نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، تابستان ۱۴۰۱، شماره دوم، صفحات ۲۸۱ تا ۲۹۱

مروری

پزشک خانواده جزء ضروری نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت منطقه مدیترانه شرقی: با تأکید بر جمهوری اسلامی ایران

نرگس تبریزچی[1*]

۱. * **نویسنده مسئول:** استادیار پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران، narges_tabrizchi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: برنامه پزشک خانواده با هدف گسترش عدالت در سلامت و ارائه خدمات و مراقبت‌های جامع و مستمر سلامت به تمامی سنین طراحی شد. با این حال چالش‌ها و مشکلات در بخش‌های مختلف برنامه وجود دارد. این مطالعه به بررسی وضعیت برنامه پزشک خانواده و تحلیل هرکدام از حیطه‌های مرتبط با برنامه در کشورهای مدیترانه شرقی به‌خصوص ایران می‌پردازد.

روش: این مطالعه به صورت مرور نظام‌مند طراحی شد. جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی Magiran، SID، EBSCo، Pubmed، Google scholar، با کلیدواژه‌های مرتبط در بازه زمانی ۲۰۱۶ تا سال ۲۰۲۲ انجام گرفت. مقالات براساس معیارهای مورد نظر انتخاب و بررسی شدند. تحلیل محتوای ۶۳ مقاله انجام و مطالب در ۵ حیطه حکمرانی و مقررات، آموزش، منابع مالی، ارائه خدمات کیفی و توانمندسازی جامعه دسته‌بندی شد.

یافته‌ها: از تحلیل مطالعات پیشین ۲۳ حیطه فرعی ذیل ۵حیطه شناسایی شد: عوامل مدیریتی، پرونده الکترونیک، جذب و نگهداشت نیروی انسانی، نظام ارجاع، ارزیابی و ارزشیابی، نظام آموزشی، محتوای آموزش، روش آموزش، محل آموزش، بازآموزی، مهارت‌های ارتباطی، تأمین مالی، پرداخت به پزشکان، نظام بیمه، دسترسی به خدمات، ارزیابی کیفیت خدمات، ارتباط مناسب با مراجعان، رضایت ارائه‌دهندگان خدمت، رضایت‌گیرندگان خدمت، فرهنگ‌سازی، آموزش و اطلاع‌رسانی به جامعه، اصلاح نگرش جامعه و مشارکت اجتماعی.

نتیجه‌گیری: درهریک از حیطه‌های اصلی و زیر حیطه‌ها چالش‌ها و مشکلاتی وجود دارد که با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر شواهد قابل تعدیل و اصلاح هستند. به این ترتیب می‌توان انتظارداشت برنامه پزشک خانواده گسترش یافته و در جامعه نهادینه شود.

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، ایران، پزشکان خانواده، خدمات بهداشتی درمانی

مقدمه

یکی از اهداف مهم نظام‌های سلامت، حصول اطمینان از سلامت جامعه و ارتقا بهزیستی آحاد مردم در تمامی سنین است. ارائه خدمات سلامت در قالب مراقبت‌های اولیه سلامت (ادغام یافته) بعد مهمی از ابعاد پوشش همگانی سلامت است. فراهمی خدمات سلامت کیفی به عنوان هدف سوم توسعه پایدار هم ذکر شده است. شواهد حاکی از این است که بهترین روش ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت ادغام یافته با اتخاذ رویکرد پزشک خانواده قابل انجام است(۱). رویکرد پزشک خانواده به عنوان راهکاری در جهت ارتقای دسترسی احاد جامعه به خدمات سلامت و حرکتی در جهت عدالت در سلامت شناخته می‌شود(۲). این رویکرد به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای مردم جامعه و درجهت ارائه خدمات و مراقبت‌های جامع و مستمر سلامت و در تمامی سنین طراحی شده است(۳). سازمان بهداشت جهانی، پزشک خانواده را رویکردی هزینه اثربخش معرفی می‌کند. برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و مناطق شهری کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر واز سال ۱۳۹۱ به صورت آزمایشی در جمعیت شهری دو استان مازندران و فارس به اجرا درآمد(۴). ارزیابی‌های انجام گرفته نشان داد با وجود دستاوردهای مثبت طرح در افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، افزایش رضایت، بهبود شاخص‌های بهداشتی، چالش‌های متعددی در حوزه‌های تولیت، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعات وجودداشته است(۷-۴).

در تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی، ایران جزء منطقه مدیترانه شرقی است. در این منطقه علاوه بر ایران ۲۱ کشور دیگر(افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، جمهوری اسلامی ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، فلسطین، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

امارات متحده عربی و یمن) نیز قراردارند. کمیته منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در شصت و سومین نشست خود در سال ۲۰۱۶، با استفاده ازگزارش ارزیابی برنامه پزشک خانواده در کشورهای منطقه، وضعیت کشورهای منطقه را از نظر اتخاذ رویکرد پزشک خانواده تحلیل کرد(۱):

در این گزارش رویکرد پزشک خانواده، تمامی خدمات و مراقبت‌های سلامتی که توسط پزشک خانواده و همکاران آن، به صورت جامع، مستمر، مبتنی بر جامعه، هماهنگ، باهمکاری و به صورت فردی و خانوادگی و براساس نیازشان درطول زندگی، ارائه می‌شود؛ تعریف شده است. در نتایج ارزیابی اشاره شده است که در بیش از ۷۰درصد کشورهای منطقه پزشک خانواده در سیاست‌های ملی و برنامه‌ها آمده است با این حال چالش‌هایی نیز به چشم می‌خورد. در حوزه حکمرانی حمایت سیاسی قدرتمندی برای تداوم اجرای سیاست‌ها نیاز است تا پزشکی خانواده به عنوان اولویت به صورت بلند مدت باقی بماند. در بخش مدیریت مهارت‌های فنی برای پیاده‌سازی برنامه‌ها لازم است. در استان‌ها نیاز به ظرفیت‌سازی و اعطای اختیارات به منظور تمرکززدایی و برنامه‌ریزی براساس نیازهای منطقه و نظارت براقدامات موجود است. درقسمت ارائه خدمات اغلب برنامه‌ها جزیره‌ای و ازهم گسسته انجام شده است و هنوز ارائه خدمات کیفی، ایمنی بیمار و اعتباربخشی مراکز به عنوان چالش وجود دارد. در مصر،ایران، عراق، اردن ، مراکش و سودان عوارض نامطلوب در بخش بستری شیوع٪۱۷، داشته است.وجود نقص در نظام ارجاع در کشورهای منطقه بار بیمارستان‌ها را بالابرده و باعث می‌شود؛٪۶۰-٪۸۰ بودجه وزارت بهداشت و درمان صرف بیمارستان‌ها شده و بخش بهداشت بودجه کافی نداشته باشد. به دلیل تغییرات ساختار جمعیتی و افزایش تعداد افراد مسن ، تمامی کشورهای منطقه نیازمند راه اندازی سازوکار ارائه خدمات سلامت در منازل برای افراد مسن و ناتوان هستند. باوجود گذشت بیش از دودهه از فعالیت‌های مبتنی برجامعه درافغانستان، ایران، پاکستان، سومالی و سودان لازم است مشارکت اجتماعی به عنوان جزئی از ارائه خدمات اولیه سلامت و پزشکی خانواده لحاظ شود. درمورد تعداد پزشک خانواده هم چالش‌هایی وجود دارد و لازم است تا گروه‌های پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی فعال شوند. با این حال بررسی‌ها نشان داده است که اقبال دانشجویان برای رفتن به رشته تخصص پزشک خانواده کمتر از سایر تخصص‌ها است و دلیل آن هم نبود الگوی مناسب برای دانشجویان، ماهیت آموزش دوره پزشکی که بیشتر در بیمارستان انجام می‌شود و مواجهه اندک دانشجویان با پزشکان خانواده باشد. به منظور جذب پزشکان عمومی برای فعالیت در بخش پزشک خانواده استفاده از تجارب موفق کشورهای سایر مناطق سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است. برای آموزش مهارت‌های فنی مورد نیاز پزشکان توصیه به برنامه‌های ملی بریجینگ شده است .

