

Title: *Cancer Care Management in Urban Family Physician Programs: A Scoping Review with Quality Appraisal*

Seyed-Amir Soltani¹
 Ghahraman Mahmoudi^{2,3}
 Mohammad-Ali Jahani⁴
 Jamshid Yazdani-Charati⁵

¹ PhD Candidate in Health Services Administration, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

² Assistant Professor Department of health services administration, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

³ Hospital Administration Research Center, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁵ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 7, 2026; Accepted August 22, 2026)

Abstract

Background and purpose: Cancer has become a major global health challenge, and its increasing incidence in Iran, driven by population aging and the growing prevalence of risk factors, underscores the need to reassess current approaches to cancer care. This study aimed to examine the role of the urban family physician program in cancer care management through a scoping review and assessment of the available evidence.

Materials and methods: This scoping review was conducted by systematically searching PubMed, Scopus, and Web of Science for studies published between 2000 and 2025. Studies that addressed the management of common cancers and the role of family physician programs in this context were selected according to predefined inclusion and exclusion criteria. Study quality was assessed using the PRISMA checklist, and the findings were analyzed using a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis. The study protocol was registered in PROSPERO under registration number CRD420251028005.

Results: Of the 6,137 records identified, 49 studies from 18 countries were included in the final analysis. The findings indicated that the urban family physician program has the potential to improve cancer care management by enhancing access to preventive and screening services and strengthening coordination between different levels of care. In addition, the use of digital technologies, electronic health records, and diagnostic tools may provide opportunities to improve diagnostic accuracy and reduce delays in treatment initiation. However, geographical inequalities in access to services, cultural barriers, shortages of specialized healthcare personnel, and inadequate intersectoral coordination were identified as major barriers to effective implementation.

Conclusion: Integrating digital technologies, strengthening family physician training, and developing collaborative care models may contribute to improved cancer care management. The proposed conceptual framework requires further validation and adaptation to the local implementation context, available resources, and healthcare needs in Iran.

Keywords: family physician, primary health care, cancer management, scoping review

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (261): 178-194 (Persian).

Corresponding Author: Ghahraman Mahmoudi - health services administration, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
 (E-mail: ghahraman48@yahoo.com)

مدیریت مراقبت از بیماری‌های سرطان‌های شایع در بستر برنامه پزشک خانواده شهری: یک مرور دامنه‌ای همراه با ارزیابی کیفیت

سیدامیر سلطانی^۱
قهرمان محمودی^{۲،۳}
محمدعلی جهانی^۴
جمشید یزدانی چراتی^۵

چکیده

سابقه و هدف: سرطان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت جهانی است و افزایش بروز آن در ایران، تحت تأثیر سالمندی جمعیت و شیوع عوامل خطر، ضرورت بازنگری در مدیریت مراقبت سرطان را افزایش داده است. این مطالعه با هدف بررسی نقش برنامه پزشک خانواده شهری در مدیریت مراقبت سرطان از طریق مرور دامنه‌ای و ارزیابی کیفیت مطالعات، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد مرور دامنه‌ای انجام شد. جست‌جوی مطالعات در پایگاه‌های PubMed، Scopus و Web of Science برای بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ انجام گرفت. مطالعات مرتبط با مدیریت مراقبت سرطان‌های شایع و نقش برنامه پزشک خانواده در این حوزه، بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. کیفیت مطالعات با استفاده از چک‌لیست PRISMA ارزیابی و یافته‌ها با رویکرد تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها بررسی شد. پروتکل مطالعه در پایگاه PROSPERO با شناسه CRD420251028005 ثبت شد.

یافته‌ها: از میان ۶۱۳۷ مقاله شناسایی شده، ۴۹ مطالعه از ۱۸ کشور در تحلیل نهایی وارد شدند. یافته‌ها نشان داد برنامه پزشک خانواده شهری با تقویت دسترسی به خدمات پیشگیری و غربالگری و هماهنگی بین سطوح مختلف خدمات سلامت، ظرفیت برای بهبود مدیریت سرطان دارد. همچنین، بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال، پرونده‌های الکترونیک و ابزارهای تشخیصی، فرصت‌هایی برای افزایش دقت تشخیص و کاهش تأخیر در شروع درمان فراهم می‌کند. در مقابل، نابرابری‌های جغرافیایی در دسترسی، مقاومت‌های فرهنگی، کمبود نیروی متخصص و ضعف هماهنگی بین‌بخشی، از مهم‌ترین موانع اجرای این برنامه بودند.

استنتاج: ادغام فناوری‌های دیجیتال، آموزش پزشکان خانواده و توسعه مدل‌های مشارکتی می‌تواند به بهبود مدیریت مراقبت سرطان کمک کند. چارچوب مفهومی پیشنهادی نیازمند اعتبارسنجی و تطبیق با شرایط اجرایی، منابع و نیازهای نظام سلامت ایران است.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، مراقبت‌های اولیه سلامت، مدیریت سرطان، مرور دامنه‌ای

E-mail: ghahraman48@yahoo.com

مؤلف مسئول: قهرمان محمودی - ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

۵. استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۳/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۵/۵/۳۱

مقدمه

در دهه‌های اخیر، تغییرات جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی و موفقیت در کنترل بیماری‌های واگیر، موجب افزایش امید به زندگی و تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) شده است (۱). در این میان، سرطان یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های سلامت جهانی است (۲). بر اساس گزارش آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان (IARC)، پیش‌بینی می‌شود موارد جدید سرطان تا سال ۲۰۲۵ به حدود ۲۷ میلیون مورد برسد که بخش عمده آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ خواهد داد (۳). در ایران نیز سالمندی جمعیت و گسترش عوامل خطر قابل پیشگیری، موجب افزایش بروز سرطان شده است (۴). سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث، سومین علت مرگ‌ومیر در کشور است (۵). اگر چه بروز سرطان در ایران کم‌تر از میانگین جهانی است، تشخیص دیر هنگام، بقای پایین‌تر بیماران، مانند بقای پنج ساله سرطان پستان ۷۱ درصد در ایران در مقایسه با ۸۹ درصد در ایالات متحده، و پراکندگی خدمات، ضرورت بازنگری در مدیریت مراقبت سرطان را نشان می‌دهد (۶، ۷).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر ادغام پیشگیری و کنترل سرطان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، تشخیص زود هنگام و کاهش نابرابری تأکید دارد (۸). ایران نیز با اجرای برنامه پزشک خانواده و بسته ایران، گام‌هایی برای ادغام مدیریت بیماری‌های غیرواگیر در PHC برداشته است (۹). برنامه پزشک خانواده شهری با اهدافی مانند افزایش دسترسی، کاهش پرداخت از جیب و مدیریت هماهنگ بیماری‌های مزمن طراحی شده است (۱۰، ۱۱). با این حال، ظرفیت‌های آن برای مدیریت نظام‌مند سرطان به‌طور کامل به کار گرفته نشده است (۱۲). ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی، کمبود منابع انسانی، ناکارآمدی نظام ارجاع، هماهنگی ناکافی بین سطوح خدمت، نبود غربالگری هدفمند، پیگیری ناقص

بیماران و فقدان یکپارچگی خدمات تخصصی، از مهم‌ترین چالش‌های موجود هستند (۱۳، ۱۴). همچنین، مطالعات بر اهمیت پیشگیری اولیه، حذف عوامل خطر و آموزش عمومی تأکید کرده‌اند، در حالی که غربالگری به‌عنوان پیشگیری ثانویه، نقش مهمی در تشخیص زود هنگام و کاهش مرگ‌ومیر دارد (۱۵، ۱۶). Daly و همکاران (۲۰۲۱) فعالیت بدنی، مصرف الکل، سیگار و عادات غذایی را از مهم‌ترین عوامل خطر قابل اصلاح سرطان معرفی کردند (۱۷).

