

طراحی مدل رصد وضعیت خدمات تسکینی
در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

سفارش دهنده: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

مجری طرح: زهرا خواجه

زیر نظر: دکتر رضا دهنویه

مشخصات کتاب

نام کتاب: رصد وضعیت خدمات تسکینی در نظام

سلامت جمهوری اسلامی ایران

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی کرمان

صفحه آرای: رضا شیخزاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: تیرماه ۱۳۹۳

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

فهرست مطالب

۴	۱- پیام‌های کلیدی
۴	۲- خلاصه اجرایی
۴	۲-۱- مقدمه
۵	۲-۲- مراحل و روش اجرایی
۵	۲-۳- یافته‌ها
۶	۳- گزارش تفصیلی
۲۵	۳-۲- فصل دوم: نظام تسکینی در کشورهای مختلف
۳۸	۳-۳- فصل سوم: وضعیت نظام خدمات تسکینی و حمایتی ایران
۴۵	۳-۵- فصل پنجم: نتیجه‌گیری
۴۸	رفرنس‌ها

۱- پیام‌های کلیدی

از آنجایی که ارتقای سلامت هدف اصلی نظام سلامت است، لذا ارائه خدمات سلامت اصلی‌ترین کارکرد آن خواهد بود. یکی از بخش‌های نظام سلامت، مراقبت تسکینی و حمایتی است. همانگونه که خدمات پیشگیری و درمان بیماری‌ها وظیفه ایست در برابر انسانیت، خدمات حمایتی و تسکینی و گسترش آن نیز یک وظیفه انسانی است. در ایران وضعیت مراقبت‌های تسکینی و حمایتی برای سرطان، در صورت موفقیت روبه پیشرفت و بهبود است ولی در حوزه‌های دیگر، اطلاعات قابل قبولی به دست نیامد همچنین نظام تعریف شده‌ای از عملکرد خدمات حمایتی تسکینی در ایران وجود ندارد بنابراین نیازمند یک چارچوب برنامه‌ریزی شده برای بررسی وضعیت خدمات تسکینی در این زمینه می‌باشد و تاکنون هیچ ارگانی تولید برنامه‌ریزی، مدیریت، ارائه، گزارش کار و پایش این خدمات را به عهده نگرفته است. بنابراین اولین قدم در این راستا تعیین جایگاه متولی این امر می‌باشد.

۲- خلاصه اجرایی

۲-۱- مقدمه

طب تسکینی شاخه‌ای از علوم پزشکی است که موضوع آن درمان‌های تسکینی بیماران مبتلا به عوارض و شرایط تهدیدکننده زندگی در بیماری‌های پیشرفته و پیش‌رونده می‌باشد. متخصصین طب تسکینی در شرایط و اماکن مختلفی که بیماران قرار دارند مانند بیمارستان، خانه، نقاهتگاه، و امثال آن باید بتوانند نقش‌های حمایتی، درمانی و مراقبتی خود را اعمال نمایند. به همین سبب افرادی با تخصص‌های متناسب در نظام مراقبت‌های تسکینی مسئول ارائه خدمات در هر یک از سطوح ارائه مراقبت هستند از آنجائیکه مراقبت‌ها مهم هستند ارزیابی آنها با مدل‌های مناسب ضروری می‌باشد و هدف از این مطالعه طراحی مدل رصد وضعیت خدمات تسکینی و ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت نظام تسکینی در ایران است.

۲-۲- مراحل و روش اجرایی

این پژوهش به روش مروری و با مطالعه‌ی مروری مقالات در پایگاه‌های google scholar، PubMed و science direct با کلمات کلیدی Palliative، Palliative Model، Palliative Indicators، Assessment، SID، Magiran و iranmedex جهت سنجش وضعیت خدمات تسکینی و حمایتی در ایران مورد بررسی قرار گرفت. سپس وضعیت ایران نیز علاوه بر مرور مقالات با استفاده از روش Desktop Review در پایگاه‌های WHO و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. در نهایت گزارش سایر کشورها به دقت مورد مطالعه و مدل پژوهشگر و شاخص‌های رصد نظام مراقبت تسکینی پیشنهاد گردید.

۲-۳- یافته‌ها

با توجه به شواهد موجود، مهمترین چالش‌های مربوط به اطلاعات و آمار شاخص‌ها در ایران عبارتند از: تعریف نشدن شاخص‌ها به صورت استاندارد، عدم جمع آوری و ارائه منظم آمار و اطلاعات و توسط ارگانی خاص، انجام نشدن پایش ارائه خدمات تسکینی، اغلب کیفی بودن شاخص‌های نهایی و ارائه نشدن گزارش‌ها در دوره‌های متناوب زمانی.

در این پژوهش به منظور بررسی و رصد خدمات تسکینی ۲۶ شاخص بر اساس معیارهای کارکرد نظام سلامت (عدالت، کیفیت و ایمنی، بهره‌وری، فراهم بودن و در دسترس، ثبات و تداوم، پاسخگویی و شفافیت) شناسایی گردید. در نهایت، مدل پیشنهادی ما ساختارهای تعریف شده: بخش بیمارستان، تیم مشاوره، هاسپیس، مراقبت‌های سطح جامعه، مراقبت در منزل، و کلینیک روزانه در نظام خدمات تسکینی به دو نوع بیماری‌های واگیر (هیپاتیت، سل مقاوم به دارو، HIV) و بیماری‌های غیر واگیر (سرطان، دیابت و) خدمات مربوطه را ارائه می‌دهند.

۳- گزارش تفصیلی

۳-۱- مقدمه

براساس تعریف سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی، مراقبت های تسکینی، مجموعه اقداماتی با هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنان جهت برطرف نمودن مشکلات و معضلات ناشی از بیماری های صعب العلاج و تهدید کننده زندگی (Life-threatening illness) می باشد که هدف آن برطرف نمودن دردهای بیماران با تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات (روحی-روانی و فیزیولوژیک) می باشد (۱).

به بیانی دیگر، مراقبت های حمایتی و تسکینی را می توان تسکین درد و دیگر علائم ناراحت کننده تعریف نمود. این نوع مراقبت مرگ را به عنوان فرآیندی طبیعی در نظر می گیرد، نه به آن شتاب می بخشد و نه آن را به تعویق می اندازد (۲). مراقبت های تسکینی نه تنها فرد بیمار بلکه خانواده وی و افرادی که خدمات درمانی و مراقبتی را به این بیماران ارائه می دهند تحت حمایت قرار می دهد. این مراقبت ها از لحظه شروع بیماری تا فوت بیمار حتی بعد از فوت بیمار نیز ادامه پیدا می کند

درواقع مراقبت های تسکینی از لحظه تشخیص بیماری در درمان و درد و رنج ناشی از بیماری و عوارض حاصل از آن به بیمار و خانواده اش کمک می کند. این مراقبت تأکید می نماید که از فرد مبتلا به بیماری در مقایسه با افراد مبتلا به سایر بیماری ها، توجهات جامع تری باید به عمل آید. در حقیقت بدون وجود مراقبت های تسکینی هرگز مراقبت جامعی از بیمار صورت نمی گیرد (۳).

هدف اصلی این نوع از مراقبت نیز توجه به نیازهای بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می باشد. در همین زمینه بیان می دارند که مراقبت های جامع و انسان گرایانه، رویکردی مهم در مراقبت انسانی متمرکز بر جسم و روان بیمار است (۴).

طبق بیانیه طب تسکینی کیپ‌تاون در سال ۲۰۰۲، "طب تسکینی حق هر انسان بالغ و خردسال مبتلا به بیماری محدودکننده حیات است. در بیانیه کره جنوبی در مورد طب تسکینی در مارس سال ۲۰۰۵ موافقت گردید که دولت‌ها باید دسترسی به طب تسکینی را یک حق بشری بدانند. ارزش‌های بسیاری در مراقبت‌های کل‌نگر وجود دارند که قوانین طب تسکینی را پشتیبانی می‌کنند. این ارزش‌ها شامل مدنظر قرار دادن بیمار و خانواده‌اش در کانون مراقبت‌های تسکینی است. مراقبت‌های کل‌نگر بر مبنای اصول پایه‌ای حقوق بشر و رفتار اخلاقی قرار دارد (۵،۶).

سازمان بهداشت جهانی WHO معتقد است این مراقبت‌ها باید در اولویت برنامه‌های سلامت عمومی و مدیریت بیماری‌ها باشد. کشورها باید با یک سیاست مناسب و چارچوب نظام‌مند، ایجاد طرحی برای پیاده‌سازی این خدمات و برداشتن همه گام‌هایی که با توجه به منابع موجود، برای اجرای این طرح منطقی هستند را تضمین نمایند. به‌عنوان بخشی از این التزام، کشورها باید گام‌هایی در جهت حفظ مردم از دردهای غیرضروری مرتبط با سلامت بردارند و عدم توفیق در الویت دادن به توسعه خدمات طب تسکینی در میان خدمات درمانی، ناقض حقوق بشر خواهد بود (۷).

بیماری‌هایی که در آن مراقبت تسکینی ممکن است موردنیاز باشد عبارت‌اند از: بیماری‌های مزمن غیر واگیر مانند سرطان، بیماری قلبی عروقی، بیماری مزمن ریوی، نارسایی کلیه، بیماری مزمن کبدی، بیماری MS، بیماری پارکینسون، آرتریت روماتوئید، بیماری عصبی، بیماری آلزایمر و بیماری‌های اعصاب و روان دیگر، ناهنجاری‌های مادر زادی، بیماری‌های عفونی مانند HIV/AIDS و سل مقاوم به دارو. تقریباً تمامی بزرگسالان نیازمند مراقبت تسکینی، ۳۸/۵٪ در اثر بیماری‌های قلبی عروقی، ۳۴٪ سرطان، ۱۰/۳٪ بیماری‌های مزمن تنفسی، ۵/۷٪ HIV، و ۴/۶٪ در اثر بیماری دیابت فوت می‌کنند.

بیماران در حال مرگ HIV/AIDS، سل، و هیپاتیت B,C نیازمند مراقبت تسکینی، در سن ۱۵ تا ۵۵ سالگی است درحالی که بیماران در حال مرگ آلزایمر، پارکینسون، بیماری قلبی عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی، دیابت، آرتریت روماتوئید و سرطان نیازمند مراقبت تسکینی عمدتاً بیشتر از ۶۰ سال است. (۸)

بر اساس مطالعات مختلف، بیش از ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری‌های کشنده در آرزوی مرگی آرام در محیطی شبیه به شرایط منزل خود هستند؛ این در حالی است که حتی در کشورهای توسعه‌یافته نیز تنها ۳۰-۲۰ درصد بیماران در منزل فوت می‌کنند. طبق مطالعه Higginson و همکاران تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ این میزان تا ۱۰ درصد نیز کاهش یابد. هرچند اطلاعات موثقی در این ارتباط از ایران در دسترس نیست، ولی قابل پیش‌بینی است که بسیاری از بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی برای دریافت مراقبت‌های خاص در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و در همین بیمارستان‌ها جان می‌سپارند. (۹)

WHO تخمین می‌زند که هر ساله در سراسر جهان حدود ۲۰ میلیون نفر، نیازمند خدمات مراقبت تسکینی در پایان زندگی هستند. درحالی که تعداد زیادی از مردم (حدود ۴۰ میلیون نفر) معتقدند که هر ساله نیازمند مراقبت تسکینی قبل از فوتشان هستند (۸).

