

## پزشک خانواده در ایران

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۱، ۱۳۵۸

دکتر ابوالقاسم باکدامن\* دکتر پرویندخت متحد\*\*

در این اواخر پیشرفت سریع تکنولوژی و دخالت بیش از حد آن در پزشکی از یکطرف و مشکلات و نارسائی‌های اجتماعی به‌مراه گرایشهای شدید مادی در کلیه سطوح جامعه از طرف دیگر سبب گردیده است که ارتباط بین پزشک و بیمار همانند ارتباطهای سایر گروههای جامعه تحت تأثیر عوامل مختلف تاحدی از مسیر عادی تغییر جهت دهد و در نتیجه بر مشکلات موجود که هر روز به نحوی شاهد و ناظر آن هستیم بیفزاید.

بمنظور رفع قسمتی از این مشکلات، تربیت متخصص در رشته پزشکی خانواده در سالهای اخیر بدفقات مطرح گردیده بطوریکه در سال ۱۳۵۳ درسمیناری با شرکت مقامهای مسئول در این باره چنین اظهار نظر شده است:

«با توجه به اهمیتی که عرضه خدمات پزشکی و بهداشتی بطور جامع در سطح خانواده برای استقرار رفاه اجتماعی و احترام از پخش افراد نیازمند به خدمات پزشکی و بهداشتی در مراکز مختلف و بالاخره تأمین مراقبت مداوم آنان دارد سمینار تصویب نمود که تخصص جدیدی بنام تخصص «پزشکی خانواده» در دانشکدههای پزشکی بوجود آید» (۱).

بدنبال این تصمیم، دوره آموزشی این رشته تخصصی با همکاری اعضای هیأت علمی دانشکدههای پزشکی دانشگاههای کشور و متخصصان صاحب نظران دیگر این رشته برنامهریزی شد و دوره آن سه سال تعیین گردید و در سال ۱۳۵۴ اصول مربوط به برنامه آموزشی این رشته همراه با شرایط و ضوابط تربیت دستیار برای

نیاز شدید جامعه ما به عرضه خدمات بهداشتی - درمانی مناسب، کمبود پزشک و واحدهای کمکی پزشکی، توزیع نامتعادل عوامل خدماتی مورد نظر، نقص عوامل ارتباطی و نامناسب بودن راهها بخصوص در سطح روستاها، نارسا بودن برنامه‌های عرضه شده به سبب متأثر بودن آنها از دیدگاههای خاص، نبودن ارتباط صحیح بین عوامل موثر و اصلی در این سیستم یعنی دولت، پزشک و مردم و موارد مشابه دیگر همه عواملی بشمار میروند که در نارسائی و سیستم بهداشت و درمان کشور بمنظور عرضه خدمات لازم و مناسب، عریک به نحوی مؤثر بوده‌اند.

توجه به مسائل خاص جامعه ما که تاچندی پیش پزشک در آن نه تنها به عنوان درمان کننده درد بیماران بلکه بصورت عادل معنوی در ارتباط انسانی افراد جامعه نقش بسیار مؤثری داشته، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. وی در خانواده بیماران را درمان مینموده و مسائل بهداشتی و پزشکی پیشگیری را به مردم می‌آموخته است، ضمن راهنمایی مسائل فرهنگی، مشاور خانواده در اموری چون ازدواج و دیگر موارد اجتماعی و خانوادگی بوده و میتوان گفت که او در واقع به مردم تعلق داشته است، زیرا در شادی مردم شاد و در غم آنان شریک بوده و به سبب همین خصلت‌های مردمی است که پزشک را جامعه آن روز به معنای تمام و کمال پذیرفته و از اهمیت و احترام خاصی برخوردار بوده است.

\* سازمان سنجش آموزش کشور.

\*\* دانشکده پزشکی امام خمینی، دانشگاه تهران.

مجموع پزشکان در تهران ۶۷۲۶ تن است که ۳۶۰۵ تن از آنان متخصص میباشند یعنی عملاً ۶۹ درصد از کل متخصصان کشور در تهران با جمعیتی حدود چهار و نیم میلیون تن به خدمات پزشکی اشتغال دارند . تعداد درصد پزشکان متخصص در سایر نقاط کشور برای حدود سی میلیون و نیم تن جمعیت برابر با ۱۶۵۴ تن یعنی ۳۱ درصد کل متخصصان مملکت میباشد .