نظام سلامت کارآمد باید بتواند ساختار ارائه خدمات را با تغییرات محیطی هماهنگ و خدمات با کیفیت را در نزدیک‌ترین سطح به زندگی مردم و با هزینه مناسب ارائه کند (۱۸). بیانه آستانه ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت نیز بر تقویت PHC برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت تأکید دارد (۱۹). با این حال، پراکندگی ارائه دهندگان، پیچیدگی خدمات، محدودیت زیرساخت‌ها و ضعف سیستم‌های اطلاعاتی، تقویت PHC را با چالش مواجه کرده‌اند (۲۰). زنگنه و همکاران (۲۰۱۶) ضعف نظام اطلاعات، تمرکز در تصمیم‌گیری، ساختار سازمانی و همگرایی ناکافی اطلاعات را از چالش‌های نظام بهداشتی ایران دانستند (۲۱). در مقابل، فناوری مناسب، مشارکت جامعه، آموزش سلامت، مراقبت پیشگیرانه، بیمه سلامت، تربیت پزشک خانواده و توسعه زیرساخت‌ها از عوامل تقویت PHC معرفی شده‌اند (۲۲). Ferreira و همکاران (۲۰۱۷) نیز مشارکت متخصصان، توسعه مراقبت اولیه، همکاری بهورزان و بهبود فرآیند ارائه خدمات توسط تیم سلامت را از راهکارهای ارتقای PHC دانستند (۲۳). شواهد نشان می‌دهد نظام فعلی مراقبت‌های اولیه ایران پاسخگوی تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش بار سرطان و پیامدهای روانی-اجتماعی آن نیست (۲۰).

در ایران، مطالعات متعددی درباره مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در بستر برنامه پزشک خانواده شهری، عمدتاً با تمرکز بر ضعف‌ها و چالش‌های اجرایی، انجام شده است (۲۴-۲۶). با وجود ارزش مطالعات اپیدمیولوژیک، این

شواهد به تنهایی پاسخگوی همه شکاف‌های دانشی نیستند. مرورهای دامنه‌ای می‌توانند با ترسیم وضعیت موجود، شناسایی شکاف‌ها و استخراج الگوهای نوظهور، در حوزه پیچیده مدیریت مراقبت سرطان سودمند باشند. اهمیت مطالعه حاضر، ایجاد ارتباط میان سیاست‌های کلان، از جمله سند ملی کنترل سرطان، و اجرای آن‌ها در سطح مراقبت‌های اولیه است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به شناسایی مؤلفه‌ها و درس آموخته‌های مؤثر و طراحی چارچوب مفهومی چند سطحی و مبتنی بر شواهد برای تقویت نقش پزشکان خانواده در پیشگیری، تشخیص، پیگیری و ارجاع به‌موقع بیماران کمک کند. این چارچوب با توجه به ساختار، سیاست‌ها و ظرفیت‌های اجرایی نظام سلامت ایران سازمان‌دهی شده است، اما پیش از کاربرد عملی به اعتبارسنجی و ارزیابی میدانی نیاز دارد.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه و چارچوب روش‌شناختی

این مطالعه یک مرور دامنه‌ای (Scoping Review) با هدف شناسایی، نقشه‌برداری و سنتز شواهد درباره مؤلفه‌ها، فرآیندها، مدل‌ها، راهبردها و چالش‌های مدیریت مراقبت سرطان در بستر مراقبت‌های اولیه و برنامه پزشک خانواده، با تأکید بر قابلیت انطباق با نظام سلامت ایران، انجام شد. با توجه به ماهیت اکتشافی سؤال پژوهش و تنوع مطالعات، روش‌شناسی JBI برای اجرای مرور دامنه‌ای به کار رفت و چارچوب Arksey و O'Malley به عنوان مبنای تاریخی در نظر گرفته شد. گزارش مطالعه نیز بر اساس PRISMA-ScR انجام شد. پروتکل مطالعه با شناسه CRD420251028005 در PROSPERO ثبت شد.

سؤال پژوهش و چارچوب PCC

معیارهای واجد شرایط بودن مطالعات بر اساس چارچوب (PCC) Population-Concept-Context تعیین شدند. جمعیت، مفهوم و زمینه به صورت عملیاتی و پیش از غربالگری مطالعات تعریف شدند.

جمعیت (Population): بیماران مبتلا به سرطان‌های شایع، افراد در معرض خطر یا واجد شرایط پیشگیری و غربالگری، و ارائه دهندگان خدمات، مدیران، سیاست‌گذاران و سایر ذی‌نفعان مرتبط با مدیریت مراقبت سرطان وارد مطالعه شدند. مطالعات آزمایشگاهی، حیوانی و فاقد ارتباط با ارائه خدمات سلامت حذف شدند.

نوع سرطان: تمرکز اصلی بر سرطان‌های پستان، کولورکتال و دهانه رحم بود. مطالعات سایر سرطان‌ها نیز در صورت برخورداری از قابلیت انتقال مفهومی به مدیریت مراقبت سرطان در سطح اولیه یا پزشک خانواده بررسی شدند.

مفهوم (Concept): مدیریت مراقبت سرطان در طول مسیر مراقبت شامل پیشگیری، کاهش عوامل خطر، آموزش، غربالگری، تشخیص زود هنگام، ارجاع، هماهنگی، درمان، پیگیری، مراقبت حمایتی، تسکینی و تداوم مراقبت مورد بررسی قرار گرفت.

زمینه (Context): مراقبت‌های اولیه، برنامه پزشک خانواده، پزشکی خانواده، مدل‌های مراقبت یکپارچه یا هماهنگ و سایر مدل‌هایی که سطح اول مراقبت در شناسایی، ارجاع، هماهنگی، پیگیری یا مدیریت مسیر سرطان نقش داشتند، در نظر گرفته شدند. صرف انجام مطالعه در محیط شهری کافی نبود و وجود ارتباط مشخص با سازماندهی خدمات سطح اول ضروری بود.

معیارهای ورود

مطالعات منتشر شده طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ به زبان فارسی یا انگلیسی، مرتبط با جمعیت یا ذی‌نفعان مدیریت مراقبت سرطان و دارای حداقل یک مؤلفه از مسیر مراقبت شامل پیشگیری، غربالگری، تشخیص، ارجاع، هماهنگی، درمان، پیگیری یا مراقبت حمایتی و تسکینی وارد شدند. همچنین، مطالعات باید در زمینه مراقبت اولیه، پزشک خانواده، مراقبت یکپارچه یا مدل‌های هماهنگ ارائه خدمت انجام شده و اطلاعات

Cervical، Colorectal Neoplasms، Neoplasms، Neoplasms

۲. مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده

شامل اصطلاحاتی مانند Primary Health Care،

Family Practice، Family Physician، Family Medicine

۳. مدیریت و یکپارچگی مراقبت شامل

اصطلاحاتی مانند Care Management، Integrated،

Care، Continuity of Care، Care Coordination

راهبرد جستجو در هر پایگاه اطلاعاتی مطابق با

ساختار و امکانات اختصاصی همان پایگاه انجام شد؛

به‌عنوان نمونه، در پایگاه PubMed از فیلد

Title/Abstract، در پایگاه Scopus از فیلد TITLE-

ABS-KEY و در پایگاه Web of Science از فیلد

Topic استفاده شد. همچنین، برای افزایش جامعیت

جستجو، فهرست منابع مطالعات وارد شده و مقالات

مرتبط نیز به‌صورت دستی بررسی و مطالعات واجد

شرایط احتمالی استخراج شدند.

("Cancer care" OR "Oncology care" OR "Cancer treatment" OR "Cancer management" OR "Oncologic treatment" OR "Neoplasm care" OR "Cancer healthcare system" OR "Cancer services" OR "Cancer care model" OR "Cancer healthcare delivery" OR "Medical Oncology" OR "Cancer care system" OR "Cancer" OR "Neoplasms" OR "Malignancy" OR "Breast Neoplasms" OR "Colorectal Neoplasms" OR "Cervical Neoplasms") AND ("Family physician" OR "Family doctor" OR "General practitioner" OR "Primary care physician" OR "Primary care provider" OR "Primary Health Care" OR "Primary health care" OR "Family Practice" OR "Family Medicine" OR "Urban health" OR "Urban healthcare" OR "Urban primary care" OR "Urban setting" OR "City healthcare" OR "Metropolitan health" OR "Community health" OR "Urban health services" OR "Health Services Accessibility") AND ("Healthcare model" OR "Care model" OR "Health system strengthening" OR "Health care delivery" OR "Health services" OR "Health Care Reform" OR "Delivery of Health Care" OR "Model development" OR "Strengthening model" OR "Care Management" OR "Integrated Care" OR "Continuity of Care" OR "Care Coordination")

کافی برای استخراج داده داشته باشند. طراحی‌های کمی، کیفی، مختلط، ارزیابی برنامه و مدل‌های ارائه خدمت و در صورت انطباق، مطالعات سیاستی و مدل‌سازی مرتبط نیز پذیرفته شدند.

معیارهای خروج

مرورهای ثانویه، نامه به سردبیر، دیدگاه، سرمقاله، چکیده همایش و گزارش‌های فاقد اطلاعات کافی، همچنین مطالعات آزمایشگاهی، حیوانی یا درمان‌های اختصاصی فاقد مؤلفه مدیریت خدمات حذف شدند. مطالعات نامنطبق با PCC، فاقد داده کافی برای استخراج مؤلفه‌های مدیریت مراقبت و گزارش‌های تکراری نیز از سنتز نهایی کنار گذاشته شدند.

