

پزشکی خانواده: یک مرور مفهومی

علی محمد مصدق راد^۱، محسن اعرابی^۲، مهدی عباسی^{۳*}

۱. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳. دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: تهران، میدان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۰۶، پست الکترونیک: Mahdiabbasi365@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۲

چکیده

مقدمه: برنامه پزشکی خانواده یک رویکرد ارائه خدمات یکپارچه در سطح اول ارائه خدمات سلامت است. مفهوم پزشکی خانواده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همواره چالش برانگیز بوده است. این مطالعه با هدف تبیین اصول و مفاهیم پزشکی خانواده انجام شد. **روش کار:** این پژوهش به روش مرور مفهومی انجام شد. پایگاه‌های داده الکترونیکی انگلیسی PubMed، Science Direct، Scopus، Web Of Science و موتورهای جستجوگر Google Scholar و Google جستجو شدند. محدودیت زمانی در جستجوی مطالعات قرار داده نشد. تعداد ۷۳ مقاله و سند برای مرور نهایی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن تیم پزشکی خانواده آموزش دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به صورت جامع، هماهنگ، مستمر و فرد محور به همه افراد در هر سن و جنس با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه ارائه می‌کند. جامعیت، تداوم، هماهنگی، بیمارمحوری، و آموزش و یادگیری و رشد از اصول مهم برنامه پزشکی خانواده است. پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات، ارائه خدمات سلامت و عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فناوری است. برنامه پزشکی خانواده بر دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت، تاب‌آوری و پایداری خدمات سلامت و در نهایت، سلامت مردم و پاسخگویی و محافظت مالی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثر می‌گذارد.

نتیجه‌گیری: اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده نیازمند شناخت اصول و پیش‌نیازهای آن است. فراهم بودن پیش‌نیازها و ارزشیابی مستمر برنامه پزشکی خانواده با استفاده از معیارهای استاندارد، دستیابی به اهداف برنامه را تسهیل می‌کند.

واژگان کلیدی: پزشکی خانواده، پزشک خانواده، مفاهیم، اصول

مقدمه

و مورد قبول آنها واقع شود. اجزای اصلی برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل آموزش بهداشت، تغذیه کافی، تأمین آب سالم و کافی، مراقبت مادر و کودک، ایمن‌سازی، پیشگیری از بیماری‌ها، درمان مناسب بیماری‌های شایع و تدارک داروهای اساسی بود. اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل عدالت در توزیع خدمات سلامت، مشارکت جامعه، هماهنگی بین‌بخشی و فناوری مناسب است [۱]. این مراقبت‌ها در اولین نقطه

سازمان بهداشت جهانی در کنفرانس آلماتا قزاقستان در سال ۱۹۷۸ میلادی، استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه را برای دستیابی مردم جهان به سلامتی تا سال ۲۰۰۰ میلادی معرفی کرد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های ضروری هستند که باید با هزینه‌ای قابل قبول و با استفاده از فناوری مناسب در دسترس همه افراد، خانواده‌ها و جوامع قرار گیرد

این خدمات، همه افراد در هر سن، جنس و وضعیت اقتصادی و اجتماعی را در برمی‌گیرد [۸].

دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ میلادی از کشورهای عضو خواست که برنامه پزشکی خانواده را به‌عنوان یک استراتژی فراگیر برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود بگنجانند [۷]. بر این اساس، بسیاری از کشورها به سمت اجرای برنامه پزشکی خانواده حرکت کردند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بر اساس قانون برنامه چهارم توسعه، مکلف شد تا پایان سال اول این قانون، یعنی سال ۱۳۸۴، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در کشور اجرایی کند [۹]. در همین راستا برنامه پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ در کشور اجرا شد. برنامه پزشک خانواده شهری نیز از سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران به‌صورت آزمایشی اجرا شد. در سال ۱۳۹۴، در راستای اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، ۱۵ برنامه ملی در دستور کار قرار گرفت. این برنامه‌ها شامل مراقبت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، تغذیه، آموزش سلامت، باروری و جمعیت سالم، خودمراقبتی، بهداشت دهان و دندان، بهداشت روان و مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. چهارمین برنامه طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری استان‌های فارس و مازندران بود. این برنامه براساس مطالعات انجام شده در کشور، دستاوردهایی مانند بهبود رضایت مردم [۱۰] و مراقبان سلامت [۱۱] و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت [۱۲] به همراه داشته است. اما این برنامه در حوزه‌های نظام سطح‌بندی خدمات و ارجاع، تأمین مالی عادلانه و پایش و ارزشیابی دارای نواقصی است [۱۲-۱۴]. بخشی از این نواقص مربوط به ماهیت و ساختار مدل برنامه پزشکی خانواده شهری است و بخشی نیز مربوط به نحوه اجرای آن است.

مفهوم پزشکی خانواده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همواره چالش‌برانگیز بوده است. واژه‌های Family medicine، Family practice، General practice و Family physician گاهی اوقات به اشتباه به‌جای یکدیگر به کار می‌روند. همچنین، برنامه پزشکی خانواده در برخی کشورها، محدود به به‌کارگیری پزشکان عمومی به‌عنوان پزشکان خانواده است. در این حالت،

تماس افراد با نظام سلامت ارائه می‌شوند و باید تا حد امکان به محل زندگی و کار مردم نزدیک باشند. این خدمات باید به‌گونه‌ای ارائه شوند که بتوانند در سطح اول ارائه خدمات، دسترسی، جامعیت، تداوم و هماهنگی خدمات سلامت را تضمین کنند [۲].

از زمان معرفی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مدل‌های مختلفی در کشورهای جهان اجرا شده است. این مراقبت‌ها توانستند منجر به بهبود سلامت جامعه با هزینه‌ای قابل قبول در کشورهای زیادی شوند. کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ میلادی، بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌عنوان سنگ زیربنای پوشش همگانی سلامت و پایداری نظام‌های سلامت در قرن بیست و یکم تأکید کردند [۳]. در سال‌های اخیر و به‌خصوص پس از معرفی اهداف توسعه پایدار توسط سازمان ملل متحد، سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌عنوان یک گام اساسی در دستیابی به این اهداف افزایش یافت [۴]. تعهد و مشارکت تمام بخش‌های جامعه، هماهنگی و همکاری نظام سلامت با سایر بخش‌ها، تأکید بر سلامت در تمام سیاست‌ها و ارائه خدمات یکپارچه با مشارکت تمام ذی‌نفعان، از مهم‌ترین الزامات موفقیت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است [۵].

نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع‌ترین، عادلانه‌ترین و کارآمدترین روش بهبود سلامت مردم جامعه از طریق ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی در محلی نزدیک به محیط زندگی مردم است [۶]. در سال‌های اخیر، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشورهای دنیا در دستور کار سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. این سازمان مداخلات اصلاحی متعددی در این زمینه به کشورها پیشنهاد کرده است. بیشتر این مداخلات بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضروری به‌عنوان هسته اصلی خدمات سلامت یکپارچه و توانمندسازی افراد و جوامع تمرکز داشته است [۷]. برنامه پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین مداخلات پیشنهاد شده برای بهبود کیفیت، هزینه-اثربخشی و عدالت در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت بوده است. برنامه پزشکی خانواده رویکردی در ارائه خدمات سلامت است که در آن، پزشک خانواده و اعضای تیم او مسئول ارائه خدمات سلامت جامع، مستمر، هماهنگ، مشارکتی و مبتنی بر فرد و خانواده هستند.

پایگاه‌های داده انگلیسی، Science Direct، PubMed، Google Scholar و Web Of Science و موتورهای جستجوگر Google و Scholar Family medicine، Family practice، Family physician، General practice، General physician، Primary care physician و Primary health care برای جستجوی منابع استفاده شد. هیچ محدودیت زمانی در جستجوی مطالعات قرار داده نشد. همچنین لیست منابع مقالات یافت شده بررسی شدند تا مقالات و مستندات بیشتری شناسایی شوند. از ادبیات خاکستری شامل گزارش سازمان‌ها، سخنرانی‌ها، چکیده همایش‌ها و نظرات کارشناسان نیز استفاده شد. معیار ورود به مطالعه شامل مطالعات مرتبط با تعاریف، مفاهیم، اجزا، اصول، ویژگی‌ها، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی پزشکی خانواده به زبان انگلیسی بود. معیارهای خروج نیز، شامل مطالعات به غیر از زبان انگلیسی و منابع علمی فاقد متن کامل بود.

از یک فرم استخراج داده متناسب با اهداف پژوهش برای استخراج داده‌ها استفاده شد. این فرم شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، عنوان مقاله، سال انتشار مقاله، محل انجام مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه و مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی (شامل تعاریف، اجزا، اصول، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده) بود. در ابتدا از همه شواهد استخراج شده خلاصه‌هایی تهیه شد. سپس، با استفاده از تکنیک حاشیه‌نویسی و یادداشت‌برداری، خلاصه‌ها تحلیل شدند. از یک چک‌لیست معتبر ۱۵ امتیازی برای ارزشیابی کیفیت مقالات استفاده شد. حداقل امتیاز برای تأیید کیفی مقالات ۱۰ بود [۱۸].

روش‌های تحلیل روایتی^۱ [۱۹]، تحلیل موضوعی^۲ [۲۰] و تحلیل چارچوبی^۳ [۲۱] برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعه استفاده شدند. از روش تحلیل روایتی برای قسمت‌های تعریف و ارزشیابی اصول برنامه پزشکی خانواده و از روش تحلیل موضوعی برای قسمت اجزا و اصول برنامه پزشکی خانواده و از روش تحلیل چارچوبی برای قسمت‌های پیش‌نیازها و پیامدهای برنامه پزشکی خانواده استفاده شد. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از دریافت کد اخلاق پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

مراقبت‌های بهداشتی اولیه براساس قواعد مرسوم پزشکی عمومی ارائه می‌شوند [۱۵]. در برخی از کشورها برای پزشکان عمومی بدون اینکه دوره آموزشی خاصی طی کنند، از اصطلاح پزشک خانواده استفاده می‌شود [۱۶]. اصول پزشکی خانواده از کشورهای توسعه‌یافته اروپایی و آمریکایی گرفته شده است. در حالی که طراحی برنامه پزشکی خانواده باید متناسب با ویژگی‌های جمعیتی و خصوصیات نظام‌های سلامت کشورها صورت گیرد تا اجرای آن راحت و موثر باشد. علاوه بر این، هنوز اجماعی در مورد تعریف، اجزا و اصول برنامه پزشکی خانواده وجود ندارد. تبیین اصول و ویژگی‌های پزشکی خانواده و شناسایی پیش‌نیازهای لازم برای اجرای آن باعث برنامه‌ریزی‌های بهتر برای اجرای آن خواهد شد. بر این اساس، این مطالعه با هدف تبیین اصول و مفاهیم برنامه پزشکی خانواده انجام شده است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای تقویت برنامه پزشکی خانواده قرار می‌دهد.

روش کار

این پژوهش به روش مرور مفهومی انجام شد. مطالعه مرور مفهومی یک روش پژوهشی نظام‌مند، علمی و عینی است که با تحلیل، ترکیب و تفسیر یافته‌های مطالعات اولیه و ثانویه به شناسایی و تبیین ابعاد، اجزا، ویژگی‌ها و کاربردهای یک مفهوم خاص و تعریف آن کمک می‌کند [۱۷]. در این پژوهش با توجه به گستردگی و پیچیدگی مفاهیم مرتبط با پزشکی خانواده، از روش مرور مفهومی استفاده شد. برای انجام این روش از مدل و پروتکل اجرایی مصدق‌راد و همکاران استفاده شد. این مدل شامل ۵ بعد تعریف مفهوم، تعیین اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و شناسایی معیارهای ارزشیابی مفهوم است. پروتکل اجرایی مرور مفهومی نیز شامل ۸ مرحله انتخاب مفهوم، تعیین معیارهای ورود و خروج، انتخاب پایگاه‌های اطلاعاتی و استراتژی جستجو، انتخاب و گزارش مطالعات با استفاده از فلوجارت، ارزشیابی اعتبار مطالعات انتخاب شده، استخراج اطلاعات مربوط به تعریف، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی مفهوم از مطالعات انتخاب شده، ترکیب داده‌های مطالعات و توسعه مدل مفهومی و نتیجه‌گیری از یافته‌های سنتز شده است [۱۷].

