

## خدمات مراقبت تسکینی به بیماران صعب‌العلاج در کشورهای منتخب

احمدرضا رئیسی<sup>۱</sup>، نسرين شعربافجی‌زاده<sup>۲</sup>، خاطره دبیرزاده<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، مراقبت‌های تسکینی باید در اولویت برنامه‌های سلامت عمومی و مدیریت بیماری‌ها قرار گیرد. هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه خدمات مراقبت تسکینی در کشورهای منتخب و ارائه پیشنهادهایی برای ارائه این خدمات در ایران بود.

**روش بررسی:** این مطالعه به روش کتابخانه‌ای و تطبیقی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. اطلاعات به روش بررسی متون و با استفاده از کلید واژه‌های «مراقبت تسکینی و صعب‌العلاج»، از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان PubMed، ISI (Institute for Scientific Information)، Scopus و پایگاه‌های فارسی (SID Scientific Information Database) و Magiran در کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه جمع‌آوری گردید.

**یافته‌ها:** انگلستان و ایالات متحده آمریکا به عنوان کشورهای پیشرو در ارائه مراقبت تسکینی، خدمات جامع و گسترده‌ای را به بیماران صعب‌العلاج ارائه می‌دهند. ترکیه نیز در سال‌های اخیر پیشرفت زیادی در زمینه خدمات تسکینی داشته و جمعیت زیادی را تحت پوشش قرار داده است. در ایران بسیاری از خدمات مورد نیاز بیماران صعب‌العلاج هنوز به کارگیری نشده است یا مراکز ارائه این خدمات بسیار محدود می‌باشد. صاحب‌نظران در حیطه خدمات تسکینی اعتقاد دارند که در کشور ایران نسبت به انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه، توجه کمتری به سازماندهی این گونه مراکز شده است.

**نتیجه‌گیری:** با استفاده از تجارب کشورهای پیشرو و اقدامات کشورهای در حال پیشرفت در زمینه‌های ساختار سازمانی، تأمین و حمایت مالی، نظارت بر ارائه خدمات، مراقبت توسط گروه‌های بین‌رشته‌ای، نیازسنجی مراقبت‌ها، آموزش و جذب نیروی انسانی، می‌توان چارچوبی برای ایران تهیه کرد.

**واژه‌های کلیدی:** مطالعه تطبیقی؛ مراقبت تسکینی؛ بیماران صعب‌العلاج

**پیام کلیدی:** آنچه مسلم است، تفاوت بارز خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به بیماران صعب‌العلاج، ناشی از برخی زیرساخت‌ها، مدیریت‌ها و سیاست‌گذاری‌های کشورهای منتخب است. مهم‌ترین کاربرد پژوهش حاضر، ارائه بینش و آمادگی برای ارائه هرچه بهتر خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به بیماران نیازمند و خانواده‌هایشان می‌باشد.

دریافت مقاله: ۱۳/۱۰/۱۳۹۹

پذیرش مقاله: ۱۴/۵/۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۵/۵/۱۴۰۰

**ارجاع:** رئیسی احمدرضا، شعربافجی‌زاده نسرين، دبیرزاده خاطره. خدمات مراقبت تسکینی به بیماران صعب‌العلاج در کشورهای منتخب. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۰؛ ۱۸ (۳): ۱۱۶-۱۱۰

## مقدمه

تغییراتی که بیماری‌های صعب‌العلاج به مرور در بدن افراد مبتلا به این‌گونه بیماری‌ها شکل می‌دهد، بسیار پیچیده است. از نظر بیولوژیکی، بیماری با تجمع آسیب‌های سلولی و مولکولی همراه می‌باشد و در طول زمان این آسیب‌ها گسترده‌تر می‌شود و توانایی و ظرفیت بیمار را جهت ادامه زندگی روزمره با اختلال مواجه می‌کند که این خود بر روی کیفیت زندگی بیمار تأثیر دارد و آن را کاهش می‌دهد و تأثیرات روحی- روانی را بر بیمار و خانواده بیمار اعمال می‌کند (۱). به همین دلیل، بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، نیازمند خدمات و حمایت‌های پزشکی و اجتماعی متعددی هستند. نقاط کلیدی برای فعالیت در زمینه کمک به بیماران صعب‌العلاج شامل تطبیق و توسعه نظام سلامت با نیازهای جمعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و اطمینان از این که هر فرد مبتلا می‌تواند در یک محیط مناسب دوران انتهایی زندگی خود را بگذراند، می‌باشد (۲).

