

تبیین چالش‌های ماندگاری پزشکان و متخصصان در مناطق محروم ایران

سید حسن امامی رضوی^۱، محبوبه شالی^۲، سمانه میرزائی^۳،

علی رضا نیکبخت نصرآبادی^۴، زهرا خزاعی پور^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم به‌عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت در پاسخ به چالش کمبود پزشک در مناطق محروم است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین تجربیات پزشکان در ارتباط با چالش‌های ماندگاری پزشکان در مناطق محروم صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کیفی است که در سال ۱۳۹۹ در تهران انجام شد. شانزده نفر از پزشکان و متخصصان به روش نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع اطلاعات انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی گرانهم و لاندمن و مدیریت داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۲، انجام شد. جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن لینکلن و گویا بهره گرفته شد.

یافته‌ها: سه پزشک زن و ۱۳ پزشک مرد با میانگین سن $45/4 \pm 7/8$ سال و میانگین سابقه کار در مناطق محروم $8 \pm 6/3$ سال در مطالعه شرکت کردند. ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان بومی منطقه و باقی غیربومی بودند. دوازده مشارکت‌کننده در پژوهش از اعضای هیات‌علمی دانشگاه بودند. پس از تحلیل داده‌ها، ۲۸۶ کد اولیه استخراج گردید، اطلاعات در چهار طبقه‌ی اصلی و بازده زیرطبقه جای گرفت. بررسی سطح رفاه، انگیزه، عدالت و امنیت مقوله‌های اصلی این مطالعه بودند.

نتیجه‌گیری: فراهم نمودن رفاه فردی و اجتماعی برای پزشکان و عدالت در پرداخت‌های مالی و عدالت آموزشی در کنار برقراری امنیت حرفه‌ای و جانی انگیزش لازم را برای ماندگاری پزشکان در منطقه محروم ایجاد می‌کند. با ترکیب همزمان چند راهکار می‌توان حضور پزشکان را در مناطق محروم تضمین کرد.

واژه‌های کلیدی: مناطق محروم، ماندگاری، تحلیل محتوا، ایران

دریافت مقاله: فروردین ۱۴۰۰

پذیرش مقاله: مرداد ۱۴۰۰

* نویسنده مسئول:

زهرا خزاعی پور؛

پژوهشکده علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email :
khzaeipour@tums.ac.ir

۱ استاد گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات ضایعات مغزی و نخاعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ استادیار گروه مراقبت‌های پرستاری ویژه و مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ کارشناس ارشد بیوتکنولوژی، مرکز تحقیقات ضایعات مغزی و نخاعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵ دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات ضایعات مغزی و نخاعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، توجه ویژه‌ای به بخش سلامت صورت گرفته و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تأمین بهداشت و درمان را جزو نیازهای اساسی تعریف کرده و دولت را موظف به بسیج امکانات خود نموده تا سلامت مردم ایران را تأمین نماید (۱). خدمات‌رسانی به مردم مناطق محروم یکی از اولویت‌های اصلی وزارت بهداشت و درمان است و در راستای تحقق اهداف نظام جمهوری اسلامی مبنی بر محرومیت‌زدایی از مناطق محروم تلاش می‌شود که در نزدیک‌ترین مکان به محل زندگی افراد به آنان خدمات درمانی ارائه گردد (۲). در راستای این هدف، سه هزار پزشک متخصص و فوق تخصص در مناطق محروم کشور خدمت می‌کنند و با ایجاد ۵۰۰ کلینیک ویژه و افزودن ۲۰ هزار تخت بیمارستانی به بخش درمان در سال‌های اخیر خدمات بیشتر و بهتری در حوزه سلامت به مردم مناطق محروم ارائه شده است (۳).

با وجود این کشور همواره با چالش کمبود منابع و نیروی انسانی در مناطق محروم مواجه است. توزیع منابع بین مناطق مختلف در بخش سلامت دارای وضعیت نامناسب و نابرابری است و شکاف زیادی در دسترسی به منابع بخش سلامت وجود دارد. به طوری که شهر تهران بسیار برخوردار، تعداد محدودی از شهرستان‌های بزرگ برخوردار و تا حدی برخوردار و بقیه شهرستان‌ها دارای وضعیت محروم هستند (۴). در مطالعه‌ی مصطفوی و همکاران (۱۳۹۴)، نگاهی گذرا به شاخص‌های سلامت، از یک سو روند سریع ارتقای شاخص‌ها و از سوی دیگر، وجود نابرابری در مناطق و استان‌های مختلف را نشان می‌دهد (۵). این مشکل فقط مختص ایران نیست و حتی در کشورهای با درآمد بالا، کمبود کارکنان بهداشتی در مناطق دورافتاده و روستایی وجود دارد. در ایالات متحده آمریکا، ۹/۰٪ از پزشکان در مناطق روستایی فعالیت دارند که در آن مناطق حدود ۲۰/۰ جمعیت زندگی می‌کنند (۶). نتایج مطالعه‌ی Mullen و همکاران نشان داد که در شهرهای کوچکتر که وضعیت درآمد کمتر، سطح سواد پایین‌تر و تعداد افراد بیمه نشده‌ی بیشتری دارند، میزان استفاده از خدمات و منابع بخش سلامت در مقایسه با سایر شهرهای دیگر کمتر است (۷). در انگلیس نیز در حالی که دسترسی عادلانه به منابع سلامت برای همگان از سال ۱۹۴۸ در مرکز خدمات ملی انگلستان در دستور کار قرار داشته اما همچنان نابرابری‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مشهود است (۸). اگر چه تولید نیروی انسانی متخصص در حیطه‌ی سلامت در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده و در حال حاضر ۶۶

دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی در کشور فعالیت دارند، اما توزیع نیروی انسانی متخصص از مدل علمی و کارآمد در حوزه‌ی سلامت پیروی نمی‌کند. کمبود کادر پزشکی در شهرها، بخش‌ها و روستاهای دورافتاده‌ی کشور باعث ایجاد اختلال در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به ساکنان مناطق محروم و نیازمند کشور شده است (۹).

