و همین‌طور فراهم کردن زمینه‌ای برای ساختن آینده رشته.

تاریخچه مختصری از تخصص

تخصص پزشکی خانواده در ایالات متحده از تعدادی از پزشکان عمومی شکل گرفت که نیروی اصلی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی تا اواسط قرن بیستم بودند. داستان چگونگی این اتفاق می‌تواند به سه روش بیان شود و هرکدام از این روایت‌ها بینشی در مورد سنت‌ها و ارزش‌های این رشته ارائه می‌دهد.

پزشکی خانواده به عنوان یک جنبش اجتماعی

تخصص پزشکی خانواده در دهه ۱۹۶۰ یعنی زمان جنگ

تخصص پزشکی خانواده در سال‌های ابتدایی شکل‌گیری‌اش، از خانواده پزشکیانی شکل گرفته بود که در طول عمر خود مشغول به این حرفه بودند. امروزه پزشکی خانواده در حالی پنجاهمین سالگرد تأسیس خود را می‌گذراند که نسل بنیانگذاران آن بازنشسته شده است؛ و پزشکان خانواده امروزی در دنیایی بسیار متفاوت، خدمات سلامت را ارائه می‌دهند. تعداد کمی به طور انفرادی کار می‌کنند و بسیاری از آنها در مراکز سلامت و سیستم‌های بهداشتی مشغول به کار هستند؛ و بیشتر آنها از سیستم‌های الکترونیکی برای ثبت پرونده‌ها و اسناد، ارائه مراقبت‌ها و ارتباط با بیماران استفاده می‌کنند.

از زمان آغاز به کار تخصص پزشکی خانواده در سال ۱۹۶۹، این رشته به یکی از بزرگترین و موفق‌ترین تخصص‌های پزشکی تبدیل شده است و با این حال هنوز بسیاری از اعضای فعلی با داستان الهام‌بخش چگونگی شکل‌گیری این تخصص آشنا نیستند. این کتاب با مروری بر شروع رشته، سیر تکاملی و وضعیت فعلی این

گزارش سوم از کمیته آموزش پزشکی خانواده بود که توسط شورای آموزش پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (AMA) حمایت شد و موظف شد سیاست این انجمن را در مورد آینده طب عمومی بررسی کند.

گزارش ویلارد به طور خاص خواستار نوع جدیدی از متخصصان در امور خانواده بود و حتی طرح کلی یک برنامه آموزشی برای "پزشکان خانواده" را نیز مشخص کرد. همچنین تشکیل یک هیئت بود برای این رشته را توصیه کرد.

دکتر ویلارد رئیس دانشگاه علوم پزشکی کنتاکی بود. در آن زمان، رئیس دانشکده پزشکی این دانشگاه، ادموند پلگرینو^۴ بود. به دلیل تجربه او با دستیاران طب عمومی در دهه ۱۹۵۰، دکتر پلگرینو تصمیم گرفت دو پزشک عمومی را در دانشکده به طور تمام وقت در بخش پزشکی منصوب کند. یکی از این افراد نیکلاس جی پیساکانو^۵ یک پزشک عمومی آرمان‌گرا و محقق بود که قبلاً یکی از صریح‌ترین مدافعان صدور گواهینامه در این زمینه بود. هنگامی که هیئت بود پزشکی خانواده در آمریکا در نهایت به عنوان یک هیئت تخصصی معتبر شناخته شد، این دکتر پیساکانو بود که مدیر اجرایی و موسس آن شد.

با حمایت آکادمی طب عمومی آمریکا (AAGP) و پزشکان عمومی ایالات متحده، پزشکی خانواده بیستمین تخصص پزشکی آمریکا در سال ۱۹۶۹ شد. داستان این سه گزارش تاثیرگذار، اولین داستان چگونگی شکل‌گیری پزشکی خانواده را ارائه می‌کند؛ داستانی که بر نیازهای شناسایی شده توسط سیاست‌گذاران عمومی، در زمان ناآرامی‌های اجتماعی و اصلاحات متمرکز است.

