

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

همچنان راهبردی برای گسترش عدالت در سلامت

فریبا خیاطی^۱ / محمدهادی صابری^۲

چکیده

مقدمه: تأثیر P.H.C در تأمین و گسترش عدالت سلامت پرارزش است. در این مقاله با برجسته کردن نقش P.H.C در نظام سلامت، به ارائه‌ی راهکارهای مقابله با چالش‌های مربوطه می‌پردازیم.

مروری بر مطالعات: اعلامیه‌ی آلماتا سندی معتبر در تعریف مبانی مراقبت‌های اولیه سلامت است. در سال ۱۹۷۸، P.H.C به عنوان کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی پذیرفته، اما پس از چندی از اصول خود منحرف شد. با ورود به قرن بیست و یکم، بر اصالت و ضرورت P.H.C جهت پاسخگویی به مسائل جاری و نیازهای آینده، ارتقاء سطح سلامت و نیز دستیابی به عدالت در سلامت تأکید شد. در اعلامیه بهداشت جهانی برای قرن بیست و یکم، و نیز گزارش توسعه انسانی سازمان ملل در سال ۲۰۰۳ نیز P.H.C مورد بحث و موافقت جهانی قرار گرفته، و گزارش ۲۰۰۸ بهداشت جهانی به آن اختصاص یافت. دولت‌ها در این مسیر با چالش‌هایی همچون کمبود نیروی انسانی، ناکافی بودن منابع مالی و تجهیزات، و... مواجه‌اند، جهت آمادگی و برخورد با این چالش‌ها راهکارهایی چند قابل توجه می‌باشد، از جمله: تأمین زیرساخت‌ها، سازماندهی مجدد P.H.C، تحول در آموزش نیروی انسانی، ایجاد هماهنگی و انگیزه در کارکنان و تعامل همه بخش‌های مختلف.

نتیجه‌گیری: P.H.C در تأمین و گسترش عدالت، همواره یک استراتژی ارزشمند؛ و برای ارائه‌ی آن توجه به اصول مربوطه، آموزش صحیح نیروی انسانی و تخصیص اعتبارات بیشتر بخش سلامت به آن لازم و ضروری است.

کلید واژه‌ها: مراقبت‌های اولیه، سلامت، عدالت

• وصول مقاله: ۸۷/۱۰/۸ • اصلاح نهایی: ۸۷/۱۲/۲۷ • پذیرش نهایی: ۸۸/۱/۳۰

۱. مربی گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان؛ نویسنده مسئول (fa_khayati@yahoo.com)

۲. کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت شهرستان سنندج

مقدمه

از مهمترین رخدادهای تاریخی در تحول عرضه و تولید خدمات سلامت، تصمیم‌جامعه جهانی مبنی بر پذیرش روش مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary Health Care)، (P.H.C) به منظور نیل به اهداف متعدد از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه است. [۱]

P.H.C عبارتست از مراقبت‌های ضروری و اساسی در زمینه سلامت که برای همه افراد و خانواده‌ها قابل دسترسی باشد. این خدمات بخش اصلی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی، همچنین اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورهاست. [۲]

عنایت به نقشی که مراقبت‌های اولیه سلامت در تأمین و گسترش عدالت در نظام سلامت می‌تواند ایفا نماید، و نیز سابقه خدمتی بیش از ۱۵ ساله نویسندگان در سطوح مختلف نظام سلامت، بر آن شدیم به مرور اصول و اهمیت P.H.C قبل و بعد از سال ۲۰۰۰ پرداخته با برجسته نمودن نقش آن جهت ایجاد توان مقابله با چالش‌های مربوطه، راهکارهایی که صاحب‌نظران مختلف، تحقیق، تجربه و ارائه نموده‌اند را مطرح نماییم.

