



نیروی انسانی روانپزشک در ایران: برنامه ریزی مبتنی بر شواهد

دکتر علی اردلان*، دکتر داود شاه محمدی**

چکیده

هدف از برنامه ریزی نیروی انسانی در نظام ارائه خدمات بهداشتی، داشتن تعداد کافی نیروی انسانی کارآمد در تمامی حرفه‌های مورد نیاز است که به طور متناسب از نظر جغرافیایی، جنسی و سازمانی توزیع شده باشند. هرگونه اشکال در برنامه ریزی، ناهماهنگی میان عرضه و تقاضا را به دنبال دارد. برنامه ریزی در زمینه نیروی انسانی روانپزشکی نیز از همین قانون پیروی می‌کند. تغییر شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و به دنبال آن افزایش بار اختلالات روانی، لزوم اجرای گسترده‌تر برنامه‌های بهداشت روان و ضرورت توجه به برنامه ریزی درست نیروی انسانی را به دلیل نقش کلیدی و رهبری که در موفقیت این برنامه‌ها ایفا می‌کند، بیش از پیش توجیه می‌نماید. هدف این نوشتار بررسی جنبه‌های گوناگون برنامه ریزی نیروی انسانی در ایران می‌باشد. از این رو ارزیابی وضعیت موجود نیروی انسانی در ایران، نقد بررسی‌های انجام شده در این زمینه، بررسی شمار روانپزشکان و نسبت روانپزشک به جمعیت در سایر کشورها و عوامل مؤثر بر نیاز به روانپزشک مورد بحث قرار می‌گیرند. در پایان با توجه به عدم وجود نظام برنامه ریزی منسجم و نبود یا کمبود اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در زمینه سیاست‌های آینده نظام بهداشتی - درمانی کشور در زمینه بهداشت روان، پیشنهاد‌های متناسب ارائه می‌شوند.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴

کلید واژه: نیروی انسانی، بهداشت روانی، روانپزشکی، ایران

مقدمه

(دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۹ الف). برنامه ریزی نیروی انسانی در زمینه روانپزشکی و بهداشت روانی نیز پیرو همین اصل است. دگرگونی‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و پیامدهای آن، افزایش بار اختلالات روانی، لزوم اجرای گسترده‌تر برنامه‌های بهداشت روان، ضرورت توجه به برنامه ریزی درست نیروی انسانی در زمینه روانپزشکی و بهداشت روانی را

هدف از برنامه ریزی انسانی در نظام بهداشتی، داشتن تعداد کافی نیروی انسانی کارآمد در همه رشته‌های مورد نیاز است که بطور متناسب از نظر جغرافیایی، جنسی و سازمانی توزیع شده باشند. هرگونه اشکال در برنامه ریزی، پدیده عدم تعادل میان عرضه و نیاز و کمبود یا مازاد را به دنبال خواهد داشت

* دستیار همه‌گیرشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان انقلاب، دانشگاه تهران، دانشکده بهداشت، بخش همه‌گیرشناسی و آمار حیاتی (نویسنده مسئول).
** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، که در ۲۳ بهمن ۱۳۸۰ پیش از چاپ مقاله به رحمت ایزدی پیوست.

به دلیل نقش کلیدی و رهبری که در موفقیت این برنامه‌ها ایفا می‌نماید، پیش از پیش توجه می‌کند.

وضعیت موجود نیروی انسانی روانپزشکی در ایران

بانک اطلاعات پزشکان سازمان نظام پزشکی کشور شمار روانپزشکان کشور را در مرداد ۱۳۷۹، ۳۹۵ نفر گزارش نموده است (۱/۶۱ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر جمعیت). دویست و هیجده نفر از این تعداد مرد و ۷۷ نفر زن بوده‌اند. این تعداد دربرگیرنده روانپزشکانی است که نام خود را در سازمان نظام پزشکی کشور ثبت کرده‌اند. روانپزشکان بازنشسته و مهاجرت کرده از کشور در این آمار گنجانیده نشده‌اند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در همان سال شمار روانپزشکان کشور را ۵۹۳ نفر (۴۸۲ مرد، ۱۱۱ زن) گزارش نمود. اگر ۱۰ تا ۲۰ درصد به این رقم افزوده شود شاید بتوان به رقمی واقعی‌تر یعنی ۶۵۲ تا ۷۱۱ نزدیک شد.

از سوی دیگر هاشمی و همکاران دبیرخانه شورای آموزش پزشکی (۱۳۷۷)، شمار روانپزشکان کشور را ۳۸۳ و شمار دستیاران را ۲۵۱ نفر گزارش کرده است. شورای یاد شده (همان جا) تعداد روانپزشک فعال کشور را ۴۶۸ نفر برآورد نموده است و نسبت روانپزشک فعال به جمعیت در کشور ۰/۷۵ نفر روانپزشک برای هر صد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. کمترین نسبت مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان با ۰/۲۷ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر و بیشترین نسبت مربوط به استان تهران یعنی ۱/۳۹ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر جمعیت بوده است.