جلب رضایت مردم، یکی از پنج هدف اساسی نظام سلامت در دنیا است (۱۰). باینکه نظام سلامت در قرن گذشته پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌ی ارائه خدمات درمانی و افزایش بقای بیماران داشته است، طبق آنچه ذکر شد هنوز نتوانسته خواسته مراجعین خود را برآورده نماید. مرگ در منزل، تنها خواسته بیماران مبتلا به بیماری صعب‌العلاج نیست که در نظام سلامت مبتنی بر ایام دیده نمی‌شود، بلکه بسیاری از نیازهای دیگر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن صعب‌العلاج که مدت‌ها با بیماری غیرقابل درمان خود چالش دارند، نادیده گرفته می‌شود. نیاز این بیماران به حمایت، آرامش بخشیدن و مقاوم کردن آن‌ها برای کنار آمدن با مشکلات همراه با بیماری‌شان

به مراتب بیشتر از نیاز آن‌ها به دریافت درمان بیماری‌شان است و شروع چنین آموزش‌ها و حمایت‌هایی از لحظه تشخیص بیماری باید آغاز شود (۱۱).

۳-۲ روش کار

این پژوهش به روش مروری و بامطالعه‌ی مروری مقالات در پایگاه‌های google scholar، science direct و PubMed با کلمات کلیدی Palliative Model، Palliative Assessment Indicators، و مطالعات داخلی نیز در پایگاه‌های SID، Magiran و iranmedex جهت سنجش وضعیت خدمات تسکینی و حمایتی در ایران مورد بررسی قرار گرفت. سپس وضعیت ایران نیز علاوه بر مرور مقالات با استفاده از روش Desktop Review در پایگاه‌های WHO و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. در نهایت گزارش سایر کشورها به دقت مورد مطالعه و مدل پژوهشگر و شاخص‌های رصد نظام مراقبت تسکینی پیشنهاد گردید.

۳-۳-۳ فصل اول: کلیات

۳-۳-۳ | اهداف و ویژگی نظام تسکینی

خدمات و مراقبت‌ها و فرایندهایی که در ذیل نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به اجرا درمی‌آید، منطقاً باید در راستای تحقق راهبردهای خاص در قدم اول و هدف خاص نظام در قدم بعدی باشد. هدف غایی نظام مراقبت تسکینی و حمایتی، بهبود کیفیت بقای بیماران، خانواده‌ها و مراقبان آن‌ها محسوب می‌گردد. اما برای رسیدن به چنین هدفی نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در اقصا نقاط دنیا اهداف و اولویت‌های متفاوتی را دنبال می‌نماید. بدیهی است که نمی‌توان مجموعه اهداف ثابت و از پیش تعیین شده‌ای برای نظام‌های مراقبت تسکینی در دنیا ذکر نمود زیرا هدف هر نظام مراقبتی وابسته به عوامل متعددی از جمله وضعیت بهداشتی درمانی کشور، وضعیت اقتصادی کشور، وضعیت فرهنگی اجتماعی و غیره می‌باشد. طی بررسی‌های

انجام شده، لیستی از اهداف و راهبردهای مشترک بین عموم نظام‌های ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در زیر آورده شده است.

هدف ۱. افزایش آگاهی جامعه، پزشکان و دولت از ضرورت و فواید ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

هدف ۲. ارائه خدمات مؤثر، در دسترس و پایا و منطبق بر نیاز برای بیماران، همراهان و خانواده بیماران و مراقبان آن‌ها در هر سطحی به لحاظ اجتماعی - اقتصادی

هدف ۳. جلب رضایتمندی بیماران، خانواده‌های بیماران و مسئولان ارائه خدمات مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

هدف ۴. تأمین منابع پایا و در دسترس اعم از منابع فیزیکی، تجهیزات و دارو، منابع مالی، منابع انسانی و غیره

هدف ۵- یکپارچه‌سازی نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی با نظام سلامت

۳-۳-۲- راهبرد یا استراتژی‌های قابل ارائه نظام تسکینی

در زیر لیستی از استراتژی‌های قابل ارائه نظام تسکینی آورده شده است.

استراتژی ۱. استفاده از رسانه‌های عمومی، نشریات و بروشورها برای افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با ضرورت مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۲. در نظر گرفتن مطالبات بیماران و همراهان آن‌ها در تمامی مراحل برنامه‌ریزی درمانی

استراتژی ۳. در نظر گرفتن تسهیلات و مراقبت‌های ویژه مختص خانواده بیماران و مراقبان آن‌ها

استراتژی ۴. ارائه خدمات منطبق بر آخرین یافته‌های علمی

استراتژی ۵. برقراری برنامه‌های نظارتی برای اطمینان از اثربخشی و رعایت اصول اساسی در ارائه مراقبت‌ها

استراتژی ۶. تلاش همه‌جانبه برای اینکه لحظات پایانی زندگی و فوت بیماران در مکان دلخواه رخ دهد.

استراتژی ۷. افزایش ظرفیت ارائه خدمات مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در هر سه سطح آن به گونه‌ای که دسترسی به خدمات در سراسر کشور مقدور باشد.

استراتژی ۸. همکاری با دانشگاه‌ها برای تأمین نیروی متخصص و تشکیل گروه‌های چند تخصصی برای ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۹. جلب نظر دولت برای اختصاص بودجه و تسهیلات مشخص و پایا برای نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۱۰. مشارکت با سازمان‌های مردم‌نهاد، خیریه، بیمه‌ها و سایر سازمان‌ها در تأمین نیروی انسانی، منابع مالی و فیزیکی مورد نیاز

استراتژی ۱۱. رفع موانع موجود در تأمین دارو و تجهیزات مورد نیاز برای ارائه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

استراتژی ۱۲. تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز برای تبادل اطلاعات در درون نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی و ارتباط آن با سایر اجزای نظام سلامت

استراتژی ۱۳. تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سالیانه بر اساس شرایط کشور و در راستای توسعه و ارتقای نظام مراقبت‌های حمایتی و تسکینی. (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷)

۳-۳-۱ سطوح ارائه‌دهنده خدمات تسکینی و حمایتی

بیماران و خانواده آن‌ها، به سطوح مختلفی از خدمات از لحاظ تخصصی بودن آن نیازمندند. مطابق تخمین سازمان جهانی بهداشت، قریب به ۸۰ درصد از نیازمندان به مراقبت‌های حمایتی، تنها به مراقبت‌های اولیه و غیرتخصصی نیاز دارند و تنها ۲۰ درصد بیماران نیازمند دریافت خدمات تخصصی هستند. به همین سبب افرادی با تخصص‌های متناسب در نظام مراقبت‌های تسکینی مسئول ارائه خدمات هریک از سطوح ارائه مراقبت هستند (۱۸). در جدول شماره ۱ ارائه خدمات هر یک از سطوح به تفکیک آورده شده است.

مراقبت‌های قابل ارائه در هر سطح	تیم ارائه خدمات سلامت	سطوح
ارائه سرویس مراقبت‌های تسکینی در سطح غیر تخصصی. به طور مثال: ارائه مراقبت‌های فیزیوتراپی، ارائه داروهای مسکن رایج، مراقبت‌های تغذیه‌ای	داوطلبان اجتماعی، نزدیکان بیمار با مشورت یک پزشک یا پرستار	سطح صفر (جامعه)
ارائه سرویس‌های مراقبتی به بیماران در سطحی تخصصی‌تر از سطح جامعه، به طور مثال: ارائه برخی از اپیوئیدها، مدیریت برخی از علائم که در سطوح اولیه قابل ارائه نبود	پزشک عمومی به همراه تیم پرستاری و مراقبت‌های تسکینی مشتمل بر داروساز و داوطلبان اجتماعی	سطح اول (اولیه)
ارائه خدمات مراقبتی در حد هاسپیس مانند: بستری بیمار در صورت لزوم ارائه خدمات پزشکی تیمی از جمله مدیریت درد، مشکلات روان‌پزشکی و معنوی و حمایت اجتماعی	تیم تخصصی مراقبت‌های تسکینی متشکل از روان‌پزشک متخصصین آنکولوژی و داخلی و متخصصین طب تسکین	سطح دوم (ثانویه)
ارائه خدمات تخصصی برای بیماران با مشکلات پیچیده، اقدامات نیاز به جراحی، نیاز به انجام مراقبت‌های ویژه و یا نیاز به انجام اقدامات اورژانس	تیم تخصصی مراقبت‌های تسکینی متشکل از روان‌پزشک متخصصین آنکولوژی و داخلی و متخصصین طب تسکین	سطح سوم (ثالثیه)

جدول ۱: سطوح ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های تسکینی

۳-۳-۱-۴ ساختارهای ارائه خدمات تسکینی و حمایتی

ساختارهای ارائه خدمات مراقبت های تسکینی و حمایتی شامل بخش بیمارستانی، تیم مشاوره، هاسپیس، مراقبت های سطح جامعه، مراقبت در منزل و کلینیک روزانه می باشد که ارائه خدمات هر یک از این بخش ها در زیر به تفصیل ذکر شده شده است.

۱- بخش بیمارستانی

ارائه خدمات به بیماران با نیازهای پیچیده در حیطه وظایف بخش مراقبت های تسکینی در بیمارستان است. این بخش می تواند در یک بیمارستان عمومی، تخصصی و یا فوق تخصصی دایر باشد ولی الزاماً زیر نظر یا تحت مشورت یک تیم تخصصی مراقبت های حمایتی - تسکینی به ارائه خدمات می پردازد. این بخش ها در قالب بیمارستان ها ایجاد می شوند تا قسمی از علائم و مشکلات بیمار که قابل مدیریت در منزل یا در مواردی هاسپیس ها نیستند را برطرف نمایند. برطرف نمودن علائم حاد بیمار و پایدار ساختن وی، ارائه خدمات جراحی و برخی اقدامات تسکینی و ... همگی در حیطه وظایف این بخش است. با برطرف شدن چنین علائم و مشکلاتی، بیمار برای ادامه مراقبت به منزل یا هاسپیس ها ارجاع داده می شود. مهم ترین فرایندها و خدماتی که این بخش ارائه می دهد عبارتند از:

- ❖ ارائه خدمات بستری
- ❖ ارائه خدمات مراقبت حمایتی تسکینی برای بیمارانی با نیازهای پیچیده تر (که تیم مراقبت در منزل و یا هاسپیس امکانات مدیریت آن را ندارند).
- ❖ ارائه مراقبت های بین رشته ای برای بیماران
- ❖ ارائه خدمات اورژانس برای بیماران دارای علائم حاد و نیازمند به تشبیت

❖ ارائه مشاوره به بخش‌های دیگر بیمارستان، به هاسپیس‌ها و تیم مراقبت در منزل
به صورت ۲۴ ساعته

❖ ارائه دوره‌های آموزشی تخصصی برای پزشکان و پرستاران به صورت تئوری و
عملی

❖ ارائه دوره‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی، پرستاری به صورت تئوری و
عملی

۲- تیم مشاوره

تیم مشاوره مراقبت تسکینی، در پاسخ به نیاز به وجود متخصص طب تسکینی شکل می‌گیرد. این ساختار، زمانی که منابع کافی برای راه‌اندازی و اداره "بخش مراقبت تسکینی در بیمارستان" در دسترس نباشد یا در شرایطی که نیازها محدود باشند، بهترین ساختار محسوب می‌شود. بنابراین در بیمارستان‌های محلی که بخش آنکولوژی ندارند، راه‌اندازی این ساختار در مرحله شروع فعالیت‌های مراقبت تسکینی مفید است. تفاوتی که تیم مشاوره با بخش مراقبت تسکینی دارد این است که در اینجا صرفاً مشاوره به بخش‌های دیگر بیمارستان در شرایط لازم برای ارائه خدمات تسکینی و کنترل درد و سایر علائم، داده می‌شود. اما تیم، هیچ‌گونه مسئولیتی در رابطه با ارائه خدمات نداشته و خودش به صورت عملی درگیر آن نخواهد شد. به طور کلی مهمترین خدماتی را که بخش تیم مشاوره به بیماران ارائه می‌دهند شامل خدمات:

❖ ارائه مشاوره به تیم مسئول ارائه خدمات اولیه (Primary Care)

❖ پیگیری بیمارانی که از بستری یا خدمات اولیه برخوردار هستند، کمک و توانمندسازی بیمار

❖ هدایت بیمار به دریافت خدمات (گرفتن وقت برای بیمار از درمانگاه)

- ❖ هماهنگی برای اقدامات اورژانس با تیم خدمات اولیه: (کمک به مراقبان و همراهان بیمار برای این که آیا انتقال بیمار به اورژانس واقعاً ضروری است یا نه)
- ❖ ارائه مشاوره به مراقبتهای تسکینی در سطح جامعه: در این صورت باید تدابیر لازم جهت انتقال از بیمارستان به خانه (مشاوره به مراقبت در منزل) و برعکس دیده شود

۳- هاسپیس

هاسپیس‌ها مکان‌هایی هستند برای ارائه خدمات معنوی، روانی، اجتماعی و جسمانی باکیفیت بالا برای بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی خود هستند و نیز همین مراقبت‌ها از خانواده این بیماران و مراقبان آنها. اصلی‌ترین ویژگی هاسپیس‌ها دید کل‌نگر آنها است. هدف آنها پوشش تمامی نیازهای بیماران، خانواده و مراقبان آنها است.