تمایل به ماندگاری به درجه احتمال ماندگاری کارکنان با انگیزه در عضویت یک سازمان و تداوم همکاری تعریف می‌شود (۱۰). تعداد و ترکیب ناکافی و نامناسب کارکنان بهداشتی درمانی صلاحیت‌دار در نواحی کم برخوردار و روستایی به عنوان چالشی برای دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای درصد قابل توجهی از جمعیت تبدیل شده است (۱۱). اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت توانسته است دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در مناطق محروم را بیش از دو برابر افزایش دهد (۱۲). با این حال، عوامل متعددی بر پراکندگی و توزیع نامناسب پزشکان در مناطق مختلف و به ویژه عدم ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تأثیرگذار است که باید با شناسایی این عوامل طرح ماندگاری پزشکان در مناطق محروم اجرای موفق داشته باشد.

با توجه به این واقعیت که تجارب و ادراکات پزشکان و متخصصان در اثر مواجهه‌ی مداوم با موقعیت‌های واقعی شکل می‌گیرد، بیان احساسات و تجارب آنان در زمینه‌ی چالش‌های اجرایی طرح ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. در واقع با مطالعه‌ی عمیق این تجارب و روشن‌سازی زوایای آشکار و پنهان آنها می‌توان به آسیب‌شناسی و تحلیل این تجارب پرداخت. به منظور رسیدن به چنین درکی، پژوهش نیازمند استفاده از روش‌هایی از تحقیق است که امکان جستجوی همه‌جانبه‌ی این تجارب را فراهم نماید و این امر جز از طریق انجام مطالعات کیفی میسر نمی‌گردد. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین تجربیات پزشکان و متخصصان در ارتباط با چالش‌های ماندگاری پزشکان در مناطق محروم به شیوه‌ی کیفی، شکل گرفت.

روش بررسی

طراحی این مطالعه به صورت یک مطالعه کیفی - توصیفی (Qualitative Descriptive Research) است که با روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری

تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفته و زیر طبقات دسته‌بندی شدند. در گام پایانی، با مقایسه‌ی زیر طبقات با یکدیگر و تامل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها به‌عنوان طبقات اصلی معرفی گردید.

همچنین برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای قابلیت اعتبار، قابلیت اتکا، قابلیت انتقال و قابلیت تایید، یافته‌ها به‌عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط Guba و Lincoln ارایه شده‌اند، استفاده شد (۱۴). قابلیت اعتبار از طریق بررسی داده‌ها توسط مصاحبه‌شوندگان صورت گرفت. به این ترتیب که در چند مورد پس از انجام و پیاده‌سازی مصاحبه، متن به همراه تحلیلی از مصاحبه در اختیار فرد مصاحبه‌شونده قرار گرفت تا از صحت اطلاعات به‌دست آمده در مصاحبه اطمینان حاصل شود. به منظور بررسی قابلیت اتکا، سعی شد تا با تهیه شواهد و مدارک کافی در خصوص پدیده ماندگاری پزشکان در منطقه محروم، به گونه‌ای مشروح و دقیق، رویه‌های مورد مطالعه، زمینه و شرایط پژوهش توصیف گردد. قابلیت انتقال در پژوهش حاضر به کاربردهای نتایج حاصل از پژوهش اشاره دارد و در راستای اعتبار بیرونی عمل می‌کند و در نهایت تاییدپذیری داده‌ها بدین معناست که نتایج حاصل از پژوهش توسط تیم پژوهشی مورد تایید و صحت قرار بگیرد. این امر به این جهت انجام می‌شود که ممکن است ادراکات شخصی پژوهشگر بر فرایند تحقیق تاثیر بگذارد. در پژوهش حاضر فرایند تحقیق و نتایج آن توسط تیم پژوهش مورد تایید قرار گرفت.

همچنین، پژوهش با اخذ مجوز از کمیته اخلاق پژوهش مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با کد IR.NASRME.REC.1400.213 انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از اهداف مطالعه فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. حفظ محرمانگی اطلاعات، داشتن حق کناره‌گیری به مشارکت‌کنندگان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه از اصول رعایت شده‌ی پژوهش بودند.

هدفمند استفاده شد. مشارکت‌کنندگان از بین پزشکان و متخصصان بر اساس سه ملاک اصلی داشتن سابقه خدمت در مناطق محروم کشور و تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی بیان تجربیات خود و با حداکثر تنوع (از لحاظ سابقه و محل خدمت، جنس و تخصص) انتخاب شدند. نمونه‌گیری به مدت ۵ ماه و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع در این پژوهش به این معنی بود که در روند کدگذاری‌ها کد جدید ایجاد نشد و کدهای ایجادشده تکراری بودند. اشباع داده‌ها در پژوهش حاضر از مصاحبه سیزدهم حاصل شده و جهت اطمینان از کفایت نمونه‌گیری سه مصاحبه‌ی دیگر نیز انجام شد.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی انفرادی نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. انجام مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و انتخاب مکان مصاحبه با نظر و تمایل مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. در شروع مصاحبه، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و با این سوالات ادامه پیدا کرد: از نقطه‌نظر شما چه عواملی در ماندگاری پزشکان و متخصصان در مناطق محروم دخیل است؟ تجربیات خود را از خدمت در مناطق محروم بیان کنید؟ آیا بومی بودن پزشک در ماندگاری در منطقه‌ی محروم تغییری ایجاد می‌کند؟ مصاحبه‌ها با سوالات پیگیری آیا می‌توانید بیشتر توضیح دهید، ادامه پیدا کرد. به‌طور کلی هر مصاحبه زمانی بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز براساس روش پیشنهادی Lundman و Graneheim انجام پذیرفت که پنج گام را برای تحلیل داده‌های کیفی پیشنهاد کرده‌اند (۱۳). در گام اول، بلافاصله بعد از هر مصاحبه، متن به‌صورت کلمه به کلمه پیاده شد. در گام بعدی متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی مرور گردید، در گام سوم کل متن هر مصاحبه به‌عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس از آن واحدهای معنایی مشخص شده و سپس مدیریت داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۲ انجام شد. در گام چهارم بر اساس مقایسه‌ی مداوم