در حال حاضر در ایران دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، تبریز، کرمان، اهواز، شیراز، مشهد، اصفهان، مازندران و علوم بهزیستی و توانبخشی به تربیت دستیار روانپزشکی مشغولند. دو دانشگاه علوم پزشکی مازنداران و علوم بهزیستی و توان بخشی از سال ۱۳۷۷ آموزش دستیاران روانپزشکی را آغاز کرده‌اند. علیرغم تغییرات جزئی در پذیرش برخی

دانشگاه‌ها، روند کلی پذیرش دستیار طی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۹ تغییر چندانی نکرده است و به ترتیب طی این سالها در کشور مجموعاً ۶۳، ۶۳، ۶۰، ۶۸، ۶۵ دستیار پذیرفته شده‌اند.

نسبت روانپزشک به جمعیت در سایر کشورها

کمیته سلطنتی کانادا در سال ۱۹۶۳ نسبت روانپزشک را به جمعیت کشور یک نفر روانپزشک برای ده هزار نفر جمعیت پیشنهاد نمود، ولی پس از چندی با توجه به حجم نیازها، عملکرد روانپزشکان، موقعیت‌های شغلی، لیست‌های انتظار، این نسبت کاهش یافت، بطوریکه طی سالهای ۱۹۶۲ تا ۱۹۶۸ طی ۱۱ بررسی نسبت یک نفر روانپزشک برای ۵۲۶۰ تا ۱۰۰۰۰ نفر را پیشنهاد کردند. کالج پزشکان و جراحان کانادا در سال ۱۹۸۷ نسبت یک نفر روانپزشک را برای ۶۵۰۰ نفر به عنوان نسبت مناسب بیان نمود ولی با توجه به وضعیت سیاسی و اقتصادی کشور این نسبت به رقم یک نفر روانپزشک برای ۸۰۰۰ نفر جمعیت افزایش یافت (برویل^۱، ۱۹۹۲).

انجمن روانپزشکان آمریکا^۲ نسبت یک نفر روانپزشک را برای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت پیشنهاد نمود. این نسبت در سال ۱۹۸۲، یک به ۷۱۰۰ بود (همان‌جا). در آمریکا در سال ۱۹۸۵ با احتساب دستیاران، ۳۶۰۰۰ روانپزشک یعنی ۱۵ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر جمعیت وجود داشت (یساگر^۳ و بورس^۴، ۱۹۸۷). در سال ۱۹۹۷ نسبت ۴ روانپزشک را برای صد هزار نفر جمعیت، پیشنهاد نمود و نسبت موجود در این سال ۱۶ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر جمعیت بود (ایست^۵، ۱۹۹۷).

بررسی‌های انجام شده در کشور استرالیا نسبت یک نفر روانپزشک برای ۸۲۵۰ تا ۱۳۵۰۰ نفر جمعیت را برای دهه ۸۰ پیشنهاد کردند. برآورد واقعی در سال ۱۹۸۷، یک نفر روانپزشک برای ۹۱۶۰ نفر جمعیت بود.

- 1- Burvill
- 2- American Psychiatric Association
- 3- Yager
- 4- Borus
- 5- Eist

این نسبت در نیوزیلند در همان سال یک نفر روانپزشک برای ۲۱۴۴۰ نفر جمعیت تعیین شد. کالج سلطنتی روانپزشکان استرالیا و نیوزلند نسبت یک نفر روانپزشک برای ۷۵۰۰ تا ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت را برای سال ۲۰۰۰ پیشنهاد نمود (برویل، ۱۹۹۲).

افزایش پذیرش دستیار و افزایش نسبت زنان به مردان در دهه‌های اخیر در بسیاری از بررسیها گزارش شده است. برای نمونه در آمریکا دستیاران روانپزشکی از ۶۷۴ در سال ۱۹۷۹ به ۵۸۲۹ نفر در سال ۱۹۹۸ افزایش یافت (۲۵ درصد افزایش) و نسبت زنان از ۳۲٪ کل روانپزشکان در سال ۱۹۷۹ به ۴۱٪ در سال ۱۹۸۸ رسید (دیتتا^۱، روینوویتز^۲، ۱۹۹۱).

بررسیهای انجام شده در ایران درباره برآورد شمار روانپزشکان

در دو بررسی گزارش شده در ایران، شمار روانپزشکان مورد نیاز کشور برآورد شده است (دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷). در نخستین بررسی، شمار روانپزشکان مورد نیاز کشور در سال ۱۳۸۲ بر اساس مراجعه خانواده‌ها به روانپزشک و سابقه بستری شدن در بخشهای روانی در سال ۱۳۷۷ برآورد شد. این بررسی میانگین مراجعه سرپایی به روانپزشک را در سال ۰/۱۰۵ دفعه، میانگین مدت بستری در بخش‌های روانی را ۲۱/۵ روز و میانگین بستری در یکسال را ۰/۵۲ بار نشان داد. شمار روانپزشک مورد نیاز سال ۸۲ بر اساس مراجعه سرپایی ۵۵۰ نفر، براساس بیماران بستری ۵۰۰ نفر برآورد شد و کاهش پذیرش دستیار تا میزان ۴۰ درصد پیشنهاد گردید.