مروری بر مطالعات

P.H.C قبل از سال ۲۰۰۰:

کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های اولیه سلامت (P.H.C) از ۶ تا ۱۲ سپتامبر ۱۹۷۸ در شهر آلماتاشکیل گردید. دستاورد این کنفرانس اعلامیه‌ای ده ماده‌ای بود و هنوز سندی معتبر در تعریف و تعیین مبانی خدمات بهداشتی اولیه است، که در سازمان‌های بین‌المللی و سطوح ملی کشورها مورد استناد و استفاده قرار می‌گیرد. این اعلامیه جهانی، هدف کلی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی را به صورت نیل به سطحی از تندرستی (جسمی، روانی و اجتماعی) برای تمام مردم جهان که ایشان را قادر سازد از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی سازنده‌ای داشته باشند، تعریف نموده و کلید حصول به چنین هدفی را خدمات سلامت اولیه قرار داده است. [۱،۳،۴]

مراقبت‌های اولیه از میان کوشش‌هایی برخاست که همسو با برآورد نیازها، افزایش پوشش، کاهش شکاف در وضعیت بهداشتی، کاهش هزینه‌ها، ارتقاء خدمات و دخالت مردم در مراقبت از خودشان بود (۱) و برای همه کشورها با ارزش بود. [۲]

چندی پس از آنکه اصول P.H.C (یعنی عدالت، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و تکنولوژی مناسب در سال ۱۹۷۸) در کنفرانس آلماتا، مطرح شد، در دهه ۱۹۸۰ استراتژی مراقبت‌های اولیه سلامت انتخابی عنوان گردید که بارزترین آنها استراتژی GOBI (Growth monitoring, Oral dehydration therapy, Breast feeding and Immunization) یعنی: پایش رشد، درمان خوراکی کم‌آبی، تغذیه با شیر مادر و ایمن‌سازی) نامیده شد. این موضوع در واقع اولین مرحله انحراف از مسیر اصلی P.H.C بود.

در سال ۱۹۹۳ با گزارش بانک جهانی، سرمایه‌گذاری در سلامت به شدت تبلیغ و ترویج گردید که محورهای اصلی این گزارش بر کارایی فنی و پرداخت مستقیم برای استفاده از خدمات تأکید داشت. [۵] به هر حال P.H.C طی دو دهه بعد از ۱۹۷۸، از مسیر خود به طرف کنترل بیماری‌ها، بهبود اثربخشی و اصلاحات مالی بخش سلامت، منحرف شد اما پس از سی سال، آونگ P.H.C شروع به چرخش و برگشت به سیستم‌های سلامت حمایتی در مسیر اهداف اصلی P.H.C کرد. [۶،۷]

در سال ۲۰۰۰ در اجلاس سازمان ملل که با شرکت ۱۸۹ کشور جهان تحت عنوان اجلاس توسعه هزاره سوم (MDGs)، (Millennium Development Goals) تعیین گردید. نقش عوامل متعدد اجتماعی در سلامت و اهمیت آنها مشهودتر از آن بود که نادیده انگاشته شود. فقر، نابرابری، بیسوادی و معضل آموزش و سلامت، محتویات اعلامیه را تشکیل دادند. [۵]

P.H.C پس از سال ۲۰۰۰:

در اعلامیه بهداشت جهانی برای قرن بیست و یکم چنین آمده است:

پیشگیری و ارتقاء سلامت که می‌تواند ۷۰ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را کم کند، نادیده گرفته می‌شود. [۱۱]
 مارگارت چان مدیر کل سازمان بهداشت جهانی در سر مقاله جدیدی در مجله لانست نوشته است: PHC راهی برای سازماندهی طیف کامل مراقبت‌های سلامت از خانه تا بیمارستان، با سرمایه گذاری منطقی منابع در سطوح مختلف مراقبت‌ها را ارائه می‌کند. [۱۱]
 در گزارش ۲۰۰۸ توصیه شده که کشورها سیستم سلامت را به وسیله چهار باند کلی زیر که اصول PHC را مجدداً معرفی می‌کند، بسازند:

۱. پوشش همگانی: تمام مردم باید به مراقبت‌های سلامت مطابق با نیاز و بدون توجه به قدرت پرداخت، دسترسی داشته باشند.

