DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 3, Autumn

Received: 31.08.2024 Accepted: 18.11.2024 Published: 07.10.2026

Achievements and Challenges of the Family Physician Program: A Review Study

Leila Hassannia[1], Seyede Mohaddeseh Hosseini[2], Azadeh Fathi-Dooki[3], Kamaledin Alaedini[4], Reza Safari-Arabi[5], Hossein Ashrafi-Amiri[6], Jalil Shojaee[7]

Review Article

Abstract

Background: The Family Physician Program is one of the most important efforts of the health system aimed at increasing access to quality healthcare services, reducing treatment costs, minimizing out-of-pocket payments, and expanding the scope of population coverage. Therefore, the present study sought to examine the achievements and challenges of implementing this program.

Methods: The study was conducted as a systematic review through a comprehensive search in various electronic databases, including PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, Web of Science, Embase, as well as national databases such as Scientific Information Database (SID), IranDoc, and Islamic World Science Citation Center (ISC). Keywords such as "family physician program" and "family physician" were used to identify relevant studies published between 2012 and 2024. Rayan software was utilized for data management.

Findings: From a total of 348 initial studies related to the research title, 56 articles with inclusion criteria were selected for analysis. The findings from the selected articles categorized the achievements of the Family Physician Program in three main themes: improvement of health and treatment indicators, continuity of care, and patient satisfaction. Furthermore, the challenges were classified into four key areas: management and planning, facilities and resources, staff satisfaction, and training.

Conclusion: While the Family Physician Program has yielded significant achievements in the field of health promotion, numerous challenges persist in its implementation, underscoring the urgent need for policymakers and planners to address these barriers and expand the program to effectively achieve health equity.

Keywords: Family physician program; Health; Referral system; Family physician

Citation: Hassannia L, Hosseini SM, Fathi-Dooki A, Alaedini K, Safari-Arabi R, Ashrafi-Amiri H, et al. **Achievements and Challenges of the Family Physician Program: A Review Study.** J Health Syst Res 2026; 22(3): 402-17.

1- PhD, Department of Mental Health, Social Health, and Addiction, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2- Internal Medicine Specialist, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
4- Family Medicine Specialist, Comprehensive Urban Services Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
5- PhD, Comprehensive Urban Services Center, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
6- General Physician, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Research Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
7- General Physician, Comprehensive Urban Services Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
Corresponding Author: Seyed Mohaddeseh Hosseini; Internal Medicine Specialist, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran; Email: mmmmvm.64@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685 Published by Vesnu Publications

دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده: یک مطالعه مروری

لیلا حسن‌نیا[1]، سیده محدثه حسینی[2]، آزاده فتحی دوکی[3]، رضا صفری عربی[4]، کمال‌الدین علاالدینی[5]، حسین اشرفی امیری[6]، جلیل شجاعی[7]

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: برنامه پزشک خانواده از مهم‌ترین تلاش‌های نظام سلامت برای افزایش دسترسی به خدمات باکیفیت مراقبت‌های بهداشتی، کاهش هزینه‌های درمان، به حداقل رساندن پرداخت از جیب مردم و گسترش پوشش جمعیت می‌باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده بود.

روش‌ها: این مطالعه به روش مرور نظام‌مند از طریق جستجوی جامع در پایگاه‌های مختلف الکترونیکی از جمله PubMed، ScienceDirect، Google Scholar، Web of Science، Embase و همچنین، پایگاه‌های داده ملی Scientific Information Database (SID)، Irandoc و Islamic World Science Citation Center (ISC) انجام شد. کلید واژه‌هایی مانند «برنامه پزشک خانواده و پزشک خانواده» به منظور شناسایی تحقیقات مرتبط منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۴ استفاده گردید. جهت مدیریت داده‌ها نیز از نرم‌افزار Rayan استفاده گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۳۴۸ مطالعه اولیه مرتبط با عنوان پژوهش، ۵۶ مقاله مطابق با معیارهای ورود به منظور تجزیه و تحلیل انتخاب شدند. یافته‌های حاصل از مقالات منتخب، دستاوردهای برنامه پزشک خانواده را در سه عنوان اصلی «ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی، تداوم خدمات، رضایتمندی» و چالش‌های برنامه پزشک خانواده را در چهار عنوان اصلی «مدیریت و برنامه‌ریزی، امکانات و منابع، رضایت کارکنان و آموزش» تقسیم‌بندی کرد.

نتیجه‌گیری: برنامه پزشک خانواده توانسته است دستاوردهای بسیاری در زمینه ارتقای سلامت داشته باشد. چالش‌های زیادی نیز در اجرای این برنامه وجود دارد که توجه و اهتمام برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران به رفع چالش‌ها و همچنین، گسترش برنامه پزشک خانواده برای دستیابی به عدالت در سلامت را ضروری نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: برنامه پزشک خانواده؛ سلامت؛ نظام ارجاع؛ پزشک خانواده

ارجاع: حسن‌نیا لیلا، حسینی سیده محدثه، فتحی آزاده، صفری عربی رضا، شجاعی جلیل، علاالدینی کمال‌الدین، اشرفی امیری حسین. **دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده: یک مطالعه مروری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۳): ۴۱۷-۴۰۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۶/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۸/۲۸ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۷/۱۵

مقدمه

برخورداری از سلامت، حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه می‌باشد که دولت موظف است خدمات مربوط به این حوزه را به صورت برابر و با رعایت عدالت برای همه افراد تأمین کند (۱). از این‌رو، کارایی سیستم سلامت یک دغدغه اولویت‌دار برای سیاست‌گذاران در سطح جهان است؛ چرا که کشورها به دنبال دستیابی به پوشش سلامت همگانی هستند (۲). پوشش همگانی سلامت به این معنی است که همه افراد بتوانند خدمات بهداشتی مورد نیاز خود را بدون تحمل مشکلات مالی دریافت نمایند (۳). مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary health care) مناسب به طور قابل توجهی علل اصلی عوارض و مرگ و میر جهانی از جمله مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان در اثر عفونت‌ها و بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن را کاهش می‌دهد. پزشکان خانواده (Family physician) یا پزشکان عمومی در سطح جهانی به عنوان دروازه‌بان و هسته اصلی مراقبت‌های اولیه شناخته می‌شوند (۴). برنامه پزشک خانواده (Family physician program) با هدف تشکیل پرونده سلامت برای همه اعضای خانوارهای تحت پوشش بیمه سلامت، انجام معاینات دوره‌ای و ثبت کلیه خدمات بهداشتی و درمانی ارایه شده در سطح اول و همچنین، ثبت خدمات

۱- دکتری تخصصی، گروه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲- متخصص داخلی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴- متخصص پزشکی خانواده، مرکز خدمات جامع سلامت شهری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵- دکتری تخصصی، مرکز خدمات جامع سلامت شهری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۷- پزشک عمومی، مرکز خدمات جامع سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساری، ایران
نویسنده مسؤول: سیده محدثه حسینی؛ متخصص داخلی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
Email: mmmmvm.64@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

تشخیصی و درمانی ارایه شده توسط متخصصان و همکاران آن‌ها در سطح ۲ و ۳ در قالب نظام ارجاع اجرا شده است.

نقش کلیدی پزشکان در ارتقای سلامت همه جانبه جامعه، ارایه مراقبت‌ها و خدمات در سطح اول و سایر سطوح پیشگیری و تلاش در جهت کاهش هزینه‌های نظام سلامت مورد توجه و از دستاوردهای مورد انتظار برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۵). در برنامه پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم وی مسؤولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش و پس از ارجاع فرد به بررسی سطح تخصصی، مسؤولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند (۸-۶).

نتایج بسیاری از مطالعات نیز نشان داده است که اجرای برنامه پزشک خانواده با چالش‌های متعددی روبه‌رو بوده و هست. به همین دلیل، این برنامه هنوز نتوانسته است کاملاً به اهداف مورد نظر خود دست یابد (۷). اجرای صحیح و کارامد برنامه پزشک خانواده، نیازمند اقداماتی در راستای شناسایی چالش‌ها و رفع موانع پیش‌رو در کمیت و کیفیت خدمات دسترسی، متناسب‌سازی و کنترل تقاضا و منطقی کردن مدیریت هزینه بر اساس سطوح پیشگیری می‌باشد و از سوی دیگر، توجه و تعهد به پاسخگویی اجتماعی سلامت، نیازمند ساز و کارهایی است تا بتواند با رویکرد پوشش همگانی سلامت، امکان بهره‌گیری از خدمات پایه را برای آحاد جامعه مهیا کند (۹).

از آن‌جایی که در ایران اجرای برنامه پزشک خانواده شهری فقط در دو استان فارس و مازندران انجام شده و گسترش آن به سایر استان‌ها برای برقراری عدالت در سلامت، مجدد مورد توجه و تأکید وزارت بهداشت در دولت چهاردهم قرار گرفته و به عنوان قانون در برنامه‌های مختلف توسعه کشور نیز آمده است (۱۰)، جمع‌آوری و ترکیب یافته‌های پژوهشی کشورهای مختلف در بررسی موفقیت‌های برنامه پزشک خانواده و چالش‌های پیشرفت این برنامه، می‌تواند به سیاست‌گذاران در تدوین مبانی لازم برای گسترش آن کمک نماید.