در بررسی دوم، بر اساس نظرسنجی از کارشناسان و دست‌اندرکاران درمانی، شمار متخصصان مورد نیاز کشور در سال ۱۳۸۲ برآورد شده است. بر اساس این بررسی شمار روانپزشکان فعال کشور در سال ۱۳۷۷، ۴۶۸ نفر (با نسبت ۰/۷۶ روانپزشک برای صد هزار نفر جمعیت) و شمار روانپزشکان مورد نیاز سال ۱۳۸۲، ۵۴۶ نفر (با نسبت ۰/۸۲ نفر روانپزشک برای صد هزار

نفر جمعیت) برآورد گردیده است. این بررسی نیز کاهش پذیرش دستیار را پیشنهاد نموده است.

بازدهی شغلی روانپزشکان

سن: با افزایش سن از بازدهی شغلی پزشکان کاسته می‌شود. بطوریکه پزشکان بالای ۵۵ سال، ۱۲ درصد کمتر از پزشکان جوانتر کار می‌کنند (بر حسب تعداد ویزیت در هفته). برخی شواهد نشان می‌دهند که سن بازنشستگی پزشکان در برخی کشورها کاهش یافته است (کوپر^۳، ۱۹۹۵).

جنس: برخی بررسیها بازدهی شغلی پزشکان زن را ۱۵ درصد کمتر از مردان گزارش نموده‌اند (کوپر، ۱۹۹۵). پژوهشی در انگلستان میانگین طول عمر کاری زنان را ۲۲ سال و مردان را ۳۱/۵ سال نشان داده است (کمیت مشورتی برنامه ریزی نیروی انسانی^۴، ۱۹۹۷).

یک بررسی در آمریکا نشان داد که دستیاران روانپزشکی زن به دلیل نگهداری فرزندان و خانواده طول دوره آموزشی طولانی‌تری داشته‌اند و دوره دستیار را نیز دیرتر شروع کرده‌اند. این بررسی همچنین نشان داد که روانپزشکان زن ساعات کمتری را نیز در هفته کار می‌کنند (دیتتا، روینوویتز، ۱۹۹۱). خلاصه اینکه تفاوت بازدهی شغلی پزشکان زن و مرد و نسبت جنسی روانپزشکان به‌خصوص به دلیل وجود سهمیه‌های خاص زنان در پذیرش دستیار در ایران باید در برآورد تعداد روانپزشک مورد توجه قرار گیرد.

شیوه زندگی: تغییر شیوه زندگی پزشکان جوان سبب کاهش بازدهی حرفه‌ای آنان شده است. در ۱۵ سال گذشته، ۱۵ درصد از بازدهی پزشکان به این دلیل کاسته شده است و پزشکان ترجیح می‌دهند ساعات کمتری را به کار پزشکی پردازند (کوپر، ۱۹۹۵، تارلوو^۵، ۱۹۹۵؛ وینر^۶، ۱۹۹۴). ال گوبلی^۷ (۱۹۹۱) نشان

1-DeTitta
3- Cooper
Standing Advisory Committee Planning (MWSACP)
5-Tarlov
7- El-Guebly
2- Robinowitz
4- Medical Workforce
6- Weiner

داد که در کانادا طی یک دوره ۷ ساله بطور متوسط ۱/۸ ساعت از کار هفتگی روانپزشکان کاسته شده است. در بررسی اسمیت (۱۹۸۴) نیز کاهش بازدهی شغلی روانپزشکان برتیش کلمبیا به میزان یک ساعت در هفته نیاز به ۸ روانپزشک بیشتر برای ارائه همان سطح خدمت را در پی داشته است.

بازدهی شغلی دستیاران و فلوشیپ‌های روانپزشکی:

از آنجا که بسیاری از مراقبتهای درمانی توسط دستیاران و فلوشیپ‌های رشته‌های فوق تخصصی روانپزشکی ارائه می‌شود، باید در برآورد نیروی انسانی به این گروه توجه نمود. در غیر این صورت عرضه روانپزشک کمتر از میزان واقعی برآورد خواهد شد. بررسیهای انجام شده در آمریکا کارآیی یک دستیار را بین ۶۵ تا ۷۰ درصد یک پزشک شاغل تمام وقت برآورد کرده‌اند (کوپر، ۱۹۹۵). در بررسی دیگری این برآورد برای دستیاران ۵۰ درصد و برای فلوشیپ‌ها ۱۰۰ درصد یک روانپزشک شاغل تمام وقت در نظر گرفته شده است (دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷).

