

Model for Retention of Medical Specialists in Less Developed Provinces and Deprived Areas

Alimohammadi A¹, Mohammadi N^{2*}, Hamidi N³, Doroodi H⁴

1- PhD Student, Department of Management, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Management, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3-Associate Professor, Department of Management, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

4- Associate professor, Department of Management, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Corresponding author: Mohammadi N, Assistant Professor, Department of Management, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Email: mohammadi_managment@yahoo.com

Abstract

Introduction: The maintenance of specialized physicians in deprived and less developed areas is of great importance so that if their maintenance is not considered, it will cause problems in the health of the community.

Methods: The present study was a qualitative study. Participants in the study included 20 experts, physicians and health managers in less developed provinces and disadvantaged areas who were selected by snowball sampling and invited for interviews. Grounded theory method was used to analyze the data and all data including the results of theoretical foundations, upstream documents and interviews were coded and classified.

Results: The final model consisted of three organizational, environmental and individual factors of retention of specialist physicians in disadvantaged and underdeveloped areas. After analyzing the upstream documents, interviews and open coding and selective coding in the upstream documents section, the two main categories include physicians' welfare and social and psychological support of physicians, and in the interview section, the eight main categories include; Facilities needed by specialized physicians in deprived areas (10 concepts), problems in maintaining specialized physicians in deprived areas (18 concepts), positive results in maintaining specialized physicians in deprived areas (11 concepts), negative results, lack of specialized physicians in deprived areas (12 concepts) , Motivational conditions for keeping specialized physicians in deprived areas (13 concepts), strategies for keeping specialized physicians in deprived areas (12 concepts), factors of reluctance of specialized physicians in deprived areas (15 concepts) and the current situation of specialized physicians in deprived areas (9 concepts) Extracted and placed in the model.

Conclusions: Three organizational, environmental and individual factors are effective in retaining specialist physicians in deprived and less developed areas. Accordingly, decision-makers can plan according to the identified factors in order to improve the maintenance conditions and provide the required manpower in deprived areas.

Key words: Retention model, Medical specialist, Developed and deprived area, Work force.

مدل نگهداشت پزشکان متخصص در استان های کمتر توسعه یافته و مناطق محروم

احمد علی محمدی^۱، نبی الله محمدی^{۲*}، ناصر حمیدی^۳، هما دورودی^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه مدیریت، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۳- دانشیار، گروه مدیریت، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

۴- دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی و هنر، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: نبی الله محمدی، استادیار، گروه مدیریت، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

ایمیل: mohammadi_management@yahoo.com

چکیده

مقدمه: نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته دارای اهمیت فراوانی است به گونه ای که اگر به نگهداشت آنان توجه نشود باعث ایجاد مشکلاتی در سطح سلامت جامعه می گردد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی بود. شرکت کنندگان در مطالعه شامل ۲۰ نفر از خبرگان، پزشکان متخصص و مدیران حوزه بهداشت و درمان در استان های کمتر توسعه یافته و مناطق محروم بود که به روش نمونه گیری گلوله برفی انتخاب شدند و از آن ها جهت مصاحبه دعوت به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از روش گراند تئوری استفاده شد و تمامی داده ها از جمله نتایج حاصل از مبانی نظری، اسناد بالادستی و مصاحبه های انجام شده کدگذاری و طبقه بندی شدند. **یافته ها:** مدل نهایی شامل سه عامل سازمانی، محیطی و فردی نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه بود. پس از تحلیل اسناد بالادستی، مصاحبه ها و انجام کدگذاری باز و کدگذاری انتخابی در بخش اسناد بالادستی ۲ طبقه اصلی شامل رفاه پزشکان و حمایت اجتماعی و روانی از پزشکان و در بخش مصاحبه ۸ طبقه اصلی شامل؛ امکانات مورد نیاز پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۰ مفهوم)، مشکلات نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۸ مفهوم)، نتایج مثبت نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۱ مفهوم)، نتایج منفی فقدان نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۲ مفهوم)، شرایط انگیزشی نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۳ مفهوم)، راهکارهای نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۲ مفهوم)، عوامل عدم رغبت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۵ مفهوم) و شرایط کنونی پزشکان متخصص در مناطق محروم (۹ مفهوم) استخراج و در مدل قرار گرفتند.

نتیجه گیری: سه عامل اصلی سازمانی، محیطی و فردی در نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته مؤثر هستند. بر این اساس، مدیران تصمیم گیر می توانند با توجه به عوامل شناسایی شده برنامه ریزی مدونی، به منظور بهبود شرایط نگهداشت و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در مناطق محروم به عمل آورند.

کلیدواژه ها: نگهداشت پزشکان متخصص، توسعه یافتگی، مناطق محروم، منابع انسانی.

مقدمه

کشورهایی است که به لحاظ توسعه و پیشرفت می توان آن را از نوع کشورهای در حال توسعه نامید. اما با سرعت رشد و پیشرفتی که کشورهای دیگر در پیش گرفته اند، شاید این آهنگ توسعه نیز رنگ باخته و محلی از اعراب نداشته باشد. در عین حال یکی از مهم ترین دلایل این امر، عدم قابلیت در نگهداشت نیروهای متخصص در کشور است. [۱]

ایران، دارای مناطق روستایی و بیابانی زیادی است و مناطق

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته، مشکل نگهداشت نیروی متخصص و خبره و عدم ممانعت از مهاجرت آن ها به کشورهای پیشرفته، به یکی از معضله های اساسی در راه گام برداشتن به سمت توسعه تبدیل شده است. نبود نیروی متخصص، به معنای عدم توسعه، فقر، فقدان برنامه ریزی، عقلانیت و در جا زدن است. ایران نیز، یکی از

دورافتاده با امکانات پایین بسیاری دارد که در برنامه‌های توسعه‌ای توجهی زیادی به آن‌ها نشده است. در کنار این مناطق دورافتاده، شهرهایی نیز وجود دارند که در قیاس با چند شهر کلان و توسعه یافته از بی امکاناتی، فقر تجهیزات و توسعه رنج می‌برند [۲] نابرابری در دسترسی به خدمات حوزه سلامت هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه وجود دارد اما در کشورهای در حال توسعه، شدیدتر است. در کشورهای در حال توسعه، کیفیت زندگی مردم دستخوش نابرابری‌های منطقه‌ای عظیمی است که در بسیاری موارد، به سرعت در حال افزایش است [۳].