امروزه در کشورهای پیشرفته نگاه ویژه‌ای به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی برای بیماران صعب‌العلاج می‌شود و با توجه به روند رو به رشد جمعیت این بیماران

و نیازهای ویژه‌ای که دارند، دولت‌ها در جهت ارائه خدمات و مراقبت‌های ویژه، سیاست‌گذاری‌های خود را انجام می‌دهند. نظر به افزایش شمار این بیماران در ایران، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به منظور حمایت و مراقبت از بیماران و خانواده‌هایشان بسیار مورد اهمیت می‌باشد (۳، ۲).

مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد به شماره ۳۹۷۰۶۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

- ۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**نویسنده طرف مکاتبه:** خاطره دبیرزاده؛ دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: kh.modiriat@yahoo.com

اعمال ارایه خدمات حمایتی و تسکینی در کشورهای منتخب، استفاده از نقاط مثبت و مقایسه با کشور ایران پرداخته شود. کشورهای منتخب در مطالعه حاضر، انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه بودند که انتخاب آن‌ها با استفاده از نظر متخصصان و به دلایل پیش‌گام بودنشان در عرصه خدمات تسکینی، پیشرفته بودن آن‌ها از نظر ارایه خدمات حمایتی و تسکینی، در دسترس بودن اطلاعات و نیز در رده مشابه قرار گرفتنشان از حیث توسعه مراقبت‌های تسکینی با ایران (۱۰)، انتخاب شدند. نتایج تحقیق می‌تواند به منظور طراحی ارایه خدمات و مراقبت‌های مناسب به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج به کار گرفته شود و همچنین، دید کلی از وضعیت ارایه خدمات حمایتی و تسکینی در کشورهای منتخب ایران ارایه دهد که می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در کشورهای مختلف قرار گیرد.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای و به روش تطبیقی بود و در آن، وضعیت خدمات مراقبت تسکینی به بیماران صعب‌العلاج از جنبه‌های مختلف (وضعیت موجود و نحوه ارایه خدمات حمایتی و تسکینی، پرداخت هزینه‌ها و نظارت بر مراکز ارایه دهنده خدمات حمایتی و تسکینی) در کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه بررسی و در نهایت با ایران مقایسه گردید.

جامعه مطالعه شامل مجموعه مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع تحقیق بود. داده‌های مورد نیاز از طریق جستجوی پیشرفته واژه‌های کلیدی در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان PubMed، Web of Science، ISI و Scopus (Institute for Scientific Information) و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی در SID (Scientific Information Database) و Magiran انجام شد که استراتژی جستجو در این پایگاه‌ها در جدول ۱ ارایه شده است. در نهایت، به منظور تکمیل اطلاعات در سایت وزارت بهداشت کشورهای منتخب، گزارش‌های منتشر شده در مراکز دانشگاهی و Google جستجو شد. معیار ورود پژوهش‌هایی بودند که خدمات حمایتی و تسکینی را به بیماران صعب‌العلاج در کشورهای منتخب بررسی کرده بودند. دسترسی نداشتن به متن کامل منابع مورد بررسی و همچنین، زبان غیر انگلیسی و فارسی مطالعات از جمله معیارهای خروج بود.

بر اساس آمار و ارقام، سالانه بر تعداد بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج که نیازمند دریافت خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی هستند، افزوده می‌شود. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، هر سال ۴۰ میلیون بیمار نیازمند دریافت خدمات و مراقبت‌های حمایتی هستند که ۷۸ درصد این بیماران در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند (۴). بنابراین، یکی از چالش‌هایی که ایران در آینده‌ای نه چندان دور با آن مواجه می‌شود، سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ایجاد زیرساخت‌های لازم برای ارایه خدمات حمایتی و تسکینی به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج است که این موضوع از همین امروز باید مورد توجه قرار گیرد.

امروزه موانع متعددی وجود دارند که دسترسی بیماران نیازمند به خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی را به خصوص در کشورهای کم‌درآمد و در بین افراد محروم کشورهای پردرآمد محدود می‌کند (۵). بنابراین، اگر برنامه‌ریزی مناسب صورت نگیرد، در آینده‌ای نزدیک، کشور با حجم گسترده‌ای از مشکلات در مورد ارایه خدمات و مراقبت از بیماران صعب‌العلاج مواجه خواهد شد.