۲. خدمات مردم محور: سیستم‌های سلامت می‌توانند به سمت پاسخگویی بهتر به نیازهای مردم به وسیله تأمین نقاط قرار گرفته در جوامع، جهت داده شوند (همانند خانه‌های بهداشت ایران).

۳. سیاست‌های عمومی بهداشت: بیولوژی به تنهایی بسیاری از شکاف‌های میان طول عمر در کشورهای مختلف را توضیح نمی‌دهد. بسیاری از عوامل مؤثر بر سلامت در خارج از بخش سلامت واقع شده‌اند.

۴. رهبری: سیستم‌های سلامت به طور طبیعی (خود بخود) به مدل‌های مناسبتر، کاراتر و مؤثرتر تبدیل نخواهند شد، رهبری مجبور است بیش از آنکه فرماندهی و کنترل کند، کارها را انجام و اداره کند. تمام اجزای جامعه باید درگیر شوند، جامعه مدنی، بخش خصوصی، جوامع و بخش تجاری. [۱۱]

به هر حال تغییر سیاست‌هایی که PHC از ابتدای کنون دچار آن بوده مطابق نظر سازمان بهداشت جهانی در جدول ۱، مشاهده می‌شود. [۱۲]

نارسائی‌ها و بحران‌های پیش روی نظام P.H.C:

بحرانی‌ترین مسئله‌ای که نظام‌های مراقبت سلامت با آن مواجهند عبارتند از کمبود افرادی که گرداننده این نظام‌ها می‌باشند. [۹]

باتوجه به گزارش سیاست بهداشت برای همه در قرن بیست و یکم، به عنوان یک چهارچوب توسعه و تکامل سیاست بهداشتی در آینده، نمایندگان با توافق کامل، اعلامیه بهداشت جهانی را با تأکید و تأیید مجدد اصول و تشکیلات WHO و اصالت و اساسی بودن مراقبت‌های سلامت اولیه همان گونه که در اعلامیه آلماتا تعریف شده بود عرضه نمودند. آنها توجه خود را به مضامین و مفاهیم اخلاقی عدالت اجتماعی و قضاوت اجتماعی اعلام نمودند. [۸]

نتایج مقدماتی یک بررسی مروری بزرگ حکایت از آن دارد که بسیاری از افراد در جامعه سلامت جهانی، جهت‌گیری به سوی مراقبت سلامت اولیه را برای پیشرفت عادلانه در سلامت ضروری می‌دانند. [۹]

در سال ۲۰۰۳ در گزارش جهانی بهداشت، به ویژه روی مراقبت‌های اولیه سلامت، الگو و مدل نظام PHC مجدداً تأکید شده است. [۵] در سال ۲۰۰۴ مجمع جهانی بهداشت بروجود کمیسیون جهانی بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تأکید و در سال ۲۰۰۵ رسماً تشکیل شد. مقرر گردید در یک دوره زمانی سه ساله راهنمایی جهت سیاست‌گذاری در عرصه سلامت به منظور ارتقاء وضعیت سلامت و کاهش نابرابری‌ها به ویژه در ارتباط با نقش عوامل اجتماعی، ارائه دهد. [۵]

در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۳ سازمان ملل، موضوعی با عنوان گستره مشکل در دستیابی به اهداف سلامت چنین آمده است: بسیاری از موارد مرگ کودکان و مادران به راحتی قابل پیشگیری است. پشه بند، آنتی بیوتیک‌های ارزان قیمت، و... روش‌های چندان پیشرفته‌ای نیستند، با وجود این به دلیل مسائل سیستمیک گسترده به سختی در اختیار میلیون‌ها انسان فقیر قرار می‌گیرند، و این مسائل عبارتند از: محدودیت منابع، بی‌عدالتی و ناکارایی.