امروزه هاسپیس‌ها ارائه خدمات زیر را نیز پوشش می‌دهند:

- ❖ ارائه خدمات بستری بیماران در محیطی شبیه به خانه
- ❖ هماهنگی برنامه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بیماران، به‌نحوی که در زمان مقتضی بیمار به بیمارستان منتقل شود و یا اینکه در موارد درخواست بیمار با تیم مراقبت‌های جامعه هماهنگی لازم برای بازگشت بیمار به منزل خود به انجام رسد.
- ❖ ارائه خدمات مراقبت‌های جسمانی، معنوی، روانی و اجتماعی در سطح تخصصی و چند رشته‌ای
- ❖ ارائه آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص در زمینه‌ی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

❖ ارائه خدمات مراقبت در منزل

❖ مراقبت‌های سوگواری (مراقبت‌های پس از فوت بیمار برای خانواده و مراقبان وی)

۴- مراقبت‌های سطح جامعه

مراقبت‌های سطح جامعه برای بیماران برای کاهش بار بیماران به هاسپیس‌ها و بیمارستان‌ها گسترش یافته‌اند. هدف از این سطح از مراقبت‌ها، تأمین این نیازها در محل زندگی بیمار بدون ضرورت مراجعه وی به بیمارستان است. در زیر سه مدل ارائه این خدمات ذکر می‌گردد:

❖ ارائه خدمات تحت نظر تیم مشاور مراقبت تسکینی

❖ خدمات پرستاری مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

❖ مراقبت‌های تسکینی فراگیر سطح جامعه

۵- مراقبت در منزل

مراقبت در منزل، جزء مراقبت‌های در سطح جامعه بوده و هدف از این مراقبت‌ها، کاهش پذیرش‌های بیمارستانی تا حد ممکن است. در صورتی که نیازهای بیماران پیچیده نباشد، امکان ارائه خدمات در منزل که خواست بسیاری از بیماران نیز می‌باشد، وجود دارد. در این صورت، بیماران نیاز به دریافت طیف وسیعی از مراقبت‌ها متناسب با وضعیتشان دارند. به طور کل مهمترین خدماتی را که این بخش ارائه می‌دهد شامل مراقبت‌های زیر می‌باشد.

❖ ارائه مراقبت‌های اولیه

❖ مراقبت‌های پرستاری

❖ مراقبت اجتماعی

- ❖ تحویل دارو
- ❖ پاسخ به پرسش‌ها و ارائه مشاوره؛
- ❖ کاردرمانی
- ❖ فیزیوتراپی
- ❖ برنامه‌ریزی غذایی
- ❖ ارائه خدمات خارج از ساعت کاری
- ❖ خدمات پاسخ‌دهی سریع

۶- کلینیک روزانه

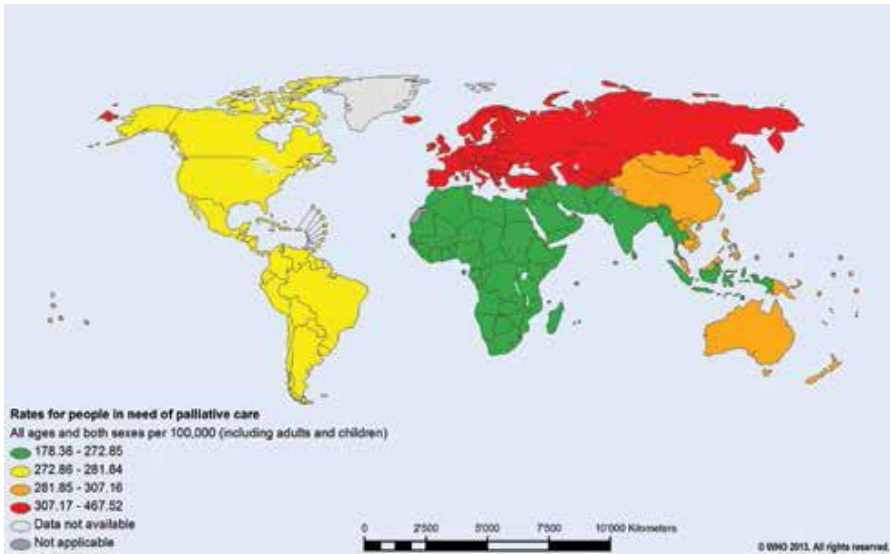
این ساختار، به ارائه مراقبت‌های تسکینی به بیمارانی که در خانه و یا خانه‌های پرستاری هستند، می‌پردازد. همانند هاسپس، وجه تمایز مهم این ساختار، دید کل‌نگر و توجه به جنبه‌های مختلف نیازهای بیماران است. در همین راستا، فعالیت‌های متنوعی در بهبود وضعیت بیماران مورد توجه قرار می‌گیرد، فعالیت‌هایی چون: انجام فیزیوتراپی، کاردرمانی، موسیقی و هنر درمانی، ملاقات با افراد دیگری با وضعیت مشابه خود بیماران و برقراری رابطه دوستانه با آنان در یک محیط غیر کلینیکی .. نمونه‌ای از فعالیت‌های صورت گرفته در این مراکز عبارت‌اند از:

- ❖ استقبال از بیماران در بدو ورود
- ❖ راهنمایی کردن آنان برای پیوستن به گروه‌های مختلف حاضر در مرکز
- ❖ انجام فعالیت موردعلاقه خود از بین فعالیت‌های خلاقانه‌ای که تدارک دیده شده

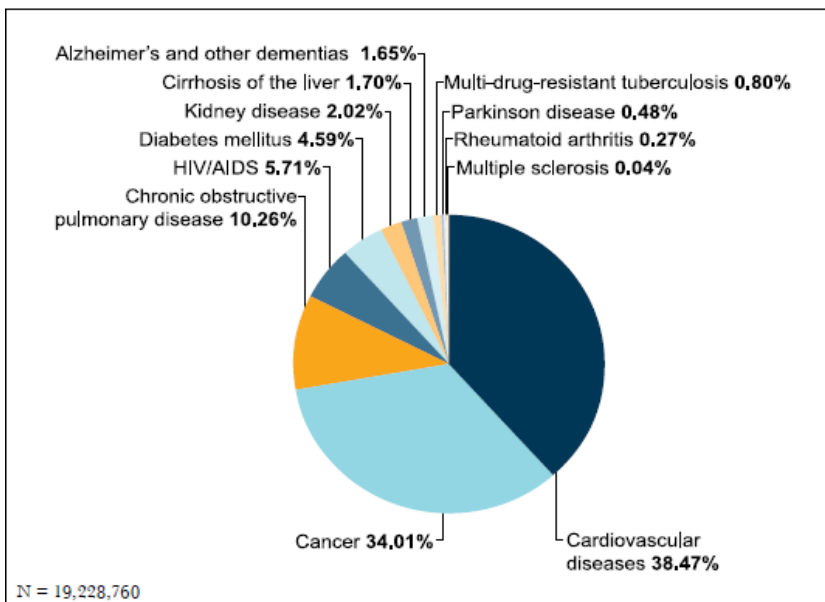
- ❖ صرف نهار
- ❖ انجام فعالیت‌های باغبانی
- ❖ فعالیت‌های دوخت و دوز و بافتنی
- ❖ ملاقات با پرستار یا پزشک تیم و دریافت مشاوره و کمک در موارد لازم
- ❖ تماشای تلویزیون (۱۸).

۳-۳-۱-۵ برآورد مردم نیازمند به مراقبت تسکینی در پایان زندگی در سراسر جهان :

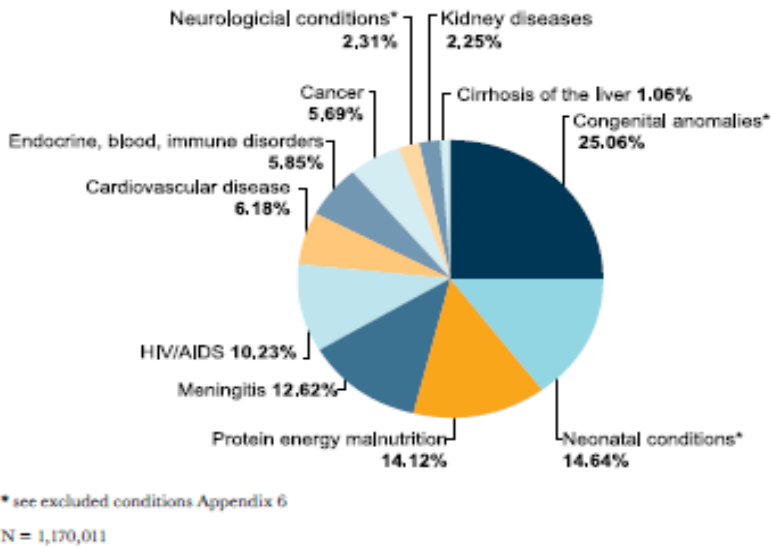
در این بخش، جداول و نمودارهایی از جمعیت نیازمند به دریافت مراقبت‌های تسکینی در پایان زندگی در سراسر جهان آورده شده‌است. شکل ۱، به نقشه جهانی نسبت افراد نیازمند به خدمات تسکینی در پایان زندگی، نمودار ۱ و ۲، توزیع بزرگسالان و کودکان نیازمند مراقبت تسکینی در پایان زندگی توسط گروه‌های بیماری، نمودار ۳، توزیع بزرگسالان نیازمند مراقبت تسکینی در پایان زندگی با گروه‌های سنی و بیماری و نمودار ۴ و ۵ به توزیع بزرگسالان و کودکان نیازمند مراقبت تسکینی در پایان زندگی با توجه به مناطق WHO اشاره کرده‌است.