یافته‌ها

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

| کد | جنسیت | سابقه کار | سابقه کار در منطقه محروم | سن | تخصص | وضعیت تاهل | دارای فرزند | هیات علمی | بومی منطقه |
|----|-------|-----------|--------------------------|----|---------------|------------|-------------|-----------|------------|
| P1 | آقا | ۲۸ | ۱۰ | ۶۰ | روماتولوژی | متاهل | بله | بله | خیر |
| P2 | آقا | ۲۸ | ۹ | ۵۵ | پزشکی اجتماعی | متاهل | بله | بله | بله |
| P3 | خانم | ۲۵ | ۱۵ | ۴۲ | زنان و زایمان | متاهل | بله | بله | خیر |

| | | | | | | | | | |
|-----|------|----|----|----|------------------------|-------|-----|-----|-----|
| P4 | آقا | ۸ | ۴ | ۴۰ | متخصص بیهوشی و فلو درد | متاهل | بله | بله | خیر |
| P5 | آقا | ۱۰ | ۲ | ۴۲ | جراح اعصاب | متاهل | بله | بله | خیر |
| P6 | آقا | ۲۰ | ۴ | ۵۰ | فوق تخصص کودکان | متاهل | بله | بله | خیر |
| P7 | آقا | ۲۵ | ۲۰ | ۵۵ | داخلی | متاهل | خیر | بله | خیر |
| P8 | آقا | ۸ | ۸ | ۴۸ | بیهوشی | متاهل | بله | بله | بله |
| P9 | آقا | ۲۰ | ۲۰ | ۴۹ | پزشک عمومی | متاهل | بله | خیر | بله |
| P10 | آقا | ۷ | ۷ | ۳۷ | اورولوژی | متاهل | بله | بله | بله |
| P11 | آقا | ۱۵ | ۱۵ | ۵۰ | فوق تخصص کودکان | متاهل | بله | بله | بله |
| P12 | آقا | ۲۵ | ۳ | ۴۸ | جراح عمومی | متاهل | بله | بله | خیر |
| P13 | خانم | ۹ | ۱ | ۴۰ | فوق لاپاراسکوپی | مجرد | خیر | بله | خیر |
| P14 | خانم | ۱ | ۱ | ۳۰ | متخصص پوست | مجرد | خیر | بله | خیر |
| P15 | آقا | ۵ | ۴ | ۳۹ | فلوشیپ قلب و عروق | متاهل | بله | بله | بله |
| P16 | آقا | ۸ | ۵ | ۴۲ | متخصص جراحی عمومی | مجرد | خیر | خیر | خیر |

سه پزشک زن و ۱۳ پزشک مرد با میانگین سن $45/4 \pm 7/8$ سال و میانگین سابقه کاری $10/1 \pm 9/1$ سال و میانگین سابقه کار در مناطق محروم $8 \pm 6/3$ سال در مطالعه شرکت کردند. شش نفر از مشارکت‌کنندگان بومی منطقه و باقی غیربومی بودند. دوازده مشارکت‌کننده در پژوهش از اعضای هیات علمی دانشگاه بودند (جدول ۱).

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات پژوهش بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان

| زیر طبقات | طبقات |
|---|--------|
| مطلوبیت امکانات فردی و خانوادگی آسایش و بهزیستی اجتماعی | رفاه |
| امتیازات خدمت در منطقه محروم بومی‌گزینی، انگیزشی برای ماندگاری | انگیزش |
| عدالت در پرداخت و تعرفه گذاری‌ها توزیع عادلانه منابع و تجهیزات پوشش‌دهی عادلانه بیمه اعطای عادلانه فرصت‌های آموزشی | عدالت |
| ثبات و ارتقای حرفه‌ای حفاظت از جان حفظ وجهه و احترام به‌عنوان یک پزشک | امنیت |

پس از تحلیل داده‌ها، ۲۸۶ کد اولیه استخراج گردید، اطلاعات در چهار طبقه اصلی و یازده زری طبقه جای گرفتند (جدول ۲). رفاه، انگیزش، عدالت و امنیت طبقات اصلی این پژوهش بودند که در ادامه به شرح آنها پرداخته شده است.

• مطلوبیت امکانات فردی و خانوادگی

بنابر تجربیات مشارکت‌کنندگان، میزان رضایت از امکاناتی که در مناطق محروم در اختیار پزشکان قرار داده شده است، یکی از پیشگویی‌کننده‌های ماندگاری در مناطق محروم است. یک پزشک علاوه بر تامین نیازهای فردی

• رفاه

رفاه در این پژوهش به معنای برقراری و تامین سطح حداقلی از امکانات و حمایت اجتماعی از پزشک و خانواده وی در منطقه محروم است. مطلوبیت

و پزشک رو اذیت نکنن و بیخودی حجم زیادی مریض سرش نریزن (P2)."

• انگیزش

کارکرد افراد در منطقه محروم، تابعی از انگیزش و توان علمی است. انگیزه‌های ماندگاری در منطقه محروم به رفتارها و اتخاذ سیاست‌های رفتاری و شغلی و تلاش بیشتر نیروهای ساکن در منطقه سمت‌وسو می‌دهد. امکان برخورداری از نیروهای موثر بر انگیزش درونی و بیرونی در دسترسی به هدف ماندگاری پزشکان در منطقه محروم موثر است. امتیازات خدمت در منطقه محروم، بومی‌گزینی و ایجاد نظام انگیزشی برای ماندگاری بسیار مهم است.