پزشکی خانواده به عنوان دفاع از پزشک عمومی

پزشکی خانواده نیز به عنوان یک دفاع سیاسی و حرفه‌ای از پزشک عمومی مطرح شد. روسای آکادمی طب عمومی آمریکا^۶ در اوایل دهه ۱۹۴۰ از کاهش تعداد دانشجویان پزشکی که رشته پزشکی عمومی را انتخاب می‌کردند، نگران شدند.

تعداد رو به کاهش پزشکان عمومی، توانایی آنها را برای به دست آوردن و حفظ امتیازات بیمارستانی تهدید و اعتبار و نفوذ سیاسی آنها را در این حرفه تضعیف می‌کرد. در حالی که اولین داستان شکل‌گیری پزشکی خانواده اساساً داستانی از کنشگری اجتماعی است، طرفی از داستان نیز وجود دارد که در مورد حفظ

ویتنام، جنبش حقوق بشر و ناآرامی‌های اجتماعی گسترده ظهور پیدا کرد. زمانی که بی‌شبهت به امروز نیست که در آن دانش و توانایی متخصصان به چالش کشیده می‌شود. رشد سریع جمعیت بعد از جنگ دوم جهانی و علاقه روز افزون پزشکان به انتخاب رشته‌های تخصصی باعث کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه در ایالات متحده شد. اگرچه تعداد انگشت‌شماری از دوره‌های آموزشی پزشکی عمومی در دهه ۱۹۵۰ تأسیس شد، اما از نظر کیفیت و کمیت ناکافی بود.

در پاسخ، مردم آمریکا و برنامه‌ریزان دوراندیش سیاست‌های سلامت، تکه‌تکه شدن پزشکی آمریکا را محکوم کردند و برای شکل‌گیری یک تخصص پزشکی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی اولیه فراخوان دادند.

سه گزارش تاثیرگذار که همه در سال ۱۹۶۶ منتشر شد، در نهایت به شکل‌گیری پزشکی خانواده انجامید. این گزارش‌ها با نام نویسندگان اصلی آنها نام‌گذاری شده‌اند: گزارش فولسون^۱، گزارش میلیس^۲ و گزارش ویلارد^۳.

گزارش فولسون یک گزارش ملی در زمینه خدمات بهداشتی جامعه بود که توسط سازمان بهداشت عمومی و شورای ملی بهداشت آمریکا حمایت مالی شد. تحقیقات ۴ ساله این کمیسیون منجر به شکل‌گیری ۱۴ توصیه گردید.

نزدیک‌ترین توصیه به تخصص در حال تکامل پزشکی خانواده، گزارش کارگروهی تحت عنوان نقش در حال تغییر پزشک برای هر فرد بود که به این نتیجه رسید که همه آمریکایی‌ها باید برای اطمینان از یکپارچگی و تداوم خدمات درمانی "پزشکان شخصی" داشته باشند. در این گزارش بر اهمیت طب پیشگیرانه، استفاده از منابع جامعه و اهمیت تداوم مراقبت از بیمار تأکید شده است. گزارش دوم از کمیسیون شهروندان در آموزش تحصیلات تکمیلی پزشکی بود که توسط انجمن پزشکی آمریکا نیز حمایت شد. تمرکز این کمیسیون بر تحصیلات تکمیلی پزشکی بود. به طور خاص، پیشنهاد شد که "پزشکان مراقبت‌های اولیه" برای جایگزینی تعداد رو به کاهش پزشکان عمومی آموزش ببینند. گزارش میلیس به طور خاص به اهمیت مهارت‌های بالینی جامع، تداوم مراقبت، هماهنگی خدمات و خدمات پیشگیرانه توسط پزشکان اولیه این تخصص پرداخته است.

4. Edmund Pellegrino

5. Nicholas J. Pisacano

6. AAGP

1. Folsom

2. Millis

3. Willard

از آنجایی که دپارتمان‌های دانشکده پزشکی عموماً به جای یک تخصص عملی، یک رشته آکادمیک را منعکس می‌کنند، فقدان یک پایه فکری در این رشته به شدت مانع ایجاد دپارتمان‌های پزشکی خانواده در دانشکده‌های پزشکی می‌شد.

