

فهرست مطالب

پیشگفتار	۱۵
مقدمه	۱۷
درباره کتاب	۲۴

بخش اول

اصول مراقبت‌های اولیه و نظام‌های سلامت

فصل اول بازنگری (تحول) در مراقبت‌های اولیه	۳۰
۱-۱- مراقبت‌های اولیه سلامت: نقش‌ها و چالش‌ها	۳۰
۲-۱- سلامت برای همه: بیانیه آتما آتا	۳۱
۳-۱- توسعه مراقبت‌های اولیه	۳۲
۱-۳-۱- تاریخچه مراقبت‌های اولیه سلامت	۳۲
۲-۳-۱- منشور آتاوا برای ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۶	۳۳
۳-۳-۱- سلامت عمومی نوین (NPH)	۳۵
۴-۳-۱- منشور بانکوک برای ارتقای سلامت در جهانی یک‌شکل (۲۰۰۵)	۳۷
۵-۳-۱- گزارش سازمان جهانی سلامت ۲۰۰۸: مراقبت‌های اولیه سلامت - اکنون بیش از هر زمان دیگر	۳۷
۶-۳-۱- بیانیه شانگهای درباره ارتقای سلامت در دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار (۲۰۱۶)	۳۸
۴-۱- بازنگری در مراقبت‌های اولیه سلامت	۳۹
۱-۴-۱- چشم‌انداز جهان	۳۹
۲-۴-۱- تجربه کشورهای توسعه‌یافته	۴۰
۳-۴-۱- تجارب کشورهای در حال توسعه	۴۳
۵-۱- تعیین اولویت‌ها در مراقبت‌های اولیه سلامت	۴۶
۶-۱- مراقبت‌های اولیه مبتنی بر شواهد	۴۷
۷-۱- مسیر پیش رو	۴۹
فصل دوم فلسفه مراقبت‌های اولیه سلامت	۵۶
۱-۲- فلسفه مراقبت‌های اولیه سلامت نیازمند بازنگری فوری است	۵۶
۲-۲- چه چیزی واقعاً به بهبود سلامت کمک می‌کند؟	۵۷
۳-۲- شکست در مواجهه با چالش‌های ارائه مراقبت‌های سلامت	۵۸
۴-۲- پنج سطح مداخله در هرم تأثیر سلامت فریدن (۲۰۱۵)	۵۹
۵-۲- ضرورت بازنگری در نحوه ارائه مراقبت‌های سلامت	۶۰
۶-۲- بوم‌شناسی مراقبت‌های سلامت	۶۰
۷-۲- مدیریت بیماری‌های مزمن از طریق مراقبت‌های اولیه سلامت در مقایسه با تخصص‌های مختلف بیمارستانی	۶۴
۸-۲- برخی دیگر از ویژگی‌های کلیدی مهم مراقبت‌های اولیه سلامت	۶۸
۹-۲- شرح سناریوی موردی از ویژگی‌های کلیدی مراقبت‌های اولیه (لی، ۲۰۱۹)	۷۱
۱-۹-۲- سناریوی موردی شماره ۱	۷۱
۲-۹-۲- سناریوی موردی شماره ۲	۷۴
۱۰-۲- نتیجه‌گیری	۷۶
فصل سوم چالش پایداری مالی و اهمیت مراقبت‌های اولیه سلامت	۸۱

۸۱	۱-۳- مقدمه
۸۱	۲-۳- الگوهای تأمین مالی سلامت
۸۲	۱-۲-۳- مدل پوریج
۸۳	۲-۲-۳- مدل بیسمارک
۸۳	۳-۲-۳- مدل پس‌انداز اجباری
۸۴	۴-۲-۳- مدل بیمه درمانی خصوصی
۸۵	۵-۲-۳- مدل پرداخت از جیب
۸۶	۳-۳- چالش‌های اصلی پیش‌روی نظام‌های مراقبت‌های سلامت کنونی
۸۸	۴-۳- مزایای اقتصادی مراقبت‌های اولیه سلامت
۹۱	۵-۳- ایجاد توازن بهتر میان مراقبت‌های سطح سوم (تخصصی و فوق‌تخصصی) و مراقبت‌های اولیه
۹۳	۶-۳- نتیجه‌گیری
۹۸	فصل چهارم نظام‌های پایدار مراقبت سلامت
۹۸	۱-۴- مقدمه
۹۹	۲-۴- مراقبت‌های سلامت در استرالیا
۹۹	۱-۲-۴- مدیکر (Medicare)
۱۰۰	۳-۴- مروری بر نظام مراقبت‌های سلامت در استرالیا
۱۰۰	۱-۳-۴- مراقبت‌های اولیه سلامت
۱۰۰	۲-۳-۴- دسترسی به امکانات و خدمات سلامت
۱۰۱	۳-۳-۴- بیمه عمومی مبتنی بر مالیات و پوشش سلامت مادام‌العمر
۱۰۱	۴-۳-۴- کمبود نیروی انسانی
۱۰۲	۴-۴- نظام مراقبت‌های سلامت در بریتانیا
۱۰۳	۱-۴-۴- نقش خدمات سلامت ملی بریتانیا (NHS)
۱۰۵	۵-۴- مراقبت‌های سلامت و اجتماعی در ایرلند شمالی
۱۰۵	۶-۴- مروری بر نظام مراقبت سلامت در بریتانیا
۱۰۵	۱-۶-۴- مراقبت‌های اولیه سلامت
۱۰۶	۲-۶-۴- چالش‌های نظام مراقبت سلامت در بریتانیا
۱۰۷	۷-۴- مراقبت‌های سلامت در کانادا
۱۰۸	۱-۷-۴- نقاط قوت نظام سلامت کانادا
۱۰۸	۱-۱-۷-۴- دسترسی به مراقبت‌های سلامت
۱۰۹	۲-۷-۴- معایب نظام مراقبت سلامت کانادا
۱۰۹	۱-۲-۷-۴- تمایل به خدمات خصوصی
۱۱۰	۲-۲-۷-۴- زمان انتظار
۱۱۰	۸-۴- قانون سلامت کانادا
۱۱۱	۹-۴- مراقبت از سالمندان در کانادا
۱۱۲	۱۰-۴- مراقبت‌های سلامت در هنگ‌کنگ
۱۱۲	۱۱-۴- ابتکارات کلیدی
۱۱۳	۱۲-۴- مشارکت بخش دولتی و خصوصی
۱۱۳	۱۳-۴- دفتر ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های اولیه
۱۱۴	۱۴-۴- ارائه خدمات با کیفیت
۱۱۵	۱۵-۴- پرونده سلامت الکترونیک