• امتیازات خدمت در منطقه

الزام به گذراندن دوره‌ای از زندگی و کسب تجربه در منطقه‌ای محروم، در صورتی که همراه با اعطای امتیازاتی باشد که در مناطق برخوردار امکان دسترسی به آن نیست، می‌تواند به‌عنوان انگیزشی در همکاری با منطقه محروم در نظر گرفته شود. مشارکت‌کنندگان، امکان کاهش دوره مدت طرح و تعهدات و تسهیل در انتقال به مراکز برخوردار را پس از اتمام دوره تعهدات به‌عنوان مزایای انگیزشی خدمت در منطقه محروم بیان کرده‌اند. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه‌ی خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

"اون شهرستان امتیاز خوبی برای من داشت و اینکه من می‌دونستم اگر دو سال کامل اونجا بمونم امتیاز کامل پروانه مطبم در تهران پر میشه و این خیلی برای من خوب بود اگر من می‌مدم تهران طرح می‌گذروندم سالی ۳۰ امتیاز داشتم ولی اونجا سالی ۱۵۰ امتیاز داشتم (P12)."

• بومی‌گزینی، انگیزشی برای ماندگاری

زمینه‌سازی جذب و نگهداری نیروهای متخصص در شهر و شهرستان‌های کم‌برخوردار و مناطق محروم، با اتخاذ سیاست نگهداشت نیروهای بومی مناطق محروم و جلوگیری از مهاجرت آنها از مواردی است که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده‌اند. بنابر تجربیات مشارکت‌کنندگان در پژوهش، نیروهای بومی تعهد بیشتری برای خدمت در منطقه دارند و روابط کاری و فردی موفق‌تری در منطقه محروم دارند. یکی از پزشکان با ۲۰ سال سابقه خدمت افزود:

"شما اگر بومی اون منطقه باشین بهتر می‌تونین کار کنین و ارتباط بیمارها با شما راحت‌تره و احساس آرامش بیشتری می‌کنند و شما گرفتاری کمتری داری و وقت کمتری میزاری و نتیجه بهتری در خصوص بیمار می‌گیری. به نظر من در منطقه‌ای اگر فرد بومی باشه بهتره حالا شما در منطقه‌ای باشی که بیمار رو و بشناسی مسلماً برآیند بهتری خواهی"

خود، ملزم به حمایت از خانواده خود در منطقه محروم است. سازگاری با آب و هوای منطقه، برخورداری از اسکان مناسب، امکانات تفریحی منطقه، مدارس و کلاس‌های آموزشی برای همسر و فرزندان، دسترسی به مراکز خرید و داشتن سرویس ایاب و ذهاب برای تردد در منطقه از مواردی بود که به‌عنوان رفاه فردی و خانوادگی به آن اشاره شد. در زمینه‌ی لزوم تامین امکانات رفاهی یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه‌ی خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

"مثلاً بلیت رفت و برگشت هواپیما رو براتون میگرفتن، عددی نمی‌شد ولی خیلی تاثیر خوبی داشت در موندن شما در اونجا. در محوطه بیمارستان ده پونزده واحد ۷۰ تا ۸۰ متری ساخته بود و خیلی هر کدوم محوطه زیبایی هم داشتن مثل ویلاهای کوچولو و هر پزشک یکی از اینها داشت و خورش اونجا بود و چقدر موثر بود در موندگاری پزشکان و تو می‌دید که یه خونه تمیز به شما دادن و حس خیلی خوبی داشت (P12)."

• آسایش و بهزیستی اجتماعی

انسان موجودی اجتماعی است و روابط پزشک، همکاران و بیماران در یک جامعه کوچک درمانی در جریان است. اگر چه سختی و مشقت رفت و آمد به شهر مبدا و دل‌تنگی برای خانواده و دوستان به‌عنوان یک امتیاز منفی در نظر گرفته شده است، لیکن، لزوم برقرای تعاملات در جامعه جدید با دوستان جدید، روابط اجتماعی جدیدی را برای پزشکان در منطقه محروم ایجاد کرده است. یکی از مواردی که پزشکان در ایجاد مانع در برقراری روابط اجتماعی جدید به آن اشاره کرده‌اند، تفاوت‌های فرهنگی پزشک و مردم منطقه محروم است. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود را این‌گونه به اشتراک گذاشت:

"وقتی دارید در یک جا با فرهنگ کوچک کار می‌کنید خیلی از باورهای مردم، باورهای واقعی نیستند و این کار رو سخت‌تر می‌کنه (P3)."

علاوه بر آن رابطه‌ی جدید شکل گرفته، یک رابطه‌ی اجتماعی کاری است که بالاخص با همکاران شکل گرفته است. بنابر تجربیات مشارکت‌کنندگان در پژوهش، حمایت اجتماعی نیروهای بومی ساکن در منطقه فاکتور مهمی در ایجاد رفاه اجتماعی پزشکان در منطقه محروم است. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه‌ی خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

"وقتی بهروز خوب تربیت شده باشه و بتونه مریض‌ها رو فیلتر کنه، اصطلاحاً ما می‌گیم در مان‌های ساده علامتی کار بهروزه، اگر بهروز این کار رو خوب انجام بده بار کار پزشک کاهش پیدا می‌کنه و پزشک می‌تونه آسایش داشته باشه. بیخودی پزشک رو بیدار نکنن و"

داشت (P5)."

• عدالت

عدالت یعنی طراحی و اجرای قوانین به گونه‌ای که هر کس به حق منطقی خود برسد و در مقابل آن حقوق، وظایفی را انجام دهد. پزشکان در مناطق محروم به دلیل داشتن منافع مشترک و نیازهای متقابل همگانی برای زیست سالم و انسانی، نیازمند روابط عادلانه‌اند. عدالت از جمله اصولی است که به کار بستن آن سبب قوام و پایداری ماندگاری پزشکان در مناطق محروم است. با اجرای عادلانه‌ی قوانین حق مادی و معنوی پزشکان ادا شده و راه تعدی به حقوق آنان بسته می‌شود. عدالت از نظر پزشکان مشارکت‌کننده در پژوهش در چهار زیرطبقه‌ی عدالت در پرداخت‌ها، منابع و تجهیزات، پوشش‌دهی بیمه و فرصت‌های آموزشی در مناطق محروم است.