امروزه نیروی انسانی، به‌ویژه نیروی متخصص و ماهر در توسعه جامعه نقش اساسی را ایفا می‌کنند و فقدان و کمبود آن سبب اتلاف و رکود سرمایه مادی گردیده و تولید و بازتولید رو به افول می‌گذارد [۴]. امروزه نگهداشت یا ماندگاری منابع انسانی در یک تعریف جامع به مفهوم جلوگیری از ترک خدمت و حفظ افراد در سازمان بوده که در این زمینه سازمان‌ها باید تدابیر لازم را به‌کارگیرند تا با ایجاد شرایط مطلوب اشتغال برای کارکنان، مانع انتقال آنان به سازمان دیگر شوند [۵]. نگهداشت کارکنان می‌تواند یک منبع حیاتی و مهم مزیت رقابتی برای هر سازمان باشد. مزایایی ناشی از حفظ کارکنان مهم، شامل توانایی شرکت برای رسیدن به اهداف استراتژیک تجاری و دستیابی به مزیت رقابتی با رقبای کنونی و قدیمی است. همچنین نگهداشت کارکنان منجر به دستیابی به مزایایی مانند رضایت کارکنان، خدمات بهتر، هزینه‌های کمتر، کاهش میزان خسارت، مرادوات مثبت، افزایش سهم بازار، افزایش بازدهی و کارایی می‌شود [۶] مناطق در حال توسعه به لحاظ داشتن مراقبت‌های پزشکی و پزشک اغلب در وضعیت‌های بحرانی قرار دارند. ناتوانی در پرداخت حقوق متخصصان و کمبودهای وسایل پزشکی و خدمات پزشکی اساسی، آن چیزی است که اغلب به‌عنوان نقص سیستم مدیریت نگهداشت و تأمین این متخصصان به آن اشاره می‌شود. در بطن این بحران‌ها، دو مسئله اساسی وجود دارد: یکی مدیریت ضعیف و دیگری کمبود شدید متخصصان پزشکی.

[۷]

توجه به مناطق محروم و برنامه ریزی جدی برای محرومیت‌زدایی، با پیروزی انقلاب اسلامی در حد نسبتاً چشمگیری مدنظر بوده است. تلاش برای رفع مشکلات مربوط به مناطق محروم همچنان از کمبود نیروها متخصص رنج برده و علاوه بر آنکه جذب نیروهای پزشکان متخصص در استان‌های کمتر توسعه یافته و مناطق محروم از سیاست‌های کلی نظام اداری وزارت بهداشت ایران است [۸] همچنین یکی از مسائلی که حول ترک خدمت، توجه مدیران زیادی را به خود معطوف کرده، این است که عموماً کارکنان با مهارت و توانمندی بالا که توانایی یافتن شغل‌های مناسب‌تری را دارند، سازمان را ترک می‌کنند و کسانی که شغل خود را ترک نمی‌کنند، عموماً توانایی یافتن شغل بهتر را ندارند. [۹]

در این رابطه، عبداللهی و همکاران در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر حفظ و نگهداشت نیروی انسانی متخصص در دانشگاه علوم پزشکی استان ایلام پرداختند. نتایج نشان داد که بین نظام ارزشیابی اثربخش، خصوصیات مدیران و دادن اطلاعات معتبر و ماندگاری کارکنان متخصص رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به‌گونه‌ای که هرچه عوامل فوق افزایش یابد، می‌توان شاهد ماندگاری بیشتر کارکنان متخصص بود [۱۰].

اولیایی منش و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان کردند نظام سلامت کشور با اجرای برنامه حمایت از ماندگاری (نگهداشت) پزشکان در مناطق محروم به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های تحول نظام سلامت توانسته است دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در مناطق محروم را بیش از دو برابر افزایش دهد و تأثیر فراوان در کاهش پرداخت از جیب مردم داشته باشد، ولی این چالش کمبود پزشک متخصص، کماکان وجود دارد [۱۱].

بنابراین نگهداشت نیروهای متخصص در مناطق محروم ازجمله مهم‌ترین وظایف مدیران سازمان‌های سلامت محور است. نبود و کمبود پزشک متخصص و کافی در بسیاری از مناطق محروم به ویژه در روستاها مشکلات زیادی را برای مردم ایجاد کرده است؛ مدیریت نیروی

چهره به چهره از نوع نیمه ساختارمند (Semi-structured interviews) به صورت انفرادی استفاده شد. مصاحبه‌ها تا زمان رسیدن به اشباع (Saturation) ادامه داشت. مدت زمان هر مصاحبه به طور متوسط ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود. جهت تحلیل داده‌های کیفی از روش نظریه داده بنیاد (Grounded Theory) استفاده شد. [۱۳] استراتژی مصاحبه، عمیق و نیمه ساختاریافته بود و پس از ثبت پاسخ‌های مصاحبه شونده‌گان و کمک گرفتن از افراد خبره با استفاده از روش تحلیل مضمون، کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل کیفی انجام شد.

برای بررسی پایایی مصاحبه‌های صورت گرفته، از پایایی باز آزمون شاخص ثبات و روش توافق درون موضوعی (تکرارپذیری) استفاده شد. لازم به ذکر است پایایی باز آزمون و شاخص تکرارپذیری از عوامل کلیدی موفقیت در پژوهش کیفی و مبنایی برای واقعی بودن توصیف‌ها و یافته‌های پژوهش برای تعمیم‌پذیری است [۱۵].

