



نگاهی به واژه، کیفیت زندگی، تاریخچه و سیر تحول آن
آیا ادبیات کیفیت زندگی وابسته به سلامت تغییر می کند؟
 ۲ صفحه



حذف کارانه پرستاران و پزشکان با اجرای قانون مدیریت خدمات
 ۴ صفحه



نگاهی دیگر بر مهاجرت پزشکان به کشورهای توسعه یافته
مطب‌های ایرانی در جامعه آمریکایی
 ۷ صفحه



چه زمانی دندانپزشک باید وقت بیمار خود را کنسل کند؟
امروز برو؛ فردا بیا!
 ۱۳ صفحه



شهر، شهر، شهر فرنگه از همه رنگه
 ۱۵ صفحه



رزیدنت چه جور مریضیه؟
 ۱۶ صفحه



نگاهی بر «کیفیت زندگی وابسته به سلامت» و سیر تاریخی آن

کیفیت زندگی حلقه مفقوده نظام خدمات بالینی

صفحه‌های ۲ و ۳

سر مقاله

دکتر پیمان سلامتی
 متخصص پزشکی اجتماعی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

کیفیت زندگی چیست؟

«هرگز از دور زمان ننالیدم و روی از گردش آسمان در هم نکشیدم مگر وقتی که پایم برهنه بود و استطاعت پای پوش نداشتم تا به جامع کوفه در آمدم دلننگ، یکی را دیدم که پای نداشت. سپاس نعمت حق به جای آوردم و بر بی کفشی صبر کردم.»
 گلستان سعدی

آغاز بحث کیفیت زندگی به زمان ارسطو (۳۸۴-۳۲۲ ق.م) باز می‌گردد. از ارسطو سه کتاب درباره اخلاق بر جای مانده است: اخلاق کبیر (Magna Moralia)، اخلاق ائودموس (Eudemean Ethics) و اخلاق نیکوماخس (Nicomachean Ethics).

ارسطو به ویژه در اخلاق نیکوماخس به موضوع سعادت انسانی می‌پردازد. اینکه سعادت چیست؟ عبارت از چه فعالیت‌هایی است و چگونه می‌توان سعادت‌مند شد؟

او زندگی خوب را معادل شادکامی (happiness) در نظر می‌گیرد و در عین حال به تفاوت این مفهوم در افراد مختلف می‌پردازد و ذکر می‌کند سلامتی که باعث رضایتمندی در یک فرد بیمار می‌شود با ثروت که فرد فقیری را شاد می‌کند یکسان نیست و بیان می‌دارد که شادکامی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد، بلکه برای یک فرد نیز در شرایط مختلف معانی یکسانی نخواهد داشت.

در قرن‌های بعد، این موضوع در بین فلاسفه اسلامی جایگاه ویژه‌ای یافت چنان که ابن سینا در اشارات، ملاصدرا در اسفار، امام خمینی (ره) در تقریرات فلسفی درس‌های اسفار و بسیاری دیگر از علمای اسلامی در باب سعادت و شادکامی بحث‌های مبسوطی را مطرح کرده‌اند.

رویکرد آکادمیک به کیفیت زندگی از سال ۱۹۲۰ میلادی یعنی زمانی که پیگو در کتاب خود به نام اقتصاد و رفاه به این موضوع پرداخت، سیر تازه‌ای یافت.

ادامه در صفحه ۳

GRAP
 DESIGN
 FUNCTION
 LAYOUT
 TYPOGRAPHY
 DEIS
 N!

مشاوره تبلیغاتی
 طراحی و امور چاپ
 آرم، لوگو، بروشور، کاتالوگ، فولدر
 پوستر، طراحی و صفحه‌آرایی کتاب و نشریات، بنرهای تبلیغاتی و تابلوهای
 فلکسی فیس، طراحی فضاهای داخلی
 طراحی الیوم، بروشور و سی‌دی‌های
 مالتی مدیا تلفن: ۰۲۱-۲۲۸۵۲۲۴۵



کانون تبلیغاتی دریاچه‌نو
 مجری انحصاری تبلیغات در
 نشریات سلامت، سپید و کتاب
 راهنمای سلامت ملی خانواده