• عدالت در پرداخت و تعرفه‌گذاری‌ها

عدالت در پرداخت از نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش، مواردی مثل تفاوت در پرداخت حقوق و پاداش، تعرفه‌گذاری‌های منطقی با توجه به شرایط و امکانات منطقه محروم، پرداخت به موقع پاداش و کارانه‌ها و امکان استفاده از وام و تسهیلات بانکی را در برمی‌گیرد. در این زمینه یکی از پزشکان تجربه‌ی خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

"چیزی که به انسان رو ترغیب می‌کنه که از خانوادش دور بشه و بره به جای محروم خدمت کنه انگیزه مالی هستش اونجا چون منطقه محروم بود کارانه خوبی هم می‌دادن و البته کارانه‌ها عقب بود ولی باز چون منطقه محروم بود برای جذب پزشکان اگر همه جا یکسال عقب بود اونجا ۵ یا ۶ ماه کارانه عقب بود و این خیلی موثر بود (P12)."

• توزیع عادلانه‌ی منابع و تجهیزات

لازمه‌ی ارائه خدمات درمانی در منطقه محروم برخورداری از عدالت در توزیع منابع و تجهیزات است. نبود تناسب بین حجم کار و تعداد نیرو، محول کردن مسئولیت‌های خارج از شرح وظایف، کمبود تجهیزات جهت خدمت‌رسانی در حیطه تخصصی نیروی جذب شده، نبود امکانات ارجاع و اعزام در شرایط بحرانی و کمبود نیرو از سایر رده‌های درمانی (پرستار، کمک بهیار و ...) از مواردی است که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده‌اند. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه‌ی خود را در مورد عدالت در توزیع منابع به این صورت به اشتراک گذاشت:

"وقتی که عدالت رو گسترش میدیم توسعه‌یافتگی یواش یواش موریگی به همه‌جا

منتقل میشه در نتیجه دلیل نداره که آدمادیکه نرن توی اون منطقه. من فکر می‌کنم ببینم که من برم خراسان جنوبی هم کار کنم تقریباً همون شرایطی که توی گرمسار برای من فراهمه اونجا هم برای من فراهمه. چرانرم؟ (P2)."

• پوشش‌دهی عادلانه‌ی بیمه

امکان بهره‌مندی عادلانه از خدمات مطلوب و اثربخش بیمه، زمینه را جهت حفظ و ماندگاری پزشکان در منطقه محروم هموار می‌سازد. برقراری عدالت در تعیین تعرفه‌های بیمه با توجه به شرایط خدمت در منطقه محروم و مدت زمان بازپرداخت حق بیمه‌ی پزشکان در مناطق محروم از مواردی است که توسط پزشکان مشارکت‌کننده در پژوهش به آن اشاره شده است. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان که سابقه‌ی ریاست شبکه بهداشت را نیز به عهده داشته، تجربه خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

"صنعت بیمه مضعیفه. می‌تونست خیلی خوب کار کنه. به نظر من پاسنکو نیست، کسوراتی در یک شهرستان میزازه که عصبانی می‌کنه پزشکی رو که می‌خواه اونجا کار کنه. من نمی‌خوام بگم اضافه بزنند ولی منطقی پیگیری کند (P1)."

• اعطای عادلانه فرصت‌های آموزشی

یکی از شرایط لازم برای پویایی و توسعه‌یافتگی در نظام درمان، استفاده از فرصت‌های آموزشی برای ارتقای آموزشی و علمی تیم درمان و به‌خصوص پزشکان است. بنابر تجربیات مشارکت‌کنندگان، دستیابی به عدالت فرصت‌های آموزشی در مناطق محروم، در مواردی مثل امکان استفاده از سهمیه‌های آموزشی، امکان استفاده از دوره‌های ضمن خدمت، شرکت در سمینارها و همایش‌ها، دسترسی به اینترنت و استفاده از سایت‌های علمی و دسترسی به کتب مرجع و گایدلاین‌های روز علمی در ماندگاری در منطقه محروم نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.

"نکات آزاردهنده‌ای که وجود داشت به اصطلاح یکیش نگرانی برای قبولی در آزمون تخصص بود و فکر می‌کردم کار در اونجا وقتم رو تلف می‌کنه و کمتر می‌تونم وقت بگذارم برای درس خوندن و مطالعه (P4)."

• امنیت

امنیت یعنی اینکه افراد، نسبت به حقوق و آزادی‌های مشروع خود بیم و هراسی نداشته باشند و به‌هیچ‌وجه حقوق آنان به مخاطره نیفتد و هیچ عاملی حقوق مشروع آنان را تهدید ننماید. امنیت در این پژوهش به شرایطی اشاره می‌کند که پزشک احساس آزادی از نگرانی، ترس، خطر یا تهدیدات ناشی از

داخل یا خارج را در ارتباط با حرفه، امنیت جانی و احترام داشته باشد.

• ثبات و ارتقای حرفه‌ای

یکی از عمده‌ترین نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان، عدم ثبات شغلی یا ترس از دست دادن موقعیت و عدم امنیت شغلی است. امکان تسهیل در استخدام رسمی، امکان همکاری‌های بین رشته‌ای در منطقه محروم، امکان برخورداری از فرصت‌های ارتقای شغلی، امکان همکاری با سایر مراکز درمانی و سرمایه‌گذاری در منطقه جهت رشد و امنیت حرفه‌ای از مواردی است که مشارکت‌کنندگان در پژوهش به آن اشاره کرده‌اند. در این زمینه یکی از نیروهای متخصص که کماکان در منطقه محروم در حال خدمت‌رسانی است، تجربه خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

“من اینجا دوازده روز در هفته در مانگاه میرم می‌تونم دوروز هم دانشگاه بغل دستیم رو پوشش بدم ولی دانشگاه‌ها نمیدارن که این کار انجام بشه. از به طرف هم شهر بغل دستی من، دایم به من زنگ می‌زنه که اگر من مجوز بگیرم می‌ای اینجا شیفت بدی؟ منم میگم دانشگاه مجوز نمیده... چون واقعیت برای من فوق تخصص ۶ روز در هفته اینجایزاده و واقعیتش باید بیکار تو خونه بشینم (PII).”