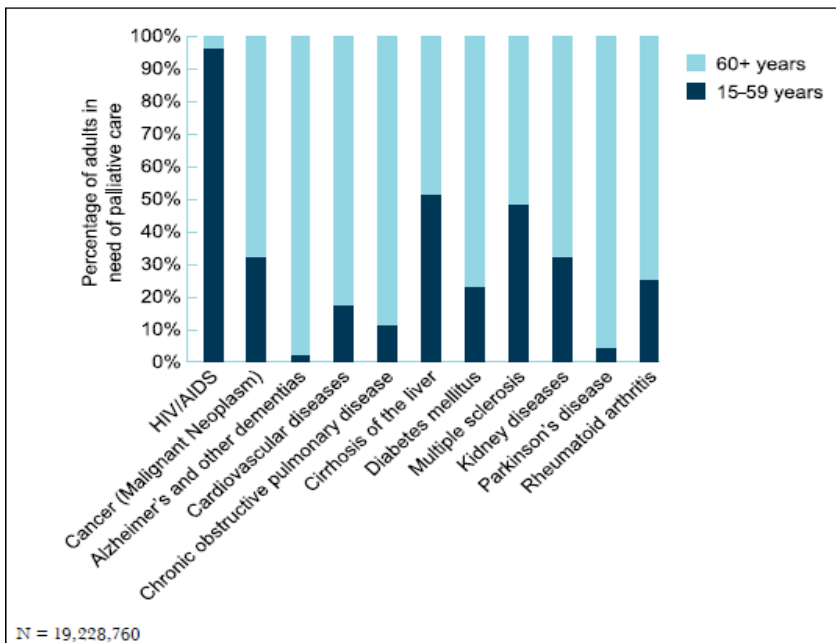
شکل ۱: نقشه جهانی نسبت افراد نیازمند به خدمات تسکینی در پایان زندگی. (۱۹)



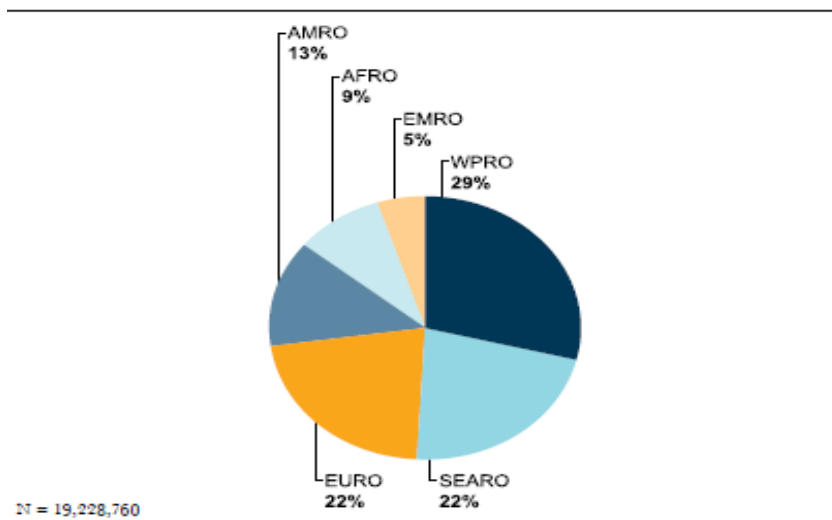
نمودار ۱: توزیع بزرگسالان نیاز به مراقبت تسکینی در پایان زندگی توسط گروه‌های بیماری. (۱۹)



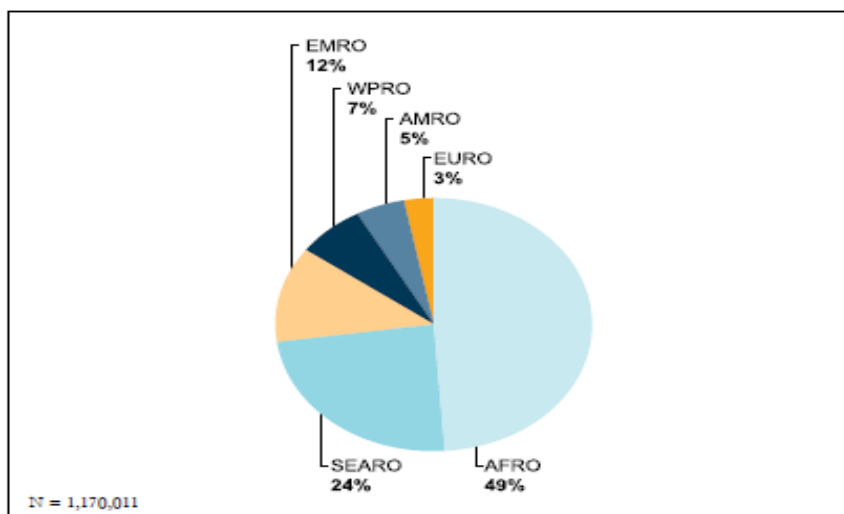
نمودار ۲: توزیع کودکان نیاز به مراقبت تسکینی در پایان زندگی با گروه‌های بیماری (۱۹)



نمودار ۳: توزیع بزرگسالان نیاز به مراقبت تسکینی در پایان زندگی با گروه‌های سنی و بیماری (۱۹)



نمودار ۴: توزیع بزرگسالان نیازمند مراقبت تسکینی در پایان زندگی با توجه به مناطق WHO. (۱۹)



نمودار ۵: توزیع کودکان نیازمند مراقبت تسکینی در پایان زندگی با توجه به مناطق WHO. (۱۹)

۳-۱-۶ مدل‌های مختلف برای ارائه مراقبت‌های تسکینی

برای ارائه مراقبت‌های تسکینی ۸ مدل مدیریت پروژه، مشاوره، شبکه بهداشت و درمان، مراقبت‌های ادغام‌شده (یکپارچه)، ارتباط، شبکه‌های بالینی مدیریت، مدل pop-up و مراقبت به اشتراک گذاشته‌شده وجود دارد که در این بخش هر یک از مدل‌ها به تفکیک و با توضیح کامل ذکر شده است

۱- مدل مدیریت موردی (Case management)

مدیریت موردی یک فرایند مشارکتی از ارزیابی، برنامه‌ریزی، تسهیل و حمایت از گزینه‌ها و خدمات برای رفع نیازهای جامع یک فرد از طریق ارتباط و منابع موجود به منظور بهبود کیفیت برون دادهای هزینه اثربخش می‌باشد. تعریف مدیریت موردی به تمرکز بر رسیدگی به نیازهای سلامت یک مشتری اشاره می‌کند. مدیریت موردی می‌تواند درون یک مدل اجتماعی سلامت جای گیرد که در درون آن، بهبود سلامتی و رفاه از طریق تلاش‌های مستقیم مربوط به عوامل اجتماعی و محیطی سلامت در کنار فاکتورهای پزشکی و بیولوژیکی به دست می‌آید.

۲-مدل مشاوره

یک رویکردی به مراقبت به‌وسیله متخصصان مشاوره، که ارزیابی و درمان علائم، ارتباط در مورد هدف مراقبت و حمایت از تصمیم‌گیری‌های پزشکی پیچیده، تدارک حمایت روانی و عملی، هماهنگی و استمرار مراقبت و محرومیت خدمات در زمان مناسب تدارک می‌بیند

۳- مدل شبکه بهداشت و درمان

شبکه بهداشت از سه سازمان مراقبت‌های درمانی یا بیشتر تشکیل شده است که پاسخگوی نیازهای بیماران در حیطه خدماتشان هستند. این سازمان‌ها اغلب شامل بیمارستان‌ها، مراکز سلامت اجتماعی، بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات روانی، فیزیوتراپیست‌ها، خانه‌های

بهداشت روستایی، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات دولتی و غیرانتفاعی. این شبکه‌های کلینیکی برای افزایش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت برای بیماران با پرداخت هزینه کم فعالیت می‌کنند.

۴- مدل مراقبت‌های ادغام‌شده (یکپارچه)

مجموعه‌ای از درون داده‌ها، ارائه، مدیریت و سازمان‌دهی برای دستیابی به تشخیص، درمان، مراقبت، بازتوانی و ارتقا سلامت است. ادغام به معنای بهبود خدمات در رابطه با دسترسی، کیفی، انتخاب مصرف‌کنندگان و مراقبت‌های پیشنهادی است.

۵- مدل ارتباط

ترکیبی از آموزش بیماران پس از ترخیص با توسعه آموزش‌ها و حمایت بالینی برای کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه است. این مدل به‌طور ویژه، مختص مناطق محروم است.

۶- شبکه‌های بالینی مدیریت شده

شبکه‌های بالینی مدیریت گروهی متشکل از سازمان‌ها و متخصصین سلامت است که به‌صورت هماهنگ، مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه را ارائه می‌دهند. این شبکه‌ها به‌وسیله افراد حرفه‌ای، خدمات باکیفیت بالا و مناسب را تدارک می‌بینند و بسیاری از مشکلات ارائه خدمات سلامت به روش سنتی را تشخیص داده است. مانند هماهنگی ضعیف و همکاری بین بخشی خدمات سلامت، تغییر نقش‌ها برای افراد حرفه‌ای بخش سلامت و نیاز به تأثیرگذاری بیشتر، تدارک خدمات مناسب‌تر، استفاده بهتر از منابع محدود و مراقبت بیمار محور باکیفیت. این شبکه‌ها به‌طور اخص قصد توسعه خدمات محلی از طریق ادغام مدیریت و هماهنگی بین بخشی و خدمات بالینی اختصاصی قبلی را دارد.

۲-مدل pop-up

اغلب نیازهای تسکینی در نواحی روستایی ممکن است متناوب یا خاص منطقه‌ای باشد. توسعه‌ی زیرساخت‌های دائمی در این شرایط مناسب نخواهد بود. توجه به منابع محلی در دسترس و فاصله‌های موجود، بستر مناسبی برای توسعه مدل خدمات تسکینی pop-up تدارک خواهد دید. به‌طور خوش‌بینانه‌ای می‌توان از منابع خدمات محلی برای پاسخ به نیازهای تسکینی خاص استفاده کرد

۸- مدل مراقبت اشتراکی

یک بررسی نشان می‌دهد که از مراقبت اشتراکی سه تعریف ارائه شده است:

- ۱- رویکردی به مراقبت که از مهارت‌ها و دانش طیف وسیعی از متخصصان سلامت که مسئولیت مراقبت از یک فرد را به اشتراک گذاشته‌اند، استفاده می‌نماید. این رویکرد همچنین کنترل و تبادل اطلاعات بیمار و اشتراک‌گذاری مهارت‌ها و دانش بین رشته‌ای را نشان می‌دهد.
- ۲- رویکرد محدودتر مربوط به اتصال مشارکت پزشکان عمومی و متخصصان در ارائه‌ی مراقبت برنامه ریزی شده به بیماران دارای وضعیت مزمن فراتر و بالاتر از ترخیص معمولی و نامه‌های ارجاع می‌باشد (آگاه شدن از طریق تبادل اطلاعات).
- ۳- به خصوص در سلامت روان، مراقبت اشتراکی می‌تواند به همکاری نظام‌مند در مورد چگونگی توافق سیستم‌ها برای باهم کار کردن (همکاری) و همکاری عملیاتی در سطوح محلی میان گروه‌های مختلف بالینی (پزشکان) تقسیم شود (۲۰).

۳-۳-۲ فصل دوم: نظام تسکینی در کشورهای مختلف

۳-۳-۲-۱ مقدمه

در این قسمت گزارشی از وضعیت مراقبت‌های تسکینی در چند کشور توسعه یافته و در حال توسعه آورده شده است. از بین کشورهای توسعه یافته به ۴ کشور فرانسه، ایتالیا، سوئد و اسپانیا پرداخته شده و اطلاعات مربوط به آن‌ها از سند مراقبت‌های تسکینی در اتحادیه اروپا، در سال ۲۰۰۷ آورده شده است. بر اساس گزارش‌های منتشر شده توسط موسسه بین‌المللی نظارت بر مراقبت‌های پایان عمر در سال ۲۰۰۶ از کشورهای در حال توسعه به ۳ کشور اردن، ترکیه و مصر اشاره شده است (۲۱، ۲۲).

فرانسه

گزارشی از وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی، خدمات در دسترس، پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی، آموزش مراقبت‌های تسکینی، نیروی کار مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی و تأمین منابع مالی کشور فرانسه در زیر آورده شده است.

وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی

علی‌رغم وجود کاستی‌هایی در ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی کشور فرانسه مانند تعصبات حرفه‌ای در تجویز اپیوئیدها، سیستم مراقبت‌های تسکینی این کشور به لحاظ دسترس‌پذیری گسترده، انواع خدمات رایگان و ساختار تحقیقاتی که توسط وزارت بهداشت و مجلس حمایت می‌شود، رتبه ششم را در بین کشورهای اروپایی دارد و بسیار قابل توجه می‌باشد.

خدمات در دسترس

تعداد ساختارهای ارائه خدمات در دسترس عبارت‌اند از: ۷۸ واحد بستری بیمارستانی، ۸۴ مراقبت در منزل، ۰ کلینیک روزانه، ۳۹ تیم مشاوره‌ای بیمارستانی، ۰ هاسپیس، خدمات اطفال مراقبت‌های تسکینی نامعلوم (متخصصین اطفال در فرانسه مراقبت‌های تسکینی ویژه اطفال را ارائه نمی‌دهند).

پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی

با داشتن ۶۳,۴ میلیون جمعیت و مجموع ۲۰۱ سرویس مراقبت‌های تسکینی، تعداد کل تخت‌های مراقبت تسکینی حدود ۱۶۱۵ تخت برآورد می‌شود.

آموزش مراقبت‌های تسکینی

علی‌رغم وجود دوره‌های آموزشی پس از فارغ‌التحصیلی در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی که گذراندن دوره‌های آن جهت فعالیت در این حیطه ضروری است، و نیز وجود دوره‌های آموزشی مراقبت‌های تسکینی در برنامه بیمارستان‌های آموزشی، بسیاری از پزشکان فرانسوی از ناکافی بودن آموزش در زمینه‌ی نحوه مدیریت درد اظهار نارضایتی می‌کنند.

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی

در فرانسه حدوداً ۴۰۰ پزشک و ۲۰۰۰ پرستار مشغول به فعالیت در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی می‌باشند. تعداد داوطلبان اجتماعی و دیگر افراد درگیر در این حیطه نامشخص است.

سیاست گذاری در مراقبت های تسکینی

شروع قانون گذاری در این زمینه به سال ۱۹۸۶ برمی گردد و از آن پس به طور منظم تجدیدنظر و بازبینی می شود. این قوانین حق بهره مندی از مراقبت های تسکینی را برای تمامی بیمارانی که به آن نیاز دارند به رسمیت می شناسد؛ هم چنین قوانینی برای آموزش و تربیت و نیز غرامت برای افرادی که جهت مراقبت از عضوی از خانواده که رو به پایان عمر است، ۳ ماه مرخصی گرفته اند، تدارک دیده شده است.

اوتانازی و کمک به خودکشی قانونی تلقی نمی شوند، اگر چه که دستورالعمل عدم احیا از ۲۰۰۵ در قانون حقوق بیمار و مراقبت های پایان عمر دیده شده است.

تأمین منابع مالی

تأمین مالی مراقبت های تسکینی کاملاً با دیگر مراقبت های بهداشتی ادغام شده است، به نحوی که خدمات بیمارستانی برای تمامی بیماران رایگان است. اما خدمات مراقبت در منزل مکانیسم های متفاوتی در پرداخت هزینه ها دارد.

ایتالیا

گزارش وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی، خدمات در دسترس، پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی، آموزش مراقبت‌های تسکینی، نیروی کار مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی و تأمین منابع مالی کشور ایتالیا به شرح زیر می‌باشد.

وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی

از آنجاکه ایتالیا پیرترین جمعیت را در اروپا دارد، مراقبت‌های تسکینی روزبه‌روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. در این کشور نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های تسکینی با وضعیت اجتماعی-دموگرافیک آن منطقه متناسب است. به لحاظ آماری نیز، افراد در منطقه ایتالیای شمالی نسبت به منطقه جنوبی با احتمال بسیار بیشتری در پایان عمر زیر نظر پزشک مراقبت می‌شوند.

خدمات در دسترس

تعداد ساختارهای ارائه خدمات در دسترس عبارت‌اند از: ۵ واحد بستری بیمارستانی، ۱۵۳ مراقبت در منزل، ۱۰ کلینیک روزانه، ۹۰ هاسپیس و ۹ خدمات اطفال مراقبت‌های تسکینی. عمده خدمات به شکل مراقبت در منزل ارائه می‌شود.

پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی

با داشتن ۵۸/۵ میلیون جمعیت و مجموعاً ۲۶۷ سرویس مراقبت‌های تسکینی، تعداد کل تخت‌های مراقبت تسکینی حدود ۱۰۹۵ تخت برآورد می‌شود.

آموزش مراقبت‌های تسکینی

علی‌رغم وجود دوره‌های آموزشی پس از فارغ‌التحصیلی در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی که گذراندن دوره‌های آن جهت فعالیت در این حیطه ضروری است، و نیز وجود دوره‌های آموزشی مراقبت‌های تسکینی در برنامه بیمارستان‌های آموزشی، بسیاری از پزشکان ایتالیایی از ناکافی بودن آموزش در زمینه‌ی نحوه مدیریت درد اظهار نارضایتی می‌کنند.

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی بیش از ۲۰۰۰ پزشک و پرستار به همراه ۱۴۰ روان‌شناس در مراقبت‌های تسکینی فعالیت می‌کنند؛ با این حال، آموزش رسمی اندکی در این زمینه وجود دارد. هم‌چنین داوطلبان اجتماعی نقش مهمی در مراقبت‌های تسکینی دارند؛ اگرچه که در منطقه جنوبی بیشتر خانواده‌ها ترجیح می‌دهند خودشان از خویشاوندانشان مراقبت کنند

سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی

سیاست‌گذاری در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی در ایتالیا به سال ۱۹۹۰-۲۰۰۰ برمی‌گردد، زمانی که گایدلاین‌هایی برای ایجاد شبکه اسپیس منطقه‌ای و به‌عنوان حداقل دستورالعمل‌های لازم سازمانی، تدوین شد. هم‌چنین در سال ۲۰۰۵، دولت تلاش کرد تا طرحی برای راه‌اندازی کورس‌های تخصصی مراقبت‌های تسکینی بعد از فارغ‌التحصیلی و نیز قانونی کردن دستورالعمل‌های پیشرفته در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی ارائه کند، اما اطلاعاتی از نحوه تکمیل این طرح در دست نیست. هم‌چنین در سال ۲۰۰۶ پروژه کودکان جهت ایجاد شبکه مراقبت در منزل ویژه کودکان راه‌اندازی شد

تأمین منابع مالی

تخمین زده می‌شود که حدود ۲۵۰ نوع از خدمات توسط دولت تأمین مالی می‌شوند. هم‌چنین ۱۳۷ خدمت توسط سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی حمایت می‌شود و ۱۵۵ خدمت هم از بخش خصوصی و هم عمومی تأمین مالی می‌شود. تأمین منابع مالی از آنجا که سیستم مراقبت‌های بهداشتی در مناطق مختلف کشور متفاوت است، نحوه پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های تسکینی نیز دارای تفاوت‌های بسیاری است

سوئد

در کشور سوئد وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی، خدمات در دسترس، پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی، آموزش مراقبت‌های تسکینی، نیروی کار مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی و تأمین منابع مالی ذکر شده است.

وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی

سوئد در بین کشورهای اروپایی مجموعاً رتبه سوم را در مراقبت‌های تسکینی دارد و نسبتاً از وضعیت مناسبی برخوردار است

خدمات در دسترس

تعداد ساختارهای ارائه خدمات در دسترس عبارت‌اند از: ۴۰ واحد بستری بیمارستانی، ۵۰ مراقبت در منزل، ۸ کلینیک روزانه، ۵ هاسپیس، ۲ خدمات اطفال مراقبت‌های تسکینی، ۱۰ تیم مشاوره‌ای بیمارستانی.

پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی

با داشتن ۹ میلیون جمعیت و مجموعاً ۱۱۵ سرویس مراقبت‌های تسکینی، تعداد کل تخت‌های مراقبت تسکینی حدود ۶۵۰ تخت برآورد می‌شود.

آموزش مراقبت‌های تسکینی

همه افراد مشغول به فعالیت در طب تسکینی امکان دسترسی به دوره‌های آموزشی متنوع ارائه شده توسط هاسپیس‌ها و دانشگاه‌ها را دارند، از جمله این برنامه‌ها دوره‌های دیپلم مراقبت‌های تسکینی ویژه پزشکان می‌باشد.

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی

در حال حاضر تعداد حدود ۳۰۰ پزشک و ۱۵۰۰ پرستار و تعداد زیادی فیزیوتراپیست و داوطلب اجتماعی مشغول به فعالیت در طب تسکینی هستند.

تأمین منابع مالی

تقریباً هزینه تمامی خدمات مراقبت‌های تسکینی توسط دولت پوشش داده می‌شود، به جز خدمات کلینیک‌های روزانه که همیشه هم توسط دولت پرداخت نمی‌شود.

اسپانیا

توضیحات وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی، خدمات در دسترس، پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی، آموزش مراقبت‌های تسکینی، نیروی کار مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی و تأمین منابع مالی کشور اسپانیا به شرح زیر می‌باشد.

وضعیت مراقبت‌های تسکینی به لحاظ ساختار

پوشش خدمات تسکینی در اسپانیا نابرابر می‌باشد.

خدمات در دسترس

تعداد ساختارهای ارائه خدمات در دسترس عبارت‌اند از: ۹۵ واحد بستری بیمارستانی، ۱۳۹ مراقبت در منزل، ۲۸ کلینیک روزانه، ۰ هاسپیس، ۳۵۰ خدمات اطفال مراقبت‌های تسکینی.

پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی

با داشتن ۴۴/۴ میلیون جمعیت و مجموعاً سرویس مراقبت‌های تسکینی، تعداد کل تخت‌های مراقبت تسکینی حدود ۱۰۹۸ تخت برآورد می‌شود.

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی

در حال حاضر حدود ۵۰۰ پزشک، ۸۰۰ پرستار و ۱۶۰۰ فرد متخصص مشغول به فعالیت در طب تسکینی هستند.

سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی

در قانون اسپانیا مراقبت تسکینی توسط مقامات بهداشتی به‌عنوان یک حق اساسی به رسمیت شناخته شده است. اخیراً چند قانون مهم به تصویب رسیده است که به ترویج و توسعه این حق اساسی کمک می‌کند از جمله قانون ۲۰۰۶ که به افراد و مراقبین آن‌ها کمک مالی می‌کند. در طرح‌های جدید منطقه‌ای کشتن از سر ترحم و کمک به خودکشی قانونی نیست

تأمین منابع مالی

تنها حدود ۶۰-۶۵٪ از هزینه‌های مراقبت‌های تسکینی توسط دولت و بقیه هزینه‌ها توسط نهادهای خصوصی با انواع منابع مالی تحت پوشش قرار می‌گیرد

کشورهای در حال توسعه (مصر، اردن، ترکیه)

در این بخش به وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی، خدمات در دسترس، پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی، آموزش مراقبت‌های تسکینی، نیروی کار مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌گذاری در مراقبت‌های تسکینی و تأمین منابع مالی در کشورهای در حال توسعه مصر، اردن و ترکیه اشاره شده است.

وضعیت موجود ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی

کشور ترکیه در مراحل اولیه توسعه مراقبت‌های تسکینی است، جایی که هیچ ارائه‌کننده متخصص خدمات وجود ندارد و از این رو بین کشورهای سطح دو مراقبت‌های تسکینی طبقه‌بندی می‌شود. کشورهای اردن و مصر نیز به عنوان کشورهای سطح ۳ مراقبت‌های تسکینی (دارای مراقبت‌های تسکینی منطقه‌ای) شناخته شده‌اند. در این کشورها آموزش‌های محدودی برای متخصصین فراهم شده است اما دیگر جنبه‌های کلیدی مانند استراتژی ملی مراقبت‌های تسکینی، سیاست‌های تأمین دارو و آموزش در ابعاد وسیع هنوز در حال شکل‌گیری و توسعه هستند. در این کشورها مراقبت در منزل رایج‌ترین نوع ارائه خدمات تسکینی است. در جدول ۲ تعداد ساختارهای ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی در کشورهای مصر، اردن و ترکیه آورده شده است.

خدمات اطفال		خدمات بزرگسالان					خدمات کشور	
مجموع	مراقبت در منزل	تیم مشاوره‌ای بیمارستانی	کلینیک روزانه	مراقبت در منزل	تیم مشاوره‌ای بیمارستانی	واحد بستری بیمارستانی	هاسپیس	
۵	-	-	۱	۱	-	۱	۲	مصر
۸	۱	۱	۱	۲	۲	۱		اردن
۷	-	-	-	-	۷	-	-	ترکیه

جدول ۲: مراقبت‌های تسکینی در کشورهای در حال توسعه

پوشش خدمات مراقبت‌های تسکینی

در اردن و مصر پوشش مراقبت‌ها محدود به مردم ساکن شهرهای بزرگ یا مردمی که توانایی مسافرت به این شهرها را دارند می‌شود. در ترکیه پوششی محدود در تعدادی از بیمارستان‌های شهرهای اصلی در واحدهای آنکولوژی یا تخصصی درد وجود دارد.

