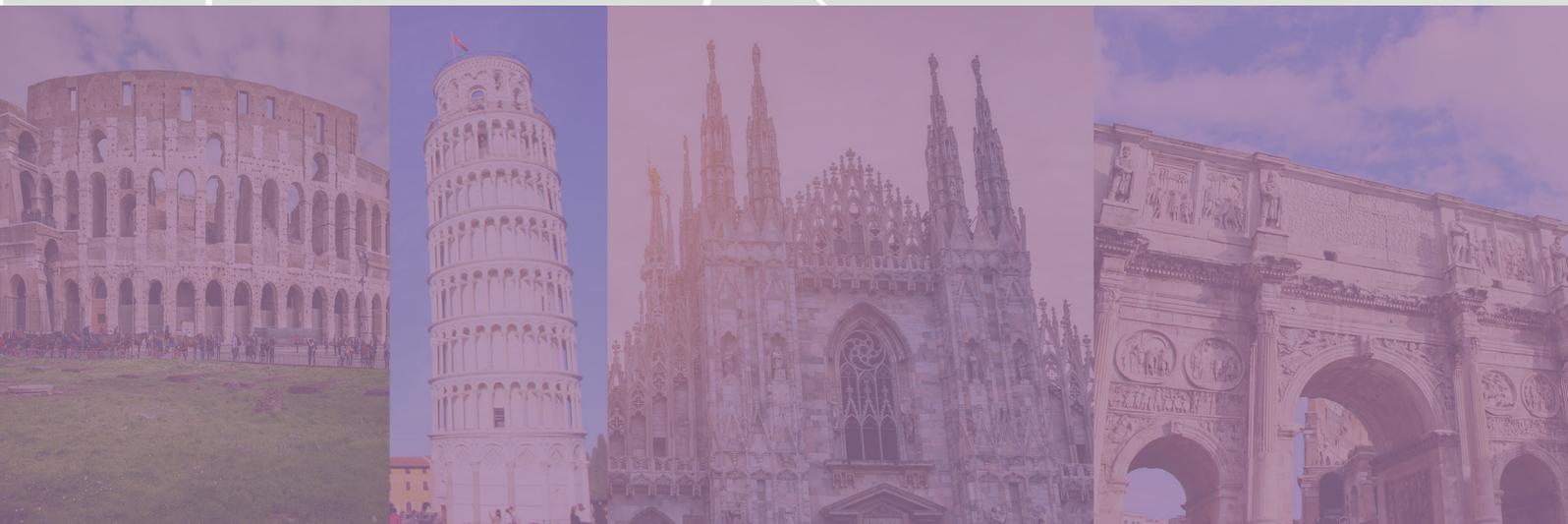


欧洲全科医学 / 家庭医学 和初级卫生保健科研纲要

Research Agenda
for General Practice/Family Medicine
and Primary Health Care in Europe

欧洲全科医学科研网络



文件的原始文献信息为：

Hummers-Pradier E, et al., Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009

本文由欧洲全科医学科研网络 (European General Practice Research Network, EGPRN) 和世界家庭医生组织欧洲分会 (WONCA Europe) 资助

本文由 FMCH 青年编委会科学翻译小组翻译, 中国全科医学杂志社制作



EUROPEAN GENERAL PRACTICE
RESEARCH NETWORK

关于欧洲全科医学科研网络：

EGPRN 是 WONCA Europe 所属的科研网络组织，也是欧洲最主要的全科医学研究学会之一。它初创于 1971 年，迄今为止，它已在欧洲范围内，举办了 94 次全科医学领域的科研会议，并推动和支持了诸多大规模跨国合作研究。其目的是为讨论和开展初级保健研究提供合适的环境，促进和协调多国研究，交流经验，为全科医学构建科学基础。其成员主要是全科医生和参与初级保健和家庭医学研究的卫生专业人员。

EGPRN 的官方网站为：<https://www.egprn.org/>



关于《中国全科医学》：

《中国全科医学》是目前国内全科医学及相关科研领域首屈一指的中文学术期刊，致力于推动中国全科医学、基层卫生、社区健康、以及以人为本的临床和卫生服务研究的发展。它常年被“北大核心期刊要目总览”和“中国科技核心期刊（中国科技论文统计源期刊）”收录。据 2021 年的《中国科技期刊引证报告》显示，它在临床医学综合类期刊中，“核心综合评价排名”第一。

《中国全科医学》的官方网站为：<https://www.chinagp.net>

BMJ Journals

Family Medicine and
Community Health

关于《家庭医学和社区健康》青年编委会科学翻译小组：

《家庭医学和社区健康》青年编委会科学翻译小组是《家庭医学和社区健康》(Family Medicine and Community Health) 的青年编委会成员中，有志于对国际初级卫生保健 / 基层卫生 / 全科医学领域的前沿科研文件进行专业的中文翻译，以为我国相关领域的医疗卫生事业的发展提供知识和信息支持的青年研究者组成的兴趣小组。

Family Medicine and Community Health 的官方网站为：<https://fmch.bmj.com/>

本文件的精简版已在《中国全科医学》上发表，引用信息为：

HUMMERS-PRADIÈRE, BEYERM, CHEVALLIERP, 等. 全科医学科研的范畴、研究需求和适用方法——《欧洲全科医学 / 家庭医学和基本医疗保健科研纲要》中文摘译 [J]. Family Medicine and Community Health 青年编委会科学翻译小组, 译. 中国全科医学, 2022, 25 (9) : 1127-1139. [www.chinagp.net]

在线链接为：<https://www.chinagp.net/CN/10.12114/j.issn.1007-9572.2022.02.006>

前言：欧洲的科研纲要

尽管欧洲是世界上最富裕的地区之一，但它也是一个充满多样性的大陆。这表现在人类活动的各个领域，也包括医学在内。从家庭医学学科的视角来看，欧洲大陆的情况是多样的：一些国家的家庭医学学术部门和研究所需的基础设施建设的很完善，且研究经费稳定；也有一些国家才刚开始发展其研究潜力。人们经常认识到家庭医学研究的重要性，尤其是在近年，在基本保健和家庭医学日益受到重视的背景下。人们也经常提到，家庭医学的研究潜力很大。但是，我们却常常为如何实现它而苦苦挣扎。家庭医学研究的主要问题之一，就是制定研究方案，并开展能够反映学科的性质和问题的科研项目。

国际家庭医学组织的作用，是认识到这些差异，并尝试弥合发展家庭医学较早的国家和正在发展它的国家之间的差距。WONCA Europe 的作用，是在全球范围内促进家庭医学的科学发展。过去，WONCA Europe 通过与其参与者网络的合作，发布了一系列关于家庭医学原则的文件以实现这一目的。第一个文件，是家庭医学的欧洲定义，此后，则是家庭医学的教育纲要。《欧洲全科医学和家庭医学和基本保健科研纲要》是本系列的最新文件。它的宗旨是发展家庭医学研究，并帮助家庭医生制定与执业医师及其患者相关的问题的研究方案。鉴于该文件确定了需要研究的领域，它也可以为政策制定者和其他有兴趣资助创新研究的机构所用。通过这一形式，它可以作为决定国家或国际研究优先事项的指南。此外，我确信该文件也可用于其他目的。

我很高兴这一文件的最终完成，我祝贺 EGPRN 取得这一成就。

Igor Švab 教授，医学博士，博士，英国皇家全科医学学会（RCGP）荣誉会士，WONCA Europe 主席

（译者：汪洋）

欧洲全科医学 / 家庭医学 和初级卫生保健科研纲要

Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe

作者:

Eva Hummers-Pradier 教授, 医学博士, 哲学博士; 汉诺威医学院全科医学研究所主席, 德国, 汉诺威

Martin Beyers, 社会学家; 法兰克福大学全科医学研究所, 德国, 法兰克福

Patrick Chevallier 副教授, 医学博士; 圣昆廷大学全科医学系, 法国, 凡尔赛; 法国国家全科医学教师学会, 法国

Sophia Eilat-Tsanani, 医学博士, 内盖夫本古里安大学健康科学学院艾梅克医学中心家庭医学系讲师, 克拉利特卫生服务部阿富拉山谷地区经理, 以色列

Christos Lionis 副教授, 医学博士, 哲学博士, 英国皇家全科医学学会荣誉会士, 克里特大学社会和家庭医学诊所主任和社会医学系主任, 克里特岛, 希腊

LievePeremans 副教授, 医学博士, 哲学博士, 安特卫普大学全科医学系, 安特卫普, 布鲁塞尔自由大学青年健康系, 布鲁塞尔, 比利时

DavorinaPetek, 医学博士, 理学硕士, 卢布尔雅那大学医学院家庭医学系, 斯洛文尼亚

Imre Rurik, 副教授, 医学博士, 哲学博士, 理学硕士, 德布勒森大学家庭医学系主任, 匈牙利

Jean Karl Soler, 教授, 医学博士, 理学硕士, 地中海基本保健研究所科研常务主任, 阿塔尔德, 马耳他

Henri E.J.H. ("Jelle") Stoffers, 副教授, 医学博士, 哲学博士, 马斯特里赫特大学医学中心公共卫生和基本保健学院 (CAPHRI) 全科医学系, 荷兰

Pinar Topsever, 副教授, 医学博士, 阿希巴德姆大学家庭医学系, 伊斯坦布尔, 土耳其

Mehmet Urgan, 副教授, 医学博士, 中东技术大学医学中心副主任医师, 安卡拉, 土耳其

Paul van Royen 教授, 医学博士, 博士, 安特卫普大学基本保健和跨学科保健系主任, 比利时

目 次 CONTENTS

导 言.....	译者: 宋宿杭、汪洋	1
本《科研纲要》将作为参考文件.....		3
方 法.....	译者: 褚红玲、于长禾	4
通向欧洲科研纲要——历史概述.....		4
文献综述.....		5
检索策略.....		5
评判性评价.....		5
总结文献.....		6
汇编结果.....		6
结 果.....		7
基本保健管理.....	译者: 赵茜、陈雪梅	7
研究领域的定义.....		7
研究结果概要.....		7
未来的研究需求.....		9
适用的研究方法.....		9
“以人为本”的照护.....	译者: 赵洋、陈雪梅	10
研究领域的定义.....		10
研究结果概要.....		10
未来的研究需求.....		11
适用的研究方法.....		11
解决具体问题的技能.....	译者: 徐志杰、邹川	12
研究领域的定义.....		12
诊断.....		12
治疗.....		12
解决问题的具体方法 (与基本保健管理吻合).....		12
教育研究.....		13
研究结果概要.....		13
文献检索与评价.....		13
主要研究主题 2003-2008.....		13
关于诊断推理和诊断性试验的研究.....		14
关于治疗的研究.....		14
关于慢性病照护或疾病管理的研究.....		15
关于 (共同) 决策的研究.....		15

通讯作者:

Eva Hummers-Pradier 教授, 汉诺威医学院
全科医学研究所

地 址: Carl-Neuberg-Str 1, 30625
Hannover, Germany

电子邮箱:

Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de

或

Hanny Prick, EGPRN 协调中心, 马斯特
里赫特大学全科医学系

地 址: P.O. Box 616, NL 6200 MD
Maastricht, The Netherlands

电子邮箱: Hanny.Prick@hag.unimaas.nl

译者:

《家庭医学和社区健康》青年编委会科学
翻译小组, 成员以姓氏拼音排序如下:

常捷: 西安交通大学药学院药事管理与临
床药学系 (主译结论和讨论部分)

陈雪梅: 中国人民解放军海军军医大学护
理系 (主译基本保健管理、“以人为本”
的照护、以社区为导向部分)

褚红玲: 北京大学第三医院临床流行病学
研究中心 (主译方法、整体的方法部分)

宋宿杭: 哥伦比亚大学 (主译导言、结论
和讨论部分)

汪洋: 中国全科医学杂志社 (组织翻译工
作、主译前言、目录、导言、如何在能力
或资源有限的国家开展全科医学研究、启
示、致谢等部分, 辅助校对)

徐志杰: 浙江大学医学院附属第二医院全
科医学科 (主译解决具体问题的技能、综
合的方法、启示部分)

于长禾: 北京中医药大学东直门医院推拿
疼痛科 (主译方法、整体的方法部分)

赵茜: 四川大学华西医院特需医疗中心全
科医学科 (主译基本保健管理、如何在能
力或资源有限的国家开展全科医学研究部
分)

赵洋: 乔治全球健康研究院 (主译“以人
为本”的照护、以社区为导向部分)

邹川: 成都市第五人民医院全科医学科 (主
译解决具体问题的技能、综合的方法部分)

审校:

许岩丽: 中国全科医学杂志社

关于医疗质量的研究	15
全科医学中的遗传学 / 基因组学研究	16
教育研究	16
未来的研究需求和适用的研究方法	16
综合的方法	译者: 邹川、徐志杰 18
研究领域的定义	18
研究结果概要	18
文献检索与评价	18
文献综述结果	18
未来的研究需求	19
适用的研究方法	20
以社区为导向	译者: 陈雪梅、赵洋 21
研究领域的定义	21
研究结果概要	21
未来的研究需求	21
适用的研究方法	22
整体的方法	译者: 于长禾、褚红玲 23
研究领域的定义	23
研究结果概要	23
未来的研究需求	23
适用的研究方法	24
如何在能力或资源有限的国家开展全科医学研究	译者: 汪洋、赵茜 25
确定您所在国家 / 地区的科研需求, 并制定优先事项清单	25
选择您的研究对象	25
制定一个好的科研计划	26
建立科研团队	27
培养技能并参加科研课程	28
考虑有利的条件	28
结论与讨论	译者: 常捷、宋宿杭 29
结论	29
未来的科研纲要	29
适用的研究方法	30
关于方法学的讨论	30
启 示	译者: 徐志杰、汪洋 34
对 WONCA Europe、EGPRN 和其他研究机构的启示	34
对患者的启示	34
对科研的启示	35
对学术期刊的启示	35
对政策的启示	35
致 谢	37
附 录	38

导 言

全科医学和家庭医学（GP/FM）是初级卫生保健的核心学科，也是欧洲卫生服务体系（healthcare system）的基石。它拥有极大的潜力：绝大多数的欧洲居民都拥有全科医生并与其定期联系。在以全科医生充当“守门人”的卫生服务体系中，90–95% 的患者主诉问题长期来自于基本保健（即便专科医生会暂时参加）。在所有就诊的原因中，80% 可以在基本保健中得到解决^[1, 2]。

2002 年，欧洲对全科医学和家庭医学的定义问世，并于 2005 年进行了修订。该定义向政策制定者、投资机构 and 该领域以外的人们宣告了家庭医学在欧洲各国和全欧洲卫生体系中的根本作用：“全科医生 / 家庭医生是接受过基于该学科原则的培训的专科医生。他们是个人的医生，主要负责为每一个寻求医疗服务的人提供全面和持续的服务，无论其年龄、性别和疾病。他们为个人在其家庭、社区和文化背景环境中提供服务，并始终尊重患者的自主权。他们认识到其对社区也负有专业责任。他们运用在和患者的反复接触中所产生的知识和信任，整合身体、心理、社会、文化和生存等因素，和患者协商管理方案。全科医生 / 家庭医生通过促进健康、预防疾病、提供治疗、照护和缓和医疗而发挥其专业作用。根据健康需求和社区内的可用资源，这些专业价值可以通过直接提供服务患者或通过他人的服务而实现，并在必要时协助患者获得这些服务。他们应发展和保持其专业技能、工作和生活的平衡，以支持有效和安全的患者医疗服务^[3]。

这一定义阐述了该学科的 11 个基本特征，并将其转化为六项胜任力。这些胜任力、实施领域和基本特征之间的关系描述了该学科的特点，并凸显了该专业的复杂性；它指导和影响了欧洲全科医学和家庭医学的教学、科研和质量发展纲要^[4]：

欧洲全科医学和家庭医学所定义的胜任力和基本特征包括：

- 1、基本保健管理：初诊、开放和无限的可及性、对所有健康问题的医疗服务、通过协作的医疗服务而有效利用资源、和基本保健环境中的其他专业人员合作、管理全科医疗服务和专科医疗服务之间的转接，在需要时对患者予以引导，如保护患者免受不必要的筛查、检测和治疗可能带来的伤害。
- 2、“以人为本”的照护：面向个人及家庭、随时间的推移而建立关系、有效沟通、纵向和持续的医疗服务。
- 3、解决具体问题的技能：基于发病率和患病率而制定的具体决策、需同时管理个体患者各阶段的急性和慢性健康问题、广泛的主诉谱和疾病、合并症和多病共存。
- 4、综合的方法：用非专科细化的方式管理疾病、管理风险和不确定性、全面负责健康促进、预防、治愈、医疗服务和缓和医疗。
- 5、以社区为导向：对社区健康负责。
- 6、整体方法：关注生物学以及心理、社会、文化和自我等多维度的健康问题。

全科医学、家庭医学和初级卫生保健在整个卫生服务体系的运行中发挥着重要作用，但直至近期才得到世界卫生组织（WHO）^[5] 和 Rawaf 等人的支持^[6]。初级卫生保健（PHC）是一个最初于 19 世纪 20 年代在英国发展的概念，并由 WHO 在 1978 年的阿拉木图宣言中定义^[7-9]。近期的一些综述（10，11）已为基本保

健的作用提供了强有力的证据。Starfield^[12-14]已表明,一个国家的基本保健体系的能力,和全因死亡率、全因早死率、以及由哮喘和支气管炎、肺气肿和肺炎、心血管疾病和心脏病等引起的特定原因早死率呈负相关。强大的基本保健体系和执业特征,如开业地点的规定、医疗服务的连续性、协调性和面向社区,和改善人群健康相关^[15]。也有证据表明,相比专科医疗服务,基本保健与人群中更公平的健康有关^[16],这一发现在国家内部和国家间比较的研究中都成立。全科医生的守门人角色被视为一项重要的成本控制措施,可防止因不必要的住院和过度检查造成的伤害^[17]。这些论文认为初级卫生保健是由一个多专业合作的团队提供的。在欧洲(以及大多数其他资源丰富的国家)的背景环境中,初级卫生保健的概念及其研究均与全科医学和家庭医学挂钩。在这些国家,大多数初级卫生保健团队由提供初级医疗保健的全科医生协调。然而,这种团队合作理念尚未在所有欧洲国家全面实施,初级卫生保健和全科医学的组织形式也有很大差异。

在一些国家,病人在固定的全科医疗诊所登记就医,医生履行守门人的职能,从而完全确保基本医疗服务;在其他国家,基本保健则是一块由全科医生和其它社区专科医生争夺的“领地”。护理始终是初级卫生保健中的重要职业。在多种欧洲医疗保健体系中,护士或作为初级卫生保健团队的成员而工作(即作为护理医生),或作为独立护士或社区护士。因此,被定义为初级卫生保健研究的研究,在全科医学、护理,以及社区的专科医学和其他医疗服务的背景环境中进行。然而,《科研纲要》的重点,关注由全科医生及其协调的多专业执业团队所提供的初级保健。