• حفاظت از جان

وجود جو امن و بدون تهدید در منطقه و برخورداری از امنیت جانی و حمایت در صورت ایجاد مشکل امنیتی از مواردی است که به آن اشاره شده است. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان، تجربه‌ی خود را اینگونه به اشتراک گذاشت:

“همه که نجات پیدا نمی‌کنند. می‌خواهیم درصد نجات را بالا ببریم، قطعاً یک درصدی می‌تواند مشکل پیدا کنند و می‌آیند به پزشک حمله بکنند و شرایط کار را هم نمی‌دانند و فکر می‌کنند بیمار بیاید صد درصد بهبود بیاید در صورتی که بعضی بیماران می‌دانیم ریسک مرگ دارند (PI).”

• حفظ وجهه و احترام به عنوان یک پزشک

بنابر تجربیات مشارکت‌کنندگان، پاسخگویی محترمانه مسئولان، نظرخواهی از پزشک در برنامه‌ریزی‌ها و هماهنگی‌ها و داشتن احترام به عنوان یک پزشک در تیم درمانی از جانب مسئولان، همکاران و مردم منطقه از مواردی است که امنیت و آبروی یک پزشک را در منطقه محروم تضمین می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه‌ی خود را در این زمینه به این صورت به اشتراک گذاشت:

“یکی دیگه از مواردی که کمتر بهش اهمیت میدیم ولی خیلی مهمه اینه که احترام پزشکمون در اون منطقه که میره کار بکنه رعایت بشه و احترامش بزاریم. من خودم به عنوان

رئیس دانشگاه میرفتم شهرهای اطراف می‌دیدم با پزشک خوب برخورد نمیشه، رعایت شان و احترام پزشک به خورده گسترده‌تره (P2).”

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربیات پزشکان در ارتباط با چالش‌های ماندگاری در مناطق محروم صورت گرفت. یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و تحلیل تجربیات، چهار طبقه‌ی اصلی رفاه، انگیزش، عدالت و امنیت را در اختیار تیم پژوهش قرار داد. سلامتی جزو حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تامین آن به‌طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد (۱۵). جهت تامین این سلامتی دسترسی به نیروهای پزشک و متخصص عاملی تعیین‌کننده است.

رفاه فردی و اجتماعی یکی از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان برای لزوم ماندگاری و ارایه خدمت در منطقه محروم به آن اشاره کرده‌اند. در بیانیه ژنو در سال ۲۰۱۷، بندی به سوگندنامه پزشکی با عنوان «در خدمت رفاه، سلامت و توانمندی خود خواهیم بود تا بتوانم مطابق با بالاترین استانداردها در خدمت بیماران باشم» اضافه گردید که نشان‌دهنده‌ی اهمیت این موضوع است (۱۶). تلاش‌های دولت برای جبران کمبود نیرو در مناطق محروم مثل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم (یکی از برنامه‌های ذیل برنامه تحول سلامت در دولت یازدهم) اشاره کرد که شامل پرداخت ثابت، تعیین تعرفه ترجیحی توسط بیمه‌ها و ساخت خانه پزشکان در مناطق محروم و برنامه‌های دیگر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نمونه‌هایی از پاسخ‌هایی هستند که سیاست‌گذاران سلامت ایران برای ایجاد رفاه بیشتر برای پزشکان در مناطق محروم ارایه کرده‌اند (۹).

با توجه به نظرات مصاحبه‌شوندگان به نظر می‌رسد که علیرغم حمایت‌های رفاهی که در طول سال‌های گذشته برای تحقق ماندگاری پزشکان در مناطق محروم انجام شده است، این حمایت‌های رفاهی از کفایت لازم برخوردار نبوده یا حداقل به‌صورت پایدار اجرا نشده و با توجه به شرایط هر منطقه جغرافیایی تطابق نیافته است؛ و لازم است اصلاح این مساله به‌عنوان یک اولویت جدی در دستورکار حوزه‌های مختلف ستادی وزارت از حوزه‌ی آموزش (که وظیفه‌ی توزیع نیروهای فوق تخصص را به‌عهده دارد) و حوزه‌ی درمان (که وظیفه‌ی توزیع نیروهای متخصص را به‌عهده دارد) و حوزه‌ی توسعه و بهداشت (که

وظیفه‌ی توزیع نیروهای پزشکی عمومی را به‌عهده دارند) قرار گیرد.

یکی دیگر از طبقات اصلی پژوهش در ارتباط با انگیزه نیروهای متخصص در ماندگاری در مناطق محروم بود. در پژوهش اولیایی منش و همکاران نیز، اصلی‌ترین دلایل اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، نبودن انگیزه کافی برای پزشکان جهت حضور در مناطق محروم به‌علت پایین بودن بار مراجعات به‌دلیل جمعیت کم ناشی از محرومیت منطقه، وضعیت جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی، دور بودن از مراکز استان‌ها و وضعیت راه‌های ارتباطی آن و عدم انگیزه برای زندگی در این مناطق است (۱۲).

یکی از دغدغه‌های پزشکان در هنگام کار در مناطق محروم، وضعیت شغلی و اجتماعی آنان در آینده است. هنگامی که به‌مدت بیشتر از ۵ سال به‌عنوان پزشک یا دندانپزشک عمومی در یک منطقه محروم کار می‌کنند، عملاً امکان ادامه تحصیل یا اشتغال در منطقه‌ی برخوردار را از دست می‌دهند. اینکه اشتغال در منطقه‌ی محروم به‌عنوان یک امتیاز برای ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر امکان داشته باشد، یک عامل انگیزشی قوی است. توجه به نیروهای بومی و حمایت از آنها، هم در ادامه تحصیل و هم به‌کارگیری در پست‌های مدیریتی می‌تواند یک عامل انگیزشی قوی باشد.