آموزش پزشکی: محتوا و کیفیت آموزش به دستیاران روانپزشکی نقش مهمی در برآوردن انتظارات یا نیازهای جامعه و نظام بهداشتی - درمانی کشور دارد (گلدمن^۱، فالکنر^۲، بریدینگ^۳، ۱۹۹۴؛ یاگر^۴ و بوروس^۵، ۱۹۸۷). تغییرات پویای برنامه آموزشی همگام با تغییرات در نظام بهداشتی - درمانی جامعه روانپزشکان آینده را انعطاف پذیر و سازگار با نیازهای مردم می‌نماید (وینر^۶، ۱۹۹۴؛ دیویس^۷، ۱۹۹۵؛ جونز^۸، ۱۹۹۴؛ شوارتز^۹، ۱۹۹۶؛ مالهاوزن^{۱۰} و مک گی^{۱۱}، ۱۹۸۹، شورای آموزش پزشکی^{۱۲}، ۱۹۹۵، ایگلهارت^{۱۳}، ۱۹۹۷). همپوشانی عملکرد: وجود همپوشانی در عملکرد روانپزشکان با پزشکان عمومی و نیروهای بهداشتی درمانی غیر پزشک یعنی روانپزشکاران، روانشناسان و افراد شاغل در رشته‌های پزشکی جایگزین، برآورد روانپزشک مورد نیاز را دشوارتر می‌کند (کوپر، ۱۹۹۵).

از این رو پیش از برآورد نیازمندیهای نیروی انسانی تعیین نقش و سهم هر یک از گروههای ارائه دهنده خدمات بهداشت روان ضروری است. پزشکان عمومی می‌توانند بسیاری از خدمات بهداشت روان را ارائه دهند و بیمار را تنها در صورت لزوم به روانپزشک ارجاع دهند. در این صورت از نیاز به تربیت روانپزشک کاسته خواهد شد. این شیوه ارائه خدمات در صورت وجود سیستم ارجاع کاملاً تعریف شده، بسیار موفق‌تر خواهد بود. برای نمونه در انگلستان در سال ۱۹۸۹، پزشکان عمومی ۹۵٪ بیماران دارای اختلالهای روانی و هیجانی را به کمک سایر دست اندرکاران مراقبتهای بهداشتی اولیه مورد درمان قرار داده‌اند (کاولی^{۱۴}، ۱۹۹۰).

مشارکت روانپزشک در فعالیتهای غیر درمانی

پرداختن برخی از روانپزشکان به فعالیتهای آموزشی، پژوهشی و اجرایی افزون بر درمان بیماران نیز باید در برآورد شمار روانپزشکان مورد نیاز مورد توجه باشد.

عوامل مؤثر بر تقاضا

سن: از آنجا که در کشورهایمانند ایران طی سالهای آینده هرم سنی جمعیت در راستای افزایش افراد میانسال و سالمند تغییر می‌یابد نیاز به روانپزشک و فوق تخصص سالمندان بیشتر خواهد بود. بررسیها نشان داده‌اند که متوسط شمار مشاوره‌های روانپزشکی با افزایش سن افزایش می‌یابد. همچنین دیده شده که بیش از ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال از اختلالهای

- 1- Goldman
- 2- Faulkner
- 3- Breeding
- 4- Yager
- 5- Borus
- 6- Weiner
- 7- Davis
- 8- Jones
- 9- Shwartz
- 10- Mulhausen
- 11- McGee
- 12- Council on Graduate Medical Education (COGME)
- 13- Iglehart
- 14- Cawley

روانپزشکی رنج می‌برند (اسمیت^۱، ۱۹۹۴).

جنس: از آنجا که زنان بیش از مردان از مراقبت‌های بهداشت روان بهره می‌گیرند، باید در برآورد مورد توجه باشند. به نظر می‌رسد بیماران زن به ویژه در فرهنگ ما با مشاوران یا روانپزشکان زن بهتر ارتباط برقرار می‌کنند. ضمناً روانپزشکان زن نیز بیماران زن را بیشتر می‌بینند (دیتتا، روینوونیز، ۱۹۹۱).

سطح اجتماعی- اقتصادی: بررسیها نشان داده‌اند که اختلال‌های روانی در سطوح اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر دیده می‌شوند، بنابراین با در نظر گرفتن نیاز بیشتر برای مناطق محروم باید نیروی انسانی مورد نیاز را برآورد کرد.

نرخ رشد جمعیت: بهره‌گیری از آمار و اطلاعات دقیق درباره نرخ رشد جمعیت برای برآورد تعداد روانپزشک مورد نیاز در آینده بسیار مهم است.