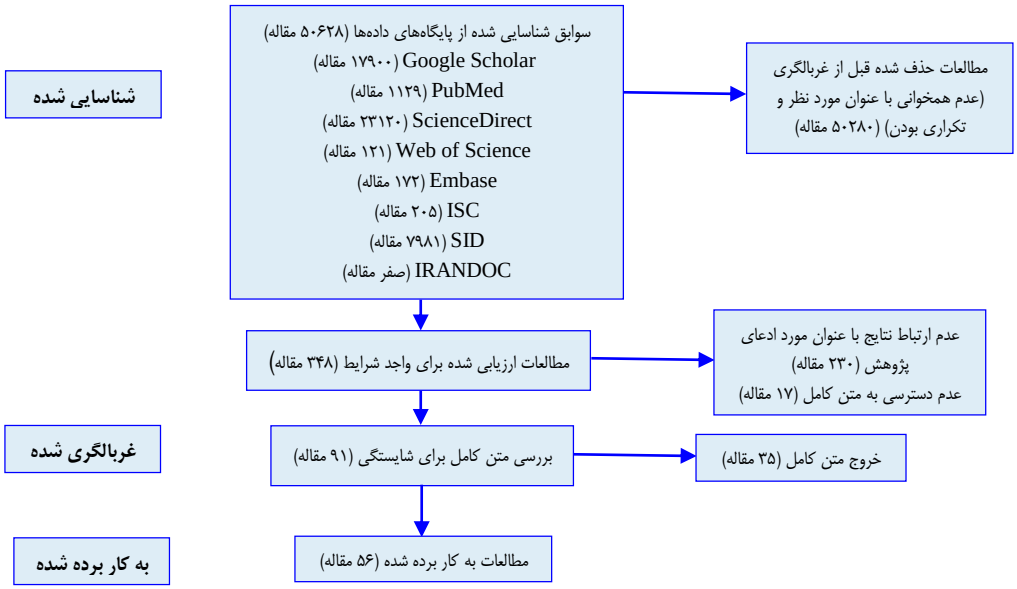
پژوهش حاضر در تلاش است تا به این سؤال پاسخ دهد که برنامه پزشک خانواده در روند اجرا چه دستاوردهایی در حوزه سلامت داشته و با چه چالش‌هایی روبه‌رو بوده است؟ با توجه به این که سال‌های اخیر مطالعه منسجمی که به طور گسترده دستاوردها و چالش‌های برنامه پزشک خانواده را در ایران و سایر کشورها مورد بررسی قرار دهد، وجود نداشته است، تحقیق حاضر با هدف بررسی دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران و جهان انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش به روش مروری نظام‌مند با بهره‌گیری از مطالعات ثبت شده در پایگاه داده‌های علمی جهان، برای بررسی دستاوردها و چالش‌های برنامه پزشک خانواده انجام گرفت. در این راستا، کلید واژه‌های (Family physician و Family physician program) با استفاده از نرم‌افزار MeSH انتخاب و در پایگاه‌های اطلاعاتی Embase، Web of Science، ScienceDirect، PubMed و Google Scholar و پایگاه‌های داده ملی Irandoc، Islamic World Scientific Information Database (SID) و Science Citation Center (ISC) جستجو شدند.

راهکار جستجو و انتخاب داده‌ها در مطالعه حاضر بر اساس معیارهای راهنمای Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) انجام گردید که در شکل ۱ آمده است.

جستجو در پایگاه‌های مورد نظر با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج صورت گرفت. معیارهای ورود شامل مطالعات داخلی و خارجی مربوط به سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۴ که به برنامه پزشک خانواده در بحث و نتیجه‌گیری پرداخته باشند، مقالاتی که مؤلفه‌های مرتبط به دستاورها و چالش‌های برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی را در برداشته باشند و به زبان فارسی و یا انگلیسی باشند. معیارهای خروج نیز نتایج تحقیقات با عنوان پژوهش همخوانی نداشته باشد، فقدان دسترسی به متن کامل منابع، مقاله صرفاً مروری و یا فراتحلیلی باشد، کتاب‌ها، گزارش‌ها، چکیده کنفرانس‌ها، سرمقاله روزنامه‌ها و مربوط به سال‌های قبل از ۲۰۱۲ باشند.



شکل ۱. مراحل جستجو، غربالگری و انتخاب مقالات

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

مقالات شناسایی شده با استفاده از نرم‌افزار Rayan مدیریت شدند. پس از انتخاب مقالات، اطلاعات مربوط به آن‌ها با استفاده از چک‌لیست Critical Appraisal Skills Programme (CASP) تعیین گردید. این چک‌لیست حاوی ۱۰ سؤال است و استفاده از آن کمک می‌کند تا یک بررسی منظم درک شود. بر این اساس، کیفیت مقالات در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته‌بندی شد که اگر نمره مقاله کمتر از ۴ بود، مقاله با کیفیت پایین و نمره بین ۴ تا ۷ با کیفیت متوسط و نمره ۷ به بالا، با کیفیت بالا ارزیابی گردید. بنابراین، مقالاتی که نمره بالای ۷ کسب کردند، در پژوهش حاضر مورد بررسی و استخراج نتایج قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده برای استخراج داده‌ها از مقالات منتخب، از طریق فرم محقق ساخته بود و کلیه اطلاعات مورد نیاز اعم از نام نویسنده اول، عنوان پژوهش، نوع پژوهش، تعداد شرکت‌کنندگان، مکان پژوهش، سال انتشار و خلاصه نتایج را دربرداشت که توسط هفت نویسنده انجام و در جدول ۱ ارایه شده است.

برای ترکیب داده‌های کیفی مطالعات، از فرایند سنتز موضوعی استفاده شد که شامل سه مرحله به هم پیوسته بود. خوانش‌های متعدد از مطالعات برای اطمینان از پوشش جامع دیدگاه‌های مطالعات انجام شد. ابتدا یافته‌های تحقیق اولیه خط به خط کدگذاری گردید. دوم، کدها به دسته‌هایی که مرتبط بودند، سازمان‌دهی و منجر به توسعه مضامین توصیفی شد. سوم، مضامین تحلیلی از کدهای طبقه‌بندی شده استخراج گردید.

یافته‌ها

در مجموع، ۵۰۶۲۸ مقاله از طریق جستجوی خطی ساده از پایگاه‌های مورد بررسی شناسایی گردید. ۵۰۲۸۰ مقاله به دلایلی مانند همخوان نبودن عناوین با موضوع دستاوردها، چالش‌های حوزه پزشک خانواده و تکراری بودن حذف و در نهایت، ۳۴۸ مقاله برای ارزیابی انتخاب شد که از این تعداد نیز به دلایلی مانند عدم ارتباط نتایج با موضوع مورد ادعا در عنوان پژوهش و عدم دسترسی به متن کامل مقاله، ۲۴۵ مقاله از ارزیابی خارج گردید و ۹۱ مقاله جهت بررسی کامل متن مقاله باقی ماند که در نهایت، ۵۶ پژوهش منتخب با توافق کلیه پژوهشگران انتخاب شد و مورد بررسی نهایی قرار گرفت. یافته‌های حاصل از بررسی مقالات علمی در مطالعه مروری حاضر، به وضوح دستاوردها و چالش‌های برنامه پزشک خانواده در ایران و سایر کشورهای جهان (چین، کانادا، آمریکا، ترکیه، امارات متحده عربی، عربستان، تایوان، برزیل، اسپانیا، فرانسه) را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که برنامه پزشک خانواده توانسته است دستاوردهای خوبی در حوزه‌های مختلف داشته باشد و از نظر اثربخشی و کارایی بهبود چشمگیری ایجاد کند که در نهایت، نقش مؤثری در ارتقای سلامت افراد تحت پوشش، افزایش مراقبت، درمان به‌موقع، کاهش عوارض بیماری و ارتقای رضایت بیماران و کاهش بار مالی دولت‌ها در هزینه‌های درمانی را به ارمغان آورد که در تحقیق حاضر به سه عنوان اصلی «شاخص‌های بهداشتی درمانی، تداوم خدمات و رضایتمندی» دسته‌بندی گردید.

پژوهش حاضر نشان داد که با وجود دستاوردهای مثبت، اجرای این برنامه در سراسر جهان با چالش‌های زیادی در ابعاد مختلف روبه‌رو می‌باشد و در برخی کشورها برنامه‌های اجرا شده با برنامه‌های تدوین شده پزشک خانواده فاصله زیادی دارد. چالش‌های حوزه پزشک خانواده نیز در چهار عنوان اصلی شامل «مدیریت و سازماندهی، امکانات و منابع، رضایت کارکنان و آموزش» دسته‌بندی شد. خلاصه یافته‌های بررسی مطالعات علمی منتخب در جدول ۱ ارایه شده است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه پزشک خانواده توانسته است در حوزه‌های مختلف بهداشتی، درمانی، تداوم خدمات و رضایتمندی دستاوردهای چشمگیری داشته باشد. همچنین، یافته‌ها حاکی از آن بود که برنامه پزشک خانواده با چالش‌های زیادی در حوزه مدیریت و برنامه‌ریزی، امکانات و منابع، رضایت کارکنان و آموزش روبه‌رو است که در این بخش به تفکیک به دستاوردها و چالش‌های آن پرداخته شد.

دستاوردهای برنامه پزشک خانواده

۱- شاخص‌های بهداشتی- درمانی: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه پزشک خانواده توانسته است شاخص‌های بهداشتی و درمانی را ارتقا دهد. ارتقای خدمات پیشگیرانه بهداشتی (۵۵، ۴۱، ۳۸، ۲۸)، بهبود پوشش و دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز (۴۱، ۳۸)، ارتقای شاخص‌های بهداشتی مانند کاهش مرگ و میر مادر و کودک (۵۹، ۴۶)، غربالگری (۶۲، ۵۲)، تشخیص و کنترل بیماری‌های واگیر و غیر واگیر (۲۱، ۲۰، ۱۱)، پیشگیری از ایجاد عوارض بیماری‌ها (۵۲، ۳۰، ۲۹، ۲۴)، کاهش بستری در بیمارستان (۴۱)، کاهش هزینه‌های غیر ضروری، کاهش پرداخت‌ها از جیب مردم و دسترسی حاشیه‌نشینان و محرومان به خدمات بهداشتی (۲۳) و در نهایت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت (۵۵، ۵۴، ۳۵، ۱۵، ۸) از دستاوردهای مهم برنامه پزشک خانواده می‌باشد. شواهد نشان داد که کشورهای پیشرو با برنامه پزشک خانواده توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر در توجه به همه ابعاد سلامتی، ریشه‌یابی علل بیماری در محیط زندگی، تشخیص و درمان به‌موقع و پیشگیری از عوارض بیماری بسیار موفق عمل نمایند (۴۰، ۳۶، ۳۰، ۲۳، ۲۱، ۲۰، ۱۵، ۱۱). نتایج برخی تحقیقات دیگر گزارش کردند که پزشکان خانواده نقش مؤثری در ارایه مراقبت‌های حاد بحران، واکسیناسیون، پیگیری بیماری و... در زمان پاندمی کرونا برای جمعیت تحت پوشش خود داشتند و با توجه به عدم دسترسی به متخصصان، زحمات زیادی را متحمل شدند (۲۱، ۲۰).

پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که ارتباط پزشک خانواده و بیمار نقش مؤثری در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی خانواده دارد (۱۵)؛ چرا که تشخیص آسیب‌پذیری‌های بیماران در غالب نقش‌های مراقبتی و حمایتی با الهام از نیازهای بیماران، می‌تواند مکمل خدمات بهداشتی باشد (۱۴). Curtin و همکاران دریافتند که پزشک خانواده از طریق درک ارتباط بین عوامل خطر، ارزیابی‌های پزشکی و آموزش، می‌تواند به کودکان و خانواده‌ها در شناسایی و درمان به‌موقع اختلالات یادگیری کمک کند (۳۶). Moscovici و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلالات روان‌پزشکی شدید در مناطق برخوردار از خدمات پزشک خانواده کمتر از سایر مناطق است (۴۲). از سوی دیگر، نتایج برخی مطالعات نشان داد که بعضی افراد به خصوص افرادی که از نظر اجتماعی آسیب‌دیده هستند و از پزشک خانواده برخوردار نیستند، نیازهای بهداشتی زیادی دارند که برآورده نشده است (۱۲).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
Zhang و همکاران (۱۱)	آیا سیستم پزشک خانواده می‌تواند استفاده از خدمات بهداشتی را برای بیماران مبتلا به پرفشاری خون و دیابت در چین بهبود بخشد؟	مقطعی تفاوت در تفاوت	۱۵۴۷۵۵ بیمار	چین	برنامه پزشک خانواده مراقبت‌های اولیه در بیماران سرپایی را از طریق افزایش پیگیری‌های بعدی، ویزیت‌های سرپایی و ترویج ساختار منطقی، تقویت می‌کند.
Alemu و همکاران (۱۲)	نیاز برآورده نشده و دسترسی به پزشکان خانواده: یک تحلیل ملی با استفاده از مطالعه طولی کانادایی در مورد پیری	طولی	۴۱۱۳۵ شرکت‌کننده سالمند	کانادا	نسبت ۱ در ۳۰ نفر دسترسی به پزشک خانواده نداشتند و ۸ درصد نیاز برآورده نشده مراقبت بهداشتی داشتند. دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی همچنان یک چالش برای کانادایی‌های مسن‌تر به ویژه افرادی که از نظر اجتماعی آسیب‌دیده هستند، باقی مانده است.
Wang و همکاران (۱۳)	تأثیر خدمات قرارداد پزشک خانواده بر استفاده و رضایت از مراقبت‌های بهداشتی اولیه در میان ساکنان چین	مقطعی	۱۰۴۱۹ نفر	چین	افرادی که با پزشک خانواده قرارداد داشتند، به دلیل کیفیت خدمات، بیشتر از افراد فاقد قرارداد از مراقبت‌های اولیه بهداشتی استفاده کردند و رضایت داشتند.
Molinaro و همکاران (۱۴)	شما تنها فرد دیگری در جهان هستید که این را در مورد من می‌دانید: داستان پزشک خانواده از نزدیکی به بیمارانی که نابرابری اجتماعی را تجربه می‌کنند.	روایت انتقادی	۲۰ پزشک خانواده	کانادا	پزشک خانواده نقش مؤثری در ۱- ایجاد نزدیکی بر اساس نیاز بیماران به زمان، مکان و مراقبت بیشتر؛ ۲- توسعه فضاهای مشترک بین پزشک و بیمار و ۳- تشخیص آسیب‌پذیری‌های بیماران خود در نقش‌های مراقبتی و حمایتی خود با الهام از نیازهای بیماران داشت که می‌تواند مکمل خدمات بهداشتی باشند.
Akaydın و Baltacı (۱۵)	تأثیر ارتباط پزشک و بیمار بر رضایت بیمار در خدمات پزشکی خانواده	مقطعی	۶۵۶ شرکت‌کننده بالای ۱۸ سال	ترکیه	ارتباط پزشک خانواده و بیمار به رضایت بیمار کمک می‌کند که در نهایت، خدمات مؤثر مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده افزایش، بار مراقبت‌های ثانویه و ثالث را کاهش دهد و صرفه‌جویی قابل توجهی از نظر هزینه و زمان را به همراه خواهد داشت.
Macaskill و همکاران (۱۶)	بهترین عمل: نتایج ارزیابی کیفیت برنامه تقویت تمرین در میان پزشکان خانواده در ساسکاچوان، کانادا	مقطعی مکرر	۸۲۴ پزشک خانواده	کانادا	نگرانی‌های پزشک خانواده از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۲۰ افزایش معنی‌داری داشته است که نگرانی شناسایی شده در میان پزشکان، مربوط به توصیه‌ها بیشتر به مستندات (۹۱/۲ درصد)، مدیریت بیماری مزمن (۷۸/۲ درصد)، پروفایل‌های تجمعی بیمار (۶۲/۹ درصد)، تحقیقات آزمایشگاهی (۵۳/۵ درصد)، داروها (۵۱/۸ درصد) و اورژانس مربوط می‌شود.
Sulaiman و همکاران (۱۷)	توسعه، اجرا و ارزیابی برنامه پزشک خانواده در امارات متحده عربی	طولی	۸۵۳ پزشک خانواده و اعضای هیأت علمی	امارات متحده عربی	برنامه پزشک خانواده در امارات متحده عربی با تجربه یادگیری مثبت و تأثیرگذار گزارش شد. جنبه‌های مختلف برنامه پزشک خانواده از جمله مهارت‌های به دست آمده، سازماندهی برنامه و انواع برخوردهای بالینی رضایت‌بخش بود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
خانجانی‌فرد و همکاران (۱۸)	چگونگی تکمیل فرم ارجاع و بازخورد توسط پزشک خانواده شهری مازندران در سال ۱۳۹۷	مقطعی- توصیفی	۳۲۰۰ برگه ارجاع	ایران	وضعیت کیفیت تکمیل فرم ارجاع از جانب پزشک خانواده و وضعیت ارایه پسخوراند از سوی پزشکان متخصص مناسب نیست.
باقری ریزی و همکاران (۱۹)	عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده در استان البرز	مقطعی از طریق پرسش‌نامه	۱۸۴ شرکت‌کننده	ایران	ساختار بیمه، سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده، زیرساخت و اصلاحات در جامعه، عوامل مدیریتی، منافع عمومی و رضایتمندی از عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده است.
آهاری و همکاران (۹)	ارزیابی وضعیت برنامه پایلوت خانواده شهری در ایران از دیدگاه کارشناسان: یک مطالعه کیفی	کیفی به روش مصاحبه	۱۹ شرکت‌کننده از کارشناس و مدیران برنامه	ایران	چالش‌های برنامه در پنج حوزه تأمین مالی، نظام پرداخت، سازماندهی، قوانین و مقررات و رفتار گزارش شد.
Moritz و همکاران (۲۰)	دیدگاه پزشکان خانواده در مورد چالش‌های همکاری بین مراقبت‌های اولیه و مراقبت‌های تخصصی در طول همه‌گیری کووید ۱۹ در کانادا: یک مطالعه کیفی	کیفی به روش مصاحبه	۶۸ پزشک خانواده	کانادا	در طول همه‌گیری، پزشکان خانواده کمتر به متخصصان برای مشاوره در مراقبت از بیمار دسترسی داشتند و این ارتباط ناهماهنگ بود و پزشکان خانواده تلاش‌های بیشتری برای رسیدگی به بیمار متحمل شدند.
Mathews و همکاران (۲۱)	نقش پزشک خانواده در طول پاندمی	موردی چند گانه و مصاحبه	۶۸ پزشک خانواده	کانادا	نقش پزشک خانواده در پنج مرحله در جریان همه‌گیری شامل پیش از پاندمی، بسته شدن و بازگشایی در طول شیوع، بحران مراقبت‌های حاد بیماران، واکسیناسیون و کنترل پاندمی مؤثر بود.
Hendrix و همکاران (۲۲)	تنوع در تجربیات پزشکان خانواده در بسترهای مختلف پرونده الکترونیک سلامت: یک مطالعه توصیفی	مقطعی و توصیفی	۳۳۵۸ پزشک خانواده	آمریکا	به طور کلی، بین ۱۰ تا ۳۰ درصد از پرونده الکترونیک سلامت خود بسیار راضی بودند و ۳۲ تا ۴۰ درصد دیگر نیز تا حدودی راضی بودند و ۳۰ درصد ناراضی بودند.
Watson و همکاران (۲۳)	تعیین کمیت تأثیر پزشکان خانواده بر تجارب مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان: بررسی شواهد حاصل از نظرسنجی رضایتمندی بیماران انکولوژی سرپایی در سال ۲۰۲۱ در آلبرتا، کانادا	مقطعی و توصیفی	۴۰۰۰ شرکت‌کننده از ۱۷ مرکز مراقبت سرطان	کانادا	مشارکت پزشک خانواده در مراقبت از سرطان می‌تواند برای بیماران مفید باشد.
تبریزچی و همکاران (۵)	آموزش پزشکی از منظر پزشک خانواده	مقطعی به روش اسنادی و توصیفی	۸۰ نفر از صاحب‌نظران حوزه سلامت	ایران	دانش و مهارت مورد نیاز و انتظار پزشکان عمومی به عنوان مدیران تیم پزشکی خانواده شامل سلامت عمومی، مهارت‌های بالینی ضروری، روش‌ها، فن‌آوری اطلاعات پزشکی، معنویت اسلامی، اخلاق و قانون و مهارت‌های نرم است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
لنکرانی و همکاران (۲٤)	چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی در یک دهه گذشته در ایران: بررسی محدوده و مطالعه کیفی با سیاست‌گذاران	مروری و کیفی	۳۸ مقاله و مصاحبه با ۱۵ سیاست‌گذار برنامه پزشک خانواده	ایران	رایج‌ترین موانع برنامه پزشک خانواده شامل سازماندهی، تأمین مالی، پرداخت، مقررات و رفتار (مشکلات فرهنگی و تضاد منافع) می‌باشد.
Grierson و همکاران (۲۵)	درک تأثیر آموزش پزشکی بر موقعیت جغرافیایی پزشک: مطالعه کیفی دیدگاه‌های پزشک خانواده در کانادا	مقطعی	۲۷ شرکت‌کننده	کانادا	نزدیکی به خانواده، اولویت‌های همسر، اشتغال شریک زندگی، ارتباطات فرهنگی و فرصت‌هایی برای فعالیت‌های تفریحی همگی به تصمیم محل خدمت مؤثر هستند و از مشکلات پزشک خانواده روستایی هستند.
Alsyouf و همکاران (۲٦)	استفاده از مدل پذیرش فن‌آوری برای پیش‌بینی استفاده بیماران از سیستم پرونده سلامت شخصی: نقش امنیت، حریم خصوصی و قابلیت استفاده	مقطعی	۳۸۹ شرکت‌کننده	عربستان	عدم پذیرش استفاده از سیستم پرونده سلامت تحت تأثیر سه عامل اصلی است و سهولت استفاده درک شده، سودمندی درک شده و حفظ حریم خصوصی و امنیت نسبت به قصد استفاده پذیرش و کاربرد آن را افزایش خواهند داد.
تماسی‌زاده ناوخ و همکاران (۲۷)	چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: تحلیل گفتمانی مقدمه‌ای بر نقد عدم تعادل قدرت بین سلامت روستایی و سلامت شهری جریان اصلی	تحلیلی	۲۵ سند و ۳۱ مصاحبه و ۲۱ مشاهده	ایران	ساختار اجرایی برنامه در روستا ضعیف عمل می‌کند که حاکی از کمبود دانش در این بخش می‌باشد.
شمس و پژومان (۲۸)	اثربخشی برنامه پزشک خانواده در ارایه مراقبت‌های اولیه در شهرستان تالش، ایران	مقطعی	۵۰ پزشک خانواده و ۳۸٤ بیمار	ایران	دسترسی به خدمات، تداوم مراقبت، هماهنگی مراقبت و جامعیت مراقبت از نظر پزشکان مناسب بود؛ در حالی که دسترسی به منابع مالی و مکان، دسترسی به خدمات آموزشی، کیفیت خدمات و تداوم مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی از نظر بیماران مناسب بود.
حسینی و تبریزچی (۲۹)	روند پزشکی خانواده در ایران و کشورهای منتخب جهان: مطالعه تطبیقی	تطبیقی	۵۷ مقاله	ایران	اگرچه در اکثر کشورها در اصول برنامه پزشک خانواده شباهت‌هایی وجود داشت، اما در سیاست‌ها، استراتژی‌ها و روش‌های اجرا و تأمین مالی تفاوت‌هایی وجود دارد.
Xu و همکاران (۳۰)	تأثیر خدمات قراردادی با پزشک خانواده بر نتایج بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در استان ژجیانگ	مقطعی	۱۱۵۵ شرکت‌کننده	چین	بیمارانی که دارای پزشک خانواده بودند نسبت به کسانی که پزشک خانواده نداشتند، کمتر در معرض خطر عوارض مرتبط با دیابت بودند و این موضوع به کنترل بهتر دیابت نوع دو کمک کرد.
حاجی بدلی و همکاران (۳۱)	چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده در جوامع شهری: یک مطالعه کیفی	کیفی	۱۹ شرکت‌کننده	ایران	سه مقوله اصلی شامل «۱- چالش‌های فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی، ۲- مشکلات ارتباط بین فردی و ۳- مدیریت ناکارامد» به عنوان چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شناسایی شد.