استفاده از تجارب کشورهای که پیش‌تر ارایه مراقبت‌ها و خدمات حمایتی و تسکینی را تجربه کرده‌اند، در مطالعات مختلف پیشنهاد شده است. در سال‌های پیش، تحقیقاتی صورت گرفته است که در ابتدا بیشتر جنبه تحلیلی داشتند و به تحلیل مفهوم و ابعاد مراقبت‌های حمایتی و تسکینی پرداختند (۶، ۷) و سپس به سمت توصیف وضعیت موجود رفتند و سعی در گزارش وضعیت حال حاضر مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در کشور و بیان مشکلات آن پرداختند (۸) که می‌توان با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش‌ها در جهت حرکت به سمت برداشتن موانع و ارایه هرچه بهتر مراقبت‌ها و خدمات حمایتی و تسکینی گام برداشت.

با یک برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری صحیح و بلندمدت، می‌توان از پیامدهای منفی تأثیر بیماری‌های صعب‌العلاج بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا و خانواده‌هایشان کاست (۶). از این‌رو، با در نظر گرفتن این که کشور ایران در آینده‌ای نه چندان دور با افزایش شمار بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مواجه خواهد شد و عدم برنامه‌ریزی جامع و دقیق در زمینه خدمات حمایتی و تسکینی (۶، ۹)، ضروری به نظر می‌رسد که با استفاده از اطلاعات به‌روز، به بررسی

جدول ۱: استراتژی جستجو در پایگاه‌های داده

پایگاه	استراتژی جستجو
Web of Science	((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS:(provision) AND ALL FIELDS:(United kingdom). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS:(provision) AND ALL FIELDS:(United States). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS:(provision) AND ALL FIELDS:(Turkey).
PubMed	((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United kingdom)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United States)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Turkey)).
ISI	((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United kingdom)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United States)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Turkey)).
Scopus	((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United kingdom)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (United States)). ((palliative OR supportive) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Turkey)).
Magiran	"خدمات حمایتی و تسکینی" یا "مراقبت تسکینی"
SID	"خدمات حمایتی و تسکینی" یا "مراقبت تسکینی"

ISI: Institute for Scientific Information; SID: Scientific Information Database

ضمن جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی و وبسایت‌های مذکور، ۱۵۶۴ مورد شناسایی و طی غربالگری اولیه از نظر سال انتشار این مقالات، ۳۷۰ مقاله انتخاب شد که از این تعداد، ۱۳۲ مورد با عنوان و چکیده مناسب گزینش شد و متن کامل آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، ۲۹ منبع که با اهداف مورد نظر پژوهش حاضر مطابقت داشت، استفاده گردید.

## یافته‌ها

در ادامه، اطلاعات به دست آمده در حیطه‌های ساختار سازمانی، تأمین مالی، نظارت بر مراکز ارایه دهنده و نحوه ارایه خدمات حمایتی و تسکینی در کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا، ترکیه و ایران آورده شده است و با توجه به هر حیطه یافته‌های کلیدی ارایه گردید.

**انگلستان:** انگلستان از کشورهای پیش‌تاز در زمینه ارایه خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی است و در حال حاضر در همه دانشکده‌های پزشکی این کشور مراقبت‌های تسکینی تدریس می‌شود (۱۱، ۳). از سال ۲۰۰۰، تعداد بسیاری طرح‌های ملی و منطقه‌ای مانند سرمایه‌گذاری‌های کلان نظام سلامت، برنامه‌های عملی، شبکه ملی سرطان و گایدلاین‌هایی در ارتباط با مراقبت‌های تسکینی راه‌اندازی شده است (۱۲). خدمات مراقبت تسکینی در انگلستان برای کودکان و بزرگسالان به صورت مجزا و در قالب مراکز ارایه خدمات سرپایی، ارایه خدمت و مراقبت در منزل و بستری شدن در هاسپیس به بیماران نیازمند ارایه می‌شود. خدمات مذکور در قالب مراقبت‌های جسمانی از بیماران، مراقبت‌های معنوی، روانی و حمایتی از بیماران و خانواده‌هایشان است. گروه‌های پرستاری مسؤول برقراری ارتباط بین مراکز انکولوژی، گروه‌های مراقبت بهداشتی اولیه و خانواده بیمار هستند (۱۴، ۱۳). استراتژی مراقبت تسکینی در انگلستان به صورت اختصاص دادن بخش مراقبت تسکینی به بیماران مبتلا به سرطان، تدوین و رعایت استانداردهای مراقبت تسکینی، تعیین فرد مسؤول مراقبت تسکینی در وزارتخانه، تخصیص منابع به مراقبت تسکینی، گنجاندن مراقبت تسکینی در لیست خدمات سلامت و مراقبت‌های اولیه، گنجاندن مراقبت تسکینی در بسته پایه خدمات سلامت و تربیت افراد متخصص در حیطه مراقبت تسکینی می‌باشد (۱۵، ۳).