در ایران در حال حاضر تعداد ۱۵ دانشکده و مجتمع آموزش پزشکی بهاء تربیت پزشک اشتغال داشته و سالانه حدود ۶۵۰ تن پزشک را به بازار کار عرضه مینمایند . نسبت جمعیت به هر یک پزشک در شهر تهران که بالاترین رقم را در ایران دارد، برابر با ۶۹۵ و برای یک تن متخصص برابر با ۱۳۰۴ تن میباشد . کمترین نسبت جمعیت به یک پزشک مربوط به استانهای زنجان و ایلام است که به ترتیب برای ۷۳۲۹ و ۶۷۸۸ تن جمعیت یک پزشک وجود دارد. این کمبود در برخی از شهرستانها چشمگیرتر است بطوریکه در برخی از آنها عملاً برای ۲۰۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰۰ تن یک تن پزشک موجود میباشد (۳).

اکنون با توجه به شناخت جامعه مورد بررسی و نیاز موجود ، به مطالعه نیروی انسانی مورد نظر در ارتباط با پزشک خانواده پرداخته و اصول برنامه آموزشی آنرا مورد بررسی قرار میدهم .

#### ۱- تعریف پزشک خانواده :

پزشک خانواده پزشکی است که بتواند اکثریت بیماریهای رایج و متداول تمام اعضای خانواده را بدرستی تشخیص داده و درمان کند . چنین پزشکی فقط در موارد نادر ، که در سطح روستاها و شهرهای کوچک از نظر احتیاجات مبرم اهالی کم اهمیت است ، احتیاج به مشاوره با پزشکان متخصص و یا اعزام بیماران نزد آنها دارد . (نقش پزشک خانواده متخصص بر اصول مذکور «نمودار شماره ۲» .

#### نمودار شماره ۲

فرق پزشک متخصص خانواده با سایر متخصصان رشتههای پزشکی

سایر رشتههای تخصصی	پزشک متخصص خانواده
کارائی عمودی فقط در یک رشته	۱- کارائی افقی در همه رشتهها
آخرین مرجع درمانی	۲- نخستین مرجع درمانی
انجام وظیفه پزشکی در واحدهای مجهز	۳- انجام وظیفه پزشکی با حداقل امکانات
-	۴- خدمات پیشگیری و بهداشت
-	۵- آگاهی و تسلط بر وضع روانی کلیه افراد خانواده

سایر رشتههای تخصصی جهت اجرا به دانشکدههای پزشکی دانشگاههای کشور و مؤسسات آموزشی تخصصی پزشکی ابلاغ گردید (۲).

بدیهی است که برخلاف آنچه تصور می رفت در این باره تصمیم نهائی و قطعی جهت اجرای برنامههای مورد نظر بعمل نیامدولی آنچه مسلم است نیاز خانوادهها و جامعه ما به چنین متخصصانی مورد تأیید میباشد بنابراین با توجه به مسائل مذکور و مشکلات حاکم بر جامعه ، از نظر بهداشت و درمان ، نبودن ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار و یا پزشک و خانواده و همچنین به علت کمبود پزشک و واحدهای کمکی در پاسخگویی به نیازهای جامعه ، استخدام و استفاده از پزشکان خارجی با کارائی محدود به سبب پائین بودن سطح آگاهی و معلومات پزشکی و نداشتن ارتباط با جامعه مورد نظر و دادن امتیازهای بیشتر به این نوع پزشکان در مقایسه با پزشکان ایرانی و دیگر موارد مربوط ، سبب شده است که در چند سال اخیر فکر ایجاد رشته تخصصی جدیدی که بتواند ارتباط بیشتر پزشک و بافت جامعه ما را در حدی مناسب تأمین نماید و تساحدی از نیازهای موجود بکاهد قوت گیرد بطوریکه پس از بررسیهای لازم ، رشته تخصصی جدیدی تحت عنوان تخصص «پزشک خانواده» طرح ریزی گردید و دوره آن حدود ۲ الی ۲/۵ سال در نظر گرفته شد ، در اینجا سعی گردیده است تا برخلاف سایر تخصصهای پزشکی که محدود به حوزه عمل خاص میباشد این گروه از متخصصان بتوانند محدوده وسیعتری را در ارتباط با خانواده و جامعه در بر گیرند (نمودار شماره ۱) و عملاً خدمات خود را در سطح گستردهتری به جامعه مورد نیاز این کشور که در اینجا بمنظور آشنائی و شناخت دقیق تر بآن اشاره ای میشود عرضه نمایند .

#### نمودار شماره ۱

نقش «پزشک خانواده» متخصص در جامعه

- ۱- نخستین مرجع درمانی تمام افراد خانواده
- ۲- پیشگیری و تأمین بهداشت جسمی و روانی اعضای خانواده
- ۳- مراقبت بهداشتی و درمانی مداوم اعضای خانواده
- ۴- مرجع نهائی در شبکه تیم پزشکی

ایران با ۱/۶۴۷/۱۹۵ کیلومتر مربع مساحت دارای حدود ۳۵ میلیون نفر جمعیت میباشد . بر طبق آمارهای سازمان نظام پزشکی مجموع پزشکان در سطح کشور ۱۴۷۰۰ تن است ، از این تعداد ۵۲۵۹ تن متخصص و بقیه پزشک عمومی میباشند . نسبت جمعیت به یک پزشک متخصص در کل کشور برابر ۶۶۳۶ تن و همچنین نسبت به یک تن پزشک برابر با ۲۲۹۱ تن میباشد .

## ۲- وظائف پزشک خانواده:

الف - آموزش‌های لازم بهداشتی به زنان باردار.

ب - آموزش کنترل تولید مثل به زنان جوان.

پ - آموزش تغذیه شیرخواران به مادران و پیشگیری از بیماری‌های ناشی از تغذیه غلط و کمبود ویتامین.

ت - پیشگیری از بیماری‌های عفونی ویژه کودکان از طریق واکسیناسیون منظم آنان و همچنین واکسیناسیون علیه سایر بیماری‌های عفونی مسری چون سل و وبا.

ث - تشخیص و درمان بیماری‌های داخلی رایج کودکان و بزرگسالان و روانشناسی خانواده.

ج - احاطه کامل به داروها مخصوصاً آنتی‌بیوتیکها (موارد استعمال و مقدار) و موارد عدم استعمال آنها و همچنین آشنائی به روش‌های درمانی سنتی مرسوم در روستاها و نقاط مختلف کشور.

چ - مامائی در حدود انجام يك زایمان طبیعی و برش مهبل در موقع زایمان.

ح - جراحی در حدود انجام جراحی‌های کوچک و دوختن بریدگی‌ها و یا جانداختن و درمان بعضی از در رفتگی‌ها و شکستگی‌ها.

خ - گوش و حلق و بینی در حدود دیدن پرده گوش و تشخیص و درمان ورم‌های گوش میانی چرکی (مخصوصاً در کودکان).

د - چشم پزشکی در حد تشخیص فوریت‌ها و درمان موارد ساده آن و یا انجام اقدام‌های اولیه و اعزام بیماران نزد متخصصان مربوطه. پوست در حدود بیماری‌های مقاربتی و عفونت‌های پوست (پیودرمی) و اگزما و آلرژی‌ها.

ر - آشنائی به بیماری‌ها و مسائل جسمی و روانی پیران جهت کمک به آنان.

## ۳- پذیرش دستیار:

شناخت جامعه و مشکلات بهداشتی - درمانی آن از یکطرف و برقراری ارتباط صحیح بین پزشک و خانواده از جانب دیگر برای متخصص رشته «پزشک خانواده» از اهمیت خاصی برخوردار است، بهمین علت در انتخاب دستیاران این رشته لازم است تا به این امر توجه شود. از آنجا که این نوع آشنائی اغلب برای آن عده از پزشکانیکه سالها دور از پایتخت و مراکز استانها به خدمت اشتغال داشته‌اند بیشتر میباشد، بنابراین در انتخاب دستیار به پزشکانی که دوره سپاهی بهداشت را گذرانده و یا حداقل دو سال در خارج از پایتخت و مراکز استانها به خدمت اشتغال داشته‌اند، برتری داده خواهد شد.