اسکندری‌زاده و همکاران (۳۲)	ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران	مقطعی به صورت تحلیلی	۳۳۰ شرکت‌کننده	ایران	جنبه‌های مختلف مراقبت‌های اولیه در مناطق تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در جنوب شرق ایران از وضعیت نسبتاً رضایت‌بخشی برخوردار است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
مهرالحسنی و همکاران (۳۳)	عوامل زمینه‌ساز و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران	کیفی و مصاحبه	٤٤ سیاست‌گذار و مدیر	ایران	بیشترین چالش‌های مرتبط با عوامل زمینه‌ای شامل تحریم‌های اقتصادی، اعتقاد به طب سنتی و اعتقاد به تخصص پزشکان قبلی بود. در اجرای برنامه، بیشترین چالش‌ها شامل تنوع سازمان‌های بیمه‌گر، تخصیص بودجه، سیستم ارجاع، پرونده الکترونیکی، سیستم آموزشی و فرهنگ‌سازی بود.
روحانی و همکاران (۳٤)	تأثیر طرح پزشک خانواده و طرح تحول سلامت بر میزان بستری در ایران: یک سری زمانی منقطع	نیمه تجربی و سری زمانی	بیمارستان‌های مازندران طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷	ایران	برنامه پزشک خانواده روند کاهشی را برای بستری شدن در مناطق شهری استان مازندران ایجاد کرد، اما این تفاوت معنی‌دار نبود.
علی‌نژاد و همکاران (۳۵)	بررسی میزان رضایتمندی مناطق روستایی شهرستان رفسنجان از اجرای طرح پزشک خانواده	توصیفی-تحلیلی	٤۸۰ پزشک خانواده	ایران	میانگین رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده نسبتاً خوب بود که این رضایتمندی بیانگر موفقیت‌آمیز بودن فرایندهای اصلاح نظام سلامت بود.
بیاتی و همکاران (۸)	تأثیر دو اصلاح عمده سلامت بر هزینه و بهره‌برداری از خدمات درمانی در استان فارس: برنامه پزشک خانواده و طرح تحول سلامت	طولی	۳۵ شرکت‌کننده شامل پزشک و کارشناس	ایران	برنامه پزشک خانواده منجر به کاهش چشمگیر تعداد ویزیت‌های متخصص، تصویربرداری و آزمایش‌های آزمایشگاهی در کوتاه‌مدت و کاهش تعداد خدمات رادیولوژی و بستری شدن در بیمارستان در طولانی‌مدت شد.
Curtin و همکاران (۳٦)	اختلالات یادگیری خاص: نقش پزشک خانواده	بررسی اسنادی	برگرفته از ۳۸ مطالعه	آمریکا	پزشک خانواده از طریق درک ارتباط بین عوامل خطر، ارزیابی‌های پزشکی و آموزش می‌تواند به کودکان و خانواده‌ها با شناسایی و درمان به‌موقع اختلالات یادگیری کمک کند.
فردید و همکاران (۳۷)	چالش‌ها و نقاط قوت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس	-	۲٤ شرکت‌کننده	ایران	سه چالش «مشکلات اجتماعی، مشکلات مالی و مشکلات ساختاری» را شناسایی کرد.
خدمتی و همکاران (۳۸)	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در ایران	مروری	۱۹ مقاله	ایران	برنامه پزشک خانواده دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشیده است. مشکلاتی در سطوح I و II در برنامه‌های شهری و روستایی وجود دارد. سوم، هیچ برنامه‌ریزی کارامدی برای گسترش و اجرای مؤثرتر پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان سیستم مراقبت‌های بهداشتی وجود نداشت.
Liang (۳۹)	تأثیر مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه: طرح پزشک خانواده تایوان	اسنادی	۱٦۰ هزار بیمار از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳	تایوان	برنامه پزشک خانواده تأثیری در انسجام و تداوم مراقبت، پذیرش‌های قابل اجتناب ندارد و تزریق دارو و بازدیدهای بخش اورژانس را افزایش می‌دهد؛ چرا که فاقد سیستم ثبت‌نام و یا ارجاع هستند و محدود بودن ظرفیت کلینیک‌ها و برتری حق‌الزحمه در ازای خدمات از موانع آن است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
ملکوتی و همکاران (۴۰)	ابتکار بهداشت روان شهری: توسعه همکاری‌های بین رشته‌ای، نقش پزشک خانواده در مدیریت بیماران روانی شدید	مقطعی	۱۵۴۲ شرکت‌کننده	برزیل	بیمار پس از سپری کردن دوره حاد بیماری به صورت بستری و یا سرپایی تحت نظر خدمات تخصصی بیمار به چرخه خانواده و مرکز بهداشت بازمی‌گردد و درمان وی زیر نظر پزشک خانواده ادامه خواهد یافت.
صفی‌زاده چمختار و همکاران (۴۱)	تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذی‌نفعان: یک مطالعه کیفی	کیفی با روش مصاحبه	۲۰ نفر از پزشکان خانواده و کارشناسان خبره	ایران	نقاط قوت شامل کاهش هزینه‌ها، ارایه دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی، ارتقای سطح سلامت و ارایه خدمات در سطح تکاملی، عدم اطلاع‌رسانی به مردم در مسایل مربوط به پزشک، نظارت و ارزیابی ضعیف، مسایل مدیریتی، ساز و کارهای پرداخت، پرونده الکترونیک سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر و امکانات و تجهیزات نامناسب مراکز درمانی از جمله نقاط ضعف بوده است.
Moscovici و همکاران (۴۲)	تأثیر رویکردهای مختلف مراقبت‌های اولیه سلامت روان بر شیوع اختلالات روانی	مقطعی	۱۵۵۴ شرکت‌کننده	برزیل	شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطقی که تیم مراقبت‌های اولیه سلامت حضور نداشتند، بیشتر بود و اقامت در مناطق دارای پزشک خانواده با آموزش بهداشت روان با شیوع کمتر اختلالات روانی همراه است.
جهرمی و همکاران (۴۳)	ارزیابی تداوم مراقبت: دیدگاه بیماران و متخصصان در مورد برنامه پزشک خانواده شهری	مقطعی	۸۵۱ بیمار	ایران	سامانه پرونده الکترونیکی پزشک خانواده از نظر نرم‌افزاری مشکل دارد. به طور کلی، بیماران و پزشک خانواده در مازندران تجربیات بهتری را به نسبت استان فارس در موضوعات تداوم مراقبت گزارش کردند.
ایمانه و همکاران (۴۴)	عوامل مؤثر بر نارضایتی عمومی از طرح پزشک خانواده شهری: مطالعه مبتنی بر جمعیت عمومی در استان فارس	مقطعی	۱۰۲۰ شرکت‌کننده	ایران	بیشترین علت نارضایتی از طرح پزشک خانواده شهری، تک شیفت کاری و دسترس نبودن و در سطح دو (متخصصان) نیز اخذ فرم ارجاع و تعیین نوبت و در خدمات پاراکلنیکی تأخیر در ارایه داروهای تجویزی می‌باشد.
طهماسبی و همکاران (۴۵)	تحلیلی بر رضایتمندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران	توصیفی-مقطعی	۱۵۰۰ بیمار	ایران	رضایتمندی نسبی بیماران تنها در مورد کارکنان پزشک به دست آمد و در بقیه موارد رضایتمندی حاصل نشد.
نادری مقام و همکاران (۴۶)	تأثیر برنامه پزشک خانواده روستایی بر میزان مرگ و میر کودکان در ایران: مطالعه سری زمانی	طولی	اسناد ۱۳۷۴ تا ۱۳۹۰	ایران	برنامه پزشک خانواده و طرح حمایت اجتماعی برای ساکنان روستایی با کاهش قابل توجه مرگ نوزادان و و کودکان کمتر از ۵ سال همراه بود.
فرزادفر و همکاران (۴۷)	دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارایه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی	توصیفی-مقطعی	۳۷ مصاحبه با مدیران و ۲۱ جلسه با کارشناسان	ایران	مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران را می‌توان در هفت دسته مشکلات مالی، فرهنگی، آموزشی، انگیزشی، ساختاری، اداری و زمینه‌ای طبقه‌بندی کرد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
توکلی و همکاران (۴۸)	تأثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران	توصیفی- همبستگی	۴۰۰ پزشک خانواده و کارشناس	ایران	شش بعد مؤثر در نظام سلامت شامل ۱- پرونده الکترونیک سلامت (به عنوان مهم‌ترین بعد)، ۲- پزشک خانواده، ۳- ساختار بیمه، ٤- سیاست‌گذاری در نظام سلامت، ٥- نظارت صحیح بر نظام سلامت و ٦- خدمات پایه مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد.
صادقی و همکاران (۴۹)	نگرش و علاقه پزشک خانواده نسبت به شرکت در برنامه پزشک خانواده شهری و عوامل مرتبط	مقطعی	۱۳۷ پزشک خانواده	ایران	پزشکان به مشارکت در برنامه پزشک خانواده شهری علاقمند بودند. پزشکان مرد بیش از زنان و کارکنان دایمی بیش از سایرین مایل و علاقمند به شرکت در برنامه پزشک خانواده شهری بودند.
Bolívar و همکاران (۵۰)	مهارت‌های ارتباطی مربیان و دستیاران پزشک خانواده در کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه	مقطعی- توصیفی	۱۱۹ پزشک خانواده	اسپانیا	پزشکان از نظر ایجاد یک محیط دوستانه، داشتن مهارت‌های خوب گوش دادن و ارایه اطلاعات به بیمار توانمندتر از سایر کارکنان بودند.
نورافکن و همکاران (۵۱)	بررسی عملکرد پزشکان خانواده شهری و عوامل مرتبط با آن در جنوب ایران	مقطعی	۳۱ پزشک خانواده	ایران	بین عملکرد پزشک و تجهیزات ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. عملکرد آن‌ها از نظر سیستم ارجاع ضعیف و عملکرد پزشک خانواده بومی بهتر بود.
Edwardson و همکاران (۵۲)	مقرون به صرفه بودن آموزش پزشکان مراقبت‌های اولیه ایالات متحده برای انجام غربالگری سرطان کولورکتال	مقطعی	۲۳۹٤ شرکت کننده	امریکا	بازنگری ملی برنامه‌های دستیاری پزشک خانواده که آموزش غربالگری سرطان کولورکتال را ارایه می‌دهد، اثرات رضایت‌بخشی در کاهش هزینه به همراه دارد.
هنرور و همکاران (۵۳)	برنامه پزشک خانواده شهری رضایت و نارضایتی: مطالعه مبتنی بر جمعیت در شیراز، جنوب ایران	مقطعی	۱۲۵۷ شرکت‌کننده	ایران	در مجموع، اکثریت مردم از برنامه پزشک خانواده شهری رضایت چندانی ندارند.
کاظمیان و همکاران (٥٤)	ارزیابی کاهش هزینه‌های غیرضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها	طولی و اسنادی	۱۷ مرکز بهداشتی- درمانی	ایران	پزشک خانواده برای کاهش هزینه‌های درمان مؤثر است.
دماری و همکاران (۱)	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌حل‌ها	اسنادی و مصاحبه	٤۰ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران	ایران	چالش‌های برنامه شامل نحوه ارایه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی و دستاوردهای آن نیز افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و دانشگاه‌ها و سامانه پرونده‌های سلامت بوده است.
عابدی و همکاران (٥٥)	تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذی‌نفعان: یک مطالعه کیفی	کیفی- مقطعی با روش مصاحبه	۹ نفر از کارشناسان خبره	ایران	نقاط قوت شامل ارایه خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات بهداشتی، طبقه‌بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیر ضروری بود. نقاط ضعف شامل مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، سیستم ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیزم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمات سلامت، هماهنگی بین‌بخشی و سیستم‌های ارزیابی و کنترل بود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