مصاحبه با شرکت‌کنندگان در این مطالعه در محل کار و در زمان فراغت آن‌ها بر اساس اعلام خودشان انجام شد. در ابتدا برای هر یک از شرکت‌کنندگان توضیحات لازم درباره اهمیت موضوع داده شد. شرکت‌کنندگان با آگاهی کامل از موضوع پژوهش و با رضایت کامل وارد مطالعه شدند و تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله شرط امانت و صداقت، جلب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی اطلاعات هویتی شرکت‌کنندگان رعایت و افراد مجاز بودند در هر یک از مراحل انجام پژوهش بدون آسیب و زیان مطالعه را ترک کنند. پس از ضبط مصاحبه و استخراج مراحل پیاده‌سازی محتوای مصاحبه شامل جمع‌آوری داده‌ها، تقلیل داده‌ها، طبقه‌بندی و تحلیل انجام شد. [۱۶].

یافته‌ها

(جدول ۱) ترکیب جمعیتی مصاحبه شونده‌گان را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد؛ از بین شرکت‌کنندگان در مطالعه ۸ (۴۰) نفر زن و ۱۲ (۶۰) نفر مرد بودند.

انسانی بعضاً باعث شده امروزه در برخی از مناطق محروم کشور پزشکان متخصص و حتی در مناطق دورافتاده پزشک عمومی وجود نداشته باشد. مسئله‌ای که مشکلات زیادی را به مردم این مناطق تحمیل کرده است. بالا رفتن هزینه درمان، تأخیر در درمان، سفرهای درمانی به شهرهای دیگر و حتی وخامت بیشتر یا مرگ بیماران ناشی از سردرگمی مسئولان وزارت بهداشت در مدیریت نیروی انسانی در کشور است [۱۲]. لذا با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر با هدف ارائه مدل نگهداشت بر پایه شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های نگهداشت پزشکان متخصص در استان‌های کمتر توسعه یافته و مناطق محروم انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ به منظور ارائه مدلی برای نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته انجام شد. جامعه پژوهش، مدیران و کارشناسان ارشد حوزه نیروی انسانی و پزشکان متخصص مناطق محروم وزارت بهداشت و درمان بودند. نمونه‌گیری از مصاحبه شونده‌گان به صورت هدفمند (Goal oriented sampling) با روش گلوله برفی (Snow balling) انجام شد. [۱۳]. این روش در مواقعی استفاده می‌شود که پژوهشگر در نظر دارد نظرات، دیدگاه‌ها و نگرش‌های افراد خاصی در اطلاعات حاصله موجود باشد. [۱۴]. روش پژوهش در این مطالعه از نظر هدف اکتشافی، از بعد مخاطب استفاده کننده پژوهش توسعه‌ای و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها کیفی بود. در بخش کیفی مصاحبه توسط فرد محقق با ۲۰ نفر از خبرگان انجام شد. نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود شامل؛ تمایل به شرکت در مطالعه، اشتغال در حوزه نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به عنوان مدیر و کارشناس اشتغال در مناطق محروم وارد مطالعه شدند.

ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها راهنمای مصاحبه (Interview guide) بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۸
	مرد	۱۲
	مجموع	۲۰
سن	۳۵ تا ۴۵ سال	۵
	۴۵ تا ۵۵ سال	۱۱
	۵۵ تا ۶۵ سال	۴
	مجموع	۲۰
	کمتر ۱۰ سال	۲
سابقه کار	۱۰ تا ۱۵ سال	۳
	۱۵ تا ۲۰ سال	۴
	۲۰ تا ۲۵ سال	۴
	۲۵ تا ۳۰ سال	۶
	۳۰ تا ۳۵ سال	۱
مدرک تحصیلی	مجموع	۲۰
	کارشناسی	۲
	کارشناس ارشد	۱۰
	دکتر	۸
	مجموع	۲۰
سابقه مدیریت	کمتر از ۱۰ سال	۷
	۱۰ تا ۱۵ سال	۴
	۱۵ تا ۲۰ سال	۶
	۲۰ تا ۲۵ سال	۳
	مجموع	۲۰

شدند. (جدول ۲) نتایج کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراجی از اسناد بالادستی را نشان می‌دهد.

در ادامه و بر اساس یافته‌های به دست آمده از اسناد بالادستی، مصاحبه‌ها و بررسی ارتباطات معنایی و مفهومی، کلیه ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌ها به طور کامل تعریف

جدول ۲: نتایج کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراجی از اسناد بالادستی

بررسی و تحلیل محتوای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در نظام بهداشتی						
ردیف	منبع	کدگذاری باز		کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی	
		مفهوم	کد مفهوم	زیر طبقه	طبقه اصلی	
۱	قوانین خدمت پزشکان	کمک به رفع مشکلات رفاهی	K1	حمایت مالی	رفاه پزشکان	
۲	قوانین خدمت پزشکان	حل مشکلات مالی با صندوق رفاه پزشکان	K1			
۳	قوانین خدمت پزشکان	طراحی سازوکار مناسب جهت تحقق عدالت از نظر درآمد میان گروه‌های مختلف جامعه پزشکی	K1			
۴	قوانین خدمت پزشکان	مشارکت در جهت اشتغال فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی	K2			اشتغال سریع
۵	ماده ۱۴ قانون پزشکی	دریافت پروانه دائم	K2			

۶	قوانین خدمت پزشکان	اصلاح نگرش به منظور ارزش گذاری حقیقی خدمات پزشکی	M1	حمایت اجتماعی و روانی از پزشکان	بعد روانی و اجتماعی
۷	قوانین خدمت پزشکان	تقدیر از پزشکان در مناطق محروم	M1		
۸	بند الف ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی	حق بیمه در دوران خدمت پزشکان	M1		
۹	قوانین خدمت پزشکان	معافیت ایثارگران از قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	M1		
۱۰	قوانین خدمت پزشکان	معافیت فارغ التحصیلان پزشکی دانشگاه آزاد از طرح خدمتی	M1		
۱۱	قوانین خدمت پزشکان	تأمین مسکن رایگان برای پزشکان	M1		
۱۲	قوانین خدمت پزشکان	اضافه حقوق برای پزشکان در مناطق محروم	M1		

(جدول ۳) نتایج کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراجی از مصاحبه‌ها را نشان می‌دهد. در این جدول ابتدا مصاحبه‌ها به گزاره سپس به مفهوم و در نهایت به یک کدگذاری محوری و انتخابی طبقه‌بندی شدند. همچنین

پایایی ۸۸ درصد و میزان توافق درون موضوعی ۸۲ درصد به دست آمد و از آنجایی که میزان پایایی در حد مناسبی بود، همسانی درونی مصاحبه‌ها تأیید شد.