## ۴- برنامه آموزشی:

برنامه آموزشی پزشک خانواده باید از جامعیت کامل برخوردار باشد و در حقیقت امکانات گسترده آموزشی را در اختیار دستیاران

این رشته بطوری قرار دهد تا براساس آن بتوان افراد واجد شرایطی را که بتوانند جوابگوی نیازهای موجود باشند تربیت کند. چنین برنامه‌هایی در سایر کشورها نیز بمرحله اجرا در آمده است همانطور که بر نامه آموزشی پزشکی خانواده در طول مدت ۲۰ سال عمرش در دانشگاه هاروارد برای کسانیکه مایل به تجربه آموختن در این رشته بودند، امکانات وسیعی را بوجود آورد، این برنامه همچنین امکانات کار عملی در محل‌های کار- آموزشی را نیز برای مطالعه و تحقیق درباره مسائل پزشکی خانواده و بیماری‌های موجود در جامعه بوجود آورده است (۴).

برنامه آموزشی پزشک خانواده بر چند اصل به ترتیب زیر استوار است: الف - در تربیت پزشک خانواده تکیه آموزش بر مسائل درمانگاهی است بطوریکه بر نامه آموزشی درمانگاهی ۲ و بر نامه آموزش بالینی ۱- دوره آموزشی را تشکیل میدهند. جدول شماره ۳ بر نامه آموزشی پیشنهادی برای تربیت پزشک خانواده متخصص در ایران و مقایسه آن با چند کشور دیگر را نشان میدهد.

## نمودار شماره ۳

برنامه‌های آموزشی پزشک خانواده متخصص و برنامه پیشنهادی برای ایران

مواد درسی	امریکا درصد آموزش	انگلستان درصد آموزش	آلمان درصد آموزش	ایران درصد آموزش
امراض داخلی	۳۳	۱۸	۲۰	(۲-۲/۵ سال)
جراحی	۱۶	...	۲۰	۶ماه = ۲۰ (۲۵)
زنان و زایمان	۱۶	۱۸	۲۰	۶ماه = ۲۰ (۲۵)
کودکان	۱۶	۱۸	۲۰	۶ماه = ۲۰ (۲۵)
چشم و گوش و حلق و بینی	-	۱۸	۱۰	۱۰ = ۳ ماه (-)
بهداشت اجتماعی	۱۱	-	-	۱۰ = ۳ ماه (-)
روان پزشکی	۸	۱۰	۱۰	-
جمع	۱۰۰%	۱۰۰%	۱۰۰%	۱۰۰%
سالهای آموزشی	۲ سال	۳ سال	۳ سال	۲ سال تا ۲/۵ سال

ب- کار در مطب: آموزش در مطب پزشکان با تجربه برای این گروه از دستیاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بطوریکه آنها میتوانند در این مدت عملاً بانحوه برخورد پزشک با بیمار و روش‌های معاینه و درمان آشنا گردند. این بخش از آموزش نیز در سایر کشورها برای این رشته مورد توجه بوده، بطوریکه دولت امریکا با پولی که در اختیار برنامه آموزشی پزشکی خانواده قرار داده است، امکان گذراندن يك ماه دوره دستیارى دانشجویان پزشکی را در مطب پزشکی خانواده تسهیل نموده است. این برنامه آموزشی با استقبال دانشجویان روبرو شد باین ترتیب که برای شش ماه کلیه مطب‌ها رزرو شده بود (۵).

جراحی ۶ ماه (۳ ماه در بخش، ۳ ماه در درمانگاه).  
سایر رشته‌ها ۶ ماه

#### ۶- مشخصات افراد آموزنده:

۱- افراد آموزنده باید حداقل دارای تجربه کار در شهرستانهای غیردانشگاهی داخل یا خارج از کشور باشند و یا اقلاً به موقعیت بهداشتی - درمانی مناطق مختلف کشور که پزشک خانواده در آن به خدمت اشتغال خواهد ورزید آشنائی لازم داشته باشند.

