



معاونت علمی و فناوری

معاونت علمی و پژوهشی

اداره کل ممیزی توسعه علوم

«طرح ممیزی ۱۴۱ موضوع مهم علمی»

ممیزی روانشناسی بالینی

مجمع علمی ممیزی توسعه علوم

دبیرخانه ممیزی توسعه علوم پزشکی

انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ممیزی رشته روانشناسی بالینی
انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران



گروه علوم پزشکی

ارائه شده به:

معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

مجری:

دکتر احمد عاشوری

۱۳۹۰

جدول همکاران طرح

ردیف	نام مجری و همکاران	رتبه علمی	تخصص	مسئولیت در طرح	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت
۱	دکتر احمد عاشوری	دکتری	روانشناسی بالینی	مجری	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۲	دکتر مجتبی حبیبی	استادیار	پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی	همکار اصلی	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۳	دکتر حمید یعقوبی	دکتری تخصصی		مشاور طرح و رئیس انجمن	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۴	مهرداد کاظم زاده عطوفی	کارشناس ارشد		مشاور طرح و دبیر انجمن	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۵	بلال ایزانلو	دانشجوی PhD		همکار	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۶	زهرا فدایی	کارشناس ارشد		همکار	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۷	محمد جعفر بهره دار	دانشجوی PhD		همکار	۱۳۸۹	۱۳۹۰
۸	حمیده تقی زاده	کارشناس		همکار و مسول دفتر انجمن	۱۳۸۹	۱۳۹۰

تقدیر و تشکر

در اینجا محققان بر خود لازم می‌دانند که از زحمات همکاران ساعی در این طرح تشکر نمایند:

۱) جناب آقای دکتر یعقوبی، رئیس دفتر مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری و رئیس انجمن روان شناسی بالینی ایران که در تمامی مراحل طرح به عنوان ناظر و کارفرما از ما پشتیبانی و حمایت علمی و معنوی نمودند.

۲) زحمات بی شائبه دبیر انجمن روانشناسی بالینی آقای کاظم زاده و مسول دفتر خانم تقی زاده که مجدانه پیگیر گام های اجرایی و علمی پروژه بودند.

چکیده

این مطالعه با هدف ممیزی رشته روانشناسی بالینی در ایران انجام شده است. در این راستا سعی شد ضمن مروری بر پیشینه روانشناسی بالینی در ایران شاخصهای آماری رشته روانشناسی بالینی و هم چنین طی نشستی با حضور کثیری از متخصصین و پیشکسوتان روانشناسی بالینی با رویکرد SWOT به بررسی نقاط ضعف، قوت، تهدیدها و فرصتهای روانشناسی بالینی و آرایه پیشنهادهای سازنده در این زمینه پرداخته شود. در این پژوهش به جمع آوری هر یک از شاخصهای آماری دانشجویان، دانش آموختگان، اعضای هیئت علمی، قطبها، انجمنها، نشریات و مقالات علمی-پژوهشی داخلی و کتابهای تالیفی-ترجمه‌ای موجود در حوزه روانشناسی بالینی منطبق بر پایگاه‌های اطلاعاتی موجود پرداخته شد. در مجموع ۴۳۶۳۰ دانشجو در رشته روانشناسی بالینی از سال تحصیلی ۶۶-۶۷ تا ۸۷-۸۸ در دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری مشغول به تحصیل بوده اند که از این تعداد ۳۰۶۵۹ نفر زن و ۱۲۹۷۱ نفر مرد بوده اند. آمار انجمنها تعداد ۲ انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان ایران در وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری و انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ آمار قطب‌های روانشناسی بالینی تعداد یک قطب علمی روانپزشکی و روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران؛ آمار نشریات مصوب گروه علوم پزشکی تعداد ۵ نشریه؛ آمار مقالات فارسی مصوب گروه علوم پزشکی تعداد ۱۵۲۵ مقاله می باشد.

تحلیل وضعیت رشته روانشناسی بالینی با استفاده از رویکرد SWOT نشان داد که رشته روانشناسی بالینی در حال حاضر در موقعیت رقابتی قرار گرفته است و مهمترین چالش این رشته در شرایط فعلی غلبه بر نقاط ضعف و استفاده از فرصتهای برون سازمانی است و برای بالارفتن در طیف عوامل درونی و بیرونی و رسیدن به موقعیت رشد باید گامهایی برداشته شود تا این رشته به موقعیت استفاده از نقاط قوت درونی و فرصتهای برون سازمانی برسد. برای این منظور راهکارهای زیر پیشنهاد می شود.

۱. تقویت ارتباطات درون بخشی
۲. فعال تر شدن در سازمان نظام روانشناسی و مشاوره
۳. نظارت و ارزیابی بر خدمات
۴. بازنگری دروس
۵. یک دست شدن آموزش
۶. گذاشتن مصاحبه برای قبول شدن در دوره های تکمیلی
۷. جمع آوری پژوهش های انجام شده در زمینه فرهنگی و بومی توسط روان شناسان بالینی و ارائه گزارش نهایی در تلاش برای گسترش و تقویت روزآوری، فرهنگی و بومی نمودن این رشته به مسئولین ذیربط
۸. ایجاد رویکرد مذاکره از طرف انجمن با متولیان امر آموزش و بهداشت کشور
۹. تشکیل کمیته ها و شعبه های کشوری انجمن روان شناسی بالینی

۱۰. فعال شدن انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران و کمیته بالینی انجمن روان شناسی ایران و کمیسیون روانشناسی بالینی و مشاوره سازمان نظام روان شناسی و اداره نظارت بر درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سر و سامان دادن خدمات روان درمانی
۱۱. آگاهی بخشی درباره ماهیت و خدمات روان شناسان بالینی به عموم مردم از طریق نشریه و سایت
۱۲. ارتباط مستمر و قوی هیئت مدیره انجمن با اعضای آن برای ایجاد ارتباط حرفه ای از طریق برگزاری نشست های مداوم

فهرست

۸	مقدمه
۱۳	فصل اول: روش شناسی انجام ممیزی
۱۷	فصل دوم: تاریخچه و اهمیت رشته روانشناسی بالینی در آینده
۱۸	تاریخچه روانشناسی در جهان
۲۲	تاریخچه روانشناسی بالینی
۲۵	تاریخچه روان شناسی بالینی در ایران
۳۱	تعیین حیطه رشته
۳۴	تعیین اهمیت رشته در آینده کشور
۳۶	تبیین دورنمای رشته
۳۸	فصل سوم: شاخصهای ارزیابی
۳۹	شاخص های ارزیابی
۶۷	مقایسه وضعیت رشته روانشناسی بالینی در ایران با کشورهای منطقه چشم اندازی و سطح بین المللی
	مباحث تحلیلی و مقایسه وضعیت علمی کشور در رشته روانشناسی بالینی با دو کشور منطقه و یک کشور توسعه یافته
۷۲	یافته
۷۶	فصل چهارم: ارایه دسته بندی قوتها، ضعفها، فرصتها و تهدیدها برای رسیدن به دورنما
۹۵	فصل پنجم: ارایه پیشنهادات
۹۹	منابع

مقدمه

وقتی که شوروی سفینه اسپوتنیک را با موفقیت به فضا فرستاد، عملا اقتدار علمی و صنعتی و نظامی امریکا شکسته شد. تلاشهای مکرر آن کشور نیز برای جبران این شکست بی نتیجه ماند. در اوائل دهه شصت میلادی، دولت امریکا بر آن شد که بودجه مستقلی را برای یافتن راه های برون رفت از آن عقب ماندگی تخصیص دهد و از همه صاحب نظران دعوت به همکاری کند. مجامع علمی همواره به دنبال شاخصهایی بوده اند که وضعیت پیشرفت علم را بسنجند و با سنجه‌هایی استاندارد، جوامع را با هم مقایسه کرده ارزیابی‌های لازم را انجام دهند. علم سنجی به عنوان فعالیتی آکادمیک به این مهم پرداخته است. در این کار متخصصان کتابداری و اطلاع رسانی و جامعه شناسی بیشتر از سایر حوزه ها به فعالیت پرداختند. تعداد استناد به مقالات، تعداد کتابهای منتشر شده و تعداد اختراعات ثبت شده معیارهایی هستند که معمولا اندازه گیری می شوند.

علم سنجی، فن تجزیه و تحلیل آماری و کمی متون علمی است (نارین، اولیواسترو و استیونز، ۱۹۹۴). علم سنجی یکی از روش‌های ارزیابی فعالیت‌های علمی است. علم سنجی تولیدات علمی را از لحاظ کمی و کیفی با یکدیگر مورد مقایسه قرار داده و وضعیت دانشگاه‌های مختلف را در تولید اطلاعات علمی مشخص می کند. اساس کار علم سنجی بررسی چهار متغیر اساسی شامل مولفان^۱، انتشارات علمی^۲، مراجع^۳ و ارجاعات^۴ است. علم سنجی بر آن است با استفاده از بررسی جداگانه این متغیرها با ترکیبی مناسب از شاخص‌های مبتنی بر این متغیرها خصایص علم و پژوهش علمی را نمایان سازد (بازرگان، ۱۳۸۶). یکی از مهمترین اهداف این علم، بنا نهادن نظامهایی از شاخص های توصیف کننده پژوهش در اجتماعات مختلف علمی است. انتشار مداوم و منظم چنین شاخص هایی می تواند عنصری مفید و کارآمد برای مدیریت تحقیق و سیاست‌گذاری در علوم باشد. اساس علم سنجی بر تجزیه و تحلیل پارامترهای اطلاعاتی استوار است که این پارامترها مقالات علمی، پروانه های ثبت اختراع، مجلات و بطور کلی اطلاعات علمی منتشر شده می باشند. نتایج حاصل از این تجزیه و تحلیل، به تعیین ساختار جریان مدارک علمی و فرایندهای استنادی آنها کمک می کند. انتشار مداوم شاخص‌های علم سنجی، که توصیف کننده پژوهش در اجتماعات مختلف علمی است؛ می تواند فرایندی مفید و کارآمد برای مدیریت تحقیق و سیاست گذاری و چگونگی تخصیص بودجه و امکانات در علوم باشد.

1. Authors
2. Scientific Publishing
3. Clients
4. References

بیان مسئله

علم و فناوری از مهمترین عوامل توسعه و زیربنای توسعه پایدار در هر کشور محسوب می‌شود. به همین سبب ارزیابی و شناخت وضعیت موجود علم و فناوری کشورها برای تغییر و بهبود شرایط ضروری به نظر می‌رسد. ارزشیابی کمی علوم، که منجر به باروری و توسعه علم می‌شود می‌تواند کمک بزرگی برای مسئولان و برنامه‌ریزان باشد تا آنها بتوانند با هزینه کمتر بیشترین استفاده را از منابع مالی و انسانی برده و در بهینه سازی ساختار اقتصادی اجتماعی کشور موثر باشند. تمامی این کارکردها در جهت این هدف است که هشدارهایی به موقع و زود هنگام درباره رویدادهایی ارایه کنند که ممکن است نیازهای آن کشور را برآورده سازند یا ظرفیت آن کشور را مختل کنند (مرتضوی، ۱۳۸۱).

ارزشیابی آینه‌ای فراهم می‌آورد تا تصمیم‌گیران و دست‌اندرکاران، تصویری از چگونگی فعالیت‌ها به دست آورند؛ با استفاده از این تصویر از نظام مراقبت بیشتری به عمل آورند تا در راستای پاسخگویی به نیازهای فرد و جامعه کیفیت فعالیت‌ها ارتقا یابد. ساز و کار ارزشیابی وسیله‌ای است که بدون استفاده از آن، فعالیت‌ها صرفاً رها کردن تیر در تاریکی خواهد بود. ارزشیابی کمک می‌کند نیازهای سیستم شناسایی شود. براساس این نیازها، برای نظام‌های پژوهشی و آموزشی هدف‌گذاری شده و برنامه‌های ارتقای مطلوب سیستم تدوین شود. سپس برای تحقق هدف‌ها، سازماندهی لازم به عمل آید و انجام امور هدایت و رهبری شود. یک نظام ارزشیابی امکان اثربخشی و کارآیی نظام را افزایش می‌دهد (بازرگان، ۱۳۸۶).

علم‌سنجی یکی از رایجترین روش‌های ارزیابی علمی است. سابقه این علم به دهه هفتاد میلادی برمی‌گردد. نقطه شروع و شکل‌گیری این علم در روسیه شوروی بود. زمانی که برای اولین بار دوبوروف و کارنوا واژه علم‌سنجی را به کار بردند. آنها علم‌سنجی را به عنوان اندازه‌گیری فرایند انفورماتیک تعریف کردند. اولین تجزیه و تحلیل آماری نوشته‌های علمی را به کول (Cole)، ایلز (Ealse) و هولم (Hulme) نسبت می‌دهند که برای اولین بار از مقالات علمی منتشر شده به عنوان ملاکی برای مقایسه تولید علمی کشورهای مختلف استفاده کردند. در همان زمان افرادی نظیر لوتک (Lotka)، برادفورد (Bradford)، زیف (Zipf) به منظور بررسی توزیع انتشارات برحسب مولفین و نشریات، مدل‌های نظری ویژه‌ای ارائه دادند.

با وجود فعالیت‌های بسیار در حوزه این علم، تا سال ۱۹۶۹ میلادی حیطه، اهداف و تکنیک‌های علم‌سنجی هنوز مشخص نشده بود. در همان زمان بود که نالیموف (Nalimov)، مولچنکو (Mulchenko) رشته‌های فرعی علم‌سنجی و دامنه کار آن را تعیین کردند. انتشار مجله بین‌المللی علم‌سنجی در سال ۱۹۷۸ میلادی به وسیله تیور براون هم گام مهمی در جهت شناخت و توسعه جهانی این علم بود. این مجله توسط انتشارات Elsevier در آمستردام منتشر گردید و آکادمی علوم مجارستان در بوداپست که فعال‌ترین انجمن علمی در این حوزه به شمار می‌رفت مرتباً مقالاتی در زمینه علم‌سنجی در آن به چاپ می‌رساند. این مقالات به همراه مطالبی که نالیموف منتشر می‌نمود، به پرورش و شکل‌گیری این علم نوپا کمک فراوانی کرد.

تب علم سنجی نیز در جامعه ما افت و خیز و هذیان های خود را داشته و دارد. عده ای به کار گیری آن را گناهی نابخشودنی و "علم نادانی" محض دانسته اند. آنان با توجه به کمی بودن سنجش، آن را فاقد صلاحیت برای ورود به این عرصه دانسته اند. در کشور ما نیز اندیشمندانی به واکاوی عوامل توسعه و پیشرفت علمی پرداخته اند. در گزارش های بین المللی اگر رتبه علمی کشور بالا رفته بر خود بالیده اند و اگر افت کرده نالیده اند و به ریشه یابی علل آن پرداخته اند.

عده ای دیگر با محور قرار دادن علم سنجی، مناظ ارتقای علمی و دانشمندا شدن را تعداد مقالات علمی نمایه شده مثلا در ISI دانسته و منتظرند که عالمان زبان و ادبیات فارسی و یا فقه و اصول هم مطالبشان را به زبان انگلیسی بنویسند. آن هم به شیوه ای که مقبول نشریات خاصی شود که در آن پایگاه نمایه می شوند. اگر از این افراط و تفریط ها بگذریم باید بپذیریم که علم سنجی به عنوان یک دستاورد مبارک می تواند مورد استفاده بهینه قرار گرفته و در تصمیم سازی ها راهگشای توسعه باشد. توجه به این نکته ضروری است که علم سنجی یک کار دقیق علمی است و محدودیت ها و ویژگی های خود را دارد و نباید در مورد آن مطلق بین بود. این نگاه علمی فاقد احکام ارزشی و دستوری است که به آن منتسب می کنند. شاید بیشترین نقدی که بر آن شده است نگاه کمی آن به تولیدات علمی است. البته موافقان نیز میزان استناد به مقالات را یک کار کیفی دانسته اند. منتقدان نیز پاسخ داده اند که میزان استناد که محور کار است به نوعی تبدیل کیفیت به کمیت است که نقصان پذیری و نسبی بودن آن بر آگاهان پوشیده نیست.

شاید بیشترین نقدی که در کشور ما بر علم سنجی می شود مربوط به خود علم سنجی نباشد بلکه بیشتر به نوع استفاده ما از آن بر می گردد. محققانی را می بینیم که به دور از نیازهای جامعه علمی خود، تمام سعی و تلاش را به طور تصنعی چنان جهت می دهد که مقاله ای در خور یک نشریه خاص بسازد! و یا شاهد فرزانه! دیگری هستیم که دست به خوداستنادی گسترده ای می زند تا مقاله خود را برتر نشان دهد؛ این کاستی ها معلول علم سنجی نیست بلکه به ضعف وجدان و تعهد علمی فرد و یا قوانین و مقررات نا سنجیده ای مربوط می شود که او را به این کار وادار می دارد. وقتی از علم سنجی انتظار عالم سنجی داشته باشیم چنین پدیده هایی هم ممکن است ظهور یابد. آن سردبیر محترمی که برای بالا بردن ضریب تاثیر، شرط ناگفته پذیرش مقاله در نشریه اش، استناد به حداقل ۳ مقاله از همان نشریه قرار داده است؛ به راستی از کجای علم سنجی چنین شرط عالمانه ای! را بیرون کشیده است؟

یادمان باشد که علم سنجی و ابزار آن در موطن خود تولد و رشدی طبیعی داشته است. مثلا پایگاهی پدید آمده است. آن هم به زبان همان دیار. مقالات نمایه شده است. به دنبال معیار و مناطی برای اثر بخشی و سنجش بوده اند. میزان استناد به مقالات به عنوان یک شاخص - نه تنها شاخص - مطرح کرده اند. همه این کارها هم توسط بخش خصوصی انجام شده و درآمدزا نیز بوده است. ما هم اگر بخواهیم از آن استفاده درستی داشته باشیم و موجب خسرانمان نشود باید واقعیت ها و ضرورت های جامعه علمی خودمان را در آن لحاظ کنیم. امید است فعالیت هایی که در زمینه Sci آغاز شده است به این مهم دست یازد. فراموش نکنیم برای آن که به سنجش علم پردازیم، ابتدا باید موتور علم آفرینی را روشن کنیم. و این دقیقا به نحوه آموزش ما برمی گردد.

به آغاز سخن برمی‌گردم. متخصصان پی از بررسی، علت شکست علمی امریکاییان را در آن زمان، کاستی‌های نظام آموزش و پرورش رسمی دانستند. اما تغییر نظام رسمی به زمان زیادی نیاز داشت که فوریت کار آن را بر نمی‌تابید. فراخوانی داده شد تا راه کارهای کوتاه مدت برای برون رفت از آن معضل توسط متخصصان ارائه شود. از میان طرح‌های ارائه شده، طرح فرانک اینهایمر پذیرفته شد. طرحی که تشکیلاتی غیر رسمی داشت و فقط با حمایت‌های اولیه دولت شکل می‌گرفت. بر اساس این طرح، اولین "خانه اکتشاف" بر اساس نظریه پیازه شکل گرفت. خانه‌ای که در آن هیچ مفهوم علمی به صورت مستقیم آموزش داده نمی‌شود بلکه هر فرد به شیوه مکاشفه و با موضوعات علمی آشنا می‌شود و آن را مستقیماً تجربه می‌کند. بعدها "خانه اکتشاف" به عنوان یک الگوی موفق در اروپا و بعضی کشورهای آسیایی پذیرفته شد و حتی در نوع سرویس دهی موزه‌ها نیز تاثیر گذارد.

در دیار ما نیز اندیشمندان بسیاری راه پیشرفت و توسعه علمی را ایجاد تحول اساسی در نظام تعلیم و تربیت در همه سطوح دانسته‌اند و با توجه به گستردگی و خطیر بودن کار معتقدند که این کار به تنهایی از عهده دولت بر نمی‌آید و بهتر است دولت بیشتر نقش حامی و پشتیبان را داشته باشد. فقط دل نگران رتبه علمی کشور بودن و فشار بر قشری خاص برای بالا بردن این رتبه بدون تمهید مقدمات و فراهم آوری محیط مناسب، عالمانی را بار خواهد آورد که تخصصشان مقاله‌سازی و ارتقا ست. آنان پژوهش و کلاس و مقاله را به شکل نمره‌هایی می‌بینند که موجب ارتقای آنان می‌شود. این فریب نه تنها مشکلی را حل نمی‌کند بلکه خود یکی از بزرگترین موانع توسعه علمی خواهد بود. عدم توجه به ریشه‌های مشکل و رشد محققانی اینچینی، موجب خود فریبی می‌شود. ممکن است سال‌ها رتبه کشورمان رشد کند اما در واقع عملاً پس رفته باشد. در آن حال مصداق سخن مولانا خواهیم شد که:

گندم اعمال چل ساله کجاست

گر نه موشی دزد در انبار ماست

جمع می‌ناید در این انبار ما

ریزه ریزه صدق هر روزه چرا

در این راستا و در پی تاکید دولت محترم جمهوری اسلامی ایران بر ضرورت توسعه علمی در کشور، این نوشتار در نگاهی اجمالی به مرور تاریخچه و شاخص‌های سنجش، و چالش‌های موجود و چشم انداز آتی روانشناسی بالینی در ایران می‌پردازد

اهداف پژوهش

هدف کلی:

۱- تعیین وضعیت علم روانشناسی بالینی در ایران و راهکارهای رسیدن به وضعیت مطلوب

۱. تعیین وضعیت موجود علم روانشناسی بالینی بر اساس شاخص های انسانی، ساختاری و عملکردی
۲. بررسی روند چند سال اخیر شاخص های انسانی، ساختاری و عملکردی و مقایسه منطقه ای و بین المللی آنها
۳. تعیین نقاط قوت و ضعف روانشناسی بالینی در ایران
۴. تعیین سیاست ها، راهبردها و الزامات دستیابی به استفاده از فرصت ها و کنترل تهدیدهای پیش رو.
۵. تحلیلی از عمده ترین روندها و جهت گیری های توسعه رشته روانشناسی بالینی در جهان طی ۵ سال اخیر
۶. تحلیلی از اولویتهای آموزشی و پژوهشی روانشناسی بالینی در کشورهای توسعه یافته
۷. تعیین وضعیت مطلوب یا چشم اندازی

سوالات پژوهش

۱. تعداد دانشجویان به تفکیک مقطع تحصیلی، در یک میلیون نفر چند نفر است؟
 ۲. تعداد اعضای هیات علمی به تفکیک مرتبه علمی، در یک میلیون نفر چقدر است؟
 ۳. چه تعداد گروه آموزشی به تفکیک در هر یک از دانشگاهها وجود دارد؟
 ۴. تعداد مقالات روانشناختی منتشر شده در مجلات علمی - پژوهشی ایرانی به چه میزان است؟
 ۵. تعداد مجلات علمی - پژوهشی اطلاع رسانی این رشته به چه میزان است؟
 ۶. تعداد نشریات علمی پژوهشی ایرانی نمایه شده در ISI به چه میزان است؟
- تعداد کتابهای علمی و تخصصی تالیفی ناشران انتشار یافته توسط مراکز تحقیقاتی و ناشران معتبر به چه میزان است؟

فصل اول

روش شناسی انجام ممیزی

نوع پژوهش

با توجه به هدف و فرضیه‌های تحقیق، پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی-پیمایشی است. ابتدا با تشکیل یک کمیته راهبردی و یک گروه پشتیبانی اجرای پروژه زیر نظر مجری اصلی طرح تشکیل گردید. در بخش کیفی با استفاده از روش گروه تمرکز و گرهمایی گروه متخصصین رشته برای تعیین حیطه رشته، تعیین اهمیت رشته در آینده کشور، تحلیل روندهای تاثیرگذار، تعیین نقاط ضعف، قوت، تهدید و فرصت های موجود برای رسیدن به دورنمای رشته استفاده گردید. در نهایت سعی شد که به واسطه روش SWOT وضعیت موجود رشته تحلیل گردد و بر این اساس پیشنهاد های آموزشی، پژوهشی و اجرایی برای بهره گیری از فرصت ها و نقاط قوت و کاستن نقاط ضعف و تهدید ارائه شد. در بخش کمی به واسطه تجزیه و تحلیل شاخص های آماری مربوط به تعداد دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی و تعداد دانش آموختگان، تعداد مجلات علمی، طرح های پژوهشی اجرا شده و مقالات منتشر شده در رشته روانشناسی بالینی در مجلات داخلی و خارج، داده های مرتبط با اعضای انجمن و فعالیت های مرتبط با رشته شامل مشخصات فردی، تحصیلی و اشتغال، داده های مراکز تحقیقاتی مرتبط با رشته روانشناسی بالینی، داده های متخصصین رشته به صورت نمونه گیری و محاسبه شاخص های ممیزی مشخص گردید.

جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش حاضر، کلیه دانشجویان، دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی در دو وزارت خانه علوم و بهداشت بودند. در بخش اطلاعات توصیفی مربوط به تعداد دانشجویان و دانش آموختگان از کلیه اطلاعات به دست آمده از مرکز آمار آموزش عالی ایران استفاده شد.

نحوه اجرای پژوهش

در ابتدا آمار دانشجویان و دانش آموختگان از مرکز آمار آموزش عالی کسب شد و تحلیل کمی روی این داده ها اجرا شد. و در مرحله بعد با تشکیل جلسه گروه متخصصان اطلاعات کیفی در خصوص تحلیل وضعیت موجود رشته بر اساس نقاط ضعف، قوت، تهدید و فرصت جمع آوری گردید. و اطلاعات مربوط به شاخص های ارزیابی موضوع علمی از دبیرخانه ممیزی علوم پزشکی وزارت بهداشت جمع آوری شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از هر روش آمار توصیفی درصد، فراوانی مطلق و نمودار ستونی استفاده گردید

شاخص های علم سنجی

انتشار مداوم شاخص های علم سنجی که توصیف کننده پژوهش در اجتماعات مختلف علمی است می تواند عنصری مفید و کارآمد برای مدیریت تحقیق و سیاستگذاری و چگونگی تخصیص بودجه و امکانات در علوم باشد. ارزشیابی کمی علوم که منجر به باروری و توسعه می شود می تواند کمک بزرگی برای مسئولان و برنامه ریزان باشد تا آنها بتوانند با هزینه کمتر بیشترین استفاده را از منابع مالی و انسانی برده و در بهینه سازی ساختار اقتصادی - اجتماعی کشور موثر باشند. علم سنجی بر آن است با استفاده از بررسی جداگانه این متغیرها با ترکیبی مناسب از شاخصهای مبتنی بر این متغیرها خصایص علم و پژوهش علمی را نمایان سازد. در سطحی وسیعتر علم سنجی را می توان از عوامل موثر گردش مستمر فعالیتهای تحقیقاتی در هر زمینه علمی دانست که مستقیماً با ارزشیابی کمی علم سرو کار دارد. اساس کار علم سنجی بر بررسی چهار متغیر اساسی ذیل می باشد:

مولفان: تعداد مولفان به عنوان یکی از شاخصهای فعالیت علمی در کشورهای مختلف می باشد که می تواند مبنایی برای مقایسه آنها محسوب گردد.