جدول ۲: نتایج کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراجی از مصاحبه

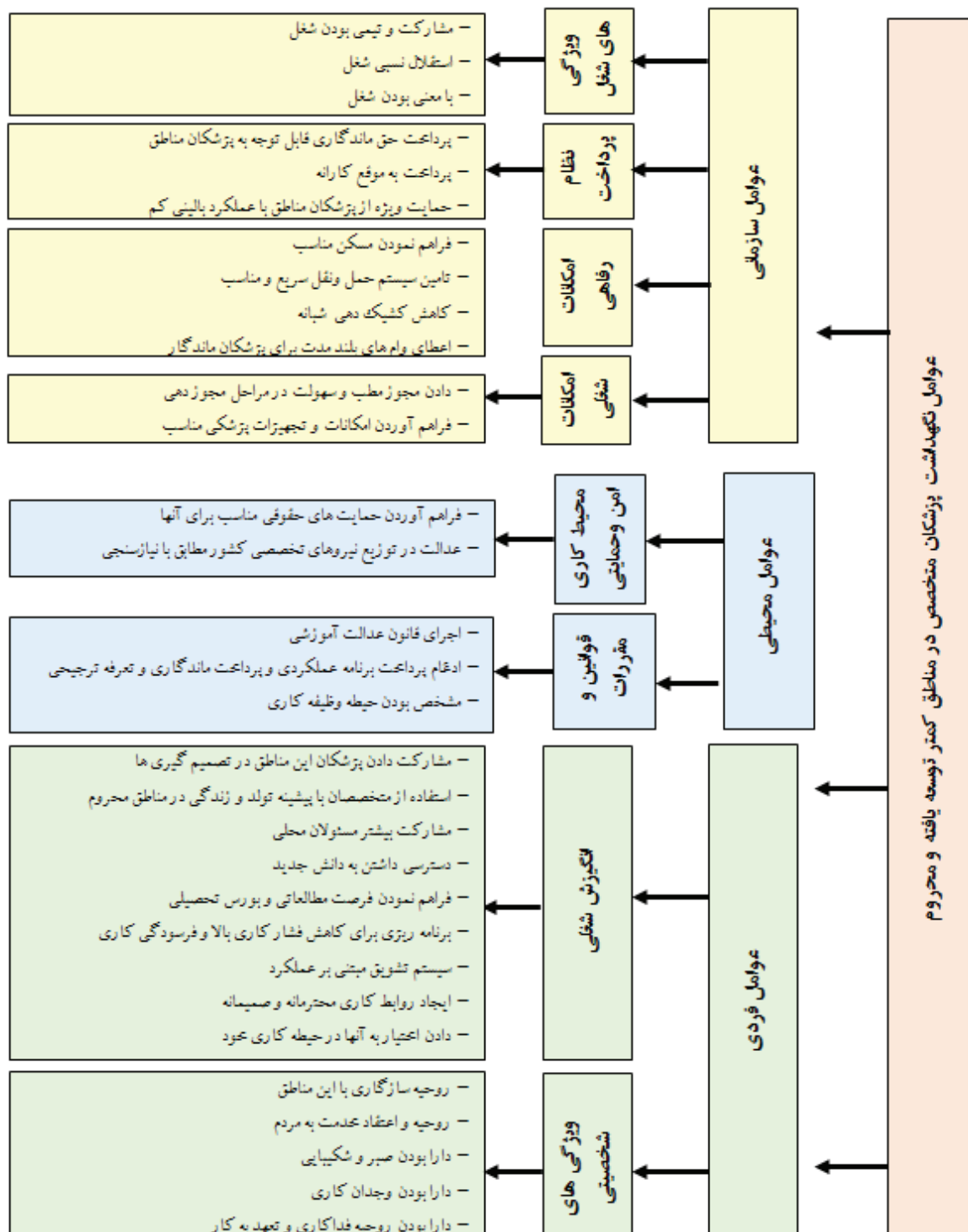
ردیف	کدگذاری باز	کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
	گزاره	مفهوم	کد مفهوم
۱	امکانات پزشکی مناطق محروم باید مناسب باشد	امکانات و تجهیزات مناسب پزشکی	A11
۲	حقوق پزشکان باید مناسب و به موقع باشد	دریافتی مناسب پرداخت به موقع کارانه و حقوق	A12
۳	امکانات یک زندگی نسبتاً مطلوب در مناطق محروم باید برای پزشکان فراهم شود.	امکانات زیستی	A12
۴	باید برای تشویق به ماندن پزشک به او حق ماندگاری پرداخت شود.	پرداخت حق ماندگاری	A12
۵	در مناطق محروم برای فرزندان پزشکان باید امکانات تحصیلی مناسب فراهم شود.	امکانات تحصیلی مناسب برای فرزندان	A12
۶	امکانات رفاهی برای پزشکان باید محیا گردد.	امکانات رفاهی مناسب	A12
۷	مسکن مناسب شأن پزشک باید فراهم شود به طوری که امنیت او خانواده‌اش حفظ شود.	امکان اسکان مناسب و امن	A12
۸	درآمد پایه یک پزشک در مناطق محروم باید بیشتر از یک پزشک در مناطق شهری باشد.	درآمد پایه جهت حضور	A12
۹	حقوق پزشک نباید عقب بيفتد.	پرداخت به موقع کارانه و حقوق	A12
۱۰	حقوق پزشک در مناطق محروم باید بیشتر از سایر مناطق باشد.	حقوق بیشتر نسبت به سایر مناطق	A12

