

# عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد- سال ۱۳۸۸

سید علی موسوی رجا<sup>۱</sup>، امیر اشکان نصیری پور<sup>۱\*</sup>، جانمحمد ملک زاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران، <sup>۲</sup>مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** طرح برنامه پزشک خانواده در نظام ارایه خدمات بهداشتی - درمانی ایران، طرحی نسبتاً نو ظهور است که از مرداد ماه ۱۳۸۴ به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری اداره کل بیمه خدمات درمانی با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت جامع و مداوم شروع شد. یکی از مهم‌ترین مشکلات برنامه عدم ماندگاری پزشکان در محل کار به ویژه در مناطق محروم است. هدف این مطالعه ارزیابی عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، مقطعی که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، جامعه مورد مطالعه کلیه پزشکان خانواده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویراحمد بودند، که به صورت تمام شماری مطالعه شدند. داده‌های مورد نیاز از طریق تکمیل پرسشنامه به روش مراجعه مستقیم و مصاحبه جمع‌آوری شدند و با استفاده از آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** ۵۵ نفر (۷۵ درصد) از پزشکان شرکت کننده در پژوهش مرد و ۱۸ نفر (۲۵ درصد) زن بودند. بین محرومیت منطقه با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار و بین امکانات بیتوته با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار، رابطه معنی‌داری مشاهده شد ( $p < 0/05$ ). بین میزان حقوق و مزایا با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار و همچنین بین زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری یافت نشد ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با فراهم آوردن عوامل معیشتی و رفاهی نظیر امکانات مناسب اقامت محل زیست پزشکان و محرومیت‌زدایی از مناطق محل خدمت پزشکان خانواده منجر به امر ماندگاری آنان خواهد شد.

**واژه‌های:** ماندگاری، پزشک خانواده، محل کار، مراکز بهداشتی - درمانی

\*نویسنده مسئول: دکتر امیر اشکان نصیری پور، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشکده مدیریت و اقتصاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

## مقدمه

شده است (۵). پزشک خانواده موظف به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد، خانواده و جامعه است و مسئول ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود اعم از سالم یا بیمار و بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و نوع بیماری است (۶). پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسئولیت‌هایی از قبیل تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، و تحقق و هماهنگی با سایر بخش‌ها را بر عهده دارد. پزشک خانواده مسئول ارائه مستمر خدمات سلامت به افراد تحت پوشش خود، از لحظه قبل از تولد تا مرگ است در حقیقت وی موظف به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای دستیابی به سلامت، حفظ و ارتقاء آن است (۳).

از آنجا که اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور محسوب می‌شود، در نتیجه شناسایی معایب و موانع اجرایی صحیح این برنامه و رفع اشکالات و ایرادات آن و همچنین عملکرد آن از نظر اجرایی و کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به جامعه تحت پوشش و مشخص کردن نقاط قوت و ضعف آن لازم است. براساس اظهارات مسئولان بهداشتی- درمانی یکی از مهم‌ترین مشکلات برنامه پزشک خانواده عدم ماندگاری پزشکان که پایه اصلی

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد (۱). هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتواند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهیم شود (۲). بر همین اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری اداره کل بیمه خدمات درمانی طرح بیمه روستایی را با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع با هدف ایجاد و بهبود نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهایی کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا نمود (۳). در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک خانواده محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد (۴).

برنامه پزشک خانواده با محور ارائه بسته خدماتی در حوزه بهداشت و درمان به جمعیت تحت پوشش، مورد تأکید قرار گرفته و این بسته خدماتی نیز در بحث نظام مراقبت، کنترل بیماری‌ها، بیماریابی، غربالگری و به طور کلی خدمات جامع حوزه بهداشت و درمان با اولویت ارائه به موقع این خدمات تعریف

## روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، مقطعی که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، جامعه مورد مطالعه کلیه پزشکان طرح پزشک خانواده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویراحمد بودند که با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش به صورت تمام شماری انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفته اند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل؛ پرسشنامه عوامل ماندگاری پزشکان در محل کار و همچنین اطلاعاتی در زمینه مشخصات دموگرافیکی پزشکان بود. اطلاعات دموگرافیکی شامل؛ ۲۰ سؤال در خصوص اطلاعات فردی پزشکان بود و اطلاعاتی نظیر؛ سن، جنس، شغل، نوع دانشگاه محل تحصیل، وضعیت استخدامی، وضعیت بومی بودن، محل سکونت فرد و همسرش را مورد بررسی قرار داد. پرسشنامه عوامل ماندگاری پزشکان در محل کار به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارزیابی ماندگاری پزشکان طرح پزشک خانواده مورد استفاده قرار گرفته است. این قسمت شامل ۳۵ سؤال می‌باشد که میزان حقوق و مزایای پزشکان، ضریب محرومیت منطقه محل خدمت پزشکان، زمان پرداخت حقوق پزشکان و امکانات بیتوته محل خدمت پزشکان خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

طرح پزشک خانواده محسوب می‌شوند، در محل کار است (۷). سیستم حفظ و نگهداشت نیرو باعث می‌شود در دراز مدت گردش نیروی انسان کم شده و به بهره‌وری و سود در سازمان اضافه گردد، چه بسا در سازمانی با بهترین شیوه‌های استخدامی، شایسته‌ترین افراد برگزیده و به خدمت آن سازمان درآمده باشند (نظام جذب) سپس با روش‌های مختلف ارزیابی و آموزش (نظام بهسازی) موجبات افزایش بینش، مهارت و دانش این کارکنان فراهم شده باشد. لکن چنانچه در طول خدمت به نحو مناسب و مطلوب نگهداری نشوند، یا در سازمان‌های دیگر جاذبه‌های بیشتر و بهتری فراهم باشد، باعث می‌گردد آن افراد (به ویژه افراد خبره و آزموده) به راحتی سازمان مزبور را ترک کرده و جذب آن سازمان شوند. در نتیجه تمام زحمات، تلاش‌ها و هزینه‌های مربوط به استخدام، تربیت و تجهیز نیروی انسانی و سرمایه‌گذاری روی افراد به هدر برود (۸). بر همین اساس بررسی علل و عوامل مرتبط ماندگاری پزشکان در محل خدمت ضروری است و می‌تواند در راستای اصلاح و بهبود کیفیت برنامه پزشک خانواده مورد استفاده قرارگیرد و رضایت شغلی را برای آنها فراهم نماید. با توجه این که مطالعات محدودی جهت بررسی طرح پزشک خانواده در کشور انجام گرفته است (۹-۱۲). لذا این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با ماندگاری در محل کار پزشکان خانواده شاغل در استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شد.

## یافته‌ها

و امکانات بیتوته در جداول ۱-۴ ارایه شده است. یافته‌ها نشان داد، بین ضریب محرومیت منطقه و همچنین بین امکانات بیتوته محل خدمت با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/05$ )، اما بین میزان حقوق و مزایا و زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان رابطه معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

همچنین نتایج نشان داد، ۶۶ درصد از پزشکان طرح پزشک خانواده مهم‌ترین انگیزه خود را در همکاری با طرح پزشک خانواده خدمت به مردم محروم، ۴۱ درصد حقوق بیشتر، ۳۷ درصد ادامه تحصیل، ۲۸ درصد انجام تعهد خدمت و ۲۵ درصد اعتقاد به نامه پزشک خانواده اعلام نمودند.

بر اساس نتایج حاصله، از کل پزشکان طرح پزشک خانواده ۵۵ نفر (۷۵ درصد) مرد و ۱۸ نفر (۲۵ درصد) زن بوده که ۵۰ نفر (۶۸/۵ درصد) آنها متأهل بوده‌اند. ۹۴/۵ درصد آنها در دانشگاه‌های دولتی و ۵/۵ درصد آنها در دانشگاه‌های آزاد تحصیل کرده‌اند. از نظر وضعیت استخدامی بیشتر افراد (۳۳ درصد) قراردادی، ۳۱/۵ درصد پیمانی، ۱۱ درصد رسمی و کمترین تعداد (۸ درصد) به شکل نیروی طرحی وارد برنامه پزشک خانواده شده‌اند. از نظر بومی بودن اکثر پزشکان (۸۰ درصد) بومی استان بوده و نزدیک به ۲۰ درصد افراد غیر بومی بوده‌اند.