[۱۰] بالاخره گزارش ۲۰۰۸ بهداشت جهانی با عنوان "مراقبت‌های سلامت اولیه، حالا بیشتر از هر وقت دیگر" به PHC پرداخته و اهمیت و قابلیت اجرایی آن را در همه کشورها تأکید کرده است. در گزارش چنین آمده: نسبت عظیمی از منابع برای خدمات درمانی خرج می‌شود،

جدول ۱: چگونه تجربه، جهت حرکت PHC را تغییر داده است؟

مسائل کنونی از اصلاحات PHC	کوشش‌های اولیه در اجرای PHC
تغییر و تنظیم سیستم‌های سلامت موجود، هدف گذاری برای دسترسی عمومی و پیشگیری و سلامت اجتماعی	دسترسی مداوم به یک بسته اساسی مداخلات سلامت و داروهای اساسی برای افراد فقیر روستایی
توزیع سلامت برای همه در جامعه	تمرکز روی سلامت مادر و کودک
پاسخ وسیع به انتظارات و نیازهای مردم، طیف خطرات و بیماری‌ها	تمرکز روی یک تعداد کم از بیماری‌های انتخاب شده، عفونت‌های اولیه و حاد
ارتقای روش‌های زندگی سالم تر و کاهش اثرات جامعه و خطرات محیطی روی سلامت	بهبود بهداشت، آب، بهسازی و آموزش سلامت در سطح روستا
تیم‌های تسهیلات کارکنان سلامت که به تکنولوژی و داروها دسترسی دارند و از آنها استفاده مناسب می‌کنند	تکنولوژی ساده برای داوطلبان، کارکنان سلامت غیر حرفه‌ای جامعه
مشارکت‌های رسمی از جامعه مدنی برای گفتگو در مورد خط مشی‌ها و مکانیزم‌های پاسخگویی	مشارکت به عنوان بسیج منابع محلی و مدیریت مراکز سلامت به وسیله کمیته‌های محلی سلامت
عملکرد سیستم‌های سلامت ائتلافی با زمینه جهانی	پول و سرمایه دولتی و خدمات ارائه شده با تمرکز مدیریت از بالا به پایین
هدایت رشد منابع برای سلامت به سوی پوشش عمومی	مدیریت کمبود رشد و کوچک‌سازی
همبستگی جهانی و یادگیری مشترک	هدف دو جانبه و کمک‌های تکنیکی
مراقبت‌های اولیه به عنوان هماهنگ کننده پاسخگویی وسیع در همه سطوح	مراقبت‌های اولیه در تضاد با بیمارستان
PHC ارزان نیست، سرمایه گذاری قابل توجهی لازم دارد اما ارزش بیشتری نسبت به استفاده‌های دیگر فراهم می‌کند	PHC ارزان است و سرمایه گذاری کمی را مورد نیاز دارد.

پوشش خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، از پزشک خانواده و نظام ارجاع (از سال ۱۳۸۴ تاکنون) استفاده می‌شود. [۱۴] در کشورهای مختلف تلاش‌هایی برای استفاده صحیح از پزشک خانواده صورت پذیرفته است از جمله: در کشورهای اروپای شرقی و ایالت‌های تازه استقلال یافته که نیروی کار پزشکی در ۱۹۹۰ در مقایسه با متوسط اروپا زیاد بود، دوروش برای آمادگی سریع پزشکان برای PHC، بکار گرفته شد؛ آموزش مجدد پزشکان موجود برای دوره کوتاه مدت و ایجاد برنامه‌های کارورزی در دانشکده‌های پزشکی جهت آموزش پزشکان خانواده برای طولانی مدت. سپس موفقیت برنامه‌ها تغییر کرد و اغلب به سازمان کار نیروی پزشکی، موفقیت پزشکی خانواده جدید در نیروی کار و تعهد ملی برای انتقال به PHC وابسته بود. [۱۵]