درکل ارزیابی نشان می‌داد اکثر این کشورها در مورد توسعه پزشک خانواده در سطح پایینی قراردارند؛ بنابراین کمیته منطقه‌ای دستورالعمل اجرایی را در ۵ حیطه، حکمرانی و مقررات، آموزش ، منابع مالی، ارائه خدمات کیفی و توانمندسازی جامعه درجهت ارتقا برنامه پزشک خانواده معرفی و راهبردهایی هم برای هر حیطه پیشنهاد کرد. حال بعد از گذشت هفت سال از صدور دستورالعمل هدف از مقاله حاضر مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده با موضوع برنامه پزشک خانواده و تحلیل هرکدام از حیطه‌های فوق در منطقه مدیترانه شرقی بخصوص ایران است.

روش

مطالعه حاضر به صورت مرور نظام‌مند در سال۱۴۰۱ طراحی شده است. مطالعات فارسی و انگلیسی مرتبط با برنامه پزشک خانواده در کشورهای مدیترانه شرقی به‌خصوص ایران مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه از الگوی هفت مرحله‌ای سندلوسکی و باروسو مطابق مراحل زیر استفاده شده است(۸):

۱. مشخص‌کردن سؤال پژوهش، ۲. مرور نظام‌مند مقالات، ۳. بررسی مقالات به دست آمده ۴. استخراج اطلاعات از مقالات، ۵. تحلیل یافته‌ها، ۶. کنترل کیفیت نتایج، ۷. تدوین مستند

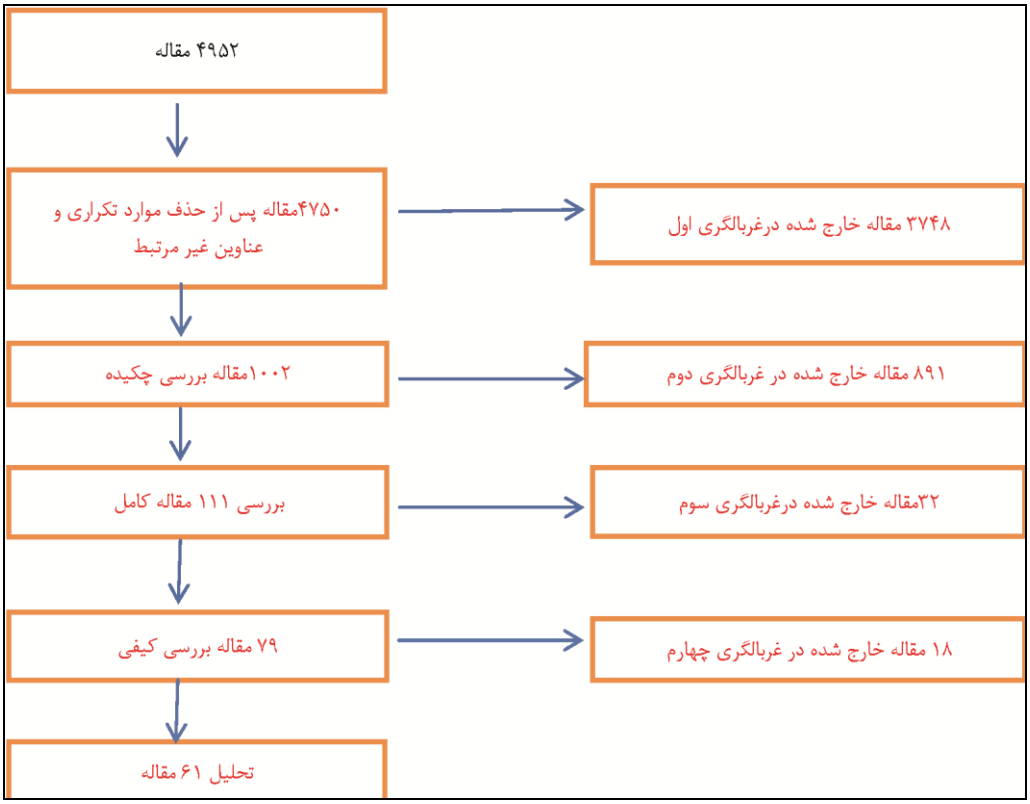
با مرور نظام‌مند پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی Magiran، SID، EBSCo، Pubmed، Google scholar، باکلیدواژه‌های پزشک خانواده، برنامه، اجرا و مدیترانه شرقی و معادل‌های انگلیسی آن در بازه زمانی ۲۰۱۶ تا سال ۲۰۲۲، مقالات شناسایی شدند. علت انتخاب این بازه زمانی اعلامیه منتشرشده حاصل از شصت و سومین نشست کمیته منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۶ بود (۱). معیار انتخاب مقالات شامل وجود متن کامل مقاله، مرتبط بودن با حیطه های پنجگانه، زبان فارسی یا انگلیسی و به دست آوردن حداقل امتیاز از بررسی کیفی بود. قدم اول مقالات تکراری حذف شدند سپس بررسی مقالات براساس عنوان و چکیده انجام شد. متن کامل مقالات باقی مانده مورد مطالعه قرار گرفت. کیفیت مقالات باقی مانده با استفاده از بازبینه CASP مورد ارزیابی قرار گرفت. مقالاتی که امتیاز متوسط و بالاتر را کسب کردند مورد تحلیل قرار گرفتند و یافته‌ها به تفکیک حیطه‌های پنجگانه ارائه شد.

یافته‌ها

چارچوب پیشنهادی حاصل از شصت و سومین نشست کمیته منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۶ و معرفی ۵ حیطه عملیاتی درجهت ارتقا پزشک خانواده(۱)، شامل: حکمرانی و مقررات، آموزش، منابع مالی، ارائه خدمات کیفی و توانمندسازی جامعه برای دسته بندی و ارائه نتایج حاصل ازبررسی مطالعات پیشین استفاده شد. جدول ۱ تحلیل مقالات را به تفکیک حوزه‌های فوق نشان می‌دهد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]



شکل ۱- استراتژی جستجو و انتخاب مقالات

حیطه ۱. حکمرانی و مقررات

عوامل مدیریتی

حمایت تصمیم گیران ارشد نظام سلامت از برنامه پزشکی خانواده باید به نحوی باشد که این برنامه به عنوان برنامه اصلی نظام سلامت در تمامی قوانین و مقررات جاری و ساری شود. دیدگاه دولت‌مردان درمورد برنامه‌ها و سیاست‌ها متضمن اجرای آن برنامه‌ها ست(۶). لازمه اهمیت یافتن برنامه پزشک خانواده فرهنگ‌سازی و اغنای مقامات سیاسی است.

مطالعه‌ای که به بررسی برنامه پزشک خانواده در ایران و تعدادی از کشورهای منتخب پرداخته بود نشان داد درتمامی کشورهای مورد بررسی ازجمله ایران، ترکیه ومصر متولی اصلی نظام سلامت و سیاست‌های آن از جمله پزشک خانواده، وزارت بهداشت است ولی آنچه که باعث موفقیت سیاست‌ها برای مثال در انگلستان شده، تقویت جایگاه حکمرانی است(۷). موفقیت هر سیاست به شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع نیز مرتبط است به نحوی که تقویت موارد کنترلی در اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده نقش اساسی دارد(۹). عدم توجیه سیاست‌گذاران، تغییرات مکرر مسئولان تصمیم ساز وزارت بهداشت در حوزه پزشک خانواده، مهارت ناکافی برنامه‌ریزان، رویکرد اجرایی نامتناسب وشتاب زدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق، عدم بومی‌سازی و شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف و وظایف و مسئولیت‌ها از جمله ضعف‌های حوزه حکمرانی در کشور است(۱۰).