نیروی کار مراقبت‌های تسکینی

برآورد نیروی کار مراقبت‌های تسکینی ۴۳۴ متخصص سلامت است؛ اگرچه که تعداد دقیق نیروی کار داوطلب معلوم نیست.

آموزش مراقبت‌های تسکینی

ترکیه برنامه مداومی درزمینه‌ی آموزش مصرف دارو به دولت، متخصصان سلامت و عموم مردم دارد. در اردن، واحدهای آموزشی درزمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی برای پرستاران وجود دارد.

تأمین مالی برای خدمات مراقبت‌های تسکینی

سیستم تأمین مالی کشور اردن ترکیبی از خیریه، دولتی و نظام بیمه مراقبت سلامت است. در کشور مصر نیز نظام مالی به طور ناچیزی از خیریه تا مین می‌شود. در ترکیه به جز نظام مراقبت سلامت ارائه شده توسط دولت، بیمه پزشکی خصوصی به صورت محدود و یک یا دو سازمان‌های مردم‌نهاد، هیچ منبع مشخص اختصاص یافته به مراقبت‌های تسکینی وجود ندارد.

چالش‌ها

موانع توسعه خدمات مراقبت‌های تسکینی شامل موارد زیر است: کم بودن آموزش اصلی، محدودیت منابع با تأمین مالی بسیار نامطمئن و نامشخص، قوانین ناکافی دولتی برای گنجاندن مراقبت‌های تسکینی در نظام مراقبت سلامت عمومی.

آینده مراقبت‌های تسکینی

برنامه‌های آینده ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی شامل موارد زیر است: مذاکره افراد فعال در نظام سلامت با دولت برای بهبود تأمین مالی و حمایت از گسترش خدمات هاسپیس، بستری و مراقبت در منزل در سراسر نظام مراقبت سلامت و همچنین معرفی مراقبت‌های تسکینی به عنوان یک تخصص در برنامه آموزشی اصلی پزشکی و پرستاری و برای همه متخصصان سلامت به گونه‌ای که به آموزش در زمینه‌ی مراقبت‌های تسکینی دسترسی داشته باشند.

کشور شاخص	اسپانیا	فرانسه	سوئد	ایتالیا	اردن	مصر	ترکیه
هاسپیس	-	-	۵	۹۰	-	۲	-
واحد بستری در بیمارستان	۹۵	۷۸	۴۰	۵	۱	۱	-
تیم مشاوره‌ای در بیمارستان	۲۷	۳۹	۱۰	-	۲	-	۷
مراقبت در منزل	۱۳۹	۸۴	۵۰	۱۵۳	۲	۱	-
کلینیک روزانه	۲۸	-	۸	۱۰	۱	۱	-
مراقبت‌های تسکینی در اطفال	۲	-	۲	۹	۲	-	-
کل	۲۹۱	۲۰۱	۱۱۵	۲۶۷	۸	۵	۷
پزشک	۵۰۰	۴۰۰	۳۰۰	۲۰۰۰	۲	NA ¹	NA
پرستار	۸۰۰	۲۰۰۰	۲۰۰۰		۲۶	NA	NA
داوطلب اجتماعی	NA	NA	NA	NA	۱۲	NA	NA

تعداد مراکز ارائه‌کننده خدمات مراقبت‌های تسکینی

تعداد نیروی انسانی مشغول به فعالیت در بخش ارائه خدمات تسکینی

جدول ۳: شاخص‌های بررسی وضعیت مراقبت تسکینی

شاخص کشور	سیاست گذاری	آموزش	تأمین منابع مالی
اسپانیا	در قانون اسپانیا مراقبت تسکینی توسط مقامات بهداشتی به عنوان یک حق اساسی به رسمیت شناخته شده است	ارائه واحدهای درسی در خصوص مراقبت تسکینی در مقطع کارشناسی در ۹ دانشگاه و پذیرفته شدن ۶ دانشجوی کارشناس ارشد در سراسر کشور. اما در مقطع دکترای هیچ دانشجویی پذیرفته نمی شود.	تنها حدود ۶۰-۶۵٪ از هزینه های مراقبت های تسکینی توسط دولت و بقیه هزینه ها توسط نهادهای خصوصی با انواع منابع مالی تحت پوشش قرار می گیرد
فرانسه	سیاست گذاری منظم بافاصله زمانی سه ساله به انجام می رسد	کورس های آموزشی پس از فارغ التحصیلی	خدمات بیمارستانی برای تمامی بیماران رایگان است. خدمات مراقبت در منزل مکانیسم های متفاوتی در پرداخت هزینه ها دارد
سوئد	همراه با سایر قسمت های بهداشت و درمان به صورت منطقه ای و ملی سیاست گذاری می شوند. دو سازمان خصوصی وظیفه پایش مراقبت های تسکینی را بر عهده دارند	ارائه دوره آموزشی در دانشگاه ها و هاسپیس ها ولی این آموزش به صورت اختیاری در نظر گرفته می شود	تمامی خدمات مراقبت های تسکینی توسط دولت پوشش داده می شود. به جز هزینه مربوط به کلینیک روزانه
ایتالیا	مراقبت های بهداشتی و در نتیجه مراقبت های تسکینی به صورت منطقه ای ارائه می شوند کمیسیون تخصصی در وزارت بهداشت در حال تدوین برنامه ملی هستند	آموزش در مراقبت های تسکینی عمدتاً وابسته به بخش خصوصی است، به صورت تخصص وجود ندارد و توسط آنکولوژیست ها ارائه می شود. این یک ضعف است	برحسب منطقه جغرافیایی دولت و بخش خصوصی سهم متفاوتی در تأمین منابع مالی دارد
اردن	دو سازمان مردم نهاد در حال گسترش طب تسکینی هستند وزارت بهداشت زیر نظر به این مهم می پردازد WHO	در حال توسعه یک برنامه آموزشی برای متخصصان، پزشکان و پرستاران	تأمین مالی اردن ترکیبی از خیریه، دولتی و نظام بیمه مراقبت سلامت است

به‌جز نظام مراقبت سلامت ارائه‌شده توسط دولت، بیمه پزشکی خصوصی به‌صورت محدود و یک یا دو سازمان‌های NGO هیچ‌منع مشخص اختصاص‌یافته‌ای به مراقبت‌های تسکینی وجود ندارد	تعدادی از دانشگاه‌ها در حال توسعه آموزش تسکینی و رفع درد هستند	یک تیم تخصصی آنکولوژیست تحت حمایت وزارت بهداشت در حال زمینه‌سازی برای گسترش طب تسکینی هستند	ترکیه
خدمات بیمارستانی بر عهده دولت و بیمه است ولی مراقبت در منزل به‌صورت خصوصی تأمین می‌شود	توسعه برنامه آموزشی در سطح پزشک عمومی و پرستاران	دانشگاه کاربو این امر مهم را بر عهده گرفته است	مصر

جدول ۴: شاخص‌های بررسی وضعیت مراقبت تسکینی

۳-۳-۳ فصل سوم: وضعیت نظام خدمات تسکینی و حمایتی ایران

۳-۳-۳-۱ نظام خدمات تسکینی و حمایتی ایران:

در گزارش ۲۰۰۶، موسسه بین‌المللی نظارت بر مراقبت‌های پایان عمر، مطالعه‌ای جهت ارزیابی مراقبت‌های تسکینی در ۲۳۴ کشور انجام داد. در این مطالعه، کشورهای جهان به لحاظ سطح مراقبت‌های تسکینی به چهار گروه تقسیم شدند. و بر اساس این تقسیم‌بندی، ایران در گروه ۲ (در حال فراهم کردن ظرفیت‌سازی برای مراقبت‌های تسکینی) قرار گرفت (۲۳، ۲۴). در جدول ۵ به گروه‌بندی کشورها بر اساس توسعه مراقبت‌های تسکینی اشاره شده است.

فعالیت‌ها	گروه‌ها
<p>بدون هیچ فعالیت شناخته شده ای</p> <p>حضور پرسنل مطلع - در میان گذاشتن خواسته‌ها با سازمان بین‌المللی مرتبط با مراقبت‌های تسکینی - ارتباط بین‌المللی با مراکز ارائه‌کننده خدمات برقرار شده است - ویزیت در مراکز مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس - تدوین راهبردهایی برای توسعه - شرکت در کنفرانس‌ها - دوره‌های توانمندسازی خارجی - آموزش و توانمندسازی اعضای تیم مراقبت‌های تسکینی - مذاکراتی با وزارت بهداشت و سیاست‌گذاران.</p> <p>ظرفیت‌سازی در بخش‌های مختلف ادامه دارد اما: در یک منطقه از کشور یا بیش از آن مراقبت‌های تسکینی به مقدار کافی وجود دارد - آگاهی‌رسانی و حمایت در مناطقی وجود دارد - منابع مالی مشخص تعیین شده است - خدمات تسکینی ارائه‌شده به مراقبت تسکینی در خانه ارتباط دارد - توسط هاسپیس‌ها توانمندسازی و آموزش صورت می‌گیرد - مورفین در دسترس است.</p> <p>ظرفیت‌سازی و ارائه مراقبت‌های تسکینی در برخی از مناطق وجود دارد اما: در یک منطقه از کشور یا بیش از آن مراقبت‌های تسکینی به مقدار کافی وجود دارد - یکپارچگی و ادغام قابل‌سنجش مراقبت‌های تسکینی در مراقبت‌های بهداشتی درمانی نظام سلامت - راه‌اندازی مراکز آموزشی ویژه - آگاهی‌رسانی عمومی به صورت وسیع در مورد مراقبت‌های تسکینی در کشور وجود دارد - تأثیر بر روی سیاست‌ها - ارتباطات دانشگاهی - شکل‌گیری انجمن ملی - انجام پژوهش‌های کاربردی.</p>	<p>گروه ۱</p> <p>گروه ۲ (ظرفیت‌سازی برای مراقبت‌های تسکینی)</p> <p>گروه ۳ (ارائه مراقبت‌های تسکینی در برخی از مناطق)</p> <p>گروه ۴ (رویکرد یکپارچه‌سازی و ادغام مراقبت‌ها)</p>

جدول ۵: گروه‌بندی کشورها بر اساس توسعه مراقبت‌های تسکینی (۲۳،۲۵)

در سال ۲۰۱۱ هر یک از گروه‌های سه و چهار به دو زیرگروه الف و ب تقسیم شدند که در زیر به این گروه‌ها اشاره شده است.

گروه ۳الف: کشورهایی با تأمین خدمات به شکل محدود و مجزا از یکدیگر

گروه ۳ب: کشورهایی با تأمین خدمات به شکل سراسری

گروه ۴الف: کشورهایی که در آنها مراقبت‌های تسکینی در مراحل ابتدایی ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد.

گروه ۴ب: کشورهایی که در آنها مراقبت‌های تسکینی در مراحل پیشرفته ادغام با جریان اصلی درمان بیمار قرار دارد. ایران نیز به گروه ۳الف ارتقا یافت و پیشرفت کمی داشته است. (۲۵)

کشور ما در مراحل اولیه ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی می‌باشد و این گونه مراقبت‌ها در ایران تنها به بخش سرطان محدود می‌شود، علی‌رغم تحقیقات گسترده در این زمینه تمامی مقالات و اطلاعات مربوطه به همین حیطه محدود می‌شود. اطلاعات کافی در بخش‌های دیگر در دست نیست.

در حال حاضر در ایران بیمارانی که مبتلا به سرطان هستند تشخیص و درمان بیماری خود را در کلینیک و بیمارستان دولتی و خصوصی دریافت می‌کنند و مراقبت‌ها و آموزش‌های لازم مانند مراقبت‌های پرستاری، مشاوره با پزشکان یا سایر موارد مرتبط با نیازمندی‌های اجتماعی، روحی، فیزیکی و ذهنی خود را معمولاً دریافت نمی‌کنند.