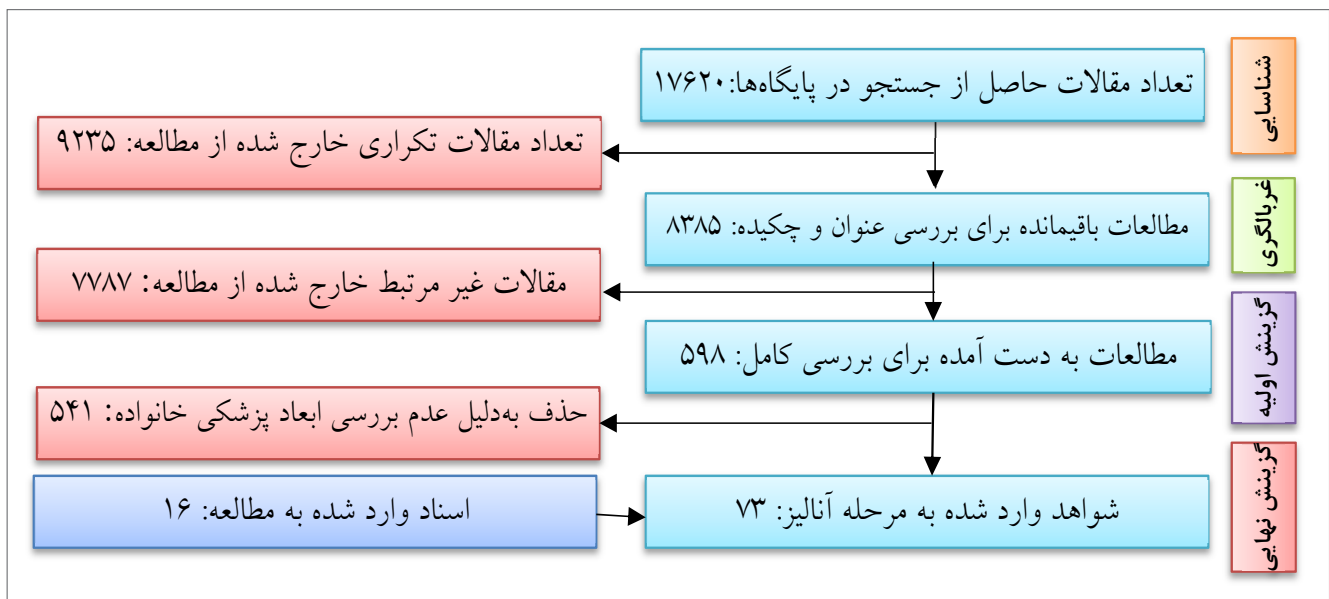
۱۶ سند به دست آمد. در نهایت، ۷۳ مقاله و سند برای مرور نهایی انتخاب شد. روند غربالگری و نتایج جستجو در ۱ نشان داده شده است.

نمودار ۲ فراوانی مستندات وارد شده به مطالعه را نشان می‌دهد. بیشترین تعداد مستندات وارد شده به مطالعه، در سال ۲۰۱۴ میلادی منتشر شده بود. بیش از نیمی از مستندات وارد شده به مطالعه، مقالات پژوهشی بودند. اسناد و گزارشات بین‌المللی مطالعه شده نیز حدود ۳۰ درصد شواهد مرور شده را به خود اختصاص دادند (نمودار ۳).

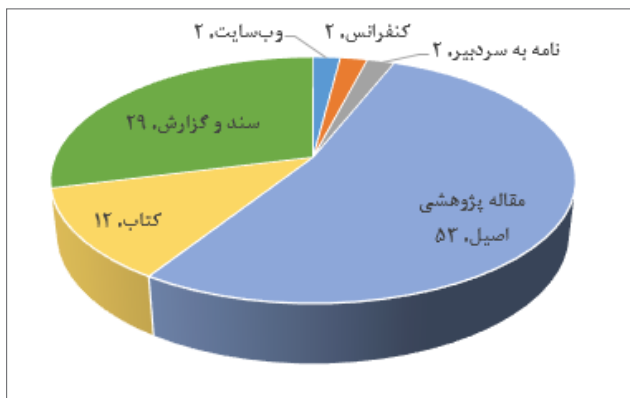
تهران و دخالت ندادن نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل گردآوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

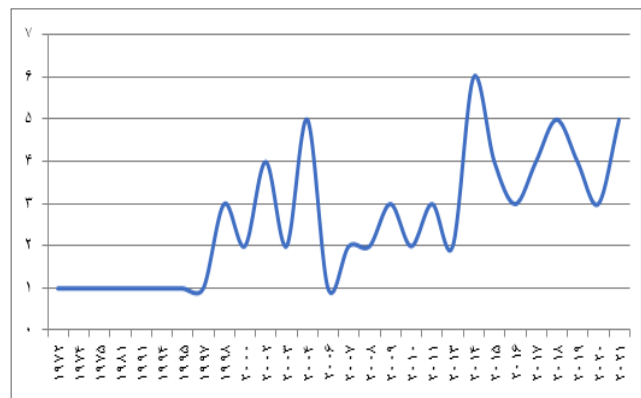
تعداد ۱۷۶۲۰ مقاله و سند استخراج شد. پس از حذف مقالات تکراری تعداد ۸۳۸۵ مقاله باقی ماند. پس از بررسی چکیده مقالات بر اساس معیارهای ورود و خروج، تعداد ۵۹۸ مقاله باقی ماند. با بررسی متن کامل مقالات و حذف ۵۴۱ مقاله، ۵۷ مقاله باقی ماند. با مرور ادبیات خاکستری شامل کنفرانس‌ها، اسناد و وبسایت‌ها در موتورهای جستجو، تعداد



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌های داده و استخراج مقالات



نمودار ۳- سهم هر کدام از انواع شواهد وارد شده به مطالعه بر حسب درصد



نمودار ۲- توزیع فراوانی مقالات وارد شده به مطالعه بر اساس سال انتشار

تعریف برنامه پزشکی خانواده

فرهنگ لغت وبستر، پزشکی خانواده را عمل یا تخصص پزشکی تعریف می‌کند که مراقبت‌های پزشکی عمومی مستمر را برای فرد و خانواده فراهم می‌کند. این فرهنگ لغت تمایزی بین Family medicine و Family practice قائل نشده و اعلام کرده که این دو اصطلاح به جای هم به کار می‌روند [۲۲]. فرهنگ لغت آکسفورد تعاریف جداگانه‌ای برای این دو اصطلاح به کار برده است. بر این اساس Family practice به معنای عملی تعریف شده که در آن پزشک، افراد جامعه را به جای بیمارستان، در متن جامعه معالجه می‌کند و این پزشک در یک زمینه خاص پزشکی متخصص نیست. در مقابل، Family medicine نیز، شاخه‌ای از علم پزشکی تعریف شده که برای ارائه مراقبت‌های سلامت عمومی به خانواده‌ها و افراد در هر سنی طراحی شده است [۲۳]. تعداد ۹ تعریف برای پزشکی خانواده با مطالعه مستندات به دست آمد (جدول ۱). در تعاریف برنامه پزشکی خانواده، ویژگی‌هایی مانند مراقبت جامع و جامعه‌محور، ارائه مراقبت برای تمام سنین

و جنسیت‌ها، همه اندام‌ها و همه بیماری‌ها، ارتباط پزشک و بیمار، فردمحوری و خانواده‌محوری مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به وجوه مشترک این تعاریف، ما پزشکی خانواده را این‌گونه تعریف می‌کنیم: «پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن تیم پزشکی خانواده آموزش دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به صورت جامع، هماهنگ، مستمر و فردمحور به همه افراد در هر سن و جنس با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه ارائه می‌کند.»

واژه پزشک خانوادگی Family physician به پزشکی اطلاق می‌شود که به عنوان پزشک اختصاصی یک خانواده مشخص عمل می‌کند. چنین پزشکی در قبال دریافت هزینه، مسئول ارائه خدمات سلامت به این خانواده است. در مقابل، پزشکی خانواده Family practice یک رویکرد در ارائه مراقبت‌های سلامت مبتنی بر خانواده است که توسط مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان ارائه می‌شود. در حقیقت، برنامه پزشکی خانواده رویکرد مبتنی بر فرد و خانواده در ارائه مراقبت‌های بهداشتی

جدول ۱- تعاریف پزشکی خانواده یا پزشکان خانواده

منبع	تعریف پزشکی خانواده	سال	نویسنده
(۲۴)	پزشکی خانواده، رشته‌ای از علوم پزشکی است که بر ایجاد روابط شخصی با بیماران و مراقبت مبتنی بر ارتباط تأکید دارد.	۱۹۷۵	McWhinney
(۲۵)	پزشکی خانواده، یک تخصص پزشکی است که مراقبت‌های بهداشتی مستمر و جامع را برای فرد و خانواده فراهم می‌کند. در این تخصص، علوم زیست‌شناختی، بالینی و رفتاری با هم ادغام می‌شوند. دامنه عمل در پزشکی خانواده هر سن و جنس، هر عضو و اندام و هر بیماری است.	۱۹۹۷	Royal New Zealand College of General Practitioners
(۲۶)	پزشکان خانواده، پزشکان متخصص آموزش دیده دارای صلاحیت‌هایی در زمینه‌های مدیریت مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های فردمحور و مهارت‌های خاص حل مسئله با رویکرد جامع، جامعه‌محور و کل‌نگر هستند.	۲۰۰۲	WONCA Europe
(۲۷)	پزشکی خانواده، شاخه‌ای از حرفه پزشکی است که توسط پزشک خانواده یا پزشک عمومی ارائه می‌شود.	۲۰۰۴	WONCA dictionary of family practice
(۲۸)	پزشکی خانواده، مراقبت از بیماران در هر سنی، اطمینان از دسترسی به خدمات جامع اولیه و ثانویه، مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ارائه مراقبت‌های فعال و طولانی‌مدت و هماهنگ کردن خدمات فردی بالینی، اجتماعی و بهداشت عمومی است.	۲۰۱۳	WONCA
(۲۹)	پزشکی خانواده، تخصص پزشکی مربوط به ارائه مراقبت جامع به افراد و خانواده‌ها و ادغام علوم پزشکی، رفتاری و اجتماعی است.	۲۰۱۴	World Health Organization
(۳۰)	پزشکی خانواده، یک تخصص پزشکی است که بیماری‌های شایع و طولانی‌مدت در کودکان و بزرگسالان را با تمرکز بر سلامت و رفاه عمومی مدیریت می‌کند.	۲۰۱۸	Hashim
(۳۱)	پزشکی خانواده، یک تخصص پزشکی است که مراقبت‌های بهداشتی مستمر و جامع را برای فرد و خانواده ارائه می‌دهد. دامنه پزشکی خانواده همه سنین، همه جنسیت‌ها، هر اندام و هر بیماری را در برمی‌گیرد.	۲۰۱۹	American Academy of Family Physicians
(۳۲)	پزشکی خانواده، یک تخصص بالینی است که پزشکان خانواده در هسته آن قرار داشته، بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه متمرکز است و هدف آن تقویت نظام سلامت به منظور دستیابی به برابری در سلامت و پوشش همگانی سلامت است.	۲۰۲۰	Flinkenflögel & colleagues