پرونده الکترونیک

یکی از اجزای مهم برنامه پزشک خانواده، ثبت اطلاعات بیماران، مراجعان و بطور کلی جمعیت تحت پوشش است. راه‌اندازی نظام اطلاعات جامع و تشکیل پرونده الکترونیک برای افراد، نیازمند اتخاذ تدابیر، سیاست‌ها و قوانینی در جهت طراحی، ایجاد و راه‌اندازی زیرساخت‌های لازم و تسهیل اجرا است(۱۳-۱۱). در این بین بیشترین عامل مؤثر در استقرار پرونده الکترونیک مولفه‌های مدیریتی و نظارتی هستند (۲۱،۳۰). نظام جامع اطلاعات یکی از چالش‌های مهم برنامه پزشک خانواده در ایران است(۳۳-۲۹).

جذب و نگهداشت نیروی انسانی

نیروی انسانی به‌خصوص پزشکان خانواده نقش محوری در برنامه پزشک خانواده ایفا می‌کنند. بنابراین سیاست‌های مرتبط با جذب و نگهداشت پزشکان خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شواهد حاکی از آن است که به ازای ۱۰درصد افزایش در تعداد پزشک خانواده نقایص موجود در نظام ارجاع ۴،۳درصد کاهش می‌یابند(۲۵). عوامل مدیریتی بطورمستقیم و غیرمستقیم(با تأثیربر سایر عوامل) در ماندگاری پزشکان خانواده مؤثر است(۱۸). عواملی که با ورود پزشکان به برنامه پزشک خانواده یاخروج ایشان مرتبط هستند؛ عبارتند از شرایط محیط کاری، برنامه‌های ارتقاء دانشی، نوع قرارداد، نظام پرداخت، کیفیت زندگی، رضایت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.22034/6.2.11]

جدول ۱- تحلیل مقالات به تفکیک حوزه‌های پنجگانه

حیطه اصلی	حیطه‌های فرعی	مقالات مرتبط
حکمرانی و مقررات	عوامل مدیریتی	۳۲-۳۱-۲۹-۲۸-۲۶-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۷-۱۴-۱۳-۱۲-۱۰-۹-۷-۶
	پرونده الکترونیک	۳۳-۳۱-۳۰-۲۹-۲۱-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰
	جذب و نگهداشت نیروی انسانی	۶۵-۲۹-۲۵-۲۳-۲۲-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۳-۱۱-۷
	نظام ارجاع	۲۹-۲۸-۲۷-۲۴-۲۱-۲۰-۱۹-۱۷
	ارزیابی و ارزشیابی	۵۵- ۲۹-۲۸-۲۶-۲۴-۲۲-۲۱
آموزش	نظام آموزشی	۴۱-۴۰-۳۸-۲۱-۲۰-۷
	محتوای آموزش	۳۷-۱۴-۷
	روش آموزش	۳۶-۳۵
	محل آموزش	۱۴
	بازآموزی	۴۰-۱۴
	مهارت‌های ارتباطی	۳۵-۳۴-۱۳
منابع مالی	تأمین مالی	۶۱-۴۳-۴۲-۲۱-۱۲
	پرداخت به پزشکان	۵۹-۴۶-۴۳-۴۲-۳۸-۲۲-۲۱-۱۷-۱۲-۱۱
	نظام بیمه	۶۲-۴۶-۴۵-۴۴-۲۹-۱۷-۱۲-۱۱
ارائه خدمات کیفی	دسترسی به خدمات	۶۶-۶۴-۵۶-۵۲-۳۲-۲۹-۹
	ارزیابی کیفیت خدمات	۶۶-۵۷-۵۶-۳۹-۳۲
	ارتباط مناسب با مراجعان	۶۷-۵۸-۹
	رضایت ارائه دهندگان خدمت	۶۰-۵۴-۵۳-۳۲-۱۶
	رضایت گیرندگان خدمت	۵۸-۵۴-۵۳-۴۷-۳۲-۹
توانمندسازی جامعه	فرهنگ سازی	۴۸-۴۶-۳۸-۲۱-۲۰-۱۹-۱۷-۱۴-۱۰-۹
	آموزش واطلاع رسانی به جامعه	۶۶-۶۳-۵۲-۵۰-۴۹-۴۶-۳۹-۳۸-۳۵-۲۲-۱۸-۱۷-۱۰-۹
	اصلاح نگرش جامعه	۵۰-۱۸-۱۴
	مشارکت اجتماعی	۶۸-۵۱

از برنامه پزشک خانواده،(۱۳،۱۶،۶۵). بهبود عوامل و شرایط محیطی مهم‌ترین عامل در ماندگاری پزشکان شناخته می‌شوند(۱۸). نبود مکانیسم مشخص برای جذب پزشکان و استفاده عمده از پزشکان طرحی و تعدد برنامه‌های پزشک خانواده با تغییرات مکرر از ضعف‌های مدیریت نیروی انسانی است(۱۷).

نظام ارجاع

سطح بندی خدمات و تقویت نظام ارجاع نیز از اجزای مهم برنامه پزشک خانواده است که هم به پشتوانه قانونی و سیاست‌گذاری (مدیریتی، سیاستی، برنامه ریزی، قوانین و مقررات) و هم به ساختارهای مناسب بیمه‌ای، فناوری(ارجاع الکترونیکی، هماهنگی، پاسخ، بازخورد)، فرایندی(اثربخشی،کارامدی)، والزامات فردی (پوشش بیمه، سرمایه اجتماعی، نقل و انتقال، آگاهی، نگرش، رضایتمندی، تأثیرجامعه) نیازمند است(۱۹،۲۴). با اینکه نظام ارجاع باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی عادلانه و ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی می‌شود؛ ولی وجود ضعف‌های نظارتی، مدیریتی، نبود همسویی میان سیاست‌گذاران و عدم استقرار کامل پرونده الکترونیک سلامت، امکانات ناکافی مراکز ارائه‌دهنده خدمات وعدم هماهنگی درون و برون بخشی باعث ایجاد مشکلات در زمینه ارجاع می‌شوند(۱۷،۲۰،۲۸).

ارزیابی و ارزشیابی

یکی دیگر از اجزای مهم در هر برنامه، ارزیابی دوره‌ای، بازنگری در برنامه‌های اجرایی و نظارت بر نحوه اجرای برنامه است(۲۴). بررسی‌ها نشان دادند اغلب نقش آفرینانی که در استقرار و اجرای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

برنامه پزشک خانواده نقش داشتند، عملکردشان در راستای بهبود برنامه نبوده است(۲۶). درمطالعه‌ای که به منظور تحلیل دیدگاه پزشکان و مدیران نظام سلامت در مورد دستورالعمل پزشک خانواده شهری انجام گرفت؛ نشان داد با وجود تایید محتوای دستورالعمل ولی اکثر افراد معتقد بودند اجرای آن در کشور نیازمند فراهم آوردن زیرساخت است و در شرایط فعلی قابلیت اجرا ندارد(۲۱). مطالعه دیگر شفافیت بیشتر دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست پزشک خانواده را مورد تاکید قرار داد(۲۲). در ارزیابی برنامه پزشک خانواده در استان مازندران، اجرای برنامه در مناطق روستایی را بهتراز مناطق شهری عنوان کرد(۵۵). این گونه پایش‌ها به شناسایی نقاط قوت و ضعف کمک می‌کند و امکان اصلاح در دوره کوتاه‌تر را فراهم می‌سازد.