全科医学科研必须反映背景环境,即初级卫生保健和初级卫生保健团队内部的复杂关系和患者的情况。因此,全科医学的科研领域意味着在初级卫生保健的背景环境中进行研究,并有目的地使用各种研究方法。科研需要在现实和务实的环境中进行;需要在无偏选的人群中评估基本保健的诊疗策略、并应探索患者和医疗保健提供者的需求、认知和偏好。全科医学科研在不同欧洲国家发展不一。它最初主要建立于国家卫生服务体系遵循“以全科医生控制向专科医疗保健的准入”这一原则(即“守门人”和“转诊”)的国家,它们主要是西北欧国家。在全科医生与其他社区专科医生并行工作的国家中,在全科医学的背景环境中更难以构建和发展学术和科研能力。通常的模式是:先行者个人进行基于实践的研究并获得学位(第一阶段),逐渐形成致力于从事医学教育的科研院系(第二阶段),发展更广泛的研究项目,并通过这些项目而进一步提升科研能力(第三阶段)。目前,欧洲国家的全科医学科研能力发展处于不同阶段:几乎不存在家庭医学学术研究的国家(第一阶段),大学中的家庭医学系主要参与医学教育的国家(第二阶段),以及正在开展临床或卫生服务研究的国家(第二到第三阶段)^[18, 19]。全科医学科研有利于提升全科医学对医学生和毕业生的吸引力。

近年来,全科医学科研一直面临热烈的讨论^[20-22]。一些作者甚至质疑全科医学和家庭医学科研是否拥有未来。基本保健研究的必要性如下所述:“基本保健研究是必不可少的,因为:(a)临床和预防保健必须以科研证据为基础;(b)在大多数国家,特别是较贫穷的国家,大部分的临床和预防保健是在基本保健中提供的;(c)仅凭基于实验室和医院的研究,无法提供支持这种医疗服务的证据。缺乏对基本保健的研究将导致过度检查、不当治疗和错误转诊所导致的诊断延迟。”^[23]此外,“通过家庭医学科研,可以提高医疗保健服务的有效性和效率。发展家庭医学科研对加强家庭医生在卫生服务体系中的作用、改善卫生服务体系的运行,以及改善人群健康至关重要”^[24]。

应WONCA Europe的要求,EGPRN于2006年成立了一个专家组,致力于制定欧洲全科医学和家庭医学的科研纲要。该项目旨在为下一步研究和制定与研究相关的政策提供指导。本《科研纲要》还考虑了该学科的挑战、愿景和未来的发展。《科研纲要》是一份供全科医学和家庭医学的全科医生、研究者和政策制定者在欧洲进

行宣传的参考手册。但它也可以作为在全世界范围内的参考文件，因为迄今为止，仍没有其他 WONCA 区域分会的此类文件。本《科研纲要》旨在补充关于学术和职业培训的欧洲全科医学和家庭医学教师学会（European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine, EURACT）的教育教学纲要^[25]。

本《科研纲要》将作为参考文件：

——总结关于全科医学和家庭医学的概念界定，以及全科医生的任务界定的现有证据，以及它对于科研人员 and 政策制定者的意义。

——凸显科研需求和证据空缺，以用于制定科研规划和资助，或用于资助决策。

——为积极和主动的行动铺设基础，从而影响卫生和科研政策，如申请科研资金。

——指出对科研能力有限，处于全科医学和家庭医学科研发展初期的国家迫在眉睫的问题。

（译者：宋宿杭、汪洋）

方 法

通向欧洲科研纲要——历史概述

欧洲全科医学研究的先决条件、需求和优先事项，构成了欧洲科研纲要的基础。对 EGPRN 各国代表的关键信息调查和 SWOT 分析印证了这一点。

在 WONCA 对全科医学和家庭医学的定义发表后，2002 年在斯洛文尼亚的布莱德举行了首次研讨会，参会者就所代表国家的科研需求及其感受到的阻碍进行了头脑风暴，并对结果进行了优先次排序。其结果发表于 2004 年^[1]。

了解欧洲各国全科科研需求的第二种方法路径，是 EGPRN 各国代表多年来提交的（半）结构化的年度报告。我们从科研的基础设施、政策和组织等方面，对 2003 年以来，所有 EGPRN 国家代表所报告的数据进行了定量和定性分析。在连续数届 EGPRN 会议上进行的多轮 SWOT 分析，也有助于进一步聚焦全科科研主题和需求，并确定其优先级^[2]。

第三种方法路径，是对 2001 年以来所举行的 EGPRN 会议上所做报告的摘要，从主题和方法上进行综述和分类，从而归纳出 EGPRN 中欧洲全科医生的科研活动^[3]。但是我们无法对 WONCA 欧洲分会的会议摘要进行类似分类，因为它们既没有在科学期刊上发表，也没有系统的保存。

EGPRN 科研纲要工作组于 2006 年成立，由 EGPRN 科研战略委员会和其他志愿者组成。在上述文件的基础上，该小组负责编写一份全科医学和家庭医学研究的全面审查报告，以制定科研纲要。

制定科研纲要的起点，是欧洲全科医学包涵的领域，即 WONCA 所定义^[4]的六项胜任力，以及其中包含的 11 项特征的内容。第二个框架是全科医学和家庭医学研究的核心领域，可概括为：

——临床研究

——卫生服务研究

——全科医学教育教学研究^[1, 5]

当我们试图对比卫生服务研究来定义临床研究时，我们发现这些领域有相当的重叠，但在每一个研究或研究领域的结局上又有所差异。临床研究注重患者层面的结局，以及衡量关于患者健康的问题（包括功能或生活质量），卫生服务研究则侧重与医生或系统相关的问题和结局。我们将以上三个领域，以及恰当的研究方法这第四个领域叠加到全科医学和家庭医学所定义的胜任力上，以形成一个虚拟网格，从而将这些研究领域联系起来。该网格有助于将此后的文献综述整理为主题性质的科研领域，但在应用上并无限制。在本报告的作者团队内，就各研究领域的制定和内容进行了反复和广泛的头脑风暴和讨论，直至达成共识。我们也举办了几次公共研讨会和关键人讨论（见下文），并将其反馈加入到讨论中。在 WONCA 定义的原始文件中，并未提及在基本保健方面的挑战，但它对未来的全科医学和家庭医学具有潜在的重要性，因此，这些挑战也被添加到待检索的科研领域和主题中。其中包括以下示例：在预防（如心血管或癌症风险管理）和治疗性的健康服务（应用药物基因组学）中应用不断发展的基因组知识，以及由此而产生的相关的医疗伦理和医疗法

律问题，以及电子病历和信息技术的应用和潜力。

文献综述

由此开始，我们实施了一次全面的文献综述，检索关于 WONCA 胜任力和全科医学特征证据的信息和科研论文。对于每项胜任力，由一组作者负责文献综述。

检索策略

我们使用 MeSH 主题词对涉及“family practice”，“general practice” and “primary health care”，且结合胜任力及特定子领域（请见附录）相关的术语进行了检索。

在缺少检索所得结果或某个领域可能覆盖不足的情况下，我们使用了几种策略来扩展检索范围：

——除 MeSH 主题词外，我们还检索了与每项胜任力相关研究的多个关键词，并将其纳入到检索中。

——我们确定了与每个输入项或关键词的所有 MeSH 主题词，并将其纳入在检索策略中。

——相关论文的 MeSH 主题词被用于进一步搜索，并通过 PubMed 的“explode 搜索”功能，检索与相关论文相关的论文。

——在某些情况下，为扩大该领域的覆盖面，检索未标识为“family practice”，“general practice”和“primary health care”的论文。

以上策略主要应用于基本保健管理、综合的方法、以社区为导向、整体的方法，以及解决具体问题的一些子部分（遗传学、慢性病疗护、疾病管理等）等研究领域。

在现存大量参考文献的领域中，我们使用了额外的过滤机制，综述仅限于对 meta 分析、系统综述、临床试验或随机对照试验（RCT）等研究，因此排除了编者按、非系统性的综述或意见书等论文。仅与护理相关，而与全科医学无关的论文也被排除在外。以上策略主要应用于“以人为本”的照护这一研究领域，部分用于解决具体问题，如诊断、治疗和医疗质量相关的研究。文献检索大多限于英语论文，并适度扩展到法语、德语或荷兰语论文。

此外，我们还尝试对研究主题进行了粗略的半定量归纳，以确保检索内容覆盖了特定主题和研究空白。这是通过在 PubMed 上检索标有“family practice”或“general practice”，且自 2003 年以来发表的随机对照试验或临床试验而实现的。

评判性评价

通过检索纳入的所有文章均根据标题和摘要进行初步筛选，并根据以下标准进行选择：

– 明确表述研究问题

– 明确描述方法和研究环境，且适用于回答研究问题

– 明确展示结果，且与研究问题和方法一致

– 基于研究结果得出结论

– 研究的相关性（解决临床主题和 / 或与全科医学、家庭医学或基本保健相关的结果，来自或适用于西方 / 欧洲环境）

总结文献

我们将选定的摘要和对领域的描述和使用的方法进行比较。我们对纳入的文章摘要和全文，从方法、结果和结论进行了审查和汇编。如果存在里程碑式的标志性文章，则挑选出来。作者团队将对所有发现进行讨论。

汇编结果

每个团队总结其关于研究领域和概念的结果。确定并总结关于胜任力和相关科研问题的现存证据，以及所使用的研究设计和方法 / 工具。经过反思和多次小组讨论后，得出结论，直至达成共识。随后，在小组讨论和全体作者的讨论中，通过将检索结果与特定领域的描述进行比较，确定缺失的证据和科研空缺。然后，根据以下方案，将每个科研领域和胜任力领域对比的结果和结论，汇编在单独的章节中：

——对领域的定义

——对检索结果的总结，指出研究涵盖的主题，并在可行的情况下，对研究结果进行粗略的概述

——研究目的和需求，重点关注当前的证据空缺，并指出未来的研究主题

——对特定主题选择适用方法

“如何在能力不足或资源有限的国家开展全科医学研究”这一章节是一份共识文件，反映了专家组成员的广泛经验，而不是对文献进行系统综述的结果。

Eva Hummers-Pradier 和 Paul van Royen 此后编辑了总结文档。它是通过合并所有检索策略、参考文献和总结结果的文本草稿而完成的（2008 年春季），从中产生了一份更全面和简洁的文件，它为六项胜任力中的每一项进行总结（2008 年秋季）。

在巴黎（2007 年）和伊斯坦布尔（2008 年）举行的，WONCAEurope 会议，以及在安塔利亚（2008 年 5 月）和布达佩斯（2008 年 10 月）举行的 EGPRN 会议上，我们通过研讨会和理事会或执行会议，介绍和讨论了工作的过程、初步结果和全面结果。我们向 EGPRN 成员征求了反馈意见。此外，WONCAEurope 执行委员会、WONCA 全球总裁、欧洲家庭医学与质量安全学会（The European Society for Quality and Safety in Family Practice, EQUiP）和 EURACT 的代表、欧洲全科医学期刊的编辑、全科医学和家庭医学的国家学会、欧洲基本保健论坛和其他欧洲意见领袖也收到了该文件，并被请求提供反馈。2008 年 10 月，在 EGPRN 和 WONCAEurope 的互联网页面上发布了一份草案，邀请感兴趣的个人和组织提供进一步的反馈。

在 2009 年 1 月举行的作者会议上，讨论了所有反馈意见，并将其纳入文本草案。文献检索策略和最相关的参考文献被编入到结果这一章节的附录中。引言、方法和讨论这三个章节被彻底修订。我们还起草了关于对研究和政策的影响这一总结性章节。工作组进一步讨论了这个版本。随后，Eva Hummers-Pradier 和 Paul van Royen 于 2009 年春季编辑了最终文件。

（译者：褚红玲、于长禾）

结 果

基本保健管理

研究领域的定义

根据 WONCA Europe 对全科医学和家庭医学的定义，基本保健管理包括以下能力：

- 管理与患者的初诊，处理未经筛选的问题
- 涵盖所有健康状况
- 与其他基本保健专业人员和其他专科医生开展协作照护
- 掌控有效且适当的医疗服务供给和卫生服务利用
- 在健康服务体系内，向患者提供适宜的服务
- 充当患者的代言人

Starfield^[1]指出基本保健的定义有四个核心要素，这些要素也可用作卫生服务研究的结局测量工具或结局指标：

初诊是一个核心要素，它包括评估服务提供者或设施的可达性以及评估当人们首次感知到服务需求时，对服务的实际利用程度^[2]。

纵向性或连续性是在一段时间内开展以人为本的照护。（在本《科研纲要》中，研究领域“以人为本的照护”涵盖了这一要素）。

综合性要求基本保健提供者提供广泛的、足以满足人群所有共性需求的一系列服务，评估则包括（基本保健服务）提供者在需求出现时实际识别这些需求的程度（Starfield 的概念与 WONCA Europe 对综合的方法的定义有所不同，综合的方法本身就是本《科研纲要》中的一个研究领域）。

协调性是指基本保健提供者管理病人所有健康照护的程度，包括在二级保健和三级保健的健康照护。这还需要一个病历保存系统或包含所有健康相关信息的信息系统（即电子病历）；（对协调性的）评估包括信息被识别的程度和速度，以及对患者照护的影响^[1, 3]。

研究领域还包括基本保健中管理特定健康问题的模式的临床有效性和对卫生体系的影响。这里的模式是指在诊所或初级卫生保健团队中，特定的疾病管理方案和照护组织方式。该领域的教育研究包括卫生体系层面和实践层面的管理技能教育，以及对拥有各种背景和专业知识的多学科医疗协作团队成员的教育。该胜任力与其他胜任力，如以社区为导向、“以人为本”的照护和具体问题的解决等存在重叠。

研究结果概要

基本保健管理的整个研究领域非常广泛。检索到的文献呈现出非常零散的结果，而没有给出综合的意见。虽然很少有系统的比较，但似乎没有什么证据支持任何特定的组织、资金或人力组织模式，但显然，为了更

好地满足当前和未来基本保健管理的要求，必须进一步发展全科医学的组织和人力队伍。

证据显示，与倾向于专家照护的卫生体系相比，相对更多地依赖初级卫生保健和全科医学的卫生体系在更好的人群健康结局、提升公平性、可及性、连续性和更低成本方面具有优势^[4, 5]

检索到的许多论文都是关于患有特定疾病（主要是抑郁症、心理健康和糖尿病）的患者的基本保健管理或特定患者群体的管理（如老年照护）^[6-10]。

在不同的患者人群中，研究了各种基本保健管理模式或干预措施的影响，如拓展性预防性访视或由护理医生提供照护。一些研究表明，在某些明确的条件下，经过适当培训的护士提供的照护与医生提供的照护具有相近的高质量，患者的健康结局也具有可比性。然而，根据目前可获得的数据，由开执业护士提供的基本保健的花费可能与由（工薪制）全科医生提供的照护花费一样多。对医疗机构的干预似乎会影响对（基本保健）服务的利用，但对健康结局的影响很少被研究^[11, 12]。

问诊时长的影响在观察性研究中已经被研究过，但没有结论性的结果。后续试验需要重点关注健康结局和成本效益。

在欧洲内外各国，基本保健的获得方式是不同的。许多检索到的论文是与疾病相关的研究或护理研究论文。改善服务的获得机会是提高（初级）保健质量和保障医疗服务公平性的一个关键政策问题，但到目前为止，这一主题主要是从当地的视角进行研究，而不是作为普遍特征 / 一般特征或以比较的方式进行研究^[13-18]。

研究的一个重要聚焦点是协同照护以及初级和二级保健之间的对接。然而，在不同的欧洲国家，这种对接的组织方式有很大差异，这意味着研究必须在当地背景环境下进行解释，不能真正推广到其他的背景环境。关于转诊率已经进行了大量研究，结果表明各个全科医生之间的转诊率存在很大差异。根据现有证据，当地积极纳入全科医生和专科专家的教育干预、以及结构化的转诊单是仅有的对转诊率有影响的干预措施。在全科医生严格把关的情况下，“内部”第二意见和其他基于基本保健的门诊转诊替代方案的效果似乎很有前景。二级保健的专科医生应纳入到现行的教育活动中，而结构化转诊单也是有效的^[19-30]。与药剂师合作（即干预处方或协定处方）可减少药物相关的不良事件；需要更多的基于基本保健的药剂师主导干预的随机对照试验，以确定其有效性^[31]。

已有相当多的关于电子病历（EMR）在基本保健中的作用和潜在影响的研究。基层医疗国际分类（ICPC）^[32]和基于患者（就诊）原因的全科医生日常医疗实践活动编码是许多论文的核心要素。这些研究显示了全科医学和家庭医学和基本保健流行病学，基于 ICPC 编码和根据医疗事件结构化的电子病历，而获得进一步发展的有效性、潜力和可能性^[33-36]。

然而，在许多欧洲国家，由于缺乏标准的分类和强制使用 ICD 编码的国家立法，从基本保健流行病学或构建全国性和全球性研究数据库的角度来看，病历的利用和质量情况都不理想。这通常会导致记录不完整。出于研究目的，必须采用实用的方法来处理“每天的”电子病历或二手常规数据^[37, 38]。

关于电子病历（EMR）/ 常规数据研究的方法学和质量问题，以及使用这些记录作为数据源的研究项目的文献迅速增加，常用电子病历和常规数据有英国、比利时和荷兰的 eHID、QRESEARCH 和其他发病率 / 电子病历数据库^[39-43]。相当一部分研究论文讨论了这些数据库生成数据用以开展质量管理和审计的潜力，以及电子病历为实施指南或建议、确定符合治疗或预防服务资格的患者，或提示药物警告等提供平台的潜力。所获得的结果大多是积极的，但不是绝对的，这可能取决于所使用的电子病历系统。针对健康结局有效性的研究

很少。

在基本保健管理方面的研究中，常见的结果指标包括成本、质量维度 / 质量指标的有效性，通常采用标杆对照的方法^[44-53]或成本效益分析。很少使用能可靠反映患者健康或健康状况的结局。

基本保健管理领域的教育研究数量有限。在开展的研究中，绝大多数侧重于医生开展的某项服务方法的教育干预，如预防活动、跨专业合作或针对特定疾病的照护策略、疾病检测和处方。大多数研究显示，影响要么很小，要么不显著；这些影响的可持续性尚未被研究^[54-58]。

未来的研究需求

因此，进一步的研究应重点关注以下方面：

- 开发工具来描述基本保健管理的不同方面并对其进行测量
- 患者和医生对医疗实践管理问题（如公开可及、电话咨询、远程医疗）的看法、观点和偏好
- 比较不同的照护模式，并评估不同初级照护管理策略或干预措施的有效性，不仅限于患者满意度和 / 或服务接受层面，还应拓展到健康结局层面
- 全科医学中电子病历的有效性和实用性
- 全科医生电子病历数据的常规收集和可行性 / 有效性，以及它们在病况和全科诊疗服务（包括适用分值指标）的研究，并且作为研究中招募和数据收集 / 管理的一种手段
- （未来）全科医生跨专业教育和教学管理技能的有效方法