انتشارات علمی: انتشارات علمی تمامی مکاتبات و ارتباطات علمی چاپ شده را می تواند شامل باشد. یکی از مجاری اساسی و رسمی انتشار علمی، مقالات می باشند که می توان توزیع آنها را برحسب زمان، مکان، نوع یا مجرای انتشار وسایر ویژگیها مورد بررسی قرار داد. تعداد انتشارات به عنوان عنصری اساسی در علم سنجی می باشد که می تواند مبنای مقایسه های بین اجتماعات مختلف علمی و کشورها قرار گیرد. امروزه اکثر انتشارات علمی تبلور تلاشهای گروهی تعدادی از مولفین می باشند

مراجع: مراجع مورد استناد انتشارات علمی نشان دهنده منابع، خواستگاهها و بویژه قدمت [روزآمدی] اندیشه های گنجانده شده در این مقالات هستند. مراجع به طور کلی نشان دهنده استنادهای رسمی یک انتشار علمی به منابع علمی می باشند. بدین لحاظ توزیع مقالات مورد ارجاع قرار گرفته بر حسب مجرای انتشار، حوزه موضوعی و تاریخ تالیف منعکس کننده اشکال و جنبه های گوناگون علایق و منافع آن اجتماع علمی و همچنین منعکس کننده روابط اساسی میان اسناد و مدارک ارجاع دهنده آنها که مورد ارجاع قرار گرفته اند می باشند. اگر یک مقاله علمی طی چندین سال پس از انتشار سالانه ۵ تا ۱۰ ارجاع داشته باشد به احتمال زیاد محتوی آن مقاله در بدنه معرفتی حوزه علمی مرتبط با آن رشته حل خواهد شد به گونه ای که این مقاله سهمی در افزایش میزان معرفت علمی آن رشته خواهد داشت

ارجاعات: ارجاعات به یک انتشار علمی نشان دهنده مراجع مرتبط با آن می‌باشند، مراجع از پیشینه‌های نتایج علمی خبر می‌دهند اما ارجاعات نشان دهنده نفوذ و تاثیر علمی هستند. امروزه تجزیه و تحلیل ارجاعات علمی یکی از مشهورترین روشهای علم سنجی است. شهرت این شاخص تا حدود زیادی ناشی از آن است که ارجاعات می‌توانند به طور کارا و موثری نقص موجود در شاخص کمیت و شمارشی صرف انتشار علمی را جبران کرده و توسط عناصر کیفی مشخص این شاخص را تکمیل و آنرا کیفی نمایند

فصل دوم

تاریخچه و اهمیت رشته روانشناسی بالینی
در آینده

تاریخچه روانشناسی در جهان

تعریف روانشناسی

روان شناسی علمی است که به بررسی علمی رفتار و فرآیندهای ذهنی می‌پردازد. منظور از «رفتار» در روان شناسی، آن دسته از فعالیت‌های جاندار است که بوسیله یک جاندار دیگر یا با دستگاه‌های آزمایشگاهی قابل مشاهده است. و منظور از «فرآیندهای ذهنی» یعنی آن دسته از فعالیت‌های جاندار که قابل مشاهده مستقیم نیست، ولی می‌توان آن را از روی آثارش در رفتار فرد استنباط کرد. نمونه‌هایی از رفتار عبارتند از: مطالعه کردن، صحبت کردن، ورزش کردن، خوابیدن، حرف زدن در خواب، آب دهان انداختن، گره کردن مشتها و ... و نمونه‌هایی از فرآیندهای ذهنی عبارتند از: حل مسئله، سبک تفکر، تغییرات مربوط به حافظه و یادگیری، ادراک و ...

تاریخچه علم روانشناسی در جهان

روان‌شناسی علمی در ریع آخر قرن نوزدهم به وجود آمد. اما کاوش‌های روان‌شناختی همزمان با طلوع فلسفه آغاز گردید. تفکر روان‌شناختی بیش از ۲۴ قرن، یعنی از دوران فلسفه یونان باستان تا اواخر قرن نوزدهم، بخشی از فلسفه به شمار می‌رفت و در بطن آن رشد یافت. اصطلاح روان‌شناسی (سایکولوژی)، همچون بسیاری از اصطلاحات روان‌شناختی ریشه‌ای یونانی دارد و از دو کلمه "psyche" به معنی روح یا ذهن و "logos" به معنی شناخت یا مطالعه تشکیل شده است که معنی تحت‌اللفظی سایکولوژی، مطالعه نفس و شناخت یا علم نفس می‌باشد. ابداع این واژه را به فیلیپ ملانکتون (Philip Melanchthon) در سال‌های ۱۴۹۷ - ۱۵۶۰ نسبت می‌دهند. اسامی دیگری نیز در قرن هجدهم و نوزدهم به طور همزمان در مورد این علم به کار می‌رفته است که برخی از آن‌ها عبارتند از: فلسفه ذهنی، خودشناسی و روح‌شناسی. فلسفه، طی تاریخ طولانی خود تلاش می‌کرده است که فطرت آدمی و حیات ذهنی بشر را بشناسد. تمامی عقاید و راه‌حل‌هایی که فلاسفه برای تشریح فطرت، ذهن، آگاهی، فرایندها و فعالیت‌های ذهنی انسان همچون احساس، ادراک، یادگیری، شناخت، استدلال، اراده و عاطفه عرضه داشته‌اند، ساختار تفکر روان‌شناختی فلسفی را تشکیل می‌دهند. از آنجا که این تفکر با روش‌های فلسفی و نه تجربی، گسترش یافت آن را روان‌شناسی قبل از مرحله علمی می‌نامند. فیزیولوژی نیز سهم عمده‌ای در ساختن روان‌شناسی جدید داشت. تاثیر فیزیولوژی عمدتاً به جدایی روان‌شناسی از فلسفه و ظهور آن به منزله علمی مستقل منتهی شد. در واقع تاریخچه تفکر روان‌شناختی و دورنماهای تاریخی درباره ماهیت روان و رفتار، به یکی از آثار فلاسفه قدیم یونانی، یعنی ارسطو باز می‌گردد که تحت عنوان "موضوع روان" نوشته شده است. متفکران دیگر یونان قدیم نیز به رشد روان‌شناسی کمک کرده‌اند. مثلاً دموکریت (Democrite) تقریباً ۴۰۰ سال پیش از میلاد، اعلام کرد که ما می‌توانیم رفتار را بر اساس بدن و روان مطرح کنیم. افلاطون (۴۲۷ تا ۳۴۷ پیش از میلاد) توصیه معلم خود، سقراط را دوباره مطرح کرد: "خود را بشناس". سقراط، معتقد بود که ما نمی‌توانیم به کمک حواس، شناخت معتبری از خود داشته باشیم. زیرا حواس، واقعیت را درست منعکس نمی‌کند. همچنین سقراط بر اهمیت روان‌شناسی اجتماعی اشاره

کرد. او معتقد بود که، افراد مخلوق‌های اجتماعی هستند که یکدیگر را عمیقاً تحت تاثیر قرار می‌دهند. اکثر تاریخ‌نویسان، تولد روان‌شناسی را به عنوان یک معلم به سال ۱۸۷۹ نسبت می‌دهند، سالی که "ویلهلم وونت" اولین آزمایشگاه روان‌شناسی را در شهر لایپزیک آلمان بنا نهاد.

روانشناسی در آلمان

روانشناسی تجربی در آلمان از سال ۱۸۷۹ یعنی زمانی که ویلهلم وونت اولین آزمایشگاه رسمی روان‌شناسی را در لایپزیک (Leipzig) گشود، آغاز شد. شهرت دایمی و انحصاری وونت در تاریخ روان‌شناسی نه به خاطر نظام فکری یا نظریه‌های او که بیشتر به خاطر بیان‌گذاری روان‌شناسی علمی است. او از فلسفه و فیزیولوژی، این علم جدید را که "روانشناسی فیزیولوژیک" می‌نامند به وجود آورد. توجه وونت بیشتر معطوف به آزمایش در زمینه "آگاهی و هشیاری" شد. نقش وونت به عنوان یک روان‌شناس تجربی غیر قابل انکار می‌باشد و در حقیقت او را می‌توان بانی روان‌شناسی جدید دانست. تاریخچه دوران شکوفایی روان‌شناسی تجربی آلمان، بدون در نظر گرفتن مردانی همچون برنتانو، اشتومیف، اینگه‌هاوس، کولپه و جی.ای.مولر تاریخچه کاملی نخواهد بود. همزمان با افزایش علاقه به روان‌شناسی علوم فرهنگی در دهه ۱۹۲۰ علاقه به روان‌شناسی آزمایشگاهی کاهش یافت و از میزان تاثیر و حمایت علمی نسبت به علم روان‌شناسی در دانشگاه‌های آلمان نیز کاسته شد. در سال ۱۹۲۷ گروهی از روان‌شناسان آلمانی خواستار توجه بیشتر از سوی دانشگاه‌ها نسبت به روان‌شناسی شدند. اما بعد از سال ۱۹۳۳، گرایش به نادیده انگاشتن و محکوم کردن روان‌شناسی قرن نوزدهم افزایش یافت. در سال ۱۹۳۳ کارل اشتومیف، آخرین پیشگام روان‌شناسی آلمان درگذشت. روان‌شناسی علمی آلمان بدون رهبری ارشد و قوی به حال خود رها شد. در نتیجه با روی کار آمدن رژیم نازی، دیگر نتوانست سهمی در پیشبرد روان‌شناسی داشته باشد.

روانشناسی در آمریکا

نظریه تکامل، در اواخر قرن نوزدهم به سرعت جای خود را در آمریکا باز کرد و روان‌شناسی آمریکا بیش از وونت، از داروین و گالتون تاثیر گرفت و توسط آنان هدایت شد. وونت، تمامی روان‌شناسان اولیه آمریکایی را به سبک روان‌شناسی خود تربیت کرده بود. با این وجود، در راه بازگشت این جوانان آمریکایی و گذر از آتلانتیک در پایان قرن چیز بسیار اندکی از نظام واقعی روان‌شناسی وونت انتقال یافت. هنگامی که این روان‌شناسان جدید به آمریکا بازگشتند، به تاسیس نوعی از روان‌شناسی پرداختند که شباهت اندکی به آن چیزی که وونت به آنان آموخته بود داشت. فرهنگ آمریکا در راستای عمل‌گرایی و سودگرایی جهت گرفته بود و مردم به چیزی ارزش می‌دادند که فایده عملی داشته باشد. کشور از روان‌شناسی انتظار کاربرد داشت و با تلاش جیمز، هال، کتل و سایر پیشگامان روان‌شناسی آمریکا به آن نایل شد. آنان به مطالعه این مساله پرداختند که ذهن چگونه عمل می‌کند نه این که از چه چیزی تشکیل شده است. آنان روان‌شناسی را به دنیای واقعی آموزش و پرورش، صنعت، تبلیغات، رشد کودک و درمانگاه‌ها بردند و از آن چیزی ساختند که جنبه کارکردی داشته باشد. فعالیت روان‌شناسان آمریکایی تحت تاثیر سه عامل قرار گرفت:

۱. تجربیات آزمایشگاهی وونت

۲. فرضیه تکامل داروین

۳. مفهوم منحنی طبیعی احتمالات گوس (Gauss)

که هر سه عامل در تجربیات آزمایشگاهی، مطالعات تکوینی (ژنتیکی) و روش آماری روانشناسی آمریکا منعکس شده‌اند. بنیان‌گذاران روانشناسی در آمریکا به استثنای تعدادی، مایل بودند مستقلاً آزمایش‌های خود را پیگیری نمایند. مثلاً استانلی هال در سال ۱۹۲۶ - ۱۸۴۴ و جیمز مک‌کین کتل در سال ۱۹۴۴ - ۱۸۶۰ هر دو در لایپزیک با وونت مطالعه نمودند. هال، نهضت مطالعه کودک را در آمریکا اشاعه داد و در سال ۱۸۹۲ به عنوان اولین رییس انجمن روانشناسی آمریکا انتخاب گردید. در مقابل، همکارش کتل تاثیر بسزایی در نهضت آزمون‌های روانی و مطالعه روانشناسی تفاوت‌های فردی در آمریکا داشت. روانشناسی در آمریکا همراه با کشور رشد کرد و به بالندگی رسید. تحول پویا و پرتراوت روانشناسی آمریکا در سال‌های ۱۸۸۰ تا ۱۹۰۰ یک رویداد تکامل‌دهنده در علم است.

روانشناسی در انگلستان

از روانشناسی آزمایشگاهی وونت، اثر چندانی در انگلستان مشاهده نمی‌گردید. فرانسیس گالتون تحت تاثیر فرضیه تکامل داروین، در سال ۱۸۶۹ دست به یک رشته مطالعات ابتکاری در زمینه تفاوت‌های فردی زد که شامل تحقیقات تاریخی روش تکوینی می‌شدند. ضمناً مفهوم آزمون (Test) را برای سنجش یک خصلت خاص مطالعه نمود و روش همبستگی را به عنوان یک شیوه آماری برای تجزیه و تحلیل ارقام و اعداد ابداع کرد. در تعقیب گالتون، کارل پیرسون در سال‌های ۱۹۳۶ - ۱۸۵۷ و اسپیرمن در سال‌های ۱۹۴۵ - ۱۸۶۳ در پیشرفت روش‌های آماری پیشقدم گردید و در این رشته انگلستان نقش رهبری را به دست گرفت.

روانشناسی در فرانسه

روانشناسان فرانسوی از آغاز علاقه‌مند به مطالعه رفتار غیرعادی شدند. در سال ۱۷۹۲ پینل (pinel) بیماران روانی را در یکی از بیمارستان‌های پاریس از غل و زنجیر رهایی داد و در سال ۱۸۰۱ رساله‌ای درباره بیگانگی روانی نگاشت و بیماری‌های روانی را مانند بیماری‌های جسمی قابل درمان دانست. شارکو، برنهایم، ریبو و ژانه از جمله دانشمندان برجسته روانشناسی بودند که در تاریخ روانشناسی غیرعادی و روان‌پزشکی فرانسه مقامات شامخی دارا می‌باشند. دانشمندان فرانسوی همچنین مطالعه هیپنوتیزم (خواب مصنوعی) که ابتدا به وسیله مسمر (Mesmer) در سال ۱۷۷۹ مغناطیس حیوانی خوانده شده بود، علاقه فراوان نشان دادند.

روانشناسی در ایران

روانشناسی تحت عنوان علم النفس یا اخلاق، بیش از هزار سال به عنوان یکی از شاخه‌های اصلی فلسفه در مراکز علمی ایران تدریس شده است. از رازی و ابن سینا و ناصر خسرو تا ملاصدرا کمتر متفکری را سراغ داریم که در آثار خود به این علم نپرداخته است. در آثار این دانشمندان نه تنها مباحث اصلی روانشناسی مانند احساس، ادراک، عاطفه، تفکر، تخیل و تواناییهای ذهنی مورد بحث قرار گرفته، بلکه حتی با روشهای تمثیلی و شبه تجربی در مورد نظریه‌های معارض در زمینه‌های احساس و ادراک یا لذت و درد داوری شده است.

روانشناسی به عنوان یکی از علوم طبیعی ایران

غرب سنت ارسطویی روانشناسی را چند صد سال بعد با آغاز رنسانس پذیرا شد. اما تا اوایل سده نوزدهم روانشناسی مغرب زمین بخشی از فلسفه باقی ماند، با مباحثی کم و بیش شبیه آنچه در روانشناسی سنتی ایران مطرح بود. با این حال خیزش موج انقلاب صنعتی در اروپا، روانشناسی آن سامان را به صورت یکی از علوم طبیعی در آورد، در حالی که در ایران کندی آهنگ رشد اجتماعی و علمی و فنی سبب شد که روانشناسی ایران در همان حد سنتی متوقف شود. تنها پس از تأسیس دارالمعلمین و دانشگاه تهران و بویژه دانشسراهای مقدماتی و دانشسرای عامی بود که روانشناسی به صورت یکی از علوم جدید ایران مطرح شد. دکتر علی اکبر سیاسی و دکتر محمد باقر هوشیار را باید از نخستین پیشتازان روانشناسی در ایران دانست. کتاب دکتر سیاسی تحت عنوان علم النفس یا روانشناسی از لحاظ تربیت و کتاب دکتر هوشیار تحت عنوان سنجش هوش یا روانشناسی عملی تقریباً بطور همزمان انتشار یافتند.

روانشناسی ایران از دهه ۱۳۴۰ به بعد

به رغم رونق و شکوه آغازین، تا اوایل دهه ۱۳۴۰ فعالیت چشمگیری در روانشناسی وجود نداشت و این علم یا به عنوان بخشی از برنامه‌های رشته فلسفه و علوم تربیتی و یا به صورت بخشی از دوره‌های تربیت معلم تدریس می‌شد. دهه ۱۳۴۰ را باید دهه گسترش سازمانی روانشناسی در ایران نامید، چون طی این ده سال دوره لیسانس روانشناسی نخست در دانشگاه تهران و بعدها در سایر دانشگاههای ایران تأسیس گردید. در دانشگاه تهران دوره فوق لیسانس روانشناسی بوجود آمد و مؤسسه روانشناسی بنیان گذارده شد. برخی از این تحولات حاصل کوششهای دکتر محمود صناعی بود که در همان دوره پا به صحنه روانشناسی ایران گذاشت. خدمت بزرگ دکتر صناعی ترجمه کتاب اصول روانشناسی نوشته فرمان مان در سال ۱۳۴۲ بود. در سال ۱۳۴۴ دکتر سعید شاملو بنیان گذار روانشناسی بالینی ایران اولین کلینیک مرکز مشاوره و راهنمایی در دانشگاه تهران را تأسیس کرد و بعدها بتدریج چنین مراکزی در دیگر دانشگاهها تأسیس شد. با گسترش دوره‌های روانشناسی در دانشگاههای کشور کوششهای فراوانی در زمینه تألیف و ترجمه مکتب درسی در این رشته به عمل آمد. از آن جمله اصول روانشناسی عمومی (۱۳۴۸) تألیف دکتر سیروس عظیمی، کلیات روانشناسی علمی (۱۳۴۹) به ترجمه دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر رضا شاپوریان. اصول روانشناسی (۱۳۵۲) به ترجمه و اقتباس دکتر محمد ساعتچی.

روانشناسی ایران در دهه‌های اخیر

روانشناسی ایران در دهه‌های اخیر پیشرفت خوبی داشته است. در چند دانشگاه دیگر رشته روانشناسی در مقاطع مختلف تأسیس شده است. مهمترین رخدادهای روانشناسی در طول دهه‌های اخیر تجدید حیات نوین روانشناسی ایران توسط دکتر سعید شاملو بوده است. همچنین ایشان از پیشگامان طراحی سازمان نظام روانشناسی بوده‌اند. از لحاظ کاربرد علم روانشناسی نیز، در حیطه‌های مختلف گسترش خوبی مشاهده می‌شود، بطوری که در مراکز و مؤسسات و کارخانجات بزرگ حضور بخش روانشناسی احساس شده و برخی از این مراکز و ادارات و کارخانجات اقدام به تأسیس واحد روانشناسی کرده‌اند. کلینیکهای مشاوره و روان درمانی چه به صورت دولتی و خصوصی گسترش پیدا کرده و آگاهیهای عمومی در ارتباط با نقش روانشناسی در زندگی با انجام اطلاع رسانیهای مختلف افزایش یافته است.

تاریخچه روانشناسی بالینی

ریشه‌های روان‌شناسی بالینی نوین را می‌توان در جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم جستجو کرد که در نهایت به بهبود مراقبت‌هایی انجامید که از بیماران روانی به عمل می‌آمد. یکی از مهمترین شخصیت‌ها در این جنبش، فیلیپ پینل (Philippe Pinel) پزشک فرانسوی بوده است. او که از ظلم و رفتارهای وحشیانه معمول در بیمارستان‌های روانی قرن نوزدهم متحیر شده بود، به ریاست تیمارستانی در "بیختر" و سپس "سالپتریر" رسید. کارهای پینل نقطه عطفی در تحول و پیشرفت روان‌پزشکی، بهداشت روانی و در نهایت روان‌شناسی بالینی محسوب می‌شد.

در سال ۱۸۳۸ اسکیرول (Esquirol) برای اولین بار فرق میان پسیکوز و عقب‌ماندگی هوشی را مشخص کرد. قبل از این تاریخ، همه این افراد را تحت عنوان دیوانه می‌نگریستند. تمایز بین این دو که یکی از دست رفتن گنجایش هوشی به سبب ابتلاء به بیماری روانی و دیگری عدم پیشرفت و تکامل گنجایش‌های اولیه است اهمیت بسزایی در آن زمان داشت.

اسکیرول، مشاهده کرد که درجات مختلف عقب‌ماندگی وجود دارد و به منظور پیدا کردن معیاری که به وسیله آن بتوان این گونه افراد را تشخیص داد، تکلم را بهترین معیار قرار داد. او مشاهده کرد هرچه شخص باهوش‌تر باشد، بهتر می‌تواند از زبان استفاده کند و بالعکس قدرت کلامی افراد به نسبت عقب‌ماندگی هوش آن‌ها ضعیف‌تر می‌گردد.

در زمان اسکیرول، عقیده اغلب دانشمندان بر این بود که افراد عقب‌مانده قادر به یادگیری نبوده و هر نوع کوشش به منظور تعلیم این افراد بی‌فایده است. تصادفاً حوادثی نیز که این گونه افکار را تایید می‌نمود به وقوع پیوست. یکی از این وقایع این بود که پسر وحشی ۱۲ ساله‌ای در جنگل‌های فرانسه پیدا شد. این کودک صداهایی شبیه حیوان از خود بروز می‌داد و با چهار دست و پا راه می‌رفت. پینل روان‌پزشک مشهور، او را عقب‌مانده تشخیص داد و او را غیرقابل درمان دانست. یکی از همکاران پینل به نام ایتارد (Itard) معتقد بود که دلیل اصلی عقب‌ماندگی هوشی این

کودک دور بودن از تمدن و نداشتن تربیت صحیح است و به همین جهت سعی کرد که او را تعلیم و تربیت نماید. این کوشش به مدت ۵ سال انجامید ولی ایثار توانست کودک را آن قدر تعلیم دهد که قادر به محافظت از خود باشد. اهمیت واقعی کوشش ایثار در این بود که علاقه یکی از شاگردان خود به نام ادوارد سگین (Segeein) را برانگیخت تا درباره عقب ماندگی هوشی تحقیقاتی به عمل آورد.

در سال ۱۸۴۸ سگین به آمریکا رفت و مراجع صلاحیت دار را تحت تاثیر عقاید خود قرار داد و طولی نینجامید که آموزشگاه‌های متعددی به منظور کمک به افراد عقب مانده ایجاد شد. در اواسط قرن نوزدهم فعالیت‌هایی در زمینه تکامل و وراثت انجام شد. کتاب مشهور داروین به نام "منشا انواع" که در سال ۱۸۵۹ منتشر شد، کمک شایانی به پیشرفت علوم بیولوژی نمود و روان‌شناسی وراثت، قسمتی از نظریات علمی داروین و اصول تکامل شد. در سال ۱۸۶۹ همزمان با کشفیات داروین، دانشمند بزرگ انگلیسی گالتن (Galton) مشاهدات خود را در مورد ارثی بودن بلوغ در کتابی به نام "نبوغ ارثی" منتشر نمود و در سال ۱۸۸۳ روش بسیار مهم تحقیق در وراثت را به وسیله دوقلوها معرفی کرد. در سال ۱۸۸۲ گالتن لابراتواری در لندن به منظور اندازه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعاتی درباره مشخصات جسمی و روانی افراد تاسیس نمود. در سال ۱۸۷۹ اولین لابراتوار رسمی را ویلهم وونت آلمانی در دانشگاه لایپزیک تاسیس نموده و این امر سبب ایجاد علاقه علمی در بین دانشمندان آن زمان شد.

رشته روان‌شناسی بالینی در میان رشته‌های روان‌شناسی محبوبیت زیادی دارد. تولد رسمی روان‌شناسی در سال ۱۸۶۰ با کتاب تئودور فخنر یعنی "عناصر سایکوفیزیک" و کتاب وونت در سال ۱۸۷۴ با کتاب "روان‌شناسی فیزیولوژیک" آغاز گردید. اولین کتاب رسمی در روان‌شناسی یعنی "اصول روان‌شناسی" توسط ویلیام جمیز در سال ۱۸۹۰ نگاشته شد.

اولین بار نام مقیاس روانی توسط جمیز مک کین کتل در سال ۱۸۹۲ برای سنجش توانایی‌های ذهنی به کار برده شد که امروزه واژه بسیار مرسوم می‌باشد. کتل، قدمی فراتر از گالتن در امر تست‌سازی نهاد. بدین معنی که تاکید زیادتری در میزان کردن تست‌ها نمود. همزمان در آلمان، هرگومانستربرگ آزمون‌هایی برای سنجش توانایی‌های ذهنی کودکان ساخت. وی سپس به آمریکا رفت و پایه‌گذار واقعی روان‌شناسی صنعتی و سازمانی گردید. در اوایل قرن بیستم هنگامی که آلفرد بینه، تست هوش کودکان را ساخت، علاقه جدی به تست‌های روانی در آمریکا به نحو مخصوص ظهور کرد. کمک بزرگی که بینه در این مورد نمود این بود که تست او افراد را برحسب سن تقسیم‌بندی نمود که روش کاملاً عینی و علمی بود.

تولد روان‌شناسی بالینی توسط لاتیز ویتمر (witmer) در سال ۱۸۹۶ اعلام گردید. وی در این سال در بین اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا چهار اصل را مطرح کرد که عبارت بودند از:

۱. قبل از نوع روش درمانی، باید ارزشیابی تشخیصی بر روی افراد انجام شود.
۲. برای درمان مناسب باید یک تیم با چند رشته تخصصی تشکیل شده و مشاوره با همه آنها صورت گیرد.

۳. هر نوع مداخله درمانی باید براساس پژوهش و بررسی قبلی صورت گیرد.

۴. قبل از اینکه برای افراد مشکلات و یا بیماری‌هایی پدید آید، باید بتوان آنها را قبل از بروز شناسایی و درمان کرد.

در سال ۱۹۰۴ آلفرد بینه و همکارش سیمون را وزارت آموزش و پرورش فرانسه مامور بررسی در تعلیم و تربیت کودکان عقب‌افتاده کرد. بدین منظور بینه و سیمون اولین تست هوش را در سال ۱۹۰۵ ساختند.

با وجود اینکه بینه روان‌شناس بالینی نبود، کار او را از بسیاری جهات اساس روان‌شناسی بالینی می‌توان خواند. تست‌های هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به وجود آمد.

در سال ۱۹۰۹ استانلی هال، فروید را به آمریکا دعوت نمود. تاثیر فروید در گسترش روان‌شناسی بالینی در آمریکا بسیار زیاد بوده است. با این حال سخنان وی نتوانست روان‌شناسان آمریکایی را در پیروی از مکتب روان‌کاوی ترغیب کند.

در سال ۱۹۱۹ انجمن روان‌شناسان بالینی (AAP) پایه‌گذاری گردید که خود را مستقل از انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح نمود. اما دو سال بعد این دو انجمن به یکدیگر پیوستند و اینک انجمن روان‌شناسی بالینی یکی از زیر شاخه‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا است.

در حدود سال ۱۹۲۰ تست‌های هوش فردی و گروهی، کلامی و غیر کلامی به نسبت قابل ملاحظه‌ای ساخته شد. اصطلاح بهره هوشی رایج شده بود و اندازه‌گیری هوش، عملی متداول محسوب می‌شد.

دو واقعه مهم در دهه ۲۰ نیز در رشد روان‌شناسی بالینی بسیار تاثیرگذار بوده است. اولی آزمون لکه‌های رورشاخ بود که در سال ۱۹۲۱ نوید آزمون‌های فرافکن را داد و دومی استفاده از اصول یادگیری برای جریان اضطراب توسط ماری جونز در سال ۱۹۲۴ بود.

قدم بزرگ دیگری که در پیشرفت و توسعه رشته تست‌سازی برداشته شد، مطالعات تحقیقاتی بود که آرنولد گزل در سال ۱۹۲۸ درباره تکامل کودکان نمود و تست‌هایی در این زمینه ساخت که اساس تست‌ها و تحقیقات بعدی درباره کودکان شد. در سال ۱۹۲۷ ترستون تحقیقات مهم خود را درباره فاکتور آنالیز هوش شروع نمود. از نتیجه این تحقیقات ترستون پیشنهاد کرد که هوش از تعدادی عوامل مستقل تشکیل شده که می‌توان آن را تفکیک کرد.

در سال ۱۹۳۹ و کسلر تستی را برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان طراحی کرد. این تست نه تنها بهره کافی از هوش به دست می‌داد بلکه بهره‌هایی از استعدادهای معین افراد نیز عرضه می‌داشت.

ایجاد و توسعه روان‌شناسی بالینی در ایران نیز دستخوش فراز و نشیب‌ها و چالش‌های فراوانی بوده است.

در سال ۱۳۴۴ برای اولین بار در دانشگاه تهران، تدریس روان‌شناسی بالینی با تمرکز بر زمینه تشخیص (روان‌شناسی تشخیصی) آغاز شد. در سال ۱۳۴۲ اولین مرکز روانی - پزشکی - اجتماعی که تشخیص و درمان اختلالات کودکان و نوجوانان را بر عهده داشت، در انجمن ملی حمایت کودکان آغاز به فعالیت کرد. ایجاد و توسعه

روانشناسی بالینی ایران مرهون تلاش‌های اساتید بزرگی چون دکتر سعید شاملو، دکتر محمود منصور و دکتر پریخ دادستان است.

عوامل موثر در پیدایش و تکامل روان‌شناسی بالینی

تکامل روان‌شناسی بالینی به سبب تاثیر عوامل متعدد صورت گرفت که بعضی از آنها خارج از حیطه روان‌شناسی بود. برای مثال پیشرفتهای حاصله در بیولوژی، فلسفه، سیاست و امثال آن نیز در تشکیل تاریخچه روان‌شناسی درمانی موثر بوده است.