به طورکلی در حیطه حکمرانی باید از فرصت حمایت و عزم مسئولان، پشتوانه قانونی و اسناد بالادستی، وجود مدیران متعهد استفاده کرد و ضعف‌ها و چالش‌های موجود در بخش‌های مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرایند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی را مرتفع کرد(۲۸،۲۹).

حیطه ۲. آموزش

نظام آموزشی

به منظور تأمین تعداد پزشک خانواده مورد نیاز برای ارائه خدمات به جمعیت مشخص در هر کشور، سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده است دانشکده های پزشکی، گروه‌های پزشک خانواده را ایجاد و گسترش دهند تا با افزایش سالانه تعداد پزشکان خانواده به هدف مشخص شده تا سال ۲۰۳۰ دست یابند(۱). مطالعه مقایسه‌ای در خصوص اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران و شش کشور منتخب بر نیاز مبرم کشورها برای راه‌اندازی و تقویت برنامه های آموزش پزشک خانواده با معرفی و مشخص کردن وظایف و عملکرد مورد انتظار برای ارائه خدمات تاکید کرده است(۷).

محتوای آموزش

طول مدت آموزش پزشک خانواده براساس شرایط کشورها متغیراست(۴۱،۴۰). محتوای آموزش نیز براساس نیاز جوامع و شکایت‌های شایع بیماران متفاوت طراحی می‌شود. یکی از ضعف‌های آموزشی عدم ایجاد دید اجتماعی در دوره آموزش عمومی پزشکی در دانشجویان و عدم آشنایی ایشان از محیط ارائه خدمت و جامعه هدف است(۱۴). انتظار می‌رود دانشجویان برای ارائه خدمات مبتنی بر نیازهای جامعه، آموزش ببینند و این آموزش در دوره‌های باز آموزی تکرار شود(۱۴). بنابراین بازنگری برنامه درسی دوره آموزش پزشکان عمومی ازدیدگاه پزشکی خانواده و اولویت پیشگیری بردرمان ضروری به‌نظر می‌رسد(۳۷).

روش آموزش

در مطالعه‌ای که به منظور معرفی بهترین روش آموزش برای آمادگی ارائه خدمت به عنوان پزشک خانواده انجام گرفت؛ برنامه رزیدنتی پزشک خانواده و برنامه آموزشی بریجینگ، بالاترین رتبه را کسب کردند(۳۵،۳۶). درمطالعه دیگر بهترین مدل آموزش در دوره رزیدنتی پزشک خانواده را مدل مسئله محور و بدترین آن را آموزش در دسته‌های کوچک عنوان کرد(۳۷).

محل آموزش

باید محل آموزش دانشجویان به جای بیمارستان، به درمانگاه یا مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی منتقل شود تا آشنایی با محل ارائه خدمت و مسئولیت‌های آینده حاصل شود(۱۴).

بازآموزی

آموزش‌های مهارت آموزی پزشک خانواده قبل از ورود، حین ورود و در طول خدمت رسانی ارائه می‌شود. اهمیت دوره‌های بازآموزی و ارتقاء توانمندی‌های پزشکان خانواده و به روز رسانی اطلاعات مطابق نیازهای جامعه همواره مورد تاکید بوده است(۱۴،۴۰).

مهارت‌های ارتباطی

ارتقاء ارتباط بین فردی، یکی از مهارت‌هایی است که پزشکان هم در تعاملات درون بخشی و برون بخشی و هم در ارتباط با مراجعان به آن نیازمندند. توانایی برقراری ارتباط در افزایش رضایت مراجعان هم مؤثر است (۳۴). اشکالات این حوزه به عنوان یکی از موانع اجرای برنامه پزشک خانواده شناخته شده است(۱۳). به اعتقاد مراجعان به پزشکان خانواده در ترکیه هم این حیطه نیازمند تقویت بود(۳۴). بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی باید از سال‌های اول دوره پزشک عمومی مورد توجه قرارگیرد و از تمامی فرصت‌های آموزشی در جهت تقویت و نهادینه شدن آن استفاده کرد(۳۵).

در مجموع اجرای موفقیت آمیز برنامه پزشکی خانواده نیازمند تربیت نیروی انسانی متناسب است. حداقل ۳پزشک خانواده به ازای ۱۰هزارنفر را تعداد مناسب پزشک معرفی کرده‌اند(۱). تربیت پزشکان خانواده آگاه به برنامه و وظایف محوله درسیستم آموزشی منسجمی امکان پذیراست که نیازهای آموزشی را بداند و برای آن برنامه‌ریزی کند و با استفاده از روش‌های مناسب، در محل‌هایی که در آینده خدمت‌رسانی پزشک خانواده انجام خواهد شد صورت پذیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

حیطه ۳. منابع مالی

تأمین مالی

لحاظ کردن بودجه مشخص برای برنامه پزشک خانواده به عنوان بخشی از بودجه سالانه نظام سلامت برای اطمینان از تخصیص به موقع منابع مالی توصیه می‌شود(۱). برای هزینه کرد مناسب بودجه پزشک خانواده تجربیات جهانی توصیه می‌کنند با آگاهی‌بخشی به پزشکان از تبعات مالی تصمیماتشان و توانمندسازی ایشان برای ایفای نقش، امکان مشارکت بیشتر پزشکان درامور صندوق‌داری فراهم شود(۶۱).

پرداخت به پزشکان

درمورد منابع تأمین مالی برنامه پزشک خانواده، کشورهای مختلف شیوه‌های متنوعی را انتخاب می‌کنند در مطالعه‌ای که به بررسی چندین کشور توسعه یافته و درحال توسعه پرداخت؛ بهترین راه حل را تجمیع منابع و تکیه برمنابع عمومی پیشنهاد کرد (۴۲). در ایران نیز به دلیل وجود مشکلات در تأمین بودجه واعتبارات برنامه و تأخیر در پرداخت‌ها پیشنهاد شده است؛ منبع مالی مستقل و پایداری برای برنامه پزشک خانواده در نظر گرفته شود(۴۳،۳۸،۱۲).

شیوه‌های خرید خدمت از پزشکان خانواده براساس مفاد قرارداد گوناگون است. این شیوه‌ها آمیزه‌ای از حقوق سالانه، سرانه، تشویقی، پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید راهبردی است. در ایران پرداخت به پزشکان خانواده شهری بیشتر به صورت سرانه انجام می‌شود (۴۲). در مطالعه‌ای پزشکان عمومی شاغل در مناطق محروم کشور درخصوص نوع قرارداد پزشک خانواده تأثیرگذارترین عامل درقبول مسئولیت را، کارفرما بودن سازمان نظام پزشکی(بجای نظام بیمه) و در رتبه‌های بعد داشتن سهمیه در امتحان دستیاری (بعد از پنج سال خدمت)، امکان ثبت نام از مراجعان خارج از محدوده، امکان ارائه خدمت خارج از بسته خدمتی و کوتاه‌تربودن طول مدت قرارداد (۳سال در مقابل ۵سال) بیان کردند(۵۹) از چالش‌های مورد اشاره مطالعات در مورد خرید خدمت از پزشکان، عدم وجود مشوق، عدم افزایش سرانه براساس تورم، تأخیر در پرداخت حقوق، عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان را می‌توان عنوان کرد(۱۲،۴۶).