دپارتمان‌های پزشکی خانواده با سرعت بیشتری در مؤسسات دولتی دارای بودجه عمومی تأسیس شدند، جایی که فشار سیاسی از سوی مجالس قانون‌گذاری ایالتی برای اعمال این تغییرات اعمال شد. تعداد کمی از دانشگاه‌های خصوصی نیز تا به امروز به کار خود ادامه داده‌اند.

اما دلیل بسیار اساسی‌تری برای مخالفت وجود داشت. پس از گزارش فلکسنر^۲ در سال ۱۹۱۰، پزشکی آمریکایی به یک علم بیولوژیکی تبدیل شد که بر درک بهتر مکانیسم‌هایی که بیماری‌ها در آن پدید می‌آیند و درمان می‌شوند، متمرکز شده بود. از یک سو این نوع از دانش را می‌توان با پیشرفت‌های خیره‌کننده در علم پزشکی و در نتیجه بهبود در طول مدت و کیفیت زندگی در قرن بیستم نسبت داد. اما این مدل همچنین مستقیماً مسئول از دست دادن نگرش بیمارمحور و جایگزینی بینش بیماری‌محور در مراقبت‌ها بود. از همان ابتدا پزشکی خانواده یک جنبش بر خلاف فرهنگ رایج بود که این روندها را به عقب می‌راند و جنبش‌های ضدفرهنگی وضعیت موجود را تهدید می‌کرد.

مجموعه‌ای از مقالات با عنوان مبنای فکری پزشکی خانواده توسط جی گایل استفنز^۳ در دهه اول پزشکی خانواده منتشر شد. کار استفنز برای بسیاری از اولین نسل دستیاران پزشکی خانواده به یک فراخوان جمعی تبدیل شد. پزشکی خانواده مطمئناً یک جنبش اجتماعی برای در دسترس قرار دادن مراقبت‌های بهداشتی برای مردم آمریکا بوده است و نسل بنیانگذار آن مطمئناً از پزشکان علاقه مند به حفظ و بهبود عملکرد پزشکی عمومی بودند. اما بسیاری دیگر وارد این عرصه شدند تا با استفاده از روش‌های علمی اجتماعی، رفتاری و جمعیتی در دنیایی که تحت سلطه بیولوژی و تقلیل‌گرایی است پزشکی آمریکایی را از نظر فکری تغییر دهند.

سیر تکاملی پزشکی خانواده

در شروع، نام این تخصص عمدتاً به عنوان ادای احترام به ریشه‌های آن که طب عمومی بود، طب خانواده نام‌گذاری شد. اصطلاح پزشکی خانواده برای اشاره به عنوان آکادمیک رشته به عنوان رشته‌ای جدا از تخصص بالینی استفاده می‌شود. پزشکان

و ادامه حیات رشته پزشکان عمومی بود.

چهار تصمیم اولیه به شکل‌گیری آینده این تخصص جدید کمک کرد و همه در مورد افزایش کیفیت و اعتبار این رشته بود. یک هیئت صدور گواهی تخصصی-هیئت بورد پزشکی خانواده-در آمریکا در سال ۱۹۶۹ ایجاد شد. برنامه‌های آموزشی رزیدنتی سه‌ساله جایگزین یک سال کارآموزی برای پزشکان عمومی شد. صدور گواهینامه مجدد اجباری توسط آکادمی پزشکان خانواده آمریکا آغاز شد و همه پزشکان خانواده دارای گواهی بورد ایالات متحده هنوز باید آزمون گواهینامه دوره‌ای مجدد را بگذرانند. سایر تخصص‌های دیگر نیز از آن زمان شرایط مشابهی داشته‌اند. در نهایت، آموزش مداوم پزشکی توسط آکادمی پزشکان خانواده آمریکا^۱ و هیئت بورد پزشکی خانواده آمریکا اجباری شد. تخصص جدید با ۱۵ برنامه آموزشی رزیدنتی آغاز شد که بیشتر آنها از محدود برنامه‌های موجود پزشکی عمومی شکل گرفته بودند. دولت آمریکا از بخش‌های جدید پزشکی خانواده در دانشکده‌های پزشکی حمایت مالی کرد و بخش‌های بالینی پزشکی خانواده در بیمارستان‌های دولتی در سراسر آمریکا تشکیل شد.

