مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۸، شماره ٤، زمستان ۱۳۸۹: ٤۱۹-٤۱۱

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۳۸

توزیع جغرافیایی گروه‌های مختلف جامعه پزشکی در کشور و بررسی نابرابری‌های استانی

دکتر علی اکبر حقدوست ۱
دکتر عباس کامیابی ۲
احد اشرفی‌عسگرآباد ۳
دکتر بهنام صادقی‌راد ۴*
هاجر شفیعیان ۵
دکتر سیدهادی قاسمی ۶

۱- دانشیار گروه فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- پزشک عمومی، پژوهشگر
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی
٤- دکترای داروسازی، پژوهشگر
٥- کارشناس کتابداری و اطلاع‌رسانی
٦- پزشک عمومی، دانشجوی دکترای انفورماتیک پزشکی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** خیابان شریعتی، چهار راه سمیه، کرمان

تلفن: ۰۳٤۱-۲۲٦۳۷۸۷
فاکس: ۰۳٤۱-۲۲٦٤۰۹۷

نشانی الکترونیکی:
sadeghi@kmu.ac.ir

چکیده

زمینه: ایران اسلامی در دهه‌های اخیر شاهد رشد قابل توجه تعداد نیروهای تخصصی ارایه‌دهنده خدمات سلامت بوده است اما شاید به راحتی نتوان در مورد توزیع متوازن آنها در سطح کشور نظر داد. در این مطالعه با استفاده از اطلاعات سازمان نظام پزشکی توزیع استانی گروه‌های مختلف پزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار: فراوانی تعداد پزشکان عمومی، متخصص و فوق‌تخصص، داروسازان، دندانپزشکان عمومی و متخصص و ماماهای مشغول به کار در استان‌های مختلف کشور از سازمان نظام پزشکی کشور اخذ و شدت پراکندگی و توزیع آنها در استان‌های مختلف کشور بررسی و به صورت نقشه‌های سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) ترسیم گردید.

یافته‌ها: در سال ۱۳۸۷ در کشور برای هر هزار نفر، ۱/۰۲ پزشک عمومی، ۰/۲۱ داروساز و ۰/۲۹ دندانپزشکان عمومی مشغول به کار بوده‌اند. نسبت کل پزشکان متخصص در هر هزار نفر ۰/٤٤، پزشکان فوق‌تخصص و دندانپزشکان متخصص ۰/۰۲، نسبت کل ماماها در هر هزار نفر زن در سنین باروری ۰/۳۸ بود. میزان ضریب تغییرات در گروه‌های مختلف برای پزشکان عمومی ۲۵۲/۳٪، پزشکان متخصص ۱٤٤/۷٪، پزشکان فوق‌تخصص ٦٥/۳٪ و برای داروسازان ۱۹۰/۳٪ بود. این شاخص برای دندانپزشکان عمومی ۱٦۸/۸٪ و برای متخصصین دندانپزشکی ۷۲/۸٪ بود. همچنین استان‌های مرکزی کشور از منظر توان تخصصی در زیرگروه‌های مختلف پزشکی برخوردارتر بوده و سایر استان‌ها همچنان نیازمند تأمین نیروی متخصص در گروه‌های مختلف پزشکی هستند.

نتیجه‌گیری: اگر چه نسبت گروه‌های مختلف پزشکی به جمعیت در حد قابل قبولی می‌باشد که احتمالاً به دلیل افزایش تربیت دانشجویان در این گروه‌ها است اما متأسفانه توزیع جغرافیایی آنها در سطح کشور نامتعادل بوده و به نظر می‌رسد در مناطق محروم همچنان کمبود قابل توجه‌ای وجود داشته باشد.

واژگان کلیدی: عدالت، برابری، سلامت، توزیع جغرافیایی، گروه‌های مختلف جامعه پزشکی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۹/۹ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۱٤ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/٤

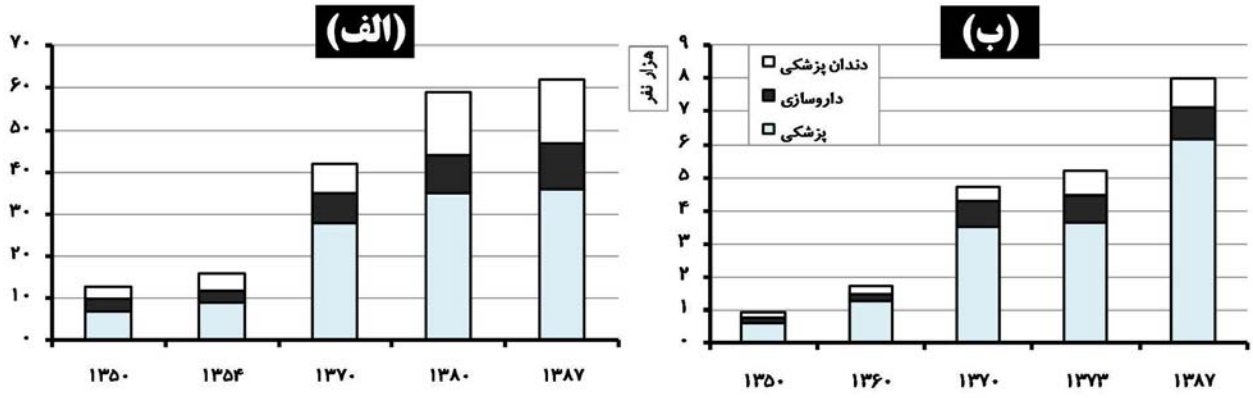
Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