جدول ۲- اصول و ویژگی‌های پزشکی خانواده

ردیف	نویسنده	سال	اصول و ویژگی‌های پزشکی خانواده	منبع
۱	McWhinney	۱۹۸۱	بیمارمحوری، مراقبت مبتنی بر زمینه بیمار، نگرش پیشگیرانه، جامعه‌نگری، توجه به کار و زندگی، جامعیت، جنبه‌های ذهنی پزشکی و مدیریت منابع	(۳۳)
۲	WONCA	۱۹۹۱	جامعیت، بیمارمحوری، خانواده‌محوری، ارتباط پزشک و بیمار، هماهنگی، ارتباط وکالتی، دسترسی و مدیریت منابع	(۳۴)
۳	Taylor	۱۹۹۴	تداوم، جامعیت، هماهنگی، تمرکز بر بیمار در زمینه خانواده و جامعه‌محوری	(۳۵)
۴	Bernard	۱۹۹۵	بیمارمحوری، مراقبت مبتنی بر جامعه و خانواده، توجه به زمینه و نیازهای بیماران، مشکلات پیچیده سلامتی، بروز کم بیماری‌های جدی، تشخیص بیماری در مراحل اولیه، مدیریت همزمان چندین شکایت، تداوم، هماهنگی و اثربخشی	(۳۶)
۵	WHO	۱۹۹۸	عمومی بودن، تداوم، جامعیت، هماهنگی، مراقبت مشارکتی و خانواده‌محوری	(۳۷)
۶	Qureshi	۱۹۹۸	نگرش مراقبت محور، تداوم، جامعیت، هماهنگی، مشاوره و ارتباطات، مدیریت مشکلات شایع منطقه، صلاحیت بالینی، هزینه- اثربخشی، یادگیری مداوم، جامعه‌محوری و پژوهش	(۳۸)
۷	WONCA	۲۰۰۲	مدیریت مراقبت‌های اولیه بهداشتی، فردمحوری، مهارت‌های حل مسئله، جامعیت و جامعه‌محوری	(۲۶)
۸	Jimbo	۲۰۰۴	دسترسی، تداوم، جامعیت، هماهنگی و مراقبت مبتنی بر زمینه بیمار	(۳۹)
۹	Bucholtz & colleagues	۲۰۰۴	تداوم، جامعیت، اولین سطح تماس، جامعه‌محوری و خانواده‌محوری	(۴۰)
۱۰	Bhat-Schelbert & colleagues	۲۰۰۴	جامعیت، تداوم، هماهنگی و رویکرد زیست‌روان‌شناختی	(۴۱)
۱۱	Martin & colleagues	۲۰۰۴	بیمارمحوری، تیم‌محوری، سیستم اطلاعات پیشرفته، کل‌نگری، جامعه‌محوری، تأکید بر کیفیت و ایمنی، تأمین مالی پیشرفته و تعهد در ارائه بسته خدمات پزشکی خانواده	(۴۲)
۱۲	BC college of family medicine	۲۰۰۶	مهارت بالینی، جامعه‌محوری، جمعیت مشخص و ارتباط پزشک و بیمار	(۴۳)
۱۳	Gene'-Badia & colleagues	۲۰۰۷	فردمحوری، دسترسی، کیفیت و هماهنگی	(۴۴)
۱۴	Mash & colleagues	۲۰۰۸	مراقبت مبتنی بر زمینه بیمار، جامعیت، فردمحوری، آموزش پزشکان، مدیریت منابع، تداوم، جامعه‌محوری، تیم‌های چندتخصصی، ارائه مراقبت‌ها در سطح اولیه، ارتباط، یادگیری مداوم، پژوهش و تحقیق، مشارکت بیماران، یکپارچگی، توانمندسازی بیماران، پیشگیری، ارتقا و آموزش سلامت، هزینه اثربخشی، کیفیت مراقبت‌ها، دروازه‌بانی، دسترسی، پاسخگویی، هماهنگی، مبتنی بر مسائل اخلاقی و مدیریت کل نظام بهداشت منطقه	(۴۵)
۱۵	Sloane	۲۰۰۸	دسترسی، تداوم، تیم‌محوری، مراقبت‌های جامع و شخصی، هماهنگی، جامعه‌محوری، تمرکز بر پیشگیری، توانمندسازی بیماران، خدمات مبتنی بر شواهد، خانواده‌محوری، چشم‌انداز چرخه زندگی و رویکرد روانی-اجتماعی	(۴۶)
۱۶	Chumly & colleagues	۲۰۰۹	رویکرد زیست‌روان‌شناختی، جامعیت مراقبت‌ها، مراقبت مبتنی بر زمینه بیمار، تداوم مراقبت‌ها، هماهنگی و پیچیدگی مراقبت‌ها	(۴۷)
۱۷	Dutch College of General Practitioners	۲۰۱۱	عمومیت، بیمارمحوری و تداوم	(۴۸)
۱۸	Reid & colleagues	۲۰۱۱	صلاحیت بالینی، توانمندسازی، ارتباط پزشک و بیمار، هماهنگی، کیفیت، تیم‌محوری، آموزش و یادگیری مادام‌العمر	(۴۹)
۱۹	Lavergne & colleagues	۲۰۱۳	دسترسی، حمایتی، فردمحوری، تداوم، هماهنگی، ثبت سوابق و جامعیت	(۵۰)
۲۰	Phillips & colleagues	۲۰۱۴	اولین سطح تماس، مشارکت پایدار پزشک و بیمار، بیمارمحوری، جامعه‌محوری، داده‌ها و نظام اطلاعات و مدیریت و رهبری	(۵۱)
۲۱	Royal New Zealand College of General Practitioners	۲۰۱۴	ارتباط مداوم، جامعیت، هماهنگی، فردمحوری، مدیریت مشکلات مزمن و حاد، استفاده عادلانه از منابع، مراقبت خانواده و جامعه‌محور	(۵۲)
۲۲	Hashim	۲۰۱۶	مراقبت دلسوزانه، رویکرد عمومی، ارتباط مداوم، ذهن‌آگاهی انعطاف‌پذیر و یادگیری مداوم	(۵۳)
۲۳	Turabian	۲۰۱۷	جامعیت و یکپارچگی، تداوم، مراقبت مبتنی بر زمینه بیمار، فقدان قطعیت، پیچیدگی، جامعه‌محوری، ارتباط پزشک و بیمار، رویکرد زیست‌روان‌شناختی، مدیریت منابع، خانواده‌محوری و تنوع	(۵۴)
۲۴	College of Family Physicians of Canada	۲۰۱۸	جامعیت، ارتباطات و بیمارمحوری، جامعه‌محوری، مراقبت مشارکتی و تداوم	(۵۵)
۲۵	Rao & Prasad	۲۰۱۸	گسترده‌نگری، مبتنی بر شخص و خانواده، تداوم مراقبت‌ها، جامعه‌محوری، ایجاد رابطه قابل اعتماد، مشاوره و مدیریت مؤثر منابع	(۵۶)
۲۶	Lawson & Nortey	۲۰۲۱	جامعیت، تداوم، هماهنگی، بیمارمحوری و یادگیری مادام‌العمر	(۵۷)
۲۷	Arvidsson & colleagues	۲۰۲۱	بیمارمحوری، ارتباط پزشک و بیمار، تداوم، جامعیت، هماهنگی، حرفه‌ای‌گری و یادگیری، کار تیمی، دسترسی، پیشگیری، اولویت‌بندی، عدالت، ارتقای سلامت، رویکرد مبتنی بر خانواده و رهبری	(۵۸)
۲۸	Kolesnyk & colleagues	۲۰۲۱	هماهنگی، تداوم، یکپارچگی، جامعیت، خدمات مبتنی بر فرد و خانواده و اولین منبع دسترسی	(۵۹)
۲۹	Michels & colleagues	۲۰۲۱	بیمارمحوری، تداوم، مشارکت در خدمات و جامعه‌محوری	(۶۰)

پیامدهای نهایی دسته‌بندی شدند. افزایش دسترسی به سطح اول خدمات سلامت، بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت و کاهش خطاهای پزشکی از مهم‌ترین پیامدهای میانی اجرای برنامه پزشکی خانواده است که در مطالعات مختلف به آنها اشاره شده است (جدول ۴).

ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده

در مطالعات مورد بررسی، معیارها و شاخص‌های متعددی برای ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده استفاده شده است. باین‌حال، اغلب این مطالعات فقط به ارزیابی جنبه‌هایی از برنامه پزشکی خانواده مانند آموزش، تداوم، هماهنگی، کیفیت خدمات و نظام پرداخت و شاخص‌های عملکردی برنامه به‌صورت جداگانه پرداخته بودند. در بین مطالعات مورد بررسی، هیچ مطالعه‌ای به ارزیابی جامع برنامه پزشکی خانواده نپرداخته بود. چک‌لیستی شامل ۵۸ گویه با استفاده از معیارها و شاخص‌های معرفی شده برای ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده طراحی شد که در جدول ۵ آمده است.

مدل مفهومی پزشکی خانواده

پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن تیم پزشکی خانواده آموزش دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به‌صورت جامع، هماهنگ، مستمر و بیمارمحور به همه افراد در هر سن و جنس با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه ارائه می‌کند. هدف این برنامه، پر کردن شکاف بین مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بهداشت عمومی و همچنین، شکاف بین پزشکان مراقبت‌های اولیه و سایر متخصصان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است.



شکل ۱- ابر واژگان اصول برنامه پزشکی خانواده بر اساس نتایج مرور اصول

اولیه است و دارای کاربرد وسیع‌تری است. در نهایت عبارت Family medicine یک رشته دانشگاهی یا تخصص در علم پزشکی محسوب می‌شود که شامل ابعاد خدمات سلامت، آموزش و پژوهش است.

اجزا، اصول و ویژگی‌های برنامه پزشکی خانواده

اصول و ویژگی‌های متعددی برای پزشکی خانواده در ادبیات موضوعی ارائه شده است. این اصول در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

در بین اصول و ویژگی‌های معرفی شده، تداوم، جامعیت، هماهنگی، جامعه‌محوری، بیمارمحوری، خانواده‌محوری و نظام اطلاعات بیشترین فراوانی را داشته‌اند (شکل ۱). با مرور اصول برنامه پزشکی خانواده، ۸ اصل جامعیت خدمات^۱، تداوم خدمات^۲، هماهنگی خدمات^۳، بیمارمحوری^۴، آموزش، یادگیری و رشد^۵، نظام اطلاعات یکپارچه^۶، تأمین مالی پایدار^۷ و اعتباربخشی و نظارت^۸ پیشنهاد می‌شود.

پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده

در ۳۱ مطالعه به پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده اشاره شده بود. در این مطالعه پیش‌نیازهای برنامه در دو دسته کلی عوامل داخلی و عوامل خارجی تقسیم شد. پیش‌نیازهای داخلی شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، نظام اطلاعات، تجهیزات و ملزومات و ارائه خدمات سلامت است. پیش‌نیازهای خارجی نیز شامل عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فناوری است (جدول ۳).