پیدایش و تکامل روان‌شناسی بالینی پیشرفت در ماهیت هوش و اندازه گیری آن، تفاوت‌های فردی، روان‌شناسی کودک نیز نقش داشته‌اند. حد فاصل میان روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی کودک از بعضی جهات بسیار نامشخص است. زیرا روان‌شناسی بالینی در اصل به سبب علاقه به مسائل کودکان عقب افتاده بوجود آمد. پیدایش ابزارها و آزمونهای روانی نیز در تکامل روان‌شناسی بالینی نقش اساسی داشته‌اند.

تاریخچه روان‌شناسی بالینی در ایران

در جریان تاریخ نود ساله روان‌شناسی بالینی در دنیا، ایران تاریخچه سی ساله‌ای دارد. اولین درس در این رشته از روان‌شناسی در سال ۱۳۴۴ شمسی در گروه روانشناسی دانشگاه تهران تدریس شد و اولین کتاب در این زمینه به نام روان‌شناسی بالینی تالیف سعید شاملو در سال ۱۳۴۵ شمسی از طرف دانشگاه تهران منتشر شد. نخستین کلینیک روان‌شناسی در سال ۱۳۴۶ و در دانشگاه تهران تحت عنوان مرکز مشاوره و راهنمایی ایجاد شد. در این مرکز برای اولین بار کار سیستمی مرکب از یک روان‌شناس بالینی که سرپرست مرکز نیز بود، یک روانپزشک و یک مددکار اجتماعی به بررسی مسائل روانی دانشجویان پرداختند و با همکاری هم در تشخیص و درمان ناهنجاریهای رفتاری آنها اهتمام ورزیدند. رشته روان‌شناسی بالینی عمدتاً در اوئل دهه سال ۱۳۵۰ شمسی زمانی رسمیت یافت که در گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران واقع در بیمارستان روزبه برنامه‌ای به نام فوق لیسانس روان‌شناسی بالینی ایجاد شد. (شاملو ۱۳۷۰، ص ۲۳). از سال ۱۳۶۵ و به دنبال تعطیلی دوره فوق انستیتو روانپزشکی تهران عهده دار آن شد و در ۱۳۸۰ انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران در آن دایر شد. اولین دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی ایران در ۱۳۸۱ از انستیتو فارغ التحصیل شد (احمدرضامحمدپور، ۱۳۸۳، خبرنامه انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ص ۲۲-۱۲). اولین فارغ التحصیل دکترای روان‌شناسی بالینی ایران و از اولین گروه دانشجویان ورودی کشور در این دوره دکتر نورمحمد بخشانی دانشیار فعلی گروه روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است (خبرنامه انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران ۲۲-۱۲ مجله اندیشه و رفتار ۱۳۸۱).

تأسیس انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران

با توجه به گسترش رشته‌های مختلف روانشناسی و بالاخص روانشناسی بالینی در ایران و توسعه و علاقه روزافزون به روانشناسی بالینی و ضرورت تبیین جایگاه ویژه این رشته در حیطه خدمات بهداشت روانی و ضرورت ساماندهی به وضعیت علمی - حرفه‌ای آن در ایران و از آنجا که متخصصین هر رشته با توجه به آگاهی و دانش تخصصی و احساس مسئولیت در قبال حرفه و تخصص خود، بیشترین صلاحیت را در ارتباط با تعیین خط‌مشی‌ها و راهبردهای مربوط به حرفه خود دارند و به دلیل فقدان تشکیلات منسجم در این حیطه تخصصی، ضرورت تأسیس انجمن در این رشته علمی احساس می‌گردد.

اندیشه تأسیس انجمن علمی - صنفی روانشناسی بالینی ایران از حدود سال ۱۳۷۶ توسط گروهی از روانشناسان بالینی مطرح شد. در تاریخ ۳/۱۰/۸۰ موضوع تشکیل انجمن روانشناسی بالینی ایران در پنجاه و سومین جلسه کمیسیونهای انجمنهای علمی گروه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب نهایی رسید. اولین انتخابات هیأت مدیره و بازرس انجمن در تاریخ ۶/۳/۸۱ برگزار شد و پروانه فعالیت انجمن در تاریخ ۱۷/۴/۸۱ توسط کمیسیون فوق‌الذکر صادر گردید.

اهداف

- برنامه ریزی در راستای حفظ، ارتقاء و حمایت از حقوق اجتماعی، قانونی و موقعیت علمی - حرفه‌ای روانشناسان بالینی.
- تلاش در راستای ارتقاء آگاهی عموم در زمینه حرفه روانشناسی بالینی.
- ارائه پیشنهاد و راهکار در زمینه برنامه‌های مدون بازآموزی در روانشناسی بالینی بصورت دوره‌های کوتاه مدت، سمینار و کنگره منطقه‌ای و بین‌المللی.
- هماهنگی و حمایت از پژوهشهای بنیادی
- کاربردی در زمینه روانشناسی بالینی از جمله بهداشت روانی، درمان، ابزارهای تشخیصی - درمانی.
- برنامه ریزی در راستای ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه و ارائه خدمات مطلوب در زمینه روانشناسی بالینی.
- تلاش در جهت ارائه راهکار در راستای توسعه حمایت‌های بیمه‌ای به خدمات روانشناسی بالینی.

اهداف کلی

- ۱- برنامه ریزی در راستای ارتقاء سطح علمی - کاربردی در زمینه روانشناسی بالینی.
- ۲- برنامه ریزی در راستای حمایت و نظارت صنفی - حرفه‌ای در زمینه روانشناسی بالینی.
- ۳- برنامه ریزی در راستای ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه و ارائه خدمات مطلوب در زمینه روانشناسی بالینی.

اهداف اختصاصی

- ۱- ارائه پیشنهاد و راهکار در زمینه سرفصل دروس و محتوی دوره های آموزشی تحصیلات تکمیلی.
- ۲- ارائه پیشنهاد و راهکار در زمینه برنامه های مدون بازآموزی در روانشناسی بالینی به صورت دوره های کوتاه مدت، سمینار و کنگره منطقه ای و بین المللی.
- ۳- هماهنگی و حمایت از پژوهشهای بنیادی - کاربردی در زمینه روانشناسی بالینی از جمله بهداشت روانی، درمان، ابزارهای تشخیصی - درمانی.
- ۴- حمایت از خلاقیت و نوآوری در زمینه روانشناسی بالینی مرتبط با فرهنگ جامعه.
- ۵- انتشار مجله و نشریه علمی و حمایت از انتشار کتب در زمینه روانشناسی بالینی.
- ۶- ارتباط با مجامع علمی داخلی و بین المللی به منظور تبادلات علمی و شناسایی فعالیت و دستاوردهای علمی
- ۷- تلاش در جهت تبیین جایگاه علمی - حرفه ای روانشناسی بالینی در ایران.
- ۸- تلاش در راستای حفظ، ارتقاء و حمایت از حقوق اجتماعی، قانونی و موقعیت علمی - حرفه ای روانشناسان بالینی.
- ۹- تلاش در جهت ارائه راهکار در راستای تدوین اصول اخلاق حرفه ای، ضوابط قانونی - نظارتی و معیارهای تعیین صلاحیت علمی - حرفه ای روانشناسان بالینی و تعیین حدود فعالیتها و اختیارات حرفه ای براساس درجه علمی آنان.
- ۱۰- همکاری با سازمان ها و مسئولان اجرایی کشور در راستای ارائه راهکاری نظارتی و ارزشیابی در حیطه روانشناسی.
- ۱۱- تلاش در جهت ارائه راهکار در راستای حمایت از حقوق و منافع مراجعین خدمات روانشناسی بالینی.
- ۱۲- تلاش در جهت ارائه راهکار در راستای توسعه روانشناسی جامعه نگر.
- ۱۳- تلاش در راستای آگاهی عموم در زمینه حرفه روانشناسی بالینی.
- ۱۴- تلاش در جهت ارائه راهکار در راستای توسعه حمایت های بیمه ای به خدمات روانشناسی بالینی
- ۱۵- تدوین و ارائه برنامه های آموزش همگانی در بهداشت روانی
- ۱۶- همکاری با مراکز اطلاع رسانی و رسانه های جمعی و مراکز آموزشی - فرهنگی در راستای ارتقاء بهداشت روانی جامعه.
- ۱۷- همکاری با سایر انجمن های علمی داخلی و بین المللی و نهادهای اجرایی کشور در جهت تدوین و اجرای برنامه های ملی بهداشت روان در جامعه.

معرفی یکی از پیشکوتان روانشناسی بالینی در ایران

پروفسور سعید شاملو مرد سال ۲۰۰۴ جهان: پروفسور سعید شاملو، بنیان گذار روانشناسی بالینی ایران، در سال ۱۳۰۸ در ملایر چشم به جهان گشود. پس از طی دوران دبستان و دبیرستان برای ادامه ی تحصیل به کشور آمریکا رفت. در آنجا در دانشگاه جورج واشنگتن، دانشگاه ایالتی واشنگتن و دانشگاه ایلی نویز به دریافت درجات کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در روانشناسی بالینی و فوق دکتری در روان درمانی نایل آمد. سپس در آمریکا دو سال با سمت استادیاری به تدریس پرداخت و نیز در بخش روانپزشکی بیمارستان ایلی نویز به عنوان روانشناس بالینی بخش، به فعالیت پرداخت.

پس از بازگشت به ایران، از سال ۱۳۴۰ تا ۱۳۴۲ در دانشکده پزشکی شهید بهشتی (دانشگاه ملی ایران) به تدریس و تحقیق و فعالیت بالینی پرداخت. از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۳ در دانشگاه تهران، سپس دانشگاه علوم پزشکی تهران با سمت های استادیاری، دانشیاری و استادی به تدریس و تحقیق و ارائه خدمات بالینی اشتغال داشت. در سال ۱۳۷۳، گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی را تاسیس کرد و از آن سال استادی و مدیریت همان گروه را بر عهده داشت.

پروفسور سعید شاملو بانی تجدید حیات انجمن روانشناسی ایران بوده و در دوره های اول، دوم و پنجم ریاست هیات مدیره انجمن را نیز بر عهده داشتند. ایشان همچنین از پیشگامان طراحی سازمان نظام روانشناسی بود. پروفسور سعید شاملو از سوی «مرکز بین المللی شرح حال نویسی» (IBC) در کمبریج انگلستان به عنوان نامزد مرد سال ۲۰۰۴ انتخاب شدند. این عنوان تنها به معدودی از برگزیدگان اعطا می گردد که دستاوردها و پیشگامی آنها در جامعه بین المللی برجسته باشد و انتخاب پروفسور شاملو از میان دهها هزار فرد لایق دیگر، به درستی نشاندهنده قدر و ارزش اقدامات علمی ایشان است.

برگزاری دومین کنگره بین المللی روان درمانی در شرق و گفتگوی بین تمدنها که بیش از ۶۰ مهمان از تمام قاره های جهان در آن شرکت داشته اند، برجسته ترین فعالیت علمی پروفسور شاملو در آخرین پاییز زندگانی وی بود. پروفسور شاملو ریاست و سمت دبیر کمیته علمی این کنگره را بر عهده داشتند.

پس از برگزاری دومین کنگره بین المللی روان درمانی در شرق، تعهد علمی و حساسیت پروفسور شاملو به مسایل حرفه ای، وی را، که سالها از بیماری قلبی رنج می برد و لازم بود از هر فعالیت همراه با استرس دوری جوید، برای چندمین بار روانه بیمارستان کرد. اما تن خسته و رنجور بنیان گذار روانشناسی بالینی ایران، که هفته ها بی خوابی و فشار روانی را تحمل کرده بود، اینبار توان مقابله با بیماری را نداشت. دکتر شاملو یک هفته پس از برگزاری این کنگره بین المللی دچار حمله قلبی شد.

پروفسور شاملو بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان و با وجود توصیه پزشک معالج مبنی بر استراحت، به دانشگاه مراجعه کرد تا به امور جاری گروه، دانشجویان و انجمن روانشناسی ایران رسیدگی کند. چند روز پس از مراجعت به دانشگاه بار دیگر دچار حمله قلبی شد و از آن پس در بیمارستان بستری بود تا سرانجام در صبحگاه روز دهم دی

ماه ۱۳۸۳ قلبی که به دلها آرامش می بخشید به آرامش ابدی پیوست. روز یازدهم دی ماه، دانشجویان پروفیسور شاملو که بسیاری از آنها خود به کسوت استادی درآمده اند با پدر روانشناسی بالینی وداع گفتند و ایشان را تا قطعه هنرمندان بهشت زهرا بدرقه نمودند.

خدمات پروفیسور شاملو به اختصار:

الف: تالیف و ترجمه کتب زیر:

- بهداشت روانی
- روان شناسی بالینی
- روش های نو در روان کاوی
- کاربرد روان درمانی
- مکاتب و نظریه های شخصیت
- آسیب شناسی روانی
- روش تهیه شرح حال
- مصاحبه تشخیصی
- تاریخ علم روان شناسی
- روان درمانی کودک
- شخصیت ایرانی (ناتمام)

ب: تالیف بیش از یکصد مقاله نظری و پژوهشی در روانشناسی

ج: تاسیس اولین کلینیک مرکز مشاوره و راهنمایی در دانشگاه تهران در سال ۱۳۴۴

د: راه اندازی اولین دوره ی فوق لیسانس و دکتری روانشناسی بالینی در ایران

ه: برگزاری دومین کنگره بین المللی روان درمانی در شرق

سمت های پروفیسور شاملو در چند موسسه:

- بانی تجدید حیات و رئیس چند دوره از هیات مدیره انجمن روانشناسی ایران
- عضو آکادمی علوم نیویورک از سال ۱۹۷۶
- عضو انجمن روانشناسی آمریکا (APA) از سال ۱۹۷۰

- عضو انجمن روان درمانی آمریکا از سال ۱۹۷۲
- عضو انجمن هیپنوتیست های آزمایشگاهی از سال ۱۹۶۷
- عضو مشاوره در هیات تحریر دایره المعارف بین المللی روان کاوی، روان پزشکی، اعصاب و روان شناسی از سال ۱۹۷۳

هنوز دانشگاه های جورج واشنگتن و ایلی نوز، خاطرات ارزنده ای را از عشق و استعداد و تلاش جوانی ملایری، به نام «سعید شاملو» به یاد دارند. پزشکی که عطش سیری ناپذیر علمی اش او را در همین دانشگاه ها، به درجه دکترای روانشناسی بالینی و فوق دکترای روان درمانی و سپس استادیاری و تدریس و فعالیت در بخش روانپزشکی بیمارستان ایلی نوی رسانید. چرا که دکتر شاملو می خواست تا با کسب علم و انتقال آن به وطن خویش، کاری بزرگ برای خدمت به ایران انجام دهد. اهداف پروفیسور شاملو، همه و همه برای رشد و اعتلای علم روانشناسی و پرورش متخصصان مربوط به این علم بود. به دلیل همین تلاش ها هم بود که مرکز بین المللی شرح حال نویسی (IBC) در کمبریج انگلستان، عنوان مرد سال ۲۰۰۴ را به وی که دستاوردها و پیشگامی هایش در جامعه بین المللی چشمگیر و برجسته بود، اهدا نمود. شخصیتی که نظرات بسیار والایی درباره علم روانشناسی داشت.

تعیین حیطه رشته

روانشناسی بالینی

روانشناسی بالینی شاخه‌ای از روانشناسی است که به درک، پیش‌بینی و درمان نابهنجاری، ناتوانی و آشفتگی‌های شناختی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری کمک می‌کند و در گستره وسیعی از جمعیت‌های در جستجوی درمان کاربرد دارد. (رزنیک، ۱۹۹۱). نقش‌های شش‌گانه آن عبارت است از: ارزیابی و تشخیص، مداخله و درمان، مشاوره، آموزش و نظارت بر کار روان‌درمانگرها، پژوهش و مدیریت. غالب کارهای روانشناس بالینی در راستای درمان و تشخیص، آموزش و پژوهش است (دادستان و منصور، ۱۳۶۶).

تشخیص در روان‌شناسی بالینی

یکی از وظایف روانشناسان بالینی انجام آزمون‌های روانی به منظور تشخیص‌گزاری اختلالات می‌باشد. روان‌شناسان بالینی از روش‌های مختلف برای تشخیص اختلالات استفاده می‌کنند. از جمله این روش‌ها مشاهده رفتار بیمار، مصاحبه کلینیکی، آزمون‌های روانی، بررسی تاریخچه فردی و ... است. در اینجا به چند ابزار مهم و اساسی در روانشناسی بالینی اشاره می‌شود.

آزمون‌هوش

اندازه‌گیری دقیق و علمی هوش، از زمان بینه شروع شد. آلفرد بینه در سال ۱۹۰۵ اولین آزمون هوش را به کمک همکاری سیمون منتشر کرد. در سال ۱۹۰۸ این آزمون به صورت کامل‌تر تجدید چاپ شد. این نسخه از آزمون نظریه "سن روانی" را نیز دربرداشت. مجدداً در سال ۱۹۱۱ گدارد آمریکایی آزمون بینه را به انگلیسی ترجمه و منتشر کرد. چند ماه بعد در سال ۱۹۱۱ و بعد هم در سال ۱۹۱۲ کالمن، آزمون بینه را تجدید چاپ نمود. در سال ۱۹۱۶ ترمن استاد دانشگاه استنفورد آمریکا، آزمون بینه را کامل‌تر نمود و آن را برای مردم آمریکا تنظیم کرد. این نسخه از آزمون، تا سال ۱۹۳۷ بهترین و مشهورترین آزمون هوش کودکان محسوب می‌شد. در سال ۱۹۳۷ ترمن و همکاری مریل این آزمون را مجدداً چاپ کردند و تغییرات مطلوبی در آن دادند. در سال ۱۹۶۰ این آزمون با وسعت، تنوع و تکامل بیشتری تجدید چاپ شد. در سال ۱۹۸۶ چهارمین تجدید نظر این آزمون صورت گرفت. آزمون‌های هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به وجود آمد. دو آزمون مشهور نظامی آلفا برای باسوادان و نظامی بتا برای بی‌سوادان تنظیم شد که در انتخاب سربازان و افسران از آنها استفاده زیادی به عمل آمد. تا سال ۱۹۲۰ آزمون‌های هوش فردی و گروهی، کلامی و غیرکلامی به نسبت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. اصطلاح بهره‌هوشی و اندازه‌گیری هوش عملی نیز در همین سال‌ها متداول شد. آزمون‌های استعداد همزمان با جنگ جهانی اول ساخته شد. در کنار این آزمون‌ها، آزمون‌های علاقه و استعداد‌های مکانیکی نیز ساخته شد. این آزمون‌ها در

راهنمایی تحصیلی و شغلی و جنگ مورد استفاده قرار گرفت. آرنولد گزل در سال ۱۹۲۸ تحقیقات وسیعی در زمینه تکامل کودکان انجام داد که تاثیر چشمگیری در پیشرفت و توسعه رشته آزمون‌سازی داشت. گزل آزمون‌هایی ساخت که اساس تحقیقات بعدی درباره کودکان شد. در سال ۱۹۲۷ ترستون تحقیقات خود را درباره تحلیل عاملی هوش شروع کرد. او پس از تحقیق و بررسی نظریه‌ای را مطرح کرد که با نظریه اسپیرمن تفاوت داشت. اسپیرمن، سال‌ها قبل به این نتیجه رسیده بود که اساس هوش، یک عامل کلی است، اما ترستون بیان کرد که هوش از تعداد عوامل مستقل تشکیل شده است و می‌توان آنها را تفکیک کرد.

در سال ۱۹۳۹ وکسلر، آزمون وکسلر - بلویورا برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان درست کرد. تا این سال آزمون هوش مناسبی برای اندازه‌گیری هوش افراد بزرگسال موجود نبود. آزمون استنفورد بینه هم برای کودکان تا سن ۱۵ سال مناسب بود. به کمک آزمون وکسلر - بلویو هم هوشبهر افراد به دست می‌آمد و هم تا حدی استعداد‌های افراد نیز تعیین می‌گردید. بعدها نام این آزمون به نام آزمون هوش وکسلر برای بزرگسالان تغییر یافت و چندین بار مورد تجدیدنظر قرار گرفت. در سال ۱۹۸۱ نیز آزمون وکسلر تحت عنوان WAIS-R تجدیدنظر شد.

آزمون شخصیت

تحقیقات در زمینه بررسی و سنجش شخصیت دیرتر از هوش شروع شد ولی با سرعت به پیشرفت منجر شد. مشکل اساسی در زمینه ساخت آزمون‌های شخصیت، عدم توافق نظر دانشمندان در زمینه تعریف و ماهیت شخصیت بود. در سال ۱۹۱۸ اولین آزمون اندازه‌گیری حالات عصبی به وسیله وودورت منتشر شد. این آزمون به منظور انتخاب افراد در ارتش ساخته شد اما بعدها از آن در موسسات غیرنظامی استفاده کردند. این پرسش‌نامه که بر اساس علایم معمول حالات عصبی ساخته شده بود، الگویی برای آزمون‌های بعدی از این نوع شد. یکی از این آزمون‌ها، آزمون "تحقیق در ارزش‌ها توسط آلپورت - ورنون" بود. اغلب آزمون‌های اولیه شخصیت، امروزه از طرف روان‌شناسان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. آزمون‌های فرافکن که در حال حاضر برای ارزیابی شخصیت کاربرد زیادی دارند، به وسیله روان‌شناسانی که به محرک‌های عمقی بشر توجه دارند، ساخته شده است. نظرات و عقاید فروید در ایجاد این آزمون‌ها تاثیر چشمگیری داشت. پدر آزمون‌های فرافکن، گالتن است. او با انتشار "روش تداعی لغات در سال ۱۸۸۵ افرادی مانند بلویلر و یونگ را به ساخت این گونه آزمون‌ها علاقمند ساخت. این تست‌ها با وجود تغییرات زیاد، هنوز هم رایج است. در سال ۱۹۲۱ هرمن رورشاخ، روان‌پزشک سوئسی بعد از تحقیقات بسیار، آزمونی را ساخت که مهمترین واقعه در تاریخ آزمون‌های فرافکن به شمار می‌رود. آزمون رورشاخ بر اساس این نظریه بود که برای تشخیص امراض روانی، می‌توان از لکه‌های جوهر استفاده کرد. او معتقد بود که افراد با نگاه کردن به لکه‌های جوهری که روی کاغذ پخش شده است، اطلاعات مفیدی درباره خود به متخصص می‌دهند. به این صورت که لکه‌ها انگیزه‌های مبهمی می‌شوند و عواطف، احساسات و افکار شخص را برمی‌انگیزانند. نحوه عکس‌العمل شخص به این انگیزه‌های مبهم، طرز رفتار او را در زندگی واقعی نشان می‌دهد. از جمله آزمون‌های فرافکن مهم، آزمون

تی.ای.تی است که توسط مورگان و مورای ساخته شد. این آزمون مانند آزمون رورشاخ از تعدادی کارت درست شده است ولی انگیزه‌ها در این آزمون روشن‌تر از انگیزه‌های رورشاخ است. کارت‌ها در این آزمون اشخاص و موقعیت‌های مختلف را نشان می‌دهند و آزمون‌گر باید درباره آنها داستانی بگوید که این داستان‌ها معرف روحیه او خواهد بود.

درمان در روان شناسی بالینی

روشهای مختلف درمانی در روان شناسی بالینی وجود دارد که روان شناسانی با توجه به رویکرد نظری که در روان شناسی دارند یکی از آنها بکار می‌برند. مثل شناخت درمانی ، رفتار درمانی ، روانکاوی و ... برخی از روان شناسان بالینی دیدگاه التقاطی دارند و از تمام شیوه‌های درمانی بهره می‌برند.

تعیین اهمیت رشته در آینده کشور

"انسان سالم، محور توسعه پایدار است"

نزدیک به سی سال است که واژه توسعه پایدار در ادبیات سیاسی و اقتصادی جهان وارد شده و ورد زبان سیاستمداران و سیاستگزاران دنیا گشته است. در کشور ما نیز پس از سالها مسئولان برنامه ریزی، کنفرانسها و سمینارها و موارد متعدد دیگری برای این مهم ترتیب داده اند که ما حاصل آنها به صورت چشم انداز بلند مدت بیست ساله ۲۰۰۴-۱۳۸۴ درآمده و برنامه پنج ساله چهارم بعنوان اولین بخش از این برنامه دراز مدت از طرف دولت جمهوری اسلامی به مجلس تقدیم شده است. طبعاً اقشار مختلف اجتماعی و بخصوص دانش آموختگان رشته های مختلف باید در این فرآیند اجتماعی جایگاه خود را پیدا کنند و دانش خود را در رشته ای که برای آن تحصیل کرده اند جهت سعادت و سلامت جامعه ای که به آن تعلق دارند به کار گیرند و اینکه چگونه کشور از دانش آنها استفاده کند تا به برنامه های دراز مدت خود دست یابد؟ جامعه ایرانی در افق این چشم انداز بایستی جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه آسیای جنوب غربی را پیدا کند و با تولید علم، رشد پر شتاب و مستمر اقتصادی، سطح درآمد سرانه را ارتقاء نسبی بخشد و به اشتغال کامل نیروی انسانی خود نایل آید و با ایجاد راهکارهای علمی مبتنی بر نیاز کشور در کارایی دانش آموختگان مختلف اقدام نماید.

اهمیت نقش انسان سالم در توسعه پایدار یک اصل علمی است و از نظر اندیشمندان، اعتبار و درستی آن یک امر بدیهی دانسته شده است. انسان سالم، انسانی است که از لحاظ جسم و روان سالم بوده و در یک محیط اجتماعی سالم زندگی نماید، بی شک وجود خلل در هر یک از این سه فرآیند توسعه را کند خواهد کرد و بدون توسعه یافتگی نیز تامین سلامت مردم دشوار خواهد بود.

از طرفی شهرنشینی، عدم امنیت شغلی، تغییر ساختارهای خانواده و افزایش جابه جایی نیروی کار همگی باعث آسیب دیدن سیستم های رایج مراقبت از مبتلایان به اختلالات روانی می شوند. مانند همه کشورها حدود ۲۱ درصد افراد جامعه ما به انواع بیماری های روانی مبتلا هستند و این بیماری ها به طور مستقیم بر عملکرد فرد تاثیر گذارند و مستقیم و غیرمستقیم اقتصاد و سلامت جامعه را نیز تحت تاثیر قرار می دهند. پس به تناسب موضوع باید وزارت بهداشت و بخش های دیگر به این موضوع توجه لازم داشته باشند. بدون تردید سلامت و توسعه ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و برخورداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی از حقوق مسلم فردی و اجتماعی است و داشتن جسم و روح سالم یکی از زیر بناهای مهم توسعه همه جانبه هر جامعه ای را تشکیل می دهد.

در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱، بر اهمیت نقش اختلالات روان در بار بیماری ها در سراسر جهان تأکید شده است. جدیدترین تخمین های سازمان جهانی بهداشت هم حاکی از آن است که بیماری های عصبی- روان پزشکی مسؤول ۹/۹ درصد کل بار بیماری ها در جهان هستند.

در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۴۸ میلیون دلار صرف هزینه کلیه بیماریهای روانی می شود. در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷، انگلستان هزینه بیماریهای روانی را ۳۲ میلیون پوند برآورده کرده بود که ۴۵ درصد آن بدلیل از دست دادن کارائی و توانائی سازندگی بود.

در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا ۳۵ تا ۴۵ درصد غیبت از محل کار بدلیل مشکلات بهداشت روانی است. بطور متوسط تعداد روزهای از دست رفته کاری که به بیماریهای روانی نسبت داده می شود ۶ روز در ماه در هر ۱۰۰ کارگر و تعداد روزهای کم کاری ۳۱ روز در ماه در ۱۰۰ کارگر است.