适用的研究方法

- 开发和验证用以测量实践管理问题的工具的研究
- 从纵向视角开展全科医学和家庭医学的流行病学研究，包括针对照护的具体方面和具体结局的研究
- 干预性研究（对照试验：比较不同的基本保健管理策略或将创新照护策略与“常规照护”进行比较）
- 对有效策略的实施研究（观察性研究）
- 混合研究设计

（译者：赵茜、陈雪梅）

“以人为本”的照护

研究领域的定义

根据 WONCA 的定义，“以人为本”包括：

- 采取“以人为本”的方法对待患者和问题
- 建立尊重患者自主权的、有效的医患关系
- 沟通、确定优先事项和合作行动
- 提供纵向的连续性照护

“以患者为中心”被公认为是重要的、主流的医疗价值观，并在当今的医学教育中得到普遍提倡。在医学文献中，通常使用术语“以患者为中心”而不是“以人为本”。然而，它们的含义并不相同，因为“以人为本”意味着个体除了患者这一特定角色外的其他方面也被得到承认。“以人为本”是全科医学和家庭医学医疗服务的核心要素之一，因此也是该学科新定义中的关键要素。“以患者为中心”的概念主要是在全科实践中发展出来的，早在 1950 年代，Balint 和 Tavistock 团队的工作就将心理治疗的观察和方法引入到基本保健中。其他学科也对“以患者为中心”的医学越来越感兴趣。数位学者都对“以人为本”这一概念进行了阐述，并辨析了不同的基本要素^[3-5]，诸如沟通、伙伴关系和健康促进。Starfield 指出^[6]，纵向性或连续性，即在一段时间内开展以个体为中心的照护，是基本保健的核心组成部分之一。她建议根据（健康照护）服务提供者和客户对彼此承诺的认同程度进行评估。

“以人为本”的研究领域还包括研究患者的观点和偏好、“以人为本\以患者为中心”的方法的有效性，以及患者参与和共同决策的各个层面，虽然这些领域和解决具体问题这一研究领域存在一定的重叠。

研究结果概要

检索到的许多涉及“以患者为中心”这一概念的文章都是观点型论文。一些论文主要使用定性研究方法（访谈、焦点小组、录像带分析），比较患者和医生对生物医学模式、“以患者为中心”的方法 / 交流这两种模式的体验、信念和偏好^[7]。似乎并非所有情况或全科实践中的每个患者群体都珍视明显的以患者为中心的沟通方式或共同决策。该领域的研究体量仍然很小，并显示出明显的局限性。更好地了解患者和医生在不同情况下的不同偏好可能会带来更有效和个性化的照护。

一些文章也探讨了患者对连续性照护（人际关系的连续性）的偏好和体验。患者和医生都重视连续性，他们正在解决严重的社会心理问题，并对慢性病进行常规检查。然而，连续性被认为不如良好的医患沟通重要。对于许多其他方面健康的患者来说，能够快速获得急性疾病的照护比人际关系的持续性更重要。由同一位医生提供的连续性照护似乎有益于慢性疾病（如糖尿病）的定期随访检查和某些指南的依从性。已经有研究探索了“以患者为中心”的方法或沟通对患者满意度、治疗依从性、医疗结果改善及医疗事故索赔减少的影响。大多数随机对照试验显示该方法主要影响患者满意度，或无统计学意义的结果。近年来，一些研究还探讨了“以

患者为中心”自我管理教育方案在各类慢病患者中的效果。这些方案似乎比仅提供信息的患者教育更为有效；在提升满意度、改善健康行为、减少症状以及医疗服务利用等方面显示出小的、短期的影响^[8, 9, 10]。尽管证据相对薄弱，但相信患者自我激活或自我激励的理念^[11]以及在全科医学和家庭医学（GP/FM）中建立积极主动的团队 - 患者间关系在未来将变得越来越重要，特别是对于慢性疾病而言^[12]。

关于对从业人员开展“以人为本”的照护培训项目对临床及非临床结果影响的研究较为有限。

总之，“以人为本”的概念定义尚不清晰。目前仍缺乏一个明确的实际定义，也缺乏测量这一复杂概念整体的工具。然而，关于个体方面的研究是有的，如测量患者（包括一般和特定疾病患者）的参与度、支持度或满意度的工具。大多数研究调查了患者和医生的偏好和体验。迄今为止，对其影响或结果进行的研究仍有限。

未来的研究需求

因此，未来的研究应重点关注以下方面：

——更好地理解 and 明确“以人为本”这一概念的定义（包括组成部分）

——开发更多的工具来描述和测量这一概念的复杂成分和有关结局

——患者和医生对“以人为本”、沟通、参与和共同决策的看法、观点和偏好（包括影响这些偏好的社会、文化和环境因素）

——评估“以人为本”的方法对相关临床健康结局和结局指标（如满意度、知识、生活质量）的有效性

——（未来）培训全科医生以实践“以人为本”的有效方法，以及培训 / 教育效果的可持续性

适用的研究方法

——定性研究为研究患者和医生的观念和期望提供了一种方法

——工具性研究对于构建明确的“以人为本”的测量方法至关重要

——干预性研究：从简单的以患者为中心的干预开始到进行效果评估

——需要开展观察性研究以纵向视角研究“以人为本”，特别是流行病学纵向研究，收集有关就诊的原因以及医生对患者要求的敏感性 / 反应的数据

（译者：赵洋、陈雪梅）

解决具体问题的技能

研究领域的定义

根据 WONCA Europe 的定义，解决具体问题的技能包括：

- 将决策过程与社区中疾病的患病率和发病率联系起来。
- 通过与患者合作，选择性地从病史采集、体格检查和辅助检查中收集、解释并应用信息。
- 逐步地使用辅助检查，利用时间这一工具来应对不确定性。
- 管理早期发生的或以未分化的形式表现的疾病。
- 在急性或慢性疾病中，有效并高效地使用诊断性和治疗性的干预措施。

这是一个广泛的领域，包括大多数临床、与疾病相关或诊断性的研究。有关基本保健病况和医疗供给的流行病学研究为培养和运用问题解决的胜任力提供了必要的背景。全科医生如果能有效地解决问题，通常可以做到基本保健的全面管理和医疗资源的充分使用。因此，包含解决具体问题的研究领域大多具有大量基础性的临床研究（与患者相关的结局）和卫生服务研究（在医生或系统层面的结局）。特定疾病的研究往往不限于基本保健研究人员，也同样被其他医学学科所研究。然而用于基本保健的证据，需要在场所（患者选择），研究问题和方法上能满足特定的要求。本研究领域包括以下内容：

诊断

- 从主诉开始，在无偏选的基本保健场所开展的诊断推理研究，。
- 病史采集、简单的临床查体或复杂的诊断性试验的诊断或预测价值。
- 逐步或渐进的诊断方法，包括“红旗”征。
- 严重程度评分及其实际的和临床的价值。

治疗

- 健康与疾病之间的连续性——何时开始或停止治疗。
- 在典型的基本保健人群中开展的，关乎有效性和效率的随机对照试验。
- 无偏选人群的安全问题和风险 - 效益评估。
- 非药物治疗（如咨询、物理治疗、补充医学）。
- 依从性问题、接受度、患者优先级（与以患者为中心、综合医疗吻合）。

解决问题的具体方法（与基本保健管理吻合）

- 全科医生决策，共同决策，优先级。
- 质量管理、指南。

- 慢性疾病管理，多病共存，长期照护。
- 临床技能（沟通、体格检查、咨询、以家庭为导向）。
- 家庭访视。
- 处理复杂性和不确定性，观察，未确诊问题的试探性治疗。
- 与特定群体或社会性别相关的问题。
- 全科医学特殊的或局部的关注点
- 遗传学 / 基因组学。

教育研究

- 医学生和实习生的教育
- 继续医学教育或职业发展
- 在基本保健中，有关解决临床问题的胜任力的有效性和可持续性的教学方法评估
- 衡量临床和解决问题的胜任力的方法的工具性研究

鉴于该领域涉及甚广，本《科研纲要》无法详细地涵盖所有证据，甚至无法概述个别临床问题的知识状况。这是 Cochrane 协作组和许多致力于为基本保健制定指南的组织和科学协会的领域。本《科研纲要》旨在突出该领域研究普遍的、系统性的特征或不足。我们因此选择了 2 种典型的病症，即咽喉痛（急性疾病）和充血性心力衰竭（慢性疾病），并检索和评价相关证据（研究意图与基本保健相关），估算全科医学研究的贡献。我们将排尿困难或尿路感染和糖尿病作为第二个示例。为定义与基本保健相关的临床问题，我们从循证的、高质量的指南中确定了核心问题和推荐意见。此外，我们还尝试对研究主题做了粗略的半定量概述，以明确广泛研究的主题和研究空缺。

研究结果概要

文献检索与评价

在 MeSH 主题词中，症状术语通常与疾病或诊断直接关联。许多来自全科医生或与基本保健相关的研究都没有标记“家庭医学”或“初级卫生保健” MeSH 主题词。在临床试验中，选择样本的确切场所和程度通常没有得到很好地描述，因此研究的外部效度或与全科医生的相关性不易证实。这会给荟萃分析或系统评价带来问题。如何判断随机对照试验的质量以及与全科医生的相关性还没有取得共识。系统评价的作者可能会基于相同的随机对照试验得出相互矛盾的结论，这取决于他们对质量、外部效度和相关性的评价。一个例子是关于治疗痴呆症的药物价值的争论^[1, 2]。有人尝试通过建立体系来评价研究性论文的质量，即通过苏格兰校际指南网络（Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN）或 GRADE 合作组（Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation）^[3]。

主要研究主题 2003–2008

根据 MeSH 主题词检索到的 2003–2008 年内发表的临床试验或随机对照试验的数量，只有少得惊人的 500 个左右，这可能是由于许多相关的论文没有标记“全科医学”。检索到的论文中 70% 使用了患者相关结局，其余的主要是与医生或卫生系统相关的结局。大部分研究（23%）涉及卫生系统或公共卫生问题。其他常见的

主题包括急性和慢性气道疾病（9%）、心理健康（8%）、糖尿病（6%）、心力衰竭（5%）、高血压（3%）、儿童（3%）或泌尿生殖系统疾病（3%）。

基于全科医疗或社区的流行病学、病症登记、患病率研究或当前医疗的描述是非常常见的主题，它们大多采用了横断面的方法。纵向设计或代表性研究非常罕见（这一主题在前面的基本保健管理章节也做过进一步的讨论）。

关于诊断推理和诊断性试验的研究

以症状为 MeSH 主题词检索到的结果主要与诊断或疾病有关：症状术语大多不是 MeSH 主题词，而是与疾病相关。关于症状评估的论文相对较少，它们不是关于非常具体的疾病，就是（非特异性的）综合症。对于急性疾病，有一些是关于症状评分或近病患端检测的效用和预测价值的研究。然而，很少有研究评估检测给病史、体征和症状带来的附加价值（增加疾病阳性或阴性诊断几率），或是以逐步的方法去分析。整体而言，全科医生基于症状或就诊原因的诊断方法在文献中很少呈现。例如，几乎没有证据可以帮助全科医生评估胸痛的主要表现，因为严重疾病（如急性冠状动脉综合征或肺栓塞）的比例相对较低（< 15%，相比之下急诊室是 50%）^[4]。一般来说，关于诊断策略的研究很少：大多数诊断性研究集中在特定的场所下具体的、通常是复杂的技术或实验室检测。目前缺少探索逐步诊断推理或诊断检测，且与全科医生决策和后续管理相关的研究。有关各种病史查体或基本保健场所中检测预测价值的证据很少。许多检测未在基本保健环境中被正式评估；然后，低患病率的场所被用来筛查或多或少未被选择的人群，并往往导致对慢性疾病患病率的估计高得不切实际。这是有问题的，因为这些结果随后得出的结论是全科医生不擅长检测这些疾病，许多论文随后推荐不加选择的对人群进行预防性筛查，或识别需要治疗的患者。这种方法可能把筛查结果的点患病率或个体症状（不是主诉）错误地作为治疗的指征。

关于治疗的研究

有很多与治疗相关的临床和卫生服务研究。可以找到与特定疾病治疗有关的几乎所有问题的信息。然而，在基本保健环境中进行的临床随机对照试验似乎很少；相反，有大量的描述性研究，通常是以横断面调查的形式，可能存在偏倚且外部效度有限。一般来说，许多临床随机对照试验的规模相对较小，有时样本量对主要结局的效能不充分，对于次要结局效能不充分问题更为常见，而且经常存在随机化方面的问题。不过，近期发表的研究在研究设计上可能要更好一些。大多数随机对照试验的特点是使用了新的或昂贵的药物，并在小样本的、选定的患者人群中研究它们的疗效。对照往往设置得不太理想：有时，对照组的治疗刻意设置为非最优方案，体现在剂量不足或使用了次选方案。一些明显是由行业发起和赞助的药物试验无论在招募、随机和（或）随访方面均存在不足，研究结局也通常是价值可疑的替代性的指标。目前很显然缺少由研究者发起的针对临床上已存在并被广泛使用的，且没有明显的市场推广潜力的、没有公司赞助商参与的药物试验。许多研究的外部效度有限，特别是那些关注慢性的研究^[5]。在招募时往往存在选择偏倚（即患者是从免预约诊所或二级医疗机构，或者在就医方面拥有特权或处于不利处境）。大多数被纳入试验的患者比患有多种慢性疾病的普通全科病人更年轻和健康，而且女性受试者的比例不足。缺少与全科医生相关的，以及研究日常环境下治疗效果和典型人群的大型实效性临床试验^[6]。

很少有研究在几种标准的治疗方法之间，或标准治疗与安慰剂之间，或同一药物的不同剂量之间做比较，或者关注治疗的最佳疗程或安全性问题。Little^[7]和 Hippisley-Cox^[8]开展了典型的、有影响力的干预性和观察性研究。尽管有一些关于替代或补充疗法的研究，但质量往往相对较差。非药物治疗是一个少见的研究课题。

很少有研究是在探究或是考虑到了多病共存或合并症^[9-12]。

关于慢性病照护或疾病管理的研究

慢性病的患病率正在稳步增长，部分原因是人口老龄化的结果。据估计，发达国家全科医生的主要工作时间（高达 80%）用于慢性病的诊疗^[13]。大部分解决慢性病问题的研究都集中在单一的诊断或治疗策略、单一的结局（或替代终点），而忽略了基本保健慢性病患者的复杂性。然而，越来越多的人认为全科的慢性病照护需要整合的、全面的以及结构化的模式^[14, 15]。这一观点并不仅适用于全科医生。因此，许多研究描述了绕过全科医生的慢性病医疗模式或结构化的疾病管理方案，或将“常规医疗”预设为劣效的比较组。许多干预性研究由专科医生设计，或者常由护士实施。这些研究大多没有效果，或显示效果有限，而且随访时间通常很短（最长 1 年）。这给全科研究带来了额外的挑战，它证实如果忽视了全科医生在基本保健中的作用，这些管理式医疗模式将会导致系统中新的碎片化。许多综述为全科医生主导的基本保健在慢性病的价值提供了证据^[16-18]；该研究领域与“基本保健管理”和“综合医疗”相重叠。

关于（共同）决策的研究

许多研究将全科医生在特定临床情况下的决策（上呼吸道感染、抑郁症照护等）与病人或医生或诊所层面的预测因素联系起来，通常采用横断面设计。定性研究探讨了医生的决策过程或偏好。定性研究方法或旨在测量满意度、患者偏好、依从性和参与度的特定工具^[19]，被用于探讨患者在平时就诊，或尤其是共同决策中的经历。这些研究结果的异质性很大。有相当一部分患者对共同决策的满意度低于传统的（更家长式）的决策方式。喜欢共同决策的患者通常比较年轻，受教育程度较高，或者罹患慢性疾病。一些研究表明，自我管理参与度更高的患者疗效更好。有多项有关医生（即综合的证据、电子决策支持）或患者（即信息资料）决策或辅助工具的研究，大多与特定的疾病情形有关。其中一些研究采用了观察性设计（开发或实施），而另一些研究则将特定的工具作为一种干预措施，与对照组进行比较（参见“教育研究”部分）。

关于医疗质量的研究

医疗质量研究和实践中的质量改进很早就被全科医学研究者采纳^[20-24]。主要贡献中有部分是对照试验或系统评价和概念性文章，最初在欧洲由马斯特里赫特和奈梅亨（荷兰）、曼彻斯特和莱斯特（英国）的工作组完成，随后在 EQuIP 的管理下完成^[25]。就解决具体的问题的胜任力而言，主要研究领域和质量改进的方法是同行评审或质量循环工作^[26]、医疗审计^[27-29]、指南制定和传播^[30, 31]、实施策略研究^[32, 33]、合作参与^[34, 35]和质量指标或质量框架（即英国的质量和结果框架 QOF）^[36]。大量的文献涉及解决具体的质量问题，如提高指南的依从性、改进实验室检测结果的使用^[37]或通过不同的方法优化处方，如继续医学教育、标杆管理、药物资讯提供及建议、结构化反馈等^[38]。然而，很多时候，特别是在管理式医疗的环境下开展时，研究中成本效益主要以转诊、治疗或开药，或筛查作为主要研究结果。

与医生有关的医疗质量研究包括对知识的研究，也包括对临床胜任力和绩效的研究。通常采用标杆的方法将指南或建议被用作研究的参考标准，尽管它们最初的目的是作为决策辅助工具。许多与疾病相关的文章以糖尿病、抑郁症或卒中为主题。一些研究报告聚焦患者，尝试鼓励他们过上一种更健康的生活方式。多学科或协作式医疗经常被研究，因为这是经常就诊者所面对的问题。大多数关于“医疗质量”的研究都试图表明，与默认的“常规医疗”相比，某项特定的干预措施具有优越性。这种方法往往会得出对全科医疗的结论。然而，大多数的经验性研究只显示了微弱的效果（或甚至没有），这通常是不充分的改进概念（如单纯的教育干预）造成的。尽管在这方面已经有一些重要的综述^[23, 30]，但仍然缺乏质量改进中关于策略的原理和效果的一致

的理论框架。

全科医学中的遗传学 / 基因组学研究

关于全科医学或初级卫生保健中的遗传学 / 基因组学的研究论文通常涉及全科医生，或有时是患者对遗传检测或咨询服务的看法，或为增加其使用而采取的干预措施。全科医生和患者大多表现出矛盾的情绪，他们赞同遗传医学的重要性和可行性，但同时遗传医学给患者管理造成的复杂影响和对家庭的影响表示担忧。干预性研究关注的是服务的接受情况或态度，而不是患者的健康结局。研究结果还没有定论^[39, 40]。

教育研究

检索找到了大量的文献，包括许多荟萃分析和随机对照试验，所以只能给出一个粗略的概述。虽然大多数研究不是在基本保健或家庭医学的背景下进行的，但它们与这一主题相关，因为它们涉及到提高临床胜任力的教学方法和教育干预措施。早期的基本保健经验有助于医学生获得专业的态度和技能并可以影响职业选择。