نظام‌های سلامت مبتنی بر مراقبت سلامت اولیه باید با چالش‌های کلیدی در زمینه پرورش و حفظ نیروی کار، مدیریت اطلاعات، تأمین مالی در بخش سلامت و تولید عادلانه مقابله کنند. [۹]

همچنین میتوان به نارسایی‌های زیر در کشورهای در حال توسعه اشاره کرد: ناکافی بودن منابع مالی، ناکافی بودن آموزش و نیز تجهیزات مورد نیاز، به طور کلی کیفیت پایین مراقبت‌ها، مشکلات و موانع در نظام ارجاع و ادامه سرمایه گذاری کشورهای و تمایل بیشتر آنان در صرف هزینه در سطوح دوم و سوم یکی دیگر از موانع و چالش‌های مهم است. [۱۳]

پزشک خانواده در نظام P.H.C راهی برای مقابله با چالش‌ها: در کشور ما جهت رسیدن به اهداف ارزشمندی همچون، توزیع عادلانه سلامت، افزایش سطح سلامتی، افزایش

رضایت سنجی پرسنل، برای پزشکان، امکان ارتقاء شغلی و برای پرستاران شاغل در P.H.C کاهش حجم کاری زیاد و ارتقاء شغلی پیشنهاد شده است. [۲۰]

در ایران پزشکان شاغل در نظام PHC پزشکان عمومی هستند که به عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند، احتمالاً آموزش پزشکان در ایران نیز لازم باشد، چنانچه این کار در کشورهای دیگر نتایج خوبی به دنبال داشته است. [۲۱-۲۵]

به نظر می‌رسد در ایران بررسی کمیت و کیفیت خدمات پزشک خانواده جهت انجام مداخله‌های لازم، مطالعه و تبیین چگونگی آموزش آنان در آینده از اولویت‌های تحقیقاتی باشد.

سابقه P.H.C در ایران:

در ایران برای حل مشکلات مربوط به ارائه خدمات سلامت و توزیع نیروی پزشکی کشور از سال ۱۳۱۹ تا ۱۳۵۱ چندین تجربه به اجرا گذاشته شد:

الف) طرح تربیت بهدار که از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد.

ب) طرح سپاه بهداشت که از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۷ اجرا می‌شد.

ج) طرح تربیت بهدار روستا، در شیراز، شمیران و تنکابن به اجرا گذاشته شد.

د) طرح سلسله که در الشتر لرستان تجربه شد.

ه) طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران، از سال ۱۳۵۱ در ارومیه اجرا و به طرح رضائیه معروف شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و بکارگیری عوامل غیرپزشک در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود. [۲۶]

هر یک از این طرح‌ها مشکلات خاص خود را داشت. باتوجه به مجموعه شرایط حاکم بر این طرح‌ها، در سال ۱۳۵۶، وزارت بهداری به طور رسمی، طرح رضائیه را به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات سلامت پذیرفت [۲۶] و بالاخره در سال ۱۳۶۳ شبکه‌های بهداشتی درمانی در شهرستان‌های کشور استقرار یافتند. از سال ۱۳۸۴ نیز

در شهرهای کوچک ایالات متحده یک بررسی در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۵ برای پزشکان مراقبت‌های اولیه شاغل در مناطق روستایی به عمل آمد. پزشکان زن احتمال بیشتری را برای ماندن در پزشکی روستا برای دهه آینده اعلام نمودند. در اندازه‌گیری رضایت آنها از جوانب مختلف، پزشکان، بیشترین رضایت را از شغلشان به طور کلی (۶۷درصد) و تعداد افراد ویزیت شده‌شان (۶۶درصد) گزارش کردند. آنها کمترین رضایت را از درآمد فعلی (۳۰درصد) و درآمد احتمالی آینده‌شان (۴۰درصد) داشتند. یافته‌های این تحقیق مجدداً اهمیت فرصت‌های آموزشی پزشکی روستا را در بکارگیری پزشکان، بقاء و رضایت عملکرد پزشکی تأیید کرد. [۱۶]