مشکلات نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم	مشکلات	A13	تجهیزات	فقدان تجهیزات مناسب بیمارستانی	۱۱
		A13	دریافتی نامناسب	عدم دریافت حقوق مناسب توسط پزشکان	۱۲
		A13	کارانه	تعویق در پرداخت کارانه	۱۳
		A13	مسیر	دوری مسیر برای متاهلین	۱۴
		A13	تحصیل	مشکلات تحصیل برای فرزندان	۱۵
		A13	مجوز مطب	عدم مجوز دهی برای زدن مطب	۱۶
		A13	امنیت پزشک	در بسیاری از مناطق محروم امنیت کافی وجود ندارد	۱۷
		A13	امکانات رفاهی	کمبود امکانات رفاهی	۱۸
		A13	مطالبات مالی	عدم پرداخت به موقع مطالبات مالی	۱۹
		A13	اسکان	مکان اسکان نامناسب	۲۰
		A13	مشکلات زیستی	امکانات برای زندگی مطلوب وجود ندارد	۲۱
		A13	بیمه	داشتن مطالبات از بیمه	۲۲
		A13	به روزرسانی اطلاعات	فقدان امکان به روزرسانی اطلاعات علمی پزشکان	۲۳
		A13	فرهنگ	سطح پایین فرهنگ و سواد مردم	۲۴
		A13	درآمد	سطح درآمد پایین مردم جهت ادامه درمان	۲۵
		A13	وظایف	شرح وظایف نامشخص	۲۶
		A13	قوانین	عدم وجود قوانین به روز	۲۷
		A13	کشیک دهی	کشیک دهی زیاد شبانه روزی	۲۸
		D11	تجهیزات	استفاده مناسب از امکانات و تجهیزات بیمارستانی	۲۹
		D11	ارتقاء سلامت	افزایش سطح سلامت	۳۰
		D11	رضایت عمومی	افزایش رضایت مردم	۳۱
		D11	خدمات	ارائه خدمات درمانی بهتر	۳۲
		D11	مهاجرت	عدم مهاجرت مردم به مناطق دیگر	۳۳
		D11	عدالت	عدالت دسترسی به خدمات پزشکی	۳۴
		D11	رفت و آمد	جلوگیری از رفت و آمد غیر ضروری مردم	۳۵
		D11	کاهش هزینه	کاهش هزینه مردم جهت امورات پزشکی	۳۶
		D11	بیماری	شناخت انواع بیماری های که تا قبل از آن درباره آن اطلاعاتی در دست نبود.	۳۷
نتایج مثبت نگه داشت پزشکان متخصص در مناطق محروم	نتایج مثبت	D11	مرگ و میر	کاهش مرگ و میر	۳۸
		D11	-	جلوگیری از تعویق انداختن درمان	۳۹
		D12	هزینه	افزایش هزینه های مردم	۴۰
		D12	مرگ و میر	افزایش مرگ و میر	۴۱
		D12	نارضایتی مردم	وقتی در منطقه پزشک وجود ندارد نارضایتی افزایش میابد.	۴۲
		D12	سلامت	کاهش ارتقاء سلامت	۴۳
		D12	مهاجرت	افزایش مهاجرت به دلیل نبود امکانات پزشکی	۴۴
		D12	تعویق درمان	تعویق انداختن درمان به دلیل نبود پزشک	۴۵
		D12	افزایش اعزام بیماران	افزایش اعزام بیماران به دلیل نبود امکانات پزشکی و متخصص	۴۶
		D12	خطرات رفت و آمد	خطرات رفت و آمد جهت امورات پزشکی	۴۷
		D12	دسترسی به خدمات پزشکی	کاهش سطح دسترسی به خدمات درمانی	۴۸
		D12	ذهنیت منفی	ذهنیت منفی به منطقه به عنوان مکانی غیر قابل سکونت	۴۹
		D12	کاهش اشتغال	کاهش اشتغال و کار آفرینی به دلیل عدم وجود امکانات	۵۰
		D12	عدم شناسایی بیماران	بیماری افراد مخفی می ماند و به خود فرد و سایرین آسیب می زند.	۵۱
نتایج منفی فقدان نگه داشت پزشکان متخصص در مناطق محروم	نتایج منفی				