پیامدهای برنامه پزشکی خانواده

در ۴۲ مقاله به پیامدهای برنامه پزشکی خانواده اشاره شده بود. پیامدها در دو دسته کلی پیامدهای میانی و

1. Comprehensiveness of care
2. Continuity of care
3. Coordination of care
4. Patient-centred care
5. Education, learning & development
6. Integrated information system
7. Sustainable financing
8. Accreditation and monitoring

جدول ۳- پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده

پیش‌نیازهای اصلی		پیش‌نیازهای فرعی	
حاکمیت و رهبری	سیاست‌گذاری	برنامه ملی و نقشه راه پزشکی خانواده، مشارکت ذی‌نفعان، اصلاح قوانین، تمرکززدایی و انعطاف‌پذیری منطبق بر ویژگی‌های هر منطقه	برنامه‌ریزی راهبردی
	سازماندهی	تدوین برنامه راهبردی تقویت و گسترش برنامه پزشکی خانواده و به‌روزرسانی برنامه براساس تغییر شرایط یکپارچگی و هماهنگی نظام سلامت، سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع، مشارکت عمومی- خصوصی، تعامل نزدیک بازیگران اصلی نظام سلامت، تعریف دقیق حیطه وظایف و نقش‌ها، تعیین استانداردهای توزیع نیروی انسانی، توزیع عادلانه و مناسب پزشکان خانواده و توزیع عادلانه مراکز مجری	تولیت و رهبری
	کنترل	تقویت نقش تولیت وزارت بهداشت، مشارکت عمومی، انگیزش کارکنان، توانمندسازی تصمیم‌گیرندگان و آموزش عمومی کارگروه‌های پایش و ارزیابی، تعریف شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و پیامدی، ارزیابی دوره‌ای، ایجاد محدودیت ویزیت برای پزشکان متخصص خارج از نظام ارجاع و استانداردسازی پروتکل‌های ارائه خدمات	کنترل
تأمین مالی	جمع‌آوری منابع مالی	تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت، استفاده از ظرفیت بخش خصوصی و حذف رابطه مالی پزشک و بیمار	تجمع منابع مالی
	خرید خدمات سلامت	تجمع کارکردی بیمه‌های سلامت، استقلال منابع مالی بیمه‌ها و تجمع تمام منابع مالی مرتبط با برنامه خرید راهبردی خدمات سلامت، اختیار و استقلال بیمه‌های سلامت، ارزش‌گذاری خدمات، پوشش کامل هزینه‌های مسیر ارجاع، انضباط مالی و مدیریت هزینه	خرید خدمات سلامت
	جذب و استخدام	تعیین شایستگی‌های اصلی تیم پزشکی خانواده، و جذب نیروی انسانی توانمند و به‌کارگیری نیروی انسانی در پست‌های مشخص و مرتبط	جذب و استخدام
نیروی انسانی	آموزش و توسعه	کوریکولوم آموزشی مبتنی بر اصول پزشکی خانواده، تداوم و یکپارچگی کوریکولوم آموزشی، تقویت دانش و مهارت مدرسان، همکاری نهادهای آموزشی، ایجاد فرصت‌هایی برای توسعه و رشد حرفه‌ای و شخصی و تعهد سازمانی	مدیریت ارتباطات
	ارزیابی عملکرد	ایجاد بسترهای ارتباطی مناسب، آموزش مهارت‌های ارتباطی و تقویت شبکه‌های ارتباطی ارائه‌کنندگان سطوح مختلف خدمات سلامت تدوین استانداردهای عملکردی عینی، جامع و مشخص، استفاده از داده‌های عملکردی در ارزیابی، انجام مداخلات اصلاحی بر اساس نتایج ارزیابی، اشتراک‌گذاری نتایج ارزیابی و افزایش مهارت ارزیابان	ارزیابی عملکرد
	جبران خدمت	شفاف‌سازی فرآیند پرداخت به کارکنان، حذف و یا کاهش تاخیر در پرداخت، استفاده از مدل‌های پرداخت انگیزشی، توجه به انتظارات کارکنان و حذف نابرابری در پرداخت	جبران خدمت
نظام اطلاعات	جمع‌آوری اطلاعات	همکاری و هماهنگی بخش‌های مرتبط با سلامت الکترونیک، سرمایه‌گذاری، تقویت سخت‌افزاری و نرم‌افزاری، یکپارچگی سامانه‌های ثبت اطلاعات و پیاده‌سازی نسخه‌نویسی الکترونیک	تحلیل اطلاعات
	استفاده از اطلاعات	ایجاد شواهد لازم برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری و انتشار اطلاعات غیرمحرمانه به‌صورت دوره‌ای تعیین نحوه و میزان دسترسی ذی‌نفعان به اطلاعات سلامت، حفظ تداوم در دسترسی آنلاین، رعایت محرمانگی، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و استفاده از اطلاعات برای پیشگیری از خطاهای پزشکی و بهبود کیفیت خدمات	استفاده از اطلاعات
	مدیریت تجهیزات و ملزومات	تعیین استاندارد تجهیزات، حمایت‌های دولتی، توسعه کمی و کیفی زیرساخت‌های برنامه و بهبود امکانات رفاهی استفاده از استانداردهای ساختاری تعیین شده برای صدور مجوز فعالیت، بازسازی و نوسازی امکانات مراکز مجری و استفاده از ارزیابی فناوری سلامت در خرید تجهیزات	مدیریت تجهیزات
ارائه خدمات سلامت	جامعیت خدمات	بسته خدمات سلامت جامع شامل مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات درمانی، تشخیصی و بازتوانی، بسته خدمات شرایط اورژانسی و بحرانی، رویکرد کل‌نگر، مراقبت مشترک با سایر متخصصان پزشکی و بازبینی و به‌روزرسانی بسته‌های خدمات	تداوم خدمات
	تداوم خدمات	ارائه خدمت در ساعات خارج از فعالیت مراکز مجری، ویزیت‌های خانگی در شرایط لزوم، ارتباط وکالتی پزشک و بیمار، اشتراک اطلاعات بیمار و تیم پزشکی خانواده، مشارکت بیماران در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی و ارائه خدمات و استفاده از اطلاعات شخصی و زمینه‌ای (اطلاعات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شرایط خانوادگی) بیمار	تداوم خدمات
	بیمارمحوری	همکاری تیمی، برنامه‌ریزی مراقبتی، ویزیت و مشاوره بین‌حرفه‌ای، تعیین مسیرهای مراقبت و ارجاع، نقش دروازه‌بانی پزشک خانواده، پشتیبانی و هماهنگی در سراسر مسیر ارجاع، تریاژ و اولویت‌بندی بیماران و تدوین پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های ارائه خدمات هماهنگ جلب اعتماد بیمار، حمایت از استقلال بیمار، حفظ احترام و کرامت بیماران، حفظ حریم خصوصی و رازداری، توجه پزشک به سایر مولفه‌های اثرگذار بر سلامت بیماران، مشارکت سایر اعضای خانواده و تقویت احساس حمایت و همراهی در بیمار	بیمارمحوری
عوامل سیاسی	سلامت در تمام سیاست‌ها، رهبری و تعهد سیاسی، ثبات مدیریتی، تاکید بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در اسناد بالادستی، پاسخگویی بخش‌های مختلف سیاسی، ترویج گفتگو در مورد سیاست‌ها، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، مکانیسم مشارکت بخش سلامت در بخش عمومی کشورها و تقویت مشارکت جامعه در سیاست‌گذاری و ارزشیابی سیاست‌ها	عوامل اجتماعی	ویژگی‌های جمعیتی مردم جامعه، فرهنگ مشارکتی، سواد سلامت، آگاهی افراد جامعه از نقش و حقوق خود، تقویت گفتگو بین عناصر مختلف اجتماع و مشارکت سازمان‌های مدنی در فعالیت‌های سلامت‌محور
عوامل اقتصادی	توجه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سیاست‌های اقتصادی، تقویت نظام مالیاتی، شفافیت فرآیندهای اقتصادی، پایداری نهادهای اقتصادی به قوانین و سیاست‌های سلامت، عدالت در توزیع منابع مالی، نظام پایش و ارزیابی عملکرد اقتصادی سازمان‌ها، سرمایه‌گذاری مشخص و ویژه در بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بهبود شرایط کسب و کار	عوامل فناوری	فراهم کردن زیرساخت‌های فناوری در کشورها، دسترسی به فناوری‌های پیشرفته با قیمت مناسب، هماهنگی و همسویی ذی‌نفعان این بخش با نظام سلامت و نظام ارزیابی فناوری

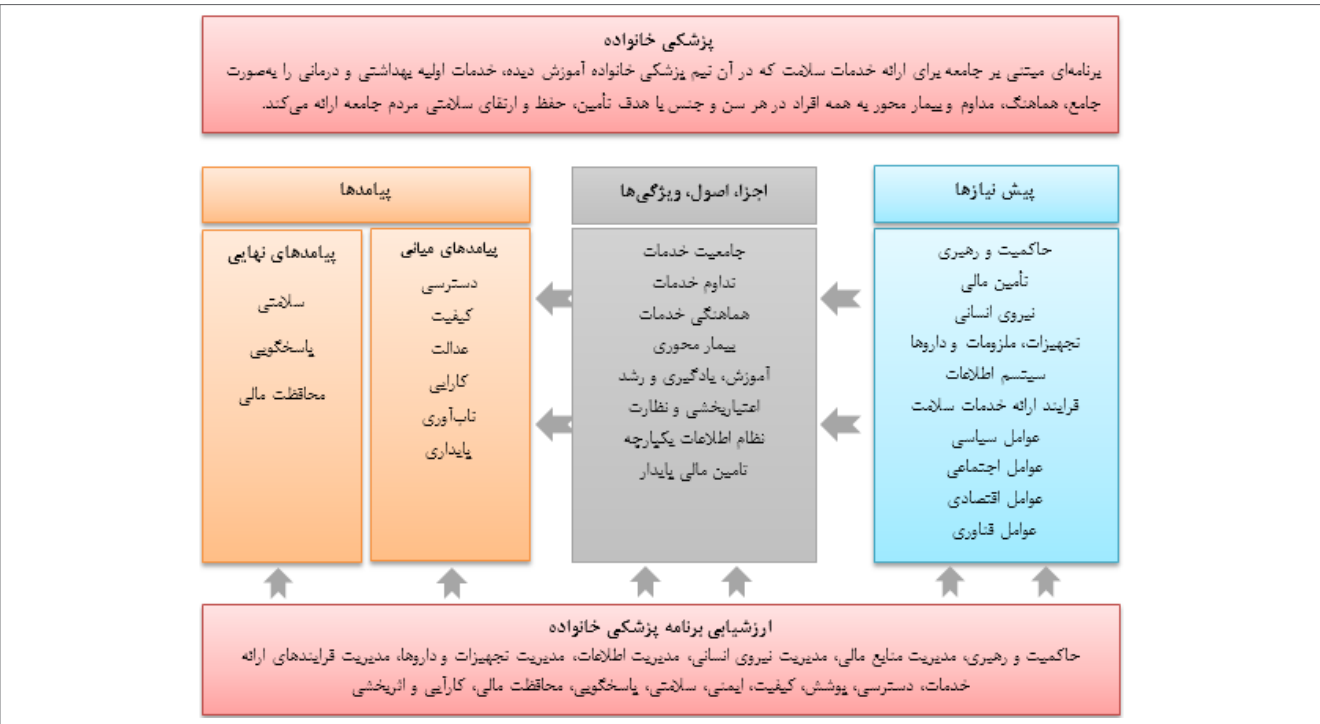
جدول ۴- پیامدهای برنامه پزشکی خانواده

پیامدهای اصلی	پیامدهای فرعی
دسترسی	افزایش دسترسی به تیم پزشکی خانواده، افزایش دسترسی به خدمات دارویی، افزایش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی، افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت، تسهیل دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت، ارائه طیف وسیعی از مراقبت‌های اولیه و خدمات سرپایی سطح اول و افزایش پوشش جمعیت دارای پرونده الکترونیک سلامت
کیفیت	بهبود کیفیت ارتباط تیم پزشکی خانواده و جمعیت، بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت، بهبود تشخیص بیماری و سایر مشکلات سلامتی، بهبود کیفیت ارجاع به سطوح تخصصی، کاهش قصورات پزشکی، افزایش گزارش خطاهای پزشکی، تسهیل پیگیری و ردیابی خطاها، افزایش رعایت استانداردهای بالینی و کاهش عوارض پیچیده بیماری‌ها
کارایی	مدیریت کارآمد منابع، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، کاهش بار مراجعه به سطوح تخصصی، تشخیص سریع‌تر بیماری‌ها و کاهش نیاز به بستری در بیمارستان
عدالت	افزایش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، افزایش عدالت در استفاده از خدمات سلامت، افزایش عدالت در پیامدهای سلامت، افزایش پاسخگویی اجتماعی سازمان‌های مراقبت‌های اولیه، افزایش عدالت در تأمین مالی خدمات سلامت، حمایت از افراد فقیر و ورود مفاهیم عدالت در سلامت در آموزش پزشکان
تاب‌آوری	افزایش تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط بحرانی و اپیدمی‌ها، بهبود کارایی و اثربخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت در شرایط بحرانی، توانمندسازی افراد جامعه برای مقابله با شرایط بحرانی و تقویت عملکرد نظام مراقبت بیماری‌ها در شرایط بحرانی
پایداری	پایداری ارائه خدمات سلامت در شرایط مختلف، انعطاف‌پذیری نظام ارائه خدمات سلامت و بهبود پایداری نیروی انسانی
سلامتی	کاهش بروز و شیوع بیماری‌ها، کاهش مرگ مادران و نوزادان، افزایش پوشش واکسیناسیون و کاهش شیوع عوامل خطر
پاسخگویی	افزایش رضایت و آگاهی، شناسایی نیازهای جمعیت، مشارکت جمعیت، ارائه خدمات مبتنی بر نیاز، بسته خدمات متناسب با نیازهای جمعیت و افزایش تاب‌آوری نظام سلامت
محافظت مالی و اجتماعی	کاهش پرداخت از جیب، افزایش پوشش بیمه سلامت، ارتباط تیم پزشکی خانواده و اعضای خانواده، حمایت و پشتیبانی اجتماعی از افراد و جلب مشارکت سایر سازمان‌ها برای فراهم کردن حمایت‌های لازم