جستجوی منابع و راهبرد جستجو

جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های Web of Science، Scopus، PubMed/MEDLINE، ScienceDirect، SID و Magiran برای مطالعات منتشر شده از ۱ ژانویه ۲۰۰۰ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۲۵ انجام شد. علاوه بر جستجوی پایگاه‌های الکترونیکی، برای شناسایی مطالعات احتمالی از جستجوی منابع مطالعات وارد شده و جستجوی استنادی به عقب (backward citation searching) استفاده شد. منابع خاکستری، شامل اسناد سیاستی، راهنماهای سازمانی و گزارش‌های مرتبط، در صورت انطباق با معیارهای از پیش تعیین شده بررسی شدند.

راهبرد جستجو با استفاده از اصطلاحات کنترل شده Medical Subject Headings (MeSH) در پایگاه PubMed طراحی شد. واژگان جستجو بر اساس سه مفهوم اصلی پژوهش شامل موارد زیر تدوین شد و با استفاده از عملگرهای منطقی AND و OR با یکدیگر ترکیب شدند.

۱. سرطان‌های شایع شامل اصطلاحاتی مانند

Breast، Malignancy، Cancer، Neoplasms

راهبرد کامل جستجو برای تمامی پایگاه‌ها، شامل Syntax اختصاصی، فیلدهای جستجو، محدودیت زمانی، محدودیت زبان و تعداد رکوردهای بازیابی شده، در فرآیند جستجو مورد توجه قرار گرفت.

جستجوی مطالعات با قابلیت انتقال به زمینه ایران

شباهت بافتی به عنوان متغیر استخراج داده، جدا از معیار ورود، بررسی شد. برای هر مطالعه، نوع نظام سلامت، جایگاه مراقبت اولیه و پزشک خانواده، نظام ارجاع، سطح ادغام خدمات، منابع انسانی، زیرساخت اطلاعات سلامت، پوشش بیمه‌ای، دسترسی جغرافیایی و ویژگی‌های اجتماعی-فرهنگی استخراج شد.

مطالعات بر اساس قابلیت انتقال به ایران در سه سطح شباهت زمینه‌ای بالا، متوسط و محدود طبقه‌بندی شدند. مطالعات با شباهت کم‌تر حذف نشدند، بلکه یافته‌های آن‌ها با توجه به میزان قابلیت انتقال تفسیر شدند؛ زیرا هدف مرور دامنه‌ای شناسایی گستره شواهد و مدل‌های قابل انتقال بود.

فرآیند غربالگری و انتخاب مطالعات

تمام رکوردهای بازیابی شده به نرم‌افزار EndNote نسخه ۲۰ منتقل و موارد تکراری حذف شدند. پس از حذف موارد تکراری، رکوردهای باقی مانده در دو مرحله غربالگری شدند. در مرحله نخست، دو پژوهشگر به صورت مستقل عنوان و چکیده مطالعات را بر اساس معیارهای PCC بررسی کردند. در این مرحله، مطالعاتی که به طور آشکار فاقد ارتباط با جمعیت، مفهوم یا زمینه مورد نظر بودند حذف شدند. در مرحله دوم، متن کامل مطالعات باقی مانده توسط همان دو پژوهشگر به صورت مستقل ارزیابی شد.

دلایل حذف مطالعات در مرحله بررسی متن کامل به صورت مشخص ثبت و در نمودار PRISMA-ScR گزارش شد. اختلاف میان دو پژوهشگر از طریق بحث

و توافق حل شد و در صورت باقی ماندن اختلاف، نظر پژوهشگر سوم برای تصمیم نهایی اخذ شد.

جستجوی دستی منابع و citation searching پس از تکمیل غربالگری پایگاه‌های اصلی انجام شد. مطالعات شناسایی شده از طریق جستجوی دستی نیز با همان معیارهای PCC و همان فرآیند ارزیابی متن کامل بررسی شدند و تعداد آن‌ها به صورت جداگانه در نمودار جریان گزارش شد.

استخراج داده‌ها

فرم استاندارد استخراج داده شامل نویسنده، سال، کشور، نوع نظام سلامت، طراحی مطالعه، جمعیت، نوع سرطان، محیط و سطح مراقبت، نقش پزشک خانواده، نوع مداخله یا مدل، مؤلفه‌های مدیریت مراقبت، مسیر ارجاع، سازوکار هماهنگی، عوامل زمینه‌ای، یافته‌های اصلی، محدودیت‌ها و قابلیت انتقال به ایران بود. استخراج توسط دو پژوهشگر مستقل انجام و اختلافات با مقایسه و توافق برطرف شد.

ارزیابی کیفیت روش شناختی

با توجه به هدف مطالعه برای توصیف و تفسیر شواهد موجود، ارزیابی کیفیت روش شناختی منابع وارد شده نیز انجام شد. این ارزیابی به عنوان جزء توصیفی مرور و نه به عنوان شرط اولیه ورود به مرور انجام شد.

ابزار ارزیابی متناسب با طراحی هر مطالعه انتخاب شد. برای مطالعات کمی، از چک لیست‌های مربوط به نوع طراحی مطالعه در مجموعه ابزارهای ارزیابی JBI استفاده شد. برای مطالعات کیفی، از ابزار ارزیابی مطالعات کیفی JBI و برای مطالعات مختلط، در صورت وجود، از Mixed Methods Appraisal (MMAT) Tool نسخه ۲۰۱۸ استفاده شد. برای سایر طراحی‌های واجد شرایط، ابزار متناسب با نوع مطالعه از مجموعه ابزارهای استاندارد JBI انتخاب شد.

دو پژوهشگر به صورت مستقل کیفیت مطالعات را ارزیابی کردند. موارد اختلاف از طریق بحث و در صورت نیاز با نظر پژوهشگر سوم حل شد.

به منظور جلوگیری از حذف شواهد بالقوه مهم صرفاً به دلیل تفاوت کیفیت، نتایج ارزیابی کیفیت برای حذف خودکار مطالعات، اعمال وزن آماری یا انجام متاآنالیز مورد استفاده قرار نگرفت؛ بلکه در تفسیر یافته‌ها و تعیین میزان اتکاپذیری و قابلیت انتقال شواهد به زمینه ایران مورد توجه قرار گرفت. یافته‌هایی که عمدتاً از مطالعات با کیفیت پایین تر حاصل شده بودند، با احتیاط بیش تری تفسیر شدند.

سنتز شواهد و تحلیل موضوعی

یافته‌های مرتبط با مدیریت مراقبت سرطان استخراج و به واحدهای معنایی تقسیم شدند. سپس کدهای اولیه، طبقات مفهومی، زیرتم‌ها و تم‌های اصلی به صورت مرحله‌ای و تکرار شونده سازمان‌دهی و بازبینی شدند. در مجموع، ۱۲۸ کد اولیه، ۲۲ طبقه مفهومی، ۱۸ زیرتم و ۷ تم اصلی استخراج شد.

در نهایت، تم‌ها و زیرتم‌ها با توجه به نقش مراقبت اولیه و پزشک خانواده، مسیر ارجاع و هماهنگی، عوامل زمینه‌ای و قابلیت انتقال به ایران در یک چارچوب مفهومی سازمان‌دهی شدند. این چارچوب به عنوان مدلی مبتنی بر شواهد برای سازمان‌دهی مؤلفه‌های مدیریت مراقبت سرطان ارائه شد و برای کاربرد عملی، به اعتبارسنجی، ارزیابی امکان‌پذیری و آزمون در شرایط واقعی ایران نیاز دارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه و بـا کـد اخـلاق IR.IAU.SARI.REC.1404.116 انجام شد. از آنجا که این پژوهش یک مرور دامنه‌ای مبتنی بر مطالعات منتشر شده بود و شامل جمع‌آوری مستقیم داده از انسان‌ها یا

مداخله بر روی شرکت کنندگان نبوده است، اخذ رضایت آگاهانه ضرورت نداشت. تمامی مراحل پژوهش، شامل جست‌جوی نظام‌مند منابع، انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها، تحلیل یافته‌ها و گزارش نتایج، مطابق با اصول اخلاق پژوهش، استانداردهای بین‌المللی انجام مرورهای دامنه‌ای و دستورالعمل‌های مرتبط صورت گرفت. همچنین، در تمامی مراحل، اصول امانت‌داری علمی، شفافیت در گزارش‌دهی و ارجاع دهی صحیح به منابع رعایت شد.