۱۱۵	۱۶-۴- نگرانی‌های عمده
۱۱۵	۱-۱۶-۴- خدمات (سلامت) عمومی با محوریت بیمارستان ها
۱۱۶	۱۷-۴- چالش‌ها
۱۱۶	۱۸-۴- نظام‌های مراقبت سلامت کارآمد و پایدار
۱۲۱	فصل پنجم نقش رسانه‌های جمعی در مراقبت‌های سلامت
۱۲۱	۱-۵- مقدمه
۱۲۱	۲-۵- تکامل فناوری اطلاعات و نقش رسانه‌های جدید در نظام مراقبت‌های سلامت
۱۲۲	۳-۵- توسعه رسانه‌های جمعی
۱۲۲	۱-۳-۵- انواع رسانه‌های جمعی و نقش آن‌ها در ارتباطات گسترده
۱۲۳	۲-۳-۵- ویژگی‌های رسانه‌های جمعی
۱۲۴	۳-۳-۵- تأثیرات رسانه‌های جمعی بر مراقبت‌های اولیه
۱۲۴	۱-۳-۳-۵- تأثیرات مثبت: نمونه‌ها
۱۲۴	۱-۱-۳-۳-۵- تأثیر مثبت رسانه‌ها در ترویج اهدای عضو
۱۲۵	۲-۱-۳-۳-۵- تأثیر مثبت رسانه‌ها در ترویج سبک زندگی سالم
۱۲۶	۲-۳-۳-۵- تأثیرات منفی
۱۲۶	۱-۲-۳-۳-۵- تأثیر منفی رسانه‌ها بر افزایش فشار کاری کارکنان خط مقدم
۱۲۷	۴-۵- ذی‌نفعان رسانه در مراقبت‌های سلامت
۱۲۷	۵-۵- نقش دولت در نظام سلامت و مدیریت بحران‌های سلامت
۱۲۸	۶-۵- نقش شهروندان در مواجهه با اطلاعات سلامت و اهمیت سواد رسانه‌ای
۱۲۹	۷-۵- نقش صنعت رسانه و چالش‌های اخلاقی در پوشش اخبار پزشکی
۱۳۰	۸-۵- نقش و مسئولیت‌های متخصصان مراقبت‌های سلامت در مدیریت اطلاعات و ارتباط با رسانه‌ها
۱۳۱	۹-۵- نقش رسانه‌های جمعی در ارتقای سالمندی سالم (سلامت سالمندی)
۱۳۱	۱۰-۵- سالمندان و رسانه‌های اجتماعی
۱۳۱	۱۱-۵- اهمیت رسانه‌های اجتماعی برای جمعیت سالمند
۱۳۲	۱۲-۵- پیشگیری از زوال شناختی در سالمندان
۱۳۲	۱۳-۵- حفظ دایره اجتماعی سالمندان؛ هم‌تراز با حفظ سلامت جسمی
۱۳۳	۱۴-۵- نقش رسانه‌های اجتماعی در ارتقای ارتباطات و سلامت روان سالمندان
۱۳۴	۱۵-۵- کاربردهای رسانه‌های نوین در سالمندی سالم
۱۳۴	۱-۱۵-۵- پیشینه و تعاریف
۱۳۴	۲-۱۵-۵- کاربرد سلامت ۲۰+ در هنگ‌کنگ
۱۳۵	۱۶-۵- جمع‌بندی
۱۳۹	فصل ششم مشارکت بخش عمومی و خصوصی در مراقبت‌های اولیه
۱۳۹	۱-۶- کمبود بودجه در مراقبت‌های اولیه در بخش دولتی
۱۴۰	۲-۶- تأثیر کمبود بودجه
۱۴۱	۳-۶- توسعه همکاری‌های بخش عمومی - خصوصی در نظام سلامت
۱۴۲	۴-۶- تجربه‌های بین‌المللی
۱۴۲	۱-۴-۶- مزایای مشارکت‌های بین بخش عمومی - خصوصی
۱۴۲	۵-۶- افزایش قابلیت دسترسی و مقرون‌به‌صرفه‌بودن خدمات مراقبت‌های سلامت
۱۴۳	۶-۶- کاهش فشار و تقسیم ریسک برای بخش دولتی
۱۴۴	۷-۶- دستیابی به صرفه‌جویی و افزایش اثربخشی هزینه‌ها

۱۴۵	۸-۶- تخصص و تجربه متقابل؛ رقابت و همکاری سالم
۱۴۵	۹-۶- فرصت‌های تجاری برای بخش خصوصی
۱۴۷	۱۰-۶- معایب واقعی یا بالقوه مدل‌های مشارکت دولتی-خصوصی (PPP)
۱۴۷	۱۰-۶-۱- بدبینی و گرایش‌های حزبی
۱۴۸	۱۰-۶-۲- کمبود بودجه
۱۴۸	۱۰-۶-۳- سوءاستفاده از قدرت و سوءمدیریت
۱۴۹	۱۱-۶- وظایف مشخص، انتظارات روشن و تقسیم عادلانه کار
۱۴۹	۱۲-۶- به‌سوی الگویی موفق از مشارکت عمومی-خصوصی (PPP) در مراقبت‌های اولیه سلامت
۱۴۹	۱۲-۶-۱- مراقبت‌های اولیه به‌عنوان بنیان اثربخشی و کارایی نظام سلامت
۱۵۰	۱۳-۶- کارایی و اثربخشی
۱۵۰	۱۳-۶-۱- الزامات کلیدی برای موفقیت مشارکت دو بخش عمومی-خصوصی در مراقبت‌های اولیه سلامت
۱۵۳	۱۴-۶- مدل‌های موفق و بلندمدت مشارکت بین دو بخش عمومی-خصوصی (PPP)
۱۵۵	۱۵-۶- نتایج حاصل از بررسی مدل‌های PPP