مهاجرت: حضور مهاجرین افغانی در ایران نیازمند حجم بالایی از خدمات بهداشت روان است (کلافی، استوار و حق شناس، ۱۳۷۸). در برنامه‌ریزی برای آینده نیروی انسانی باید به تغییرات میزان مهاجرت این گروه، ورود مهاجران تازه و سیاست‌گذاری مسئولین برای رفع نیازهای بهداشت روانی این گروهها توجه نمود.

بار بیماریها: روشن است که با توجه به میزان شیوع ناخوشیها، بیماریها و میزان ناتوان کنندگی آنها نیاز به ارائه خدمات نیز تغییر می‌کند. شیوع اختلال‌های روانی در استانهای مختلف ایران بر پایه بررسیهای انجام شده پس از سال ۱۳۷۰ بین ۱۲/۵ تا ۲۳/۸ درصد برآورد شده است (شاه محمدی، ۱۳۷۲؛ محیط، شاه محمدی، بوالهروی، ۱۳۷۶؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸).

روند تغییر تقاضای جامعه: نیاز به درمان لزوماً به معنی مراجعه به روانپزشک نیست، چنین اقدامی به تمایل فرد دارای اختلال برای درمان، منابع در دسترس و نیاز به روانپزشک نسبت به سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان می‌باشد. بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند برای دریافت خدمات بهداشت روانی به روانشناس یا مددکار اجتماعی مراجعه کنند زیرا

برچسب‌های ناشی از مراجعه به روانپزشک را به دنبال نخواهد داشت (دیتتا، روینوونیز، ۱۹۹۱). بنابراین برآورد نیروی انسانی در این زمینه تنها بر پایه میزان شیوع بیماریها، شمار نیروی انسانی مورد نیاز را بیش از اندازه نشان خواهد داد.

روند گسترش دانشها و فن آوری: گسترش دانشهای گوناگون فن آوری و پیدایش روشهای تشخیصی و درمانی نوین نیاز جامعه را برای دریافت خدمات پزشکی افزایش می‌دهد و باید در برآورد منظور شود (کوپر، ۱۹۹۵).

تولید ناخالص ملی و درآمد سرانه: این عامل می‌تواند از دو نظر مؤثر باشد. از یکسو با افزایش تولید ناخالص ملی، درآمد سرانه اختصاص یافته برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی افزایش می‌یابد و از سوی دیگر، بهبود وضعیت اقتصادی مردم، سطح تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی از جمله بهداشت روان را افزایش می‌دهد که در آن صورت نیاز به تربیت روانپزشک بیشتر خواهد بود.

سیاست‌گذاری ارائه خدمات بهداشت روان: سیاست‌گذاری در زمینه شیوه ارائه خدمات بهداشت روانی (برای نمونه ارائه خدمات مبتنی بر بیمارستان و مطب یا ارائه خدمات مبتنی بر جامعه^۲) در برآورد نیروی انسانی مورد نیاز تأثیر می‌گذارد. روشن است که ارائه خدمات ادغام یافته برآورد نیروی انسانی را کاهش خواهد داد (ایولند^۳ و دور^۴، ۱۹۹۸؛ شوارتز، ۱۹۹۶، گلدسن، فالکتر، بریدینگ، ۱۹۹۴؛ تارلو، ۱۹۹۵). در نظام بهداشتی کشور انگلستان وجود نظام ارجاع نیاز به پزشک متخصص را کاهش داده است (برویل، ۱۹۹۲). شبکه جامع سلامتی که در حال حاضر در آذربایجان شرقی اجرا می‌شود به سایر استانها نیز گسترش یافته و به‌طور کلی تغییراتی را در روند سیاست‌گذاری کلان کشور ایجاد خواهد کرد.

1- Smith 2- community based
3- Evland 4- Dever

پذیرش و اجرای استراتژیهای ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه، تمرکز زدایی، ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، ایجاد شبکه جامع بهداشت روانی، بهره‌گیری از شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه در زمینه ارائه خدمات بهداشت روانی در ایران در سالهای اخیر دستاوردهای بزرگی برای خدمات بهداشت روانی و بهداشت عمومی جهان داشته است (شاه محمدی، ۱۳۷۲؛ بوالهروی و محیط، ۱۳۷۳؛ بوالهروی، یبنا، احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۴؛ محیط، شاه محمدی و بوالهروی، ۱۳۷۶).