نظام بیمه

هرچند یکی از نقاط قوت برنامه پزشک خانواده کاهش هزینه‌های غیرضروری است (۲۹) و کاهش هزینه‌های سلامت خانوارها از اهداف برنامه پزشک خانواده است؛ ولی عدم پوشش بیمه‌ای کل جمعیت، یکپارچه نبودن بیمه‌ها و عدم اهمیت سلامت در نظام بیمه‌ای چالش‌هایی هستند که هنوز باقی مانده‌اند (۲۹،۱۲). مطالعه در مورد پرداخت از جیب و هزینه‌های کمرشکن نیز نشان می‌دهد بعداز اجرای آزمایشی برنامه در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران، طرح در کاهش این هزینه‌ها موفق نبوده است(۴۵). به‌طوری که در یک ارزیابی۴۲درصد بیماران استان مازندران به دلیل عدم توانایی در پرداخت ویزیت متخصص به ایشان مراجعه نکردند و ۴۱درصد از بیماران استان فارس هم به دلیل عدم توانایی در پرداخت هزینه برای دریافت داروی تجویزی پزشک خانواده مراجعه نکردند یا با تأخیر مراجعه کردند و درکل ۶۰درصد جمعیت در انجام بررسی‌های پاراکلنیک با مشکل مالی روبرو بوده‌اند(۴۴). با این حال اکثرمدیران و دست اندرکاران اجرای برنامه پزشک خانواده در استان‌های فارس و مازندران با رایگان بودن تمامی خدمات پزشک خانواده شهری مخالف هستند و تنها موافق خدمات رایگان درموارد محدود مانند رسیدگی به بیماران دارای بیماری مزمن، ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای هستند(۶۲).

کسورات و تأخیر زیاد پرداخت ها و بسته خدمتی ناقص، معیار نامناسب در تعیین سرانه از چالش‌های نظام بیمه هستند(۴۶،۱۷).

حیطه۴. ارائه خدمات کیفی

دسترسی به خدمات

تحلیل برنامه پزشک خانواده شهری حاکی از این است که فراهمی خدمات سلامت، دسترسی فیزیکی آسان، سطح بندی شدن و کاهش بار کاری سطوح۲و۳ ارائه خدمات از نقاط قوت اصلی برنامه بوده است(۲۹). با این وجود از دیدگاه پزشکان خانواده در شهرستان تالش وضعیت دسترسی به خدمات و هماهنگی ارایه مراقبت ها از سطح مطلوبی فاصله داشته درحالیکه استمرار مراقبت و جامعیت مراقبت از نظر ایشان مطلوب ارزیابی شد گیرندگان خدمات این شهرستان نیز دسترسی (مالی و مکانی) به خدمات را مطلوب ندانستند؛ ولی دسترسی به خدمات آموزشی، کیفیت خدمات دریافتی ، استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی را مطلوب ارزیابی کردند(۳۲). ادغام خدمات پزشک خانواده در نظام ارائه مراقبت‌های اولیه و رعایت مولفه‌های اصلی پزشکی خانواده در ارتقاء کیفیت مؤثر است(۱). مرور تجربه‌های موفق دنیا برای دستیابی به کیفیت خدمات نشان داد برای پیاده سازی طرح پزشک خانواده ساختارها و مولفه‌های اصلی مورد نیاز است که مهمترین آن در ساختار کیفیت شامل ارائه تعریف مشخص از کیفیت ونحوه ارزیابی آن، پیش بینی شیوه‌های پاسخگویی و روش‌های تشویقی در قبال کیفیت مناسب خدمات است(۵۶).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

ارزیابی کیفیت خدمات

از آنجا که کیفیت ارائه خدمات دارای دو بعد فنی و کارکردی است. برای ارزیابی بعد فنی باید بر پایبندی به اصول علمی و چارچوب‌ها و دستورالعمل‌های تشخیصی درمانی تاکید کرد و دربعد کارکردی به قضاوت گیرندگان دقت کرد. بنابراین ارزیابی بعد اول با استفاده از نظرات دست اندرکاران ارائه خدمات سنجیده می‌شود. اکثر مدیران و مجریان طرح پزشک خانواده در استان‌های فارس و مازندران سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری را درحد متوسط ارزیابی کردند(۵۷). نظارت بر فرایندهای مرتبط با ارائه خدمت که بعد دوم مرتبط با ارتقا کیفیت خدمات است؛ با بررسی کیفیت خدمات درک شده توسط گیرندگان خدمت و انتظارات ایشان و فاصله ایندو ارزیابی می‌شود. گیرندگان خدمت از پزشکان خانواده شهری در استان فارس کیفیت خدماتی که انتظار دارند در سطح بسیار بالاست درحالیکه کیفیت خدمات درک شده را در سطح مطلوب یا کمابیش مطلوب ارزیابی می‌کنند.(۶۶،۳۹).

ارتباط مناسب با مراجعان

ارتباط مناسب گروه بهداشتی درمانی با مراجعان هم باعث افزایش اعتماد و هم رضایت از خدمات ارائه شده می‌شود. گیرندگان خدمت از پزشکان خانواده شهری در فسا با مطلوب دانستن سطح ارائه خدمات، از نحوه تکریم و مراقبت از بیماران بیشترین رضایت را اعلام کردند(۵۸).

رضایت ارائه‌دهندگان خدمت

رضایت پزشکان خانواده به عنوان ارائه دهندگان اصلی خدمات، ماندگاری در برنامه پزشک خانواده و بهبود کیفیت خدمات را به همراه دارد(۱۶). در بررسی سطح رضایت پزشکان خانواده شهری، در استان مازندران رضایت در حد خوب و در استان فارس نامناسب گزارش شد؛ تعداد جمعیت تحت پوشش با سطح رضایت این پزشکان ارتباط داشت(۱۶). بنابراین به نظر می‌رسد تعدیل جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده می‌تواند با ارتقاء کیفیت خدمات همراه باشد. در مطالعه دیگر در گلستان رضایت پزشکان و تیم سلامت از طرح پزشک خانواده بالاتر از متوسط بود درحالیکه کمترین رضایتمندی در بعدحقوق و مزایا و بیشترین رضایت از نظام پایش و نظام ثبت و گزارش‌دهی بود(۶۱). همان طور که در حیطه منابع مالی هم ذکر شد برطرف کردن نقاط ضعف بخصوص در بخش حقوق و مزایا و ایجاد سازو کارهای تشویقی هم در جذب و ماندگاری پزشکان و هم در تقویت کیفیت خدمات مؤثرخواهد بود.

رضایت‌گیرندگان خدمت

رضایت گیرندگان خدمت در مطالعات مختلف بررسی شده است و نتایج متنوعی بدست آمده است. برای مثال در مطالعه‌ای رضایتمندی گیرندگان خدمت در مناطق روستایی در سطح کمابیش خوب در مطالعه دیگر متوسط بیان شده است (۴۷،۵۴) مطالعه مروری، رضایت پایین را از جمله نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده روستایی عنوان کرد(۹). در مطالعه مقایسه‌ای بین دو شهر مجری برنامه پزشک خانواده و غیر مجری،گیرندگان خدمت در شهر مجری، رضایت بالاتری داشتند(۵۳).

حیطه۵. توانمندسازی جامعه

فرهنگ‌سازی

فرهنگ‌سازی در خصوص استفاده از خدمات پزشک خانواده نیازمند اتخاذ برنامه‌های مشخص و هدفمند است. اکثر پزشکان شاغل در نظام پزشک خانواده معتقدند برخی عقاید فرهنگی مانع نقش‌آفرینی بهتر ارائه دهندگان خدمات می‌شود(۴۸). بنابراین استفاده از ظرفیت رسانه‌های جمعی و پیام‌رسان‌ها در اصلاح دیدگاه‌های منفی و آموزش عمومی و فرهنگ‌سازی توصیه می‌شود(۳۸).