بخش دوم

الگوها و شیوه‌های مراقبتی

فصل هفتم توسعه الگوهای مراقبتی در سلامت روان جامعه محور ۱۵۹

۱۵۹	۱-۷- مقدمه
۱۵۹	۲-۷- قیرهای گمنام در آرامستان بیمارستان
۱۶۱	۳-۷- باورهای قدیمی درباره علل بیماری‌های روانی
۱۶۱	۴-۷- همگام با تاریخ مراقبت از بیماران روانی
۱۶۳	۵-۷- مراقبت‌های نوظهور سلامت روان جامعه
۱۶۳	۵-۷-۱- مرحله اول: مراقبت حفاظتی (سرپناهی)
۱۶۴	۵-۷-۲- مرحله دوم: نگرش مبتنی بر بیمار
۱۶۴	۵-۷-۳- مرحله سوم: دارودرمانی
۱۶۴	۵-۷-۴- مرحله چهارم: جنبش سلامت روان جامعه
۱۶۶	۶-۷- طرح‌های مراقبتی در سلامت روان جامعه
۱۶۶	۶-۷-۱- از مدل زیست‌پزشکی تا زیست‌روانی اجتماعی
۱۶۷	۷-۷- مقایسه مدل زیست‌پزشکی و مدل زیست‌روانی اجتماعی
۱۶۸	۸-۷- مدل‌های مدیریتی با طیف وسیعی از مراقبت
۱۶۹	۹-۷- طیف خدمات سلامت روان: از حمایت‌های حداقلی تا مراقبت‌های فشرده
۱۶۹	۹-۷-۱- مدل کارگزار
۱۷۰	۹-۷-۲- مدل مدیریت مورد بالینی
۱۷۱	۹-۷-۳- مدل درمان صریح جامعه
۱۷۱	۹-۷-۴- مدل نقاط قوت: بهبودی در مسیر آینده
۱۷۲	۱۰-۷- مقایسه مدل‌های خدمات سلامت روان با یکدیگر
۱۷۳	۱۱-۷- مسیر تکاملی مراقبت از سلامت روانی جامعه

فصل هشتم محیط‌های کاری ارتقا دهنده سلامت ۱۷۶

۱۷۶	۱-۸- مقدمه
۱۷۷	۲-۸- تعاریف
۱۷۷	۲-۸-۱- سلامتی

۱۷۸	۲-۲-۸- حفظ سلامتی در محیط کار
۱۷۸	۳-۲-۸- مراقبت‌های اولیه در محیط کار
۱۷۸	۴-۲-۸- عوامل آسیب‌زا در محیط کار
۱۷۸	۳-۸- مهم‌ترین عوامل آسیب‌زای سازمانی
۱۷۹	۱-۳-۸- تغییرات سازمانی (تغییر در محیط کار)
۱۷۹	۲-۳-۸- استرس سازمانی
۱۷۹	۳-۳-۸- تقاضاهای مدیریتی
۱۷۹	۴-۸- عوامل آسیب‌زای مرتبط با شغل
۱۷۹	۱-۴-۸- شرایط کاری غیربهبهینه
۱۸۰	۲-۴-۸- عدم امنیت شغلی
۱۸۰	۳-۴-۸- رفتار کم‌تحرک
۱۸۰	۵-۸- عوامل آسیب‌زای فردی
۱۸۰	۱-۵-۸- خطرات ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر
۱۸۱	۲-۵-۸- تعهد بیش از حد به کار (WOC)
۱۸۱	۳-۵-۸- افسردگی و بیماری‌های روانی
۱۸۱	۶-۸- چارچوب محیط کار سالم
۱۸۲	۷-۸- محیط‌های کاری سلامت محور
۱۸۲	۱-۷-۸- مداخلات محیط کار سالم از دیدگاه‌های مراقبت‌های اولیه
۱۸۲	۸-۸- منابع سلامت فردی در محل کار
۱۸۲	۱-۸-۸- تأمین منابع فردی
۱۸۳	۹-۸- محیط فیزیکی کار
۱۸۳	۱-۹-۸- ترویج ورزش در محیط کار
۱۸۴	۱۰-۸- سیاست استفاده از مواد شیمیایی در محیط کار
۱۸۴	۱۱-۸- محیط کار از نظر روانی و اجتماعی
۱۸۴	۱-۱۱-۸- فرهنگ، اقلیم سازمانی
۱۸۵	۲-۱۱-۸- برنامه‌های ذهن‌آگاهی در محیط کار
۱۸۵	۳-۱۱-۸- بالا بردن سطح سواد سلامت روانی در محیط کار
۱۸۶	۱۲-۸- مشارکت جامعه در ارتقای سلامت کارکنان
۱۸۶	۱۳-۸- خدمات مراقبت‌های اولیه در محیط کار
۱۸۶	۱۴-۸- نقش پزشکان سلامت جامعه در ارتقای سلامت کارکنان
۱۸۷	۱۵-۸- حمایت قانونی از سلامت کارکنان
۱۸۸	۱۶-۸- رهبری حمایت‌گر
۱۸۹	۱۷-۸- ارتقای سلامت محیط کار
۱۸۹	۱۸-۸- نتیجه‌گیری
۱۹۹	فصل نهم پیشگیری از سقوط (زمین خوردن) و شکستگی‌ها در سطح جامعه ۱۹۹
۱۹۹	۱-۹- زمین خوردن و شکستگی‌های ناشی از آن
۲۰۱	۲-۹- علل منطقی پیشگیری از زمین خوردن
۲۰۲	۳-۹- پیشگیری از زمین خوردگی به‌عنوان راهبردی در ارتقای سلامت
۲۰۴	۴-۹- پیشگیری از زمین خوردن در محیط‌های اجتماعی
۲۰۵	۵-۹- انجمن پیشگیری از زمین خوردن در هنگ کنگ