از سال ۱۹۶۹ تا به امروز، جنبش پزشکی خانواده با دستاوردهای قابل توجهی در جذب دانشجو، آموزش تعداد بیشتر دستیاران، افزایش تعداد پزشکان خانواده دارای گواهی بورد، و پزشکان خانواده در موقعیت‌های مدیریتی در کلینیک‌های بالینی و دانشگاه‌ها با شتاب به کار خود ادامه داده است.

پزشکی خانواده به عنوان یک جنبش اصلاحی در پزشکی

تولد پزشکی خانواده را می‌توان به عنوان یک تخصص شکل‌گرفته از اصلاح فکری و فلسفی پزشکی به حساب آورد. تخصص جدید با مخالفت‌های گسترده‌ای هم از سوی پزشکی سنتی و هم از سوی دانشکده‌های پزشکی مواجه شد. استدلال این مخالفت این بود که پزشکی خانواده چیز تازه‌ای نیست و در واقع از پنجاه سال تجربه پزشکان گذشته و پنج تخصص، تشکیل شده که قبلاً وجود داشته‌اند. علاوه بر این تلقی می‌شد دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های یک پزشک خانواده برگرفته از زمینه‌های جراحی، زنان و زایمان، اطفال و غیره است که پیش از آن وجود داشته‌اند. دوره‌های رزیدنتی در اوایل شروع پزشکی خانواده تا حد زیادی به روتیشن آموزشی با هر یک از این تخصص‌ها وابسته بودند و این روند بدون شک به این ادعا اعتبار بخشید.

2. Flexner

3. G. Gayle Stephens

1. AAFP

پزشک به رابطه مبتنی بر مراقبت تیمی شد که در آن از پزشکان خانواده خواسته می‌شد تا تیم‌هایی از ارائه‌دهندگان خدمت را ایجاد و توانمند کنند تا مسئولیت بیماران خود را به اشتراک بگذارند. سیستم‌هایی ابداع شدند تا روش‌های PCMH را تأیید کنند و در پایان دهه، سیستم‌های اطلاعات و ارتباطات الکترونیکی از الزامات تأیید PCMH شدند. اگرچه برخی از هزینه‌های اولیه این پرونده‌های الکترونیک سلامت توسط دولت فدرال حمایت می‌شد، هزینه‌های مداوم آنها منجر به تحمیل بار مالی اضافه‌ای می‌شد که نمی‌توانست به راحتی توسط درآمدهای حاصل از مراقبت‌های اولیه تامین شود. این امر موجب شکل‌گیری گروه‌های ارائه خدمات بهداشتی بزرگ‌تر و بزرگ‌تر شد و در بسیاری از موارد، شبکه‌های تحت مالکیت و پشتیبانی سیستم‌های مبتنی بر بیمارستان شکل گرفت.

پس از رکود بزرگ سال ۲۰۰۸، تلاش‌ها برای مهار هزینه‌های رو به رشد نظام سلامت دوباره شکست خورد. و سیستم خدمات درمانی تصمیم گرفت تا درآمد را حتی با وجود عقب‌ماندگی کلی اقتصاد افزایش دهد. اما با افزایش فشار هزینه بر این سیستم‌ها، نیاز به سیستم‌های مراقبت اولیه بزرگ‌تر و موثرتر آشکار شد. در حالی که سیستم‌های در حال تحول از رشد مراقبت‌های اولیه حمایت می‌کردند، عموماً با افزایش بازپرداخت این خدمات مخالف بودند و در عوض ترجیح می‌دادند سود بیمارستان و تخصص را به سرمایه‌گذاری‌های مراقبت‌های اولیه منتقل کنند. در چنین شرایطی، پزشکان خانواده بیشتر و بیشتر به کارمندان سیستم‌های بهداشتی بزرگ تبدیل شدند و پزشکی از کسب و کارهای کوچک به کار مرتبط با شرکت‌های با نفوذ و گاهی اوقات انحصاری تبدیل شد.