آموزش و اطلاع‌رسانی و اصلاح نگرش جامعه

آموزش جامعه و استفاده از وسایل ارتباط جمعی در اصلاح مشکلات فرهنگی کمک کنند است(۳۸). بررسی آگاهی افراد از برنامه پزشک خانواده در شش شهر استان فارس بیانگر سطح پایین آگاهی بود بطوریکه بیش از ۷۰درصد افراد فاقد آگاهی کافی بودند و از خدمات پزشک خانواده هم کم استفاده می کردند و فقط یک سوم افراد استفاده مناسبی داشتند(۴۹). مطالعه دیگر در جمعیت شهری استان های فارس و مازندران،نشان دارد یک سوم جمعیت آشنایی کم و حدود۴۵درصد نگرش منفی نسبت به ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری داشتند ومتغیرهای فردی و اجتماعی در سطح آگاهی و نگرش افراد مؤثر بود(۶۳). آموزش مسائل بهداشتی وموضوعات مرتبط با تامین، حفظ و ارتقا سلامت به جمعیت تحت پوشش باعث افزایش آگاهی و کمک به فرهنگ سازی درجامعه برای پذیرش و اعتماد به پزشک و برنامه پزشک خانواده و پایبندی به نظام ارجاع در سطوح بالاتر می شود(۱۰،۱۸،۴۶). پزشک خانواده و حمایت عاطفی و اطلاعاتی آن با افزایش سواد سلامت جامعه مرتبط است و این امر به در موفقیت برنامه نقش دارد(۳۵).درحالیکه وجود دیدگاه بدبینانه نسبت به برنامه پزشک خانواده در میان گیرندگان خدمت و ارائه دهندگان خدمت ازچالش های برنامه است (۹). ارائه آموزش های ارتقادهنده دانش و توانمندی درحوزه سلامت در انتخاب های صحیح افراد تاثیرگذار است. مطالعه ای درجمعیت روستایی نشان داد ارائه آموزش در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

مورد فواید زایمان طبیعی و افزایش آگاهی ایشان با کاهش ترجیح و تمایل به زایمان سزارین همراهی داشته است(۵۰).

مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی در کنار سایر مولفه‌ها از جمله همکاری بین بخشی جزء اصول و مبانی سلامت همگانی و پزشکی خانواده است. مشارکت جامعه در تمامی مراحل رسیدگی به موضوعات مرتبط با نظام سلامت از نیازسنجی و شناسایی مشکلات تا راهیابی و ارائه طرح‌ها و کمک به تصمیم‌گیری به پذیرش و اثربخشی بیشتر مراقبت‌ها می‌انجامد(۶۷) . در صورت برآورده شدن انتظارات جامعه کیفیت نیز ارتقا می‌یابد (۶۸) ولی استفاده از نیروی بالقوه اجتماع نیازمند توانمندسازی جامعه است. پزشکان خانواده با برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش و آموزش به جامعه نه تنها در ارتقاء آگاهی و دانش افراد تلاش می‌کنند؛ بلکه از مشارکت ایشان در شناسایی مشکلات و راهکارهای رفع آن هم استفاده می‌کنند. این جنبه از وظایف پزشکان خانواده اغلب مورد غفلت قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ای که به ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی در استان فارس پرداخت؛ پایین‌ترین امتیاز در بخش جلب مشارکت جامعه حاصل شد(۵۱). استفاده از داوطلبان سلامت که در ایران به نام مراقبان سلامت شناخته می‌شوند؛ ارتباط بین خانوارها با مراکز سلامت را برقرار کرده و باعث می‌شوند توصیه‌های سلامت به نحو مؤثرتری در اختیار مردم قرارگیرد(۶۷). تهیه و ابلاغ دستورالعمل‌های سیاستی و اجرایی می‌تواند مشارکت مردم، نهادهای مردم نهاد و گروه‌های مرجع را ضابطه‌مند کند(۶۹).

محدودیت‌ها و نقاط قوت مطالعه

با اینکه منطقه مدیترانه شرقی و جستجو در پایگاه‌های انگلیسی هم انجام گرفت ولی حجم بالایی از مقالات مربوط به ایران بود. این مورد از محدودیت‌های مطالعه حاضر است شاید دلیل آن محدود کردن جستجو به مقالات دارای متن کامل باشد. از نقاط قوت مطالعه جمع‌آوری حجم بالای مطالعات در محدوده ۵سال اخیر و در حیطه‌های مختلف مرتبط با برنامه پزشک خانواده است که می‌تواند دید جامعی از شرایط موجود را فراهم آورد.

بحث ونتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه مروری نشان داد برنامه پزشک خانواده اثرات مثبت گسترده‌ای در بخش سلامت داشته است. با این حال چالش‌ها و نارسایی‌هایی در تحکیم و تکامل آن وجود دارد. در بیش از یک چهارم مقالات برای اجرای مؤثر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع نیازبه تولیت قدرتمند و پایدار، تعهد سیاسی و اتخاذ سیاست‌های مناسب مورد تاکید قرار گرفته بود. در بیش از نیمی از مقالات ایجاد زیرساخت‌های لازم برای اجرای کامل برنامه پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و ارزشیابی، تعیین مقررات برای جذب تعداد مناسب پزشک برای فعالیت در بخش پزشک خانواده به عنوان یکی از ضروری‌ترین الزامات برنامه پزشک خانواده شناخته شده بود. مشکلات حوزه آموزش از قبیل عدم توجه کافی به حوزه سلامت و پیشگیری و ایجاد دید جامع نگر دردانشجویان پزشکی، نیاز به بازنگری و اصلاح در محتوای برنامه درسی دوره پزشکی عمومی و راه‌اندازی دوره‌های آموزشی برای پزشکان داوطلب فعالیت در بخش پزشک خانواده براساس نیازهای جامعه و منطقه ای را که در آن فعالیت خواهند کرد نشان می‌دهد(۲۷). با اینکه در یک چهارم مقالات به چالش‌های حوزه آموزش اشاره شده بود ولی محل آموزش، روش آموزش و نیاز به بازآموزی کمتر از سایر موارد مورد توجه قرار گرفته بود. انتقال محل آموزش از بیمارستان به بخش سرپایی و مراکز ارائه خدمات سلامت و ارتباط بیش‌تر با اجتماع و مردم برای آشنایی با فرهنگ و نیازهای عمومی و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و شناسایی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ضروری است. چالش‌های مربوط به تأمین منابع مالی نیز در یک سوم مقالات عنوان شده بود که نشان از اهمیت این حوزه دارد.استفاده از تجربیات موفق جهانی در راستای اصلاح منابع مالی و نظام پرداخت و رفع نقایص آن مورد تاکید است. مشکلات مربوط به تأمین و توزیع منابع مالی برنامه با بسترسازی مناسب مالی و طراحی منابع مالی پایدار و ردیف بودجه‌ای مشخص قابل حل است(۳۸) ارائه خدمات کیفی یکی از مهمترین جنبه و به تعبیری بارزترین وجه برنامه پزشک خانواده است که باعث رضایت مراجعان و تداوم استفاده از خدمات خواهد شد این حوزه در یک چهارم مقالات مورد ارزیابی و تاکید قرار گرفته بود. اطلاع‌رسانی گسترده در خصوص مزایای استفاده از برنامه و بیان دستاوردهای آن به منظور فرهنگ سازی استفاده از ظرفیت فضاهای مجازی و رسانه‌های جمعی، ارتقاء آگاهی عمومی و سواد سلامت جامعه و استفاده از مشارکت اجتماعی از جمله راهکارهای ارتقاء اثربخشی برنامه است. درحوزه توانمندسازی مردم نیز بیشترین توجه مقالات به بخش آموزش و اطلاع رسانی است و مقالاتی که به اهمیت مشارکت اجتماعی به عنوان نیروی بالقوه و رویکرد هزینه اثربخش در اجرا و تداوم برنامه‌های نظام سلامت بپردازد بسیار محدود بود.

تقدیر و تشکر

از اعضای کارگروه پزشکی خانواده و همه صاحبنظرانی که در طول مطالعه مشارکت داشتند سپاسگزاریم.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

Review

Family Physician as an Essential Part of the Healthcare System

The Eastern Mediterranean Region: An Emphasis on The Islamic Republic of Iran

Narges Tabrizch[1*]

1. ⁎Corresponding Author: Assistant Professor of Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R Iran, narges_tabrizchi@yahoo.com

Abstract

Background: The family physician program is designed to promote health equity and provide comprehensive and continuous health services for all ages. However, the implementation faced many challenges and problems in different parts. This study investigates the status of family physician program and analyzes its aspects in the Eastern Mediterranean countries, especially in Iran.