تعداد اندکی مرکز در سطح کشور وجود دارد که خدمات تسکینی مبتنی بر جامعه ارائه می‌دهند. در برنامه مراقبت تسکینی برای سرطان، هدف تسهیل ایجاد واحدهای پزشکی حمایت‌گرا در سراسر کشور است. (۲۴)

۳-۳-۲ سازمان‌های در ارتباط با مراقبت‌های تسکینی حمایتی

ذینفعان مراقبت‌های حمایتی و تسکینی

گروه‌هایی که به‌طور مستقیم در تعامل با مراقبت‌های تسکینی هستند و بر آن مؤثرند یا از آن تأثیر می‌پذیرند و یا در شکل‌گیری چنین نظامی می‌توانند مؤثر باشند در گروه ذینفعان این برنامه قرار می‌گیرند. تدوین و اجرای هر برنامه‌ای نیاز به شناخت و آگاهی از نیاز ذینفعان آن برنامه دارد، همچنین درگیر کردن ذینفعان در خود این فرایندها و استفاده هرچه بیشتر از پتانسیل‌های آن‌ها موفقیت چنین برنامه‌هایی را دوچندان می‌نماید. ذینفعان برنامه مراقبت‌های حمایتی تسکینی را می‌توان در سه گروه دسته‌بندی کرد:

(۱) ذینفعان دولتی داخل وزارت بهداشت

(۲) ذینفعان دولتی خارج از وزارت بهداشت

(۳) ذینفعان غیردولتی

مهم‌ترین ذینفعان حوزه وزارت بهداشت

➤ شبکه بهداشتی درمانی

➤ برنامه پزشکی خانواده

➤ برنامه حاکمیت بالینی

➤ سازمان غذا و دارو

➤ اداره سرطان

- نظام مدیریت اطلاعات وزارت بهداشت
- نظام مددکاری
- نظام روانشناسی
- نظام پرستاری

مهم‌ترین ذینفعان دولتی خارج از حوزه وزارت بهداشت

- بیمه‌ها
- سازمان بهزیستی کشور
- سازمان هلال احمر

مهم‌ترین ذینفعان غیردولتی

سازمان‌های خیریه غیردولتی و مردم‌نهاد (NGO)

شرکت‌های ارائه‌کننده دارو، تجهیزات و تسهیلات مربوط به خدمات تسکینی

مراکز و درمانگاه‌های خصوصی ارائه‌دهنده خدمات تسکینی

مجامع بین‌المللی (۲۶)

۳-۳-۴ فصل چهارم: چالش‌های نظام تسکینی

باتوجه به اهمیت ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی برای بیماران، این خدمت به صورت یک چالش عمده برای نظام سلامت درآمده است و با وجود اینکه دریافت مراقبت تسکینی در اواخر زندگی، حق بیماران و خانواده‌های آنان است، اما اغلب پرستاران، آمادگی کافی برای ارائه این نوع مراقبت را ندارند، از سوی دیگر با این که مراقبت تسکینی از پیچیدگی بالایی برخوردار است و مفهومی چندبعدی می‌باشد، اما در کشور ما دانش موجود در زمینه‌ی مراقبت تسکینی به خوبی تبیین نشده است و در متن برنامه آموزشی رشته، به طور جدی لحاظ نگردیده است (۴).

با توجه به شواهد موجود مهمترین چالش‌های مراقبت تسکینی در سراسر جهان عبارتند از:

- ۱- بی‌ثباتی سیاسی، اجتماعی، اقتصادی
- ۲- پایین بودن آگاهی عمومی
- ۳- عدم اولویت مراقبت از افراد بیمار بازندگی محدود
- ۴- دولت غیر متعهد/وزارت بهداشت و درمان
- ۵- فقدان خط‌مشی / قوانین
- ۶- در دسترس نبودن مواد مخدر یا اپیوئیدها
- ۷- کمبود بودجه
- ۸- عدم توجه به مراقبت تسکینی، به عنوان یک رشته معتبر
- ۹- وارد شدن تعداد اندکی از متخصصان به این رشته یا حوزه
- ۱۰- رابطه نامعلوم و مبهم بین مراقبت تسکینی و تخصص‌های دیگر

۱۱- تغییرات فرهنگی

۱۲- مشکلات استخدام روانشناسان

۱۳- اعتباربخشی

۱۴- عدم استانداردها

۱۵- پوشش بیمه (۲۴)

چالش‌های مربوط به اطلاعات و آمار مربوط به شاخص‌ها در ایران:

۱- تعریف نشدن شاخص‌ها به صورت استاندارد

۲- عدم جمع آوری و ارائه منظم آمار و اطلاعات توسط ارگانی خاص

۳- انجام نشدن پایش ارائه خدمات تسکینی

۴- اغلب کیفی بودن شاخص‌های نهایی

۵- ارائه نشدن گزارش‌ها در دوره‌های متناوب زمانی

راهکارهای بهبود وضعیت نظام تسکینی در ایران

۱- تغییر رویکرد سیاست‌گذاران نسبت به مراقبت‌های تسکینی

۲- اضافه کردن دروس مرتبط با فلسفه و اصول مراقبت‌های تسکینی به کوریکولوم پزشکی و

پرستاری

۳- آموزش نیروهای متخصص کار مراقبت تسکینی

۴- اطلاع‌رسانی حول مراقبت‌های تسکینی و فواید آن به بیماران، اطرافیان بیماران و کادر درمانی

۵- پیاده‌سازی استانداردهای ارائه کیفیت مراقبت‌های تسکینی برای همه

۳-۵- فصل پنجم: نتیجه‌گیری

از آنجایی که ارتقای سلامت هدف اصلی نظام سلامت است، لذا ارائه خدمات سلامت نیز اصلی‌ترین کارکرد آن خواهد بود. یکی از بخش‌های نظام سلامت، مراقبت تسکینی و حمایتی است. در بخش مراقبت تسکینی و حمایتی ساختارهایی شامل بخش بیمارستانی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، تیم مشاوره مراقبت‌های حمایت و تسکینی، هاسپیس، مراقبت‌های سطح جامعه، مراقبت در منزل و کلینیک روزانه، خدماتی را به بیماران نیازمند خدمات تسکینی ارائه می‌دهند از جمله مهم‌ترین خدمات تسکینی این ساختار در پیوست ۲ ذکر شده است.

به‌منظور بررسی و رصد خدمات تسکینی مبنی بر معیارهای کارکرد نظام سلامت (عدالت، کیفیت و ایمنی، بهره‌وری، فراهم بودن و در دسترس، ثبات و تداوم، پاسخگویی و شفافیت) ۲۶ شاخص شناسایی گردید. در جدول ذیل نمونه‌هایی از آن آورده شده است:

شاخص	معیار
میزان پوشش خدمات تسکینی	عدالت
میزان پوشش بیمه	
شاخص کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی در خصوص خدمات تسکینی	کیفیت و ایمنی
میزان کیفیت مرگ در بیماران نیازمند به خدمات تسکینی	
نیروی انسانی فعال در بخش خدمات تسکینی	بهره‌وری

تعداد و طول مدت بستری بیماران نیازمند به خدمات تسکینی	
میزان در دسترس بودن اپوئیدها	فراهم بودن و در دسترس
میزان استفاده بیماران نیازمند از منابع بیمارستان	
میزان پوشش بیمه	ثبات و تداوم
میزان هزینه‌های تحمیلی به بیمار در خصوص خدمات تسکینی	
میزان رعایت اصول اخلاقی پزشکان در درمان بیماران لاعلاج نیازمند مراقبت تسکینی	پاسخگویی و شفافیت
میزان حضور بیمار نیازمند مراقبت تسکینی در منزل	

در مطالعه‌ی Wright و همکاران، (سال ۲۰۰۶) کشورها بر اساس ارائه خدمات مراقبت تسکینی به چهار گروه دسته‌بندی می‌شوند:

۱- بدون هیچ فعالیت شناخته‌شده‌ای

۲- ظرفیت‌سازی برای مراقبت‌های تسکینی

۳- ارائه مراقبت‌های تسکینی در برخی از مناطق

۴- رویکرد یکپارچه‌سازی و ادغام مراقبت‌ها

در سال ۲۰۰۶ ایران در گروه ۲ قرار داشت و در سال ۲۰۱۱ به گروه ۳ ارتقا یافت. (با تأمین خدمات به شکل محدود و مجزا از یکدیگر).

در حوزه مدیریت منطقه‌ای تلاش‌هایی برای جذب حمایت دولت و وزارت بهداشت به منظور طراحی و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی در رابطه با این موضوع صورت گرفته است. به نظر می‌رسد

با توجه به ارائه پیش‌نویس پروژه برنامه جامع ملی ارائه مراقبت‌های تسکینی و حمایتی برای سرطان، وضعیت مراقبت‌های تسکینی در ایران در صورت موفقیت روبه‌پیشرفت و بهبود است.

علی‌رغم مطالعات انجام‌شده، در حوزه‌های دیگر مراقبت تسکینی در ایران اطلاعات قابل قبولی به دست نیامد. نظام پایش عملکرد از این سطح خدمات حمایتی تسکینی شفاف نیست و نیازمند یک چارچوب برنامه‌ریزی شده برای بررسی وضعیت خدمات تسکینی در این زمینه می‌باشد. متأسفانه تاکنون هیچ ارگانی تولید برنامه‌ریزی، مدیریت، ارائه، گزارش کار و پایش این خدمات را به عهده نگرفته است. لازم به توضیح است اولین قدم در این راستا تعیین جایگاه متولی این امر می‌باشد.

در حال حاضر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حال تصویب آیین‌نامه‌ها و تدارک الزامات تأسیس و راه‌اندازی درمانگاه‌ها و بخش‌های طب تسکینی در مرکز آموزشی درمانی می‌باشد که این‌گونه اقدامات می‌تواند در ارتقاء سلامتی و افزایش کیفیت زندگی بیماران صعب‌العلاج و مبتلابه سرطان تأثیر شایسته خود را ایفا نماید.

1- Asadi-Lari M, Madjd Z, Akbari ME. The need for palliative care services in Iran; an introductory

Commentary. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2008.

2- Palliative care - Cancer Control knowledge into action WHO guide for Effective Programmes-2007-ISBN

۳- مردانی حموله مرجان ، بریم نژاد لیلی ، سید فاطمی نعیمه ، طهماسبی مامک. تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن با استفاده از رویکرد فرا ترکیب (متاستز). ۱۳۹۳. مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۳۱۶-۳۲۹: (۴) ۱۱.

۴- مردانی حموله مرجان ، بریم نژاد لیلی ، سید فاطمی نعیمه ، طهماسبی مامک. مراقبت تسکینی از درد در سرطان: تحلیل محتوا. پاییز ۱۳۹۲. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۴، شماره ۱.

5- Mpanga Sebuyira L, Mwangi-Powell F, Pereira 18.J, Spence C. The Cape Town Palliative Care Declaration: Home-Grown Solutions for Sub-Saharan Africa. Journal of Palliative Medicine. June 2003, 6(3): 341-343. Doi

6- Korea Declaration on Hospice and Palliative 19.Care March 2005
www.hospicecare.com/resources/pain_pallcare_hr/docs/Korea_Declaration.pdf

7- Karpf T, Ferguson J.T, Swift R, Lazarus J.VEds). World Health Organisation Region Office for Europe 2008. Restoring Hope Descent Care in the midst of HIV and AIDS. Palgrave Macmillan. London, UK..

8- Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course- Report by the Secretariat. EB134/28 20 December 2013 Available at: apps.who.int/gb/ebwha/pdf

9- Higginson, IJ & Sen-Gupta, GJA 2000, 'Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences', Journal of Palliative Medicine, vol. 3, pp. 287-300.