۲۰۸	۶-۹- برنامه های پیشگیری از زمین خوردن در انجمن های خارج از کشور
۲۰۹	۷-۹- عوامل کلیدی منجر به زمین خوردن و شکستگی‌های ناشی از آن
۲۱۰	۸-۹- عدم پایبندی بیمار به مصرف دارو طبق دستور پزشک و نقش آن در زمین خوردن سالمندان
۲۱۱	۹-۹- نرخ پایین تجویز داروی پوکی استخوان
۲۱۲	۱۰-۹- اهمیت آموزش فیزیوتراپی و مداخلات کاردرمانی در بهبود تعادل وضعیتی سالمندان
۲۱۳	۱۱-۹- شکستگی های ثانویه
۲۱۴	۱۲-۹- شکاف درمانی در شکستگی ها و پوکی استخوان
۲۱۵	۱۳-۹- مدل خدمات مربوط به (پیگیری درمان) شکستگی
۲۱۷	۱۴-۹- تحلیل اقتصادی خدمات مرتبط با شکستگی
۲۲۰	۱۵-۹- خدمات مرتبط با شکستگی در سراسر جهان
۲۲۱	۱۶-۹- تجربه هنگ کنگ در پیاده سازی خدمات مرتبط با شکستگی
۲۲۲	۱۷-۹- سخن پایانی
۲۲۹	فصل دهم توانبخشی جامعه محور
۲۲۹	۱-۱۰- مقدمه
۲۳۰	۲-۱۰- شواهد علمی روز و رویکردهای عملی توانبخشی جامعه‌محور در نظام مراقبت اولیه سلامت
۲۳۱	۳-۱۰- بررسی دامنه و اثربخشی توانبخشی جامعه‌محور (CBR)
۲۳۱	۱-۳-۱۰- مداخلات
۲۳۱	۲-۳-۱۰- اثربخشی طرح توانبخشی جامعه‌محور
۲۳۲	۴-۱۰- کیفیت زندگی
۲۳۳	۵-۱۰- مؤلفه‌های توانبخشی جامعه‌محور
۲۳۳	۱-۵-۱۰- مؤلفه سلامت
۲۳۳	۱-۱-۵-۱۰- ارتقای سلامت
۲۳۳	۲-۱-۵-۱۰- پیشگیری
۲۳۴	۳-۱-۵-۱۰- مراقبت‌های پزشکی
۲۳۵	۴-۱-۵-۱۰- توانبخشی
۲۳۵	۵-۱-۵-۱۰- دستگاه‌های کمک توانبخشی
۲۳۶	۲-۵-۱۰- مؤلفه آموزش
۲۳۶	۱-۲-۵-۱۰- مراقبت‌های دوران کودکی
۲۳۷	۲-۲-۵-۱۰- آموزش ابتدایی
۲۳۷	۳-۲-۵-۱۰- آموزش متوسطه و عالی
۲۳۸	۴-۲-۵-۱۰- آموزش‌های غیررسمی
۲۳۸	۵-۲-۵-۱۰- یادگیری مادام‌العمر
۲۳۹	۳-۵-۱۰- مؤلفه معیشت
۲۳۹	۱-۳-۵-۱۰- توسعه مهارت‌ها
۲۳۹	۲-۳-۵-۱۰- خوداشتغالی
۲۳۹	۳-۳-۵-۱۰- استخدام قراردادی
۲۴۰	۴-۳-۵-۱۰- خدمات مالی
۲۴۰	۵-۳-۵-۱۰- حمایت اجتماعی
۲۴۱	۴-۵-۱۰- مولفه اجتماعی
۲۴۱	۱-۴-۵-۱۰- کمک‌های فردی