Methods: This study is systematic review. English and Persian databases such as Google scholar, Pubmed, EBSCo, SID, Magiran, were searched with related keywords in the timeframe of 2016 to 2022. Content analysis of 63 articles was performed and results were categorized in five areas of governance and regulation, training program, financing, quality assurance of services, and community empowerment.

Results: Analyzing previous studies revealed 23 sub-domains in five main 5 areas: Management factors, electronic files, recruitment and retention of human resources, referral system, assessment and evaluation, educational system, content of education, educational method, training place, retraining, communication skills, financing, payment to doctors, insurance system, access to services , evaluation for service quality, proper communication with clients, satisfaction of service providers, satisfaction of service recipients, culture building, public education and awareness, modification of social attitude and community participation.

Discussion: There are challenges and problems in each of the major areas and sub-domains, which can be adjusted and modified with evidence-based policy making and planning. This way, it could be expected that the family medicine program be expanded and institutionalized in the society.

Keywords: Delivery of Health Care, Family Physicians, Health Services, Iran

منابع

1. World Health Organization. Scaling up family practice: progressing towards universal health coverage. 2022. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at: https://policycommons.net/artifacts/572449/scaling-up-family-practice/1550950/
2. Shadmi E, Wong WC, Kinder K, Heath I, Kidd M. Primary care priorities in addressing health equity: summary of the WONCA 2013 health equity workshop. Int J Equity Health 2014; 13(104): 1-6.
3. European Union of General Practitioners / Family Physicians. An opportunity to achieve sustainable Healthcare through primary care. 2022. Available at: https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/uemo_en.pdf
4. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir M J. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2016; 14(2) :17-38. [In Persian]
5. Naderimagham S, Jamshidi H, Khajavi A, Pishgar F, Ardam A, Larijani B, et al. Impact of rural family physician program on child mortality rates in Iran: a time-series study. Population health metrics 2017; 15(1): 1-8.
6. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC Health Serv Res 2021 Dec 14; 21(1): 1336.
7. Sepehri B, Ghaffari R, Jeddian A, Salek F, Emrouzi R, Ghaffarifar S, et al. A Descriptive-Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries. Iran J Public Health 2020; 49(3): 539-548.
8. Ludvigsen MS, Hall EO, Meyer G, Fegran L, Aagaard H, Uhrenfeldt L. Using Sandelowski and Barroso's Meta-Synthesis Method in Advancing Qualitative Evidence. Qual Health Res 2016; 26(3): 320–329.
9. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. J Educ Health Promot 2020 Jun 30; 9: 160.
10. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Challenges and Strategies of Implementation Rural Family Physician in Iran: A Qualitative Study. Depiction of Health 2020; 11(1): 62-73. [In Persian]
11. Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaeenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. Int J Healthc Manag 2019 Apr 3; 12(2): 123-30.
12. Roudbari JA, Shirvani SD, Javanian M, Ezoji K. Development of the Local Urban Family Physician Model. Ann Med Health Sci Res 2022 Mar 31;12(3): 105-111.
13. Hajibadali P, Nadrian H, Hashemiparast M. Challenges of Implementing Family Physician Program in Urban Communities: A qualitative study. Arch Iran Med 2017; 20(7): 446-451.
14. Shokri A, Akbari-Sari A, Harirchi I, Farzianpour F, Foroushani AR, Shokri S,et al. Factors Influencing Physicians' Departure from

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

General Practitioners Field in Developing Countries: A Case Study in Iran. 2020. Available at: https://www.researchgate.net/publication/349362492_Factors_Influencing_Physicians'_Departure_from_General_Practitioners_Field_in_Developing_Countries_A_Case_Study_in_Iran

15. Bayati M, Rashidian A, Delavari S, Yazdi-Feyzabadi V. Influencing factors on the tendency of general practitioners to join in Urban Family Physician Program in Iran. Cost Eff Resour Alloc 2022; 20(41): 1-7.
16. Kabir MJ, Hassanzadeh-Rostami Z, Amiri HA, Shirvani SN, Keshavarzi A, Hosseini S. Family Physicians' satisfaction with factors affecting the dynamism of the urban family physician program in the Fars and Mazandaran provinces of Iran. Malays Fam Physician 2019 Dec 31; 14(3): 28-36.
17. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. Iranian Journal of Epidemiology 2019; 15(1): 47-56. [In Persian]
18. Seyed-Nezhad M, Ahmadi B, Akbari-Sari A. Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. J Family Med Prim Care 2021 Dec; 10(12): 4364-4375.
19. Jafari M, Tavasoli M, Mohamadzadeh KA. Factors related to longevity of physician in the family physician program in Rural family physician program of sabsevar by using Dematel method. Payavard 2021; 14(5): 424-434. [In Persian]
20. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders` Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(161): 75-87. [In Persian]
21. Zahiri A, Mohamadi E, Najafpoor Z, Mobini Zadeh M, Guodarzi Z. Survey of General Practitioners Point of View about Family Physician and Referral System Policies in Urban Areas for 2013. Journal of Healthcare Management 2017; 8(2): 63-73. [In Persian]
22. Mohammadian M, Vafaee Najar A, Nejatzadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation 2018; 7(1): 14-24. [In Persian]
23. Sadeghi M, Dehghani M, Aghaee MA. Family physicians' attitude and interest toward participation in urban family physician program and related factors. J Family Med Prim Care. 2016 Oct-Dec;5(4):840-846.
24. Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, Mahmoodi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran. Journal of healthcare management 2017; 8(3): 85-93. [In Persian]
25. Kazemian M, Kavian Telouri F. Assessment of Referral System in Rural Family Medicine Program Based on the Comprehensive Care Criterion. Hakim 2017; 20(1): 9-16. [In Persian]
26. Mehtarpour M, Tajvar M. Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework. Health Based Research 2018; 4(1): 31-49. [In Persian]
27. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Management Challenges of Implementing Electronic Patient Referral System; a Qualitative Study. Health Research journal 2021; 6(4): 275-286. [In Persian]
28. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z. Analysis of electronic referral system agenda setting based on kingdon multiple streams framework. Payesh 2022; 21(1): 25-33. [In Persian]
29. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, et al . SWOT Analysis of Implementation of Urban Family Physician Plan from the Perspective of Beneficiaries: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(155): 79-93. [In Persian]
30. Kaskaldareh M, Najafi L, Zaboli R, Roshdi I. Factors Affecting the Establishment of the Electronic Health Record in Family Physician Program: Providing a Model. Journal of Health 2022; 13(1): 34-48. [In Persian]
31. Kaskaldareh M, Najafi L, Zaboli R, Roshdi I. Explaining the Barriers and Deficiencies of a Family Physician Program Based on Electronic Health Record: A Qualitative Research. Tolooe Behdasht 2021; 20(2): 12-26. [In Persian]
32. Shams L, Pajooman E. Efficacy of Family Physician Program in Providing Primary Care in Talesh, Iran. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences 2022; 31(121): 18-27. [In Persian]
33. Hosseini S. Investigation of administrative obstacles to family physician program in urban areas of Iran. Journal of Research and Health 2017; 7(2): 703-11.
34. Sparks BL, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. Ann Fam Med 2004 May 26; 2(Suppl 2): S55-9.
35. Heydari Gojani Z, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Fadaei Dehcheshmeh N. The Role of Family Physician in Health Literacy of Rural Population in Farsan District. Journal of Health Sciences & Surveillance System 2017 Oct 1; 5(4): 153-7.
36. Kiraç FÇ, Seda UY, Kiraç R, Söyler S. Patient Satisfaction with Family Medicine System: A Cross-Sectional Study. Konuralp Medical Journal 2021; 13(2): 281-91.
37. Khatami F, Shariati M, Motezarre A. A compatible model of family medicine residency training in Iran. Higher Education, Skills and Work-Based Learning 2021; 11(4); 874-887.
38. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al . Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. The Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2017; 22(5): 66-83. [In Persian]
39. Shafie N, Hajihoseini S. Survey of Satisfaction of People in Urban and Rural Areas with the Family Physician Plan. Hakim 2020; 23(2): 238-245. [In Persian]
40. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Momtahen R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani S D. Educational needs of family physicians and health care providers working in the family physician program of Iran. Medical Education Journal 2018; 6(2): 13-21. [In Persian]
41. Hosseini M, Tabrizchi N. The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World: a Comparative Study. Journal of Culture and health promotion 2022; 6(1): 12-18. [In Persian]
42. Fardid M, Jafari-Sirizi M, Vosoogh-Moghaddam A, Ravaghi H. Family Physician Financing: Developing versus Developed countries. Revista Publicando 2018 Jul 1; 5(16): 577-89.
43. Fardid M, Jafari M, Vosoogh-Moghaddam A. A policy brief on improving the finance of family physician program: An experience from urban areas of Iran. J Family Med Prim Care 2020 Mar 26; 9(3): 1413-1417.
44. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]