عدالت در پرداخت‌ها، توزیع عادلانه‌ی منابع و تجهیزات، پوشش‌دهی بیمه و اعطای عادلانه‌ی فرصت‌های آموزشی مواردی بودند که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. Fogarty و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که فرصت‌های آموزشی بارضایت شغلی بالاتر و میزان تمایل به ماندن رابطه مستقیمی دارد (۱۷). در پژوهش ملائی و همکاران (۱۳۹۹)، بین میزان رعایت بعد آموزشی، قوانین و مقررات، مشوق‌های مالی و حمایت‌های فردی و شغلی با تمایل به ماندگاری پزشکان در مناطق روستایی رابطه معناداری وجود داشت (۱۰) که هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر است.

این نکته که هنگام توزیع نیروی انسانی عدالت در نحوه‌ی توزیع رعایت می‌شود، همواره دغدغه‌ی همه گروه‌های پزشکی بوده است. توزیع امکانات در مناطق محروم، تابع نگاه مدیریت ارشد آن منطقه و توان سیستم منطقه‌ای در جذب منابع حمایتی و رفاهی است. این مساله همواره توسط نیروهای پزشکی، مطرح شده و باعث مقایسه بین استان‌های مختلف می‌شود. نحوه‌ی تعیین ضریب تعرفه ترجیحی و توجه به تغییرات و تحولات توسعه‌ای مناطق و پویایی مقررات، از گله‌های نیروهای متخصص است.

امنیت هم یکی از دغدغه‌های مهم نیروهای پزشکی در مناطق محروم است. حضور یک فرد ناآشنا با محیط کاری (علی‌الخصوص که بسیاری از این افراد هم خانم‌ها هستند) باعث می‌شود که انگیزه‌کاری کاهش یابد. اصولاً تعهدکار به‌صورت اجبار در مناطق محروم باعث می‌شود که یک حالت تدافعی در فرد ایجاد شود، تعهد سازمانی کاهش یابد، ناامنی اجتماعی هم این بی‌انگیزگی را افزایش می‌دهد.

نتایج یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در طبقات رفاه، انگیزش، عدالت و امنیت هم‌راستا با مطالعه‌ی داوری و همکاران (۱۳۹۹)، در زمینه‌ی اولویت‌بندی اهمیت سیاست‌های تشویقی جهت ماندگاری پزشکان در مناطق محروم است (۱۸). این اولویت‌بندی در پژوهش داوری به‌صورت قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان، برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی، دستورالعمل نحوه‌ی توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی، طرح تحول سلامت، قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول در علوم پزشکی و آیین‌نامه‌اداری استخدامی اعضای هیات علمی و غیره‌یات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده است.

به‌طور کلی، برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تدابیر متعددی قابل انجام است که از آن جمله می‌توان به خدمات اجباری، تدابیر مدیریتی، بومی‌گزینی، سهمیه‌های خاص و قانون عدالت آموزشی اشاره نمود. لیکن این راهکارها باید همسو با نظام پرداخت تشویقی موثر به‌کار گرفته شوند تا زمینه ماندگاری پزشکان در مناطق محروم را فراهم کنند و قطعاً ترکیب همزمان چند راهکار، حضور پزشکان در این مناطق را تضمین می‌کند و هیچ‌یک از راهکارها به تنهایی کارگشا نخواهد بود (۱۲).

محرومیت‌ها، بیماران مناطق روستایی و حتی شهری شهرستان‌ها را مجبور می‌کند که به‌منظور دریافت خدمات درمانی و پاراکلینیکی تخصصی و فوق تخصصی راهی شهرهای اطراف شوند که این امر با توجه به معضل بیماری فقر و محرومیت ساکنان این مناطق موجب تحمیل هزینه‌های فزاینده‌ی درمانی به این افراد می‌شود؛ به‌طوری‌که گاه دیده می‌شود که در مواردی این افراد با تحمل رنج بیماری از انجام برخی پیگیری‌های تخصصی و فوق تخصصی درمانی خود منصرف می‌شوند. از این رو احساس می‌شود که برای ارایه عادلانه خدمت درمانی در مناطق محروم و برقراری عدالت در حوزه‌ی سلامت هنوز راهی طولانی در پیش است (۱۹).

ماهیت کیفی مطالعه و حجم نمونه کوچک قابلیت تعمیم‌پذیری مطالعه را محدود می‌سازد.

نتیجه‌گیری

گسترش امکانات و زیرساخت‌های وزارت بهداشت همواره با دشواری‌های ناشی از محدودیت منابع روبه‌رو بوده است. بنابر یافته‌های پژوهش، فراهم‌نمودن رفاه فردی و اجتماعی برای پزشکان و متخصصان در مناطق محروم و برخورد عادلانه در پرداخت‌های مالی، پوشش‌دهی بیمه و عدالت آموزشی در کنار برقراری امنیت حرفه‌ای و جانی انگیزش لازم را برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم ایجاد می‌کند. با ترکیب هم‌زمان چند راهکار زیر می‌توان حضور پزشکان را در مناطق محروم تضمین کرد:

- ۱) تقویت حمایت‌های رفاهی پزشکان در مناطق محروم، با تضمین پرداخت‌های مکمل پایدار و افزایش متناسب با تورم و ایجاد مسکن پزشکان.
- ۲) ایجاد امتیازات تشویقی برای ادامه تحصیل.
- ۳) تضمین عدالت در پرداخت با توجه به شرایط مناطق مختلف.
- ۴) تضمین امنیت شغلی و اجتماعی برای کار در مناطق محروم.

۵) تاکید بر بومی‌گزینی و حمایت از پذیرش داوطلبان بومی در همه‌ی مقاطع.