۲۴۱	..... ۱۰-۵-۴-۲ روابط اجتماعی، ازدواج و خانواده
۲۴۲	..... ۱۰-۵-۴-۳ فرهنگ و هنر
۲۴۲	..... ۱۰-۵-۴-۴ تفریح، اوقات فراغت و ورزش
۲۴۲	..... ۱۰-۵-۴-۵ عدالت
۲۴۲	..... ۱۰-۵-۵ توانمندسازی
۲۴۲	..... ۱۰-۵-۵-۱ حمایت و ارتباطات
۲۴۳	..... ۱۰-۵-۵-۲ بسیج جامعه
۲۴۳	..... ۱۰-۵-۵-۳ مشارکت سیاسی
۲۴۴	..... ۱۰-۵-۵-۴ گروه‌های خودیار (SHGs)
۲۴۴	..... ۱۰-۵-۵-۵ سازمان‌های با افراد دارای معلولیت (DPOs)
۲۴۶	..... ۱۰-۶ ارزیابی برنامه‌های توانبخشی جامعه
۲۴۸	..... ۱۰-۷ گزارش موردی
۲۵۰	..... ۱۰-۸ طبقه‌بندی بیماری انسدادی مزمن ریه بر اساس دستورالعمل GOLD
۲۵۰	..... ۱۰-۹ نتیجه
۲۵۳	فصل یازدهم مراقبت‌های اولیه برای سالمندان
۲۵۳	..... ۱۱-۱ مقدمه
۲۵۳	..... ۱۱-۲ روند پیری، ویژگی‌های سالمندان و پیامدهای بالینی آن
۲۵۴	..... ۱۱-۳ سالمندی سالم
۲۵۸	..... ۱۱-۴ تحلیل مسیرهای مختلف سیر زندگی در پیری: مدل مفهومی ظرفیت عملکردی
۲۵۸	..... ۱۱-۴-۱ مسیر A: الگوی ایده‌آل سالمندی سالم
۲۵۸	..... ۱۱-۴-۲ مسیر B: سالمندی همراه با بیماری حاد و افت عملکرد موقت
۲۵۸	..... ۱۱-۴-۳ مسیر C: سالمندی با افت مزمن و ناتوانی طولانی‌مدت
۲۵۹	..... ۱۱-۵ وضعیت سلامتی و استقلال عملکردی در میان سالمندان هنگ‌کنگ
۲۶۰	..... ۱۱-۶ مراقبت‌های اولیه سلامت برای سالمندان
۲۶۵	..... ۱۱-۷ نظام مراقبت‌های اولیه سلامت برای پاسخ‌گویی به نیازهای جمعیت سالمند
۲۶۸	..... ۱۱-۸ مدل‌های گوناگون از کارگروهی در نظام سلامت
۲۶۹	..... ۱۱-۹ مدل‌ها در هنگ‌کنگ
۲۷۰	..... ۱۱-۱۰ در حال حاضر در کجای مسیر قرار داریم؟
۲۷۱	..... ۱۱-۱۱ چالش‌های پیش رو
۲۷۵	فصل دوازدهم مراقبت تسکینی و مسائل مرتبط با پایان زندگی
۲۷۵	..... ۱۲-۱ خاستگاه مراقبت آسایشگاهی در هنگ‌کنگ
۲۷۶	..... ۱۲-۲ معرفی خدمات آسایشگاهی در هنگ‌کنگ
۲۷۷	..... ۱۲-۳ تأسیس انجمن ارتقای مراقبت آسایشگاهی
۲۷۷	..... ۱۲-۴ روزهای آغازین برنامه مراقبت آسایشگاهی
۲۷۸	..... ۱۲-۵ خانه آسایشگاه برادبری و باشگاه جوکی برای آسایشگاه
۲۷۹	..... ۱۲-۶ خدمات مراقبت تسکینی چیست؟
۲۸۰	..... ۱۲-۷ تعریف سازمان جهانی سلامت (WHO) از مراقبت تسکینی
۲۸۰	..... ۱۲-۸ مقایسه مراقبت تسکینی با مراقبت آسایشگاهی
۲۸۱	..... ۱۲-۹ مراقبت تسکینی و سرطان
۲۸۲	..... ۱۲-۱۰ مراقبت آسایشگاهی از بیماران در آستانه مرگ: نقش انتخاب محل مرگ

۲۸۳	۱۱-۱۲- شاخص کیفیت مرگ
۲۸۳	۱۲-۱۲- روند مراقبت‌های تسکینی در قاره آسیا
۲۸۶	۱۳-۱۲- کیفیت و پیامدهای مالی مراقبت در پایان زندگی
۲۸۷	۱۴-۱۲- سالمندی و مراقبت آسایشگاهی در بیماران در آستانه مرگ در هنگ‌کنگ
۲۸۸	۱۵-۱۲- مراقبت تسکینی و آسایشگاهی در جامعه
۲۸۸	۱-۱۵-۱۲- مدل مراقبت تلفیقی
۲۹۰	۲-۱۵-۱۲- آسایشگاه خانگی
۲۹۲	۱۶-۱۲- مرکز مراقبت آسایشگاهی: یک خدمت حمایتی
۲۹۳	۱۷-۱۲- پیوست‌ها

بخش سوم

بستر اجتماعی

۳۰۱	فصل سیزدهم عدالت، بی‌عدالتی، برابری، نابرابری و نظام ارجاع
۳۰۱	۱-۱۳- عدالت و بی‌عدالتی
۳۰۲	۲-۱۳- برابری و نابرابری در مراقبت‌های سلامت
۳۰۴	۳-۱۳- تفکیک مفهومی برابری و عدالت در نظام سلامت
۳۰۵	۴-۱۳- نظام ارجاع در نظام مراقبت‌های سلامت
۳۰۶	۵-۱۳- اهمیت عدالت، برابری و نظام ارجاع در مراقبت‌های اولیه سلامت
۳۰۸	۶-۱۳- آموزش بهداشت، ارتقاء سلامت و سواد سلامت
۳۰۹	۷-۱۳- مدل مدیریت مراقبت به رهبری پرستار
۳۱۰	۸-۱۳- رضایت بیمار و اثربخشی درمان
۳۱۲	۹-۱۳- سلامت عادلانه، برابری در سلامت و نقش نظام ارجاع در مراقبت‌های اولیه
۳۱۴	۱۰-۱۳- مسیر تأثیر مراقبت‌های اولیه: دستیابی به سلامت عادلانه و ارتقای کیفیت زندگی
۳۱۹	فصل چهاردهم مسئولیت اجتماعی و اخلاق در مراقبت‌های سلامت
۳۱۹	۱-۱۴- مقدمه ای بر اخلاق و اصول اخلاقی
۳۲۰	۲-۱۴- نظریه‌ها و رویکردهای عمده اخلاقی در مراقبت‌های سلامت
۳۲۳	۳-۱۴- رسوایی شرکت‌ها و مدیریت مسائل
۳۲۴	۴-۱۴- شیوه‌های گزارش‌دهی پایداری جهانی در بخش مراقبت‌های سلامت
۳۲۵	۵-۱۴- گزارش‌دهی پایداری و افشاگری در شرکت‌های بزرگ و بخش مراقبت‌های سلامت
۳۲۶	۶-۱۴- مسائل اخلاقی در مراقبت‌های سلامت جامعه و نظام مراقبت‌های سلامت
۳۲۸	۷-۱۴- آموزش و پرورش در عملکرد مراقبت‌های سلامت
۳۲۹	۸-۱۴- حقوق بشر مرتبط با سلامت
۳۳۰	۹-۱۴- سیاست عمومی در جامعه
۳۳۱	۱۰-۱۴- ملاحظات سیاست‌گذاری و مسئولیت اجتماعی در نظام‌های سلامت
۳۳۲	۱۱-۱۴- مسئولیت محصول
۳۳۲	۱۲-۱۴- برچسب گذاری محصولات و خدمات
۳۳۳	۱۳-۱۴- ارتباطات بازاریابی
۳۳۵	۱۴-۱۴- بیان نتایج
	فصل پانزدهم رفتار سلامت جویانه: پزشک گردی (مراجعه پیاپی و بدون ارجاع به پزشکان متعدد)
۳۴۰	