پس از انقلاب اسلامی در ایران تغییرات بنیادینی در زمینه‌های مختلف آموزشی و علمی در علوم فنی و پزشکی، به خصوص در زمینه آموزش علوم پزشکی صورت گرفت. در سال‌های ابتدایی پس از انقلاب، کشور به شدت از کمبود نیروی متخصص در حوزه علوم پزشکی رنج می‌برد به طوری که در بعضی نقاط کشور به ازاء هر ۱۸ هزار نفر یک پزشک وجود داشت؛ این وضعیت در مورد سایر حوزه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی نیز به شدت ناامیدکننده بود [۱]. در این راستا با ادغام دو وزارتخانه بهداشت و آموزش پزشکی و تأسیس وزارتخانه جدیدی به نام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ تغییراتی در زمینه اهداف و الگوهای آموزشی علوم پزشکی در کشور ایجاد گردید [۱-۳].

علیرغم فراز و نشیب‌های اجتماعی و اقتصادی بسیار در طی سه دهه اخیر، ظرفیت پذیرش و تعداد دانش‌آموختگان در رشته‌های مختلف علوم پزشکی و نیز مراکز آموزشی مرتبط با آنها همچون دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی با رشد کمّی و کیفی همراه بوده است [۴]. تلاش‌های صورت گرفته در کشور در دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ در راستای افزایش کمّی پرسنل حوزه‌های مختلف علوم پزشکی بود که رشد قابل توجهی را در این زمینه خصوصاً در سال‌های پایانی دهه ۷۰ به دنبال داشت (نمودار شماره ۱) [۴, ۵]. در سال‌های میانی دهه ۷۰ این تلاش‌ها به سمت بهبود کیفیت آموزش سوق نمود و با آغاز دهه ۸۰ این فرآیندها منجر به ایجاد تحول در نظام آموزشی رشته پزشکی در بعضی از دانشگاه‌ها شد [۴ و ۶ و ۷]. چنین تغییراتی در رشته‌های تخصصی حوزه‌های مختلف علوم پزشکی نیز روی داد، برای مثال تعداد کل پزشکان در کشور از حدود ۲۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۰ به حدود ۱۱۷ هزار نفر در سال ۱۳۸۷ رسید [۴].

رشد و توسعه دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و تعداد دانش‌آموختگان آنها در طی ۳۰ سال گذشته بسیار چشم‌گیر بوده است [۳, ۴]. البته همانگونه که ملاحظه می‌شود سرعت رشد تعداد دانشجویان پذیرش شده در دانشگاه‌ها بسیار بیشتر از سرعت افزایش تعداد مراکز آموزشی بوده است به شکلی که مجموع تعداد دانشجویان پذیرش شده تقریباً ۲۰ برابر شده در حالی که دانشکده‌ها تقریباً ۵ برابر شده‌اند [۴]. این تفاوت به معنای افزایش ظرفیت مراکز آموزشی است، البته به سادگی و با این ارقام نمی‌توان در مورد تأثیر افزایش ظرفیت بر روی کیفیت آموزشی صحبت نمود و این موضوع از حیطه این مطالعه خارج است ولی بیان ضرورت پرداختن به این موضوع بسیار زیاد و مستندات در این باب بسیار محدود است و می‌تواند زمینه بسیار خوبی برای تحقیقات هدفمند بعدی باشد.



نمودار شماره ۱- تعداد دانشکده‌های پزشکی، داروسازی و دندان‌پزشکی کشور در طول چهار دهه گذشته (الف) و تعداد دانشجویان پذیرش شده رشته‌های پزشکی، داروسازی و دندان‌پزشکی در دانشگاه‌های مختلف علوم پزشکی کشور (ب)- برگرفته شده از مطالعه عزیزی [۴]

افزایش تعداد دانش‌آموختگان گروه‌های علوم پزشکی و شاغل شدن آنها در دانشگاه‌ها و مرکز درمانی باعث شد که نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی[۱] جان تازه‌ای بگیرد [۱]. خدمات نظام مراقبت سلامت اولیه بخش اصلی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی و

۱- Primary Health Car

www.SID.ir

اجتماعی بوده و اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورهاست که عدالت به عنوان یکی از اصول اصلی آن بشمار می‌رود [۸]. در نظام کنونی مراقبت سلامت اولیه در ایران تاکید زیادی بر بهبود کیفیت و دسترسی عموم مردم به خصوص اقشار محروم به خدمات بهداشتی وجود دارد [۹]. به عنوان مثال در طی دو دهه اخیر بسیاری از شاخص‌های مرتبط رشد چشمگیری داشته‌اند به طوریکه میزان مرگ و میر کودکان (به عنوان یک شاخص کلان سلامت) که در سال ۱۳۵۳، ۱۲۰ در هر هزار تولد زنده بود به میزان ۲۸/۶ در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است. همچنین میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۱۷۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۳ به ۳۶ در هزار در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است [۱ و ۹]. پس از کنفرانس آلما آتا در سال ۱۹۷۸ (با عنوان سلامتی برای همه) دسترسی یکسان و عادلانه همه ملت‌ها به سلامت، کاهش تبعیض در دسترسی یکسان و پرداخت هزینه‌های برابر برای استفاده از خدمات بهداشتی سطوح بالا سرلوحه سیاست‌های بهداشتی کشورها قرار گرفت [۱۰]. ضمناً بخش مهمی از سند چشم‌انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی ایران برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و با در نظر گرفتن عدالت به عنوان شاخص مهم مدیریت و راهبری است [۱۱]. بدیهی است توزیع پرسنل شاغل در حوزه بهداشت و درمان از عوامل تعیین کننده میزان دسترسی اقشار مختلف جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی بوده و توزیع عادلانه گروه‌های مختلف پزشکی در کشور نقش اساسی در محقق شدن اهداف بلند مدت سند چشم‌انداز کشور در زمینه سلامت دارد.