با پایان دهه ۲۰۱۰، پزشکی خانواده دوباره بر سر دوراهی قرار گرفته است. از یک طرف، ارزش‌های پزشکی خانواده، ریشه در رابطه یک پزشک با یک بیمار دارد و مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار بر عهده پزشک است. از طرفی این رشته نیاز خود را به آمارها و نتایجی که از پرونده‌های الکترونیکی سلامت مردم به دست می‌آید نشان داد. آمارها و اطلاعاتی که توسط سازمان‌های مرتبط جمع‌آوری می‌شود.

در سال ۲۰۱۴، تلاش دیگری برای برنامه‌ریزی راهبردی برای این رشته شروع شد. این پروژه، به نام پزشکی خانواده برای سلامت آمریکا، در نهایت گسترش مدل PCMH را برای ادغام

خانواده در دهه ۱۹۷۰ هنوز عمدتاً به صورت انفرادی و یا در گروه‌های کوچک با یکدیگر کار می‌کردند. اکثر آنها صاحبان مشاغل کوچک خوداشتغال بودند و مراقبت‌ها در روابط انفرادی بین پزشک و بیمار انجام می‌شد. از آنجایی که به علت پیچیدگی‌های اداری پزشکی، کار گروهی باعث صرفه‌جویی در مقیاس و کارآمدی بیشتر منابع اداری مشترک می‌شد کار به صورت انفرادی کمتر شد.

دهه ۱۹۸۰ بررسی‌های دقیق‌تری در زمینه هزینه‌های بالای مراقبت‌های پزشکی انجام شد و شرکت‌های بیمه از پرداخت آسان هزینه‌ها برای مراقبت‌های بهداشتی سرباز زدند و قوانین سختگیرانه در این موارد ایجاد شد. این امر منجر به تلاش‌هایی برای محدود کردن ارجاعات تخصصی، ویزیت در بخش اورژانس و بستری شدن در بیمارستان شد؛ و مسئولیت مدیریت هزینه اغلب به عهده کسانی بود که مراقبت‌های اولیه را انجام می‌دادند.

دهه ۱۹۹۰ شاهد افزایش قابل توجه علاقه دانشجویان پزشکی به پزشکی خانواده بود و برای مدتی به نظر می‌رسید که عدم تعادل بین مراقبت‌های اولیه و تخصصی در حال اصلاح است. پزشکان خانواده حتی شروع به ایفای نقش‌های مهمی در مدیریت طرح‌های بهداشتی و گروه‌های پزشکی کردند.

متأسفانه، این دستاوردها کوتاه‌مدت بود. در اوایل دهه ۲۰، مشخص شد که قوانین پیچیده اداری نتوانسته است تورم مراقبت‌های بهداشتی را به طور مناسب کنترل کند. سیستم بیمه از ساختارهایی که برای ارائه مراقبت‌های اولیه شکل گرفته بودند فاصله گرفت و بار هزینه‌های فزاینده را به عنوان فرانشیز به گردن بیماران انداخت. مراقبت‌های اولیه مجدداً از اعتبار افتاد و علاقه دانشجویان کاهش یافت. در سال ۲۰۰۲، تخصص گروه پزشکی خانواده شروع کرد به برنامه ریزی یک فرآیند راهبردی به نام پروژه آینده پزشکی خانواده (FFM). نتیجه این فرآیند در شش گزارش ثبت شد که همگی در مجله تحقیقاتی جدید این رشته در An-nals of Family Medicine در سال ۲۰۰۴ منتشر شد.

یکی از توصیه‌های این فرآیند این بود که نام تخصص باید از طب خانواده به پزشکی خانواده تغییر کند و سازمان‌هایی مانند هیئت مورد پزشکی خانواده نیز نام خود را متناسب با این تغییر نام، تغییر دهند. مهم‌ترین توصیه‌های FFM مربوط به یک مدل پیشنهادی جدید از مراقبت بالینی است که در نهایت به عنوان خانه پزشکی بیمارمحور (PCMH) شناخته شد.