جدول ۱. مقالات علمی مورد بررسی در پژوهش حاضر (ادامه)

منابع	عنوان	روش تحقیق	شرکت‌کنندگان	کشور	یافته‌ها
ترابی اردکانی و همکاران (٥٦)	درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز	کیفی- مقطعی با روش مصاحبه	۳۰ نفر	ایران	مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه پزشک خانواده برخوردار نیستند که دستیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم دارد.
ترابیان و همکاران (٥٧)	میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده در استان همدان	مقطعی	۱۲۱ پزشک خانواده	ایران	میزان رضایت پزشکان از برنامه پزشک خانواده پایین است.
صدیقی و همکاران (٥٨)	علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۱	توصیفی- تحلیلی	۲٦ پزشک خانواده	ایران	مولفه اجتماعی و فرهنگی وسپس مولفه سیستمی در کناره‌گیری و ترک پزشک خانواده بیشترین سهم را دارد.
براتی و همکاران (٥٩)	تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت (مقاله کوتاه)	توصیفی- مقطعی	مراکز بهداشتی روستایی کل کشور	ایران	برنامه پزشک خانواده موجب ارتقای بیش از نیمی از شاخص‌های بهداشتی شده و موجب کاهش مرگ و میر نوزادان و مادران گردیده است.
قلی‌زاده و همکاران (٦٠)	چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشک خانواده: پژوهش کیفی	مقطعی به روش مصاحبه	۲۲ شرکت کننده	ایران	چالش‌های شناسایی شده شامل ۱- واحدها و پرسنل سطح دوم ارجاع مانند عدم توجه به برگه ارجاع، ندادن پس‌خوراند و رفتار نامناسب، عدم حضور متخصصان مطابق برنامه؛ ۲- واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع (عدم تکمیل کامل برگه ارجاع و یا ارجاع افرادی که به سطح دو نیازی ندارند)؛ ۳- مدیریت (عدم آگاهی مسؤولان شهری از نظام ارجاع) و ٤- مردم می‌باشند که به صورت متقابل روی هم اثر می‌گذارند.
Shabanine jad و همکاران (٦١)	بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده استان مازندران	مقطعی- توصیفی- تحلیلی	۸٤ پزشک خانواده	ایران	کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشک خانواده استان مازندران در وضعیت چندان مناسبی قرار ندارد.
Gauthier و همکاران (٦٢)	امکان‌سنجی و مقبولیت غربالگری سریع آزمایش HIV توسط پزشکان خانواده فرانسوی	مقطعی آینده‌نگر	٦۲ پزشک و ۳۸۳ بیمار	فرانسه	غربالگری معمول RHT توسط پزشکان خانواده امکان‌پذیر است و به خوبی توسط بیماران پذیرفته شده است.