شرایط نگهداشت نیروی پزشک متخصص	شرایط انگیزشی	E1	پرداخت مالی	پرداخت‌های مالی باید مناسب و به‌موقع باشد	۵۲
		E1	مجوز دادن مطب	مجوز دادن مطب در مناطق محروم	۵۳
		E1	شرایط کاری استاندارد	شرایط کاری متخصصین باید استاندارد باشد.	۵۴
		E1	تعرفه ترجیحی	تعرفه ترجیحی از نظر پرداخت	۵۵
		E1	تکمیل دانش	تکمیل دانش به‌وسیله کیس های پزشکی	۵۶
		E1	افزایش پرداختی‌ها	افزایش پرداختی‌ها برای پزشکان در مناطق محروم	۵۷
		E1	اسکان مناسب	اسکان در محلی مناسب	۵۸
		E1	تأمین حق ماندگاری	پرداخت حق ماندگاری مناسب	۵۹
		E1	سهمیه بومی	سهمیه بومی برای جذب پزشکان	۶۵
راهکارهای نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم	راهکارها	E1	کارانه	پرداخت سریع‌تر کارانه‌ها	۶۶
		E1	کاهش مدت خدمات	کاهش مدت خدمات مورد تعهد در مناطق محروم	۶۷
		E1	تحصیل مناسب	مکان تحصیل مناسب برای فرزندان	۶۸
		E1	خدمات رفاهی مناسب	خدمات رفاهی مناسب برای پزشکان متخصص و خانواده آن‌ها	۶۹
		F1	پرداخت‌های مالی	عدم پرداخت‌های مالی مناسب	۷۰
		F1	پرداختی‌های مالی به‌موقع	عدم پرداختی‌های مالی به‌موقع	۷۱
		F1	شرایط تحصیل	فراهم نبودن شرایط تحصیل مناسب برای فرزندان	۷۲
		F1	کارانه	عدم پرداخت به‌موقع کارانه‌ها	۷۳
		F1		عدم وجود تجهیزات بیمارستانی مناسب	۷۴
عوامل عدم رغبت پزشکان متخصص در مناطق محروم	مادی ذهنی و روانی	F2		عدم امکانات رفاهی برای متخصصین	۷۵
		F2	بار کاری زیاد	بار کاری زیاد و فشار روانی	۷۶
		F2	استاندارد کاری	عدم شرایط استاندارد کاری	۷۷
		F2	کشیک‌های زیاد	کشیک‌های زیاد و خستگی و بیزاری از کار	۷۸
		F2	بی‌احترامی	عدم ارج نهادن به خدماتشان از سوی مسئولین	۷۹
		F2	دوری از خانواده	دوری از خانواده و قطع ارتباط با آن‌ها	۸۰
		F2	عدم امتیازدهی	عدم امتیازدهی جهت زدن مطب	۸۱
		F2	عدم پرداخت بیمه	برخورد نامناسب بیمه در پرداخت‌ها و بی‌احترامی به پزشکان	۸۲
		P1	دریافتی نامناسب	حقوق با شرایط سخت کاری مطابقت ندارد	۸۳
شرایط کنونی پزشکان متخصص در مناطق محروم	نامناسب	P1	کار سنگین	فشار کاری بالا و فرسودگی کار	۸۴
		P1	امکانات محدود رفاهی	عدم وجود امکانات رفاهی در مناطق محروم و دوری از شهر	۸۵
		P1	تعداد ناکافی پزشکان	تعداد پزشک نسبت به جمعیت منطقه بسیار کم است.	۸۶
		P1	تأخیر در پرداخت کارانه	کارانه اکثر اوقات با تأخیر پرداخت می‌شود	۸۷
		P1	بالا بودن انتظار مسئولین	مسئولین انتظار دارند پزشکان شهر و امکانات آن را رها کنند و به مناطق محروم بیایند	۸۸
		P1	تبعیض ناعادلانه	شرایط کاری در مناطق محروم یکی نیست و به بعضی از پزشکان تسهیلات فراوانی داده می‌شود.	۸۹
		P2	افزایش پرداختی‌ها	افزایش حقوق به پزشکان در مناطق محروم	۹۰
		P2	شرایط رفت‌وآمدی مناسب.	اختصاص وسایل حمل‌ونقل رایگان و مناسب به پزشکان	۹۱
	بینابین	P2			

متخصص در مناطق محروم (۱۲ مفهوم)، شرایط انگیزی نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۳ مفهوم)، راهکارهای نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۲ مفهوم)، عوامل عدم رغبت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۵ مفهوم) و شرایط کنونی پزشکان متخصص در مناطق محروم (۹ مفهوم) استخراج شد.

در نهایت پس از تحلیل مصاحبه و انجام کدگذاری باز در قسمت کدگذاری انتخابی ۸ طبقه اصلی شامل؛ امکانات مورد نیاز پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۰ مفهوم)، مشکلات نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۸ مفهوم)، نتایج مثبت نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم (۱۱ مفهوم)، نتایج منفی فقدان نگهداشت پزشکان



شکل ۱: مدل عوامل نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق کمتر توسعه یافته و محروم

همسویی دارد. در مطالعه رسولی و همکاران نیز در طراحی و تبیین مدل حفظ و نگهداری کارکنان دانش پایه، تعدادی از عوامل مانند توسعه مهارت‌ها، حقوق و مزایا، فرصت مشارکت، حمایت سازمانی و عدالت گزارش شده است. [۱۸] میر کمالی و همکاران به‌عنوان ملاک‌های جذب و نگهداشت منابع انسانی، به دو عامل مشابه موجود در مدل مانند شایستگی و توانایی‌های شخصی مسائل اعتقادی و اخلاقی و دینی اشاره نمودند. [۱۹] در مطالعه فدوی و همکاران به چند عامل مشابه عوامل گزارش شده در مدل مطالعه حاضر مانند هویت سازمانی (با معنی بودن شغل و استقلال داشتن) و تعهد سازمانی (روحیه و اعتقاد خدمت به مردم و دارا بودن روحیه فداکاری و تعهد به کار) به‌عنوان عوامل مؤثر بر نگهداشت نیروی انسانی، اشاره شده است. [۲۰] عبداللهی و همکاران نیز در پژوهش‌های مشابه در بررسی عوامل مؤثر بر حفظ و نگهداشت نیروهای انسانی متخصص در دانشگاه علوم پزشکی ایلام، به سه عامل موجود در مدل، نظام ارزشیابی اثربخش (ترفیعات بر اساس شایستگی)، خصوصیات مدیران (ویژگی‌های شخصیتی) و دادن اطلاعات معتبر (دسترسی داشتن به دانش جدید) دست یافته‌اند. [۱۱].

در پژوهش ربیعی نیز دو عامل موجود در مدل، روحیه فداکاری و تعهد به کار از ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عامل حفظ نگهداشت نیروی انسانی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۱]. مک گریل و همکاران در مطالعه‌ای به جابجایی پزشکان مراقبت‌های اولیه روستایی در ایالت متحده آمریکا پرداختند و نشان دادند که پزشکان ۴۵ ساله و جوان‌تر در مقابل پزشکان ۴۵-۶۵ بیشتر قصد ترک مناطق روستایی و محروم را داشته‌اند. نتیجه‌ای که در مطالعه حاضر بررسی نشد. اما عامل دیگر جابجایی پزشکان در مطالعه یاد شده، وجود بیمارستان و تجهیزات پزشکی عنوان شد که در مطالعه حاضر نیز این عامل از عوامل مهم در نگهداشت پزشکان متخصص عنوان شد. [۲۲].