در واقع، PCMH خواستار تحول رابطه یک نفره بیمار با

پزشکی خانواده، ۳۰۰۲ مقاله علمی بازبینی شده را منتشر کردند و بودجه تحقیقات فدرال بیش از نیمی از این پروژه را پشتیبانی کرد. این تخصص با توجه به این دستاوردها به طور غیرقابل انکاری موفق بوده است؛ و با این حال روندهای نگران کننده‌ای وجود دارد. بسیاری از آنچه در مورد کار بالینی پزشکان خانواده شناخته شده است بر اساس مطالعات ABFM است که مسلماً زیرمجموعه‌ای از تمام پزشکان خانواده است. اما شواهد به دست آمده از ABFM حاکی از کاهش شدید تعداد پزشکان خانواده است که مراقبت‌های زایمانی، مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان و مراقبت از کودکان را انجام می‌دهند، و این تغییرات شروع به تأثیرگذاری بر دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی، به ویژه در جوامع روستایی و کم خدمات کرده است. که به احتمال زیاد توسط پزشک خانواده ارائه می‌شود.

فرسودگی شغلی و نارضایتی شغلی به طور کلی مشکلات عمده‌ای در میان پزشکان است، و مطالعات تخمین می‌زند که بیش از نیمی از پزشکان خانواده کشور خود را فرسوده توصیف می‌کنند. حتی نگران کننده‌تر، نابرابری‌های نژادی و جغرافیایی قابل توجه در وضعیت سلامتی افزایش یافته است، حتی با وجود اینکه آمریکایی‌ها بیش از هر زمان دیگری از پوشش بیمه درمانی برخوردار هستند. به همان اندازه که پزشکان خانواده به درستی افتخار می‌کنند وعده واقعی پزشکی خانواده در آمریکا محقق نشده است.

پزشکی خانواده و پزشکی عمومی در سراسر جهان

گروه بین‌المللی که پزشکی خانواده و پزشکی عمومی را متحد می‌کند، سازمان جهانی کالج‌ها، آکادمی‌ها و انجمن‌های دانشگاهی پزشکان عمومی/پزشکان خانواده (WONCA) است که بیشتر به عنوان سازمان جهانی پزشکان خانواده شناخته می‌شود. WONCA متشکل از ۱۱۸ سازمان عضو در ۱۳۱ کشور با عضویت حدود ۵۰۰۰۰۰ پزشک خانواده در سراسر جهان است. WONCA از پزشکی خانواده در سطح بین‌المللی حمایت می‌کند و میزبان جلسات منطقه‌ای در هفت منطقه در سراسر جهان است. برخی از کشورها عنوان پزشک عمومی را حفظ کرده‌اند در حالی که برخی دیگر نام پزشک خانواده را برگزیده‌اند؛ اما در سراسر جهان، اصول این رشته تقریباً یکسان است. بسیاری از کارهای بین‌المللی WONCA به اعلامیه آلمه‌آتا^۱ در سال ۱۹۷۸ اشاره دارد که توسط سازمان بهداشت جهانی تصویب شد و اهمیت

1. Alma-Ata

کامل سلامت روان و سلامت جمعیت در سیستم مراقبت‌های اولیه توصیه کرد. امروزه، اقداماتی در سراسر کشور برای تحقق بخشیدن به این توصیه‌ها در جریان است. اما این مدل پیشرفته PCMH هزینه‌های بیشتری را به سیستم مراقبت‌های اولیه تحمیل می‌کند. و باید دید که آیا قوانین اصلاح بازپرداخت در دراز مدت از چنین سیستم‌هایی پشتیبانی می‌کند یا خیر.