在持续职业发展的背景下，教育干预对医生的知识可能有小到中等的影响；然而，就行为改变（这似乎是质量改进的核心障碍）^[41, 42]、工作表现和（更少研究的）患者结局而言，在许多个体的教育方法中，效果一般都很小。发放资料、理论讲座以及不加注释的反馈似乎基本上是无效的^[43, 44]。

如果干预措施是互动的，使用多种方法的，并且是为来自单一学科的一个小组的医生而设计的，那么在某种程度上更能成功。同时针对医生、患者和其他利益相关者的多维度干预措施似乎也有效。然而，至关重要的是，干预措施要很好地适合当地的情况，如医生目前的表现和改变的阻碍^[45]。即使是精心设计的干预措施也可能不成功。在许多医疗系统中，医疗质量的研究依赖于志愿者的参与，这可能会带来偏差。这些自主选择的志愿者在基线上可能表现得更好，也相较于一般人群，更有利于实验性策略的实施。

关于教学或学习效果可持续性的研究非常少，特别是关于针对执业医师的干预措施。这需要对教育研究的评估方法开展工具性研究。

未来的研究需求和适用的研究方法

在大多数国家 / 环境中，描述性、横断面调查和态度研究不会增加很多新的认知。然而，在健全的数据基础上，大型基本保健登记（如 QRESEARCH^[46]）将越来越多地用于非实验性研究设计（如流行病学、健康照护研究、罕见事件等）。

未来的研究应着重于：

——关于就诊原因纵向视角的基本保健流行病学和收集的专科转诊数据的高质量研究

——处理常见、日常病症和疾病的临床研究

——对无偏选的全科患者和与基本保健有关的治疗方法进行实效性随机对照试验，包括剂量和既定治疗方法的比较，以及关于何时停止治疗的研究。

——在（低发病率的）基本保健环境中有关诊断推理的观察性和干预性研究。应从主诉和症状开始，采用循序渐进的策略，包括观察性地等待、假设性地对症治疗，并注重低技术策略，以处理不确定性和复杂性。

——研究基本保健中多病共存、急慢性疾病共患的患者。包括患者和医生如何确定、排序和商定优先事

项或具体愿望，以及随着时间推移更改这种排序的态度研究。

——关注相关的健康结局、不常见的健康问题或安全问题（即治疗过程中的不良反应）的大型观察性和干预性研究，。

——观察性和干预性、且随访期长的纵向研究

——全科医生特定工具和结局的工具性研究

——测量患者观点和偏好，远期健康变化的混合方法研究

——有关教育干预措施的效果和可持续性的观察性和干预性研究

（译者：邹川、徐志杰）

综合的方法

研究领域的定义

根据世界家庭医生组织欧洲区的定义，综合的方法包括以下能力：

- ◆ 同时处理多种病症与疾病
- ◆ 合理地应用疾病预防策略以促进健康和福祉
- ◆ 管理和协调健康促进、预防、治疗、照护、缓和医疗及康复

胜任力和研究领域中的“综合的方法”由此包括两个方面：一是关注疾病的管理（要同时处理好包括急性和慢性健康问题的多种病症和疾病），二是根据“生物-心理-社会”模型关注福祉与健康促进。全科医生需要在一定而长期的全科医生和患者的关系中，处理并协调好这两个方面的全部事宜。

Starfield^[1]将其核心要素之一称为“综合性”，并将其描述为医疗服务人员在多大程度上能够在患者有需求时实际认识到患者全部需求，以及提供一整套覆盖面足够广泛的、能满足所有患者共同需求的服务。

这说明“综合的方法”的研究领域不仅包含了关于促进健康和预防、诊断、治疗以及随访所有疾病的研究，也包含了缓和医疗。它需要同时考虑医疗服务的这些所有的、不同的方方面面，也要求研究不能局限于某种特定的疾病，而是要与患者群体或健康主题的所有方面有关。

研究结果概要

文献检索与评价

MeSH 主题词“综合性医疗服务”（comprehensive health care）是指为患者提供诊断、治疗、随访以及康复在内的全面化的个人健康服务。这一术语概念非常宏大，其副主题词是初级卫生保健和以病人为中心的医疗，这导致检索特异性较低问题：许多被检索到的文章没有包含 MeSH 主题词所单独定义的综合性医疗服务，或者没有按照研究领域的定义来理解。以关键词“卫生服务研究”（health services research）与“综合性医疗服务”（comprehensive health care）检索参考文献时，我们发现了许多与社区卫生服务有关的文章。因此，不同的检索策略下获得的结果明显存在重叠。检索到的许多文章关注的是护理学领域，而与家庭医学无关。这些文章随后由检索字符串“NOT nursing”被剔除。

文献综述结果

大多数研究综合性医疗的文章关注特定疾病的诊疗或预防，最常见的是抑郁或精神健康，酗酒^[2, 3]或心血管疾病，或者关注特定的医疗行为，例如疾病筛查，或复杂性干预（包括健康咨询^[4-6]、慢性病管理模型的实施^[7]、生活方式的调整^[8]）。关于预防和综合性医疗，迄今为止在家庭医学领域中似乎没有太多高质量的研究。研究的场所及其与全科医学的相关性通常并不明确。这样呈现出来的视角是非常分散的，人们看到的是许多只能代表非常具体情境下的碎片化的知识（通常没有很好地定义医疗的场所），而没有按照世界家庭医生组织给出的综合性的定义，呈现出一个良好的研究格局。

有相当多的研究是关于患者在基本保健环境下的生活方式干预，它们通常会标有“综合性”一词。这些

研究中只有一部分是真正基于基本保健的，更多的是由专科医生在或多或少经过选择的人群样本中开展的。荟萃分析的结论是，现有证据不支持基于阶段性改变的干预能够对身体活动的水平产生影响。至于戒烟，只有一个正向的趋势提示该方法可能会影响行为^[9]。有研究通过短期和长期的随访发现了一些关于脂肪摄入的积极证据。个别关于生活方式干预的研究往往声称得到了有效的结果，但这些研究通常规模较小，而且通常用替代的或疾病特异性结果的衡量方法来描述，且只涵盖了健康当中很少的方面。总之，科学证据并不支持生活方式干预能够显著改变健康行为。

针对老年人的预防性基本保健外展干预与降低死亡率及增加继续在社区生活的可能性有关^[10, 11]。

缓和医疗也是综合性医疗中的一个重要问题。大多数研究关注的是管理，并且是由护理研究者开展的。能够同时满足患者和家庭需求的良好沟通，是以提高生活质量为目标的优质临终照护的一个重要的要素^[12-14]。

在综合性与基本保健的主题下，我们发现许多与实践管理和组织有关的研究^[15-19]，然而，大多数研究属于基本保健管理的领域，并在那一章节得到讨论。

有关医学教育的综合的方法的资料较为有限^[20-23]。在一项回顾了基本保健环境下的教育性干预的综述中，作者得出结论，只有2篇文章符合该领域高质量研究的标准。其中一项研究是在赞比亚进行的。几乎所有关于综合的方法的现有研究都是横断面研究或随访时间相对较短的前瞻性研究。可持续性以及对相关健康结果的长期影响很少得到研究。值得重视的是研究方法、结果测量以及纵向研究的缺乏。

到目前为止，几乎没有证据支持世界家庭医生组织定义中所理解的这种能力。除了很少使用的 Starfield 指标外，综合的方法的概念在全科实践中并没有很好地被定义为适用于设计研究的术语。我们不知道基本保健医生如何理解这一概念，以及患者是否认同这一观点，并将医疗活动视为综合性医疗。几乎没有研究对患者采用了综合的方法而不考虑具体的医疗问题。“常规”和“良好”（按照研究中的定义）的全科医疗服务没有很好地以一种实践的方式来描述。

未来的研究需求

“综合性”或许是一种伞型概念，它应该包括其他五种能力。“综合性”作为一个整体能否成为研究的重点，这是值得怀疑的。出于研究目的，需要将这一概念分解为单独的具体方法和综合性的各个方面，而它们本身也可以成为研究的主题。

可以从全科医疗的各个方面开展研究，包括对同样的患者同时进行治疗性医疗活动（疾病管理和康复）和预防性医疗活动（健康促进和疾病预防）。关于综合性医疗模式的有效性和效率的研究和证据是缺乏的。我们需要更好地了解全科医生的全面的、“全方位”的工作，也需要在电子病历和研究数据库中反映出这一点。然而，我们仍然缺乏具体的研究工具和结果衡量标准，或是关于综合性的指标。

需要进行更多的研究来反映初级卫生保健的具体情况，研究在特定情况下或特定目标人群中一种综合的，基于全科医学的（或协调性的）的医疗服务的有效性和成本效益：

- 健康促进和疾病预防研究项目；
- 紧急情况下的医疗与积极随访；
- 急慢性病患者的医疗与积极随访；
- 高危人群的医疗与积极随访；

——缓和医疗

适用的研究方法

——对综合的方法的具体方面的研究应当从一个确切的方面和研究问题的定义开始。

——观察性研究（除问卷调查外）应当包括患者和医生的经验、态度和需求，因为这有助于澄清综合的方法的具体方面。

——定性方法适用于澄清这一复杂的、定义不清的领域。调查工具需要经过开发和验证。

——混合研究设计与干预性研究将被需要用于评估综合性医疗在更具体方面上的有效性。

——回顾性和前瞻性设计的纵向研究对于评估有效性和可持续性尤为重要。

——如果计划进行额外的生活方式干预研究，应仔细研究现有证据，以评估计划研究的原创性和外部有效性。应考虑对“常规”全科医疗的预期附加值，以及其作为比较标准的有效性——谨防通用或霍桑效应。

（译者：徐志杰、邹川）

以社区为导向

研究领域的定义

根据 WONCA Europe 的定义，“以社区为导向”包括：协调患者个体健康需求和社区健康需求使其在现有资源下保持平衡的能力。“以社区为导向”的医学范式最早的报告出现在 1950 年代和 1960 年代 Kark 的研究中^[1]，随后在 80 年代相关定义进一步结构化。

根据这一定义，“以社区为导向”的研究领域可包括如下主题：健康需求，包括个人环境中的个体健康需求、社区健康需求，以及这两者之间可能存在的冲突。还包括与具体情境相关的决策过程、基于健康需求所开展的与其他专业人员和机构的合作。该能力与基本保健管理和综合的方法等其他能力存在重叠。

研究结果概要

“以社区为导向”是一种相当新的能力。近几十年来，有几篇文章是描述性的、解释性的观点型论文。它们试图定义“以社区为导向”的基本保健的这一概念，并描述其发展^[1-7]。然而，英语中“社区”的概念既包括像家庭这样的小实体，也包括像学校、城市或国家这样的大社区。这使对这一概念的研究存在难度，并导致公共卫生和基本保健研究之间有相当多的重叠。不出所料，检索到许多叙述性和描述性报告，以及没有精确结果的伪研究。一些关于健康需要的试验采用定性和定量相结合的研究方法，但总的来说定性研究是缺乏的。“以社区为导向”的基本保健（COPC）的试验很少，大多数研究缺乏对照组或比较对象。迄今为止，研究集中在某些特定问题、疾病、筛查和预防服务上，研究通常太过具体或过于笼统，几乎没有任何全科医学相关的结果。因此，目前大多数基于社区的研究并没有真正利用“以社区为导向”的方法^[8-10]。

一些针对不同临床主题和预防保健的研究是基于社区 / 人群的，但从基本保健的角度来看，它们不是“以社区为导向”^[11]。它们涵盖了特定的疾病状况或问题，既没有采用以患者为中心的照护模式，也没有采用“以社区为导向”的照护模式。还有一些文章正在评估“以社区为导向”的基本保健（COPC）模式在特定的当地社区实施的效果^[12-13]。

“以社区为导向”的基本保健方法在以下特定领域进行了研究：老年护理、孕产妇和新生儿护理、精神病护理或常见疾病（如糖尿病、关节炎）。重点通常集中在少数民族群体和弱势群体或风险因素和预防医学（免疫接种、戒烟、牙科）等方面^[14-25]。一些文章还描述了在基本保健中疾病管理的方法，包括社区中基本保健和机构之间的合作、协作照护或经全科医生转诊到社区项目^[26-32]。这当中有很多是护理研究。

还有一些关于基本保健背景下和少数或弱势群体的健康需求的评论和试验，其中一些结合了定性和定量研究方法^[33-43]。

在教育研究方面，存在一些关于学生教学的描述性研究，描述了教育项目的内容或教学经验，但缺乏对教学的评估。大多数研究为非对照研究^[44-51]。

未来的研究需求

因此，后续研究应该集中在：

——开发研究工具和结局指标以反映“以社区为导向”的不同方面及各方面的融合

——比较社区初级卫生保健的不同方法 / 模式在个体健康和社区需要方面取得的成效

——针对特定临床工作领域的基于社区的照护模式，如缓和医疗、药物成瘾领域

——“以社区为导向”的基本保健中的信息技术

——“以社区为导向”的基本保健中的教育，关于使用明确的方法和适当的统计分析进行项目的评估、工具的验证

适用的研究方法

——工具性研究

——纵向观察性研究

——比较不同方法 / 模式的观察性队列研究，包括在教育领域开展此类研究

——混合设计研究

(译者：陈雪梅、赵洋)

整体的方法

研究领域的定义

根据 WONCAEurope 的定义，整体方法包含了重视文化和生存维度的生物 - 心理 - 社会模型的胜任力。

因此，整体方法被定义为“在更大的社区内，在考虑其价值观、家庭信仰、家庭体系、文化和社会生态情况的背景下，以患者为整体进行照护，并基于其获益和成本的证据而考虑一系列的治疗方法”。整体方法认识到人类是完整的、整体的生命体，而不是各独立器官的集合，所有的疾病都含有多个动态的组成部分^[1-3]。

整体方法的另一个方面是复杂性问题。个体、组织、社会团体和社会具有复杂性、适应性和系统性的特征^[4]。这种现象在临床和全科医学研究中尤为明显。患者或医疗服务提供者直接参与得越多，试验设计就越复杂，这就越需要考虑个体对结果的影响^[5]。因此，更好的理解复杂系统可能有助于解释临床试验和诊断研究的结果。伦理问题也被认为是健康保健和卫生服务的整体的方法的重要组成部分。

其研究领域应包括用于医疗、复杂性、文化能力和伦理等方面的生物 - 心理 - 社会模式的有效性研究。

研究结果概要

几乎所有检索到的论文都是观点性论文或非系统性综述^[6-10]。缺少真正意义上与整体的方法有关的实证性研究，大部分研究与护理相关，也有大量的补充医学主题，后者似乎和整体的方法更契合。

很少有文章涉及不同情况下的“整体的医疗”，其定义通常并未遵循 WONCAEurope 提出的概念。然而，许多综述和观点性论文都认为整体的方法是重要且有价值的，而且医疗服务提供者和患者也对此持有类似观点。许多国家的医疗服务提供者和患者对整体的医疗似乎有着共同的想法，但它还没有转化为被测量的结局。ICPC 提供了对社会问题和心理问题进行编码的可能性，这些问题的提出或处理可能被用来代表整体概念。尽管如此，日常的全科医学和基本保健往往还是声称采用了整体的方法。从理论或共识的角度来看，随着慢病患者的增多，包括复杂性概念在内的整体方法似乎变得越来越重要。为实现健康和福祉这一广泛概念，医疗既要重视患者为全面的整体的理念，又要突出以患者为中心的视角。有人提出假设，整体的方法可以提高患者的满意度和应对能力，可能还能改善他们的健康状况，但目前这种假设尚缺乏研究证据。

然而，对整体的方法的某些方面已有相关研究，如深入研究文化影响的概念及影响因素、临床实践障碍、测量工具和实施模式（即聚焦于文化影响的项目）的论文数量仍有限^[11-18]。

有一些文献聚焦于复杂性研究，将影响医疗服务的阻碍和促进因素视为复杂现象。此类研究还表明，如果执行某一政策或方案时不考虑其“复杂”情况，那么“消除变革阻碍”的说法就没有意义^[19]。

总之，整体的方法的概念仍定义不清晰，且很少成为专门的研究主题。目前仍然缺乏一个明确的实际定义和有效的测量工具。几乎没有关于其影响或结局的研究。

未来的研究需求

如果未来要对整体方法做进一步的研究，应将重点置于：

——明确定义整体的方法，或进一步探索全科医学的整体方法是一种流行的“神话”还是一个可以描述

和衡量的现实

——探索在对整体医疗和补充医疗的认可中，呈现了怎样的需求

——可能确定的，且可以研究的组件 / 方面，并制定结局和工具来衡量这些组件 / 方面

——了解可能对健康的不同方面产生影响的社会、文化和环境情况

——在满意度和相关健康结局方面，评估整体方法的有效性，更具体的说，是文化能力和生物 - 心理 - 社会医疗模式的有效性。

——构建高效的培训全科医生实践整体的方法的方法，如文化影响和解决社会问题等已经被证明是有价值的内容。

适用的研究方法

——定性研究似乎适用于这一复杂且定义不明确的领域

——工具开发研究

——观察性研究和后期的比较研究可用于评估有效性

——混合方法纵向研究可能适用于分析全科医学和基本保健中的复杂性和相互作用

(译者：于长禾、褚红玲)

如何在能力或资源有限的国家开展全科医学研究

本章的目的是为正在创建全科医学，和全科医学科研经验、技能和基础设施有限的国家提供建议：

——如何开始科研，以及放弃科研

——要避免哪些典型错误

——了解您的选择会产生什么影响

建设科研能力的六项原则是本《科研纲要》中这方面的基础，其包括科研网络的层级：个人、地方 / 机构、国家或国际（图 1）。在每一个层级都需要应用相同的基本原则，但要根据国家的情况而定。

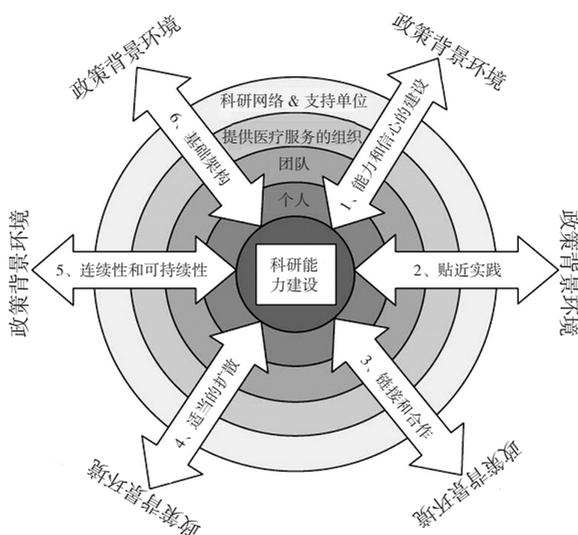


图 1 建设科研能力的六项原则

确定您所在国家 / 地区的科研需求，并制定优先事项清单

在开始建设科研能力时，有必要概述一下您所在国家的现状。本概述提供了正在进行的项目和机会的全景，以找到适合您的医疗保健系统的创新主题和科研策略。

最后，您需要描述：医疗保健系统的组织；您所在国家的基本保健科研状况；有关发病率、患者人数、健康需求的可用数据。

选择您的研究对象

在选择科研主题时，请先问自己这样一个问题：是什么在日常工作中造成了问题，其中什么与基本保健相关。其它因素是您的科研网络中感兴趣的课题。之后，为您的科研部门（本地科研网络、学术部门）编制一份具有明确的科研目标的长期计划。这意味着可持续性和连续性。第三是资源，包括获取项目所需的人力和资金的可能性。一般来说，基本保健方面的研究应侧重于全科医学的胜任力，而不是非常普遍或高度专科化的问题。全科医学 / 家庭医学研究应具有相关性、独创性和可行性。详见表 1。