کنکاش

دکتر مهدی نجفی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

رابطه متقابل کیفیت زندگی و بیماری‌های قلبی

شروع هزاره سوم مقارن بوده است با تغییر رویکردها به موضوع توسعه انسانی. در نگاه جدید معیارهای کمی معرف رفاه اقتصادی همچون تولید ناخالص ملی و شاخص‌های مرگ و میر جای خود را به معیارهایی داده‌اند که کیفیت زندگی را مبنای قرار داده‌اند، همچون مباحث مرتبط با توسعه پایدار و احساس خوشبختی. بر همین اساس سازمان جهانی بهداشت نیز طی چند سال گذشته شاخص‌های سلامت را از عوامل کمی به عوامل کیفی تغییر داده است. متعاقب این رویکرد و همچنین افزایش اهمیت بیماری‌های غیر واگیر در نظام‌های سلامت در سال‌های اخیر رتبه ایران از نظر وضعیت سلامت در گزارش‌های سالیانه سازمان جهانی بهداشت به شدت تنزل یافته است. نوشته حاضر اهمیت نگاه جدید جامعه جهانی به سلامت را در مقایله با بیماری‌های قلبی به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در کلیه کشورها مورد بررسی قرار می‌دهد. بیماری‌های قلبی از نظر میزان مرگ و میر و ایجاد ناتوانی در زمره مشکلات اصلی نظام بهداشت و درمان کشورمان قرار دارد و در سال‌های آینده با افزایش جمعیت در دهه‌های بالای هرم سنی، تغییر سبک زندگی و دلایل دیگر شاهد افزایش این آمار خواهیم بود. پیش‌بینی شده است طی دو دهه آینده دست کم ۲۵ درصد به این رقم افزوده شود. امروزه بیماری‌های قلبی عروقی در کشور ما سالانه ۱۲۰ هزار نفر را به کام مرگ می‌کشد که بالغ بر ۸۰ درصد آن سهم مستقیم بیماری‌های عروق کرونر است. برای مقابله با این معضل در سال‌های اخیر و در سطح کلان‌الزئی فراوانی صرف برنامه ریزی برای افزایش تعداد مراکز درمانی و متخصصان رشته‌های مختلف مرتبط با قلب و عروق شده است. البته این امر در مقطعی لازم و ضروری بوده و رشد روند کمی درمان بیماران را موجب شده است، اما به تدریج و در بستر نظام پرداخت per case به صورت هیولاهایی در آمده‌اند که به صورت سیری ناپذیر منابع مالی حوزه بهداشت و درمان را می‌بلعند و با توجه به آمار روز افزون بیماران قلبی بعید است بتواند شکاف موجود بین عرضه و تقاضای خدمات را در آینده پر کند. هر ساله تعداد زیادی از بیماران قلبی به تیغ جراحی سپرده می‌شوند و تعداد بیشتری نیز توسط متخصصان داخلی قلب تحت درمان‌های مختلف مداخله‌ای (intervention) قرار می‌گیرند. هزینه‌ای که برای درمان‌های جدید مداخله‌ای صرف می‌شود، به مراتب بالاتر از هزینه‌های جراحی است. باید در نظر داشت که علاوه بر هزینه‌های مستقیم بستری، هزینه‌های جانبی فراوانی از جمله ساعات غیبت از کار برای بیمار و اطرافیان، هزینه‌های سفرو اقامت و هزینه‌های توان‌بخشی بر بیمار و یا نظام خدمات درمانی کشور تحمیل می‌شود، بنابراین مهم است بدانیم اقدامات درمانی تا چه حد کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشیده و ایشان را به زندگی عادی بر گردانده است.

ادامه در صفحه ۷ ◀

۲۰۰۵۲۸ SMS ▶ ۱۵۶۳۲

♦ دکتر مرزیه نجومی
مدیر گروه و دانشیار پزشکی اجتماعی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

یک تجزیه و تحلیل ساده داده‌های دموگرافیک نشان می‌دهد طول عمر در سراسر جهان افزایش یافته و این روند ادامه دارد. بهبود وضعیت تغذیه و سلامت در همه ابعاد آن، به افزایش طول عمر از ۳۰ سال طی زمان امپراتوری روم به ۷۰ تا ۸۰ سال تا به امروز منجر شده است. افزایش طول عمر در برخی کشورها از جمله در زنان ژاپنی به ۸۸ سال نیز رسیده است، اما سوال اینجاست: تا چه حد می‌توان طول عمر را افزایش داد؟