10- Shadpour, K ,Health sector reform in Islamic Republic of Iran, Hakim Research Journal 2006; 9(3): 1- 18

- 11- The Solid fact Palliative care ,World Health Organisation-2004
- 12- World Health Organization, National cancer control Programmes: Policies and managerial guidelines. – 2nd ed.;2002
- 13- National Health Services (NHS), Department of Health, End of Life care Strategies 2008
- 14- African Palliative Care Association (APCA) standards for Providing Quality Palliative Care Across Africa -2010
- 15- World Health Organization, Cancer Control: Knowledge into Action :WHO guide for effective program ; module 5, 2007
- 16- Victoria Government Department of Health , Strengthening palliative care: Policy and strategic directions 2011–2015
- 17- Canadian Hospice Palliative Care Association , A Model to Guide Hospice Palliative Care, Based on National Principles and Norms pf Practice,2002
- 18-<http://crc.tums.ac.ir/Default.aspx?tabid=522>
- 19- World Palliative Care Alliance; WHO .Global atlas of palliative care at the end of life. <http://www.who.int>.
- 20- Lockett T,Jane Phillips J, Agar M, Viridun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. BMC Health Services Research 2014, 14:136.
- 21-Policy Department Economic and Scientific Policy- Palliative Care in the European Union. ۲۰۰۷. Available at: www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf.
- 22- Bingley A, Clark D. Palliative care in the region represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC): A Review and Comparative Analysis. National Cancer Institute, 2008. NIH Pub. No. 07-6230. Available at:<http://mecc.cancer.gov/PCMONOGRAPH.pdf>

- 23- Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. International Observatory on End of Life Care Lancaster University, UK. November 2006
- 24- Rassouli M, Sajjadi M. Palliative Care in Iran, Moving Toward the Development of Palliative Care for Cancer. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Dec 9.
- 25- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 45 No. 6 June 2013
- 26- <http://crc.tums.ac.ir/Default.aspx?tabid=472>

پیوست ۱: جدول شناسنامه شاخص‌های ارزیابی بخش تسکین

PC مراقبت‌های تسکین									
منابع گزارش‌های موجود		عدالت-دسترسی							
نوع همیار		فرایند							
نوع شاخص		سالیانه							
وجود گزارش‌های آماری در ادوات و منابع		درصد							
تناوب جمع‌آوری شاخص		ملی / استانی / شهری							
واحد اندازه‌گیری شاخص									
وسعت پوشش									
فرمول شاخص									
تعریف شاخص									
NGO تخصصی/عمومی /		PC.D.P	PC.D.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S			
دامنه کاربرد (بخش/واحد)		روزانه PC.D		بستری PC.B					
		کودکان	بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان			
نام شاخص		میزان پوشش خدمات تسکینی							
ردیف		۱							

دستبسی - عدالت									
درون داد									
سالیانه									
درصد									
ملی / استانی / شهری									
PC.D.P	PC.D.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.D.N	
روزانه PC.D		بستری PC.B		مزل PC.H					
کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان
میزان جمعیت نیازمند خدمات تسکینی									
۲									

برون داد																	
سالیانه																	
درصد																	
ملی / استانی / شهری																	
PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.B.P	PC.B.N	PC.B.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.D.N								
روزانه PC.D					بستری PC.B					منزل PC.H							
کودکان			بزرگسالان			کودکان			بزرگسالان			کودکان			بزرگسالان		
میزان سطح آگاهی جامعه در رابطه با مراقبت تسکینی																	
۲																	

ثبات و تداوم بهره‌وری											
برون داد											
سالیانه											
درصد											
ملی / استانی / شهری											
PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.H.P	PC.H.N	PC.H.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.B.N	PC.B.P	
بستری PC.B			مزل PC.H			روزانه PC.D					
کودکان			کودکان			کودکان			کودکان		
بزرگسالان			بزرگسالان			بزرگسالان			بزرگسالان		
میزان هزینه‌های مراکز تسکینی											
Y											

عدالت-ثبات و تداوم										
برون داد										
سالیانه										
درصد										
ملی / استانی / شهری										
PC.B.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.D.N	PC.D.P		
بستری PC.B	روزانه PC.D		میزل PC.H							
بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	
میزان هزینه‌های تحصیلی به بیمار در خصوص خدمات نسکینی										
۹										

دسترسی - بهره‌وری											
فراپند											
ماهیهانه											
درصد											
ملی / استانی / شهری											
تعداد مشاوره مراقبت تسکینی در هر (۰۰۱ بندبش (بندبشا، مشاوره‌های دیگر											
PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.B.N		
بستری PC.B			روزانه PC.D			منزل PC.H					
کودکان			کودکان			کودکان			بزرگسالان		
نرخ مشاوره مراقبت تسکینی											
۱۵											

عدالت - پاسخگویی و شفافیت											
فرآیند											
ماهنامه											
درصد											
ملی / استانی / شهری											
PC.H.N	PC.H.S	PC.H.P	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S
منزل PC.H			بستری PC.B			روزانه PC.D			منزل PC.H		
کودکان	بزرگسالان		کودکان		بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان
میزان رعایت اصول اخلاق پزشکان در درمان بیماران لاعلاج نیازمند مراقبت تسکینی											
۱۶											

دسترسی										
یون داد										
سالیانه										
درصد										
ملی / استانی / شهری										
PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	
روزانه PC.D										روزانه PC.D
بزرگسالان										
			بزرگسالان			بزرگسالان				
تعداد ویزیت بیماران اورژانسی در خصوص مراقبت تسکینی										
۱۷										

بهره‌وری										
پروند داد										
سالیانه										
درصد										
ملی / استانی / شهری										
PC.D.P	PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.D.N	PC.D.P	
روزانه PC.D		منزل PC.H		بستری PC.B						
کودکان	بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان	کودکان		
تعداد و طول مدت بستری بیماران نیازمند مراقبت تسکینی در بیمارستان										
۱۸										

عدالت - دسترسی									
برون داد									
سایانه									
درصد									
ملی / استانی / شهری									
PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.D.N
روزانه PC.D			منزل PC.H			بستری PC.B			
کودکان		بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان	کودکان		بزرگسالان	
میزان استفاده بیماران نیازمند مراقبت تسکینی از منابع بیمارستان									
۱۹									

	پاستوریزاسیون و شفافیت									
	برون داد									
	ماهانه									
	درصد									
	ملی / استانی / شهری									
PC.B.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.B.P	PC.B.N	PC.B.S	
بستری PC.B	مزل PC.H	روزانه PC.D	بستری PC.B	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان
بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان	بزرگسالان
بیمار نیازمند مراقبت	میزان مراجعه برای تصمیم گیری در مورد مراقبت های پیشرفته تسکینی									
۲۱	۲۰									

بهره‌وری											
فرایند											
ماه‌بانه											
درصد											
ملی / استانی / شهری											
PC.H.S	PC.D.N	PC.D.P	PC.D.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S	PC.H.N	PC.H.P	PC.H.S	PC.D.N	PC.D.P
منزل PC.H		روزانه PC.D			بستری PC.B			منزل PC.H			
بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان
نیروهای انسانی فعال در بخش خدمات تسکینی											
۲۳											

عدالت - دسترسي - ثبات و تداوم												
عدالت												
ساليانه												
درصد												
ملي / استاني / شهري												
تولک، آگاهي (ميزان باسماجي، مالي، باقوت و متوسط												
PC.B.N	PC.B.S	PC.H.P	PC.H.N	PC.H.S	PC.D.P	PC.D.N	PC.D.S	PC.B.N	PC.B.P	PC.B.S		
بستري PC.B			ميزل H.C.H			روزانه P.C.D			بستري P.C.B			
کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان	کودکان	بزرگسالان
شاخص توسعه انساني												
ميزان پوشش بيمه												
26												
25												

پیوست ۲: ساختارها و نوع خدمات مراقبت‌های تسکینی

خدمات	ساختار
<p>۱- ارائه خدمات بستری.</p> <p>۲- ارائه خدمات مراقبت حمایتی تسکینی برای بیمارانی با نیازهای پیچیده‌تر (که تیم مراقبت در منزل و یا هاسپیس امکانات مدیریت آن را ندارند).</p> <p>۳- ارائه مراقبت‌های بین‌رشته‌ای برای بیماران.</p> <p>۴- ارائه خدمات اورژانس برای بیماران دارای علائم حاد و نیازمند به تثبیت.</p> <p>۵- ارائه مشاوره به بخش‌های دیگر بیمارستان، به هاسپیس‌ها و تیم مراقبت در منزل به صورت ۲۴ ساعته.</p> <p>۶- ارائه دوره‌های آموزشی تخصصی برای پزشکان و پرستاران به صورت تئوری و عملی.</p> <p>۷- ارائه دوره‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی، پرستاری به صورت تئوری و عملی.</p>	بخش بیمارستانی
<p>۱- ارائه مشاوره به تیم مسئول ارائه خدمات اولیه (Primary Care).</p> <p>۲- پیگیری بیمارانی که از بستری یا خدمات اولیه برخوردار هستند، کمک و توانمندسازی بیمار.</p> <p>۳- هدایت بیمار به دریافت خدمات (گرفتن وقت برای بیمار از درمانگاه).</p> <p>۴- هماهنگی برای اقدامات اورژانس با تیم خدمات اولیه: (کمک به مراقبان و همراهان بیمار برای این که آیا انتقال بیمار به اورژانس واقعاً ضروری است یا نه).</p> <p>۵- ارائه مشاوره به مراقبت‌های تسکینی در سطح جامعه: در این صورت باید تدابیر لازم جهت انتقال از بیمارستان به خانه (مشاوره به مراقبت در منزل) و برعکس دیده شود.</p>	گروه مشاوره
<p>۱- ارائه خدمات تحت نظر تیم مشاور مراقبت تسکینی ۲- خدمات پرستاری مراقبت‌های حمایتی و تسکینی</p> <p>۳- مراقبت‌های تسکینی فراگیر سطح جامعه</p>	مراقبت‌های سطح جامعه
<p>۱- ارائه خدمات بستری بیماران در محیطی شبیه به خانه</p> <p>۲- هماهنگی برنامه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بیماران، به نحوی که در زمان مقتضی بیمار به بیمارستان منتقل شود و یا اینکه در موارد درخواست بیمار با تیم مراقبت‌های جامعه هماهنگی لازم برای بازگشت بیمار به منزل خود به انجام رسد.</p> <p>۳- ارائه خدمات مراقبت‌های جسمانی، معنوی، روانی و اجتماعی در سطح تخصصی و چند رشته‌ای</p> <p>۴- ارائه آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص در زمینه‌ی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی</p>	هاسپیس

<p>۵- ارائه خدمات مراقبت در منزل</p> <p>۶- مراقبت‌های سوگوازی (مراقبت‌های پس از فوت بیمار برای خانواده و مراقبان وی)</p> <p>۱- ارائه مراقبت‌های اولیه ۲- مراقبت‌های پرستاری ۳- مراقبت اجتماعی ۴- تحویل دارو ۵- کاردرمانی</p> <p>۶- پاسخ به پرسش‌ها و ارائه مشاوره ۷- فیزیوتراپی ۸- برنامه‌ریزی غذایی ۹- ارائه خدمات خارج از ساعت کاری</p> <p>۱۰- خدمات پاسخ‌دهی سریع</p> <p>۱- استقبال از بیماران در بدو ورود ۲- راهنمایی کردن آنان برای پیوستن به گروه‌های مختلف حاضر در مرکز. ۳- انجام فعالیت موردعلاقه خود از بین فعالیت‌های خلاقانه‌ای که تدارک دیده شده</p> <p>۴- صرف نهار ۵- انجام فعالیت‌های باغبانی ۶- فعالیت‌های دوخت و دوز و بافتنی ۷- تماشای تلویزیون</p> <p>۸- ملاقات با پرستار یا پزشک تیم و دریافت مشاوره و کمک در موارد لازم</p>	<p>مراقبت در منزل</p> <p>کلینیک روزانه</p>
---	--