در ایالات متحده ۱/۸ تا ۳/۶ درصد از کارگران از افسردگی اساسی رنج می برند و شاغلین با افسردگی ۲ برابر بیشتر احتمال ناتوانی در کار نسبت به افراد بدون افسردگی دارند. وقتی به این نتیجه می رسیم که رابطه مستقیمی بین سلامت جسمی و سلامت روانی وجود دارد و می پذیریم که عقل سالم در بدن سالم است، در این صورت باید پذیریم که اهمیت روانشناسی بالینی در جامعه همپایه پزشکی و روانپزشکی می باشد. روانشناسی بالینی یکی از رشته های روانشناسی است که در آن هدف اصلی مطالعه، تشخیص و درمان مشکلاتی که اساس آن روانشناختی است. روانشناس بالینی نویدبخش سلامت و تأمین بهداشت روانی جامعه است و اگر خدمات روانشناسان بالینی در جامعه حذف شود، جامعه وضعیتی را پیدا می کند که تا قبل از تربیت روانشناسان بالینی مصداق داشت. کافی است به تاریخچه مربوط به تشخیص و درمان بیماری های روانی از آغاز تاریخ تا قبل از گسترش روانشناسی بالینی نگاهی بیندازیم و وضعیت آن دوران را با دوره جدید، که در آن روانشناسان بالینی در ابعاد گوناگون حیات انسانی به انجام فعالیت های پژوهشی، آموزشی، مشاوره ای و درمانی مشغول هستند، مقایسه کنیم، در آن صورت نقش و اهمیت رشته روانشناسی برای ما روشن تر خواهد شد و اعتقاد ما برای گسترش این رشته علمی در دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی کشور، در همه سطوح کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری، راسختر خواهد شد.

تبیین دورنمای رشته

ما بر آنیم تا از طریق فعالیت های آموزشی-درمانی-پژوهشی در رشته روانشناسی بالینی با استفاده از روش های روز موجبات گسترش علم و افزایش توان افراد در جهت ارتقاء سطح سلامت، تامین امنیت و رفاه روانشناختی را فراهم نمائیم.

ماموریت

در راستای تحقق رسالت رشته روانشناسی بالینی ایران و رسالت دانشگاه و به منظور تولید و نشر دانش مرتبط با سلامت روان، ما عهده دار فراهم نمودن بستر مناسب برای انجام فعالیت های کاربردی- پایه و مشارکتی با کیفیت بالا در راستای نیازهای واقعی جامعه از طریق بکارگیری منابع دولتی و خصوصی متناسب با فرهنگ جامعه در چهارچوب سیاست های ملی و منطقه ای می باشیم و در راستای تحقق اهداف خود در مقابل اساتید، پژوهشگران، دانشجویان، دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی، جامعه و مدیران ارشد پاسخ گو می باشیم.

ارزشها

- حفظ کرامت انسانی، رعایت قوانین و مقررات، ارزشهای اسلامی و اخلاق در آموزش-درمان-پژوهش.
- توسعه پایدار و عدالت اجتماعی در راستای هدف دوم چشم انداز بیست ساله «توسعه دانایی محور»
- ارج نهادن به جایگاه والای روانشناسی بالینی
- هدفمندی در فعالیت های اعضاء در راستای تحقق ماموریت رشته روانشناسی بالینی

اهداف کلی روانشناسی بالینی

- ۱) حفظ و ارتقاء ساختار زیر مجموعه های بالینی-آموزشی-درمانی رشته روانشناسی بالینی
- ۲) توسعه کمی و کیفی فعالیت های رشته روانشناسی بالینی
- ۳) جلب مشارکت درون بخشی و برون بخشی
- ۴) توسعه مدیریت دانش (تولید، پردازش، انتقال)
- ۵) ساماندهی نظام جمع آوری و ثبت داده های آماری اعضاء پیوسته و وابسته بالینی-آموزشی-درمانی رشته روانشناسی بالینی

ارتقاء ساختار زیر مجموعه های بالینی-آموزشی-درمانی رشته روانشناسی بالینی

- ۱) کسب مجوز یک مجله علمی- پژوهشی تا پایان برنامه
- ۲) اصلاح ساختار نیروی انسانی معاونت پژوهشی

توسعه کمی و کیفی فعالیت های رشته روانشناسی بالینی

- ۱) دستیابی به طرح های مشترک بین مراکز دانشگاهی تا پایان برنامه
- ۲) افزایش تفویض اختیارات به زیر مجموعه های بالینی-آموزشی-درمانی رشته روانشناسی بالینی
- ۳) افزایش فعالیت های درمانی و تحقیقاتی، آموزشی و مقالات چاپ شده در حوزه روانشناسی بالینی
- ۴) افزایش مقاله های خارجی بطور سالانه تا پایان برنامه
- ۵) هدایت اعضای هیات علمی در جهت انجام طرح های تحقیقاتی و مقالات چاپ شده
- ۶) تقویت مشارکت خیرین در پژوهش ها در طول برنامه

جلب مشارکت درون بخشی و برون بخشی

- ۱) تعیین و بازنگری اولویت های آموزشی-درمانی-پژوهشی رشته روانشناسی بالینی به صورت سالانه
- ۲) شناسایی پتانسیل های موجود در عرصه جامعه در راستای نیازهای آموزشی-درمانی-پژوهشی رشته روانشناسی بالینی سالانه در طول برنامه

توسعه مدیریت دانش (تولید، پردازش، انتقال)

- ۱) افزایش تعداد کنفرانس های علمی در هر سال برنامه
- ۲) برگزاری حداقل دو سمینار و کنگره کشوری در هر سال برنامه
- ۳) افزایش حداقل یک کتاب تالیفی یا درسی بطور سالانه در طول برنامه
- ۴) کسب مجوز انتشارات برای کتب دانشگاهی

اصلاح و سازماندهی نظام جمع آوری و ثبت داده های آماری دانشگاه

- ۱) تقویت بخش مدیریت آمار و اطلاعات
- ۲) به کارگیری و توسعه فناوری اطلاعات، ارتباطات و ایجاد پایگاههای اطلاعات آماری
- ۳) ارتقاء کیفیت و کمیت گزارشهای آماری در طول برنامه
- ۴) برقراری ارتباط و همکاری با سایر دانشگاهها و سازمانها در خصوص اطلاعات آماری در طول برنامه

فصل سوم

شاخص‌های ارزیابی

شاخص های ارزیابی

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای عملکردی
۷	تعداد مجلات ملی و سازمانی
۰	تعداد مجلات نمایه شده در ISI
۰.۰۰	درصد مجلات نمایه شده در ISI از کل مجلات ملی و سازمانی
۰.۶۷	تعداد مقاله به ازای هر فرد (هیات علمی و یا اعضای انجمن)
۰.۰۰	تعداد مقالات نمایه شده در ISI به ازای هر فرد
۰.۳۳	تعداد مقالات نمایه شده در Pubmed به ازای هر فرد
۰.۱۷	تعداد مقالات نمایه شده در scopus به ازای هر فرد
۰.۰۰	درصد مقالات نمایه شده در ISI از کل مقالات
۷۵.۰۰	درصد مقالات به زبان انگلیسی از کل مقالات
۲۵.۰۰	درصد مقالات با همکاری بین بخشی نویسندگان (از بخش های مختلف یک سازمان) از کل مقالات
۲۵.۰۰	درصد مقالات با همکاری بین سازمانی نویسندگان (از سازمان های مختلف) از کل مقالات
۰	درصد مقالات با همکاری بین المللی نویسندگان (از سایر کشورها) از کل مقالات
۲۵.۰۰	درصد مقالات مروری از کل مقالات
۰	تعداد کتب علمی تخصصی تالیف شده
۰	تعداد کتب علمی تخصصی ترجمه شده
۰.۰۰	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های خارجی و بین المللی به ازای هر فرد
۰.۰۰	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های داخلی به ازای هر فرد
	درصد ارائه مقالات در قالب سخنرانی از کل مقالات ارائه شده در کنگره ها
	درصد مقالات ارائه شده در کنگره های خارجی و بین المللی از کل مقالات ارائه شده
۰.۰۰	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده بنیادی به ازای هر فرد
۰.۳۳	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده کاربردی به ازای هر فرد

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای عملکردی
۰.۰۰	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده توسعه ای به ازای هر فرد
۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی بنیادی مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب
۱۰۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی کاربردی مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب
۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی توسعه ای مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب
۴	تعداد گردهمائی های علمی - تخصصی برگزار شده
۰	تعداد پتنتها و اختراعات ثبت شده
۰	تعداد رتبه ها و افتخارات پژوهشی از جشنواره های علمی و پژوهشی ملی و بین المللی

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای ساختاری
۱۶	تعداد مراکز تحقیقاتی فعال در کل کشور
۱	تعداد شبکه های علمی - پژوهشی
۱	تعداد قطب های تحقیقاتی (کانونهای عالی تحقیقی نمونه)
۰	تعداد مراکز رشد
۲	تعداد دفاتر همکاری های علمی مشترک با سایر کشورها و مجامع علمی بین المللی

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای نیروی انسانی
۹.۲۹	متوسط تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی
۱.۱۴	متوسط تعداد اساتید مراکز تحقیقاتی
۲.۷۱	متوسط تعداد دانشیار مراکز تحقیقاتی
۵.۱۴	متوسط تعداد استادیار مراکز تحقیقاتی
۰.۲۹	متوسط تعداد مربی مراکز تحقیقاتی
۲.۵۷	متوسط تعداد پژوهشگران غیر هیات علمی شاغل در مراکز تحقیقاتی
۰.۲۸	نسبت پژوهشگران غیر هیات علمی به اعضای هیات علمی در کل مراکز تحقیقاتی
۰.۲۲	نسبت پژوهشگران غیر هیات علمی به کل پژوهشگران در کل مراکز تحقیقاتی
۰.۷۸	نسبت پژوهشگران هیات علمی به کل پژوهشگران در کل مراکز تحقیقاتی
۰.۷۳	نسبت اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به کل تعداد کل هیات علمی
۰.۲۴	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک دکترای حرفه ای به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی
۰.۵۳	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک دکترای تخصصی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی
۰.۱۸	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک کارشناسی ارشد به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی
۰.۰۲	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک کارشناسی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی
۰.۰۰	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک کاردانی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی
۰.۰۰	تعداد دانشجویان دستیاری
۰.۰۰	تعداد دانشجویان فلوشیپ
۹.۰۰	تعداد دانشجویان PHD
۲۰.۰۰	تعداد دانشجویان کارشناسی ارشد
۰.۰۰	تعداد دانشجویان کارشناسی

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای نیروی انسانی
۴۳.۱۷	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های آموزشی
۳.۴۷	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های پژوهش
۴۴.۶۱	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های ارائه خدمت
۰.۸۱	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به سایر فعالیت های
۴۳.۶۶	تعداد اعضای هیات علمی فعال در مراکز تحقیقاتی (معادل تمام وقتی)

مقدار (تا دو رقم اعشار)	شاخصهای مالی
۴.۷۶	درصد اعتبارات دولتی از کل بودجه اختصاص یافته به طرح های تحقیقاتی
۹۵.۲۴	درصد اعتبارات خارجی از کل بودجه اختصاص یافته به طرح های تحقیقاتی
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه بنیادی
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه کاربردی
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه توسعه ای

۱-۳- تعداد دانشجویان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت از سال تحصیلی ۶۸-۱۳۶۷ لغایت سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴

سال تحصیلی	نوع وابستگی	دوره تحصیلی (مقطع)											
		کارشناسی			کارشناسی ارشد			دکتری تخصصی			جمع		
		جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع		
۱۳۶۷	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۱۶	۱۲	۴						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۴۸۶	۲۶۱	۲۲۵									
۱۳۶۹	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۱۰۴۶	۶۰۲	۴۴۴									
۱۳۷۰	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۶۳	۴۶	۱۷						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۵۸۷	۳۳۴	۲۵۳									
۱۳۷۱	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۷۶	۶۰	۱۶						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۶۰۵	۳۹۰	۲۱۵									
۱۳۷۲	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۷۶	۵۹	۱۷						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۶۶۲	۴۷۳	۱۸۹									
۱۳۷۳	ریاست جمهوری				۵	۴	۱						
	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۶۱	۴۸	۱۳						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۸۸۸	۵۱۷	۳۷۱									
۱۳۷۴	ریاست جمهوری				۵	۴	۱						
	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۶۰	۵۰	۱۰						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۱۰۳۶	۵۹۷	۴۳۹				۱	۱	۰	۱۰۳۵	۵۹۶	۴۳۹
۱۳۷۵	ریاست جمهوری				۱۵	۱۲	۳						
	مراکز آموزش عالی مستقل										۵۲	۱۸	۳۴
	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۶۴	۵۰	۱۴						
	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۱۱۰۲	۶۶۶	۴۳۶				۲۰	۸	۱۲	۱۰۸۲	۶۵۸	۴۲۴
۱۳۷۶	ریاست جمهوری				۳۰	۲۱	۹	۳	۳	۰	۲۷	۱۸	۹
	وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی				۵۹	۴۸	۱۱						

۱۲۹۹	۶۸۵	۶۱۴				۲۰	۸	۱۲	۱۲۷۹	۶۷۷	۶۰۲	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۳۴	۲۲	۱۲	۷	۴	۳	۲۷	۱۸	۹				ریاست جمهوری	۱۳۷۷
۶۰	۴۵	۱۵	۷	۵	۲	۵۳	۴۰	۱۳				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۵۰۶	۶۳۰	۸۷۶				۱۹	۸	۱۱	۱۴۸۷	۶۲۲	۸۶۵	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۳۵	۲۱	۱۴	۷	۳	۴	۲۸	۱۸	۱۰				ریاست جمهوری	۱۳۷۸
۵۱	۳۷	۱۴				۵۱	۳۷	۱۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۵۲۳	۶۵۷	۸۶۶				۱۹	۹	۱۰	۱۵۰۴	۶۴۸	۸۵۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۶۰	۵۱	۱۰۹							۱۶۰	۵۱	۱۰۹	بنیاد شهید	
۱۰	۵	۵	۱۰	۵	۵							ریاست جمهوری	
۵۶	۳۹	۱۷	۱۰	۷	۳	۴۶	۳۲	۱۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۷۹
۱۶۶۵	۵۹۱	۱۰۷۴				۳۱	۲۰	۱۱	۱۶۳۴	۵۷۱	۱۰۶۳	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۷۵	۵۸	۱۱۷				۵	۴	۱	۱۷۰	۵۴	۱۱۶	بنیاد شهید	۱۳۸۰
۴۷	۲۶	۲۱	۱۵	۱۰	۵	۳۲	۱۶	۱۶				ریاست جمهوری	
۱۰۵	۱۶	۸۹							۱۰۵	۱۶	۸۹	مراکز آموزش عالی مستقل	
۳۷	۲۳	۱۴	۱۲	۸	۴	۲۵	۱۵	۱۰				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۵۹۰	۴۴۹	۱۱۴۱	۶	۵	۱	۲۱	۱۴	۷	۱۵۶۳	۴۳۰	۱۱۳۳	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۶۶	۴۰	۱۲۶				۱۱	۵	۶	۱۵۵	۳۵	۱۲۰	بنیاد شهید	
۴۲	۲۶	۱۶	۱۵	۱۰	۵	۲۷	۱۶	۱۱				ریاست جمهوری	۱۳۸۱
۱۴۹	۲۱	۱۲۸							۱۴۹	۲۱	۱۲۸	مراکز آموزش عالی مستقل	
۳۹	۱۹	۲۰	۱۴	۸	۶	۲۵	۱۱	۱۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۵۵۲	۴۰۵	۱۱۴۷	۱	۱	۰	۴۳	۲۳	۲۰	۱۵۰۸	۳۸۱	۱۱۲۷	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۴۷	۳۰	۱۱۷				۱۵	۴	۱۱	۱۳۲	۲۶	۱۰۶	بنیاد شهید	
۴۴	۲۶	۱۸	۱۷	۱۲	۵	۲۷	۱۴	۱۳				ریاست جمهوری	
۱۸۷	۲۳	۱۶۴							۱۸۷	۲۳	۱۶۴	مراکز آموزش عالی مستقل	۱۳۸۲
۳۸	۱۷	۲۱	۱۴	۷	۷	۲۴	۱۰	۱۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۶۲۴	۳۲۲	۱۳۰۲				۵۵	۲۷	۲۸	۱۵۶۹	۲۹۵	۱۲۷۴	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	

۱۴۷	۳۰	۱۱۷				۱۵	۴	۱۱	۱۳۲	۲۶	۱۰۶	بنیاد شهید	۱۳۸۳
۴۱	۲۲	۱۹	۱۶	۱۰	۶	۲۵	۱۲	۱۳				ریاست جمهوری	
۱۷۱	۱۸	۱۵۳							۱۷۱	۱۸	۱۵۳	مراکز آموزش عالی مستقل	
۳۸	۱۷	۲۱	۱۴	۷	۷	۲۴	۱۰	۱۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۷۴۵	۲۶۳	۱۴۸۲				۵۹	۲۳	۳۶	۱۶۸۶	۲۴۰	۱۴۴۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۸۰	۳۶	۱۴۴				۳۱	۱۰	۲۱	۱۴۹	۲۶	۱۲۳	بنیاد شهید	۱۳۸۴
۴۱	۲۲	۱۹	۱۸	۱۱	۷	۲۳	۱۱	۱۲				ریاست جمهوری	
۲۲۱	۲۴	۱۹۷							۲۲۱	۲۴	۱۹۷	مراکز آموزش عالی مستقل	
۳۸	۱۹	۱۹	۱۵	۹	۶	۲۳	۱۰	۱۳				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۸۷۳	۲۸۰	۱۵۹۳				۸۸	۳۰	۵۸	۱۷۸۵	۲۵۰	۱۵۳۵	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	

۲-۳- تعداد دانشجویان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع وابستگی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جمع	مرد	زن	جم ع	مر د	ز ن	جم ع	مرد	زن	جمع	مرد	زن		
۱۱۵	۲۱	۹۴				۳۱	۱۱	۲۰	۸۴	۱۰	۷۴	روانشناسی - روانشناسی بالینی	سایر دستگاه های اجرایی
۴۰	۲۳	۱۷	۱۷	۱	۶	۲۳	۱۲	۱۱				روانشناسی بالینی	
۵۷۹	۹۷	۴۸۱				۲۵	۱۱	۱۴	۵۵۳	۸۶	۴۶۷	روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۴	۷	۷				۶	۱	۵	۸	۶	۲		
۴۹	۲۵	۲۴	۱۵	۹	۶	۳۴	۱۶	۱۸				روانشناسی بالینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۶۴	۳۰	۱۳۴				۱۳	۴۰	۹۲	۱۵۱	۲۶	۱۲۴	روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
۹	۸	۱				۲			۷	۸	۹		

۳-۳- تعداد دانشجویان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع دستگاه اجرایی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جمع	مرد	زن	جم ع	مر د	ز ن	جم ع	مرد	زن	جمع	مرد	زن		
۵۹۲ ۵	۱۰۵ ۵	۴۸۷ ۰				۳۳ ۱	۱۱ ۶	۲۱ ۵	۵۵۹ ۴	۹۳ ۹	۴۶۵ ۵	روانشناسی - روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۱۵۳	۱۴	۱۳۹							۱۵۳	۱۴	۱۳۹	روانشناسی بالینی	
۸۹	۴۸	۴۱	۳۸	۲ ۷	۱ ۱	۵۱	۲۱	۳۰				روانشناسی - روانشناسی بالینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش
۱۳۳ ۳	۳۱۸	۱۰۱ ۵				۱۵ ۵	۵۰	۱۰ ۵	۱۱۷ ۸	۲۶ ۸	۹۱۰	روانشناسی - روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
۱۲۹ ۵	۲۰۹	۱۰۸ ۶				۸۰	۲۱	۵۹	۱۲۱ ۵	۱۸ ۸	۱۰۲ ۷	روانشناسی بالینی	

۳-۴- تعداد دانشجویان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع دستگاه اجرایی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جمع	مرد	زن	جم ع	مر د	ز ن	جم ع	مرد	زن	جمع	مرد	زن		
۶۰۹ ۱	۱۱۶ ۲	۴۹۲ ۹				۶۲ ۱	۱۸ ۷	۴۳ ۴	۵۴۷ ۰	۹۷ ۵	۴۴۹ ۵	روانشناسی بالینی	دانشگاه آزاد اسلامی
۳۷۴	۴۲	۳۳۲							۳۷۴	۴۲	۳۳۲	روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۸۰	۷	۷۳							۸۰	۷	۷۳	روانشناسی-روانشناسی بالینی	
۱۰۳	۵۲	۵۱	۴۲	۲ ۸	۱ ۴	۶۱	۲۴	۳۷				روانشناسی-روانشناسی بالینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵۰ ۰	۲۷۸	۱۲۲ ۲				۲۲ ۵	۶۹	۱۵ ۶	۱۲۷ ۵	۲۰ ۹	۱۰۶ ۶	روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

۱۳۰	۳۰۷	۹۹۴				۱۵	۴۹	۱۰	۱۱۴	۲۵	۸۸۹	روانشناسی-روانشناسی بالینی
۱						۴		۵	۷	۸		

۳-۵- تعداد دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت از سال تحصیلی ۶۷- تا ۱۳۶۶ لغایت سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳

جمع	دوره تحصیلی (مقطع)											نوع وابستگی	سال تحصیلی
	دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی						
	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن				
۱۱۶	۶۰	۵۶							۱۱۶	۶۰	۵۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۱۳۶۶
۵۸	۳۸	۲۰				۱	۰	۱	۵۷	۳۸	۱۹	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	۱۳۶۸
۷	۶	۱				۷	۶	۱				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۹
۱۴۰	۷۳	۶۷							۱۴۰	۷۳	۶۷	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۵	۳	۲				۵	۳	۲				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۷۰
۱۰۶	۵۵	۵۱							۱۰۶	۵۵	۵۱	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۷	۱۴	۳				۱۷	۱۴	۳				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۷۱
۱۹۵	۶۹	۱۲۶							۱۹۵	۶۹	۱۲۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۲۸	۲۰	۸				۲۸	۲۰	۸				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۷۲
۱۵۸	۸۲	۷۶							۱۵۸	۸۲	۷۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۵	۱۱	۴				۱۵	۱۱	۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	۱۳۷۳
۱۱۲	۶۰	۵۲							۱۱۲	۶۰	۵۲	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۸	۷	۱				۸	۷	۱				ریاست جمهوری	۱۳۷۴
۹	۸	۱				۹	۸	۱				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۱۷۰	۹۳	۷۷				۲۱	۳	۱۸	۱۴۹	۹۰	۵۹	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۵	۴	۱				۵	۴	۱				ریاست جمهوری	۱۳۷۵
۱۹	۱۶	۳				۱۹	۱۶	۳				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۲۶۸	۱۳۷	۱۳۱				۶	۳	۳	۲۶۲	۱۳۴	۱۲۸	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۳	۲	۱۱				۱۳	۲	۱۱				ریاست جمهوری	۱۳۷۶

۲۱	۱۶	۵				۲۱	۱۶	۵				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۲۷۲	۱۸۱	۹۱				۳	۱	۲	۲۶۹	۱۸۰	۸۹	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۵	۴	۱				۵	۴	۱				ریاست جمهوری	۱۳۷۷
۱۱	۱۰	۱				۱۱	۱۰	۱				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۲۷۴	۱۲۸	۱۴۶				۲	۲	۰	۲۷۲	۱۲۶	۱۴۶	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۳۴	۱۷	۱۷							۳۴	۱۷	۱۷	بنیاد شهید	۱۳۷۸
۱۳	۹	۴				۱۳	۹	۴				ریاست جمهوری	
۱۵	۹	۶				۱۵	۹	۶				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۴۷۲	۱۶۱	۳۱۱							۴۷۲	۱۶۱	۳۱۱	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۲۰	۶	۱۴							۲۰	۶	۱۴	بنیاد شهید	۱۳۷۹
۹	۵	۴				۹	۵	۴				ریاست جمهوری	
۴	۰	۴							۴	۰	۴	مراکز آموزش عالی مستقل	
۲۵	۲۰	۵				۲۵	۲۰	۵				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۴۳۱	۱۷۲	۲۵۹							۴۳۱	۱۷۲	۲۵۹	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۲۴	۹	۱۵							۲۴	۹	۱۵	بنیاد شهید	۱۳۸۰
۳	۱	۲				۳	۱	۲				ریاست جمهوری	
۲۱	۴	۱۷							۲۱	۴	۱۷	مراکز آموزش عالی مستقل	
۱۴	۱۰	۴				۱۴	۱۰	۴				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۳۰۷	۱۱۱	۱۹۶				۹	۴	۵	۲۹۸	۱۰۷	۱۹۱	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۹	۱۰	۹							۱۹	۱۰	۹	بنیاد شهید	۱۳۸۱
۴	۰	۴							۴	۰	۴	مراکز آموزش عالی مستقل	
۱۶	۱۱	۵	۲	۲	۰	۱۴	۹	۵				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی	
۲۸۸	۷۶	۲۱۲				۱۲	۱۱	۱	۲۷۶	۶۵	۲۱۱	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری	
۱۹	۱۰	۹							۱۹	۱۰	۹	بنیاد شهید	۱۳۸۲
۴	۳	۱				۴	۳	۱				ریاست جمهوری	
۱۰	۴	۶							۱۰	۴	۶	مراکز آموزش عالی مستقل	

۱۶	۱۱	۵	۲	۲	۰	۱۴	۹	۵				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی
۲۸۶	۸۶	۲۰۰				۱۷	۱۲	۵	۲۶۹	۷۴	۱۹۵	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری
۲۵	۴	۲۱							۲۵	۴	۲۱	بنیاد شهید
۱۰	۶	۴	۳	۳	۰	۷	۳	۴				ریاست جمهوری
۳۵	۹	۲۶							۳۵	۹	۲۶	مراکز آموزش عالی مستقل
۷	۲	۵				۷	۲	۵				وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی
۲۹۱	۷۴	۲۱۷				۱۹	۹	۱۰	۲۷۲	۶۵	۲۰۷	وزارت علوم - تحقیقات و فناوری

۳-۶- تعداد دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۵-
۱۳۸۴

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع وابستگی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن		
۵	۱	۴				۵	۱	۴				روانشناسی - روانشناسی بالینی	سایر دستگاه های اجرایی
۱۰	۶	۴	۳	۳	۰	۷	۳	۴				روانشناسی بالینی	
۳۴۱	۴۵	۲۹۶				۱	۰	۱	۳۴۰	۴۵	۲۹۵	روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۷	۲	۵				۷	۲	۵				روانشناسی بالینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۴۸	۴۵	۲۰۳				۲۷	۱۲	۱۵	۲۲۱	۳۳	۱۸۸	روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

۳-۷- تعداد دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۶-
۱۳۸۵

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع وابستگی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن		
۲۰۰۰	۴۵۴	۱۵۴۶				۲۵	۱۱	۱۴	۱۹۷۵	۴۴۳	۱۵۳۲	روانشناسی - روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۱۴۷	۳۳	۱۱۴				۲۴	۱۵	۹	۱۲۳	۱۸	۱۰۵	روانشناسی - روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و

۳-۸- تعداد دانش آموختگان رشته روانشناسی بالینی به تفکیک مرکز آموزشی، گرایش، دوره تحصیلی و جنسیت در سال تحصیلی ۸۷-

۱۳۸۶

جمع			دوره تحصیلی (مقطع)									رشته تحصیلی	نوع دستگاه اجرایی
			دکتری تخصصی			کارشناسی ارشد			کارشناسی				
جم	مرد	زن	جم	مر	ز	جم	مر	زن	جم	مرد	زن		
ع			ع	د	ن	ع	د	ن	ع				
۵۰	۱۳	۳۷				۳۹	۱۵	۲	۴۶۶	۱۱	۳۴	روانشناسی بالینی	دانشگاه آزاد اسلامی
۵	۳	۲						۴		۸	۸		
۲۲		۱۷							۲۲	۵۱	۱۷	روانشناسی بالینی	مراکز آموزش عالی مستقل
۴	۵۱	۳							۴		۳		
۱۶	۹	۷	۵	۴	۱	۱۱	۵	۶				روانشناسی بالینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش
۲۸		۲۳				۲۷	۱۱	۱۶	۲۶	۳۷	۲۲	روانشناسی بالینی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
۷	۴۸	۹							۰		۳		
۲۶		۲۲				۲۰	۱۳	۷	۲۴	۲۳	۲۲	روانشناسی-روانشناسی بالینی	
۳	۳۶	۷							۳		۰		

۳-۹- آمار ثبتی اعضای هیئت علمی به تفکیک نام، نام خانوادگی، رشته تحصیلی، مرتبه علمی، سال استخدام، دانشگاه محل تدریس