یافته‌ها

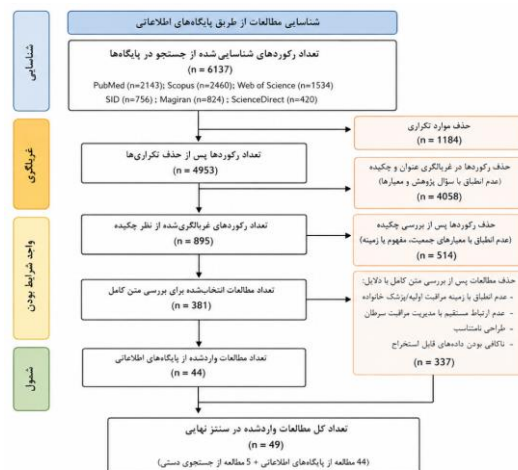
در جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی، در مجموع ۶۱۳۷ رکورد شناسایی شد. پس از حذف ۱۱۸۴ رکورد تکراری، ۴۹۵۳ رکورد برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند. در مرحله غربالگری عنوان و چکیده، ۴۰۵۸ رکورد به دلیل عدم انطباق با سؤال پژوهش و معیارهای واجد شرایط بودن حذف شدند و ۸۹۵ رکورد برای بررسی چکیده و ارزیابی دقیق تر باقی ماندند. پس از بررسی چکیده‌ها، ۵۱۴ رکورد به دلیل عدم انطباق با معیارهای جمعیت، مفهوم یا زمینه حذف و ۳۸۱ مطالعه برای بررسی متن کامل انتخاب شدند. در مرحله بررسی متن کامل، ۳۳۷ مطالعه به دلایل از پیش تعیین شده، از جمله عدم انطباق با زمینه مراقبت اولیه/پزشک خانواده، عدم ارتباط مستقیم با مدیریت مراقبت سرطان، طراحی نامتناسب یا ناکافی بودن داده‌های قابل استخراج، حذف شدند و ۴۴ مطالعه از جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی وارد سنتز شدند. علاوه بر این، ۵ مطالعه واجد شرایط از طریق بررسی دستی فهرست منابع و جستجوی استنادی شناسایی و پس از طی همان فرآیند ارزیابی متن کامل وارد مرور شدند. بنابراین، در مجموع ۴۹ منبع در سنتز نهایی وارد شدند (تصویر شماره ۱).

مطالعات نشان داد که مدیریت مراقبت سرطان را می توان به چهار دسته اصلی، پیشگیری، غربالگری و تشخیص اولیه، تشخیص و درمان و مراقبت تسکینی دسته بندی کرد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: چارچوب مدیریت مراقبت سرطان در چهار حیطه اصلی (پیشگیری، غربالگری و تشخیص اولیه، درمان، مراقبت تسکینی)

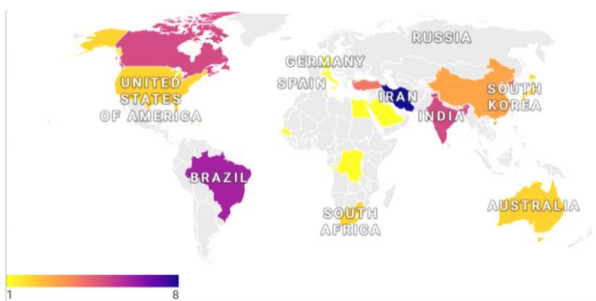
حیطه	مداخلات راهبردی
پیشگیری	اجرای برنامه های آموزش سبک زندگی سالم توسط پزشکان خانواده در زمینه کنترل سیگار، فعالیت بدنی، تغذیه سالم و الکل اطمینان از واکسیناسیون هیپاتیت B در دوره نوزادی اطمینان از واکسیناسیون HPV در دوران نوجوانی غربالگری آلودگی هوا و عوامل شغلی مرتبط با سرطان های پستان و ریه در مناطق صنعتی شهری
غربالگری و تشخیص اولیه	ارتقای آگاهی جامعه در مورد علائم اولیه سرطان های اولویت دار ارتقای آموزش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در خصوص علائم و نشانه های اولیه سرطان های رایج، برای ارجاع سریع بیماران علامت دار به مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی و درمانی اطمینان از در دسترس بودن، مقرون به صرفه بودن و دسترسی به آزمایش های تشخیصی برای موارد مشکوک ارزیابی اثربخشی برنامه های تشخیص زودرس و غربالگری به طور دوره ای توسعه کیت های خود نمونه برداری HPV (تجربه موفق ایران) و تست خون مخفی در مدفوع (FIT) برای کولورکتال با توزیع از طریق پزشکان خانواده آموزش پزشکان خانواده در استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی برای تحلیل تصاویر ماموگرافی ایجاد مراکز تشخیص سریع (Rapid Access Clinics) در سطح شهر برای ارجاع موارد مشکوک
تشخیص و درمان	توسعه، اجرا و به روز رسانی دستورالعمل ها / پروتکل ها / استانداردهای ملی مصوب مبتنی بر شواهد برای تشخیص و درمان سرطان های اولویت دار ارزیابی نیروی انسانی مورد نیاز و برنامه ریزی برای رفع کمبودها اطمینان از در دسترس بودن، قابلیت پرداخت و دسترسی به بسته مراقبت های ضروری سرطان تقویت هماهنگی برای نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده با هدف کاهش تاخیر در تشخیص و درمان تدوین پروتکل های ارجاع هوشمند بین پزشکان خانواده و مراکز تخصصی برای کاهش زمان شروع درمان (الگو: کانادا). ادغام نانو تکنولوژی در دارورسانی هدفمند (الگو: اروپا) با اولویت مناطق شهری
مراقبت تسکینی	اطمینان از وارد شدن مراقبت تسکینی در برنامه های ملی کنترل سرطان معرفی مراقبت های تسکینی در برنامه درسی متخصصان سرطان توسعه خدمات مراقبت تسکینی یکپارچه، چند تخصصی و قابل پرداخت از جمله تسکین درد، حمایت روانی و معنوی هم در بیمارستان و هم سطح جامعه آموزش پزشکان خانواده در مدیریت درد و مراقبت تسکینی پایه (الگو: برنامه Teach-Back در هند) توسعه پلتفرم های Tele-palliative Care برای مشاوره آنلاین با انکولوژیست ها توزیع داروهای ایمنی با دسترسی آسان در داروخانه های شهری تحت نظارت پزشک خانواده

استراتژی های مدیریت مراقبت سرطان به ۷ دسته کلی گروه بندی شدند که شامل قوت، ضعف، فرصت، تهدید، چالش، راهکار و الگوهای نوظهور می باشد (جدول شماره ۲).



تصویر شماره ۱: فرایند جستجو و انتخاب شواهد

در مجموع، ۴۹ مطالعه پس از طی مراحل غربالگری و ارزیابی معیارهای ورود در این مرور دامنهای وارد شدند. مطالعات وارد شده از نظر طراحی و زمینه اجرایی متنوع بودند و شامل مطالعات کمی، کیفی، مرور شواهد، مطالعات ارزیابی برنامه و مدل های ارائه خدمات سرطان بودند. این تنوع امکان شناسایی مؤلفه های مشترک و طراحی چارچوب مفهومی مدیریت مراقبت سرطان در بستر پزشک خانواده شهری را فراهم نمود. مطالعات وارد شده در این پژوهش مربوط به ۱۸ کشور از جهان می باشد که بیش ترین تعداد مقالات مربوط به کشور ایران، برزیل، هند، کانادا، ترکیه و کره جنوبی می باشد (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۲: توزیع فراوانی شواهد وارد شده به مطالعه بر اساس محیط انجام پژوهش در جهان

فرآیند کامل تحلیل تماتیک، نحوه استخراج کدها، تشکیل طبقات، استخراج تم ها و طراحی مدل مفهومی به طور کامل تشریح گردید. نتایج حاصل از بررسی

جدول شماره ۲: سنتز موضوعی شواهد منتخب درباره نقاط قوت، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها، چالش‌ها، راهکارها و الگوهای نوظهور در مدیریت مراقبت سرطان در بستر مراقبت اولیه و پزشک خانواده