۳۴۰	۱-۱۵- مقدمه
۳۴۱	۲-۱۵- سلامت بزرگ
۳۴۱	۳-۱۵- مؤلفه‌های کلیدی سلامت بزرگ
۳۴۱	۴-۱۵- تعریف رفتارهای سلامت جویانه و پدیده پزشک گردی
۳۴۲	۵-۱۵- چشم انداز جهانی
۳۴۲	۱-۵-۱۵- پدیده پزشک گردی در هنگ کنگ
۳۴۵	۲-۵-۱۵- پدیده پزشک گردی در چین
۳۴۷	۳-۵-۱۵- پدیده پزشک گردی در آسیا
۳۴۹	۴-۵-۱۵- پدیده پزشک گردی در آمریکای شمالی
۳۵۰	۵-۵-۱۵- پدیده پزشک گردی در انگلستان
۳۵۱	۶-۱۵- سخن پایانی

فصل شانزدهم تأثیر چشمگیر داوطلبان مراقبت سلامت در مراقبت‌های اولیه: تجربه‌ها و چالش‌ها از دیدگاه یک سازمان مردم‌نهاد (غیردولتی) ۳۵۶

۳۵۶	۱-۱۶- مقدمه
۳۵۷	۲-۱۶- داوطلبی سلامت
۳۵۷	۳-۱۶- نقش داوطلبان مراقبت‌های سلامت
۳۵۸	۴-۱۶- منافع متقابل داوطلبی مراقبت‌های سلامت
۳۵۹	۵-۱۶- مدیریت داوطلبان مراقبت‌های سلامت
۳۶۰	۶-۱۶- داوطلبان مراقبت‌های اولیه و نقش آن‌ها در نظام سلامت
۳۶۳	۷-۱۶- تصویری از فعالیت داوطلبانه در هنگ کنگ
۳۶۵	۸-۱۶- داوطلبی سلامت در سال‌های نخست در هنگ کنگ
۳۶۵	۹-۱۶- تأثیر داوطلبان مراقبت‌های سلامت بر نظام مراقبت‌های اولیه در هنگ کنگ: تجربه یک سازمان غیردولتی
۳۶۵	۱۰-۱۶- یک رهبر داوطلب کاربزماتیک HKSR: به نماد و پیشگامی در خدمات توانبخشی محلی تبدیل شد.
۳۶۶	۱۱-۱۶- سایر رهبران داوطلب: در خدمت تحقق مفهوم مراقبت جامع
۳۶۸	۱۲-۱۶- داوطلبان بیمار: گامی در راستای تقویت خودمدیریتی و توانمندسازی بیماران
۳۷۰	۱۳-۱۶- حامیان داوطلب: پیشگامان حمایت از حقوق و مزایای بیماران در بلندمدت
۳۷۱	۱۴-۱۶- نمونه‌ای دیگر از تحول نقش SHO ها: شنیده‌شدن صدای بیماران در نظام پزشکی هنگ کنگ
۳۷۲	۱۵-۱۶- موانع استقرار رویکرد جامع در مراقبت‌های اولیه در هنگ کنگ
۳۷۲	۱۶-۱۶- تفسیر محدود دولت از مراقبت‌های اولیه
۳۷۳	۱۷-۱۶- تفسیر محدود مراقبت‌های اولیه و چالش‌های پیش‌روی سازمان‌های غیردولتی
۳۷۳	۱۸-۱۶- فقدان رویکرد جامعه نگر
۳۷۴	۱۹-۱۶- تسلط پزشکی
۳۷۶	۲۰-۱۶- بین حال و آینده
۳۷۸	۲۱-۱۶- محدودیت‌ها

فصل هفدهم بازاریابی اجتماعی در ارتقای سلامت و رفتارهای مرتبط با اصلاح سبک زندگی ۳۸۷

۳۸۷	۱-۱۷- مقدمه
۳۸۹	۲-۱۷- نظریه‌های بازاریابی اجتماعی و تغییر رفتار
۳۸۹	۱-۲-۱۷- خاستگاه بازاریابی اجتماعی