توزیع نامتعادل پرسنل بهداشت و درمان بین و درون کشورها یک مشکل دیرین و جدی در بسیاری از کشورها می‌باشد. در اغلب این کشورها نسبت بالایی از پرسنل بهداشتی در شهرها و مناطق ثروتمند یا بهره‌مند مشغول به کارند. به عنوان مثال در نیکاراگوئه تقریبا ۵۰٪ از پرسنل بهداشتی در پایتخت متمرکز شده‌اند که تنها یک ششم جمعیت کشور را دارد [۱۲]. در اندونزی مهمترین علت توزیع ناعادلانه نیروی کار گروه پزشکی و متمرکز شدن آنها در شهرهای بزرگتر، وضعیت جغرافیای این کشور (وسیع بودن و جنگلی بودن) گزارش شده است [۱۳].

علی رغم رشد قابل قبول تعداد نیروهای تخصصی ارایه دهنده خدمات سلامت در کشور در دهه‌های اخیر، شاید به راحتی نتوان در مورد توزیع متوازن آنها در سطح کشور نظر داد و کمتر مستندی وجود دارد که به صورت دقیق در این باره صحبت کرده باشد. با توجه به این ضرورت در این مقاله سعی گردیده‌است با استفاده از اطلاعات سازمان نظام پزشکی که احتمالاً دقیق‌ترین اطلاعات مربوط به پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص، داروسازان، دندانپزشکان عمومی و متخصص و ماماهای مشغول به کار را ثبت می‌کند، در خصوص توزیع استانی ایشان تحلیلی صورت گرفته و میزان برابری در این شاخص‌ها مورد نقد و بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

ابتدا بر اساس اطلاعات ثبت شده در سیستم اتوماسیون سازمان نظام پزشکی کشور اطلاعات مورد نیاز در یک فایل اکسل استخراج گردید. این اطلاعات شامل تمامی اعضاء سازمان نظام پزشکی در انتهای سال ۱۳۸۸ بوده که براساس محل سکونت یا اشتغال در شهر و استان مربوطه تفکیک و در نهایت به منظور افزایش دقت و تمرکز بر گروه‌های اصلی جامعه پزشکی مقرر گردید جمعیت پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، پزشکان فوق تخصص (و فلوشیپ)، دندانپزشکان عمومی، دندانپزشکان متخصص، داروسازان و کارشناسان مامایی به عنوان جمعیت هدف مورد مطالعه قرار گیرند.

لازم به ذکر است سیستم اتوماسیون سازمان نظام پزشکی به گونه ایست که اطلاعات اعضاء سازمان بصورت یکپارچه و در بیش از ۱۸۰ سازمان نظام پزشکی در شهرستان‌ها به این سیستم وارد می‌شود. اما به منظور اطمینان هر چه بیشتر از روزآمد بودن اطلاعات، در این تحقیق از میان استان‌های کشور، ۸ استان به روش نمونه‌گیری آسان شامل کرمان، اصفهان، خراسان جنوبی، شمالی و رضوی، خوزستان، آذربایجان شرقی و گیلان انتخاب و اطلاعات مندرج مورد بازبینی قرار گرفت. روش بازبینی اطلاعات بدین‌گونه بود که اطلاعات هر استان در قالب یک جدول و به تفکیک شهرستان استخراج و از مسؤولین نظام پزشکی هر یک از مراکز استان‌های مذکور خواسته شد تا با همکاری رؤسای نظام پزشکی شهرستان‌های مربوطه نسبت به بازبینی و اصلاح جمعیت مندرج اقدام نمایند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات خواسته شده از استان‌های مذکور اطلاعات ارسال شده توسط استان‌ها با اطلاعات موجود مورد مقایسه قرار گرفت. هر چند که به دلیل حرکات مستمر جمعیتی در گروه‌های مختلف پزشکی تفاوت‌های جزیی مشاهده گردید اما در مجموع ارقام بدست آمده تفاوت قابل توجهی را در برنداشت (اطلاعات بدست آمده از این مرحله بین ۰.۱ تا ۲٪ با اطلاعات بدست آمده از مرحله اول تفاوت داشت) و لذا اطلاعات کلی با قوت قلب بیشتری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله بعد برآورد جمعیت استان‌ها در سال ۱۳۸۸ ارایه شده توسط سازمان آمار ایران منطبق با تعدیل جمعیتی استان‌ها بر اساس آخرین سرشماری کشور درسال ۱۳۸۵ اخذ و مورد استفاده قرار گرفت.