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

۲- *تداوم خدمات:* یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که ارایه مراقبت‌های جامع و هماهنگ و تداوم خدمات به عنوان یک روش به منظور بهبود وضعیت بیماران، پیشگیری از ایجاد عوارض و در نهایت، ارتقای سلامت افراد جامعه و از دستاوردهای مهم برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت محسوب می‌شود (۵۴، ۱۲، ۱۱، ۲). تعداد زیادی از پژوهش‌های مورد بررسی در ایران و سایر کشورها نقش مؤثر برنامه پزشکان خانواده در انسجام و تداوم خدمات مراقبت بیماران را نشان داده‌اند. نتایج مطالعه Zhang و همکاران که در آن ۱۲۳۶۰۷ بیمار مبتلا به پرفشاری خون و ۳۱۱۴۸ بیمار مبتلا به دیابت حضور داشتند، نشان داد که برنامه پزشکان خانواده، مراقبت‌های اولیه در بیماران سرپایی را هم از طریق افزایش پیگیری‌های بعدی و هم ویزیت‌های سرپایی را افزایش می‌دهد (۱۱). Malakouti و همکاران در تحقیق خود که با حضور ۱۵۴۲ شرکت‌کننده انجام شد، دریافتند که نقش پزشک خانواده در ادامه درمان بیماران دارای اختلالات شدید روانی بعد از ترخیص از بیمارستان، حایز اهمیت است (۱۱). پژوهش‌ها نشان دادند که پزشکان خانواده نقش مؤثری در تداوم خدمات بهداشتی- درمانی در زمان پاندمی کرونا برای جمعیت تحت پوشش داشتند (۲۱، ۲۰). شمس و همکاران به این نتیجه رسیدند که دسترسی به خدمات، تداوم مراقبت، هماهنگی مراقبت و جامعیت مراقبت از نظر پزشکان مناسب است (۲۸). همچنین، محققان نشان دادند که برنامه پزشک خانواده توانسته است از طریق تداوم خدمات در کاهش هزینه‌های غیر ضروری و کاهش بستری در بیمارستان مؤثر واقع شود (۵۴، ۵۳، ۴۱، ۴۰، ۳۹، ۲۷). Watson و همکاران در مطالعه‌ای با حضور ۴ هزار بیمار از ۱۷ مرکز مراقبت سرطان نشان دادند که مشارکت پزشکان خانواده در مراقبت از سرطان برای بیماران مفید و رضایت‌بخش است (۲۲). از میان تحقیقات بررسی شده، تنها پژوهش Liang که به صورت طولی طی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ در کشور تایوان انجام شد، حاکی از آن بود که برنامه پزشک خانواده تأثیری در انسجام و تداوم مراقبت و پذیرش‌های قابل اجتناب در بیمارستان‌ها ندارد؛ چرا که جمعیت تعریف شده‌ای وجود ندارد که یک پزشک خانواده در برابر آن پاسخگو باشد، شرکت در برنامه پزشک خانواده اختیاری است و بیماران بر اساس عادت برای یک بیماری به پزشکان متعددی مراجعه می‌کنند، هیچ انگیزه مالی برای استفاده از ارجاع بیماران توسط پزشکان خانواده وجود ندارد و کارکنان بهداشتی کنترل کمی بر استفاده از خدمات دارند (۳۹). این در صورتی است که در سایر کشورهای مورد بررسی، پزشک خانواده دروازه‌بان ارایه خدمات بهداشتی و درمانی است (۴).

۳- *رضایتمندی:* نتایج مطالعه نشان داد که از دیگر دستاوردهای مهم اجرای برنامه پزشک خانواده، افزایش رضایت در افراد تحت پوشش بوده است. این برنامه توانسته است از طریق کاهش هزینه‌های غیر ضروری و کاهش بستری در بیمارستان، رضایت بیماران را جلب کند (۵۵، ۴۲، ۴۰، ۲۸، ۱). همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد که پزشکان از نظر ایجاد یک محیط دوستانه، داشتن مهارت‌های خوب گوش دادن و ارایه اطلاعات به بیمار توانمندتر از سایر کارکنان هستند (۵۰) و ارتباط پزشک و بیمار در خدمات پزشکی خانواده به رضایت بیمار کمک می‌کند و در نهایت، موجب ارتقای خدمات مؤثر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پزشکی خانواده، کاهش بار مراقبت‌های ثانویه و ثالث می‌شود و این امر صرفه‌جویی قابل توجهی از نظر هزینه و زمان به همراه خواهد داشت (۴۸، ۱۷، ۱۵). Wang و همکاران با بررسی ۱۰۴۱۹ شرکت‌کننده به این نتیجه رسیدند افرادی که با پزشک خانواده قرارداد داشتند، به دلیل کیفیت خدمات، بیشتر از افراد فاقد قرارداد از مراقبت‌های اولیه بهداشتی استفاده کردند و رضایت داشتند (۱۳). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ابتدای اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران، رضایت مردم به خصوص در پزشک خانواده شهری پایین بود (۵۳، ۴۴)، اما در سال‌های اخیر میزان رضایت افزایش پیدا کرد (۳۵، ۳۲) و مردم از دریافت خدمات پزشک خانواده رضایت دارند (۵۸، ۵۷، ۴۲، ۳۹، ۳۳). این افزایش رضایت را می‌توان ناشی از ارتقای آگاهی افراد خدمت گیرنده و رفع برخی نواقص اجرای برنامه پزشک خانواده از سوی مدیران مربوطه دانست. در خصوص رضایت شغلی پزشکان خانواده، نتایج مطالعه صادقی و همکاران نشان داد که پزشکان به مشارکت در برنامه پزشک خانواده شهری علاقمند بودند (۴۹).

برنامه پزشک خانواده

۱- *مدیریت و سازماندهی:* یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که چالش‌های زیادی در مدیریت و سازماندهی برنامه پزشک خانواده وجود دارد. ضعف در مدیریت (۶۰، ۵۵، ۴۱، ۳۱، ۱۹)، ضعف در کیفیت نظارت (۵۵، ۴۸، ۴۱)، ضعف در مکانیسم پرداخت (۵۵، ۴۱، ۲۴، ۱۰)، مشکلات ساختار و تنوع سازمان‌های بیمه‌گر (۴۸، ۴۱، ۳۳، ۱۹)، موازی‌کاری برخی سازمان‌های بیمه‌ای (۴۱، ۳۳)، تضاد منافع (۲۴، ۱۹)، عدم توجه به مسایل مربوط به ارتقای انگیزه منابع انسانی (۵۸-۵۶) و عدم توجه به ارتقا و گسترش برنامه توسط سیاست‌گذاران (۶۵، ۶۰، ۵۵، ۴۸، ۴۱، ۳۳، ۳۱، ۱۹، ۱۰) از عمده چالش‌هایی است که تأثیر بسزایی در نارضایتی خدمت دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات در برنامه پزشک خانواده دارد (۴۱، ۳۳، ۱۹). مدیریت و تعهد ناکافی، آموزش ناکافی و عدم راهنمایی در مورد معیارهای ارجاع در سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی و درمانی و عدم حمایت خدمات مراکز بهداشتی- درمانی ارایه شده توسط بیمارستان‌ها از دیگر چالش‌های برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۵۶، ۵۵). پژوهش Alemu و همکاران در کشور کانادا نشان داد که نسبت ۱ در ۳۰ نفر دسترسی به پزشک خانواده نداشتند و ۸ درصد نیاز برآورده نشده مراقبت بهداشتی داشتند که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی همچنان یک چالش برای کانادایی‌های مسن‌تر به ویژه افرادی که از نظر اجتماعی آسیب‌دیده هستند، باقی مانده است (۴۱). در ایران نیز برنامه پزشک خانواده شهری فقط در دو استان فارس و مازندران اجرا شده است (۸). هیچ برنامه‌ریزی کارامدی برای گسترش و اجرای مؤثرتر پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان سیستم مراقبت‌های بهداشتی وجود ندارد (۳۸).

۲- *امکانات و منابع:* نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کمبود امکانات و منابع در اجرای برنامه پزشک خانواده وجود دارد. کمبود منابع مالی و انسانی (۵۵، ۴۱، ۳۵، ۲۸، ۲۴، ۹، ۱)، امکانات و تجهیزات نامناسب مراکز درمانی (۸)، کمبود ظرفیت کلنیک‌ها (۳۹) و مشکلات بستر الکترونیک پرونده سلامت (۶۴، ۵۵، ۴۸، ۴۱، ۳۳، ۲۶، ۲۲، ۱) از چالش‌های عمده برنامه پزشک خانواده می‌باشد. نتایج تحقیق Hendrix و همکاران در آمریکا نشان داد که تنها ۱۰ تا ۳۰ درصد از پزشکان خانواده از بستر الکترونیک پرونده سلامت خود کاملاً راضی هستند (۲۲). ایران نیز از این امر مستثنی نیست و پژوهش‌های مختلف وجود چالش در پرونده الکترونیک سلامت را نشان می‌دهد (۵۵، ۴۸، ۴۳، ۴۱، ۳۳، ۱). پژوهشگران معتقدند که مشکلات پرونده الکترونیک سلامت با حجم کاری بیش از حد و فرسودگی کارکنان حوزه سلامت به ویژه پزشکان خانواده و در نهایت، نارضایتی آنان مرتبط است (۶۶، ۶۴، ۵۵، ۴۸، ۴۰، ۳۳، ۲۶، ۲۲، ۱). Macaskill و همکاران در مطالعه‌ای با حضور ۸۲۴ پزشک خانواده به این نتیجه رسیدند که

https://hsr.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

نگرانی‌های پزشکان از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۲۰ افزایش معنی‌داری داشته است که بیشترین نگرانی شناسایی شده در میان پزشکان، مربوط به توصیه‌ها بیشتر به مستندات، مدیریت بیماری مزمن، پروفایل‌های تجمعی بیمار، تحقیقات آزمایشگاهی، داروها و اورژانس مربوط می‌شود (۱۶). فقدان سیستم ارجاع کارامد از دیگر چالش‌های مهم به شمار می‌رود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مشکلات زیادی در هماهنگی و نظام ارجاع وجود دارد که شامل عدم توجه به برگه ارجاع، ندادن پسخوراند، عدم حضور متخصصان مطابق برنامه عدم تکمیل کامل برگه ارجاع و یا ارجاع افرادی که به سطح دو نیازی ندارند، عدم آگاهی مسؤولان شهری و مردم از نظام ارجاع می‌باشد که به صورت متقابل روی هم اثر می‌گذارند (۶۰، ۵۶، ۵۵، ۵۱، ۴۸، ۴۴، ۳۳، ۱). برخی پژوهش‌ها دلیل ناکارامدی سیستم‌های ارجاع را حجم کار بسیار زیاد کارکنان بهداشتی، طولانی بودن مسافت و مشکل حمل و نقل بیماران، اطلاعات ناکافی ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بر عکس نشان داده‌اند (۵۶، ۵۵). مطابق مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد این مشکلات همچنان گریبان‌گیر نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۱۸). در زمان شیوع پاندمی کرونا نیز فقدان هماهنگی و دسترسی کم پزشک خانواده به متخصصان سطح دو، بار کاری بیشتری را به آن‌ها تحمیل کرده است (۶۰، ۲۰).