در طول تاریخ خود، پزشکی خانواده تلاش کرده است تا تعداد کافی پزشک خانواده جدید را جذب کند، حتی با وجود اینکه در طی زمان مسئولیت‌های بیشتر و بیشتر بر عهده سیستم مراقبت‌های اولیه قرار گرفته است. تا سال ۲۰۲۰، تعداد دانشکده‌های پزشکی و تعداد دانشجویان پزشکی فارغ‌التحصیل شده رشد قابل توجهی داشته است، اما پزشکی خانواده هنوز با این واقعیت اجتناب‌ناپذیر دست و پنجه نرم می‌کند که پزشک خانواده کافی برای مراقبت از مردم آمریکا وجود ندارد. بنابراین شکاف بین ایده‌آل‌های پزشکی خانواده و واقعیت‌های کار روزانه پزشکان خانواده بیشتر می‌شود.

در سال ۱۹۸۷ پلگرنو اظهار داشت: "تولد پزشکی خانواده در دو دهه پیش، و توسعه آن به عنوان یک تخصص اصیل در بدنه پزشکی و دانشگاهی مطمئناً یکی از قابل توجه‌ترین داستان‌ها در تاریخ پزشکی معاصر است." اکنون این تخصص ۵۰ ساله، یکی از دستاوردهای درخشان پزشکی قرن بیستم است. پزشکی خانواده در عصر تغییرات اجتماعی به منظور حفاظت و حرفه‌ای کردن پزشک عمومی و اصلاح پزشکی آمریکایی متولد شد و نیاز به این رشته هرگز به اندازه امروز آشکار نبوده است.

پزشکی خانواده در ایالات متحده در سال ۲۰۲۰

در سال ۲۰۱۸، ۹۸۵۰۰۰ پزشک دارای مجوز در ایالات متحده وجود داشت که از این تعداد ۱۳۹۰۰۰ نفر متخصص پزشک خانواده بودند. ۱۳۱۰۰۰ نفر عضو AAFP هستند و ۹۲۰۰۰ نفر گواهینامه ABFM دارند. این تخصص دارای ۶۷۹ برنامه رزیدنتی معتبر با ۱۳۹۲۴ نفر رزیدنت در طول سال‌های تحصیلی ۲۰۱۹-۲۰۲۰ بود یعنی رتبه اول تخصص از نظر برنامه‌ها و دومین رتبه تخصص از نظر ثبت نام دستیار. پزشکی خانواده تقریباً در تمام دانشکده‌های پزشکی کشور به خوبی تثبیت شده است و دوره‌های مورد نیاز و برنامه‌های تحقیقاتی تأسیس شده در سراسر کشور وجود دارد. در سال ۲۰۱۵، ۶۷۳۸ عضو هیئت علمی در ۱۳۴ بخش دانشگاهی

زمینه بر توصیف کارهایی متمرکز بود که پزشکان خانواده انجام می‌دهند، اکنون این رشته به مطالعه چگونگی بهینه‌سازی نتایج عملی بنا شده است. اگرچه هنوز بحث‌های قابل توجهی در مورد تعریف و محتوای دقیق پزشکی خانواده به عنوان یک حوزه مطالعاتی وجود دارد، پزشکی خانواده به عنوان یک رشته دانشگاهی به بهترین وجه به عنوان یک رشته برای مطالعه بهترین روش ارائه مراقبت‌های اولیه کارآمد و مقرون به صرفه به مردم و جوامع تعریف می‌شود.

مراقبت اولیه اصطلاحی است که از ادبیات بهداشت عمومی گرفته شده است و به خدمات بهداشتی ارائه شده در سطح جامعه بعد از اولین تماس بیمار اشاره دارد. برخلاف مراقبت‌های ثانویه (مراقبت‌های ارائه شده توسط مشاوران تخصصی و در بیمارستان‌های محلی) و مراقبت‌های فوق تخصصی (مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان‌های دانشگاهی).