توزیع گردآمدن روانپزشکان در مراکز شهری به ویژه شهرهای بزرگ و عدم ارائه خدمات مناسب و کافی به مناطق کم جمعیت محروم و دورافتاده از مشکلات برنامه ریزان بهداشتی در سراسر دنیاست. هم‌اکنون تفاوت نسبت توزیع روانپزشک در استانهای مختلف بیش از ۵ برابر است، به‌طوری‌که این نسبت در استان تهران ۱/۳۹ روانپزشک برای صد هزار نفر و در استان سیستان و بلوچستان و هرمزگان ۰/۲۷ نفر روانپزشک برای صد هزار نفر بوده است (دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷). تمام بررسیهای انجام شده در آمریکا، کانادا و استرالیا نشان دهنده یک توزیع نامناسب روانپزشک در مناطق جغرافیایی گوناگون هستند. در سال ۱۹۸۴ تفاوت نسبت یک نفر روانپزشک برای ۱۸۹۲ نفر جمعیت برخی مناطق شهری تا یک نفر روانپزشک برای ۲۹۵۶۳ نفر در مناطق کم جمعیت و دور افتاده در آمریکا و تفاوت نسبت یک نفر روانپزشک برای ۴۸۶۱ در برخی مناطق شهری تا یک نفر روانپزشک برای ۲۱۰۰۰ نفر جمعیت در برخی مناطق دیگر در کانادا گزارش شده است.

از آنجا که تنها افزایش شمار روانپزشکان مسئله توزیع را حل نخواهد کرد، برآورد شمار روانپزشک باید برای هر منطقه جغرافیایی به طور جداگانه و با توجه به مسایل ویژه آن منطقه صورت گیرد.

بحث

چنان که گفته شد تفاوت چشمگیری از نظر نسبت روانپزشک به جمعیت در ایران و کشورهای توسعه یافته وجود دارد، تفاوتی بیش از ۱۶ برابر. هر چند در هنگام تفسیر تفاوت نیروی انسانی در کشورهای مختلف باید به عوامل چندی به ویژه تفاوت‌های نظام بهداشتی - درمانی آن کشورها توجه نمود ولی این تفاوت آنقدر زیاد است که تنها با تکیه بر تفاوت نظامها نمی‌توان آنرا توجیه نمود (ایولند و همکاران، ۱۹۹۸).

شاید بتوان تعداد کم روانپزشک در ایران را نسبت به کشورهای توسعه یافته با توجه به پیش فرضهای زیر توجیه نمود:

۱- بار بیماری‌های روانی در ایران نسبت به کشورهای توسعه یافته کمتر است و مردم ایران از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده و نیاز بیشتری به روانپزشک ندارند.

۲- با فرض یکسان بودن بار بیماری‌های روانی در ایران و کشورهای توسعه یافته، ارائه مراقبتهای، توسط سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان مانند پزشکان عمومی و روانشناسان انجام می‌شود.

۳- علیرغم نیاز به خدمات روانپزشکی، مردم کمتر به روانپزشک مراجعه می‌کنند و عرضه روانپزشک نیز تا کنون بر پایه تقاضا صورت گرفته است، نه نیاز جامعه.

با آنکه در این زمینه آمار دقیقی در دسترس نیست، اما بنظر می‌رسد مراجعه مردم به روانپزشک به دلیل مسائل فرهنگی، ناآگاهی و مسائل اقتصادی، بسیار پایین است. همچنین توجه به نیاز زیرگروههای ویژه‌ای از جمعیت مانند معتادان، زندانیان، افراد بی‌چیز، بیماران روانی مزمن، افراد ناتوان ناشی از بیماری‌های جسمی، زیر گروههای فرهنگی و نژادی، روستائیان، سالخوردگان و کودکان می‌تواند برآورد روانپزشک مورد نیاز را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (ایست، ۱۹۹۷).

امروزه در ایران سیاست‌گذاری میزان پذیرش دستیار توسط دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور، تقاضای دانشگاه‌های تربیت‌کننده دستیار روانپزشکی، نظریه‌پردازی روانپزشکی و سیاست‌های کلی کشور انجام می‌شود.

برنامه‌ریزی نیروی انسانی پزشکی در کشورهای توسعه‌یافته مانند آمریکا نیز بر پایه درخواست دانشگاه‌ها و گروه‌های آموزشی، نظرات صاحب‌نظران، پژوهش‌ها و سیاست‌های کلی آن کشور انجام می‌گیرد. ولی حجم بررسیها و اطلاعاتی که آنان به کار می‌برند قابل مقایسه با کشور ما نیست. به طور کلی می‌توان گفت که بزرگترین مشکل سیاست‌گذاری تربیت نیروی انسانی در زمینه روانپزشکی در ایران، نبود برنامه‌ریزی مناسب، نبود یا کمبود اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری و مشخص نبودن سیاست‌های آینده نظام بهداشتی - درمانی کشور است.