نتایج بررسی رابطه بین ماندگاری و میزان حقوق و مزایا، زمان پرداخت حقوق، محرومیت منطقه

جدول ۱: مقایسه فراوانی نسبی رابطه بین ماندگاری و زمان پرداخت حقوق پزشکان خانواده شاغل در استان کهگیلویه و بویراحمد

سطح معنی‌داری	عدم ترک محل خدمت تعداد(درصد)	ترک محل خدمت تعداد(درصد)	ماندگاری زمان پرداخت حقوق
>0/05	(۸۰)۲۰	(۲۰)۵	به موقع
	(۸۷)۲۶	(۱۳)۴	با تاخیر
	(۸۷)۴۶	(۱۶)۹	جمع

جدول ۲: مقایسه فراوانی نسبی رابطه بین ماندگاری و میزان حقوق پزشکان خانواده شاغل در استان کهگیلویه و بویراحمد

سطح معنی‌داری	عدم ترک محل خدمت تعداد(درصد)	ترک محل خدمت تعداد(درصد)	ماندگاری میزان حقوق
>0/05	(۷۹)۱۵	(۲۱)۴	پایین
	(۸۵)۱۷	(۱۵)۳	متوسط
	(۷۶)۱۶	(۲۴)۵	مناسب
	(۸۰)۴۸	(۲۰)۱۲	جمع

جدول ۳: مقایسه فراوانی نسبی رابطه بین ماندگاری و محرومیت منطقه پزشکان خانواده شاغل در استان کهگیلویه و بویراحمد

ماندگاری	ترک محل خدمت تعداد(درصد)	عدم ترک محل خدمت تعداد(درصد)	سطح معنی داری
محرومیت			
محروم	۹(۱۴/۵)	۳(۸۵/۵)	<۰/۰۵
غیر محروم	۴(۳۶)	۷(۶۴)	
جمع	۱۳(۱۸)	۱۰(۸۲)	

جدول ۴: مقایسه فراوانی نسبی رابطه بین ماندگاری و امکانات بیتوته پزشکان خانواده شاغل در استان کهگیلویه و بویراحمد

ماندگاری	ترک محل خدمت تعداد(درصد)	عدم ترک محل خدمت تعداد(درصد)	سطح معنی داری
امکانات بیتوته			
مناسب	۹(۲۶)	۲۵(۷۴)	<۰/۰۵
نامناسب	۴(۱۰)	۳۵(۹۰)	
جمع	۱۳(۱۸)	۶۰(۸۲)	

## بحث

انسان‌ها اولین عامل تشکیل دهنده یک سازمان اجتماعی و نیز ایفا کننده نقش اساسی در انجام اهداف مورد نظر سازمان هستند. این امر مدیران و برنامه ریزان مسائل اجتماعی را وادار می‌کند که توجه بیشتری بر عوامل انسانی سازمان‌ها داشته باشند(۱۳). در برنامه طرح پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را برعهده دارد. یکی از چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده ریزش نیروی پزشک به ویژه در مناطق محروم است، به طوری که برخی از مراکز بهداشتی درمانی برای مدتی فاقد پزشک خانواده می‌شود و تداوم خدمات قطع می‌شود و با جذب پزشک تازه کار تمامی آموزش‌ها تکرار می‌شود(۱۴). هدف از این مطالعه بررسی عوامل

ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار خود بوده است.

بررسی عوامل مؤثر بر ترک محل خدمت نشان داد که بین محرومیت منطقه با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه مستقیم معنی داری وجود دارد. به طوری که هر چه مقدار محرومیت بیشتر باشد، ماندگاری پزشکان در محل خدمت خود کمتر می‌باشد. پزشکیانی که تا کنون اقدام به ترک محل خدمت نموده اند و پزشکیانی که اظهار نموده‌اند در آینده تصمیم به ترک محل کار خود دارند، محرومیت منطقه را یکی از مهم‌ترین دلایل ترک محل خدمت مطرح نموده‌اند. در این پژوهش محرومیت منطقه شامل؛ نداشتن امکانات رفاهی شامل اتاق پزشک، آب، برق، سیستم گرمایشی و سرمایشی و تلفن می‌باشد. نتایج این پژوهش با مطالعه رورک(۱۹۹۳) مطابقت دارد (۱۵). با توجه به این که یکی از عوامل مهم موفقیت هر طرح اجرایی در نظام