Archive of SID

www.SID.ir

سپس با استفاده از نرم افزار SPSS version 15.0 اطلاعات مربوط به گروه‌های پزشکی با جمعیت پایه مرتبط گردید. در خصوص کارشناسان مامایی بنا به شاخص موجود، از جمعیت زنان ۱۵-۴۹ ساله (سن باروری) استفاده شد. برای نشان دادن شدت پراکندگی توزیع گروه‌ها در بین استان‌ها با توجه به متفاوت بودن پایه آنها، از شاخص ضریب تغییرات (coefficient of variation) استفاده شد که برای محاسبه آن، انحراف معیار هر متغیر در بین استان‌های مختلف بر میانگین کشوری آن متغیر تقسیم و به درصد تبدیل شد.

در نهایت فایل اطلاعات به نرم افزار ArcGIS version 9.3 منتقل و به نقشه الکترونیکی استان‌های کشور با فرمت vector متصل گردید. استان‌ها از نظر شاخص‌های نیروهای انسانی به ۵ دسته (بر اساس صدک ۲۰،۴۰، ۶۰ و ۸۰) تقسیم شدند. با استفاده از این فرمت استان‌ها در پنج دسته تقسیم شدند، ۲۰٪ استان‌ها با بالاترین شاخص‌ها به عنوان بهترین و ۲۰٪ پایین‌ترین به عنوان بدترین و در این بین سه دسته بینابینی نیز تعریف شدند.

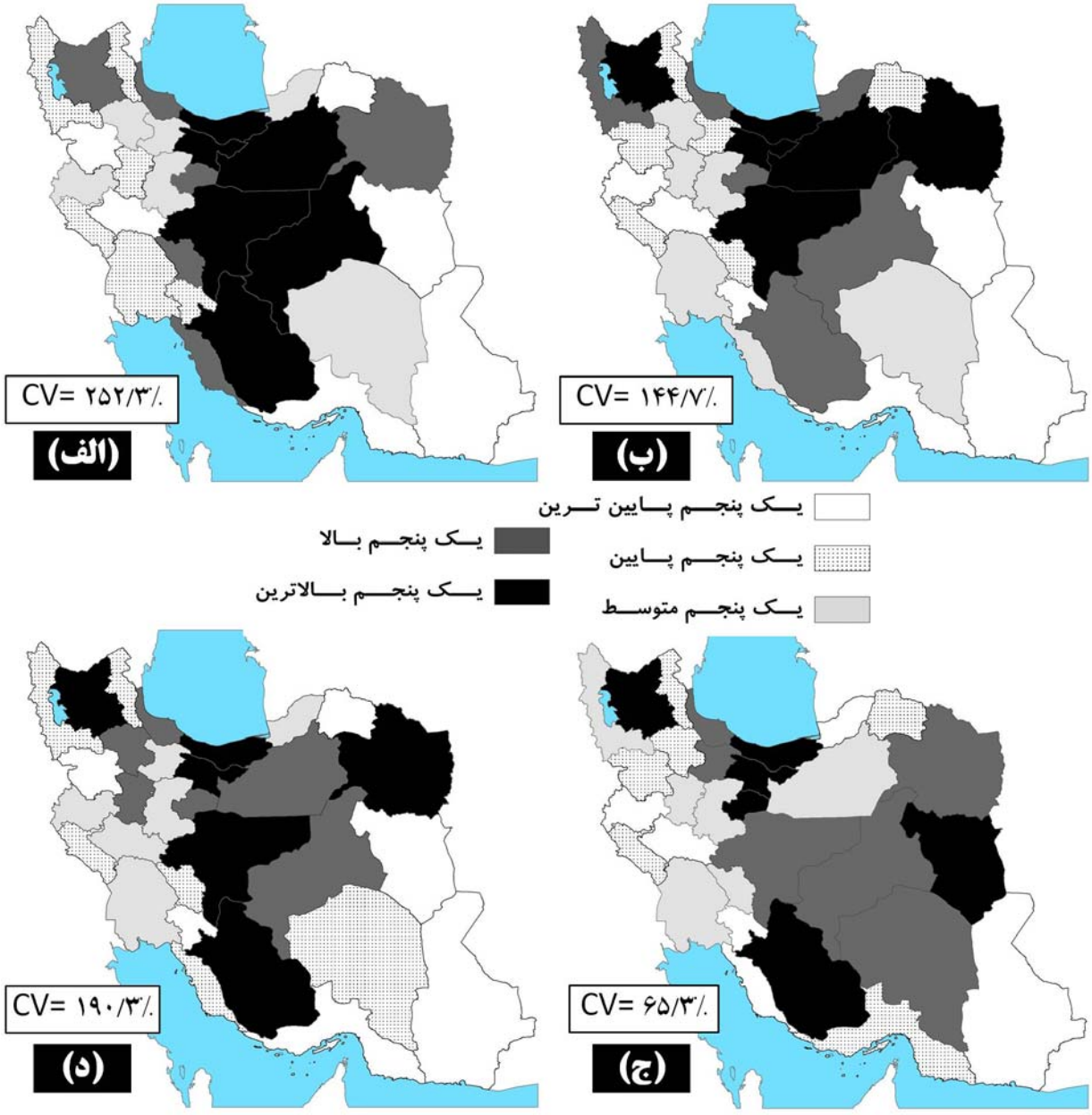
نتایج

مطالعه ما نشان داد که در سال ۱۳۸۷ در هر هزار نفر از کل جمعیت ایران نسبت پزشکان عمومی حدود ۱/۰۲، داروسازان ۰/۲۱ و نسبت دندانپزشکان عمومی ۰/۲۹ بود. همچنین نسبت کل پزشکان متخصص در هر هزار نفر ۰/۴۴، نسبت کل پزشکان فوق‌تخصص و دندان‌پزشکان متخصص حدود ۰/۰۲، نسبت کل ماماها در هر هزار نفر زن در سنین باروری ۰/۳۸ بود.

میزان ضریب تغییرات نسبت تعداد گروه‌های مختلف پزشکی به هزار نفر جمعیت ساکن در کشور که می‌تواند به عنوان شاخصی برای نشان دادن میزان یکنواختی این گروه‌ها باشد (بالا بودن این شاخص نشان‌دهنده پراکندگی بیشتر متغیر مذکور در بین استان‌ها است)، برای پزشکان عمومی ۲۵۲/۳٪، پزشکان متخصص ۱۴۴/۷٪، پزشکان فوق‌تخصص ۶۵/۳٪ و برای داروسازان ۱۹۰/۳٪ بود. این شاخص برای دندان‌پزشکان عمومی ۱۶۸/۸٪ و برای متخصصین دندان‌پزشکی ۷۲/۸٪ بود. همچنین ضریب تغییرات برای ماماهای آموزش دیده برابر با ۲۰۱/۳٪ بدست آمد.

بیشترین نسبت پزشکان عمومی به هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان‌های تهران (۱/۸۷)، یزد (۱/۳۹) و اصفهان (۱/۲۲) وکمترین نسبت به ترتیب در استان‌های خراسان شمالی (۰/۳۴)، سیستان و بلوچستان (۰/۳۷) و خراسان جنوبی (۰/۳۸) می‌باشد. توزیع پزشکان شاغل در استان‌های مختلف کشور در تصویر شماره یک (الف) نشان داده شده است. در این بین بیشترین نسبت پزشکان متخصص به هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان تهران (۱/۱۱) ، سمنان(۰/۴۶) و اصفهان (۰/۴۴) و کمترین نسبت پزشکان متخصص در هر هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان خراسان جنوبی (۰/۰۶)، سیستان و بلوچستان (۰/۱۰) و هرمزگان (۰/۱۲) می باشد. پراکندگی تعداد پزشکان متخصص فعال در استان‌های مختلف کشور در تصویر شماره یک (ب) نمایش داده شده است.

Archive of SID
www.SID.ir



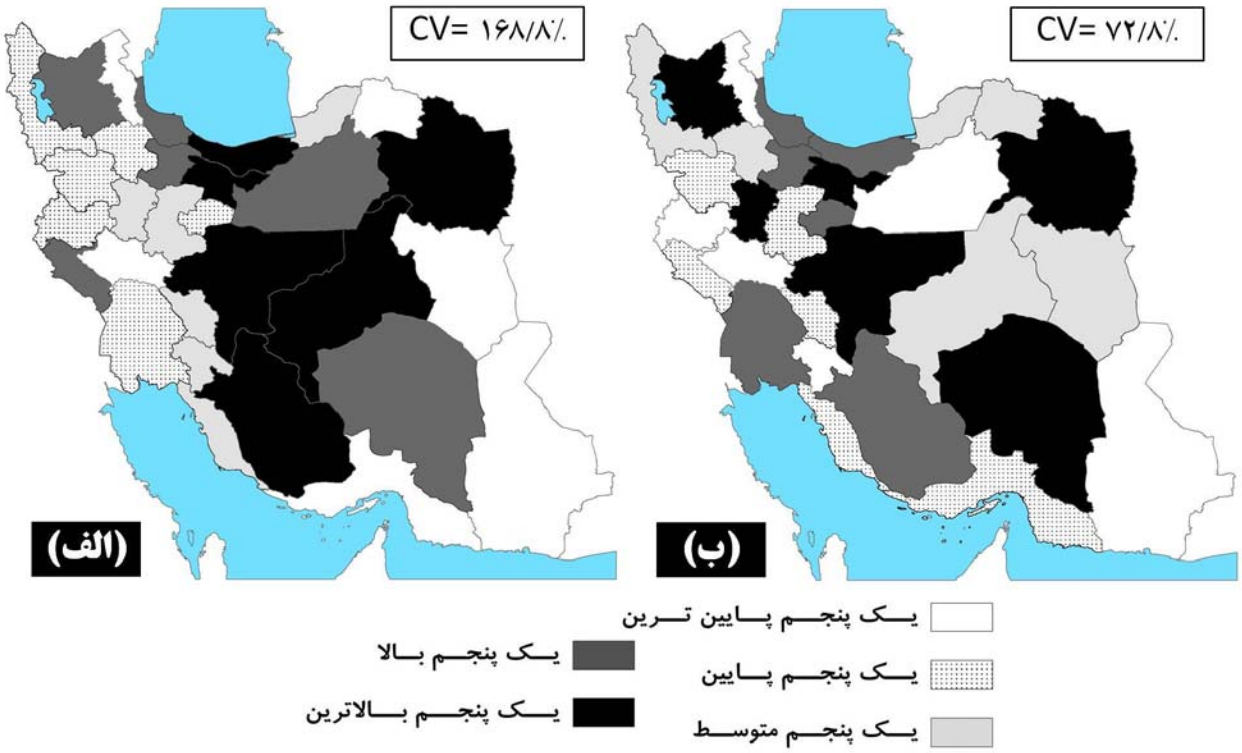
تصویر شماره یک- توزیع جغرافیایی پزشکان عمومی (الف)، پزشکان متخصص (ب)، پزشکان فوق‌تخصص (ج) و داروسازان (د) در استان‌های مختلف کشور. شاخص ضریب تغییرات (CV) که نشان‌دهنده شدت پراکندگی توزیع گروه‌ها در بین استان‌هاست برای پزشکان و داروسازان بیش از سایر گروه‌ها بود.

بیشترین نسبت پزشکان فوق‌تخصص به هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان‌های تهران (۰/۰۹)، خراسان جنوبی (۰/۰۲) و فارس (۰/۰۲) بود. در ۱۹ استان کشور پزشکان فوق‌تخصص به هزار نفر جمعیت کمتر از ۰/۰۱ بود که از این میان در ۱۳ استان این نسبت حتی کمتر از ۰/۰۰۵ بود. کمترین نسبت پزشکان فوق‌تخصص به هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان‌های کهکیلویه و بویراحمد، لرستان، سیستان و بلوچستان و کرمانشاه بود. توزیع جغرافیایی پزشکان فوق‌تخصص در کشور در تصویر شماره یک (ج) نشان داده شده است.

بیشترین و کمترین تعداد دندان‌پزشکان عمومی نسبت به جمعیت استان همانند پزشکان عمومی بود؛ به طوریکه نسبت دندان‌پزشکان به هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان‌های تهران (۰/۷۰)، اصفهان

www.SID.ir

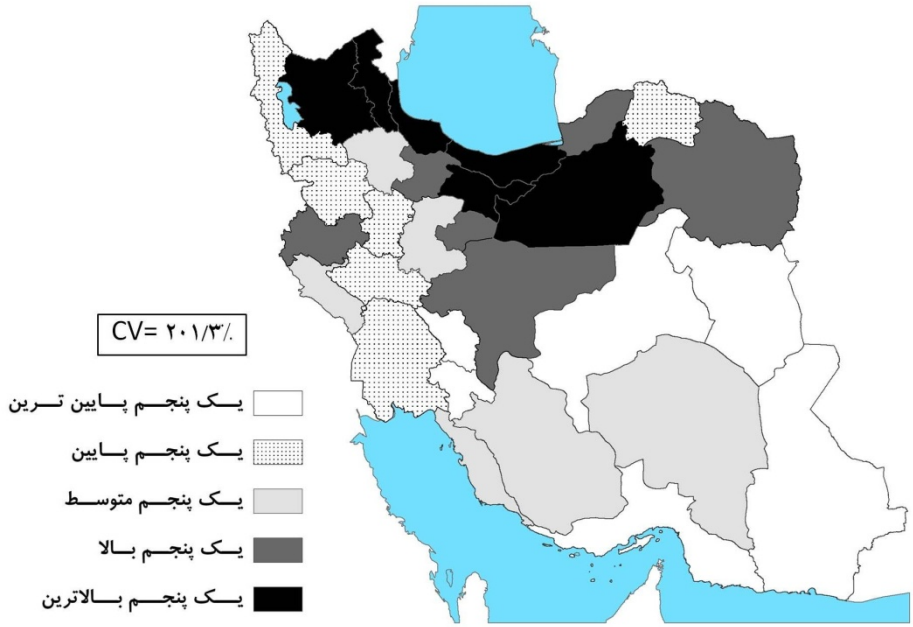
(۰/۳۲) و یزد (۰/۳۰) بیشترین و به ترتیب در استان‌های سیستان و بلوچستان (۰/۰۹)، اردبیل(۰/۰۹) و خراسان شمالی و جنوبی و هرمزگان (۰/۱) کمترین بود (تصویر شماره ۲-الف). تعداد متخصصین دندان‌پزشکی در هزار نفر جمعیت، در ۲۰ استان کشور ۰/۰۱ و کمتر از آن بود که از این میان در ۱۶ استان نسبت متخصصین دندان‌پزشکی به هزار نفر جمعیت کمتر از ۰/۰۰۵ بود. بیشترین تعداد متخصصین دندان‌پزشکی شاغل نسبت به هزار نفر جمعیت به ترتیب در استان‌های تهران(۰/۰۷)، اصفهان (۰/۰۲) و آذربایجان شرقی (۰/۰۲) بود. کمترین نسبت متخصصین دندانپزشکی به جمعیت نیز در استان‌های کهکیلویه و بویراحمد، کرمانشاه، اردبیل، سمنان، لرستان و سیستان و بلوچستان می‌باشد (تصویر شماره ۲-ب).



تصویر شماره دو- توزیع جغرافیایی دندان‌پزشکان عمومی (الف) و متخصص (ب) در استان‌های مختلف کشور. میزان ضریب تغییرات (CV) نسبت تعداد دندان‌پزشکان عمومی و متخصص به هزار نفر جمعیت ساکن در کشور می‌تواند به عنوان شاخصی برای نشان دادن میزان یکنواختی این گروه‌ها باشد.

بیشترین تعداد داروسازان در هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان‌های تهران (۰/۴۶)، اصفهان(۰/۲۲) و آذربایجان شرقی (۰/۲۱)، و کمترین نسبت داروسازان به جمعیت به ترتیب در استان‌های هرمزگان (۰/۰۵)، سیستان و بلوچستان(۰/۰۷)، کردستان و خراسان جنوبی (۰/۰۸) بود (تصویر شماره ۱-د). بیشترین نسبت ماماها به هزار نفر جمعیت، به ترتیب در استان‌های مازندران (۰/۶۷)، تهران (۰/۶۳) و سمنان (۰/۵۹)، و کمترین نسبت به ترتیب در استان‌های کهکلویه و بویراحمد (۰/۰۷)، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان (۰/۱۱) می‌باشد (تصویر شماره ۳).

www.SID.ir



تصویر شماره سه- توزیع جغرافیایی کارشناسان مامایی در استان‌های مختلف کشور. شاخص ضریب تغییرات (CV) بیانگر میزان یکنواختی است.

بحث

یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که علی‌رغم رشد قابل قبول و گسترده در تعداد دانش‌آموختگان گروه‌های مختلف علوم پزشکی در کشور در دو دهه اخیر متأسفانه عدم توزیع یکنواخت و همگون ایشان در کشور باعث شده است تا لذت این توسعه و ارتقاء در جای جای کشور به صورت متوازن درک نشود. باید در نظر داشت که تنها ارتقاء شاخص‌ها نباید ملاک رشد و توسعه قرار داده شوند و بررسی ناهمگونی‌ها و دلایل ایجادکننده آنها نیز بسیار با اهمیت است. در بین مؤلفه‌های ایجاد کننده ناهمگونی، معمولاً سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، جنس و جغرافیا از عوامل بسیار مهم در نظر گرفته می‌شوند [۱۴, ۱۵]. در این زمینه همیشه نگاه به توزیع جغرافیایی شاخص‌ها مورد توجه خاص بوده و بر آن تأکید می‌گردد (۱۶, ۱۷).

با توجه به توضیحات فوق، ضرورت بررسی توزیع جغرافیایی و تفاوت‌های بین استان‌ها در بهره‌مندی از نیروهای دوره دیده و متخصص در زیرگروهای پزشکی بسیار با اهمیت می‌باشد. نقشه‌های تهیه شده در این تحقیق نشان می‌دهد عموماً استان‌های مرکزی کشور و به خصوص تهران از مزیت نسبی برخوردار و استان‌های حاشیه‌ای عموماً صدک‌های پایین را از نظر بهره‌مندی از حضور گروه‌های پزشکی تشکیل می‌دهند. به صورت کلی نسبت گروه‌های مختلف پزشکی مورد بررسی، در بعضی از استان‌ها بالا و در بیشتر استان‌ها به صورت هم‌زمان از کمبود همه زیرگروه‌ها رنج می‌برند. شاخص‌های استان تهران به صورت بسیار فاحشی با سایر استان‌ها فاصله داشته و این تفاوت در شاخصی مانند متخصصان پزشکی بسیار شدید است به شکلی که در استان تهران این نسبت تقریباً سه برابر استان دوم و سوم کشور یعنی سمنان و اصفهان است و تقریباً ۲۰ برابر استان سیستان و بلوچستان. البته این تفاوت بسیار زیاد در سایر گروه‌های مورد مطالعه نیز وجود دارد که در نتایج به تفضیل نشان داده شده است.

احتمالاً مزایای نسبی پایین و دشواری کار در مناطق محروم از دلایل اصلی این گرایش به مرکز کشور و خصوصاً تهران است و بررسی این دلایل و برقراری ارتباط بین شاخص‌های مختلف مانند رشد اقتصادی و اجتماعی، دوری و نزدیکی به پایتخت و حتی آب و هوا با میزان بهره‌مندی استان‌های مختلف نیز می‌تواند موضوع خوبی برای تحقیق و بررسی باشد. اگرچه در سال‌های اخیر برای ترغیب گروه‌های مختلف پزشکی به ارایه خدمت در مراکز محروم کشور تدابیر خوبی اندیشیده شده اما به نظر می‌رسد این تدابیر به تنهایی برای کاهش شکاف فاحش مشاهده شده کافی نبوده و باید با

Archive of SID

www.SID.ir

مکانیزم‌های مختلف و متعدد برای اصلاح وضعیت موجود گام‌های هماهنگ برداشته شود.

مقایسه وضعیت موجود کشور با بعضی از کشورهای دیگر منطقه و دنیا از نظر شاخص نسبت کل پزشکان (عمومی، متخصص و فوق‌تخصص) به هزار نفر جمعیت حاکی از جایگاه قابل قبول کشور دارد؛ این شاخص در این مطالعه برای ایران (۱/۴۸) بود که تاحدودی برابر با مقدار این شاخص در سال ۲۰۰۵ برای کشور ترکیه (۱/۴۷) بوده و به مقدار این شاخص در کشورهایی همچون کره جنوبی (۱/۶) و ژاپن (۲/۰) نزدیک است. اگرچه با کشورهایی همچون امریکا (۲/۴)، سوئد (۳/۴)، هلند (۳/۷) و بلژیک (۴/۰) فاصله قابل توجهی وجود دارد [۱۸].

البته شاید بتوان باور نمود که نقش و تأثیر پزشکان عمومی در ارتقاء سلامت پایه جامعه (البته در حالتی ایده آل) بیش از سایر گروه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی است و به همین جهت باید به پراکندگی جغرافیایی آن توجه بیشتری شود. نتایج این تحقیق نشان داد که عدم توزیع یکنواخت در گروه پزشکان عمومی بیش از سایر گروه‌ها است. در نتیجه لازم است تا با تدابیر خاص توجه بیشتری به یکنواخت نمودن توزیع این گروه داشت. احتمالاً به همین دلیل است که در منابع نیز به رشد شاخص پزشک عمومی و همچنین توزیع آن بیش از سایر زیرگروه‌ها توجه شده و در مقالات و گزارشات ارایه شده است [۱۶, ۱۷]. البته توجه به این نکته ضروری است که به صورت واضح چند استان کشور مانند سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خراسان جنوبی و لرستان در اکثر گروه‌ها از وضعیت نامطلوبی برخوردار هستند که ضرورت توجه خاص و ویژه به این استان‌ها در صورت کلی ضرورت دارد.

بدیهی است که هر مطالعه دارای محدودیت‌ها و نقایصی است که این تحقیق نیز از این قاعده مستثنی نیست. اولاً در این تحقیق توزیع گروه‌های مختلف پزشکی در استان‌های کشور بررسی شد، این در حالی است که قطعاً درون استان‌ها نیز پراکندگی بسیار زیاد بوده و بعضی از نقاط هر استان حتی در استان‌های برخوردار نیز احتمالاً از کمبود پرسنل گروه‌های مختلف پزشکی رنج می‌برند. لذا بررسی در مقیاس کوچک‌تر به عنوان یک ضرورت لازم است که باید در تحقیقات بعدی به آن توجه گردد. همچنین در این تحقیق و بر اساس مستندات نظام پزشکی فقط تعداد افرادی که در زیرگروه‌های مورد مطالعه پرونده داشته‌اند مورد مطالعه قرار گرفته است. اگرچه به نظر می‌رسد که دقت و پوشش بانک نظام پزشکی احتمالاً جزو بهترین‌ها است ولی باید دقت نمود که همه افراد ثبت شده برای کار در زمینه تخصصی و حرفه‌ای خود مشغول به فعالیت نیستند و در نتیجه به واقع اعداد و ارقام بدست آمده برابر با شاخص‌های بهره‌مندی مردم نیستند. این مهم به خصوص برای دو گروه پزشک عمومی و ماما که ممکن است به خصوص در شهرهای برخوردار کمتر بتوانند از طریق ارایه خدمات حرفه‌ای به اندازه کافی درآمد داشته باشند بیشتر به چشم می‌خورد.

به عنوان نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد که توجه به توزیع افراد متخصص در زیرگروه‌های مختلف علوم پزشکی در سطح کشور علی‌رغم اهمیت، کمتر مورد توجه قرار گرفته و برای ایجاد توسعه‌ای پایدار می‌بایست مستندات دقیق‌تری در این زمینه ارایه نمود تا بتواند به مدیران کشور در برنامه‌ریزی‌های خود کمک نماید. در نگاه کلی به نظر می‌رسد عموماً استان‌های مرکزی کشور از برخورداری بیشتری از توان تخصصی در زیر گروه‌های مختلف پزشکی بهره‌مند بوده و سایر استان‌ها همچنان نیازمند نیروی متخصص در گروه‌های مختلف پزشکی هستند.

Archive of SID

www.SID.ir

مراجع

1- Marandi SA. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. J Med Educ 2001; 1(1): 4-12.

2- Azizi F. Evoluation of medical education in the I.R. Iran. Journal of Faculty of Medicine, Beheshti University 1990; 14: 3-6 (Persian).

3- Marandi SA. The integration of medical education and health care services in the I.R. of Iran and its health impacts. Iran J Public Health 2009; 38(supp. 1): 4-12.

4- Azizi F. Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three decades of success. Iran J Public Health 2009; 38(supp. 1): 19-26.

5- Vakil H and Azizi F. Medical Education in Iran in the last two decades. Journal of Faculty of Medicine, Beheshti University 1993; Suppl. 1: 3-26 (Persian).

6- Yazdani S, Hosseini F, and Homayouni Zand R. Reform in General Medical Degree curriculum. 2007, Educational Development Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Mehrayaneh Publ. Co, Tehran.

7- Haq CL, Mohammadi A, and Smith SR. Medical education reform in Iran. Fam Med 2003; 35(9): 616-617.

8- Khayati F and Saberi MH. Primary health care (PHC) an ever strategy for health equity extension. J Health Manag 2009; 12(35): 33-40 (Persian).

9- LeBaron SW and Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Fam Med 2005; 37(7): 502-505.

10- Jong-wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. Lancet 2003; 362: 2083-2088.

11- Lankarani K. An Introduction to equity in health, Health Policy Research Center, Shiraz: Navid Publication; 2010.

12- Nigenda G and Machado MH. From state to market: the Nicaraguan labour market for health personnel. Health Policy Plan 2000; 15(3): 312.

13- Chomitz KM, Setiadi G, Azwar A, and Ismail N. What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas. Policy Research Working Paper Series 1998.

14- Olyaee Manesh A, Haghdoost AA, Beheshtian M, Tehrani A, and Motlagh M. Progress towards health equity in I.R. of Iran through last three decades. Iran J Public Health 2009; 38(supp. 1): 130-135.

15- Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365: 1099-1104.

16- Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H, Luoma ML, and Widström E. Quality and equality of access to healthcare services - Country report for Finland. March 2008, National Research and Development Centre for Welfare and Health: Helsinki, Finland.

17- Vujicic M, Sparkes S, and Mollahaliloglu S. Health workforce policy in Turkey: recent reforms and issues for the future. July 2009, Health, Nutrition and Population - The World Bank: Washington, USA.

18- Organization for Economic Cooperation and Development OECD. The looming crisis in the health workforce: how can OECD countries respond? 2008: Paris: OECD Publishing.

Archive of SID

www.SID.ir