همچنان که بیان شد، عوامل چندی برآورد نیروی انسانی در زمینه روانپزشکی مورد نیاز کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهند که از آنها در روش‌های مختلف برآورد یعنی روش‌های تعیین عرضه، مبتنی بر نیاز خام، مبتنی بر نیاز تعدیل شده، مبتنی بر تقاضا، تصمیم، الگوپردازی، نسبت پزشک به جمعیت، مدل نیاز و تقاضای ادغام شده و مدل روند استفاده می‌شود. (آلیسون^۱، کیف^۲، ویزمن^۳، ۱۹۹۹؛ آندرسون^۴، هان^۵ و میلر^۶، ۱۹۹۷؛ کمیته مشاوره‌ای نیروی انسانی پزشکی استرالیا^۷، ۱۹۹۸؛ بومن، کاتزوف^۸ و گاریسون^۹، ۱۹۹۳؛ کوپر، ۱۹۹۵؛ فالکنر و گلدمن، ۱۹۹۷؛ گودمن و همکاران، ۱۹۹۶؛ گرینبرگ و کولتیس، ۱۹۹۷؛ کیف و همکاران، ۱۹۹۸؛ کنسپر، ۱۹۸۰؛ سکسانسکی و همکاران، ۱۹۹۷؛ ویتکامب، ۱۹۹۵؛ ودوارد و هیور، ۱۹۹۵).

روشن است که آگاه شدن از عوامل یاد شده در کشور ما نیازمند پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی درازمدت است و نمی‌توان انتظار داشت با یک یا چند بررسی شمار روانپزشک مورد نیاز کشور تعیین شود. از این رو باید

پیش از هرچیز، بررسی‌هایی را برای به دست آوردن اطلاعات دقیق درباره عوامل مؤثر انجام داد. بدین منظور عناوین پژوهشی زیر به پژوهشگران و علاقه‌مندان در سطوح منطقه‌ای و کشوری پیشنهاد می‌شود.

- ۱- بررسی میزان ورودی به حرفه‌ی روانپزشکی اعم از فارغ‌التحصیلان داخلی و بازگشت از خارج به ایران.
- ۲- بررسی میزان ریزش روانپزشکان شامل مرگ، بازنشستگی، مهاجرت به خارج.
- ۳- بررسی میزان تأثیر سن، جنس و شیوه زندگی روانپزشکان بر بازدهی شغلی ایشان.
- ۴- بررسی میزان تأثیر محتوا و کیفیت آموزش دستیاران روانپزشکی بر بازدهی شغلی ایشان پس از پایان تحصیل و ورود به بازار کار.

منابع

- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۳). *ادغام بهداشت روانی*. گزارش پژوهشی منتشر نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.
- بوالهروی، جعفر؛ یبنا، مهدی، احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسی، عیسی (۱۳۷۴). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهروزان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۱۲-۴.
- دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی (۱۳۷۷). *گزارش در خصوص تعداد متخصصین موردنیاز کشور*. تهران: دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی (۱۳۷۹ الف). *برنامه‌ریزی نیروی انسانی بهداشتی*. تهران دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- 1- Allison
- 2- Kiefe
- 3- Weissman
- 4- Anderson
- 5- Han
- 6- Miller
- 7- Australian Medical Workforce Advisory Committee
- 8- Katzoff
- 9- Garrison

AMWAC Report, *AIHW Catalog*, 12, 5-32.

Ba, G., Fava, E., & Carta, I. (1992). The training of the psychiatrist in relation to the new trends in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatic Researches*, 57, 83-87.

Bowman, M. A., Katzoff, J. M., Garrison, L. P., & Wills, J. (1983). Estimation of physician requirements for 1990 for the specialties of neurology, anesthesiology, nuclear medicine, pathology, physical medicine, rehabilitation, and radiology. A further application of the GMENAC methodology. *JAMA*. 250:2623-2627.

Burvill, P. W. (1992). Looking Beyond the 1:10000 ratio of psychiatrists to population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 265-269.

Cawley, R. H. (1990). Educating the psychiatrist of the 21st Century. *British Journal of Psychiatry*, 157, 174-184.

Council On Graduate Medical Education. (1995). *Managed health care: Implications for the physician work - force and medical education*. Sixth Report to Congress and the Department of Health Resources and Services Administration. Department of Health and Human Services (4-16).

Council on Graduate Medical Education (1999). *Physician education for a changing health care environment*. Thirteenth Report to Congress and the Department of Health and Human Services Administration, Department of Health

دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی (۱۳۷۹ ب).
مروری بر برنامه‌ریزی نیروی انسانی پزشکی و روشهای
برآورد تعداد پزشک مورد نیاز. دبیرخانه شورای آموزش
پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی.

شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). گزارش جامع از پروژه تحقیقی
ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی در
روستاهای شهرکرد. گزارش منتشر نشده.

کلافی، یونس؛ استوار، افشین؛ حق شناس، حسن (۱۳۷۸).
وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغانی مقیم شیراز
فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱، ۲، ۱-۴.

محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶).
ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار،
سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.

نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید
عباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالهای روانپزشکی در شهر
تهران. حکیم، دوره دوم، شماره ۴، ۲۱۲-۲۲۳.

Australian Health Ministers Advisory Council,
(1996). *Australian Medical Workforce Bench-
marks*. Sydney: AHMAC.