Evaluation Tool. Iranian Journal of Epidemiology 2018; 13: 134-144. [In Persian]

45. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhasani M, Baneshi M, Mirzaei S, Oroomiei N. Association between Pilot Urban Family Physician Program and Health Financial Protection Measures in Fars and Mazandaran Provinces. Iranian Journal of Epidemiology 2018; 13: 48-58. [In Persian]
46. Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Esmaily H, Vafaee najar A. The Challenges of the Family Physician Program in the North East of Iran from the Perspective of Managers and Practitioners Working on the Plan. The Journal of Advanced Biomedical Sciences 2019; 9(4): 1794-1808. [In Persian]
47. Soni H, Ahmadi A, Sina H. Examining the satisfaction of physicians and patients of Family Physician Program (FPP). International journal of Business Management 2016; 2(2): 9-12.
48. Jahromi VK, Dehnavieh R, Mehrolhassani MH, Anari HS. Access to Healthcare in Urban Family Physician Reform from Physicians and Patients' Perspective: a survey-based project in two pilot provinces in Iran. Electron Physician. 2017 Jan 25;9(1):3653-3659.
49. Honarvar B, Lankarani KB, Kazemi M, Shaygani F, Sekhavati E, Raooufi A, et al. Five years after implementation of urban family physician program in fars province of Iran: Are people's knowledge and practice satisfactory? Int J Prev Med 2018; 9(1): 41.
50. Hajizadeh S, Tehrani FR, Simbar M, Farzadfar F. Effects of recruiting midwives into a family physician program on women's awareness and preference for mode of delivery and caesarean section rates in rural areas of Kurdistan. PLoS One 2016 Apr 8; 11(4): e0151268.
51. Kashfi SM, Yazdankhah M, Kashfi SH, Jeihooni AK. The performance of rural family physicians in Fars province, Iran. J Family Med Prim Care 2019 Jan; 8(1): 269-273.
52. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee S M, Farzin K, Hassanzadeh-Rostami Z, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Effective factors on the utilization of health population covered by the urban family physician program in Iran. Koomesh 2020; 22(1): 130-137. [In Persian]
53. Abedi G,Yazdani charati J,Marvi A. Satisfaction of Service Recipients and Providers in Health Centers with Urban Family Physician Services and Other Health Centers in Sari and Gorgan, North of Iran . J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(172): 80-89. [In Persian]
54. Alinezhad H, Vazirinezhad R, Sayadi A, Hajaliakbari Z, Alinezhad M. Studying the level of satisfaction from family physician plan in rural areas of Rafsanjan: brief report. Tehran Univ Med J 2021; 78(10): 694-699. [In Persian]
55. Abedi G, Esmaeili Seraji Z, Mahmoodi G, Jahani M, Abbasi M. Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach. Journal of Babol University of Medical Sciences 2020; 22(1): 126-134. [In Persian]
56. Heidarian Naeini AR, Mahmoodi Alemi G, Yazdani Charati J. Required Structures for Family Physician Program to Achieving Service Quality Dimensions in Primary Health Care: a systematic review. Payavard 2021; 15(3): 254-271. [In Persian]
57. Keshavarzi A, Kabir M, Ashrafian H, Rabiee S, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani S. An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators. Journal of Babol University of Medical Sciences 2017; 19(11): 67-75. [In Persian]
58. Mobasheri F, Jafarzadeh S, Bahramali E. The Level of Satisfaction of Family Physician Program in Urban Population of Fasa from 2014 to 2015 . Journal of Advanced Biomedical Sciences 2017; 7(2): 190-198.
59. Rafiei S, Mohebbifar R, Ranjbar M, Akbarirad F. The Preferences of General Practitioners Regarding Family Physician Contract in the Underprivileged Areas of Iran in Using Conjoint Analysis. Evidence Based Health policy, Management & Economics 2019; 3(2): 96-104.
60. Kabir MJ, Heidari A, Adel R, Khatirnamani Z. Assessing the Quantitative and Qualitative Status of the Family Physician Plan from the Perspective of Family Physicians, Health Team Members and Staff Experts. Health Research Journal 2021; 6(4): 308-318. [In Persian]
61. Khodamoradi A, Fayaz-Bakhsh A, Gholipour K. A Review of World Experiences in the Field of Financial Management of Family Medicine Program and Referral System. Journal of Culture and health promotion 2022; 6(1): 19-27. [In Persian]
62. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Keshvarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. Are all of the services offered in the Urban Family physician program free? The perspective of administrators and executives. Journal of Health Research in Community 2019; 4(4): 1-12. [In Persian]
63. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Hasanzadeh Rostami Z, Farzin K, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Level of familiarity and attitude of the population covered by the Urban Family Physician Program about its terms and requirements. Journal of Babol University of Medical Sciences 2018; 20(11): 40-48. [In Persian]
64. Nemati Akhgar A, Alizadeh M, Khodayari-ZarnaqR, Jabbari Bayrami H. Expected Outcomes from Family Medicine Specialized Graduates in Iranian Health System from the Viewpoints of Stakeholders: A Qualitative Study. Depiction of Health 2020; 11(3): 214-222. [In Persian]
65. Ranjbar M, Rafiei S, Pakdaman M, Asarkar F. Survey Interaction Effects between the Factors Influencing on the Physicians' Decision and their Demographic Characteristics to cooperate in the Family Physician Plan by Using Discrete Choice Experiment. Management Strategies in Health System 2019; 3(4): 345-356. [In Persian]
66. Jafaripooyan E, Rahimiforoushani A, Gharbi F. Gap Analysis of the Perceived and Expected Quality of Services Provided by Urban Family Physicians. Journal of Health Based Research 2019; 5(3): 319-331. [In Persian]
67. Malek Afzali H. Community Participating in Health System Management: Challenges and Solutions. Journal of Culture and health promotion 2022; 6(1): 9-11. [In Persian]
68. Hosseini Ghavam Abad L, Vosoogh Moghadam A, Zaboli R, Aarabi M .Clinical governance in primary health care based on family physicians in Mazandaran province: Stakeholders perspective.Hospital 2021; 19(4): 31-44. [In Persian]
69. Kabir MJ, Malek Afzali H, Mohagheghi MA, Heidari A, Jafaribidhendi N, Tabrizchi N, et al. Effective Implementation of Family Medicine Program in Iran: Requirements and Implementation of Strategies. Journal of Culture and health promotion 2021; 5(3): 353-360. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.22034/6.2.11]