مطالعات روی فیزیولوژی بدن نشان داده که افزایش عمر تا ۱۳۰ سال امکان‌پذیر است. تا سال ۲۰۵۰، جمعیت جهان ۸/۹ بیلیون برآورد می‌گردد در آن زمان حداقل ۲۵ درصد جمعیت جهان ۶۰ ساله و بیشتر هستند و از هر ۴ فرد بالای ۸۰ سال، سه نفر در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. اگر همین افزایش ممکن از نظر فیزیولوژی هم دست‌یافتنی باشد، می‌توان هم‌زمان احساس خوب بودن و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی را نیز فراهم کرد؟

توجه به کیفیت زندگی

کوشش سال‌های متمادی سازمان‌های مرتبط با سلامت در جهت افزایش طول عمر متمرکز بوده است. در سال‌های اخیر پس از موفقیت بسیار در این زمینه در کنار افزایش طول عمر با افزایش کمی طول عمر، کیفیت زندگی مطرح شد. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن امروزه بیش از گذشته عمر می‌کنند و با بهبود روش‌های تشخیصی و درمانی بیماری‌ها (به ویژه بیماری‌های مزمن)، افزایش طول عمر نه تنها در جمعیت سالم که در بیماران نیز رخ داده است. پس از این پیشرفت چشم‌گیر، نقش مرگ و میر در جمعیت‌ها به عنوان یک شاخص توسعه کم‌رنگ‌تر شد و امروزه به افزایش کیفی طول عمر یا کیفیت زندگی نیز توجه می‌شود. اندازه‌گیری کیفیت زندگی و توجه به آن در کنار درمان و مراقبت‌های سلامت اهمیت جنبه‌های

احساس خوب داشتن و بیماری ایدز!

باورهای مذهبی و اعتقادات دینی فرد، مرتبط با کیفیت زندگی بهتر، به خصوص در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است

اجتماعی و روانی در کنار جنبه‌های جسمانی سلامت را مطرح کرده است. اصطلاح کیفیت زندگی در اواخر ۱۹۵۰ میلادی در مباحث اقتصادی اجتماعی مطرح شد و سپس وارد حیطه روان‌شناسی شد و روان‌شناسان توسط آن شاخص‌های رفاه و آسایش را گسترش داده و توجه به نیازهای سطوح بالاتر را مطرح کردند. در طول سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۰ میلادی در حدود ۲۰۰ مقاله با عنوان کیفیت زندگی منتشر شد. تحقیق در خصوص کیفیت زندگی در ابتدا در مورد عموم مردم و معلولان صورت می‌گرفت و سپس وارد حیطه بهداشت روان شد.

نقص بزرگ اغلب مطالعات کیفیت زندگی در توافق بر تعریف و نحوه اندازه‌گیری آن می‌باشد. برخی کیفیت زندگی را شادی، رضای تمایلات، دستیابی به اهداف، مفید بودن در جامعه و توانایی فیزیکی و روانی مناسب می‌دانند. برخی دیگر کیفیت زندگی را برداشت فردی از وضعیت سلامت و میزان رضایت از سلامتی ذکر می‌کنند. به هر حال آنچه اغلب محققان در مورد کیفیت زندگی توافق دارند، ابعاد مختلف آن و درک فردی از این مفهوم است. در این بین، بعد سلامت روانی و اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بیماری ایدز یک بیماری مزمن با دوره کمون طولانی و میرایی بالا پیشرفت‌های اخیر مداخلات دارویی با افزایش طول عمر این بیماران همراه بوده است. این بیماری از آنجایی که می‌تواند فرد را دچار استیگما کند، اهمیت ویژه‌ای از نظر تأثیر