Allison, J., Kiefe, C., & Weissman, N.W. (1999).
Can data-driven benchmarks be used to set the
goals of healthy people 2010? *American
Journal of Public Health*, 89, 61-70.

Anderson, G. F., Han, K. C., Miller, R. H., &
Johns, M. E. (1997). A comparison of three
methods for estimating requirements for medi-
cal specialists: the case of otolaryngologists.
Health Service Research, 32, 139-153.

Australian Medical Workforce Advisory Com-
mittee and Australian Institute of Health and
Welfare (1998). Medical workforce supply and
demand in Australia: A discussion paper.

and Human Services.

Cooper, R. A. (1995). Perspectives on the physician workforce to the year 2000. *JAMA*, 274, 1534-1543.

Davis, D. A. (1995). Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing education strategies. *JAMA*, 274, 700-705.

De Titta, M., Robinowitz, C. B., & More, W.W. (1991). The future of psychiatry : Psychiatrists of the future. *American Journal of Psychiatry*, 148, 853-858.

Eist, H. I. (1997). Psychiatric workforce: There aren't enough psychiatrists. *Psychiatric News*, January, 17, 32, 45-48.

El-Guebaly, N., Beausejour P., Woodside, B., Smith, D., & Kapkin, I. (1991). The optimal psychiatrist to population ratio: a Canadian perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 9-15.

Eveland, A. P., & Dever, G. E. (1998). Analysis of health service areas: another piece of the psychiatric workforce puzzle. *Psychiatric Services*, 49, 56-60.

Faulkner, L. P., & Goldman, C. R. (1997). Estimating psychiatric manpower requirements based on patients' needs. *Psychiatric Services*, 48, 666-670.

Feil, E. C., Welch, H. G., & Fisher, E. S. (1993). Why estimates of physician supply and requirements disagree. *JAMA*, 26, 2659-2663.

Goldman, C. R., Faulkner, L. R., Breeding, K. A. (1994). A method for estimating psychiatrist staffing needs in community mental health programmes. *Hospital and Community Psychi-*

atry, 45, 333-337.

Goodman, D. C., Fisher, E. S., Bubolz, T. A., Mohr, J. E., Poage, J. F., & Wennberg, E. (1996). Benchmarking the US Physician Workforce. An alternative to needs, based or demand-based planning. *JAMA*, 276, 1811-1817.

Greenberg, I., & Cultice, J. M. (1997). Forecasting the need for physician in the United States: The Health Resources and Services Administration's Physician Requirements Model. *Health Services Research*, 31, 723-737.

Iglehart, J. (1997). Forum on the future of academic medicine: Session 1-setting the stage. *Academic Medicine*, 72, 595-599.

Institute of Medicine (1996). *The Nation's Physician Workforce: Options for balancing supply and requirements*. Washington, D. C.: National Academy Press.

Jones, P.E. (1994). Physician Assistants and Health System Reform. *JAMA*, 271, 1266-1272.

Kiefe, C. I., Weissman, N. W., Allison, J., Farmer, R., Weaver, M., & Williams, O. D. (1998). Identifying achievable benchmarks of care: Concepts and methodology. *International Qualitative Health Care*, 10, 443-447.

Knesper, D. J. (1980). Documenting a shortage of psychiatrists: The repair shop model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1439-1442.

Mulhausen, R., McGee, J. (1989). Physician need, An alternative projection from a study of large, prepaid group practices. *JAMA*, 261, 1930-1934.

Medial Workforce Standing Advisory Committee Planning (1997). *Planning the medical workforce*. Third Report. Sydney: AMWAC. (p.p. 3-20).

- Sekscanski, E. S., Cultie, J. M., Politzer, R. M., Hardwick, K., & Traxler, H. G. (1997). Benchmarking the physician workforce. *JAMA*, 277, 965-969.
- Shwartz, A. (1996). Will competition change the physician workforce? Early signals form the market. *Academic Medicine*, 71, 15-22.
- Smith, D. (1984). Psychiatric Manpower in British Colombia. *Canadian Medical Association Journal*, 131, 1120-1123.
- Smith, D. H. (1994). The geographical distribution of psychiatrists in Canada: Unmet needs and remedial strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 314-318
- Tarlov, A. R. (1995). Estimating physician workforce requirements. The devil is in the assumptions. *JAMA*, 274, 1558-1560.
- Weiner, J. P. (1994). Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement. Evidence from HMO staffing patterns. *JAMA*, 272, 222-230.
- Whitcomb, M. E. A. (1995). Cross - national comparison of generalist physician workforce data. Evidence for US supply adequacy. *JAMA*, 274, 692-695.
- Woodward, C.A., & Hure, Y. J. (1995). Comparison in five fields of medicine in Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1097-1106.
- Yager, J., & Borus, J. F. (1987). Are we training too many psychiatrists? *American Journal of Psychiatry*, 8, 1042-1048.