دولت انگلستان هزینه‌های مشاوره بیمارستان، هزینه‌های مراقبت در منزل، بستری در بیمارستان و کلینیک‌های روزانه را پرداخت می‌کند و بقیه هزینه‌ها با بودجه‌های ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی پرداخت می‌شود. دولت انگلستان به تازگی حمایت مالی خود را برای مراقبت‌های تسکینی در جهت کمک به بیمارانی که می‌خواهند روزهای پایانی زندگی خود را به جای بیمارستان در خانه بگذرانند، افزایش داده است. سیاست‌گذاری در مورد نحوه ارایه مراقبت‌ها و خدمات حمایتی و تسکینی و تدوین دستورالعمل‌های مرتبط در انگلستان زیر نظر نظام طب ملی NHS (National Health System) انجام می‌شود (۱۳، ۱۱، ۳).

**ایالات متحده آمریکا:** مراقبت‌ها و خدمات تسکینی در ایالات متحده آمریکا از سال ۲۰۰۰ روند صعودی داشته و هر ساله با توجه به افزایش تقاضا، عرضه هم برای این خدمات افزایش یافته؛ به صورتی که طی ده سال اخیر، بیش از ۱۰۰۰ برنامه مراقبت تسکینی جدید ایجاد شده است (۱۶).

هم‌اکنون مراکز با عنوان «کلینیک‌های مشاوره سرپایی» وجود دارد که در آن تیم‌های بین‌رشته‌ای مشاوره مستقر هستند و مراقبت‌ها و خدمات تسکینی را ارایه می‌دهند. علاوه بر این، مراقبت در منزل، خانه‌های پرستاری و هاسپیس از طریق گروه‌های معتبر پزشکی، پرستاری و روان‌شناسی به بیماران و خانواده‌های

آنان ارایه می‌شود (۱۷). تمرکز مراقبت‌های تسکینی در آمریکا بر افزایش کیفیت زندگی بیماران، ارتقای نتایج بالینی و کاهش هزینه‌های بیمارستانی است. مراکز مراقبت تسکینی در آمریکا به طور عمده خدماتشان را در قالب مراقبت‌های مهربانی، ماندن در منزل و خدمات سوگواری به بیماران و خانواده‌ها و مراقبان این‌گونه بیماران ارایه می‌دهند (۱۸).

در سال ۱۹۸۳، ایالات متحده آمریکا برای مراقبت‌های تسکینی، استفاده از خدمات بیمه‌های Medicare و Medicaid را آغاز کرد. Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد بالای ۶۵ سال می‌باشد که حداقل ده سال کار کرده‌اند و برای دریافت خدمات حمایتی و تسکینی، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنند. Medicaid نیز یک برنامه بیمه درمانی است که توسط ایالت‌های مختلف اجرا می‌شود و بخشی از آن توسط دولت فدرال تأمین می‌شود (۲۰، ۱۹). همچنین، نظارت بر انجام صحیح فعالیت‌های مراکز ارایه دهنده خدمات حمایتی و تسکینی بر اساس دستورالعمل‌های تدوین شده، بر عهده Medicare و Medicaid است (۱۶).