۲- افراد آموزنده باید متخصص بوده و دارای سابقه کار آموزشی (در داخل یا خارج کشور) باشند و حتی الامکان به موازین علوم تربیتی آشنا باشند و یا این اصول را طی برنامه‌های خاصی فراگیرند و در جریان آموزش مورد نظر، اصول مزبور را نیز بکار بندند. بدیهی است که اهمیت آشنا بودن بهیات آموزشی دانشکده‌های پزشکی به روشهای تلمیم و تربیت از مواردی است که متخصصان سازمان بهداشت جهانی پس از مدتها بررسی آنها مورد تأیید و تاکید قرار داده، بطوریکه تنها در اروپا در سال ۱۹۷۱ بیش از دو هزار فرد آموزشی در این نوع دوره‌های تکمیلی شرکت داشته‌اند (۶).

۳- اعضای آموزشی این رشته باید قبل از شروع به آموزش دوره‌ای، برای پی‌بردن به هدفهای آموزشی پزشک خانواده، روشهای آموزشی خاص این دوره را بگذرانند تا در اجرای برنامه آموزشی خود از مسیر اصلی خارج نشوند.

#### ۷- محل آموزش:

باتوجه به نوع آموزش و وظایف پزشک خانواده باید توجه شود که محل آموزش دستیاران این رشته در بیمارستانهای باشد که شرایط لازم را برای آموزش مورد نظر به نحو مطلوبی تأمین نماید. برای این منظور میتوان از بیمارستانهای منطقه‌ای و مراکز بهداشتی که دارای امکانات لازم باشند برای قسمت عمده آموزش استفاده کرد. همچنین دستیاران باید طی برنامه‌های مشخصی از بیمارستانهای دانشگاهی و مراکز آموزشی بازدید بعمل آورده ضمن دیدن آموزشهای لازم با امکانات و تجهیزات جدید پزشکی آشنا شوند. گذشته از آن دستیاران لازم است که در ضمن آموزش و در بعد از ظهرها در برنامه‌های معاینه و درمان بیماران در رشته‌های تخصصی مورد نظر و پزشکی عمومی که در مطبها انجام میگردد بر اساس برنامه معینی شرکت نمایند.

در سالهای اخیر توجه به مشکل که بود پزشک از یکطرف و گرایش به راهنمایی تخصصی بیماران و ارتباط سریع خانواده با پزشک همراه با عوامل مشابه از جانب دیگر سبب شده است که آموزش و تربیت پزشک خانواده در جهان از جامعیت و وسعت بیشتری

پ - کارآموزی دستیار رشته پزشک خانواده در هر يك از رشته‌های تخصصی با کارآموزی دستیاران آن رشته تخصصی دارای يك فرق اساسی است. باین معنی که در آموزش رشته پزشک خانواده از «وسعت» و «تراکم»، که اساس تنظیم چنین برنامه‌ای برای رسیدن به هدفهای پزشک خانواده در سطح انجام وظائفی که در این مقاله بدان اشاره گردیده است، مورد نظر میباشد. ت - هر متخصص پزشک خانواده باید اقلاً هر سه سال يك بار بسته به احتیاجات محلی و دگرگونی‌های علمی پزشکی، دوره‌های آموزشی تکمیلی دوتاسه ماهه را بگذرانند.

#### رشته‌های مورد نظر برای کارآموزی

۱- کودکان - برنامه آموزشی این رشته باید بر اساس نکات زیر استوار باشد:

الف - تغذیه نوزادان و شیرخواران و بیماریهای اختلال تغذیه متداول (اسهال و استفراغ، اختلالهای تغذیه‌ای (دیستروفی) ناشی از تغذیه يك جانبه، مثل دیستروفی غذاهای آردی و کمبود ویتامین‌ها ب - واکنش‌های...

پ - روانشناسی خانواده (کودک، پدر، مادر).

ت - بیماریهای رایج کودکان (سرخک، آبله مرغان، سیاه سرفه، سرخچه...).

ث - بیماریهای جلدی کودکان و گوش دردها.

ج - عفونت‌های حلق، مجاری تنفسی و ریه‌ها و عفونت‌های چشم.