表 1 科研目标的确定步骤

是否与您的全科医生、患者、环境、国家相关？

- 它是基本保健还是全科医疗？
- 是否针对您所在国家的具体情况？
- 您可以在哪些方面获得最大的改进？
- 您的研究结果在实践、教学、政策或卫生服务层面是否有用和适用？

是否原创和不重复？

- 通过彻底的文献检索评估该领域研究已完成的程度。
- 在当地背景下或针对特定背景的研究问题去重复研究，但不要尝试进行非常普遍或大型的疾病相关研究

在您的环境中，基于您的资源可行吗？

- 是否有可能建立一个科研团队？
- 是否有必要的经济资源？
- 是否有可能建立一个科研单位或网络？（诊所、卫生保健中心）
- 科研计划会被伦理委员会接受吗？
- 在您所在的环境中，考虑到宗教、社会、文化等方面的因素后，您的研究主题和方法是否可行？
- 您能否获得关于疾病流行率和结局的足够的样本量？

制定一个好的科研计划

要开展一个科研项目，必须制定一个优秀的研究方案，您需要为您的研究构建一个明确的目标，以及一个可以转化为合适的科研方法的精确的研究问题。详见表 2。

表 2 研究方案的确定步骤

为您的研究构建一个明确的目标，以及一个可以转化为合适的科研方法的精确的研究问题

- 定义结局的参数
- 如何建立科研网络？（实践、患者、支持）
- 哪些技能是必要的？
- 需要哪些材料？
- 时间计划（需要切合实际！）
- 资金
- 实施策略

表 3 选择主题和制定科研计划时的常见错误

- 选择的临床或疾病相关主题过于宽泛或过于复杂，在该领域没有充分的经验
- 低估了重点明确且具体的主题的重要性
- 过于雄心勃勃的选择了“改变世界”的干预项目，而非立足于诊所或当地的小型项目
- 高估了能够获得数据的潜力

选择合适的科研方法，首先要在定量或定性方法之间做出选择。尽可能使用经过验证的工具，避免构建自创问卷。如果没有合适的工具或问卷可用，请使用现存工具的一部分或既往研究，并进行试点研究或验证

程序。随机对照实验和经典临床试验是非常困难和昂贵的，原创性可能成为其主要问题。值得注意的是，如果将科研项目的目标设为在实践中改进质量，这将需要非常复杂的设计且通常难以实现。小型质量发展计划(审计)可能会改善当地的护理质量，但它们作为科研项目的原创性可能会受限。定性研究需要有一个好的研究问题，选择合适的技术和现实的分析计划。请注意，定性研究产生的概念和假设不能推广到整个人群。

表 4 定量研究中的常见错误

- 错误的、不相关的、替代的结局（如满意度、使用态度替代实际行为、使用相关性有限的生物医学替代指标）
- 错误的、无效的工具、自制的调查问卷
- 未进行样本量的计算和估计
- 在干预性研究中：未进行不同亚组的基线比较（仅比较年龄和性别并不足够）
- 忽视了选择效应，高估了普遍性
- 忽视了其他偏倚来源
- 不恰当的统计和分析
- 高估了您的数据

表 5 定性研究中的常见错误

- 缺乏内涵的科研问题
- 技术上的错误（一定要结合当地的背景）
- 不恰当的抽样
- 过于表面化
- 缺乏明确的分析方法
- 从定性数据中得出定量结论
- 缺乏抽象化，过分引用
- 坚称结果有高度的普遍性

建立科研团队

谁参加了您的科研团队和指导小组？尝试寻找有经验的人来支持和提供反馈。您和其他同事可以将多少时间投入到您的科研上？

建立一个优秀的科研团队需要合作网络。如果您是自有诊所或健康中心的一名科研人员，请尝试寻求您所在环境中的其他同事或学院或大学院系的支持。如果这不太可能，您可以在自己的医疗机构中进行质量改进项目，但这不是“科研项目”。为构建更宽泛的科研能力，如果可能，与您大学的其他机构或部门（统计学、社会科学、护理学、药学）建立网络。这提供了对基本保健的不同方面进行研究的机会。

寻求国内外支持，并尝试寻找和咨询专家。确定对象，例如通过网络在国内外寻找对类似的主题和方法感兴趣的人（某些国家存在定性研究、或其他科研方法和主题的网络）。EGPRN 等国际学会和组织提供了一种与此类科研人员建立联系的有效方法。

表 6 组织科研网络（基于全科医生、诊所、健康中心等）时的实际问题

- 如何招募参与者？开始建立一个可持续的基于诊所的科研网络。并花一些时间在上面。
- 让“同行”的全科医生参加您的科研团队。他 / 她可以激励其他全科医生参与进来。
- 为您的科研项目的参与者提供适当的培训。
- 激励参与者：向他们反馈结果，重视他们的投入，为他们提供一个网络 / 支持小组，最重要的是：向他们展示可能为他们的工作质量和患者带来的益处。
- 在当地的医疗专业者中，参加（当地）会议的人通常可能对科研更感兴趣。
- 搜索曾参与过此前项目的全科医生的数据库或联系目录（如果可能，搜索更多的有关其经验和活动的信息）
- 诚实的面对工作量，但要保证其可行。

最后，招募研究对象（患者、全科医生或其他护理人员）的策略是必要的。

培养技能并参加科研课程：

概述项目所需的必要科研技能，如果需要额外的培训，则可能会需要专家的帮助并准备资金。从长远来看，应努力确保研究技能成为医学教育的一部分，无论在本科阶段还是持续专业发展阶段中。

发展科研技能的策略：

- 与学术部门（即统计学家、社会学家、其他全科医学 / 家庭医学部门）合作
- 组织一门研究方法课程，并邀请国际专家
- 参加现有的科研课程（例如 EGPRN 的课程）
- 从会议的反馈中学习

考虑有利的条件

以下的条件已被证明有助于全科医学科研。请尝试检查它们是否存在，并可以纳入到您的策略之中：

有利于良好的全科医学 / 家庭医学研究的因素：

- 注册系统，良好的电子病历记录
- 有效工作的伦理委员会
- 对科学文献全文的访问
- 密切关注信息和资源的集散地，总览资金申请的机遇

有利于科研结果的传播和实施的因素：

- 期刊，发表出版物的机遇，传播和联系
- 展示您的研究的会议
- 科学协会和学会
- 学术代表和大学院系

（译者：汪洋、赵茜）

结论与讨论

结论

我们的研究策略是围绕全科医学 / 家庭医学的欧洲定义之中的六项胜任力所构建的^[1]。我们发现，WONCA Europe 提出的全科医学 / 家庭医学定义中的各项胜任力相对应的证据基础存在差异：一些领域和方向上已开展了大量研究，而另一些领域的相关实证则相对匮乏，亟待更多研究。在这 6 项胜任力所对应的研究领域内，我们总结了需要进一步开展的研究及对应的适宜研究方法。这些研究目标逐一列举在方框 1 中，代表了迄今为止研究较少的主题，从而提供了未来全科医学 / 家庭医学研究的纲要。

未来的科研纲要

未来的科研纲要

——更好地理解并清晰地界定各个胜任力或领域（或其组成部分）。

——为每个胜任力或领域（或其组成部分）开发和验证相应的测量工具与结局测量指标，同时要考虑到各个胜任力或领域的复杂性及其相互作用。

——针对全科医学 / 家庭医学每个胜任力的各个要素开发相应的教育和培训，并评估其效果，这些教育培训的效果包括：对医疗服务和健康结果的短期影响和长期影响（可持续性）。

——研究患者和医生对每个研究领域的各个组成部分的认知、观点和偏好（例如全科实践管理问题、沟通、患者参与决策）。

——基于不同的文化、社会、地理区位背景的人群，评估不同模式和管理策略下的，以患者为中心的方法、全面的分析方法、生物心理社会照护模式、以社区为导向的医疗服务的有效性和效率（以生物医学方法和专科医疗为参照）。

——建立完善基本保健数据库作为医疗和科研的基础设施，包括研究和提高全科医学 / 家庭医学电子病历数据的效用和效度。

——在基本保健流行病学和疾病发展等研究领域中，实施高质量的纵向研究；这些研究中不仅要考虑医学指标，也要考虑躯体和Life功能结果指标与生命质量结果指标。这些研究应以基本保健数据为基础，这类数据信息包含就诊原因、诊断，病程发展各阶段的服务利用情况、患者躯体和Life功能指标与生命质量指标。

——此外，还应试图理解社会、文化和环境等背景因素对人群健康差异的影响。

——在非选定的全科患者中开展基本保健场景下，开展针对日常主诉和常见病症的临床研究。这类研究也应针对诊断病因（从主诉和症状出发，采用包括观察等待、对症治疗、侧重简单便捷的即时诊断方法的递进策略，应对基本保健中诊断的不确定性与复杂性）以及治疗效果试验（包括对既定治疗方法、替代疗法、安全性研究和非药物干预的比较）而开展。

——在相同的患者群体中探索多病共存问题或治疗和预防保健二者之间的取舍问题。

综述所提取的多数研究为描述性研究、短期干预研究；很多研究是基于医院或专科场景开展的，而并非（被

很好的界定的)在社区场景的研究。相当一部分文章是没有进行系统检索的综述以及观点类文章。有鉴于此,基于对各胜任力及领域综述结果的总结,我们整理了未来全科医学/家庭医学研究适用的研究方法推荐清单。

适用的研究方法

适用的研究方法

——研究应测量健康结果或者评估生命质量,而不是仅关注患者满意度、服务利用,或替代终点的(生物)标志物。

——在大多数国家和场景下,仅采用描述性研究、横断面问卷调查(态度研究)、回顾性病例研究的贡献有限,并不能提供更多的新知识;然而,观察性研究仍可帮助研究者发现新的研究问题,理解新的研究背景。

——定性研究有很多作用,包括评估患者或医生的观点和偏好,帮助理解问题的复杂性,探知与研究问题相关的健康结果有哪些,同时也是开发测量工具的首要步骤。

——如果随机对照试验(RCTs)具有原创性,且考虑到选择效应和偏倚,仍具备外部效度,则能够为制定治疗方案和其他干预措施提供高质量证据。

——在干预研究中,应重视考量干预方案相较日常全科实践的额外价值,在选择日常全科实践作为参照时,需仔细考量其作为对照的效度。尤其在设计生活方式干预或改善医疗卫生服务质量干预研究时,应全面总结已有证据,以确保新干预设计的原创性与外部效度

——前瞻性队列研究或病例对照研究可以很好的应用于风险和效果评估,服务模式或健康促进项目实施的效果评估。

——纵向研究对连续医疗、全面保健、以及干预效果可持续性的评估非常重要。

——混合方法通常有助于从不同角度或视角来研究同一主题:测量或观察发生了什么(及其程度),并解释其原因。

一些胜任力或领域的相关研究极为缺乏。例如,与生物医药或专科医学相比,针对全科医学/家庭医学的综合的方法和整体的方法的优势的证据很少。关于整体的方法存在一个分歧:一方面关于整体的方法的研究证据不足;另一方面存在隐含的共识,将整体的方法视为全科医学/家庭医学的一个基本要素。所以,WONCA Europe 需要重新审视整体的方法的概念及其作为胜任力之一的地位。

虽然“综合的方法”的定义较为清晰,但也明显缺乏相关研究与证据。实际上,综合的方法的概念涵盖更广,且被置于比其他胜任力更重要的位置上。作为一个 MeSH 主题词,“综合医疗服务”被定义为“为患者提供涵盖诊断、治疗、随访、康复的全方位个性化医疗服务”,其中“初级卫生保健”和“‘以人为本’的照护”作为其子主题词而出现。也许应当放弃将综合的方法作为一个独立的胜任力。在最新一版的 WONCA 对全科医学/家庭医学的定义和 EURACT 的教学教育纲要中,WONCA Europe 可能要进一步审视全科医学/家庭医学胜任力的多维性,并考虑将“综合的方法”乃至“以人为本”作为整个概念模型中纵贯或涵盖全局的核心要素。

关于方法学的讨论

文献综述与《科研纲要》的撰写建立在欧洲定义的胜任力的框架之上。在定义与胜任力相关的研究领域时,同时考虑了该学科的 11 项特征;并不是每个章节均包含全部 11 项特征,但这些特征贯穿该纲要始终。然而,这个框架并不是形成纲要的唯一途径,而是用来探寻研究证据的一种不同寻常的方式。鉴于欧洲定义的《科

研纲要》与普遍的研究方式之间存在相当大的差异。在规划研究项目时，会根据当地特点、具体问题和激励机制在当地选择研究主题。检索到的大部分研究都是本地的研究，这些研究通常是了解决有关临床、组织或改善护理方面的具体问题。因此，对比 WONCA Europe 对全科医学 / 家庭医学定义的整体图景，既往文献只能提供一个相当分散和拼凑的框架，并且不能完整涵盖每项胜任力的不同方面。也可以采用另一种架构方式，采取不同的文献检索策略（基于具体的研究问题，例如，疾病管理、某项预防干预措施的效果、或者国家医疗保健体系的对比），这些不同的检索策略将针对具体问题提供更详细或更深入的检索结果。但是，这种研究方式不可能覆盖整个全科医学 / 家庭医学领域。而且，每类对具体问题的研究中往往预先假定了对全科医学 / 家庭医学的不同观点，所以采取这样的架构方式难以获得全欧洲的普遍共识。全科医学 / 家庭医学的欧洲定义被普遍接受，该定义总结了学科的本质，从而为《科研纲要》提供了一个可行和相关的框架。与最初计划一致，《科研纲要》提供了欧洲所定义的证据基础，并与 EURACT 的教学纲要相结合。

本《科研纲要》的形成基于综合的文献检索以及对 EGPRN 所开展的研究的回顾，并得到了国际关键知情人调查和工作组的支持。PubMed 是文献检索主要采用的搜索引擎；虽然也检索了包括 Embase 和 ERIC 在内的其他文献数据库，但未对这些数据库进行系统检索。因此，该文献检索方法会遗漏一些国家和区域性的全科医学 / 家庭医学期刊。尽管如此，我们的作者团队由多国学者组成，借助他们专业背景与对地区性文献与灰色文献的了解，可以弥补上述不足。为了选择和评价所有领域的文献，纲要作者们并未使用系统质量评价清单或其他一致化程序对文献质量进行评估，因为这是在根本上不可行也不合适的。但是，该纲要还是采用了一般的公认标准来选择和评价研究论文，如借鉴了 EGPRN（或其他会议）的研究摘要筛选流程，研究期刊的同行评审程序，或文献的批判性评价。多数的文献检索、评价和总结都经过作者团队不同成员的多次审阅和讨论，直至达成共识。

MeSH 主题词的分类与索引体系对全科医学文献的适应度很差。很多被注明为随机对照试验或元分析（meta-analysis）的研究实际上并非如此。一些症状关键词直接被指代为某种疾病或诊断。很多全科医学 / 家庭医学领域研究或与基本保健有关的研究并未标注“family practice”、“primary health care”等 MeSH 主题词；而很多被认为与全科医生有关的由专科医生发起的研究却被标注了上述主题词，这也是不合适的。反之，一些发表在专科期刊的专科研究实际是与全科医学 / 家庭医学高度相关的，这些文献很难被甄别出来。任何基于 MeSH 主题词的检索策略都要进行取舍，敏感度高的检索策略将检索到大量无关结果，而一些不够精炼的检索策略会可能很复杂，但也会遗漏很多有关文献。上述问题在全科医学与专科医学研究方法重叠的领域尤为突出，例如：临床研究。对于某些研究领域，MeSH 主题词的数量非常大，并且很难与 WONCA Europe 的定义相匹配。

关于全科医学 / 家庭医学领域其他研究的讨论

全科医学 / 家庭医学的欧洲定义对学科形成，研究内容与领域的界定及其在 21 世纪的定位非常重要。然而，时至今日，并没有基于研究证据的系统界定^[2]。本《科研纲要》以欧洲对全科医学 / 家庭医学的定义为框架，来分析总结每个领域的研究现状和需要进一步研究的方向。这项工作的产出，是我们探知了全科医学 / 家庭医学领域需要优先研究的方面，以及适用的研究方法，考虑到科研能力，我们的发现与结论会适用于绝大多数欧洲国家，且可能会适用于欧洲以外的国家。

1966 年，MacWhinney 首次界定了家庭医学的科研领域，其核心在于基本保健背景环境下的疾病流行以及临床研究，包括症状评估，诊断症状或检查，以及社会心理层面的问题^[3]。在这之后的几十年内，临床方案、对家庭的关注、健康教育方法研究、卫生服务和政策相关研究被加入该纲要^[4-8]。上世纪 90 年代早期，患者

视角和医生视角研究，以及家庭医生与患者及其家属关系的研究被加以重视；同时被强调的还有家庭医生对于社区的责任^[9, 10]。

2000年以来，一些观点性文章和研究论文进一步丰富了对上述家庭医学研究领域的讨论。一些专家号召要建立科研纲要以明确全科医学/家庭医学领域的研究重点^[11, 12]，以使全科医学/家庭医学能够作为一门科学，而为医学、卫生服务与政策领域做出独特的贡献^[13-15]。

一些研究也专门评估了某些具体场景下和区域内的全科医学/家庭医学科研状况。美国学者在申请科研基金时，比较了全科医学/家庭医学研究者与其他专科研究者的发展状况差异^[16, 17]；他们也基于对美国家庭医学系所的教师及学生的分析，评价了全科医学/家庭医学领域的科研能力^[18, 19]。Carter和Kernick评估了英国旨在提升全科医学/家庭医学科研的项目产出^[20, 21]。学者也综述了发展中国家的社会状况和相关政策^[22, 23]，以及农村地区的相应研究需求^[24]。

领域内的国际学者们对全科医学/家庭医学的目标、内容和预期结果有更广义的考量，具体内容可见于2003年在加拿大安大略省金斯顿市举办的WONCA科研会议及其发布的报告^[2, 11, 14, 15, 23, 25-30]，以及此后的一些论文^[14, 31, 32]。我们回顾总结了相关研究及科研纲要的发展历程^[10, 30]。上述文章界定了全科医学/家庭医学发展所需的基本条件，强调了全科医学/家庭医学及其相关研究领域对卫生服务和卫生政策的重要性，指出了基本保健为核心的高质量全科医学/家庭医学服务对发展高效医疗卫生体系的关键作用，而各利益相关方也在不断加深对这一事实的认识。全科医学/家庭医学研究证据帮助政策制定者更好理解如何可持续的、高效的、公平的提供基于医学循证的医疗卫生服务，而进一步为旨在提升全球健康的社会和伦理决策提供支持。全科医学/家庭医学领域的研究能够桥接基础生物医学研究、临床研究与群体医疗卫生服务提供之间的隔阂，也帮助建立了医学研究与人文科学之间的纽带。为实现上述愿景，充足的研究经费应当支持那些旨在满足患者需要以及解决人群主要疾病负担的项目，并充分考虑分析实施环节影响因素的研究项目。国际专业组织与学会应当发挥数据信息和科研工具的“交易所”的作用，并促进科研能力培训和研究网络的建立的开展。大家普遍认为全科医学/家庭医学的研究能力有待加强，有不少文章主要从体系层面对如何提升全科医学/家庭医学领域科研能力进行了剖析^[15, 27, 29, 31]；也有文章专门探讨发展全科医学科研网络^[11, 20, 23, 28, 33]。本研究纲要的进一步贡献在于为在科研能力有限环境下工作的单一研究者提供了一个研究框架。

科学学会对全科医学/家庭医学科研领域的深入了解也是学科基础设施建设的重要方面，这对领域内的研究者申请基金也很重要。需要更多的代表全科医学/家庭医学的主题与学术期刊——正如我们的《科研纲要》所指出：MeSH主题词的分类体系并不能很好的帮助检索到全科医学/家庭医学相关的研究内容。医学索引仅将全科医学/家庭医学纳入“医学”这一大类，而没有给予其一个单独的专类使其不利^[2, 11, 15, 27]。尽管如此，近年来全科医学/家庭医学领域科研产出的数量和质量有所提升^[34]。同时，开发新的方法来测量全科医学/家庭医学科研结果对社会与政策的影响也非常重要^[35]。

有一些文章试图总结全科医学/家庭医学的重要研究主题以提出研究纲要。然而实际上，一些所谓的科研纲要仅局限在非常有限或具体的主题上，如无法解释的症状^[36]，农村卫生服务^[24]，初级卫生保健的信息^[37]，精神卫生^[38]，或者全科医学/家庭医学的职业选择^[39]。其他一些综述多由知名专家撰写，包括金斯顿会议的文章；这些综述的视角更为广泛。然而，其中没有一篇文章采用了系统方法或预先设置的主题框架。一些文章强调应用广泛多样的研究方法开展全科医学/家庭医学科研至关重要，这也是其研究的优势之一，广泛的研究方法包括最初应用于医学领域之外的研究方法^[2]。然而，此前的文章并没有将科研方法与研究主题相联系。

较为重要的研究领域与主题总结如下^[11-15, 26-28]：

在进行常见病的诊断、治疗和预防的临床研究时，应采用务实的研究方法，关注干预方法的实际效果，体现基本保健多维度和多样性的特征，采用诸如观察、等待、持续护理等具体方案。

基本保健的流行病学研究，包括：疾病负担评估；包括环境因素、文化因素、行为因素和心理因素在内的健康与疾病病因的研究；症状自然发展史的长期监测和健康结局发展的研究。

分析系统环境因素（政策因素、文化因素、社会因素、地区环境因素）对健康、患者参与、医患关系与沟通、医学证据与患者偏好权衡、患者健康结果发展的影响。

卫生服务研究，包括卫生经济、医疗服务提供的效果与公平性、保健服务模式、医疗执业管理技术、医疗服务体系、医疗质量提升、整合医疗、多专业协作。

社区导向框架下的研究，以及平衡社区利益与个体利益的研究。

伦理研究，包括基因组学、合理诊疗、脆弱人群、社区与个体的健康需要、国际共识。

医学教育研究，医学职业发展研究，医学证据的临床应用。

上述研究领域基本涵盖于本《科研纲要》之中（虽然本《科研纲要》对预防服务、卫生服务研究和伦理研究涉及较少）。另外，本《科研纲要》阐明了已经被较多探讨的研究领域，且进一步总结了更具体的研究主题（如，多病共存、纵贯队列研究、基于病因和病源的流行病学研究）和适宜的研究方法与研究的基础设施（如，适宜的基本保健数据库和对电子病历质量的提升）。

总而言之，本《科研纲要》为全科医学 / 家庭医学研究提供了一个新的概述，为不断发展的全科医学 / 家庭医学研究做出了贡献。其独特性在于研究方法较为系统、研究主题较为广泛，以及将科研主题与研究方法结合。

（译者：常捷、宋宿杭）

启 示

本《科研纲要》是为全科医生、研究人员和政策制定者编写的一份背景材料和参考手册，在欧洲宣传全科医学和家庭医学。因为在其它 WONCA 区域中尚无此类文件，它也可以作为欧洲以外的参考文件。《研究纲要》总结了与 WONCA Europe 定义的全科医学和家庭医学的胜任力和特征相关的证据，以及它对研究人员和决策者的意义。在《纲要》中，一项在“新”环境下建立研究为目的的全科医学和家庭医学发展计划指出了对于研究能力有限的国家而言，哪些事情具有迫切意义。《科研纲要》中指出的证据缺口和研究需求为规划需开展的研究和可能影响健康和科研政策的行动（即申请研究资金）提供了依据。本文件认可并囊括了来自多个团体、组织和国际专家的反馈。然而，患者和患者组织尚未正式参与到本文件的编写中。作者欢迎进一步的讨论，且该文件可供修订。

对 WONCA Europe、EGPRN 和其他研究机构的启示

本《科研纲要》可帮助 WONCA Europe 完善欧洲对全科医学研究的定义和目标，并探讨其未来的战略和政策。WONCA Europe 及其科研网络应关注全科医学 / 家庭医学所定义的证据基础，并在必要时审查其立场和声明。可能应放弃 6 项胜任力的概念，转而采用由 4 个维度组成的模型：

- 临床或问题相关的维度
- 与人相关的维度，包括全面的、整体的和“以人为本”的方法
- 社区导向的维度（包括公平和多样性）
- 管理的维度（实践或系统层面）

在规划未来的会议、课程或项目，以及为获取资金时，WONCA Europe 和 EGPRN 都应当考虑纲要中的优先研究内容。研究机构还应提供或传播有效的研究工具，如主题词表、适当的分类系统和经过验证的研究工具。WONCA 和所有基于全科医生的科研网络应支持并维护关于全科医学和家庭医学的核心要素的全科医生观点，对可能采用专科医生观点并割裂这一领域的利益群体进行屏蔽。每个研究项目都应反映上述 4 个维度。

对患者的启示

患者不仅作为研究对象而参与研究，他们的需求也应成为医疗服务和科研的驱动力。科研和所选择的主题应与全科医生和患者相关，并应在当地产生共鸣。因此，家庭医学和全科医学研究的成果应对当地社区或对更广泛的（国际）环境相关和适用，或对两者都适用。

这样的研究具备了改变实践、影响政策并最终能推动学科进步的潜力。

未来的研究和政策应考虑以下维度：

- 患者的偏好和选择
- 患者的参与^[1-7]
- 患者的权利和伦理问题，以及知情同意事宜

——患者组织及其作用

伦理研究和患者参与是基本保健研究中涉及全科医学和家庭医学发展的关键问题。研究者应更多地考虑如何让研究符合伦理，以及将伦理纳入到研究实践和获得正式伦理批准的机制。研究方案的制定应考虑到总体上的伦理原则和完备的管理策略。欧洲伦理委员会将为国际合作研究带来帮助。

对科研的启示

到目前为止，许多与健康相关的研究都以生物医学为中心，且通常以疾病为中心。目前，我们对于如何将新的治疗或技术转化为对常规患者的医疗服务，特别是基本保健服务，以及它们在日常环境中是否有效的关注仍显不足。这个被忽视的领域是全科医学和家庭医学研究的主要前提，并应得到更多的关注和资助。未来的科研不应以疾病为中心；相反，它应该整合全科医学和家庭医学原则，如以人为本或公平性，并以基本保健为重点。科研工作应反映出对健康的评价标准不仅是没有疾病，而且对健康的评估必须随着时间的推移而持续进行。人们和他们的家庭医生（和其他医疗照护人员）之间复杂互动的背景，可能涉及到同一患者的多个健康问题，这构成了重要的科研主题。全科医学和家庭医学研究面临的新挑战还包括多元文化社会的影响、多样性和公平问题，技术的进步，以及不断发展的基因组知识。

全科医学和家庭医学研究为指南提供了证据基础，指南是将医学知识应用于实践的重要工具。它们可以减少医疗服务提供中不必要的差异性，为医疗服务的质量设定目标，并支持医学教育以及持续的专业发展。

未来的研究应重视本《科研纲要》中所强调的优先事项和需求，并尊重学科的核心特征和基本保健患者的特殊性。侧重于卫生服务研究、人文或“生物-心理-社会”医学的研究是全科医学和家庭医学研究的重要组成部分。在规划研究时，应仔细考虑科研能给现有认知带来怎样的增值。应审查和考虑现有的工具和衡量结局的标准，以便能将研究联系起来并进行比较。例如，在质量改进项目中，将“常规”医疗服务作为在结局上可能次一等的对照，可能并非总是妥当的。根据定义中所描述的概念而强调全科医学和基本保健的获益的研究，可能有助于提升该学科对其他专科以及政策制定者的重要性。

建立可持续的科研网络体系和提升研究能力可以加强欧洲的基本保健和全科医学研究^[1,2,8,9]。在整个欧洲，全科医学、家庭医学和基本保健研究能力存在显著的地区性差异。这一情况表明，需要建立一个欧洲整体的基础设施以支持基本保健研究方面的培训和交流，且应因地制宜的进行调整（即“行动立足本地，思考面向世界”）。应推动具有完善的基本保健研究基础设施的国家的研究人员和正在发展基础设施的国家的研究人员间交流科学知识和方法。“专家”和“初学者”之间的交互，将推动目前在这一领域基础设施相对有限的国家的学术全科医学和家庭医学的发展，它对于这些国家的学科进步至关重要。

对学术期刊的启示

基本保健和基本保健研究都必须处理好医疗卫生系统和文化背景环境之间的差异，它比基本保健与专科或医院医学之间的差异要大得多，而后者在科学和技术进展上的影响通常更为直接。欧洲的医疗体系，是社会和经济发展程度不同的国家的不同医疗体系的拼合，而欧洲各国在基本保健研究能力上也存在很大的差异。全科医学和基本保健科学期刊在同行评审过程和出版政策中应尊重这些地区差异，同时保持尽可能高的质量标准。《科研纲要》为编辑决策或出版政策提供了循证资源。

对政策的启示

在规划科研或医疗服务项目时，应参考本《科研纲要》，因为它指出了全科医学和家庭医学和基本保健

的普遍益处，以及关于医疗具体方面的证据。在资助决策或战略规划中，应参考《科研纲要》所制定的科研需求。全科医学和家庭医学的专家应成为所有有关卫生政策或医疗卫生相关的研究资金的决策机构的成员。本《科研纲要》及其对未来研究的建议强调了基本保健对患者，及其在卫生系统层面的重要性。本《科研纲要》中提出的促进全科医学和家庭医学研究的建议，需要每个国家持续提供良好的基础研究设施。这包括：

——促进科学文献和数据库的获取，以及融入科学界（通过会议、课程），且独立于制药公司。

——为学术部门和研究机构以及全科医学和家庭医学研究项目提供适当的资金支持。资金数额应反映该学科在医疗系统中的重要性，并应在稳定的周期内提供充足的基础设施，以支持纵向研究。

——使用适当的编码系统实施电子病历，该系统应反映了基本保健的实际情况，并为科研数据库提供足够的数

据

——提供和维护合适的科研数据库（即基于电子病历的）以反映基本保健的全貌。这些数据应尊重隐私和安全，且应是可访问的。它不仅适用于公共卫生或医疗卫生治理的目的，而且适用于质量改进项目（包括对提供数据的医疗机构的反馈和审核）和全科医学的临床与医疗服务研究（包括诊断性研究、定量和定性研究的抽样以及纵向研究）。

（译者：徐志杰、汪洋）

致 谢

EGPRN 和《科研纲要》的作者们感谢 WONCA Europe 资助多次会议及本文的排版和印刷费用。

我们非常感谢许多机构和个人的贡献和反馈，包括 EGPRN 的理事会和个人成员、WONCA Europe 执行委员会、EQuIP、EURACT 和其他 WONCA Europe 的网络、WONCA Europe 的特殊兴趣小组以及欧洲多所大学的全科医学系和家庭医学系。

我们还要感谢科研纲要草案研讨会的参与者们的贡献。

以下人员的详尽反馈值得特别感谢：

André Knottnerus 教授，医学博士，哲学博士，马斯特里赫特大学全科医学系，荷兰卫生委员会主席，荷兰海牙

Harm van Marwijk 副教授，医学博士，哲学博士，阿姆斯特丹自由大学医学中心全科医学科及 EMGO 健康与医学服务研究所，荷兰

Johannes Hauswaldt 博士，医学博士，公共卫生学硕士，汉诺威医学院全科医学研究所，德国

Bettina Berger 博士，奥得河畔法兰克福欧洲大学跨文化健康科学研究所，德国

附录:

检索策略概述:

基本保健管理:

- “organization and administration” [MeSH terms] combined with “primary health care” [MajrMeSH] and/or “family practice” [MeSH]
- “practice management” combined with “primary health care” [MajrMeSH] and/or “family practice” [MeSH], “health services” [MeSH], “education, medical” [MajrMeSH]
- “health services accessibility “ [MajrMeSH] combined with “primary health care” [MajrMeSH] and/or “family practice” [MeSH]
- “medical records systems, computerized” [MeSH] combined with “primary health care” [MajrMeSH] and/or “family practice” [MeSH]

以患者为中心:

- Patient centeredness “patient-centered care” [MajrMeSH] combined with
- “primary health care” [MajrMeSH] and/or “family practice” [MeSH]
- “continuity of patient care” [MeSH]

解决具体问题的技能:

解决具体问题“咽炎 (Pharyngitis)” (与 MeSH 中的 “sore throat” 相关联) 在诊断和治疗的示例性搜索中被用作具体的疾病术语, 而 “heart failure” 则被用作示例性的慢性病。排尿困难 / 尿路感染和糖尿病是用于示例性搜索的其他内容。对于总结, 作者同样利用了他们作为研究人员和审稿人的一般专业知识。

通用, 用于半定量分类:

- “family practice” [MeSH], limits: last 5 years, clinical trials, RCTs

诊断:

- “diagnosis” [MeSH] AND “primary care” [MeSH] OR “family practice” [MeSH]
- specific disease MeSH term AND “epidemiology” [MeSH]
- specific disease MeSH term AND “decision making” [MeSH]
- “diagnostic errors “ [MeSH]
- “false negative reactions” [MeSH]
- “false positive reactions” [MeSH]
- “observer variation” [MeSH]
- “watchful waiting” (general term)

治疗:

- specific disease MeSH term AND “therapeutics “ [MajrMeSH] OR “drug therapy” [MeSH]
- specific disease MeSH term AND “drug therapy” [MeSH]
- specific disease MeSH term AND “complementary therapies” [MeSH]

慢性病照护:

- specific disease MeSH term AND “long term care” [MeSH] AND “family practice” [MeSH]

康复:

- specific disease MeSH term AND “rehabilitation” [MeSH] AND “primary health care” [MeSH]

医疗质量:

- specific disease MeSH term AND “quality assurance, health care “ [MeSH] AND “family practice “ [MeSH]

(共同) 决策:

- “physician-patient relations” [MeSH] AND “family practice” [MeSH] : gives a very wide and unspecific approach.
- “decision making” [MeSH] with and without “family practice” [MeSH] (“shared decision making” is no MeSH term)

卫生服务研究:

- “problem solving” [MeSH] with all subheadings AND “health services” AND (“family practice” OR “family physician”)
- combined with “quality management” [MeSH]
- “primary care” [MeSH] AND “disease management” [MeSH] AND “health services” [MeSH]
- combined with “collaborative care management” , “rehabilitation” , “patient-centred care” , “frequent attenders” , “promoting healthy life style” , “continuity of health care”

基因组学:

- “genetics” [MeSH] AND “family practice “ [MeSH], limits: human
- “genetics “ [MeSH] AND “primary health care “ [MeSH]

教育研究:

—— “education, medical” [MeSH terms] AND “problem solving” [MeSH terms] AND ((“familypractice” [TIAB] NOT Medline [SB]) OR “family practice” [MeSH terms] OR general practice [text word]) OR ((“primary health care” [TIAB] NOT Medline [SB]) OR “primary health care” [MeSH terms] OR primary care [text word])

综合的方法:**全面性照护:**

—— “comprehensive health care” [MeSH] AND “primary care” [MeSH] OR “family practice” [MeSH]
 —— “comprehensive health care” [Majr] AND ((“primary health care” [TIAB] NOT Medline [SB]) OR “primary health care” [MeSH terms] OR primary care [text word]) OR ((“familypractice” [TIAB] NOT Medline [SB]) OR “family practice” [MeSH terms] OR family medicine [text word]) OR ((“family practice” [TIAB] NOT Medline [SB]) OR “family practice” [MeSH terms] OR general practice [text word]) AND Meta-Analysis [ptyp] NOT “comprehensivedental care” [MeSH]

健康促进:

—— (“comprehensive health care” [MeSH] OR “primary health care” [MeSH] OR “familypractice” [MeSH]) AND “health Promotion” [MajrMeSH] NOT nursing limits: meta-analysis

预防:

—— (“prevention and control” [Subheading] OR “primary prevention” [MeSH]) AND (“comprehensivehealth care” [MeSH] OR “primary health care” [MeSH] OR “family practice” [MeSH])

临终关怀:

—— “comprehensive health care” [MeSH] AND “palliative care” [MeSH]) AND (“primary healthcare” [MeSH] OR “physicians, family” [MeSH])

教学:

—— (“teaching” [MeSH] OR “education” [MeSH] OR “education” [Subheading] OR “teachingmaterials” [MeSH]) AND “comprehensive health care” [MeSH] AND “family practice” [MajrMeSH]

以社区为导向:

由于以社区为导向的基本保健没有明确的 MeSH 主题词, 因此使用了多个主题词的组合

—— (“community networks” [MeSH] OR “community health services” [MeSH] OR “communityhealth

planning” [MeSH] OR “community-institutional relations” [MeSH] OR “community healthaides” [MeSH] OR “community health nursing” [MeSH] OR “community health centers” [MeSH] OR “community medicine” [MeSH] OR “consumer participation” [MeSH] OR “delivery ofhealth care” [MeSH]) AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH] NOT “public health” [MeSH])

—— (“minority groups” [MeSH] AND “health services needs and demand” [MeSH] OR “communitynetworks/ utilization”) AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH])

—— “residence characteristics” [MeSH] AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH])
 —— “community” AND (“family practice” [MeSH] OR “physicians, family” [MeSH]) AND “education” [MajrMeSH]

整体的方法:

—— “holistic health” [MajrMeSH] AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH])

—— “holistic health” [MajrMeSH] AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MajrMeSH] AND “health services research” [MajrMeSH])

—— “holistic health” [MajrMeSH] AND (“primary health care” [MajrMeSH] AND “education” (Subheading) AND “research” [MeSH] OR “research” [TextWord])

—— “holistic health” [MajrMeSH] AND (“biomedical research” [MeSH] OR “clinical nursing research” [MeSH] AND “psychology, social” [MeSH] OR “sociology, medical” [MeSH]) AND “primaryhealth care” [MajrMeSH]

复杂性:

—— “complexity” [All Fields] AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH])

文化能力:

n (“cultural competency” [MeSH] OR “culture” [MeSH]) AND (“primary health care” [MajrMeSH] OR “family practice” [MeSH])

各章节参考文献:**引言:**

1. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021–2025.