گزارش کرده‌اند که با یافته‌های این مطالعه هم‌سو نمی‌باشد (۲۰-۱۸). کتزی (۲۰۰۶) در مطالعه خود در روستاهای آفریقای جنوبی یکی از راه‌های افزایش ماندگاری و ابقاء پزشکان خانواده را افزایش حقوق و فوق‌العاده روستایی گزارش کرده است (۱۷).

یافته‌های این پژوهش نشان داد پزشکان طرح خانواده که تاکنون ترک محل خدمت ننموده و تصمیم به ادامه همکاری با طرح پزشک خانواده را داشتند، مهم‌ترین انگیزه خود را در همکاری با برنامه پزشک خانواده، خدمت به مردم محروم، دریافت حقوق بیشتر و ادامه تحصیل مطرح نموده‌اند که با یافته‌های مطالعات دیگر هم‌خوانی ندارد (۲۱ و ۱۵). کامین (۱۹۹۸) ادامه تحصیلات را یکی از دلایل عدم ماندگاری پزشکان خانواده روستایی در محل کار خود دانسته است که این اختلاف را می‌توان به وضعیت فرهنگی و اعتقادات مذهبی کشور با سایر کشورها و همچنین قوانین اجرای طرح پزشک خانواده در کشور دانست (۲۱).

### نتیجه‌گیری

با توجه به این که هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است و در مناطق روستایی این مسایل به وسیله پزشکان طرح خانواده و تیم سلامت صورت می‌گیرد، لذا براساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مسئولین و دست‌اندرکاران عواملی که باعث ماندگاری بیشتر پزشکان در محل خدمت می‌شود را

سلامت رضایت ارایه دهندگان خدمات می‌باشد که اگر به آن بی‌توجهی شود، پس از مدتی باعث بی‌تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم‌تر از آن کیفیت خدمات آسیب جدی وارد خواهد آورد. بر همین اساس نیازمند توجه خاص مسئولین به این موضوع می‌باشد که با فراهم آوردن امکانات رفاهی در محل استقرار پزشکان و کاهش محرومیت در منطقه به افزایش ماندگاری پزشکان کمک کنند.

نتایج نشان داد بین امکانات بیتوته با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری یافت شد. امکانات نامناسب بیتوته شامل: تعداد اتاق، سیستم گرمایشی و سرمایشی، تلفن، برق، گاز، آب، تجهیزات و بانک در منطقه و امکان دیدنی و تفریحی از جمله مواردی بود که پزشکان مطرح نموده‌اند. میدما و همکاران (۲۰۰۹) و کتزی و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که مشکلات معیشتی پزشکان خانواده و استمرار آنها یکی از مهمترین عوامل ترک محل خدمت پزشکان خانواده است (۱۷ و ۱۶). این یافته‌ها نشان می‌دهد که فراهم نمودن امکانات رفاهی و تفریحی می‌تواند کمک زیادی برای بالا بردن انگیزه پزشکان برای ماندگاری در محل خدمت نماید.

نتایج نشان داد که بین میزان حقوق و زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. عسگری و همکاران (۲۰۱۲)، مهدی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) و مطلق و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعات خود نارضایتی از حقوق و میزان درآمد را

مورد توجه قرار بدهند. برطرف کردن مشکلات معیشتی و امکانات رفاهی پزشکان از مهم‌ترین مسایلی است که موجب کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنها برای ارائه خدمات با کیفیت خواهد شد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران می‌باشد. از همکاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج آقایان؛ فاضل زینت مطلق، حمیدرضا غفاریان شیرازی، محسن مومنی‌نژاد، حامد اردکانی، سید جبار مقیمی، سید ناصر رضایی، نجف چراغ سحر و خانم‌ها؛ شوکت آزاد میوه و مسکینه حسینی به جهت همکاری در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