تعریف غالب و مورد قبول مراقبت‌های اولیه پس از مطالعه گسترده توسط موسسه پزشکی آکادمی ملی علوم در سال ۱۹۹۶ منتشر شد:

مراقبت اولیه ارائه خدمات مراقبت بهداشتی یکپارچه و قابل دسترس، توسط پزشکانی است که پاسخگوی اکثریت نیازهای مراقبت سلامت برای اشخاص هستند و نیز ایجاد یک رابطه پایدار با بیماران و طبابت در بستر فرهنگ، خانواده و جامعه هستند. تقریباً همه پزشکان خانواده مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌دهند، اما از نظر تاریخی خدماتی مانند مراقبت‌های زایمانی و بیمارستانی را نیز ارائه کرده‌اند که به عنوان مراقبت‌های ثانویه شناخته می‌شود. علاوه بر این، در حالی که سایر گروه‌های پزشکی (طب داخلی و اطفال) و سایر کادر بهداشت (پرستاران و دستیاران پزشک) مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌کنند، مطالعه چگونگی بهینه‌سازی مراقبت‌های اولیه تا حد زیادی به حوزه اصلی تحقیقات پژوهشگران پزشکی خانواده تبدیل شده است. نکته مهم این است که اصطلاح "پژوهشگران پزشکی خانواده" به پزشکان خانواده محدود نمی‌شود. گروه‌های پزشکی خانواده در حال حاضر، علاوه بر پزشکی شامل اعضای هیئت علمی چندین رشته از جمله علوم اجتماعی و رفتاری، اقتصاد سلامت، بهداشت عمومی، آمار، پرستاری، و ارتباطات می‌باشد.

نمونه‌ای از این موارد، توسعه علمی پزشکی خانواده با کار باربارا استارفیلد^۱ متخصص اطفال و محقق خدمات بهداشتی

بین‌المللی مراقبت‌های اولیه را تعریف می‌کند. آلمه‌آتا به عنوان یکی از مهم‌ترین بیانیه‌های اصول بهداشت عمومی قرن بیستم به شمار می‌آید و بر توسعه پزشکی خانواده در اکثر کشورهای جهان با نگاه ویژه بر کشورهای در حال توسعه، تاکید کرده است. تغییرماهیت پزشکی خانواده در طول زمان از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. در برخی مناطق، مانند آمریکا و کانادا، پزشکان خانواده اغلب نقش فعالی در مراقبت‌های بیمارستانی دارند. در سایر محیط‌ها، مانند انگلستان و آمریکای لاتین، پزشکی خانواده عمدتاً مبتنی بر مطب است که اغلب با مراقبت‌های خانگی تکمیل می‌شود. اما پزشک خانواده و پزشکان عمومی در سراسر جهان مراقبت‌های خود را بر اساس اصول دانشگاهی مشترک ارائه می‌کنند.

اصول آکادمیک پزشکی خانواده

تعریف رسمی پزشکی خانواده

پزشکی خانواده تخصص پزشکی است که مراقبت‌های بهداشتی مداوم و جامع را برای فرد و خانواده ارائه می‌دهد. پزشکی خانواده یک تخصص گسترده است که علوم زیستی، بالینی و رفتاری را ادغام می‌کند. دامنه پزشکی خانواده، همه سنین، هر دو جنس، همه اندام‌ها و سیستم‌های بدن و همه بیماری‌ها را در بر می‌گیرد.

این تعریف برای پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص پزشکی متمرکز است و نه پزشکی خانواده به عنوان یک رشته دانشگاهی. از همان روزهای ابتدایی این تخصص، برخی از نویسندگان، پزشکی خانواده را نام رشته دانشگاهی دانسته‌اند. این تخصص بین یک رشته دانشگاهی و یک تخصص پزشکی تمایز قائل شده است. اکنون که نام این تخصص نیز پزشکی خانواده است، این تمایز ممکن است یک نکته قابل توجه باشد. با این وجود، تاریخ ۵۰ ساله این تخصص، مجموعه‌ای از آثار علمی را تولید کرده است که به طور غیرقابل انکاری منحصر به فرد و مهم است و این مجموعه از کارها نشان‌دهنده یک حوزه فکری آکادمیک دقیق است. اگرچه در این فصل قصد نداریم همه آنها را فهرست کنیم (به دلیل اینکه ممکن است برخی از آنها از قلم بیفتد)، در حال حاضر حداقل ۲۰ مجله پزشکی خانواده انگلیسی زبان در سراسر جهان و همچنین صدها کتاب و هزاران مقاله علمی در مجلات بالینی و سیاست‌های سلامت وجود دارد. در حالی که اولین گواهی تحصیلی در این