نام	نام خانوادگی	رشته تحصیلی	مرتبه علمی	سال استخدام	دانشگاه
مسعود	آذربایجانی	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۷۹	پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
امراه	ابراهیمی	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۷۵	دانشگاه علوم پزشکی و... اصفهان
منوچهر	ازخوش	روانشناسی بالینی	استادیار	۱۳۸۳	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
غلامرضا	اسفندیاری	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۷۷	دانشگاه علوم پزشکی و... کردستان
محمدعلی	اصغری مقدم	روانشناسی بالینی	استادیار	۱۳۷۵	دانشگاه شاهد
عبدالعزیز	افلاک سیر	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه شیراز
عبداله	امیدی	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۷۴	دانشگاه علوم پزشکی و... کاشان
ناهید	اکرمی	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۷۲	دانشگاه اصفهان
رضا	باقریان سرارودی	روانشناسی بالینی	مری	۱۳۶۸	دانشگاه علوم پزشکی و... اصفهان
سید عبدالمجید	بحرینیان	روانشناسی بالینی	دانشیار	۱۳۶۶	دانشگاه علوم پزشکی و... شهید بهشتی

مریم	بختیاری	روانشناسی بالینی	استادیار	1384	دانشگاه علوم پزشکی و... شهید بهشتی
نورمحمد	بخشانی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... زاهدان
عباس	بخشی پروردسری	روانشناسی بالینی	استادیار	1371	دانشگاه تبریز
محمدعلی	بشارت	روانشناسی بالینی	دانشیار	1370	دانشگاه تهران
حسن	پالاهنگ	روانشناسی بالینی	مری	1378	دانشگاه علوم پزشکی و... شهرکرد
حمیدرضا	پوراعتماد	روانشناسی بالینی	استادیار	1359	دانشگاه شهید بهشتی
مهرانگیز	پیوسته گر	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه الزهرا(س)
سید محمدرضا	تقوی	روانشناسی بالینی	دانشیار	نامشخص	دانشگاه شیراز
ترانه	تقوی لاریجانی	روانشناسی بالینی	استادیار	1369	دانشگاه علوم پزشکی و... تهران
جهانشیر	توکلی زاده	روانشناسی بالینی	مری	1370	دانشگاه علوم پزشکی و... گناباد
عبدالحکیم	تیرگری سراجی	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... مازندران
بدرالملوک	ثقفی	روانشناسی بالینی	استادیار	1369	دانشگاه علوم پزشکی و... تهران
علیرضا	جزایری	روانشناسی بالینی	استادیار	1374	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
بهرام	جوکار	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه شیراز
محمدباقر	حبی	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
زینب	حبیب پور	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... ارومیه
سید محسن	حجت خواه	روانشناسی بالینی	مری	1356	دانشگاه رازی کرمانشاه
شیرعلی	حرامین	روانشناسی بالینی	مری	1368	دانشگاه علوم پزشکی و... یاسوج
حسن	حق شناس	روانشناسی بالینی	دانشیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... شیراز
لیلا	حیدری نسب	روانشناسی بالینی	مری	1375	دانشگاه شاهد
روشنک	خدا بخش پیرکلانی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه الزهرا(س)
محمد مهدی	خدویوند	روانشناسی بالینی	استاد	1380	دانشگاه شاهد
شیرعلی	حرامین	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... یاسوج
نوشیروان	خضری مقدم	روانشناسی بالینی	مری	1373	دانشگاه ولی عصر (عج) رفسنجان
ناهد	خواجه موگهی	روانشناسی بالینی	مری	1362	دانشگاه علوم پزشکی و... اهواز
ابوالقاسم	خوش کنش	روانشناسی بالینی	مری	1349	دانشگاه شهید بهشتی

دانشگاه علوم پزشکی و... تبریز	1376	مری	روانشناسی بالینی	داداش زاده	حسین
دانشگاه شهید چمران اهواز	1376	مری	روانشناسی بالینی	داودی	ایران
دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران	1375	مری	روانشناسی بالینی	دباغی	پرویز
دانشگاه علوم پزشکی و... شهید بهشتی	1360	دانشیار	روانشناسی بالینی	دژ کام	محمود
دانشگاه علوم پزشکی و... شیراز	1376	استادیار	روانشناسی بالینی	ده بزرگی	غلامرضا
دانشگاه شهید بهشتی	1364	استادیار	روانشناسی بالینی	دهقانی	محسن
دانشگاه شیراز	نامشخص	استادیار	روانشناسی بالینی	رحیمی طاقانکی	چنگیز
دانشگاه علوم پزشکی و... کرمان	1385	مری	روانشناسی بالینی	رضایی استخرویه	محمد
دانشگاه علوم پزشکی و... یاسوج	نامشخص	مری	روانشناسی بالینی	زاده باقری	قادر
دانشگاه شهید بهشتی	1382	استادیار	روانشناسی بالینی	زاده محمدی	علی
دانشگاه علوم پزشکی و... قزوین	1371	مری	روانشناسی بالینی	ساریچلو	محمد ابراهیم
پژوهشگاه حوزه و دانشگاه	1383	مری	روانشناسی بالینی	سالاری فر	محمد رضا
دانشگاه علوم پزشکی و... سمنان	1375	مری	روانشناسی بالینی	ستوده اصل	نعمت اله
دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)	نامشخص	استادیار	روانشناسی بالینی	سلیمی	سید حسین
دانشگاه علامه طباطبایی	1377	استادیار	روانشناسی بالینی	سهرابی اسمرود	فرامرز
دانشگاه علوم پزشکی و... شهید بهشتی	1358	مری	روانشناسی بالینی	سیف الهی	معصومه
دانشگاه علوم پزشکی و... تهران	نامشخص	استادیار	روانشناسی بالینی	شمس	گیتی
دانشگاه شهید چمران اهواز	1362	استاد	روانشناسی بالینی	شهنی بیلاق	منیجه
دانشگاه فردوسی مشهد	1370	استادیار	روانشناسی بالینی	صاحبی	علی
دانشگاه علوم پزشکی و... کرمانشاه	1375	مری	روانشناسی بالینی	صادقی	خیراله
دانشگاه علوم پزشکی و... گناباد	1380	مری	روانشناسی بالینی	صادقی مقدم	لیلا
موسسه آموزش عالی جهاد دانشگاهی	نامشخص	مری	روانشناسی بالینی	صباغ	عبدالمجید
دانشگاه تبریز	1372	مری	روانشناسی بالینی	صبوری مقدم	حسن
دانشگاه فردوسی مشهد	1373	مری	روانشناسی بالینی	طالبیان شریف	جعفر
موسسه آموزش عالی جهاد دانشگاهی	1365	مری	روانشناسی بالینی	طباطبایی	سید محمد رضا
دانشگاه شهید بهشتی	1384	استادیار	روانشناسی بالینی	عابدین	علی رضا

محمد کاظم	عاطف وحید	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... ایران
فریده	عامری	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه الزهرا(س)
علی	عباسی	روانشناسی بالینی	مریی	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... یاسوج
منصور	عبدی	روانشناسی بالینی	مریی	1375	دانشگاه اراک
سعید	عسگری	روانشناسی بالینی	استادیار	1357	دانشگاه رازی کرمانشاه
کریم	عسگری مبارکه	روانشناسی بالینی	مریی	1371	دانشگاه اصفهان
جعفر	عسگری	روانشناسی بالینی	مریی	1376	دانشگاه علوم پزشکی و... یزد
بنفشه	غزایی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... ایران
ربابه	غفار تبریزی	روانشناسی بالینی	استادیار	1381	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
علی	فتحی آشتیانی	روانشناسی بالینی	دانشیار	1359	دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
لادن	فتی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... ایران
جمشید	فرجی	روانشناسی بالینی	مریی	1374	دانشگاه علوم پزشکی و... گلستان
علی	فهادی	روانشناسی بالینی	مریی	1378	دانشگاه علوم پزشکی و... لرستان
محمد علی	گودرزی	روانشناسی بالینی	دانشیار	نامشخص	دانشگاه شیراز
سیروس	مبینی	روانشناسی بالینی	مریی	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... تبریز
عزیزاله	مجاهد	روانشناسی بالینی	مریی	1374	دانشگاه علوم پزشکی و... زاهدان
پروانه	محمدخانی	روانشناسی بالینی	استادیار	1356	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
مجید	محمودعلیلو	روانشناسی بالینی	استادیار	1372	دانشگاه تبریز
مرتضی	مدرس غروی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و... مشهد
علیرضا	مرادی	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه تربیت معلم (خوارزمی)
نصرت اله	منتظری	روانشناسی بالینی	مریی	1368	دانشگاه علوم پزشکی و... کرمانشاه
سید محمود	میرزمانی بافقی	روانشناسی بالینی	دانشیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
محمد	ناظر	روانشناسی بالینی	مریی	1373	دانشگاه علوم پزشکی و... رفسنجان
محمد رضا	نایینیان	روانشناسی بالینی	مریی	1374	دانشگاه شاهد
قاسم	نظیری	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه شیراز
سرور	نعمت پور	روانشناسی بالینی	مریی	1368	دانشگاه علوم پزشکی و... اهواز

شعله	نمازی	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و...بندرعباس
عبدالکاسم	نیسی	روانشناسی بالینی	استادیار	1364	دانشگاه شهید چمران اهواز
حبیب	هادیانفرد	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه شیراز
علی	کامکار	روانشناسی بالینی	مری	1378	دانشگاه علوم پزشکی و...یاسوج
حسین	کاویانی	روانشناسی بالینی	دانشیار	1370	دانشگاه علوم پزشکی و...تهران
محمد	کاویانی ارانی	روانشناسی بالینی	مری	1379	پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
رضا	کرمی نما	روانشناسی بالینی	استادیار	1358	دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
مهرداد	کلاتتری دارابی	روانشناسی بالینی	استادیار	1362	دانشگاه اصفهان
ستار	کیخاونی	روانشناسی بالینی	مری	1371	دانشگاه علوم پزشکی و...ایلام
رویا	یاوریان	روانشناسی بالینی	مری	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و...ارومیه
فریبا	یزد خواستی	روانشناسی بالینی	استادیار	1384	دانشگاه اصفهان
فایق	یوسفی	روانشناسی بالینی	مری	1382	دانشگاه علوم پزشکی و...کردستان
جلال	یونسی	روانشناسی بالینی	استادیار	1377	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
رخساره	یکه یزدان دوست	روانشناسی بالینی	استادیار	نامشخص	دانشگاه علوم پزشکی و...ایران

آمار گروه های آموزشی روانشناسی بالینی به تفکیک دانشگاه های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری و دانشگاه آزاد

۳-۱۰- آمار گروه های آموزشی روانشناسی بالینی به تفکیک دانشگاه های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری و دانشگاه آزاد

دانشگاه	نوع دستگاه اجرایی
دانشگاه اصفهان	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دانشگاه الزهراء (س)	
دانشگاه تبریز	
دانشگاه تربیت معلم (خوارزمی)	
دانشگاه تهران	
دانشگاه سمنان	
دانشگاه شاهد	
دانشگاه شهید بهشتی	
دانشگاه شهید چمران اهواز	
دانشگاه شیراز	
دانشگاه علامه طباطبایی	
دانشگاه فردوسی مشهد	
دانشگاه محقق اردبیلی	
دانشگاه کردستان	
دانشگاه علوم پزشکی و... شیراز	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و... تهران	
دانشگاه علوم پزشکی و... توانبخشی	
دانشگاه علوم پزشکی و... شهید بهشتی	
دانشگاه علوم پزشکی و... کرمانشاه	
دانشگاه علم و فرهنگ	مراکز آموزش عالی مستقل
موسسه آموزش عالی حکمت رضوی - مشهد	
موسسه آموزش عالی رحمان - رامسر	
دانشگاه آزاد اسلامی	دانشگاه آزاد اسلامی

تعداد انجمن‌های علمی ثبت شده در معاونت های آموزشی وزارت خانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم تحقیقات و فن آوری در حوزه روانشناسی بالینی در کشور

طبق بررسی های انجام شده از کمیسیون انجمن های علمی ایران، در حیطه روانشناسی بالینی دو انجمن فعال و به ثبت رسیده وجود دارد. انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان ایران در معاونت پژوهشی وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری و انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران در معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه روانشناسی بالینی یک و به شرح زیر می باشند:

انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان ایران

انجمن روان شناسی بالینی کودک و نوجوان ایران در سال ۱۳۸۳ به منظور گسترش، ارتقای سطح علمی و کاربردی و توسعه کمی نیروهای متخصص و بهبود بخشیدن به امور آموزشی و پژوهشی در زمینه های مربوط به روان شناسی بالینی کودک، انجمن روان شناسی بالینی کودک و نوجوان ایران، تشکیل شد. این انجمن می کوشد با طراحی برنامه های آموزشی جدید، انجام طرح های تحقیقاتی و جلب توجه مردم و مسئولین نسبت به نیازها و ضرورت های روان شناسی کودک و نوجوان ایفا کند و راه را برای حضور این حیطه از روان شناسی بالینی در سطح ملی و محافل بین المللی هموار کند. نشانی انجمن: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده
تلفن: ۲۹۹۰۲۳۶۶

انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران

اندیشه تأسیس انجمن علمی - صنفی روانشناسی بالینی ایران از حدود سال ۱۳۷۶ توسط گروهی از روانشناسان بالینی مطرح شد. در تاریخ ۸۰/۱۰/۳ موضوع تشکیل انجمن روانشناسی بالینی ایران در پنجاه و سومین جلسه کمیسیونهای انجمنهای علمی گروه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب نهایی رسید. اولین انتخابات هیأت مدیره و بازرس انجمن در تاریخ ۸۱/۳/۶ برگزار شد و پروانه فعالیت انجمن در تاریخ ۸۱/۴/۱۷ توسط کمیسیون فوق الذکر صادر گردید. از آن زمان تا کنون ۴ دوره انتخابات هیأت مدیره برگزار گردیده و در حال حاضر چهارمین گروه از هیأت مدیره انجمن فعالیت خود را آغاز نموده‌اند. بر اساس اساسنامه انجمن، اهداف کلی ذیل در نظر گرفته شده است: ۱- برنامه ریزی در راستای ارتقاء سطح علمی- کاربردی در زمینه روانشناسی بالینی. ۲- برنامه ریزی در راستای حمایت و نظارت صنفی- حرفه‌ای در زمینه روانشناسی بالینی. ۳- برنامه ریزی در راستای ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه و ارائه خدمات مطلوب در زمینه روانشناسی بالینی. در راستای اهداف فوق ۱۷ هدف اختصاصی تدوین شد و در حال حاضر ۷ کمیته اختصاصی در راستای تحقق اهداف فوق فعالیت می نمایند.

نشانی انجمن: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران

تلفن -۶۶۵۵۱۵۸۵ : ۰۲۱

تعداد قطب علمی در حوزه روانشناسی بالینی در کشور

در رشته روانشناسی بالینی تنها یک قطب فعال در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وجود دارد. قطب علمی روانپزشکی و روانشناسی بالینی کشور واقع در انستیتو روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران به ریاست جناب آقای دکتر بوالهروی

۱۱-۳- اعضای دبیرخانه قطب

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	رشته تحصیلی
۱	دکتر جعفر بوالهروی	ریاست مرکز	روانپزشک
۲	مهرداد کاظم زاده عطوفی	کارشناس مسئول و دبیر شورای آموزشی و پژوهشی قطب علمی	روانشناسی بالینی
۳	محمد شمس مهرآبادی	کارشناس قطب	روانشناسی بالینی

۱۲-۳- اعضای شورای پژوهشی قطب

ردیف	نام و نام خانوادگی
۱	دکتر جعفر بوالهروی
۲	دکتر مریم رسولیان
۳	دکتر بنفشه غرابی
۴	خانم دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی
۵	دکتر امیر حسین جلالی ندوشن
۶	مهرداد کاظم زاده عطوفی

۱۳-۳- فهرست مقالات و نشریات مصوب گروه علوم پزشکی

ردیف	عنوان	محل انتشار	تعداد مقالات منتشر شده
۱.	تازه‌های علوم شناختی	پژوهشکده علوم شناختی	۳۳۶
۲.	اصول بهداشت روانی	علوم پزشکی مشهد	۳۳۶
۳.	تحقیقات علوم رفتاری	علوم پزشکی اصفهان	۱۱۷
۴.	توانبخشی	علوم بهزیستی و توانبخشی	۱۳۶
۵.	روانپزشکی و روانشناسی ایران	علوم پزشکی تهران	۶۰۰
۶.	جمع کل مقالات		۱۵۲۵

۳-۱۴- تعداد کتاب‌های علمی و تخصصی تالیفی - ترجمه‌ای انتشار یافته

تعداد کتاب انتشار یافته از سال ۱۳۸۰ لغایت ۱۳۸۸	تعداد کتاب انتشار یافته از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۸۰	تعداد کتاب انتشار یافته از سال ۱۳۶۰ لغایت ۱۳۷۰	تعداد کتاب انتشار یافته از سال ۱۳۵۰ لغایت ۱۳۶۰	گرایش
۱۰۲	۴۵	۱۲	۲	روانشناسی بالینی

۳-۱۴- لیست اعضای انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران به تفکیک نام و نام خانوادگی، محل فعالیت، مدرک تحصیلی، جنسیت، استان محل فعالیت و سال فارغ التحصیلی

سال فارغ التحصیلی	استان	جنس	آخرین مدرک تحصیلی	محل فعالیت فعلی (دانشگاه، سایر)	نام خانوادگی	نام
1367	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	عاطف وحید	محمد کاظم
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	رضائی فرانی	عباس
1372	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه ع. پ. تهران	شادلویی	فلورا
1381	تبریز	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه تبریز	بخشی پور رودسری	عباس
1382	تبریز	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه تبریز	علیلو	مجید محمود
1382	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	غزایی	بنفشه
-	مازندران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی مازندران	تیرگری سراجی	عبدالحکیم
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه شهید بهشتی	موتابی	فرشته
1385	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه شاهد	یعقوبی	حمید
1375	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه ع. پ. تهران	کاظم زاده عطوفی	مهرداد
1359	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه شهید بهشتی	دژ کام	محمود
1369	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	یزدان دوست	رخساره
1378	تهران	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره صبح صادق	داعی پور	پروین
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	ذوالفقاری مطلق	مصطفی
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	رایگان	نیلوفر
1379	تهران	زن	کارشناسی ارشد	مطب	آرزومانیان	کریستینه

-	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	صلواتی	مژگان
1385	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	محمدپور	احمدرضا
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	-	پشت مشهدی	مرجان
	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	قهاری	شهربانو
1379	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه ع. پ. تهران	صفوی	پوراندرخت
1376	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	محمدیان	مریم
1380	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	فدائی	خدیجه
1375	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	مرکز تحقیقات و علوم رفتاری اصفهان	نجمی	سید بدرالدین
1372	تهران	زن	کارشناسی ارشد	کلینیک مهرافزا	محمدیان	لادن
1372	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه ع. پ. تهران	احسان منش	مجتبی
1389	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	شاره	حسین
1377	ساری	مرد	کارشناسی ارشد	بیمارستان زارع	موسوی	سید ابراهیم
1378	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	مرکز بهزیستی شهید خوثینی ها	دخانچی	اصغر
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	علوم پزشکی ارتش	دباغی	پرویز
1374	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)	کهنانی	شمس الدین
1372	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	افشاری منفرد	ژاله
1384	همدان	مرد	کارشناسی ارشد	بیمارستان سینا	حیدری پهلویان	احمد
1374	تبریز	مرد	کارشناسی ارشد	مرکز آموزشی درمانی تبریز	فرورشی	محمود
1377	گرگان	زن	کارشناسی ارشد	مرکز اورژانس اجتماعی گرگان	محمدیان	فریده
1374	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دفتر مشاوره معاونت پیشگیری	قازاریان	ماریت
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی تهران	حامدی	رباب
1379	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز	کشاورزی ارشدی	فرناز
1375	مشهد	مرد	کارشناسی ارشد	-	کریمی	حسن

1384	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. شهید بهشتی	بختیاری	مریم
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	معین الغربائی	فاطمه
1379	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه شهید بهشتی	زاده محمدی	علی
-	تهران	زن	دانشجوی دکتری تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	زنوزیان	سعیده
-	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	جلیلی	امیر
-	قم	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه شهید محلاتی قم	کوثری	یدا...
1381	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	جعفری زاده	ذبیح الله
1388	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	محمد	سعید
-	فارس	مرد	دکترای تخصصی	-	محمدی	سید داوود
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	نوروزی	نصرت الله
-	قم	مرد	کارشناسی ارشد	مؤسسه امام خمینی	هادی	مهدی
1379	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	کلینیک توحید	انگاریچی	علیرضا
1385	مازندران	مرد	کارشناسی ارشد	-	رهبری	بابک
1374	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره همراز	سهرابی	حمیدرضا
1385	مازندران	زن	کارشناسی ارشد	-	صلاحچی	مریم
1372	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	انجمن ابر	باقری یزدی	سیدعباس
1387	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه علمی کاربردی موسیقی	مهدی خانی	هلیا
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	-	حناساب زاده اصفهانی	مریم
1380	تهران	زن	دکترای تخصصی	بیمارستان روزبه	شمس	گیتی
-	مشهد	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان ابن سینا مشهد	مدرس غروی	مرتضی
1371	اهواز	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه شهید چمران اهواز	بساک نژاد	سودابه
1380	کرمان	مرد	کارشناسی ارشد	-	خضری مقدم	انوشیروان
1387	تبریز	زن	کارشناسی ارشد	-	برزگری	لیلا
-	کرمان	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان شهید بهشتی کرمان	حسینی فرد	سیدمهدی
1374	اهواز	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه شهید چمران اهواز	داوودی	ایران

1378	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	اداره بهداشت و درمان نزاجا	راه نجات	امیرحسین
1374	قم	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه پیام نور	آفایوسفی	علیرضا
1383	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی زنجان	طارمیان	فرهاد
1377	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	کلینیک پویا	ملک خسروی	غفار
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	-	قدیری	فاطمه
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	وحیدی مطلق	لیدا
1382	بیرجند	زن	کارشناسی ارشد	بیمارستان امام رضا بیرجند	مهران	ناهید
1382	قم	مرد	کارشناسی ارشد	اداره آموزش پرورش قم	واضحی آشتیانی	علی
1375	شیراز	مرد	دکترای تخصصی	بازنشسته	حق شناس	حسن
1376	تهران	مرد	دکترای تخصصی	انستیتو روانکاو	مرادی	تورج
1376	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه تهران	بشارت	محمدعلی
1379	تبریز	مرد	کارشناسی ارشد	-	عبدی	رضا
1381	اصفهان	زن	دکترای تخصصی	-	برومند	رعنا
1377	تهران	مرد	دکترای تخصصی	پژوهشکده خانواده	عابدین	علیرضا
-	تبریز	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه تبریز	داداش زاده	حسین
-	شیراز	مرد	دکترای تخصصی	کلینیک دکتر قریشی	نظیری	قاسم
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی	متولیان سیدی	مولود سادات
1378	تهران	زن	کارشناسی ارشد	مرکز اورژانس اجتماعی شهید نواب صفوی	گدازنده	زهرا- میترا
1379	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	بهرامی	منصور
1382	تهران	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره میثاق نور	عرب گل	مریم
1382	کرج	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره معین	صف آراء	مریم
1382	تهران	زن	کارشناسی ارشد	انستیتو روانکاو	جوهری	فلورا
-	کرمانشاه	مرد	دکترای تخصصی	علوم پزشکی کرمانشاه	صادقی	خیرالله
1378	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	تاجری	بیوک
1382	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	زارعی دوست	الهام

1378	شیراز	زن	کارشناسی ارشد	بیمارستان روانپزشکی ابن سینا	اورنگی	مریم
1378	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	کلینیک آراد	آزادی عصر	سعید
1375	تهران	زن	کارشناسی ارشد	انستیتو روانپزشکی تهران	پهلوانی	هاجر
1379	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	رضایی	مظاهر
1375	تهران	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان آیت الله طالقانی	بحرینیان	سید عبدالمجید
1383	کرمانشاه	زن	کارشناسی ارشد	-	سعیدی	مژگان
1380	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	فدائی	مهدی
1381	تهران	زن	کارشناسی ارشد	کلینیک روانشناسی مهریار	غیور مینائی	متین
1382	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	وزارت آموزش و پرورش	عیسی مراد	ابوالقاسم
1379	زاهدان	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان بهاران	مجاهد	عزیز الله
-	اهواز	زن	کارشناسی ارشد	-	ولی پور	زیبا
-	سنندج	زن	کارشناسی ارشد	-	طیری	فریبا
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	دولابی	خلیل
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	قادری	نیلوفر
1382	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	اشرفی	اکرم
1385	شیراز	مرد	کارشناسی ارشد	جهاد دانشگاهی استان فارس	بrazنده	مطلب
1377	تهران	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره	علیزاده	شهناز
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	فرهنگستان علوم پزشکی	لاجوردی	سیاوش
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	طهماسبی	سیامک
1389	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	دهقانی	محمود
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی	فرامرزى نیا	الهام
1381	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	کلینیک همراز	پور علی بابا	بهزاد
1382	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	انستیتو روانکاو	فرزانه پی	علیرضا
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	انستیتو روانکاو	بدایع	اصغر
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	شهباز پور	ابراهیم
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	عبادی زارع	سعید

-	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	حدادی	روح الله
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	انستیتو روانپزشکی تهران	فرزین راد	بنفشه
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	ناصری	حسین
1376	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	موسوی	شعله
1385	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	فارغ زاده	زهرا
1386	یزد	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه یزد	بخشایش	علیرضا
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشجو	زرگر	فاطمه
1383	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	زرگری نژاد	غزاله
1385	خلخال	مرد	کارشناسی ارشد	-	عزیزی	مرتضی
-	اسلامشهر	مرد	کارشناسی ارشد	-	محمدی	علیرضا
-	-	زن	کارشناسی ارشد	-	لطفی	مژگان
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	اکبری	اشرف
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	خوسفی	هلن
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	منیرپور	نادر
1383	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	مؤسسه بنیاد جانبازان صدر	میرزایی	جعفر
-	اردبیل	مرد	کارشناسی ارشد	سازمان بهزیستی استان اردبیل	مهران پور	علی
-	-	زن	کارشناسی ارشد	-	نورعلی	زهرة
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	خدایاری فرد	صبا
-	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	-	محرابی	علی
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	محمدی	ابوالفضل
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	امیری	مهدی
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	وفا	فرنگیس
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	-	علی بیگی	ندا
-	ساری	مرد	کارشناسی ارشد	اداره کل بنیاد شهید مازندران	امیرخانلو	عادل
1385	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه علوم تحقیقات حصارک	ایزدی	شیرین
-	نهادند	مرد	کارشناسی ارشد	-	زمانی فرد	مراد

-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	عاشوری	احمد
-	آذربایجان شرقی	مرد	کارشناسی ارشد	-	فرزین پور	رامین
-		زن	کارشناسی ارشد	-	عاقبتی	اسماء
-	مشهد	زن	دکترای تخصصی	دانشجو	اصغری پور	نگار
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	رحیمیان بوگر	اسحق
-	-	زن	کارشناسی ارشد	-	شاه مرادی	رضوان
1385	تبریز	مرد	کارشناسی ارشد	واحد مشاوره بیماریهای رفتاری میاندوآب	صالحیان	پژمان
1388	مشهد	مرد	کارشناسی ارشد	-	روستائی	مرتضی
-	کرمانشاه	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	بستان	نبی
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	وکیلی	یعقوب
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	کلینیک توحید	عزیزاده	فاطمه
-	مشهد	زن	کارشناسی ارشد	-	نوعی	زهرا
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	رسول زاده	زینب
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	اشتاد	الهام
-	بندرعباس	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره شرکت نفت بندرعباس	فرجی	سروه
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه شاهد	اکبری	مهدی
-	تبریز	مرد	کارشناسی ارشد	مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز	صفی خان لو	سلمان
-	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	عقیلی	مهدی
1389	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	طاهری فر	زهرا
1389	کرج	زن	کارشناسی ارشد	مرکز غدد بیمارستان شریعتی	زارع	مریم
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	داداشی	محسن
1389	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	حسینی	سید روح الله
1389	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	انفرادی	سیده حامده
1389	بیرجند	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند	فتاح زاده	محمد رضا