نویسنده (سال)	عنوان مطالعه	قوت‌ها	ضعف‌ها	فرصت‌ها	تهدیدها	چالش‌ها	راهکارها	الگوهای نوظهور
Joulae et al. (2019) (27)	Women's Cancer Care in Iran	سیستم اولیه قوی، آموزش جامعه، نیروی آموزش دیده	پوشش پایین، ثبت نام آمار، خدمات بدون بیمه	ادغام HPV، مشارکت CHWs، آموزش زنان	نگرش فرهنگی، کمبود منابع، نابرابری جغرافیایی	تشخیص دیر، پروتکل ناکامل، مشارکت پایین	پروتکل ملی، آموزش پزشکان، پوشش بیمه‌ای	مشارکت جامعه و کارکن محلی
Motlagh et al. (2022) (28)	IRAN National Cancer Control Program	برنامه ملی ۱۱ مؤلفه‌ای، مشارکت چندبخشی، تأکید بر پیشگیری	نبود بودجه، اختلالات قدیمی، یکپارچگی ضعیف داده‌ها	ثبت الکترونیک، فناوری نظارت، همکاری با NGO	تغییر مدیریتی، مقاومت بخش درمان، کمبود متخصص	هماهنگی، آموزش نیروی انسانی، یکپارچگی خدمات	مرکز ملی، پکیج بیمه‌ای، دوره آموزشی پزشکان	مدل حکمرانی یکپارچه سرطان
Torreggiani et al. (2024) (29)	Models of Care in Cancer Survivors	تحلیل TIDieR، تیم‌های چندرشته‌ای، مدل SCP	داده کم، نمونه کوچک، زمایر بودن اجرا	Telehealth، اپلیکیشن، خدمات رولی-اجتماعی	هزینه فناوری، نبود استاندارد، مقاومت بیماران	مدیریت زمان، آموزش پرستاران، یکپارچگی EHR	مدل پرستار-محور، شبکه حمایتی، استانداردسازی	مراقبت دیجیتال با EHR
Easley et al. (2017) (30)	Role of Family Physicians in Cancer Care	دسترسی بالا، مدیریت همزمان بیماری‌ها، نقش هماهنگ کننده	ارتباط ضعیف، نقش‌های نامشخص، کمبود در روستاها	پروتکل مشترک، EHR، آموزش‌های بین‌بخشی	عدم اعتماد، تکرار خدمات، کمبود بودجه آموزشی	تعریف نقش، منابع آموزشی، هماهنگی خدمات	آگاهی بیمار، سامانه‌های ارتباطی، برنامه‌های آموزشی	مدل مراقبت مشترک با EHR
Potaya et al. (2024) (31)	Model of Excellence in Cancer Care	مدل جامع ۷ بعدی، EDfR الگوی T۳، ارجاع یکپارچه	توجه کم به پزشک خانواده، هزینه بالا، ابهام در مسئولیت	فناوری دیجیتال، آموزش سلامت، شبکه ارجاع	مقاومت در برابر فناوری، نابرابری محدودیت بودجه	نیروی انسانی، هماهنگی سطوح، داده ملی	سامانه الکترونیک، آموزش پزشکان، ادغام در اولیه	مدل T۳ تحول، تیم کیفیت
Attipoe-Dorcoo et al. (2021) (32)	CHWs in Cancer Screening	مقرن به صرفه، تمرکز بر محرومان، فناوری‌های آموزشی	عدم داده برای پستان، تفاوت هزینه بین کشورها	فناوری موبایل، ادغام CHWs، افزایش پوشش	سیستم مقاوم، کمبود منابع، تمرکز شهری	آموزش CHWs، ارتباط سطوح، جمع آوری داده	دستورالعمل CHWs، حمایت مالی، کمپین آموزشی	پل CHWs بین جامعه و سلامت
O'Donovan et al. (2019) (33)	CHWs in Cervical Cancer Screening (LMICs)	اعضای محلی، غربالگری کم‌هزینه، آگاهی افزایی	داده کم، چالش فرهنگی، ناپایداری CHWs	CBPR، فناوری آموزش، پروتکل‌های استاندارد	کمبود بودجه، نبود مراکز درمان، مقاومت سنی	آموزش مداوم، ارجاع ثبت نتایج غربالگری	ادغام خدمات، بودجه حمایتی، آموزش CHWs	CHWs، HPV، VIA، آموزش فرهنگی

این جدول یک سنتز موضوعی از شواهد منتخب و دارای ارتباط مستقیم با چارچوب مفهومی مطالعه است و الزاماً شامل تک تک ۴۹ مطالعه وارد شده نیست.

این مرور دامنه‌ای با هدف تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت، تهدید، چالش، راهکار و الگوهای نوظهور در مدیریت مراقبت سرطان در بستر پزشک خانواده شهری طراحی شده است. یافته‌ها بر اساس مطالعات جهانی و تجربیات کشورها (مانند ایران، برزیل، هند و کانادا و...) مقایسه و تحلیل می‌شوند.

سنتز موضوعی شواهد

سنتز مطالعات نشان داد که مدیریت مراقبت سرطان در بستر مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده تحت تأثیر تعامل ظرفیت‌های نظام سلامت، مداخلات سطح اول، سازوکارهای ارجاع و هماهنگی، فناوری‌های سلامت و عوامل اجتماعی-اقتصادی قرار دارد. بر اساس ترکیب یافته‌ها، هفت حوزه اصلی شامل نقاط قوت، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها، چالش‌های اجرایی، راهکارهای بهبود و الگوهای نوظهور شناسایی شد. نقاط قوت عمدتاً شامل

وجود شبکه مراقبت‌های اولیه، دسترسی اولیه جمعیت به خدمات، ظرفیت پزشکان خانواده و کارکنان سلامت برای شناسایی افراد در معرض خطر و امکان ادغام پیشگیری و غربالگری بود. در مقابل، ناهماهنگی میان سطوح خدمت، ضعف نظام ارجاع، کمبود نیروی متخصص، پراکندگی خدمات تخصصی، ضعف یکپارچگی داده‌ها و محدودیت دسترسی گروه‌های کم‌برخوردار از مهم‌ترین ضعف‌ها بودند. فناوری‌های دیجیتال، پرونده و ارجاع الکترونیک، تله‌هلت، مشارکت کارکنان سلامت جامعه، تیم‌های چند رشته‌ای و مدل‌های مراقبت مشارکتی نیز مهم‌ترین فرصت‌ها را تشکیل دادند، هر چند بهره‌گیری از آن‌ها به زیرساخت فنی، آموزش، استانداردهای تبادل داده و تأمین مالی مناسب وابسته است. نابرابری جغرافیایی، محدودیت منابع مالی، تغییرات سیاستی و مدیریتی، مقاومت سازمانی، موانع فرهنگی، ضعف پوشش مالی و اختلال تداوم خدمات در شرایط بحرانی نیز از مهم‌ترین تهدیدها و

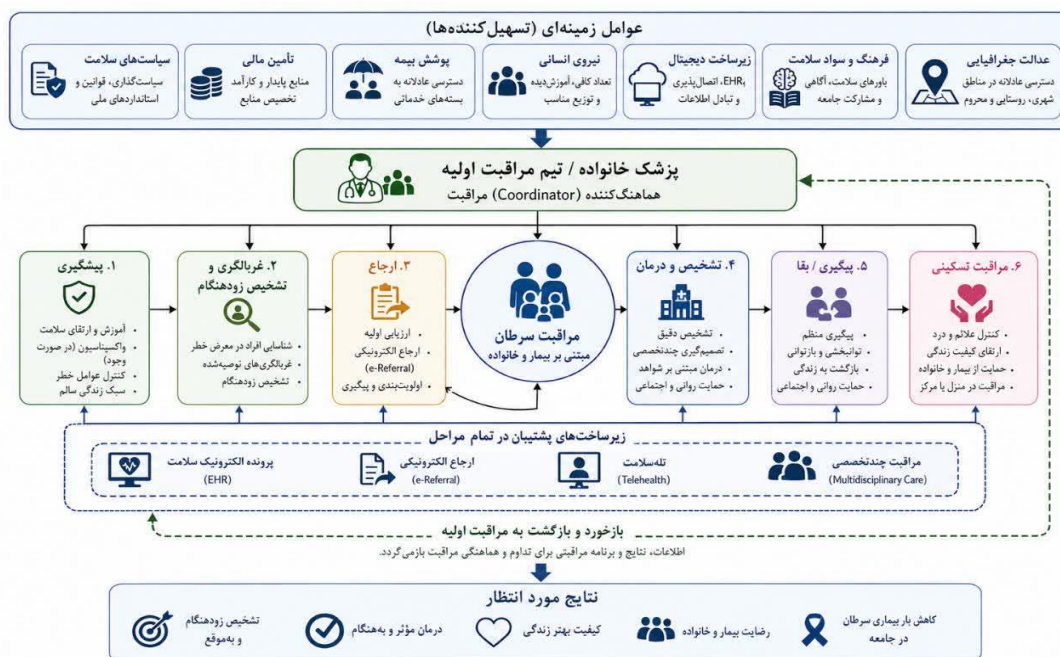
پایش اطلاعات و ارزیابی مستمر به عنوان سازوکارهای بازخوردی، امکان بهبود هماهنگی و کیفیت مراقبت را در سراسر این فرایند فراهم می کنند.