۳۹۱	۱۷-۲-۲- از بازاریابی آمیخته تا تغییر رفتار.....
۳۹۴	۱۷-۳- شواهد در حال ظهور.....
۳۹۵	۱۷-۴- آینده دیجیتال.....
۳۹۶	۱۷-۵- چالش‌ها.....
۳۹۹	۱۷-۶- اثرات موجی.....
۴۰۱	۱۷-۷- مثال‌ها.....
۴۰۱	۱۷-۸- روش‌های به‌کاررفته در کمپین VERB.....
۴۰۱	۱۷-۹- نتایج کمپین VERB.....
۴۰۲	۱۷-۱۰- نتایج سال دوم کمپین VERB.....
۴۰۲	۱۷-۱۱- چالش‌ها و پیامدهای گسترده‌تر کمپین VERB.....
۴۰۳	۱۷-۱۲- مطالعه موردی: انگ سلامت روان و کمپین «زمان تغییر» در بریتانیا.....
۴۰۳	۱۷-۱۳- روش‌های به‌کاررفته در کمپین «زمان تغییر».....
۴۰۴	۱۷-۱۴- انگ روانی و برچسب زنی و پیش‌داوری.....
۴۰۴	۱۷-۱۵- عوارض جانبی ناخواسته کمپین‌های رسانه‌ای سلامت روان.....
۴۰۵	۱۷-۱۶- نتایج کمپین و پیامدهای گسترده‌تر.....
۴۰۶	۱۷-۱۷- نتیجه‌گیری و چشم‌انداز آینده.....
۴۱۴	فصل هجدهم سلامت عمومی در زمینه محیط زیست و مسکن ۴۱۴
۴۱۴	۱۸-۱- مقدمه.....
۴۱۵	۱۸-۲- سلامت و رفاه.....
۴۱۷	۱۸-۳- ساختمان‌های سالم در ساختار محیط.....
۴۱۸	۱۸-۴- تأثیرات محیط ساختمان بر سلامت.....
۴۱۹	۱۸-۵- دیدگاه فیزیولوژیک.....
۴۱۹	۱۸-۶- بیماری‌های قلبی-عروقی.....
۴۲۰	۱۸-۷- آسم و بیماری‌های تنفسی.....
۴۲۱	۱۸-۸- فعالیت‌های جسمانی.....
۴۲۱	۱۸-۹- مرگ و میر ناشی از سرطان.....
۴۲۲	۱۸-۱۰- دیدگاه روان‌شناختی.....
۴۲۳	۱۸-۱۱- افسردگی.....
۴۲۳	۱۸-۱۲- پیشنهادات.....
۴۲۴	۱۸-۱۳- ایجاد محیط‌های زندگی دوستدار جامعه.....
۴۲۵	۱۸-۱۴- ساختمان‌های سالم.....
۴۲۵	۱۸-۱۵- پژوهش میان رشته‌ای.....
۴۲۶	۱۸-۱۶- نتیجه‌گیری نهایی.....
۴۳۳	فصل نوزدهم آمادگی در برابر بلایا در جامعه ۴۳۳
۴۳۳	۱۹-۱- آمادگی در برابر بلایا.....
۴۳۴	۱۹-۲- نقش بلایا در میادین و بیمارستان‌ها.....
۴۳۶	۱۹-۳- نقش مراقبت‌های اولیه سلامت در آمادگی در برابر بلایا.....
۴۳۷	۱۹-۴- حمایت جسمی و روانی در بلایا.....
۴۳۸	۱۹-۵- آموزش و توسعه ظرفیت انسانی در آمادگی بلایا.....
۴۳۹	۱۹-۶- تمرین پزشکی بلایا در خدمات پزشکی کمکی.....

۱۹-۷- نقش و کارکردهای کلیدی اعضای داوطلب AMS: ۴۳۹
 ۱۹-۸- استقرار استراتژیک و نقش داوطلبان ۴۴۲
 ۱۹-۹- چالش‌ها و توصیه‌ها ۴۴۲

بخش چهارم

آموزش و چشم‌اندازهای توسعه در آینده

فصل بیستم آموزش مستمر و مادام‌العمر برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جامعه ۴۴۵

۲۰-۱- مقدمه ۴۴۵
 ۲۰-۲- یادگیری مادام‌العمر ۴۴۶
 ۲۰-۲-۱- تعاریف یادگیری ۴۴۶
 ۲۰-۲-۲- تعاریف یادگیری مادام‌العمر ۴۴۷
 ۲۰-۲-۳- اشکال یادگیری مادام‌العمر ۴۴۷
 ۲۰-۳-۱- یادگیری رسمی ۴۴۸
 ۲۰-۳-۲- یادگیری غیررسمی آگاهانه ۴۴۸
 ۲۰-۳-۳- یادگیری غیررسمی ناآگاهانه ۴۴۸
 ۲۰-۳-۴- یادگیری خودراهبردی ۴۴۹
 ۲۰-۳-۵- یادگیری بین حرفه‌ای ۴۴۹
 ۲۰-۴- دستیابی به یادگیری مادام‌العمر ۴۴۹
 ۲۰-۵- توسعه حرفه‌ای مستمر (CPD) ۴۵۰
 ۲۰-۵-۱- تعاریف و مفاهیم ۴۵۰
 ۲۰-۵-۲- توسعه حرفه‌ای مستمر و ارتقای استانداردهای حرفه‌ای ۴۵۰
 ۲۰-۵-۳- یادگیری مادام‌العمر برای کارکنان سلامت ۴۵۱
 ۲۰-۶- برنامه‌های درسی پزشکی ۴۵۲
 ۲۰-۷- آموزش مداوم برای متخصصان سلامت ۴۵۲
 ۲۰-۸- فناوری‌ها آموزش مداوم پزشکی را تسهیل می‌کنند ۴۵۲
 ۲۰-۹- فعالیت‌های تأملی، یادگیری را تسهیل می‌کنند ۴۵۳
 ۲۰-۱۰- یادگیری بین حرفه‌ای برای متخصصان سلامت ۴۵۳
 ۲۰-۱۱- توسعه حرفه‌ای مستمر برای متخصصان سلامت ۴۵۴
 ۲۰-۱۲- یادگیری مادام‌العمر برای جامعه ۴۵۴
 ۲۰-۱۳- آموزش مبتنی بر اجتماع برای متخصصان سلامت ۴۵۵
 ۲۰-۱۴- یادگیری خدمت‌محور؛ پیوندی میان متخصصان و جامعه ۴۵۵
 ۲۰-۱۵- نتیجه‌گیری ۴۵۶

فصل بیست و یکم توسعه و کاربرد فناوری‌های همراه و اینترنت اشیا در حمایت از مراقبت‌های اولیه

سلامت ۴۶۳

۲۱-۱- مقدمه ۴۶۳
 ۲۱-۲- ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق دورافتاده با استفاده از تلفن همراه ۴۶۴
 ۲۱-۳- مدیریت بیماری و بهینه‌سازی سلامت با استفاده از تلفن همراه و اینترنت اشیا ۴۶۶
 ۲۱-۴- کاربرد فناوری اطلاعات در پیشگیری از عود اسکیزوفرنی و مدیریت آسم ۴۶۶
 ۲۱-۵- استفاده از تلفن همراه و اینترنت اشیا برای ترویج فعالیت‌های بدنی ۴۶۸
 ۲۱-۵-۱- اهمیت فعالیت‌های بدنی ۴۶۸
 ۲۱-۶- رابطه بین فعالیت بدنی و عملکرد تحصیلی ۴۶۹