۳- *رضایت کارکنان:* Shabaninejad و همکاران به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده روستایی استان مازندران در وضعیت چندان مناسبی قرار ندارد (۶۱) و میزان رضایت پزشکان از برنامه پزشک خانواده روستایی پایین است (۵۹). وجود چالش‌های فرهنگی، اجتماعی و سیستمی، تبعیض مالی از موارد نارضایتی و کنارگیری پزشکان خانواده روستایی می‌باشد (۵۸، ۵۶). یافته‌های تحقیق Grierson و همکاران نیز نشان داد که نزدیکی به خانواده، اولویت‌های همسر، اشتغال شریک زندگی، ارتباطات فرهنگی و فرصت‌هایی برای فعالیت‌های تفریحی همگی به تصمیم محل خدمت پزشک خانواده مؤثر هستند (۲۵).

Macaskill و همکاران دریافتند که نگرانی‌ها در پزشک خانواده از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۲۰ افزایش معنی‌داری داشته است که این نگرانی‌ها به ترتیب مربوط به توصیه‌های بیشتر به مستندات، مدیریت بیماری مزمن پروفایل‌های تجمعی بیمار، تحقیقات آزمایشگاهی، داروها و اورژانس است (۱۵) که در صورت عدم توجه می‌تواند منجر به نارضایتی و فرسودگی شغلی شود (۱۶).

۴- *آموزش:* نتایج بررسی پژوهش‌ها نشان داد که ضعف آموزش و فرهنگ‌سازی چه در دانشگاه‌ها و چه در عموم مردم، از چالش‌های عمده در برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۵۸، ۵۶، ۴۷، ۳۳، ۳۱، ۲۵، ۲۴). عدم آگاه‌سازی مردم، اعتقاد به طب سنتی و اعتقاد به پزشکان متخصص از چالش‌های برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۵۹، ۵۳، ۵۲، ۳۹). نتایج مطالعه ترابی اردکانی و همکاران نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه پزشک خانواده برخوردار نیستند (۵۵). برخی محققان نشان دادند که مؤلفه اجتماعی، فرهنگی و سیستمی در کناره‌گیری و ترک پزشک خانواده بیشترین سهم را دارد (۵۸، ۵۶). تماسی‌زاده ناوخ و همکاران به این نتیجه رسیدند که ضعف ساختار اجرایی برنامه پزشک خانواده در روستا نیز ناشی از کمبود دانش در این بخش می‌باشد (۲۷). فقدان آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم (۵۵) از دیگر چالش‌های این برنامه به شمار می‌رود. نورافکن و همکاران نیز دریافتند که عملکرد پزشک خانواده بومی بهتر از پزشکان غیر بومی می‌باشد (۵۱). نتایج نشان داد که توجه به آموزش پزشکان خانواده نیز از مسایل مهم و غیر قابل انکار است. نتایج مطالعه تبریزچی همکاران نشان داد که دانش و مهارت مورد انتظار پزشکان عمومی به عنوان مدیران تیم پزشکی خانواده شامل سلامت عمومی، مهارت‌های بالینی ضروری، روش‌ها، فن‌آوری اطلاعات پزشکی، معنویت اسلامی، اخلاق و قانون و مهارت‌های ارتباطی است (۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

از بررسی پژوهش‌ها چنین نتیجه‌گیری می‌شود که دستاوردهای اجرای برنامه پزشک خانواده با آرمان‌های نظام سلامت که همان ارتقای سلامت جامعه است، همسو می‌باشد و منافع بسیاری را در حوزه سلامت برای کشورهای اجراکننده این برنامه به همراه دارد. در بیشتر کشورها در اصول پزشک خانواده شباهت وجود دارد، اما در سیاست‌ها، راهکارها، روش‌های اجرا و تأمین منابع تفاوت‌هایی وجود دارد (۶۳) که می‌تواند چالش‌های متفاوتی را ایجاد کند. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، تعهد مدیران ارشد و اتخاذ روش‌هایی که توانسته است نظام سیاست‌گذاری را در قالب یک فرایند دو سویه از بالا به پایین و بر عکس مدیریت کند، یکی از دلایل عمده موفقیت در کشورهای پیشرو در اجرای برنامه پزشک خانواده بوده است (۷). در مجموع، اقداماتی مانند ارتقای آگاهی عمومی مردم با در نظر گرفتن آموزش متناسب با فرهنگ بومی، ایجاد نظام انگیزشی جهت ارتقای عملکرد سیستم ارجاع و همچنین، ایجاد بستری برای حل مشکلات معیشتی پزشکان جهت کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنان از الزامات برنامه پزشک خانواده به نظر می‌رسد. همچنین، دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های دستیاری علاوه بر تقویت آموزش به رویکردهای جدیدی برای تشویق فراگیران برای ورود و ماندن در برنامه پزشک خانواده روستایی نیاز دارند. تأمین منابع مالی و انسانی، تأمین تجهیزات مراکز بهداشتی و درمانی، افزایش ظرفیت کلینیک‌ها، رفع تبعیض مالی، آگاهی‌بخشی کارکنان و تقویت مهارت‌ها، رفع مشکلات بستر پرونده الکترونیک سلامت با در نظر گرفتن سهولت استفاده از آن، حفظ حریم خصوصی و امنیت، ایجاد مشوق برای افزایش انگیزه و رضایت شغلی تیم سلامت نیز باید در رفع چالش‌های برنامه پزشک خانواده مورد توجه باشد تا بتوان این برنامه را با موفقیت و به طور مناسب گسترش داد. از آن‌جایی که در ایران برنامه پزشک خانواده شهری فقط در دو استان اجرا شده است، وجود عزم و اراده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان و اعتقاد و باور مدیران ارشد به منظور فراهم آوردن الزامات مورد نیاز برنامه پزشک خانواده و گسترش آن در راستای برخورداری همه افراد جامعه از برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت، مهم‌ترین رکن سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام پژوهشگرانی که در حوزه برنامه پزشک خانواده فعالیت داشته‌اند و یافته‌های علمی خود را در قالب مقاله در پایگاه‌های علمی در دسترس گذاشته‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

References

1. Damari B, Heidari A, Bonab MR, Moghadam AV. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. Health Promotion Perspectives. 2020; 10(3): 244.
2. Mbau R, Musiega A, Nyawira L, Tsofa B, Mulwa A, Molyneux S, et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature. Applied health economics and health policy. 2023; 21(2): 205-24.
3. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. SciELO Public Health; 2013. p. 546-A.
4. Perry HB, Sacks E, Schleiff M, Kumapley R, Gupta S, Rassekh BM, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 6. strategies used by effective projects. Journal of global health. 2017; 7(1): 010906
5. Tabrizchi N, Mohagheghi MA, Malekafzali H, Sajadi SJ, Kabir MJ, Larijani B, et al. Medical Education: Family Physician's Perspective. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2023: 7(1): 57-67. [In Persian].
6. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. Knowledge & Health. 2010; 4(4): 39-44. [In Persian].
7. Heidarzadeh A, Hedayati B, Huntington MK, Madani ZH, Farrokhi B, Mohseni F, et al. Near two decades of the family physician program in Iran and the structural challenges: A systematic review. International Journal of Preventive Medicine. 2023; 14.
8. Bayati M, Keshavarz K, Lotfi F, KebriaeeZadeh A, Barati O, Zareian S, et al. Effect of two major health reforms on health care cost and utilization in Fars Province of Iran: family physician program and health transformation plan. BMC Health Services Research. 2020; 20(1): 1-9.
9. Ahari SF, Nikjoo RG. Assessment of the Status of Urban Family Practice Program in Iran from the Perspective of Experts: A Qualitative Study. Anatolian Journal of Family Medicine. 2023; 6(2): 108-15.
10. Habibi M. Establishing justice in health by expanding the family doctor plan. Taken from the online newspaper. 2024.
11. Zhang L, Zhang P, Chen W. Can family doctor system improve health service utilization for patients with hypertension and diabetes in China? A difference-in-differences study. BMC Health Services Research, 2024; 24(1): 1-12.
12. Alemu, F. W., Nicholson, K., Wilk, P., Thornton, J. S., & Ali, S. Evaluating unmet need and access to a family physician in a universal health system: a national analysis using the Canadian Longitudinal Study of Aging. SSM-Health Systems, 2024: 100028.
13. Wang S, Cheng F, Xu J. The impact of family doctor contract services on the utilization of and satisfaction with primary health care among Chinese residents: A cross-sectional study. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2024; 13(5): 1887-93.
14. Molinaro ML, Shen K, Tandon C, Agarwal G, Inglis G, Vanstone M. "You are the only other person in the world that knows that about me": family physician stories of proximity to patients experiencing social inequity. SSM-Qualitative Research in Health, 2024; 5: 100378.
15. Akaydın H, Baltacı A. The Effect of Physician-Patient Communicatıon on Patient Satisfaction in Family Medicine Services. Alanya Akademik Bakış, 2024; 8(1): 15-33.
16. Macaskill J, Bryce R, Muller A. Best practice: quality assessment outcomes of the Practice Enhancement Program among family physicians in Saskatchewan, Canada. International Journal for Quality in Health Care, 2024; 36(1): mzad108.
17. Sulaiman N, Shorbagi S, Guraya SY. Development, implementation, and evaluation of an undergraduate family medicine program in the United Arab Emirates. BMC Medical Education, 2024; 24(1): 311.
18. Khanjanifard A, Khosravi P, Karimi Aliabadi P, Zarrinkamar M, Geran M, Khorshidi M, et al . Investigating How to Complete the Referral and Feedback form with the Urban Family Doctor of Mazandaranin. J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34(236):131-6.
19. Bagheri Rizi S, Ahmadi M, Shahbazi M, Javadi R. Factors affecting the acceptance of referral system and family physician in Alborz province, Iran. Iran J Health Insur. 2023; 6(1): 47-56. [In Persian].
20. Moritz LR, Buote R, McKay M, Meredith L, Ryan D, Spencer S, et al. Family physicians' perspectives on collaboration challenges between primary care and specialist care during the COVID-19 pandemic in Canada: A qualitative study. SSM-Qualitative Research in Health. 2023; 4: 100338.
21. Mathews M, Meredith L, Ryan D, Hedden L, Lukewich J, Marshall EG, et al., editors. The roles of family physicians during a pandemic. Healthcare Management Forum; 2023: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
22. Hendrix N, Bazemore A, Holmgren AJ, Rotenstein LS, Eden AR, Krist AH, et al. Variation in Family Physicians' Experiences Across Different Electronic Health Record Platforms: a Descriptive Study. Journal of