به دلیل پژوهش‌های اندکی که در زمینه‌ی طرح ماندگاری پزشکان در مناطق محروم انجام گرفته است، با توجه به اهمیت موضوع، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های جامع‌تری جهت دستیابی به راهکارهای مناسب در زمینه‌ی بهبود نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت این طرح صورت گیرد و ضمن آگاهی از ترجیحات و مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم مشارکت‌کنندگان، برای تقویت آنها در جهت همسو نمودن سیاست‌ها اقدام گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مرکز ملی تحقیقات راهبردی پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با کد اخلاق IR.NASRME.REC. 1400.213 می‌باشد. گروه پژوهش از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، جناب آقای دکتر علی اکبر حقدوست معاونت محترم آموزش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین تمامی همکارانی که به هر نحو در انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Zarrabi A & Shaykh Baygloo R. Classification of provinces of Iran by health indicators. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11(42): 107-28[Article in Persian].
2. Sajadi HS & Majdzadeh R. From primary health care to universal health coverage in the Islamic Republic of Iran: A Journey of Four Decades. *Archives of Iranian Medicine (AIM)* 2019; 22(5): 262-8[Article in Persian].
3. Moradi Lakeh M & Vosough Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International Journal of Health Policy and Management* 2015; 4(10): 637-40.
4. Nemati R, Seyedin H, Nemati A, Sadeghifar J, Nasiri A, Mousavi SM, et al. An analysis of disparities in access to health care in Iran: Evidence from Lorestan Province. *Global Journal of Health Science* 2014; 6(5): 81-6.
5. Mostafavi H, Aghlmand S, Zandiyan H, Alipoori Sakha M, Bayati M & Mostafavi S. Inequitable distribution of specialists and hospital beds in west Azerbaijan province. *Journal of Payavard Salamat* 2015; 9(1): 55-66[Article in Persian].
6. The Lancet. Rural health inequities: Data and decisions. *Lancet* 2015; 385(9980): 1803.
7. Mullen M, Wiebe D, Bowman A, Wolff C, Albright K, Roy J, et al. Disparities in accessibility of certified primary stroke centers. *Stroke* 2014; 45(11): 3381-8.
8. Goddard M & Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine* 2001; 53(9): 1149-62.
9. Alla Eddini F, Fatemi R, Jahromi HR, Asghari E, Eskandari S, Ardalan A, et al. Iranian physicians' willingness to work in underserved areas and related factors in 2001. *Razi Journal of Medical Sciences (RJMS)* 2004; 11(40): 247-55[Article in Persian].

10. Mollaei B, Moghri J, Ghavami V & Tabatabaee S. Factors related to the willingness of working physicians to stay in rural areas and their evaluation according to the recommendations of the World Health Organization: A case study. *Journal of Health Administration* 2021;23(4): 40-50[Article in Persian].
11. Mobaraki H, Hassani A, Kashkalani T, Khalilnejad R & Chimeh E. Equality in distribution of human resources: The case of Iran's ministry of health and medical education. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(S 1): 161-5.
12. Olyaeemanesh A, Manavi S, Aghajani M, Poraghasi L, Maher A, Shahrami A, et al. Implementing the health transformation plan with emphasis on supporting the survival of physicians in deprived Areas: The results and challenges. *Hakim Health Systems Research Journal* 2017; 19(4): 228-37[Article in Persian].
13. Graneheim UH & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105-12.
14. Hsieh HF & Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-88.
15. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R & Sharifirad G. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahr-e-kord City. *Health Information Management* 2011; 7(S): 629-36[Article in Persian].
16. World medical association. WMA Declaration of Geneva. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. 2018.
17. Fogarty L, Kim YM, Juon HS, Tappis H, Noh JW, Zainullah P, et al. Job satisfaction and retention of health-care providers in Afghanistan and Malawi. *Human Resources for Health* 2014; 12(11): 1-12.
18. Davari F, Sajadi HS, Ehsani Chimeh E & Alimohammadzadeh K. Incentive policies for the retention of physicians and nurses in deprived areas of the Islamic Republic of Iran. *Health Information Management* 2020; 17(4): 159-66[Article in Persian].
19. Mir SA, Khosravi S, Mansouri Bidkani M & Khosravi AA. Expanding the health care in deprived areas in Iran: Policies and challenges. *Journal of Military Medicine* 2019; 21(4): 342-52[Article in Persian].

Challenges of Physicians Working Long in Deprived Areas in Iran

Seyed Hassan Emami Razavi¹ (M.D.), Mahboubeh Shali² (Ph.D.), Samaneh Mirzaei³ (M.S.),
Ali Reza Nikbakht Nasrabadi⁴ (Ph.D.), Zahra Khazaeipour^{5*} (M.D.–M.P.H.)

1 Professor, Department of General Surgery, Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Assistant Professor, Department of Critical Care Nursing and Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Master of Science in Biotechnology, Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Associate Professor in Community Medicine, Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: Mar 2021
Accepted: Jul 2021

Background and Aim: Implementation of a program to support physicians' working long in deprived areas is one of the most important programs of the Health System Transformation Plan in response to the challenge of the shortage of expert staff, particularly physicians. Numerous factors affect the persistence of physicians in different regions, especially in deprived ones. This study aims to explain the experiences of physicians in relation to the challenges of working long in deprived areas.

Materials and Methods: The present research is a qualitative study that was conducted in 2020 in Tehran, Iran. To achieve information saturation, 16 physicians and specialists were chosen using purposive sampling method. Then, for data collection, semi-structured interviews were used. Moreover, data analysis was performed using Graneheim and Lundman contractual content analysis method, and data management was done with MAXQDA software version 12. Furthermore, Lincoln and Guba reliability criteria were applied to achieve data accuracy and reliability.

Results: Three female and 13 male physicians with a mean work experience of 45.7 ± 7.8 years and an average work experience in deprived areas of 8 ± 6.3 years participated in the study. Six participants were native to the region and the rest were non-native. Twelve participants in the study were the faculty members of the university. When the data were analyzed, 286 initial codes were extracted. The information was divided into four main categories and eleven subcategories. Welfare, motivation, justice and security were the main categories of this study.

Conclusion: Providing individual and social welfare for physicians, and fair treatment in financial payments and educational justice along with establishing security provide the necessary motivation for physicians to stay in a deprived area. Besides by combining several solutions at the same time, the presence of doctors in deprived areas can be guaranteed.

Keywords: Deprived Areas, Staying, Content Analysis, Iran

* Corresponding Author:
Khazaeipour Z
Email:
khazaeipour@tums.ac.ir