**REFERENCES:**

1. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. P.38.
2. Ghoharinejhad S. Health system decentralization on Iran University and medical science. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz.p.32.
3. Family physician instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion; version11. Tehran: December 2010.
4. Janati A , Maleki MR , Gholizadeh M , Narimani MR. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health Journal* 2010; 4(4): 39-44.
5. Ministry of Health and Medical Education. Executive Instruction of Family medicine and Rural Insurance. Tehran. 2009.
6. Department of Health. Ministry of Health and Medical Education. Family medicine and Referral System in Islamic Republic of Iran. Tehran. 2007.
7. Jamshid Beigi E. Family medicine and rural health insurance program performance report. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2007; 8.
8. Zareh M. Study Relevance organizational culture and the preservation and retention of skilled professionals in view of the teaching hospitals affiliated to Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Health Care Management, Master Thesis, Faculty of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences, 2005.
9. Janati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Knowledge & Health* 2010; 4(4): 39-44.
10. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National family physician program in shahroud: assessing quality of implementation and condition of settings. *Hakim Research Journal* 2011; 14(2): 123- 9.
11. Nasrollahpour Shirvani N, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6): 46-52.
12. Ghorbani A, Shegarf nakhaie M, Dovlat abadi A, Alemi H, Tabarraie Y. Study of Satisfaction Rate of Family Medicine plan in insured Population of Sabzevar University Medical of sciences. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2013; 19(4): 364-70.
13. Mir- Sepasi N. Strategic human resource management and labor relations. 3th ed. Tehran: Mir, 2002.
14. Makui S. Family physician: Talk to action. *MED& LAB Eng Magazine* 2008; 8(90): 13.
15. Rourke JT. Politics of rural health care: recruitment and retention of physicians. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 1993; 148(8): 1281.
16. Miedema B, Hamilton R, Fortin P, Easley J, Tatemichi S. The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: lessons for retention. *Rural and Remote Health* 2009; 9(2): 1141.
17. Kotzee TJ, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa?. *Rural Remote Health* 2006; 6(3): 581.
18. Asgari H, Kheirmnd M, Rohani M, Sadoughi S, MalekPour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2012; 10(2): 11-20.
19. Mahdizadeh M, vafaei A, Taghipour A, Esmaeily H, Mahdizadeh SM, Ebrahimipour H. Occupational burnout and influence of work environment factors among family physicians in Khorasan Razavi. *Occupational Medicine Quarterly Journal* 2014; 5(4): 42-51.



20. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities, Journal of Guilan University of Medical Sciences, 2011; 19 (76):48-55.
21. Kamien M. Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions. Medical Journal of Australia 1998; 169: 318-23.

# Influencing Factors on Family Physician Retaining in Kohgilouye and Boyer Ahmad Province, Iran in 2009

Mosaviraja SA<sup>1</sup>, Nasiripour AA<sup>1\*</sup>, Malekzadeh JM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, <sup>2</sup> Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 23 Jan 2014

Accepted: 10 May 2014

## Abstract

**Background & aim:** Family Physician Plan in health and treatment services providing a relatively new plan beginning from 2005 by ministry of health in collaboration with general health insurance office to increase people's access to comprehensive health services. One of the main problems is the lack of retention of doctors in the workplace, particularly in deprived areas. The purpose of this study was to evaluate factors associated with survival in the workplace of family physicians in the Kohgilouyeh and Boyer Ahmad province, Iran.

**Methods:** In the present cross-sectional, analytical study, the target population included the total physician population practicing in health centers and cities with population under. Data collected through filling direct questionnaire and interviews and analyzed by the SPSS software and non-parametric chi – square test.

**Results:** Fifty-five (75%) of the physicians participating in the study were male and 18 (25%) were female. There was a significant relationship between low facilities and family Physician retaining in their work place. In addition, there was a significant relationship between accommodation facilities and retaining of family physician in work place ( $p < \%5$ ). There was no significant relationship between salary rate and family physician retaining in their workplace and there was also no significant relationship between pay time and stay of family physician in the workplace

**Conclusion:** Accommodating the family physician with proper facilities such as proper home leads to their retaining in their workplace in deprived areas.

**Key words:** Retaining, Family Physician, Post Work, Health Centers

---

\*Corresponding author: Amir Ashkan Nasiripour, Department of Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
Email: nasiripour@srbiau.ac.ir