بر کیفیت زندگی دارد. این بیماری به سرعت در حال گسترش در جهان می‌باشد و به‌رغم موفقیت کشورهای توسعه‌یافته در کنترل نسبی آن همچنان به عنوان یک پاندمی مطرح بوده و به خصوص در کشورهای در حال توسعه قابل توجه فراوان است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، از موارد بین ۳۰ تا ۳۶ میلیون آلوده به HIV در جهان، ۹۰ درصد در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط قرار دارد. این بیماری به سرعت در حال گسترش در کشورهای آسیایی و خاورمیانه می‌باشد و در کشور ما نیز رو به افزایش است. اگرچه در ابتدای گسترش این بیماری انتقال از طریق تزریق مواد مخدر مهم‌ترین راه انتقال را به خود اختصاص می‌داد، در حال حاضر، انتقال این بیماری از طریق تماس جنسی رو به افزایش بوده و نقش مهمی در

گسترش آن دارد. بیمارانی که با ایدز زندگی می‌کنند یا HIV مثبت هستند، علاوه بر نیاز به درمان و دسترسی به روش‌های درمانی جدید باید از نظر کیفیت زندگی نیز مورد توجه قرار گیرند. در ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در این بیماران، به‌علاوه شاخص‌های مرتبط با بیماری، عملکرد شغلی، احساسات منفی، تصور فرد از ظاهر خویش، عملکرد جنسی، نگرانی در مورد آشکار شدن ماهیت بیماری، مقبولیت اجتماعی، حمایت خانوادگی، باورهای شخصی و معنوی، مذهب و احساس گناه اشاره شده است. سازمان بهداشت جهانی با توجه به این ابعاد، پرسشنامه‌ای طراحی کرده که در بسیاری از کشورهای جهان به کار گرفته شده است.

در مطالعه‌ای که در شمال هند صورت گرفت، با استفاده از همین پرسشنامه نشان داده شد که علاوه بر بعد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز علامت‌دار، بعد روانی نیز نسبت به بیماران بدون علامت دست‌خوش تغییر می‌شود. بیماران با حمایت خانوادگی خوب در بعد محیطی، امتیاز بیشتری کسب کردند. مطالعه دیگری در کشور کانادا نشان داد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی در این بیماران، شغل و سطح درآمد آنها می‌باشد. در آفریقای زیر صحرای بیش از ۶۰ درصد موارد بیماران مبتلا به ایدز یا HIV مثبت جهان در آن زندگی می‌کنند، تحصیلات پایین، نگرانی از افشای بیماری و داشتن بیماری همراه، مرتبط با کیفیت زندگی نشان داده شد. در اغلب مطالعات

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز یا HIV مثبت، زنان از مردان دارای کیفیت زندگی پایین‌تری می‌باشند که می‌توان آن را به نقش اجتماعی زنان، مشکلات اقتصادی و خانوادگی آنان نسبت داد. در مطالعات متعدد نشان داده شده که اغلب این بیماران در بعد روحی روانی مشکل داشته و بسیاری از آنان افسرده هستند. همچنین نشان داده شده که باورهای مذهبی و اعتقادات دینی فرد، مرتبط با کیفیت زندگی بهتر، به خصوص در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد.

کیفیت زندگی بیماران ایرانی
در ایران نیز مطالعه روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز یا HIV مثبت، با به کارگیری پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی انجام گرفته است. در این بررسی این بیماران در کنار گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. در همه ابعاد کیفیت زندگی این بیماران متأثر شده و در سطح کمتری از گروه کنترل قرار دارد. زنان همچنان از کیفیت زندگی پایین‌تر برخوردار بوده و افراد متأهل، بیماران در مراحل خفیف‌تر و افراد با تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی بهتری داشتند. به عنوان یک نتیجه‌گیری می‌توان بیان کرد که بدون تردید تعداد بیماران مبتلا به ایدز و یا HIV مثبت رو به افزایش است. این بیماران باید برای داشتن عمر بیشتر همراه با کیفیت زندگی بالاتر به درمان‌های جدید و پیشرفته در سطح جهان دستیابی داشته و به کیفیت زندگی آنان در همه ابعاد به خصوص حمایت اجتماعی (فرصت داشتن شغل و درآمد کافی، امکان تحصیل) و خانوادگی توجه ویژه شود. زنان در این بین نیاز به توجه بیشتر به خصوص از نقطه نظر اقتصادی و درآمد دارند. ■