همچنین هالاری و همکاران در آمریکای لاتین به بررسی عوامل انگیزشی برای پزشکان متخصص پرداختند که به تعدادی از عوامل مشابه در مدل مطالعه مانند مربیان و

(شکل ۱) مدل پیشنهادی مطالعه را نشان می‌دهد. این مدل با استفاده از مبانی نظری، پیشینه‌های مطالعاتی، قوانین و مقررات، اسناد و مصاحبه‌های انجام گرفته به دست آمد. در این مدل ۸ شاخص و مؤلفه‌های آن‌ها، برای نگهداشت و حفظ پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته نشان داده شده است.

بحث

در مطالعه حاضر با استفاده از مبانی نظری، اسناد بالادستی و مصاحبه‌های به‌عمل آمده ۸ شاخص مهم در نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته شامل ۱- امکانات موردنیاز پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۲- مشکلات نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۳- نتایج مثبت نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۴- نتایج منفی فقدان نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۵- شرایط انگیزشی نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۶- راهکارهای نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم، ۷- عوامل عدم رغبت پزشکان متخصص در مناطق محروم و در نهایت ۸- شرایط کنونی پزشکان متخصص در مناطق محروم استخراج شد. با توجه به علل مختلف جغرافیایی و محیطی از قبیل امکانات موردنیاز اعم از رفاهی و درمانی، سبک زندگی و غیره مشکل و مسئله مطالعه حاضر بیشتر در سیستم بهداشت و درمان کشور است. لذا در بررسی متون بانک‌های اطلاعاتی معتبر از قبیل PubMed, Scopus, Science Direct مطالعه مشابه اندکی در این زمینه یافت شد. در مطالعات داخلی نیز به این موضوع در موارد اندکی پرداخته شده است.

با این حال در مطالعه نکوئی مقدم و همکاران به عوامل مؤثر در جذب و ابقاء، ماندگاری و نگهداشت رابطان سلامت در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان کرمان به‌صورت کلی پرداخته شده و از عوامل مربوط به ضعف سیستم‌های سلامت، ضعف عوامل انسانی و عوامل مربوط به جامعه یاد شده است. [۱۷] در این مطالعه به‌نوعی به عوامل سازمانی، فردی و محیطی اشاره شده است که با نتایج مطالعه حاضر

تأثیرات اجتماعی و اقتصادی (ویژگی‌های شخصیتی)، خدمات به بشریت (اعتقاد خدمت به مردم)، احترام و افتخار (بامعنی بودن و چالش‌برانگیز بودن شغل)، دانش (دسترسی داشتن به دانش جدید) و انتظارات خانوادگی (فراهم آوردن امکانات رفاهی و ورزشی مناسب برای خانواده آن‌ها) اشاره نمودند. [۲۳]. در نهایت ماریتن در نتایج مطالعه خود به تعدادی از عوامل فردی و محیطی و سازمانی موجود در مدل نظیر آموزش و توسعه (فراهم آوردن فرصت مطالعاتی و بورس تحصیلی)، کار راهه شغلی (مشخص نمودن حیطه کاری)، مشوق‌ها و پاداش‌ها (سیستم تشویق مبتنی بر عملکرد) اشاره نمود که با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد. [۲۴] بنابراین علیرغم سیاست‌گذاری و پیگیری مستمر وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی هنوز وزارت در حل مشکل نگهداشت نیروهای متخصص در مناطق محروم با مشکل مواجه است که می‌تواند به دلیل نادیده گرفتن برخی از عوامل مهم باشد. مطالعه حاضر نشان داد عوامل متعدد دیگری در این موضوع نقش دارد، به همین دلیل توصیه می‌شود مسئولین ذی‌ربط در تدوین دستورالعمل‌های اجرایی و سیاست‌گذاری به این عوامل شناسایی شده جدید در این تحقیق، توجه ویژه داشته باشند.

لذا در صورت توجه به یافته‌های این مدل، در عوامل سازمانی، محیطی و فردی و تدوین قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها که بسیاری از موارد آن، بدون نیاز به بودجه و هزینه است مانند ایجاد بستر برای مشارکت و تیمی کارکردن، دادن اختیار و استقلال و هویت کاری به آن‌ها فراهم آوردن حمایت‌های حقوقی مناسب، اجرای قانون عدالت آموزشی و مشخص نمودن وظایف کاری برای جلوگیری از عدم تداخل کاری بین نیروهای شاغل در محل خدمت و استفاده از متخصصان با پیشینه تولد و زندگی در آن مناطق، مشارکت و همکاری بیشتر مسئولان محلی، برقراری سیستم

تشویق مبتنی بر عملکرد و ایجاد روابط کاری محترمانه و صمیمانه و موارد دیگر، در آن صورت پزشکان متخصص در ماندگاری در این مناطق با انگیزه و علاقه‌مندی و توانمندی بیشتری، فعالیت خواهند نمود و بسیاری از مشکلات موجود مرتفع خواهد گردید.