بحث

این مرور دامنه‌ای با هدف شناسایی و سازماندهی شواهد مدیریت مراقبت سرطان در بستر مراقبت‌های اولیه و برنامه پزشکی خانواده و بررسی قابلیت استفاده از آن‌ها برای طراحی چارچوبی متناسب با ایران انجام شد. یافته‌ها نشان داد موفقیت مدیریت مراقبت سرطان به یک مداخله منفرد وابسته نیست، بلکه حاصل تعامل ظرفیت مراقبت‌های اولیه، نظام ارجاع، هماهنگی بین سطوح، دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی، زیرساخت اطلاعات سلامت، مشارکت جامعه و حمایت سیاستی است (۳۶-۳۴). این امر با ماهیت پیچیده مسیر سرطان از پیشگیری و شناسایی خطر تا غربالگری، تشخیص، درمان، پیگیری و مراقبت تسکینی همخوانی دارد (۳۷-۳۴).

چالش‌ها بودند. در نهایت، شواهد بر حرکت به سوی مدل‌هایی تأکید داشتند که در آن پزشک خانواده علاوه بر ارائه خدمات اولیه، نقش هماهنگ کننده مسیر مراقبت، تسهیل کننده ارجاع و پیگیری کننده تداوم مراقبت را بر عهده دارد؛ در این میان، مراقبت مشارکتی، تیم‌های چندرشته‌ای، فناوری اطلاعات و مشارکت جامعه از مهم‌ترین الگوهای نوظهور بودند.

بر اساس سنتز شواهد مطالعات وارد شده، تصویر شماره ۳ چارچوب مفهومی پیشنهادی مدیریت مراقبت سرطان را نشان می‌دهد که در آن پزشک خانواده به عنوان محور هماهنگی مراقبت، در پیوند میان پیشگیری و ارتقای سلامت، غربالگری و تشخیص اولیه، درمان و مدیریت بیماری، و پیگیری و مراقبت تسکینی قرار دارد. این مؤلفه‌ها از طریق مسیرهای ارجاع و تبادل اطلاعات میان سطوح مختلف ارائه خدمات به یکدیگر متصل می‌شوند و اجرای آن‌ها تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای شامل سیاست‌ها و حکمرانی، زیرساخت و منابع، شرایط اقتصادی و تأمین مالی، و عوامل فرهنگی و اجتماعی قرار می‌گیرد. همچنین،



تصویر شماره ۳: چارچوب مفهومی مدیریت مراقبت سرطان در بستر برنامه پزشکی خانواده شهری

چرا عملکرد کشورها متفاوت است؟

تفاوت عملکرد کشورها صرفاً به وجود برنامه پزشک خانواده مربوط نیست و میزان ادغام آن با سایر اجزای نظام سلامت اهمیت بیش‌تری دارد (۳۸، ۳۹). در نظام‌هایی که پزشک خانواده به پرونده یکپارچه، نظام ارجاع مشخص، دسترسی به متخصصان و سازوکار بازخورد مجهز است، سطح اول به هماهنگی کننده مراقبت تبدیل می‌شود؛ در مقابل، ضعف ارتباط با سطح تخصصی، پیگیری ارجاع و تداوم مراقبت را محدود می‌کند (۳۵، ۳۷، ۴۴-۴۰). تفاوت منابع نیز مؤثر است؛ فناوری‌های پیشرفته، پرونده الکترونیک و مدل‌های چند رشته‌ای در کشورهای برخوردار آسان‌تر و مداخلات جامعه محور و کم‌هزینه در کشورهای کم‌برخوردار اهمیت بیش‌تری دارند (۳۳، ۳۶، ۳۷، ۳۹). بنابراین، انتقال مدل‌های موفق به ایران بدون توجه به منابع، زیرساخت و نیروی انسانی می‌تواند موجب شکاف میان طراحی و اجرا شود (۳۴، ۳۷).

چرا برخی مدل‌ها موفق‌تر هستند؟

مدل‌های موفق معمولاً دارای نقش‌های روشن، ارتباط مستمر سطح اول و تخصصی، مسیر ارجاع مشخص، تبادل اطلاعات، تیم چند رشته‌ای و مسئولیت مشخص برای پیگیری بیمار هستند (۳۶-۳۴). در مقابل، توسعه صرف غربالگری یا فناوری، بدون تقویت ارجاع، پیگیری و هماهنگی، اثربخشی کامل را تضمین نمی‌کند (۳۷، ۴۰). فناوری دیجیتال نیز زمانی مؤثر است که در فرآیند رسمی مراقبت، همراه با تعریف مسئولیت کاربران، استاندارد تبادل اطلاعات و فرآیند پیگیری، ادغام شود، بنابراین باید ابزار تقویت هماهنگی باشد و جایگزین آن نباشد (۴۶-۴۱).

اهمیت عوامل سیاسی و سیاستی

عملکرد برنامه‌های سرطان تحت تأثیر ثبات سیاستی، اولویت‌های نظام سلامت، تأمین مالی و هماهنگی بین‌سازمانی قرار دارد (۴۷، ۴۸). برنامه‌های ملی زمانی قابلیت اجرای بیش‌تری دارند که با مراقبت اولیه، بیمه، پیگیری و نظام اطلاعات سلامت هماهنگی

باشند (۵۰-۴۸). تغییرات مکرر سیاستی، پراکندگی مسئولیت‌ها و نبود تأمین مالی پایدار می‌تواند اجرای برنامه‌ها را تضعیف کند (۳۴، ۴۹). در ایران نیز اتصال برنامه پزشک خانواده شهری، شبکه مراقبت‌های اولیه، برنامه‌های بیماری‌های غیرواگیر، بیمه و خدمات تخصصی سرطان به یک مسیر مشترک ضروری است و نباید به ایجاد برنامه‌ای موازی منجر شود (۳۴، ۳۵، ۵۰).

عوامل اقتصادی و عدالت در سلامت

نابرابری جغرافیایی و اقتصادی از الگوهای تکرار شونده بود (۴۵، ۴۶). تمرکز خدمات تخصصی و فناوری‌های تشخیصی، هزینه‌های درمان و محدودیت پوشش مالی، دسترسی واقعی بیماران را کاهش می‌دهد و افزایش ظرفیت تخصصی به‌تنهایی کافی نیست؛ زیرا بیمار ممکن است پس از شناسایی اولیه با موانع دسترسی، هزینه یا تأخیر در ارجاع مواجه شود (۴۷-۴۵، ۵۱، ۵۲). بنابراین، نقش پزشک خانواده در ایران باید فراتر از غربالگری و شامل شناسایی خطر، پیگیری تشخیص، هماهنگی ارجاع، پیگیری درمان و ارتباط با خدمات حمایتی باشد تا بخشی از شکاف میان دسترسی اسمی و واقعی کاهش یابد (۳۴، ۳۵، ۴۵، ۵۳).

عوامل فرهنگی و اجتماعی

موانع فرهنگی بر مشارکت در غربالگری و پذیرش خدمات اثرگذارند و بر اساس جنسیت، تحصیلات، محل زندگی، باورهای اجتماعی و اعتماد به نظام سلامت متفاوت هستند (۳۸، ۵۴-۵۶). بنابراین، الگوهای جامعه‌محور و آموزش چهره‌به‌چهره باید با ساختار شبکه بهداشت، شرایط فرهنگی و ظرفیت مراقبین سلامت و پزشکان خانواده ایران سازگار شوند (۳۵، ۵۷).

قابلیت انتقال شواهد بین‌المللی به ایران

کشور محل مطالعه به‌تنهایی معیار مناسبی برای تعیین قابلیت انتقال شواهد نیست (۳۴، ۵۸). حتی یک مدل خارجی ممکن است در یک مؤلفه، مانند مسیر ارجاع یا تیم چند

رشته‌ای، برای ایران قابل استفاده باشد؛ در مقابل، مدل کشوری با شرایط اقتصادی مشابه نیز ممکن است به دلیل تفاوت در بیمه یا ارجاع قابلیت انتقال محدودی داشته باشد (۳۴، ۳۵، ۴۹، ۵۰). بر این اساس، چارچوب پیشنهادی از انتقال مستقیم یک مدل خارجی حاصل نشده، بلکه مؤلفه‌های مشترک شواهد داخلی و بین‌المللی بر اساس ساختار مراقبت اولیه، برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع، نیروی انسانی، زیرساخت اطلاعات و شرایط اجتماعی-اقتصادی ایران سازمان‌دهی شده‌اند (۳۴-۳۶). این چارچوب مفهومی برای کاربرد اجرایی همچنان به اعتبارسنجی و ارزیابی امکان‌پذیری نیاز دارد (۳۷، ۵۹).