در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که تقاضاهای بیماران و استفاده از درمان پزشک جایگزین تکمیلی، علی‌رغم کمبود شواهد، یک نیاز فزاینده وجود دارد برای نشان دادن اینکه چگونه درمان‌های پزشک مکمل دیگری می‌تواند در سیستم‌های پزشکی معمول ادغام شود. این پیشنهادات باید به نیازها و انتظارات بیماران جواب دهد اما در همان زمان استانداردهای پذیرفته شده پزشکی و اصول عملی علمی را حفظ کند. [۱۷]

طبق نظر فدراسیون بین المللی شبکه‌های تحقیق در مراقبت‌های اولیه، عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد و آموزش و تحقیق، دارای کمبودهایی می‌باشد. بهبود آموزش و توسعه حرفه‌ای مداوم مورد نیاز است. همچنانکه مقیاس‌هایی برای پیشگیری از فرسودگی روانی و حفظ نیروی کار، مورد نیاز است. تحقیق در مراقبت‌های اولیه برای توسعه راهنمای مناسب هم لازم است. مراقبت کامل از بیماران، مستلزم حمایت و بهبود موقعیت پزشکان خانواده، تعامل سیاست‌گذاران یا انستیتوهای دانشگاهی و عموم مردم می‌باشد. [۱۸]

انجام یک رضایت سنجی از پزشکان خانواده شاغل در P.H.C در لیتوانی نشان داد که رضایت شغلی آنان نسبتاً کم است و عوامل مهم نارضایتی مربوط به حقوق، موقعیت اجتماعی و حجم کاری آنان بوده است. [۱۹] و در عربستان سعودی طی تحقیقی در نظام P.H.C و

پزشکان خانواده در این سیستم به کار گرفته شده‌اند که امکان دسترسی بهتری را برای مردم فراهم نموده است. [۱۴]

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به مطالب بررسی شده در این مقاله مشخص است که نظام P.H.C در قرن بیست و یکم از نظر دستیابی به عدالت و ارتقاء سطح سلامت همچنان یک راهکار مناسب و مفید می‌باشد. بنابراین دولت‌ها جهت رسیدن به این اهداف باید به اصول P.H.C توجه و در جهت اجرای آن تلاش نمایند، اعتبارات بخش سلامت را در این نظام هزینه کرده و به فکر توسعه زیرساخت‌ها و بازسازی این نظام از جوانب مختلف باشند. برای این منظور، صاحب‌نظران راهکارهای ذیل را توصیه نموده‌اند.

- سازماندهی مجدد مراقبت‌های اولیه جهت تأمین نیازهای جامعه
- افزایش کیفیت ارائه خدمات در مراکز مختلف
- توجه به پوشش همگانی، خدمات مردم محور، سیاست‌های عمومی بهداشت و رهبری صحیح مطابق گزارش ۲۰۰۸ بهداشت جهانی
- تحول در آموزش بخش‌های مختلف مراقبت اولیه سلامت (تیم سلامت، پزشکان خانواده، ارائه دهندگان و...)
- انجام تحقیقات کاربردی در نظام P.H.C و بکارگیری نتایج حاصل از آنها
- تعامل سیاست‌گذاران با صاحب‌نظران دانشگاهی و نمایندگان مردم جهت برنامه ریزی‌های مختلف
- انگیزش کارکنان در سطوح مختلف P.H.C و توجه به نیازهای آنان.

[mary/en/index.html](http://www.who.int/wchr/2008/media_centre/tables_figures/en/index.html)

12. WHO. Tables and Figures: How experience has shifted the focus of the PHC movement. 2008. Available from: URL: http://www.who.int/wchr/2008/media_centre/tables_figures/en/index.html

13. Davoodi S. [An introduction to health systems]. Tehran: Davoodi; 2006. [Persian]

14. Jamshidbeygi E, Kabir MJ, Mardfard N, Motlagh ME, Moghimi D, Naeli J. [Performance of family physician and rural assurance report 2006 and first 6 month of 2007]. Tehran: Health and Medical Education Ministry; 2007. [Persian]

15. Ream Y, Lovkyte L, Padaiga Z. Physician workforce planning and the transition to primary health care in former socialist countries. *Cah Social Demogr Med* 2005; 45(2-3): 307-25.