1386	تهران	مرد	دکترای تخصصی	مرکز مشاوره دانشگاه تهران	پورشریفی	حمید
1379	تنکابن	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه تنکابن	رحمانی	محمدعلی
1378	تهران	زن	کارشناسی ارشد	کلینیک سینا	شاهرخی	مریم
-	کرمان	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه شهید باهنر کرمان	بنی اسدی	حسن
1382	ایلام	مرد	کارشناسی ارشد	مطب خصوصی	ملک احمدی	اکبر
1387	اهواز	زن	کارشناسی ارشد	-	پورلطفی	مهناز
1385	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه تربیت معلم	محمدخانی	شهرام
1388	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	سهرابی	سمیرا
1385	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه ع. پ. تهران	فراغتی	مریم
1387	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	-	تقوی	سید آرش
1387	مشهد	مرد	کارشناسی ارشد	کلینیک حسین ابن علی مشهد	رزم یار	هادی
1387	بیرجند	زن	کارشناسی ارشد	مرکز جامع درمان و پیگیری بیماران روانی مزمن بیرجند	اشراقی	صدیقه
1388	ساری	مرد	کارشناسی ارشد	گروه مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان	غفاری	مجید
1388	بندرعباس	زن	دکترای تخصصی	-	مرادی	فریبا
-	تهران	زن	کارشناسی ارشد	-	ایزدیان	ساره
1387	تربت حیدریه	مرد	کارشناسی ارشد	آموزش و پرورش	جهانی مقدم	مهدی
1388	زاهدان	زن	کارشناسی ارشد	مرکز مشاوره همدلان	نیکبخت	زهرا
1387	مرند	زن	کارشناسی ارشد	اداره بهزیستی مرند	عیدی	مریم
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشجو	بهره دار	محمدجواد
1383	تهران	زن	کارشناسی ارشد	انستیتو روانکاوی	جوهری	فروزان
1387	تهران	زن	کارشناسی ارشد	بیمارستان روانپزشکی صدر	آجودانی	آرزو
1380	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	مطب دکتر نیلی پور	محمدی	انتاش
1386	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	-	حقایق	سیدعباس
1385	اهواز	زن	کارشناسی ارشد	-	امیرلو	فرحناز
1386	قوچان	مرد	کارشناسی ارشد	اداره بهزیستی قوچان	رحیمی	هادی

1388	اردبیل	مرد	کارشناسی ارشد	درمانگاه شبانه روزی ایثار اردبیل	وطن خواهی	اکبر
1388	تهران	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان صدر	ایمانی	سعید
1387	زنجان	زن	کارشناسی ارشد	کلینیک دیابت زنجان	کیانی	قمر
1385	کیش	زن	کارشناسی ارشد	اداره بهزیستی کیش	رفعت ماه	آذر
-	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه ع. پ. تهران	فتحعلی لواسانی	فهیمة
-	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	-	بابادی	علیرضا
1387	کاشان	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی کاشان	امیدی	عبدا...
1375	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی ارتش	گودرزی	ناصر
1386	مغان	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان	سکونت	بهنام
1376	اصفهان	مرد	کارشناسی ارشد	-	نصیری ده سرخی	حمید
-	تهران	مرد	دکترای تخصصی	انستیتو روانپزشکی تهران	عبدالی	زاهد
1378	تهران	زن	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	محمدخانی	پروانه
1373	اهواز	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه جندی شاپور اهواز	خواجه موگهی	ناهید
1377	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه شهید بهشتی	پوراعتماد	حمیدرضا
1372	تهران	مرد	دکترای تخصصی	-	فروع الدین عدل	اصغر
1387	اصفهان	مرد	دکترای تخصصی	بیمارستان هاجر شهر کرد	پالاهنگ	حسن
1385	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	دانشگاه علامه طباطبائی	اکبری زردخانه	سعید
1388	تهران	مرد	دکترای تخصصی	مرکز مشاوره دانشگاه تهران	حمیدپور	حسن
1372	تهران	مرد	کارشناسی ارشد	وزارت نفت	علی محمدی	سهراب
1385	تهران	مرد	دکترای تخصصی	دانشگاه محقق اردبیلی	صبحی قراملکی	ناصر
1384	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه علوم تحقیقات	حبیبی	فرزانه
1377	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	ملائی	فاطمه
1385	تهران	زن	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	اصلائی	مهری

مقایسه وضعیت رشته روانشناسی بالینی در ایران با کشورهای منطقه چشم اندازی و سطح بین المللی

سالهای اخیر، دوران رشد و تکامل روانشناسی بالینی و نیز درگیری و پیدایش مشکلات و معضلات آن در کشورهای مختلف بوده است. این تکوین و تکامل و دست یابی به موقعیت و وضع فعلی، عوامل مختلفی دارد در حال حاضر، روانشناسی بالینی بر اساس وظیفه و موقعیت خود از متخصصین می خواهد تا در سه قلمرو از این دانش، مهارت لازم را از خود نشان دهند:

۱- تشخیص - به ایجاد و تکامل روشهایی جهت شناخت علل، چگونگی شکل گیری علائم و سیر بیماریهای روانی کمک می کند.

۲- درمان - کشف و استفاده از روشهایی برای تغییر مطلوب در وضع روانی و رفتاری فرد.

۳- پژوهش، برخورد علمی، آزمایشگاهی و یا کلینکی برای پیشرفت و گسترش دانش بشری در زمینه رفتار انسان

طرح کلی برنامه ریزی برای تدریس و تعلیم روانشناسان بالینی در آغاز و به طور عمده در آمریکا به وسیله «کمیته تعلیمات عالی و حرفه ای انجمن روانشناسی آمریکا» و «انجمن روانشناسی عملی» ارائه شده است. این برنامه دانشگاهی شامل یک دوره چهار ساله پس از لیسانس است و منجر به دریافت درجه PH.D که بالاترین درجه علمی است، می شد. علاوه بر آن، یک سال کارورزی (انترنی) در بیمارستان، یا کلینیک و یا یکی از موسسات مربوط به مسایل روانی، الزامی است. بر اساس دروس اساسی در روانشناسی، دروسی در زمینه روانشناسی دینامیک، روانشناسی بالینی و کارآموزیهای مختلف در این زمینه ها ارائه می شود. در این برنامه، تاکید بر ایجاد تبحر در تشخیص، درمان و تحقیق است که تحت نظارت دقیق و دایمی استاد راهنما می باشد. در این جا باید اشاره شود که در سالهای اخیر به علت نیاز زیاد به روانشناسان بالینی و به خاطر دشوار بودن دریافت درجه ph.D در تعدادی از دانشگاه های آمریکا، روش تدریس خاصی به اجرا در می آید که در نهایت منجر به دریافت دکترای روانشناسی بالینی می شود. این روش، جنبه های نظری و پژوهشی علمی وسیعی ندارد، اما در عوض از لحاظ عملی و بالینی غنی تر است، البته هنوز همه گیر نشده است و طرفداران و مخالفان جنبه های مثبت و منفی آن را مورد بحث شدید قرار می دهند.

در سال ۱۹۴۷ «انجمن روانشناسی آمریکا» مسئله نیاز به معیارهای مشخصی را در آموزش کارورزی و فعالیت حرفه ای روانشناسان بالینی مطرح کرد؛ زیرا عده ای افراد ناصالح که «روان سنج» خوانده می شدند و چیزی بیش از تکنیسین روانشناسی نبودند، به عنوان روانشناس بالینی فعالیت می کردند. درست مانند وضع فعلی در ایران. «انجمن روانشناسی آمریکا» برای رفع این مشکل، کمیته کارورزی در روانشناسی بالینی را مامور ایجاد یک الگوی مطلوب برای تعیین معیارهایی دقیق کرد. تعیین این معیارها برای ایجاد برنامه های روانشناسی بالینی در موسسات بود. کمیته روانشناسی بالینی انجمن روانشناسی آمریکا، با انجمن روانپزشکی آمریکا، کمیته مشترکی تاسیس کردند تا به کمک

اداره بهداشت روانی وزارت بهداشتی و به خصوص کمک مالی آن، معیارهای لازم را برای آموزش و کارورزی روانشناسان بالینی مهیا سازند.

ایجاد «بوردهای ممتحنه» در «روان شناسی حرفه ای»، یکی از مهمترین رویدادهایی است که در روان شناسی آمریکا به وقوع پیوست. این بوردها که شبیه بوردهای پزشکان است، در مجموع همان معیارها را نیز دارد. این بوردها در سال ۱۹۴۷ با عضویت ۹ نفر تشکیل شد. قرار بود دیپلم بوردها به کسانی داده شود که پس از دریافت درجه ph.D حداقل ۵ سال تجربه بالینی در یکی از مراکز قابل قبول داشته باشد. برای پیشرفت روانپزشکی، انجمن ها و رشته های وابسته به آن مانند «انجمن روانپزشکان آمریکا» که کمیته مشترک «روان شناسی بالینی» را با کمک انجمن روانشناسان آمریکا ایجاد کرده است، و نیز انجمن ارتوسایکایتری و گروهی دیگر، سعی کردند تا رابطه فعالیت های تشخیصی و درمانی بین روانشناسی بالینی و روانپزشکی را روشن سازند. تمام این کوشش ها تأثیرات مهمی در ایجاد استانداردهای دقیق حرفه ای، شرح وظایف، صدور تاییدیه علمی و مجوز کار گذارده اند.

جنبه دیگر دادن اجازه کار به روانشناسان بالینی، جلب توافق مراجع دولتی بود. برای این که مردم از شر شیادان حرفه ای محفوظ بمانند، قوانینی از مراجع ایالتی گذرانده شد. در کل، دو نوع مجوز کار برای روانشناسان پیشنهاد شد و در ایالت های مختلف به اجرا درآمد. یکی مجوز عمومی برای کار روانشناسانی که درجه ph.D در روان شناسی و یک سال سابقه کار عملی در رشته خود دارند و دیگری مجوز تخصصی، برای گرفتن مجوز تخصصی، علاوه بر داشتن ph.D در روانشناسی بالینی به ۵ سال سابقه فعالیت و تجربه در این زمینه نیاز بود. البته در حال حاضر، مجوز عمومی توسط ایالت و مجوز خصوصی توسط بوردهای تخصصی در روانشناسی بالینی داده می شود. در حال حاضر، روانشناسانی می توانند به طور مستقل در روانشناسی بالینی در آمریکا داشته باشند و یا فعالیت کلینیکی مستقلی مانند روانپزشکان و سایر رشته های پزشکی داشته باشند که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

۱- دارای دیپلم بوردهای تخصصی روانشناسی باشند.

۲- دارای مجوز کار توسط هیات ممتحنه بوردهای تخصصی، از یکی از ایالت ها باشند.

۳- دارای مجوز بوردهای تخصصی انجمن روانشناسی از یکی از ایالت ها باشند، روانشناسانی که هیچ کدام از شرایط مذکور را ندارند، می توانند در موسسات و زیر نظر متخصصین صالح انجام وظیفه کنند.

و اما برنامه ای که توسط انجمن روانشناسی آمریکا مورد تایید قرار گرفته است و دانشگاه ها الزاماً باید آن را به کار گیرند، به ترتیب زیر است:

پس از دریافت درجه فوق لیسانس، دوره دکترا آغاز می شود. این دوره حدوداً چهار سال طول می کشد و پس از آن گذراندن یک سال انترنی نیز لازم است.

سال اول، بیشتر دروس عمومی پیشرفته که دانستن آنها برای تمام رشته ها لازم است، ارائه می شود. همچنین شرایطی فراهم می گردد که دانشجوی را در جهت فهم محتوای روانشناسی بالینی و روشهای آن یاری کند. این کار به وسیله مشاهده رفتارهای سالم و ناسالم انسانها در کلینیک ها، بیمارستان ها و موسسات مربوط به آن انجام می شود. هدف از انجام این برنامه، بیشتر شناخت و توصیف دقیق رفتار، موقعیت ها و شرایط مختلف انسانی است.

استفاده از تکنولوژی جدید مانند ضبط صوت، فیلم، ویدئو، تلویزیون مدار بسته و آینه های یک طرفه می تواند در انجام این برنامه کمک موثری باشد. آموزش در زمینه آزمونهای روانی به خصوص از جنبه تاریخی، نظری، عملی و کارآموزی با وسایل ساده، همچنین دروسی در زمینه روشهای روانشناسی تجربی در رابطه با مسایل مربوط به شخصیت، قسمتی از برنامه های سال اول است.

سال دوم، عمدتاً صرف یادگیری شیوه اجرای آزمونهای مشکل تر و پیشرفته تر تشخیصی می گردد. این کار به خصوص در شرایط عملی انجام می شود. همچنین آشنایی مقدماتی با نظریه ها و اصول درمان، مخصوصاً روان درمانی و رفتار درمانی، در این مرحله صورت می گیرد.

سال سوم، به دوره انترنی اختصاص دارد و در یکی از مراکز معتبر انجام می شود. این مراکز باید برای شناخت و درمان انواع ناهنجاریها از تسهیلات کافی برخوردار باشند. وظیفه و هدف اصلی دوره انترنی این است که اساتید تحت نظارت و هدایت دقیق خود، تجارب بالینی را به کارآموز یاد دهند. در این مرحله، دانشجوی به طور تمام وقت و مداوم، با مسایل تشخیصی، درمانی و پژوهشی سر و کار پیدا می کند. یکی از موضوع های مهم در این دوره، ارتباطی است که روانشناسی بالینی به صورت کار تیمی با متخصصین رشته های وابسته پیدا می کند. این شیوه کار، باعث می شود که روانشناس اهمیت و ارزش روش تیمی را در تشخیص و درمان بهتر و بیشتر مشاهده و درک کند. این دوره همچنین فرصتی به دانشجوی می دهد تا تحقیقات مقدماتی خود را برای تنظیم پایان نامه دکترا انجام دهد.

سال چهارم، صرف شرکت در سمینارها، مسایل حرفه ای و تخصصی، به پایان رساندن کارهای مربوط به پایان نامه دکتری و شرکت در سمینارهای بین حرفه ای به خصوص رشته روانپزشکی می شود.

همانطور که قبلاً اشاره شد، بر خلاف سایر رشته های روانشناسی که از اروپا سرچشمه گرفته اند، رشته روانشناسی بالینی ریشه در آمریکای شمالی دارد. البته در سالهای اخیر به خاطر نیاز مبرم به متخصصین رشته های روانی، در بسیاری از کشورهای جهان نیز تخصص روانشناسی بالینی مطرح شده است و هر یک از این کشورها، فراتر شرایط و امکانات اجتماعی خود به اشاعه این تخصص پرداخته اند. در بعضی از کشورها نیز به جهات و علل مختلف، این رشته یا وجود ندارد و یا این که در مراحل ابتدایی رشد است.

روانشناسی بالینی در هندوستان

روانشناسی به معنای علمی و حرفه ای آن، بیش از نیم قرن است که در هندوستان سابقه دارد و حتی بخشی از شرایط دریافت لیسانس یا فوق لیسانس در دانشگاه، گذراندن دوره پایه روانشناسی است. از سال ۱۹۴۷ که هندوستان استقلال یافت، دپارتمانهای مستقل روانشناسی در دانشگاه ها برقرار شدند (شاملو، ۱۳۷۰). با آنکه روانشناسی بالینی در هندوستان تاریخچه ای نسبتاً کوتاه دارد اما امروزه این دانش کاربردی یکی از اصلی ترین مشاغل بهداشت روانی در آن کشور به شمار می رود و روانشناسان بالینی در موسسات دولتی و خصوصی به نحو وسیعی در زمینه تشخیص روانی، به فعالیت هایی مانند گرفتن تاریخچه فردی، مصاحبه بالینی و اجرای آزمونها می پردازند. تعدادی نیز با همکاری روانپزشکان و یا مستقل از آنها به روان درمانی می پردازند (عسگری، ۱۳۸۰). برای نخستین بار و برای مدتی کوتاه آموزش روانشناسی بالینی در سال ۱۹۵۱ در دانشگاه بنارس^۱ آغاز گردید اما شروع واقعی آن با تشکیل دوره آموزشی دیپلم روانشناسی پزشکی - اجتماعی^۲ در بنگلور^۳ به سال ۱۹۵۶ بر میگردد. انجمن روان شناسان بالینی هندوستان به سال ۱۹۸۶ و به دنبال آن مجله روانشناسی بالینی هند در سال ۱۹۷۴ آغاز به کار کردند (همان منبع).

در سال ۱۹۰۶ برای نخستین بار درس روانشناسی تجربی در دانشگاه کلکته^۴ ارائه گردید و پس از آن در سال ۱۹۱۶ نخستین بخش مستقل روانشناسی توسط دکتر گوپتا^۵ تشکیل شد. در سال ۱۹۲۱ انجمن روانکاوای هندوستان توسط بس^۶ پایه گذاری گردید. از این رو عده ای دوره پیش از سال ۱۹۵۰ را به عنوان نخستین مرحله تحول روانشناسی بالینی در هندوستان می دانند (گوپتا، ۱۹۸۸، به نقل از عسگری، ۱۳۸۰).

دومین مرحله، با آموزش رسمی دوره دیپلم در روانشناسی بالینی در بخش روانشناسی دانشگاه بنارس و تاسیس نخستین بخش روانشناسی بالینی به سال ۱۹۵۳ در موسسه بهداشت روانی هندوستان که هم اکنون به عنوان موسسه ملی بهداشت روانی و علوم اعصاب نامیده می شود آغاز شد (همان منبع).

برنامه دوره دکتری روانشناسی بالینی در موسسه عالی پژوهش و آموزش پزشکی چندیگر^۷ در سال ۱۹۷۳ آغاز و سپس در سایر نقاط شهری هندوستان مانند دهلی^۸، لکنو^۹، بنارس، مدرس^{۱۰} و ... گسترش یافت.

در هند روانشناس بالینی به کسانی گفته می شود که افزون بر دانشنامه کارشناسی ارشد روانشناسی دارای دو سال سابقه کار تشخیصی - درمانی زیر نظر استادان روان شناسی و روانپزشکی در بیمارستانها و سازمانهای روانپزشکی باشند یا اینکه پس از کارشناسی ارشد روانشناسی، سه سال دوره آموزشی - پژوهشی (دوره دکتری) را طی کرده

¹ - Banaras hindu University

² - DM&SP

³ - Bangalore

⁴ - Calcutta

⁵ - Gupta

⁶ - Bose

⁷ - Chandigarh

⁸ - Delhi

⁹ - Luchnow

¹⁰ - Madras

اند. در حال حاضر حدود ۶۰۰ روانشناس بالینی متخصص در کشور هند مشغول به کار هستند که بیشتر آنان دارای دانشنامه دیپلم در روانشناسی پزشکی - اجتماعی یا دکتری می باشند. این متخصصان بیشتر در شهرهای رانچی، بنگلور، احمد آباد و چند دیگر کار می کنند و تنها نیمی از آنان اعضای دائمی انجمن روانشناسان بالینی هندوستان هستند (ورما^۱، ۱۹۹۶، به نقل از عسگری، ۱۳۸۰).

انجمن روانشناسی هندوستان در سال ۱۹۷۵ کمیسیون ملی آزمون^۲ را مامور تدوین اساسنامه و نظارت بر تهیه و اجرای آزمونها و آزمونگری در هندوستان کرد (همان منبع).

روانشناسی بالینی در ترکیه

روانشناسی بالینی در ترکیه پدیده نسبتاً جدیدی است. امکانات و شرایط برای فعالیت در این زمینه محدود است. البته، در سالهای اخیر، روانشناسان بالینی در زمینه های تشخیصی مانند اجرای آزمونها، مصاحبه بالینی، مشاوره و راهنمایی فعالیت هایی را آغاز کرده اند. در برخی از مراکز پزشکی، به روانشناسان بالینی فرصت داده می شود تا فعالیت های درمانی و تشخیصی خود را دنبال کنند. البته تعداد آنها محدود است و برنامه آموزشی و کارورزی خاصی که منجر به گرفتن تخصص در این زمینه باشد، موجود نیست. دانشجویان پس از دریافت لیسانس، در برنامه های کارآموزی مربوط به اجرای آزمونها و روان درمانی شرکت می کنند و به عنوان کارشناس روانشناسی با همکاری روانپزشکان و تحت نظارت آنها به تشخیص و درمان می پردازند. مراکز مشاوره و راهنمایی در ترکیه تابع قوانین و مقررات خاصی نیستند و هر فردی قانوناً آزاد است تا با تاسیس این گونه مراکز، به فعالیت در این زمینه بپردازد (شاملو، ۱۳۷۰).

¹ - verma

² - National test caommission

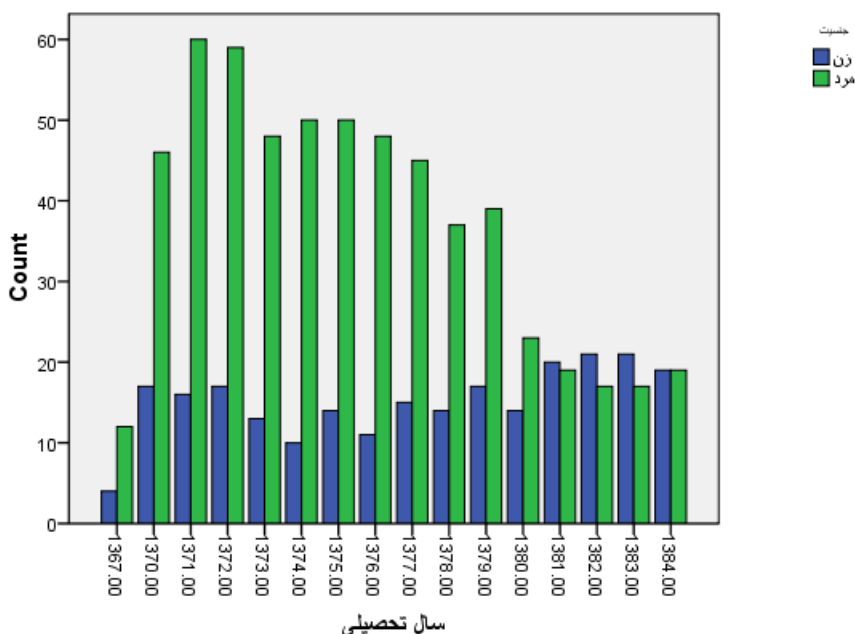
مباحث تحلیلی و مقایسه وضعیت علمی کشور در رشته روانشناسی بالینی با دو کشور منطقه و یک کشور توسعه یافته

نتایج جدول ۵-۱- نشان می دهد که وزارت بهداشت در رشته روان شناسی بالینی از سال ۱۳۶۷ شروع به پذیرش دانشجویان در مقطع کارشناسی ارشد کرده است که در سال ۱۳۶۷ در مقطع کارشناسی ارشد ۴ زن و ۱۲ مرد وارد رشته روان شناسی در این وزارت خانه شدند. این تعداد در سال ۱۳۸۴ این موازنه جنسیت به ۱۳ زن و ۱۰ مرد افزایش پیدا کرد. بررسی تعداد پذیرش دانشجویان بر حسب جنسیت نشان می دهد که تا سال ۱۳۸۰ تعداد مردان نسبت به زنان برتری داشت و از این سال نسبت زنان در پذیرش در مقطع کارشناسی ارشد این وزارت خانه روند افزایشی پیدا کرد (نمودار ۶-۱).

این وزارت خانه از سال ۱۳۷۷ در مقطع دکتری تخصصی با پذیرش ۲ دانشجوی زن و ۵ دانشجوی مرد در مقطع دکتری شروع به کار کرد. این عدم موازنه در پذیرش دانشجویان در مقطع دکتری تخصصی به غیر از سال های تحصیلی ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ ادامه داشته است و همیشه تعداد و نسبت پذیرش این وزارت خانه برای مردان بیشتر از زنان بوده است.

این وزارت خانه از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۸۴ ۸۳۲ دانشجویان در مقطع تحصیلات تکمیلی دانشجویان در رشته روانشناسی بالینی داشته است که از این تعداد ۲۴۳ نفر زن (۲۹/۲۰٪) و ۵۸۹ نفر مرد (۷۰/۸۰٪) بودند.

Bar Chart



نمودار ۶-۱- توزیع دانشجویان تحصیلات تکمیلی وزارت بهداشت به تفکیک جنسیت و سال تحصیلی از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۸۴

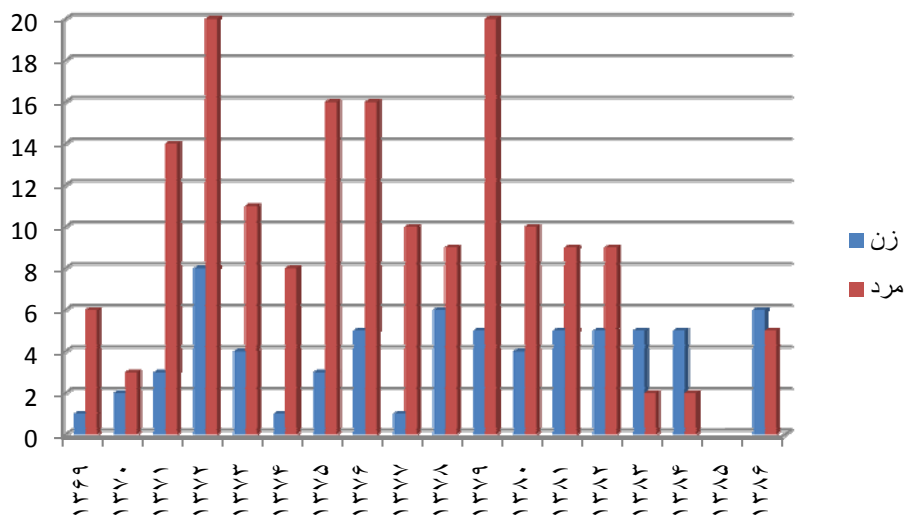
نتایج جدول ۵-۲ در خصوص توزیع فراوانی دانشجویان رشته روانشناسی بالینی در سال ۱۳۸۵ در وزارت بهداشت حاکی از آن است که در این سال ۱۸ دانشجوی زن و ۱۶ دانشجوی مرد در مقطع کارشناسی ارشد و ۶ دانشجوی زن در مقطع دکتری تخصصی در برابر ۹ دانشجوی مرد مشغول به تحصیل بودند. بررسی توزیع فراوانی نشان می‌دهد که در مقطع کارشناسی ارشد سال ۱۳۸۵ اولین سالی بوده است که نسبت پذیرش زنان بر مردان برتری داشته است اما این نسبت در مقطع دکتری بدون تغییر بوده است. این وزارت خانه در مجموع در مقطع تحصیلات تکمیلی در این سال ۴۹ دانشجو پذیرش کرده است که از این تعداد ۲۴ نفر زن و ۲۵ مرد بودند.

نتایج جدول ۵-۳ در خصوص توزیع فراوانی دانشجویان رشته روانشناسی و روانشناسی بالینی در سال ۱۳۸۶ در وزارت بهداشت حاکی از آن است که در این سال ۳۰ دانشجوی زن و ۲۱ دانشجوی مرد در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۱ دانشجوی زن در مقطع دکتری تخصصی در برابر ۲۷ دانشجوی مرد مشغول به تحصیل بودند. بررسی توزیع فراوانی نشان می‌دهد که در مقطع کارشناسی ارشد سال ۱۳۸۶ دومین سالی بوده است که نسبت پذیرش زنان بر مردان برتری داشته است اما این نسبت در مقطع دکتری بدون تغییر بوده است. این وزارت خانه در مجموع در مقطع تحصیلات تکمیلی در این سال ۸۹ دانشجو پذیرش کرده است که از این تعداد ۴۱ نفر زن و ۴۸ مرد بودند و می‌توان گفت که نسبت به سال قبل تقریباً ۱/۸ برابر روند افزایشی در میزان پذیرش دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی داشته است.