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

General Internal Medicine. 2023: 1-8.
23. Watson L, Link C, Qi S, DeIure A. Quantifying the impact of family doctors on the care experiences of patients with cancer: Exploring evidence from the 2021 Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey in Alberta, Canada. Current Oncology, 2023; 30(1): 641-52.
24. Lankarani KB, Honarvar B, Shahabi S, Zarei F, Behzadifar M, Hedayati M, et al. The challenges of urban family physician program over the past decade in Iran: a scoping review and qualitative study with policy-makers. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 2023; 64(2): E232.
25. Grierson L, Elma A, Aggarwal M, Bakker D, Johnston N, Agarwal G. Understanding the influence of medical education on physician geographic disposition: A qualitative study of family physician perspectives in Canada. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2023; 29(8): 1261-70.
26. Alsyouf R, Aryankhesal A, Sohrabi R, Alihosseini S, Behzadifar M. Implementation Challenges of Family Physician Program: A Systematic Review on Global Evidence. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2023; 37: 21
27. Tamasizadeh Navekh G, Khosrobeigi Bozchalouie R, Hamidian A. The challenges of rural family physician program in Iran: a discourse analysis of the introduction to criticizing power imbalance between rural health and mainstream urban health. Social Theory & Health. 2022; 20: 188-214.
28. 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(1): 18-27. [In Persian].
29. Hosseini M, Tabrizchi N. The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022; 6(1): 12-8 .[In Persian].
30. Xu C, Shen P, Lu F, Chen X, Zhang J, Zhong J. The impact of a family doctor contract service on outcomes for type 2 diabetes patients in Zhejiang Province. Asia Pacific Journal of Public Health, 2022; 34(6-7): 643-8.
31. Hajibadali P, Nadrian H, Hashemiparast M. Challenges of Implementing Family Physician Program in Urban Communities: A qualitative study. 2022. [In Persian].
32. Eskandarizadeh Z, Dehnavieh R. Assessment of Primary Healthcare System in Areas Covered by Family Physician Project in Southeastern Iran. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2022; 7(2): 9-18.
33. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC health services research. 2021; 21(1): 1-12.
34. Rouhani S, Esmaeili R, Yazdani Charati J, Khandehroo M. The impacts of family physician plan and health transformation plan on hospitalization rates in Iran: an interrupted time series. BMC Health Services Research. 2021; 21: 1-6.
35. 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. 2020. [In Persian].
36. Curtin MJ, Willis DR, Enneking B. Specific learning disabilities: The family physician's role. American Family Physician, 2019; 100(10): 628-35.
37. 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(1): 36.
38. Khedmati J, Davari M, Aarabi M, Soleymani F, Kebriaeezadeh A. Evaluation of urban and rural family physician program in Iran: a systematic review. Iranian journal of public health. 2019; 48(3): 400.
39. Liang LL. Impact of integrated healthcare: Taiwan's family doctor plan. Health Policy and Planning, 2019; 34(Supplement_2); ii56-66.
40. Malakouti SK, Keshavarz Akhlaghi A, Shirzad F, Rashedi V, Khlafbeigi M, Moradi Lakeh M, et al. Urban Mental Health Initiative: Developing Interdisciplinary Collaboration, the Role of the Family Physician in Management of Severe Mentally Ill Patients. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1): 104-19.
41. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the patient referral system in urban family physician program, from stakeholdersperspective using swot approach: A qualitative study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018; 28(161): 75-87. [In Persian].
42. Moscovici L, de Azevedo-Marques JM, Bolsoni LM, Rodrigues-Junior AL, Zuardi AW. Impact of different approaches of primary care mental health on the prevalence of mental disorders. Primary Health Care Research & Development. 2018; 19(3): 256-63.
43. Jahromi VK, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Anari HS. Continuity of care evaluation: The view of patients and professionals about urban family physician program. International journal of preventive medicine. 2017; 8.
44. Imanieh MH, Mirahmadizadeh A, Imani B. Factors affecting public dissatisfaction with urban family physician

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]

plan: A general population based study in Fars Province. Electronic physician. 2017; 9(11): 5676.
45. Tahmasbi B ,Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of patients' satisfaction from urban family physician program in Mazandaran Province. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017; 26(144): 65-75.
46. 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.
47. Farzadfar F, Murray CJ, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. The Lancet. 2012; 379(9810): 47-54.
48. 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(no3): 85-93. [In Persian].
49. Sadeghi M, Dehghani M, Aghaee MA. Family physicians' attitude and interest toward participation in urban family physician program and related factors. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 5(4): 840. [In Persian].
50. Bolívar FJV, González MP, Fuentes MFP, Molina MDA, Durántez JT, Rodríguez MD. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. Atención Primaria, 2016; 48(10): 632-41.
51. Nourafkan O, Yazdanpanah A, Kharazmi E. The study of urban family physicians performance and its related factors in the south of Iran. Health Management & Information Science. 2016; 3(1): 10-4.
52. Edwardson N, Bolin JN, McClellan DA, Nash PP, Helduser JW. The cost-effectiveness of training US primary care physicians to conduct colorectal cancer screening in family medicine residency programs. Preventive Medicine, 2016; 85: 98-105.
53. Honarvar B, Lankarani KB, Ghahramani S, Akbari M, Tabrizi R, Bagheri Z, et al. Satisfaction and dissatisfaction toward urban family physician program: A population based study in Shiraz, Southern Iran. International journal of preventive medicine. 2016; 7.
54. Kazemian M, Telouri FK, Mirdarvatan S. Assessment unnecessary costs in family physicians with comprehensive approach to care (cuts in family physician program. Health and treatment management. 2016; 7(3):45-54. [In Persian].
55. Abedi G, Charati JY, 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 Maz Univ Med Sci. 2019; 29(172): 80-9. [In Persian].
56. Torabi Ardakani A HS, Orumieh E. N, & Mirzaei S. Understanding, knowledge and expectations of people and doctors from the implementation of the family doctor plan: a case study of Shiraz city (case study .(Scientific Journal of Medical Organization of the Islamic Republic of Iran. 2015; 33(2): 147-55. [In Persian].
57. Torabian S, Chiraghi, Mohammad Ali, and Azarhomayun, Amir. Family physician program: satisfaction of doctors in Hamadan, 2013; 12(3): 289-96. [In Persian].
58. Sedighi S, Amini M, Pourreza A. Reasons for doctors to withdraw from the rural family doctor plan in 2013. Journal of Health Management.2013; 5(4): 33-43. [In Persian].
59. Barati O, Maleki MR, Gohari M, kabir MJ, Amir Smaily Mr, Abdi G. The effect of the family doctor plan on health indicators (short article). Journal of Culture and Health Promotion of Academy of Medical Sciences. 2012; 6(1): 19-27. [In Persian].
60. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. J Med Council Iran 2012; 29(4): 309-21. [In Persian].
61. Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, Bahrami S. Quality of Working Life of Family Physicians in Mazandaran. Hakim 2012; 15 (2): 178-84.
62. Gauthier R, et al. Feasibility and acceptability of rapid HIV test screening (DEPIVIH) by French family physicians. Médecine et maladies infectieuses 2012, 42.11: 553-60.
63. Hosseini M, Tabrizchi N. The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022; 6(1): 12-8. [In Persian].
64. Alavi S, Mahdavi A. Khodam Nane Karan S, Ebrahimi K.[Identifying the Strengths and Weaknesses of the SEPAS System Based on the Perceptions of Users From Hospitals Affiliated to Ardabil University of Medical Sciences: A Qualitative Study (Persian)]. Journal of Modern Medical Information. 2024; 10(1): 32-41. [In Persian].
65. Mirian S I, Mouseli A. The Family Physician Program and the Provision of Preventive Services in Iran: Still a Long Way Ahead. J Prevent Med 2024; 11(1): 2-7.
66. 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. TB 2021; 20(2): 12-26.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1685]