جدول ۵- چک لیست ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده

محور	سنجدها
حاکمیت و رهبری	برنامه ملی پزشکی خانواده دارای یک چشم‌انداز و استراتژی واضح و شفاف است. برنامه پزشکی خانواده از اولویت‌های نظام سلامت بوده و مدیران نظام سلامت متعهد به اجرای کامل آن هستند. سیاست‌های سلامت ملی با محوریت مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پزشکی خانواده تدوین می‌شوند. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری برنامه پزشکی خانواده انجام می‌شود. تعارض منافع در اجرا و گسترش برنامه پزشکی خانواده به‌خوبی شناسایی و برای کاهش آن برنامه مدون وجود دارد. متولی اصلی اجرای برنامه پزشکی خانواده در وزارت بهداشت تعیین شده و از اختیارات لازم برخوردار است. سیستمی برای پایش، ارزیابی و ارزشیابی پیشرفت برنامه پزشکی خانواده ایجاد شده است. نقش و وظایف تمام ذی‌نفعان در سطوح مختلف در برنامه پزشکی خانواده به شکل واضح و شفاف تبیین شده است. ذی‌نفعان برنامه در سیاست‌گذاری و اجرای برنامه مشارکت موثر دارند. ساختار اجرای برنامه پزشکی خانواده متناسب با ویژگی‌های جمعیتی توسعه یافته است.
تأمین مالی	منابع مالی کافی و پایدار برای اجرای برنامه پزشکی خانواده اختصاص یافته است. نقش سازمان‌های ذی‌نفع در تأمین مالی برنامه پزشکی خانواده مشخص شده و آنها متعهد به انجام وظایف تعیین شده هستند. منابع مالی برنامه پزشکی خانواده به شکل کارآ تخصیص می‌یابد.
نیروی انسانی	شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده تدوین شده است. استخدام و جذب کارکنان بر اساس شایستگی‌های تعیین شده انجام می‌شود. برنامه آموزش پزشکی خانواده با سیاست‌ها و اولویت‌های ملی هماهنگ است. ساختار، فرایند و نتایج نظام آموزش پزشکی خانواده به صورت دوره‌ای ارزشیابی می‌شود. نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده به شکل مناسب توزیع می‌شود. از روش‌های ارزیابی عملکرد مناسب با معیارهای شفاف و واقعی برای نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده استفاده می‌شود. از روش‌های پرداخت ترکیبی برای انگیزش نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده استفاده می‌شود.
تجهیزات و ملزومات	استانداردهای تسهیلات و تجهیزات مورد نیاز برنامه پزشکی خانواده تدوین شده است. حمایت از مراکز مجری برای تدارک تجهیزات و ملزومات انجام می‌شود. تجهیزات و ملزومات مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده بر اساس استانداردها ارزیابی می‌شوند.

ارائه خدمات سلامت	<p>خدمات پزشکی خانواده به صورت یکپارچه، ادغام یافته و هماهنگ ارائه می‌شود. مکانیسم ارائه خدمات مشترک برنامه پزشکی خانواده با سایر ارائه‌کنندگان تدوین شده است. دستورالعمل‌های ارائه خدمات برنامه پزشکی خانواده بازمی‌بینی و به‌روزرسانی می‌شود. بیماران و خانواده‌ها در فرآیند ارائه خدمات مشارکت فعال دارند. مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده اولین نقطه تماس برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه هستند. بسته خدمات سلامت جامع تدوین شده است. تداوم طولی، ارتباطی و اطلاعاتی پزشک خانواده و بیمار در ارائه خدمات سلامت رعایت می‌شود. مسیر ارجاع مشخص و شفاف وجود دارد.</p>
نظام اطلاعات سلامت	<p>سوابق پزشکی افراد ثبت و نگهداری می‌شود. دسترسی مدیریت‌شده ذی‌نفعان برنامه پزشکی خانواده به اطلاعات به‌روز وجود دارد. پروتکل حفظ محرمانگی اطلاعات تدوین شده است. امکان ثبت، دریافت و ارسال اطلاعات بیماران در تمام سطوح و بخش‌های نظام سلامت وجود دارد. بیماران و تیم پزشکی خانواده اطلاعات را به صورت اثربخش به اشتراک می‌گذارند. از اطلاعات برای ارزیابی عملکرد، هماهنگی مراقبت‌ها، جبران خدمات و تولید شواهد سیاست‌گذاری استفاده می‌شود.</p>
پیامدهای میانی	<p>خدمات پایه بهداشتی و درمانی به صورت جامع، هماهنگ، مستمر و بیمارمحور ارائه می‌شود. ارائه خدمات سلامت در سطوح مختلف با استفاده از نظام ارجاع، به صورت اثربخش هماهنگ شده است. دسترسی جغرافیایی به مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت افزایش یافته است. درصد بالایی از افراد، تحت پوشش خدمات برنامه پزشکی خانواده قرار دارند. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت و ایمن پس از اجرای برنامه پزشک خانواده افزایش یافته است. افراد جامعه برای خودمراقبتی توانمند شده‌اند. نظام پزشکی خانواده تاب‌آور بوده و در شرایط اضطراری خدمات بهداشتی اولیه را ارائه می‌کند. نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه از پایداری لازم برخوردار است. زمان انتظار برای دریافت خدمات کاهش یافته است. عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی اولیه افزایش یافته است. عدالت در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی اولیه افزایش یافته است. عدالت در تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی اولیه افزایش یافته است. مدیریت منابع بهبود یافته و هزینه‌های نظام سلامت کاهش یافته است. مراجعه به سطوح تخصصی برای دریافت خدمات سلامت کاهش یافته است.</p>
پیامدهای نهایی	<p>خدمات پزشکی خانواده بخش عمده‌ای از نیازهای سلامت افراد را برآورده می‌کند. انتظاف‌پذیری لازم برای پاسخگویی به شرایط اضطراری وجود دارد. افراد جامعه به مطلوبیت خدمات پزشکی خانواده اعتماد و اعتقاد دارند. شاخص‌های کلیدی مراقبت سلامت جامعه تحت پوشش بهبود یافته است. گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات از اجرای برنامه پزشکی خانواده رضایت دارند. پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت کاهش یافته است. حقوق افراد در ارائه خدمات برنامه پزشکی خانواده رعایت می‌شود.</p>



نمودار ۴- مدل مفهومی پزشکی خانواده

از اصول مهم و پرتکرار پزشکی خانواده در ادبیات موضوعی است، در این تعریف آمده است. تفاوت پزشکی خانواده با دیگر رشته‌های پزشکی در این است که در پزشکی خانواده، اصولی مانند جامعیت، تداوم، هماهنگی خدمات و بیمارمحوری در زمان ارائه خدمات از اهمیت بالایی برخوردار است. در پزشکی خانواده، تعهد به مراقبت از افراد بیشتر از تعهد به یک مجموعه دانش است.

اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده نیازمند توجه ویژه به پیش‌نیازهای لازم برای طراحی و اجرای آن است. در پژوهش حاضر، پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده در دو دسته کلی عوامل داخلی شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات و داروها، نظام اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت و عوامل خارجی شامل عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری گروه‌بندی شدند.

حاکمیت، یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای اجرای برنامه پزشکی خانواده است [۳۲]. حاکمیت در نظام سلامت ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولید برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است [۶۱]. اجرای پزشکی خانواده در یک کشور نیازمند تعهد قوی مدیران ارشد نظام سلامت، داشتن دورنمای مشخص برای برنامه و سازمان‌دهی و رهبری نیروی انسانی است [۴۵]. حاکمیت باید بین همه شرکای اصلی برنامه پزشک خانواده هماهنگی ایجاد کند. بخش‌های دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد، افراد و خانواده‌ها، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و رسانه‌ها باید به‌طور هماهنگ از برنامه پزشک خانواده حمایت کنند.

تأمین مالی پایدار برای اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده ضروری است. تأمین مالی کافی برنامه برای ارائه مراقبت عادلانه و همگانی ضروری است. این موضوع شامل ایجاد مکانیسم مشارکت عمومی-خصوصی در تأمین مالی برنامه و استفاده از روش‌های نوین تأمین و مدیریت منابع مالی است [۶۲]. تأمین مالی برنامه باید به حدی باشد که بتواند از تدارک تجهیزات و امکانات لازم برای اجرای برنامه حمایت کند. در برخی از کشورها، بخش خصوصی مشارکت فعالی در ارائه خدمات پزشکی خانواده دارد [۴۵]. نظام تأمین مالی باید قادر باشد

جامعیت، تداوم، هماهنگی، بیمارمحوری و آموزش، یادگیری و رشد از اصول مهم برنامه پزشکی خانواده است. پیش‌نیازهای برنامه پزشکی خانواده شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، ارائه خدمات، نظام اطلاعات و عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فناوری است. برنامه پزشکی خانواده بر دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت، تاب‌آوری و پایداری خدمات سلامت و در نهایت، سلامتی مردم و پاسخگویی و محافظت مالی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثر می‌گذارد. مدل مفهومی پیشنهادی پزشکی خانواده شامل تعریف، پیش‌نیازها، پیامدها و ارزشیابی در نمودار ۴ ارائه شده است.

بحث

این مطالعه با استفاده از روش مرور مفهومی و با هدف تبیین مفهوم پزشکی خانواده انجام شد. تعداد ۷۳ مقاله و سند مرتبط با پزشکی خانواده بررسی شدند. بیشتر این پژوهش‌ها در کشورهای انگلستان، کانادا و آمریکا انجام شده بود. بیشتر مطالعات در بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۲۱ میلادی انجام شده بودند. بر اساس نتایج حاصل از این مرور مفهومی، تعریف، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی پزشکی خانواده تبیین شدند.

در این پژوهش ۹ تعریف برای پزشکی خانواده شناسایی شد. برخی از تعاریف ارائه شده، طولانی و پیچیده هستند [۲۵، ۲۸، ۳۲]. در مقابل، برخی از تعاریف هم بسیار ساده و خلاصه بوده و ویژگی‌های اصلی پزشکی خانواده را شامل نمی‌شود [۲۴، ۲۷]. تعریف پزشکی خانواده باید شامل اصول اساسی آن و منطبق بر نیازها و شرایط هر کشور و قابل فهم باشد. ما پزشکی خانواده را این‌گونه تعریف کردیم: «پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن تیم پزشکی خانواده آموزش دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به‌صورت جامع، هماهنگ، مستمر و بیمارمحور به همه افراد در هر سن و جنس ارائه می‌کند». واژه Family medicine بیشتر برای تعریف تخصص پزشکی خانواده به‌عنوان یک رشته دانشگاهی و عبارت Family Practice به‌عنوان رویکردی در ارائه خدمات سلامت مبتنی بر خانواده و جامعه است. جامعیت، هماهنگی، تداوم و بیمارمحوری که

هم خواهد شد.