پیامدهای کاربردی برای برنامه پزشک خانواده شهری ایران
تقویت مدیریت مراقبت سرطان در برنامه پزشک خانواده شهری ایران مستلزم گذار از رویکرد بیماری محور و مرحله‌ای به مدیریت یکپارچه مسیر مراقبت است (۳۶-۳۴). پزشک خانواده و تیم مراقبت اولیه باید از شناسایی خطر و پیشگیری تا غربالگری، ارجاع، پیگیری، دریافت بازخورد از سطح تخصصی و مراقبت تسکینی نقش مشخص داشته باشند (۳۴، ۳۵). همچنین، نظام ارجاع باید از یک فرآیند اداری به سازوکار واقعی هماهنگی مراقبت تبدیل شود، پرونده الکترونیک در خدمت هماهنگی قرار گیرد و توسعه فناوری متناسب با ظرفیت نظام سلامت انجام شود (۳۴، ۳۹، ۴۱، ۵۰، ۶۰). در مجموع، موفقیت مدل بیش از پیشرفته‌ترین فناوری یا گسترده‌ترین شبکه تخصصی، به هماهنگی اجزای نظام، مسئولیت‌های روشن، عدالت در دسترسی، پیوستگی اطلاعات و توان سطح اول برای هدایت بیمار در مسیر مراقبت وابسته است.

از نقایط قوت این مطالعه می‌توان به رویکرد نظام‌مند، جستجوی جامع در پایگاه‌های مختلف، استفاده از منابع داخلی و بین‌المللی، ترکیب مطالعات با طراحی‌های گوناگون و ارزیابی کیفیت مطالعات اشاره کرد که به ارائه تصویری جامع‌تر از شواهد کمک کرد. با این حال، ناهمگونی مطالعات از نظر طراحی،

جمعیت، ساختار نظام سلامت و مداخلات، امکان تجمع کمی و متاآنالیز را محدود کرد. همچنین تفاوت زمینه‌ای کشورها، تعمیم مستقیم برخی یافته‌ها به ایران را دشوار می‌سازد و احتمال محدودیت انتشار و عدم دسترسی به برخی منابع خاکستری نیز ممکن است بخشی از شواهد را از مطالعه خارج کرده باشد.

بنابراین، چارچوب پیشنهادی اگر چه مبتنی بر شواهد است، برای اجرای آن در برنامه پزشک خانواده شهری ایران به اعتبارسنجی خبرگان، بررسی قابلیت اجرا، مطالعات مداخله‌ای و ارزیابی پیامدهای واقعی نیاز دارد.

در مجموع، این مرور دامن‌های نشان داد که مدیریت موفق مراقبت سرطان در چارچوب پزشک خانواده نیازمند یک رویکرد جامع است که پیشگیری، غربالگری، تشخیص، درمان، پیگیری و مراقبت تسکینی را در یک مسیر پیوسته و هماهنگ ادغام کند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که کشورهایی که توانسته‌اند ارتباط مؤثری میان مراقبت اولیه، خدمات تخصصی، فناوری اطلاعات و مشارکت جامعه ایجاد کنند، عملکرد موفق‌تری در کنترل سرطان داشته‌اند. بر اساس این شواهد، چارچوب مفهومی پیشنهادی این مطالعه می‌تواند مبنایی برای توسعه یک مدل مدیریت مراقبت سرطان متناسب با برنامه پزشک خانواده شهری ایران باشد؛ با این تأکید که این مدل باید در مطالعات آینده اعتبارسنجی شده و بر اساس شرایط اجرایی، منابع و نیازهای نظام سلامت کشور اصلاح و تکمیل شود.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری که ما را در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام کنند. نویسندگان این مطالعه اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، حرفه‌ای یا سازمانی که بتواند بر نتایج یا تفسیر یافته‌های این پژوهش تأثیرگذار باشد، وجود ندارد.

References

- 1- Fani F, Mahmoudi G, Jahani MA, Soltani SA, Yazdani-Charati J. Strategies to improve the structure of primary health care in the villages of Iran: a qualitative study. *Fam Med Prim Care Rev* 2024; 26(4): 425-432.
- 2- Jahani MA, Ghasemi B, Soltani SA, Naderi M, Nikbakht HA, Hashemi SN, et al. The relationship between demographic factors and known risk factors with breast cancer in women aged 30-69. *Ann Med Surg (Lond)* 2024; 86(7): 3945-3953. PMID: 38915248
- 3- Sathishkumar K, Chaturvedi M, Das P, Stephen S, Mathur P. Cancer incidence estimates for 2022 & projection for 2025: result from National Cancer Registry Programme, India. *Indian J Med Res* 2022; 156(4&5): 598-607. PMID: 36510903
- 4- Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz L. Prevention and control of non-communicable diseases in Iranian population: life style promotion project phase II: study protocol. *Iran J Public Health* 2018; 47(9): 1397-1401. PMID: 30320015
- 5- Arabi S, Asghari BA. Stages passing of distress in cancer patients: a narrative research study. *SSU J* 2022; 30(4): 4726-4739.
- 6- Nafissi N, Khayamzadeh M, Zeinali Z, Pazooki D, Hosseini M, Akbari ME. Epidemiology and histopathology of breast cancer in Iran versus other Middle Eastern countries. *Middle East J Cancer* 2018; 9(3): 243-251.
- 7- Bam A. Fragmented care in lupus: patient experiences and insights. *Afr J Disabil* 2025; 14: 12.
- 8- World Health Organization. Declaration of Astana: Global conference on primary health care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 9- Azmin M, Mohebi F, Yoosefi M, Ahmadi N, Shirazi S, Modirian M, Farzadfar F. The incremental cost of implementing the world health organization package of essential non-communicable (PEN) diseases interventions in Iran. *PLOS Glob Public Health* 2023; 3(2): e0000449. PMID: 36809299
- 10- Huffstetler AN, Phillips RL Jr, Leyns CC, Willis JS, Canchihuaman FA. People-centered health services. In: Mezzich JE, Appleyard J, Glare P, Snaedal J, Wilson CR, editors. *Person Centered Medicine*. Cham: Springer; 2023. p. 135-150.
- 11- Appleyard J, Botbol M, Epperly T, Ghebrehwet T, Grove J, Mezzich JE, et al. Patterns and prospects for the implementation of person-centered primary care and people-centered public health. *Int J Pers Cent Med* 2016; 6(1): 9-17.
- 12- Soltani SA, Fallah M, Marvi A, Naderi M, Abedini E, Jahani MA, et al. Performance trend of the family physician referral system before and during the COVID-19 pandemic: a study in northern Iran. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 2142. PMID: 39127656
- 13- 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. *Int J Prev Med* 2023; 14: 44. PMID: 37351037
- 14- 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 Serv Res* 2020; 20: 1-9.
 - 15- Dobruch J, Oszczudłowski M. Bladder cancer: current challenges and future directions. *Medicina (Kaunas)* 2021; 57(8): 749. PMID: 34440958
 - 16- Chan YM, Ismail MZH, Khaw WF. Factors influencing the prevalence of cervical cancer screening in Malaysia: a nationwide survey. *BMC Womens Health* 2023; 23(1): 389. PMID: 37485563
 - 17- Daly AA, Rolph R, Cutress RI, Copson ER. A review of modifiable risk factors in young women for the prevention of breast cancer. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2021; 13: 241-257. PMID: 33907457
 - 18- Behzadifar M, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S, Ehsanzadeh SJ, Behzadifar M. Improving the primary health care in Iran: a policy brief. *Yafte* 2022; 24(3): 72-80.
 - 19- WHO. Declaration of Astana: global conference on primary health care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
 - 20- Kiani MM, Khanjankhani K, Shirvani M, Ahmadi B. Strengthening the primary health care system in Iran: a comprehensive review study. *Med J Islam Repub Iran* 2020; 34: 96. PMID: 33316003
 - 21- Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of goals and organizational structure in Iran's primary healthcare system, a systematic review. *Payavard Salamat* 2016; 9(5): 446-458.
 - 22- Kumar P. How to strengthen primary health care. *J Family Med Prim Care* 2016; 5(3): 543-546. PMID: 27843909
 - 23- Ferreira JM. Avaliação da atenção primária à saúde: identificação dos atributos, indicadores de qualidade e estratégias de melhoria dos serviços. PhD Thesis 2017.
 - 24- Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Educ Health Promot* 2019; 8: 36. PMID: 30949496
 - 25- Keshavarzi A, Kabir M, Ashrafian H, Rabiee S, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani S. An assessment of the urban family physician program in Iran from the viewpoint of managers and administrators. *J Babol Univ Med Sci* 2017; 19(11): 67-75.
 - 26- 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. *Fam Pract* 2018; 35(6): 652-660. PMID: 29659803
 - 27- Joulaei H, Zarei N. Women's cancer care in Iran. *Cancer Control* 2019; 26(1): 1073274819848432. PMID: 31050428
 - 28- Motlagh A, Ehsani-Chimeh E, Yamrali M, Moshiri F, Roshandel G, Partovipour E, et al. Iran National Cancer Control Program (IrNCCP): goals, strategies, and programs. *Med J Islam Repub Iran* 2022; 36: 169. PMID: 36532650
 - 29- Torreggiani M, Maselli D, Costi S, Guberti M. Models of care in providing