۴۷۰	۷-۲۱- پله‌نوردی (SC).....
۴۷۱	۸-۲۱- تشخیص حرکت با استفاده از شماره‌های مادون قرمز.....
۴۷۱	۹-۲۱- استفاده از کدهای QR با تلفن همراه.....
۴۷۲	۱۰-۲۱- استفاده از برچسب‌های NFC در تلفن‌های همراه.....
۴۷۲	۱۱-۲۱- استفاده از فرستنده‌های کم‌انرژی بلوتوث در تلفن‌های همراه.....
۴۷۳	۱۲-۲۱- استفاده از تلفن همراه در پزشکی از راه دور (Telemedicine).....
۴۷۷	۱۳-۲۱- استفاده از کلان داده‌ها و هوش مصنوعی (AI).....
۴۷۸	۱۴-۲۱- نتیجه‌گیری نهایی.....
۴۸۱	فصل بیست و دوم ابتکار عمل «دانشگاه شاد» در هنگ کنگ
۴۸۱	۱-۲۲- مقدمه.....
۴۸۲	۲-۲۲- پیشینه و اهداف.....
۴۸۳	۳-۲۲- روش‌شناسی.....
۴۸۳	۱-۳-۲۲- طراحی مطالعه.....
۴۸۳	۲-۳-۲۲- ابزار گردآوری داده‌ها.....
۴۸۴	۳-۳-۲۲- انتخاب افراد.....
۴۸۴	۴-۲۲- ملاحظات اخلاقی.....
۴۸۴	۵-۲۲- تجزیه و تحلیل و یافته‌ها.....
۴۸۴	۱-۵-۲۲- تحلیل آماری.....
۴۸۴	۶-۲۲- اطلاعات جمعیتی.....
۴۸۴	۷-۲۲- اثرات کار آکادمیک.....
۴۸۴	۱-۷-۲۲- اضطراب تحصیلی.....
۴۸۵	۲-۷-۲۲- استرس تحصیلی.....
۴۸۵	۳-۷-۲۲- ناامیدی تحصیلی.....
۴۸۵	۴-۷-۲۲- رضایت از نتیجه تحصیلی.....
۴۸۵	۵-۷-۲۲- حجم کار.....
۴۸۶	۸-۲۲- سلامت دانشجویان.....
۴۸۶	۱-۸-۲۲- دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت.....
۴۸۶	۹-۲۲- روابط ایجادشده در مؤسسه آموزش عالی.....
۴۸۶	۱۰-۲۲- وضعیت سلامت.....
۴۸۶	۱۱-۲۲- خدمات حمایتی.....
۴۸۷	۱۲-۲۲- آمادگی شغلی.....
۴۸۷	۱۳-۲۲- نگرانی‌های مالی.....
۴۸۷	۱۴-۲۲- مدیریت زمان.....
۴۸۷	۱-۱۴-۲۲- زمان استراحت.....
۴۸۸	۲-۱۴-۲۲- فعالیت‌های فوق‌برنامه.....
۴۸۸	۳-۱۴-۲۲- رضایت از مدیریت زمان.....
۴۸۸	۱۵-۲۲- محیط دانشگاه.....
۴۸۸	۱۶-۲۲- ارتباط بین روابط و مسائل روانی.....
۴۸۸	۱۷-۲۲- بحث.....
۴۸۹	۱-۱۷-۲۲- سلامتی.....

۴۹۰	..... آکادمی ۲-۱۷-۲۲
۴۹۲	..... تفاوت در سواد سلامت ۳-۱۷-۲۲
۴۹۲	..... توصیه‌ها ۱۸-۲۲
۴۹۲	..... بازتعریف ارزش‌های دانشگاهی ۱-۱۸-۲۲
۴۹۴	..... محدودیت‌ها ۱۹-۲۲
۴۹۴	..... نتیجه‌گیری ۲۰-۲۲
۴۹۵	..... ضمیمه ۲۱-۲۲
۴۹۵	..... پرسشنامه دانشگاه شاد ۱-۲۱-۲۲
۴۹۹	فصل بیست و سوم نظام‌های سلامت منطقه‌ای و توانمندسازی ۴۹۹
۴۹۹	..... پیشینه‌ای بر سلامت منطقه‌ای ۱-۲۳
۵۰۰	..... سلامت منطقه‌ای چیست؟ ۲-۲۳
۵۰۳	..... چگونگی عملکرد سلامت منطقه‌ای ۳-۲۳
۵۰۳	..... پیشگیری اولیه ۱-۳-۲۳
۵۰۴	..... پیشگیری ثانویه ۲-۳-۲۳
۵۰۴	..... پیشگیری ثالثیه ۳-۳-۲۳
۵۰۴	..... پیشگیری از سردرگمی ۴-۲۳
۵۰۴	..... پیشگیری از اثرات نامطلوب مداخلات سلامت ۱-۴-۲۳
۵۰۵	..... مطالعه موردی: مرکز سلامت منطقه کوای تسینگ ۵-۲۳
۵۰۸	..... ظرفیت‌سازی برای مرکز سلامت در حوزه عملیاتی ۶-۲۳
۵۰۸	..... مراقبت حاد در مقایسه با مراقبت اجتماعی ۱-۶-۲۳
۵۰۹	..... برنامه ریسک بستری بیمارستان (HARP) در استرالیا ۷-۲۳
۵۱۰	..... خودکارآمدی در مدیریت بیماری‌های مزمن ۸-۲۳
۵۱۱	..... رویکرد فرارشته‌ای در برنامه مراقبت مبتنی بر جامعه ۹-۲۳
۵۱۲	..... سازماندهی بیمار برای مدیریت شرایط مزمن ۱۰-۲۳
۵۱۴	..... رویکرد «بیمار متخصص» و ضرورت تحول در نظام مراقبت‌های اولیه منطقه‌ای ۱۱-۲۳
۵۱۵	..... مسیر پیش رو ۱۲-۲۳
۵۱۷	..... سخن پایانی
۵۱۷	..... رویکرد تیمی میان‌رشته‌ای در نظام سلامت منطقه‌ای
۵۱۷	..... تیم میان‌رشته‌ای سلامت منطقه و وظایف آنها