تجهیزات، ملزومات، داروها و واکسن‌ها اجزای اصلی نظام سلامت هستند و به کاهش چشمگیر بار مرگ و میر و بیماری کمک می‌کنند [۶۶]. این زیرساخت‌ها در اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده اهمیت دارند. در دسترس بودن تجهیزات و ملزومات، با عملکرد بهتر مراقبت‌های بهداشتی اولیه مرتبط است. انجام برخی آزمایشات و ارائه پاسخ سریع در محل استقرار تیم پزشکی خانواده با استفاده از تجهیزات مناسب می‌تواند در تعیین تکلیف بهتر بیمار در همان سطح و کنترل بیماری او موثر واقع شود. در کشورهای در حال توسعه، بسیاری از واحدهای بهداشتی اولیه در ساختمان‌های استیجاری کار می‌کنند و این ساختمان‌ها از تجهیزات کافی برخوردار نیستند [۶۷]. این زیرساخت‌ها با توجه به افزایش جمعیت در مناطق شهری کشور و همچنین حاشیه شهرها، نه فقط برای ارائه خدمات سلامت که برای کلیه فرآیندهای مرتبط با برنامه پزشکی خانواده مثل آموزش نیروی انسانی و پرونده الکترونیک سلامت هم ضروری هستند. یکی از نکات قابل توجه در این زمینه ایجاد شرایطی است که چند تیم پزشکی خانواده بتوانند در یک مکان استقرار یابند تا همکاری‌های بین تیمی افزایش یافته و دسترسی بهتری به خدمات سلامت برای جمعیت فراهم شود.

نظام اطلاعات یکپارچه یک پیش‌نیاز مهم پزشکی خانواده است. از بین تمام برنامه‌های مبتنی بر فناوری اطلاعات، پرونده الکترونیک سلامت رواج بیشتری داشته است. این پرونده یک سیستم رایانه‌ای است که پزشکان اطلاعاتی مانند داده‌های جمعیت‌شناختی بیمار، تاریخچه پزشکی، لیست مشکلات سلامتی، واکسیناسیون، علائم حیاتی و تجویزها را در آن ثبت می‌کنند. پرونده الکترونیک سلامت منجر به بهبود کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌ها و بهبود نتایج سلامت می‌شود [۶۸]. در کشورهای در حال توسعه به دلیل فراهم نبودن زیرساخت‌های فناوری، پرونده الکترونیک سلامت کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. این در حالی است که در کشورهایی مثل انگلستان، استرالیا و نیوزیلند بیش از ۹۵ درصد پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه از پرونده الکترونیک سلامت استفاده می‌کنند [۶۹]. در کانادا نیز مشوق‌هایی در این زمینه برای پزشکان در نظر گرفته شده است. علاوه بر این، در این کشور از پرونده الکترونیک سلامت برای آموزش دستیاران پزشکی خانواده

تا حمایت لازم را از این بخش برای تدارک تجهیزات لازم به عمل آورد.

نیروی انسانی کارآمد پیش‌نیاز مهم دیگر برنامه پزشکی خانواده است. نظام آموزشی نیروی انسانی در کشورهای در حال توسعه با چالش‌هایی مانند انتخاب روش مناسب آموزش پزشکان خانواده، به‌کارگیری اصول و ویژگی‌های پزشکی خانواده در آموزش‌ها، شکاف بین تئوری و عمل در آموزش‌ها و اعتباربخشی مراکز آموزشی پزشکان خانواده مواجه است [۵۷]. برای غلبه بر این چالش‌ها، راهکارهایی مانند مشارکت ذی‌نفعان ملی و جهانی در آموزش پزشکان [۶۳]، تعیین نهاد مستقل اعتباربخشی آموزشی [۶۳]، تبادل دانشجویان و اساتید بین کشورهای در حال توسعه و کشورهای پیشرفته و ادغام آموزش پزشکان خانواده در مراکز و کلینیک‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه [۶۴] پیشنهاد شده است. تدوین مدل شایستگی تیم پزشکی خانواده و جذب نیروی انسانی براساس این شایستگی‌ها می‌تواند به تقویت نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده کمک کند.

برخی از کشورها نظیر آمریکا از دهه ۱۹۴۰ میلادی برنامه آموزش تخصص پزشکی خانواده را اجرا می‌کنند و آموزش‌های کاربردی لازم را به پزشکان عمومی در قالب یک برنامه رزیدنتی ارائه می‌دهند. هدف این برنامه‌ها این است که پزشکان شایستگی‌های لازم را به دست آورند و به‌جای تمرکز بر بیماری، به بیمار توجه داشته باشند [۶۴]. با وجود این، فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی علاقه کمتری به شرکت در این دوره رزیدنتی نشان می‌دهند [۶۵]. انگیزه‌های لازم باید در دانشجویان پزشکی برای انتخاب تخصص پزشکی خانواده ایجاد شود. نظام پرداخت باید به‌گونه‌ای اصلاح شود که بی‌عدالتی بین حقوق و مزایای متخصصان پزشکی خانواده و دیگر پزشکان متخصص نظام سلامت کاهش یابد و رضایت و انگیزه بیشتری در تیم پزشکی خانواده ایجاد کند. از روش‌های سرانه و کارانه برای پرداخت به پزشکان خانواده استفاده می‌شود. روش کارانه منجر به افزایش تقاضای القایی و در نهایت، افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. استفاده از روش سرانه تعدیل شده به همراه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای پزشکان خانواده مناسب‌تر است. این روش ضمن افزایش رضایت پزشکان خانواده و اعضای تیم پزشکی خانواده، موجب بهبود شاخص‌های سلامتی جامعه

استفاده می‌شود [۶۸].

یکی از نکات مهم در خصوص پرونده الکترونیک سلامت، امکان ایجاد دسترسی تعریف شده برای اعضای مختلف تیم پزشکی خانواده و همچنین، سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌ها و سطوح بالاتر به محتوای پرونده سلامتی افراد است. نکته مهم در این زمینه اطمینان از امنیت داده‌ها و حقوق خصوصی افراد در تبادلات داده‌هاست. استفاده مناسب از پرونده الکترونیک سلامت برای خودارزیابی توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و همچنین، پایش و ارزیابی پزشکان خانواده به عنوان مسئول تیم و همچنین، سطوح بالاتر مدیریتی در سطح شهرستان، استان و کشور موجب بهبود کیفیت ارائه خدمات خواهد شد.

نظام ارائه خدمات سلامت اثربخش پیش‌نیاز مهمی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده است. در این پژوهش، معیارهای جامعیت، تداوم، هماهنگی و فردمحوری به‌عنوان ویژگی‌های مهم برنامه ارائه خدمات پزشکی خانواده تعیین شد. مراقبت‌های سلامت باید برای تمام افراد در تمام سنین و تمام حوزه‌های بالینی، از مراقبت‌های پیشگیرانه تا تسکینی ارائه شود. جامعیت خدمات می‌تواند هزینه‌های نظام سلامت را کاهش دهد و نتایج سلامتی بهتری به همراه داشته باشد [۷۰]. تداوم خدمات به معنای ارائه مراقبت‌های منسجم در طول زمان و مطابق با نیاز افراد است. با این حال، تداوم ارائه خدمات پزشکی خانواده همواره یک چالش جدی بوده است. تداوم مراقبت‌ها در مناطق محروم و دور افتاده مشکل است. بسیاری از پزشکان خانواده به فعالیت در این مناطق تمایلی ندارند [۷۱]. برنامه‌ریزی پزشکان باید به‌گونه‌ای باشد که برای بیماران، پزشکان جانشین تعریف شوند تا بتوانند در زمان غیبت پزشک خود، به آنها دسترسی داشته باشند. پزشکان جایگزین با قابلیت ویزیت الکترونیک، ابتکار جدیدی است که در برخی کشورها برای افزایش تداوم خدمات به کار گرفته شده است [۷۱]. با توجه به تجربیات به دست آمده در طول دوران پاندمی کووید-۱۹ در دنیا، توسعه ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش از طریق فناوری پزشکی از راه دور مقبولیت قابل توجهی یافته است. استفاده از تماس تلفنی تیم پزشکی خانواده با افراد تا دریافت عکس و تماس‌های ویدیویی برای ویزیت و گفتگو با بیماران و ثبت همه آنها در پرونده الکترونیک سلامت اقبال بالایی یافته است.

فردمحوری به توجه و شناخت بیمار (مراجعه‌کننده) توسط پزشک خانواده اشاره دارد. توجه به زمینه‌های خرد و کلان بیمار مانند شرایط خانوادگی، عادات رفتاری، سبک زندگی، ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیمار، موجب دستیابی به نتایج بهتر می‌شود. این اصل تفاوت عمده بین پزشکی خانواده و دیگر تخصص‌های پزشکی است. هرچند حل کامل مسائل اجتماعی و اقتصادی از عهده پزشک خانواده خارج است، اما شناخت این مسائل و توجه به آنها به توسعه حمایت‌های اجتماعی و تشخیص و درمان بهتر بیماران کمک می‌کند. در سال‌های اخیر، ابتکارات متنوعی برای آموزش این اصل به پزشکان خانواده به کار گرفته شده است. به‌عنوان مثال، برنامه زمینه‌های اجتماعی در پزشکی^۹ بر پایه ارتباط دانشجویان با بیماران و با تأکید بر ویزیت در منزل آغاز شد. این برنامه در سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ میلادی در ایالات متحده آمریکا و با مشارکت دانشجویان پزشکی برگزار شد و از ۳ فعالیت اصلی شامل سمینار، ویزیت در منزل و جلسات گروهی به همراه یک مربی تشکیل شده بود [۷۲]. به‌کارگیری این‌گونه ابتکارات می‌تواند آموزش مراقبت بیمارمحور را تسهیل کند.

پزشک خانواده براساس اصل هماهنگی خدمات، بیمار را برای دریافت خدمات در سطوح مختلف راهنمایی می‌کند، اطلاعات لازم را در اختیار سطوح دیگر قرار می‌دهد و مراقبت‌ها را هماهنگ می‌کند. ارائه‌دهندگان مختلف خدمات سلامت، هماهنگی کامل را با یکدیگر دارند تا از ارائه کامل مراقبت‌های موردنیاز بیمار اطمینان یابند. بیشترین چالش پزشکی خانواده در کشورهای در حال توسعه مربوط به بی‌توجهی به این اصل است [۷۳]. موضوعاتی مانند فاصله قدرت زیاد، ساختار سلسله‌مراتبی، فاصله مکانی زیاد بین پزشکان خانواده و پزشکان متخصص، نبود زبان مشترک بین آنها، دانش یا مهارت ناکافی، کمبود پزشکان متخصص، روش‌های پرداخت ناکارآمد، فقدان اعتماد و احترام متقابل، محدودیت زمان و نبود احساس اطمینان بیماران از مهم‌ترین چالش‌های هماهنگی خدمات سلامت هستند [۷۴]. واگذاری مسئولیت هماهنگی مراقبت‌ها در تمام سطوح به یک شخص یا گروه مشخص [۷۳]، ارائه بخشی از خدمات پزشکی خانواده توسط مراقبان سلامت [۷۵]، اصلاح نظام پرداخت به‌منظور تشویق پزشکان متخصص برای

9. Social contexts in medicine

بخشی از راه حل این کشور برای مقابله با اثرات این حادثه بود [۸۰].

عوامل اجتماعی نیز بر عملکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه تاثیرگذار است. تغییرات جمعیتی و پیر شدن جمعیت، تخصیص منابع به بیماری‌های مزمن را افزایش داده است. شیوع این بیماری‌ها ارتباط مستمر پزشک و بیمار و مراقبت طولانی مدت را ضروری ساخته است. علاوه بر این، در بسیاری از نقاط جهان مهاجرت و شهرنشینی افزایش یافته است. امروزه ۵۰ درصد از جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند که تا سال ۲۰۳۰ میلادی این رقم به ۷۰ درصد خواهد رسید. این موضوع باعث تمرکز بیش از حد جمعیت، مشکلات ارتباط بین فرهنگی و تغییر نیاز بیماران شده است [۸۱]. این عوامل، ارائه خدمات سلامت را دچار مشکل می‌کند. نظام‌های سلامت باید متناسب با این تغییرات، اصلاحاتی در ارائه خدمات سلامت ایجاد کنند. تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرها با تکیه بر اجرای برنامه پزشکی خانواده از جمله اصلاحاتی است که در این راستا انجام شده است.

تغییر در سیاست‌های اقتصادی عامل مهم دیگر موثر بر برنامه پزشکی خانواده است. عملکرد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با نوسانات اقتصادی تغییر می‌کند. این نوسانات جنبه‌های مختلف این نظام مانند دسترسی و استفاده از خدمات را تحت تاثیر قرار داده است [۸۲]. علاوه بر این، وضعیت اقتصادی افراد تاثیر مهمی بر وضعیت سلامتی آنها دارد [۸۳]. بر این اساس، اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده نیازمند وجود زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مناسب است. بهره‌گیری از فرصت‌ها و ایجاد تغییرات لازم در عوامل محیطی کلان، قبل از اجرای برنامه می‌تواند احتمال موفقیت آن را افزایش دهد.

با شکست مدل‌های سنتی پزشکی و مدل‌های مبتنی بر بیماری در دستیابی به ارتقای سلامت جوامع، توسعه مراقبت‌های اولیه یکپارچه با تأکید بر ارائه مراقبت‌های جامع، هماهنگ و مستمر مورد تأکید قرار گرفته است. برنامه پزشکی خانواده رویکرد مناسبی برای دستیابی به این هدف است. این برنامه دستاوردهای زیادی برای افراد، جوامع و نظام‌های سلامت به همراه داشته است. برنامه پزشکی خانواده نقش به‌سزایی در دستیابی به اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت داشته است. برنامه پزشکی خانواده بر دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت،

مشارکت در برنامه [۷۶]، تدوین قوانین معین و شفاف برای ارجاع بیماران و تخصیص وسایل نقلیه برای انتقال بیماران نیازمند [۷۷] از جمله اقدامات مناسب برای بهبود هماهنگی خدمات و تقویت نظام ارجاع هستند. علاوه بر این، ساختار موجود برای ارائه خدمات تخصصی سرپایی در کشور بر موفقیت استقرار نظام ارجاع و تقویت تیم‌های پزشکی خانواده تاثیرگذار است.

در دو دهه اخیر بحث ایمنی بیمار و کیفیت خدمات سلامت مورد توجه بسیار زیاد سیاست‌گذاران نظام سلامت و مردم قرار گرفته است. بنابراین، اقدامات لازم باید برای بهبود کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده صورت گیرد. آموزش مدیریت کیفیت به پزشکان خانواده یک گام اساسی برای بهبود کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده است. علاوه بر این، نقشه راه بهبود کیفیت خدمات پزشکی خانواده و استانداردها و قوانین لازم باید در سطح ملی تدوین شود. فراهم آوردن فرصت مشارکت همه ذی‌نفعان در فرآیند بهبود کیفیت حیاتی است. ذی‌نفعان باید از این فرآیندها آگاه باشند و مکانیسم مشارکت و تعامل آنها وجود داشته باشد. امروزه بسیاری از مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه اعتباربخشی می‌شوند. اعتباربخشی، تأثیر مثبتی بر بهبود کیفیت خدمات این مراکز داشته است [۷۸].

محیط خارجی پیرامون نظام مراقبت‌های بهداشتی شامل عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری بر عملکرد ۶ بلوک ساختاری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأثیر می‌گذارد. در توسعه برنامه پزشکی خانواده، خواست و تعهد سیاسی دولت به طور عام و وزارت بهداشت به طور خاص یک عامل اساسی است [۲۹]. عوامل سیاسی در کشورهای در حال توسعه، تأثیر مهمی در اجرا شدن و یا اجرا نشدن برنامه‌ها ایفا می‌کنند. به عنوان مثال، در برزیل، تغییرات سیاسی در دهه ۱۹۸۰ میلادی و حرکت این کشور به سمت دموکراسی و تشکیل دولت جدید، منجر به اصلاحاتی مثل بازنگری نظام سلامت، ایجاد نظام سلامت ملی، سیستم بهداشتی یکپارچه و در نهایت، ایجاد استراتژی پزشکی خانواده شد [۷۹]. در برخی موارد نیز، اصلاحات نظام سلامت پس از حوادث طبیعی و غیرطبیعی بوده است. تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه با تأکید بر پزشکی خانواده، پس از سونامی ویرانگر سال ۲۰۰۴ میلادی در اندونزی،

عمل کند. علاوه بر این، در این برنامه با ادغام خدمات بهداشت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات پزشکی عمومی، یکپارچگی، جامعیت و هماهنگی خدمات سلامت افزایش می‌یابد. از این رو، برنامه پزشکی خانواده می‌تواند به‌عنوان بزرگ‌ترین مداخله اصلاحی با هدف تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کار گرفته شود. برنامه پزشکی خانواده دستاوردهای بسیاری به همراه داشته است. اجرای موفق این برنامه نیازمند شناخت اصول و پیش‌نیازهای آن است. فراهم بودن پیش‌نیازها و ارزشیابی مستمر برنامه پزشکی خانواده با استفاده از معیارهای استاندارد، دستیابی به اهداف برنامه را تسهیل می‌کند.

این مطالعه با استفاده از روش مرور مفهومی به تبیین عبارت پزشکی خانواده پرداخت و ضمن تعریف آن، اجزا، اصول، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی آن را شناسایی و توصیف کرد که در نتیجه، یک مدل مفهومی سیستمی برای برنامه پزشکی خانواده طراحی شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با استفاده از مطالعات کمی و کیفی به توسعه این مدل مفهومی کمک کنند. همچنین، یک پرسشنامه برای ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده شامل ۸ بُعد و ۵۸ گویه توسعه یافت. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به سنجش روایی و پایایی این ابزار بپردازند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پزشک خانواده به عنوان پزشک اختصاصی بیمار، نقش دروازه‌بان نظام سلامت را برعهده دارد و خدمات تشخیصی، پیشگیری و پزشکی عمومی مورد نیاز بیمار را ارائه می‌دهد. او خدمات سلامت را متناسب با نیازهای جسمی، روحی و اجتماعی بیماران و با توجه به زمینه خانوادگی و محیط زندگی ارائه می‌دهد. ایشان مسئولیت دائمی مراقبت از بیمار و در صورت نیاز ارجاع او به مراکز سلامت تخصصی تر را برعهده دارد. او همچنین، مسئول شناسایی نیازهای سلامت و تشخیص به موقع بیماری‌ها در جامعه تحت پوشش خود است. بنابراین، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید با تربیت متخصصان پزشکی خانواده شایسته و توانمند و فراهم ساختن منابع مورد نیاز امکان ارائه خدمات جامع و بیمارمحور را فراهم کنند.

تاب‌آوری و پایداری خدمات سلامت و در نهایت، سلامتی مردم و پاسخگویی و محافظت مالی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثر می‌گذارد. مطالعات قبلی نشان داده که اجرای برنامه پزشکی خانواده، افزایش رضایت ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات [۸۴]، بهبود دسترسی به خدمات [۸۵]، بهبود نتایج سلامتی [۸۵] و بهبود کیفیت خدمات [۸۶ و ۸۴] را به همراه داشته است. در این مقاله، یک مدل سیستمی به همراه چک‌لیستی برای ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده ارائه شد. مراقبت‌های بهداشتی درمانی محصول یک سیستم انطباقی پیچیده از افراد، تجهیزات، فرآیندها و مؤسساتی است که با هم کار می‌کنند. این سیستم‌ها برای مراقبت‌های یکپارچه، بیمارمحور، موثر و کارآمد تلاش می‌کنند. چنین سیستم‌هایی به صورت تصادفی ایجاد نمی‌شوند. آنها باید برنامه‌ریزی، طراحی و ساخته شوند. نقص در عناصر هر یک از اجزای این سیستم و یا در ارتباط بین اجزای آن، عملکرد کلی سیستم را دچار نقص می‌کند. از این رو ضروری است که هر کدام از اجزای این سیستم عملکرد مناسبی داشته باشند و بین اجزای مختلف هم هماهنگی و هم‌افزایی وجود داشته باشد. یک سیستم متشکل از ساختارها و فرآیندهایی است که محصولات (کالاها یا خدمات) تولید می‌کنند. در این پژوهش برای اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده، ساختارها و پیش‌نیازهای لازم، فرآیندهای برنامه و پیامدهای آن و همچنین، ارتباط بین آنها مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر این چک‌لیست ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده توسعه یافت. مدیران با استفاده از این چک‌لیست می‌توانند نقاط قوت و ضعف برنامه پزشکی خانواده را شناسایی کنند و اقدامات اصلاحی لازم را به کار گیرند.

نتیجه‌گیری

مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید به عنوان استراتژی مناسب دستیابی به هدف سلامت برای همه مورد توجه قرار گیرد. فقدان ارتباط و یکپارچگی سطوح ارائه خدمات سلامت همواره یک چالش جدی برای دستیابی به این هدف بوده است. از طرفی، نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پزشکان عمومی به‌عنوان دو جزیره جدا از هم، مسئولیت ارائه خدمات بهداشت عمومی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی و مراقبت‌های درمانی سطح اول را به عهده داشته‌اند. برنامه پزشکی خانواده می‌تواند به عنوان حلقه اتصال سطح اول با سطوح تخصصی ارائه خدمات

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «توسعه الگوی پزشکی خانواده شهری ایران» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است. نویسندگان از داوران محترمی که با ارائه نظرات ارزشمند خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی و تشکر می‌کنند.

References

1. WHO. Declaration of Alma-Ata. Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen. 1978:1-4.
2. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care and primary health care. *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(5):409-11.
3. World Bank. *Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. World Bank: USA, Washington. 2021: 6-12.
4. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-72.
5. Rao M, Pilot E. The missing link—the role of primary care in global health. *Global health action*. 2014;7(1):1612-1624.
6. Mosadeghrad AM, Heydari M, Esfahani P. Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022 Mar 10;19(3):237-58.
7. Ghebreyesus TA. Strengthening our resolve for primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(11):726-7.
8. Salah H, Kidd M, Mandil A. *Family practice in the eastern mediterranean region*. London: Taylor & Francis Group; 2019: 97-109.
9. Islamic Republic of Iran Mapo. *Law of the Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. Iran, Tehran. 2004:1-3.
10. Mobasher F, Jafarzadeh S, Bahramali E. The Level of Satisfaction of Family Physician Program in Urban Population of Fasa from 2014 to 2015. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2017;7(2): 190-198.
11. Kabir M, Rabiee S, Ashrafian Amiri H, Shirvani N, Davoud S, Hoseini S, et al. Healthcare providers, satisfaction in the urban family physician program of Iran *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;16(2):92-100.
12. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir M. 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.
13. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam S, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Family practice*. 2018;35(6):652-60.
14. Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *Journal of education and health promotion*. 2019;8(36):1-8.
15. Van Weel C. Primary health care and family medicine at the core of health care: challenges and priorities in how to further strengthen their potential. *Front Med (Lausanne)*. 2014;1:37-47.
16. Gibson C, Arya N, Ponka D, Rouleau K, Woollard R. Approaching a global definition of family medicine: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Canadian Family Physician*. 2016;62(11):891-6.
17. Mosadeghrad AM, Afshari M, Karimi F. Methodology of conceptual review in the health system. *Tehran University Medical Journal*. 2022;80(1):1-15.
18. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Perry BW. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*. 2007;85(4):729-68.
19. Reis HT, Reis HT, Judd CM. *Handbook of research methods in social and personality psychology*. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2000: 15-45.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101.
21. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data 2002*. 1st Edition. New York: Routledge; 1994:187-208.
22. Merriam-webster online dictionary. family medicine. [cited 2022 May 26]. Available from: [https://www.merriam-webster.com/dictionary/family medicine](https://www.merriam-webster.com/dictionary/family%20medicine).