16. Stenger J, Cashman SB, Savageau JA. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. *J Rural Health* 2003; 24(4): 375-83.

17. Frenkel MA, Borkan JM. An approach for integrating Complementary- alternative medicine into primary care. *Fam Pract* 2003; 20(3): 324-32.

18. Qidwai W, Beasley JW, Gomez-Clavelina FJ. The present status and future role of family doctors: a perspective from the International Federation of Primary Care Research Networks. *Primary Health Care Research and Development* 2008; 9: 172-82.

19. Buciuniene I, Blazeviene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Fam pract* 2005; 6(1): 10. Available from: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=555592>

20. Al-Juhani AM, Kishk NA. Job satisfaction among primary health care physicians and nurses in Al-Madinah Al-Munawwara. *Egypt Public Health Assoc* 2006; 81(3-4): 165-180.

References

1. King MH. [Community health worker extra hands for a doctor] (Trans. Mohammadloo S, Pashapoor N). Urmia: Takvin; 2000. [Persian]

2. Park JE, Park AK. [Park's textbook of preventive and social medicine Vol 2] (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat; 2004. [Persian]

3. Bagyani-Mogadam H, Ehraampoosh MH. [Principles of Health Services]. Tehran: Cherag-E Danesh; 2003. [Persian]

4. Shodjai-Tehrani H, Ebaadi-Fard-Azar F. [Principles of Health Services]. 13th ed. Tehran: Samat; 2003. [Persian]

5. Davoodi S. [Health and Its Determinants]. Tehran: Asar-E Moaser; 2007. [Persian]

6. London International Development Centre (LIDC). Commemorative Conference Examines Primary Health Care Three Decades after Alma-Ata. 17 September 2008. Available from: URL: http://www.lidc.org.uk/news_detail.php?news_id=30

7. Chinnock P. World health Report calls for return to primary health care approach. 16 October 2008. Available from: URL: www.tropika.net/svc/news/20081016/Chinnock-20081016-News-WHO-PHC

8. WHO. [WHO and the most important activities in the last 50 years (1948 – 1998)] (Trans. Tavakoli R, Sanaaie-Nasab H, Rashidi-Jahan H). Tehran: Chehr; 2001. [Persian]

9. WHO. [The world health report 2003: shaping the future] (Trans. Akbari A, et al). Tehran: Great Ibne Sina Cultural Institution; 1383. [Persian]

10. United Nations. [Human Development Report 2003, Millennium development Goals: a compact among nations to end human poverty] (Trans. Gofrani H, et al). Tehran: Great Ibne Sina Cultural Institution; 2003. [Persian]

11. WHO. Primary Health Care: Now More than Ever. 2008. Available from: URL: <http://www.who.int/wchr/2008/sum->

21. Smucny J, Beatty P, Grant W, Dennison T, Wolf LT. An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990-2003. Acad Med 2005; 80(8): 733-8.
22. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, McDowell M, Meurer MA. Comprehensive medical education program response to rural primary care needs. Acad Med 2008; 83 (10): 952-61.
23. Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. A contract-based training system for rural physician: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978-2006). J Rural Health 2008; 24(4): 360-8.
24. Halaas GW. The Rural Physician Associate Program: successful outcomes in primary care and rural practice. Rural and Remote Health 2005; 5: 453. Available from: URL: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=453>
25. Zink T, Halaas GW, Finstad D, Brooks KD. The rural physician associate program: the value of immersion learning for third-year medical students. J Rural Health 2008; 24(4): 353-9.
26. Pileroodi S. [District Health Network]. 2nd ed. Tehran: UNICEF Office; 1999. [Persian].

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی