مقاله پژوهشی

ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران

خلیل کلوانی [۱]، زهره اسکندری‌زاده [۲]، رضا دهنویه [۳*]

۱ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

۳ استاد، مرکز تحقیقات آینده‌نگری و نوآوری سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** رضا دهنویه
rdehnavi@gmail.com

ارجاع: کلوانی خلیل، اسکندری‌زاده زهره، دهنویه رضا. ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۲): ۸۰-۱۷۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: سلامت جامعه به بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک کشور بستگی دارد. در سال‌های اخیر نظام‌های سلامت به دنبال بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده هستند. لذا این پژوهش باهدف ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه (Primary Care Assessment Tool: PCAT) در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده در جنوب شرق ایران انجام شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی بود که به‌صورت مقطعی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بین دریافت‌کنندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، بم، جیرفت و رفسنجان با ۳۳۰ نمونه انجام شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت چندمرحله‌ای بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه (PCAT)، بر اساس اصول مراقبت اولیه تهیه شده است و به عنوان ابزاری برای ارزیابی مراقبت اولیه به کار می‌رود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کروسکال والیس در نرم افزار SPSS 19 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه در ۲ گروه بزرگسالان و کودکان با توجه به تقسیم‌بندی پرسشنامه بود. در بزرگسالان، بیشترین میانگین نمره در پرسشنامه در بُعد برخورد اول _بهره‌مندی در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، برخورد اول-دسترسی در بم، تداوم مراقبت در رفسنجان، هماهنگی در جیرفت، هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی در کرمان، جامعیت خدمات موجود در بم، جامعیت خدمات ارائه‌شده در رفسنجان، مراقبت خانواده‌مدار در کرمان، مراقبت جامعه نگر در کرمان و جنبه‌های فرهنگی مراقبت در رفسنجان بود. اختلاف بین میانگین نمره در بُعد برخورد اول- بهره‌مندی و بعد جامعیت خدمات موجود در دانشگاه‌ها معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۵$). در کودکان نیز بیشترین میانگین نمره در پرسشنامه در بُعد برخورد اول _بهره‌مندی در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، برخورد اول-دسترسی در جیرفت، تداوم مراقبت در رفسنجان، هماهنگی در رفسنجان، هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی در کرمان، جامعیت خدمات موجود در رفسنجان، جامعیت خدمات ارائه‌شده در کرمان، مراقبت خانواده‌مدار در کرمان، مراقبت جامعه نگر در کرمان و جنبه‌های فرهنگی مراقبت در جیرفت بود. اختلاف بین میانگین نمره در ابعاد برخورد اول _بهره‌مندی، هماهنگی، هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی، جامعیت خدمات موجود، جامعیت خدمات ارائه‌شده، مراقبت خانواده‌مدار در بین دانشگاه‌ها معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر جنبه‌های مختلف مراقبت‌های اولیه در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده در جنوب شرق ایران از وضعیت نسبتاً خوبی برخوردار بودند. تفاوت میانگین نمره ابعاد مراقبت‌های اولیه در دانشگاه‌های موردمطالعه نشان داد اگرچه ساختارهای فیزیکی و سخت‌افزار اولیه استقرار برنامه پزشک خانواده مهیا هست ولی نیاز است تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم و ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز فراهم گردد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پزشک خانواده

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

مقدمه

وضعیت سلامتی جامعه تحت تأثیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه قرار دارد (۱) این سطح از مراقبت، اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت جامعه هست (۲)، به‌طوری‌که زیربنای اصلی نظام بهداشتی را مراقبت بهداشتی اولیه قلمداد می‌کنند (۳). تعریف مراقبت‌های بهداشتی اولیه از منظر سازمان بهداشت جهانی عبارت است از مراقبت‌های اصلی در زمینه‌ی بهداشت که باید برای همه افراد و خانواده‌ها قابل‌دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است (۴) به‌طوری‌که حفظ، نگهداری و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه هدف اصلی ارائه این مراقبت‌ها هست (۵).

اخیراً در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد مطالعاتی در جهت ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای بهبود ارائه خدمات بهداشتی اولیه انجام می‌شود. بدیهی است برای ارائه خدمات باکیفیت قبل از هر چیز نیاز به ارزیابی کیفیت است (۶). درواقع کیفیت خدمات، مقایسه بین آنچه مشتری حس می‌کند باید باشد (انتظارات) با آنچه مشتری دریافت کرده است (ادراکات) تعریف می‌شود. به دلیل تغییر ساختار جمعیتی، الگوی بیماری‌ها، تغییر انتظارات مردم، رشد تکنولوژی و افزایش هزینه‌ها، ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده ضروری است. در همین راستا جهت بررسی کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای مختلف، فعالیت‌های وسیعی صورت گرفته‌است (۷). پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، آمریکا و اندونزی حاکی از وضعیت متوسط و نیز پایین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که به نقاط ضعف و قوت آن اشاره‌شده است. به‌طوری‌که اجرای برنامه پزشک خانواده دارای چالش‌هایی در حوزه تولیت، نحوه ارائه خدمات، استمرار مراقبت، تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی بوده است. لذا امکان اجرای برنامه نیازمند برنامه‌ریزی در حوزه‌های مختلف مانند مدیریت اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیک، جامعیت بخشی به محتوای برنامه و دستورالعمل‌ها و بهبود نظام ارجاع بوده است (۱۵-۸). ارزیابی کیفیت علاوه بر نمایش نحوه اجرای برنامه‌های بهداشتی، نارسایی‌های برنامه‌های سلامت را نیز نشان می‌دهد. لذا از این طریق می‌توان مشکلات و مسائل عمده و اصلی را حل کرد (۸). بر اساس مطالعه درگاهی و درودی (۱۳۹۷) نیز تمامی مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب تهران نیاز به بهبود عملکرد دارند که می‌توان از طریق مداخله و یا بازبینی و اصلاح فعالیت‌ها، اهداف، خط‌مشی‌ها و عملکرد مدیران، اقدامات اصلاحی را انجام داد (۱۵). بنابراین ضروری است نظام‌های سلامت با استفاده از ابزارهای علمی و معتبر به ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده بپردازند.

ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه (Primary Care Assessment Tools) یکی از مدل‌های ارزیابی است که توسط استارفیلد و همکاران در سال ۲۰۰۱ طراحی‌شده‌است (۱۶). ابزار (PCAT) وضعیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه را از منظر دریافت‌کنندگان خدمات به‌طور جامع ارزیابی می‌کند. در این مطالعه دانشگاه‌های علوم پزشکی استان کرمان به دلیل جمعیت زیاد و محرومیت بالا، برای بررسی وضعیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده در نظام بهداشت کشور انتخاب گردید. لذا این پژوهش با هدف ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با ابزار PCAT در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی بود که به‌صورت مقطعی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بین دریافت‌کنندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی جنوب شرق ایران و در دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، بم، جیرفت و رفسنجان انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت چندمرحله‌ای بود؛ بدین‌صورت که ابتدا جامعه پژوهش بر اساس دانشگاه‌های علوم پزشکی آن به ۴ طبقه، کرمان، بم، جیرفت و رفسنجان تقسیم شد، سپس در هر دانشگاه، هر مرکز بهداشت را یک خوشه در نظر گرفته و متناسب با تعداد مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده آن دانشگاه نمونه‌گیری انجام شد و ۳۳۰ نمونه به شیوه نمونه گیری تخصیص متناسب و با استفاده از فرمول کوکران وارد مطالعه شد. از میان مراجعه‌کنندگان مراکز، افراد بالای ۱۸ سال به‌عنوان دریافت‌کننده گروه بزرگسال و زیر ۱۸ سال برای گروه کودک که یکی از والدین/سرپرست آن‌ها پاسخ‌دهنده بود، وارد مطالعه شدند و در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، از مطالعه خارج شدند.

ابزار ارزیابی مراقبت اولیه (PCAT) بر اساس اصول مراقبت اولیه سازمان‌یافته، برای اندازه‌گیری ویژگی‌های مراقبت اولیه مناسب به کار می‌رود و ۴ دامنه کلیدی مراقبت اولیه یعنی ۱) برخورد اول (شامل ۲ بعد بهره‌مندی (۳ سوال) و دسترسی (۴

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

سوال))، ۲) مراقبت مداوم (۴ سوال)، ۳) هماهنگی (شامل ۲ بعد هماهنگی (۴ سوال) و هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی (۳ سوال))، ۴) جامعیت (شامل ۲ بعد جامعیت خدمات موجود (۴ سوال)و خدمات ارائه‌شده (۵ سوال)) و همچنین ۳ جنبه مرتبط خانواده‌مداری (۳ سوال)، جامعه نگری (۳ سوال)و شایستگی فرهنگی (۲ سوال) را می‌سنجد. سؤالات در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت و امتیاز ۴ تا ۰ (همیشه، گاهی اوقات، به‌ندرت، هیچ‌وقت و نمی‌دانم) بود. ابعادی که بالای ۵۰ درصد از امتیاز کل پرسشنامه رو کسب کرده بودند به عنوان متوسط، و ابعادی که بالای ۷۰ درصد، به عنوان حد خوب و بالای ۸۵ درصد عالی در نظر گرفته شدند. حداکثر نمره دریافتی در دامنه برخورد اول؛ بهره مندی ۱۲ و دسترسی ۱۶، دامنه تداوم مراقبت ۱۶، دامنه هماهنگی؛ هماهنگی ۱۶ و هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی ۱۲، دامنه جامعیت خدمات موجود ۱۶ و خدمات ارائه‌شده ۲۰ بود و حداکثر نمرات برای جنبه‌های خانواده‌مداری، جامعه نگری و شایستگی فرهنگی به ترتیب ۱۲، ۱۲ و ۸ بود. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه درگاهی و درودی (۱۳۹۷) تایید شده است (۱۵).

برای تکمیل پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه، با کسب اجازه به توزیع پرسشنامه‌ها برای پزشکان و بیماران هر ۲ گروه بزرگسال و کودکان پرداخته شد. پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر، تکمیل گردید و در صورت وجود ابهام، توسط پژوهشگر برطرف شد و سپس در نرم‌افزار $SPSS_{19}$ وارد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. از تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت شرکت در مطالعه به‌صورت شفاهی گرفته‌شده است و مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه حق خروج از مطالعه را داشتند. تمامی اطلاعات این پژوهش به‌صورت محرمانه بوده و فقط در جهت اهداف مطالعه استفاده‌شده است. ضمناً این مطالعه با شناسه اخلاق IR.KMU.REC.1400.682 مورد تصویب دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرارگرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در ۲ گروه بزرگسالان و کودکان با توجه به تقسیم‌بندی پرسشنامه بود.

بزرگسالان

مطابق جدول ۱ بیشترین میانگین نمره در پرسشنامه بزرگسال در بُعد برخورد اول _بهره‌مندی در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت بود. اختلاف بین میانگین نمره در بُعد برخورد اول- بهره‌مندی در دانشگاه‌ها معنی‌دار بود. بیشترین میانگین نمره در در بُعد برخورد اول _دسترسی در دانشگاه علوم پزشکی بم بود. بیشترین میانگین نمره در در بُعد تداوم مراقبت در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بود. در بعد هماهنگی و هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی به ترتیب دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیشترین نمره را کسب کردند. در بعد جامعیت بیشترین میانگین نمره در جامعیت خدمات موجود برای دانشگاه علوم پزشکی بم بود و در جامعیت خدمات ارایه شده دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بیشترین نمره را کسب کرد. اختلاف بین میانگین جامعیت خدمات موجود در دانشگاه‌ها معنی‌دار بود. در بعد مراقبت خانواده مدار و بعد مراقبت جامعه نگر، بیشترین میانگین نمره برای دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در بعد جنبه‌های فرهنگی مراقبت بیشترین میانگین نمره را کسب کرد.

کودکان

در بُعد برخورد اول– هم بهره‌مندی و هم دسترسی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت بود و اختلاف بین میانگین نمره در در بُعد برخورد اول ـ بهره مندی در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی معنی‌دار بود. بیشترین میانگین نمره در در بُعد تداوم مراقبت در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بود. در بعد هماهنگی و هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی به ترتیب دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیشترین نمره را کسب کردند. اختلاف بین میانگین نمره در هر ۲ قسمت بعد هماهنگی در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی معنی‌دار بود. در بعد جامعیت بیشترین میانگین نمره در جامعیت خدمات موجود برای دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بود و در جامعیت خدمات ارایه شده دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیشترین نمره را کسب کرد. اختلاف بین میانگین در هر ۲ قسمت بعد جامعیت در دانشگاه‌های علوم پزشکی معنی‌دار بود. در بعد مراقبت خانواده مدار و بعد مراقبت جامعه نگر، بیشترین میانگین نمره برای دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود. دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در بعد جنبه‌های فرهنگی مراقبت بیشترین میانگین نمره را کسب کرد. اختلاف میانگین نمره در ابعاد مراقبت خانواده مدار در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی معنی‌دار بود (جدول۲).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

جدول۱: تعیین میانگین وضعیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ابعاد مختلف پرسشنامه (PCAT) در بزرگسالان برحسب دانشگاه‌ها

بُعد	دانشگاه	انحراف معیار ± میانگین نمره	میانه	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره	مقدار p*	بُعد	دانشگاه	انحراف معیار ± میانگین نمره	میانه	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره	مقدار p*
برخورد اول ـ بهره مندی	کرمان	۹/۸۰ ± ۲/۲۰	۱۱	۲	۱۲	۰/۰۲۳**	**برخورد اول ـ دسترسی**	کرمان	۱۰/۲۷ ± ۲/۷۵	۱۰	۵	۱۶	۰/۱۴۰
	بم	۹/۹۰ ± ۱/۸۳	۱۰/۵	۶	۱۲			بم	۱۱/۳۰ ± ۲/۶۹	۱۱	۷	۱۶	
	جیرفت	۱۰/۸۶ ± ۱/۶۵	۱۲	۷	۱۲			جیرفت	۱۰/۶۶ ± ۳/۱۲	۱۰	۵	۱۶	
	رفسنجان	۹/۳۵ ± ۲/۴۰	۱۰	۳	۱۲			رفسنجان	۹/۲۱ ± ۳/۵۴	۹	۳	۱۶	
تداوم مراقبت	کرمان	۱۱/۵۴ ± ۳/۵۹	۱۲	۱	۱۶	۰/۱۱۴	**هماهنگی**	کرمان	۱۱/۹۰ ± ۳/۳۲	۱۳	۳	۱۶	۰/۸۴۸
	بم	۱۰/۶۵ ± ۳/۳۷	۱۱	۳	۱۶			بم	۱۱/۷۵ ± ۲/۹۱	۱۲	۴	۱۶	
	جیرفت	۱۱/۰۶ ± ۳/۴۱	۱۱	۲	۱۶			جیرفت	۱۲/۴۱ ± ۲/۶۹	۱۳	۶	۱۶	
	رفسنجان	۱۲/۳۷ ± ۳/۳۹	۱۳	۴	۱۶			رفسنجان	۱۱/۸۶ ± ۳/۴۵	۱۳	۴	۱۶	
هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی	کرمان	۹/۶۲ ± ۲/۳۴	۱۰	۳	۱۲	۰/۷۰۸	**جامعیت خدمات موجود**	کرمان	۱۳/۱۹ ± ۲/۶۷	۱۴	۴	۱۶	۰/۰۲۳**
	بم	۹/۵۵ ± ۲/۶۶	۱۰/۵	۴	۱۲			بم	۱۳/۳۵ ± ۳/۱۳	۱۵	۴	۱۶	
	جیرفت	۹/۳۱ ± ۱/۷۹	۹	۶	۱۲			جیرفت	۱۱/۰۷ ± ۳/۶۴	۱۲	۴	۱۶	
	رفسنجان	۹/۴۰ ± ۲/۷۷	۱۱	۳	۱۲			رفسنجان	۱۳/۲۲ ± ۳/۴۶	۱۴/۵	۴	۱۶	
جامعیت خدمات ارایه شده	کرمان	۱۵/۰۲ ± ۴/۸۵	۱۵	۲	۲۰	۰/۴۷۷	**مراقبت خانوده مدار**	کرمان	۹/۱۹ ± ۲/۶۷	۱۰	۲	۱۲	۰/۰۵۹
	بم	۱۴/۵۴ ± ۵/۳۷	۱۶/۵	۳	۲۰			بم	۷/۶۰ ± ۲/۷۷	۶/۵	۴	۱۲	
	جیرفت	۱۴/۵۷ ± ۳/۴۸	۱۵	۱۰	۲۰			جیرفت	۸/۴۸ ± ۲/۴۴	۹	۴	۱۲	
	رفسنجان	۱۶/۰۲ ± ۳/۷۸	۱۶	۷	۲۰			رفسنجان	۹/۰۵ ± ۲/۴۴	۹	۳	۱۲	
مراقبت جامعه نگر	کرمان	۷/۰۸ ± ۲/۵۶	۷	۱	۱۲	۰/۴۸۰	**جنبه‌های فرهنگی مراقبت**	کرمان	۶/۲۳ ± ۱/۳۰	۷	۱	۸	۰/۶۵۱
	بم	۶/۹۵ ± ۳/۴۲	۶/۵	۲	۱۲			بم	۶/۰۰ ± ۱/۸۹	۷	۴	۸	
	جیرفت	۶/۱۷ ± ۲/۷۶	۶	۱	۱۲			جیرفت	۶/۲۰ ± ۱/۶۰	۸	۱	۸	
	رفسنجان	۶/۸۶ ± ۲/۶۰	۷	۱	۱۰			رفسنجان	۶/۴۰ ± ۱/۳۹	۷	۳	۸	

* آزمون کروسکال والیس

** معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

جدول۲: تعیین میانگین وضعیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ابعاد مختلف پرسشنامه (PCAT) در کودکان برحسب دانشگاه‌ها

بُعد	دانشگاه	انحراف معیار ± میانگین نمره	میانه	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره	مقدار * p	بُعد	دانشگاه	انحراف معیار ± میانگین نمره	میانه	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره	مقدار * p
برخورد اول ـ بهره مندی	کرمان	۱۰/۱۷ ± ۲/۱۳	۱۱	۳	۱۲	۰/۰۰۰۱ **	**برخورد اول ـ دسترسی**	کرمان	۱۰/۲۴ ± ۳/۰۲	۱۱	۱	۱۶	۰/۵۷۸
	بم	۹/۲۶ ± ۲/۲۵	۱۰	۲	۱۲			بم	۱۰/۲۰ ± ۲/۸۴	۱۰/۵	۲	۱۶	
	جیرفت	۱۰/۸۹ ± ۱/۸۱	۱۲	۶	۱۲			جیرفت	۱۱/۰۰ ± ۲/۹۵	۱۱	۴	۱۶	
	رفسنجان	۸/۷۲ ± ۲/۶۶	۹	۳	۱۲			رفسنجان	۱۰/۲۴ ± ۳/۲۴	۱۰	۳	۱۶	
تداوم مراقبت	کرمان	۱۱/۵۲ ± ۳/۴۲	۱۲	۳	۱۶	۰/۳۱۹	**هماهنگی**	کرمان	۱۱/۶۲ ± ۲/۳۳	۱۲	۴	۱۶	۰/۰۰۴ **
	بم	۱۰/۷۶ ± ۳/۴۰	۱۱	۳	۱۶			بم	۱۰/۵۳ ± ۲/۴۴	۱۰	۶	۱۵	
	جیرفت	۱۱/۴۴ ± ۲/۴۱	۱۱	۵	۱۶			جیرفت	۱۲/۰۶ ± ۲/۵۲	۱۲	۵	۱۶	
	رفسنجان	۱۲/۰۰ ± ۳/۲۴	۱۳	۵	۱۶			رفسنجان	۱۲/۶۲ ± ۳/۱۸	۱۳	۴	۱۶	
هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی	کرمان	۱۰/۲۹ ± ۱/۸۱	۱۰	۳	۱۲	۰/۰۰۰۱ **	**جامعیت خدمات موجود**	کرمان	۱۳/۱۰ ± ۲/۴۰	۱۳	۴	۱۶	۰/۰۰۰۱ **
	بم	۸/۱۶ ± ۲/۹۱	۱۰/۵	۴	۱۲			بم	۹/۵۳ ± ۳/۶۲	۹/۵	۲	۱۶	
	جیرفت	۸/۷۹ ± ۱/۴۹	۹	۶	۱۲			جیرفت	۱۰/۶۸ ± ۳/۲۰	۱۰	۴	۱۶	
	رفسنجان	۱۰/۰۰ ± ۲/۶۰	۱۱	۳	۱۲			رفسنجان	۱۳/۳۲ ± ۲/۷۵	۱۰	۴	۱۶	
جامعیت خدمات ارایه شده	کرمان	۱۶/۳۵ ± ۴/۸۵	۱۶	۲	۲۰	۰/۰۰۰۱ **	**مراقبت خانوده مدار**	کرمان	۹/۸۶ ± ۲/۲۰	۱۰	۲	۱۲	۰/۰۰۰۱ **
	بم	۱۳/۶۷ ± ۵/۳۷	۱۳	۳	۲۰			بم	۶/۸۶ ± ۲/۶۸	۶/۵	۲	۱۲	
	جیرفت	۱۴/۳۲ ± ۳/۴۸	۱۲	۱۰	۲۰			جیرفت	۸/۶۲ ± ۲/۲۷	۹	۳	۱۲	
	رفسنجان	۱۶/۱۸ ± ۳/۷۸	۱۳	۷	۲۰			رفسنجان	۹/۳۷ ± ۲/۴۰	۱۰	۳	۱۲	
مراقبت جامعه نگر	کرمان	۷/۲۷ ± ۲/۱۷	۸	۲	۱۲	۰/۲۰۰	**جنبه‌های فرهنگی مراقبت**	کرمان	۶/۰۴ ± ۱/۷۳	۶	۲	۸	۰/۰۸۰
	بم	۶/۸۶ ± ۲/۲۳	۷	۳	۱۱			بم	۵/۷۲ ± ۱/۷۰	۶	۲	۸	
	جیرفت	۶/۵۵ ± ۱/۸۴	۷	۳	۱۰			جیرفت	۶/۷۵ ± ۱/۴۰	۷	۳	۸	
	رفسنجان	۷/۲۴ ± ۲/۳۳	۸	۱	۱۱			رفسنجان	۶/۲۷ ± ۱/۹۰	۶/۵	۱	۸	

* آزمون کروسکال والیس
** معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد نمره برخورد اول- بهره مندی در هر ۲ گروه بزرگسال و کودک با کسب میانگین ۱۰ و ۹/۷۶ (به ترتیب ۸۳ و ۸۱ درصد) در حد خوب و نمره برخورد اول- دسترسی در هر ۲ گروه بزرگسال و کودک با کسب میانگین ۱۰/۳۶ و ۱۰/۴۲ (۶۴ و ۶۵ درصد) در حد متوسط بود. نتایج مطالعه بخشی و همکاران (۱۳۹۸) در اسلام آباد با عنوان ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و تأثیر آن بر کیفیت زندگی دریافت‌کنندگان خدمات نشان داد کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی اولیه متوسط به بالا هست (۶). اختلاف درصد بین بهره مندی و دسترسی نشان از موانع مختلف در ارایه خدمات بهداشتی است که برطرف کردن موانع اصلی دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد.

نمره وضعیت تداوم مراقبت در گروه بزرگسال و کودک با میانگین ۱۱/۴۰ و ۱۱/۴۳، (هر ۲ گروه ۷۱ درصد) خوب بود. شناخت جمعیت تحت پوشش و آشنایی با مسائل و مشکلات آن‌ها، پیگیری درمان توسط یک پزشک و فراهم نمودن تداوم مراقبت شخص محور، به نظر از عوامل موثر در این بعد می‌باشد. مطالعه زنده طلب و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان «ارتقای کیفیت برنامه ادغام یافته سالمندی در یک مرکز جامع خدمات سلامت» در مشهد نشان داد می‌توان با ارائه خدمات باکیفیت، پاسخ‌گویی و ایجاد حس احترام، به‌تدریج اعتماد بین پرسنل با سالمندان و خانواده‌ها ایجاد کرد. برنامه مراقبت پویا و مداوم توانست با ویژگی‌های جامع، مستمر، حمایتی، فعال و مشارکت محور بودن، کیفیت مراقبت ادغام یافته در راستای سالمندی سالم را ارتقا دهد (۱۷).

هر ۲ گروه بزرگسال و کودک در هر ۲ بعد هماهنگی با میانگین ۱۱/۹۸ و ۱۱/۷۰ (۷۴ و ۷۳ درصد) و بعد هماهنگی سیستم‌های اطلاعاتی با میانگین ۹/۴۷ و ۹/۳۱ (۷۹ و ۷۸ درصد) وضعیت مشابه و خوبی داشتند. هماهنگی ارائه مراقبت می‌تواند توسط پزشک خانواده با تیم خود در سطح اولیه مراقبت، یا با سطوح دیگر مراقبت انجام پذیرد. هماهنگی در ارائه مراقبت در سطح اولیه خدمات و توسط پزشک خانواده، به‌عنوان یکی از روش‌های کاهش پذیرش مجدد در مطالعه ماتیوس (۲۰۱۴) در آمریکا با عنوان اقدامات هماهنگ مراقبتی پزشک خانواده به‌عنوان الگویی برای کاهش بستری مجدد در بیمارستان گزارش‌شده است (۱۸).

وضعیت جامعیت خدمات موجود در بزرگسالان و کودکان با میانگین ۱۲/۷۰ و ۱۱/۶۸ (۷۹ و ۷۳ درصد) بود. درحالیکه میانگین نمره جامعیت خدمات ارایه شده در هر ۲ گروه ۱۵ (۷۵ درصد) بود. نتایج مطالعه کاظمیان و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان ارزیابی کاهش هزینه‌های غیرضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها (کاهش هزینه‌ها در برنامه پزشک خانواده) که در ۴۱ مرکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان انجام شد حاکی از آن است که ارائه مراقبت‌های جامع تحت نظر پزشک خانواده، می‌تواند به‌عنوان یک روش بهبود وضعیت بیماران و کاهش هزینه‌های غیرضروری در نظام سلامت محسوب شود (۱۹).

نتایج این مطالعه نشان داد نمره وضعیت مراقبت خانواده‌مدار در ۲ گروه بزرگسال و کودک خوب و به ترتیب ۸/۵۸ و ۸/۶۷ (۷۱ و ۷۲ درصد) بود. پزشکان خانواده به دلیل سابقه خود در ارتباط با خانوارها، مناسب‌ترین افراد برای حل مسائل مربوط به‌سلامتی آن‌ها می‌باشند به‌طوری‌که فانی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود با عنوان تحلیل استراتژی‌های تعالی خدمات بهداشتی اولیه روستایی در ایران؛ با رویکرد سیستماتیک به این نتیجه رسیدند که از استراتژی‌های اصلی تعالی خانه‌های بهداشت روستایی می‌توان به استراتژی‌های بهبود کیفیت خدمات مراقبت، بهبود رفتار ارائه‌دهنده خدمت و بهبود مشارکت جامعه اشاره کرد (۲۰). نتایج مطالعه حیدریان و همکاران (۱۴۰۰) با عنوان ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت، حاکی از آن است که جهت دستیابی به کیفیت خدمات در حوزه پزشکی خانواده می‌بایست ساختارهای مهم اجرایی ازجمله ساختارهای کیفیت خدمات مدنظر قرار گیرد تا پزشکان خانواده موفق به ارائه خدمات باکیفیت بالا و مستمر به بیماران شوند و بتوانند به همه خدمات حاد و مزمن و مراقبت‌های پیشگیری بپردازند؛ البته این امر نیازمند همکاری سایر متخصصین و اعضای تیم سلامت و حتی خانواده‌ها می‌باشد (۲۱).

بر اساس نتایج این مطالعه، کمترین نمره این پرسشنامه برای بعد مراقبت جامعه نگر بود. نمره این بعد برای گروه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

بزرگسال و کودک متوسط و به ترتیب ۶/۷۶ و ۶/۹۸ (۵۶ و ۵۸ درصد) می‌باشد. از منظر دریافت‌کنندگان، این کارکرد از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و نیاز به بهبود دارد. بیاتی و همکاران (۱۳۹۲) مطالعه‌ای با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت در شهرستان اراک انجام دادند که به‌صورت یک مطالعه کیفی بوده و ۵۵ نفر مشارکت‌کننده داشت. نتایج این مطالعه نشان داد تعدادی از پزشکان ثبات و شناخت بیشتر جمعیت تحت پوشش را عامل مهمی در شناخت بیماری‌ها و پیگیری بهتر و درمان مطلوب‌تر دانسته‌اند. درحالی‌که به دلیل جابه‌جایی‌هایی که انجام‌شده (به دلیل درخواست فرد یا نیاز سیستم) باعث شده که آنان نتوانند برنامه‌ریزی مناسبی جهت ارتقای برنامه‌های بهداشتی داشته باشند (۲۲).

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که نمره وضعیت جنبه‌های فرهنگی مراقبت در گروه بزرگسال و کودک ۶/۲۰ (۷۷ درصد) است که نشان از وضعیت خوب هر ۲ گروه می‌باشد. ویژگی‌های خاص فرهنگی نیز، یکی دیگر از جنبه‌های مهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه هست. در مطالعه دهنویه و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان کیفیت خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ وضعیت، موانع و راهکارهای بهبود، یکی از موانعی که به آن اشاره‌کرده‌اند موانع فرهنگی هست. عقاید و باورهای مردم، به‌عنوان عوامل فرهنگی بر برنامه تأثیر زیادی داشته است. این عقاید و باورها عبارت بود از باور مردم به جایگاه پزشک خانواده، باور به تخصص پزشک قبلی، اعتقاد به طب سنتی، مراجعه بیماران به افراد بومی از قبیل طبیب سنتی، دعانویس و فالگیر برای انجام اقدامات درمانی و استفاده از داروهای محلی. اعتقاد برخی بیماران به طب سنتی موجب می‌شده که برای تکمیل فرایند درمان به آن مراکز مراجعه و ناچار به پرداخت هزینه‌ها به‌طور کامل شوند. همچنین به برخی باورهای خاص افراد در مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از داروهای محلی برای درمان بیماری‌ها می‌توان اشاره کرد (۲۳).

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که تاکنون مطالعه‌ای در مورد ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به روش PCAT در جنوب شرق ایران صورت نگرفته است. با توجه به اینکه این مطالعه در ۴ دانشگاه علوم پزشکی کشور انجام شده است لذا می‌توان این پژوهش را به جنوب کشور تعمیم داد. از جمله محدودیت این مطالعه نیز می توان به کمبود مطالعات پیشین اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت جنبه‌های مختلف مراقبت‌های اولیه در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران از وضعیت نسبتاً خوبی برخوردار بودند. با اجرای برنامه‌هایی از جمله برنامه پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت می‌توان این وضعیت را بهبود بخشید. البته باید به این نکته توجه کرد که فراهم کردن زیرساخت‌ها شرط اصلی موفقیت این برنامه‌هاست و جهت افزایش کیفیت خدمات بهداشتی نیازمند برنامه‌های موثر هستیم. تفاوت میانگین نمره ابعاد مراقبت‌های اولیه در دانشگاه‌های مورد مطالعه نشان داد اگرچه ساختارهای فیزیکی و سخت‌افزار اولیه استقرار برنامه پزشک خانواده مهیا هست ولی نیاز است تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم و ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز فراهم گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از همکاری صمیمانه مسئولین محترم دانشگاه‌های مورد مطالعه قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ر. د

جمع‌آوری داده‌ها: ز. الف

تحلیل داده‌ها: خ. ک، ر. د

نگارش و اصلاح مقاله: خ. ک، ر. د، ز. الف

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان ارزیابی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با ابزار PCAT در مناطق تحت پوشش پزشک خانواده جنوب شرق ایران در گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی هست که توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده‌است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

References

1) Nabilou B, Farokh Eslamlou H. Assessing quality of family health services in view points of service users in urmia health posts. Nurs Midwifery J 2013; 11(5): 344-50.
2)Tehrani H, Fardazar F. Principles of health services. Tehran: Samat; 2018. [Persian]
3)Dorri Kafrani S, Zolfagharnasab A, Torabi F. Primary health care quality improvement patterns: a systematic review study. SJSPH 2019; 17(2): 169-82. [Persian]
4)Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, Mossialos E, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. The Lancet 2020; 395(10239): 1802-12. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7.
5)World Health Organization. Report of the international conference on primary health care. WHO: Geneva; 1978.
6)Bakhshi E, Ojaghi Sh, Kalantari R, Salimi N. Assessing the quality of primary health services and its effect on quality of life in recipients: a case study in a rural health center. Journal of Health 2019; 10(3): 369-78. doi:10.29252/j.health.10.3.369. [Persian]
7)Baltussen R, Ye Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. Health Policy Plan 2002; 17(1): 42-8. doi: 10.1093/heapol/17.1.42.
8) Abedi G, Soltani Kontai SA, Yazdani Cheratee J. Evaluation of managed health care in contagious and non-contagious diseases in Golestan province, northern Iran during 2016. J Gorgan Univ Med Sci 2019; 21(2): 113-9. [Persian]
9)Emami R, Pirzadeh A. Assessment of quality of services in health centers of Kohdasht, Iran, from the perspective of clients. J Health Syst Res 2020; 16(1): 29-37. [Persian]
10) Petrescu C, Mihalache F. Perceptions towards the quality of public services in Romania. poor outcomes of public administration reforms?. Calitatea Vieţii 2020; 31(3): 263-85. doi:10.46841/RCV.2020.03.04.
11) Shi L, Pinto DM, Guanais FC. Measurement of primary care: report on the Johns Hopkins primary care assessment tool. Inter-American Development Bank. 2012.
12) Tahir M, Amiruddin R, Palutturi S, Rivai F, Saleh LM. Quality evaluation of health services at community health centers: through accreditation surveys in Indonesia. Indian Journal of Public Health Research & Development 2020; 11(1): 1294-9.
13) Rizqi YN, Nafisah L, Rubai WL. Community satisfaction analysis towards health promotion services at public health center Indonesia. 4th international conference in health sciences (ICHS); 2021 Aug 9; 2021.
14) Sharifi T, Hosseini SE, Mohammadpour S, Javan-Noughabi J, Ebrahimipour H, Hooshmand E. Quality assessment of services provided by health centers in Mashhad, Iran: servqual versus healthqual scales. BMC Health Services Research 2021; 21(1): 1-7. doi:10.1186/s12913-021-06405-4.
15) Dargahi H, Darrudi AR. Performance assessment of health care centers in south Tehran health network. Manage Strat Health Syst 2019; 3(4): 264-75. [Persian]
16) Macinko J, Almeida C, De Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan 2007; 22(3): 167-77. doi: 10.1093/heapol/czm008.
17) Zendehtalab HR, Vanaki Z, Memarian R. Improving the quality of geriatric care for the healthy elderly in a comprehensive health centers in Iran. Salmand Iranian Journal of Ageing 2021; 15(4): 428-39. doi:10.32598/sija.15.4.2881.1. [Persian]
18) Mathews WA. Care coordination measures of a family medicine residency as a model for hospital readmission reduction. The American Journal of Managed Care 2014; 20(11): e532-4.
19) Kazemian M, Telouri F, Mirdarvatan SHA. Assessment unnecessary costs in family physicians with comprehensive approach to care (cuts in family physician program). Journal of Healthcare Management 2016; 7(3): 47-55. [Persion]
20) Fani F, Mahmoudi Gh, Jahani MA, Yazdani-Charati J. Analysis of rural primary health care excellence strategies in Iran: a systematic approach. Clin Exc 2021; 11(1): 13-27. [Persian].
21) Heidarian Naeini AR, Mahmoodi Alemi G, Yazdani Charati J. Required structures for family physician program to achieving service quality dimensions in primary health care: a systematic review. Payavard 2021; 15(3): 254-71. [Persian]
22) Bayati A, Ghanbari F, Hosseini SS, Maleki A, Shamsi M. Factors influencing family physician programfrom the perspective of the health team. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(115): 22-35. [Persian]
23) Dehnavieh R, Haghdoost A, Majdzadeh SR, Noorihekmat S, Ravaghi H, Mehrolhasani M, et al. Quality of health services of the Islamic Republic of Iran: status, barriers and improvement strategies. Iranian Journal of Epidemiology 2018; 13(5): 98-109. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences

Research Article

Assessment of Primary Healthcare System in Areas Covered by Family Physician Project in Southeastern Iran

Khalil Kalavani [1], Zohreh Eskandarizadeh [2], Reza Dehnavieh [3*]

[1] Ph.D. student of Healthcare Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
[2] MSc in Healthcare Management, School of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences Kerman, Iran
[3] Professor, Health Foresight and Innovation Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*** Corresponding Author:** Reza Dehnavieh
rdehnavi@gmail.com

Citation: Kalavani Kh, Eskandarizadeh Z, Dehnavieh R. Assessment of Primary Healthcare System in Areas Covered by Family Physician Project in Southeastern Iran. Manage Strat Health Syst 2022; 7(2): 172-80.

Received: April 16, 2022
Revised: September 04, 2022
Accepted: September 07, 2022

Funding: This study has been supported by Kerman University of Medical Sciences.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

ABSTRACT

Background: Community's health depends on the primary healthcare sector of a country. In recent years, health systems have sought to assess the quality of services provided. Therefore, this study was conducted to evaluate the primary health care system with the Primary Care Assessment Tool (PCAT) in areas covered by the family physician in southeastern Iran.

Methods: This was a descriptive-analytical study conducted cross-sectionally. It was performed on 330 recipients of services in health centers implementing the family physician project at Kerman, Bam, Jiroft and Rafsanjan Universities of Medical Sciences. The sampling method in this study was multistage. The instrument used in this study (PCAT) was based on the principles of primary care and is used as a tool to evaluate primary care. Data were analyzed using Kruskal-Wallis test in the SPSS $_{19}$ software.

Results: The findings of this study were in 2 groups of adults and children according to the categorization of the questionnaire. Regarding adults, the highest average score of the questionnaire was related to first encounter - utilization in Jiroft University of Medical Sciences, first encounter - access in Bam University, continuity of care in Rafsanjan University, coordination in Jiroft University, coordination of information systems in Kerman, comprehensiveness of services available in Bam, comprehensiveness of services provided in Rafsanjan's family-oriented care in Kerman, community-oriented care in Kerman, and cultural aspects of care in Rafsanjan University of Medical Sciences. The difference between the average score in the dimension of the first encounter - utilization and the dimension of comprehensiveness of the services available in universities was significant ($p < 0.05$). In children, the highest average score was in the questionnaire is in the dimension of first encounter - utilization in Jiroft University of Medical Sciences, first encounter - access in Jiroft University, continuity of care in Rafsanjan University, coordination in Rafsanjan University, coordination of information systems in Kerman, comprehensiveness of services available in Rafsanjan. The comprehensiveness of services provided in Kerman, family-oriented care in Kerman, community-oriented care in Kerman, and cultural aspects of care in Jiroft University of Medical Sciences. The difference between the average score in the dimensions of the first encounter - utilization, coordination, coordination of information systems, comprehensiveness of available services, comprehensiveness of provided services, family-oriented care among universities was significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The present study demonstrated that various aspects of primary care in the areas covered by the family physician project in southeastern Iran had a relatively satisfactory status. The difference in the mean score of primary care in the studied universities shows that although the basic physical structures and hardware of the family physician program are available, it is crucial to provide the necessary facilities to maintain and improve the quality of services provided.

Key words: Assessment, Primary healthcare, Family physician

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10681]