چ : سل و مننژیت‌های چرکی.

ح : ورمهای رماتیسمی حاد مفاصل.

۲- بیماریهای داخلی رایج و قابل درمان.

۳- بیماریهای جراحی.

۴- زایمان و بیماریهای زنانگی در حدود زایمان طبیعی و بهداشت دستگاه تناسلی و خونریزی‌های آن (از نظر سرطان).

۵- آموزشهای لازم بهداشتی به زنان باردار.

۶- روانشناسی خانواده.

۷- بهداشت اجتماعی.

#### ۵- مدت زمان آموزش:

زمان لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نظر باتوجه به نوع و نحوه آموزش رشته پزشک خانواده میتواند به ترتیب زیر در نظر گرفته شود:

کودکان ۶ ماه (۲ ماه در بخش، ۴ ماه در درمانگاه).

زنان و زایمان ۶ ماه (۳ ماه در بخش، ۳ ماه در درمانگاه).

داخلی ۶ ماه (۲ ماه در بخش، ۴ ماه در درمانگاه).

میباشد . ضمناً يك دوره آموزشی ۳ ماهه در رشته های چشم و گوش و حلق و بینی و يك دوره آموزشی ۳ ساعه بهداشت نیز در نظر گرفته شده است .

با توجه به اهمیت و ارزش کار متخصصان رشته پزشک خانواده، نوع آموزش و کاربرد وسیع آن در جامعه که از زمان بسته شدن نطفه و مشاوره زنان باردار تا هنگام پیری و مرگ یعنی در حقیقت تمام عمر يك انسان را شامل میشود امید است که این تماس مداوم بتواند بر بنیادهای انسانی و مردمی استوار گشته و متقابلاً بوجود آورنده ارتباط منطقی بین پزشک و خانواده باشد و در نتیجه بر رفع مشکلات بهداشتی - درمانی جامعه منجر گردد . از آنجا که آموزش این متخصصان با طیف گسترده آموزشی آن بینشی وسیعتر در نگرش و بررسی مسائل بهداشتی - درمانی جامعه مورد نیاز را به آنان میدهد، بنابراین عملاً در سطح گسترده تری میتوانند در رفع مشکلات مورد نظر مؤثر باشند و در صورتیکه وظایف خود را به نحو شایسته ای انجام دهند طبیعتاً این پزشکان مورد احترام مردم بوده بطوریکه ایجاد این حسن تفاهم میتواند عامل مؤثری در عرضه خدمات مفیدی برای جامعه مورد نیاز ما باشد . محل جذب این متخصصان میتواند سازمانهای مانند وزارت بهداشت و بهزیستی، شیر و خورشید سرخ ایران ، سازمان خدمات اجتماعی و دیگر سازمانهای بهداشتی - درمانی و یا بصورت شرکت در برنامه های نظام طب ملی و مردمی در اقصی نقاط مملکت باشند. در ضمن تعدادی از بیمارستانهای سازمانهای مذکور و پزشکان شاغل در آنها نیز میتوانند در امر آموزش دستیاران این رشته تخصصی شرکت فعالی داشته باشند. به همین سبب پیشنهاد میشود تا حتی الامکان اینگونه سازمانها با استفاده از امکانات آموزشی و بیمارستانی خود در برنامه ریزی رشته پزشک خانواده شرکت نموده و برای تربیت متخصصان این رشته نیز سرمایه گذاری کنند .

امید است که با تربیت این گروه از متخصصان که از طرفی از آموزشی وسیع برخوردار بوده و از جانب دیگر تسامین کننده ارتباط سالم بین پزشک و خانواده میباشد ، بتوان بخش عمده ای از مشکلات و گرفتاریهای موجود خانواده و در نتیجه جامعه را در حد معقول و مناسبی برطرف نموده تا در حقیقت به هدف نهایی که درمان صحیح بیماران میباشد نزدیکتر شویم .