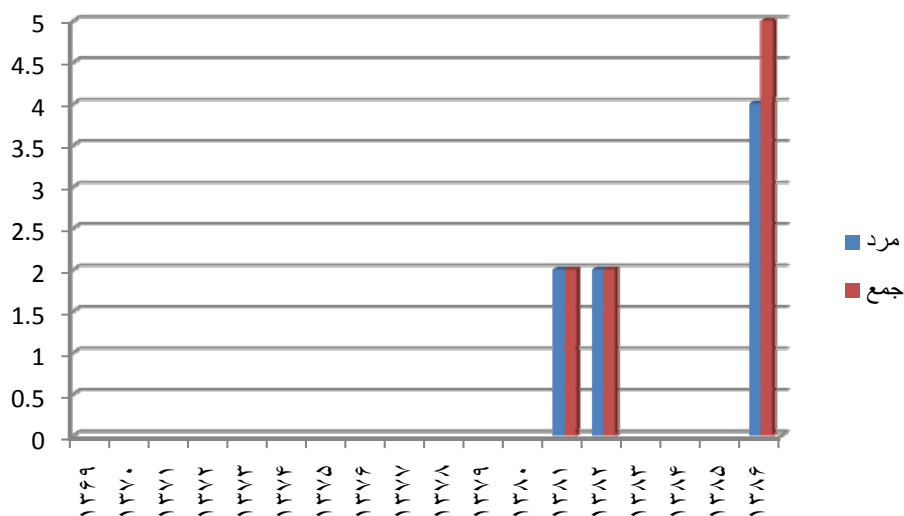
نتایج جدول ۵-۴ در خصوص توزیع فراوانی دانشجویان رشته روانشناسی بالینی در سال ۱۳۸۷ در وزارت بهداشت حاکی از آن است که در این سال ۳۷ دانشجوی زن و ۲۴ دانشجوی مرد در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۴ دانشجوی زن در مقطع دکتری تخصصی در برابر ۲۸ دانشجوی مرد داشته است. بررسی توزیع فراوانی نشان می‌دهد که در مقطع کارشناسی ارشد سال ۱۳۸۷ سومین سالی بوده است که نسبت پذیرش زنان بر مردان برتری داشته است اما این نسبت در مقطع دکتری بدون تغییر بوده است. این وزارت خانه در مجموع در مقطع تحصیلات تکمیلی در این سال ۱۰۳ دانشجو داشته است که از این تعداد ۵۱ نفر زن و ۵۲ مرد بودند و می‌توان گفت که نسبت به سال قبل تقریباً ۱/۱۶ برابر روند افزایشی در میزان دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی داشته است.

نتایج جدول ۵-۵، ۵-۶، ۵-۷ و ۵-۸ حاکی از آن است که در مجموع در طی این سالها وزارت بهداشت موفق شده است که طی برنامه های آموزشی و تربیتی خود ۲۳۹ دانش آموخته روانشناسی بالینی در مقطع کارشناسی ارشد شامل ۶۹ زن و ۱۷۰ مرد را تربیت نماید و در مقطع دکتری ۹ دانش آموخته شامل ۱ زن و ۸ مرد را تحویل جامعه علمی داده است و در مجموع ۲۴۸ دانش آموخته در طی این سالها تربیت کرده است که از این تعداد ۷۰ نفر زن و ۱۷۸ نفر مرد بوده است. نتایج تحلیل ها حاکی از آن است که تعداد فارغ التحصیلان مرد نسبت به زنان ۲/۲۲ برابر بوده است اما بررسی نتایج نمودار فارغ التحصیلات مقطع کارشناسی ارشد در نمودار ۲-۴ نشان می‌دهد که تعداد فارغ التحصیلان زن نسبت به مرد در سال های قبل از ۱۳۸۲ کمتر بوده است و از این سال تعداد زنان بر مردان پیشی می‌گیرد اما در مقطع دکتری این رقابت همچنان به نفع مردان باقی بوده است.

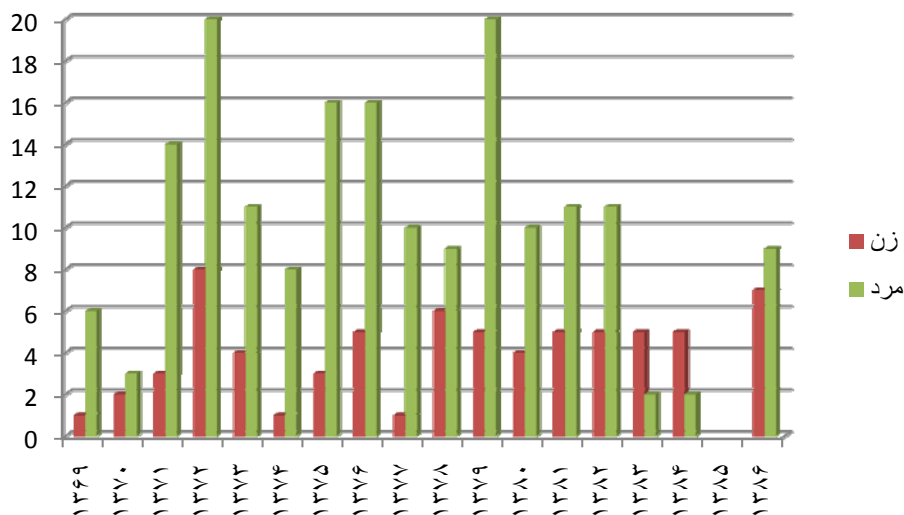
نتایج نمودار ۶-۴- نشان می دهد که نرخ فارغ التحصیلی دانشجویان در مقطع تحصیلات تکمیلی نشان می دهد که با وجود بالا بودن نرخ دانش آموختگان زن در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در سال های قبل و بعد این دو سال بازم هم نرخ دانش آموختگان مرد بیشتر است.



نمودار ۶-۲- توزیع فراوانی دانش آموختگان وزارت بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در سال های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۶ به تفکیک جنسیت



نمودار ۶-۳- توزیع فراوانی دانش آموختگان وزارت بهداشت در مقطع دکتری تخصصی روانشناسی بالینی در سال های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۶ به تفکیک جنسیت



نمودار ۶-۴- توزیع فراوانی دانش آموختگان وزارت بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی روانشناسی بالینی در سال های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۶ به تفکیک جنسیت

نتایج جدول ۵-۹- نشان می دهد که در مجموع ۱۰۲ نفر از فارغ التحصیلان رشته روانشناسی بالینی به عنوان عضو هیات علمی در دو وزارت خانه علوم و بهداشت از سال های ۱۳۴۹ تا سال ۱۳۸۵ مشغول به کار هستند که از این تعداد دو نفر در سمت استادی، ۹ نفر دانشیاری، ۳۸ نفر استادیاری و ۵۳ نفر مربی گری فعالیت می کنند.

نتایج جدول ۵-۱۰- نشان می دهد که از بین ۲۱۳ عضو انجمن روانشناسی بالینی ۹۳ نفر زن (۴۴٪) و ۱۲۰ نفر مرد (۵۶٪) هستند که تاریخ فارغ التحصیلی آنها از سال ۱۳۵۹ تا سال ۱۳۸۹ بوده است. از این تعداد ۱۴۱ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۷۲ نفر دکتری تخصصی بودند.

فصل چهارم

ارایه دسته بندی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و
تهدیدها برای رسیدن به دورنما

عوامل استراتژیک (فرصت‌ها - تهدیدهای خارجی و نقاط قوت و ضعف داخلی)

عواملی که در آینده انجمن بیشترین تاثیر را دارند.

یکی از ابزارهای مورد استفاده جهت مدیریت استراتژیک آنالیز SWOT می باشد.

آنالیز SWOT یکی از ابزارهای استراتژیک تطابق نقاط قوت و ضعف درون سازمان با فرصت‌ها و تهدیدهای برون سازمان است.

برای این منظور چهار حالت کلی وجود دارد و گزینه‌های استراتژی از بین آنها انتخاب می‌شوند.

- چگونه می‌توان با بهره‌گیری از نقاط قوت حداکثر بهره‌برداری را از فرصت‌ها انجام داد (SO)
- چگونه با استفاده از نقاط قوت می‌توان اثر تهدیدات را حذف کرد یا کاهش داد (ST)
- چگونه باید با بهره‌گیری از فرصت‌ها نقاط ضعف را تبدیل به نقطه قوت کرد یا از شدت نقاط ضعف کاست (WO)
- چگونه باید با کاهش دادن نقاط ضعف تاثیر تهدیدات را کاهش داد یا تاثیرشان را حذف نمود. (WT)

الف - نقطه قوت

نقطه قوت یک سازمان یک کاربرد موفق از یک شایستگی یا بهره‌برداری از یک عامل کلیدی در جهت توسعه رقابت پذیری سازمان می باشد.

مزیت‌های شما چیست؟

چه چیزی را خوب انجام می‌دهید؟

ب - نقطه ضعف

نقطه ضعف یک سازمان یک کاربرد ناموفق از یک شایستگی یا عدم بهره‌برداری از یک عامل کلیدی که رقابت پذیری شرکت را کاهش می‌دهد.

چه چیزی می‌تواند بهبود داده شود؟

چه چیز بطور نامناسبی انجام می‌شود؟

از چه چیزی می‌توان اجتناب کرد؟

ج- فرصت

یک فرصت یک حالت خارجی است که می تواند بصورت مثبت بر پارامترهای عملکردی سازمان تاثیر گذاشته و مزیت رقابتی که ایجاد کننده اقدامات مثبت در زمان مناسب است را بهبود دهد. از جمله فرصتهای پیش روی یک سازمان می توان به بازارهای توسعه یافته همچون اینترنت و نیز حرکت به سمت بخش جدیدی از بازار که سود بیشتر دارد و یا بازارهای رها شده توسط رقبا اشاره کرد.

در چه جایی با تغییرات مثبت روبرو هستید؟

چه روندهایی جالب و مورد توجه می باشند؟

د- تهدید

یک تهدید یک حالت خارجی است که می تواند بصورت منفی بر پارامترهای عملکردی سازمان تاثیر گذاشته و مزیت رقابتی که ایجاد کننده اقدامات مثبت در زمان مناسب است را کاهش دهد. از جمله تهدیدات می توان به ظهور رقبای جدید، معرفی محصول جدید توسط رقبا، مالیات بر روی کالاهای ارائه شده و غیره اشاره کرد.

مراحل انجام آنالیز SWOT

- ۱- تشکیل جلسه تجزیه و تحلیل SWOT
- ۲- توضیح اجمالی هدف جلسه و مراحل انجام کار
- ۳- انجام طوفان ذهنی برای شناسایی عوامل داخلی (نقاط قوت و ضعف) و عوامل خارجی (فرصت ها و تهدیدها)
- ۴- اولویت بندی عوامل داخلی و خارجی
- ۵- تشکیل ماتریس SWOT و وارد کردن عوامل انتخاب شده با توجه به اولویت بندی
- ۶- مقایسه عوامل داخلی و خارجی با هم و تعیین استراتژی های SO و WO و ST و WT
- ۷- تعیین اقدامات مورد نیاز برای انجام استراتژی های تعیین شده
- ۸- انجام اقدامات و بررسی نتایج آنها
- ۹- بروز آوری ماتریس SWOT و در بازه های زمانی مناسب

گردهمایی اعضای هیات علمی دارای تخصص روانشناسی بالینی

با توجه به اهمیت ارزیابی رشته روانشناسی بالینی در قالب ممیزی و علم سنجی این رشته، با دعوت از اساتید پیشکسوت در این حوزه سعی شد که طی یک نشست دوستانه چالش‌ها، تهدیدها، فرصت‌ها، نقاط ضعف و قوت در جهت تدوین نقشه راه رشته روانشناسی بالینی در یک نشست نیم‌روزه ترسیم شود.

هدف این نشست تشکیل یک بحث گروهی متمرکز و ایجاد فضای دوستانه و تخصصی از صاحب نظران روانشناسی بالینی به منظور ایجاد بارش فکری برای استخراج و ترسیم فرایند طی شده در این حوزه و گام‌های پیش رو برای رسیدن به وضع مطلوب و ارتقای چشم اندازهای مطلوب رشته در قالب بحث و تبادل نظر توسط افراد ذی صلاح و ذی نفع بوده است. نتایج این بحث گروهی در نهایت در قالب متدلوژی سیاست‌گذاری SWOT برای دست یافتن به راهبردهای رو به جلو مبتنی بر نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها جمع بندی شد و امید است که این روند ماموریت‌های فردی، تخصصی و سازمانی روانشناسان بالینی را ترسیم نماید.

این نشست در سه گروه نفره از اساتید هیات علمی روانشناسی بالینی فعال در دانشگاهها و موسسات آموزش عالی شامل وزارت بهداشت، وزارت علوم و دانشگاه آزاد تشکیل شد. ساختار جلسات به این شکل بود که ابتدا در مجمع و نشست عمومی شرکت کنندگان به شکل تصادفی اعضا براساس انتخاب تصادفی به سه گروه مختلف تقسیم شدند و در هر گروه ۱ نفر به عنوان رئیس جلسه و ۱ نفر به عنوان منشی جلسه عهده دار مسولیت شدند تا نظرات جمعی هر گروه به واسطه نمایندگان گروه منعکس شود.

زمان بندی جلسات به مدت ۲ ساعت و حول پاسخ دادن به پنج سوال بررسی نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌های پیش رو، تهدیدها و پیشنهادها و راهکارهای برون رفت از وضع موجود تنظیم گردید.

نظرات هر یک از سه گروه اساتید روانشناسی بالینی شرکت کننده در نشست

گروه اول

نقاط قوت

- ۱- حضور روان شناسی بالینی در سطح کشور
- ۲- حضور استعدادهای روانشناسی در روان شناسی بالینی کشور
- ۳- ورودی دانشجویان توانمند به این رشته
- ۴- وضع مطلوب و در دسترس بودن منابع و متون علمی
- ۵- ایجاد شدن وضعیت آموزش مطلوب
- ۶- گسترش روزافزون رشته

- ۷- قابلیت انطباق یا بومی سازی
- ۹- احساس مسئولیت و علاقمند بودن روانشناسی بالینی به آینده خود
- ۱۰- تخصصی شدن رشته
- ۱۱- افزایش تمایل به پژوهش های بالینی
- ۱۵- وجود انجمن روانشناسی بالینی
- ۱۶- ارائه گواهینامه احداث مطب

نقاط ضعف

- ۱- آموزش های بالینی نامطلوب
- ۲- عدم نظام پردازی
- ۳- عدم رعایت اخلاق حرفه ای
- ۴- عدم وجود الگوهای حرفه ای
- ۵- زیاد بودن تعداد ورودی های ارشد و دکتری
- ۶- عدم تخصص گرایی در درمان توسط روانشناسان
- ۷- عدم توجه به فرایند درمان به منزله پژوهش
- ۸- نبود شاخص های بررسی اثر بخشی بهینه درمان
- ۹- ضعف پژوهش های بالینی
- ۱۰- عدم وجود واحدهای روش تحقیق تخصصی بالینی
- ۱۱- عدم توجه به آموزش اخلاق حرفه ای
- ۱۲- ورود افراد غیر متخصص و کاملاً بی ربط به حوزه درمان
- ۱۳- عدم توجه به آموزش بالینی در دانشگاه ها
- ۱۴- نارضایتی از درمان های ارائه شده توسط مراجعان
- ۱۵- عدم وجود تعرفه برای روان شناسی بالینی
- ۱۶- ضعف در آموزش
- ۱۷- عدم وجود دوره های بازآموزی
- ۱۸- عدم وجود برنامه درازمدت و استراتژی در کشور
- ۱۹- عدم روش بومی برای درمان
- ۲۰- عدم حضور روان شناسان بالینی در سمتهای کلیدی کشوری
- ۲۱- عدم نظارت بر کارهای علمی در کلینیک ها

فرصت ها

- ۱- انجمن های گروه های تخصصی بالینی
- ۲- وجود سازمان نظام روان شناسی
- ۳- اقبال عمومی به روان شناسان بالینی
- ۴- فرصتهای جهانی (وجود کنگره ها یا سمینارهای بین المللی و تبادل اطلاعات)
- ۵- فرصت های داخلی (شکل گیری نظام ها و انجمن ها) وجود مجلات تخصصی / کتاب های در دست ترجمه / گسترش رشته ها
- ۶- نیاز جامعه به خدمات روان شناسی بالینی
- ۷- حضور افراد روان شناسی در آموزش های غیر تخصصی
- ۸- توجه دیگر گرایش های روانشناسی به روانشناسی بالینی
- ۹- داشتن جایگاه در دو وزارت خانه علوم و بهداشت
- ۱۰- جایگاههای مختلف رشته در سازمانها و مراکز مختلف
- ۱۱- مورد پذیرش بودن اثربخشی درمانها در بین متخصصان دیگر حوزه ها

تهدیدها

- ۱- حضور افراد خاص در رسانه
- ۲- علوم انسانی دارای تهدیدات متعدد است.
- ۳- تعداد زیاد دانشجویان
- ۴- نگرش منفی به روان شناسی بالینی در سطح بالینی کشور
- ۵- رونق کار افراد غیر حرفه ای و حتی شیاد
- ۶- گسترش بی رویه گرایش ها بدون توجه به نیازهای جامعه
- ۷- عدم وجود مجلات با رویکرد بالینی
- ۸- سیاست های چندگانه در آموزش و کار

راهکارها:

- ۱- تغییر راهکارها در برخورد با همکاران
- ۲- نظارت و ارزیابی بر خدمات
- ۳- روان شناسی بدون گرایش در لیسانس در پست ها
- ۴- بازنگری دروس در دوره ها
- ۵- سازمانها، مجلات و بازنگری قوانین یکسان تبعیت کند.
- ۶- یک دست شدن آموزش

۷- گذاشتن مصاحبه برای قبول شدن در دوره های تکمیلی

گروه دوم

نقاط قوت

- ۱- حضور روان شناسان بالینی بر جسته در سراسر کشور
- ۲- ورودی های توانمند به رشته
- ۳- منابع موجود ترجمه ها و تالیف های مختلف
- ۴- آموزش ها بالینی در دانشگاه ها
- ۵- تمرکز روی درمان
- ۶- کارورزی
- ۷- اقدام به موقع تشکیل انجمن
- ۸- وجود مراکز تخصصی بالینی
- ۹- قابلیت انطباق و بومی سازی
- ۱۰- پژوهش
- ۱۱- احساس خوب نسبت به خود

نقاط ضعف

- ۱- انتشار بی رویه تست ها و آزمونهای روانشناختی
- ۲- نبودن نظریه
- ۳- نبودن کارورزی
- ۴- مشکل اخلاق حرفه ای
- ۵- افراد متخصص جهت گیری خاص درمانی ندارند
- ۶- ضعف پژوهش های بنیادی
- ۷- ضعف دروس دوره های کارشناسی ارشد
- ۸- نبودن روانشناسی بالینی در موقعیت های بالینی
- ۹- تعدد مراکز صدور مجوز
- ۱۰- در ارزیابی و تشخیص خوب هستند ولی در درمان خوب نیستند
- ۱۱- تبلور نیافتن توانمندیها
- ۱۲- نبودن استراتژی
- ۱۳- نداشتن مجله

۱۴- متولی تحصیلی (تهدیدها مخدوش شدن مرزها در نظام)

فرصت ها

- ۱- فرصت وجود انجمن روانشناسی بالینی
- ۲- فرصت استفاده از نظام
- ۳- فرصت ها (جامعه جهانی - جامعه داخلی)
- ۴- وضعیت علوم انسانی در کشور - تغییر در درسها
- ۵- حضور بیشتر در رسانه ها
- ۶- نیاز جامعه به خدمات روانشناسی

تهدیدها

- ۱- وجود متولی زیاد برای رشته روانشناسی بالینی
- ۲- وجود نظریه های خودرو در حیطه روانشناسی بالینی
- ۳- نبود مجله اختصاصی روانشناسی بالینی
- ۴- گرایش بی رویه متخصصان گرایش های مختلف روانشناسی به روانشناسی بالینی
- ۴- متولی تحصیل بودن وزارت بهداشت و عدم قبول مسولیت این وزارتخانه

گروه سوم

نقاط قوت

- ۱- گسترش مطمع کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی و مقطع دکتری
- ۲- وجود روان شناسان بالینی در تمام دانشگاه های ایران
- ۳- وجود پتانسیل بین رشته ای آن
- ۴- ارائه خدمات درمانی بجز آموزش و پژوهش
- ۵- ترجمه کتب تخصصی خوب
- ۶- وجود افراد با انگیزه و با استعداد
- ۷- وجود انجمن روان شناسی بالینی
- ۸- چند رشته ای بودن آن
- ۹- علاقه روز افزون افراد با استعداد و با انگیزه جهت ورود به این رشته

نقاط ضعف

- ۱- تفاوت های فاحش در گروه های آموزش فعال در کشور رشته بالینی
- ۲- تاسیس رشته های بالینی در مراکز فاقد امکانات درمانی
- ۳- تدوین دروس تخصصی بالینی توسط افراد غیر بالینی
- ۴- پذیرش دانشجوی کارشناسی ارشد تنها با یک ملاک نمره احتمال بدون مصاحبه حرفه ای
- ۵- محدود شدن حوزه فعالیت کاری فقط CBT و سایکو دینامیک
- ۶- تربیت دانشجویان کارشناسی ارشد بدون دوره کارورزی
- ۷- ضعف در کاربرد شیوه های درمانی به شکل بومی
- ۸- نبودن مرز مشخص بین رشته بالینی و رشته های دیگر روان شناسی در ارائه خدمات
- ۹- عدم فعال بودن انجمن علمی روان شناسی بالینی در تدوین برنامه آموزشی و نظارت بر آموزش روان شناسی بالینی در ایران

فرصت ها

- ۱- بالا رفتن میزان آگاهی مردم در زمینه احساس نیاز به خدمات روان شناسی
- ۲- زمینه غنی ادبیات و فرهنگ ایران در روان شناسی بالینی از نظر صورت بندی نظریه های مرتبط و مناسب با فرهنگ
- ۳- نگرش مثبت متخصصین به رشته بالینی
- ۴- گرایش رسانه ها در تهیه مطالب و موضوعات روان شناسی بالینی
- ۵- گرایش سازمان های مختلف دولتی و غیردولتی به استفاده از خدمات روان شناسان بالینی
- ۶- استقبال مردم از خرید کتب روان شناسی بالینی
- ۷- نگرش مثبت بخش سلامت نگر
- ۸- احساس نیاز و گسترش روان شناسی بالینی در حوزه نیروهای مسلح
- ۹- مقبولیت علمی روان شناسان بالینی در بین جامعه
- ۱۰- مقبولیت علمی در بین متخصصین دیگر
- ۱۱- وجود بازار کار در جاهای مختلف
- ۱۲- داشتن مجلات تخصصی

تهدیدها

- ۱- مداخله افراد و متخصصین دیگر در ارائه خدمات روان شناسی بالینی
- ۲- پذیرش دانشجویان کارشناسی ارشد به صورت گسترده بدون داشتن مدرک مرتبط با روان شناسی بالینی
- ۳- وجود کتب بازاری و ارائه تست های روان شناسی از طریق اینترنت و ...

- ۴- عدم نظارت سازمان نظام روان شناسی بر کار ارائه روان شناسان رشته های دیگر که در حوزه بالینی فعالیت می کنند.
- ۵- پذیرش بیش از حد دانشجو بدون امکانات آموزش و درمانی در دانشگاه آزاد و پیام نور
- ۶- وجود کارشناسان بالینی بدون پذیرش در بازار کار

راهکارها

- ۱- جمع آوری پژوهش های انجام شده در زمینه فرهنگی و بومی توسط روان شناسان بالینی و ارائه گزارش نهایی در تلاش برای گسترش و تقویت روزآوری، فرهنگی و بومی نمودن این رشته به مسئولین ذیربط
- ۲- ایجاد رویکرد مذاکره از طرف انجمن با متولیان امر آموزش و بهداشت کشور
- ۳- تشکیل کمیته ها و شعبه های کشوری انجمن روان شناسی بالینی
- ۴- فعال شدن انجمن و شعبه بالینی انجمن روان شناسی ایران و شعبه بالینی و مشاوره سازمان نظام روان شناسی با سر و سامان دادن خدمات روان درمانی
- ۵- آگاهی بخشی درباره ماهیت و خدمات روان شناسان بالینی به عموم مردم از طریق نشریه و سایت
- ۶- ارتباط مستمر و قوی هیئت مدیره، انجمن با اعضای آن برای ایجاد هیئت حرفه ای از طریق برگزاری نشست های مداوم
- ۷- توسعه کارگاه های آموزشی
- ۸- ایجاد زیرشاخه های تخصصی در انجمن های روان شناسی بالینی

جمع بندی نظرات اساتید روانشناسی بالینی شرکت کننده در نشست

نقاط قوت

- ۱- وجود دانشجویان مستعد
- ۲- وجود پژوهش های نسبتا زیاد در این حیطه
- ۳- قابلیت انطباق یا بومی سازی
- ۴- احساس مسئولیت و علاقمند بودن روانشناسی بالینی به آینده خود
- ۵- تخصصی شدن رشته
- ۶- ارائه گواهینامه احداث مطب
- ۷- حضور روان شناسان بالینی بر جسته در سراسر کشور
- ۸- منابع موجود ترجمه ها و تالیف های مختلف
- ۹- گسترش مقطع کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی و مقطع دکتری
- ۱۰- ارائه خدمات درمانی بجز آموزش و پژوهش

نقاط ضعف

- ۱- نبود supervision در آموزش بالینی
- ۲- آموزش های بالینی نامطلوب
- ۳- عدم رعایت اخلاق حرفه ای
- ۴- عدم وجود الگوهای حرفه ای
- ۵- عدم تخصص گرایی در درمان توسط روانشناسان
- ۶- عدم وجود دوره های بازآموزی
- ۷- نبودن کارورزی
- ۸- ضعف دروس دوره های کارشناسی ارشد
- ۹- نداشتن مجله
- ۱۰- پذیرش بیش از حد دانشجو بدون امکانات آموزش و درمانی در دانشگاه آزاد و پیام نور
- ۱۱- تدوین دروس تخصصی بالینی توسط افراد غیر بالینی
- ۱۲- پذیرش دانشجوی کارشناسی ارشد تنها با یک ملاک نمره احتمال بدون مصاحبه حرفه ای
- ۱۳- محدود شدن حوزه فعالیت کاری فقط CBT و سایکو دینامیک

فرصت ها

- ۱- درآمذزایی رشته
- ۲- اقبال جامعه نسبت به این رشته
- ۳- وجود سازمان نظام روان شناسی و انجمن ها
- ۴- فرصتهای جهانی (وجود کنگره ها یا سمینارهای بین المللی و تبادل اطلاعات)
- ۵- وجود نیاز به خدمات روان شناسی
- ۶- نگرش مثبت متخصصین به رشته بالینی
- ۷- گرایش رسانه ها در تهیه مطالب و موضوعات روان شناسی بالینی
- ۸- گرایش سازمان های مختلف دولتی و غیردولتی به استفاده از خدمات روان شناسان بالینی

تهدیدها

- ۱- نداشتن متولی (خطری که علوم انسانی را به طور اعم و روان شناسی را به اخص تهدید می کند).
- ۲- وجود دو وزارتخانه در آموزش
- ۳- تاکید بر مقالات ISI
- ۴- نبود مصاحبه در پذیرش دانشجو و عدم اجازه گروه های آموزشی در انتخاب اعضای هیئت علمی
- ۵- عدم نظارت سازمان نظام روان شناسی بر کار ارائه روان شناسان

- ۶- حضور افراد خواص در رسانه (تهدید)
- ۶- تعداد زیاد دانشجویان
- ۷- رونق کار افراد غیر حرفه ای و حتی شیاد
- ۸- گسترش بی رویه گرایش ها بدون توجه به نیازهای جامعه
- ۹- وجود کتب بازاری و ارائه تست های روان شناسی از طریق اینترنت و ...
- ۱۰- ورود افراد غیر متخصص حوزه درمان
- ۱۱- عدم وجود برنامه درازمدت و استراتژی در کشور
- ۱۲- انتشار بی رویه تست ها
- ۱۳- وجود کارشناسان بالینی بدون پذیرش در بازار کار
- ۱۴- نبودن مرز مشخص بین رشته بالینی و رشته های دیگر روان شناسی در ارائه خدمات.

راهکارها

- ۱- تقویت ارتباطات درون بخشی
- ۲- فعال تر شدن در نظام
- ۳- نظارت و ارزیابی بر خدمات
- ۴- بازنگری دروس
- ۵- یک دست شدن آموزش
- ۶- گذاشتن مصاحبه برای قبول شدن در دوره های تکمیلی
- ۷- جمع آوری پژوهش های انجام شده در زمینه فرهنگی و بومی توسط روان شناسان بالینی و ارائه گزارش نهایی در تلاش برای گسترش و تقویت روزآوری، فرهنگی و بومی نمودن این رشته به مسئولین ذیربط
- ۸- ایجاد رویکرد مذاکره از طرف انجمن با متولیان امر آموزش و بهداشت کشور
- ۹- تشکیل کمیته ها و شعبه های کشوری انجمن روان شناسی بالینی
- ۱۰- فعال شدن انجمن و شعبه بالینی انجمن روان شناسی ایران و شعبه بالینی و مشاوره سازمان نظام روان شناسی برای سر و سامان دادن خدمات روان درمانی
- ۱۱- آگاهی بخشی درباره ماهیت و خدمات روان شناسان بالینی به عموم مردم از طریق نشریه و سایت
- ۱۲- ارتباط مستمر و قوی هیئت مدیره، انجمن با اعضای آن برای ایجاد هیئت حرفه ای از طریق برگزاری نشست های مداوم
- ۱۳- توسعه کارگاه های آموزشی

برای برنامه ریزی استراتژیک روش های مختلفی توسط صاحب نظران و متخصصین این حوزه ارائه شده است با وجود تفاوت جزئیات این رویکردهای مختلف، اما می توان گفت کلیت آنها تفات قابل ملاحظه ای با هم ندارند برخی از این رویکردها روی بخش خاصی از برنامه ریزی تاکید دارند، برخی در خصوص فرایند حرکت سازمان و برخی در برون داد و پیامدهای عملیاتی و نظری آن مجموعه اصرار می ورزند اما مساله مهم در این سیر شناسایی مشکلات استراتژیک سازمان و برنامه ریزی برای حل این تنگناها جهت رسیدن به رسالت و مأموریت سازمان است. بنابراین در رویکرد ممیزی SWOT به عنوان رویکرد منتخب در ممیزی رشته روانشناسی بالینی در چند گام با هدف بررسی رسالت، دورنما، ارزشها و اهداف کلی رشته، شناسایی مشکلات استراتژیک و به عبارتی ارزیابی محیط داخلی و خارجی رشته تلاش شد تا جایگاه رشته روانشناسی بالینی براساس سطوح کنشوری داخلی و خارج سیستمی آن بررسی و تعیین گردد.