نتیجه‌گیری

مدل توسعه یافته در این مطالعه توانسته ابعاد کامل‌تر و جدیدتری برای تأثیرگذاری و نگهداشت نیروهای متخصص در مناطق محروم، به منظور رفع کمبود نیروی انسانی ارائه نماید. در عین حال مطالعه حاضر به تعداد زیادی از عوامل مؤثر بر نگهداشت پزشکان متخصص در مناطق محروم اشاره نمود که در نوع خود کمتر مطالعه‌ای به این تعداد از عوامل دست یافته است. این مطالعه همچنین با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که می‌توان به جدید بودن موضوع، کمبود مقالات و متون علمی خارجی و دشواری دسترسی و تهیه آن‌ها اشاره نمود. از نقاط قوت مطالعه نیز، کاربردی و قابل‌استفاده بودن موضوع برای تصمیم‌گیران مدیریتی و سیاست‌گذاران این حوزه است.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از رساله با عنوان ارائه مدلی برای نگهداشت پزشکان متخصص در استان‌های کمتر توسعه یافته در مناطق محروم، در مقطع دکترای تخصصی به شماره -۱۳۸۲۱۲۱۰۹۷۹۰۰۴ ۱۳۹۸/۰۶/۳۱، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان در سال ۹۹ است. از مدیران، کارشناسان، پزشکان متخصص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهایت سپاسگزاری را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. Coertzi Murray and McKracken. Conversation with Succession planning in William Jacksonood Group exemplar case study. *Journal of Family Business*; 2015: 15-32
2. Mirkamali, Seyed Mohammad, *Fundamentals of Human Resource Management*, Tehran: Yastaron, First Edition; 2015 [Book in Persian].
3. Buchan J difference does ('good') HRM make? *Hum Resour Health*; 2014: 2(1):6.
4. Jacobs Belschak & Hartog Ethical Behavior and Performance Appraisal: The Role of Affect, Support, and Organizational Justice. *Journal of Business*; 2014: 121(1): 63-76.
5. Mirsepasi, Nasser, *Strategic Human Resource Management and Labor Relations*, Tehran: Nashr Publication; 2014 [Persian].
6. Millmore Lewis Saunders Thornhill and Morrow. *Strategic Human Resource Management* Prentice Hall; 2007: 876-878
7. Kahn T. Red lights flash for Eastern Cape Health. 8 August; 2014.
8. Hong Kumar Ramendran Kadiresan. An Effectiveness of Human Resource Management Practices on Employee Retention in Institute of Higher learning: Regression Analysis. *International Journal of Business Research and Management*; 2014: 3(2).
9. Shirazi, Ali. *Hiring and Maintaining the Best Employees*, Tehran, Industrial Management Organization Publications; 2013 [Persian].
10. Abdullahi, Behzad; Azadi, Behdad; Mennati, Vallie; effective on the maintenance of specialized manpower in Ilam University of Medical Sciences, Conference between Management, Challenges and Strategies, Shiraz; 2013:1-7 [Persian].
11. Oliyaii Manesh, Alireza; Manavi, Saeed; Aghajani, Mohammad; Pouraghasi, Leila; Maher, Ali; Shahrami, Ali; Tabatabai, Musa; Babaei, Farah; Kermanchi, Jamshid; Kolivand, Pirhossein; Waezi, Hassan; Zanganeh, Marzieh; Dehghani, Arezoo; Hosseini, Syeda Sena. Implementing the Health System Transformation Plan with Emphasis on Supporting the Sustainability of Physicians in Deprived Areas: Results and Challenges, *Hakim Health System Research Journal*; 2013: 19 (4): 75, 228-237 [Persian].
12. Zendedelli, Mohammad. Physician shortage in disadvantaged areas unsolved by confused officials / what is the origine of the problem of unfair distribution of doctors? *Student news network*. Available from: <https://snn.ir/fa/news/869454>; 2020:1-3 [Persian].
13. Berg B. *Qualitative research methods for the social science*. Boston, Mass: Allyn & Bacon; 2009:101-157
14. Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. *advancing the humanistic imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia; 2011.
15. Basfirinci C. & Mitra A. A cross cultural investigation of Airlines service quality through integration of Servqual and the Kano model. *Journal of Air Transport Management*: 2015: 4(11) 239-248.
16. Danaeifard, Hassan; Alwani, Seyed Mehdi; Azar, Adel. *Qualitative research methodology in management: a comprehensive approach*. Tehran, Saffar Publications. 5th edition. 2018:21 [Persian].
17. Nekouei Moghadam, Mahmoud Khanjani, Narges. Sepehrian, Razieh. Investigating the effective factors in absorption, retention, retention and maintenance of health liaisons in health centers of Kerman city - a qualitative study, *Journal of Paramedical School of Tehran University of Medical Sciences*, Volume 10, Number 5; 2016: 392-372 [Persian].
18. Rasooli, Reza; Rashidi, Mahdi. Designing and Explaining a Model for the Maintenance of Knowledge-Based Employees, *Journal of Research in Human Resources Management*, Volume 7, Issue 1; 2015: 39-55 [Persian].
19. Mirkamali, Seyed Mohammad; Haj Khuzimeh, Mojtaba; Ebrahimi, Salahuddin. Identifying the criteria for attracting and retaining human resources and providing appropriate solutions (Case: Staff of the University of Tehran Technical Campus), *Journal of Development and Transformation Management*, 22; 2015: 9-18 [Persian].
20. Mohammadnejad Fedari, Mansoura. Hamidzadeh, Ali Babashahi, Jabbar. The Impact of Employer Badge on Employee Retention: Organizational Identity, Job Satisfaction and Organizational Commitment in the Mediating Role, *Management and Development Process*, No. 96; 2016: 47-70 [Article in Persian].
21. Rabiee, Maryam. Investigating the Relationship

- between Organizational Commitment and Manpower Retention, Third Conference on Economics and Applied Management with National Approach, Babolsar, Taroud Shomal Industrial Research Company; 2016 [Persian].
22. Matthew R. McGrail, Peter M. Wingrove, BS3 Stephen M. Petterson, Andrew W. Bazemore. Mobility of US Rural Primary Care Physicians during 2000-2014, *Ann Fam Med* 2017; 15; 2017: 322-328. <https://doi.org/10.1370/afm.2096>.
23. Halari, M. M, Halari, C. D, Busari, O. A, & Watterson, C. J. Motivational factors for aspiring doctors. *American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences (ASRJETS)*, 19(1); 2016: 103-112.
24. Martin M. J. Influence of Human Resource Practices on Employee Intention to Quit. Degree of Doctor of Philosophy. State University; 2011.