**ترکیه:** به دلیل افزایش نیاز به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، وزارت بهداشت ترکیه پروژه «پالیا-تورک» را در سال ۲۰۱۰ راه‌اندازی کرد. این برنامه به منظور آموزش پزشکان در حیطه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی و گنجاندن برنامه‌های آموزشی حمایتی و تسکینی در دیگر رشته‌های مرتبط مانند پرستاری، روان‌شناسی، آسیب‌شناسی، هنر درمانی، مشاوره معنوی و مددکاری است (۲۱، ۲۲). در کشور ترکیه مراقبت‌های تسکین درد به طور عمده در بیمارستان‌های دانشگاهی وجود دارد که بر بودجه دولت استوار است و اکنون ۸۷ واحد مراقبت تسکینی که مورد تأیید وزارت بهداشت ترکیه می‌باشد، در حال ارایه خدمات و مراقبت به بیماران هستند (۲۳). وزارت بهداشت ترکیه در نظر دارد دستورالعمل‌های مراقبت تسکینی بومی منطبق با ساختار فرهنگی کشور را نیز تدوین کند (۲۱، ۳). خدمات مراقبت تسکینی برای کودکان در ترکیه به صورت مراکز ارایه خدمات سرپایی و برای بزرگسالان به صورت ارایه خدمت در قالب تیم‌های بیمارستانی، مراقبت در منزل و بستری در هاسپیس‌ها است (۲۴).

بیماران در بیمارستان‌های دانشگاهی، هزینه دارو و درمان خود را به صورت خصوصی پرداخت می‌کنند و یا همه یا قسمتی از هزینه‌های آن‌ها از طریق یکی از سه طرح بیمه درمانی دولت، طرح کارت سبز یا توسط بیمه خصوصی اواخر زندگی موجود در بیمارستان‌های وزارت بهداشت برای بیماران بستری رایگان است. هیچ گزارشی مبنی بر ارایه مراقبت‌های تسکینی توسط سازمان‌های خیریه غیر دولتی وجود ندارد. هزینه دارو برای بیماران سرپایی باید توسط بیمار پرداخت شود که ممکن است توسط بیمه خدمات درمانی فرد پوشش داده شود (۲۵، ۳). همچنین، حمایت‌های پزشکی توسط سازمان‌های خیریه غیر دولتی وجود ندارد و نظارت بر فعالیت‌های مراکز ارایه دهنده خدمات حمایتی و تسکینی به عهده وزارت بهداشت است که با حمایت از تیم‌های انکولوژیست، زمینه گسترش خدمات تسکینی و حمایتی را فراهم می‌کند (۲۶، ۲۱).

**ایران:** در حال حاضر مرکز مکسا در تهران به عنوان ستاد مرکزی، به ارایه مراقبت‌ها و حمایت‌های تسکینی می‌پردازد و زیرمجموعه‌های این مرکز که آلا در اصفهان و بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران هستند، مشغول به فعالیت و خدمت‌رسانی به بیماران و خانواده‌های نیازمند به مراقبت‌های تسکینی و حمایتی می‌باشند. واحد طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران با دارا بودن ده تخت، علاوه بر ارایه خدمات سرپایی، خدمات بستری را نیز به عهده دارد و مرکز آلا در اصفهان شامل بخش کلینیک و بستری در بخش بیمارستانی است (۲۸، ۲۷). سازمان مکسا

بیماری‌های صعب‌العلاج که نیازمند استفاده از خدمات حمایتی و تسکینی هستند را فراهم می‌کند؛ در صورتی که طبق مستندات موجود در چند مرکز ارایه دهنده مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در ایران، این‌گونه خدمات تحت پوشش بیمه نیست و تنها منبع تأمین مالی، خیرین و کمک‌های داوطلبانه هستند.

بررسی یافته‌ها نشان داد که در کشورهای مورد مطالعه، با گذشت زمان و تدوین دستورالعمل‌های به‌روز و مناسب با تقاضای بیماران نیازمند، نظارت را بر این مراکز گسترده‌تر کرده‌اند تا از ارایه درست مراقبت‌ها و خدمات اطمینان حاصل کنند و در صورت بروز مشکل در ابتدایی‌ترین نقاط آن را برطرف نمایند. در ایران نیز بر چند مرکز محدود ارایه مراقبت‌ها و حمایت‌های تسکینی توسط معاونت درمان نظارت انجام می‌شود که در صورت گسترش خدمات و افزایش تعداد مراکز ارایه دهنده مراقبت‌ها در سال‌های آینده، نیاز به تشکیل گروه‌هایی جهت نظارت و کنترل دقیق به صورت دوره‌ای لازم است.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت که با توجه به اهمیت مسأله مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، کشورهای توسعه یافته اقدامات سازمان یافته متعددی در زمینه ارایه خدمت به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج که روزهای پایانی زندگی‌شان را سپری می‌کنند، انجام داده‌اند، اما در ایران با وجود این که در آینده نزدیک جمعیت بیماران صعب‌العلاج افزایش خواهد داشت و با یک بحران عظیم در این زمینه مواجه خواهیم بود، خدمات و مراقبت‌های تسکینی به اندازه کافی موجود و در دسترس نیست. در نتیجه، به یک برنامه‌ریزی منسجم در بخش‌های دولتی، خصوصی و داوطلبانه به منظور فراهم آوردن امکانات و خدمات متنوع نیاز است تا افراد و خانواده‌های نیازمند به مراقبت‌های تسکینی و حمایتی بتوانند این دوران سخت را در مناسب‌ترین حالت ممکن بگذرانند.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود از تجارب کشورهای موفق در زمینه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی الگوبرداری شود. از جمله مواردی که باید مورد توجه قرار گیرد، شامل «پوشش بیمه‌ای برای خدمات حمایتی و تسکینی، استفاده از ظرفیت افراد داوطلب برای ارایه خدمت، راه‌اندازی انواع ساختارهای مراقبت از بیماران نیازمند و خانواده‌هایشان، مراقبت ادغام یافته با استفاده از گروه‌های بین رشته‌ای و توجه به تمامی ابعاد مراقبت از بیماران صعب‌العلاج، گسترش نظارت و سیستم ارزیابی بر مراکز ارایه خدمات حمایتی و تسکینی، در نظر گرفتن حمایت‌های مالی و غیر مالی برای خانواده‌ها و مراقبان بیمار» می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.046 می‌باشد.

### تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

که ارایه دهنده خدمات حمایتی و تسکینی در ایران می‌باشد، از سازمان‌های مردم‌نهاد به شمار می‌رود. این‌گونه سازمان‌ها نیاز به کسب مجوز از ارگان‌های متفاوت دارند. در حال حاضر، عدد شفافی از تعداد سازمان‌های خیریه در دست نیست (۲۸، ۷). وقتی آماری از تعداد دقیق این‌گونه سازمان‌ها نباشد، می‌توان برای آن‌ها تنوع در ساختار سازمانی در نظر گرفت. تاکنون بیش از ۲۲۷۴۸ بیمار مبتلا به سرطان‌های پیشرفته با نام و نام خانوادگی در سیستم سازمان مکسا و زیرمجموعه‌های آن ثبت شده‌اند که عمده این بیماران، در مراحل پایانی زندگی خود بوده یا هستند و مرکز توانسته است این بیماران را از ICU (Intensive Care Unit) به بخش و از بخش به منزل هدایت کند و در تلاش است تا با طراحی هاسپیس، گام بعدی یعنی از منزل به هاسپیس را نیز محقق کند. همه خدمات ارایه شده در محدود مراکز مربوط به مراقبت‌های تسکینی و حمایتی در ایران رایگان است، اما کارکنان مشغول به کار در مرکز حقوق خود را دریافت می‌کنند که بودجه آن از طریق خیریه تأمین می‌شود. دیدگاه این مراکز این است که بدون توجه به وضعیت مالی و اقتصادی بیمار، به ارایه خدمت می‌پردازند و تیم مراقبتی را به منزل بیمار اعزام می‌کنند و به صورت ماهانه پس از دریافت بازخورد ارایه خدمت از مراجعان، پرداخت به کارکنان صورت می‌گیرد. نظارت بر سازمان‌های ارایه دهنده خدمات حمایتی و تسکینی در ایران بر عهده معاونت درمان می‌باشد (۲۸، ۳، ۲۷).

### بحث

کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه که کشورهای منتخب در پژوهش حاضر بودند، در مقایسه با ایران، در حیطه خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی دارای ساختاری سازمان یافته می‌باشند و همچنان سعی بر گسترش این خدمات همگام با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات حمایتی و تسکینی دارند. در مطالعه نورائی و همکاران به این مسأله اشاره شده است که روند رشد سرطان‌های منجر به مرگ در کشورهای در حال توسعه و ایران سیر صعودی دارد (۲۹) که این موضوع، پدیده مراقبت‌ها و حمایت‌های تسکینی را برای کشور ما به مشکل جدی‌تری تبدیل می‌کند. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که از نظر وضع موجود ارایه خدمات و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به بیماران صعب‌العلاج که در مراحل انتهایی زندگی خود هستند و خانواده‌هایشان، در کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه مراکز مختلفی مانند کلینیک‌های سرپایی، بخش‌های بستری، خانه‌های پرستاری، هاسپیس‌ها و یا به صورت مراقبت در منزل وجود دارد و این بیماران تحت نظر گروهی متشکل از پزشک، پرستار، مشاوران معنوی و مددکاران قرار می‌گیرند که تا حد ممکن کیفیت زندگی آن‌ها بالا نگهداشته شود، اما ایران از نظر تنوع خدمات و میزان پوشش در وضعیت مناسبی قرار ندارد. در پژوهش حیدری نیز به این مسأله اشاره شده است که نظام سلامت ایران با آمار فزاینده بیماران مزمن، کمبود نیروی انسانی و تخت بیمارستانی در مراکز سلامت خود مواجه است. شواهد نشان می‌دهد که مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره‌ای و در مراکز محدودی ارایه می‌شود و بیشتر بیماران نیازمند مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، از این شیوه مراقبتی محروم هستند و مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل نیز فاقد جایگاه مناسبی در نظام سلامت کشور است و به صورت پراکنده و غیر منسجم ارایه می‌شود (۷). مقایسه اطلاعات کشورهای مورد بررسی از نظر تأمین مالی و همچنین، پرداخت هزینه‌ها نشان داد که در کشورهای انگلستان، ایالات متحده آمریکا و ترکیه، دولت با همکاری بخش خصوصی و سازمان‌های بیمه‌ای، هزینه‌های مراقبتی برای بیماران مبتلا به

## References

1. Mousavi F, Beiranvand M. The effect of palliative care on the quality of life of cancer patients: A systematic review. *Nursing Development in Health* 2020; 11(1): 8-17. [In Persian].
2. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B, Burchett M. Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training. *J Palliat Med* 2014; 17(4): 400-6.
3. Ghanbarimotlagh A, Tahmasbi M. Theoretical foundations and comparative studies in the system of supportive and palliative care cancer. Tehran, Iran: Iran National Cancer Research Network; 2012. p. 8-113. [In Persian].
4. World Health Organization. World Report on Mortality, 2018 [Online]. [cited 2018]; Available from: URL: <https://www.who.int/data/mortality/country-profile>
5. NHS Health Scotland. Coordination of palliative care in community settings. Summary report. 2018; Available from: URL: <http://www.healthscotland.scot/media/1733/coordination-of-palliative-care-in-community-settings.pdf>
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5): E359-E386.
7. Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients' GÖCÖ care in Iran. *HAYAT* 2018; 24(2): 97-101.
8. Amiresmaeili MR, Imani E, Sarvestani Amin J. Evaluation of terminal life cost for patients admitted in teaching hospitals affiliated with Kerman University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Health-Based Research* 2015; 1(2): 133-43.
9. Hassankhani H, Rahmani A, Dehghannezhad J. Development of Palliative Care in Cancer Patients: A Neglected Necessity. *Iran Journal of Nursing* 2019; 31(115): 1-5. [In Persian].
10. World Health Organization. Working Together for Health: The WHO Health Report 2006 [Online]. [cited 2006]; Available from: URL: [https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)
11. Sleeman KE, Timms A, Gillam J, Anderson JE, Harding R, Sampson EL, et al. Priorities and opportunities for palliative and end of life care in United Kingdom health policies: A national documentary analysis. *BMC Palliative Care* 2021; 20(1): 108.
12. Ten KM, Onwuteaka-Philipsen BD, Van den Block L, Deliens L, Gambassi G, Heymans MW, et al. Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE). *Palliat Med* 2019; 33(9): 1176-88.
13. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee J, De Lima L, Pons Izquierdo J, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde, Belgium: EAPC Press; 2019.
14. UK Health Care. Palliative Care - Pediatric [Online]. [cited 2021]; Available from: URL: <https://ukhealthcare.uky.edu/kentucky-childrens-hospital/services/support-services/palliative-care>
15. Finlay I. UK Strategies for palliative care. *J R Soc Med* 2001; 94(9): 437-41.
16. Hughes MT, Smith TJ. The growth of palliative care in the united states. *Annu Rev Public Health* 2014; 35(1): 459-75.
17. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7(2): 201-6.
18. Mather HL, Coats H, Desanto K, Dionne-Odom JN, Smith CB, Gelfman LP. Update in hospice and palliative care. *J Palliat Med* 2019; 22(4): 357-63.
19. Taylor DH, Kaufman BG, Olson A, Harker M, Anderson D, Cross SH, et al. Paying for palliative care in medicare: evidence from the four seasons/duke CMMI demonstration. *J Pain Symptom Manage* 2019; 58(4): 654-61.
20. Fay M. Hospice Costs & End-of-Life Options [Online]. [cited 2021 Apr 29]; Available from: URL: <https://www.debt.org/medical/hospice-costs/>
21. MACSA. Supportive and palliative care in countries around the world [Online]. [cited 2021]; Available from: URL: <https://macsa.ir/fa/global-situation-of-palliative/>
22. Terzioglu F, Sahan FU, Boztepe H. Palliative care to the cancer patient: Turkish nurses' perspectives. *J Palliat Care Med* 2015; S5: 004
23. Akyar I. Palliative and supportive care in Turkey: Literature review and current status of research. Proceedings of the Sigma Theta Tau International's 27<sup>th</sup> International Nursing Research Congress; 2016 Jul 21-25; Cape Town, South Africa.
24. Bagcivan G, Bakitas M, Palmore J, Kvale E, Nichols AC, Howell SL, et al. Looking back, moving forward: A retrospective review of care trends in an academic palliative and supportive care program from 2004 to 2016. *J Palliat Med* 2019; 22(8): 970-6.

25. Ozgul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinçi H, et al. Turkish community-based palliative care model: A unique design. *Ann Oncol* 2012; 23(Suppl 3): 76-8.
26. Walker DK, Edwards RL, Bagcivan G, Bakitas MA. Cancer and palliative care in the United States, Turkey, and Malawi: Developing global collaborations. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017; 4(3): 209-19.
27. Ministry of Health and Medical Education. Clinical Medicine Guideline to Providing Palliative Care to End-Cancer Patients in Palliative Medicine [Online]. [cited 2021]; Available from: URL: [http://treatment.sbm.ac.ir/uploads/2-teb\\_taskini.pdf](http://treatment.sbm.ac.ir/uploads/2-teb_taskini.pdf)
28. MACSA: Supporter of Cancer Patients [Online]. [cited 2021]; Available from: URL: <https://macsa.ir/fa>
29. Nouraei SM, Sajadi SA, Malekzadeh R, Mohagheghi SMA, Mousavi Jarahi A, Ghorbani A, et al. Cancer incidence in Iran in 2002, an international estimation. *J Med Counc I.R. Iran* 2006; 24(1): 48-56. [In Persian].

## Palliative Care Services for Incurable Patients in Some Selected Countries

Ahmad Reza Raeisi<sup>1</sup>, Nasrin Sharbafchizadeh<sup>2</sup>, Khatereh Dabirzadeh<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Palliative care should be a top priority in public health and disease management programs. This study endeavored to compare the palliative care services in some selected countries and this way provide a framework for Iran.

**Methods:** This study was conducted with a descriptive and comparative approach in the year 2019. Data were collected through literature review of the databases of the relevant organizations in the selected countries.

**Results:** Findings revealed that the United Kingdom and the United States are leading countries in palliative care and provide comprehensive services to the patients. Turkey has also made significant progress in palliative care and has covered a large population in recent years. In Iran, many services required for end stage patients have not yet been implemented or the centers for providing these services are limited. Experts in palliative care believe that in Iran, less attention has been paid to the organization of such centers than the United Kingdom, the United States and Turkey.

**Conclusion:** Based on the results of this study, it is suggested to benchmark the experiences of leading countries and initiatives and proceedings of the developing countries, considering organizational structure, financing and support services, supervision of services, interdisciplinary teams, patient care need assessment, training and recruitment as a framework for Iran.

**Keywords:** Comparative Study; Palliative Care; Incurable Patients

Received: 03 Jan., 2021

Accepted: 05 Aug., 2021

Published: 06 Aug., 2021

**Citation:** Raeisi AR, Sharbafchizadeh N, Dabirzadeh K. **Palliative Care Services for Incurable Patients in Some Selected Countries.** Health Inf Manage 2021; 18(3): 110-6.

Article resulted from MSc thesis No. 397064 funded by Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc Student, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Address for correspondence: Khatereh Dabirzadeh; MSc Student, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: kh.modiriat@yahoo.com