جدول ۴-۱- جدول تحلیل محیط به روش SWOT

<p>T1 نداشتن متولی</p> <p>T2 وجود دو وزارت خانه در امر آموزش</p> <p>T3 تاکید بر مقالات ISI</p> <p>T4 نبود مصاحبه در پذیرش دانشجو</p> <p>T5 عدم نظارت سازمان نظام بر کار روانشناسان</p> <p>T6 تعداد زیاد دانشجویان</p> <p>T7 رونق کار افراد غیر حرفه ای و شاید</p> <p>T8 نبودن مرز مشخص بین رشته بالینی و گرایش های دیگر</p> <p>T9 عدم وجود برنامه دراز مدت و استراتژی در کشور</p> <p>T10 ورود افراد غیر متخصص در حوزه درمان</p>	<p>O1 در آمدزایی رشته</p> <p>O2 اقبال جامعه به رشته</p> <p>O3 وجود انجمن و سازمان نظام</p> <p>O4 فرصت های جهانی</p> <p>O5 نیاز جامعه به خدمات روانشناسی بالینی</p> <p>O6 نگرش مثبت متخصصین به روانشناسی بالینی</p> <p>O7 گرایش رسانه ها به تهیه مطالب و موضوعات روانشناسی بالینی</p> <p>O8 گرایش سازمانهای مختلف دولتی و غیر دولتی به استفاده از خدمات روانشناسان بالینی</p>	<p style="text-align: center;">جدول تحلیل محیط</p> <p style="text-align: center;">به روش</p> <p style="text-align: center;">SWOT</p>
---	--	---

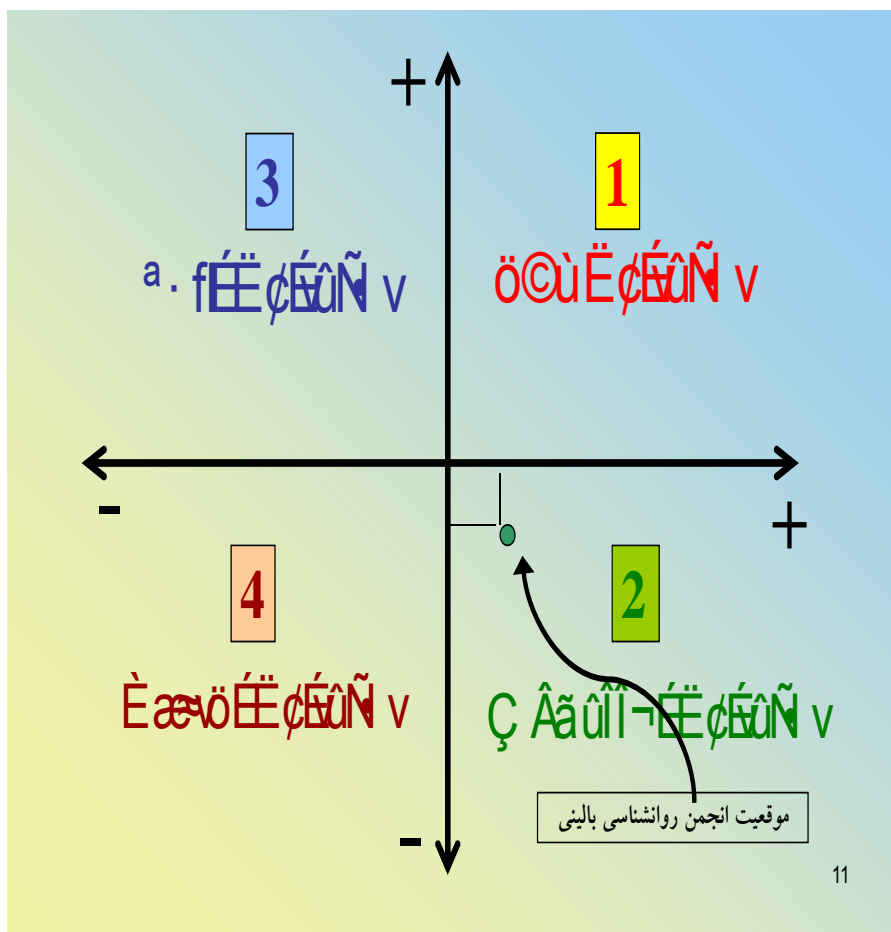
<p style="text-align: center;">استراتژی ST تنوع</p>	<p style="text-align: center;">استراتژی SO رشد</p>	<p>S1 وجود دانشجویان مستعد</p> <p>S2 وجود پژوهش‌های نسبتاً زیاد در این حیطه</p> <p>S3 قابلیت انطباق یا بومی سازی</p> <p>S4 احساس مسئولیت و علاقمند روانشناسی بالینی به آینده خود</p> <p>S5 تخصصی شدن رشته</p> <p>S6 ارائه گواهینامه احداث مطب</p> <p>S7 حضور روانشناسان برجسته در سراسر کشور</p> <p>S8 منابع موجود ترجمه‌ها و تالیف‌های مختلف</p> <p>S9 گسترش مقطع کارشناسی ارشد و دکتری</p> <p>S10 ارائه خدمات درمانی بجز آموزش و پژوهش</p>
<p style="text-align: center;">استراتژی WT تدافعی</p>	<p style="text-align: center;">استراتژی WO تغییر جهت</p>	<p>W1 نبود supervision در آموزش بالینی</p> <p>W2 آموزش‌های بالینی نامطلوب</p> <p>W3 عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای</p> <p>W4 عدم وجود الگوهای حرفه‌ای</p> <p>W5 عدم تخصص‌گرایی در درمان توسط روانشناسان</p> <p>W6 عدم وجود دوره‌های بازآموزی</p> <p>W7 نبودن کارورزی</p> <p>W8 ضعف دروس دوره کارشناسی ارشد</p> <p>W9 نداشتن مجله اختصاصی</p> <p>W10 پذیرش بیش از حد دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی بدون امکانات در دانشگاه‌های آزاد و پیام نور</p>

جدول ۴-۲- جدول تحلیل محیط بر اساس عوامل درونی به روش SWOT

نمره نهایی	رتبه $1 < X < 4$	ضریب	عوامل داخلی
			نقاط قوت
۱۸	۲	۹	وجود دانشجویان مستعد
۴	۱	۴	وجود پژوهش‌های نسبتاً زیاد در این حیطه
۶	۲	۳	قابلیت انطباق یا بومی سازی
۳	۱	۳	احساس مسئولیت و علاقمندی روانشناسی بالینی به آینده خود
۶	۲	۳	تخصصی شدن رشته
۱۰	۲	۵	ارائه گواهینامه احداث مطب
۵	۱	۵	حضور روانشناسان برجسته در سراسر کشور
۱۰	۲	۵	منابع موجود ترجمه‌ها و تالیف‌های مختلف
۱۲	۳	۴	گسترش مقطع کارشناسی ارشد و دکتری
۵	۱	۵	ارائه خدمات درمانی بجز آموزش و پژوهش
			نقاط ضعف
۲۸	۴	۷	نبود supervision در آموزش بالینی
۱۸	۲	۹	آموزش‌های بالینی نامطلوب
۱۴	۲	۷	عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای
۵	۱	۵	عدم وجود الگوهای حرفه‌ای
۱۶	۲	۸	عدم تخصص‌گرایی در درمان توسط روانشناسان
۹	۳	۳	عدم وجود دوره‌های بازآموزی
۱۰	۲	۵	نبودن کارورزی
۱۰	۲	۵	ضعف دروس دوره کارشناسی ارشد
۱	۱	۱	نداشتن مجله اختصاصی
۸	۲	۴	پذیرش بیش از حد دانشجویان در تحصیلات تکمیلی بدون امکانات در دانشگاه‌های آزاد
۱۹۸	-	۱۰۰	جمع

جدول ۴-۳- جدول تحلیل محیط بر اساس عوامل خارجی به روش SWOT

نمره نهایی	رتبه $1 < X < 4$	ضریب	عوامل خارجی
			فرصت
۳۶	۴	۷	در آمدزایی رشته
۲۸	۴	۷	اقبال جامعه به رشته
۱۰	۲	۶	وجود انجمن و سازمان نظام
۲	۱	۲	فرصت های جهانی
۲۷	۳	۵	نیاز جامعه به خدمات روانشناسی بالینی
۱۰	۲	۶	نگرش مثبت متخصصین به روانشناسی بالینی
۲۴	۳	۸	گرایش رسانه ها به تهیه مطالب و موضوعات روانشناسی بالینی
۱۰	۲	۵	گرایش سازمانهای مختلف دولتی و غیر دولتی به استفاده از خدمات روانشناسان بالینی
			تهدیدات
۲۴	۴	۶	نداشتن متولی
۱۶	۲	۸	وجود دو وزارت خانه در امر آموزش
۱۰	۲	۵	تاکید بر مقالات ISI
۲۸	۴	۷	نبود مصاحبه در پذیرش دانشجو
۲۰	۴	۵	عدم نظارت سازمان نظام بر کار روانشناسان
۱۵	۳	۵	تعداد زیاد دانشجویان
۱۰	۲	۵	رونق کار افراد غیر حرفه ای و شپاد
۸	۴	۲	نبودن مرز مشخص بین رشته بالینی و گرایش های دیگر
۲۰	۴	۵	عدم وجود برنامه دراز مدت و استراتژی در کشور
۲۴	۴	۶	ورود افراد غیر متخصص در حوزه درمان
۳۲۲	-	۱۰۰	جمع



نمودار ۴-۱- نمودار تصمیم گیری در مورد تحلیل محیط به روش SWOT

ارزیابی موقعیت رشته روانشناسی بالینی بر اساس روش SPACE

بر اساس نتایج جداول بالا می توان به تحلیل ارزیابی موقعیت رشته روانشناسی بالینی بر اساس روش SPACE می توان گفت که با در نظر گرفتن استراتژی WO در شرایط فعلی رشته روانشناسی بالینی در حالت رقابتی قرار دارد بطوری که فرصت های آن زیاد اما نقاط ضعفش نیز زیاد است. در این حالت این رشته به علت برخورداری از ضعف های اساسی امکان استفاده از فرصت های بدست آمده را نخواهد داشت و محیط داخلی و بیرونی از ثبات لازم برخوردار نیست بطوریکه مشکل عمده این استراتژی در وضعیت فعلی توانمندی ضعیف رشته در استفاده از تامین منابع است. در این حالت بهتر است که راهکارهای پیش روی این مجموعه در جهت کاهش نقطه ضعف ها و استفاده از فرصت های برون سازمانی باشد. بنابراین پیشنهاد می شود که

- ۱- بازنگري اساسی و اختصاصی در حوزه روانشناسی بالینی به شکلی که تحصیلات دانشگاهی این رشته را به سمت حرفه روانشناسی سوق دهد و پشتوانه های علمی لازم جهت تغذیه علمی در اختیار دانشجویان این رشته قرار گیرد تا با وارد شدن در بازار کار نه تنها با دستی پر بلکه با توانمندی های مورد نیاز این حرفه بتوانند جوابگوی نیازهای جامعه بوده و به این واسطه نه تنها در کلام و تقسیم بندی های نظام روانشناسی بلکه در عمل نیز خود را از سایر گرایش های روانشناسی متمایز و متفاوت جلوه دهند.
- ۲- یکی از دغدغه های اساسی متخصصان حرفه ای مشغول در بازار کار در این حوزه حضور افراد شیاد و غیر متخصص در حوزه روانشناسی بالینی و درمان بدون اینکه جایگاه علمی و تحصیلاتی آنها برای سازمان نظام و انجمن روانشناسی بالینی محرز شده باشد. حضور فعال و ، پیگیری قانونی و بررسی های میدانی نظام و انجمن در بازار کار و رصد کردن نتایج و برون داد درمانی متخصصان این حوزه نه تنها می تواند افراد غیر متخصص در این حوزه را شناسایی نماید بلکه این رویکرد زنگ خطر بر همکاران غیر مسوول نیز می باشد تا هیچگاه سوگندنامه رسمی و غیر رسمی دوران فارغ التحصیلی خود را در قبال داشتن اخلاق حرفه ای و اخلاق جمعی فراموش نکنند.
- ۳- استفاده از رویکرد مبتنی بر شواهد در ارزیابی نتایج درمانی و ارائه این فعالیتهای درمانی در قالب برون دادهای پژوهشی به جامعه روانشناسی بالینی در جهت گرفتن بازخورد از سایر همکاران و استفاده از تجارب بالینی می تواند هم خدمتی به مجموعه و گرفتن تجارب مبتنی بر بازخورد یک گام حوزه پژوهش و درمان را پیش برد.
- ۴- هماهنگی و همراهی حرفه ای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و انجمن روانشناسی بالینی در قالب اعطای مجوزهای مطب و نظارت حرفه ای بر کار روانشناسان بالینی
- ۵- حضور پررنگ تر روانشناسان بالینی در سمت های برنامه ریزی های کلان سلامت کشوری که می تواند در نهایت منجر به رشد و تعالی سیاست های جامعه و تاثیرگذاری روانشناسی بالینی در سطح کلان گردد.
- ۶- توجه روانشناسی بالینی و اهتمام همکاران متخصص به پیشگیری اولیه ، ثانویه و ثالث به طور همزمان
- ۷- تخصصی تر شدن حوزه آموزش در دوره های تحصیلات تکمیلی به صورتی که دانشجویان تحصیلات تکمیلی با توجه به علایق خود بتوانند در یکی از رویکردهای موجود در این رشته همچون رویکردهای شناختی- رفتاری و یا تحلیلی متخصص شوند.
- ۸- تقویت ارتباطات درون بخشی
- ۹- فعال تر شدن در نظام
- ۱۰- گذاشتن مصاحبه برای قبول شدن در دوره های تکمیلی
- ۱۱- جمع آوری پژوهش های انجام شده در زمینه فرهنگی و بومی توسط روان شناسان بالینی و ارائه گزارش نهایی در تلاش برای گسترش و تقویت روزآوری، فرهنگی و بومی نمودن این رشته به مسئولین ذیربط

- ۱۲- ایجاد رویکرد مذاکره از طرف انجمن با متولیان امر آموزش و بهداشت کشور
- ۱۳- تشکیل کمیته ها و شعبه های کشوری انجمن روان شناسی بالینی
- ۱۴- فعال شدن انجمن و شعبه بالینی انجمن روان شناسی ایران و شعبه بالینی و مشاوره سازمان نظام روان شناسی برای سر و سامان دادن خدمات روان درمانی
- ۱۵- آگاهی بخشی درباره ماهیت و خدمات روان شناسان بالینی به عموم مردم از طریق نشریه و سایت
- ۱۶- ارتباط مستمر و قوی هیئت مدیره، انجمن با اعضای آن برای ایجاد هیئت حرفه ای از طریق برگزاری نشست های مداوم
- ۱۷- توسعه کارگاه های آموزشی

فصل پنجم

ارایه پیشنهادات

پیشنهادات

پیشنهادات آموزشی

- با توجه به تجربیات بین المللی، محتوی آموزشی و تعریف نقش روانشناسان بالینی در نظام سلامت کشور لازم است عنوان گرایش بالینی از دوره کارشناسی روانشناسی حذف گردد و دوره کارشناسی صرف به عنوان آموزش علوم پایه تلقی گردد.
- با توجه به انتظارات نظام سلامت کشور از نقش تعریف شده روانشناسان بالینی و با توجه به محتوی مورد نیاز آموزشی لازم است برنامه های آموزشی روانشناسان بالینی در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی صرفا با رویکرد بالینی طراحی و تدوین گردد.
- با توجه به محتوی آموزشی و لزوم آموزش عملی و بالینی دانشجویان در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی لازم است آموزش روانشناسان بالینی به دانشگاههای علوم پزشکی و دارای بخشهای آموزشی روانپزشکی و کلینیکهای تخصصی مرتبط منتقل گردد و یا دانشجویان سایر دانشگاهها بخش بالینی خود را در ساختار آموزشی- درمانی و با برنامه مشترک بگذرانند.
- با توجه به اهمیت موضوع ارتباط، سلامت روان و الگوهای شخصیتی مناسب در ارائه خدمات سلامت روان لازم است آزمون ورودی کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی روانشناسی بالینی صرفا از فارغ التحصیلان روانشناسی انتخاب شده و در آزمون دو مرحله ای شرکت کنند و در مصاحبه نقش تعیین کننده داشته باشد و موضوعات فوق الذکر مورد ارزیابی قرار گیرد.

پیشنهادات سازمانی

- امروزه سازمان نظام روان شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران برای همه گرایش های روان شناسی اقدام به صدور پروانه مطب می کند که اگر چه سعی کرده است با ذکر گرایش های روان شناسان در پروانه تاحدی از مساله تداخل افراد فاقد صلاحیت برای مداخله در امر سلامت روان مراجعان بکاهد اما با توجه به اینکه عموم مردم و مراجعان به واژگانی همانند دکتر، روان شناس، مشاور، روان درمانگر و امثال این گونه عناوین بیشتر دقت می کنند تا مثلا روان شناس بالینی یا روان شناس تربیتی یا استثنایی، لذا پیشنهاد می گردد کمیته ای مرکب از روان شناسان و مشاوران مجرب تشکیل و نسبت به بازنگری در اعطا و سپس نظارت حرفه ای بر کار روان شناسان و مشاوران اقدام نماید.
- لازم است سازمان نظام روان شناسی و مشاوره برخورد قاطعانه تر و جدی تری با افراد غیرمتخصص فعال در حوزه روانشناسی نماید.

- برنامه‌ریزی برای حضور بیشتر روانشناسان در سطح اجتماع و سپردن سمتهای اجرایی بیشتری به آنها، نه تنها منجر به رشد و تعالی این حوزه به خصوص در سطوح سازمانی می‌گردد، بلکه مسیری را برای یاری گرفتن از دانش آنها به عنوان مشاوران و مدیران سیاسی، اقتصادی، و ... فراهم می‌نماید.
- یکی از مشکلات عمده حرفه روان‌شناسی برای مراجعان، تحت پوشش بیمه نبودن خدمات روان‌شناسی است که همین امر در بسیاری از موارد مانع از دریافت خدمات توسط نیازمندان فقط به دلیل مسایل مالی می‌باشد. لذا بر سازمان نظام روان‌شناسی است تا با جدیت بیشتری پیگیر مساله بیمه خدمات روان‌شناسی باشد.
- در دورانی که خدمات هنوز تحت پوشش بیمه قرار نگرفته است، می‌توان کلینیک‌هایی که خدمات روانشناسی را به صورت دولتی به افرادی که صرفاً به خاطر هزینه‌های بالای پرداختی نمی‌توانند از این خدمات بهره‌بگیرند، گسترش داد.
- با توجه به لزوم نظارت بر امور درمانی که طبق قانون بر عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد لازم است روانشناسان بالینی که آموزش‌های لازم بالینی را گذرانده‌اند مجوزهای تاسیس دفاتر کار خود را از حوزه‌های نظارتی وزارت مطبوع دریافت نمایند تا بدینوسیله از مداخلات غیر تخصصی پیشگیری بعمل آید.

پیشنهادات پژوهشی

- به نظر می‌رسد جامعه روان‌شناسی ایران توجه کافی و وافی را به نیازهای عموم مردم آن طور که شایسته است را ندارد. لذا پیشنهاد می‌گردد ضمن انجام نیازسنجی‌های مستمر از سطح جامعه در خصوص مسایل و مشکلات روان‌شناختی و ایجاد پیوند بین نیازهای جامعه با پژوهش‌های انجام شده در دانشگاهها، بیش از پیش به کاربردی نمودن پژوهش‌های انجام شده در حوزه روان‌شناسی همت گمارده شود.
- با توجه به گسترش بیش از حد رشته‌های روان‌شناسی که گاه ممکن است در این راستا آن دقت و جدیت لازم برای نظارت بر نحوه گسترش رشته‌ها صورت نگرفته باشد، اما وجود روان‌شناسان و فارغ‌التحصیلان بسیار در این رشته و انجام پژوهش‌های متعدد نیازمند توجه بیشتر دانشگاهها و سازمان‌ها به انتشار مجلات علمی-پژوهشی بیشتر می‌باشد. کثرت مقالات رسیده به برخی از مجلات علمی-پژوهشی حوزه روان‌شناسی و بهداشت روانی به حدی است که یک مقاله گاه چند سال در نوبت انتشار می‌ماند و چه بسا تاخیر در انتشار، کاربست نتایج آن مطالعه را از حیث انتفاع بیندازد.
- لازم است سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره بر کار ساخت و عرضه آزمون‌های روان‌شناسی در ایران با توجه به آشفته بازار موجود نظارت بیشتری کند.

- با توجه به افزایش تعداد کتب ترجمه‌ای در سالهای اخیر و نیاز به بومی‌تر شدن مطالب در این حوزه، پیشنهاد می‌گردد نویسندگان در جهت منابع تالیفی بومی هرچه بیشتر ترغیب شوند.
- به نظر می‌رسد انجمن‌های روانشناسی و NGOهای متعددی در گرایش‌هایی مختلف در حال فعالیت می‌باشد و از آنجایی که همکاری این انجمن‌های می‌تواند منجر به ارائه خدمات بسیار گسترده‌تری در سطح جامعه و جلوگیری از فعالیت‌های تکراری گردد بهتر است برنامه‌ای جهت همکاری و مشارکت بیشتر این انجمنها و NGOها مدنظر گرفته شود.
- با توجه به محدود بودن منابع پژوهشی، جهت‌دهی منظم‌تر بودجه‌های پژوهشی به سمت پژوهش‌های کاربردی‌تر و منطبق بر نیازهای جامعه از جمله اقدامات موثر به نظر می‌رسد.

منابع

۱. اتکینسون، ریتا ال. (۱۳۸۵). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران. چاپ سوم، تهران: رشد.
۲. اعتماد، شاپور (۱۳۷۱). «نظام تحقیقات در جهان». دفتر دانش، سال اول، شماره دوم و سوم: ۵۰-۵۵.
۳. بابایی، محمود (۱۳۷۶). منابع نیازسنجی اطلاعات. اطلاع رسانی، ۱۲، ۴.
۴. بازرگان، عباس (۱۳۸۶) ارزشیابی آموزشی، تهران: انتشارات سمت.
۵. براون، تیپور؛ گلاتزل، ولنگانگ، شوبرت آندرتاس (۱۳۷۴). «شاخص‌های علم سنجی، ارزیابی تطبیقی فعالیت‌های انتشاراتی و تاثیر گذاری ارجاعات ۳۲ کشور». ترجمه محمد اسماعیل ریاحی. رهیافت، ۸: ۷۰-۸۰.
۶. برینگ، ادوین جی. (۱۳۷۴). تاریخ علم روانشناسی. ترجمه سعید شاملو. چاپ اول، تهران: رشد.
۷. جری فیرس. ایی، ترال. تیموتی جی؛ روان‌شناسی بالینی، مهرداد فیروزبخت، تهران، رشد، ۱۳۸۲، چاپ اول، ص ۶۵، ۶۶.
۸. خالقی، نرگس (۱۳۸۶) شاخص‌های ارزیابی علم و فناوری. فصلنامه کتاب، ۷۱، ۹۱-۱۰۶.
۹. دادستان، پریخ، منصور، محمود، (۱۳۶۶). روانشناسی بالینی پرون و پرون- مقدمه تهران: چاپخانه دریا.
۱۰. شاخص‌های ارزیابی علم و فن آوری ایران به نقل از: <http://www.iranculture.org/> [۱۲ دی ۱۳۸۵].
۱۱. شاملو، سعید؛ روان‌شناسی بالینی، تهران، چهر، ص ۱۱ تا ۲۲.
۱۲. شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی آلن. (۱۳۷۰) تاریخ روانشناسی نوین. (سیف، علی اکبر و همکاران؛ مترجم) چاپ اول، تهران: رشد. (تاریخ انتشارات اثر به زبان اصلی ۱۹۸۷)
۱۳. عریضی، حمیدرضا و حجه‌الله فراهانی؛ روش‌های کاربردی پژوهش در روان‌شناسی بالینی و مشاوره، تهران، دانه، ۱۳۸۳، چاپ اول، ص ۱۵ تا ۱۹.
۱۴. گوپتا، ای. ان. سن. "مروری بر کتاب‌سنجی، اطلاع‌رسانی، علم‌سنجی و کتابخانه‌سنجی". ترجمه مهردادخت وزیر دوست کشمیری. اطلاع‌رسانی، دوره دهم، ۲ و ۳ (تابستان و پاییز ۱۳۷۲)؛ ۳۸-۵۸.

۱۵. محمدپور، احمدرضا، (۱۳۸۳)، فرادیدی برروانشناسی بالینی: سیر تاریخی، تحمل ابهام وافقهای فرارو، خبرنامه انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، سال دوم، شماره ۱.
۱۶. مرتضوی نصیری، حسن گزارش مطالعه انتقادی شاخص های علم و فن آوری " ، تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، ۱۳۸۱.
۱۷. مولر، فرنان لوسین. (۱۳۶۷). تاریخ روانشناسی . (کاردان ، علیمحمد؛ مترجم) چاپ اول ، تهران : مرکز نشر دانشگاهی.

- 18.Bookstein,A.:Bibliometric distributions.Lib.Quart.46,(1976):416-423.
- 19.Cole,F.J.,Eales, N. B.: The history of comparative anatomy. Part I: A statistical analysis of the literature. Sci. Prog.11,1917:578-596.
- 20.Narin F, Olivastro D, Stevens KA. Bibliometrics/ Theory, Practice and Problems. Evaluation Rev. 1994;18(1):65-76.
- 21.Petrak J. Bibliometric indicators in evaluation of research activity. 1. Publishing and evaluation of research. Lijec Vjesn. 2001;123(3-4):77-81.
- 22.Summers, Gene F.et al.(1987) Needs Assessment. Iowa State University Press.9
- 23.Voos, H.: Lotka and information science.J.Am.Soc. Inf. Sci. 25(4), (1974):270.

Abstract

This study has been done with aim of the auditory of clinical psychology. In this regard, we tried the clinical psychology literature review of indices in clinical psychology and also during the meeting with a number of specialists and pioneers in clinical psychology with the SWOT approach to evaluate weaknesses, strengths, threats and opportunities presented clinical psychology and constructive proposals in this area be addressed. In this study, to collect any of the statistical indicators of students, graduates, faculty members, poles, associations, publications and scientific articles - Internal research and book author - translated in the field of clinical psychology based on existing databases was paid. 43,630 students in clinical psychology from the 87-88 school year 66-67 to the two ministries of Health and Medical Education and the Ministry of Science and Technology were enrolled, of which 30,659 women and 12,971 people were male. Statistics Number 2 Child and Adolescent Clinical Psychology Forum Iranian Ministry of Science, Research and Technology and Scientific Society of Clinical Psychology in Iran, Ministry of Health and Medical Education; statistics of a number of poles of Excellence for Clinical Psychology Psychiatry and Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute ; Statistics Department publications approved medical journal number 5; Statistics Department of Medical Science approved articles Persian articles number is 1525. Situation Analysis of Clinical Course in the psychology using SWOT approach showed that clinical psychology currently has a competitive position and the most challenging field conditions to overcome the current weaknesses and use opportunities for the rising output and organizational factors in the range inner and outer positions and reaching steps must be taken to grow the field position of the internal strengths and organizational opportunities to reach out.

Keywords: clinical Psychology, Auditory.