2. Okkes I, SK, Oskam, Lamberts H. The Probability of Specific Diagnoses for Patients Presenting with Common Symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31–36.

3. Wonca–Europe definition of Family Medicine. 2005. <http://www>.

woncaeurope.org/ (accessed on July 7, 2009) .

4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.

5. World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization, Geneva: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed on July 7, 2009) .

6. Rawaf S, Maeseener J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary healthcare. *Lancet* 2008; 372: 1365-1367.

7. Boelen C, Haq CVH, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of family medicine A guidebook. A collaborative project of the World Organization of Family Doctors (Wonca) and the World Health Organization (WHO) . Singapore, 2002.

8. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Glasgow, 2006.

9. World Health Organisation (WHO) . Declaration of Alma Ata. 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed on July 11, 2009)

10. Health Council of the Netherlands. European Primary Care. The Hague, 2004 (Publication No.2004/20E) .

11. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? HEN Synthesis Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

12. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

13. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.

15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38: 831-65.

16. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275-84.

17. McDonald J, Cumming J, Harris MF, Powell Davies G, Burns P. "Systematic review of system wide models of comprehensive primary health care." Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales 2006.

18. Lionis C, Carelli F, Soler JK. Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *J Fam Pract* 2004; 21: 477-478.

19. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam. Pract* 2004; 21: 587-593.

20. Anonymous. Editorial. Is primary-care research a lost cause. *Lancet* 2003; 36: 977.

21. Lindblad U, Hakansson A. Is there a future for primary care research? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 65-66.

22. De Maeseener J, van Driel M, Green, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.

23. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary care research. *Lancet* 2004; 364: 1004-1006.

24. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

方法:

1. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam Pract* 2004; 21: 587-593.

2. Topsever P, Rotar-Pavli D, Lionis C, Soler JK, Hummers Pradier E, Hakansson A, Stoffers H, Van Royen P. European Research Capacity in General Practice/Family Medicine: A multiple key informant survey. EGPRN paper 2008.

3. Lange M, Hummers Pradier E. EGPRN abstracts June 2001-May 2006. Content and study design. Abstract presented Nijmegen conference May 2007: <http://www.egprn.org> (accessed on July 7, 2009) .

4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: The role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.

5. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

基本保健管理:

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

2. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.

3. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary

- health care. *Ann Fam Med* 2008; 6: 116–23.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502.
 5. WHO Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO 2004 <http://www.euro.who.int/Document/E82997.pdf> (accessed on August 3, 2009)
 6. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995; 311:93–8.
 7. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical–practice guideline and practice–based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355: 185–91.
 8. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O’Carroll R, Howie K, Iliffe S. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332: 692–6.
 9. Chiba N, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Escobedo S, Grace E, Lee J, Sinclair P, Barkun A, Armstrong D, Thomson AB. Economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication in the CADET–Hp randomized controlled trial of *Helicobacter pylori*–positive primary care patients with uninvestigated dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 349–58.
 10. Reynolds CF 3rd, Degenholtz H, Parker LS, Schulberg HC, Mulsant BH, Post E, Rollman B. Treatment as usual (TAU) control practices in the PROSPECT Study: managing the interaction and tension between research design and ethics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 602–8.
 11. Kendrick T, Simons L, Mynors–Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero–Arias O, Gerard K, Thompson C. A trial of problem–solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN–GP study. *Health Technol Assess* 2005; 9: 1–104.
 12. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; [2] : CD001271.
 13. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998; 88: 1330–6.
 14. Rohrer JE, Bernard M, Naessens J, Furst J, Kircher K, Adamson S. Impact of open–access scheduling on realized access. *Health Serv Manage Res*. 2007; 20: 134–9.
 15. Lasser KE, Mintzer IL, Lambert A, Cabral H, Bor DH. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16: 475–86.
 16. Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics* 2005; 116: 82–7.
 17. Solberg LI, Maciosek MV, Sperl–Hillen JM, Crain AL, Engebretson KI, Asplin BR, O’Connor PJ. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*. 2004; 10: 717–22.
 18. Smits FT, Brouwer HJ, Ter Riet G, van Weert HH. Epidemiology of frequent attenders: a 3–year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9: 36.
 19. Akbari A, Mayhew A, Al–Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; [4] : CD005471.
 20. Slade M, Gask L, Leese M, McCrone P, Montana C, Powell R, Stewart M, Chew–Graham C. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services: lessons from a multi–site cluster randomized controlled trial. *J Fam Pract* 2008; 25: 181–90.
 21. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Baillie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; [1] : CD003798.
 22. Smith SM, Allwright S, O’Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; [3] : CD004910.
 23. Smith SM, Allwright S, O’Dowd T. Does sharing care across the primary–specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care* 2008; 14: 213–24.
 24. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care–based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 878–84.
 25. Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 698–704.
 26. Rossignol M, Abenhaim L, Séguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000; 25: 251–8.
 27. Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowsky N, Donner–Banzhoff N, Müller–Lissner S. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster–randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456–61.
 28. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, Baillie H, Watt G. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across

- the primary care–secondary care interface. *BMJ* 2001; 322: 1282–4.
29. Casas A, Troosters T, Garcia–Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, del Pozo F, de Toledo P, Antó JM, Rodríguez–Roisín R, Decramer M. Members of the CHRONIC Project. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006; 28: 123–30.
30. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh–Megens AM, Crebolder HF. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 108–12.
31. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence–based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *J Fam Pract* 2002; 19: 529–36.
32. ICPC–2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press 1998.
33. Okkes I, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC–2–E: the electronic version of ICPC–2. Differences from the printed version and the consequences. *J Fam Pract* 2000; 17: 101–7.
34. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, Green LA, Lamberts H. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002; 51: 72.
35. Soler JK, Okkes I, Lamberts H, Wood M. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *J Fam Pract* 2008; 25: 312–317.
36. Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 1997 summary. *Adv Data* 1999: 1–28.
37. Wood L, Martinez C. The general practice research database: role in pharmacovigilance. *Drug Saf* 2004; 27: 871–81.
38. Hippisley–Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, Hapgood R, Horsfield P, Teasdale S, Johnson C. The electronic patient record in primary care–regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1439–43.
39. eHID – Electronic Medical Records for Health Indicator Data. Europe: European Community Action I the field of Public Health (2003–2008) – Strand I: Health Information, Priority 2.2.5: eHealth. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm (accessed on July 7, 2009).
40. Hippisley–Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49–50.
41. McCormick A, Fleming D, Carlton J. “Morbidity Statistics from General Practice. Fourth National Study 1991–1992.” London: 1995: Office of Population Censuses and Surveys.
42. Van Weel, C. The Continuous Morbidity Registration Nijmegen: Background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1: 5–12.
43. Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F. The denominator in general practice, a new approach from the Intego database. *J Fam Pract* 2005; 22: 442–7.
44. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; [4]: CD004180.
45. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; [4]: CD003164.
46. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; [1]: CD003798.
47. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein D. Early effects of “Guided Care” on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster–randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 321–7.
48. Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased health care utilization or increased costs. An overview of the results from a 5–year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health*. 2008; 36: 650–61.
49. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomized (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1–69.
50. Richards SH, Bankhead C, Peters TJ, Austoker J, Hobbs FD, Brown J, Tydeman C, Roberts L, Formby J, Redman V, Wilson S, Sharp DJ. Cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost–effectiveness of two primary care interventions aimed at improving attendance for breast screening. *J Med Screen* 2001; 8: 91–8.
51. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bommel JH. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 274–81.
52. Shannon GR, Wilber KH, Allen D. Reductions in costly health care service utilization: findings from the Care Advocate Program. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1102–7.
53. Black MM, Nair P, Kight C, Wachtel R, Roby P, Schuler M. Parenting and early development among children of drug–abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics* 1994; 94: 440–8.
54. Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating the impact of an evidence–based medicine educational intervention on primary care doctors’

attitudes, knowledge and clinical behaviour: a controlled trial and before and after study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 581-98.

55. Bahn TJ, Cronau HR, Way DP. A comparison of family medicine and internal medicine experiences in a combined clerkship. *Fam Med* 2003; 35: 499-503.

56. McNulty CA, Thomas M, Bowen J, Buckley C, Charlett A, Gelb D, Foy C, Sloss J, Smellie S. Improving the appropriateness of laboratory submissions for urinalysis from general practice. *J Fam Pract* 2008; 25: 272-8.

57. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638-44.

58. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 20.

其它关键引文:

发病率登记:

- NAMCS. (1995, 1996, 1997). *Ambulatory Care Visits to Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, and Emergency Departments: United States 1995, 1996, 1997* [Series 13, No. 129, 134, 143]. USA; NAMCS.

- Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. Part I. Rank order of diagnoses by frequency. Part II. Diagnoses by disease category and age/sex distribution. *J Fam Pract*. 1976; 3: 37-68.

- Marsland DW, Wood M, Mayo F. A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice: 526, 196 patient problems. *J Fam Pract*. 1976; 3: 25-8.

“以人为本”的照护:

1. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*, Pitman Medical Publ. London 1957.

2. Balint M, Balint E. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Tavistock, London. 1961.

3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-1110.

4. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322:468-72.

5. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 17-25.

6. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J, EUROPEP. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882-7.

8. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illn* 2008; 4: 247-56.

9. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partridge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Self-management education for patients with chronic pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; [4]: CD002990.

10. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; [4]: CD005108.

11. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26:1-7.

12. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-75.

其它关键引文:

对概念的定义:

- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med* 2001; 53: 487-505.

- De Haes H. Dilemmas in patient centredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Pat Educ Couns* 2006; 62: 291-8.

- Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective - theoretical aspects. *J Fam Pract* 2001; 18: 638-43.

患者和医生的经验、信念和偏好在生物医学, 以及以患者为中心的方法和沟通上的表现 - 也涉及连续性:

- Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 488-95

- Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 283-289.

- Schers H, Bor H, van den Bosch W, Grol R. GP's attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal surveys. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 536-8

- Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G.

How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.

以患者为中心的方法或沟通的效果:

- Bower R, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2006
- Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 107-12.
- Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18; [3]: CD004910.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.

教育 - 教学计划的效果:

- Hobma S, Ram P, Muijtens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication; a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 580-6.
- Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *J Fam Pract* 2001; 18: 60-3.
- Yudkowsky R, Downing SM, Ommert D. Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Educ Couns*. 2006; 62: 368-73.

测量患者中心度的工具:

- Mercer SW, Howie JG. CQI-2--a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 262-8.
- Pawlikowska TR, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W, Walker JJ. Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland. *J Fam Pract* 2002; 19: 197-201.

解决具体问题的技能:

1. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321-7.
2. Ames D, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Zimmermann. For debate: is the evidence for the efficacy of cholinesterase inhibitors in the symptomatic treatment of Alzheimer's disease convincing or not? *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 259-92.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y,

Allonso-Coello P, Schünemann H, GRADE working group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-6.

4. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus JA, Delooz H. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract*. 2001; 18: 586-9.
5. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006; 4: 104-8.
6. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman DG, Tunis S, Haynes B, Oxman AD, Moher D, CONSORT group, Pragmatic Trials in Healthcare Group. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008; 337: 2390.
7. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomized controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322: 336-42.
8. Hippisley-Cox J, Coupland C. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 330: 1366.
9. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367-75.
10. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016-7.
11. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51.
12. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE Jr, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 47.
13. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3: 209-14.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff* 2004; 20: 64-78.
15. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
16. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. *Lange Medical Books/McGraw-Hill*, New York 2007.

17. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, Gur-Arie S, Richards MS, Hasselblad V, Weingarten SR. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004; 117: 182–92.
18. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478–488.
19. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Grol R. Shared decision making. Measurement using the OPTION instrument. Cardiff: Cardiff University; 2005.
20. Grol R, Mesker P, Schellevis F. Peer review in general practice. Methods, standards, protocols. 1 ed. Nijmegen: Nijmegen University, Department of General Practice; 1988.
21. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford General Practice Series, 32. Oxford: Oxford University Press; 1995.
22. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 110–1.
23. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, Vale L, Zwarenstein M. Systematic review of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 298–303.
24. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 641–5.
25. www.equip.ch (accessed on July 11, 2009)
26. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *J Family Pract* 2003; 20: 443–451.
27. Baker R, Hearnshaw H, Cooper A, Cheater F, Robertson N. Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice. *Qual Health Care* 1995; 4: 234–9.
28. Roland M, Baker R. Clinical Governance – a practice guide for primary care teams. Manchester: University of Manchester; 1999.
29. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995; 70: 1–71.
30. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 48: 991–7.
31. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1–34.
32. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Butterworth Heinemann; 2005.
33. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465–8.
34. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33–42.
35. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315–9.
36. Roland M. The Quality and Outcomes Framework: too early for a final verdict. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 525–7.
37. Verstappen WH. 2003: Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians – a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 2407–2412.
38. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 457–466.
39. Watson E, Clements A, Yudkin P, Rose P, Bukach C, Mackay J, Lucassen A, Austoker J. Evaluation of the impact of two educational interventions on GP management of familial breast/ovarian cancer cases: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 817–21.
40. Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Watson MS, Douglas A, Miedzybrodzka Z, Gordon R, Wordsworth S, Campbell M, Haines N, Grant A. Cluster randomized trial of a multifaceted primary care decision-support intervention for inherited breast cancer risk. *J Fam Pract* 2006; 23: 537–44.
41. Greco, P.J. und Eisenberg, J.M. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329: 1271–1274.
42. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abbound PAC, Rubin AR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458–1465.
43. Grimshaw, J.M. und Russell, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–1322.
44. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995; 274: 700–5.
45. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. *Aust Fam Physician*. 1997; 26 Suppl 1: S53–5.

46. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.

其它关键引文:

急性病: 喉咙痛的流行病学和病因:

- Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 752-758.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does This Patient Have Strep Throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Evans CE, McFarlane AH, Norman GR. Sore throats in adults: Who sees a doctor? *Can Fam Physician* 1982; 28: 453-8.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lemark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47: 366-9.56
- Zwart S, Ruijs GJ, Sachs AP, van Leeuwen WJ, Gubbels JW, de Melker RA. Beta-haemolytic streptococci isolated from acute sore-throat patients: cause or coincidence? A case-control study in general practice. *Scand J Infect Dis* 2000; 32: 377-384.

急性病: 喉咙痛——可预防的危险并发症, 基本保健的 RCTs 研究:

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-93.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; [4] : CD 000023.
- Howie JGR, Foggo B. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 223-224.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.
- Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003; 327: 1324-1330. Acute conditions: Sore throat - assessment of symptoms - diagnostic research
- Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decision Making* 1981; 1: 239-46.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.

- Gulich M, Triebel T, Zeitler HP. Development and validation of a simple, two-step algorithm to identify streptococcal infection in adults with sore throat. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 58-62.
- Hjortdahl P, Melbye H. Does near-to-patient testing contribute to the diagnosis of streptococcal pharyngitis in adults? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 70-76
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lemark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* 2007; 5: 436-43.
- McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998; 158: 75-83.
- McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163: 811-5.

急性病: 喉咙痛——抗生素治疗的益处和风险

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-593.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; [4] : CD 000023.
- Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314: 722-727.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* 2007; 5: 436-43.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.

急性病: 喉咙痛——预防并发症

- De Meyere M, Mervielde Y, Verschraegen GBM. Effect of Penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43: 581-5.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lemark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Predictors for spread of clinical group A streptococcal tonsillitis within the household. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 239-43.
- Little P, Gould C, Williamson I, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalizing effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997; 315: 350-352.
- Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes G,

Glasziou P, Mant D. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. *BMJ* 2005; 331: 328–329.

慢性病：心力衰竭——诊断研究：

– Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK. Reliability of N-terminal proBNP assay in diagnosis of left ventricular systolic dysfunction within representative and high risk populations. *Heart*. 2004; 90: 866–70.

– Hobbs FD. Unmet need for diagnosis of heart failure: the view from primary care. *Heart* 2002; 88: 9–11.

– Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK, Kenkre JE. Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498

– Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, Hardman SM, Dargie HJ, Cowie MR. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7: 537–41.

– Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ, Grobbee DE, Zuithoff NP, Lammers JW, Hoes AW.

Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005; 331: 1379.

– Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2145–52

慢性病：心力衰竭管理

– Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118: 342–8.

– Subramanian U, Fihn SD, Weinberger M, Plue L, Smith FE, Udriș EM, McDonnell MB, Eckert GJ, Temkit M, Zhou XH, Chen L, Tierney WM. A controlled trial of including symptom data in computer-based care suggestions for managing patients with chronic heart failure. *Am J Med* 2004; 116: 375–84.

– Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 615–8.

慢性病：心力衰竭——其它研究

– Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, Sutton GC. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J* 1999; 20: 421–8.

– Morris SA, Van Swol M, Udani B. The less familiar side of heart failure: symptomatic diastolic dysfunction. *J Fam Pract* 2005; 54: 501–11.

– Nielsen OW, Hilden J, Larsen CT, Hansen JF. Cross sectional

study estimating prevalence of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in community patients at risk. *Heart* 2001; 86: 172–8.

– Morgan S, Smith H, Simpson I, Liddiard GS, Raphael H, Pickering RM, Mant D. Prevalence and clinical characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 318: 368–72.

– Scherer M, Stanske B, Wetzel D, Koschack J, Kochen MM, Herrmann-Lingen C. [Disease specific quality of life in primary care patients with heart failure] *Z Arztl Fortbild Qualitatss* 2007; 101: 185–90.

– Lloyd-Williams F, Beaton S, Goldstein P, Mair F, May C, Capewell S. Patients ‘ and nurses ‘ views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illn* 2005; 1: 39–47.

共同决策：

– L é gar é F, Tremblay S, O ‘Connor AM, Graham ID, Wells GA, Jacobsen MJ. Factors associated with the difference in score between women’s and doctors’ decisional conflict about hormone therapy: a multilevel regression analysis. *Health Expect* 2003; 6: 208–21.

– Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W. Shared-decisionmaking in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 483–5.

– Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, Russel IT. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 35–42.

– Lester H, Tait L, England E, Tritter J. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 415–22.

在不确定的背景环境中的决策：

– Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 755–62.

– Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511.

慢病照护 / 疾病管理：

– Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118: 342–8.

基因组学：

– Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Wordsworth S, Gray JR, Haites NE, Grant A, Campbell MK, Miedzybrodzka Z, Clarke A,

Watson MS, Douglas A. Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. 2005; 9: 1–126.

– Robins R, Metcalfe S. Integrating genetics as practices of primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 223–33.

– Carroll JC, Brown JB, Blaine S, Glendon G, Pugh P, Medved W. Genetic susceptibility to cancer. Family physicians' experience. *Can Fam Physician* 2003; 49: 45–52.

– Bekker H, Modell M, Denniss G, Silver A, Mathew C, Bobrow M, Marteau T. Uptake of cystic fibrosis testing in primary care: supply push or demand pull? *BMJ* 1993; 306: 1584–6.

教育研究:

– Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3–18.

– Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 875–82.

– Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; [4] : CD003539.

– Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; [3] : CD005471.

– Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent* 2004; 64: 164–72.

– Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006; 28: 117–28.

– Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof* 2007; 27: 6–15.

综合的方法:

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129–33.

2. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 986–95.

3. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 536–42.

4. Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; [1] : CD001025.

5. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol M* 2003; 33: 203–15.

6. Bower P, Byford S, Barber J, Beecham J, Simpsons S, Friedli K, Corney R, King M, Harvery L. Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses. *BMJ* 2003; 326: 1247–50.

7. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; [3] : CD004910.

8. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004; 26: 330–43.

9. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428–34.

10. Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; [1] : CD004273.

11. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1244–5.

12. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147–59.

13. Evans R, Stone D, Elwyn G. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2003; 20: 304–10.

14. Wittenberg-Lyles EM, Sanchez-Reilly S. Palliative care for elderly patients with advanced cancer: a long-term intervention for end-of-life care. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 351–5.

15. Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 876–82.

16. Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 530–5.

17. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care.

CochraneDatabase Syst Rev. 2005; [3] : CD005471.

18. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; [4] : CD004180.

19. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; [2] : CD003318.

20. van Weel C, Mattsson B, Freeman GK, de Meyere M, von Fragstein M; EU Socrates Programme 'Primary Health Care'. General practice based teaching exchanges in Europe. Experiences from the EU Socrates programme 'primary health care'. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 122-6.

21. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.

22. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *J Fam Pract* 2000; 17: 422-7.

23. Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 995-1001.

其它关键引文:

综合的方法:

- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.

综合的方法和预防:

- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Lissel SL, McAlister FA. Secondary prevention programmes for coronary heart disease: a meta-regression showing the merits of shorter, generalist, primary care-based interventions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 538-46.

以社区为导向:

1. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 707-13.

2. Nutting PA, Wood M, Conner EM. Community-oriented primary care in the United States. A status report. *JAMA* 1985; 253: 1763-6.

3. Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. *Am J Prev Med* 1986; 2: 140-7.

4. Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991; 32: 633-42.

5. Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care. *Prim Care* 1996; 23: 1-15.

6. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 54-63.

7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002; 92: 1748-55.

8. Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 28-33.

9. Britt H, Scahill S, Miller G. ICPC PLUS for community health? A feasibility study. *Health Inf Manag* 1997-1998; 27: 171-5.

10. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches in primary care in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 156.

11. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, Nunes M, Jones DA, Latif A, Fasey NM, Vickers MR, Tulloch AJ. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; 364: 1667-77.

12. Gillam S, Schamroth A. The Community-Oriented Primary Care Experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002; 92: 1721 - 1725.

13. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *Int J Health Serv.* 2003; 33: 85-98.

14. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, Demonte RW Jr, Chodosh J, Cui X, Vassar S, Duan N, Lee M. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 713-26.

15. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 295: 2148-57.

16. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 298: 2623-33.

17. Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, Johnson MS. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med.* 2007; 5: 430-5.

18. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, Blenkinsopp A, Sim J. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain

- in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2006; 333: 995.
19. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 752.
 20. van 't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, Stalman W, Beekman A. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health* 2006; 6: 186
 21. Short LM, Surprenant ZJ, Harris JM Jr. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *Am J Prev Med* 2006; 30: 181-5.
 22. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33: 309-14.
 23. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care* 2005; 32: 865.
 24. Széles G, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Z, Molnár I, Lun K, Adány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur J Public Health* 2005; 15: 26-32.
 25. Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, Scheidt R, Scheuermann W. Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention). *Int J Sports Med* 1997; 18: 308-15.
 26. Proser, M. Deserving the spotlight: health centers provide high-quality and cost-effective care. *J Ambulat Care Manage* 2005; 28: 321-30.
 27. Proser MJ, Christianson JB, Grogan CM. Alternative models for the delivery of rural health services. *Rural Health* 1990; 6: 419-36.
 28. Giesen P, van Lin N, Mookink H, van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 19.
 29. van Uden CJ, Zwietering PJ, Hobma SO, Ament AJ, Wesseling G, van Schayck OC, Crebolder HF. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2005; 6: 23.
 30. Connor A, Rainer LP, Simcox JB, Thomisee K. Increasing the delivery of health care services to migrant farm worker families through a community partnership model. *Public Health Nurs.* 2007; 24: 355-60.
 31. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21: 177-86.
 32. Knightbridge SM, King R, Rolfe TJ. Using participatory action research in a community-based initiative addressing complex mental health needs. *Aust NZ J Psychiatry.* 2006; 40: 325-32.
 33. Kreling BA, Cañar J, Catipon E, Goodman M, Pallesen N, Pomeroy J, Rodriguez Y, Romagoza J, Sheppard VB, Mandelblatt J, Huerta EE. Latin American Cancer Research Coalition. Community primary care/academic partnership model for cancer control. *Cancer.* 2006; 107: 2015-22.
 34. Murray SA. Experiences with "rapid appraisal" in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999; 318: 440-444.
 35. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *BMJ* 1995; 310: 1369-1373.
 36. Pepall, E., Earnest, J., James, R. Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: results of a rapid participatory appraisal. *Health Promot* 2007; 22: 44-52.
 37. Fisher B, Neve H, Heritage Z. Community development, user involvement, and primary healthcare. *BMJ* 1999; 318: 749-750.
 38. Wilkinson JR, Murray SA. Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ* 1998; 316: 1524-1528.
 39. Murray SA, Graham LJ. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood. *BMJ* 1995; 310: 1443-8.
 40. Jackson AK. Cultural competence in health visiting practice: a baseline survey. *Community Pract* 2007; 80: 17-22.
 41. Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, Gemson D. Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 110-21.
 42. Flores G, Fuentes-Afflick E, Barbot O, Carter-Pokras O, Claudio L, Lara M, McLaurin JA, Pachter L, Ramos-Gomez FJ, Mendoza F, Valdez RB, Villarruel AM, Zambrana RE, Greenberg R, Weitzman M. The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA* 2002; 288: 82-90.
 43. Giachello AL, Arrom JO, Davis M, Sayad JV, Ramirez D, Nandi C, Ramos C; Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Rep.* 2003; 118: 309-23.
 44. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report.

JCommunity Health. 1992; 17: 231-45.

45. Brill JR, Ohly S, Stearns MA. Training community-responsive physicians. *Acad Med*. 2002; 77: 747.

46. Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med*. 2002; 77: 738-9.

47. Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. *Fam Med* 2006; 38: 399-407.

48. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.

49. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 141-7.

50. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331: 1002.

51. Peleg R, Biderman A, Polacek Y, Tandeter H, Scvartzman P. The family medicine clerkship over the past 10 years at Ben Gurion University of the Negev. *Teach Learn Med*. 2005; 17: 258-61.

其它关键引文:

- Westfall J, Stevenson J. A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography. *Ann Fam Med* 2007; 5: 185 - 186.

- A review of recent publications on community-based participatory research is available on. <http://www.fmdrl.org/879> (accessed on July 7, 2009).

- van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community healthcare. *Lancet* 2008; 372: 871-872.

整体的方法:

1. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.

2. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.

3. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.

4. Byrne D. Complexity Theory and the Social Sciences: an introduction. Routledge, London 1998.

5. Griffiths, F. Complexity and primary healthcare research In: Sweeney K and Griffiths F. Complexity and Healthcare. An introduction. Radcliffe Medical Press, Oxford 2002: 149-66

6. Pink J, Jacobson L, Pritchard M. The 21st century GP:

physician and priest? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 840-2.

7. Bailey T. The evolution of family medicine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1113-4.

8. van Weel C, Orbon K, van der Gulden J, Buijs P, Folgering H, Thoonen B, Schermer T. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006; 97: 288-94.

9. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 55.

10. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Sociol Health Illn* 2008; 30: 788-803.

11. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 341-6.

12. Sussman AL, Rivera M. 'Be gentle and be sincere about it': a story about community-based primary care research. *Ann Fam Med* 2008; 6: 463-5.

13. Meeuwesen L, Tromp F, Schouten BC, Harmsen JA. Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Educ Couns* 2007; 67: 183-90.

14. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ* 2005; 39: 465-75.

15. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Pat Educ Couns* 2006; 61: 236-45.

16. Green AR, Betancourt JR, Park ER, Greer JA, Donahue EJ, Weissman JS. Providing culturally competent care: residents in HRSA Title VII funded residency programs feel better prepared. *Acad Med* 2008; 83: 1071-9.

17. Marion GS, Hildebrandt CA, Davis SW, Marín AJ, Crandall SJ. Working effectively with interpreters: a model curriculum for physician assistant students. *Med Teach* 2008; 30: 612-7.

18. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 343-50.

19. Checkland K, Harrison S, Marshall M. Is the metaphor of 'barriers to change' useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 95-100.

其它关键引文:

整体的健康:

- Kemper, KJ. Holistic pediatrics = good medicine. *Pediatrics* 2000; 105: 214-8
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007; 39: 425-31.
- Checkland K. Changing the lens: widening the approach to primary care research. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 248-50.
- Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-604.
- Bower P, Gask L, May C, Mead N. Domains of consultation research in primary care. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 3-11.
- Tovey P, Adams J. Primary care as intersecting social worlds. *Soc Sci Med* 2001; 52: 695-706.
- Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract* 1983; 16: 539-45.

卫生服务研究: 整体的方法

- Griffiths T, Giarchi G, Carr A, Jones P, Horsham S. Life mapping: a 'Therapeutic Document' approach to needs assessment. *Qual Life Res* 2007; 16: 467-81.
- Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: a survey of practitioners. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 258-67.
- Hofmann B. Respect for patients' dignity in primary health care: a critical appraisal. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 88-91.
- Chatziarsenis M, Lionis C, Faresjo T, Fioretos M, Trell E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care centre in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of the general practitioner. *J Med Syst* 1998; 22: 173-88.

教育: 整体的方法

- Maudlin J, Keene J, Kobb R. A road map for the last journey: home telehealth for holistic end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 399-403.
- Truant T, Bottorff JL. Decision making related to complementary therapies: a process of regaining control. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 131-42.
- Brown JB, Stewart M, McWilliam CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 121-9.
- Thornton L. The Model of Whole-Person Caring: creating and sustaining a healing environment. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 106-15.

- Donadio G. Improving healthcare delivery with the transformational whole person care model. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 74-7.
- Ellis S. The patient-centred care model: holistic/multiprofessional/reflective. *Br J Nurs* 1999; 8: 296-301.

复杂性:

- Cape J, Morris E, Burd M, Buszewicz M. Complexity of GPs' explanations about mental health problems: development, reliability, and validity of a measure. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 403-8, 410.
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 323-9.
- Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G, Curtis S. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 93-102.
- Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-11.
- Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-2.
- Rowlands G, Sims J, Kerry S. A lesson learnt: the importance of modeling in randomized controlled trials for complex interventions in primary care. *J Fam Pract* 2005; 22: 132-9.

文化能力:

- Eakin EG, Bull SS, Riley K, Reeves MM, Gutierrez S, McLaughlin P. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial/ The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007; 22: 361-71.
- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1275-85.
- Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, Harmsen HA. Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctor's communicative behaviour. *Patient Educ Counc* 2007; 67: 214-23.
- Thom DH, Tirado PD. Development and validation of a patient-reported measure of physician cultural competency. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 636-55.
- Tucker CM, Mirsu-Paun A, Van den Berg JJ, Ferdinand L, Jones JD, Curry RW, Rooks LG, Walter TJ, Beato C. Assessments for measuring patient-centered cultural sensitivity in community-based primary care clinics. *J Natl Med Assoc* 2007; 99: 609-19.
- Whitford DL, Chan WS. A randomized controlled trial of a

lengthened and multidisciplinary consultation model in a socially deprived community: a study protocol. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 38.

如何在能力或资源有限的国家开展全科医学研究?

1. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care *BMC Fam Pract* 2005, 6-44.

其它关键引文:

- Dobbs F, Soler JK, Sandholzer H, Yaman H, Petrazzuoli F, Peremans L, Van Royen P. The development of research capacity in Europe through research workshops--the EGPRN perspective. *Fam Pract*. 2009; 26: 331-4.

- Sarre G, Cooke J. Developing indicators for measuring Research Capacity Development in primary care organizations: a consensus approach using a nominal group technique. *Health Soc Care Community*. 2008 [Epub ahead of print] .

- Cooke J, Nancarrow S, Dyas J, Williams M. An evaluation of the 'Designated Research Team' approach to building research capacity in primary care. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 37.

- Ried K, Farmer EA, Weston KM. Bursaries, writing grants and fellowships: a strategy to develop research capacity in primary health care. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 19.

- Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 44.

- Shaw S, Macfarlane F, Greaves C, Carter YH. Developing research management and governance capacity in primary care organizations: transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites. *Fam Pract*. 2004; 21: 92-8.

- Lansang MA, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 764-70.

- Sparks BLW, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.

- Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA):

development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; 81: 1-72.

结论和讨论:

1. Wonca-Europe definition of Family Medicine (2005). <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).

2. Svab I. Changing Research Culture. *Ann Fam Med* 2004; 2: 30-34.

3. McWhinney IR. General practice as an academic discipline: Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966; 1: 419-423.

4. Geyman JP. Toward a research base in family practice. *J Fam Pract* 1975; 2: 3.

5. Wood M, Stewart W, Brown TC. Research in family medicine. *J Fam Pract* 1977; 5: 62-77.

6. Phillips TJ. Research considerations for the family physician. *J*

Fam Pract 1978; 7: 121-128.

7. Shank JC. A taxonomy for research. *Fam Med Teacher* 1980; 12: 22-23.

8. Medalie JH, Kitson GC, Zyzanski SJ. A family epidemiological model: a practice and research concept for family medicine. *J Fam Pract* 1981; 12: 79-87.

9. Culpepper L. Family medicine research: major needs. *Fam Med* 1991; 23: 10-14.

10. Herbert CP. Research in family medicine and general practice: are we there yet? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 443-6.

11. van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

12. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Fam Pract* 2004; 21: 587-593.

13. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Fam Pract* 2003; 20: 318-23.

14. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why Research in Family Medicine? A Superfluous Question. *Ann Fam Med* 2004; 2: 17-22.

15. Lam CLK. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? *Ann Fam Med* 2004; 2: 50-54.

16. Lucan SC, Phillips RL Jr, Bazemore AW. Off the roadmap? Family medicine's grant funding and committee representation at NIH. *Ann Fam Med* 2008; 6: 534-42.

17. Lucan SC, Barg FK, Bazemore AW, Phillips RL Jr. Family medicine, the NIH, and the medical-research roadmap: perspectives from inside the NIH. *Fam Med* 2009; 41: 188-96.

18. DeHaven MJ, Wilson GR, O'Connor - Kettlestrings P. Creating a research culture: what can we learn from residencies that are successful in research. *Fam Med* 1998; 30: 501-7.

19. Brocato JJ, Mavis B. The research productivity of faculty in family medicine department at US medical schools: a national study. *Acad Med* 2005; 80: 244-52.

20. Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; [81]: 1-

21. Kernick D. Evaluating primary care research networks-exposing a wider agenda. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 63.

22. Palmer A, Anya SE, Bloch P. The political undertones of building national health research systems-reflection from the Gambia. *Health Res Policy Syst* 2009; 7: 13.

23. Sparks BLW, Gupta SK. Research in Family Medicine in Developing Countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.

24. Rosenblatt RA. Quality of care in the rural contest: a proposed research agenda. *J Rural Health* 2002; 18: 176-85.

25. Rosser WW, Van Weel C. Research in Family/General Practice is Essential for Improving Health Globally. *Ann Fam Med* 2004; 2: 2-4.
 26. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004; 2: 23-29.
 27. Del Mar C, Askew D. Building Family/General Practice Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 35-40.
 28. Hutchinson A, Becker LA. How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda. *Ann Fam Med* 2004; 2: 41-44.
 29. Bentzen N. Family Medicine Research: Implications for Wonca. *Ann Fam Med* 2004; 2: 45-49.
 30. Herbert CP. Future of Research in Family Medicine: Where To From Here? *Ann Fam Med* 2004; 2: 60-64.
 31. Furler J, Cleland J, Del Mar C, Hanratty B, Kadam U, Lasserson D, McCowan C, Magin P, Mitchell C, Qureshi N, Rait G, Steel N, van Driel M, Ward A. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
 32. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, Lydick E, Magid DJ, Rolnick SJ, Woolf SH. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. *Ann Fam Med* 2008; 6: 459-62.
 33. Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, Carter YH. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. *Fam Pract* 2005; 22: 298-304.
 34. Ovhed I, van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 248-53.
 35. Smith R. Measuring the social impact of research. *BMJ* 2001; 323: 528.
 36. Olde Hartman T, Hassink-Frank L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, Lucassen P, van Weel - Baumgarten E. Medically unexplained symptoms in family medicine: defining a research agenda. *Proceeding from WONCA 2007. Fam Pract* 2008; 25: 266-71.
 37. Little DR, Zapp JA, Mullins HC, Zuckerman AE, Teasdale S, Johnson KB. Moving toward a United States strategic plan in primary care informatics: a White Paper of Primary Care Informatics Working Group, American Informatics Association. *Inform Prim Care* 2003; 11: 89-94.
 38. Klinkman MS, Okkes I. Mental health problems in primary care: a research agenda. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 361-74.
 39. Campos - Outcalt D, Senf J, Pungno PA, McGaha AL. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda. *Fam Med* 2007; 39: 585-9.
- 启示:
1. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD004563.
 2. Barber R, Boote JD, Cooper CL. Involving consumers successfully in NHS research: a national survey. *Health Expect* 2007; 10: 380-91.
 3. Boote J, Barber R, Cooper C. Principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research: results of a Delphi study and subgroup analysis. *Health Policy* 2006; 75: 280-97.
 4. Minogue V, Boness J, Brown A, Girdlestone J. The impact of service user involvement in research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18: 103-12.
 5. Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, Gyte G, Oakley A, Stein K. Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing a evidence-based approach. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-148.
 6. Telford R, Boote JD, Cooper CL. What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study. *Health Expect* 2004; 7: 209-20.
 7. Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 2002; 61: 213-36.
 8. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Fam Pract* 2005; 6-44.
 9. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.