بهترین مقاله را انتخاب کنید
کد این مقاله: ۱۵۶۳۲
۲۰۰۵۲۸ SMS ▶

PHARMATON
NATURAL HEALTH PRODUCTS

تولید و بسته‌بندی در شرکت فارماتون/چینسانا سوئیس

چینسانا

- حاوی ۱۰۰۰ میلی‌گرم عصاره استاندارد شده ریشه جینسنگ
- کمک به ارتقاء ظرفیت ذهنی و جسمی از طریق افزایش اکسیژن‌رسانی به بافت‌های بدن
- کمک به تقویت سیستم ایمنی بدن
- کمک به افزایش استقامت بدن در طول تمرینات ورزشی
- کمک به ارتقاء میل و عملکرد جنسی در زنان و مردان

قدرت مطلق جینسنگ

فرش در داروخانه‌های سراسر کشور

توزیع: پخش هجرت • داروگستراری • میعادارو

- با مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- شرکت علم فارم‌دگستر نماینده انحصاری فارماتون/چینسانا در ایران

تلفن مرکز مشاوره پزشکی و تغذیه: ۲۲۴۱۱۵۲۹ - ۲۲۴۱۱۵۴۱

کیفیت زندگی چیست؟

ادامه از صفحه ۱ ▶

از دهه ۱۹۳۰ محققان آمریکایی به ارزیابی کیفیت زندگی در مناطق مختلف کشور خود پرداختند و پس از آن این مفهوم مورد توجه دانشمندان علوم روان‌شناسی، اقتصاد، سیاست، جامعه‌شناسی و پزشکی به صورت یک موضوع میان‌رشته‌ای قرار گرفت.

به این ترتیب در خصوص معنی کیفیت زندگی تعابیر و تعاریف متعددی مطرح شد. فرانز و پاور کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد دانستند که برای او مهم می‌باشد. سل و تالسکی کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش در مقایسه با آنچه ایده‌آل یا ممکن می‌پندارد، تلقی کردند و برخی از محققان این واژه را پیچیده‌تر از آن دانستند که بتوان آن را در یک جمله و یا عبارت توصیف کرد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ این مفهوم را به این صورت تعریف کرده است: کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است.

این معنا را با نگاه حافظ مقایسه کنید آنچه که می‌گوید:

«در این بازار اگر سودی است، با درویش خرسند است خدا یا معمم گردان به درویشی و خرسندی»

و یا در جایی دیگر دارد:

«شکر خدا که هر چه طلب کردم از خدا بر منتهای دولت خود کامران شدم»

به‌رغم آنکه توافق کلی در تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد، پژوهشگران بر سه ویژگی مهم آن شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن اتفاق نظر دارند.

کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی است. این ویژگی با تعریفی که امروزه از سلامتی داریم منطبق است. آنجا که سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌دانیم.

عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است که قبلاً به آن پرداختیم. پویایی کیفیت زندگی به این معناست که با گذشت زمان تغییر می‌کند و به تغییرات فرد و محیط اندازه‌گیری کیفیت زندگی کاربردهای زیر را داراست:

(الف) تعیین کارایی درمان‌های مختلف، (ب) ارزیابی خدمات بهداشتی و اولویت‌بندی آنها، (ج) سیاست‌گذاری و تخصیص منابع (د) بهبود روابط پزشک و بیمار با افزایش درک متقابل از بیماری و درمان آن، (ه) پژوهش: طی چنددهه اخیر تحقیقات فراوانی در مورد کیفیت زندگی براساس شاخص‌های جمعیتی (همچون گروه‌های سنی، جنسیت، نژاد، حوزه‌های اجتماعی شهری و روستایی، طبقه اجتماعی و...)، فرهنگ‌های مختلف (در سطح ناحیه‌ای، ملی و منطقه‌ای)، زمان (مطالعات طولی و مقطعی)، محیط‌های سازمانی متفاوت و... انجام شده است، اما آنچه اخیراً در حوزه علوم پزشکی مورد اقبال واقع شده است، بررسی کیفیت زندگی در گروه‌های خاصی از بیماران می‌باشد.

نحوه اندازه‌گیری کیفیت زندگی نیز در علوم مختلف متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال روان‌شناسان از شاخصی به نام مقیاس رضایت از زندگی (lifesatisfaction scale) به وفور استفاده می‌کنند. این مقیاس که توسط داینر تهیه شده است، پرسشنامه کوتاهی