#### REFERENCES:

- ۱- نشریه سمینار تربیت نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی و برنامه ریزی خدمات درمانی و بهداشتی صفحه ۴۵، شیراز، تخت جمشید ، ۲۳ تا ۲۵ بهمن ماه سال ۱۳۵۳ .
- ۲- شرایط و ضوابط تربیت دستیار در رشته های تخصصی پزشکی صفحه ۲۸ سال ۱۳۵۴ ، از انتشارات شورای آموزش پزشکی و تخصصی رشته های پزشکی وزارت علوم و آموزش عالی .
- ۳- آمار پزشکان و دندانپزشکان کشور - نشریه آماری نظام پزشکی ایران، شماره ۸ ، آذرماه سال ۱۳۵۷ .
- 1- Haggert, R.J., Family Medicine: A Teaching Program for Medical Students and Pediatric House Officers, J. Med. Edu. 37: 531, 1962.
- 5- Robertson, et al., Changing the Medical Care System a Controlled Experiment in Comprehensive Care, Praeger Washington, 1974.
- ۶- آشنا ساختن هیات آموزشی دانشکده های پزشکی به روشهای تعلیم و تربیت ( گزارش فنی شماره ۵۲۱ سازمان بهداشت جهانی)، مجله نظام پزشکی ایران - سال سوم شماره ۳، صفحه ۲۷۴، شهریور ماه سال ۱۳۵۲ .
- 7- Albert, J.J., Kosa, et al. Effects of a Family Health Care Program, Abstract, Ambulatory pediatric Society, Annual Meeting, 1973.
- 8- Strobl Karl, C.F., Artztliche Ausbildung Band 2 (OAK), Seite 68, Wien. Sept. 1974.

بر خوردار گردد. بعنوان مثال از ۱۱۳ دانشکده پزشکی در ایالات متحده امریکادر ۸۲ دانشکده آن رشته طب خانواده دایر گردیده که به امر آموزش و تربیت این دسته از پزشکان اشتغال دارند. در تمامی این دانشکده ها طب خانواده يك واحد جدا گانه محسوب میشود و در ۳۲ دانشکده ، این رشته به صورت بخشی درآمده که میتواند در برنامه ریزی و دیگر قسمتهای دانشکده اظهار نظر کند . علاوه بر این ، ۱۶۴ برنامه دستیاری در طب خانواده در بیمارستانهای ۳۸ ایالت اجرا میشود ، با توجه به ۱۷۴ موسسه پزشکی که در سال ۱۹۶۹ در رشته طب خانواده برنامه کارورزی یا دستیاری داشته اند. در سال ۱۹۶۶ انجمن پزشکی امریکا توصیه کرد که پزشک خانواده تا سطح يك متخصص ارتقاء یابد. بدینال این نظر هیئتی در رشته طب خانواده تشکیل گردید تا برنامه های آموزشی و ضوابط مربوط به این رشته را تعیین کنند .

در سال ۱۹۷۱ آلپرت کوزا در مورد تاثیرات دراز مدت درسهای پیوسته دانشجویان پزشکی به تحقیق پرداخت . این تحقیق که روی ۸۹۴ دانشجویی که بین سالهای ۱۹۵۷ تا ۱۹۷۰ در دانشگاه به تحصیل اشتغال داشتند از طریق پرسشنامه انجام گرفت جمعاً ۸۳٪ از آنان پاسخ دادند . نتیجه کار از نظر انتخاب نهایی برای برگزیدن حرفه و شغل بدین ترتیب بود که دانشجویانی که درس انتخابی بهداشت (پزشکی) خانواده را گذرانیده بودند این درس بخصوص را بعنوان بزرگترین مشوق برای انتخاب حرفه پزشکی در آینده میدانستند (۷).

دوره آموزشی رشته تخصصی پزشک خانواده در آمریکا ۲ سال و در کشورهای اروپایی ۳ سال میباشد (۸).  
در ایران بادر نظر گرفتن شرایط و موقعیت نقاطی که بسا کمبود پزشک روبرو میباشد و با توجه به زمان لازم برای کسب معلومات و آگاهی های مورد نیاز برای چنین افرادی يك دوره آموزشی ۲ الی ۲/۵ ساله در نظر گرفته شده است که شامل :

بیماریهای داخلی	۶ ماه
بیماریهای زنان زایمان	۶ ماه
بیماریهای جراحی	۶ ماه
بیماریهای اطفال	۶ ماه