- merriam-webster.com/dictionary/family%20medicine.
23. Oxford Online Dictionary. family medicine. [cited 2022 May 26]. Available from: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/family-medicine?q=family+medicine>.
 24. McWhinney IR. Family medicine in perspective. *New England Journal of Medicine*. 1975;293(4):176-81.
 25. Richards J. *The Nature of General Practice: General Practice in New Zealand*. Royal New Zealand College of General Practitioners: New Zealand, Wellington. 1997:1-15.
 26. Europe WONCA. The European definition of general practice/family medicine. *Global Family doctor: Spain, Barcelona*. 2002:2-6.
 27. Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. *Wonca International Classification Committee: Spain, Barcelona*. 2004.
 28. Kidd M. *The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors*. London: Radcliffe Publishing; 2013.
 29. World Health Organization. *Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice*. Regional Office for the Eastern Mediterranean: Egypt, Cairo. 2014: 6-28.
 30. Hashim MJ. A definition of family medicine and general practice. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2018;28(1):76-9.
 31. American Academy of Family Medicine. Family Medicine, Definition of. [cited 2022 May 26]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/family-medicine-definition.html>.
 32. Flinkenflögel M, Sethlare V, Cubaka VK, Makasa M, Guyse A, De Maeseneer J. A scoping review on family medicine in sub-Saharan Africa: Practice, positioning and impact in African health care systems. *Human resources for health*. 2020;18(1):1-18.
 33. McWhinney I. Teaching the principles of family medicine. *Canadian Family Physician*. 1981;27:801-4.
 34. WONCA. *The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems*. Global Family doctor: Spain, Barcelona. 1991: 3-18.
 35. Taylor RB. *Family medicine principles: Current expressions*. New York: Springer; 1994: 1-4.
 36. Bernard G. What are the basic principles to define general practice. In *Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice, Strasbourg* 1995: 1-8.
 37. WHO Europe. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe*. The WHO Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen. 1998: 10-48.
 38. Qureshi R. Principles of family medicine. *Journal of Pakistan Medical Association*. 1998;48(5):152-8.
 39. Jimbo M. Family medicine: its core principles and impact on patient care and medical education in the United States. *The Keio journal of medicine*. 2004;53(2):69-73.
 40. Bucholtz JR, Matheny SC, Pugno PA, David A, Bliss EB, Korin EC. Task Force Report 2. Report of the Task Force on Medical Education. *Ann Fam Med*. 2004;2(Suppl 1):s51-s64.
 41. Bhat-Schelbert K, Lipsky MS, Steele H, Sharp LK. Mission statements: What do they tell us about family medicine training programs? *Family Medicine-Kansas City*. 2004;36(4):243-7.
 42. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL. The future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2:S3-32.
 43. BC College of Family Physicians. *Four Principles of Family Medicine*. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://bccfp.bc.ca/leading-health-advocacy-2/four-principles-of-family-medicine/>.
 44. Gene-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalan-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family practice*. 2007;24(1):41-7.
 45. Mash R, Downing R, Moosa S, De Maeseneer J. Exploring the key principles of Family Medicine in sub-Saharan Africa: international Delphi consensus process. *South African Family Practice*. 2008;50(3):60-5.
 46. Sloane PD. *Essentials of family medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 47. Chumly H, Chessman A, Hobbs J, Clements D, Munzing T, Cochella S, et al. *The Family Medicine Clerkship Curriculum*. Society of teachers of family medicine; USA, Kansas. 2009: 1-14.
 48. Dutch College of General Practitioners. *Core values of General Practice / Family Medicine*. [cited 2022 May 14]. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/position_paper_core_values_of_general_practice_family_medicine_sept_2011_0.pdf
 49. Reid SJ, Mash R, Downing RV, Moosa S. Perspectives

- on key principles of generalist medical practice in public service in sub-saharan africa: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2011;12(1):1-9.
50. Lavergne R, McGrail K, Peterson S, Sivananthan SN, McKendry R, Mooney D. Defining and measuring full service family practice in BC, 1991-2006. UBC centre for health services and policy research; Canada. 2013:1-28.
 51. Phillips RL, Pugno PA, Saultz JW, Tuggy ML, Borkan JM, Hoekzema GS, et al. Health is primary: family medicine for America's health. *The Annals of Family Medicine*. 2014;12(Suppl 1):S1-S12.
 52. The Royal New Zealand College of General Practitioners. Curriculum for General Practice. The Royal New Zealand College of General Practitioners: Newzealand, Wellington. 2014:1-14.
 53. Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice—defining the five core values of the specialty. *Journal of primary health care*. 2016;8(4):283-7.
 54. Turabian J. A Short Collection of Fables for Learning the Fundamental Principles of Family Medicine: Chapter 1. Comprehensiveness, Continuity, Contextualization and Family. *Arch Fam Med Gen Pract*. 2017;2(1):32-9.
 55. CFPC. Family Medicine Professional Profile. College of Family Physicians of Canada: Canada, Mississauga. 2018. 1-32.
 56. Rao B, Prasad R. Principles of family medicine practice: Lessons gleaned over a lifetime in practice. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(2):303-15.
 57. Lawson HJ, Nortey DN. Core Values of Family Physicians and General Practitioners in the African Context. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:786-95.
 58. Arvidsson E, Švab I, Klemenc-Ketiš Z. Core Values of Family Medicine in Europe: Current State and Challenges. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:1-7.
 59. Kolesnyk P, Bayen S, Shushman I, Kolesnyk A, Kuodza G, Klemenc-Ketiš Z, et al. Identification and Ranking of Core Values in Family Medicine: A Mixed Methods Study From Ukraine. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:248-55.
 60. Michels NR, Maagaard R, Švab I, Scherpier N. Teaching and learning core values in General Practice/Family Medicine: a narrative review. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:1-10.
 61. Khosravi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Health System Governance: A Conceptual Review. *Hakim Health Sys Res*. 24(1):35-54.
 62. Goodyear-Smith F, Bazemore A, Coffman M, Fortier R, Howe A, Kidd M, et al. Primary care research priorities in low-and middle-income countries. *The Annals of Family Medicine*. 2019;17(1):31-5.
 63. Salah H, Mataria A, Wajid G, Mandil A, Hamadeh G, Osman M, et al. Promoting family practice-based model of care: the role of WHO's professional diploma in family medicine in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2021;27(8):743-4.
 64. Berge JM, Peek C, Pacala JT, Adam P, Prasad S, Finstead D, et al. Expanding family medicine scholarship to all faculty: the Minnesota model for harmonizing clinical care, education, and research missions. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2021;34(5):1055-65.
 64. Graham R, Roberts RG, Ostergaard DJ, Kahn Jr NB, Pugno PA, Green LA. Family practice in the United States: a status report. *JAMA*. 2002 Sep 4;288(9):1097-101.
 65. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social science & medicine*. 2008 Oct 1;67(7):1153-63.
 66. Moreira KS, Lima C, Vieira MA, Costa S. Assessment of infrastructure of family health units and equipment used in primary care actions. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):e51283.
 67. Sriram S. Availability of infrastructure and manpower for primary health centers in a district in Andhra Pradesh, India. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(6):1256-62.
 68. Huang MZ, Gibson CJ, Terry AL. Measuring Electronic Health Record Use in Primary Care: A Scoping Review. *Appl Clin Inform*. 2018;9(1):15-33.
 69. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health affairs*. 2015;34(12):2104-12.
 70. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *The Annals of Family Medicine*. 2015;13(3):206-13.
 71. Bodenheimer T. High-functioning primary care residency clinics: building blocks for providing excellent care and training. *Association of American Medical Colleges; USA, Washington*. 2016:10-62.
 72. Drake C, Keepert M, Chapman A, Chakraborti C.

- Social Contexts in Medicine: A Patient-Centered Curriculum Empowering Medical Students to Provide Contextualized Care. *MedEdPORTAL*. 2017;13:10541.
73. Babbott SF, Beasley BW, Reddy S, Duffy FD, Nadkarni M, Holmboe ES. Ambulatory office organization for internal medicine resident medical education. *Academic Medicine*. 2010;85(12):1880-7.
 74. Lee L, Hillier LM, Locklin J, Lumley-Leger K, Molnar F. Specialist and family physician collaboration: Insights from primary care-based memory clinics. *Health & social care in the community*. 2019;27(4):e522-e33.
 75. Lacny S, Zarrabi M, Martin-Misener R, Donald F, Sketris I, Murphy AL, et al. Cost-effectiveness of a nurse practitioner-family physician model of care in a nursing home: controlled before and after study. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(9):2138-52.
 76. Harris GD, Jeremiah M, Davis A, Greenberg G, Weidner AK. Alternative payment models in departments of family medicine: Our journey toward the quadruple aim. *Annals Family Med*. 2018;16(6):568-9.
 77. WHO. Referral Systems-a summary of key processes to guide health services managers. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2013: 1-26.
 78. Ghareeb A, Said H, El Zoghbi M. Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar. *BMC Medical Education*. 2018;18(1):216-25.
 79. The World Bank. Brazil's Primary Care Strategy. The World Bank: USA, Washington DC. 2013: 14-28.
 80. Rouleau K, Bourget M, Chege P, Couturier F, Godoy-Ruiz P, Grand'Maison P, et al. Strengthening primary care through family medicine around the world collaborating toward promising practices. *Family medicine*. 2018;50(6):426-36.
 81. De Maeseneer J, Moosa S, Pongsupap Y, Kaufman A. Primary health care in a changing world. *Br J Gen Pract*. 2008;58(556):806-17.
 82. Field KS, Briggs DJ. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health & social care in the community*. 2001;9(5):294-308.
 83. Yadav K, Dhiman S, Rabha B, Saikia P, Veer V. Socio-economic determinants for malaria transmission risk in an endemic primary health centre in Assam, India. *Infectious diseases of poverty*. 2014;3(1):1-8.
 84. Sparkes SP, Atun R, Bärnighausen T. The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects. *PLOS ONE*. 2019;14(1):e0210563.
 85. Aygün A. Are family medicine centres achieving their target in Turkey: Impact on health care utilization of mothers and infants. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2021;36(1):189-208.
 86. Momanyi K, Dinant G-J, Bouwmans M, Jaarsma S, Chege P. Current status of family medicine in Kenya; family physicians' perception of their role. *African journal of primary health care & family medicine*. 2020;12(1):e1-e4.

Family Practice: A Conceptual Review

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Mohsen Aarabi², Mahdi Abbasi³

1. Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Ph.D. Assistant Professor, Department of Family Medicine, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Ph.D. student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Family practice is an integrated service delivery approach at the first level of health care delivery, in which the family physician and his team members are responsible for providing comprehensive, continuous, coordinated and individual and family-based health services. However, the concept of family practice in the primary health care system has always been challenging. The aim of this study was to explain the principles and concepts of family practice.

Methods: This research was conducted using conceptual review method. Four electronic databases (Pubmed, Science Direct, Scopus, and Web Of Science) and Google Scholar and Google search engines were searched. Finally, 73 articles and documents were selected for final review.

Results: Family practice is a community-based program for health services delivery in which a trained family medical team provides comprehensive, coordinated, continuous, and patient-centered primary health care services to all people of all ages and genders to promote, restore, and maintain their health. Comprehensiveness, continuity, coordination, and patient-centeredness are main principles of the family practice program. Prerequisites for a family practice program include governance and leadership, financing, manpower, equipment and supplies, service delivery, information, and political, social, economic, and technological factors. A family practice program affects the accessibility, quality, efficiency, equity, resilience and sustainability of health services and, ultimately, people health and the responsiveness and financial protection of the primary health care system.

Conclusion: The family practice program has had many achievements. Successful implementation of this program requires understanding its principles and prerequisites. The availability of prerequisites and ongoing evaluation of the family practice program facilitates the achievement of its goals.

Keywords: Family practice, Family physician, Concepts, Principles

Please cite this article as follows

Mosadeghrad AM, Aarabi M, Abbasi M. Family practice: A Conceptual Review. *Hakim Health Sys Res.* 2021;24(2):172-191

*Corresponding Author: Health economics and management department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-2142933006, Email: Mahdiabbasi365@yahoo.com