- comprehensive healthcare on cancer survivors: a scoping review with a tidier checklist analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2024; 21(2): 122. PMID: 38397625
- 30- Easley J, Miedema B, O'Brien M, Carroll J, Manca D, Webster F, et al. The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers. *Curr Oncol* 2017; 24(2): 75. PMID: 28490918
- 31- Potaya S, Thongcharoen V, Raungratanaamporn S, Klaewklong N, Jirachatchawanwit T. A scenario for a model of excellence in comprehensive cancer care. *Asian Pac J Cancer Prev* 2024; 25(1): 273. PMID: 38285802
- 32- Attipoe-Dorcoo S, Chattopadhyay SK, Verugheze J, Ekwueme DU, Sabatino SA, Peng Y, et al. Engaging community health workers to increase cancer screening: a community guide systematic economic review. *Am J Prev Med* 2021; 60(4): e189-e197. PMID: 33745513
- 33- O'Donovan J, O'Donovan C, Nagraj S. The role of community health workers in cervical cancer screening in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Glob Health* 2019; 4(3): e001452. PMID: 31179034
- 34- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195): 345-356. PMID: 31303318
- 35- Nasiriani K, Motevasselian M, Farnia F, Shiryazdi SM, Khodayarian M. The effect of telephone counseling and education on breast cancer screening in family caregivers of breast cancer patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5(4): 306. PMID: 29043276
- 36- Palaniraja S, Taghavi K, Kataria I, Oswal K, Vani NV, Liji AA, et al. Barriers and contributions of rural community health workers in enabling cancer early detection and subsequent care in India: a qualitative study. *BMC Public Health* 2025; 25(1): 1527. PMID: 41096931
- 37- World Health Organization. Implementing the primary health care approach: a primer. Geneva: World Health Organization; 2024.
- 38- AlHarbi NM, AlHarbi FH, Al-Shalali AMS, Alheary WE, Althbyani BM, Alaeinbawi MH, et al. Advancing cancer care: a critical review of MRI imaging in pretherapeutic malignancy assessment. *J Ecohumanism* 2024; 3(8): 1830-1835.
- 39- Hosseini-Carroll P, Dominitz JA, Jacobson BC, May FP, Issaka RB, Schmitt CM, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Colorectal Cancer Screening Project National Summit. *Gastrointest Endosc* 2025; 101(3): 511-519. PMID: 40147278
- 40- McKinney SM, Sieniek M, Godbole V, Godwin J, Antropova N, Ashrafian H, et al. International evaluation of an AI system for breast cancer screening. *Nature* 2020; 577(7788): 89-94. PMID: 31894144
- 41- Yazdanian A, Ayatollahi H, Nahvijou A. Oncology information system: a qualitative study of users' requirements. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019; 20(10): 3085. PMID: 31653158
- 42- Morris BB, Rossi B, Fuemmeler B. The role of digital health technology in rural cancer care delivery: a systematic review. *J*

- Rural Health 2022; 38(3): 493-511. PMID: 34427349
- 43- Arinaminpathy N, Nandi A, Vijayan S, Jha N, Nair SA, Kumta S, et al. Engaging with the private healthcare sector for the control of tuberculosis in India: cost and cost-effectiveness. *BMJ Glob Health* 2021; 6(10): e006114. PMID: 34593511
 - 44- Patel J, Lucey A. Scarcity and instability: transforming societies through equitable distribution mechanisms. *J Reg Secur* 2024; 19(1).
 - 45- Finster LJ, Salvy SJ, Haile RW. A cancer care desert: living in between the urban and rural and the case for defining semirural regions. *Front Oncol* 2023; 13: 1204821. PMID: 37546405
 - 46- Naderi M, Soltani SA, Rad AT, Mehrbakhsh Z, Sodagar S, Tahamtan A, et al. Recurrent viral RNA positivity and candidiasis findings in hospitalized patients with COVID-19. *Future Microbiol* 2022; 17(9): 673-682. PMID: 35475385
 - 47- Cobar O, Cobar S. Omicron variants world prevalence, WHO COVID-19 dashboard, ECDC communicable disease threat report, and CDC COVID data tracker review. *World* 2024; 5(1): 1-15.
 - 48- Sebuødegård S, Botteri E, Hofvind S. Breast cancer mortality after implementation of organized population-based breast cancer screening in Norway. *JNCI J Natl Cancer Inst* 2020; 112(8): 839-846. PMID: 31774406
 - 49- DeMiglio L. Sustaining palliative care teams that provide home-based care in a shared care model [dissertation]. Hamilton (ON): McMaster University; 2012.
 - 50- Maurer J, Saibold A, Gerl K, Koller M, Koelbl O, Pukrop T, et al. Systematic development of a patient-reported ONCOlogical-ROUTinE-Screening (ONCO-ROUTES) procedure at the University Cancer Center Regensburg. *J Cancer Res Clin Oncol* 2024; 150(9): 435. PMID: 39333318
 - 51- Pei W, Li J, Lei S, Nie S, Liu L. Burden of major cancers in China attributable to modifiable risk factors: predictions from 2012 to 2035. *Int J Cancer* 2025; 156(7): 1369-1379. PMID: 39632448
 - 52- Sahat O, Bilheem S, Lim A, Kamsa-Ard S, Suwannatrai AT, Uadrang S, et al. Updated cholangiocarcinoma incidence trends and projections in Thailand by region based on data from four population-based cancer registries. *Lancet Reg Health Southeast Asia* 2025; 35: 100567.
 - 53- Vakilzadeh MM, Khayami R, Daneshdoust D, Moshfeghinia R, Sharifnezhad F, Taghiabadi Z, et al. Prevalence of tobacco use among cancer patients in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2024; 24(1): 1081. PMID: 38637870
 - 54- Horgan D, Baird AM, Middleton M, Mihaylova Z, Van Meerbeeck JP, Vogel-Claussen J, et al. How can the EU beating cancer plan help in tackling lung cancer, colorectal cancer, breast cancer and melanoma? *Healthcare (Basel)* 2022; 10(8): 1466. PMID: 36011121
 - 55- Grover S, Bhatia R, Zhang S, Khan S, Bvochora-Nsingo M, Chiyapo S, et al. Cervical cancer treatment outcomes and survival in Botswana by HIV status: Ipabalele study results. *JNCI Cancer Spectr* 2025; 9(3): pkaf045. PMID: 40338080
 - 56- Herrera DJ, van de Veerdonk W, Haesaert L, Talboom S, van Loo M, Van Hal G.

- Pilot-testing of a risk-stratified shared decision-making tool for underserved populations considering colorectal cancer screening: insights from a mixed-method study. SSRN 2025.
- 57- Aram E, Moeni M, Abedizadeh R, Sabour D, Sadeghi-Abandansari H, Gardy J, Hassanpour A. Smart and multi-functional magnetic nanoparticles for cancer treatment applications: clinical challenges and future prospects. *Nanomaterials (Basel)* 2022; 12(20): 3567. PMID: 36296769
- 58- Barasteh S, Rassouli M, Parandeh A, Vahedian-Azimi A, Zaboli R, Khaghanizadeh M. Palliative care in the health system of Iran: a review of the present status and the future challenges. *Asian Pac J Cancer Prev* 2020; 21(3): 845. PMID: 32212808
- 59- Abedi G, Soltani Kontai SA, Yazdani Cheratee J. Evaluation of managed health care in contagious and non-contagious diseases in Golestan province, northern Iran during 2016. *J Gorgan Univ Med Sci* 2019; 21(2): 113-119.
- 60- Fowler R, Hammer M. End-of-life care in Canada. *Clin Invest Med* 2013; 36(3): E127-E132. PMID: 23739661